



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΘΕΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗ ΚΑΙ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΙΚΗ ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΗ

**«Διερεύνηση των γνώσεων και στάσεων γυναικών εκπαιδευτικών
για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και του
ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων»**

Νίκη Παρλαβάντζα

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
Επιβλέπων
Ιωάννης Τριανταφύλλου

Λαμία, 2019



UNIVERSITY OF THESSALY

SCHOOL OF SCIENCE

INFORMATICS AND COMPUTATIONAL BIOMEDICINE

**Assessment of knowledge and attitudes of female teachers to
prevent cervical cancer and human papillomavirus**

Niki Parlavantza

Master thesis

Ioannis Triantafyllou

Lamia, 2019



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΘΕΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗ ΚΑΙ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΙΚΗ ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΗ**

ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ

«ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΒΙΟΛΟΓΙΑ»

**«Διερεύνηση των γνώσεων και στάσεων γυναικών εκπαιδευτικών
για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και του
ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων»**

Νίκη Παρλαβάντζα

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Επιβλέπων
Ιωάννης Τριανταφύλλου**

Λαμία, 2019

«Υπεύθυνη Δήλωση μη λογοκλοπής και ανάληψης προσωπικής ευθύνης»

Με πλήρη επίγνωση των συνεπειών του νόμου περί πνευματικών δικαιωμάτων, και γνωρίζοντας τις συνέπειες της λογοκλοπής, δηλώνω υπεύθυνα και ενυπογράφως ότι η παρούσα εργασία με τίτλο «Διερεύνηση των γνώσεων και στάσεων γυναικών εκπαιδευτικών για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων » αποτελεί προϊόν αυστηρά προσωπικής εργασίας και όλες οι πηγές από τις οποίες χρησιμοποιήσα δεδομένα, ιδέες, φράσεις, προτάσεις ή λέξεις, είτε επακριβώς (όπως υπάρχουν στο πρωτότυπο ή μεταφρασμένες) είτε με παράφραση, έχουν δηλωθεί κατάλληλα και ευδιάκριτα στο κείμενο με την κατάλληλη παραπομπή και η σχετική αναφορά περιλαμβάνεται στο τμήμα των βιβλιογραφικών αναφορών με πλήρη περιγραφή. Αναλαμβάνω πλήρως, ατομικά και προσωπικά, όλες τις νομικές και διοικητικές συνέπειες που δύναται να προκύψουν στην περίπτωση κατά την οποία αποδειχθεί, διαχρονικά, ότι η εργασία αυτή ή τμήμα της δεν μου ανήκει διότι είναι προϊόν λογοκλοπής.

Η ΔΗΛΟΥΣΑ

Ημερομηνία

Υπογραφή

**«Διερεύνηση των γνώσεων και στάσεων γυναικών εκπαιδευτικών
για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και του
ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων»**

Νίκη Παρλαβάντζα

Τριμελής Επιτροπή:

Όνοματεπώνυμο, **Ιωάννης Τριανταφύλλου**

Επίκουρος καθηγητής

Όνοματεπώνυμο, **Αθανάσιος Λουκόπουλος**

Επίκουρος καθηγητής

Όνοματεπώνυμο, **Χαρίλαος Σανδαλίδης**

Αναπληρωτής καθηγητής

Επιστημονικός Σύμβουλος:

Όνοματεπώνυμο, **Ιωάννης Τριανταφύλλου**

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση της παρούσας μελέτης θα επιθυμούσα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες σ' όλους όσους συντέλεσαν στην ολοκλήρωσή της.

Νιώθω την ανάγκη να ευχαριστήσω ιδιαίτερα τον καθηγητή μου κ. Ιωάννη Τριανταφύλλου, καθηγητή του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας ο οποίος ήταν ο εμπνευστής αυτής της προσπάθειας και μέσω της διάθεσης των γνώσεών του συντέλεσε στη διεξαγωγή αυτής της μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας. Τον ευχαριστώ για την αμεσότητα της επικοινωνίας μας, την ακρίβεια των οδηγιών του και την ταχύτατη ανταπόκριση στα αιτήματά μου γύρω από το παρόν πόνημά μου.

Επίσης ευχαριστώ θερμά τα μέλη της επιτροπής και συγκεκριμένα τον κ. Χαρίλαο Σανδαλίδη Αναπληρωτή καθηγητή και τον κ. Αθανάσιο Λουκόπουλο Επίκουρο καθηγητή.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ απευθύνω στις γυναίκες εκπαιδευτικούς της Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης που ανταποκρίθηκαν στο αίτημά μου για τη συλλογή των απαραίτητων πληροφοριών μέσω του ερωτηματολογίου που διένειμα.

Τέλος, θέλω να ευχαριστήσω θερμά τον σύζυγό μου Γιώργο μεταπτυχιακό συμφοιτητή μου, ο οποίος με ενθάρρυνε σε κάθε στάδιο της εργασίας μου, με υποστήριξε σε κάθε δυσκολία και στάθηκε δίπλα μου υλοποιώντας και οι δύο το κοινό μας όνειρο.

Τη διπλωματική μου εργασία την αφιερώνω στους δύο γιους μου, Μάριο και Ευθύμη.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι ο δεύτερος πιο συχνός καρκίνος στο γυναικείο πληθυσμό. Η πρόληψή του βασίζεται στην πραγματοποίηση του εμβολιασμού κατά του ιού HPV καθώς επίσης και στην εφαρμογή της δοκιμασίας κατά Παπανικολάου.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση του βαθμού γνώσης και στάσης των γυναικών εκπαιδευτικών για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων. Αρχικά μελετήθηκαν τα δημογραφικά στοιχεία των γυναικών, ακολούθησε η μελέτη των γνώσεών τους για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, του test pap, του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων, του εμβολίου για τον ιό HPV και τέλος μελετήθηκε η στάση των γυναικών απέναντι στην προληπτική ιατρική.

Μέθοδος: Η έρευνα πραγματοποιήθηκε μέσω 200 ανώνυμων ερωτηματολογίων τα οποία διανεμήθηκαν σε γυναίκες εκπαιδευτικούς της Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης. Το κάθε ερωτηματολόγιο αποτελούνταν από 29 ερωτήσεις κλειστού και ανοιχτού τύπου. Μετά την ολοκλήρωση της συλλογής των απαντημένων ερωτηματολογίων οι μεταβλητές κωδικοποιήθηκαν και ακολούθησε η στατιστική τους ανάλυση μέσω του στατιστικού πακέτου SPSS.

Αποτελέσματα: Από τις 200 γυναίκες της έρευνας οι 109 ανήκαν στην Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση και οι 91 ανήκαν στην Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση. Οι ηλικίες των γυναικών κυμάνθηκαν από 25-64 έτη. Το σύνολο των γυναικών (100%) αφενός γνωρίζει τί είναι η δοκιμασία κατά Παπανικολάου, αφετέρου το έχει ήδη πραγματοποιήσει. Το 100% των γυναικών γνωρίζει τον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων και το 18,5% γνωρίζει την ύπαρξη του HPV test. Το 98,0% γνωρίζει την ύπαρξη του εμβολίου έναντι του ιού HPV και το 78,0% δήλωσε την πρόθεσή του να το πραγματοποιήσει. Καθολικό είναι το ενδιαφέρον των γυναικών (100%) για τον προληπτικό έλεγχο και τα προγράμματα προληπτικής ιατρικής.

Συμπεράσματα: Το υψηλό μορφωτικό επίπεδο των γυναικών, εκπαιδευτικών επιδρά θετικά στην πραγματοποίηση της προληπτικής εξέτασης κατά Παπανικολάου. Ιδιαίτερη έμφαση θα πρέπει να δοθεί στην ενημέρωση του κόσμου για το εμβόλιο έναντι του ιού HPV ώστε να καμφθούν οι αναστολές του και να αυξηθούν τα ποσοστά εμβολιασμού των παιδιών.

ABSTRACT

Cervical cancer is the second most common cancer type in the female population. Its prevention is based on the HPV vaccination as well as the implementation of the Pap smear test. The purpose of this study is to investigate the level of knowledge and attitudes of female educators with regards to the prevention of cervical cancer and human papillomavirus. The demographics of the women were first studied, followed by a study of their knowledge of cervical cancer, test pap, human papillomavirus, HPV vaccine, and finally women's attitudes toward preventive medicine.

Method: The survey was conducted through 200 anonymous questionnaires distributed to female teachers in Primary and Secondary Education. Each questionnaire consisted of 29 closed-ended and open-ended questions. After completing the collection of the questionnaires, the variables were coded, followed by their statistical analysis using the SPSS statistical package.

Out of the 200 women surveyed, 109 belonged to Primary Education and 91 belonged to Secondary Education. The ages of women ranged from 25 to 64 years. All women (100%) on the one hand know what the Pap smear test is while on the other hand they have already done it. 100% of women are aware of human papillomavirus and 18.5% are aware of the HPV test. 98.0% are aware of the existence of the HPV vaccine and 78.0% said they intend to do it. Women's interest (100%) in preventive screening and preventive medicine programmes is universal.

Conclusion: The high educational level of women teachers has a positive impact on the Pap smear test. Particular emphasis should be placed on informing the public about the HPV vaccine in order to curb its inhibition and increase vaccination rates for children.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	7
ABSTRACT	8
Ευρετήριο Εικόνων	11
Ευρετήριο Πινάκων	11
Ευρετήριο Γραφημάτων	13
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ1: ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	16
1.1 ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΥ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ (ΕΣΩ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ)	16
1.2 ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ.....	18
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΙΟΙ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΘΗΛΩΜΑΤΩΝ (HPV).....	29
2.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΓΙΑ ΤΟΝ ΙΟ ΤΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΘΗΛΩΜΑΤΑΝ (HPV).....	29
2.2 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΙΟΥΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΘΗΛΩΜΑΤΩΝ (HPV).....	30
2.3 ΤΡΟΠΟΙ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ ΙΟΥ HPV.....	33
2.4 ΤΡΟΠΟΙ ΑΠΟΦΥΓΗΣ HPV ΛΟΙΜΩΞΗΣ	34
2.5 HPV DNA TEST	34
2.6 ΕΜΒΟΛΙΑ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΙΟΥ HPV	35
2.7 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΙΟ HPV	41
2.8 ΑΝΤΙΕΜΒΟΛΙΑΣΤΙΚΟ ΚΙΝΗΜΑ	41
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΕΞΕΤΑΣΗ ΚΑΤΑ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ (TEST PAP)	43
3.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ (ΑΝΑΦΟΡΑ ΣΤΟ Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ).....	43
3.2 Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΤΕΣΤ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ ΣΑΝ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ.....	45
3.3 ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΟΥ ΤΕΣΤ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ	45
3.4 ΤΕΧΝΙΚΗ ΛΗΨΗΣ ΤΟΥ ΤΕΣΤ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ	46
3.5 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΤΕΣΤ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ.....	47
3.6 ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΕΣΤ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ ΚΑΙ HPV DNA TEST	48
3.7 ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ.....	49
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΙΟΥ HPV ΣΤΟΝ ΚΟΣΜΟ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	54
4.1 ΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ ΣΤΟΝ ΚΟΣΜΟ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	54
4.2 ΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΓΙΑ ΤΟΝ ΙΟ HPV ΣΤΟΝ ΚΟΣΜΟ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	56
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	60
ΣΚΟΠΟΣ	61

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	61
ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ.....	62
ΕΠΑΓΩΓΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ	92
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	119
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	124
ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ	124
ΕΛΛΗΝΙΚΗ.....	127
ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ.....	127

Ευρετήριο Εικόνων

Εικόνα 1: Εσωτερικά όργανα γυναικείου αναπαραγωγικού συστήματος.....	16
Εικόνα 2: Στάδιο IA1 και IA2	20
Εικόνα 3: Στάδιο IB1 και IB2	20
Εικόνα 4: Στάδιο IIA και IIB.....	21
Εικόνα 5: Στάδιο IIIA.....	21
Εικόνα 6:Στάδιο IIIB.....	21
Εικόνα 7: Στάδιο IVA	22
Εικόνα 8: Χάρτης συχνότητας εμφάνισης καρκίνου του τραχήλου παγκοσμίως	27
Εικόνα 9: Ποσοστιαία κατανομή γυναικείου πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω που έκανε μαστογραφία και κυτταρολογικό έλεγχο κατά Παπανικολάου, 2014.	28
Εικόνα 10:Γυναίκες κάθε ομάδας ηλικιών που δεν έχουν κάνει ποτέ testΠαπανικολάου 2014	28
Εικόνα 11: Ιός των Ανθρώπινων Θηλωμάτων	30
Εικόνα 12: Ταξινόμηση των ιών των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV)	31
Εικόνα 13: Ασθενείς με κονδυλώματα που προσήλθαν στο Τμήμα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων του Νοσοκομείου «Ανδρέας Συγγρός από 2006-2011.....	41
Εικόνα 14: Γεώργιος Παπανικολάου.....	43
Εικόνα 15: Λήψη τεστ Παπανικολάου	46
Εικόνα 16: Φυσιολογικά αποτελέσματα τεστ Παπανικολάου.....	47
Εικόνα 17: Παθολογικά αποτελέσματα τεστ Παπανικολάου	47

Ευρετήριο Πινάκων

Πίνακας 1:Γονότυποι του HPV ιού και αλλοιώσεις που προκαλούν.	32
Πίνακας 2:Ηλικιακές Ομάδες.....	62
Πίνακας 3:Ηλικία εμφάνισης πρώτης έμμηνης ρύσης	63
Πίνακας 4: Τόπος Διαμονής.....	64
Πίνακας 5:Οικογενειακή Κατάσταση	64
Πίνακας 6: Αριθμός Τέκνων	65
Πίνακας 7: Μορφωτικό Επίπεδο	66
Πίνακας 8: Κατηγορία Εργασίας.....	67
Πίνακας 9: Γνωρίζετε τι είναι το testpap;.....	67
Πίνακας 10: Από ποιόν ενημερωθήκατε για την εξέταση;.....	68
Πίνακας 11: Το testpapμπορεί να συμβάλει στην έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας;.....	69
Πίνακας 12: Έχετε κάνει ΤΕΣΤ ΠΑΠ;.....	69
Πίνακας 13: Αν ναι σε ποια ηλικία κάνατε το πρώτο testpap;.....	70
Πίνακας 14: Ηλικιακές Ομάδες πρώτου testpap	71
Πίνακας 15: Πότε πιστεύετε ότι μια γυναίκα πρέπει να ξεκινάει να κάνει testpap;.....	72
Πίνακας 16: Πόσα testpapέχετε κάνει την τελευταία πενταετία;.....	73
Πίνακας 17: Το testpapείναι επώδυνη εξέταση;.....	74
Πίνακας 18: Προτιμάτε testpapνα γίνεται από:.....	75
Πίνακας 19: Νομίζετε ότι ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας μπορεί να προληφθεί;.....	76

Πίνακας 20: Γνωρίζετε πως εάν ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας διαγνωσθεί έγκαιρα είναι ιάσιμος;	77
Πίνακας 21: Γνωρίζετε τι είναι ο ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων;	77
Πίνακας 22: Γνωρίζετε πώς μεταδίδεται;	78
Πίνακας 23: Γνωρίζετε ότι υπάρχει τι HPVTEST;	79
Πίνακας 24: Γνωρίζετε ότι υπάρχει εμβόλιο εναντίων του HPV;	79
Πίνακας 25: Θα κάνατε η ίδια ή κόρη σας το εμβόλιο;	80
Πίνακας 26: Αν όχι γιατί;	81
Πίνακας 27: Εάν τα ασφαλιστικά ταμεία δεν κάλυπταν το κόστος του εμβολίου θα το κάνατε εσείς ή η κόρες σας;	82
Πίνακας 28: Θα θέλατε να έχετε περισσότερη ενημέρωση για τον προληπτικό έλεγχο;	82
Πίνακας 29: Θα παρακολουθούσατε κάποια προγράμματα προληπτικής ιατρικής;	83
Πίνακας 30: Θα συμμετείχατε σε προγράμματα προληπτικών ιατρικών εξετάσεων;	84
Πίνακας 31: Η τηλεφωνική ή γραπτή υπενθύμιση για την πραγματοποίηση της επόμενης εξέτασης θα σας βοηθούσε να είστε πιο συνεπείς;	84
Πίνακας 32: Πιστεύετε ότι κινδυνεύετε να εμφανίσετε καρκίνο του τραχήλου της μήτρας;	85
Πίνακας 33: Ηλικία εμφάνισης της πρώτης έμμηνης ρύσης	86
Πίνακας 34: Μέτρα κεντρικής τάσης και διασποράς της ηλικίας εμφάνισης της πρώτης έμμηνης ρύσης	86
Πίνακας 35: Μέτρα ασυμμετρίας και κύρτωσης της ηλικίας εμφάνισης της πρώτης έμμηνης ρύσης	87
Πίνακας 36: Πίνακας Συνάφειας Ηλικιακών ομάδων και ερωτήματος σχετικά με το αν το testπαρείται επώδυνη εξέταση	89
Πίνακας 37: Πίνακας Συνάφειας Ηλικιακών ομάδων και ερωτήματος σχετικά με το πόσα testπραγματοποίησαν οι γυναίκες την τελευταία πενταετία	91
Πίνακας 38: Πίνακας Συνάφειας Ηλικιακών ομάδων και ερωτήματος σχετικά με το αν το testπαρείται επώδυνη εξέταση για έλεγχο βαθμού εξάρτησης	93
Πίνακας 39: Πίνακας ελέγχου ανεξαρτησίας	94
Πίνακας 40: Πίνακας Συνάφειας Ηλικιακών ομάδων και ερωτήματος σχετικά με το πόσα testπραγματοποίησαν οι γυναίκες την τελευταία πενταετία για έλεγχο βαθμού εξάρτησης	95
Πίνακας 41: Πίνακας ελέγχου ανεξαρτησίας	96
Πίνακας 42: Συντελεστής V κατά Gramer (Συνάφειας)	96
Πίνακας 43: Πίνακας Συνάφειας Ηλικιακών Ομάδων και ερωτήματος σχετικά με τη γνώση των γυναικών για την ύπαρξη του εμβολίου για τον ιό HPV	98
Πίνακας 44: Πίνακας ελέγχου ανεξαρτησίας	100
Πίνακας 45: Πίνακας Συνάφειας Ηλικιακών Ομάδων και ερωτήματος σχετικά με το αν οι γυναίκες του δείγματος και οι κόρες τους θα έκαναν το εμβόλιο για τον ιό HPV	101
Πίνακας 46: Πίνακας ελέγχου ανεξαρτησίας	102
Πίνακας 47: Πίνακας Συνάφειας Ηλικιακών Ομάδων και ερωτήματος σχετικά με το αν οι γυναίκες του δείγματος και οι κόρες τους θα πραγματοποιούσαν το εμβόλιο εάν τα ασφαλιστικά ταμεία δεν κάλυπταν το κόστος του εμβολιασμού	104
Πίνακας 48: Πίνακας ελέγχου ανεξαρτησίας	106
Πίνακας 49: Πίνακας Συνάφειας Μορφωτικού Επιπέδου και ερωτήματος σχετικά με την ύπαρξη του εμβολίου εναντίον του ιού HPV	107
Πίνακας 50: Πίνακας ελέγχου ανεξαρτησίας	108
Πίνακας 51: Πίνακας Συνάφειας Μορφωτικού Επιπέδου και ερωτήματος σχετικά με την πρόθεση των γυναικών για την πραγματοποίηση του εμβολίου από τις ίδιες ή από τις κόρες τους	109
Πίνακας 52: Πίνακας ελέγχου ανεξαρτησίας	110

Πίνακας 53: Πίνακας Συνάφειας Μορφωτικού Επιπέδου και ερωτήματος σχετικά με τη γνώση των γυναικών για την ύπαρξη του HPV DNA TEST	112
Πίνακας 54: Πίνακας ελέγχου ανεξαρτησίας	113
Πίνακας 55: Πίνακας Συνάφειας Οικογενειακής κατάστασης και ερωτήματος σχετικά με την πρόθεση των γυναικών για εμβολιασμό από τις ίδιες ή από τις κόρες τους	114
Πίνακας 56: Πίνακας ελέγχου ανεξαρτησίας	115

Ευρετήριο Γραφημάτων

Γράφημα 1: Ηλικιακές Ομάδες	62
Γράφημα 2: Ηλικία εμφάνισης πρώτης έμμηνης ρύσης	63
Γράφημα 3: Τόπος Διαμονής	64
Γράφημα 4: Οικογενειακή Κατάσταση	65
Γράφημα 5: Αριθμός Τέκνων	65
Γράφημα 6: Μορφωτικό Επίπεδο	66
Γράφημα 7: Κατηγορία Εργασίας	67
Γράφημα 8: Γνωρίζετε τι είναι το testrap;	68
Γράφημα 9: Από ποιόν ενημερωθήκατε για την εξέταση;	68
Γράφημα 10: Το testrap μπορεί να συμβάλει στην έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας;	69
Γράφημα 11: Έχετε κάνει ΤΕΣΤ ΠΑΠ	70
Γράφημα 12: Αν ναι σε ποια ηλικία κάνατε το πρώτο testrap;	71
Γράφημα 13: Ηλικιακές Ομάδες πρώτου testrap	72
Γράφημα 14: Πότε πιστεύετε ότι μια γυναίκα πρέπει να ξεκινάει να κάνει testrap;	73
Γράφημα 15: Πόσα testrap έχετε κάνει την τελευταία πενταετία;	74
Γράφημα 16: Το testrap είναι επώδυνη εξέταση;	74
Γράφημα 17: Προτιμάτε testrap να γίνεται από:	75
Γράφημα 18: Νομίζετε ότι ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας μπορεί να προληφθεί;	76
Γράφημα 19: Γνωρίζετε πως εάν ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας διαγνωσθεί έγκαιρα είναι ιάσιμος;	77
Γράφημα 20: Γνωρίζετε τι είναι ο ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων;	78
Γράφημα 21: Γνωρίζετε πώς μεταδίδεται;	78
Γράφημα 22: Γνωρίζετε ότι υπάρχει τι HPV TEST;	79
Γράφημα 23: Γνωρίζετε ότι υπάρχει εμβόλιο εναντίων του HPV;	80
Γράφημα 24: Θα κάνατε η ίδια ή κόρη σας το εμβόλιο;	80
Γράφημα 25: Αν όχι γιατί;	81
Γράφημα 26: Εάν τα ασφαλιστικά ταμεία δεν κάλυπταν το κόστος του εμβολίου θα το κάνατε εσείς ή η κόρη σας;	82
Γράφημα 27: Θα θέλατε να έχετε περισσότερη ενημέρωση για τον προληπτικό έλεγχο;	83
Γράφημα 28: Θα παρακολουθούσατε κάποια προγράμματα προληπτικής ιατρικής;	83
Γράφημα 29: Θα συμμετείχατε σε προγράμματα προληπτικών ιατρικών εξετάσεων;	84
Γράφημα 30: Η τηλεφωνική ή γραπτή υπενθύμιση για την πραγματοποίηση της επόμενης εξέτασης θα σας βοηθούσε να είστε πιο συνεπείς;	85
Γράφημα 31: Πιστεύετε ότι κινδυνεύετε να εμφανίσετε καρκίνο του τραχήλου της μήτρας;	85
Γράφημα 32: Ηλικία εμφάνισης πρώτης έμμηνης ρύσης	88

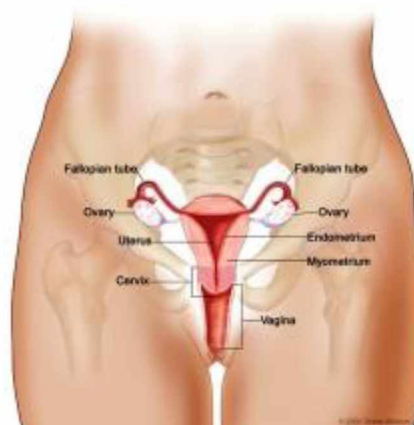
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Στο πρώτο κεφάλαιο του γενικού μέρους γίνεται αναφορά στην ανατομία των εσωτερικών οργάνων του γυναικείου αναπαραγωγικού συστήματος και αναπτύσσεται το θέμα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Ακολουθούν τα συμπτώματα της νόσου η σταδιοποίηση της και αναλύονται οι παράγοντες κινδύνου. Τέλος γίνεται παράθεση επιδημιολογικών στοιχείων για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας στην Ελλάδα και το εξωτερικό.

1.1 ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΥ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ (ΕΣΩ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ)

Τα εσωτερικά όργανα του γυναικείου αναπαραγωγικού συστήματος είναι: ο κόλπος (vagina), ο τράχηλος (cervix), η μήτρα (uterus), οι σάλπιγγες (fallopian tubes) και οι ωοθήκες (ovaries).



Εικόνα 1: Εσωτερικά όργανα γυναικείου αναπαραγωγικού συστήματος

Πηγή: <http://www.bestrong.org.gr/el/cancer/typesofcancer/cervicalcancer/>

1.1.1 ΚΟΛΠΟΣ

Ο κόλπος είναι ένας μύδης σωλήνας μήκους περίπου 10 εκ. που επενδύεται από πολύστοιβο πλακώδες επιθήλιο και συνδέει τη μήτρα με το αιδοίο. Ο τράχηλος της μήτρας προβάλλει στην κορυφή του κόλπου και έτσι δημιουργούνται τέσσερις θόλοι: ο πρόσθιος, ο οπίσθιος, και οι δύο πλάγιοι. Το τοίχωμα του κόλπου είναι ρυτιδωτό με εγκάρσιες πτυχές. Στη διάρκεια της αναπαραγωγικής περιόδου της γυναίκας, το πολύστοιβο πλακώδες επιθήλιο είναι παχύ και περιέχει γλυκογόνο, αποτέλεσμα της δράσης των οιστρογόνων, το οποίο όμως απουσιάζει στη διάρκεια της εφηβείας και στη μετ' εμμηνόπαυσιακή περίοδο. (Ρούσσοι Δ, 2015)

1.1.2 ΜΗΤΡΑ

Η μήτρα είναι ένα όργανο που αποτελείται από λείες μυϊκές ίνες και επενδύεται από αδενικό επιθήλιο, το ενδομήτριο. Στην ενήλικη γυναίκα, η μήτρα ζυγίζει περίπου 70γρ., έχει μήκος περίπου 7,5εκ. και τα τοιχώματά της έχουν πάχος περίπου 2εκ. Το σώμα της θυμίζει αχλάδι και αποτελείται από δύο μέρη που είναι άνισα μεταξύ τους: το ανώτερο, που αποκαλείται σώμα της μήτρας και έχει μήκος περίπου 5εκ και το κατώτερο που είναι ο τράχηλος και έχει μήκος περίπου 2,5εκ. Στο παιδί, ο τράχηλος αποτελεί περίπου τα 2/3 του μήκους της μήτρας και το σώμα το 1/3, ενώ στην ενήλικη γυναίκα αυτή η αναλογία αντιστρέφεται. Στη μετ' εμμηνοπαυσιακή περίοδο η μήτρα συρρικνώνεται, τα μυϊκά τοιχώματα ατροφούν και το κοιλιακό τμήμα του τραχήλου ελαττώνεται σε μήκος και φθάνει να αποτελεί σχεδόν τμήμα του κοιλιακού θόλου. (Ρούσσοι Δ, 2015)

1.1.3 ΤΡΑΧΗΛΟΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Ο τράχηλος έχει κυλινδρικό σχήμα και συνδέεται με το σώμα της μήτρας. Αποτελείται από δύο τμήματα, το κοιλιακό και το εξωκοιλιακό. Το κοιλιακό τμήμα προβάλλει μέσα στο θόλο του κόλπου. Ο τραχηλικός αυλός παρουσιάζει δύο στενώματα: ένα στο ύψος του έσω τραχηλικού στομίου και ένα στο ύψος του έξω τραχηλικού στομίου που ανοίγει προς τον κόλπο. Σε γυναίκες που δεν έχουν γεννήσει με κοιλιακό τοκετό, το έξω τραχηλικό στόμιο είναι στρογγυλό, ενώ, μετά τον τοκετό, παρουσιάζει ένα εγκάρσιο γραμμοειδές σχήμα. Η κοιλιακή επιφάνεια του τραχήλου αποτελείται από ινομυώδη ιστό, ενώ ο αυλός επενδύεται από ψηλό αδενικό επιθήλιο. Η κοιλιακή επιφάνεια του τραχήλου και εκείνη του τραχηλικού αυλού συνάπτονται στο ύψος του έξω τραχηλικού στομίου, αλλά αυτή η σύναψη μπορεί κάποιες φορές να βρίσκεται στο κοιλιακό τμήμα του τραχήλου σχηματίζοντας ένα εκτρόπιο. Αυτή η σύναψη πλακώδους και κυλινδρικού επιθηλίου ονομάζεται ζώνη μετάπτωσης. Πρόκειται για μια περιοχή που χαρακτηρίζεται από ταχεία κυτταρική διαίρεση και εκεί προκύπτει το 95% των καρκίνων του τραχήλου. Η ποσότητα και η ποιότητα της τραχηλικής βλέννης αλλάζει στη διάρκεια του καταμήνιου κύκλου. (Ρούσσοι Δ, 2015)

1.1.4 ΣΑΛΠΙΓΓΕΣ

Κάθε σάλπιγγα εκτείνεται από το σύστοιχο κέρασ της μήτρας μέχρι σχεδόν δίπλα στην ωοθήκη. Το κοιλιακό στόμιο της σάλπιγγας ανοίγει προς την περιτοναϊκή κοιλότητα, φέροντάς την με αυτόν τον τρόπο σε επαφή με το εξωτερικό περιβάλλον μέσω της μήτρας και του κόλπου. Οι σάλπιγγες ή ωαγωγοί, μεταφέρουν το ωάριο από την ωοθήκη προς τη μήτρα, παρέχοντας θρεπτικές ουσίες στο ωάριο και στο σπέρμα αλλά και στο ζυγωτό κύτταρο αν υπάρξει

γονιμοποίηση. Κάθε σάλπιγγα έχει μήκος περίπου 10εκ. και διακρίνεται σε 4 τμήματα: το διάμεσο τμήμα, τον ισθμό, τη λήκυθο και τον κώδωνα. Το διάμεσο τμήμα βρίσκεται μέσα στο τοίχωμα της μήτρας, ενώ ο ισθμός είναι το στενό συνδετικό τμήμα μεταξύ μήτρας και σάλπιγγας. Η λήκυθος αποτελεί το μακρύτερο ευρύτερο τμήμα και καταλήγει στο κοιλιακό άκρο της, τον κώδωνα. Το επιθήλιο της σάλπιγγας είναι κροσσωτό. (Ρούσσος Δ, 2015)

1.1.5 ΩΟΘΗΚΕΣ

Οι ωοθήκες αποτελούν ζευγάρι συμπαγών οργάνων σε σχήμα αμυγδάλου, με μήκος 3,5εκ. πλάτος 2εκ. και πάχος 1εκ. Στο παιδί, οι ωοθήκες έχουν περίπου 1,5εκ μήκος. Έχουν λεία επιφάνεια και κατά τη γέννηση περιέχουν 1-2 εκατομμύρια πρωτογενή ωοθυλάκια, μερικά από τα οποία θα ωριμάσουν σε ώριμα ωοθυλάκια στη διάρκεια της αναπαραγωγικής ζωής. Στη διάρκεια των μηνών που προηγούνται της εμμηναρχής, το μέγεθος των ωοθηκών αυξάνεται και φθάνει εκείνο των ενηλίκων. Αυτή η σημαντική αύξηση επιτυγχάνεται λόγω του πολλαπλασιασμού των στρωματικών κυττάρων και της έναρξης της ωρίμανσης των ωοθυλακίων. Μετά την εμμηνόπαυση δεν παρατηρούνται ενεργά ωοθυλάκια και η ωοθήκη μικραίνει σε μέγεθος, ενώ η επιφάνειά της χάνει τη στιλπνότητά της και αποκτά ρυτιδώσεις. Η κάθε ωοθήκη βρίσκεται μέσα στον ωοθηκικό βόθρο. (Ρούσσος Δ, 2015)

1.2 ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Ονομάζουμε καρκίνο τραχήλου της μήτρας τον παθολογικό και ανεξέλεγκτο πολλαπλασιασμό των κυττάρων που επενδύουν τον τράχηλο της μήτρας. (National Cancer Institute), (Αρεταίειο Νοσοκομείο, 2019)

Πρόκειται για γυναικολογικό καρκίνο ο οποίος αναπτύσσεται στον τράχηλο, δηλαδή στην περιοχή μεταξύ κόλπου και μήτρας. (National Cancer Institute)

Προκαλείται από την κακοήθη εξαλλαγή των κυττάρων του τραχήλου της μήτρας και καθοριστικός παράγοντας σ' αυτή την εξαλλαγή αποτελεί η ενσωμάτωση του γονιδιώματος (DNA) του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων (Human Papillomavirus) ή HPV, στον πυρήνα των κυττάρων. Τα καρκινικά κύτταρα πολλαπλασιάζονται και δεν καταστρέφονται στο συνήθη χρόνο που αποπίπτουν τα φυσιολογικά κύτταρα. Αποτέλεσμα αυτού του γεγονότος είναι η συσσώρευσή τους σε ένα σημείο, η δημιουργία όγκου και η εξάπλωσή του στα γειτονικά όργανα ή σε απομακρυσμένα σημεία του σώματος (μετάσταση). Η μέση ηλικία των ασθενών με καρκίνο τραχήλου της μήτρας είναι περίπου τα 52 έτη. Τα περισσότερα περιστατικά αφορούν ηλικιακές ομάδες 30-39 έτη και 60-69 έτη. (Αρεταίειο Νοσοκομείο, 2019)

Είναι πολύ σημαντικό το ότι γνωρίζουμε ποια, ότι η λοίμωξη από τον ιό HPV συμβάλλει στην εμφάνιση στις γυναίκες, καρκίνου του τραχήλου. Αυτό βέβαια δε σημαίνει ότι, κάθε γυναίκα που θα μολυνθεί θα εμφανίσει και τη νόσο απαραίτητα, μπορεί και να ιαθεί. Εξάλλου υπάρχουν και άλλοι παράγοντες κινδύνου και οι οποίοι συμβάλλουν ανάλογα για την εμφάνιση της νόσου. Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας χρειάζεται κάποιο χρονικό διάστημα να αναπτυχτεί και να εκδηλωθεί μέσα από μια σειρά σταδίων. Μέσα από διαδικασίες πληθυσμιακού ελέγχου τα στάδια αυτά μπορούν να αναγνωριστούν έγκαιρα. Όταν ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας διαγνωσθεί σε αρχικά στάδια και θεραπευθεί το ποσοστό επιβίωσης των γυναικών που έχουν προσβληθεί αυξάνει. (T Agorastos et al., 1995).

1.2.1 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Οι καταστάσεις που οδηγούν στην εμφάνιση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας συνήθως δεν προκαλούν πόνο. Για το λόγο αυτό η ασθένεια μπορεί να εξελιχθεί για αρκετό διάστημα αθόρυβα και χωρίς κανένα σύμπτωμα.

Τα συμπτώματα εξαρτώνται από τη μορφή και τα στάδια εξέλιξης της νόσου. α) Στις δυσπλασίες, στο προδιηθητικό και το μικροδιηθητικό καρκίνωμα, δεν υπάρχουν συμπτώματα. β) Στο διηθητικό καρκίνωμα στην αρχή υπάρχει κολπική υπερέκκριση, πυώδη ή αιματηρή και σταγονοειδή αιμορραγία μετά τη συνουσία ή την κολπική πλύση. γ) Σε προχωρημένα στάδια η καρκινική διήθηση μπορεί να προκαλέσει μονόπλευρο πόνο, που αντανακλά στο σύστοιχο ισχίο ή μηρό. Άλλα συμπτώματα σ' αυτό το στάδιο είναι: μητρορραγίες, αναιμία, αιματοουρία, απώλεια βάρους και αδυναμία. Σε περισσότερο προχωρημένα στάδια τα συμπτώματα είναι: πίεση από διήθηση, δηλαδή οιδήματα των σκελών από φλεβική ή λεμφική έμφραξη, πυελονεφρίτιδα, έμφραξη του ουρητήρα και υδρονέφρωση, στην οποία οφείλεται τις περισσότερες φορές ο θάνατος. (Παπανικολάου Ν, 1986)

1.2.2 ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Το βάθος της διείσδυσης των κακοηθών κυττάρων, πέραν της βασικής μεμβράνης αποτελεί αξιόλογο κλινικό οδηγό της έκτασης του πρωτοπαθούς καρκινώματος μέσα στον τράχηλο και την πιθανότητα δευτεροπαθούς ή μεταστατικού καρκινώματος. Τα καρκινώματα του τραχήλου συνηθίζεται να σταδιοποιούνται υπό αναισθησία. Οι περισσότεροι ογκολόγοι χρησιμοποιούν την κατάταξη κατά FIGO (Διεθνής Ομοσπονδία Μαιευτικής και Γυναικολογίας), σύμφωνα με την οποία η νόσος χωρίζεται σε πέντε στάδια, ενώ το κάθε στάδιο χωρίζεται σε περαιτέρω υποκατηγορίες.

Ο σκοπός της σταδιοποίησης πέρα από την προγνωστική σημασία, στοχεύει στην επιλογή των κατάλληλων θεραπευτικών μεθόδων για την κάθε ασθενή. Για το λόγο αυτό γίνεται ειδικό Ογκολογικό Συμβούλιο στο οποίο συμμετέχουν έμπειροι γιατροί (γυναικολόγοι, γυναικολόγοι-ογκολόγοι, ακτινοθεραπευτές, παθολογοανατόμοι, παθολόγοι-ογκολόγοι) και άλλοι επιστήμονες υγείας. (Παπαθανασίου Κ, 2002)

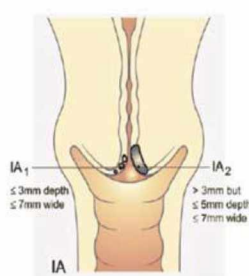
ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ:

Στάδιο I : Η νόσος είναι περιορισμένη στον τράχηλο

Στάδιο IA: Η νόσος αναγνωρίζεται μόνο μικροσκοπικά

Στάδιο IA1: Υπάρχει στρωματική διήθηση βάθους έως 3χιλ. και έκτασης έως 7χιλ.

Στάδιο IA2: Υπάρχει στρωματική διήθηση βάθους από 3 έως 5χιλ. και έκτασης έως 7χιλ.



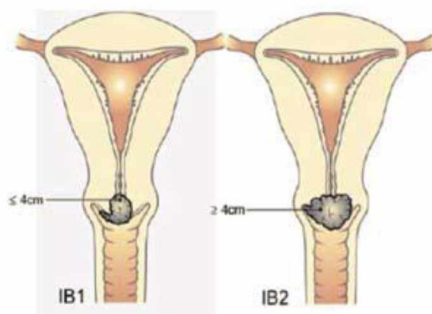
Εικόνα 2: Στάδιο IA1 και IA2

Πηγή: www.gaiamaternity.gr

Στάδιο IB: Η νόσος αναγνωρίζεται μακροσκοπικά

Στάδιο IB1: Έκταση βλάβης μικρότερη των 4εκ.

Στάδιο IB2: Έκταση βλάβης μεγαλύτερη των 4 εκ.



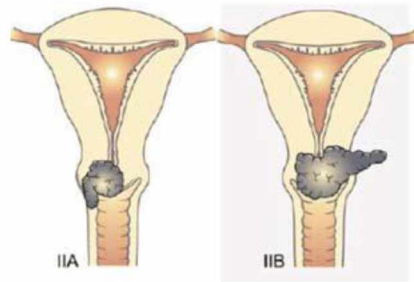
Εικόνα 3: Στάδιο IB1 και IB2

Πηγή: www.gaiamaternity.gr

Στάδιο II: Η νόσος εκτείνεται πέρα από τον τράχηλο αλλά δε φτάνει στο πλάγιο πυελικό τοίχωμα. Διηθεί τον κόλπο αλλά δε φθάνει στο κατώτερο τριτημόριο.

Στάδιο IIA: Δεν παρατηρείται διήθηση των παραμητρίων

Στάδιο IIB: Εμφανής διήθηση παραμητρίων.



Εικόνα 4: Στάδιο II A και II B

Πηγή: www.gaiamaternit.gr

Στάδιο III: Το καρκίνωμα εκτείνεται έως το πλάγιο πυελικό τοίχωμα. Κατά την εξέταση από το ορθό δεν υπάρχει ελεύθερος χώρος μεταξύ του όγκου και του πλάγιου πυελικού τοιχώματος, ο όγκος διηθεί έως και το κατώτερο τριτημόριο του κόλπου. Όλες οι περιπτώσεις υδρονέφρωσης ή μη λειτουργικών νεφρών πρέπει να συμπεριλαμβάνονται στο στάδιο III εκτός και αν οφείλονται σε άλλη αιτία.

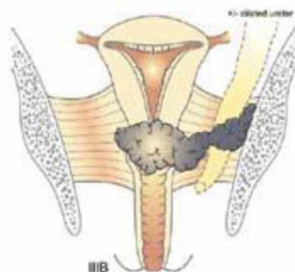
Στάδιο III A: Ο όγκος δε φθάνει στο πλάγιο πυελικό τοίχωμα αλλά εκτείνεται έως το κατώτερο τριτημόριο του κόλπου.



Εικόνα 5: Στάδιο III A

Πηγή: www.gaiamaternity.gr

Στάδιο III B: Ο όγκος εκτείνεται έως το πλάγιο πυελικό τοίχωμα, περιπτώσεις υδρονέφρωσης ή μη λειτουργικού νεφρού μπορούν να ανευρεθούν.



Εικόνα 6: Στάδιο III B

Πηγή: www.gaiamaternity.gr

Στάδιο IV: Το καρκίνωμα διηθεί το βλεννογόνο του ορθού ή της ουροδόχου κύστης.

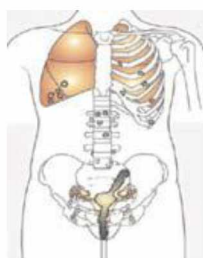
Στάδιο IV A: Ο όγκος επεκτείνεται και σε γειτονικά όργανα.



Εικόνα 7: Στάδιο IVA

Πηγή: www.gaiamaternity.gr

Στάδιο IVB: Απομακρυσμένες μεταστάσεις.



