

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	<b>8</b>
<b>ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....</b>	<b>10</b>
<b>ΜΕΡΟΣ Α΄.....</b>	<b>10</b>
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ΣΜΝ .....	10
1.1  Εννοιολογία.....	10
1.1.2  Επιδημιολογία ΣΜΝ.....	13
1.2  HPV-στοιχεία φυσιολογίας του ιού.....	14
1.2.1  Παθογένεια του ιού.....	16
1.2.2  Επιδημιολογία του ιού HPV.....	18
1.2.3  Παγκόσμιος επιπολασμός HPV-λοίμωξης.....	/19
1.2.4  Επιπολασμός HPV-λοίμωξης στην Ελλάδα.....	20
1.3  Παθογένεια του τραχήλου της μήτρας.....	21
1.3.1  Τράχηλος – ανατομικά στοιχεία .....	21
1.3.2  Καρκίνος τραχήλου της μήτρας ( <i>Αιτιολογία παθογένειας</i> ).....	23
1.3.3  Επιδημιολογία καρκίνου τραχήλου μήτρας.....	25
1.4  Παθογένεια του μαστού.....	28
1.4.1  Μαστός – ανατομικά στοιχεία.....	28
1.4.2  Καρκίνος του μαστού.....	29
1.4.3  Ιστολογικοί τύποι καρκίνου του μαστού.....	30
1.4.4  Στάδια καρκίνου του μαστού.....	33
1.4.5  Παράγοντες κινδύνου.....	34
1.4.6  Επιδημιολογία.....	36
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ.....	40
2.1  Πρωτογενής πρόληψη – Πεδία παρέμβασης.....	40
2.1.1  Εμβολιασμός για τον HPV.....	41
2.1.2  Μηχανισμός δράσης του εμβολίου .....	42
2.1.3  Παρενέργειες- ασφάλεια εμβολίου.....	43
2.2  Δευτερογενής πρόληψη.....	47
2.2.1  Τεστ-Παπανικολάου (τεστ- Παπ).....	47
2.2.2  Κατηγορίες ευρημάτων.....	49

2.2.3 Κολποσκόπηση.....	50
2.2.4 HPV Τεστ.....	51
2.2.5 Αναλογική μαστογραφία.....	52
2.2.6 Ψηφιακή μαστογραφία .....	53
2.2.7 Computer-aided detection (CAD).....	54
2.2.8 Υπερηχητική μαστογραφία.....	54
2.2.9 Γαλακτογραφία.....	54
2.2.10 Αυτοεξέταση μαστών.....	55
2.3 Στρατηγικές πρόληψης.....	57
2.3.1 Παγκόσμια στρατηγική για πρόληψη των ΣΜΝ.....	60
2.4 Εθνικά προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου.....	61
2.4.1 Προγράμματα πρόληψης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.....	61
2.4.2 Εθνικά προγράμματα πρόληψης του καρκίνου του Μαστού.....	63
2.5 Προκλήσεις στην πρόληψη.....	65
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3</b>	
<b>ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ.....</b>	<b>68</b>
3.1 Συσχέτιση του καρκίνου με τη γνώση, τις πεποιθήσεις και την ευαισθητοποίηση του πληθυσμού.....	68
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4</b>	
<b>ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ.....</b>	<b>76</b>
4.1 Επίδραση της οικονομικής κρίσης στην υγεία των πολιτών.....	76
4.2 Επιπτώσεις στα συστήματα υγείας.....	78
4.3. Οι επιπτώσεις στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας.....	78
<b>ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b>	
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ.....</b>	<b>81</b>
5.1 Σκοποί και υποθέσεις της μελέτης.....	81
5.2 Το δείγμα της μελέτης.....	82
5.2.1 Ορισμός της Στάσης.....	83
5.3 Σχεδιασμός της μελέτης.....	84
5.4 Ερωτηματολόγιο.....	85
5.4.1 Διαδικασία συλλογής των δεδομένων.....	85

5.4.2 Επιλογή κατάλληλου Εργαλείου.....	85
5.4.3 Τελικό ερωτηματολόγιο.....	87
5.4.4 Αξιοπιστία και εγκυρότητα του Ερωτηματολογίου.....	87
5.4.5 Ηθικά θέματα - Διασφάλιση της ανωνυμίας.....	88
5.5 Στατιστική ανάλυση ποσοτικών δεδομένων.....	88
5.5.1 Ποιοτική ανάλυση.....	90
5.5.2 Περιορισμοί της μελέτης.....	91
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....</b>	<b>92</b>
6.1 Περιγραφικά στοιχεία δείγματος.....	92
6.1.1 Δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά.....	92
6.2 Σεξουαλική συμπεριφορά- ιστορικό λοίμωξης από ΣΜΝ.....	94
6.3 Πηγές πληροφόρησης για τους κινδύνους από τα ΣΜΝ.....	95
6.4 Εμβολιασμός για τον HPV (Πρόθεση εμβολιασμού).....	96
6.5 Αντιλήψεις και στάσεις για το Παπ-τεστ.....	97
6.6 Αντιλήψεις και στάσεις που αφορούν το μαστογραφικό έλεγχο.....	98
6.7 Πηγές πληροφόρησης.....	99
6.8 Φορέας διενέργειας μαστογραφίας και προβλήματα κάλυψης των Ασφαλισμένων.....	100
6.9 Επίδραση οικονομικής κρίσης στον προληπτικό έλεγχο.....	101
<b>6.10 Αποτελέσματα συσχετίσεων μεταβλητών.....</b>	<b>102</b>
6.10.1 Συσχέτιση εθνικότητας με το μορφωτικό επίπεδο και την έναρξη των σεξουαλικών επαφών.....	102
6.10.2 Συσχέτιση μορφωτικού επιπέδου με την οικιστική πυκνότητα, την εθνικότητα, το μηνιαίο εισόδημα και τη συμμετοχή στην πρόληψη.....	103
6.10.3 Συσχέτιση αναγκαιότητας μαστογραφίας με το μηνιαίο εισόδημα, την ηλικία έναρξης μαστογραφίας, τη συχνότητα και τη σοβαρότητα ευρημάτων.....	103
6.10.4 Συσχέτιση συχνότητας μαστογραφίας με τη συχνότητα Παπ-τεστ και τη σοβαρότητα των ευρημάτων.....	104
6.10.5 Συσχέτιση σοβαρότητας ευρημάτων τεστ-Παπ με το ιστορικό λοίμωξης από ΣΜΝ και την αναγκαιότητα μαστογραφίας.....	105
6.10.6 Συσχέτιση πρώτου τεστ- Παπ με την ηλικία, την αναγκαιότητα τεστ-Παπ και τον εμβολιασμό για HPV.....	105

6.10.7 Συσχέτιση συχνότητας προληπτικού ελέγχου, με το ιστορικό κακοήθειας, τη σοβαρότητα των ευρημάτων μαστογραφίας και τον ανασταλτικό ρόλο της κρίσης.....	106
6.10.8 Συσχέτιση προληπτικού ελέγχου κατά την κρίση, με την αναγκαιότητα μαστογραφίας, την συχνότητα μαστογραφίας και το ιστορικό κακοήθειας μαστού.....	107
6.11 Αποτελέσματα ποιοτικών ερωτήσεων.....	109
6.11.1 Παράγοντες αποχής από τον εμβολιασμό.....	108
6.11.2 Παράγοντες αποχής από την μαστογραφία.....	110
6.11.3 Πεποίθηση επίδρασης οικονομικής κρίσης στη πρόληψη.....	114
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	115
Εισαγωγή.....	115
7.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά των γυναικών.....	116
7.2 Κοινωνικά και προσωπικά χαρακτηριστικά.....	117
7.2.1 Μορφωτικό επίπεδο.....	117
7.2.3 Οικονομική κατάσταση - Μηνιαίο εισόδημα.....	118
7.2.4 Ηλικία έναρξης σεξουαλικής ζωής.....	119
7.3 Πηγές πληροφόρησης για την πρώτη σεξουαλική επαφή και τα ΣΜΝ.....	120
7.4 Στάσεις των γυναικών απέναντι στη χρησιμοποίηση προφυλακτικού.....	121
7.5 Ιστορικό λοίμωξης από τα ΣΜΝ.....	122
7.6 Λοίμωξη από HPV.....	122
7.7 Στάσεις και αντιλήψεις των γυναικών για τον εμβολιασμό για τον HPV.....	123
7.8 Κληρονομικό ιστορικό κακοήθειας μαστού.....	125
7.9 Αποδοχή χρησιμότητας τεστ-Παπ.....	125
7.9.1 Εκδήλωση συνέπειας αντιλήψεων αποδοχής.....	125
7.10 Ψηλάφηση μαστών.....	127
7.11 Ηλικία του πρώτου ελέγχου τεστ- Παπ- μαστογραφίας.....	127
7.11.1 Συνέπεια στη συχνότητα διενέργειας τεστ- Παπ- μαστογραφίας.....	127
7.12 Ευρήματα τεστ-Παπ και μαστογραφίας.....	129
7.13 Πηγές ενημέρωσης του προληπτικού γυναικολογικού ελέγχου.....	130
7.14 Επάρκεια ασφαλιστικής κάλυψης.....	131
7.14.1 Επιλογή φορέα προληπτικού ελέγχου.....	132
7.15 Ποιότητα στην υγεία τη περίοδο της οικονομικής κρίσης.....	133
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	134
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	137

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	159
ABSTRACT.....	162
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	164
1. Ερευνητικό πρωτόκολλο.....	164
2. Πληροφορημένη συγκατάθεση γυναικών.....	173
3. Ερωτηματολόγιο.....	175
4. Συντομεύσεις.....	179

### ΠΙΝΑΚΕΣ ΓΕΝΙΚΟΥ ΜΕΡΟΥΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 Σεξουαλικά μεταδιδόμενοι παθογόνοι μικροοργανισμοί και οι αντίστοιχες λοιμώξεις τις οποίες προκαλούν.....	11
ΠΙΝΑΚΑΣ 2 Τύπος HPV και σχετιζόμενες ασθένειες.....	17
ΠΙΝΑΚΑΣ 3 Τι προκαλεί ο ιός (HPV).....	17
ΠΙΝΑΚΑΣ 4 Ταξινόμηση ευρημάτων τεστ-Παπ.....	49
ΠΙΝΑΚΑΣ 5 Κύρια εμπόδια για τις γυναίκες σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος να συμμετέχουν σε διαλογή καρκίνου τραχήλου της μήτρας ή του μαστού.....	70

### ΠΙΝΑΚΕΣ ΕΙΔΙΚΟΥ ΜΕΡΟΥΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 Δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά.....	92
ΠΙΝΑΚΑΣ 2 Σεξουαλική συμπεριφορά- ιστορικό λοίμωξης από ΣΜΝ.....	94
ΠΙΝΑΚΑΣ 3 Εμβολιασμός για τον HPV - Πρόθεση εμβολιασμού.....	96
ΠΙΝΑΚΑΣ 4 Αντιλήψεις και στάσεις για το Παπ-τεστ.....	97
ΠΙΝΑΚΑΣ 5 Αντιλήψεις και στάσεις για τη μαστογραφία.....	98
ΠΙΝΑΚΑΣ 6 Φορέας διενέργειας μαστογραφίας – προβλήματα κάλυψης των ασφαλισμένων.....	100
ΠΙΝΑΚΑΣ 7 Επίδραση οικονομικής κρίσης στον προληπτικό έλεγχο.....	101
ΠΙΝΑΚΑΣ 8 Συσχέτιση εθνικότητας με το μορφωτικό επίπεδο και την έναρξη των σεξουαλικών επαφών.....	102
ΠΙΝΑΚΑΣ 9 Συσχέτιση μορφωτικού επιπέδου με την οικιστική πυκνότητα, την εθνικότητα, το μηνιαίο εισόδημα και τη συμμετοχή στην πρόληψη.....	103
ΠΙΝΑΚΑΣ 10 Συσχέτιση αναγκαιότητας μαστογραφίας με το μηνιαίο εισόδημα, την ηλικία έναρξης μαστογραφίας, τη συχνότητα και τη σοβαρότητα ευρημάτων.....	103

ΠΙΝΑΚΑΣ 11 Συσχέτιση συχνότητας μαστογραφίας με τη συχνότητα Παπ-τεστ και τη σοβαρότητα των ευρημάτων.....	104
ΠΙΝΑΚΑΣ 12 Συσχέτιση σοβαρότητας ευρημάτων τεστ-Παπ με το ιστορικό λοίμωξης από ΣΜΝ και την αναγκαιότητα μαστογραφίας .....	105
ΠΙΝΑΚΑΣ 12 Συσχέτιση πρώτου τεστ- Παπ με την ηλικία, την αναγκαιότητα τεστ-Παπ και τον εμβολιασμό για HPV .....	105
ΠΙΝΑΚΑΣ 13 Συσχέτιση συχνότητας προληπτικού ελέγχου, με το ιστορικό κακοήθειας, τη σοβαρότητα των ευρημάτων μαστογραφίας και τον ανασταλτικό ρόλο της κρίσης.....	106
ΠΙΝΑΚΑΣ 14 Συσχέτιση προληπτικού ελέγχου κατά την κρίση, με την αναγκαιότητα μαστογραφίας, την συχνότητα μαστογραφίας και το ιστορικό κακοήθειας μαστού.....	107

## **ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ ΓΕΝΙΚΟΥ ΜΕΡΟΥΣ**

ΓΡΑΦΗΜΑ 1_Επιπολασμός των χαμηλού και υψηλού κινδύνου τύπων HPV ανάμεσα σε γυναίκες ηλικίας 14–59 ετών .....	20
ΓΡΑΦΗΜΑ 2 Κατανομή HPV τύπων σε Ελληνίδες με φυσιολογικό τεστ-Παπ.....	21
ΓΡΑΦΗΜΑ 3 Η θνησιμότητα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας στην Ελλάδα .....	28
ΓΡΑΦΗΜΑ 4 θνησιμότητα και επιπτώσεις του καρκίνου του μαστού παγκοσμίως.....	37
ΓΡΑΦΗΜΑ 5 Προτυπωμένοι κατά ηλικία δείκτες επίπτωσης του καρκίνου του μαστού.....	38
ΓΡΑΦΗΜΑ 6 Συχνότητα του καρκίνου του μαστού παγκοσμίως.....	39
ΓΡΑΦΗΜΑ 7 Αποδοχή του εμβολίου για τον HPV .....	44
ΓΡΑΦΗΜΑ 8 Ανεπαρκής ενημέρωση για το εμβόλιο.....	45
ΓΡΑΦΗΜΑ 9 Παρενέργειες εμβολιασμού εμβολίου.....	45
ΓΡΑΦΗΜΑ 10 Σύγκριση των ποσοστών ανεπιθύμητων ενεργειών του εμβολίου σε ομάδες αγοριών, κοριτσιών και νέων γυναικών.....	46
ΓΡΑΦΗΜΑ 11 Μείωση του κινδύνου εμφάνισης κρουσμάτων καρκίνου του τραχήλου της μήτρας με διαφορετικές στρατηγικές προσυμπτωματικού ελέγχου.....	62
ΓΡΑΦΗΜΑ 12 Θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού στο Ηνωμένο Βασίλειο πριν και μετά την εφαρμογή του προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου.....	63

## ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ ΕΙΔΙΚΟΥ ΜΕΡΟΥΣ

ΓΡΑΦΗΜΑ 1 Πηγές πληροφόρησης για τα ΣΜΝ.....	95
ΓΡΑΦΗΜΑ 2. Πηγές πληροφόρησης του προληπτικού γυναικολογικού ελέγχου .....	99

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η μελέτη αυτή διεξήχθη στα πλαίσια της απόκτησης του μεταπτυχιακού διπλώματος από το τμήμα της Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής πολιτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, με κατεύθυνση στους θεσμούς και πολιτικές υγείας. Το θέμα της μελέτης επιλέχθηκε, γνωρίζοντας τη σπουδαιότητα της πρόληψης, λαμβάνοντας όμως υπόψιν ένα θέμα επίκαιρο, τη οικονομική κρίση που διέρχεται η χώρα, και κατά πόσο αυτή μπορεί να διαμορφώσει στάσεις και συμπεριφορές, απέναντι στον προληπτικό γυναικολογικό έλεγχο.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την Κα Σαρίδη Μαρία για την παρότρυνση, τη βοήθεια και την καθοδήγησή της σε όλη τη διάρκεια της εκπόνησης αυτής της εργασίας. Οφείλω επίσης να ευχαριστήσω και όλες τις γυναίκες που συμμετείχαν στην μελέτη και αφιέρωσαν λίγο από τον χρόνο τους για να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο.

Τέλος θα ήθελα να αφιερώσω αυτή την εργασία στην οικογένειά μου, στον σύζυγό μου Παναγιώτη και στα παιδιά μου Γρηγόρη και Αλεξάνδρα για την ηθική συμπαράστασή τους, την πίστη τους σε εμένα και την υπομονή τους.

Κόρινθος 2014

Καπογεώργου Ελένη

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

*«το ιδανικόν μου δεν είναι να πλουτίσω, ούτε να ζήσω ευτυχής αλλά να εργασθώ, να δράσω, να δημιουργήσω, να κάμω κάτι τι αντάξιον ενός ανθρώπου ηθικού και δυνατού»*  
*Γεώργιος Ν. Παπανικολάου*

Η υγεία σύμφωνα με τον WHO ορίζεται ως μια ολότητα, όπου η **σωματική, διανοητική και συναισθηματική υπόσταση** του ατόμου λειτουργούν συνολικά, αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και παράλληλα βρίσκονται σε δυναμική ισορροπία με το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον. Η διατήρηση της υγείας, απαιτεί μια κατάσταση ισορροπίας ανάμεσα στο σώμα, το νου και το περιβάλλον, προτρέποντας τη γυναίκα να αναλάβει τις ευθύνες της, προκειμένου να παραμένει υγιής ώστε να μπορεί να εργαστεί, να δράσει και να δημιουργήσει. Η υγεία μας σύμφωνα με τον WHO εξαρτάται κατά 50% από τη συμπεριφορά μας, 20% από το περιβάλλον, 20% από την κληρονομικότητα και μόλις 10% από την ιατρική φροντίδα.