Εικόνα8: ΣτάδιοIVB

Πηγή: www.gaiamaternity.gr

1.2.3 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Όταν λέμε παράγοντες κινδύνου, εννοούμε οτιδήποτε αυξάνει τις πιθανότητες εμφάνισης του καρκίνου και εδώ συγκεκριμένα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Κάποιοι παράγοντες είναι κοινοί για αρκετές μορφές. Όμως η παρουσία τους ή ακόμα και η απουσία τους δε σημαίνει ότι κάποια γυναίκα θα εμφανίσει ή δε θα εμφανίσει ποτέ καρκίνο τραχήλου της μήτρας. (ESMO)

ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Οι καπνίστριες έχουν 2 φορές μεγαλύτερες πιθανότητες να εμφανίσουν καρκίνο του τραχήλου της μήτρας σε σχέση με γυναίκες που δεν καπνίζουν. Με το κάπνισμα εισέρχονται στον οργανισμό καρκινογόνες χημικές ουσίες οι οποίες δεν επιδρούν αρνητικά μόνο στους πνεύμονες. Με το αίμα μεταφέρονται και σε άλλα όργανα. Χημικές ουσίες του καπνού έχουν βρεθεί σε κολπικές εκκρίσεις γυναικών που καπνίζουν. (Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον καρκίνο) Σύμφωνα με έρευνες που έχουν γίνει έχει διατυπωθεί η άποψη ότι οι χημικές αυτές ουσίες προκαλούν βλάβες στο DNA των τραχηλικών κυττάρων. Επίσης έχει βρεθεί ότι το κάπνισμα επιδρά αρνητικά στην αποτελεσματικότητα του ανοσοποιητικού συστήματος με αποτέλεσμα ο οργανισμός να μη μπορεί να αντιδράσει αποτελεσματικά σε μια μόλυνση από

τον ιό HPV. (Ault, 2006; Castellaque & Muñoz, 2003) Επίσης σύμφωνα με άλλες έρευνες έχει βρεθεί ότι το κάπνισμα αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου τραχήλου της μήτρας σε θετικές στον ιό HPV γυναίκες. Στην έρευνα αυτή τονίζεται ότι όσο αυξάνεται ο αριθμός των γυναικών που καπνίζουν τόσο θα αυξάνονται και τα ποσοστά του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. (Plummer et al., 2003)

ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΟΛΗ

Έχει βρεθεί ότι οι γυναίκες που νοσούν από AIDS έχουν αυξημένες πιθανότητες να εμφανίσουν καρκίνο τραχήλου της μήτρας. Ο ιός HIV προσβάλλει το ανοσοποιητικό σύστημα. Η προσβολή αυτή έχει σαν αποτέλεσμα ο οργανισμός να μην έχει τη δυνατότητα να ανταπεξέλθει σε HPV λοίμωξη. Όπως γνωρίζουμε το ανοσοποιητικό σύστημα συμβάλλει στην καταστροφή και στην καθυστέρηση ανάπτυξης των καρκινικών κυττάρων. (ESMO) Σε γυναίκες με προ-καρκινωματώδεις αλλοιώσεις ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας εμφανίζεται πιο γρήγορα σε σχέση με γυναίκες που δε νοσούν από AIDS. Επίσης η λήψη ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων έχει παρόμοια αποτελέσματα. Σε νεότερη έρευνα που έγινε από το τμήμα Δημόσιας Υγείας της Κοπεγχάγης με σκοπό να καθοριστεί η σχέση μεταξύ διαφόρων προβλημάτων του ανοσοποιητικού και του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, διαπιστώθηκε αύξηση της εμφάνισης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας σε γυναίκες που είχαν πραγματοποιήσει μεταμόσχευση κάποιου οργάνου και ήταν σε ανοσοκαταστολή και σε γυναίκες που νοσούσαν από AIDS. (Dugué, Rebolj, Garred, & Lynge, 2013)

ΑΚΑΝΟΝΙΣΤΟΣ ΥΠΝΟΣ

Ο ακανόνιστος ύπνος αποδυναμώνει το ανοσοποιητικό σύστημα και αποτελεί παράγοντα κινδύνου. (ESMO)

ΑΣΚΗΣΗ

Η έλλειψη άσκησης είναι ένας ακόμα παράγοντας που συμβάλλει στην αποδυνάμωση του ανοσοποιητικού συστήματος και γι' αυτό η έλλειψή της θεωρείται παράγοντας κινδύνου. (ESMO)

ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Η κακή διατροφή και συγκεκριμένα η φτωχή διατροφή σε φρούτα και λαχανικά αποτελεί παράγοντα εμφάνισης καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Τα φρούτα και τα λαχανικά έχουν βιταμίνες που δυναμώνουν το ανοσοποιητικό σύστημα. Επίσης περιέχουν φυτοχημικές ουσίες

που προστατεύουν τα κύτταρα από τον καρκίνο. (Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον καρκίνο) Οι υπέρβαρες γυναίκες εμφανίζουν αυξημένες πιθανότητες εμφάνισης της νόσου. (ESMO; Franco, Duarte-Franco, & Ferenczy, 2001)

ΔΙΕΘΥΛΑΣΤΙΑΒΕΣΤΡΟΛΗ (DES)

Η DES είναι ένα ορμονικό σκεύασμα που χορηγούνταν σε γυναίκες για την αποφυγή πιθανής αποβολής από το 1940 μέχρι και το 1971. Οι γυναίκες που γεννήθηκαν από μητέρες που είχαν πάρει DES εμφανίζουν καρκίνο του τραχήλου και του κόλπου πιο συχνά σε σχέση με άλλες γυναίκες οι μητέρες των οποίων δεν είχαν πάρει DES. (Hoover et al., 2011)

ΚΟΙΝΩΝΟΙΚΟ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

Οι γυναίκες που ζουν σε φτωχές περιοχές διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο σε σχέση με αυτές που ζουν σε πλούσιες ή σε λιγότερο φτωχές περιοχές. Οι γυναίκες με χαμηλό εισόδημα δεν έχουν εύκολη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας. Οι γυναίκες που ασκούν χειρονακτικές εργασίες είναι αυτές που συμμετέχουν σε μικρότερο βαθμό σε προγράμματα προληπτικού ελέγχου. (Benard et al., 2008)

ΧΛΑΜΥΔΙΑ

Μετά από έρευνα βρέθηκε ότι υπάρχει σχέση μεταξύ της λοίμωξης από χλαμύδια και του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. (Samoff et al., 2005)

ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΑ ΧΑΠΙΑ

Η μακροχρόνια χρήση ορμονικών αντισυλληπτικών χαπιών αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. (ESMO) Από έρευνες που έχουν γίνει έχει αποδειχθεί ότι όσο μεγαλύτερο χρονικό διάστημα μια γυναίκα λαμβάνει ορμονικά αντισυλληπτικά τόσο μεγαλύτερος είναι και ο κίνδυνος που διατρέχει. Αν γίνει διακοπή της λήψης ο κίνδυνος μπορεί να μειωθεί. Μετά από πενταετή λήψη ο κίνδυνος μπορεί να διπλασιαστεί. Μετά από δεκαετή διακοπή ο κίνδυνος μπορεί να επανέλθει στα φυσιολογικά επίπεδα. (Franco et al., 2001; Schiffman, Brinton, Devesa, Fraumeni, & Joseph, 1996)

ΠΡΟΩΡΗ ΕΝΑΡΞΗ ΤΗΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΖΩΗΣ (κάτω των 18 ετών)

Οι γυναίκες που ήταν σεξουαλικά δραστήριες από νεαρή ηλικία έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Όσο νωρίτερα ηλικιακά μια γυναίκα αρχίσει τη σεξουαλική της ζωή τόσο περισσότερο είναι αυξημένος και ο κίνδυνος για την εμφάνιση

της ασθένειας. Να σημειωθεί ότι ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι σπάνιος σε παρθένες. (Γενικό Αντικαρκινικό Ογκολογικό Νοσοκομείο, 2019) Σε εθνική έρευνα που έγινε στο Ηνωμένο Βασίλειο σε γυναίκες ηλικίας 20-44 ετών βρέθηκε ότι ο κίνδυνος καρκίνου του τραχήλου της μήτρας συνδέεται με την πρόωρη έναρξη της σεξουαλικής ζωής. (Green et al., 2003)

ΠΟΛΛΑΠΛΟΙ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΙ ΣΥΝΤΡΟΦΟΙ

Οι γυναίκες που είχαν πολλούς ερωτικούς συντρόφους διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Όσο μεγαλύτερος ο αριθμός των ερωτικών συντρόφων τόσο μεγαλύτερος και ο κίνδυνος. Πιστεύεται ότι ο αυξημένος κίνδυνος στις γυναίκες με πολλούς ερωτικούς συντρόφους και σ' αυτές που αρχίζουν τη σεξουαλική τους δραστηριότητα σε νεαρή ηλικία έχει να κάνει με τη λοίμωξη από τον ιό HPV. (Γενικό Αντικαρκινικό Ογκολογικό Νοσοκομείο, 2019) Σε διεθνή μελέτη για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας στην οποία έλαβαν μέρος 15.461 γυναίκες με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και 29.164 γυναίκες χωρίς τη νόσο, βρέθηκε ότι υπάρχει σχέση ανάμεσα στη σεξουαλική δραστηριότητα και τη νόσο. (International Collaboration of Epidemiological Studies of Cervical Cancer, 2009)

ΠΟΛΛΕΣ ΚΥΗΣΕΙΣ

Γυναίκες που έχουν περισσότερες από 3 κυήσεις έχουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Ο λόγος που συμβαίνει αυτό, στηρίζεται σε υποθέσεις. Μια από τις υποθέσεις αυτές είναι ότι οι πολύτεκνες γυναίκες για να κυοφορήσουν έχουν πολλές σεξουαλικές επαφές χωρίς προφυλάξεις και για το λόγο αυτό έχουν εκτεθεί περισσότερο στον ιό HPV. Από μελέτες που γίνονται προσπαθούν να συσχετίσουν τις ορμονικές αλλαγές κατά την κύηση και τη λοίμωξη από HPV. Οι μελετητές θεωρούν το ανοσοποιητικό σύστημα των πολύτεκνων γυναικών εξασθενημένο από τις πολλές κυήσεις και ευάλωτο στην ανάπτυξη καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. (Brinton et al., 1987; Franco et al., 2001)

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας μπορεί να εμφανιστεί σε κάποιες οικογένειες πιο συχνά απ' ότι σε κάποιες άλλες. Αν η μητέρα ή η αδελφή μιας γυναίκας εμφάνισε τη νόσο τότε η γυναίκα αυτή έχει διπλάσιες πιθανότητες να εμφανίσει και αυτή καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. (American Cancer Society)

ΙΟΙ ΤΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΘΗΛΩΜΑΤΩΝ (HPV)

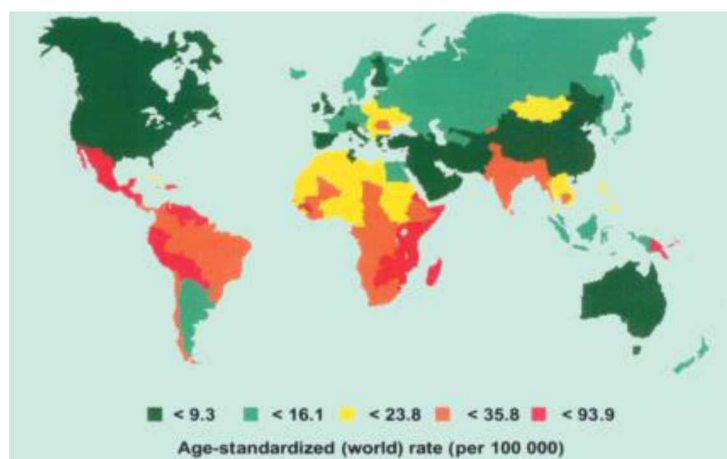
Οι ιοί των ανθρωπίνων θηλωμάτων θεωρούνται η πιθανότερη αίτια εμφάνισης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Συχνά ανιχνεύονται στον τράχηλο των γυναικών που πάσχουν από καρκίνο τραχήλου της μήτρας. (Γενικό Αντικαρκινικό Ογκολογικό Νοσοκομείο, 2019)

Εδώ πρέπει να ξανά επισημάνουμε ότι κάποιοι παράγοντες κινδύνου από μόνοι τους δεν είναι τόσο επιβαρυντικοί, αλλά όταν συνεργάζονται με άλλους παράγοντες γίνονται πολύ επικίνδυνοι. Για παράδειγμα, η ορμονική αντισύλληψη είναι πιο συχνή σε νεαρές γυναίκες με πρώιμη έναρξη της σεξουαλικής τους δραστηριότητας και πιθανών με πολλούς ερωτικούς συντρόφους. Άλλο παράδειγμα, το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο έχει σαν αποτέλεσμα τη μη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και τη μη διενέργεια εξετάσεων προσυμπτωματικού ελέγχου. (ESMO)

1.2.4 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ ΠΑΓΚΟΣΜΙΩΣ

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας αποτελεί μια από τις συχνότερες αιτίες θανάτου από καρκίνο στις γυναίκες παγκοσμίως, για το λόγο αυτό αποτελεί και μείζον πρόβλημα για τη δημόσια υγεία. Σε παγκόσμιο επίπεδο και με βάση τα στοιχεία που δίνει ο οργανισμός, ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι ο δεύτερος συχνότερος καρκίνος στις γυναίκες. (World Health Organization, 2005) Για το έτος 2012 εκτιμάται ότι υπήρχαν 530.000 νέες περιπτώσεις το που αντιπροσωπεύουν το 7,5% όλων των θανάτων από καρκίνο των γυναικών. Από τις παραπάνω εκτιμώμενες περιπτώσεις, περισσότεροι από 270.000 θάνατοι από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας κάθε χρόνο, δηλαδή πάνω από το 85% αυτών συμβαίνουν στις λιγότερο αναπτυγμένες χώρες. Στις αναπτυγμένες χώρες στις οποίες υπάρχουν προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου και οι γυναίκες προσέρχονται σ' αυτά, οι προ-καρκινικές αλλοιώσεις αναγνωρίζονται σε πρώιμα στάδια και η αντιμετώπιση τους είναι πιο καλή. Η έγκαιρη θεραπεία αποτρέπει μέχρι το 80% των θανάτων από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας στις χώρες αυτές. Στις αναπτυσσόμενες χώρες στις οποίες δεν υπάρχουν προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου και οι γυναίκες δεν έχουν εύκολη πρόσβαση σ' αυτά, οι γυναίκες προσέρχονται στις μονάδες υγείας σε προχωρημένα στάδια καρκίνου. Οι προοπτικές θεραπείας στα στάδια αυτά δεν είναι καλές, με αποτέλεσμα υψηλό ποσοστό θανάτου από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας στις χώρες αυτές. Τα υψηλά ποσοστά θνησιμότητας από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας παγκοσμίως (52%) θα

μπορούσαν να μειωθούν με αποτελεσματικά προγράμματα πρόληψης, διάγνωσης και θεραπείας. (World Health Organization, 2019), (Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας)



Εικόνα 8: Χάρτης συχνότητας εμφάνισης καρκίνου του τραχήλου παγκοσμίως

Πηγή: <https://www.iarc.fr/>

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι η κύρια αιτία θανάτου στις γυναίκες της Λατινικής Αμερικής και της Καραϊβικής της υποσαχάριας Αφρικής και της Νοτιοανατολικής Ασίας. Πολύ χαμηλά ποσοστά παρατηρούνται στην Κίνα και τη Δυτική Ασία με το χαμηλότερο ποσοστό να έχει το Βορειοδυτικό Ιράν. (International agency for research on cancer, 2019)

1.2.5 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Το Θεαγένειο Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης και συγκεκριμένα η Γυναικολογική Κλινική του νοσοκομείου για τις χρονικές περιόδους 1965-1981, 1982-1989 και 1990-1997 πραγματοποίησε αναδρομική καταγραφή των ασθενών με γυναικολογικό καρκίνο. Τα αποτελέσματα της αναδρομικής αυτής καταγραφής αφορούσαν γυναίκες οι οποίες διέμεναν σε περιοχές της Βόρειας Ελλάδας. Από την επεξεργασία των δεδομένων βρέθηκε ότι τη χρονική περίοδο 1965-1981 ο νομός Θεσσαλονίκης εμφάνιζε τα περισσότερα περιστατικά γυναικολογικού καρκίνου. Τη χρονική περίοδο 1982-1989 ο νομός Χαλκιδικής εμφάνιζε πτώση στα περιστατικά του σε αντίθεση με το νομό Καβάλας ο οποίος στα περιστατικά του εμφάνιζε αύξηση. Τη χρονική περίοδο 1990-1997 ο νομός Ημαθίας εμφάνιζε αύξηση και ο νομός Καστοριάς εμφάνιζε πτώση στα περιστατικά γυναικολογικού καρκίνου. Αυτό που πρέπει να επισημανθεί είναι το αποτέλεσμα που εμφανίστηκε το έτος 1997. Το έτος αυτό η Βόρεια Ελλάδα εμφάνισε το μεγαλύτερο ποσοστό καρκίνου του τραχήλου. (Αγοραστός Θ, Βιρβίλης Δ, & Μπόντης Ι.Ν, 2006) Σε άλλη μελέτη που έγινε το έτος 2004, από την καταγραφή των νέων

περιστατικών καρκίνου του τραχήλου της μήτρας σε 3 αντικαρκινικά νοσοκομεία και 7 πανεπιστημιακές κλινικές βρέθηκαν συνολικά 398 νέες περιπτώσεις. Για το έτος αυτό από τα υπόλοιπα νοσοκομεία δεν έχουν γίνει αναφορές. Από την επεξεργασία των δεδομένων βρέθηκε ότι η μέση ηλικία των γυναικών ήταν τα 52 έτη. Οι ηλικίες 30-39 και 60-69 είχαν τα πιο πολλά καταγεγραμμένα περιστατικά. Οι γυναίκες προχωρημένης ηλικίας προσέρχονται στις μονάδες υγείας σε προχωρημένα στάδια της νόσου, λόγω της μη συμμετοχής τους σε προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου. (Φωτίου Σ, 2008)

Η Ελληνική Στατιστική Αρχή στις 15 Ιουνίου του 2016 με δελτίο τύπου ανακοίνωσε στοιχεία για την υγεία του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω. Τα στοιχεία προέρχονταν από δειγματοληπτική έρευνα υγείας για το έτος 2014. Σύμφωνα με το δελτίο τύπου παρουσιάζεται μείωση κατά 31,9% σε σχέση με το έτος 2009 στο ποσοστό των γυναικών που δεν έχουν κάνει ποτέ στη ζωή του κυτταρολογικό έλεγχο κατά Παπανικολάου: το 2014 ήταν 21,3% ενώ το 2009 ήταν 31,3%.

	Έκαναν μαστογραφία	Έκαναν κυτταρολογικό έλεγχο κατά Παπανικολάου
Εντός των τελευταίων 12 μηνών	28,2	39,3
Από 1 έως λιγότερο από 2 έτη πριν	13,8	16,2
Από 2 έως λιγότερο από 3 έτη πριν	5,8	6,0
Τουλάχιστον 3 έτη πριν	13,8	17,2
Ποτέ	38,4	21,3
Σύνολο	100,0	100,0

Εικόνα 9: Ποσοστιαία κατανομή γυναικείου πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω που έκανε μαστογραφία και κυτταρολογικό έλεγχο κατά Παπανικολάου, 2014.

Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή 2016

Από την ίδια έρευνα βρέθηκε ότι το 87% των γυναικών που είχαν κάνει κυτταρολογικό έλεγχο κατά Παπανικολάου τον είχαν κάνει για προληπτικούς λόγους. (Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2016)



Εικόνα 10: Γυναίκες κάθε ομάδας ηλικιών που δεν έχουν κάνει ποτέ test Παπανικολάου 2014.

Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή 2016

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΙΟΙ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΘΗΛΩΜΑΤΩΝ (HPV)

Το δεύτερο κεφάλαιο του γενικού μέρους αρχίζει με την ιστορική αναδρομή για τον ιό HPV και ακολουθούν τα χαρακτηριστικά του ιού, οι τρόποι μετάδοσης και οι τρόποι αποφυγής της λοίμωξης. Στη συνέχεια γίνεται αναφορά στη δοκιμασία για τον ιό HPV, αναπτύσσεται η ενότητα του εμβολιασμού κατά του ιού HPV και γίνεται αναφορά στο αντιεμβολιαστικό κίνημα. Τέλος γίνεται παράθεση επιδημιολογικών στοιχείων για τον HPV στην Ελλάδα και το εξωτερικό.

2.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΓΙΑ ΤΟΝ ΙΟ ΤΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΘΗΛΩΜΑΤΩΝ (HPV)

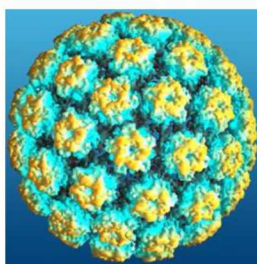
Όπως θα δούμε παρακάτω από την παράθεση των σχετικών χρονολογιών, ο ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων δεν βρέθηκε τα τελευταία χρόνια. Οι αναφορές ξεκινάνε από π.χ. , στην πορεία γίνεται διαχωρισμός του από άλλες ασθένειες και ιούς, μέχρι να καταλήξουν οι επιστήμονες στην ταυτοποίηση και στην ταξινόμησή τους σε γένη, είδη και τύπους.

Οι αναφορές ξεκινάνε από την εποχή του Ιπποκράτη και συγκεκριμένα από το 460π.χ. Αναφέρονται ως «οξυτενή κονδυλώματα» δηλαδή με τον όρο που αναφέρονται ακόμα και σήμερα. Αναφέρονται επίσης και σαν «μυρμηγκιές» κυρίως για τις δερματικές εκδηλώσεις του ιού, (σημερινή τους ιατρική ονομασία είναι ακροχόρδωνες). (Karamanou, Agapitos, Kousoulis, & Androutsos, 2010) Αναφορές υπάρχουν και στο Μεσαίωνα αλλά και αργότερα στην Αναγέννηση. Τα οξυτενή κονδυλώματα θεωρούνταν εκδηλώσεις άλλων σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων όπως η γονόρροια και η σύφιλη. (Bärfverstedt, 1967) Ο Ιταλός γιατρός Domenico Rigoni-Stern σε νοσοκομείο στη Βερόνα μελέτησε τα πιστοποιητικά θανάτου γυναικών από το 1760-1839. Από τη μελέτη αυτή διαπίστωσε ότι οι γυναίκες που δεν είχαν ποτέ σεξουαλικές επαφές και οι καλόγριες δεν είχαν αιτία θανάτου τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, σε αντίθεση με τις παντρεμένες και τις χήρες που είχαν τη νόσο σαν αιτία θανάτου. Για πρώτη φορά συνδέθηκε ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας με τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. (Karamanou et al., 2010) Μετά την ανακάλυψη του γονόκοκκου κατά το έτος 1879 και το χαρακτηρισμό του σαν ξεχωριστή ασθένεια, διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς με γονοκοκκική λοίμωξη δεν είχαν κονδυλώματα. Οπότε η άποψη που επικρατούσε για τα κονδυλώματα ότι είναι εκδήλωση της γονόρροιας καταρρίφτηκε. (T Agorastos et al., 1995) Σημαντική ημερομηνία θα μπορούσαμε να χαρακτηρίσουμε το 1891 όταν αποδείχτηκε ότι τα κονδυλώματα είναι μεταδοτικά, όταν μετά από απόξεση δερματικών εκδηλώσεων από ασθενή ο γιατρός Joseph Payne σε νοσοκομείο του Λονδίνου, εκδήλωσε

κονδύλωμα στο χέρι του. (T Agorastos et al., 1995) Το έτος 1954 τα επανέρχονται ξανά στο προσκήνιο και κατατάσσονται στα σεξουαλικώς μεταδιδόμενα νοσήματα. Παρατηρήθηκε ότι οι στρατιώτες που έλαβαν μέρος στον πόλεμο της Κορέας μετά την επιστροφή τους διαγνώστηκαν με κονδυλώματα στο πέος τους. Τα κονδυλώματα τα μετέδωσαν στις γυναίκες τους και αυτές εκδήλωσαν τον ιό στα γεννητικά τους όργανα. (Kreider et al., 1985) Ο επιστήμονας που συνέβαλε τα μέγιστα στη μελέτη του ιού HPV ήταν ο ιολόγος Herald zur Hausen. Ο Herald zur Hausen ανακάλυψε ότι ο ιός HPV έχει περισσότερους από έναν τύπους. Το έτος 1977 δημοσίευσε την επιστημονική του ανακάλυψη για το ότι ο HPV έχει τον καθοριστικό ρόλο για την εμφάνιση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Το έτος 1983 ο Herald zur Hausen ταυτοποίησε τους τύπους HPV16 και HPV18. Για το έργο του έχει βραβευτεί με το βραβείο Νόμπελ. Μετά από τις παραπάνω ανακαλύψεις το έτος 2006 εγκρίθηκε η κυκλοφορία του πρώτου εμβολίου κατά του HPV. (Karamanou et al., 2010)

2.2 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΙΟΥ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΘΗΛΩΜΑΤΩΝ (HPV)

Ο ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV) ανήκει στους θηλωματοϊούς της οικογένειας των Παπόβα ιών (Papovaviridae). Είναι μικροί, ελυτροφόροι ιοί, με διάμετρο 55nm και αποτελούνται από διπλή κυκλική έλικα DNA εσωτερικά και την κάψα εξωτερικά. Η κάψα αποτελείται από πρωτεΐνες που προφυλάσσει το ιικό γονιδίωμα. Περιέχουν δίκλωνο DNA σε κυκλική διάταξη, μήκους 8kb και μοριακό βάρος περίπου $5.2 \cdot 10^6$ daltons. Η πρωτεϊνική τους κάψα έχει εικοσαεδρική συμμετρία και αποτελείται από 72 καψομερίδια. Το γενετικό τους υλικό εξωτερικά περιβάλλεται από ιστόνες κυτταρικής προέλευσης και συναρμολογείται σε νουκλεοσώματα που του δίνουν τη μορφή μικρού χρωμοσώματος, χαρακτηριστικό για την οικογένειά τους. (Μορτάκης Α, 2007)

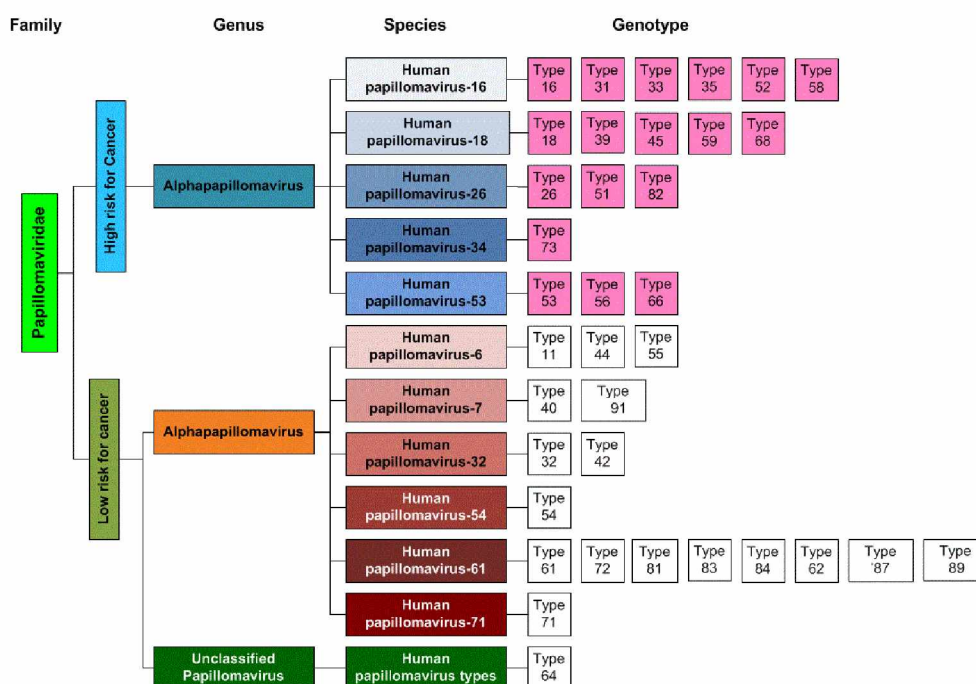


Εικόνα 11: Ιός των Ανθρωπίνων Θηλωμάτων

Πηγή: <http://www.hpvsociety.gr/index.php>

Μέχρι σήμερα έχουν περιγραφεί πάνω από 100 διαφορετικά στελέχη του HPV, τα οποία διαφέρουν ελαφρώς μεταξύ τους ως προς τη γενετική τους δομή. (Ελληνική HPV Εταιρεία) Οι HPV ιοί εκτός από τον άνθρωπο έχουν βρεθεί και σε θηλαστικά όπως πιθήκους, σκύλους, κουνέλια, αλλά και σε πουλιά. Ταξινομούνται σε γένη ανάλογα με το ποιοι οργανισμοί

προσβάλλονται και σε είδη και τύπους ανάλογα με την ετερογένεια του ιικού τους γονιδιώματος. (Burk et al., 2011)



Εικόνα 12: Ταξινόμηση των ιών των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV)

Πηγή: <http://cvc.dfci.harvard.edu/hpv/HTML/classification.html>

Ο ιός προσβάλλει τα βασικά κύτταρα των επιθηλίων ή του δέρματος της γεννητικής περιοχής και είτε «παρασιτεί» απλώς στα κύτταρα αυτά, είτε πολλαπλασιάζεται και προσβάλλει τα παρακείμενα κύτταρα, με αποτέλεσμα την εμφάνιση θηλωματωδών αλλοιώσεων, είτε ενσωματώνει το γενετικό του υλικό στον πυρήνα του κυττάρου-ξενιστή, με αποτέλεσμα την αλλοίωση της γονιδιακής δομής του τελευταίου, την ανευπλοειδία και τη δημιουργία νεοπλασματικού κλώνου που καταλήγει στην εμφάνιση προκαρκινικής και στη συνέχεια καρκινικής αλλοίωσης. Καθοριστικοί παράγοντες της πορείας της λοίμωξης είναι το είδος του στελέχους του ιού και η απάντηση του ανοσιακού μηχανισμού του οργανισμού-ξενιστή στην προσβολή των κυττάρων του από τον ιό. Έχει διαπιστωθεί ότι υπάρχει κάποια γενετική διαφοροποίηση μεταξύ των ατόμων ως προς την ικανότητα ισχυρής ή μη ισχυρής αντίδρασης έναντι της HPV λοίμωξης. (Ελληνική HPV Εταιρεία)

Οι αλλοιώσεις που μπορούν να προκληθούν από τον ιό HPV είναι δύο ειδών.

α) Οι λεγόμενες θηλωματώδεις, ή κονδυλωματώδεις αλλοιώσεις καλοήθους συνήθως φύσεως οι οποίες εμφανίζονται κατά κανόνα στο αιδοίο, κόλπο, τράχηλο, πέος, περίνεο, περιπρωκτική χώρα, πρωκτό, χείλη, γλώσσα, είτε με τη μορφή των οξυτενών κονδυλωμάτων είτε με τη μορφή

των επίπεδων κονδυλωμάτων και συνήθως οφείλονται στα «χαμηλού κινδύνου στελέχη» του ιού (6,11,42,43,44).(Ελληνική HPV Εταιρεία)

β) Οι νεοπλασματικής φύσεως ενδοεπιθηλιακές ή διηθητικές αλλοιώσεις κυρίως του τραχήλου της μήτρας του αιδοίου και του πρωκτού και συνήθως οφείλονται στα «υψηλού κινδύνου στελέχη» του ιού (16,18,31,33,35,45,51,52,56,58). (DiSaia, Creasman, Mannel, McMeekin, & Mutch, 2017; Ελληνική HPV Εταιρεία)

ΓΟΝΟΤΥΠΟΣ HPV	ΠΡΟΚΑΛΟΥΜΕΝΕΣ ΑΛΛΟΙΩΣΕΙΣ
A: 1-4,7,10,26-29,41,48,49,57,60,63,65	Μυρμηκίες
B: 2,6,11,13,16,32	Στο ανώτερο αναπνευστικό σύστημα και στο μάτι: θηλώματα στόματος, μύτης, υποτροπιάζουσα θηλωμάτωση λάρυγγος, εστιακές επιθηλιακές υπερπλασίες βλεννογόνων
Γ: 5,8,9,12,14,15,17,19,20-25,36,38,47,50	Δυσπλασία της επιδερμίδας
Δ: Γεννητικοί τύποι HPV χαμηλού κινδύνου: 6,11,40,42,43,44,54,61,72,73,81	Κονδυλώματα (κλινικώς εμφανή και υποκλινικές κονδυλωματώδεις αλλοιώσεις) δέρματος και βλεννογόνων στο κατώτερο γεννητικό σύστημα και στην περιπρωκτική χώρα
Ε:Γεννητικοί τύποι HPV υψηλού κινδύνου: 16,18,26,31,33,34,35,39,45,51,52,53,56,58,59,66,68,73,82	Υποκλινικές αλλοιώσεις με μικρή πιθανότητα εξέλιξης σε επιθηλιακούς καρκίνους τραχήλου μήτρας, αιδοίου, πρωκτού, κόλπου και πέους

Πίνακας 1:Γονότυποι του HPV ιού και αλλοιώσεις που προκαλούν.

Πηγή:http://hpvsociety.gr/index.php?option=com_content&view=category&id=87&Itemid=342

Η λοίμωξη από τον HPV δεν προκαλεί συμπτώματα. (American Cancer Society) Μπορεί να υπάρξουν κονδυλωματώδεις αλλοιώσεις, αυτές αν εντοπίζονται στην εξωτερική γεννητική περιοχή, μπορούν να γίνουν αντιληπτές από το άτομο ως μικρές θηλωματώδεις προεκβολές του δέρματος ή του επιθηλίου. Συμπτώματα, όπως κνησμός, κάψιμο κτλ. δεν οφείλονται στα κονδυλώματα αλλά σε συνυπάρχουσες φλεγμονώδεις παθήσεις της περιοχής ή σε δερματίτιδα εξ επαφής. Η ύπαρξη κονδυλωμάτων στον κόλπο ή στον τράχηλο δεν προκαλεί συμπτώματα,

όπως και η ανάπτυξη δυσπλαστικών ενδοεπιθηλιακών αλλοιώσεων στον τράχηλο. Μόνο η ύπαρξη διηθητικού καρκίνου μπορεί να συνοδεύεται από άτυπη κολπική υπερέκκριση, αιμόρροια μετά τη σεξουαλική επαφή, άτυπες αιμόρροιες μεταξύ των εμμήνων ρύσεων κτλ. (Ελληνική HPV Εταιρεία)

2.3 ΤΡΟΠΟΙ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ ΙΟΥ HPV

Έχει αποδειχθεί ότι ο HPV είναι ιός σεξουαλικά μεταδιδόμενος.

Υπολογίζεται ότι περισσότερο από το 75% των σεξουαλικά ενεργών ατόμων θα προσβληθούν από ένα τουλάχιστον στέλεχος του ιού στη διάρκεια της ζωής τους. (Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογική Εταιρεία, 2014)

Μετά την προσβολή τα άτομα μπορεί να εμφανίσουν ή και να μην εμφανίσουν καθόλου συμπτώματα. Ο ιός HPV μπορεί να μεταδοθεί με τη σεξουαλική επαφή, με τη στοματική επαφή, με την επαφή και την τριβή του δέρματος και την ανταλλαγή σωματικών υγρών. Ο ιός μπορεί να μεταδοθεί και μετά από άγγιγμα κονδυλώματος που βρίσκεται σε άλλη περιοχή του σώματος και στη συνέχεια με άγγιγμα της πρωκτογεννητικής περιοχής.

Ο ιός προσβάλλει τα επιθήλια ή το δέρμα της γεννητικής περιοχής μετά από μικροτραυματισμούς των ιστών που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής. Ανίχνευση του ιού έχει πιστοποιηθεί και στον καπνό που δημιουργείται κατά την καταστροφή των HPV αλλοιώσεων, καθώς και σε εσώρουχα και άλλα αντικείμενα. Δεν έχει όμως αποδειχθεί ότι ο ιός μπορεί να μεταδοθεί μέσω αντικειμένων, αν και κάτι τέτοιο δεν μπορεί να αποκλεισθεί εντελώς. Ανεξάρτητα από τη σεξουαλική επαφή μπορεί να υπάρξει και κάθετη μετάδοση του ιού κατά το φυσιολογικό τοκετό από την έγκυο μητέρα με HPV στο νεογνό. Η κάθετη ή περιγεννητική μετάδοση του HPV ιού αναφέρθηκε για πρώτη φορά το έτος 1956, όταν νεογνό εμφάνισε θηλωμάτωση στο λάρυγγα. (Trottier et al., 2016) Η μετάδοση αυτή αφορά κατά κανόνα «χαμηλού κινδύνου στελέχη» του ιού (6,11,42,43,44). Ο κίνδυνος μετάδοσης του ιού στο παιδί και εμφάνισης στη συνέχεια νεογνικής /βρεφικής λαρυγγικής θηλωμάτωσης είναι πάρα πολύ μικρός και δεν υπερβαίνει το 1/4000. Για το λόγο αυτό δε δικαιολογείται ο τοκετός να γίνεται με καισαρική τομή. Όταν διαπιστωθεί ότι το ένα μέλος ενός ζευγαριού έχει μολυνθεί από τον ιό HPV τότε θεωρείται πολύ πιθανό ότι και το άλλο μέλος είναι μολυσμένο ανεξάρτητα από την εκδήλωση ή όχι ορατών αλλοιώσεων. (Ελληνική HPV Εταιρεία)

2.4 ΤΡΟΠΟΙ ΑΠΟΦΥΓΗΣ HPV ΛΟΙΜΩΞΗΣ

Λέγεται πως ο μόνος τρόπος προφύλαξης από HPV λοίμωξη είναι η σεξουαλική αποχή. (Ελληνική HPV Εταιρεία) Η εξαρχής αποχή από σεξουαλικές επαφές ή η μονογαμική σχέση με επίσης μονογαμικό σύντροφο μπορούν να αποτρέψουν τη λοίμωξη από τον HPV ιό. (Γενικό Αντικαρκινικό Ογκολογικό Νοσοκομείο, 2019) Αν αυτό μπορεί να γίνει!

Το ανδρικό προφυλακτικό, αν και εμποδίζει τη μετάδοση άλλων σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων και γι' αυτό η χρήση του συνιστάται ούτως ή άλλως, στην περίπτωση του ιού HPV μπορούμε να πούμε ότι συμβάλει στην πιθανότητα μείωσης της HPV λοίμωξης, χωρίς όμως να τη μηδενίζει. (Ελληνική HPV Εταιρεία)

Σε έρευνα που έγινε το 2002, και στην οποία μελετήθηκαν οι ιατρικοί φάκελοι 1973 ζευγαριών, έγινε προσπάθεια να βρεθεί η σχέση που υπάρχει ανάμεσα στη λοίμωξη από τον ιό HPV και την ανδρική περιτομή. Μετά τη διεξαγωγή της έρευνας διαπιστώθηκε ότι οι σύντροφοι των ανδρών που είχαν κάνει περιτομή είχαν μικρότερο ποσοστό προσβολών από τον ιό HPV και κατά συνέπεια μικρότερο ποσοστό εμφάνισης καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, σε σχέση με συντρόφους ανδρών που δεν είχαν κάνει περιτομή. Οι ερευνητές πιθανολογούν ότι επειδή στους άνδρες με περιτομή το επιθήλιο της επιφάνειας του πέους είναι παχύτερο, δρα προστατευτικά απέναντι σε μια πιθανή HPV λοίμωξη. Οπότε κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η περιτομή μπορεί να θεωρηθεί μέτρο μείωσης της πιθανότητας μετάδοσης του ιού HPV. (Castellague & Muñoz, 2003)

Επειδή ότι αναφέρθηκε παραπάνω έχει μεγάλο ποσοστό αποτυχίας σε σχέση με την αποφυγή της HPV λοίμωξης, ο καλύτερος τρόπος προφύλαξης από τον ιό είναι ο εμβολιασμός με το εμβόλιο κατά του HPV πριν την έναρξη της σεξουαλικής ζωής. (Γενικό Αντικαρκινικό Ογκολογικό Νοσοκομείο, 2019)

2.5 HPV DNA TEST

Το HPV DNA TEST είναι μια εξειδικευμένη μέθοδος μοριακής βιολογίας η οποία ανιχνεύει το DNA του ιού σε κυτταρικά επιχρίσματα από το επιθήλιο του τραχήλου της μήτρας και άλλα όργανα. (Ελληνική HPV Εταιρεία; Ελληνική HPV Εταιρεία)

Ανακαλύφθηκε στα τέλη της δεκαετίας του 1990, λόγω της ισχυρής αιτιολογικής συσχέτισης του ιού HPV με τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. (Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας)

Με το HPV DNA TEST πραγματοποιείται ανίχνευση και ταυτόχρονα τυποποίηση με τη βοήθεια της αυτοματοποιημένης ή μη, εφαρμογής της μεθόδου της αλυσιδωτής αντίδρασης της πολυμεράσης (Polymerase Chain Reaction - PCR) του DNA ενός ή περισσοτέρων από τους

35-40 HPV τύπους που προσβάλλουν το γεννητικό σύστημα, όσο και έλεγχος θετικότητας μιας ομάδας 13 ογκογόνων τύπων, την οποία και ανιχνεύουν. (Ελληνική HPV Εταιρεία, 2019)

Το HPV DNA TEST δεν είναι ακόμα πολύ διαδεδομένο στη χώρα μας. Μέχρι στιγμής εφαρμόζεται από τους γυναικολόγους μόνο σε περιπτώσεις όπου η δοκιμασία κατά Παπανικολάου δεν είναι φυσιολογική. (Ελληνική HPV Εταιρεία)

Η ανίχνευση του DNA του HPV μπορεί να πραγματοποιηθεί και με τη μέθοδο της αυτοληψίας. Η μέθοδος αυτή είναι πιο προσιτή και φιλική στις γυναίκες.

Σε ευρωπαϊκή μελέτη που έγινε το έτος 2013, οι γυναίκες που έλαβαν μέρος στην έρευνα ανέφεραν πως ο πιο συχνός λόγος για τον οποίο δεν λάμβαναν μέρος σε προγράμματα πληθυσμιακού ελέγχου, ήταν γιατί ένιωθαν άβολα με τη διαδικασία πραγματοποίησης των εξετάσεων. (Darlin et al., 2013)

Σε άλλη μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε γυναικείο πληθυσμό στο Μεξικό, βρέθηκε ότι το HPV DNA TEST, είναι το ίδιο αποτελεσματικό είτε με τη μέθοδο της αυτοληψίας είτε με τη μέθοδο της ετεροληψίας. (Lazcano-Ponce et al., 2014)

Από τα προαναφερόμενα καταλαβαίνουμε ότι το HPV DNA TEST (αυτολαμβανόμενο ή ετερολαμβανόμενο), θα αποτελέσει το πιθανότερο, την εξεταστική μέθοδο για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 2019)

2.6 ΕΜΒΟΛΙΑ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΙΟΥ HPV

Όπως προαναφέραμε το έτος 1983 ο Harald Zur Hausen ταυτοποίησε τους HPV 16 και HPV 18 ιούς και έτσι έδωσε τη δυνατότητα στους επόμενους ερευνητές να μελετήσουν περισσότερο τους ιούς και να ανακαλύψουν, τα εμβόλια κατά του HPV, ανακάλυψη πολύ σημαντική, στον αγώνα για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. (Karamanou et al., 2010)

Το έτος 2006, στην Αμερική η FDA (Food and Drug Administration, Οργανισμός Τροφίμων και Φαρμάκων των ΗΠΑ), ενέκρινε την κυκλοφορία του πρώτου εμβολίου κατά του ιού HPV, το Gardasil. Κάτοχος της άδειας κυκλοφορίας του συγκεκριμένου εμβολίου είναι η Sanofi Pasteur MS DSAS και παραγωγός του η Merck Sharp and Dohme. Το 2009 πήρε έγκριση για την κυκλοφορία του και το εμβόλιο Cervarix. Κάτοχος της άδειας κυκλοφορίας και παραγωγός του είναι η Glaxo Smith Kline Biological s.a. (Brookes, 2016)

Τα εμβόλια περιέχουν πρωτεΐνες της κάψας του ιού και όχι γενετικό υλικό (DNA). Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να μη μπορούν να προκαλέσουν νόσο, ούτε καν σε ήπια μορφή. Τα δύο αυτά εμβόλια στοχεύουν στη δημιουργία ειδικών αντισωμάτων και παρέχουν υψηλή προστασία, απέναντι στους «υψηλού κινδύνου» τύπους του ιού HPV. Πρέπει να αναφερθεί ότι, παρά το

γεγονός ότι ένα άτομο έχει πραγματοποιήσει τον εμβολιασμό, μπορεί να μολυνθεί από κάποιο άλλο τύπο που δεν περιέχεται στο εμβόλιο. (Ελληνική HPV Εταιρεία; Ελληνική HPV Εταιρεία)
Το σημαντικότερο στην περίπτωση του εμβολίου κατά του ιού HPV είναι ότι, αποτελεί το πρώτο εμβόλιο εναντίον μιας κακοήθους νόσου. Αυτά τα δύο εμβόλια συμβάλλουν τα μέγιστα στην πρωτογενή πρόληψη.

2.6.1 Gardasil 9

Σύμφωνα με το φύλλο οδηγιών του, το Gardasil 9 είναι ένα εμβόλιο για παιδιά και εφήβους ηλικίας 9 ετών και άνω και ενήλικες. Χορηγείται σε σκοπό να προστατέψει από νοσήματα που προκαλούνται από τους τύπους 6,11,16,18,31,33,45,52 και 58 του Ιού των Ανθρωπίνων Θηλωμάτων (HPV).

Αυτά τα νοσήματα περιλαμβάνουν τις προ-καρκινικές βλάβες και τους καρκίνους των γεννητικών οργάνων της γυναίκας (τράχηλος μήτρας, αιδοίο και κόλπος) τις προ-καρκινικές αλλοιώσεις και τους καρκίνους του πρωκτού και τα γεννητικά κονδυλώματα σε άνδρες και γυναίκες.

Το Gardasil 9 έχει μελετηθεί σε άνδρες και γυναίκες ηλικίας 9 έως 26 ετών και παρέχει προστασία απέναντι στους τύπους του HPV που προκαλούν τα περισσότερα περιστατικά αυτών των νοσημάτων.

Το Gardasil 9 έχει στόχο να προστατεύσει από αυτά τα νοσήματα. Δεν χρησιμοποιείται για να θεραπεύσει τα νοσήματα που σχετίζονται με τον HPV. Δεν έχει καμία επίδραση σε άτομα που ήδη είχαν μία εμμένουσα λοίμωξη η οποία σχετίζεται με κάποιο από τους τύπους του εμβολίου. Μπορεί όμως να προστατέψει από νοσήματα που σχετίζονται με τους άλλους τύπους του εμβολίου. Τα άτομα που θα εμβολιαστούν θα πρέπει να συνεχίσουν να λαμβάνουν τις κατάλληλες προφυλάξεις απέναντι στα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Οι γυναίκες θα πρέπει να συνεχίσουν να ακολουθούν τις συμβουλές των ειδικών για τη δοκιμασία κατά Παπανικολάου καθώς και για τα προληπτικά και προστατευτικά μέτρα.

Όταν ένα άτομο εμβολιάζεται με το Gardasil 9, το ανοσοποιητικό του σύστημα διεγείρει την παραγωγή αντισωμάτων έναντι των εννέα τύπων του HPV του εμβολίου, με σκοπό να βοηθήσει στην προστασία έναντι των νοσημάτων που προκαλούνται από αυτούς τους ιούς.

Το Gardasil 9, δεν πρέπει να γίνεται σε άτομο που είναι αλλεργικό σε οποιαδήποτε από τις δραστικές ουσίες αυτού του εμβολίου και εμφάνισε μια αλλεργική αντίδραση μετά τη λήψη μιας δόσης Gardasil 9.

Οι γονείς θα πρέπει πριν εμβολιάσουν τα παιδιά τους να ενημερώσουν το γιατρό ή τον επαγγελματία υγείας που θα πραγματοποιήσει τον εμβολιασμό σχετικά με το αν το παιδί τους

παρουσιάζει αιμορραγική διαταραχή, όπως αιμορροφιλία, έχει εξασθενημένο ανοσοποιητικό σύστημα και έχει υψηλό πυρετό.

Το Gardasil 9 μπορεί να δοθεί με ένα συνδυασμένο αναμνηστικό εμβόλιο που περιέχει διφθερίτιδα, τέτανο, κοκκύτη και ή αδρανοποιημένο πολιομυελίτιδας, σε διαφορετική θέση ένεσης στη διάρκεια της ίδιας επίσκεψης. Δεν πρέπει όμως να δοθεί μαζί με φάρμακα που καταστέλλουν το ανοσοποιητικό σύστημα. Τα ορμονικά αντισυλληπτικά δε μειώνουν την προστασία από το Gardasil 9. Το εμβόλιο μπορεί να δοθεί σε γυναίκες που θηλάζουν, οι εγκυμονούσες όμως θα πρέπει να συμβουλευτούν το γιατρό τους.

Το Gardasil 9 χορηγείται σε μορφή ένεση.

Εάν το άτομο είναι 9-14 ετών τη στιγμή της πρώτης ένεσης, το εμβόλιο μπορεί να χορηγηθεί με ένα σχήμα 2 δόσεων:

Η πρώτη δόση μπορεί να χορηγηθεί σε επιλεγμένη ημερομηνία

Η δεύτερη δόση μπορεί να χορηγηθεί 5-13 μήνες μετά την πρώτη δόση. Εάν όμως χορηγηθεί πριν τους 5 μήνες τότε πρέπει να χορηγηθεί και μια τρίτη δόση.

Για τις ηλικίες αυτές υπάρχει και πρόγραμμα 3 δόσεων το οποίο θα ολοκληρωθεί μέσα σε ένα έτος.

Η πρώτη δόση μπορεί να χορηγηθεί σε επιλεγμένη ημερομηνία.

Η δεύτερη δόση μπορεί να χορηγηθεί 2 μήνες μετά την πρώτη δόση και η τρίτη δόση μπορεί να χορηγηθεί 6 μήνες μετά την πρώτη δόση.

Εάν το άτομο που θα εμβολιαστεί τη στιγμή της πρώτης ένεσης είναι 15 ετών τότε ακολουθείται το πρόγραμμα των 3 δόσεων το οποίο ολοκληρώνεται μέσα σε ένα έτος.

Σε περίπτωση που μία δόση παραληφθεί, ο γιατρός θα αποφασίσει πότε θα πραγματοποιηθεί η δόση που παραλείφτηκε.

Το Gardasil 9 χορηγείται με ενδομυϊκή ένεση στον άνω βραχίονα ή στο μηρό.

Όπως όλα τα εμβόλια έτσι και το Gardasil 9 μπορεί να προκαλέσει ανεπιθύμητες ενέργειες οι οποίες δεν παρουσιάζονται σε όλους τους ανθρώπους. Οι πιο πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες είναι οι παρακάτω:

Πολύ συχνές: (μπορεί να επηρεάσουν περισσότερα από 1 στα 10 άτομα) μπορεί να παρατηρηθεί στο σημείο της ένεσης, πόνος, οίδημα, ερυθρότητα και το άτομο μπορεί να αναφέρει πονοκέφαλο.

Συχνές: (μπορεί να επηρεάσουν έως και 1 στα 10 άτομα) μπορεί να παρατηρηθούν στο σημείο της ένεσης, μώλωπες και κνησμός και το άτομο μπορεί να αναφέρει πυρετό, κούραση, ζάλη και ναυτία.

Οι δραστικές ουσίες που περιέχει το Gardasil 9 είναι: μη λοιμογόνο πρωτεΐνη υψηλής καθαρότητας για κάθε τύπο (6,11,16,18,31,33,45,52και 58) του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων.

1 δόση Gardasil 9 περιέχει περίπου:

L1 πρωτεΐνη ^(1,2) του ιού HPV τύπου 6	30 μικρογραμμάρια
L1 πρωτεΐνη ^(1,2) του ιού HPV τύπου 11	40 μικρογραμμάρια
L1 πρωτεΐνη ^(1,2) του ιού HPV τύπου 16	60 μικρογραμμάρια
L1 πρωτεΐνη ^(1,2) του ιού HPV τύπου 18	40 μικρογραμμάρια
L1 πρωτεΐνη ^(1,2) του ιού HPV τύπου 31	20 μικρογραμμάρια
L1 πρωτεΐνη ^(1,2) του ιού HPV τύπου 33	20 μικρογραμμάρια
L1 πρωτεΐνη ^(1,2) του ιού HPV τύπου 45	20 μικρογραμμάρια
L1 πρωτεΐνη ^(1,2) του ιού HPV τύπου 52	20 μικρογραμμάρια
L1 πρωτεΐνη ^(1,2) του ιού HPV τύπου 58	20 μικρογραμμάρια

1 L1 πρωτεΐνη με τη μορφή σωματιδίων προσομοιάζοντα του ιού παρασκευαζόμενη σε κύτταρα του ζυμομύκητα (*saccharomyces cerevisiae* CANADE 2C-5) με την τεχνολογία του ανασυνδυασμένου DNA.

2 προσροφημένη σε άμορφο θειικό υδροξυφωσφορικό αργίλιο ανοσοενισχυτικό. (Τα ανοσοενισχυτικά εμπεριέχονται για να ενισχύσουν την ανοσολογική απάντηση στα εμβόλια).

Τα άλλα συστατικά του εναιωρήματος του εμβολίου είναι: νάτριο χλωριούχο, L-ιστιδίνη, πολυσορβικό 80, νάτριο βορικό και ύδωρ για ενέσιμα.

Το εμβόλιο φυλάσσεται σε ψυγείο (2°C- 8°C). Δεν πρέπει να καταψύχεται αλλά να φυλάσσεται στο εξωτερικό κουτί για να προστατεύεται από το φως. (Gardasil)

2.6.2 Cervarix

Σύμφωνα με το φύλλο οδηγιών του, το Cervarix είναι ένα εμβόλιο για τον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων (τύποι 16,18).

Κυκλοφόρησε για πρώτη φορά το 2009 και αποσκοπεί να προστατέψει τις γυναίκες από την ηλικία των 9 ετών από νόσους που προκαλούνται από λοίμωξη από τους ιούς των ανθρωπίνων θηλωμάτων. Σε αυτές τις νόσους περιλαμβάνονται: ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας και προ-καρκινικές βλάβες των θηλυκών γεννητικών οργάνων (αλλοιώσεις των κυττάρων του τραχήλου της μήτρας, του αιδοίου και του κόλπου).

Οι τύποι του ιού των Ανθρωπίνων Θηλωμάτων που περιέχονται στο εμβόλιο (τύποι 16 και 18) ευθύνονται για το 70% περίπου των περιστατικών καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και για 70% των σχετιζόμενων με HPV προ-καρκινικών αλλοιώσεων του αιδοίου και του κόλπου.

Άλλοι τύποι του HPV μπορούν επίσης να προκαλέσουν καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, το Cervarix δεν προστατεύει από όλους τους τύπους του HPV. Όταν μία γυναίκα εμβολιάζεται με Cervarix, το ανοσοποιητικό σύστημα παράγει αντισώματα έναντι των τύπων 16 και 18 του HPV. Σε κλινικές δοκιμές, το Cervarix έχει δείξει ότι προλαμβάνει τις νόσους που σχετίζονται με HPV σε γυναίκες ηλικίας 15 ετών και άνω και διεγείρει την παραγωγή αντισωμάτων σε γυναίκες ηλικίας 9-14 ετών. Το εμβόλιο δεν είναι λοιμογόνο, επομένως δεν προκαλεί σχετιζόμενη με HPV νόσο και δεν χρησιμοποιείται για να θεραπεύσει σχετιζόμενες με τον HPV νόσους που υπάρχουν ήδη τη στιγμή του εμβολιασμού.

Το Cervarix δεν πρέπει να χορηγείται όταν υπάρχει αλλεργία σε κάποια από τις δραστικές ουσίες του εμβολίου και σε περίπτωση που το άτομο πάσχει από σοβαρή λοίμωξη με υψηλό πυρετό. Στην περίπτωση αυτή ο εμβολιασμός αναβάλλεται μέχρι την ανάρρωση. Σε περίπτωση ελαφριάς λοίμωξης ο εμβολιασμός μπορεί να πραγματοποιηθεί με τη σύμφωνη γνώμη του γιατρού.

Αν και ο εμβολιασμός μπορεί να προστατέψει από τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, δεν υποκαθιστά τον τακτικό προληπτικό έλεγχο του τραχήλου της μήτρας, ο οποίος θα πρέπει να πραγματοποιείται σύμφωνα με τις οδηγίες των γιατρών.

Το Cervarix μπορεί να χορηγηθεί με συνδυασμένο αναμνηστικό εμβόλιο διφθερίτιδας, τετάνου και κοκκύτη ή με ένα συνδυασμένο εμβόλιο ηπατίτιδας Α και ηπατίτιδας Β σε διαφορετική θέση ένεσης στην ίδια επίσκεψη. Το εμβόλιο μπορεί να μην έχει την καλύτερη αποτελεσματικότητα εάν χρησιμοποιηθεί με άλλα φάρμακα που καταστέλλουν το ανοσοποιητικό σύστημα. Κλινικές μελέτες έδειξαν ότι τα αντισυλληπτικά από το στόμα δεν μείωσαν την προστασία που προσφέρει το εμβόλιο. Τα άτομα πριν τον εμβολιασμό θα πρέπει να ενημερώνουν το γιατρό τους εάν έχουν πάρει πρόσφατα άλλα φάρμακα ή αν έχουν κάνει πρόσφατα κάποιο άλλο εμβόλιο. Αν ο εμβολιασμός άρχισε πριν την εγκυμοσύνη καλό θα ήταν να αναβληθεί μέχρι την ολοκλήρωσή της. Για την περίπτωση του θηλασμού ζητήστε τη συμβουλή του γιατρού σας.

Το Cervarix χορηγείται ως ένεση στο μυ του βραχίονα, και προορίζεται για γυναίκες από την ηλικία των 9 ετών και άνω.

Ο συνολικός αριθμός των δόσεων του εμβολίου εξαρτάται από την ηλικία του ατόμου κατά την έναρξη του εμβολιασμού.

Εάν το εμβολιαζόμενο άτομο έχει ηλικία μεταξύ 9 και 14 ετών θα χορηγηθούν δύο δόσεις:

Η πρώτη δόση σε επιλεγμένη ημερομηνία και

Η δεύτερη δόση πραγματοποιείται 5 με 13 μήνες μετά την πρώτη δόση.

Εάν το άτομο είναι άνω των 15 ετών θα του χορηγηθούν 3 δόσεις.

Η πρώτη δόση θα χορηγηθεί σε επιλεγμένη ημερομηνία

Η δεύτερη δόση θα χορηγηθεί ένα μήνα μετά την πρώτη και

Η τρίτη δόση θα χορηγηθεί 6 μήνες μετά την πρώτη δόση

Ένα είναι απαραίτητο το πρόγραμμα του εμβολιασμού μπορεί να γίνει πιο ευέλικτο, αλλά μπορεί να μην έχετε την καλύτερη ανταπόκριση και προστασία από το εμβόλιο.

Αν ο εμβολιασμός ξεκινήσει με Cervarix συνιστάται να χορηγηθεί για ολόκληρο το εμβολιαστικό σχήμα. Το εμβόλιο δε συνιστάται για κορίτσια κάτω των 9 ετών.

Όπως όλα τα εμβόλια έτσι και το εμβόλιο αυτό μπορεί να προκαλέσει ανεπιθύμητες ενέργειες που δεν παρουσιάζονται σε όλους τους ανθρώπους. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες που παρουσιάστηκαν κατά τη διάρκεια κλινικών δοκιμών ήταν οι ακόλουθες:

Πολύ συχνές (ανεπιθύμητες ενέργειες που μπορεί να εμφανιστούν σε περισσότερες από 1 ανά 10 δόσεις του εμβολίου): πόνος ή ενόχληση, κοκκινίλα ή πρήξιμο στη θέση της ένεσης, πονοκέφαλος, πόνος στους μύες ευαισθησία ή αδυναμία, αίσθημα κούρασης.

Συχνές (ανεπιθύμητες ενέργειες που μπορεί να εμφανιστούν σε λιγότερες από 1 ανά 10 αλλά σε περισσότερες από 1 ανά 100 δόσεις του εμβολίου): συμπτώματα από το γαστρεντερικό, όπως ναυτία, έμετο, διάρροια και πόνος στην κοιλιά, φαγούρα, εξάνθημα, κνίδωση, πόνος στις αρθρώσεις και πυρετό 38° C.

Όχι συχνές (ανεπιθύμητες ενέργειες που μπορεί να εμφανιστούν σε λιγότερες από 1 ανά 100 αλλά σε περισσότερες από 1 ανά 1000 δόσεις του εμβολίου): λοίμωξη του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος όπως λοίμωξη της μύτης, του λαιμού και της τραχείας, ζάλη και άλλες αντιδράσεις στη θέση της ένεσης όπως σκληρό εξόγκωμα, μούδιασμα ή «μυρμήγκιασμα».

Μία δόση του Cervarix περιέχει:

L1 πρωτεΐνη ^(1,2,3) του ιού HPV τύπου 16 20 μικρογραμμάρια

L1 πρωτεΐνη ^(1,2,3) του ιού HPV τύπου 18 20 μικρογραμμάρια

1 ανοσοενισχυμένο με AS04 που περιέχει 50 μικρογραμμάρια

2 προσροφημένο επί ένυδρου υδροξειδίου του αργιλίου 0,5 χιλιοστογραμμάρια

3 L1 πρωτεΐνη, με τη μορφή μη λοιμογόνων σωματιδίων που προσομοιάζουν στον ιό, παρασκευαζόμενη με την τεχνολογία του ανασυνδυασμένου DNA.

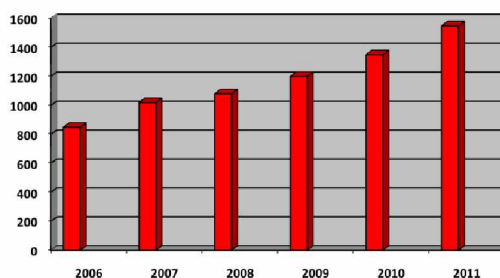
Τα άλλα συστατικά είναι χλωριούχο νάτριο, διωδρικόδισόξινο φωσφορικό νάτριο και ύδωρ για ενέσιμα.

Το εμβόλιο πρέπει να φυλάσσεται στο ψυγείο στους 2°C-8°C. Δεν πρέπει να καταψύχεται και να φυλάσσεται στην αρχική συσκευασία για να προστατεύεται από το φως. (Cervarix)

2.7 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΙΟ HPV

Σύμφωνα με τα στοιχεία του Κέντρου Ελέγχου & Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ) οι ιοί HPV 16 και HPV18 θεωρούνται υπεύθυνοι για το περίπου 70% των καρκίνων του τραχήλου της μήτρας και το 75%-80% των καρκίνων του πρωκτού. Οι ιοί HPV 6 και HPV11 θεωρούνται υπεύθυνοι για το περίπου 90% των ακροχορδόνων των γεννητικών οργάνων και το 10% της χαμηλού βαθμού ενδο-επιθηλιακής νεοπλασίας του τραχήλου της μήτρας.

Οι λοιμώξεις από τον HPV δεν ανήκουν στα υποχρεωτικώς δηλούμενα νοσήματα, στο πλαίσιο της εθνικής και ευρωπαϊκής επιτήρησης. Παρουσιάζουν ωστόσο πολύ σημαντικό ενδιαφέρον από πλευράς Δημόσιας υγείας. Στο Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός» και συγκεκριμένα στο Τμήμα Σεξουαλικών Μεταδιδόμενων Νοσημάτων, μετά από καταγραφή περιστατικών διαπιστώθηκε ότι ο αριθμός των ασθενών που επισκέφτηκε το νοσοκομείο με κονδυλώματα κατά τα έτη 2006-2011 σχεδόν διπλασιάστηκε. Από την παραπάνω καταγραφή διαπιστώνεται ότι η επίπτωση των κονδυλωμάτων είναι υψηλή και φαίνεται να αυξάνεται τα τελευταία χρόνια.



Εικόνα 13: Ασθενείς με κονδυλώματα που προσήλθαν στο Τμήμα Σεξουαλικώς Μεταδιδόμενων Νοσημάτων του Νοσοκομείου «Ανδρέας Συγγρός» από 2006-2011

Πηγή: <http://www2.keelpno.gr/blog/?p=5691>

Σύμφωνα με τα στοιχεία του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. και με βάση πρόσφατες μελέτες που έγιναν στη Σουηδία και Αυστραλία, παρατηρήθηκε μείωση της επίπτωσης των κονδυλωμάτων σε έφηβες και νεαρές ενήλικες γυναίκες από το 2007 και μετά, πιθανότατα λόγω του συστηματικού εμβολιασμού κατά του ιού HPV στις χώρες αυτές. (Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων)

2.8 ΑΝΤΙΕΜΒΟΛΙΑΣΤΙΚΟ ΚΙΝΗΜΑ

Όπως για κάθε νέο εμβόλιο που παίρνει άδεια κυκλοφορίας υπάρχουν διάφορα σχόλια, έτσι και για τα εμβόλια κατά του HPV ιού υπάρχουν αντιδράσεις και διάφοροι ισχυρισμοί. Αυτά που διάφοροι ισχυρίζονται είναι ότι δεν είναι επαρκώς δοκιμασμένα, ότι προκαλούν πολλές παρενέργειες, ότι προκαλούν στειρότητα ακόμα και θάνατο.

Επειδή το εμβόλιο για τον HPV σχετίζεται με τη σεξουαλική δραστηριότητα των ατόμων, αυτό είχε σαν αποτέλεσμα να προκληθούν αντιδράσεις από συντηρητικά στοιχεία σε κάθε χώρα. Σε έρευνα που έγινε στις ΗΠΑ τα έτη 2008-2009 βρέθηκε ότι το 33% των γονέων που έλαβαν μέρος στην έρευνα δεν εμβολίασαν τις κόρες τους γιατί: α) Πίστευαν ότι δεν το χρειάζονται, β) δεν είχαν πειστεί για την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα του εμβολίου, γ) πίστευαν ότι οι κόρες τους δεν είχαν ακόμα σεξουαλικές σχέσεις, δ) κάποιοι γονείς δεν είχαν ενημερωθεί ακόμα για την ύπαρξη του εμβολίου. (Markowitz et al., 2012)

Κάποιοι άλλοι γονείς επειδή δεν γνώριζαν ότι ο εμβολιασμός των παιδιών τους συμβάλλει στην προστασία τους από τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, τα κράτησαν ανεμβολίαστα, με το σκεπτικό να τα αποτρέψουν από ανεξέλεγκτη σεξουαλική δραστηριότητα. Σε έρευνες που έγιναν μετά την ενημέρωση των γονέων, διαπιστώθηκε ότι οι παραπάνω γονείς μετά την ενημέρωση θέλησαν να εμβολιάσουν τις κόρες τους. (Kane, Serrano, de Sanjosé, & Wittet, 2012)

Στην Ιαπωνία το Υπουργείο Υγείας ανακοίνωσε πως δεν προτείνει τον εμβολιασμό με το εμβόλιο για τον ιό HPV. Αν όμως κάποιο άτομο θέλει να το κάνει θα μπορεί να το κάνει δωρεάν, αλλά πριν τη λήψη της πρώτης δόσης θα ενημερώνεται από τους επαγγελματίες υγείας για το ότι το Υπουργείο δεν το συστήνει. (Mulcahy, 2013)

Το ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. με ανακοίνωσή του αναφέρει ότι, το εμβόλιο δεν έχει σοβαρές παρενέργειες και οι μόνες παρενέργειες που έχουν παρατηρηθεί και πιστοποιηθεί σαν αποτέλεσμα του εμβολιασμού, από το εμβόλιο για τον ιό HPV, είναι ήπιες τοπικές παρενέργειες, δηλαδή: πόνος, ερυθρότητα και πρήξιμο στο σημείο της ένεσης, καθώς και ορισμένες ήπιες συστηματικές παρενέργειες όπως ζάλη κατά τη στιγμή του εμβολιασμού και κεφαλαλγία. Καμία από τις σοβαρές, κατά καιρούς παρενέργειες, που έχουν αναφερθεί, δε σχετίζονται με το εμβόλιο, είχαν απλώς χρονική συσχέτιση. (Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων)

Στην Ελλάδα σύμφωνα με το τελευταίο Πρόγραμμα Εμβολιασμού Ενηλίκων που ανακοινώθηκε 22/01/2015 από το Υπουργείο Υγείας (Αρ. Πρ.: Γ1α/Γ.Π.οικ.6055) τα εμβόλια χορηγούνται δωρεάν από τον ΕΟΠΥΥ για τις ηλικίες μέχρι 18 ετών. (Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογική Εταιρεία)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΕΞΕΤΑΣΗ ΚΑΤΑ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ (TEST PAP)

Στο κεφάλαιο τρία του γενικού μέρους γίνεται αναφορά στο Γ. Παπανικολάου και αναπτύσσεται το θέμα της σημασίας του τεστ Παπανικολάου σαν προληπτική εξέταση. Ακολουθούν οι προϋποθέσεις λήψης του τεστ, η τεχνική λήψης του και τα αποτελέσματά του. Τέλος γίνεται σύγκριση του τεστ Παπανικολάου με το HPV DNA TEST και παρατίθενται οι κατευθυντήριες οδηγίες για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

3.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ (ΑΝΑΦΟΡΑ ΣΤΟ Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ)

Ο Γ. Παπανικολάου γεννήθηκε στις 13 Μαΐου του 1883 στην Κύμη της Εύβοιας και πέθανε στις 19 Φεβρουάριο του 1962 στο Μιάμι της Florida των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής.



Εικόνα 14: Γεώργιος Παπανικολάου

Πηγή: <https://el.wikipedia.org>

Τα γυμνασιακά του χρόνια τα πέρασε στην Αθήνα. Εισήχθη στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών απ' όπου και αποφοίτησε το 1904 με άριστα. Ανήσυχος και φιλόδοξος, σαν ήταν έμαθε Γαλλικά, Γερμανικά και απέκτησε πολύπλευρη μόρφωση και εσωτερική καλλιέργεια.

Το 1907 πήγε στη Γερμανία . Μαθήτευσε κοντά στους Βιολόγους και Γενετιστές Hanqeuil, Weismann και Hertwig. Ήταν η εποχή της ανακάλυψης του ωαρίου των θηλαστικών και των παραγόντων μεταβίβασης της κληρονομικότητας. Εργάστηκε στο Ζωολογικό Κέντρο Ερευνών του Μονάχου με αντικείμενο τον καθορισμό του φύλου και τη γονιμοποίηση των ψαριών. Συνέχισε τις έρευνές του στο Ωκεανογραφικό Μουσείο του Μονακό και στη Ville-France. Στις 15 Σεπτεμβρίου του 1910 παντρεύτηκε την Ανδρομάχη Μαυρογένη. Το 1912 συμμετείχε στους Βαλκανικούς Πολέμους. Το 1913 πήγε στην Αμερική, εκεί άσκησε διάφορα επαγγέλματα και με πολύ προσπάθεια κατάφερε να αποκτήσει μια θέση στο Εργαστήριο Ανατομίας του Πανεπιστημίου Columbiα και αργότερα μια άλλη θέση στο Πανεπιστήμιο Cornell της Ν. Υόρκης.

Πειραματίστηκε με τα ωάρια ινδικών χοιριδίων και ύστερα από πολλές δυσκολίες ανακάλυψε την ύπαρξη ενός ορισμένου γεννητικού κύκλου στα ζώα. Το μεγάλο βήμα στην ορμονική κυτταρολογία πραγματοποιήθηκε. Δεν έμενε τίποτα ποια, από την αντιστοίχιση της έρευνας αυτής και στον άνθρωπο. Εκτός από τον ορμονικό προσδιορισμό του γεννητικού κύκλου των γυναικών μέσω των επιχρίσμάτων, επέκτεινε τις έρευνές του και σε παθολογικές καταστάσεις, μέχρι που πέτυχε την ανακάλυψη της ύπαρξης καρκινικών κυττάρων σε περιπτώσεις καρκίνου του τραχήλου της μήτρας σε επιχρίσματα. Η πρώτη γυναίκα, την οποία εξέταζε επί 5 χρόνια, ήταν η ίδια του η γυναίκα η οποία τον ακολουθούσε σε ότι έκανε. Στη συνέχεια εξέτασε το γυναικείο προσωπικό του νοσοκομείου όπου εργαζόταν. Εφόσον παρατήρησε όλες τις φυσιολογικές μεταβολές στα επιχρίσματα του τραχήλου, στη συνέχεια εξέτασε τις ασθενείς του νοσοκομείου στα επιχρίσματα των οποίων αναγνώρισε καρκινικά κύτταρα. Στην πραγματικότητα είχε ξεκινήσει την εφαρμογή του δικού του τεστ.

Το έτος 1943 δημοσίευσε τη μνημειώδη μονογραφία του «Διάγνωση του καρκίνου δια του κολπικού επιχρίσματος», στην οποία εκτός από τα χαρακτηριστικά των καρκινικών κυττάρων ανέφερε ότι και προ-καρκινωματώδεις καταστάσεις μπορούν να διερευνηθούν έγκαιρα και να θεραπευτούν. Οι νέες δυνατότητες της μεθόδου του, για την έγκυρη διάγνωση του καρκίνου σε όλα τα όργανα του ανθρώπινου σώματος, συνάντησε δυσκολίες αποδοχής, από πολλούς προκατειλημμένους γιατρούς.

Το έτος 1954 άρχισε να γράφει τον κλασικό «Άτλαντα της Αποφολιδωτικής Κυτταρολογίας», που αποτελεί την ολοκλήρωση και την επισφράγιση του έργου του. Λίγα χρόνια αργότερα αποσύρεται από την ενεργό δράση και ξεκινά μια προσπάθεια για τη δημιουργία ενός Κυτταρολογικού Διαγνωστικού και Ερευνητικού Κέντρου. Οι προσπάθειές του για την ίδρυση του κέντρου στο Cornell και το Long Island ήταν ανεπιτυχείς. Κατάφερε όμως να δημιουργήσει το κέντρο αυτό στο Miami της Florida.

Το έτος 1957 προσπάθησε να ιδρύσει στην Ελλάδα το Ινστιτούτο Παπανικολάου, αλλά δεν τα κατάφερε. Προς τιμή του Γ. Παπανικολάου ο Δήμος Κύμης ίδρυσε το έτος 2006 το «Ινστιτούτο Γ. Ν. Παπανικολάου» με έδρα την Κύμη.

Για την προσφορά του και το έργο του, έλαβε πολλές τιμητικές διακρίσεις, στο εξωτερικό και στην Ελλάδα. Πολλά μεγάλα νοσοκομεία σε όλο τον κόσμο, φέρουν το όνομά του. Προτάθηκε για το βραβείο Nobel, ωστόσο παραμένει ο μεγαλύτερος, παγκοσμίως αποδεκτός, μη Νομπελίστας, Επιστήμων και Ερευνητής.

Μετά από πρωτοβουλία του Γ. Παπανικολάου προτάθηκε η ειδικότητα της Κυτταρολογίας και ψηφίστηκε το έτος 1962 με βάση το Βασιλικό Διάταγμα 304/1962 ΦΕΚ Α'75/17.05.1962, ως κύρια και ανεξάρτητη ειδικότητα στην Ελλάδα. (Ελληνική Εταιρεία Κλινικής Κυτταρολογίας).

3.2 Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΤΕΣΤ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ ΣΑΝ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας το τεστ Παπανικολάου αποτελεί τη μόνη αναγνωρισμένη μέθοδο πρόληψης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Με την εξέταση αυτή, υπάρχει η δυνατότητα να αναγνωριστούν προ-καρκινωματώδεις αλλοιώσεις, η θεραπεία των οποίων μπορεί να οδηγήσει σε πλήρη ίαση. Όλες οι άλλες εξετάσεις, όπως η μαστογραφία έχουν σαν στόχο να ανιχνεύσουν την κακοήθεια στα αρχικά στάδια. Αυτή είναι η μεγάλη διαφορά του τεστ Παπανικολάου και των άλλων εξετάσεων και εκεί έγκειται η μεγάλη του αξία και σημασία.

Είναι άλλωστε ενδεικτικό ότι σε χώρες με οργανωμένα προγράμματα πληθυσμιακού ελέγχου, το ποσοστό συχνότητας εμφάνισης και θνησιμότητας της νόσου μετά την εφαρμογή του τεστ Παπανικολάου μειώθηκε κατά 85% με την προϋπόθεση συμμετοχής στα προγράμματα αυτά υψηλού ποσοστού των γυναικών (>70%). Με αυτών τον τρόπο καταδεικνύεται ότι, ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας εμφανίζεται κατά κύριο λόγο σε γυναίκες που δεν συμμετέχουν σε προγράμματα πληθυσμιακού ελέγχου. Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα του Ηνωμένου Βασιλείου, στο οποίο όταν το σχετικό πρόγραμμα πληθυσμιακού ελέγχου χαλάρωσε και η τηλεφωνική υπενθύμιση της επόμενης εξέτασης σταμάτησε, τα περιστατικά εμφάνισης καρκίνου του τραχήλου της μήτρας την αμέσως επόμενη πενταετία παρουσίασαν αύξηση. (Ελληνική Εταιρεία Κλινικής Κυτταρολογίας)

3.3 ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΟΥ ΤΕΣΤ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ

Προκειμένου να πραγματοποιηθεί η εξέταση κατά Παπανικολάου θα πρέπει να τηρηθούν κάποιοι κανόνες. Προϋπόθεση για την καλή λήψη και αξιολόγηση των επιχρισμάτων είναι να μην έχει προηγηθεί τις τελευταίες 48 ώρες πριν την εξέταση:

- Σεξουαλική επαφή
- Κολπικές πλύσεις
- Χρήση ταμπόν
- Χρήση αντισυλληπτικής κρέμας, τζελ

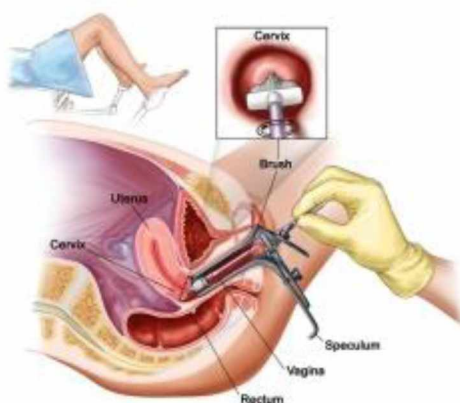
- Χρήση κολπικών φαρμάκων

Η εξέταση δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί κατά τη διάρκεια της εμμήνου ρύσης. (Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας; Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον καρκίνο)

Επίσης εάν έχει προηγηθεί βιοψία του τραχήλου ή απόξεση της μήτρας, θα πρέπει να παρέλθει χρονικό διάστημα 4-6 εβδομάδων πριν τη λήψη. (Μεσσήνης Ι, 2010)

3.4 ΤΕΧΝΙΚΗ ΛΗΨΗΣ ΤΟΥ ΤΕΣΤ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ

Το τεστ Παπανικολάου είναι μια απλή και ανώδυνη εξέταση που δεν διαρκεί περισσότερο από 10 λεπτά. (Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον καρκίνο)



Εικόνα 15: Λήψη τεστ Παπανικολάου

Πηγή: <http://www.bestrong.org.gr/el/cancer/typesofcancer/cervicalcancer/>

Προκειμένου να πραγματοποιηθεί η εξέταση κατά Παπανικολάου, η γυναίκα θα πρέπει να ξαπλώσει σε γυναικολογική θέση και στον κόλπο να τοποθετηθεί κολποδιαστολέας, ώστε ο τράχηλος να γίνει ορατός και περισσότερο προσιτός από όλες τις επιφάνειές του από τις οποίες θα πραγματοποιηθεί η λήψη.

Συνήθως λαμβάνονται τρία επιχρίσματα, ένα από τον οπίσθιο κολπικό θόλο, ένα από τον εξωτράχηλο και ένα από τον τράχηλο. Αρκετοί, θεωρούν ότι η λήψη από τον κόλπο δεν προσφέρει σημαντικές πληροφορίες, λόγω της σπανιότητας των βλαβών του κόλπου, οι οποίες μάλιστα εμφανίζονται σε μεγάλες ηλικίες. Η λήψη από τον οπίσθιο κολπικό θόλο γίνεται με μια ξύλινη σπάτουλα, οπότε «ξύνεται» το κολπικό επιθήλιο. Η λήψη από τον εξωτράχηλο γίνεται επίσης με μια ξύλινη σπάτουλα, οπότε «ξύνεται» κυκλικά ο εξωτράχηλος, αλλά συμπεριλαμβάνεται οπωσδήποτε η ζώνη μετάπτωσης του ενδοτραχήλου στο εξωτραχηλικό επιθήλιο, που αποτελεί και το επίμαχο σημείο για την ανάπτυξη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Τέλος η λήψη από τον ενδοτράχηλο γίνεται με λεπτό στυλεό που καταλήγει σε μορφή μικρής «ψήκτρας», η οποία τοποθετείται μέσα στον ενδοτράχηλο και περιστρέφεται.

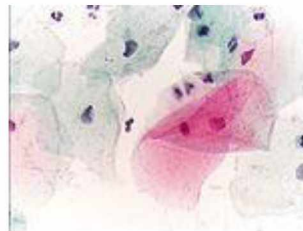
Τα βιολογικά υλικά που λαμβάνονται με τον παραπάνω τρόπο επιστρώνονται σε τρεις αντικειμενοφόρες πλάκες και μονιμοποιούνται. Εάν η μονιμοποίηση δε γίνει άμεσα είναι δυνατόν να δημιουργηθούν μεταβολές στα κύτταρα που μοιάζουν με εκείνες των παθολογικών καταστάσεων. Τη μονιμοποίηση ακολουθεί η κατάλληλη χρώση και η μικροσκόπηση των παρασκευασμάτων. (Μεσσήνης Ι, 2010)

3.5 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΤΕΣΤ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ

Τα κύτταρα που λήφθηκαν και χρωματίστηκαν, ελέγχονται κατά πόσο έχουν φυσιολογικούς ή παθολογικούς χαρακτήρες. Η κατάταξη στη μία ή την άλλη κατηγορία βασίζεται στους χαρακτήρες του πυρήνα (μέγεθος, σχήμα, δίκτυο χρωματίνης) και του κυτταροπλάσματος (διαταραχές στην πρόσληψη χρωστικών, μέγεθος, κυτταρικά έγκλειστα, εκφυλιστικές αλλαγές). Σύμφωνα με την κατάταξη που προτάθηκε από τον Παπανικολάου, τα κύτταρα ταξινομούνται σε πέντε κατηγορίες, που διεθνώς αναφέρονται με τους λατινικούς αριθμούς I,II,III,IV,V.

Κατάταξη κολποτραχηλικών επιχρισμάτων κατά Παπανικολάου

Κατηγορία I: Όλα τα κύτταρα είναι φυσιολογικά



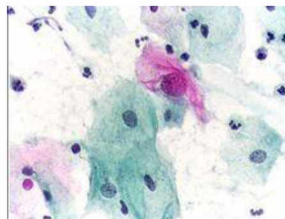
Εικόνα 16: Φυσιολογικά αποτελέσματα τεστ Παπανικολάου

Πηγή: <https://el.wikipedia.org>

Κατηγορία II: Κύτταρα χωρίς χαρακτήρες κακοήθειας, αλλά με άτυπους χαρακτήρες ή κύτταρα σαφώς φυσιολογικά, αλλά ύπαρξης φλεγμονωδών στοιχείων

Κατηγορία III: Κύτταρα με άτυπους χαρακτήρες, ύποπτους για ύπαρξη κακοήθειας, αλλά όχι διαγνωστικούς κακοήθειας

Κατηγορία IV: Λίγα σε αριθμό κύτταρα με σαφείς χαρακτήρες κακοήθειας



Εικόνα 17: Παθολογικά αποτελέσματα τεστ Παπανικολάου

Πηγή: <https://el.wikipedia.org>

Κατηγορία V: Μεγάλος αριθμός κυττάρων με χαρακτηριστικές κακοήθειες. (Μεσσήνης Ι, 2010)

Σύστημα κατάταξης κολποτραχηλικών επιχρισμάτων κατά Bethesda

Το σύστημα Bethesda αποτελεί το σύγχρονο σύστημα ταξινόμησης παθολογικής κυτταρολογίας. Πήρε το όνομά του από την ομώνυμη πόλη των ΗΠΑ Bethesda, Maryland που το σύστημα αυτό και καθιερώθηκε. Το σύστημα Bethesda προτάθηκε αρχικά το 1988 και αναθεωρήθηκε από τότε δύο φορές το 1991 και το 2001. Σύμφωνα με την τελευταία αναθεώρηση, αναγνωρίζονται δύο κυρίως κατηγορίες παθολογικών αλλοιώσεων επιθηλιακού τύπου:

- Χαμηλού βαθμού πλακώδης επιθηλιακή αλλοίωση γνωστή ως Low Grade Squamous Intraepithelial Lesion (LGSIL) και
- Υψηλού βαθμού πλακώδης ενδοεπιθηλιακή αλλοίωση γνωστή ως High Grade Squamous Intraepithelial Lesion (HGSIL)

Ιδιαίτερη ομάδα αποτελεί η κατηγορία των άτυπων πλακωδών κυττάρων απροσδιορίστου σημασίας ή Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance (ASCUS) των οποίων η συμπεριφορά δεν έχει ακριβώς προσδιορισθεί, ενώ σε σημαντικό ποσοστό (30%) εμπεριέχονται τραχηλικές και ενδοτραχηλικές δυσπλασίες ή Cervical Intraepithelial Neoplasia (CIN)

Μια επιπλέον κατηγορία με άτυπα κύτταρα επιθηλιακού τύπου η οποία χρήζει ιδιαίτερου ελέγχου, είναι η ASC-H, ομάδα δηλαδή άτυπων κυττάρων, των οποίων όμως η πιθανότητα ανεύρεσης υψηλόβαθμης ενδοεπιθηλιακής αλλοίωσης δεν μπορεί να αποκλεισθεί.

Εκτός των αλλοιώσεων επιθηλιακού τύπου, σύμφωνα με το σύστημα Bethesda, ταξινομήθηκαν και αλλοιώσεις κυττάρων αδενικού τύπου όπως Atypical Glandular Cell of Undetermined Significance (AGUS), άτυπων δηλαδή κυττάρων αδενικού τύπου απροσδιορίστου σημασίας και τέλος το αδenoκαρκίνωμα in situ γνωστό και ως Adenocarcinoma In Situ (AIS). (Ρούσσο Δ, 2015).