Σήμερα η έννοια του προληπτικού ελέγχου για τις σοβαρές ασθένειες που απειλούν τη ζωή της γυναίκας όπως οι γυναικολογικοί καρκίνοι και τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, είναι πιο αναγκαία από ποτέ και η μόνη λύση για τον περιορισμό αυτών των ασθενειών αλλά και τη μείωση της θνησιμότητας, είναι η πρωτογενής και δευτερογενής πρόληψη. Ο καρκίνος του τραχήλου και του μαστού, επειδή προσβάλλει τις γυναίκες στην πιο παραγωγική τους ηλικία, αποτελεί πλήγμα τόσο κοινωνικό όσο και οικονομικό. Συνεπώς η προσωπική δράση και η ευθύνη κάθε γυναίκας για το σώμα της, είναι μέγιστης σημασίας, για την ποιότητα της ζωής της, της οικογενείας της, αλλά και της κοινωνίας της οποίας αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι. Η υγεία της γυναίκας ως ζητούμενο, διαμορφώνει διεθνώς έντονο προβληματισμό και προτάσσει αναγκαιότητες, προς την κατεύθυνση ενός προγράμματος πληθυσμιακού προσυμπτωματικού ελέγχου, προκειμένου να καταπολεμηθούν αυτές οι ασθένειες, αφού έχει προστεθεί κι ένας επιπλέον αρνητικός παράγοντας για την υγεία, η “οικονομική κρίση”.

Στον γυναικείο πληθυσμό εστιάστηκαν πολλά προγράμματα ενημέρωσης, που έχουν ενεργοποιηθεί τόσο από τις κυβερνήσεις πολλών χωρών σε όλο τον κόσμο, αλλά και από φορείς όπως ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO), το Κέντρο Ελέγχου Νοσημάτων, (CDC), και η Επιτροπή Υγείας της ΕΕ. Τα προγράμματα όμως αυτά, για να έχουν θετικά αποτελέσματα, θα πρέπει να εφαρμόζονται, αφού γίνει πρώτα καταγραφή των αντιλήψεων και των στάσεων καθώς και των παραγόντων που απομακρύνουν την ομάδα στόχου από τον



προσυμπτωματικό έλεγχο έτσι ώστε να διαπιστωθούν οι πραγματικές ελλείψεις και ανάγκες, και η ενημέρωση να είναι πιο αποτελεσματική. Η πρόληψη της ασθένειας στο γυναικείο πληθυσμό στοχεύει στην πρόωμη και έγκαιρη ανίχνευση της νόσου, πριν αρχίσουν να εμφανίζονται κλινικά συμπτώματα. Αν και τα οφέλη της πρόληψης είναι προφανή, υπάρχουν πολλοί λόγοι που κάνουν τις γυναίκες να αναβάλλουν τον ετήσιο έλεγχο.

Στην παγκόσμια βιβλιογραφία δεν υπάρχουν αρκετές καταγραφές, που αφορούν στον προληπτικό γυναικολογικό έλεγχο την περίοδο της οικονομικής κρίσης, ενώ στην Ελλάδα υπάρχουν λίγες μελέτες που καταγράφουν αν και πόσο έχει επηρεάσει τις αντιλήψεις και τις στάσεις των γυναικών η συγκεκριμένη οικονομική περίοδος. Ευελπιστούμε να συνεχιστεί η μελέτη αυτή και σε μεγαλύτερο δείγμα από όλη την Ελλάδα, έτσι ώστε να ενεργοποιηθούν προγράμματα ενημέρωσης, βασισμένα στις πραγματικές ανάγκες και συνήθειες των γυναικών.

## ΜΕΡΟΣ Α΄

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

#### Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα ( ΣΜΝ)

##### 1.1 Εννοιολογία

Τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (ΣΜΝ) είναι όλα εκείνα τα νοσήματα που μεταδίδονται με τη σεξουαλική επαφή (Haydon, 2012). Η πρόληψη είναι το κλειδί για την αντιμετώπιση ανίατων ΣΜΝ όπως ο ιός HIV και HPV αποτελώντας την «πρώτη γραμμή άμυνας» της υγείας κάθε ανθρώπου. Μπορεί να αποδειχθεί πολύτιμη, τόσο για την ποιότητα ζωής της ίδιας της γυναίκας και του ερωτικού της συντρόφου, όσο και του ευρύτερου κοινωνικού συνόλου. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) , σε όλο τον κόσμο περίπου 250 εκατομμύρια άτομα προσβάλλονται από λοιμώξεις μεταδιδόμενες σεξουαλικά - μερικές φορές με τραγικές συνέπειες για τα προσβαλλόμενα άτομα, οι οποίες κυμαίνονται, από στέρωση λόγω γονόκοκκου στις γυναίκες, έως θάνατο ύστερα από προσβολή από τον ιό της ανοσολογικής ανεπάρκειας (HIV/AIDS). Ο ΠΟΥ έχει αντικαταστήσει τον όρο ΣΜΝ με τον όρο Λοιμώξεις Μεταδιδόμενες Σεξουαλικά (ΛΜΣ), για να συμπεριλάβει και τις περιπτώσεις των ατόμων χωρίς συμπτώματα.

Προδιαθεσικοί παράγοντες για την εμφάνιση ΛΜΣ θεωρούνται η έναρξη σεξουαλικής ζωής σε μικρή ηλικία, η σεξουαλική συμπεριφορά τις δύο πρώτες δεκαετίες της σεξουαλικής ζωής, οι πολλαπλοί ερωτικοί σύντροφοι και η συχνή εναλλαγή τους, το ιστορικό προηγούμενου σεξουαλικά μεταδιδόμενου νοσήματος, η λοίμωξη από τον ιό HIV, καθώς και το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο (Nyitray, 2014). Στόχος της πρωτογενούς πρόληψης είναι να αποτραπεί ο επίκτητος χαρακτήρας της λοίμωξης.

Ο αριθμός των μικροοργανισμών οι οποίοι αναγνωρίζονται σήμερα και ως σεξουαλικά μεταδιδόμενοι, υπερβαίνει τους 30. Κατατάσσονται σε όλες τις κατηγορίες των παθογόνων μικροοργανισμών (βακτήρια, μυκοπλάσματα, γλαμύδια, ιοί, μύκητες, παράσιτα και πρωτόζωα) και καθένας απ' αυτούς, εκτός από την ειδική λοίμωξη την οποία προκαλεί, συχνά μπορεί να διαγνωσθεί ως συμμετοχος σε πληθώρα πολυπαραγοντικών νοσολογικών συνδρόμων (Πίνακας 1).

**ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Σεξουαλικά μεταδιδόμενοι παθογόνοι μικροοργανισμοί και οι αντίστοιχες λοιμώξεις τις οποίες προκαλούν.**

Παθογόνος μικροοργανισμός	Λοίμωξη – Σύνδρομο
<b>Βακτήρια</b>	
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Γονόρροια (λοιμώξεις του γεννητικού συστήματος) φαρυγγίτις, επιπεφυκίτις, περιηπατίτις, βαρθολινίτις, διάσπαρτη γονοκοκκική λοίμωξη, πρόωρη ρήξη του αμνιακού σάκκου, πρόωρος τοκετός, σύνδρομο λοίμωξης του αμνιακού υγρού
<i>Chlamydia trachomatis</i>	Χλαμυδιακές λοιμώξεις του γεννητικού συστήματος, φαρυγγίτις, επιπεφυκίτις, περιηπατίτις, χοριοαμνιονίτις, πρόωρος τοκετός, μέση ωτίτις, ρινίτις και πνευμονία στα νεογνά, σύνδρομο Reiter, Αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα (ορότυποι L1, L2, L3)
<i>Mycoplasma hominis</i>	Επιλόχειος πυρετός, σαλπινγίτις.
<i>Ureaplasma urealyticum</i>	Μη γονοκοκκική ουρηθρίτις
<i>Mycoplasma genitalium</i>	Μη γονοκοκκική ουρηθρίτις σε συνδιασμό με άλλα παθογόνα
<i>Treponema pallidum</i>	Σύφιλη
<i>Gardnerella vaginalis</i>	Κολπίτις (σε συνδιασμό με άλλα παθογόνα ή κολπικά αναερόβια)
<i>Mobiluncus curtisii</i>	Κολπίτις
<i>Mobiluncus mulieris</i>	Κολπίτις
<i>Haemophilus ducreyi</i>	Μαλακό έλκος
<i>Calymmatobacterium granulomatis</i>	Βουβονικό κοκκίωμα (Donovanosis).
<i>Shigella spp</i>	Σιγκέλλωση σε MSM (men who have sex with men)
<i>Campylobacter spp</i>	Εντερίτις, πρωκτοκολίτις σε MSM
<i>Helicobacter cinaedi</i>	Πρωκτοκολίτις, δερματίτις, βακτηραιμία στο AIDS
<i>Helicobacter fenneliae</i>	Πρωκτοκολίτις, δερματίτις, βακτηραιμία στο AIDS
<i>Salmonella spp</i>	Εντερίτις, πρωκτοκολίτις, πρωκτίτις στο AIDS

**Ιοί**

HIV 1, 2 και (υπότυπος) 0 (Human Immunodeficiency Virus types 1 and 2, and subtype 0)	HIV λοίμωξη, AIDS
HSV 1, 2 (Herpes Simplex Virus 1, 2)	Πρωτολοίμωξη και υποτροπιάζων έρπης των γεννητικών οργάνων, μηνιγγίτις, νεογνικός έρπης.
HPV (Human papillomaVirus)	Οξυτενή κονδυλώματα, θυλώματα του λάρυγγα, ενδοπιθηλιακή νεοπλασία και καρκίνος του τραχήλου (μήτρας), κόλπου, αιδοίου, πρωκτού, πέους.
HAV (Hepatitis A Virus)	Οξεία ηπατίτις Α
HBV (Hepatitis B Virus)	Οξεία ηπατίτις Β, χρόνια ηπατίτις Β, ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα, οξώδης πολυαρτηρίτις, χρόνια μεμβρανώδης σπειραματονεφρίτις, μικτή κρυσφαιριναιμία, ρευματική πολυμυαλγία.
HCV (Hepatitis C Virus)	Οξεία ηπατίτις C, χρόνια ηπατίτις C, ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα, μικτή κρυσφαιριναιμία, χρόνια σπειραματονεφρίτις.
CMV (Cytomegalovirus)	Λοιμώδης μονοπυρήνωση, συγγενής CMV λοίμωξη με μεγάλη περιγεννητική θνητότητα και σοβαρές βλάβες του νεογνού π.χ. πνευματική καθυστέρηση, κώφωση. Ποικίλες βαρείες εκδηλώσεις σε ανοσοκατασταλμένους ασθενείς.
MCV (Molluscum Contagiosum Virus)	Μολυσματική τέρμινθος των γεννητικών οργάνων.
HTLV I, II (Human T-cell Lymphotropic Virus, types I and II)	Λευχαιμία T – κυττάρων στον άνθρωπο, λέμφωμα, τροπική σπαστική πάρεση.
HHV 8 (Human Herpes Virus type 8)	Σάρκωμα Kaposi, λέμφωμα, πολλαπλούν μυέλωμα, νόσος του Castleman

**Πρωτόζωα**

Trichomonas vaginalis	Κολπική τριχομονάδωση, μη γονοκοκκική ουρηθρίτις.
Entamoeba histolytica	Αμοιβάδωση σε MSM

Giardia lamblia	Λαμβλίαση σε MSM
<b>Μύκητες</b>	
Candida albicans	Αιδιοκολπίτις, βαλανίτις.
<b>Παράσιτα</b>	
Phthirus pubis	Φθειρίαση του εφηβαίου.
Sarcoptes scabiei	Ψώρα.

πηγή(Holmes et al: *Sexually Transmitted Diseases. Third edition McGraw-Hill, 2008* )

### 1.1.2 Επιδημιολογία

Τα ποσοστά ΣΜΝ παραμένουν υψηλά στα περισσότερα μέρη του κόσμου, παρά τις διαγνωστικές και θεραπευτικές εξελίξεις. Σε πολλούς πολιτισμούς, η αλλαγή σεξουαλικών ηθών και η χρήση αντισυλληπτικών χαπιών έχουν εξαλείψει τους παραδοσιακούς σεξουαλικούς περιορισμούς, ιδίως για τις γυναίκες, και οι γιατροί και οι ασθενείς έχουν δυσκολία στην αντιμετώπιση ανοιχτά και με ειλικρίνεια των σεξουαλικών ζητημάτων. Επιπλέον, η ανάπτυξη και εξάπλωση των ανθεκτικών στα φάρμακα βακτήρια (π.χ., ανθεκτικό στην πενικιλίνη gonococci) κάνει κάποια ΣΜΝ πιο δύσκολο να θεραπευτούν.

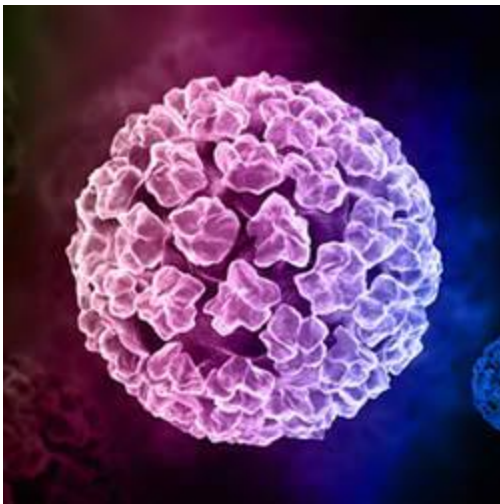
Αυτό αποδεικνύεται από την ταχεία εξάπλωση του ιού του AIDS (HIV-1) από την Αφρική προς την Ευρώπη και την Αμερική στα τέλη της δεκαετίας του 1970 (Rogers et al, 2014). Το 1996, ο ΠΟΥ εκτίμησε ότι πάνω από 1 εκατομμύριο άνθρωποι μολύνονταν καθημερινά. Περίπου το 60% των λοιμώξεων αυτών συμβαίνουν σε νέους ανθρώπους κάτω των 25 ετών και από αυτούς 30% είναι κάτω των 20 ετών. Μεταξύ των ηλικιών 14-19, ΣΜΝ εμφανίζονται συχνότερα στα κορίτσια από τα αγόρια σε μια αναλογία σχεδόν 2:1. Αυτό εξισώνεται στην ηλικία των 20. Υπολογίζεται ότι 340 εκατομμύρια νέα κρούσματα σύφιλης, γονόρροιας, γλαυιδίων και τριχομονάδων συνέβησαν σε όλο τον κόσμο το 2009(Capurro et al, 2014). Συχνές αναφορές των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων μεταξύ των σεξουαλικά ενεργών εφήβων κοριτσιών με και χωρίς συμπτώματα κατώτερου γεννητικού συστήματος περιλαμβάνουν τα χλαμύδια (10-25%), τη γονόρροια (3-18%), τη σύφιλη (0-3%), τριχομονάδες (8-16%) και τον ιό του απλού έρπητα (2-12%). Μεταξύ των εφήβων που δεν παρουσιάζουν συμπτώματα, τα ποσοστά απομόνωσης περιλαμβάνουν τα χλαμύδια (9-11%) και τη βλεννόρροια (2-3%). Τουλάχιστον μια στις τέσσερις έφηβες στις ΗΠΑ έχει ένα σεξουαλικά

μεταδιδόμενο νόσημα. Μεταξύ των κοριτσιών που παραδέχτηκαν ότι έκαναν σεξ κάτω των 18 ετών, το ποσοστό ήταν 40%. (Shapiro et al, 1999).

Το AIDS είναι η κυριότερη αιτία θνησιμότητας στην σημερινή Αφρική νοτίως της Σαχάρας. Η πλειοψηφία των μολύνσεων από τον HIV έχουν αποκτηθεί μέσω σεξουαλικών σχέσεων χωρίς προφυλάξεις μεταξύ συντρόφων, ένας εκ των οποίων έχει τον ιό HIV. Περίπου 1,1 εκατομμύρια άτομα ζουν με HIV / AIDS στις Ηνωμένες Πολιτείες και το AIDS παραμένει η κύρια αιτία θανάτου για τις Αφρο-Αμερικανίδες ηλικιών 25-34. Η ηπατίτιδα έχει επίσης χαρακτηριστεί ως μια σεξουαλικά μεταδιδόμενη ασθένεια, διότι μπορεί να μεταδοθεί σεξουαλικά. Η νόσος βρίσκεται σε παγκόσμιο επίπεδο με τα υψηλότερα ποσοστά στην Ασία και την Αφρική και τα χαμηλότερα ποσοστά στην Αμερική και Ευρώπη. Παγκοσμίως, έχουν μολυνθεί περίπου δύο δισεκατομμύρια άνθρωποι από τον ιό της ηπατίτιδας B. (Averhoff , Glass , Holtzman , 2012). Η πρόληψη της διασποράς των Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων προϋποθέτει τροποποίηση συμπεριφοράς, αντιλήψεων, συνηθειών και πρακτικών. (Friedman et al, 2014, Burr et al, 2014).

## 1.2 HPV-Στοιχεία φυσιολογίας του ιού

### Εικόνα 1 Ο ιός HPV



Πηγή (Hausen, 1999)

Ο ιός των θηλωμάτων είναι μέλος της οικογένειας *Papovaviridae*, η οποία περιλαμβάνει, επίσης, τους polyomaviruses και τους simianvacuolatingviruses. Ο HPV (**εικόνα 1**) είναι σχετικά μικρός ιός, διαμέτρου 55 nm και χαρακτηρίζεται από την απουσία φακέλου. Έχει ένα εικοσάεδρο καψίδιο, που αποτελείται από 72 καψομερή, τα οποία περιέχουν τουλάχιστον δύο πρωτεΐνες τις L1 και L2. Κάθε καψομερές περιέχει, ουσιαστικά, ένα πενταμερές της κύριας καψιδιακής πρωτεΐνης, L114 και αρκετά αντίγραφα (12 περίπου ανά ιοσωμάτιο) της

μικρότερης καψιδιακής πρωτεΐνης L215 (Calor et al, 2001). Το γονιδίωμα του HPV αποτελείται από ένα δίκλωνο κυκλικό μόριο DNA 7,9 kbp. Οι ανοιχτού πλαισίου ανάγνωσης (ORF) αλληλουχίες που κωδικοποιούν πρωτεΐνες περιορίζονται στον ένα κλώνο.

### ***Το γονιδίωμα χωρίζεται λειτουργικά σε τρεις περιοχές***

(i) Η πρώτη είναι μια μη κωδική ανοδική ρυθμιστική περιοχή 400 έως 1000 ζευγών βάσεων που αναφέρεται ως η μη κωδική περιοχή, μεγάλη ρυθμιστική περιοχή LCR, ή άνω ρυθμιστική περιοχή. Αυτή η περιοχή περικλείει τον p97 core υποκινητή, έναν ενισχυτή και έναν καταστολέα που ρυθμίζουν την αντιγραφή του DNA ελέγχοντας την μεταγραφή των ORFs. Αυτή η περιοχή επίσης εμπερικλείει το μεγαλύτερο βαθμό ποικιλομορφίας στο ικό γονιδίωμα.

(ii) Η δεύτερη είναι μια πρόιμη περιοχή, που συνίσταται από τις ORFs E1, E2, E4, E5, E6 και E7, οι οποίες εμπλέκονται στον ικό αναδιπλασιασμό και την ογκογένεση

(iii) Η τρίτη είναι μια όψιμη περιοχή, η οποία κωδικοποιεί τις L1 και L2 δομικές πρωτεΐνες από τις οποίες αποτελείται το ικό καψίδιο. (Apt, Watts, Suske, Bernard, 1996).

Ο ιός των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV) είναι ένα σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα (ΣΜΝ), από τα πλέον διαδεδομένα σε άτομα αναπαραγωγικής ηλικίας τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ο HPV ευθύνεται για το 99% των περιπτώσεων του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, ενώ ο συγκεκριμένος καρκίνος είναι ο δεύτερος πιο συχνός τύπος καρκίνου ανάμεσα στις γυναίκες διεθνώς. Οι ιοί των θηλωμάτων είναι ευρέως διαδεδομένοι και έχουν εντοπισθεί σε μια μεγάλη κατηγορία ζώων, όπως επίσης και στον άνθρωπο, παρουσιάζοντας ειδικότητα στον αντίστοιχο ξενιστή. Έχουν αναγνωρισθεί περισσότεροι από 200 τύποι HPV με βάση την DNA αλληλουχία τους.

Τουλάχιστον 85 HPV γονότυποι είναι επαρκώς χαρακτηρισμένοι. Επιπλέον 120 απομονωμένες ομάδες έχουν μερικώς χαρακτηριστεί ως πιθανοί νέοι γονότυποι του ιού

Η συσχέτιση των HPV μολύνσεων των γεννητικών οργάνων και του ΚΤΜ αναδείχθηκε για πρώτη φορά τη δεκαετία του 1980 από τον Harold zur Hausen, έναν Γερμανό βιολόγο (Hausen, 1999), (Franco, 1995). Το 1996, οιοργανισμοί, (World Health Association), (European Research Organization on Genital Infection and Neoplasia), και (National Institutes of Health Consensus Conference on Cervical Cancer), αναγνώρισαν τον HPV ως σημαντική αιτία πρόκλησης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

### 1.2.1 Παθογένεια του ιού

Οι επιστήμονες έχουν εντοπίσει περίπου 30 τύπους HPV που προσβάλλουν κυρίως τον τραχήλο, τον κόλπο, το πέος, τον πρωκτό. Με βάση τη συσχέτισή τους με τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και τις πρόδρομες αλλοιώσεις, οι HPV ταξινομούνται, σε χαμηλού και υψηλού κινδύνου. Οι τύποι χαμηλού κινδύνου περιλαμβάνουν τους τύπους 6, 11, 42, 43 και 44, ενώ οι υψηλού κινδύνου HPV περιλαμβάνουν τους τύπους 6, 18, 31, 33, 34, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68 και 70. Επιπροσθέτως στην ομάδα υψηλού κινδύνου περιλαμβάνονται και κάποια στελέχη που δεν ανευρίσκονται συχνά σε καρκίνους αλλά αποτελούν κοινό εύρημα σε πλακώδεις ενδοεπιθηλιακές βλάβες (SILs), χαρακτηριζόμενοι από μερικούς συγγραφείς σαν ενδιάμεσου τύπου (Πίνακας 2). Θα πρέπει επίσης να αναφερθεί ότι οι υπότυποι υψηλού κινδύνου σποραδικά ανευρίσκονται σε καρκινώματα του τραχήλου. (zur Hausen, 1999),

#### **ΠΙΝΑΚΑΣ 2** Τύπος HPV και σχετιζόμενες ασθένειες

<b>Πίνακας II. Τύπος HPV και σχετιζόμενες ασθένειες</b>	
Ασθένεια	Τύπος HPV
Πελματιαίο κονδύλωμα	1,2,4,63
Κοινό κονδύλωμα	2,1,7,4,26,27,29,41,57,65,77,1,3,4,10,28
Επίπεδο κονδύλωμα	3,10,26,27,28,38,41,49,75,76
Άλλες δερματικές αλλοιώσεις	6,11,16,30,33,36,37,38,41,48,60,72,73
<i>Epidermodysplasia verruciformis</i>	2,3,10,5,8,9,12,14,15,17,19,20,21,22,23,24,25,36,37,38,47,50
Παλίνδρομη αναπνευστική θηλωμάτωση	6,11
Ασθένεια του Heck	13,32
Θηλώματα καρκινώματα του Επιπεφυκότα	6,11,16
Οξυτενές κονδύλωμα	6,11,30,42,43,45,51,54,55,70
Τραχηλική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία	
Απροσδιόριστη	30,34,39,40,53,57,59,61,62,64,66,67,68,69
Χαμηλού κινδύνου	6,11,16,18,31,34,33,35,42,43,44,45,51,52,74
Υψηλού κινδύνου	16,18,6,11,31,34,33,35,39,42,44,45,51,52,56,58,66
Καρκίνος τραχήλου	16,18,31,45,33,35,39,51,52,56,58,66,68,70
Η σειρά των τύπων HPV φανερώνει τη σχετική συχνότητα. Η έντονη γραμματοσειρά προσδιορίζει τη συχνότερη συσχέτιση	

#### **Πηγή (National Institutes of Health, 2009)**

Οι HPV προσβάλλουν τα βασικά επιθηλιακά κύτταρα του δέρματος και των βλεννογόνων και κατηγοριοποιούνται ως δερματικοί ή βλεννογόνοι. Οι δερματικοί τύποι του HPV είναι επιδερμιδοτροφικοί και προσβάλλουν την επιδερμίδα των χεριών και των πελμάτων. Οι βλεννογόνοι τύποι μολύνουν τον βλεννογόνο της στοματικής κοιλότητας, του λάρυγγα, της αναπνευστικής οδού και του επιθηλίου του πρωκτού και των γεννητικών οργάνων. Οι HPV



σχετίζονται με μια ποικιλία κλινικών καταστάσεων, που ποικίλλουν από ακίνδυνες αλλοιώσεις έως τον καρκίνο (Πίνακας 3).

### **ΠΙΝΑΚΑΣ 3 Παθογένεια HPV**

<b>ΓΥΝΑΙΚΕΣ</b>	<b>ΑΝΔΡΕΣ</b>
<b>Κακοήθη νοσήματα</b>	<b>Κακοήθη νοσήματα</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Καρκίνος τραχήλου μήτρας</li> <li>• Καρκίνος αιδοίου</li> <li>• Καρκίνος κόλπου</li> <li>• Καρκίνος πρωκτού</li> <li>• Καρκίνος λάρυγγα, φάρυγγα, στοματικής κοιλότητας.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Καρκίνος πέους</li> <li>• Καρκίνος πρωκτού</li> <li>• Καρκίνος λάρυγγα, φάρυγγα, στοματικής κοιλότητας.</li> </ul>
<b>Καλοήθη νοσήματα</b>	<b>Καλοήθη νοσήματα</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Γεννητικά κονδυλώματα</li> <li>• Θηλωμάτωση λάρυγγα</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Γεννητικά κονδυλώματα</li> <li>• Θηλωμάτωση λάρυγγα</li> </ul>

*Πηγή (National Institutes of Health, 2009)*

Μελέτες έχουν δείξει ότι η ογκογόνος επίδραση του ιού αφορά και σε άλλους βλενογόννους. Ο ιός των ανθρώπινων θηλωμάτων φαίνεται πως προδιαθέτει θετικά στην εμφάνιση καρκινώματος και ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας του αιδοίου, του πρωκτού, του πέους και του κόλπου (Ferlay et al 2004, De Vuyst et al. 2008). Επιπλέον, έχει εντοπισθεί σχέση μεταξύ του λεπιδώδους καρκινώματος των κυττάρων της κεφαλής και του αυχένα με την ύπαρξη του ιού (Kreimer et al, 2005). Ο καρκίνος του στόματος και του λάρυγγα, για παράδειγμα, έχει συσχετισθεί με την νόσηση από τον ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων, σε συνδυασμό προπάντων με τη χρήση οινοπνευματωδών ποτών και το κάπνισμα (Smith et al, 1998). Ομοίως, μολονότι ένα μεγάλο ποσοστό γυναικών (50-70%) μολύνεται στη διάρκεια της ζωής τους από τον HPV, είναι προφανές ότι για την εμφάνιση, τελικά, καρκίνου στον τράχηλο απαιτείται η ύπαρξη και η δράση διάφορων άλλων ενδογενών (πιθανώς γονιδιακών) και εξωγενών (καπνίσματος, ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων, περιβάλλοντος) παραγόντων.

### **1.2.2 Επιδημιολογία του ιού HPV**

Η ευρέως γνωστή και καλώς τεκμηριωμένη ογκογόνος δράση από συγκεκριμένα στελέχη της οικογένειας του HPV αφορά στο γυναικείο γεννητικό σύστημα με πρώτο τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. (Clifford, et al, 2005). Ενδεικτικά αναφέρεται ότι σύμφωνα με πρόσφατη επιδημιολογική καταγραφή στις ΗΠΑ ο συνολικός υψηλός κίνδυνος επιπολασμού της νόσου ανέρχεται στο 23%, ενώ η κύρια ηλικιακή ομάδα που προσβάλλεται από τον ιό είναι νεαρά άτομα 14-19 ετών (35%), (CDC, 2008). Σύμφωνα με πολύ πρόσφατη μελέτη που διεξήχθη στον ελληνικό πληθυσμό, η ανίχνευση του ιού με προληπτικές γυναικολογικές εξετάσεις ανέρχεται στο 22.7% του πληθυσμιακού δείγματος, ποσοστό το οποίο δικαίως κρίνεται από τους ερευνητές ως ιδιαίτερος υψηλό (Stamataki et al, 2010). Ενοχοποιείται συγκεκριμένα για το θάνατο 250.000 γυναικών ετησίως, ενώ 500.000 νέες περιπτώσεις καταγράφονται κάθε χρόνο (World Health Organization, 2008).

Η μετάδοση του HPV πραγματοποιείται, μέσω της δερματικής επαφής. Επιδημιολογικές μελέτες υποδεικνύουν ότι ο κίνδυνος μόλυνσης των γεννητικών οργάνων από τον ιό και η ανάπτυξη καρκίνου του τραχήλου της μήτρας επηρεάζονται από τη σεξουαλική δραστηριότητα, με μεγαλύτερο κίνδυνο τον επιπολασμό της νόσου στο φοιτητικό πληθυσμό. (Burak. & Meyer, 1998). Η πολυγαμική στάση του ενός ή και των δύο ερωτικών συντρόφων και η έναρξη σεξουαλικής δραστηριότητας από μικρή ηλικία αυξάνουν τον κίνδυνο μόλυνσης. Προληπτικά μέτρα, όπως για παράδειγμα η χρήση προφυλακτικού, δεν είναι επαρκώς προστατευτικά, μιας και ο ιός μπορεί να μεταδοθεί μέσω επαφής με μολυσμένους χειλικούς, οσχεϊκούς ή πρωκτικούς ιστούς, (περιοχές που δεν προστατεύονται από το προφυλακτικό). Έχει παρατηρηθεί, επίσης πως η παρατεταμένη έκθεση σε μολυσμένο ρουχισμό, μπορεί να αποτελέσει παράγοντα μετάδοσης του ιού.

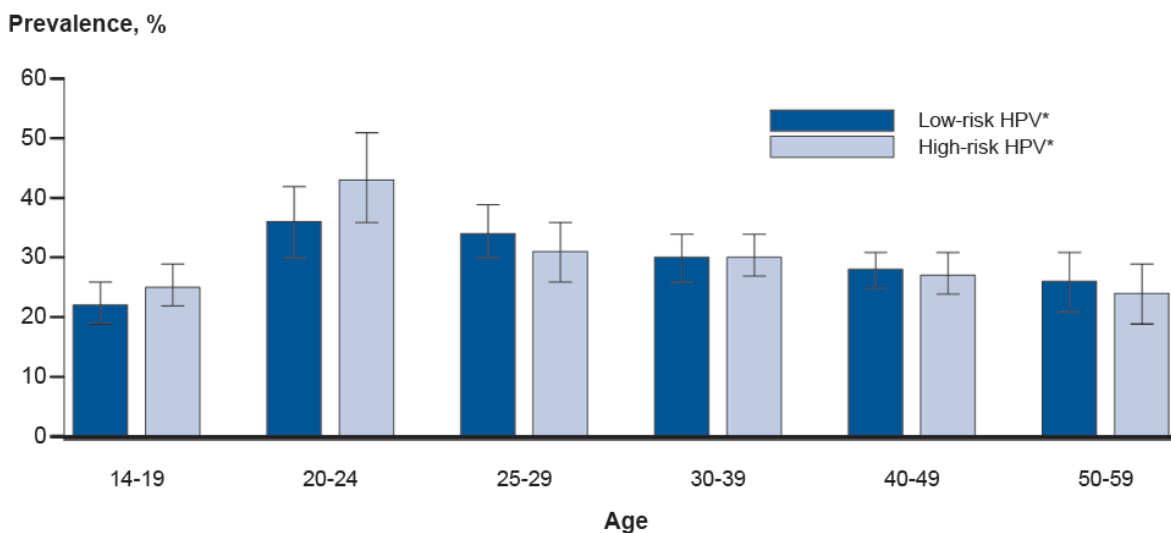
### **1.2.3 Παγκόσμιος επιπολασμός HPV-λοίμωξης**

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα πολυκεντρικής μελέτης 11 χωρών (Νιγηρία, Ινδία, Βιετνάμ, Ταϊλάνδη, Κορέα, Κολομβία, Αργεντινή, Χιλή, Ολλανδία, Ιταλία και Ισπανία), ο επιπολασμός της HPV-λοίμωξης ήταν μεγαλύτερος στη Νιγηρία (25,6%) και μικρότερος στην Ισπανία (1,4%),(Clifford et al, 2005). Στις ΗΠΑ, ο οργανισμός NHANES (National Healthand Nutrition Examination Survey), διεξήγαγε έρευνα το 2003-2004, για τον επιπολασμό της HPV μόλυνσης στο γυναικείο πλυσμό. Το δείγμα της μελέτης ήταν 1.921 γυναίκες ηλικίας 14-59 ετών. Τα

αποτελέσματα έδειξαν πως ο επιπολασμός ήταν 26,8%, με μεγαλύτερο ποσοστό (44,8%) στις ηλικίες 20–24 ετών. Αργότερα, το 2011 δημοσιεύθηκε από τον ίδιο οργανισμό μια ακόμα έρευνα με το ίδιο αντικείμενο μελέτης, εξετάζοντας τη χρονική περίοδο 2003-2006, σε δείγμα 5178 γυναικών. Τα αποτελέσματα, σε αυτήν την μελέτη, έδειξαν πως ο συνολικός επιπολασμός οποιουδήποτε τύπου HPV άγγιζε το 42,5%, μεταξύ των ηλικιών 14 -59.

Το μεγαλύτερο ποσοστό παρατηρήθηκε και πάλι, σε γυναίκες ηλικίας 20-24 ετών (53,8%) (**Γράφημα 1**) (Hariri et al, 2003– 2006). Τα ευρήματα μπορούν να εξηγηθούν, αφενός λόγω της έντονης σεξουαλικής δραστηριότητας, αφ'ετέρου λόγω φυσιολογικής παθολογονατομίας. Οι περισσότεροι καρκίνοι του τραχήλου προέρχονται από την ζώνη μετασχηματισμού μεταξύ του κυλινδρικού επιθηλίου του ενδοτραχήλου και του πλακώδους επιθηλίου του εξωτραχήλου. Στο σημείο αυτό, παρατηρούνται συνεχείς μεταπλαστικές αλλαγές. Ο μεγαλύτερος κίνδυνος για μόλυνση με HPV συμπίπτει με τη μεταπλαστική δραστηριότητα, διαδικασία που λαμβάνει χώρα κατά την εφηβεία και την πρώτη εγκυμοσύνη, ενώ φθίνει μετά την εμμηνόπαυση. Για αυτό το λόγο, η HPV μόλυνση είναι συχνότερη στις σεξουαλικά ενεργές γυναίκες, από το δέκατο όγδοο έως το τριακοστό έτος της ηλικίας τους, παρουσιάζοντας αξιοσημείωτη μείωση έπειτα από αυτή την ηλικία.