3.6 ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΕΣΤ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ ΚΑΙ HPV DNA TEST

Όπως προαναφέραμε το τεστ Παπανικολάου αναγνωρίζει τα παθολογικά κύτταρα στο τραχηλικό επίχρισμα και ουσιαστικά ανιχνεύει τις γυναίκες που έχουν την πρόδρομη ή την προχωρημένη εκδήλωση της νόσου, η οποία ήδη υπάρχει. Το HPV DNA TEST είναι δοκιμασία που ανιχνεύει τις γυναίκες οι οποίες λόγω της προσβολής τους από τον ιό HPV βρίσκονται σε δυνητικό κίνδυνο να εμφανίσουν τη νόσο, η οποία κατά κανόνα δεν υπάρχει. (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 2019)

Το τεστ Παπανικολάου είναι μια καλή δοκιμασία για τον έλεγχο των γυναικών για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Παρόλα αυτά η εφαρμογή του τα τελευταία 50 χρόνια έδειξε ότι δεν καλύπτει πλήρως τη γυναίκα από τον κίνδυνο εμφάνισης της νόσου αυτής. Η ευαισθησία του τεστ Παπανικολάου είναι περίπου μέχρι 75%, δηλαδή από τις 100 γυναίκες με προ-καρκινική ή καρκινική αλλοίωση στον τράχηλο της μήτρας, το τεστ Παπανικολάου θα αποβεί παθολογικό για τις 75 γυναίκες και οι υπόλοιπες θα έχουν «ψευδώς αρνητικά» αποτελέσματα. (Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων)

Η ευαισθησία του HPV DNA TEST είναι 93%-96% για την ανίχνευση στο γενικό πληθυσμό των γυναικών με υψηλό κίνδυνο.

Άρα η εφαρμογή ενός συστήματος πληθυσμιακού ελέγχου βασισμένο στο HPV DNA TEST και στη δοκιμασία κατά Παπανικολάου είναι δυνατόν να σώσει αρκετές ζωές γυναικών. (Ελληνική HPV Εταιρεία)

3.7 ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Μισό αιώνα μετά τη θεμελιώδη ανακάλυψη της κυτταρολογικής εξέτασης κολπικών και τραχηλικών επιχρισμάτων για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας από τον ιατρό Γεώργιο Παπανικολάου, η νόσος εξακολουθεί να αποτελεί μεγάλο ιατρικό πρόβλημα.

Έχει εξακριβωθεί ότι ο ιός HPV αποτελεί αιτιολογικό παράγοντα πρόκλησης καρκίνου τραχήλου της μήτρας, καθώς και άλλων όπως αιδοίου, κόλπου, πρωκτού και στοματοφαρυγγικής κοιλότητας.

Σε χώρες του ανεπτυγμένου κόσμου η υιοθέτηση πληθυσμιακών προγραμμάτων ελέγχου κατά του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας με την κυτταρολογική εξέταση κατά Παπανικολάου αρχικά, ενισχυόμενη στη συνέχεια από άλλες διαγνωστικές εξετάσεις όπως η μέθοδος HPV DNA ανίχνευσης και τελευταία η εφαρμογή του εμβολιασμού κατά του ιού HPV οδηγούν σε σαφή ελάττωση της επίπτωσης της πάθησης. Ωστόσο κάτι τέτοιο δεν ισχύει για τον αναπτυσσόμενο κόσμο όπου η επίπτωση της νόσου αυξάνει συνεχώς. (Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογική Εταιρεία)

Πρωτογενής και Δευτερογενής Πρόληψη κατά του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. (Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογική Εταιρεία)

Η πρόληψη διακρίνεται στην Πρωτογενή, κατά την οποία εφαρμόζονται μέτρα (εμβολιασμός) σε ανθρώπους που δε νοσούν με σκοπό την πρόληψη της νόσου και τη Δευτερογενή, η οποία περιλαμβάνει ενέργειες (διαγνωστικές και επεμβατικές) για την επιβράδυνση ή διακοπή εξέλιξης μιας νόσου μετά την έγκαιρη διάγνωσή της κατά τα αρχικά στάδια.

Στο πεδίο της πρωτογενούς πρόληψης έχουμε την εφαρμογή του εμβολίου κατά του HPV το οποίο συνιστάται και πρέπει να γίνεται μέχρι την ηλικία των 18 ετών. (Υπουργείο Υγείας Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, 2015b), (Ελληνική HPV Εταιρεία).

Ο εμβολιασμός γυναικών από 18 ετών και άνω δεν απαγορεύεται αλλά από 31-12-2016 και μετά δεν χορηγείται δωρεάν από τον ΕΟΠΥΥ σύμφωνα με την Αρ. Πρ. Γ1α/Γ.Π. οικ.6055/22-1-2015 Απόφαση του Υπουργείου Υγείας. (Υπουργείο Υγείας Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, 2015a)

Πρέπει να υπογραμμίσουμε ότι ακόμα και οι γυναίκες που ακολούθησαν πρωτογενή πρόληψη με εμβολιασμό πρέπει να υποβάλλονται σε έλεγχο έγκαιρης ανίχνευσης αλλοιώσεων του τραχήλου της μήτρας όπως και αυτές που δεν εμβολιάστηκαν (δευτερογενής πρόληψη). Αναφορικά με το προτεινόμενο πρόγραμμα ελέγχου στον Ελλαδικό χώρο, η ανάλυση παραμέτρων οικονομίας της υγείας σε συνδυασμό με επιδημιολογικές και κλινικές συνιστώσες μπορεί να οδηγήσει σε αξιόπιστα μοντέλα ικανά να παρέχουν άριστη πρόληψη και περιορισμό των αλόγιστων δαπανών υγείας ταυτόχρονα.

Έτσι, ο συστηματικός ετήσιος κυτταρολογικός έλεγχος για γυναίκες ηλικίας 21-29 ετών χωρίς σχετικό ιστορικό ή προηγούμενα ευρήματα, οδηγεί σε ιδιαίτερα μικρό ποσοστό πρόληψης περιπτώσεων καρκίνου του τραχήλου της μήτρας σε σχέση με το δυσανάλογα υψηλό κόστος εφαρμογής διαγνωστικών μεθόδων και γι' αυτό το λόγο δεν προτείνεται. Επίσης, με δεδομένο ότι ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας εμφανίζεται 15-25 έτη μετά την πρωτογενή μόλυνση από τον ιό HPV ο συστηματικός έλεγχος γυναικών άνω των 65 ετών θα δρούσε προστατευτικά έναντι πολύ λίγων περιπτώσεων καρκίνου. Επιδημιολογικά μοντέλα εκτιμούν ότι εάν οι γυναίκες ηλικίας 65 ετών που ελέγχονταν κάθε τρία χρόνια συνέχιζαν με την ίδια περιοδικότητα τον έλεγχο κατά του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, μέχρι το 90 έτος, τότε 1,6/1000 γυναίκες θα προστατεύονταν πραγματικά. Πρόκειται για ένα υπαρκτό αλλά ισχνό κέρδος αναλύοντας με όρους προληπτικής και οικονομίας υγείας, εάν ληφθεί υπόψη το κόστος κυτταρολογικών δοκιμασιών για γυναίκες της ηλικιακής αυτής ομάδας. (Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογική Εταιρεία)

Σύμφωνα λοιπόν με τις κατευθυντήριες οδηγίες της Ελληνικής Μαιευτικής και Γυναικολογικής Εταιρείας οι οποίες εγκρίθηκαν από την επιτροπή του Ε.Ο.Φ. για τα θεραπευτικά πρωτόκολλα και πρώτη φορά δημοσιεύτηκαν το Μάρτιο του 2014 οι γυναίκες θα πρέπει να ακολουθούν το παρακάτω πρόγραμμα:

Προτείνεται η έναρξη του προληπτικού ελέγχου για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας από την ηλικία των 21 ετών. Γυναίκες κάτω των 21 ετών δεν πρέπει να εντάσσονται σε

προγράμματα πληθυσμιακού ελέγχου, ανεξάρτητα από την ηλικία έναρξης της σεξουαλικής δραστηριότητας και της παρουσίας άλλων παραγόντων κινδύνου.

Γυναίκες ηλικίας μεταξύ 21-29 ετών πρέπει να υποβάλλονται σε περιοδικό προληπτικό έλεγχο μόνο με τη μέθοδο κυτταρολογίας τραχήλου κάθε 3 έτη. Η δοκιμασία HPV DNA ανίχνευσης δεν προτείνεται για την ηλικιακή αυτή ομάδα.

Για γυναίκες ηλικίας 30-65 ετών η HPV DNA δοκιμασία κάθε πέντε χρόνια αποτελεί την ιδανικότερη στρατηγική. Ο κυτταρολογικός έλεγχος κάθε 3 έτη θεωρείται αποδεκτός. Δεν προτείνεται ο συστηματικός ετήσιος έλεγχος.

Σε περιπτώσεις γυναικών ηλικίας άνω των 30 ετών με αρνητικά κυτταρολογικά αλλά θετικά HPV DNA ευρήματα προτείνεται μια από τις δύο μεθόδους που ακολουθούν: α) Επανάληψη κυτταρολογικού και HPV DNA ελέγχου μετά ένα έτος. Εάν κατά την επανάληψη το κυτταρολογικό αποτέλεσμα είναι συμβατό με χαμηλού βαθμού ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία του τραχήλου της μήτρας ή δυσμενέστερο και η δοκιμασία HPV DNA παραμένει θετική πρέπει να πραγματοποιηθεί κολποσκόπηση. Σε διαφορετική περίπτωση προτείνεται επιστροφή στη συνήθη περιοδικότητα του πληθυσμιακού ελέγχου.

β) Άμεση διενέργεια HPV DNA δοκιμασίας ειδικής για τους 16/18 ιούς. Σε θετική ανίχνευση των δύο αυτών στελεχών του ιού, προτείνεται άμεση παραπομπή για κολποσκόπηση. Εάν δεν ανιχνευθούν τα συγκεκριμένα στελέχη, προτείνεται συνδυαστικός επανέλεγχος σε ένα έτος και διαχείριση της περίπτωσης όπως περιγράφεται στο σκέλος α.

Μετά την ηλικία των 65 ετών δεν πρέπει να εντάσσονται οι γυναίκες σε οποιαδήποτε μορφή πληθυσμιακού ελέγχου για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, με την προϋπόθεση πως έχουν προηγηθεί επαρκή αρνητικά αποτελέσματα από προηγούμενους ελέγχους και δεν υπάρχει ατομικό αναμνηστικό ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας του τραχήλου βαθμού II ή υψηλότερου. Ως επαρκή αρνητικά αποτελέσματα από προηγούμενους ελέγχους ορίζονται τρία διαδοχικά αποτελέσματα κυτταρολογικής εξέτασης ή δύο διαδοχικά αρνητικά αποτελέσματα από συνδυασμό κυτταρολογικής και HPV DNA εξέτασης εντός των προηγούμενων δέκα ετών, με τον πρόσφατο έλεγχο να έχει λάβει χώρα μέσα στα πέντε τελευταία χρόνια.

Από τις παραπάνω γενικές κατευθυντήριες οδηγίες ανά πληθυσμιακή ομάδα, εξαιρούνται γυναίκες με ατομικό αναμνηστικό καρκίνου τραχήλου της μήτρας, λοίμωξης από τον ιό HPV, ανοσοκαταστολή ή ενδομήτριας έκθεσης σε διαιθυλοστιλβεστρόλη.

Σε γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε ολική υστερεκτομή χωρίς ιστορικό ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας του τραχήλου της μήτρας βαθμού II ή υψηλότερου, ο συστηματικός έλεγχος με κυτταρολογία ή HPV DNA εξέταση σταματά χωρίς να προβλέπεται επανέναρξη για οποιαδήποτε λόγο.

Γυναίκες με ατομικό αναμνηστικό ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας του τραχήλου της μήτρας βαθμού II ή III, αδενοκαρκινώματος τραχήλου μήτρας in situ, ή διηθητικού καρκινώματος του τραχήλου, πρέπει να συνεχίζουν τον πληθυσμιακό έλεγχο – ογκολογικό επανέλεγχο, για χρονική περίοδο τουλάχιστον είκοσι ετών μετά την αρχική μετεγχειρητική παρακολούθηση, ακόμα και αν η εικοσαετία αυτή υπεισέρχεται στη μετά των 65 ετών ηλικιακή περίοδο.

Είναι λοιπόν σαφές ότι κάθε οργανωμένο σύστημα υγείας πρέπει να υιοθετεί και να εφαρμόζει πιστά ένα εθνικό πρόγραμμα πρόληψης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, καθώς είναι πλέον διαθέσιμα αποτελεσματικά εργαλεία στα χέρια των επιστημόνων στο πεδίο τόσο της πρωτογενούς πρόληψης όσο και της έγκαιρης διάγνωσης και πρώιμης θεραπευτικής προσέγγισης με σεβασμό στη ζωή, την υγεία και την αναπαραγωγική ικανότητα της γυναίκας. Η ύπαρξη ενός πλαισίου προληπτικού στρατηγικού σχεδιασμού κρίνεται αναγκαία, ωστόσο και η εξατομικευμένη συμβουλή του Μαιευτήρα γυναικολόγου σε κάθε γυναίκα ξεχωριστά με βάση το ιστορικό της, αλλά και ιδιαίτερες κοινωνικές παραμέτρους και αντιλήψεις θεωρείται εποικοδομητική. (Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογική Εταιρεία)

Ο Εθνικός Οργανισμός Υπηρεσιών Υγείας με Δελτίο Τύπου στις 15-09-2014, αναφέρεται σε δηλώσεις του καθηγητή Κυτταρολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών, Π. Καρακίτσου, ο οποίος επιβεβαίωσε ότι οι κατευθυντήριες οδηγίες τεκμηριώνονται επιστημονικά σε παγκόσμιο επίπεδο και πως «η χώρα μας είναι η πρώτη χώρα στη Ευρώπη που ορίζει ως έναρξη το 21^ο έτος ηλικίας για το τεστ Παπανικολάου όταν οι ευρωπαϊκές κατευθυντήριες οδηγίες ορίζουν το 25^ο έτος». Σημείωσε πως, «αν μιλάμε για πρόληψη χωρίς συμπτωματολογία η επανάληψη ανά τρία χρόνια τεκμηριώνεται πλήρως επιστημονικά σε παγκόσμιο επίπεδο, με την προϋπόθεση ότι εκτελείται ανά τρία χρόνια » και υπογράμμισε ότι «στην Ελλάδα η μικρότερη ηλικία εμφάνισης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι το 29^ο έτος».

Ωστόσο ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. υπερβαίνει τις Κατευθυντήριες Οδηγίες και αποζημιώνει την εξέταση κατά Παπανικολάου για όλες τις γυναίκες ανεξαρτήτως ηλικίας μια φορά το χρόνο. Κι αυτό γιατί σέβεται τις απόψεις αρκετών ιατρών στην Ελλάδα που προτείνουν τη συγκεκριμένη διαγνωστική εξέταση κάθε χρόνο.

Ταυτοχρόνος ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. παραθέτει και στοιχεία σύμφωνα με τα οποία ο αριθμός των γυναικών που κάνει τεστ Παπανικολάου είναι μικρός.

ΕΤΟΣ	ΠΟΣΟΤΗΤΑ	ΔΑΠΑΝΗ
2012	142.411	948.457,26 ευρώ
2013	187.136	246.325,76 ευρώ
2014 (8μηνο)	129.820	864.601,20 ευρώ

Τα παραπάνω στοιχεία αφορούν εξετάσεις μέσω Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ενώ είναι γνωστό ότι οι περισσότερες γυναίκες πραγματοποιούν το τεστ Παπανικολάου ιδιωτικά. (Υπουργείο Υγείας Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, 2015a)

Οι κατευθυντήριες οδηγίες συνταγογράφησης της εξέτασης HPV DNA από τον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας σύμφωνα με την Αρ. Πρωτ.:ΔΒ3Β/1448/22-9-2017 αναοίνωσή του είναι:

Η συνταγογράφηση της εξέτασης HPV DNA για ανίχνευση του ιού των ανθρωπίνων κονδυλωμάτων σε τραχηλικό επίχρισμα ενδείκνυται μόνο στις ακόλουθες περιπτώσεις:

1. Προληπτικά, εφόσον το κρίνει ο γυναικολόγος, μόνο σε γυναίκες 30 ετών έως 65 ετών με προσκόμιση κυτταρολογικής εξέτασης κατά Παπανικολάου,
2. Για τη διάγνωση και την αντιμετώπιση των παθολογικών δοκιμασιών κατά Παπανικολάου, η χρήση της εξέτασης HPV DNA παρέχεται επί ASCUS, ASC-H και LGSIL κυτταρολογίας.

Επισημαίνεται ότι:

- Η εξέταση δεν μπορεί να επαναληφθεί σε διάστημα μικρότερο της 5ετίας. Κατ' εξαίρεση, στον προληπτικό έλεγχο και μόνο μετά από αιτιολογημένη γνωμάτευση του θεράποντος ιατρού, η εξέταση μπορεί να επαναληφθεί στην 3ετία,
- Δε χορηγείται σε γυναίκες κάτω των 21 ετών,
- Επειδή πρόκειται για εξέταση με ιδιαιτερότητες συνιστάται να τηρούνται αυστηρά οι κανόνες λήψης και μεταφοράς του υλικού που ορίζει η επιστημονική κοινότητα. (Υπουργείο Υγείας Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας 2017)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΙΟΥ HPV ΣΤΟΝ ΚΟΣΜΟ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Στο τέταρτο κεφάλαιο του γενικού μέρους, γίνεται αναφορά στις γνώσεις και τις στάσεις των ατόμων για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και του ιού HPV στον κόσμο και την Ελλάδα.

4.1 ΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ ΣΤΟΝ ΚΟΣΜΟ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Το 1999 ο Sutton S και ο Rutherford C πραγματοποίησαν στη Βρετανία έρευνα. Σκοπός της έρευνάς τους ήταν να βρουν αν υπάρχει σχέση ανάμεσα στους κοινωνικο-οικονομικούς και συμπεριφοριστικούς παράγοντες στην πραγματοποίηση του τεστ Παπανικολάου. Από τα αποτελέσματα της έρευνας βρέθηκε ότι η μόρφωση και η οικογενειακή κατάσταση παίζουν ρόλο στην πραγματοποίηση της εξέτασης. Διαπιστώθηκε ότι οι έγγαμες και οι διαζευγμένες πραγματοποιούν το τεστ Παπανικολάου σε μεγαλύτερα ποσοστά απ' ότι οι άγαμες γυναίκες και οι χήρες. Από τη ίδια έρευνα βρέθηκε ότι άλλοι ανασταλτικοί παράγοντες στη μη πραγματοποίηση της εξέτασης είναι η ίδια η διαδικασία της και το αίσθημα ντροπής που προκαλείται κατά τη διάρκεια της λήψης του. Το γεγονός ότι πρόκειται για προληπτική εξέταση και όχι για θεραπευτική πράξη είναι ένας ακόμα ανασταλτικός παράγοντας. (Sutton & Rutherford, 2005)

Από τον Οκτώβριο του 2001 μέχρι και το Μάρτιο του 2002 ο Nicholson FB και ο Korman MG πραγματοποίησαν στην Αυστραλία έρευνα. Σκοπός της έρευνάς τους ήταν να συγκρίνουν τις απόψεις των γυναικών που έκαναν κολonosκόπηση με αυτές των γυναικών που έκαναν μαστογραφία και τεστ Παπανικολάου. Από τα αποτελέσματα της έρευνας βρέθηκε ότι οι γυναίκες που είχαν πραγματοποιήσει και τις τρεις εξετάσεις αισθάνθηκαν όπως δήλωσαν λίγο πόνο και στις τρεις. Το 9% των γυναικών δήλωσε ότι αισθάνθηκε ντροπή στην πραγματοποίηση της μαστογραφίας, το 11% στην πραγματοποίηση της κολonosκόπησης και το 38% στην πραγματοποίηση του τεστ Παπανικολάου. Όσον αφορά το φύλο του ατόμου που θα ήθελαν να πραγματοποιήσει τις εξετάσεις μόλις το 7% των γυναικών δήλωσαν ότι θα ήθελαν γυναίκα για την πραγματοποίηση της κολonosκόπησης, σε αντίθεση με το 45% των γυναικών που θα ήθελαν γυναίκα γιατρό για την πραγματοποίηση του τεστ Παπανικολάου. (Nicholson & Korman, 2004)

Ο Klug SJ και οι συνεργάτες του πραγματοποίησαν έρευνα στη Μπίλεφελντ της Γερμανίας. Σκοπός της έρευνάς τους ήταν να διερευνήσουν τις γνώσεις των ατόμων σχετικά με τους παράγοντες εμφάνισης καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Η έρευνα έγινε μέσω ερωτηματολογίων, σε άτομα από 25-75 ετών. Από τις απαντήσεις των 532 ερωτηματολογίων βρέθηκε ότι το 69,9% των ατόμων γνώριζαν τους παράγοντες εμφάνισης καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, ενώ μόλις το 3,2% των ατόμων γνώριζε ότι ο HPV ανήκει στους παράγοντες κινδύνου. (Klug, Hetzer, & Blettner, 2005)

Ο Oscarsson MG και οι συνεργάτες του πραγματοποίησαν έρευνα στη Σουηδία. Σκοπός της έρευνας ήταν να διερευνήσουν τους λόγους που οι γυναίκες δεν πραγματοποίησαν το τεστ Παπανικολάου την τελευταία 5ετία. Από τα αποτελέσματα της έρευνας βρέθηκε ότι οι γυναίκες δεν πραγματοποίησαν την εξέταση γιατί: ήταν υγιείς, δεν κινδύνευαν, είχαν άλλα πράγματα να κάνουν και γιατί ανησυχούσαν για το αποτέλεσμα. (Oscarsson, Wijma, & Benzein, 2008)

Ο Cooper CP και οι συνεργάτες του πραγματοποίησαν έρευνα στην Αμερική και συγκεκριμένα στο Μαϊάμι στη Νέα Υόρκη και το Λος Άντζελες. Σκοπός της έρευνας ήταν να διερευνήσουν τις γνώσεις των γυναικών για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Η έρευνα έγινε μέσω ερωτηματολογίων σε άτομα ηλικίας από 40-60 ετών. Από τα αποτελέσματα της έρευνας βρέθηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών γνώριζε για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Οι γυναίκες γνώριζαν ότι θα πρέπει να κάνουν την εξέταση και να την επαναλαμβάνουν πιο συχνά σε περίπτωση παθολογικού αποτελέσματος. Αρκετές γνώριζαν ότι ο ιός HPV μπορεί να προκαλέσει καρκίνο αλλά δεν είχαν σωστή ενημέρωση για όλους τους παράγοντες κινδύνου. Οι συμμετέχουσες στην έρευνα δήλωσαν σαν βασική πηγή ενημέρωσης τα μέσα μαζικής ενημέρωσης. (Cooper, Polonec, & Gelb, 2011)

Ο Lartery M και οι συνεργάτες του πραγματοποίησαν έρευνα στην Ν. Αφρική. Σκοπός της έρευνας ήταν να διερευνήσουν τη γνώση, τη στάση και την πρακτική των γυναικών απέναντι στο τεστ Παπανικολάου. Η έρευνα έγινε σε γυναίκες ηλικίας από 18 ετών και άνω οι οποίες είχαν επισκεφθεί μονάδες πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Από τα αποτελέσματα της έρευνας βρέθηκε ότι το 63,6% των γυναικών γνώριζαν το τεστ Παπανικολάου. Στην κατηγορία αυτή ανήκαν γυναίκες με υψηλό μορφωτικό επίπεδο. Από τις γυναίκες που γνώριζαν για το τεστ Παπανικολάου το 55,6% των γυναικών είχε πραγματοποιήσει την εξέταση. Οι γυναίκες δήλωσαν ότι δεν πραγματοποιούσαν την εξέταση γιατί: δεν τους το είχε συστήσει κάποιος επαγγελματίας υγείας το 40,4%, δεν γίνονταν για θεραπευτικό σκοπό το 37,8% και γιατί φοβόντουσαν το 32,5%. (Lartey, Joubert, & Cronje, 2003)

Από 1 Αυγούστου έως 30 Σεπτεμβρίου του 2009 ο Charakon C και οι συνεργάτες του πραγματοποίησαν στην Ταϊλάνδη έρευνα. Σκοπός της έρευνας ήταν να διερευνήσουν τη γνώση

των γυναικών για το τεστ Παπανικολάου, τον ιό HPV και το εμβόλιο για τον HPV. Από τα αποτελέσματα της έρευνας βρέθηκε ότι οι γυναίκες που γνώριζαν για το τεστ Παπανικολάου ήταν περισσότερες από αυτές που γνώριζαν για τον HPV και το εμβόλιο για τον ιό HPV. Οι γυναίκες ηλικίας 45 ετών και κάτω γνώριζαν περισσότερα για τον ιό HPV και το εμβόλιο σε σχέση με τις μεγαλύτερες ηλικιακά γυναίκες. Το 77,2% των γυναικών θα δέχονταν να κάνουν το εμβόλιο, το 83,7% των γυναικών θα δέχονταν να κάνουν το εμβόλιο οι κόρες τους. Οι ερευνητές επισημαίνουν το εξής: η έρευνα έγινε στο Πανεπιστημιακό νοσοκομείο της Μπανγκόκ, στην πρωτεύουσα της Ταϊλάνδης όπου οι συμμετέχουσες στην έρευνα γυναίκες είχαν πιο υψηλό κοινωνικο-οικονομικό και μορφωτικό επίπεδο σε σχέση με τις υπόλοιπες περιοχές. (Charakorn et al., 2011)

Η Χαραμή Ε. και οι συνεργάτες της πραγματοποίησαν έρευνα στην Ελλάδα. Στην έρευνα αυτή έλαβαν μέρος 300 γυναίκες ηλικίας 18-65 ετών. Σκοπός της έρευνας ήταν η διερεύνηση των γνώσεων γυναικών που προσέρχονταν στη γυναικολογική κλινική και στα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείου της Πελοποννήσου σχετικά με την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Από τα αποτελέσματα της έρευνας βρέθηκε ότι η πλειοψηφία των γυναικών είχε πραγματοποιήσει το τεστ Παπανικολάου. Το 49,1% των γυναικών πραγματοποιούσε την εξέταση κάθε χρόνο ενώ το 50,9% έκανε την εξέταση περιστασιακά. Οι λόγοι που οι γυναίκες δεν έκαναν την εξέταση ήταν: η αμέλεια το 44,4% και η ντροπή το 33,3%. Το ποσοστό των γυναικών που δεν γνώριζε τον ιό HPV ήταν 56% και τον τρόπο μετάδοσής του το 56,3%, το HPV test το 76,7%, το που οδηγεί η λοίμωξη από τον HPV το 72,3% και την ύπαρξη του εμβολίου για τον HPV το 59,7%. Στο μεγαλύτερο ποσοστό οι γυναίκες ήταν θετικές στον εμβολιασμό τόσο στις ίδιες όσο και στα παιδιά τους. (Χαραμή Ε, Τσιρώνη Μ, Πρεζεράκος Π, Αγοραστός Θ, & Ζυγά Σ, 2014)

4.2 ΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΓΙΑ ΤΟΝ ΙΟ HPV ΣΤΟΝ ΚΟΣΜΟ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Ο Rosenthal D και οι συνεργάτες του πραγματοποίησαν έρευνα στη Βικτώρια της Αυστραλίας από τον Αύγουστο του 2005 έως και τον Οκτώβριο του ίδιου έτους. Σκοπός της έρευνάς τους ήταν να μελετήσουν τις γνώσεις που είχαν οι γυναίκες που κατοικούσαν σ' αυτή την περιοχή σχετικά με τον ιό HPV αλλά και το εμβόλιο για τον HPV. Από τα αποτελέσματα της έρευνας βρέθηκε ότι οι μεγαλύτερες ηλικιακά γυναίκες ήταν θετικές απέναντι στο εμβόλιο για τον ιό HPV. Μεγάλο ποσοστό αυτών εξέφρασε την εμπιστοσύνη του απέναντι στο Σύστημα Υγείας

και δήλωσαν ότι θα έκαναν το εμβόλιο στα παιδιά τους εφόσον υπήρχε τέτοια σύσταση από τους επαγγελματίες υγείας. (Rosenthal, Dyson, Pitts, & Garland, 2007)

Ο Zimet GD και οι συνεργάτες του πραγματοποίησαν έρευνα στις ΗΠΑ. Η έρευνα διεξήχθη από τον Ιούνιο του 2006 έως και τον Απρίλιο του 2007. Σκοπός της έρευνας ήταν να διερευνηθούν οι αιτίες του χαμηλού ποσοστού (10%) των εμβολιασμών για τον HPV παρά τις συστάσεις του CDC (Center for Disease Control) για καθολικό εμβολιασμό. Από τα αποτελέσματα της έρευνας βρέθηκε ότι οι λόγοι που οι γυναίκες δεν έκαναν το εμβόλιο ήταν γιατί: το 54,9% των γυναικών ήταν παντρεμένες ή είχαν μονογαμική σχέση, το 35,4% των γυναικών δεν είχε επαρκή ενημέρωση, το 31,7% έτρεφε ανησυχίες για τις παρενέργειες του εμβολίου και το 24,4% δεν μπορούσε να το κάνει γιατί δεν είχε ασφαλιστική ικανότητα. (Zimet, Weiss, Rosenthal, Good, & Vichnin, 2010)

Ο Di Giuseppe G και οι συνεργάτες του πραγματοποίησαν έρευνα στην Ιταλία. Για την έρευνα χρησιμοποιήθηκε τυχαίο δείγμα 1348 εφήβων και νεαρών γυναικών ηλικίας 14-24 ετών. Σκοπός της έρευνας ήταν η διερεύνηση της γνώσης της στάσης και της συμπεριφοράς των νεαρών γυναικών απέναντι στο ιό HPV και τον εμβολιασμό για τον ιό αυτό. Από τα αποτελέσματα της έρευνας βρέθηκε ότι μόνο το 23,3% των ατόμων είχε ακούσει ότι ο ιός HPV είναι μια λοίμωξη των γεννητικών οργάνων. Η τεράστια πλειοψηφία των εφήβων δήλωσε τη θετική του πρόθεση απέναντι στο εμβόλιο για τον ιό HPV. Άρα οι γνώσεις σχετικά με την HPV λοίμωξη και το εμβόλιο για τον HPV θα πρέπει να βελτιωθούν. (Di Giuseppe, Abbate, Liguori, Albano, & Angelillo, 2008)

Ο Al- Dubai SAR και οι συνεργάτες του πραγματοποίησαν έρευνα στη Μαλαισία. Η έρευνα έγινε το 2009 σε γυναίκες που επισκέφθηκαν τα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου Bangi Selangor. Σκοπός της έρευνας ήταν να διερευνηθούν τη γνώση και τη συμπεριφορά των γυναικών σχετικά με τον ιό HPV και το εμβόλιο για τον ιό HPV. Από τα αποτελέσματα της έρευνας βρέθηκαν τα εξής: μόνο το 26% των γυναικών είχε κάποια ενημέρωση για τον ιό HPV και μόνο το 21,7% είχαν κάποια ενημέρωση για το εμβόλιο για το HPV, το 22% γνώριζε ότι ο ιός HPV μπορεί να προκαλέσει καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και μόνο το 12,7% των γυναικών γνώριζε ότι ο ιός HPV είναι η αιτία εμφάνισης των κονδυλωμάτων. Οι περισσότερες από τις γυναίκες της έρευνας θεωρούσαν ότι το εμβόλιο απευθύνεται μόνο σε γυναίκες. (Al-Dubai et al., 2010)

Ο Dodd RH και οι συνεργάτες τους πραγματοποίησαν διεθνή έρευνα στις ΗΠΑ, το Ηνωμένο Βασίλειο και την Αυστραλία. Η έρευνα απευθύνονταν σε ένα σύνολο 1473 ατόμων, ανδρών και γυναικών. Σκοπός της έρευνας ήταν να διερευνηθούν τη γνώση και την ευαισθητοποίηση των ατόμων πάνω στον έλεγχο για τον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV test). Από τα

αποτελέσματα της διεθνούς αυτής έρευνας βρέθηκαν τα παρακάτω. Το 50% του δείγματος είχε ενημέρωση για το HPV test. Τα άτομα από τις ΗΠΑ ήταν πιο ευαισθητοποιημένα (62%) για την εξέταση απ' ό τι στο Ηνωμένο Βασίλειο (44%) και στην Αυστραλία (40%). Οι γνώσεις μεταξύ των ατόμων και των τριών χωρών δεν είχαν μεγάλες διαφορές και συνολικά θεωρείται χαμηλή. Οι γυναίκες όμως βρέθηκε ότι ήταν πιο ευαισθητοποιημένες απ' ό τι οι άνδρες. (Dodd et al., 2014)

Ο Thomsen LT και οι συνεργάτες του πραγματοποίησαν έρευνα στη Δανία τη Σουηδία και τη Νορβηγία. Στην έρευνα αυτή έλαβαν μέρος τυχαίο δείγμα γυναικών ηλικίας 18-45 ετών. Σκοπός της έρευνας ήταν να διερευνήσουν το βαθμό ευαισθητοποίησης των γυναικών τα έτη 2011-2012 σε σύγκριση με τα έτη 2004-2005 μετά την εισαγωγή του εμβολίου κατά του ιού HPV των σκανδιναβικών γυναικών. Από τα αποτελέσματα της έρευνας βρέθηκε ότι σε όλες τις χώρες και σε όλες τις ηλικιακές ομάδες η ευαισθητοποίηση σχετικά με τον ιό HPV αυξήθηκε μετά τον εμβολιασμό. Η ευαισθητοποίηση ήταν υψηλότερη στη Δανία σε ποσοστό 75,8% στη Σουηδία με ποσοστό 74,6% και στη Νορβηγία με ποσοστό 62,4%. Άρα μετά την εισαγωγή του εμβολίου κατά του ιού HPV ο βαθμός ευαισθητοποίησης αυξήθηκε. Θα πρέπει όμως να γίνουν προσπάθειες στο μέλλον για καλύτερη ενημέρωση, γιατί ένα ποσοστό 24%-38% των γυναικών των χωρών αυτών δεν είχαν ακούσει τίποτα για το εμβόλιο κατά του ιού HPV. (Thomsen et al., 2017)

Ο Θεόδωρος Αγοραστός και οι συνεργάτες του πραγματοποίησαν έρευνα στην Ελλάδα. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε από τον Οκτώβριο του 2005 μέχρι και τον Ιανουάριο του 2011. Στην έρευνα έλαβαν μέρος 5379 γυναίκες ηλικίας 16-65 ετών οι οποίες συμπλήρωσαν ανώνυμα ερωτηματολόγια και 5107 γυναίκες οι οποίες υπεβλήθησαν σε λήψη κυτταρικού υλικού από τον τράχηλο της μήτρας. Σκοπός της έρευνας ήταν να καθοριστούν οι υψηλού κινδύνου HPV υιοί στην Ελλάδα και να αξιολογηθεί η συμμετοχή των ελληνίδων γυναικών σε προγράμματα πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης. Από τα αποτελέσματα της έρευνας βρέθηκε ότι ο πιο συχνός τύπος υψηλού κινδύνου στην Ελλάδα ήταν ο HPV 16 και ακολουθούσαν οι τύποι 31,35,53,18,51,56,58,52,39,66,45,33,59 και 68. Ο επιπολασμός των HPV τύπων ήταν υψηλότερος σε νέες γυναίκες ηλικίας 20-29 ετών. Όσον αφορά την αποδοχή του εμβολιασμού για τον ιό HPV, στο σύνολο των 5379 γυναικών, το 81,1% αυτών απάντησαν θετικά στην ερώτηση εάν είχαν την πρόθεση να εμβολιαστούν. Οι κύριοι λόγοι της άρνησης του εμβολιασμού ήταν: η ανεπαρκής ενημέρωση, ο φόβος για τις παρενέργειες του εμβολίου και οι αμφιβολίες για τις παρενέργειές του. Αναφορικά με τα μέτρα πρωτογενούς πρόληψης, η αποδοχή του εμβολιασμού έναντι του HPV ιού, φαίνεται ότι υποχώρησε στη διάρκεια της έρευνας από 85,0%-89,9% ανάμεσα στα έτη 2005-2008 σε 64,4%-60,5% ανάμεσα στα έτη

2009-2010. Αν τα ευρήματα αυτά συνδυαστούν και με το γεγονός ότι η έγκριση του εμβολίου στη χώρα μας πραγματοποιήθηκε το έτος 2008, φαίνεται ότι η αποδοχή του εμβολιασμού μειώθηκε μετά την έναρξή του. Αναφορικά με τα μέτρα δευτερογενούς πρόληψης, μόνο το 30,3% των γυναικών πραγματοποιούσαν το τεστ Παπανικολάου ετησίως την τελευταία πενταετία, ενώ το 12,0% δεν είχαν κάνει κανένα τεστ Παπανικολάου. Δημογραφικοί παράγοντες όπως ο τόπος κατοικίας, η εκπαίδευση και το επάγγελμα φαίνεται να σχετίζονται με τα αποτελέσματα της έρευνας. (Theodoros Agorastos et al., 2014)

Ο Παπαγιάννης Δ. και οι συνεργάτες του έκαναν έρευνα στην Ελλάδα. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε το ακαδημαϊκό έτος 2011-2012 με ανώνυμα ερωτηματολόγια σε 1030 δευτεροετείς και τριτοετείς φοιτήτριες ιατρικής, νοσηλευτικής και παραϊατρικών επαγγελμάτων στην περιοχή της Θεσσαλίας. Όλες οι φοιτήτριες ήταν κάτω των 26 ετών. Σκοπός της έρευνας ήταν να βρεθεί το ποσοστό των εμβολιασμένων φοιτητριών σχολών επαγγελμάτων υγείας έναντι του ιού HPV. Από τα αποτελέσματα της έρευνας βρέθηκε ότι το συνολικό ποσοστό των εμβολιασμένων φοιτητριών ανέρχονταν στο 44,3%. Οι κύριοι λόγοι που οι φοιτήτριες δεν εμβολιάστηκαν ήταν: ο φόβος για την ασφάλεια του εμβολίου σε ποσοστό 74,1% και η ανεπαρκής πληροφόρηση σε ποσοστό 52,8%. Από το σύνολο των φοιτητριών οι 403 ανέφεραν ότι είχαν πληροφόρηση για το εμβόλιο για τον ιό HPV: το 31,5% από τα ΜΜΕ, το 27,3% από το Internet, το 17,8% μέσω φαρμακευτικών αντιπροσώπων και το 29,3% μέσω επαγγελματιών υγείας. (Papagiannis et al., 2013)

Ο Ντίνας Κ. και οι συνεργάτες του πραγματοποίησαν και αυτοί έρευνα στην Ελλάδα. Σκοπός της έρευνάς τους ήταν να διερευνηθούν οι γνώσεις 107 μαιών και 29 τελειόφοιτων της μαιευτικής σχολής σχετικά με τον ιό HPV και τη σχέση του με τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Από τα αποτελέσματα της έρευνας βρέθηκε ότι το 78,5% των μαιών γνώριζαν ότι μια ιογενής λοίμωξη με HPV μπορεί να προκαλέσει καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, ενώ μόνο το 48,3% των φοιτητριών της μαιευτικής το γνώριζε αυτό. Από τις μαίες μόνο μία δε γνώριζε τον ιό HPV, σε σχέση με το 10,3% των φοιτητριών. Οι μαίες γνώριζαν την ύπαρξη του εμβολίου για τον ιό HPV και είχαν ένα ικανοποιητικό επίπεδο γνώσεων σχετικά με τον ιό HPV και τη σχέση του με τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. (Dinas et al., 2009)

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση του βαθμού γνώσης και στάσης των γυναικών εκπαιδευτικών για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων. Αρχικά μελετήθηκαν τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχουσών. Ακολούθησε η μελέτη των γνώσεων των γυναικών εκπαιδευτικών για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και του test pap καθώς επίσης και για τον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων και το εμβόλιο για τον ιό HPV. Τέλος μελετήθηκε η στάση των γυναικών εκπαιδευτικών απέναντι στην προληπτική ιατρική.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε μέσω 200 ανώνυμων ερωτηματολογίων τα οποία διανεμήθηκαν σε γυναίκες εκπαιδευτικούς της Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης από τον Οκτώβριο του 2018 μέχρι και το Φεβρουάριο του 2019. Το κάθε ερωτηματολόγιο αποτελούνταν από 29 ερωτήσεις κλειστού και ανοιχτού τύπου. Οι ερωτήσεις κλειστού τύπου περιλάμβαναν απαντήσεις πολλαπλής επιλογής, κάποιες εκ των οποίων είχαν και βαθμό σπουδαιότητας. Το ερωτηματολόγιο ήταν χωρισμένο σε τέσσερις ενότητες.

Α΄ Ενότητα: (5 ερωτήσεις) Περιείχε δημογραφικά στοιχεία των γυναικών του δείγματος.

Β΄ Ενότητα: (12 ερωτήσεις) Περιείχε ερωτήσεις σχετικά με τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και του test pap.

Γ΄ Ενότητα: (7 ερωτήσεις) Περιείχε ερωτήσεις σχετικά με τον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων και τον ιό HPV.

Δ΄ Ενότητα: (5 ερωτήσεις) Περιείχε ερωτήσεις σχετικά με τη στάση των γυναικών για την προληπτική ιατρική.

Μετά την ολοκλήρωση της συλλογής των απαντημένων ερωτηματολογίων οι μεταβλητές κωδικοποιήθηκαν και καταχωρήθηκαν στο πρόγραμμα Microsoft Excel και στη συνέχεια στο πρόγραμμα Statistical Package for the Social Sciences (IBM-SPSS) για τη στατιστική ανάλυσή τους. Τα γραφήματα έγιναν με το πρόγραμμα Microsoft Excel.