**ΓΡΑΦΗΜΑ 1.** Επιπολασμός των χαμηλού και υψηλού κινδύνου τύπων HPV ανάμεσα σε γυναίκες ηλικίας 14–59 ετών



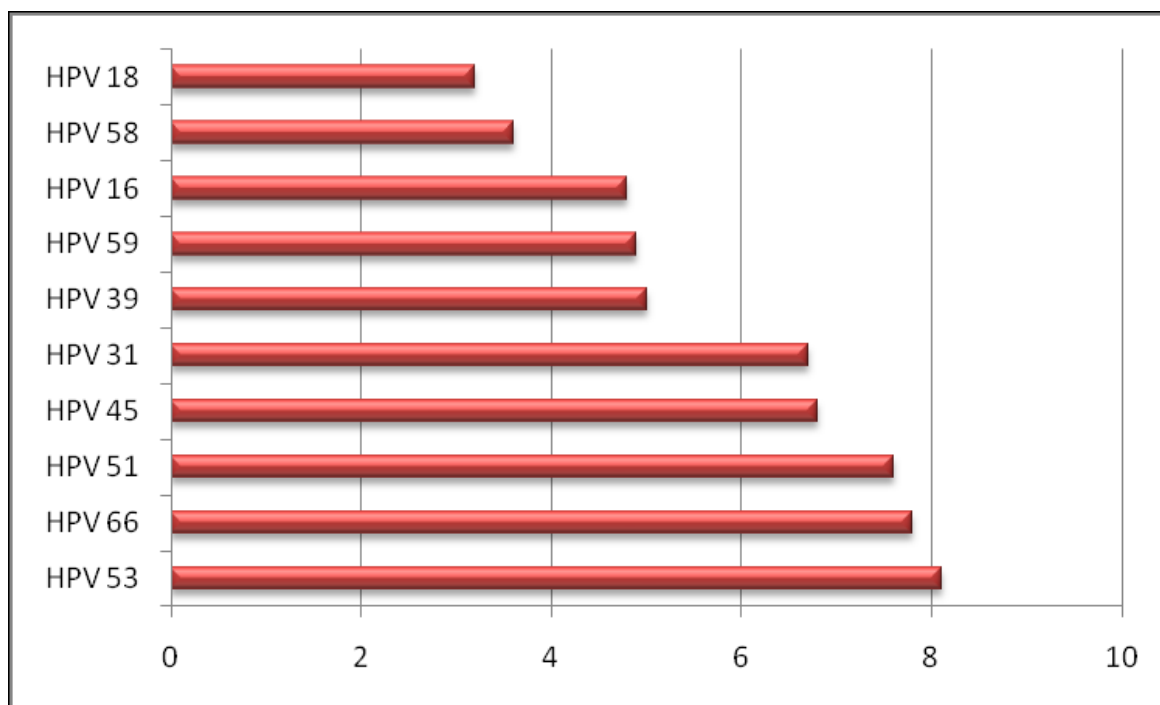
πηγή (Hariri et al, 2003– 2006)

#### 1.2.4 Επιπολασμός HPV-λοίωξης στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα, σε μελέτη που διεξήχθη στο Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών με τη συμμετοχή 1.636 γυναικών ηλικίας 18–48 ετών, βρέθηκε ότι ο επιπολασμός της HPV λοίμωξης ήταν 75,4% σε γυναίκες με παθολογικά κυτταρολογικά ευρήματα και 24,6% σε γυναίκες χωρίς

παθολογικό κυτταρολογικό εύρημα (Panotopoulou et al, 2007). Σε μια δεύτερη μελέτη των ίδιων το 2009 που πραγματοποιήθηκε στο Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, με τη συμμετοχή 225 γυναικών που παρακολουθούνταν στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία του Δημόσιου Μαιευτηρίου της Αθήνας, βρέθηκε πως το 22,7% του εξεταζόμενου πληθυσμού ήταν θετικές στο HPV, με το 57,1 να αφορά νεαρές γυναίκες 16-20 ετών.(**Γράφημα 2**).Μια πρόσφατη μελέτη στην Ελλάδα σε γυναίκες με φυσιολογικό τραχηλικό επίχρισμα έδειξε ότι το HPV-DNA ήταν θετικό σε ποσοστό 23,6%.(Kroupis C et al, 2007)

**ΓΡΑΦΗΜΑ 2** Κατανομή HPV τύπων σε Ελληνίδες με φυσιολογικό τεστ-Παπ



Πηγή (Kroupis, Thomopoulou 2007)

Ο HPV-53 ήταν ο συχνότερος υπότυπος που απομονώθηκε, είτε μόνος του είτε σε συνδυασμό με άλλους HPV-υποτύπους. Από αντίστοιχες μελέτες σε διαφορετικούς πληθυσμούς βρέθηκε ότι ο HPV-16 ήταν επίσης ο πιο κοινός ογκογόνος από τους HPV-υποτύπους. Είναι πλέον επιστημονικά τεκμηριωμένο ότι ο HPV-16 είναι ο συχνότερος υπότυπος HPV που απομονώνεται σε καρκίνο του τραχήλου της μήτρας παγκόσμια.

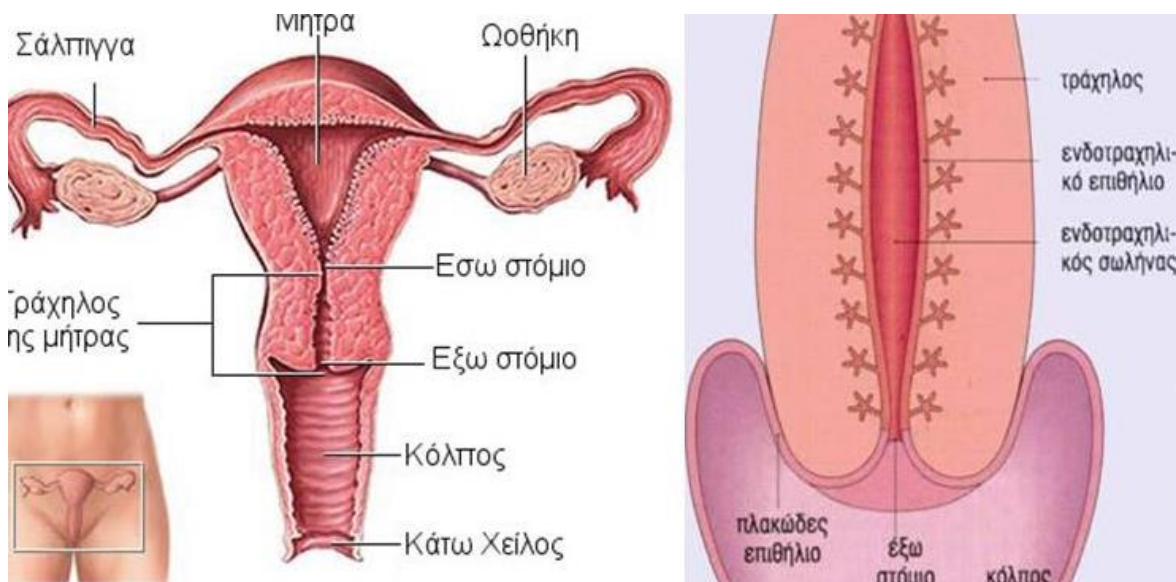
(Matos et al, 2003)

### 1.3 Παθογένεια του τραχήλου της μήτρας

#### 1.3.1 Τράχηλος – ανατομικά στοιχεία

Ο τράχηλος αποτελεί το κατώτερο, στενό τμήμα της μήτρας το οποίο εισέρχεται στον κολεό και με αυτό τον τρόπο διαιρείται σε υπερκολεϊκό και ενδοκολεϊκό μέρος. Η κοιλότητα του τραχήλου, ο τραχηλικός σωλήνας, έχει σχήμα ατρακτοειδές και επικοινωνεί με την κοιλότητα του σώματος της μήτρας με το έσω στόμιο της μήτρας και με την κοιλότητα του κολεού με το έξω στόμιο της μήτρας. (Richard, Snell, 2000) Ιστολογικά το στρώμα του τραχήλου αποτελείται από λείες μυϊκές ίνες και ίνες κολλαγόνου των οποίων η αναλογία ποικίλλει με την ηλικία. Ο ενδοτραχηλικός αυλός, επενδύεται από υψηλό μονόστιβο κυλινδρικό βλεννοεκκριτικό επιθήλιο του οποίου οι πτυχές και οι εσοχές μέσα στο στρώμα σχηματίζουν σύνθετους αδένες και κρύπτες. Η εξωτερική επιφάνεια του τραχήλου που προβάλλει στον αυλό του κόλπου και εφάπτεται με τους κολπικούς θόλους (εξωτράχηλος) καλύπτεται από μη κερατινοποιημένο πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο. (Εικόνα 2).

Εικόνα (2) Ανατομικά στοιχεία της μήτρας



(πηγή Μανταλενακης, 1996).

Το σημείο στο οποίο ενώνονται τα δύο επιθήλια είναι γνωστό ως ζώνη μετασχηματισμού. (εικόνα 2). Στο σημείο αυτό τα κυλινδρικά κύτταρα μετατρέπονται σε πλακώδη, συνεχώς κατά τη διάρκεια της ζωής της γυναίκας. Ως πλακώδης μεταπλασία του τραχήλου ορίζεται η αντικατάσταση ενός τύπου κυττάρων με άλλο ώριμο τύπο κυττάρων. Η περιοχή του τραχήλου όπου το κυλινδρικό επιθήλιο αντικαθίσταται από το νέο μεταπλαστικό πλακώδες επιθήλιο είναι γνωστή ως ζώνη μετάπλασης. Η ζώνη μετάπλασης είναι η περιοχή του τραχήλου όπου λαμβάνει χώρα η διαδικασία βαθμιαίας αντικατάστασης των άωρων κυλινδρικών κυττάρων με νέο ώριμο μεταπλαστικό πλακώδες επιθήλιο.

### 1.3.2 Καρκίνος τραχήλου της μήτρας

#### *Αιτιολογία παθογένειας του τραχήλου.*

Ένας από τους βασικούς παράγοντες του καρκίνου του τραχήλου είναι η μόλυνση από HPV. Κατά τη διάρκεια μιας σεξουαλικής επαφής όπου ένας εκ των δύο συντρόφων έχει μολυνθεί, η φυσική επαφή μεταξύ των γεννητικών οργάνων μπορεί να επιτρέψει τη μετάδοση του ιού. Πρόσφατες επιδημιολογικές μελέτες της νεοπλασίας του τραχήλου της μήτρας κατέδειξαν άμεση αιτιώδη σχέση της νεοπλασίας του τραχήλου της μήτρας με τη σεξουαλική δραστηριότητα με πολλούς σεξουαλικούς συντρόφους, όπως επίσης και πρόωμη έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας. (Xiao et al, 2010).

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι η σεξουαλική δραστηριότητα σχετίζεται με την ανάπτυξη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Η ηλικία έναρξης της σεξουαλικής δραστηριότητας, ειδικότερα όταν αυτή είναι κάτω των 17 ετών καθώς και ο αριθμός των σεξουαλικών συντρόφων αποτελούν σημαντικούς παράγοντες. Ένας άλλος σημαντικός παράγοντας θεωρείται το κάπνισμα. Η επίδραση του καπνίσματος φαίνεται ότι είναι ανεξάρτητη άλλων παραγόντων, όπως της μεθόδου αντισύλληψης, της ηλικίας πρώτης κύησης και της κοινωνικής τάξης. Η χρήση αντισυλληπτικών δισκίων έχει επίσης θεωρηθεί ως ένας παράγοντας κίνδυνου. Αυτό στηρίζεται κυρίως σε επιδημιολογικές μελέτες, αλλά είναι δύσκολο να απομονωθεί ως ανεξάρτητος παράγοντας, αφού η προφύλαξη από ανεπιθύμητη κύηση, που παρέχουν τα αντισυλληπτικά δισκία, απελευθερώνει τις σεξουαλικές σχέσεις, οι οποίες από μόνες τους ενεργούν ως παράγοντας κίνδυνου.

Άλλοι παράγοντες είναι η πολυτοκία και το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο. Έτσι, σε αρκετές χώρες της Ν. Αμερικής και της Ασίας με χαμηλό επίπεδο διαβίωσης, ο καρκίνος του τραχήλου θεωρείται μια από τις σημαντικότερες αιτίες θανάτου στις γυναίκες. Κατά πόσο

διατροφικοί παράγοντες παίζουν ρόλο, δεν είναι γνωστό. Ενδεχομένως, η έλλειψη φιλικού οξέος και βιταμίνης C να παίζει κάποιο ρόλο, αν και αυτό δεν έχει διευκρινισθεί. Εκτός από τη σεξουαλική δραστηριότητα της γυναίκας, σημασία επίσης έχει και η σεξουαλική συμπεριφορά του άνδρα-συντρόφου της. Πράγματι, ο αριθμός των σεξουαλικών συντρόφων-γυναικών του συζύγου αποτελεί σημαντικό παράγοντα κίνδυνου για τη γυναίκα σύμφωνα με μια μελέτη (WoodB et al, 2014), ο σχετικός κίνδυνος είναι 7.8 φορές μεγαλύτερος για 15 ή περισσότερες εξωσυζυγικές συντρόφους.

Οι παράγοντες, που αναφέρθηκαν ότι παίζουν ρόλο για την ανάπτυξη CIN, παίζουν επίσης ρόλο και για τον διηθητικό καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Πρόσφατες επιδημιολογικές μελέτες (Kulmala et al, 2007, Alibegashvili et al, 2011, Tachezy, et al, 2013), του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας κατέδειξαν μια αιτιώδη σχέση της σεξουαλικής δραστηριότητας και του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων ( ιοί HPV) έχουν αναδειχθεί ως βασικοί ύποπτοι, όπως venerally μεταδίδοντας καρκινογόνες ουσίες, (εικόνα 3 ). Οι Ιοί HPV χωρίζονται σε δύο μεγάλα στρατόπεδα : χαμηλής επικινδυνότητας , που σχετίζεται με καρκίνο του τραχήλου και κονδυλώματα και CIN 1 Οι υψηλού κινδύνου τύποι (κυρίως 16 και 18 ) , βρέθηκαν στο 50-80 % των CIN 2 και CIN 3 βλάβες , και το 90 % των καρκίνων . Αυτή η συσχέτιση με τον καρκίνο είναι πολύ ισχυρή , με απόδοση αναλογίες > 15 (συχνά πολύ υψηλότερο ) σε μελέτες ασθενών-μαρτύρων που είναι μεθοδολογικά ορθή.

Οι ιοί HPV έχουν επίσης ανιχνευθεί σε ένα ευρύ φάσμα των ασυμπτωματικών ελέγχων , υποδεικνύοντας ότι τα άλλα γεγονότα που απαιτούνται για την ανάπτυξη της νεοπλασίας , όπως οι ιικές επιμονές και / ή αλλοιωμένη έκφραση των ιικών γονιδίων , συχνά μετά από την ενσωμάτωση του ιικού γονιδιώματος. Αυτό αφήνει τις δύο μεγάλες ιικών ογκογονιδίων , E6 και E7 , άμεσα συζευγμένο με ιογενείς υποκινητές και ενισχυτές , επιτρέποντας τη συνεχή έκφραση τους μετά την ολοκλήρωση. Υψηλού κινδύνου HPV E7 πρωτεΐνες συνδέονται και να απενεργοποιούν την πρωτεΐνη Rb , ενώ E6 p53 δεσμεύουν πρωτεΐνες και κατευθύνει την ταχεία υποβάθμιση της .Μια σειρά υποθετικών συμπαραγόντων έχει εμπλακεί σε εξέλιξη(Chironna, et al, 2013),

**ΕΙΚΟΝΑ 3** Στάδια καρκινογένεσης HPV λοίμωξης



- 
- **τύποικαι παραλλαγές HPV**
  - **Πράγοντες ξενιστή:**
    - Γεννητικοί παράγοντες
    - Ανοσολογικοί παράγοντες
  - **Ορμονικοί παράγοντες**
    - Μακρά χρήση αντισυλληπτικών πολυτοκία
  - **κάπνισμα**
  - **HSV-2**

*Πηγή (Αγοραστός 2007)*

HLA τύπου, ανοσοκαταστολή, σεξουαλικές στεροειδείς ορμόνες, και το κάπνισμα . Περισσότερες από αυτές τις συμπαράγοντες φαίνεται να επηρεάζουν την εξέλιξη σε CIN 3 Η φυσική ιστορία περιλαμβάνει την εξέλιξη σε CIN 3 σε 10 % των CIN 1 και το 20 % των περιπτώσεων CIN 2 , λαμβάνοντας υπόψη ότι τουλάχιστον 12 % των CIN 3 περιπτώσεις να εξελιχθούν σε διηθητικό καρκίνωμα τραχήλου της μήτρας αδενική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία ( CGIN ) συχνά συνυπάρχει με πλακώδες CIN , και προκαρκινικές δυναμικό υψηλής ποιότητας

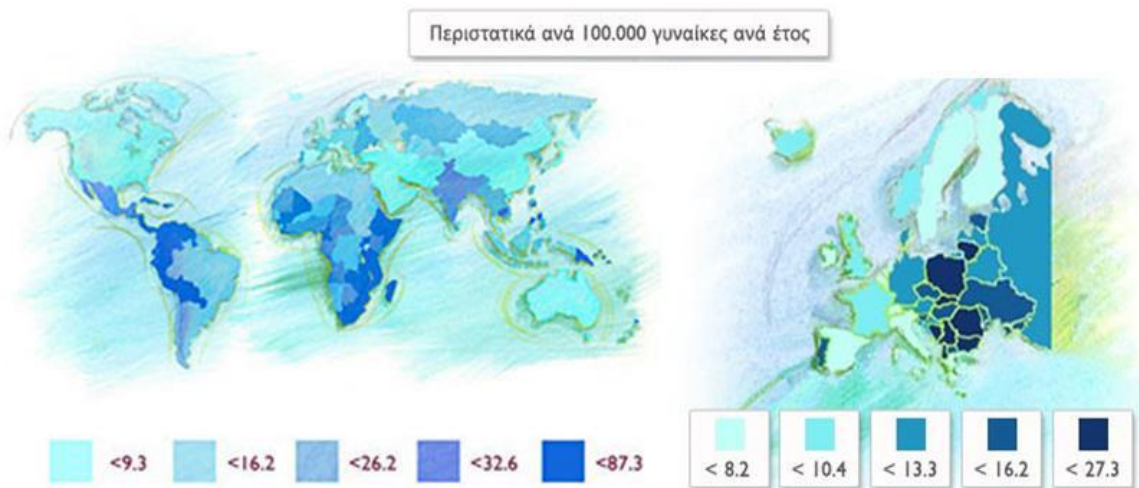


CGIN δεν υπάρχει αμφιβολία , αλλά η φυσική ιστορία της χαμηλής ποιότητας CGIN παραμένει αβέβαιη . Ένα υψηλό ποσοστό των βλαβών CGIN και αδenoκαρκινώματα είναι HPV θετικά και ο τύπος HPV 18 έχει ενοχοποιηθεί περισσότερο για τις αδενικές πλακώδεις αλλοιώσεις (Kulmala et al, 2007),

### **1.3.3 Επιδημιολογία**

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι ο δεύτερος συχνότερος καρκίνος σε γυναίκες κάτω των 45 ετών, ενώ αποτελεί την τρίτη αιτία θανάτου από καρκίνο στις γυναίκες παγκοσμίως, μετά τον καρκίνο του μαστού και του πνεύμονα. Κάθε χρόνο, υπολογίζεται ότι πεθαίνουν 270.000 γυναίκες παγκοσμίως και 30.000 γυναίκες σε Ευρωπαϊκό επίπεδο από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Στην Ευρώπη δηλαδή πεθαίνει μια γυναίκα κάθε 18 λεπτά από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. (Εικόνα 4). Επιπλέον, κάθε χρόνο διαγιγνώσκονται 60.000 νέα περιστατικά καρκίνου του τραχήλου της μήτρας στην Ευρώπη και περίπου 600 στην Ελλάδα, ενώ υπολογίζεται επίσης ότι ετησίως 250 Ελληνίδες χάνουν τη μάχη με το θάνατο εξαιτίας αυτής της νόσου.(Ferlay et al, 2010). Πάνω από το 85 % της παγκόσμιας λοίμωξης από HPV συμβαίνει στις αναπτυσσόμενες χώρες , συμπεριλαμβανομένης της Ανατολικής , Δυτικής και Κεντρικής Αφρικής , την Κεντρική Αμερική , Νότιο-Κεντρική Ασία και τη Μελανησία , όπου είναι η κύρια αιτία του καρκίνου που σχετίζονται θανάτου μεταξύ των γυναικών (Arbyn , et al, 2011) Τα υψηλότερα παγκοσμίως ετήσια ποσοστά αναφέρονται σήμερα για τη Ρουμανία και τη Λιθουανία (13,7/100.000 και 10,0/100.000, αντιστοίχως) και τα χαμηλότερα στη Φινλανδία (1,1/100.000) και Ελλάδα (< 2/100.000).

#### **Εικόνα 4: Επιπολασμός καρκίνου του τραχήλου της μήτρας παγκοσμίως**



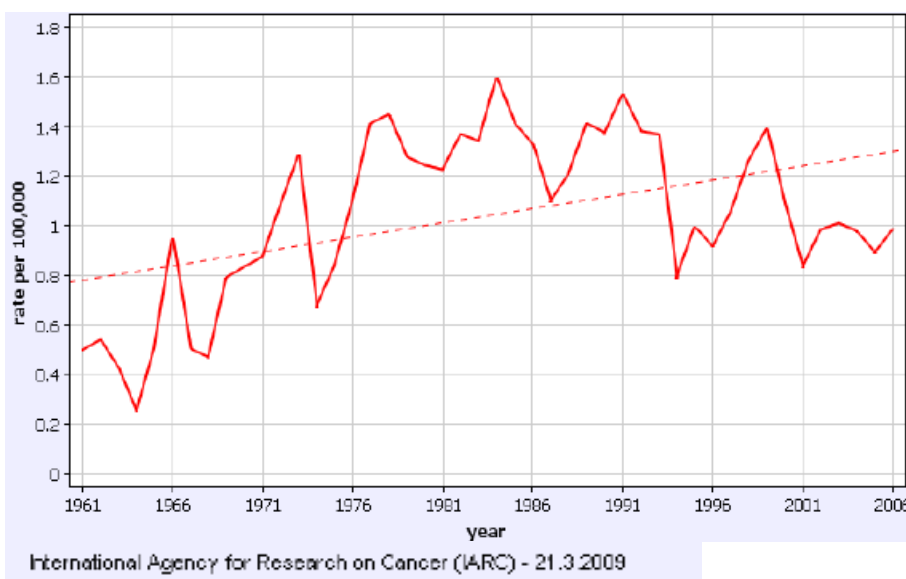
**Πηγή:** [http://emvolioktm.gr/key\\_facts.html](http://emvolioktm.gr/key_facts.html)

Ενώ η συχνότητα εμφάνισης και θνησιμότητας του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας έχουν μειωθεί σημαντικά στις ανεπτυγμένες χώρες , το 83% όλων των νέων κρουσμάτων που συμβαίνουν κάθε χρόνο και το 85 % όλων των θανάτων από τη νόσο συμβαίνουν στις αναπτυσσόμενες χώρες. Μια μεγάλη ανάλυση, που περιλαμβάνει περισσότερες από ένα εκατομμύριο γυναίκες έδειξε, ότι τα υψηλότερα ποσοστά συχνότητας καρκίνου του τραχήλου παρατηρήθηκαν στην Υποσαχάρια Αφρική ( 24 % ) , Ανατολική Ευρώπη ( 21,4 % ) , και τη Λατινική Αμερική ( 16,1 % ) , (Bruni et al 2010). Ο καρκίνος του τραχήλου είναι η πιο κοινή μορφή καρκίνου μεταξύ των γυναικών στην υποσαχάρια Αφρική . Η συχνότητα εμφάνισης είναι σχετικά με την αύξηση σε ορισμένες χώρες . Η γνώση και η συνειδητοποίηση αυτής της ασθένειας στην ήπειρο είναι πολύ κακή και η θνησιμότητα εξακολουθεί να είναι πολύ υψηλή. Προγράμματα για την πρόληψη και τη θεραπεία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι ακόμη πολύ ανεπαρκή σε πολλές χώρες της περιοχής (Anorlu, 2008).

Οι χώρες της Ανατολικής Ευρώπης εξακολουθούν να αντιμετωπίζουν υψηλή συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, λόγω έλλειψης των κατάλληλων προγραμμάτων πρόληψης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας , και της ανεπάρκειας του HPV επιδημιολογικών ερευνών (Arbyn et al, 2007, Todorova et al, 2009). Μελέτες που έχουν αναλύσει HPV κατανομή γονότυπων στις χώρες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης, (Kuimala 2007, Alibegashvili ,et al 2011, Tachezy , et al 2013), ανέφερε πρόσφατα περιστατικά καρκίνου του τραχήλου άνω του 28% στον πληθυσμό της Τσεχίας. Από ορισμένες στατιστικές υπολογίζεται ότι περίπου 1 στα 60 θήλεα νεογνά θα αναπτύξουν διηθητικό καρκίνο του τραχήλου της μήτρας σε κάποιο στάδιο της ζωής τους. Στις ΗΠΑ, αλλά και σε άλλες χώρες έχει παρατηρηθεί μείωση των θανάτων από τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας κατά περίπου 60%.

Εκτός από την πτωτική τάση στη συχνότητα, μεταβολές έχουν επίσης παρατηρηθεί κατά ηλικίες και στον τύπο της νεοπλασίας, με αύξηση της συχνότητας της ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας σε νέες γυναίκες. Η μεταβολή αυτή, σε χώρες που έχουν υπηρεσίες καταγραφής των περιπτώσεων καρκίνου του τραχήλου, έχει σαφή σχέση με την εφαρμογή προγραμμάτων μαζικού ελέγχου. Η ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία του τραχήλου έχει αυξηθεί σημαντικά σε ηλικίες μεταξύ 20 και 39 ετών. Από διάφορες στατιστικές προκύπτει ότι η μέγιστη συχνότητα για τον καρκίνο *in situ* εμφανίζεται μεταξύ 30 και 40 ετών, ενώ για το διηθητικό καρκίνο μεταξύ 40 και 50 ετών (Moscicki et al, 2006, PRB and ACCP, 2004)

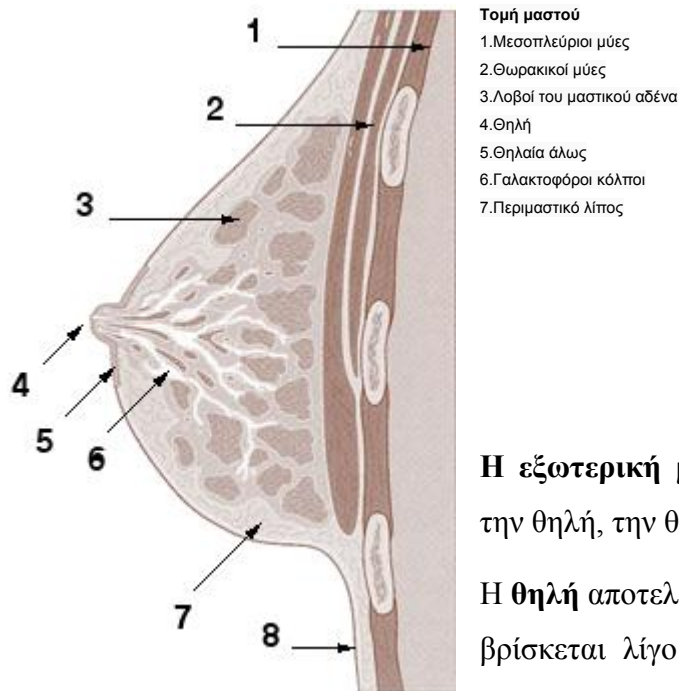
**ΓΡΑΦΗΜΑ 3 Η θνησιμότητα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας στην Ελλάδα**



Στην Ελλάδα η σταθμισμένη για την ηλικία επίπτωση είναι 7,2/100000 και η σταθμισμένη για την ηλικία θνησιμότητα είναι 2,1/100000. Στην Ελλάδα παρατηρείται αύξηση της θνησιμότητας μετά το 1960 και σταθεροποίηση χωρίς πτωτική τάση, το διάστημα 1980 -2009.

## 1.4 Παθογένεια του μαστού

### 1.4.1. Μαστός – ανατομικά στοιχεία



**Η εξωτερική μορφολογία του μαστού** περιλαμβάνει την θηλή, την θηλαία άλω και τα αλωαία οζίδια.

Η **θηλή** αποτελεί έπαρμα του δέρματος του μαστού που βρίσκεται λίγο πιο κάτω και έξω από το μέσο του μαστού. Στην κορυφή της υπάρχουν 15-20 στόμια όπου

καταλήγουν οι γαλακτοφόροι πόροι. Το ύψος της θηλής είναι περίπου 1-1,5 cm και αυξάνει κατά την γαλουχία (θηλασμός). Το καστανέρυθρο χρώμα της θηλής οφείλεται στην άφθονη παρουσία μελανίνης ουσίας.

Η **θηλαία άλως** αποτελεί υποστρόγγυλη και ελαφρά επηρμένη περιοχή γύρω από την θηλή με διάμετρο 1,5-6 cm. Στην επιφάνεια της θηλαίας άλω υπάρχουν μικρά επάρματα, τα **θηλαία οζίδια** τα οποία έχουν ως υπόθεμα τους αλωαίους αδένες. Οι **αλωαίοι αδένες** είναι κυρίως σμηγόνιοι, αλλά και σμηγματογόνοι και υποτυπώδεις γαλακτικοί αδένες.

**Εσωτερικά ο μαστός αποτελείται** από τον μαστικό ή μαζικό αδένα και το περιμαστικό λίπος. Το περιμαστικό λίπος είναι συνέχεια του υποδόριου λίπους το οποίο όμως είναι αφθονότερο στην πρόσθια περιοχή του μαστού, ανάμεσα στο δέρμα και τον μαστικό αδένα. Ο μαστικός αδένας σε γυναίκα μη κυοφορούσα βρίσκεται πίσω από την θηλαία άλω και μόλις που υπερβαίνει τα όριά της. Ο μαστικός αδένας αποτελείται από τους λοβούς όπου παράγεται το γάλα και τους γαλακτοφόρους πόρους που μεταφέρουν το γάλα στους γαλακτοφόρους

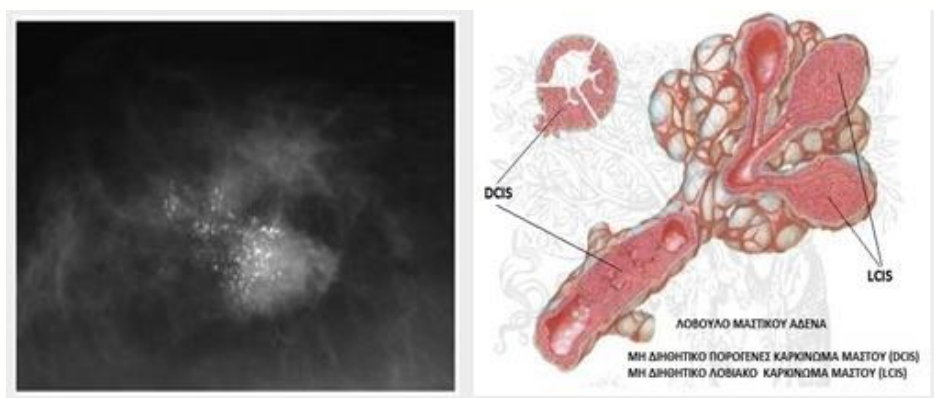
κόλπους. Οι γαλακτοφόροι κόλποι είναι ανευρύσματα των πόρων τα οποία λειτουργούν ως αποθήκη του γάλακτος , το οποίο και απελευθερώνουν μετά από πίεση της θηλής από το βρέφος.(Αντσακλής, 2008).

#### 1.4.2 Καρκίνος του μαστού

Ο καρκίνος του μαστού, στις διάφορες μορφές της νόσου, προκαλείται από άναρχο και αφύσικο πολλαπλασιασμό παθολογικών κυττάρων στους ιστούς του σώματος, που, συνακόλουθα, προκαλούν το σχηματισμό κακοήθους όγκου στην περιοχή του μαστού. Ο καρκίνος του μαστού, όπως και κάθε κακοήθης νεοπλασία, αποτελεί ουσιαστικά κυτταρική νόσο. Τα παθολογικά αυτά κύτταρα έχουν τη δυνατότητα διήθησης - διείσδυσης δηλαδή σε γειτονικούς ιστούς - και συνεπώς είναι σε θέση να επεκταθούν και να προκαλέσουν σοβαρές βλαπτικές συνέπειες στη λειτουργία του οργανισμού. Η πιθανότητα εμφάνισης της νόσου σε άρρενες είναι υπαρκτή αλλά πολύ μικρή. Όσον αφορά στις γυναίκες όλες αντιμετωπίζουν τον κίνδυνο εμφάνισης της νόσου – όχι, όμως στον ίδιο βαθμό (Martel et al, 2012, American Cancer Society, American Joint Committee)

#### 1.4.3 Ιστολογικοί τύποι καρκίνου του μαστού.

- *Μη διηθητικό πορογενές καρκίνωμα (DCIS - Ductal Carcinoma In Situ).*



#### DCIS

Είναι καρκίνος του μαστού στο πρωιμότερο στάδιό του (στάδιο 0), περιορισμένος

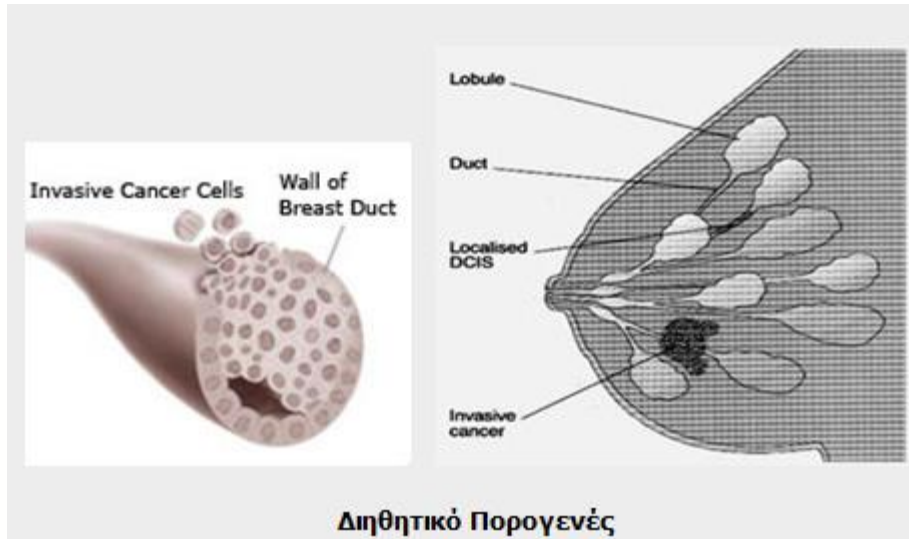
ακόμα στους γαλακτοφόρους πόρους. Εξορμάται απο το ενδοθήλιο των γαλακτοφόρων πόρων και παραμένει εκεί τοπικά (in situ), χωρίς να διηθεί το τοίχωμά τους. Αν και δεν διηθεί τους γειτονικούς ιστούς, εφόσον παραμεληθεί, μπορεί τελικά να τους διηθήσει. Το 100% σχεδόν των γυναικών με καρκίνο αυτού του σταδίου μπορούν να θεραπευθούν πλήρως. Στην πλειοψηφία των ασθενών εμφανίζεται στη μαστογραφία σαν ένα άθροισμα αποπιτανώσεων (μικρά λευκά στίγματα, μικροαποπιτανώσεις), χωρίς την ύπαρξη μάζας. Στα κέντρα μαστού, το 20% - 30% των νεοδιαγνωσθέντων καρκίνων, είναι DCIS, ενώ το 70% - 80% είναι διηθητικοί.