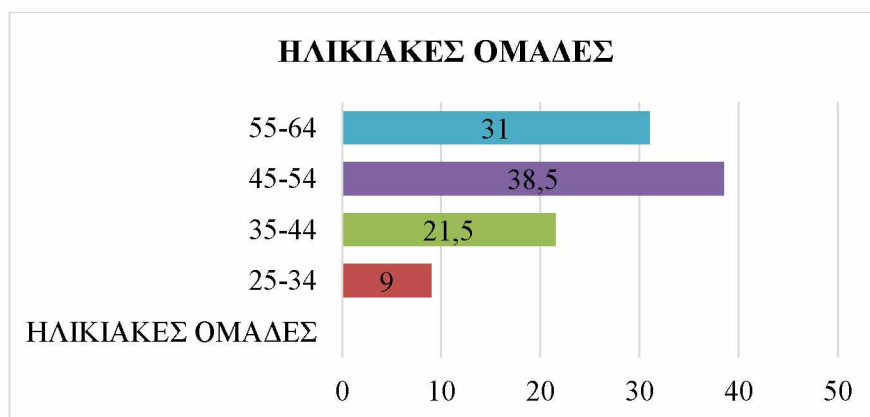
ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ

Α. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid 25-34	18	9,0	9,0	9,0
35-44	43	21,5	21,5	30,5
45-54	77	38,5	38,5	69,0
55-64	62	31,0	31,0	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Πίνακας 2: Ηλικιακές Ομάδες



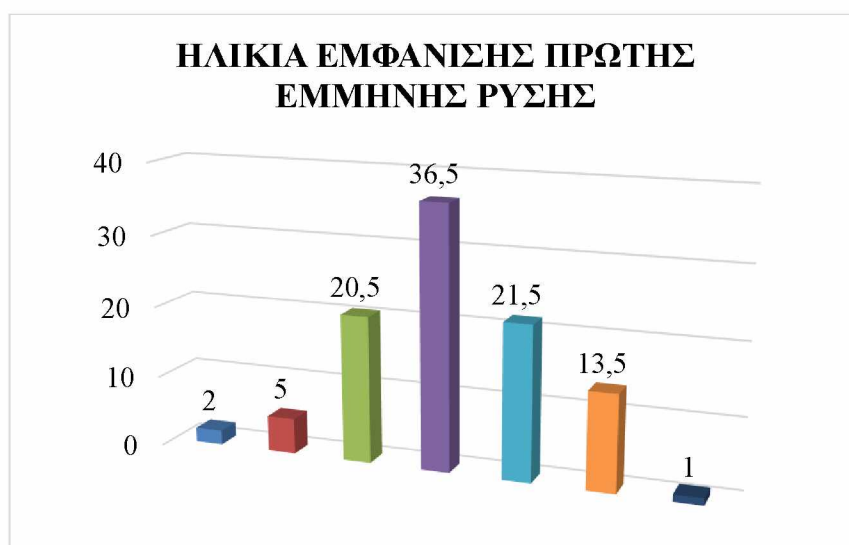
Γράφημα 1: Ηλικιακές Ομάδες

Η ηλικία των γυναικών που έλαβαν μέρος στην έρευνα κυμάνθηκε μεταξύ 25-64 ετών. Το μεγαλύτερο ποσοστό 38,5% εμφανίζουν οι ηλικίες μεταξύ 45-54, ακολουθούν με ποσοστό 31% οι ηλικίες μεταξύ 55-64 και με ποσοστό 21,5% οι ηλικίες μεταξύ 35-44. Το μικρότερο ποσοστό εμφανίζουν οι ηλικίες μεταξύ 25-34 και είναι 9.0%. Συμπερασματικά μπορούμε να πούμε ότι το 69,5% των γυναικών της έρευνας είναι ηλικίας 45-64 ετών.

ΗΛΙΚΙΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΠΡΩΤΗΣ ΕΜΜΗΝΗΣ ΡΥΣΗΣ

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
9	4	2,0	2,0	2,0
10	10	5,0	5,0	7,0
11	41	20,5	20,5	27,5
Valid 12	73	36,5	36,5	64,0
d 13	43	21,5	21,5	85,5
14	27	13,5	13,5	99,0
15	2	1,0	1,0	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Πίνακας 3: Ηλικία εμφάνισης πρώτης έμμηνης ρύσης



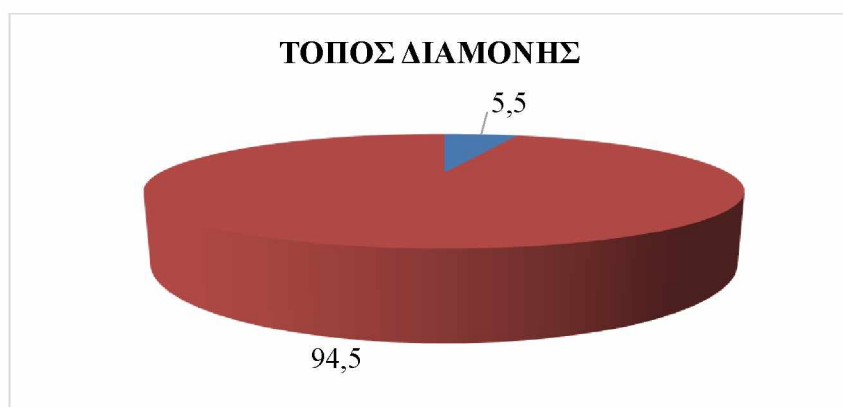
Γράφημα 2: Ηλικία εμφάνισης πρώτης έμμηνης ρύσης

Όσον αφορά την ηλικία εμφάνισης της πρώτης έμμηνης ρύσης το μεγαλύτερο ποσοστό εμφανίζεται στην ηλικία των 12 ετών και είναι 36,5% και ακολουθεί η ηλικία των 13 με ποσοστό 21,5%. Τα μικρότερα ποσοστά εμφανίζονται στις ακραίες ηλικίες, 9 ετών και είναι 2,0% και 15 ετών και είναι 1,0%.

ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid ΧΩΡΙΟ	11	5,5	5,5	5,5
ΠΟΛΗ	189	94,5	94,5	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Πίνακας 4: Τόπος Διαμονής



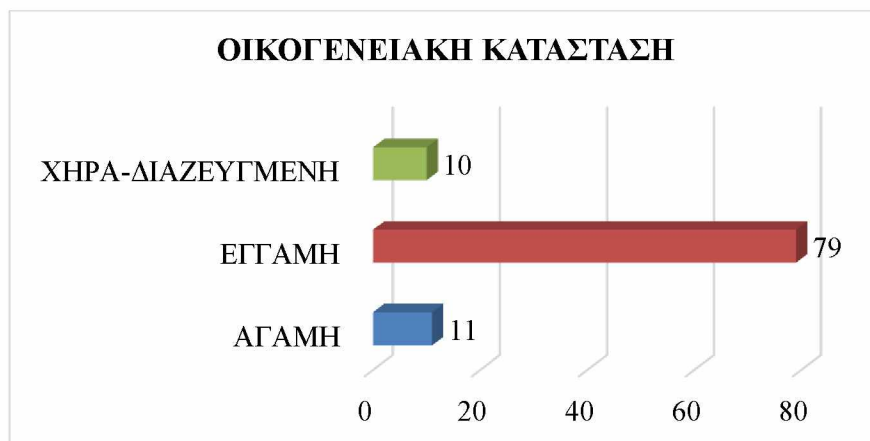
Γράφημα 3: Τόπος Διαμονής

Το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών της έρευνας 94,5% κατοικούν σε πόλη και μικρό ποσοστό αυτών 5.5% κατοικούν σε χωριό.

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid ΑΓΑΜΗ	22	11,0	11,0	11,0
ΕΓΓΑΜΗ	158	79,0	79,0	90,0
ΧΗΡΑ-ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΗ	20	10,0	10,0	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Πίνακας 5: Οικογενειακή Κατάσταση



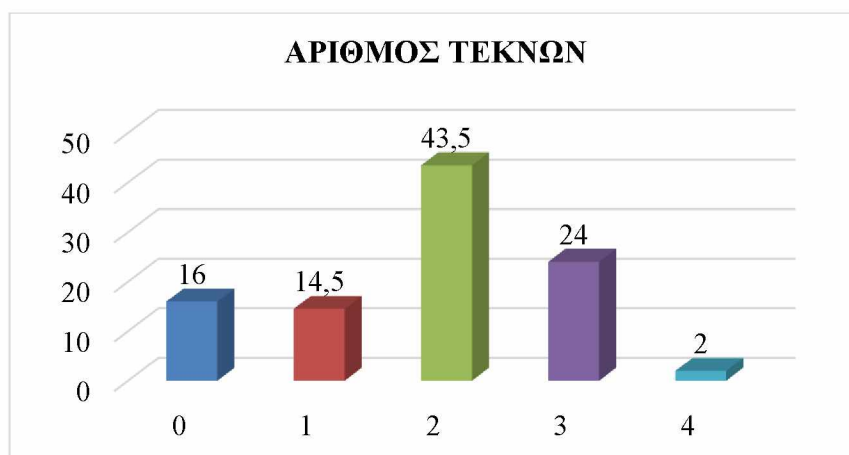
Γράφημα 4: Οικογενειακή Κατάσταση

Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση, οι έγγαμες συγκεντρώνουν το υψηλότερο ποσοστό 79,0%, ακολουθούν οι άγαμες με ποσοστό 11,0% και με ποσοστό 10,0% ακολουθούν οι χήρες και οι διαζευγμένες.

ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΕΚΝΩΝ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	32	16,0	16,0	16,0
1	29	14,5	14,5	30,5
Valid 2	87	43,5	43,5	74,0
d 3	48	24,0	24,0	98,0
4	4	2,0	2,0	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Πίνακας 6: Αριθμός Τέκνων



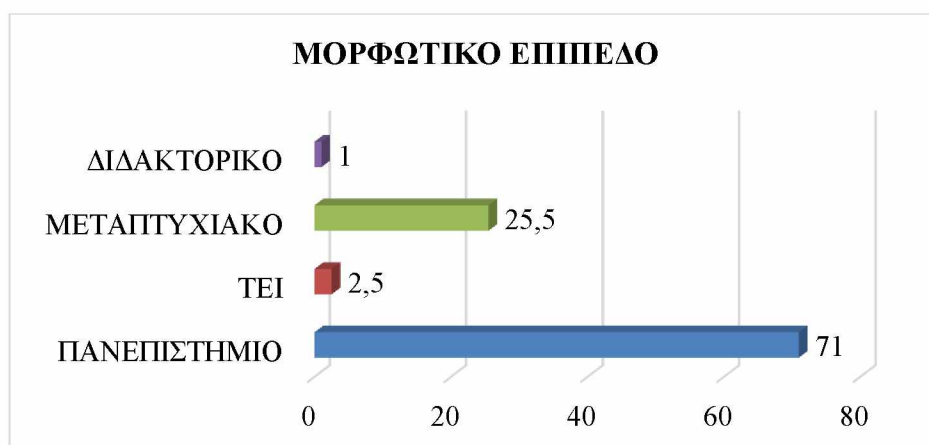
Γράφημα 5: Αριθμός Τέκνων

Από τις συνολικά 200 γυναίκες του δείγματος οι 32 με ποσοστό 16,0% δεν έχουν παιδιά, οι 29 με ποσοστό 14,5% έχουν ένα παιδί, οι 87 με ποσοστό 43,5% έχουν δύο παιδιά, οι 48 με ποσοστό 24,0% έχουν τρία παιδιά και μόνο 4 γυναίκες με ποσοστό 2,0% έχουν τέσσερα παιδιά. Συμπερασματικά μπορούμε να πούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών του δείγματος που απάντησαν θετικά στην ερώτηση για τον αριθμό των παιδιών (43,5%) έχουν δύο παιδιά.

ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ	142	71,0	71,0	71,0
ΤΕΙ	5	2,5	2,5	73,5
Valid ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ	51	25,5	25,5	99,0
ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ	2	1,0	1,0	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Πίνακας 7: Μορφωτικό Επίπεδο



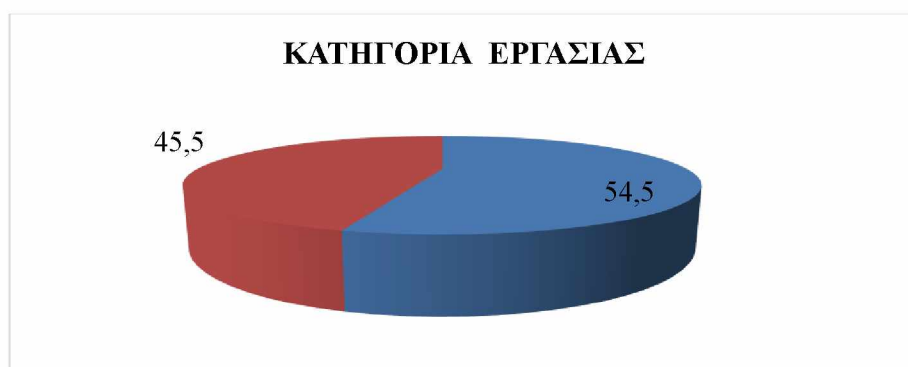
Γράφημα 6: Μορφωτικό Επίπεδο

Σε ότι αφορά στο μορφωτικό επίπεδο, το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών της έρευνας είναι απόφοιτοι πανεπιστημίου με ποσοστό 71,0% και ακολουθούν οι απόφοιτοι της τεχνολογικής εκπαίδευσης με ποσοστό 2,5%. Παρατηρούμε ότι οι γυναίκες κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου εμφανίζουν υψηλό ποσοστό 25,5% και διδακτορικού τίτλου 1,0%.

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
A/ΒΑΘΜΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	109	54,5	54,5	54,5
Valid B/ΒΑΘΜΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	91	45,5	45,5	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Πίνακας 8: Κατηγορία Εργασίας



Γράφημα 7: Κατηγορία Εργασίας

Από τις γυναίκες εκπαιδευτικούς που έλαβαν μέρος στην έρευνα το 54,5% ανήκει στην Α/Βάθμια εκπαίδευση και το 45,5% αυτών ανήκει στη Β/Βάθμια εκπαίδευση.

Β. ΓΝΩΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΤΕΣΤ ΠΑΠ

ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΤΟ TEST PAP;

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid ΝΑΙ	200	100,0	100,0	100,0

Πίνακας 9: Γνωρίζετε τι είναι το test pap;



Γράφημα 8: Γνωρίζετε τι είναι το test pap;

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι και οι 200 γυναίκες της έρευνας (ποσοστό 100%) γνωρίζουν τι είναι το test pap. Αυτό θα μπορούσαμε να πούμε ότι οφείλεται στο γεγονός ότι η συγκεκριμένη δοκιμασία εφαρμόζεται αρκετά χρόνια, αλλά και στο γεγονός ότι οι συγκεκριμένες γυναίκες έχουν υψηλή μόρφωση.

ΑΠΟ ΠΟΙΟΝ ΕΝΗΜΕΡΩΘΗΚΑΤΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΞΕΤΑΣΗ;

	Frequency	Percent of responses	Percent of cases
Επαγγελματία υγείας	199	40,86%	100%
Οικογένεια	30	6,16%	15%
Φίλοι	29	5,95%	15%
ΜΜΕ	84	17,25%	42%
Internet	145	29,77%	73%
	487		

Πίνακας 10: Από ποιόν ενημερωθήκατε για την εξέταση;



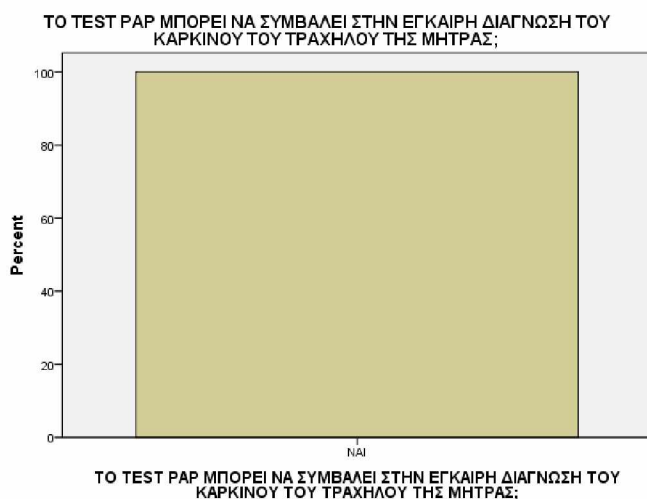
Γράφημα 9: Από ποιόν ενημερωθήκατε για την εξέταση;

Πηγή ενημέρωσης των γυναικών σχετικά με την εξέταση είναι, σε ποσοστό 100% οι επαγγελματίες υγείας, σε ποσοστό 73% το διαδίκτυο και σε ποσοστό 42% τα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Σε μικρότερα ποσοστά, σαν πηγή ενημέρωσης, εμφανίζονται η οικογένεια και οι φίλοι με ίδιο ποσοστό 15%. Εδώ μπορούμε να δούμε το βασικό ρόλο των επαγγελματιών υγείας και του διαδικτύου στην ενημέρωση των ανθρώπων και πάνω σε θέματα υγείας.

ΤΟ TEST PAP ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΣΥΜΒΑΛΕΙ ΣΤΗΝ ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ;

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid NAI	200	100,0	100,0	100,0

Πίνακας 11: Το test pap μπορεί να συμβάλει στην έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας;



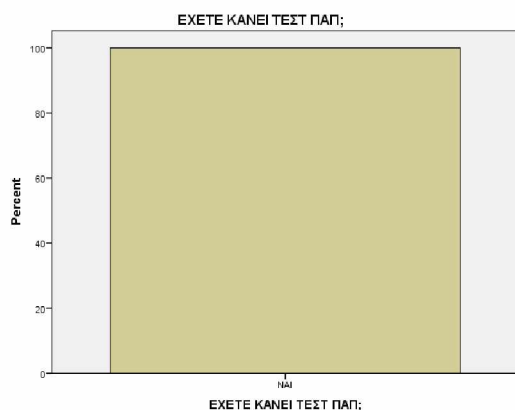
Γράφημα 10: Το test pap μπορεί να συμβάλει στην έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας;

Στην ερώτηση αν το test pap μπορεί να συμβάλλει στην έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και οι 200 γυναίκες (ποσοστό 100%) απάντησαν θετικά στην ερώτηση.

ΕΧΕΤΕ ΚΑΝΕΙ ΤΕΣΤ ΠΑΠ;

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid NAI	200	100,0	100,0	100,0

Πίνακας 12: Έχετε κάνει ΤΕΣΤ ΠΑΠ;



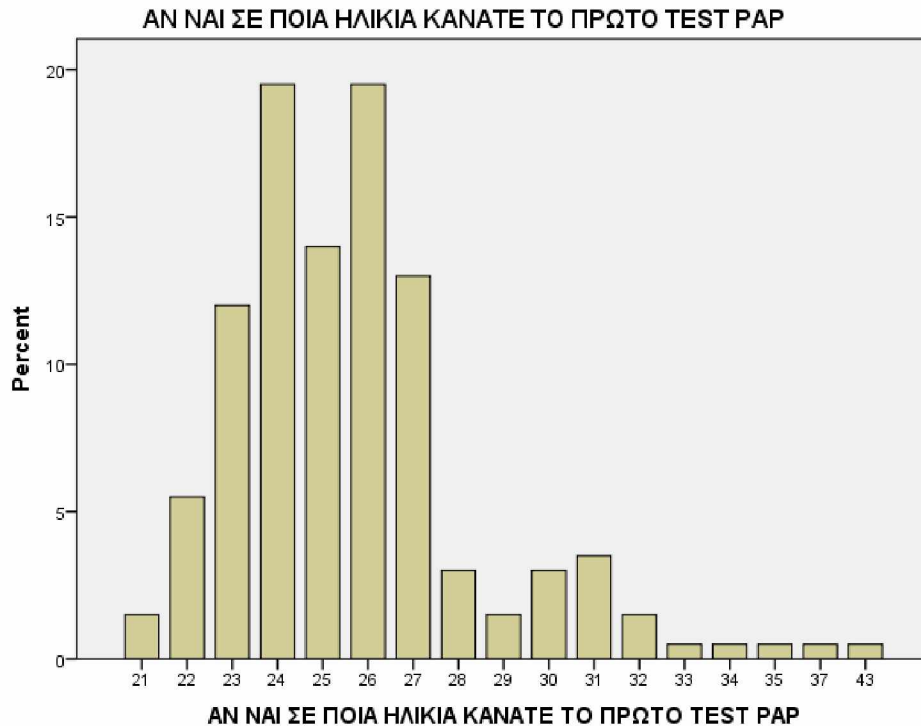
Γράφημα 11: Έχετε κάνει ΤΕΣΤ ΠΑΠ

Το ενθαρρυντικό της όλης μελέτης είναι το ότι από τις 200 γυναίκες εκπαιδευτικούς του δείγματος δεν υπήρξε ούτε μία γυναίκα που να μην έχει πραγματοποιήσει το test pap. Συμπερασματικά μπορούμε να πούμε ότι οι γυναίκες υψηλού μορφωτικού επιπέδου αξιοποιούν τις γνώσεις που έχουν αποκτήσει.

ΑΝ ΝΑΙ ΣΕ ΠΟΙΑ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΝΑΤΕ ΤΟ ΠΡΩΤΟ ΤΕΣΤ ΠΑΠ

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
21	3	1,5	1,5	1,5
22	11	5,5	5,5	7,0
23	24	12,0	12,0	19,0
24	39	19,5	19,5	38,5
25	28	14,0	14,0	52,5
26	39	19,5	19,5	72,0
27	26	13,0	13,0	85,0
28	6	3,0	3,0	88,0
29	3	1,5	1,5	89,5
30	6	3,0	3,0	92,5
31	7	3,5	3,5	96,0
32	3	1,5	1,5	97,5
33	1	,5	,5	98,0
34	1	,5	,5	98,5
35	1	,5	,5	99,0
37	1	,5	,5	99,5
43	1	,5	,5	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Πίνακας 13: Αν ναι σε ποια ηλικία κάνατε το πρώτο test pap;



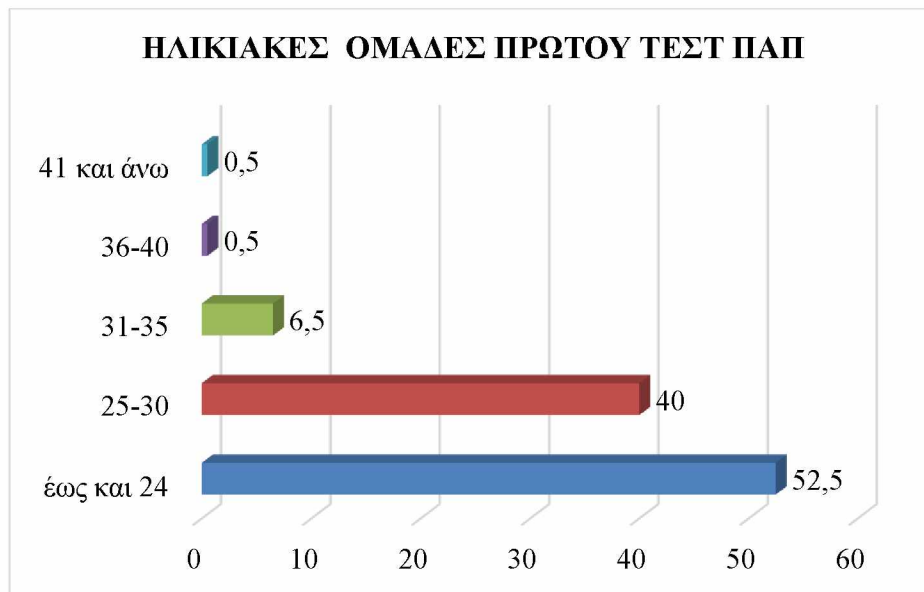
Γράφημα 12: Αν ναι σε ποια ηλικία κάνατε το πρώτο test pap;

Παρατηρώντας τις απαντήσεις των γυναικών του δείγματος διαπιστώνουμε ότι οι περισσότερες γυναίκες εκπαιδευτικοί έκαναν το πρώτο test pap στις ηλικίες των 24 και 26 ετών με ποσοστό 19,5% και στις δυο ηλικίες. Η μεγαλύτερη ηλικία που γυναίκα έκανε την πρώτη της εξέταση είναι τα 43 έτη και αντιστοιχεί σε ποσοστό 0,5%.

ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ ΠΡΩΤΟΥ ΤΕΣΤ ΠΑΠ

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
έως και 24	105	52,5	52,5	52,5
25-30	80	40,0	40,0	92,5
31-35	13	6,5	6,5	99,0
36-40	1	,5	,5	99,5
41 και άνω	1	,5	,5	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Πίνακας 14: Ηλικιακές Ομάδες πρώτου test pap



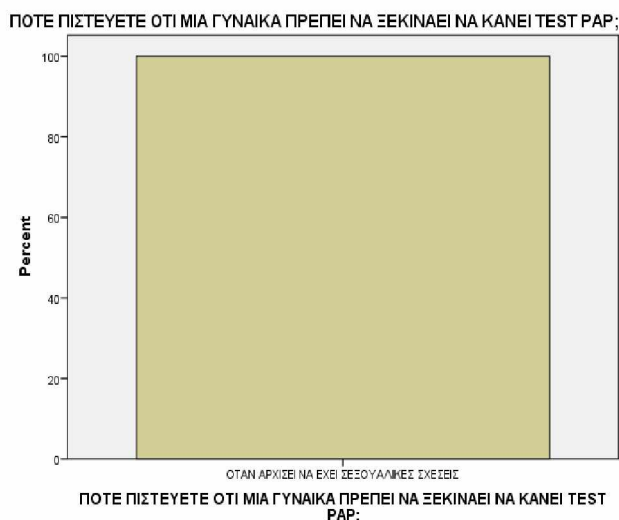
Γράφημα 13: Ηλικιακές Ομάδες πρώτου test pap

Από της ομαδοποιήσεις των ηλικιών διαπιστώνουμε ότι το ποσοστό των γυναικών που πραγματοποίησε για πρώτη φορά την εξέταση μέχρι την ηλικία των 24 ετών ήταν το 52,5%, από 25-30 ετών το 40,0% έκανε για πρώτη φορά την εξέταση, από 31-35 ετών το 6,5%, από 36-40 ετών το 0,55 και από 41 ετών και άνω το 0,5%. Διαπιστώνουμε ότι από τις 200 γυναίκες σε ποσοστό 92,5% έχει πραγματοποιήσει την εξέταση για πρώτη φορά μέχρι την ηλικία των 30 ετών.

ΠΟΤΕ ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΜΙΑ ΓΥΝΑΙΚΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΞΕΚΙΝΑΕΙ ΝΑ ΚΑΝΕΙ TEST PAP;

	Frequency	Percent	ValidPercent	Cumulative Percent
Valid ΟΤΑΝ ΑΡΧΙΣΕΙ ΝΑ ΕΧΕΙ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ	200	100,0	100,0	100,0

Πίνακας 15: Πότε πιστεύετε ότι μια γυναίκα πρέπει να ξεκινάει να κάνει test pap;



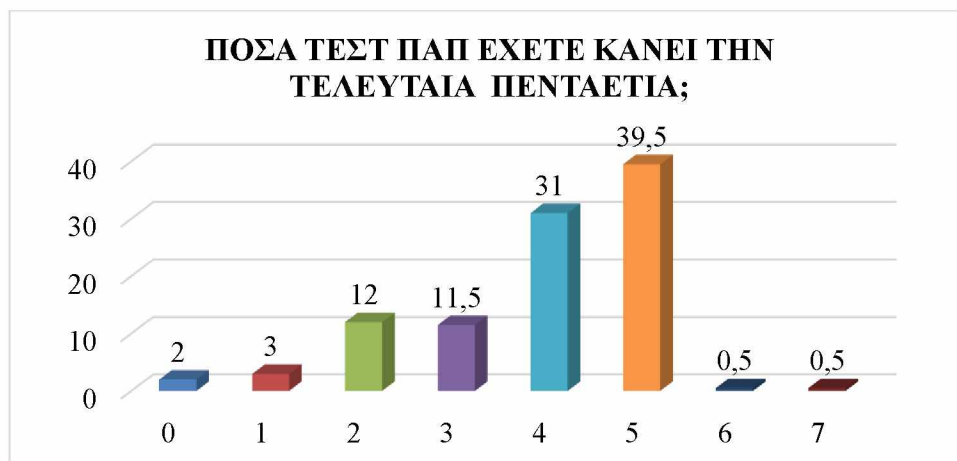
Γράφημα 14: Πότε πιστεύετε ότι μια γυναίκα πρέπει να ξεκινάει να κάνει test pap;

Στη σχετική ερώτηση για την έναρξη πραγματοποίησης του test pap και οι 200 γυναίκες του δείγματος σε ποσοστό 100% απάντησαν ότι η εξέταση θα πρέπει να αρχίσει να πραγματοποιείται μετά την έναρξη της σεξουαλικής ζωής της γυναίκας.

ΠΟΣΑ TEST PAP ΕΧΕΤΕ ΚΑΝΕΙ ΤΗΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ 5ΕΤΙΑ;

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
0	4	2,0	2,0	2,0
1	6	3,0	3,0	5,0
2	24	12,0	12,0	17,0
3	23	11,5	11,5	28,5
Valid 4	62	31,0	31,0	59,5
5	79	39,5	39,5	99,0
6	1	,5	,5	99,5
7	1	,5	,5	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Πίνακας 16: Πόσα test pap έχετε κάνει την τελευταία πενταετία;



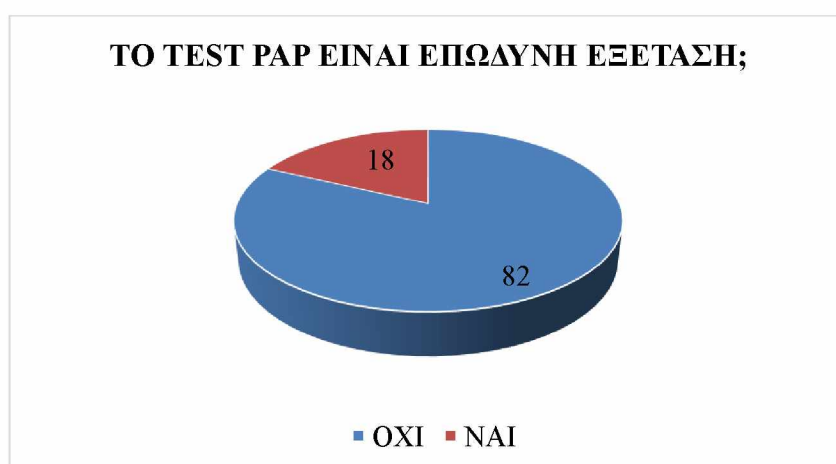
Γράφημα 15: Πόσα test pap έχετε κάνει την τελευταία πενταετία;

Λαμβάνοντας υπόψη το υψηλό επίπεδο γνώσης και το ότι όλες οι γυναίκες έχουν κάνει την εξέταση παρατηρούμε ότι το 39,5% των γυναικών κάνει την εξέταση κάθε χρόνο και το 31,0% των γυναικών κάθε 4 χρόνια. Άρα παρά το υψηλό επίπεδο γνώσης μόνο το 70,5% σχεδόν των γυναικών ακολουθεί τη σωστή πρακτική.

ΤΟ TEST ΡΑΡ ΕΙΝΑΙ ΕΠΩΔΥΝΗ ΕΞΕΤΑΣΗ;

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
OXI	164	82,0	82,0	82,0
Valid NAI	36	18,0	18,0	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Πίνακας 17: Το test pap είναι επώδυνη εξέταση;



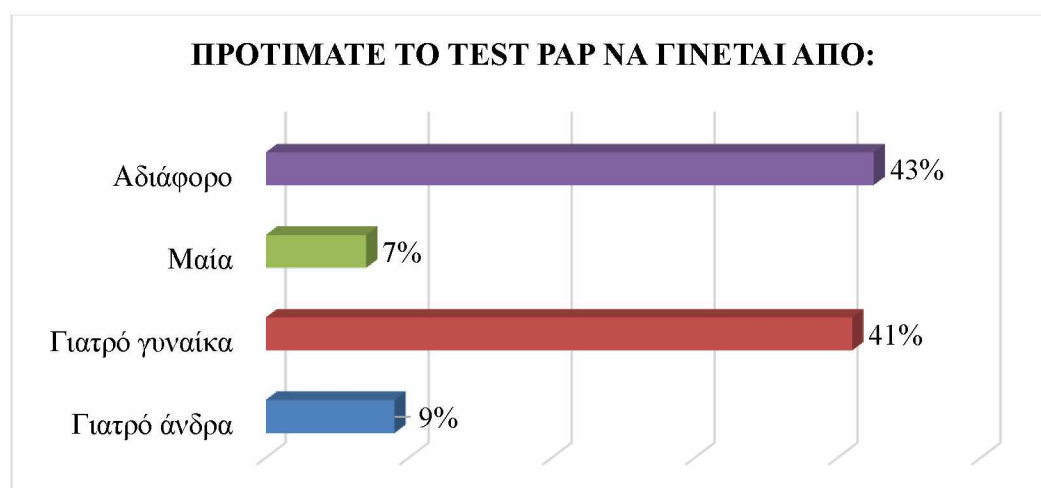
Γράφημα 16: Το test pap είναι επώδυνη εξέταση;

Στην ερώτηση αν το test pap είναι επώδυνη εξέταση η πλειοψηφία των γυναικών 82,0% απάντησαν ότι είναι ανώδυνο, ενώ το 18,0% θεωρούν ότι η εξέταση κατά Παπανικολάου είναι επώδυνη.

ΠΡΟΤΙΜΑΤΕ ΤΟ TEST PAP ΝΑ ΓΙΝΕΤΑΙ ΑΠΟ:

	Frequency	Percent of responses	Percent of cases
Γιατρό άνδρα	18	9%	9%
Γιατρό γυναίκα	82	41%	41%
Μαία	14	7%	7%
Αδιάφορο	85	43%	43%
	199		

Πίνακας 18: Προτιμάτε test pap να γίνεται από:



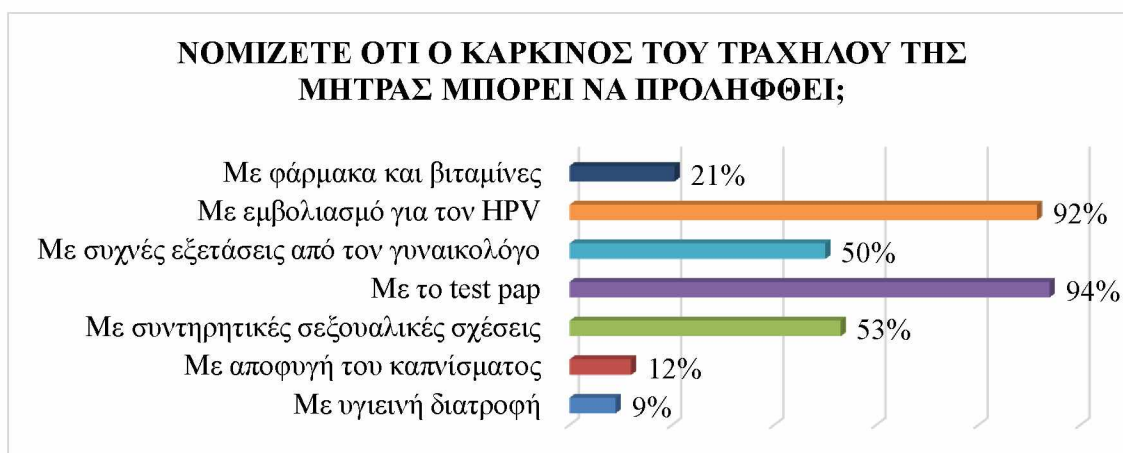
Γράφημα 17: Προτιμάτε test pap να γίνεται από:

Όσον αφορά την προτίμηση των γυναικών σχετικά με τη λήψη του υλικού για την πραγματοποίηση της εξέτασης, το 43% δήλωσε αδιάφορο ως προς το πρόσωπο που θα πραγματοποιήσει τη λήψη. Το 41% δήλωσε ότι θα επιθυμούσε γυναίκα γιατρό, το 9% των γυναικών του δείγματος δήλωσαν ότι θα προτιμούσαν άνδρα γιατρό και το 7% δήλωσαν ότι θα προτιμούσαν μαία για την πραγματοποίηση της λήψης.

ΝΟΜΙΖΕΤΕ ΟΤΙ Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΠΡΟΛΗΦΘΕΙ;

	Frequency	Percent of responses	Percent of cases
Με υγιεινή διατροφή	18	3%	9%
Με αποφυγή του καπνίσματος	24	4%	12%
Με συντηρητικές σεξουαλικές σχέσεις	106	16%	53%
Με το test pap	188	28%	94%
Με συχνές εξετάσεις από τον γυναικολόγο	100	15%	50%
Με εμβολιασμό για τον HPV	183	28%	92%
Με φάρμακα και βιταμίνες	41	6%	21%

Πίνακας 19: Νομίζετε ότι ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας μπορεί να προληφθεί;



Γράφημα 18: Νομίζετε ότι ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας μπορεί να προληφθεί;

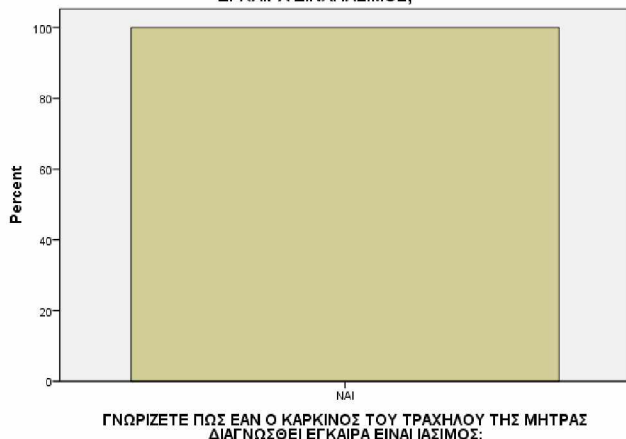
Σαν μέτρο πρόληψης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας οι γυναίκες της έρευνας θεωρούν το test pap σε ποσοστό 94% και ακολουθεί ο εμβολιασμός κατά του hpn με πολύ μικρή διαφορά και σε ποσοστό 92%. Αυτό το προβάδισμά του test pap σε σχέση με τον εμβολιασμό κατά του hpn ίσως να οφείλεται και στο γεγονός ότι το test pap σαν διαγνωστική εξέταση προϋπήρχε και εφαρμόζονταν χρόνια πριν. Ακολουθούν σαν μέτρα πρόληψης οι συντηρητικές σεξουαλικές σχέσεις σε ποσοστό 53% και οι συχνές εξετάσεις από γυναικολόγο σε ποσοστό 50%.

ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΠΩΣ ΕΑΝ Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ ΔΙΑΓΝΩΣΘΕΙ ΕΓΚΑΙΡΑ ΕΙΝΑΙ ΙΑΣΙΜΟΣ;

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid NAI	200	100,0	100,0	100,0

Πίνακας 20: Γνωρίζετε πως εάν ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας διαγνωσθεί έγκαιρα είναι ιάσιμος;

ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΠΩΣ ΕΑΝ Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ ΔΙΑΓΝΩΣΘΕΙ ΕΓΚΑΙΡΑ ΕΙΝΑΙ ΙΑΣΙΜΟΣ;



Γράφημα 19: Γνωρίζετε πως εάν ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας διαγνωσθεί έγκαιρα είναι ιάσιμος;

Οι γυναίκες του δείγματος σε ποσοστό 100% θεωρούν πως εάν ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας διαγνωσθεί έγκαιρα είναι ιάσιμος.

Γ. ΓΝΩΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΙΟ ΤΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΘΗΛΩΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΤΟ ΕΜΒΟΛΙΟ ΓΙΑ ΤΟΝ ΙΟ HPV

ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΤΙ ΕΙΝΑΙ Ο ΙΟΣ ΤΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΘΗΛΩΜΑΤΩΝ (HPV);

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid NAI	200	100,0	100,0	100,0

Πίνακας 21: Γνωρίζετε τι είναι ο ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων;



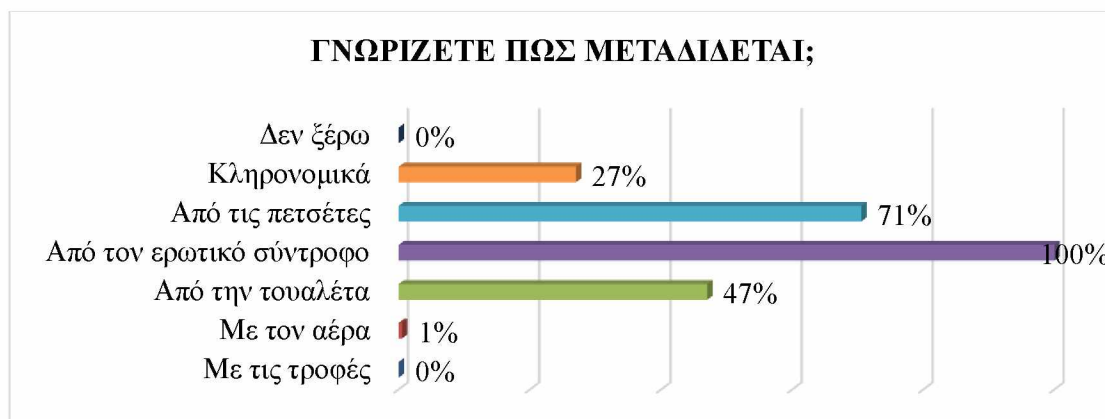
Γράφημα 20: Γνωρίζετε τι είναι ο ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων;

Το υψηλό επίπεδο γνώσης των γυναικών εκπαιδευτικών φαίνεται και από το γεγονός ότι όλες (ποσοστό 100%) γνώριζαν τι είναι ο ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων.

ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΠΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΕΤΑΙ;

	Frequency	Percent of responses	Percent of cases
Με τις τροφές	0	0%	0%
Με τον αέρα	1	0%	1%
Από την τουαλέτα	94	19%	47%
Από τον ερωτικό σύντροφο	200	41%	100%
Από τις πετσέτες	141	29%	71%
Κληρονομικά	54	11%	27%
Δεν ξέρω	0	0%	0%
	490		

Πίνακας 22: Γνωρίζετε πώς μεταδίδεται;



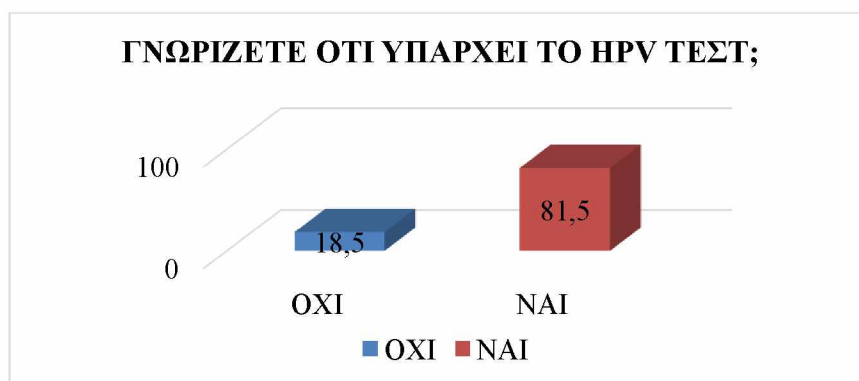
Γράφημα 21: Γνωρίζετε πώς μεταδίδεται;

Σχετικά με τον τρόπο μετάδοσης του ιού HPV και οι 200 γυναίκες του δείγματος σε ποσοστό 100% απάντησαν ότι υπεύθυνος είναι ο ερωτικός σύντροφος. Το 71% θεωρεί ότι ο ιός μπορεί να μεταδοθεί με τις πετσέτες και το 47% από την τουαλέτα. Το 27% θεωρεί ότι μπορεί να μεταδοθεί κληρονομικά, ενώ το ποσοστό των γυναικών που θεωρεί ότι μπορεί να μεταδοθεί με τον αέρα και τις τροφές είναι σχεδόν μηδενικό.

ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΟΤΙ ΥΠΑΡΧΕΙ ΤΟ HPV ΤΕΣΤ;

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
OXI	37	18,5	18,5	18,5
Valid NAI	163	81,5	81,5	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Πίνακας 23: Γνωρίζετε ότι υπάρχει το HPVTEST;



Γράφημα 22: Γνωρίζετε ότι υπάρχει το HPV TEST;

Παρά το γεγονός ότι όλες οι γυναίκες γνώριζαν τι είναι ο ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων, το 81,5% αυτών γνωρίζει την ύπαρξη του HPV DNA test, ενώ το 18,5% αγνοεί την ύπαρξή του.

ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΟΤΙ ΥΠΑΡΧΕΙ ΕΜΒΟΛΙΟ ΕΝΑΝΤΙΟΝ ΤΟΥ HPV;

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
OXI	4	2,0	2,0	2,0
Valid NAI	196	98,0	98,0	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Πίνακας 24: Γνωρίζετε ότι υπάρχει εμβόλιο εναντίων του HPV;



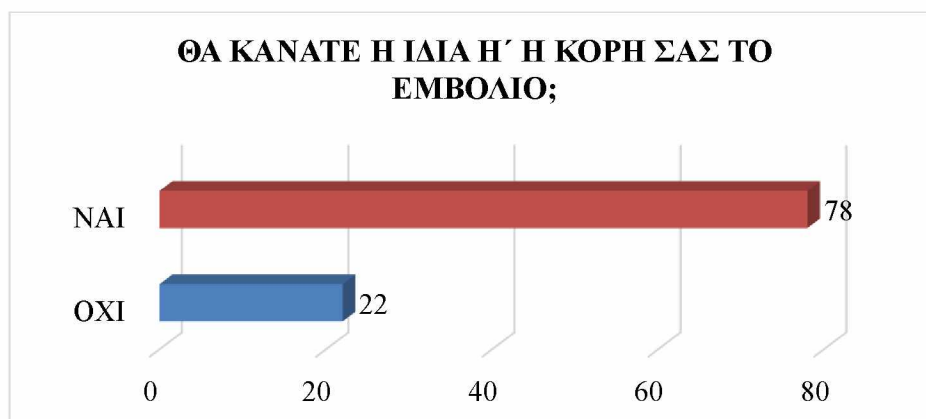
Γράφημα 23: Γνωρίζετε ότι υπάρχει εμβόλιο εναντίων του HPV;

Θετικό είναι ότι το 98,0% γνωρίζει ότι υπάρχει το εμβόλιο εναντίων του HPV, αρκετά υψηλό ποσοστό σε σχέση με το 2,0% που αγνοεί την ύπαρξή του.

ΘΑ ΚΑΝΑΤΕ Η ΙΔΙΑ Η Ή Η ΚΟΡΗ ΣΑΣ ΤΟ ΕΜΒΟΛΙΟ;

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
OXI	44	22,0	22,0	22,0
Valid NAI	156	78,0	78,0	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Πίνακας 25: Θα κάνατε η ίδια ή κόρη σας το εμβόλιο;



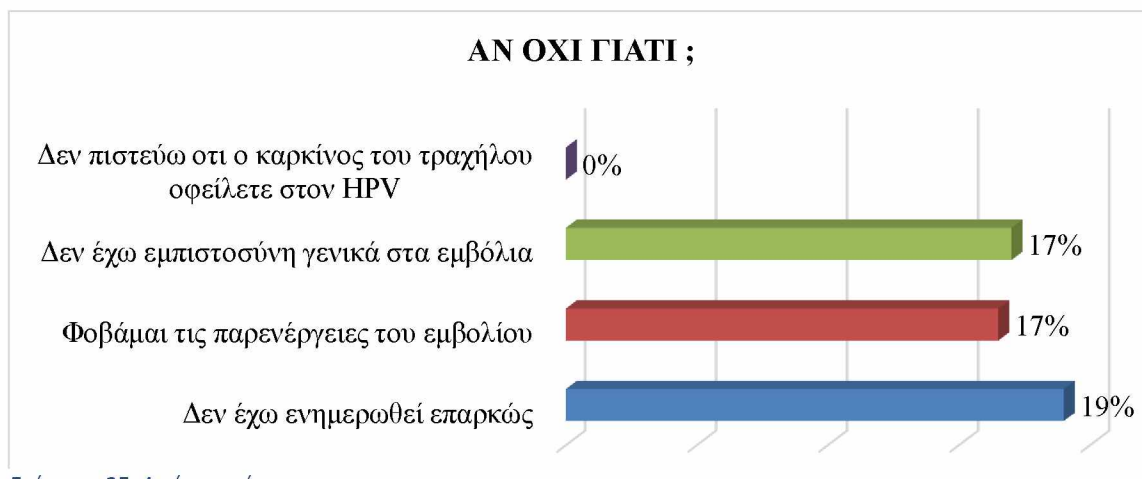
Γράφημα 24: Θα κάνατε η ίδια ή κόρη σας το εμβόλιο;

Παρά το αρκετά υψηλό ποσοστό γνώσης για την ύπαρξη του εμβολίου εναντίων του HPV μόνο το 78,0% του δείγματος δήλωσε θετική πρόθεση να το κάνει για να προφυλαχθεί από τον HPV σε σχέση με το 22,0% που δήλωσε αρνητική πρόθεση.

ΑΝ ΟΧΙ ΓΙΑΤΙ;

	Frequency	Percent of responses	Percent of cases
Δεν έχω ενημερωθεί επαρκώς	38	36%	19%
Φοβάμαι τις παρενέργειες του εμβολίου	33	31%	17%
Δεν έχω εμπιστοσύνη γενικά στα εμβόλια	34	32%	17%
Δεν πιστεύω ότι ο καρκίνος του τραχήλου οφείλεται στον HPV	0	0%	0%
	105		

Πίνακας 26: Αν όχι γιατί;



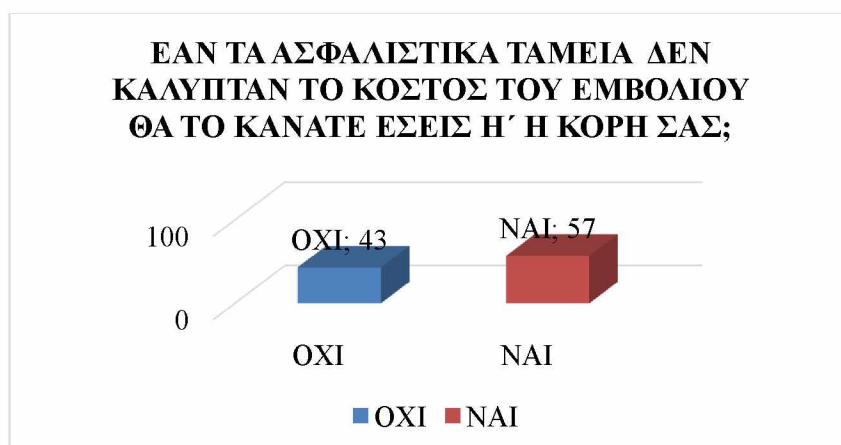
Γράφημα 25: Αν όχι γιατί;

Οι λόγοι της αρνητικής πρόθεσης για την πραγματοποίηση του εμβολιασμού είναι σε ποσοστό 19% η έλλειψη επαρκούς ενημέρωσης και με ποσοστό 17% η έλλειψη εμπιστοσύνης γενικά στα εμβόλια και οι φόβοι για τις παρενέργειες του εμβολίου. Το σημαντικό βέβαια είναι ότι δεν βρέθηκε καμία γυναίκα που να δηλώσει ότι ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας δεν οφείλεται στον HPV.

ΕΑΝ ΤΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΑ ΤΑΜΕΙΑ ΔΕΝ ΚΑΛΥΠΤΑΝ ΤΟ ΚΟΣΤΟΣ ΤΟΥ ΕΜΒΟΛΙΟΥ ΘΑ ΤΟ ΚΑΝΑΤΕ ΕΣΕΙΣ Η΄ Η ΚΟΡΗ ΣΑΣ;

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
OXI	86	43,0	43,0	43,0
Valid NAI	114	57,0	57,0	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Πίνακας 27: Εάν τα ασφαλιστικά ταμεία δεν κάλυπταν το κόστος του εμβολίου θα το κάνατε εσείς ή η κόρη σας;



Γράφημα 26: Εάν τα ασφαλιστικά ταμεία δεν κάλυπταν το κόστος του εμβολίου θα το κάνατε εσείς ή η κόρη σας;

Ακόμη πιο χαμηλό είναι το ποσοστό των γυναικών που θα πραγματοποιούσαν αυτές ή οι κόρες τους το εμβόλιο εάν δεν καλύπτονταν το κόστος του από τα ασφαλιστικά ταμεία, αφού 43,0% δήλωσε ότι θα έκανε το εμβόλιο σε σχέση με το 57,0% των γυναικών που δήλωσε ότι δεν θα το έκανε.

Δ. ΣΤΑΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ

ΘΑ ΘΕΛΑΤΕ ΝΑ ΕΧΕΤΕ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΤΟΝ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ;

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid NAI	200	100,0	100,0	100,0

Πίνακας 28: Θα θέλατε να έχετε περισσότερη ενημέρωση για τον προληπτικό έλεγχο;



Γράφημα 27: Θα θέλατε να έχετε περισσότερη ενημέρωση για τον προληπτικό έλεγχο;

Αξιοσημείωτη είναι η στάση των γυναικών απέναντι στον προληπτικό έλεγχο αφού και οι 200 γυναίκες (ποσοστό 100%) θα ήθελαν να έχουν περισσότερη ενημέρωση γι' αυτόν.

ΘΑ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΟΥΣΑΤΕ ΚΑΠΟΙΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ;

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid NAI	200	100,0	100,0	100,0

Πίνακας 29: Θα παρακολουθούσατε κάποια προγράμματα προληπτικής ιατρικής;



Γράφημα 28: Θα παρακολουθούσατε κάποια προγράμματα προληπτικής ιατρικής;

**ΘΑ ΣΥΜΜΕΤΕΙΧΑΤΕ ΣΕ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ
ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΩΝ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ;**

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid NAI	200	100,0	100,0	100,0

Πίνακας 30: Θα συμμετείχατε σε προγράμματα προληπτικών ιατρικών εξετάσεων;



Γράφημα 29: Θα συμμετείχατε σε προγράμματα προληπτικών ιατρικών εξετάσεων;

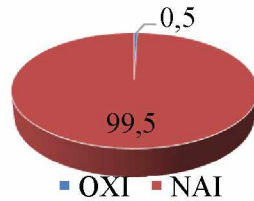
Αυτό το επιβεβαιώνουν με την πρόθεσή τους σε ποσοστό 100% να παρακολουθήσουν κάποια προγράμματα προληπτικής ιατρικής, αλλά και να συμμετάσχουν σε ποσοστό 100% σε προγράμματα προληπτικών εξετάσεων.

**Η ΤΗΛΕΦΩΝΙΚΗ Η ΓΡΑΠΤΗ ΥΠΕΝΘΥΜΙΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ
ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΕΠΟΜΕΝΟΥ TEST PAP ΘΑ ΣΑΣ
ΒΟΗΘΟΥΣΕ ΝΑ ΕΙΣΤΕ ΠΙΟ ΣΥΝΕΠΕΙΣ;**

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
OXI	1	,5	,5	,5
Valid NAI	199	99,5	99,5	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Πίνακας 31: Η τηλεφωνική ή γραπτή υπενθύμιση για την πραγματοποίηση της επόμενης εξέτασης θα σας βοηθούσε να είστε πιο συνεπείς;

**Η ΤΗΛΕΦΩΝΙΚΗ Η ΓΡΑΠΤΗ
ΥΠΕΝΘΥΜΙΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ
ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΕΠΟΜΕΝΟΥ
TEST ΡΑΡ ΘΑ ΣΑΣ ΒΟΗΘΟΥΣΕ ΝΑ ΕΙΣΤΕ
ΠΙΟ ΣΥΝΕΠΕΙΣ;**



Γράφημα 30:: Η τηλεφωνική ή γραπτή υπενθύμιση για την πραγματοποίηση της επόμενης εξέτασης θα σας βοηθούσε να είστε πιο συνεπείς;

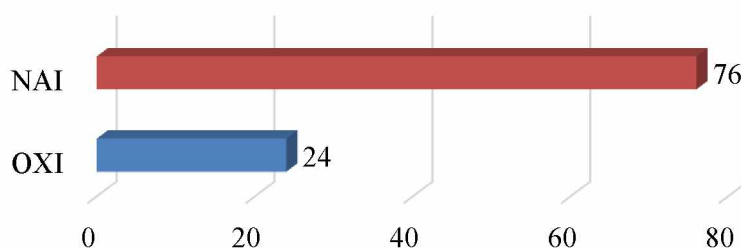
Θεωρούν σε ποσοστό 99,5% πολύ σημαντική την τηλεφωνική ή γραπτή υπενθύμιση ώστε να είναι συνεπείς στην πραγματοποίηση της επόμενης εξέτασης.

**ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΚΙΝΔΥΝΕΥΕΤΕ ΝΑ ΕΜΦΑΝΙΣΤΕ
ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ;**

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
OXI	48	24,0	24,0	24,0
Valid NAI	152	76,0	76,0	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Πίνακας 32: Πιστεύετε ότι κινδυνεύετε να εμφανίσετε καρκίνο του τραχήλου της μήτρας;

**ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΚΙΝΔΥΝΕΥΕΤΕ ΝΑ
ΕΜΦΑΝΙΣΤΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ
ΜΗΤΡΑΣ;**



Γράφημα 31: Πιστεύετε ότι κινδυνεύετε να εμφανίσετε καρκίνο του τραχήλου της μήτρας;

Άξιο σχολιασμού είναι το γεγονός ότι το 76,0% των γυναικών θεωρούν ότι κινδυνεύουν από τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, ενώ το 24,0% θεωρούν ότι δεν κινδυνεύουν. «Ίσως με αυτών των τρόπων να ξορκίζουν την ασθένεια».

Εξετάζοντας την ηλικία της πρώτης έμμηνης ρύσης των γυναικών ως προς τα μέτρα κεντρικής τάσης δηλαδή ως προς τη μέση τιμή, τη διάμεσο και την επικρατούσα τιμή, αλλά και ως προς τα μέτρα διασποράς δηλαδή ως προς το εύρος, τη διακύμανση, την τυπική απόκλιση και το συντελεστή μεταβλητότητας διαπιστώνουμε τα εξής:

ΗΛΙΚΙΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΠΡΩΤΗΣ ΕΜΜΗΝΗΣ ΡΥΣΗΣ

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
9	4	2,0	2,0	2,0
10	10	5,0	5,0	7,0
11	41	20,5	20,5	27,5
Valid 12	73	36,5	36,5	64,0
13	43	21,5	21,5	85,5
14	27	13,5	13,5	99,0
15	2	1,0	1,0	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Πίνακας 33: Ηλικία εμφάνισης της πρώτης έμμηνης ρύσης

Statistics

ΗΛΙΚΙΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΠΡΩΤΗΣ ΕΜΜΗΝΗΣ ΡΥΣΗΣ

N	Valid	200
	Missing	0
Mean		12,15
Median		12,00
Mode		12
Std. Deviation		1,189
Variance		1,415
Range		6

Πίνακας 34: Μέτρα κεντρικής τάσης και διασποράς της ηλικίας εμφάνισης της πρώτης έμμηνης ρύσης

Η αναμενόμενη ηλικία εμφάνισης της πρώτης έμμηνης ρύσης των γυναικών του δείγματός μας είναι τα 12,15 έτη.

Η διάμεσος των ηλικιών του δείγματος ως προς την εμφάνιση της πρώτης έμμηνης ρύσης είναι τα 12 έτη. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι το 50% των γυναικών του δείγματος αναμένεται να εμφανίσουν την πρώτη έμμηνη ρύση μέχρι και τα 12 έτη, ενώ το υπόλοιπο 50% των γυναικών αυτών αναμένεται να εμφανίσουν την πρώτη έμμηνη ρύση από τα 12 έτη και άνω.

Επίσης διαπιστώνουμε ότι η ηλικία των γυναικών του δείγματος που εμφανίζεται πιο συχνά είναι τα 12 έτη. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι η κεντρική τάση του δείγματος, δηλαδή ο μεγαλύτερος αριθμός των γυναικών εμφανίζει την πρώτη έμμηνη ρύση στην ηλικία των 12 ετών.

Η τυπική απόκλιση των γυναικών του δείγματος παρουσιάζει την τιμή 1,189 έτη. Με άλλα λόγια η αναμενόμενη απόκλιση εμφάνισης της πρώτης έμμηνης ρύσης έναντι του μέσου όρου που είναι ίση με τα 12,15 έτη για μια τυχαία γυναίκα εκτιμάται να είναι ίση με 1.89 έτη.

Η διασπορά του δείγματος με βάση τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι είναι ίση με 1,415 μονάδες. Δηλαδή αυτή η τιμή εκφράζει κατά προσέγγιση την μέση τιμή των τετραγώνων των αποκλίσεων της ηλικίας εμφάνισης της πρώτης έμμηνης ρύσης των γυναικών από τη μέση ηλικία.

Το εύρος του δείγματός μας με βάση τα ευρήματα του πίνακα είναι ίσο με 6 έτη. Με άλλα λόγια αυτό σημαίνει ότι ανάμεσα σε δύο οποιεσδήποτε γυναίκες του δείγματός μας η απόκλιση της ηλικίας δε μπορεί να υπερβαίνει τα 6 έτη.

Εξετάζοντας το βαθμό ομοιογένειας που παρουσιάζουν οι παρατηρήσεις του δείγματος μεταξύ τους υπολογίζουμε το συντελεστή μεταβλητότητας. Ο συντελεστής μεταβλητότητας του δείγματος εμφανίζεται ίσος με : $CV=1,189/12,15=0,09786008=0,00097\%<10\%$ που πρακτικά σημαίνει ότι το δείγμα μας χαρακτηρίζεται ως ομοιογενές. Εξηγώντας περαιτέρω μπορούμε να πούμε ότι οι γυναίκες του δείγματος δεν διαφέρουν σημαντικά μεταξύ του ως προς την ηλικία εμφάνισης της πρώτης έμμηνης ρύσης.

Statistics

ΗΛΙΚΙΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΠΡΩΤΗΣ ΕΜΜΗΝΗΣ ΡΥΣΗΣ

N	Valid	200
	Missing	0
Skewness		-,131
Std. Error of Skewness		,172
Kurtosis		-,070
Std. Error of Kurtosis		,342

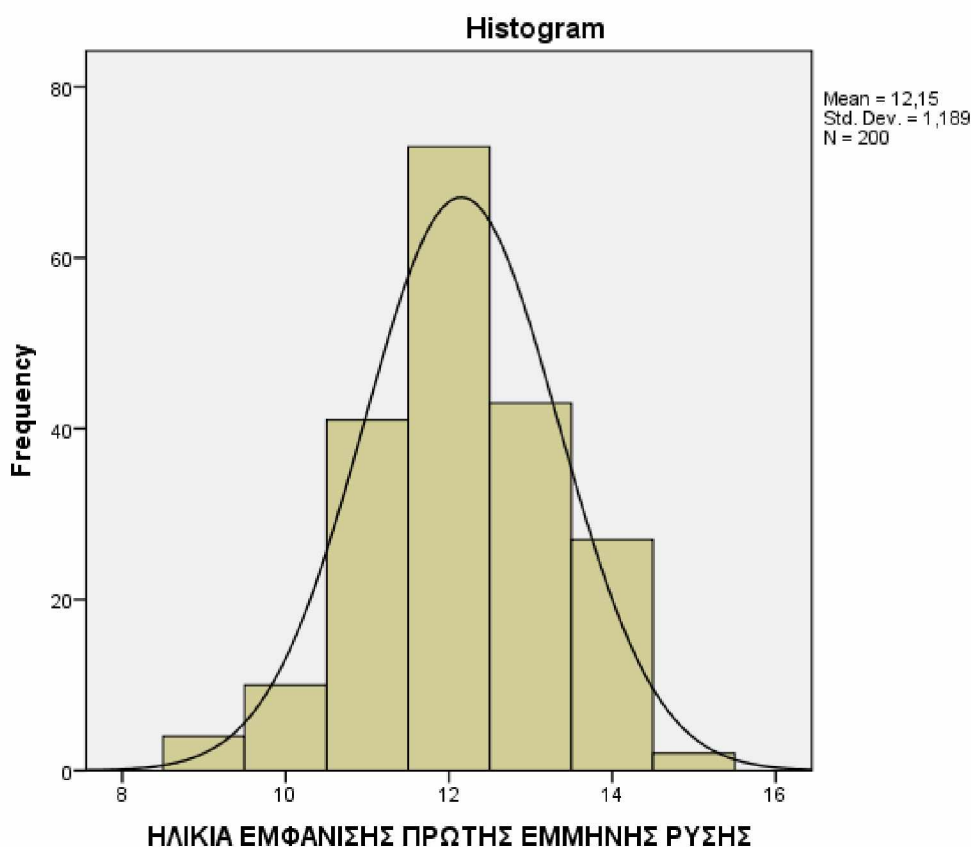
Πίνακας 35: Μέτρα ασυμμετρίας και κύρτωσης της ηλικίας εμφάνισης της πρώτης έμμηνης ρύσης

Στο πλαίσιο της μελέτης του δείγματος των 200 γυναικών ως προς την ηλικία εμφάνισης της πρώτης έμμηνης ρύσης, θα υπολογίσουμε τα μέτρα ασυμμετρίας και κύρτωσης.

Όσον αφορά την ασυμμετρία, το πηλίκο του συντελεστή ασυμμετρίας προς το τυπικό σφάλμα είναι ίσο με : $-0,131/0,172= -0,761 > -2$. Συμπεραίνουμε λοιπόν ότι το δείγμα παρουσιάζει

μηδενική ασυμμετρία. Δηλαδή οι παρατηρήσεις του δείγματος είναι ισοκατανεμημένες γύρω από τη μέση τιμή (κατά προσέγγιση).

Ως προς την κύρτωση, το πηλίκο του συντελεστή κύρτωσης προς το αντίστοιχο τυπικό σφάλμα είναι ίσο με : $-0,070/0,342 = -0.204 > -2$. Συμπεραίνουμε λοιπόν ότι το δείγμα είναι μεσόκυρτο. Δηλαδή θα λέγαμε ότι οι γυναίκες του δείγματος παρουσιάζουν μια κανονική συγκέντρωση γύρω από τη δειγματική κορυφή.



Γράφημα 32: Ηλικία εμφάνισης πρώτης έμμηνης ρύσης

Παρατηρώντας το αντίστοιχο ιστόγραμμα μπορούμε να πούμε ότι οι ηλικίες των γυναικών κατανέμονται συμμετρικά γύρω από τη μέση ηλικία που είναι τα 12,15 έτη. Η συγκέντρωση των ηλικιών γύρω από την κορυφή δεν είναι ούτε εξαιρετικά έντονη ούτε εξαιρετικά ασθενής. Θεωρούμε ότι επιβεβαιώνονται τα παραπάνω συμπεράσματά μας κατά τον υπολογισμό των μέτρων ασυμμετρίας και κύρτωσης των γυναικών.

ΠΙΝΑΚΕΣ ΣΥΝΑΦΕΙΑΣ

Στον παρακάτω πίνακα θα εξετάσουμε τη συνάφεια μεταξύ των ηλικιακών ομάδων του δείγματος των 200 γυναικών ως προς την άποψή τους σχετικά με το επώδυνο ή μη της εξέτασης κατά Παπανικολάου.

ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ * ΤΟ TEST PAP ΕΙΝΑΙ ΕΠΩΔΥΝΗ ΕΞΕΤΑΣΗ; Crosstabulation					
			ΤΟ TEST PAP ΕΙΝΑΙ ΕΠΩΔΥΝΗ ΕΞΕΤΑΣΗ;		Total
			ΟΧΙ	ΝΑΙ	
ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	25-34	Count	8	2	10
		% within ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	80,0%	20,0%	100,0%
		% within ΤΟ TEST PAP ΕΙΝΑΙ ΕΠΩΔΥΝΗ ΕΞΕΤΑΣΗ;	4,9%	5,6%	5,0%
		AdjustedResidual	-,2	,2	
	35-44	Count	10	1	11
		% within ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	90,9%	9,1%	100,0%
		% within ΤΟ TEST PAP ΕΙΝΑΙ ΕΠΩΔΥΝΗ ΕΞΕΤΑΣΗ;	6,1%	2,8%	5,5%
		AdjustedResidual	,8	-,8	
	45-54	Count	10	0	10
		% within ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	100,0%	0,0%	100,0%
		% within ΤΟ TEST PAP ΕΙΝΑΙ ΕΠΩΔΥΝΗ ΕΞΕΤΑΣΗ;	6,1%	0,0%	5,0%
		AdjustedResidual	1,5	-1,5	
	55-64	Count	136	33	169
		% within ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	80,5%	19,5%	100,0%
		% within ΤΟ TEST PAP ΕΙΝΑΙ ΕΠΩΔΥΝΗ ΕΞΕΤΑΣΗ;	82,9%	91,7%	84,5%
		AdjustedResidual	-1,3	1,3	
Total	Count	164	36	200	
	% within ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	82,0%	18,0%	100,0%	
	% within ΤΟ TEST PAP ΕΙΝΑΙ ΕΠΩΔΥΝΗ ΕΞΕΤΑΣΗ;	100,0%	100,0%	100,0%	

Πίνακας 36: Πίνακας Συνάφειας Ηλικιακών ομάδων και ερωτήματος σχετικά με το αν το test pap είναι επώδυνη εξέταση

Από τη δημιουργία του πίνακα συνάφειας μεταξύ των ηλικιακών ομάδων και του ερωτήματος σχετικά με το αν το test παρείαι επώδυνη εξέταση διαπιστώνουμε τα εξής:

Εντός της ηλικιακής ομάδας 25-34 ετών το 80% απάντησε ότι το test pap είναι επώδυνη εξέταση. Μεταξύ των γυναικών που απάντησαν ότι το test pap δεν είναι επώδυνη εξέταση το 4,9% εξ αυτών ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 25-34 ετών. Επίσης εντός της ηλικιακής ομάδας 25-34 ετών το 20% απάντησε ότι το test pap δεν είναι επώδυνη εξέταση. Μεταξύ των γυναικών που απάντησαν ότι το test pap δεν είναι επώδυνη εξέταση το 5,6% εξ αυτών ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 25-34 ετών.

Εντός της ηλικιακής ομάδας 35-44 ετών το 90,9% απάντησε ότι η προαναφερθείσα εξέταση είναι ανώδυνη. Μεταξύ των γυναικών που απάντησαν ότι η εξέταση είναι ανώδυνη το 6,1% εξ αυτών ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 35-44 ετών. Επίσης εντός της ηλικιακής ομάδας 35-44 ετών το 9,1% απάντησε ότι το test pap είναι επώδυνη εξέταση. Μεταξύ των γυναικών που απάντησαν ότι το test pap είναι επώδυνη εξέταση το 2,8% εξ αυτών ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 35-44 ετών.

Εντός της ηλικιακής ομάδας 45-54 ετών το 100% απάντησε ότι test pap είναι ανώδυνη εξέταση. Μεταξύ των γυναικών που απάντησαν ότι το test pap είναι ανώδυνη εξέταση το 6,1% εξ αυτών ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 45-54 ετών. Επίσης εντός της ηλικιακής ομάδας 45-54 ετών δεν υπάρχει καμία γυναίκα που να θεωρεί το test pap επώδυνη εξέταση.

Εντός της ηλικιακής ομάδας 55-64 ετών το 80,5% απάντησε ότι η προαναφερθείσα εξέταση είναι ανώδυνη. Μεταξύ των γυναικών που απάντησαν ότι το test pap είναι ανώδυνη εξέταση το 82,9% εξ αυτών ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 55-64 ετών. Επίσης εντός της ηλικιακής ομάδας 55-64 ετών το 19,5% θεωρεί το test pap επώδυνη εξέταση. Μεταξύ των γυναικών που θεωρούν το test pap επώδυνη εξέταση το 91,7% εξ αυτών ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 55-64 ετών.

Στον πίνακα που ακολουθεί θα εξετάσουμε τη συνάφεια μεταξύ των ηλικιακών ομάδων του δείγματος των 200 γυναικών και του αριθμού των test pap που πραγματοποίησαν την τελευταία πενταετία.

ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ * ΠΙΟΣΑ TEST PAP EXETE KANEI THN TEΛEYTAIA SETIA; Crosstabulation											
			ΠΙΟΣΑ TEST PAP EXETE KANEI THN TEΛEYTAIA SETIA;							Total	
			0	1	2	3	4	5	6	7	
ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	25-34	Count	1	0	4	3	1	1	0	0	10
		% within ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	10,0%	0,0%	40,0%	30,0%	10,0%	10,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		% within ΠΙΟΣΑ TEST PAP EXETE KANEI THN TEΛEYTAIA SETIA;	25,0%	0,0%	16,7%	13,0%	1,6%	1,3%	0,0%	0,0%	5,0%
		AdjustedResidual	1,9	-,6	2,8	1,9	-1,5	-2,0	-2	-2	
	35-44	Count	0	1	3	1	1	5	0	0	11
		% within ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	0,0%	9,1%	27,3%	9,1%	9,1%	45,5%	0,0%	0,0%	100,0%
		% within ΠΙΟΣΑ TEST PAP EXETE KANEI THN TEΛEYTAIA SETIA;	0,0%	16,7%	12,5%	4,3%	1,6%	6,3%	0,0%	0,0%	5,5%
		AdjustedResidual	-,5	1,2	1,6	-,3	-1,6	,4	-2	-2	
	45-54	Count	0	0	0	3	4	2	1	0	10
		% within ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	0,0%	0,0%	0,0%	30,0%	40,0%	20,0%	10,0%	0,0%	100,0%
		% within ΠΙΟΣΑ TEST PAP EXETE KANEI THN TEΛEYTAIA SETIA;	0,0%	0,0%	0,0%	13,0%	6,5%	2,5%	100,0%	0,0%	5,0%
		AdjustedResidual	-,5	-,6	-1,2	1,9	,6	-1,3	4,4	-2	
	55-64	Count	3	5	17	16	56	71	0	1	169
		% within ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	1,8%	3,0%	10,1%	9,5%	33,1%	42,0%	0,0%	0,6%	100,0%
		% within ΠΙΟΣΑ TEST PAP EXETE KANEI THN TEΛEYTAIA SETIA;	75,0%	83,3%	70,8%	69,6%	90,3%	89,9%	0,0%	100,0%	84,5%
		AdjustedResidual	-,5	-,1	-2,0	-2,1	1,5	1,7	-2,3	,4	
Total	Count	4	6	24	23	62	79	1	1	200	
	% within ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	2,0%	3,0%	12,0%	11,5%	31,0%	39,5%	0,5%	0,5%	100,0%	
	% within ΠΙΟΣΑ TEST PAP EXETE KANEI THN TEΛEYTAIA SETIA;	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Πίνακας 37: Πίνακας Συνάφειας Ηλικιακών ομάδων και ερωτήματος σχετικά με το πόσα test pap πραγματοποίησαν οι γυναίκες την τελευταία πενταετία

Από τη δημιουργία του πίνακα συνάφειας μεταξύ των ηλικιακών ομάδων και του αριθμού των πραγματοποιημένων εξετάσεων κατά την τελευταία πενταετία παρατηρούμε ότι οι μεγαλύτερες τιμές των πραγματοποιημένων εξετάσεων αποτυπώνονται στην ηλικιακή ομάδα 55-64 ετών και συγκεκριμένα:

4 test pap έχουν πραγματοποιήσει 56 γυναίκες με ποσοστό 33,1% του συνολικού δείγματος ή 90,3% της ηλικιακής ομάδας

5 test pap έχουν πραγματοποιήσει 71 γυναίκες με ποσοστό 42,0% του συνολικού δείγματος ή 89,9% της ηλικιακής ομάδας.

ΕΠΑΓΩΓΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ

Στον παρακάτω πίνακα θα εξετάσουμε τη συνάφεια μεταξύ των ηλικιακών ομάδων του δείγματος των 200 γυναικών ως προς την άποψή τους σχετικά με το επώδυνο ή μη της εξέτασης κατά Παπανικολάου.

ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ * ΤΟ TEST PAP ΕΙΝΑΙ ΕΠΩΔΥΝΗ ΕΞΕΤΑΣΗ; Crosstabulation					
			ΤΟ TEST PAP ΕΙΝΑΙ ΕΠΩΔΥΝΗ ΕΞΕΤΑΣΗ;		Total
			ΟΧΙ	ΝΑΙ	
ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	25-34	Count	8	2	10
		% within ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	80,0%	20,0%	100,0%
		% within ΤΟ TEST PAP ΕΙΝΑΙ ΕΠΩΔΥΝΗ ΕΞΕΤΑΣΗ;	4,9%	5,6%	5,0%
		AdjustedResidual	-,2	,2	
	35-44	Count	10	1	11
		% within ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	90,9%	9,1%	100,0%
		% within ΤΟ TEST PAP ΕΙΝΑΙ ΕΠΩΔΥΝΗ ΕΞΕΤΑΣΗ;	6,1%	2,8%	5,5%
		AdjustedResidual	,8	-,8	
	45-54	Count	10	0	10
		% within ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	100,0%	0,0%	100,0%
		% within ΤΟ TEST PAP ΕΙΝΑΙ ΕΠΩΔΥΝΗ ΕΞΕΤΑΣΗ;	6,1%	0,0%	5,0%
		AdjustedResidual	1,5	-1,5	
	55-64	Count	136	33	169
		% within ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	80,5%	19,5%	100,0%
		% within ΤΟ TEST PAP ΕΙΝΑΙ ΕΠΩΔΥΝΗ ΕΞΕΤΑΣΗ;	82,9%	91,7%	84,5%
		AdjustedResidual	-1,3	1,3	
Total	Count	164	36	200	
	% within ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	82,0%	18,0%	100,0%	
	% within ΤΟ TEST PAP ΕΙΝΑΙ ΕΠΩΔΥΝΗ ΕΞΕΤΑΣΗ;	100,0%	100,0%	100,0%	

Πίνακας 38: Πίνακας Συνάφειας Ηλικιακών ομάδων και ερωτήματος σχετικά με το αν το test pap είναι επώδυνη εξέταση για έλεγχο βαθμού εξάρτησης

Προκειμένου να εξετάσουμε το βαθμό εξάρτησης μεταξύ των 2 αυτών μεταβλητών θα πρέπει να διενεργήσουμε έλεγχο ανεξαρτησίας (χ^2).

Το ερώτημα που θέτουμε είναι αν η ηλικία και η άποψη περί επώδυνης ή μη εξέτασης είναι ανεξάρτητα.

Θέτουμε τις υποθέσεις:

H₀: Δεν υπάρχει εξάρτηση μεταξύ των δύο μεταβλητών.

H₁: Υπάρχει εξάρτηση μεταξύ των δύο υπό μελέτη μεταβλητών.

Σε επίπεδο σημαντικότητας 5% ο κανόνας απόφασης διατυπώνεται ως εξής:

Αν $p > 0.05$ δεν μπορούμε να απορρίψουμε την H₀

Αν $p < 0.05$ απορρίπτουμε την H₀ και δεχόμαστε την H₁.

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,081 ^a	3	,379
Likelihood Ratio	4,953	3	,175
Linear-by-Linear Association	,539	1	,463
N of Valid Cases	200		

Πίνακας 39: Πίνακας ελέγχου ανεξαρτησίας

Παρατηρούμε ότι $p = 0,379$ συνεπώς δεν μπορούμε να απορρίψουμε τη μηδενική υπόθεση.

Συνεπώς σε επίπεδο σημαντικότητας 5% δεν υπάρχει εξάρτηση μεταξύ των 2 υπό μελέτη μεταβλητών.

Στον πίνακα που ακολουθεί θα εξετάσουμε τη συνάφεια μεταξύ των ηλικιακών ομάδων του δείγματος των 200 γυναικών και του αριθμού των test pap που πραγματοποίησαν την τελευταία πενταετία.

ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ * ΠΟΣΑ TEST PAP ΕΧΕΤΕ ΚΑΝΕΙ ΤΗΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΣΕΤΙΑ; Crosstabulation											
		ΠΟΣΑ TEST PAP ΕΧΕΤΕ ΚΑΝΕΙ ΤΗΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΣΕΤΙΑ;								Total	
		0	1	2	3	4	5	6	7		
ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	25-34	Count	1	0	4	3	1	1	0	0	10
		% within ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	10,0%	0,0%	40,0%	30,0%	10,0%	10,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		% within ΠΟΣΑ TEST PAP ΕΧΕΤΕ ΚΑΝΕΙ ΤΗΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΣΕΤΙΑ;	25,0%	0,0%	16,7%	13,0%	1,6%	1,3%	0,0%	0,0%	5,0%
		AdjustedResidual	1,9	-,6	2,8	1,9	-1,5	-2,0	-,2	-,2	
	35-44	Count	0	1	3	1	1	5	0	0	11
		% within ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	0,0%	9,1%	27,3%	9,1%	9,1%	45,5%	0,0%	0,0%	100,0%
		% within ΠΟΣΑ TEST PAP ΕΧΕΤΕ ΚΑΝΕΙ ΤΗΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΣΕΤΙΑ;	0,0%	16,7%	12,5%	4,3%	1,6%	6,3%	0,0%	0,0%	5,5%
		AdjustedResidual	-,5	1,2	1,6	-,3	-1,6	,4	-,2	-,2	
	45-54	Count	0	0	0	3	4	2	1	0	10
		% within ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	0,0%	0,0%	0,0%	30,0%	40,0%	20,0%	10,0%	0,0%	100,0%
		% within ΠΟΣΑ TEST PAP ΕΧΕΤΕ ΚΑΝΕΙ ΤΗΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΣΕΤΙΑ;	0,0%	0,0%	0,0%	13,0%	6,5%	2,5%	100,0%	0,0%	5,0%
		AdjustedResidual	-,5	-,6	-1,2	1,9	,6	-1,3	4,4	-,2	
	55-64	Count	3	5	17	16	56	71	0	1	169
		% within ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	1,8%	3,0%	10,1%	9,5%	33,1%	42,0%	0,0%	0,6%	100,0%
		% within ΠΟΣΑ TEST PAP ΕΧΕΤΕ ΚΑΝΕΙ ΤΗΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΣΕΤΙΑ;	75,0%	83,3%	70,8%	69,6%	90,3%	89,9%	0,0%	100,0%	84,5%
		AdjustedResidual	-,5	-,1	-2,0	-2,1	1,5	1,7	-2,3	,4	
Total	Count	4	6	24	23	62	79	1	1	200	
	% within ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	2,0%	3,0%	12,0%	11,5%	31,0%	39,5%	0,5%	0,5%	100,0%	
	% within ΠΟΣΑ TEST PAP ΕΧΕΤΕ ΚΑΝΕΙ ΤΗΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΣΕΤΙΑ;	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Πίνακας 40: Πίνακας Συνάφειας Ηλικιακών ομάδων και ερωτήματος σχετικά με το πόσα test pap πραγματοποίησαν οι γυναίκες την τελευταία πενταετία για έλεγχο βαθμού εξάρτησης

Προκειμένου να εξετάσουμε το βαθμό εξάρτησης μεταξύ των 2 αυτών μεταβλητών πρέπει να διενεργήσουμε έλεγχο ανεξαρτησίας (χ^2).

Το ερώτημα που θέτουμε είναι αν η ηλικία είναι ανεξάρτητη από τον αριθμό των test pap που έχουν κάνει οι γυναίκες την τελευταία πενταετία.

Θέτουμε τις υποθέσεις:

H₀: Δεν υπάρχει εξάρτηση μεταξύ των δύο υπό μελέτη μεταβλητών

H₁: Υπάρχει εξάρτηση μεταξύ των δύο υπό μελέτη μεταβλητών.

Σε επίπεδο σημαντικότητας 5% ο κανόνας απόφασης διατυπώνεται ως εξής:

Αν $p > 0.05$ δεν μπορούμε να απορρίψουμε την H₀

Αν $p < 0.05$ απορρίπτουμε την H₀ και δεχόμαστε την H₁.

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	48,995 ^a	21	,001
Likelihood Ratio	33,757	21	,038
Linear-by-Linear Association	9,660	1	,002
N of Valid Cases	200		

Πίνακας 41: Πίνακας ελέγχου ανεξαρτησίας

Παρατηρούμε ότι $p = 0,001$ συνεπώς μπορούμε να απορρίψουμε τη μηδενική υπόθεση.

Συνεπώς σε επίπεδο σημαντικότητας 5% υπάρχει εξάρτηση μεταξύ των δύο υπό μελέτη μεταβλητών.

Παρακάτω θα εξετάσουμε το συντελεστή V κατά Gramer.

Αν $V < 0,10$ έχουμε χαμηλή συνάφεια

$0,10 - 0,30$ έχουμε μέτρια συνάφεια

$V > 0,30$ έχουμε ισχυρή συνάφεια.

Symmetric Measures			
		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,495	,001
	Cramer's V	,286	,001
N of Valid Cases		200	

Πίνακας 42: Συντελεστής V κατά Gramer (Συνάφειας)

Παρατηρώντας τον πίνακα διαπιστώνουμε ότι ο δείκτης V κατά Gramer είναι: $V = 0,286$.

Καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι μεταξύ των ηλικιακών ομάδων του δείγματος και του αριθμού των πραγματοποιημένων εξετάσεων κατά την τελευταία πενταετία υπάρχει μέτρια συνάφεια.

Στις επόμενες σελίδες της ενότητας αυτής θα εξετάσουμε τη συνάφεια διαφόρων μεταβλητών μεταξύ τους. Προκειμένου να υλοποιήσουμε την προσπάθειά μας αυτή θα πρέπει να δημιουργήσουμε πίνακες συνάφειας μεταξύ των μεταβλητών που θα μελετηθούν. Όπου οι μεταβλητές είναι κατηγορικές, θα εφαρμοσθεί έλεγχος ανεξαρτησίας (χ^2) προκειμένου να εξαχθούν στη συνέχεια και τα ανάλογα συμπεράσματα.

Επειδή σε αρκετές από τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου οι απαντήσεις που δόθηκαν είναι 100%, οι ερωτήσεις αυτές δεν είναι δυνατόν να αξιολογηθούν προκειμένου να δημιουργηθούν πίνακες συνάφειας. Οι ερωτήσεις στις οποίες οι απαντήσεις είναι 100% είναι: η γνώση και η πραγματοποίηση του τεστ Παπανικολάου από όλες τις γυναίκες, η γνώση τους για τον ιό HPV, η προθυμία τους και το καθολικό τους ενδιαφέρον για τη συμμετοχή τους σε προγράμματα προληπτικής ιατρικής.