- *Μη διηθητικό λοβιακό καρκίνωμα (LCIS - Lobular Carcinoma In Situ).*



- Παρά το παραπλανητικό του όνομα, το LCIS ΔΕΝ είναι καρκίνος. Συνίσταται σε ακανόνιστη αύξηση των κυττάρων που καλύπτουν το εσωτερικό τοίχωμα των λοβίων των γαλακτοπαραγωγών αδένων του μαστού, τα οποία όμως δεν διηθούν το τοίχωμά τους. Σήμερα πιστεύεται ότι το LCIS δεν εξελίσσεται σε καρκίνο, όμως οι γυναίκες με την αλλοίωση αυτή έχουν αυξημένες πιθανότητες να αναπτύξουν διηθητικό καρκίνο. Η αλλοίωση αυτή δεν σχηματίζει ψηλαφητή μάζα, ανιχνεύεται μαστογραφικά και επιβεβαιώνεται με τη βιοψία.

*Διηθητικό πορογενές καρκίνωμα (IDC-Invasive Ductal Carcinoma).*

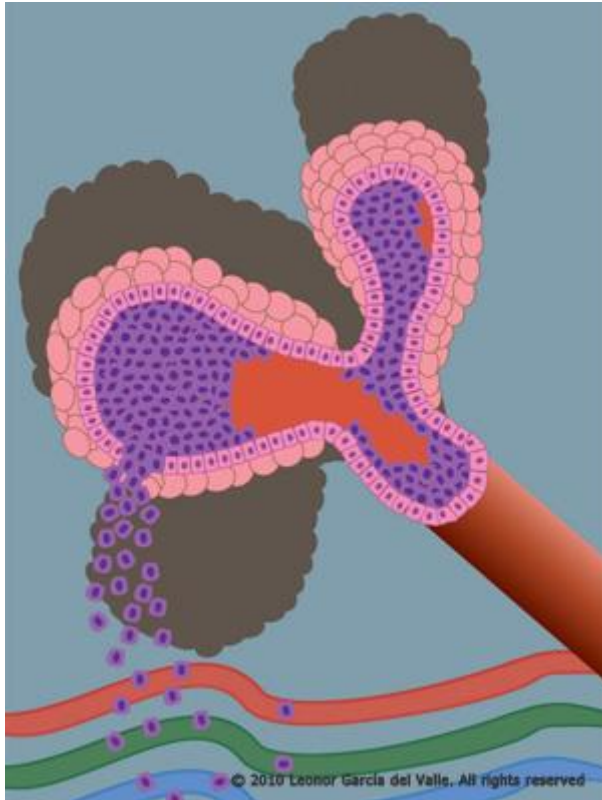


**Διθητικό Πορογενές**

Είναι ο συχνότερος καρκίνος του μαστού και ο πιο επιθετικός, ανάλογα το στάδιο. Ανιχνεύεται σε ποσοστό 70% - 80%, όλων των μορφών των καρκίνων του μαστού. Το χαρακτηριστικό του είναι ότι αναπτύσσεται σε ένα πόρο, διασπά το τοίχωμά του και ανεξέλεγκτα διηθεί τους περίξ ιστούς, λιπώδη, συνδετικό και αγγεία. Έτσι, μέσω του αίματος και της λεμφικής οδού, μπορεί να εξαπλωθεί, (μετάσταση), σε άλλες περιοχές του σώματος, όπως οστά, ήπαρ, πνεύμονας, εγκέφαλος.

*Διθητικό λοβιακό καρκίνωμα*





Αποτελεί το 10% - 15% των διηθητικών καρκίνων του μαστού. Και σε αυτή τη μορφή, τα καρκινικά κύτταρα διασπών το τοίχωμα των λοβίων, διηθούν έτσι τους περιβάλλοντες ιστούς και μεθίστανται σε άλλα μέρη του σώματος μέσω της λεμφικής οδού και της κυκλοφορίας του αίματος (American Cancer Society, 2007)

***Οι λιγότερο συχνοί καρκίνοι του μαστού είναι:***

1. **Μυελοειδές καρκίνωμα** : Αποτελεί περίπου το 6% όλων των καρκίνων του μαστού, με καλύτερη πρόγνωση από εκείνη των διηθητικών καρκίνων.
2. **Σωληνώδες καρκίνωμα** : Αντιστοιχεί περίπου στο 1%-2% των καρκίνων του μαστού, με κύτταρα που μοιάζουν με σωλήνες στο μικροσκόπιο. Είναι διηθητικός καρκίνος, που όμως δεν επεκτείνεται εκτός μαστού.
3. **Κολλοειδές ή βλεννώδες καρκίνωμα** : Σπάνιος καρκίνος, διηθητικός πορογενές με κύτταρα γεμάτα βλέννη.
4. **Θηλώδες καρκίνωμα** : Εξαιρετικά σπάνιος καρκίνος, μπορεί να είναι διηθητικός ή όχι.
5. **Φλεγμονώδης καρκίνος του μαστού** : Πρόκειται για σπάνιο και πολύ επιθετικό καρκίνο του μαστού, δεδομένου ότι όταν ανακαλύπτεται, είναι ήδη σε προχωρημένη μορφή

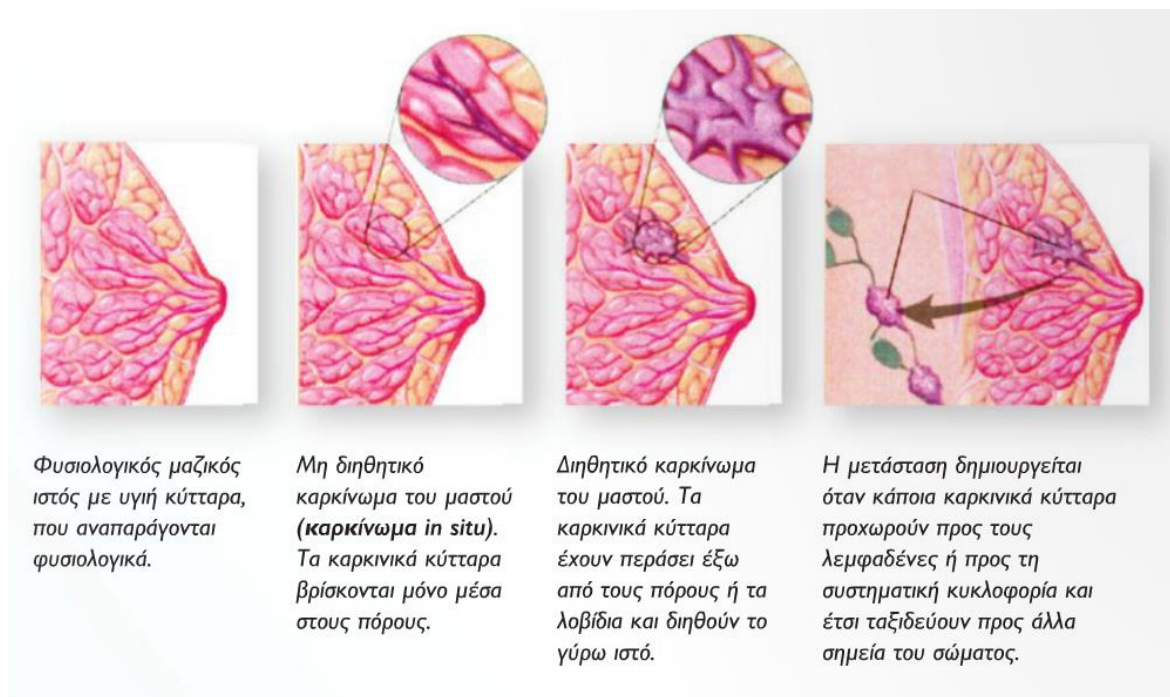


## Καλοήθειες παθήσεις

Ινοαδένωμα, Κύστη, Λίπωμα, Φυλλοειδής όγκος, Θήλωμα, Φλεγμονή-Απόστημα, Ινοκυστική μαστοπάθεια, Γαλακτοφορεκτασία, Μασταλγία, Μαστίτιδα, Γαλακτοκήλη, Αδενολίπωμα.

### 1.4.4 Στάδια καρκίνου του μαστού

#### Εικόνα 5 Στάδια καρκίνου του μαστού:



- (Globocan data ,Source 2002, <http://www-dep.iarc.fr> - National Cancer Institute).

Η σταδιοποίηση της νόσου είναι σημαντική τόσο για την πρόγνωση όσο και για τη θεραπεία. Η ταξινόμηση γίνεται κατά TNM (T= μέγεθος πρωτοπαθούς όγκου, N= προσβολή μασχαλιαίων λεμφαδένων, M= παρουσία ή όχι μεταστάσεων). (Slamon et al, 1987, National Cancer Institute, 2013)

#### Στάδια εξέλιξης της νόσου:

- **Στάδιο 0:** εντοπίζεται στο σημείο προέλευσής του και δεν έχει αρχίσει να διηθεί τους γύρω ιστούς ή να διασπείρεται

- **Στάδιο I:** ο όγκος είναι μεγέθους 2cm ή μικρότερος και δεν υπάρχει ένδειξη διασποράς
- **Στάδιο IIΑ:** ο όγκος είναι 2-5cm χωρίς διασπορά στους λεμφαδένες,
- **Στάδιο IIΒ:** όγκος 2-5cm με θετικούς λεμφαδένες ή όγκος >5cm χωρίς λεμφαδενικές μεταστάσεις
- **Στάδιο IIIΑ:** όγκος >5cm και διακρίνεται προσβολή των σύστοιχων μασχαλιαίων λεμφαδένων που συμφύονται μεταξύ τους ή με άλλους ιστούς,
- **Στάδιο IIIΒ:** προσβεβλημένοι θωρακικοί λεμφαδένες και όγκος που επεκτείνεται στο θωρακικό τοίχωμα ή προσβάλλει και εξελκώνει το δέρμα.
- **Στάδιο IV:** διασπορά στους λεμφαδένες, αλλά και απομακρυσμένες μεταστάσεις ή προσβολή του δέρματος και του θωρακικού τοιχώματος πέρα από την περιοχή του μαστού.

#### 1.4.5 Παράγοντες κινδύνου

(Trichopoulos, Lagiou , Adami 2005, American Cancer Society, 2008).Ελάχιστα είναι γνωστά σχετικά με τα αίτια που προκαλούν καρκίνο του μαστού, παρά το γεγονός ότι έχουν εντοπιστεί αρκετοί παράγοντες κινδύνου οι οποίοι αναφέρονται παρακάτω:

- **Ηλικία:** ο καρκίνος του μαστού μπορεί να προκύψει σε οποιαδήποτε ηλικία μετά την εφηβεία αλλά τα ποσοστά αυξάνονται όσο αυξάνονται και οι ηλικιακές κλίμακες. Οι περισσότερες περιπτώσεις παρουσιάζονται μετά από την ηλικία των 50 ετών, ενώ είναι σπάνιος σε γυναίκες ηλικίας κάτω των 35 ετών (5% των περιπτώσεων), με εξαίρεση τις γυναίκες που έχουν κληρονομική προδιάθεση.
- **Κληρονομικότητα:** Υπολογίζεται ότι μόλις το 5 - 10% των κρουσμάτων καρκίνου του μαστού σχετίζεται όντως με παράγοντες κληρονομικότητας. Ωστόσο, δύο γονίδια, γνωστά ως BRCA 1 και BRCA 2, έχουν προσδιοριστεί ως παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση καρκίνου του μαστού. Επίσης, γυναίκες με εξ αίματος συγγενείς που έχουν νοσήσει αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου στο μαστό.(Ford et al,1995, Adami et al,1990, Weber et al, 2000)
- **Διαταραχές της έμμηνου ρύσης:** Στοιχεία υποδηλώνουν πως γυναίκες με πρόωμη έναρξη της εμμηνου ρύσης (πριν από το 12ο έτος της ηλικίας τους) ή με

καθυστερημένη εμμηνόπαυση (μετά τα 55) αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου στο μαστό. Επίσης, η λήψη οιστρογόνων μετά την εμμηνόπαυση έχει συσχετιστεί με αυξημένα ποσοστά εμφάνισης της νόσου, με τον κίνδυνο να είναι ανάλογος του διαστήματος λήψης των οιστρογόνων. Ανάλογος συσχετισμός έχει προκύψει και για γυναίκες που παρέμειναν άτεκνες, που δεν είχαν πλήρεις κυήσεις (διάρκεια εννέα μηνών) ή που γέννησαν μετά τα τριανταπέντε τους χρόνια.

- **Αλκοόλ:** Τα οινοπνευματώδη ποτά αυξάνουν τη συγκέντρωση των οιστρογόνων στο αίμα. Σύμφωνα με μελέτη που παρουσιάστηκε το Δεκέμβριο του 2009 στο Διεθνές Συνέδριο ογκολογίας του Σαν Αντόνιο, άτομα που νόσησαν από καρκίνο του μαστού και καταναλώνουν με μετριοπάθεια αλκοόλ διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο επανεμφάνισής του από εκείνα που πίνουν λίγο ή καθόλου οινοπνευματώδη.
- **Παχυσαρκία:** Η παχυσαρκία αυξάνει τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού καθώς αυξάνει τα επίπεδα των οιστρογόνων. Η παραγωγή των οιστρογόνων στις γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση γίνεται κυρίως μέσα σε λιπώδη ιστό (μετατροπή των επινεφριδικών ανδρογόνων σε οιστρογόνα από την αρωμάτωση, ένα ένζυμο που βρίσκεται κυρίως στο λίπος). Τον Ιούνιο του 2009 ανακοινώθηκε από το Αμερικανικό Ίδρυμα για την έρευνα του Καρκίνου (AICR) ότι η συσσώρευση σωματικού λίπους σε ποσοστά άνω του κανονικού ευθύνεται για το 17% των κρουσμάτων καρκίνου του μαστού στις Η.Π.Α.
- **Κάπνισμα:** πρόσφατες μελέτες απέδειξαν ότι η κατανάλωση ενός πακέτου τσιγάρων ημερησίως, από γυναίκες προ της εμμηνόπαυσης για εννέα περίπου χρόνια, αυξάνει δραστικά τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού κατά σχεδόν 60%.
- **Λήψη αντισυλληπτικών χαπιών:** με επιφύλαξη αναφερόμαστε σε αυτόν τον παράγοντα καθώς μελέτες δεν έχουν αποδείξει ακόμα τη συσχέτιση της λήψης αντισυλληπτικών με την εμφάνιση καρκίνου του μαστού.
- **Ιστορικό Καρκίνου:** γυναίκες που έχουν εμφανίσει προηγουμένως καρκίνο της μήτρας, των ωοθηκών ή του μαστού έχουν αυξημένες πιθανότητες να εμφανίσουν έναν 2ο καρκίνο στο μαστό.
- **Καθιστική Ζωή:** Η τακτική άσκηση πριν την έναρξη της έμμηνου ρύσης μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού μιας γυναίκας, κυρίως διότι μπορεί να καθυστερήσει την έναρξη της έμμηνου ρύσεως, να επιμηκύνει τον χρόνο μεταξύ των περιόδων ή να ελαττώσει τον αριθμό των εμμηνορυσιακών κύκλων, μειώνοντας έτσι την έκθεση της γυναίκας στα οιστρογόνα.
- **Έκθεση σε ακτινοβολία**

- **Ατεκνία**
- **Θεραπεία Ορμονικής Υποκατάστασης:** προσφέρει ανακούφιση από τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης, ωστόσο, η μακροχρόνια χρήση της μετά την εμμηνόπαυση αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού

#### 1.4.6 Επιδημιολογία

Σύμφωνα με τη Διεθνή Έκθεση για τις καρκινικές νόσους που παρουσιάστηκε στη Γενεύη της Ελβετίας τον Απρίλιο του 2003 από την IARC (International Agency for Research on Cancer), ο καρκίνος του μαστού αποτελεί την πιο συχνή μορφή καρκίνου μεταξύ των γυναικών, με περίπου 1.000.000 νέα κρούσματα παγκοσμίως. Ορισμένοι αριθμοί δίνουν τη κοινωνική διάσταση του καρκίνου του μαστού. Ο καρκίνος του μαστού είναι περίπου 100 φορές συχνότερος στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες και προσβάλλει περισσότερο γυναίκες ανώτερων οικονομικών τάξεων. Το 2000, εμφανίστηκαν περίπου 1.500.000 νεοδιαγνωσθείσες περιπτώσεις παγκοσμίως.(Richie , Swanson ,2003)

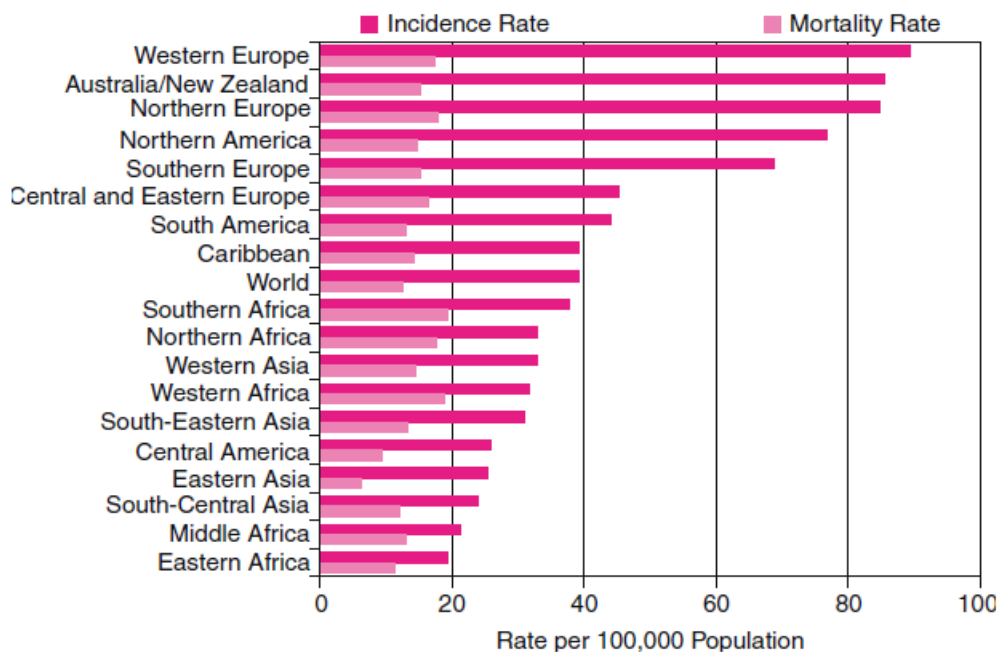
Στις γυναίκες των αναπτυγμένων χωρών ο καρκίνος του μαστού είναι ο πρώτος σε συχνότητα εμφάνισης μη δερματικός καρκίνος και ο δεύτερος σε θνησιμότητα, μετά από εκείνον του καρκίνου του πνεύμονα. Ειδικότερα, όσον αφορά τον καρκίνο του μαστού προκύπτει ότι, σε παγκόσμιο επίπεδο, κατά το έτος 2008 διαγνώστηκαν 1.384.155 νέα κρούσματα καρκίνου του μαστού, τα οποία αποτελούν το 22,9% του συνόλου των κρουσμάτων καρκίνου στις γυναίκες (1ος πιο συχνός καρκίνος) και το 10,9% των κρουσμάτων καρκίνου και στα δύο φύλα συνολικά (2ος πιο συχνός καρκίνος μετά τον καρκίνο των πνευμόνων). Εξαιτίας της νόσου αυτής υπήρξαν κατά το ίδιο έτος 458.503 θάνατοι.(Data were provided by the Office for National Statistics on request, 2012), (Data were provided by the Northern Ireland Cancer Registry on request, 2012).

Στις Η.Π.Α. το 2012 υπολογίζεται να διαγνωστούν περίπου 230.480 νέα περιστατικά διηθητικού καρκίνου του μαστού και να καταγραφούν 39.520 θάνατοι και το 78% των νέων περιστατικών και το 87% των θανάτων αφορούν γυναίκες μεγαλύτερες των 50 ετών. Σ'ότι αφορά τις περιπτώσεις μη διηθητικού καρκίνου αυτές υπολογίστηκαν να είναι περίπου 57.650. Στην Ευρώπη τα νέα περιστατικά το 2008 υπολογίστηκαν σε 450.322 και οι θάνατοι 139.829.

Σ' ότι αφορά την Ελλάδα, δεν υπάρχουν αξιόπιστα δεδομένα και συνήθως χρησιμοποιούνται οι εκτιμήσεις του I.A.R.C. από τη Λυόν, όπου αξιοποιώντας δεδομένα γειτονικών χωρών και επιμέρους Ελλαδικά στοιχεία, υπολογίζει κατά προσέγγιση τα νέα

περιστατικά στις 4.500 - 4.900 και τους θανάτους στους 1.500 - 1800 ετησίως. Από το έτος 2000, ο καρκίνος του μαστού έγινε η πιο συχνή όγκου μεταξύ των γυναικών των χωρών με χαμηλό εισόδημα, χώρες όπου ο καρκίνος του στραχήλου της μήτρας ήταν ο ηγέτης κατά τη διάρκεια των τελευταίων δύο δεκαετιών. Σε σχέση με τη θνησιμότητα, ο καρκίνος του μαστού έχει βρισκόταν στη τέταρτη θέση ως αιτία θανάτου μεταξύ όλων των νεοπλασματικών νόσων, στις αναπτυσσόμενες χώρες. Η επιβίωση σε ασθενείς έχει αυξηθεί σιγά σιγά στις ανεπτυγμένες χώρες, με τις εκθέσεις του (Ries et al, 2004) έως και 89% ενώ οι αναπτυσσόμενες χώρες συνεχίζουν να δείχνουν τα ποσοστά επιβίωσης των <50%

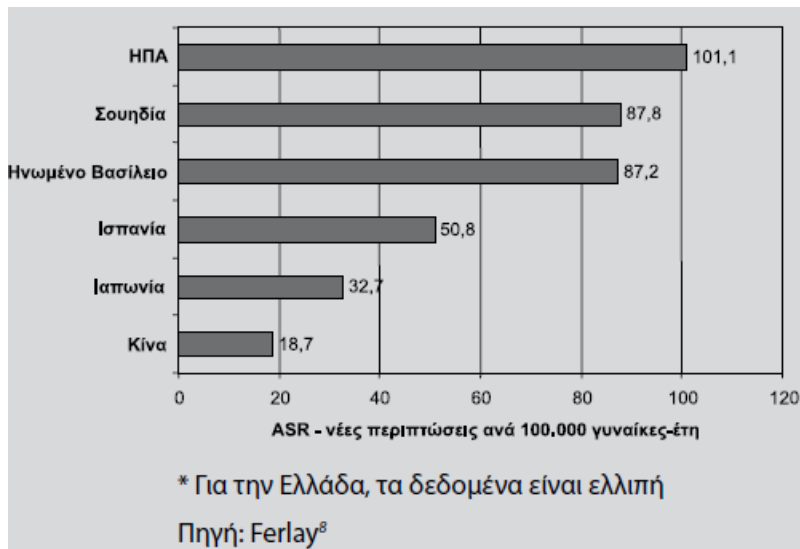
**ΓΡΑΦΗΜΑ 4 Θνησιμότητα και επιπτώσεις του καρκίνου του μαστού παγκοσμίως,**



Πηγή: ( IARC,2008 Ferlay et al.)

Η νόσος είναι πολύ συχνότερη στο δυτικό κόσμο σε σχέση με την Κίνα ή την Ιαπωνία

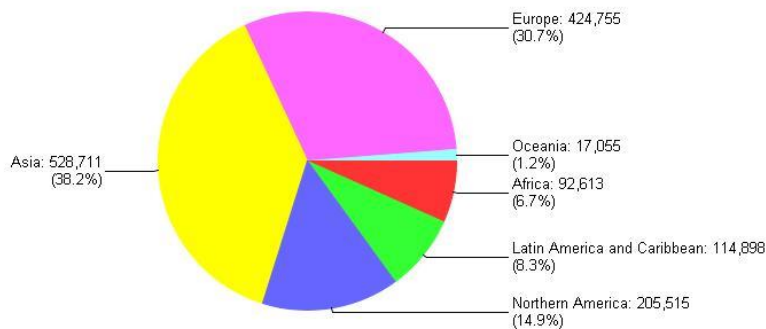
**ΓΡΑΦΗΜΑ 5 Προτυπωμένοι κατά ηλικία δείκτες επίπτωσης του καρκίνου του μαστού**



*Πηγή (Ferlay2009)*

Έρευνες που αφορούσαν μετανάστριες, που μετακινήθηκαν από χώρες χαμηλού σε χώρες υψηλού κινδύνου, καταδεικνύουν ότι η επίπτωση εξομοιώνεται με την αντίστοιχη της χώρας υποδοχής, συνήθως δύο γενιές αργότερα. Αυτά τα δεδομένα υποδεικνύουν ότι οι διεθνείς διαφοροποιήσεις στους δείκτες του καρκίνου του μαστού οφείλονται, σε μεγάλο μέρος, σε διαφοροποιήσεις του μακρο- και μικροπεριβάλλοντος και όχι σε γενετικούς παράγοντες. (Tominaga,1985, Ziegler et al.1993).

Σε παγκόσμιο επίπεδο η συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του μαστού ποικίλλει από 19,3 κρούσματα ανά 100.000 κατοίκους στην Ανατολική Αφρική μέχρι 89,7 κρούσματα ανά 100.000 κατοίκους στη Δυτική Ευρώπη (Ferlay et al, 2008, IARC, 2010).



GLOBOCAN 2008 (IARC) - 24.11.2010

(πηγή: IARC 2009)

Στο ( **Γράφημα 6** ) βλέπουμε την συχνότητα του καρκίνου του μαστού το 2008 σε όλον τον κόσμο. Ετσι τα υψηλότερα ποσοστά έχει η Ασία με 38,2%, μετά η Ευρώπη με 30,7% και τελευταία η Ωκεανία με 1,2%. Σημαντική είναι η χαμηλή συχνότητα στην Αφρική όπου υπάρχει αμιγής πληθυσμός μαύρων κατοίκων. Παρόλα αυτά ο καρκίνος του μαστού αποτέλεσε την 5η αιτία θανάτου μεταξύ όλων των καρκίνων με ποσοστό 6,1%, αλλά την πιο συχνή αιτία θανάτου από καρκίνο μεταξύ των γυναικών με ποσοστό 13,7%, τόσο στις αναπτυσσόμενες, όσο και στις ανεπτυγμένες περιοχές του πλανήτη. Ωστόσο στην κεντρική και βόρεια Ευρώπη, το 60% των κρουσμάτων καρκίνου του μαστού διαγιγνώσκεται σε πρώιμο στάδιο. Το αντίστοιχο ποσοστό στην Ελλάδα είναι μόλις 5%. Τα στοιχεία αυτά καταδεικνύουν πόσο ελλιπής είναι η σχετική ενημέρωση μεταξύ των Ελληνίδων.

(Data by the Welsh Cancer Intelligence and Surveillance Unit on request,2012, Data by ISD Scotland on request, 2012,Westlake, Cooper , 2008, Quinn et al, 2001, NCIN. Cancer Incidence and Mortality by Cancer Network, UK, 2005, UK National Screening Committee, 2012).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2**

### **ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ**

#### **2.1 Πρωτογενής πρόληψη – Πεδία παρέμβασης**

Η πρωτογενής πρόληψη σύμφωνα με τον WHO, είναι κάθε υγειονομική ή άλλη παρέμβαση που αποσκοπεί στην αποτροπή συμβάντων που προκαλούν νόσο.

*Περιλαμβάνει τα εξής πεδία παρέμβασης:*

##### **1) Εκπαίδευση για τη μείωση της συμπεριφοράς που θέτει σε κίνδυνο, μέσω της αγωγής υγείας και της συμβουλευτικής**

Η αγωγή υγείας, στα πλαίσια προγραμμάτων πρόληψης από τα ΣΜΝ, τον καρκίνο του τραχήλου και του μαστού, ενημερώνει τις γυναίκες προτείνοντας, αφενός τη χρήση του προφυλακτικού για την προστασία των νέων γυναικών από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και αφετέρου το εμβόλιο κατά του ιού των ανθρώπινων θηλωμάτων(HPV), αφού είναι γνωστό ότι ο ιός HPV ευθύνεται κυρίως για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

**Συμβουλευτική(counseling)**, στα πλαίσια του προληπτικού ελέγχου για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, είναι η προσωπική, ατομική επικοινωνία, η οποία, μέσα σε κλίμα αμοιβαίας εμπιστοσύνης, βοηθάει τη γυναίκα να αποκτήσει την αναγκαία γνώση, να πάρει αποφάσεις και να ενεργήσει ανάλογα με τις ανάγκες της. Επίσης είναι σημαντικό να γνωρίζουμε, αν η ειλικρινής και τεκμηριωμένη πληροφόρηση οδηγεί σε μια αλλαγή στην πρόθεση των γυναικών να συμμετέχουν σε ένα προτεινόμενο πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου του καρκίνου του μαστού και του τραχήλου της μήτρας (Gather, 1998).

**2) Εφαρμογή στρατηγικών, σε τοπικό επίπεδο, για αλλαγή της συμπεριφοράς.** Παράλληλα τις ενισχύει και τις ενδυναμώνει για να νικήσουν το φόβο, την αμηχανία και το αίσθημα στιγματισμού που δημιουργούν ειδικά σε κάποιες κοινωνίες, τα ΣΜΝ, ο καρκίνος του τραχήλου μήτρας και του μαστού. Η αγωγή υγείας στοχεύει στην αύξηση της συμμετοχής στον προσυμπτωματικό έλεγχο και γενικότερα ωθεί τις γυναίκες στην αναζήτηση φροντίδας (ACCP, 2004). Βοηθητικά λειτουργούν μέσα, όπως το ενημερωτικό φυλλάδιο, η προβολή βίντεο ή σλάιντς, τα ραδιοφωνικά ή τηλεοπτικά προγράμματα, οι εκδηλώσεις – συζητήσεις και η δραματοποίηση ρόλων (Hubley, 1993).

##### **3) HPV εμβολιασμός**



Η εντατική προσπάθεια στο πεδίο της μοριακής βιολογίας και της καρκινογένεσης οδήγησε στη δημιουργία ενός εμβολίου εναντίον του HPV, που σταδιακά όλες οι ανεπτυγμένες χώρες της Ευρώπης εντάσσουν στα Εθνικά Προγράμματα Εμβολιασμού τους.

### **2.1.1 Εμβολιασμός για τον HPV**

Ο ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων (Human Papilloma Virus) θεωρείται η κύρια αιτία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και οι τύποι 16 και 18 του ιού έχουν ανιχνευτεί στο 70% των περιπτώσεων καρκίνου τραχήλου. (Garland et al, 2007, Kuehn, 2011). Η μείωση της επίπτωσης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας απαιτεί την εφαρμογή πρωτογενούς πρόληψης. Η εντατική προσπάθεια στο πεδίο της μοριακής βιολογίας και της καρκινογένεσης οδήγησε στη δημιουργία ενός εμβολίου εναντίον του HPV, που σταδιακά όλες οι ανεπτυγμένες χώρες της Ευρώπης εντάσσουν στα Εθνικά Προγράμματα Εμβολιασμού τους. Υπάρχει διδύναμο και τετραδύναμο εμβόλιο. Το τελευταίο στρέφεται εναντίον των υποτύπων 16, 18, 6 και 11, και προφυλάσσει όχι μόνον από τις δυσπλασίες και καρκίνο του τραχήλου, αλλά και από τα κονδυλώματα, που αποτελούν μια από τις πλέον συχνές σεξουαλικά μεταδιδόμενες παθήσεις (Garland et al, 2007).

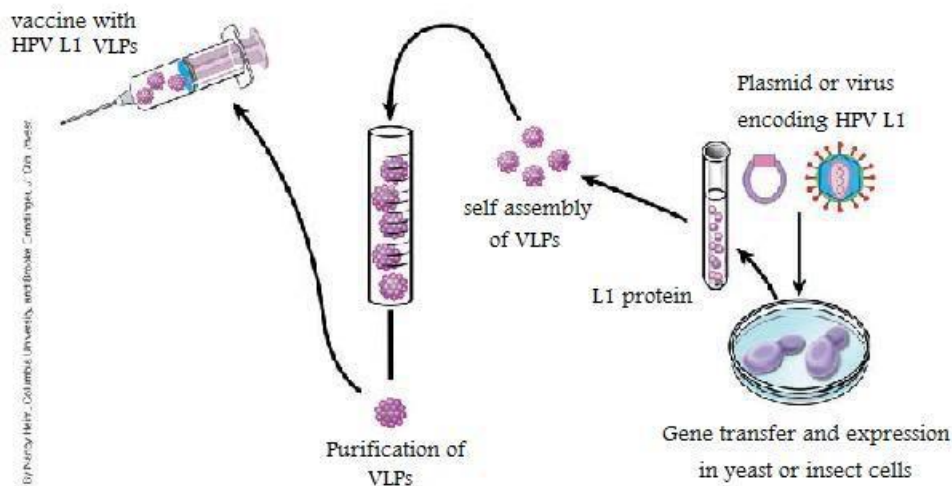
Το εμβόλιο έναντι του HPV απευθύνεται σε παιδιά έφηβες και γυναίκες ηλικίας 9 έως 26 ετών, ενώ πρόσφατα το τετραδύναμο εμβόλιο έχει πάρει από το Αμερικανικό Οργανισμό Υγείας και Φαρμάκων ένδειξη για χορήγηση και σε άνδρες και εφήβους αντίστοιχης ηλικίας με σκοπό την προστασία από τα κονδυλώματα και τον καρκίνο του πρωκτού. (Kuehn, 2011) Το 2009 πήρε έγκριση προς κλινική χρήση ένα διδύναμο HPV εμβόλιο (HPV2 Cervarix, Glaxo Smith Kline, Philadelphia, Pennsylvania) σε γυναίκες ηλικίας 10 έως 25 ετών.