Οι πίνακες συνάφειας που δημιουργήθηκαν με τις διαθέσιμες μεταβλητές είναι οι παρακάτω:

1. Ηλικιακές ομάδες – Γνώση για την ύπαρξη του εμβολίου εναντίον του ιού HPV.
2. Ηλικιακές ομάδες – Πρόθεση για την πραγματοποίηση του εμβολίου από τις ερωτηθείσες ή από τις κόρες τους.
3. Ηλικιακές ομάδες – Πρόθεση για την πραγματοποίηση του εμβολίου από τις ερωτηθείσες ή από τις κόρες τους, εάν τα ασφαλιστικά ταμεία δεν κάλυπταν το κόστος του εμβολίου.
4. Μορφωτικό επίπεδο – Γνώση για την ύπαρξη του εμβολίου εναντίον του HPV.
5. Μορφωτικό επίπεδο – Πρόθεση για εμβολιασμό από τις ερωτηθείσες ή από τις κόρες τους.
6. Μορφωτικό επίπεδο – Γνώση για την ύπαρξη του HPV DNA TEST.
7. Οικογενειακή κατάσταση – Πρόθεση για εμβολιασμό από τις ερωτηθείσες ή από τις κόρες τους.

Ακολουθούν οι πίνακες συνάφειας και οι πίνακες των ελέγχων ανεξαρτησίας (χ^2) με τα ανάλογα σχόλια και συμπεράσματα.

Στον παρακάτω πίνακα θα εξετάσουμε τη συνάφεια μεταξύ των ηλικιακών ομάδων του δείγματος των 200 γυναικών ως προς τη γνώση τους σχετικά με την ύπαρξη του εμβολίου εναντίον του ιού HPV.

ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ * ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΟΤΙ ΥΠΑΡΧΕΙ ΕΜΒΟΛΙΟ ΕΝΑΝΤΙΟΝ ΤΟΥ HPV; Crosstabulation

		ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΟΤΙ ΥΠΑΡΧΕΙ ΕΜΒΟΛΙΟ ΕΝΑΝΤΙΟΝ ΤΟΥ HPV;		Total
		ΟΧΙ	ΝΑΙ	
ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	Count	1	9	10
	% within ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	10,0%	90,0%	100,0%
	25-34			
	% within ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΟΤΙ ΥΠΑΡΧΕΙ ΕΜΒΟΛΙΟ ΕΝΑΝΤΙΟΝ ΤΟΥ HPV;	25,0%	4,6%	5,0%
	Count	0	11	11
	% within ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	0,0%	100,0%	100,0%
	35-44			
	% within ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΟΤΙ ΥΠΑΡΧΕΙ ΕΜΒΟΛΙΟ ΕΝΑΝΤΙΟΝ ΤΟΥ HPV;	0,0%	5,6%	5,5%
	Count	1	9	10
	% within ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	10,0%	90,0%	100,0%
	45-54			
	% within ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΟΤΙ ΥΠΑΡΧΕΙ ΕΜΒΟΛΙΟ ΕΝΑΝΤΙΟΝ ΤΟΥ HPV;	25,0%	4,6%	5,0%
	Count	2	167	169
	% within ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	1,2%	98,8%	100,0%
	55-64			
	% within ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΟΤΙ ΥΠΑΡΧΕΙ ΕΜΒΟΛΙΟ ΕΝΑΝΤΙΟΝ ΤΟΥ HPV;	50,0%	85,2%	84,5%
Count	4	196	200	
% within ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	2,0%	98,0%	100,0%	
Total				
% within ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΟΤΙ ΥΠΑΡΧΕΙ ΕΜΒΟΛΙΟ ΕΝΑΝΤΙΟΝ ΤΟΥ HPV;	100,0%	100,0%	100,0%	

Πίνακας 43: Πίνακας Συνάφειας Ηλικιακών Ομάδων και ερωτήματος σχετικά με τη γνώση των γυναικών για την ύπαρξη του εμβολίου για τον ιό HPV

Από τη δημιουργία του πίνακα συνάφειας μεταξύ των ηλικιακών ομάδων και του ερωτήματος σχετικά με τη γνώση των γυναικών για την ύπαρξη του εμβολίου για τον ιό HPV διαπιστώνουμε τα εξής:

Εντός της ηλικιακής ομάδας 25-34 ετών το 10% απάντησε ότι δε γνωρίζει την ύπαρξη του εμβολίου για τον ιό HPV. Μεταξύ των γυναικών που δε γνωρίζουν ότι υπάρχει το εμβόλιο το 25% εξ αυτών ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 25-34 ετών. Επίσης εντός της ηλικιακής ομάδας 25-34 ετών το 90% απάντησε ότι γνωρίζει την ύπαρξη του εμβολίου για τον ιό HPV. Μεταξύ των γυναικών που γνωρίζουν ότι υπάρχει το εμβόλιο το 4,6% εξ αυτών ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 25-34 ετών.

Εντός της ηλικιακής ομάδας 35-44 ετών δε βρέθηκε καμία γυναίκα που να μη γνωρίζει ότι υπάρχει το εμβόλιο. Εντός της ηλικιακής ομάδας 35-44 ετών το 100% απάντησε ότι γνωρίζει την ύπαρξη του εμβολίου. Μεταξύ των γυναικών που γνωρίζουν ότι υπάρχει το εμβόλιο το 5,6% εξ αυτών ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 35-44 ετών.

Εντός της ηλικιακής ομάδας 45-54 ετών το 10% απάντησε ότι δε γνωρίζει την ύπαρξη του εμβολίου για τον ιό HPV. Μεταξύ των γυναικών που δε γνωρίζουν ότι υπάρχει το εμβόλιο το 25% εξ αυτών ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 35-44 ετών. Επίσης εντός της ηλικιακής ομάδας 45-54 ετών το 90% απάντησε ότι γνωρίζει την ύπαρξη του εμβολίου για τον ιό HPV. Μεταξύ των γυναικών που γνωρίζουν ότι υπάρχει το εμβόλιο το 4,6% εξ αυτών ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 45-54 ετών.

Εντός της ηλικιακής ομάδας 55-64 ετών το 1,2% απάντησε ότι δε γνωρίζει την ύπαρξη του εμβολίου για τον ιό HPV. Μεταξύ των γυναικών που απάντησαν ότι δε γνωρίζουν ότι υπάρχει το εμβόλιο το 50% εξ αυτών ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 55-64 ετών. Επίσης εντός της ηλικιακής ομάδας 55-64 ετών το 98,8% απάντησε ότι γνωρίζει την ύπαρξη του εμβολίου για τον ιό HPV. Μεταξύ των γυναικών που γνωρίζουν ότι υπάρχει το εμβόλιο το 85,2% εξ αυτών ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 55-64 ετών.

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων παρατηρούμε ότι στην ηλικιακή ομάδα 35-44 ετών δεν υπάρχει ούτε μία γυναίκα που να μη γνωρίζει ότι υπάρχει ο ιός HPV.

Προκειμένου να εξετάσουμε το βαθμό εξάρτησης μεταξύ των δύο αυτών μεταβλητών θα πρέπει να διενεργήσουμε έλεγχο ανεξαρτησίας (χ^2).

Το ερώτημα που θέτουμε είναι αν η ηλικία και η γνώση των γυναικών σχετικά με την ύπαρξη ή όχι του εμβολίου για τον ιό HPV είναι ανεξάρτητα.

Θέτουμε τις υποθέσεις:

H₀: Δεν υπάρχει εξάρτηση μεταξύ των δύο μεταβλητών

H₁: Υπάρχει εξάρτηση μεταξύ των δύο υπό μελέτη μεταβλητών.

Σε επίπεδο σημαντικότητας 5% ο κανόνας απόφασης διατυπώνεται ως εξής:

Αν $p > 0.05$ δεν μπορούμε να απορρίψουμε την H₀.

Αν $p < 0.05$ απορρίπτουμε την H₀ και δεχόμαστε την H₁.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,330 ^a	3	,062
Likelihood Ratio	4,489	3	,213
Linear-by-Linear Association	3,099	1	,078
N of Valid Cases	200		

Πίνακας 44: Πίνακας ελέγχου ανεξαρτησίας

Παρατηρούμε ότι $p=0,062$ συνεπώς δεν μπορούμε να απορρίψουμε τη μηδενική υπόθεση. Συνεπώς σε επίπεδο σημαντικότητας 5% δεν υπάρχει εξάρτηση μεταξύ των δύο υπό μελέτη μεταβλητών.

Στον παρακάτω πίνακα θα εξετάσουμε τη συνάφεια μεταξύ των ηλικιακών ομάδων του δείγματος των 200 γυναικών ως προς την πρόθεσή τους να κάνουν οι ίδιες ή οι κόρες τους το εμβόλιο εναντίον του ιού HPV.

ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ * ΘΑ ΚΑΝΑΤΕ Η ΙΔΙΑ Η΄ Η ΚΟΡΗ ΣΑΣ ΤΟ ΕΜΒΟΛΙΟ;

Crosstabulation

		ΘΑ ΚΑΝΑΤΕ Η ΙΔΙΑ Η΄ Η ΚΟΡΗ ΣΑΣ ΤΟ ΕΜΒΟΛΙΟ;		Total	
		OXI	NAI		
ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	25-34	Count	0	10	10
		% within ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	0,0%	100,0%	100,0%
		% within ΘΑ ΚΑΝΑΤΕ Η ΙΔΙΑ Η΄ Η ΚΟΡΗ ΣΑΣ ΤΟ ΕΜΒΟΛΙΟ;	0,0%	6,4%	5,0%
	35-44	Count	1	10	11
		% within ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	9,1%	90,9%	100,0%
		% within ΘΑ ΚΑΝΑΤΕ Η ΙΔΙΑ Η΄ Η ΚΟΡΗ ΣΑΣ ΤΟ ΕΜΒΟΛΙΟ;	2,3%	6,4%	5,5%
	45-54	Count	1	9	10
		% within ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	10,0%	90,0%	100,0%

	% within ΘΑ ΚΑΝΑΤΕ Η ΙΔΙΑ Η΄ Η ΚΟΡΗ ΣΑΣ ΤΟ ΕΜΒΟΛΙΟ;	2,3%	5,8%	5,0%
	Count	42	127	169
	% within ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	24,9%	75,1%	100,0%
	55-64			
	% within ΘΑ ΚΑΝΑΤΕ Η ΙΔΙΑ Η΄ Η ΚΟΡΗ ΣΑΣ ΤΟ ΕΜΒΟΛΙΟ;	95,5%	81,4%	84,5%
	Count	44	156	200
Total	% within ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	22,0%	78,0%	100,0%
	% within ΘΑ ΚΑΝΑΤΕ Η ΙΔΙΑ Η΄ Η ΚΟΡΗ ΣΑΣ ΤΟ ΕΜΒΟΛΙΟ;	100,0%	100,0%	100,0%

Πίνακας 45: Πίνακας Συνάφειας Ηλικιακών Ομάδων και ερωτήματος σχετικά με το αν οι γυναίκες του δείγματος και οι κόρες τους θα έκαναν το εμβόλιο για τον ιό HPV

Από τη δημιουργία του πίνακα συνάφειας μεταξύ των ηλικιακών ομάδων και του ερωτήματος σχετικά με το αν θα έκαναν οι γυναίκες του δείγματος, οι ίδιες ή οι κόρες τους το εμβόλιο εναντίον του ιού HPV διαπιστώνουμε τα εξής:

Εντός της ηλικιακής ομάδας 25-34 ετών δε βρέθηκε καμία γυναίκα που να δήλωσε αρνητική πρόθεση ως προς την πραγματοποίηση του εμβολίου κατά του ιού HPV. Επίσης εντός της ηλικιακής ομάδας 25-34 ετών το 100% των γυναικών απάντησε ότι θα πραγματοποιούσε τον εμβολιασμό. Μεταξύ των γυναικών που θα πραγματοποιούσαν τον εμβολιασμό οι ίδιες ή οι κόρες τους το 6,4% εξ αυτών ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 25-34 ετών.

Εντός της ηλικιακής ομάδας 35-44 ετών το 9,1% απάντησε ότι θα έκαναν το εμβόλιο οι ίδιες ή οι κόρες τους. Μεταξύ των γυναικών που θα έκαναν το εμβόλιο οι ίδιες ή οι κόρες τους το 2,3% εξ αυτών ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 35-44 ετών. Επίσης εντός της ηλικιακής ομάδας 25-34 ετών το 90,9% δήλωσε θετική πρόθεση ως προς την πραγματοποίηση του εμβολιασμού. Μεταξύ των γυναικών που δήλωσαν θετική πρόθεση ως προς τον εμβολιασμό το 6,4% εξ αυτών ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 35-44 ετών.

Εντός της ηλικιακής ομάδας 45-54 ετών το 10% απάντησε ότι δε θα πραγματοποιούσαν τον εμβολιασμό. Μεταξύ των γυναικών που απάντησαν ότι δε θα πραγματοποιούσαν τον εμβολιασμό το 2,3% εξ αυτών ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 45-54 ετών. Επίσης εντός της ηλικιακής ομάδας 45-54 ετών το 90,0% δήλωσαν ότι θα πραγματοποιούσαν το εμβόλιο οι ίδιες ή οι κόρες τους. Μεταξύ των γυναικών που δήλωσαν ότι θα πραγματοποιούσαν το εμβόλιο οι ίδιες ή οι κόρες τους το 5,8% εξ αυτών ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 45-54 ετών.

Εντός της ηλικιακής ομάδας 55-64 ετών το 24,9% απάντησαν ότι δε θα πραγματοποιούσαν το εμβόλιο οι ίδιες ή οι κόρες τους. Μεταξύ των γυναικών που απάντησαν ότι δε θα πραγματοποιούσαν το εμβόλιο το 95,5% εξ αυτών ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 55-64 ετών. Επίσης εντός της ηλικιακής ομάδας 55-64 ετών το 75,1% δήλωσαν ότι θα πραγματοποιούσαν τον εμβολιασμό. Μεταξύ των γυναικών που θα πραγματοποιούσαν τον εμβολιασμό το 81,4% εξ αυτών ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 55-64 ετών.

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων διαπιστώνουμε ότι οι γυναίκες που ανήκουν στις μικρές ηλικιακές ομάδες είναι πιο δεκτικές και πιο πρόθυμες στην πραγματοποίηση του εν λόγω εμβολίου και χαρακτηριστικό είναι ότι στην ηλικιακή ομάδα 25-34 ετών δε βρέθηκε ούτε μία γυναίκα που να δηλώσει άρνηση εμβολιασμού. Αντίθετα οι γυναίκες που ανήκουν στις μεγάλες ηλικιακές ομάδες είναι πιο αρνητικές και πιο απρόθυμες στην πραγματοποίηση του εν λόγω εμβολιασμού. Χαρακτηριστικό είναι ότι στην ηλικιακή ομάδα 55-64 ετών το 95,5% των γυναικών δήλωσαν ότι δε θα πραγματοποιούσαν το εμβόλιο οι ίδιες ή οι κόρες τους.

Προκειμένου να εξετάσουμε το βαθμό εξάρτησης μεταξύ των δύο αυτών μεταβλητών θα πρέπει να διενεργήσουμε έλεγχο ανεξαρτησίας (χ^2).

Το ερώτημα που θέτουμε είναι αν η ηλικία των γυναικών και η πρόθεσή του σχετικά με την πραγματοποίηση του εμβολίου για τον ιό HPV είναι ανεξάρτητα.

Θέτουμε τις υποθέσεις:

H₀: Δεν υπάρχει εξάρτηση μεταξύ των δύο μεταβλητών

H₁: Υπάρχει εξάρτηση μεταξύ των δύο υπό μελέτη μεταβλητών.

Σε επίπεδο σημαντικότητας 5% ο κανόνας απόφασης διατυπώνεται ως εξής:

Αν $p > 0.05$ δεν μπορούμε να απορρίψουμε την H₀.

Αν $p < 0.05$ απορρίπτουμε την H₀ και δεχόμαστε την H₁.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,529 ^a	3	,137
Likelihood Ratio	8,042	3	,045
Linear-by-Linear Association	5,261	1	,022
N of Valid Cases	200		

Πίνακας 46: Πίνακας ελέγχου ανεξαρτησίας

Παρατηρούμε ότι $p = 0,137$ συνεπώς δεν μπορούμε να απορρίψουμε τη μηδενική υπόθεση.

Συνεπώς σε επίπεδο σημαντικότητας 5% δεν υπάρχει εξάρτηση μεταξύ των δύο υπό μελέτη μεταβλητών.

Στον παρακάτω πίνακα θα εξετάσουμε τη συνάφεια μεταξύ των ηλικιακών ομάδων του δείγματος των 200 γυναικών ως προς την πρόθεσή τους για εμβολιασμό εναντίον του ιού HPV εάν τα ασφαλιστικά ταμεία δεν κάλυπταν το κόστος του εμβολίου.

ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ * ΕΑΝ ΤΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΑ ΤΑΜΕΙΑ ΔΕΝ ΚΑΛΥΠΤΑΝ ΤΟ ΚΟΣΤΟΣ ΤΟΥ ΕΜΒΟΛΙΟΥ ΘΑ ΤΟ ΚΑΝΑΤΕ ΕΣΕΙΣ Η Ή ΚΟΡΗ ΣΑΣ;

Crosstabulation

		ΕΑΝ ΤΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΑ ΤΑΜΕΙΑ ΔΕΝ ΚΑΛΥΠΤΑΝ ΤΟ ΚΟΣΤΟΣ ΤΟΥ ΕΜΒΟΛΙΟΥ ΘΑ ΤΟ ΚΑΝΑΤΕ ΕΣΕΙΣ Η Ή ΚΟΡΗ ΣΑΣ;		Total
		ΟΧΙ	ΝΑΙ	
ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	Count	2	8	10
	% within ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	20,0%	80,0%	100,0%
	25-34			
	% within ΕΑΝ ΤΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΑ ΤΑΜΕΙΑ ΔΕΝ ΚΑΛΥΠΤΑΝ ΤΟ ΚΟΣΤΟΣ ΤΟΥ ΕΜΒΟΛΙΟΥ ΘΑ ΤΟ ΚΑΝΑΤΕ ΕΣΕΙΣ Η Ή ΚΟΡΗ ΣΑΣ;	2,3%	7,0%	5,0%
	Count	3	8	11
	% within ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	27,3%	72,7%	100,0%
	35-44			
	% within ΕΑΝ ΤΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΑ ΤΑΜΕΙΑ ΔΕΝ ΚΑΛΥΠΤΑΝ ΤΟ ΚΟΣΤΟΣ ΤΟΥ ΕΜΒΟΛΙΟΥ ΘΑ ΤΟ ΚΑΝΑΤΕ ΕΣΕΙΣ Η Ή ΚΟΡΗ ΣΑΣ;	3,5%	7,0%	5,5%
	Count	3	7	10
	45-54			
	% within ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	30,0%	70,0%	100,0%

	% within ΕΑΝ ΤΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΑ ΤΑΜΕΙΑ ΔΕΝ ΚΑΛΥΠΤΑΝ ΤΟ ΚΟΣΤΟΣ ΤΟΥ ΕΜΒΟΛΙΟΥ ΘΑ ΤΟ ΚΑΝΑΤΕ ΕΣΕΙΣ Ή Η ΚΟΡΗ ΣΑΣ;	3,5%	6,1%	5,0%
	Count	78	91	169
	% within ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	46,2%	53,8%	100,0%
55-64	% within ΕΑΝ ΤΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΑ ΤΑΜΕΙΑ ΔΕΝ ΚΑΛΥΠΤΑΝ ΤΟ ΚΟΣΤΟΣ ΤΟΥ ΕΜΒΟΛΙΟΥ ΘΑ ΤΟ ΚΑΝΑΤΕ ΕΣΕΙΣ Ή Η ΚΟΡΗ ΣΑΣ;	90,7%	79,8%	84,5%
	Count	86	114	200
	% within ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	43,0%	57,0%	100,0%
Total	% within ΕΑΝ ΤΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΑ ΤΑΜΕΙΑ ΔΕΝ ΚΑΛΥΠΤΑΝ ΤΟ ΚΟΣΤΟΣ ΤΟΥ ΕΜΒΟΛΙΟΥ ΘΑ ΤΟ ΚΑΝΑΤΕ ΕΣΕΙΣ Ή Η ΚΟΡΗ ΣΑΣ;	100,0%	100,0%	100,0%

Πίνακας 47: Πίνακας Συνάφειας Ηλικιακών Ομάδων και ερωτήματος σχετικά με το αν οι γυναίκες του δείγματος και οι κόρες τους θα πραγματοποιούσαν το εμβόλιο εάν τα ασφαλιστικά ταμεία δεν κάλυπταν το κόστος του εμβολιασμού

Από τη δημιουργία του πίνακα συνάφειας μεταξύ των ηλικιακών ομάδων και του ερωτήματος σχετικά με το αν οι γυναίκες θα πραγματοποιούσαν τον εμβολιασμό εάν τα ασφαλιστικά ταμεία δεν κάλυπταν το κόστος του εμβολίου διαπιστώνουμε τα εξής:

Εντός της ηλικιακής ομάδας 25-34 ετών το 20,0% των γυναικών απάντησαν ότι δε θα έκαναν το εμβόλιο οι ίδιες ή οι κόρες τους εάν τα ασφαλιστικά ταμεία δεν κάλυπταν το κόστος του εμβολίου. Μεταξύ των γυναικών που απάντησαν ότι δε θα έκαναν το εμβόλιο οι ίδιες ή οι κόρες τους εάν τα ασφαλιστικά ταμεία δεν κάλυπταν το κόστος του εμβολίου το 2,3% εξ αυτών ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 25-34 ετών. Επίσης εντός της ηλικιακής ομάδας 25-34 ετών το 80,0% απάντησε ότι θα πραγματοποιούσε τον εμβολιασμό και ως μην κάλυπταν τα ασφαλιστικά ταμεία το κόστος του εμβολίου. Μεταξύ των γυναικών που απάντησαν ότι θα

πραγματοποιούσαν τον εμβολιασμό και ας μην κάλυπταν τα ασφαλιστικά ταμεία το κόστος του εμβολίου το 7,0% εξ αυτών ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 25-34 ετών.

Εντός της ηλικιακής ομάδας 35-44 ετών το 27,3% απάντησε ότι δε θα πραγματοποιούσαν τον εμβολιασμό λόγω του κόστους. Μεταξύ των γυναικών που απάντησαν ότι δε πραγματοποιούσαν τον εμβολιασμό λόγω του κόστους το 3,5% εξ αυτών ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 35-44 ετών. Επίσης εντός της ηλικιακής ομάδας 35-44 ετών το 72,7% απάντησαν ότι θα πραγματοποιούσαν τον εμβολιασμό ανεξαρτήτως του κόστους. Μεταξύ των γυναικών που απάντησαν ότι θα πραγματοποιούσαν τον εμβολιασμό το 7,0% εξ αυτών ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 35-44 ετών. Εντός της ηλικιακής ομάδας 45-54 ετών το 30,0% απάντησε ότι δε θα έκανε το εμβόλιο λόγω του κόστους. Μεταξύ των γυναικών που απάντησαν ότι δε θα έκαναν το εμβόλιο λόγω του κόστους το 3,5% εξ αυτών ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 45-54 ετών. Επίσης εντός της ηλικιακής ομάδας 45-54 ετών το 70,0% απάντησε ότι θα πραγματοποιούσε τον εμβολιασμό ανεξαρτήτως της οικονομικής επιβάρυνσης. Μεταξύ των γυναικών που απάντησαν ότι θα πραγματοποιούσαν τον εμβολιασμό ανεξαρτήτως της οικονομικής επιβάρυνσης το 6,1% εξ αυτών ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 45-54 ετών.

Εντός της ηλικιακής ομάδας 55-64 ετών το 46,2% των γυναικών απάντησε ότι δε θα έκαναν το εμβόλιο εάν το κόστος του δεν το κάλυπταν τα ασφαλιστικά ταμεία. Μεταξύ των γυναικών που απάντησαν ότι δε θα έκαναν το εμβόλιο εάν το κόστος του δεν το κάλυπταν τα ασφαλιστικά ταμεία το 90,7% εξ αυτών ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 55-64 ετών. Επίσης εντός της ηλικιακής ομάδας 55-64 ετών το 53,8% των γυναικών απάντησαν ότι θα έκαναν το εμβόλιο οι ίδιες ή οι κόρες τους ανεξάρτητα εάν τα ασφαλιστικά ταμεία θα κάλυπταν ή όχι το κόστος του εμβολιασμού. Μεταξύ των γυναικών που απάντησαν ότι θα έκαναν το εμβόλιο οι ίδιες ή οι κόρες τους ανεξάρτητα εάν τα ασφαλιστικά ταμεία θα κάλυπταν ή όχι το κόστος του εμβολιασμού το 79,8% εξ αυτών ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 55-64 ετών.

Προκειμένου να εξετάσουμε το βαθμό εξάρτησης μεταξύ των δύο αυτών μεταβλητών θα πρέπει να διενεργήσουμε έλεγχο ανεξαρτησίας (χ^2).

Το ερώτημα που θέτουμε είναι αν η ηλικία και η πρόθεση των γυναικών για εμβολιασμό, εάν τα ασφαλιστικά ταμεία δεν κάλυπταν το κόστος του εμβολιασμού είναι ανεξάρτητα.

Θέτουμε τις υποθέσεις:

H₀: Δεν υπάρχει εξάρτηση μεταξύ των δύο μεταβλητών

H₁: Υπάρχει εξάρτηση μεταξύ των δύο υπό μελέτη μεταβλητών.

Σε επίπεδο σημαντικότητας 5% ο κανόνας απόφασης διατυπώνεται ως εξής:

Αν $p > 0.05$ δεν μπορούμε να απορρίψουμε την H₀.

Αν $p < 0.05$ απορρίπτουμε την H₀ και δεχόμαστε την H₁.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,644 ^a	3	,200
Likelihood Ratio	4,927	3	,177
Linear-by-Linear Association	4,423	1	,035
N of Valid Cases	200		

Πίνακας 48: Πίνακας ελέγχου ανεξαρτησίας

Παρατηρούμε ότι $p=0,200$ συνεπώς δε μπορούμε να απορρίψουμε τη μηδενική υπόθεση.

Συνεπώς σε επίπεδο σημαντικότητας 5% δεν υπάρχει εξάρτηση μεταξύ των δύο υπό μελέτη μεταβλητών.

Στον παρακάτω πίνακα θα εξετάσουμε τη συνάφεια μεταξύ του μορφωτικού επιπέδου και της γνώσης των γυναικών σχετικά με την ύπαρξη του εμβολίου εναντίον του ιού HPV.

ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ * ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΟΤΙ ΥΠΑΡΧΕΙ ΕΜΒΟΛΙΟ ΕΝΑΝΤΙΟΝ ΤΟΥ HPV; Crosstabulation

		ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΟΤΙ ΥΠΑΡΧΕΙ ΕΜΒΟΛΙΟ ΕΝΑΝΤΙΟΝ ΤΟΥ HPV;		Total	
		ΟΧΙ	ΝΑΙ		
ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ	Count	4	138	142
		% within ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	2,8%	97,2%	100,0%
	ΤΕΙ	% within ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΟΤΙ ΥΠΑΡΧΕΙ ΕΜΒΟΛΙΟ ΕΝΑΝΤΙΟΝ ΤΟΥ HPV;	100,0%	70,4%	71,0%
		Count	0	5	5
	ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ	% within ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	0,0%	100,0%	100,0%
		% within ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΟΤΙ ΥΠΑΡΧΕΙ ΕΜΒΟΛΙΟ ΕΝΑΝΤΙΟΝ ΤΟΥ HPV;	0,0%	2,6%	2,5%
	Count	0	51	51	

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ	% within ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	0,0%	100,0%	100,0%
	% within ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΟΤΙ ΥΠΑΡΧΕΙ ΕΜΒΟΛΙΟ ΕΝΑΝΤΙΟΝ ΤΟΥ HPV;	0,0%	26,0%	25,5%
	Count	0	2	2
	% within ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	0,0%	100,0%	100,0%
	% within ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΟΤΙ ΥΠΑΡΧΕΙ ΕΜΒΟΛΙΟ ΕΝΑΝΤΙΟΝ ΤΟΥ HPV;	0,0%	1,0%	1,0%
	Count	4	196	200
	% within ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	2,0%	98,0%	100,0%
	% within ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΟΤΙ ΥΠΑΡΧΕΙ ΕΜΒΟΛΙΟ ΕΝΑΝΤΙΟΝ ΤΟΥ HPV;	100,0%	100,0%	100,0%
	Total			

Πίνακας 49: Πίνακας Συνάφειας Μορφωτικού Επιπέδου και ερωτήματος σχετικά με την ύπαρξη του εμβολίου εναντίον του ιού HPV

Από τη δημιουργία του πίνακα συνάφειας μεταξύ του μορφωτικού επιπέδου και της γνώσης των γυναικών σχετικά με την ύπαρξη του εμβολίου εναντίον του ιού HPV διαπιστώνουμε ότι μόνο 4 γυναίκες πανεπιστημιακής εκπαίδευσης δε γνωρίζου ότι υπάρχει εμβόλιο για τον ιό HPV. Όλες οι υπόλοιπες γυναίκες όλων των βαθμίδων εκπαίδευσης γνωρίζουν την ύπαρξη του εμβολίου εναντίον του ιού HPV.

Προκειμένου να εξετάσουμε το βαθμό εξάρτησης μεταξύ των δύο αυτών μεταβλητών θα πρέπει να διενεργήσουμε έλεγχο ανεξαρτησίας (χ^2).

Το ερώτημα που θέτουμε είναι αν το μορφωτικό επίπεδο και η γνώση των γυναικών σχετικά με την ύπαρξη του εμβολίου εναντίον του ιού HPV είναι ανεξάρτητα. Θέτουμε τις υποθέσεις:

H₀: Δεν υπάρχει εξάρτηση μεταξύ των δύο μεταβλητών

H₁: Υπάρχει εξάρτηση μεταξύ των δύο υπό μελέτη μεταβλητών.

Σε επίπεδο σημαντικότητας 5% ο κανόνας απόφασης διατυπώνεται ως εξής:

Αν $p > 0.05$ δεν μπορούμε να απορρίψουμε την H₀.

Αν $p < 0.05$ απορρίπτουμε την H₀ και δεχόμαστε την H₁.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,667 ^a	3	,644
Likelihood Ratio	2,773	3	,428
Linear-by-Linear Association	1,589	1	,207
N of Valid Cases	200		

Πίνακας 50: Πίνακας ελέγχου ανεξαρτησίας

Παρατηρούμε ότι $p=0,644$ συνεπώς δε μπορούμε να απορρίψουμε τη μηδενική υπόθεση.

Συνεπώς σε επίπεδο σημαντικότητας 5% δεν υπάρχει εξάρτηση μεταξύ των δύο υπό μελέτη μεταβλητών.

Στον παρακάτω πίνακα θα εξετάσουμε τη συνάφεια μεταξύ του μορφωτικού επιπέδου και της πρόθεσης των γυναικών για την πραγματοποίηση του εμβολιασμού από τις ίδιες και από τις κόρες τους.

ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ * ΘΑ ΚΑΝΑΤΕ Η ΙΔΙΑ Η Ή Η ΚΟΡΗ ΣΑΣ ΤΟ ΕΜΒΟΛΙΟ;

Crosstabulation

		ΘΑ ΚΑΝΑΤΕ Η ΙΔΙΑ Ή Η ΚΟΡΗ ΣΑΣ ΤΟ ΕΜΒΟΛΙΟ;		Total	
		OXI	NAI		
ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ	Count	38	104	142
		% within ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	26,8%	73,2%	100,0%
		% within ΘΑ ΚΑΝΑΤΕ Η ΙΔΙΑ Ή Η ΚΟΡΗ ΣΑΣ ΤΟ ΕΜΒΟΛΙΟ;	86,4%	66,7%	71,0%
	ΤΕΙ	Count	1	4	5
		% within ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	20,0%	80,0%	100,0%
		% within ΘΑ ΚΑΝΑΤΕ Η ΙΔΙΑ Ή Η ΚΟΡΗ ΣΑΣ ΤΟ ΕΜΒΟΛΙΟ;	2,3%	2,6%	2,5%
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ	Count	4	47	51	
	% within ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	7,8%	92,2%	100,0%	

Total	ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ	% within ΘΑ ΚΑΝΑΤΕ Η ΙΔΙΑ Ή Η ΚΟΡΗ ΣΑΣ ΤΟ ΕΜΒΟΛΙΟ;	9,1%	30,1%	25,5%
		Count	1	1	2
		% within ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	50,0%	50,0%	100,0%
		% within ΘΑ ΚΑΝΑΤΕ Η ΙΔΙΑ Ή Η ΚΟΡΗ ΣΑΣ ΤΟ ΕΜΒΟΛΙΟ;	2,3%	0,6%	1,0%
		Count	44	156	200
		% within ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	22,0%	78,0%	100,0%
		% within ΘΑ ΚΑΝΑΤΕ Η ΙΔΙΑ Ή Η ΚΟΡΗ ΣΑΣ ΤΟ ΕΜΒΟΛΙΟ;	100,0%	100,0%	100,0%
		Count			

Πίνακας 51: Πίνακας Συνάφειας Μορφωτικού Επιπέδου και ερωτήματος σχετικά με την πρόθεση των γυναικών για την πραγματοποίηση του εμβολίου από τις ίδιες ή από τις κόρες τους

Από τη δημιουργία του πίνακα συνάφειας μεταξύ του μορφωτικού επιπέδου και της πρόθεσης των γυναικών για την πραγματοποίηση του εμβολιασμού από τις ίδιες τις γυναίκες και από τις κόρες του διαπιστώνουμε τα εξής:

Οι γυναίκες πανεπιστημιακής εκπαίδευσης σε ποσοστό 26,8% απάντησαν ότι δε θα έκαναν οι ίδιες ή οι κόρες τους το εμβόλιο. Μεταξύ των γυναικών που απάντησαν ότι δε θα έκαναν το εμβόλιο οι ίδιες ή οι κόρες τους το 86,4% εξ αυτών ανήκει στην κατηγορία των γυναικών πανεπιστημιακής εκπαίδευσης. Επίσης οι γυναίκες πανεπιστημιακής εκπαίδευσης σε ποσοστό 73,2% απάντησαν ότι θα έκαναν οι ίδιες ή οι κόρες τους το εμβόλιο. Μεταξύ των γυναικών που απάντησαν ότι θα έκαναν το εμβόλιο οι ίδιες ή οι κόρες τους το 66,7% εξ αυτών ανήκει στην κατηγορία των γυναικών πανεπιστημιακής εκπαίδευσης.

Οι γυναίκες τεχνολογικής εκπαίδευσης σε ποσοστό 20,0% απάντησαν ότι δε θα πραγματοποιούσαν τον εμβολιασμό. Μεταξύ των γυναικών που απάντησαν ότι δε θα πραγματοποιούσαν τον εμβολιασμό το 2,3% εξ αυτών ανήκει στην κατηγορία των γυναικών τεχνολογικής εκπαίδευσης. Επίσης οι γυναίκες τεχνολογικής εκπαίδευσης σε ποσοστό 80,0% απάντησαν ότι θα πραγματοποιούσαν τον εμβολιασμό. Μεταξύ των γυναικών που απάντησαν ότι θα πραγματοποιούσαν τον εμβολιασμό το 2,6% εξ αυτών ανήκει στην κατηγορία των γυναικών τεχνολογικής εκπαίδευσης.

Οι γυναίκες κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου σε ποσοστό 7,8% απάντησαν ότι δε θα έκαναν οι ίδιες ή οι κόρες τους το εμβόλιο. Μεταξύ των γυναικών που απάντησαν ότι δε θα έκαναν οι ίδιες ή οι κόρες τους το εμβόλιο το 9,1% εξ αυτών ανήκει στην κατηγορία των γυναικών

κατόχων μεταπτυχιακού τίτλου. Επίσης οι γυναίκες κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου σε ποσοστό 92,2% απάντησαν ότι θα έκαναν οι ίδιες ή οι κόρες τους το εμβόλιο. Μεταξύ των γυναικών που απάντησαν ότι θα έκαναν οι ίδιες ή οι κόρες τους το εμβόλιο το 30,1% ανήκει στην κατηγορία των γυναικών κατόχων μεταπτυχιακού τίτλου.

Οι γυναίκες κάτοχοι διδακτορικού τίτλου σε ποσοστό 50,0% απάντησαν ότι δε θα έκαναν οι ίδιες ή οι κόρες τους το εμβόλιο. Μεταξύ των γυναικών που απάντησαν ότι δε θα έκαναν οι ίδιες ή οι κόρες τους το εμβόλιο το 2,3% εξ αυτών ανήκει στην κατηγορία των γυναικών κατόχων διδακτορικού τίτλου. Επίσης οι γυναίκες κάτοχοι διδακτορικού τίτλου σε ποσοστό 50,0% απάντησαν ότι θα έκαναν οι ίδιες ή οι κόρες τους το εμβόλιο. Μεταξύ των γυναικών που απάντησαν ότι θα έκαναν οι ίδιες ή οι κόρες τους το εμβόλιο το 0,6% εξ αυτών είναι κάτοχοι διδακτορικού τίτλου.

Προκειμένου να εξετάσουμε το βαθμό εξάρτησης μεταξύ των δύο αυτών μεταβλητών θα πρέπει να διενεργήσουμε έλεγχο ανεξαρτησίας (χ^2).

Το ερώτημα που θέτουμε είναι αν το μορφωτικό επίπεδο και η πρόθεση των γυναικών για την πραγματοποίηση του εμβολιασμού από τις ίδιες και από τις κόρες τους είναι ανεξάρτητα.

Θέτουμε τις υποθέσεις:

Ho: Δεν υπάρχει εξάρτηση μεταξύ των δύο μεταβλητών

H1: Υπάρχει εξάρτηση μεταξύ των δύο υπό μελέτη μεταβλητών.

Σε επίπεδο σημαντικότητας 5% ο κανόνας απόφασης διατυπώνεται ως εξής:

Αν $p > 0.05$ δεν μπορούμε να απορρίψουμε την Ho.

Αν $p < 0.05$ απορρίπτουμε την Ho και δεχόμαστε την H1.

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,757 ^a	3	,033
Likelihood Ratio	9,980	3	,019
Linear-by-Linear Association	5,877	1	,015
N of Valid Cases	200		

Πίνακας 52: Πίνακας ελέγχου ανεξαρτησία

Παρατηρούμε ότι $p=0.033$ συνεπώς μπορούμε να απορρίψουμε τη μηδενική υπόθεση.

Συνεπώς σε επίπεδο σημαντικότητας 5% υπάρχει εξάρτηση μεταξύ των δύο υπό μελέτη μεταβλητών.

Στον παρακάτω πίνακα θα εξετάσουμε τη συνάφεια μεταξύ του μορφωτικού επιπέδου και της γνώσης των γυναικών σχετικά με την ύπαρξη του HPV DNA TEST.

**ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ * ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΟΤΙ ΥΠΑΡΧΕΙ ΤΟ HPV ΤΕΣΤ;
Crosstabulation**

		ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΟΤΙ ΥΠΑΡΧΕΙ ΤΟ HPV ΤΕΣΤ;		Total	
		ΟΧΙ	ΝΑΙ		
ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ	Count	35	107	142
		% within ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	24,6%	75,4%	100,0%
		% within ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΟΤΙ ΥΠΑΡΧΕΙ ΤΟ HPV ΤΕΣΤ;	94,6%	65,6%	71,0%
		Count	1	4	5
	ΤΕΙ	% within ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	20,0%	80,0%	100,0%
		% within ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΟΤΙ ΥΠΑΡΧΕΙ ΤΟ HPV ΤΕΣΤ;	2,7%	2,5%	2,5%
		Count	1	50	51
		% within ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	2,0%	98,0%	100,0%
	ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ	% within ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΟΤΙ ΥΠΑΡΧΕΙ ΤΟ HPV ΤΕΣΤ;	2,7%	30,7%	25,5%
		Count	0	2	2
		% within ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	0,0%	100,0%	100,0%
		% within ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΟΤΙ ΥΠΑΡΧΕΙ ΤΟ HPV ΤΕΣΤ;	0,0%	1,2%	1,0%
ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ	Count	37	163	200	
	Total				

% within ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	18,5%	81,5%	100,0%
% within ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΟΤΙ ΥΠΑΡΧΕΙ ΤΟ HPV ΤΕΣΤ;	100,0%	100,0%	100,0%

Πίνακας 53: Πίνακας Συνάφειας Μορφωτικού Επιπέδου και ερωτήματος σχετικά με τη γνώση των γυναικών για την ύπαρξη του HPV DNA TEST

Από τη δημιουργία του πίνακα συνάφειας μεταξύ του μορφωτικού επιπέδου και της γνώσης των γυναικών σχετικά με την ύπαρξη του HPV DNA TEST διαπιστώνουμε τα εξής:

Οι γυναίκες πανεπιστημιακής εκπαίδευσης σε ποσοστό 24,6% απάντησαν ότι δε γνωρίζουν ότι υπάρχει το HPV DNA TEST. Μεταξύ των γυναικών που απάντησαν ότι δε γνωρίζουν ότι υπάρχει το HPV DNA TEST το 94,6% εξ αυτών ανήκει στην κατηγορία των γυναικών πανεπιστημιακής εκπαίδευσης. Επίσης οι γυναίκες πανεπιστημιακής εκπαίδευσης σε ποσοστό 75,4% απάντησαν ότι γνωρίζουν ότι υπάρχει το HPV DNA TEST. Μεταξύ των γυναικών που απάντησαν ότι γνωρίζουν ότι υπάρχει το HPV DNA TEST το 65,6% εξ αυτών ανήκει στην κατηγορία των γυναικών πανεπιστημιακής εκπαίδευσης.

Οι γυναίκες τεχνολογικής εκπαίδευσης σε ποσοστό 20,0% απάντησαν ότι αγνοούν την ύπαρξη του HPV DNA TEST. Μεταξύ των γυναικών που αγνοούν την ύπαρξη του HPV DNA TEST το 2,7% εξ αυτών ανήκει στην κατηγορία των γυναικών τεχνολογικής εκπαίδευσης. Επίσης οι γυναίκες τεχνολογικής εκπαίδευσης σε ποσοστό 80,0% απάντησαν ότι είναι ενημερωμένες για την ύπαρξη του HPV DNA TEST. Μεταξύ των γυναικών που είναι ενημερωμένες για την ύπαρξη του HPV DNA TEST το 2,5% εξ αυτών ανήκει στην κατηγορία των γυναικών τεχνολογικής εκπαίδευσης.

Οι γυναίκες κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου σε ποσοστό 2,0% απάντησαν ότι δε γνωρίζουν την ύπαρξη του HPV DNA TEST. Μεταξύ των γυναικών που δε γνωρίζουν την ύπαρξη του HPV DNA TEST το 2,7% εξ αυτών ανήκει στην κατηγορία των γυναικών κατόχου μεταπτυχιακού τίτλου. Επίσης οι γυναίκες κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου σε ποσοστό 98,0% απάντησαν ότι γνωρίζουν την ύπαρξη του HPV DNA TEST. Μεταξύ των γυναικών που απάντησαν ότι γνωρίζουν την ύπαρξη του HPV DNA TEST το 30,7% εξ αυτών ανήκει στην κατηγορία των γυναικών κατόχων μεταπτυχιακού τίτλου.

Αξιοσημείωτο είναι ότι καμία γυναίκα κάτοχος διδακτορικού τίτλου δε δήλωσε άγνοια ύπαρξης του HPV DNA TEST.

Προκειμένου να εξετάσουμε το βαθμό εξάρτησης μεταξύ των δύο αυτών μεταβλητών θα πρέπει να διενεργήσουμε έλεγχο ανεξαρτησίας (χ^2).

Το ερώτημα που θέτουμε είναι αν το μορφωτικό επίπεδο και η γνώση των γυναικών σχετικά με την ύπαρξη του HPV DNA TEST είναι ανεξάρτητα.

Θέτουμε τις υποθέσεις:

Ho: Δεν υπάρχει εξάρτηση μεταξύ των δύο μεταβλητών

H1: Υπάρχει εξάρτηση μεταξύ των δύο υπό μελέτη μεταβλητών.

Σε επίπεδο σημαντικότητας 5% ο κανόνας απόφασης διατυπώνεται ως εξής:

Αν $p > 0.05$ δεν μπορούμε να απορρίψουμε την Ho.

Αν $p < 0.05$ απορρίπτουμε την Ho και δεχόμαστε την H1.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	13,274 ^a	3	,004
Likelihood Ratio	18,113	3	,000
Linear-by-Linear Association	12,967	1	,000
N of Valid Cases	200		

Πίνακας 54: Πίνακας ελέγχου ανεξαρτησίας

Παρατηρούμε ότι $p = 0,004$ συνεπώς μπορούμε να απορρίψουμε τη μηδενική υπόθεση.

Συνεπώς σε επίπεδο σημαντικότητας 5% υπάρχει εξάρτηση μεταξύ των δύο υπό μελέτη μεταβλητών.

Στον παρακάτω πίνακα θα εξετάσουμε τη συνάφεια μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης και της πρόθεσης των γυναικών για την πραγματοποίηση του εμβολιασμού από τις ίδιες και από τις κόρες τους.

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ * ΘΑ ΚΑΝΑΤΕ Η ΙΔΙΑ Η΄ Η ΚΟΡΗ ΣΑΣ ΤΟ ΕΜΒΟΛΙΟ; Crosstabulation

		ΘΑ ΚΑΝΑΤΕ Η ΙΔΙΑ Ή Η ΚΟΡΗ ΣΑΣ ΤΟ ΕΜΒΟΛΙΟ;		Total
		OXI	NAI	
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	Count	4	18	22
	% within ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	18,2%	81,8%	100,0%
ΑΓΑΜΗ	% within ΘΑ ΚΑΝΑΤΕ Η ΙΔΙΑ Ή Η ΚΟΡΗ ΣΑΣ ΤΟ ΕΜΒΟΛΙΟ;	9,1%	11,5%	11,0%

	ΕΓΓΑΜΗ	Count	31	127	158
		% within ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	19,6%	80,4%	100,0%
	ΧΗΡΑ-ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΗ	% within ΘΑ ΚΑΝΑΤΕ Η ΙΔΙΑ Ή Η ΚΟΡΗ ΣΑΣ ΤΟ ΕΜΒΟΛΙΟ;	70,5%	81,4%	79,0%
		Count	9	11	20
	Total	% within ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	45,0%	55,0%	100,0%
		% within ΘΑ ΚΑΝΑΤΕ Η ΙΔΙΑ Ή Η ΚΟΡΗ ΣΑΣ ΤΟ ΕΜΒΟΛΙΟ;	20,5%	7,1%	10,0%
	Total	Count	44	156	200
		% within ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	22,0%	78,0%	100,0%
		% within ΘΑ ΚΑΝΑΤΕ Η ΙΔΙΑ Ή Η ΚΟΡΗ ΣΑΣ ΤΟ ΕΜΒΟΛΙΟ;	100,0%	100,0%	100,0%

Πίνακας 55: Πίνακας Συνάφειας Οικογενειακής κατάστασης και ερωτήματος σχετικά με την πρόθεση των γυναικών για εμβολιασμό από τις ίδιες ή από τις κόρες τους

Από τη δημιουργία του πίνακα συνάφειας μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης και του ερωτήματος σχετικά με την πρόθεση των γυναικών για εμβολιασμό από τις ίδιες και από τις κόρες τους διαπιστώνουμε τα εξής:

Οι άγαμες γυναίκες σε ποσοστό 18,2% απάντησαν ότι δε πραγματοποιούσαν οι ίδιες ή οι κόρες τους το εμβόλιο για τον ιό HPV. Μεταξύ των γυναικών που δήλωσαν ότι δε θα πραγματοποιούσαν το εμβόλιο το 9,1% εξ αυτών ανήκει στην κατηγορία των άγαμων γυναικών. Επίσης οι άγαμες γυναίκες σε ποσοστό 81,8% απάντησαν ότι θα πραγματοποιούσαν οι ίδιες ή οι κόρες τους το εμβόλιο. Μεταξύ των γυναικών που δήλωσαν ότι θα πραγματοποιούσαν το εμβόλιο το 11,5% εξ αυτών ανήκει στην κατηγορία των άγαμων γυναικών.

Οι έγγαμες γυναίκες σε ποσοστό 19,6% απάντησαν ότι δε θα έκαναν το εμβόλιο για τον ιό HPV οι ίδιες ή οι κόρες τους. Μεταξύ των γυναικών που απάντησαν ότι δε θα έκαναν το εμβόλιο για τον ιό HPV οι ίδιες ή οι κόρες τους το 70,5% εξ αυτών ανήκει στην κατηγορία των έγγαμων γυναικών. Επίσης οι έγγαμες γυναίκες σε ποσοστό 80,4% απάντησαν ότι θα έκαναν το εμβόλιο οι ίδιες ή οι κόρες τους. Μεταξύ των γυναικών που απάντησαν ότι θα έκαναν το εμβόλιο οι ίδιες ή οι κόρες τους το 81,4% εξ αυτών ανήκει στην κατηγορία των έγγαμων γυναικών.

Οι χήρες και οι διαζευγμένες γυναίκες σε ποσοστό 45,0% απάντησαν ότι δε θα πραγματοποιούσαν τον εμβολιασμό. Μεταξύ των γυναικών που δήλωσαν ότι δε θα πραγματοποιούσαν τον εμβολιασμό το 20,5% εξ αυτών ανήκει στην κατηγορία των χηρών και διαζευγμένων γυναικών. Επίσης οι χήρες και οι διαζευγμένες γυναίκες σε ποσοστό 55,0% απάντησαν ότι θα πραγματοποιούσαν τον εμβολιασμό οι ίδιες ή οι κόρες τους. Μεταξύ των γυναικών που δήλωσαν ότι θα πραγματοποιούσαν τον εμβολιασμό οι ίδιες ή οι κόρες τους το 7,1% εξ αυτών ανήκει στην κατηγορία των χηρών και διαζευγμένων γυναικών.

Προκειμένου να εξετάσουμε το βαθμό εξάρτησης μεταξύ των δύο αυτών μεταβλητών θα πρέπει να διενεργήσουμε έλεγχο ανεξαρτησίας (χ^2).

Το ερώτημα που θέτουμε είναι αν η οικογενειακή κατάσταση και η πρόθεση των γυναικών για την πραγματοποίηση του εμβολιασμού από τις ίδιες και από τις κόρες τους είναι ανεξάρτητα.

Θέτουμε τις υποθέσεις:

Ho: Δεν υπάρχει εξάρτηση μεταξύ των δύο μεταβλητών

H1: Υπάρχει εξάρτηση μεταξύ των δύο υπό μελέτη μεταβλητών.

Σε επίπεδο σημαντικότητας 5% ο κανόνας απόφασης διατυπώνεται ως εξής:

Αν $p > 0.05$ δεν μπορούμε να απορρίψουμε την Ho.

Αν $p < 0.05$ απορρίπτουμε την Ho και δεχόμαστε την H1.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,874 ^a	2	,032
Likelihood Ratio	5,926	2	,052
Linear-by-Linear Association	4,088	1	,043
N of Valid Cases	200		

Πίνακας 56: Πίνακας ελέγχου ανεξαρτησίας

Παρατηρούμε ότι $p = 0,032$ συνεπώς μπορούμε να απορρίψουμε τη μηδενική υπόθεση.

Συνεπώς σε επίπεδο σημαντικότητας 5% υπάρχει εξάρτηση μεταξύ των δύο υπό μελέτη μεταβλητών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Παρά την εφαρμογή μέτρων πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης, ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας συνεχίζει να αποτελεί τη δεύτερη αιτία θανάτου στο γυναικείο πληθυσμό. Από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι η μόρφωση μπορεί να επιδράσει θετικά στη διαμόρφωση σωστής στάσης, αλλά και υιοθέτησης σωστής πρακτικής από τις γυναίκες και σε θέματα υγείας. Η καθολική γνώση των γυναικών για την εξέταση κατά Παπανικολάου, αλλά και η καθολική πραγματοποίηση της εξέτασης από τις γυναίκες του δείγματος το αποδεικνύουν.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών που έλαβαν μέρος στην έρευνα είναι μεταξύ 45-54 ετών και κατοικούν σε πόλη. Όσον αφορά την ηλικία εμφάνισης της πρώτης έμμηνης ρύσης, στις περισσότερες γυναίκες εμφανίστηκε στην ηλικία των 12 ετών. Αναφορικά με την οικογενειακή τους κατάσταση, οι περισσότερες γυναίκες είναι έγγαμες και έχουν δύο παιδιά. Το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών είναι απόφοιτοι Πανεπιστημίου και ανήκουν στην Α/Βάθμια Εκπαίδευση.

Σαν πηγή ενημέρωσης, όλες οι γυναίκες της έρευνας αναφέρουν τους επαγγελματίες υγείας. Αυτό δείχνει τη σημαντική ευθύνη που φέρουν και στον τομέα της πρόληψης των νοσημάτων.

Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να ενημερώνονται και να εκπαιδεύονται σε νέες ιατρικές μεθόδους και πρακτικές πρόληψης και θα πρέπει να μεταφέρουν τη γνώση που έχουν αποκτήσει στον πληθυσμό. Η ενημέρωση του κοινού με ομιλίες, φυλλάδια κ.τ.λ. είναι αυτή που θα οδηγήσει τις γυναίκες όχι μόνο στην πραγματοποίηση των προληπτικών εξετάσεων, αλλά στην πραγματοποίησή τους και στο σωστό χρόνο.

Το αρμόδιο Υπουργείο, εφόσον έχει στελεχώσει τις μονάδες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, και εφόσον έχει καταρτίσει προγράμματα προληπτικού ελέγχου, των οποίων την ευθύνη της εφαρμογής τους θα έχουν οι επαγγελματίες υγείας, θα συμβάλει τα μέγιστα στην πρόληψη, την έγκυρη διάγνωση αλλά και τη γρήγορη θεραπεία με αποτέλεσμα τη μείωση του ποσοστού θνησιμότητας αλλά και μακροπρόθεσμα τη μείωση του δημοσιοοικονομικού κόστους σε ότι θα έχει σχέση με νοσήματα τα οποία θα μπορούν να προληφθούν.

Επειδή το ενδιαφέρον των γυναικών για παρακολούθηση προγραμμάτων προληπτικής ιατρικής, αλλά και συμμετοχής σε προγράμματα προληπτικών εξετάσεων είναι καθολικό και επειδή σε μεγάλο ποσοστό οι γυναίκες θεωρούν ότι η τηλεφωνική ή η γραπτή υπενθύμιση για την πραγματοποίηση του επόμενου τεστ Παπανικολάου θα τις βοηθούσε να είναι πιο συνεπείς, το αρμόδιο υπουργείο μέσω των υπηρεσιών του θα μπορούσε να καθιερώσει την παραπάνω πρακτική ώστε να έχει τα προαναφερθέντα οφέλη. Όπως έχουμε ήδη αναφέρει σε χώρες που

εφαρμόστηκε το μέτρο αυτό διαπιστώθηκαν θετικά αποτελέσματα, όπως επίσης διαπιστώθηκαν και αρνητικά μετά τη διακοπή εφαρμογής αυτού του μέτρου.

Επίσης, πολύ σημαντική πηγή ενημέρωσης για τις γυναίκες αποδείχτηκε ότι είναι και το διαδίκτυο. Οι διάφοροι επιστημονικοί φορείς μέσω των ιστοσελίδων τους μπορούν να συμβάλουν τα μέγιστα ειδικά σε άτομα υψηλού μορφωτικού επιπέδου.

Οι περισσότερες γυναίκες πραγματοποίησαν για πρώτη φορά το τεστ Παπανικολάου στις ηλικίες 24 και 26 ετών. Το γεγονός αυτό θεωρείται θετικό αν αναλογιστεί κανείς ότι η μέση ηλικία των ασθενών με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας είναι τα 52 έτη.

Παρά το γεγονός ότι ένα ποσοστό των γυναικών θεωρούν το τεστ Παπανικολάου επώδυνη εξέταση, εν τούτοις δεν τις επηρέασε να πραγματοποιήσουν όλες τους την εν λόγω εξέταση. Ως προς τη συχνότητα πραγματοποίησης της εξέτασης, διαπιστώνουμε ότι οι περισσότερες από τις μισές πραγματοποιούν την εξέταση μια φορά το χρόνο ή μια φορά κάθε ενάμιση χρόνο. Επίσης παρά την ιδιομορφία του τρόπου λήψης του υλικού της εξέτασης, διαπιστώνουμε ότι για αρκετές γυναίκες είναι αδιάφορο ποιος θα πραγματοποιήσει τη λήψη, είναι όμως σαφής η προτίμησή τους για την πραγματοποίηση της λήψης από γυναίκα γιατρό. Θεωρητικά θα μπορούσε να πει κανείς ότι « Το αποτέλεσμα μετράει ».

Πολύ σημαντικό θεωρείται το ότι όλες οι γυναίκες απάντησαν ότι το τεστ Παπανικολάου πρέπει να ξεκινάει όταν οι γυναίκες αρχίζουν να έχουν σεξουαλικές σχέσεις. Το θεωρούμε πολύ σημαντικό γιατί οι ίδιες γυναίκες απάντησαν ότι ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας μπορεί να προληφθεί με τεστ Παπανικολάου και με εμβολιασμό για τον ιό HPV. Ενθαρρυντικό είναι και το γεγονός ότι όλες οι γυναίκες θεωρούν πως εάν ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας διαγνωσθεί έγκαιρα είναι ιάσιμος. Αυτό μας δείχνει ότι οι γυναίκες είναι ενημερωμένες, θέλουν να πραγματοποιήσουν την εξέταση και την πραγματοποιούν ώστε αν διαγνωσθούν με τη νόσο να θεραπευθούν έγκαιρα ώστε να ιαθούν.

Μεγάλο και σημαντικό κομμάτι στην πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας παίζει και η γνώση των γυναικών για τον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων και το εμβόλιο και το εμβόλιο για τον HPV.

Το υψηλό επίπεδο μόρφωσης των γυναικών εκπαιδευτικών φαίνεται και από το γεγονός ότι όλες οι γυναίκες γνωρίζουν τι είναι ο ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων και επίσης όλες τους γνωρίζουν ότι μεταδίδεται από τον ερωτικό σύντροφο. Το γεγονός ότι αυτή η γνώση υπάρχει, βοηθάει στην εφαρμογή μέτρων αλλά και στην τήρηση κανόνων για την αποφυγή μόλυνσης από τον ιό HPV. Οι επαγγελματίες υγείας, το ρόλο των οποίων αναφέραμε παραπάνω, θα πρέπει να εστιάσουν στην ενημέρωση του κοινού και ιδιαίτερα ατόμων μικρής ηλικίας

τονίζοντας τους τρόπους μετάδοσης αλλά πιο έντονα τονίζοντας τους τρόπους αποφυγής μιας HPV λοίμωξης.

Παρά το γεγονός ότι όλες οι γυναίκες γνωρίζουν τον ιό HPV ένα μικρό ποσοστό αυτών αγνοεί την ύπαρξη του HPV DNA TEST. Το θετικό βέβαια είναι ότι πολύ μεγάλο ποσοστό του συνόλου των γυναικών γνωρίζει ότι υπάρχει εμβόλιο για τον ιό αυτόν. Παρά το υψηλό ποσοστό γνώσης για την ύπαρξη του εμβολίου, μικρότερο ποσοστό των γυναικών του δείγματος δήλωσε θετική πρόθεση ώστε να πραγματοποιήσει τον εμβολιασμό με σκοπό την προφύλαξη από μια μελλοντική λοίμωξη από τον ιό και το ποσοστό αυτό μικραίνει περισσότερο εάν τα ασφαλιστικά ταμεία δεν κάλυπταν το κόστος του εμβολιασμού. Για το λόγο αυτό οι δομές υγείας και πρόνοιας θα πρέπει να λάβουν την ανάλογη μέριμνα ώστε οι άνθρωποι που θα έχουν την πρόθεση να εμβολιαστούν αλλά δεν έχουν ασφαλιστική ικανότητα να μπορούν να πραγματοποιήσουν τον εμβολιασμό χωρίς να έχουν να σκεφτούν το κόστος αγοράς του εμβολίου.

Καμία από τις γυναίκες του δείγματος δε δήλωσε ότι ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας δεν οφείλεται στον ιό HPV. Εν τούτοις ποσοστό αυτών δήλωσε άρνηση εμβολιασμού. Επειδή το ποσοστό αυτό δεν είναι αμελητέο, θα πρέπει το ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. μέσω των φορέων του υπουργείου Υγείας να οργανώσει ομάδες ενημέρωσης του πληθυσμού. Οι ομάδες αυτές θα μπορούσαν να επισκέπτονται σχολεία και να ελέγχουν την εμβολιαστική κάλυψη των μαθητών. Θα μπορούσαν να κάνουν ομιλίες σε σχολές γονέων αλλά και σε συλλόγους γονέων και κηδεμόνων και να ενημερώνουν τους γονείς, δίνοντας σχετικές πληροφορίες αλλά και παραθέτοντας στατιστικά στοιχεία για την έλλειψη παρενεργειών, αλλά και αποτελεσματικότητας του εμβολίου, ώστε να εκλείψει η αρνητική πρόθεση εμβολιασμού των παιδιών.

Κλείνοντας την έρευνα θα μπορούσαμε να πούμε ότι τα αποτελέσματά της είναι ενθαρρυντικά. Το υψηλό επίπεδο γνώσης των γυναικών, θα μπορούσε να οδηγήσει στην εφαρμογή του καθολικού εμβολιασμού των παιδιών, μέχρι την ηλικία των 18 ετών και την εφαρμογή των προληπτικών εξετάσεων (τεστ Παπανικολάου, HPV DNA TEST) σύμφωνα με τα διεθνή πρωτόκολλα ώστε στο μέλλον να πάψει να αποτελεί ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας τη δεύτερη αιτία θανάτου στο γυναικείο πληθυσμό.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Σκοπός του ερωτηματολογίου είναι η διερεύνηση των γνώσεων των εργαζομένων γυναικών εκπαιδευτικών, σχετικά με την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV) και γίνεται στο πλαίσιο της εκπόνησης διπλωματικής εργασίας του Διατμηματικού Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών στον τομέα της Υπολογιστικής Ιατρικής, της Υπολογιστικής Βιολογίας και των Εφαρμογών τους. Στο ερωτηματολόγιο εμπεριέχονται και ερωτήσεις που χρησιμοποιήθηκαν στο πρόγραμμα «ΛΥΣΙΣΤΡΑΤΗ», με επιστημονικό υπεύθυνο τον καθηγητή Μαιευτικής και Γυναικολογίας του Α.Π.Θ. Θεόδωρο Αγοραστό.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου είναι προαιρετική και ανώνυμη, ωστόσο η συμμετοχή σας κρίνεται σημαντική καθώς τα αποτελέσματα θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά και μόνο για τους σκοπούς της συγκεκριμένης έρευνας. Επισημαίνεται η τήρηση του απορρήτου και η πλήρης εχεμύθεια αναφορικά με τις πληροφορίες που αφορούν στις συμμετέχουσες. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου γίνεται από γυναίκες ηλικίας 18 ετών και άνω, και η επιλογή της απάντησης γίνεται τοποθετώντας **X** δίπλα από την απάντηση που επιθυμείτε.

Θα ήθελα να σας ευχαριστήσω εκ των πρότερων για τη βοήθεια και το χρόνο σας.

A. Ενότητα: Δημογραφικά Στοιχεία

1. Προσωπικά στοιχεία:

- Ηλικία (έτη).....
- Ηλικία εμφάνισης πρώτης έμμηνης ρύσης.ετών.
- Τόπος διαμονής:
 - Χωριό
 - Πόλη

2. Οικογενειακή κατάσταση:

- Άγαμη
- Έγγαμη
- Χήρα-Διαζευγμένη

3. Αριθμός τέκνων:.....

4. Μορφωτικό επίπεδο:

- Πανεπιστήμιο
- ΑΤΕΙ
- Μεταπτυχιακό
- Διδακτορικό

5. Εφόσον εργάζεστε σε ποια κατηγορία ανήκετε:

- Α/Βάθμια εκπαίδευση
- Β/Βάθμια εκπαίδευση

**Β. Ενότητα: Γνώσεις για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και του test pap.
Διερεύνηση συμπεριφοράς.**

1. Γνωρίζετε τι είναι το test pap:

- Ναι
- Όχι

2. Από ποιόν ενημερωθήκατε για την εξέταση; (Μπορείτε να δώσετε περισσότερες από μία απαντήσεις βάζοντας αύξοντα αριθμό ανάλογα με το βαθμό σπουδαιότητας)

- Επαγγελματία υγείας
- Οικογένεια
- Φίλοι
- ΜΜΕ
- Internet

3. Το test pap μπορεί να συμβάλει στην έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας:

- Ναι
- Όχι

4. Έχετε κάνει test pap:

- Ναι
- Όχι

5. Αν όχι γιατί; (Μπορείτε να δώσετε περισσότερες από μία απαντήσεις βάζοντας αύξοντα αριθμό ανάλογα με το βαθμό σπουδαιότητας)

- Δεν ενημερώθηκα
- Από αμέλεια
- Ντρέπομαι
- Νοιώθω ανασφάλεια
- Δεν έχω χρόνο
- Δεν είχα κανένα πρόβλημα
- Φοβάμαι για το αποτέλεσμα
- Δεν έχω εύκολη πρόσβαση
- Έχω ποιο σοβαρά προβλήματα
- Οικονομικοί λόγοι

6. Αν ναι, σε ποια ηλικία κάνατε το πρώτο test pap;.....

7. Πότε πιστεύετε ότι μια γυναίκα πρέπει να ξεκινάει να κάνει test pap:

- Όταν αρχίσει να έχει σεξουαλικές σχέσεις
- Όταν γεννήσει
- Όταν έχει γυναικολογικά προβλήματα

8. Πόσα test pap έχετε κάνει την τελευταία 5ετία;.....

9. Το test pap είναι επώδυνη εξέταση;

- Ναι
- Όχι

10. Προτιμάτε το test pap να γίνεται από:

- Γιατρό άντρα
- Γιατρό γυναίκα
- Μαία
- Αδιάφορο

11. Νομίζετε ότι ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας μπορεί να προληφθεί; (Μπορείτε να δώσετε περισσότερες από μία απαντήσεις βάζοντας αύξοντα αριθμό ανάλογα με το βαθμό σπουδαιότητας)

- Με υγιεινή διατροφή
- Με αποφυγή του καπνίσματος
- Με συντηρητικές σεξουαλικές σχέσεις
- Με το test pap

- Με συχνές εξετάσεις από γυναικολόγο
- Με εμβολιασμό για τον HPV
- Με φάρμακα και βιταμίνες

12. Γνωρίζετε πως εάν ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας διαγνωσθεί έγκαιρα είναι ιάσιμος;

- Ναι
- Όχι

Γ. Ενότητα: Γνώσεις για τον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων και το εμβόλιο για τον ιό HPV

1. Γνωρίζετε τι είναι ο ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV);

- Ναι
- Όχι

2. Γνωρίζετε πώς μεταδίδεται; (Μπορείτε να δώσετε περισσότερες από μία απαντήσεις βάζοντας αύξοντα αριθμό ανάλογα με το βαθμό σπουδαιότητας)

- Με τις τροφές
- Με τον αέρα
- Από την τουαλέτα
- Από τον ερωτικό σύντροφο
- Από τις πετσέτες
- Κληρονομικά
- Δεν ξέρω

3. Γνωρίζετε ότι υπάρχει το HPV τεστ;

- Ναι
- Όχι

4. Γνωρίζετε ότι υπάρχει εμβόλιο εναντίον του HPV;

- Ναι
- Όχι

5. Θα κάνατε η ίδια ή η κόρη σας το εμβόλιο;

- Ναι
- Όχι

6. Αν όχι γιατί: (Μπορείτε να δώσετε περισσότερες από μία απαντήσεις βάζοντας αύξοντα αριθμό ανάλογα με το βαθμό σπουδαιότητας)

- Δεν έχω ενημερωθεί επαρκώς
- Φοβάμαι τις παρενέργειες του εμβολίου
- Δεν έχω εμπιστοσύνη γενικά στα εμβόλια
- Δεν πιστεύω ότι ο καρκίνος του τραχήλου οφείλετε στον (HPV)

7. Εάν τα ασφαλιστικά ταμεία δεν κάλυπταν το κόστος του εμβολίου θα το κάνατε εσείς ή η κόρη σας;

- Ναι
- Όχι

Δ. Ενότητα: Στάση για την προληπτική ιατρική.

1. Θα θέλατε να έχετε περισσότερη ενημέρωση για τον προληπτικό έλεγχο;

- Ναι
- Όχι

2. Θα παρακολουθούσατε κάποια προγράμματα προληπτικής ιατρικής;

- Ναι
- Όχι

3. Θα συμμετείχατε σε προγράμματα προληπτικών ιατρικών εξετάσεων;

- Ναι
- Όχι

4. Η τηλεφωνική ή γραπτή υπενθύμιση για την πραγματοποίηση του επόμενου testpap θα σας βοηθούσε να είστε πιο συνεπείς;

- Ναι
- Όχι

5. Πιστεύετε ότι κινδυνεύετε να εμφανίσετε καρκίνο του τραχήλου της μήτρας;

- Ναι
- Όχι

ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

- Agorastos, T., Bontis, J., Lambropoulos, A., Constantinidis, T., Nasioutziki, M., Tagou, C., & Katsouyiannopoulos, V. (1995). Epidemiology of human papillomavirus infection in Greek asymptomatic women. *European journal of cancer prevention: the official journal of the European Cancer Prevention Organisation (ECP)*, 4(2), 159-167.
- Agorastos, T., Chatzistamatiou, K., Zafrakas, M., Siamanta, V., Katsamagkas, T., Constantinidis, T. C., . . . group, L. s. (2014). Epidemiology of HPV infection and current status of cervical cancer prevention in Greece: final results of the LYSISTRATA cross-sectional study. *European Journal of Cancer Prevention*, 23(5), 425-431.
- Al-Dubai, S., Alshagga, M. A., Al-Naggar, R. A., Al-Jashamy, K., Baobaid, M. F., Tuang, C. P., & Ab Kadir, S. (2010). Knowledge, attitudes and barriers for human papilloma virus (HPV) vaccines among Malaysian women. *Asian Pac J Cancer Prev*, 11(4), 887-892.
- American Cancer Society. Καρκίνοστοιτραχήλουτηζμήτρας.
- Ault, K. A. (2006). Epidemiology and natural history of human papillomavirus infections in the female genital tract. *Infectious diseases in obstetrics and gynecology*, 2006.
- Bäfverstedt, B. (1967). Condylomata acuminata--past and present. *Acta dermato-venereologica*, 47(5), 376.
- Benard, V. B., Johnson, C. J., Thompson, T. D., Roland, K. B., Lai, S. M., Cokkinides, V., . . . Weir, H. K. (2008). Examining the association between socioeconomic status and potential human papillomavirus-associated cancers. *Cancer*, 113(S10), 2910-2918.
- Brinton, L. A., Hamman, R. F., Huggins, G. R., Lehman, H. F., Levine, R. S., Mailin, K., & Fraumeni Jr, J. F. (1987). Sexual and reproductive risk factors for invasive squamous cell cervical cancer. *Journal of the National Cancer Institute*, 79(1), 23-30.
- Burk, R. D., Chen, Z., Harari, A., Smith, B., Kocjan, B., Maver, P., & Poljak, M. (2011). Classification and nomenclature system for human Alphapapillomavirus variants: general features, nucleotide landmarks and assignment of HPV6 and HPV11 isolates to variant lineages. *Acta dermatovenerologica Alpina, Panonica, et Adriatica*, 20(3), 113.
- Castellague, X., & Muñoz, N. (2003). Cofactors in Human Papillomavirus Carcinogenesis—Role of Parity. *Oral Contraceptives, and Tobacco Smoking J Natl Cancer Inst Mongraph*, 31, 20-28.
- Charakorn, C., Rattanasiri, S., LERTKHACHONSUK, A. a., Thanappapasr, D., Chittithaworn, S., & Wilailak, S. (2011). Knowledge of Pap smear, HPV and the HPV vaccine and the acceptability of the HPV vaccine by Thai women. *Asia-Pacific Journal of Clinical Oncology*, 7(2), 160-167.
- Cooper, C. P., Polonec, L., & Gelb, C. A. (2011). Women's knowledge and awareness of gynecologic cancer: a multisite qualitative study in the United States. *Journal of Women's Health*, 20(4), 517-524.
- Darlin, L., Borgfeldt, C., Forslund, O., Hénic, E., Hortlund, M., Dillner, J., & Kannisto, P. (2013). Comparison of use of vaginal HPV self-sampling and offering flexible appointments as strategies to reach long-term non-attending women in organized cervical screening. *Journal of Clinical Virology*, 58(1), 155-160.
- Di Giuseppe, G., Abbate, R., Liguori, G., Albano, L., & Angelillo, I. F. (2008). Human papillomavirus and vaccination: knowledge, attitudes, and behavioural intention in adolescents and young women in Italy. *British journal of cancer*, 99(2), 225.

- Dinas, K., Nasioutziki, M., Arvanitidou, O., Mavromatidis, G., Loufopoulos, P., Pantazis, K., . . . Zepiridis, L. (2009). Awareness of human papillomavirus infection, testing and vaccination in midwives and midwifery students in Greece. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 29(6), 542-546.
- DiSaia, P. J., Creasman, W. T., Mannel, R. S., McMeekin, D. S., & Mutch, D. G. (2017). *SPEC-Clinical Gynecologic Oncology*: Elsevier Health Sciences.
- Dodd, R. H., McCaffery, K. J., Marlow, L. A., Ostini, R., Zimet, G. D., & Waller, J. (2014). Knowledge of human papillomavirus (HPV) testing in the USA, the UK and Australia: an international survey. *Sex Transm Infect*, 90(3), 201-207.
- Dugué, P.-A., Rebolj, M., Garred, P., & Lynge, E. (2013). Immunosuppression and risk of cervical cancer. *Expert review of anticancer therapy*, 13(1), 29-42.
- Franco, E. L., Duarte-Franco, E., & Ferenczy, A. (2001). Cervical cancer: epidemiology, prevention and the role of human papillomavirus infection. *Cmaj*, 164(7), 1017-1025.
- Green, J., De Gonzalez, A. B., Sweetland, S., Beral, V., Chilvers, C., Crossley, B., . . . Mant, D. (2003). Risk factors for adenocarcinoma and squamous cell carcinoma of the cervix in women aged 20–44 years: the UK National Case–Control Study of Cervical Cancer. *British journal of cancer*, 89(11), 2078.
- Hoover, R. N., Hyer, M., Pfeiffer, R. M., Adam, E., Bond, B., Cheville, A. L., . . . Herbst, A. L. (2011). Adverse health outcomes in women exposed in utero to diethylstilbestrol. *New England Journal of Medicine*, 365(14), 1304-1314.
- International Collaboration of Epidemiological Studies of Cervical Cancer. (2009). Cervical carcinoma and sexual behavior: collaborative reanalysis of individual data on 15,461 women with cervical carcinoma and 29,164 women without cervical carcinoma from 21 epidemiological studies. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention*, 18(4), 1060.
- Kane, M. A., Serrano, B., de Sanjosé, S., & Wittet, S. (2012). Implementation of human papillomavirus immunization in the developing world. *Vaccine*, 30, F192-F200.
- Karamanou, M., Agapitos, E., Kousoulis, A., & Androustos, G. (2010). From the humble wart to HPV: a fascinating story throughout centuries: Springer.
- Klug, S. J., Hetzer, M., & Blettner, M. (2005). Screening for breast and cervical cancer in a large German city: participation, motivation and knowledge of risk factors. *The European Journal of Public Health*, 15(1), 70-77.
- Kreider, J. W., Howett, M. K., Wolfe, S. A., Bartlett, G. L., Zaino, R. J., Sedlacek, T. V., & Mortel, R. (1985). Morphological transformation in vivo of human uterine cervix with papillomavirus from condylomata acuminata. *Nature*, 317(6038), 639.
- Lartey, M., Joubert, G., & Cronje, H. (2003). Knowledge, attitudes and practices of rural women in South Africa regarding the Pap smear. *International journal of gynecology & obstetrics*, 83(3), 315-316.
- Lazcano-Ponce, E., Stanley, M., Muñoz, N., Torres, L., Cruz-Valdez, A., Salmerón, J., . . . Hernández-Ávila, M. (2014). Overcoming barriers to HPV vaccination: non-inferiority of antibody response to human papillomavirus 16/18 vaccine in adolescents vaccinated with a two-dose vs. a three-dose schedule at 21 months. *Vaccine*, 32(6), 725-732.
- Markowitz, L. E., Tsu, V., Deeks, S. L., Cubie, H., Wang, S. A., Vicari, A. S., & Brotherton, J. M. (2012). Human papillomavirus vaccine introduction—the first five years. *Vaccine*, 30, F139-F148.
- Nicholson, F. B., & Korman, M. G. (2004). Comparison of endoscopic procedures for colorectal cancer screening in women with mammography and Pap smear. *Gastrointestinal endoscopy*, 60(3), 400-407.

- Oscarsson, M. G., Wijma, B. E., & Benzein, E. G. (2008). 'I do not need to... I do not want to... I do not give it priority...'—why women choose not to attend cervical cancer screening. *Health Expectations*, *11*(1), 26-34.
- Papagiannis, D., Rachiotis, G., Symvoulakis, E. K., Daponte, A., Grivea, I. N., Syrogiannopoulos, G. A., & Hadjichristodoulou, C. (2013). Vaccination against human papillomavirus among 865 female students from the health professions in central Greece: a questionnaire-based cross-sectional study. *Journal of multidisciplinary healthcare*, *6*, 435.
- Plummer, M., Herrero, R., Franceschi, S., Meijer, C. J., Snijders, P., Bosch, F. X., . . . Muñoz, N. (2003). Smoking and cervical cancer: pooled analysis of the IARC multi-centric case-control study. *Cancer Causes & Control*, *14*(9), 805-814.
- Rosenthal, D., Dyson, S., Pitts, M., & Garland, S. (2007). Challenges to accepting a human papilloma virus (HPV) vaccine: a qualitative study of Australian women. *Women & health*, *45*(2), 59-73.
- Samoff, E., Koumans, E. H., Markowitz, L. E., Sternberg, M., Sawyer, M. K., Swan, D., . . . Unger, E. R. (2005). Association of Chlamydia trachomatis with persistence of high-risk types of human papillomavirus in a cohort of female adolescents. *American journal of epidemiology*, *162*(7), 668-675.
- Schiffman, M., Brinton, L., Devesa, S., Fraumeni, J., & Joseph, F. (1996). Cervical cancer. *Cancer epidemiology and prevention*, *2*, 1090-1116.
- Sutton, S., & Rutherford, C. (2005). Sociodemographic and attitudinal correlates of cervical screening uptake in a national sample of women in Britain. *Social science & medicine*, *61*(11), 2460-2465.
- Thomsen, L. T., Nygård, M., Stensen, S., Terning Hansen, B., Arnheim Dahlström, L., Liaw, K.-L., . . . Kjaer, S. K. (2017). Awareness of human papillomavirus after introduction of HPV vaccination: a large population-based survey of Scandinavian women. *European Journal of Cancer Prevention*, *26*(2), 170-178.
- Trottier, H., Mayrand, M.-H., Coutlée, F., Monnier, P., Laporte, L., Niyibizi, J., . . . Lacroix, J. (2016). Human papillomavirus (HPV) perinatal transmission and risk of HPV persistence among children: Design, methods and preliminary results of the HERITAGE study. *Papillomavirus Research*, *2*, 145-152.
- World Health Organization. (2005). IARC handbooks of cancer prevention. Volume 10: Cervix cancer screening. *IARC handbooks of cancer prevention. Volume 10: Cervix cancer screening*.
- Zimet, G. D., Weiss, T. W., Rosenthal, S. L., Good, M. B., & Vichnin, M. D. (2010). Reasons for non-vaccination against HPV and future vaccination intentions among 19-26 year-old women. *BMC women's health*, *10*(1), 27.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

- ΑγοραστόςΘ, ΒιρβίληςΔ, &ΜπόντηςΙ.Ν. (2006). *Σύγχρονες εξελίξεις στην πρόληψη του γυναικολογικού καρκίνου*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων. *Επιδημιολογία και πρόληψη HPV λοιμώξεων*.
- Μεσσήνης Ι. (2010). *Επιτομή: Μαιευτική και γυναικολογία*. Αθήνα: MDcommunications.
- Μορτάκης Α. (2007). *Γυναίκα και HPV*. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας.
- Παπαθανασίου Κ. (2002). *Γυναικολογική ογκολογία*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- Παπανικολάου Ν. (1986). *Γυναικολογία*. Θεσσαλονίκη.
- Ρούσσοσ Δ. (2015). *Μαιευτική και Γυναικολογία*. Θεσσαλονίκη: Τζιόλας.
- Τριανταφύλλου, Ι. (2018). *Στατιστικές Μέθοδοι*. Σημειώσεις μαθήματος. Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας.
- Φωτίου Σ. (2008). *Γυναικολογική ογκολογία*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης.
- Χαραμή Ε, Τσιρώνη Μ, Πρεζεράκος Π, Αγοραστός Θ, & Ζυγά Σ. (2014). Λέξεις-κλειδιά: Εμβολιασμός, HPV DNA test, Ιός των ανθρώπινων θηλωμάτων, Καρκίνος τραχήλου μήτρας, Δοκιμασία κατά Παπανικολάου ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ, 31 (3), 342-351, 2014-Ερευνητική εργασία.

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

- American Cancer Society. HPVκαιΚαρκίνος. from <https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/infectious-agents/hpv-fact-sheet>
- Brookes, L. (2016). The HPV Vaccine: Then and Now. from <https://www.medscape.com/viewarticle/866591>
- Cervarix. Φύλλο Οδηγιών χρήσης from <https://gr.gsk.com/media/545066/cervarix-pil-approved-11-11-15.pdf>
- ESMO. Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας. from <https://www.hesmo.gr/images/ESMO/ESMO-ACF-Greek-cervical-cancer-guide-patients.pdf>
- Gardasil. Φύλλο Οδηγιών χρήσης Gardasil. from https://ec.europa.eu/health/documents/communityregister/2017/20170303137256/anx_137256_el.pdf
- International agency for research on cancer. (2019). from <https://www.iarc.fr/>
- Mulcahy, N. (2013). Japan withdraws HPV vaccine recommendation for girls. *Retrieved from* <http://www.medscape.com>.
- National Cancer Institute. (01/01/1980). Comprehensive Cancer Information - National Cancer Institute. from <https://www.cancer.gov/>
- World Health Organization. (2019). Human papillomavirus (HPV) and cervical cancer. from [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-\(hpv\)-and-cervical-cancer](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-(hpv)-and-cervical-cancer)
- Αρεταίειο Νοσοκομείο. (2019). Πανεπιστήμιο Αθηνών Β΄ Μαιευτική και Γυναικολογική κλινική. Ερωτήσεις και απαντήσεις για τον ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων , για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και για το εμβόλιο για τον HPV. 2019, from <http://www.aretaiio-obgyn.com/el/hpv.html?showall=1>

- Γενικό Αντικαρκινικό Ογκολογικό Νοσοκομείο. (2019). Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας. from <http://www.agsavvas-hosp.gr>
- Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας. Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας from <http://www.nsph.gr/?page=karkinostraxiloukentra>
- Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον καρκίνο. Εθνικό πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. from [https://www.anti-cancer.gr/catalogue/Presentation Cervical Ca OCT 2012.pdf](https://www.anti-cancer.gr/catalogue/Presentation_Cervical_Ca_OCT_2012.pdf)
- Ελληνική HPV Εταιρεία. HPV (DNA) TEST. from <https://www.hpvsociety.gr/index.php/latest-news/193-hpv-dna-test>
- Ελληνική HPV Εταιρεία. Αλλαγές στο Πρόγραμμα HPV Εμβολιασμού. from <http://www.hpvsociety.gr/index.php/test/203-changeshpv vaccination>
- Ελληνική HPV Εταιρεία. Ερωτήσεις - Απαντήσεις σχετικά με τον HPV. from <https://www.hpvsociety.gr/index.php/test/199-faqhpv>
- Ελληνική HPV Εταιρεία. Ερωτήσεις – Απαντήσεις σχετικά με τον HPV. from <http://www.hpvsociety.gr/index.php/latest-news/188-hpv>
- Ελληνική HPV Εταιρεία. Καρκίνος τραχήλου μήτρας και άλλες σχετιζόμενες παθήσεις. from <http://www.hpvsociety.gr/index.php/forthepublic/brochures/283-brochure-hpv-association>
- Ελληνική HPV Εταιρεία. (2019). Στα ίχνη της καρκινογένεσης στον τράχηλο: Νέο σκεπτικό και νέες τεχνολογίες για την ανίχνευση γυναικών υψηλού κινδύνου, Θ. Αγοραστός. from <http://www.hpvsociety.gr/index.php/specialists/scientificpapers/249>
- Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία. (2019). Τεστ Παπανικολάου: Η πιο επιτυχημένη μέθοδος Προληπτικής Ιατρικής. from <http://www.cancer-society.gr>
- Ελληνική Εταιρεία Κλινικής Κυτταρολογίας Σκιαγραφώντας τη ζωή και το έργο του Γ. Παπανικολάου. from <http://www.cytology.gr/index.php?page=pap>
- Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογική Εταιρεία. Ιός Ανθρωπίνων Θηλωμάτων (HPV). 2019, from <https://hsog.gr/?p=2566>
- Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογική Εταιρεία. (2014). Πρωτογενή και Δευτερογενή πρόληψη έναντι του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. from http://hsog.gr/?page_id=2678
- Ελληνική Στατιστική Αρχή. (2016). Δελτίο Τύπου Έρευνα Υγείας : Έτος 2014 from <http://www.statistics.gr/documents/20181/1845c3bc-b9d5-41f6-89df-a5436ad3dc23>
- Υπουργείο Υγείας Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας. (2015a). Δελτίο Τύπου «Κατευθυντήριες Οδηγίες για τα τεστ Παπανικολάου. from www.eopyy.gov.gr
- Υπουργείο Υγείας Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας. (2015b). Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμού Ενηλίκων. from www.moh.gov.gr
- Υπουργείο Υγείας Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (2017). Κατευθυντήριες οδηγίες συνταγογράφησης της εξέτασης HPV DNA. from www.eopyy.gov.gr