Τόσο το HPV2, όσο και το HPV4 αποτελούνται από ιόμορφα σωματίδια χωρίς το γενετικό υλικό του ιού, επομένως δεν είναι λοιμώδη. Το HPV2 προλαμβάνει τη λοίμωξη από δύο ογκογόνους τύπους HPV (16 και 18) οι οποίοι είναι υπεύθυνοι για το 70% των περιστατικών του καρκίνου του τραχήλου. Το HPV4 έχει σχεδιαστεί για 2 ογκογόνους τύπους HPV τους 16 και 18 (όπως και το cervarix), αλλά και για δύο μη ογκογόνους τύπους, οι οποίοι όμως σχετίζονται με την εμφάνιση οξυτενών κονδυλωμάτων (HPV 6 και HPV 11). Και τα δύο εμβόλια παρουσιάζουν υψηλή αποτελεσματικότητα εναντίον των σχετιζόμενων με τους HPV16 και HPV18 καρκίνους του τραχήλου, του αιδοίου, του κόλπου καθώς και των προκαρκινικών αλλοιώσεων (Center for Disease Control and Prevention, 2010).

### **2.1.2 Μηχανισμός δράσης του εμβολίου**

Οι ιοί των ανθρώπινων θηλωμάτων στο σύνολο τους διαθέτουν καψίδιο, το οποίο αποτελείται από τις καψιδιακές πρωτεΐνες, L1 και L2. Κάθε καψομερές είναι ένα πενταμερές της κύριας καψιδιακής πρωτεΐνης, L1 (CDC 2010, JudithFalet, 2007). Οι Zhou και Frazer ανακάλυψαν έναν πρωτοποριακό τρόπο παραγωγής της L1 πρωτεΐνης του HPV, έτσι ώστε η πρωτεΐνη L1 αναδιπλωνόταν αυτόματα για τον σχηματισμό πενταμερών (αποτελούνται από πέντε HPV L1 πρωτεΐνες, γνωστά επίσης και ως καψομερίδια), (VillaLL, AultKA, GiulianoARetal, 2006), Top of Form Τα VLPs περιέχουν την L1 πρωτεΐνη, αλλά στερούνται ιικού DNA, οπότε δεν είναι λοιμώδη. Το παραπάνω γεγονός σημαίνει ότι τα VLP δεν μπορούν να μολύνουν παραγωγικά τα κύτταρα ή να εξαπλωθούν σε γειτονικά κύτταρα. Επιπλέον, αντίθετα με τον ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων, επειδή τα VLP δεν περιέχουν τα γονίδια E6 και E7, δεν έχουν τη δυνατότητα να προκαλέσουν δυσπλασίες, καρκίνο του τραχήλου του αιδοίου ή του κόλπου καθώς και γεννητικά κονδυλώματα. (Εικόνα 5)

**Εικόνα 5** Μέθοδος παραγωγής HPV L1 VLP



\*\* modified version (Berzofsky et al. 2004)

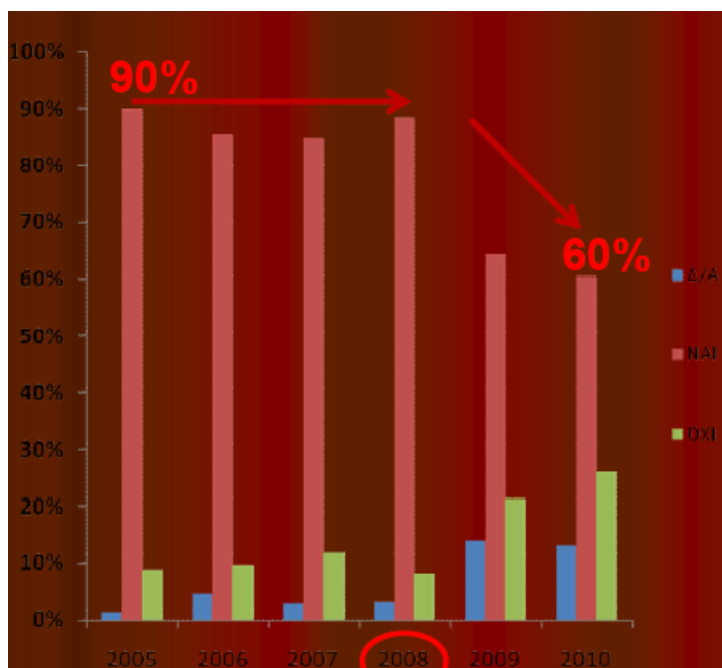
Το γονίδιο L1 για κάθε τύπο HPV απομονώνεται από το γονιδίωμα HPV DNA με τεχνολογία ανασυνδυασμένου DNA. Τα γονίδια L1 μεταφέρονται σε κύτταρα ζύμης ή κύτταρα εντόμων χρησιμοποιώντας πλασμίδιο ξενιστή. Τα κύτταρα παράγουν στη συνέχεια πρωτεΐνη L1, η οποία απομονώνεται και αυτοσυναρμολογείται σε VLP. Τα HPV L1 VLP καθαρίζονται και απορροφώνται σε ανοσοενισχυτικό, και μπορούν να χορηγηθούν ως εμβόλιο. Επειδή ο HPV στη φυσική του μορφή περιέχει ογκογονίδια και δεν υπάρχει αξιόπιστο σύστημα κυτταρικής

καλλιέργειας για τον HPV, δεν θα ήταν συνετό ούτε δυνατό να αναπτυχθεί ζωντανό εξασθενημένο εμβόλιο για τον HPV. Εντούτοις, κατέστη δυνατόν να κλωνοποιηθούν τα γονιδιώματα ιών HPV με τη χρήση τεχνολογίας ανασυνδυασμένου DNA. Με τον τρόπο αυτό υιοθετήθηκε τμηματική, πρωτεϊνικής βάσης προσέγγιση στην ανάπτυξη εμβολίου για τον HPV. Τα HPV VLP είναι μοναδικά επειδή φέρουν την ίδια επιφανειακή δομή, σχήμα και μέγεθος (διάμετρος ~ 55nm) όπως ο μολυσματικός φυσικός ιός του HPV. Το εμβόλιο περιέχει επίσης «ανοσοενισχυτικό» (άμορφο θειϊκό υδροξυφωσφορικό αργίλιο) για την εντονότερη απόκριση του οργανισμού. (Karina Araujo et al, 2006, Shi , Sings et al, 2007). Όταν τα HPV VLP χορηγούνται ως εμβόλιο, επάγουν το σχηματισμό εξουδετερωτικών αντισωμάτων έναντι αυτών. Μετά τον εμβολιασμό, το ανοσοποιητικό σύστημα είναι σε θέση να παράγει με μεγάλη ταχύτητα τα αντισώματα όταν εκτεθεί σε πραγματικούς ιούς. Η διάρκεια της προστασίας που παρέχουν τα εμβόλια αποτελεί κρίσιμο σημείο της χρησιμότητας τους για τη δημόσια υγεία. Ορισμένα εμβόλια επάγουν μακράς διάρκειας ανοσία, ενώ άλλα απαιτούν αναμνηστικές δόσεις. Τα εμβόλια, τα οποία επάγουν μακράς διάρκειας προστασία συνήθως χαρακτηρίζονται από την επαγωγή ανοσολογικής μνήμης.

### 2.1.3 Παρενέργειες- ασφάλεια εμβολίου

Η ασφάλεια του εμβολίου για τον HPV έχει αποτελέσει θέμα συζήτησης στα μέσα ενημέρωσης και προβληματίζει τους γονείς και τις νέες γυναίκες. Παρά την εντατική εκστρατεία εμβολιασμού έναντι του HPV, τα ποσοστά παγκοσμίως παραμένουν χαμηλά. (Σπίγγου Τ, Τζίνου Π, Μπρεγκόβα, 2010). Στο **(γράφημα 7)** φαίνεται ότι το 2005 – 2008 υπήρξε υψηλή ( 85-90% ) αποδοχή του εμβολίου, ενώ το 2009 – 2010 παρατηρήθηκε χαμηλότερη ( 60-65% ) αποδοχή του εμβολίου.

### ΓΡΑΦΗΜΑ 7 Αποδοχή του εμβολίου



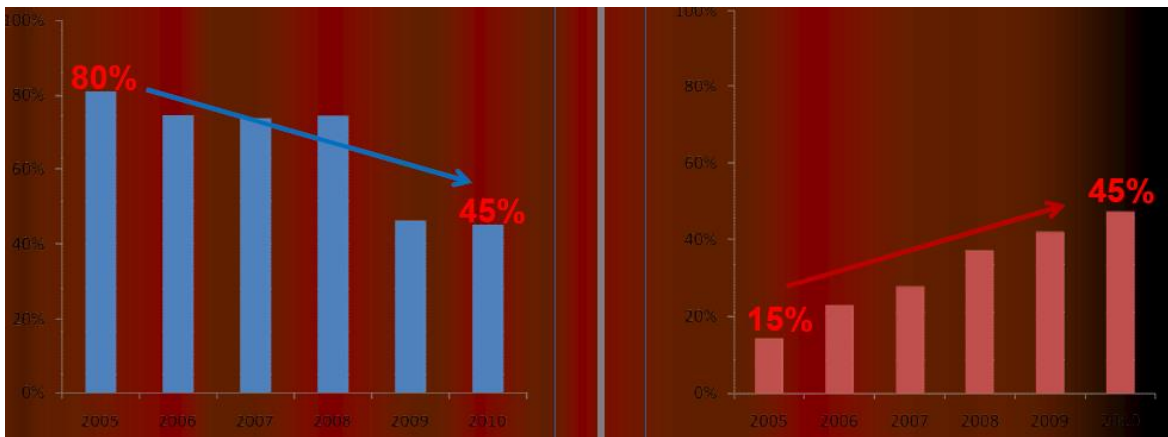
Πηγή: (Αγοραστός 2010)

Διάφοροι λόγοι έχουν ενοχοποιηθεί για την απροθυμία εμβολιασμού. Οι περισσότεροι σχετίζονται με προκαταλήψεις, ανεπαρκή ενημέρωση, αλλά και οικονομικά αίτια, όταν δεν υπάρχει αντίστοιχη ασφαλιστική κάλυψη, (Moscicki, 2008, Dempsey, Schaffer, 201, Rouzier , Giordanella , 2010, Gamble et al, 2010 )

Στα (γραφήματα 8-9) αναφέρονται τα ποσοστά των δύο κυριότερων παραγόντων μη αποδοχής του εμβολίου μέχρι το 2010. Συγκεκριμένα το 2005 το 80% των Ελληνίδων θεωρούσε ότι υπήρχε ανεπαρκής ενημέρωση γύρω από τα εμβόλια, ενώ το 2010 ένα μικρότερο ποσοστό το 45% θεωρούσε ότι υπήρχε ανεπαρκής ενημέρωση. Οι φόβοι για παρενέργειες του εμβολίου το 2005 αντιπροσώπευε το 15% των γυναικών, ενώ το 2010 αυξήθηκε το ποσοστό των γυναικών που φοβόταν τις παρενέργειες του εμβολίου σε 45% και τελικά έγινε η κύρια αιτία άρνησης. (Αγοραστός 2013).

### ΓΡΑΦΗΜΑ 8 Ανεπαρκής ενημέρωση

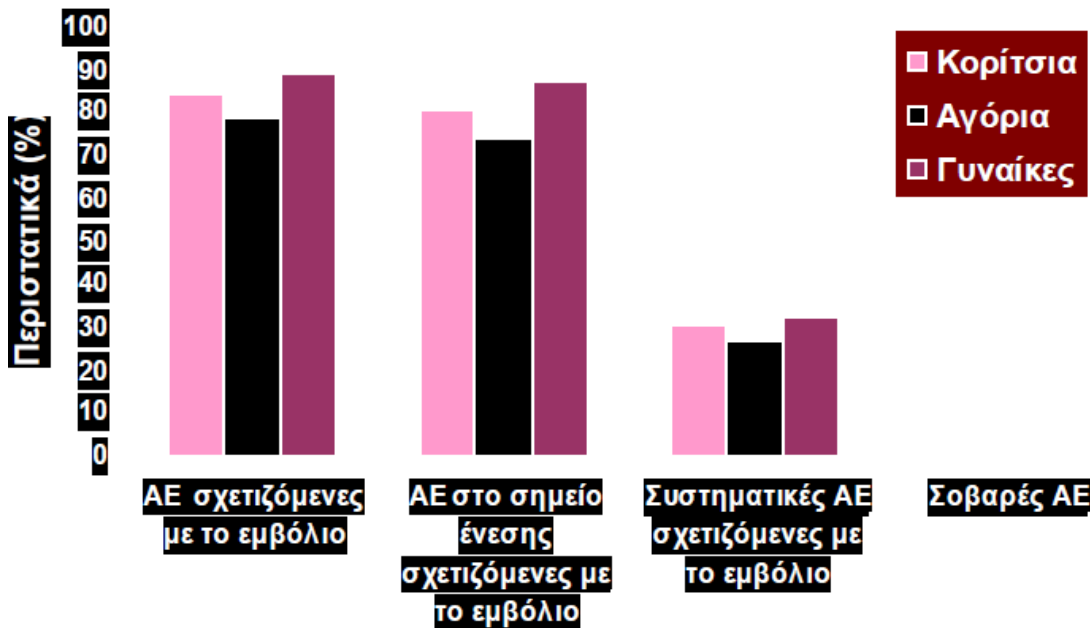
### ΓΡΑΦΗΜΑ 9 Παρενέργειες εμβολιασμού



( Πηγή:Αγοραστής 2012)

Η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητα κάθε εμβολίου, μετά τις εργαστηριακές δοκιμές, ελέγχεται και σε κλινικό επίπεδο πριν δοθεί η έγκριση για την κυκλοφορία του και έχει παρουσιαστεί αναλυτικά για καθένα ξεχωριστά. Η ασφάλεια για το εμβόλιο του HPV μελετήθηκε σε πέντε μεγάλες κλινικές δοκιμές στις οποίες συμμετείχαν πάνω από 21.000 γυναίκες ηλικίας από 9 έως 26 ετών πριν αυτό εγκριθεί από το CDC το FDA και το EMEA. Κατά την κυκλοφορία του, οι οργανισμοί αυτοί παρακολουθούν στενά την ασφάλεια του εμβολίου μέσω συστηματοποίησης και ανάλυσης όλων των αναφερόμενων ανεπιθύμητων ενεργειών μετά των εμβολιασμό. Στη συνέχεια πιθανολογείται η συσχέτιση τους με τον εμβολιασμό από εξειδικευμένους επιστήμονες.

**Σύγκριση των ποσοστών ανεπιθύμητων ενεργειών (ΑΕ) σε ομάδες αγοριών, κοριτσιών και νέων γυναικών**



(Πληθυσμός κατά πρωτόκολλο, Ένεση Cardasil ή placebo την ημέρα 0, το μήνα 2 και το μήνα 6. Σύνοψη ΑΕ την περίοδο της μελέτης, 1-15 ημέρες μετά τη λήψη δόσης.

Πληθυσμός που αναλύθηκε. Κορίτσια (n= 501), Αγόρια (n=500), Γυναίκες (n=497)

ΑΕ. Ανεπιθύμητες ενέργειες Πηγή (Block et al. Pediatrics 2006; 118. 2135-2145)

Από την έγκριση του τετραδύναμου εμβολίου ως τον Δεκέμβριο του 2008, πάνω από 23 εκατομμύρια δόσεις είχαν διανεμηθεί στις ΗΠΑ και είχαν καταχωρηθεί 11.916 αναφορές ανεπιθύμητων ενεργειών. (Γραφημα 10) Από αυτές το 94% ήταν αναφορές ήπιων έως μέτριων ανεπιθύμητων ενεργειών και το 6% αφορούσε σοβαρά περιστατικά.

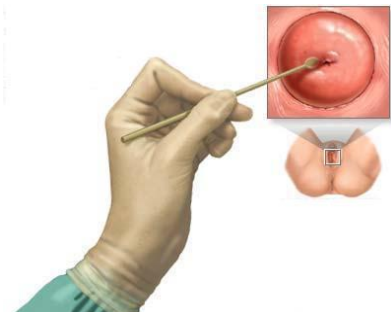
Πόνος, οίδημα, κνησμός στο σημείο της ένεσης, ναυτία, κεφαλαλγία, εξάνθημα και χαμηλός έως μέτριος πυρετός είναι οι συχνότερες ανεπιθύμητες ενέργειες που αναφέρονται μετά τον εμβολιασμό. Συγκοπτικά επεισόδια που αναφέρονται είναι συχνά μετά τον εμβολιασμό εφήβων γενικώς και ανεξαρτήτως εμβολίου. Επειδή υπάρχει πιθανότητα σοβαρού τραυματισμού (π.χ πτώση και κάκωση κεφαλής) συνίσταται η παραμονή στο ιατρείο 15 λεπτά τουλάχιστον μετά τον εμβολιασμό (Wong, Sam , 2010 , Mammias, Spandidos, 2012). Τα σοβαρά περιστατικά μετά τον εμβολιασμό που έχουν ως τώρα αναφερθεί περιλαμβάνουν το σύνδρομο GuillainBare, μια νόσο που προκαλεί μυϊκή αδυναμία ως παράλυση και προσβάλλει γενικά 1-2 τους 100.000 εφήβους. Δεν έχει αποδειχθεί ότι ο εμβολιασμός για HPV αυξάνει τη συχνότητα του συνδρόμου σε νεαρές γυναίκες. Επίσης έχουν αναφερθεί θρομβοεμβολικά επεισόδια σε καρδιά, πνεύμονες, κάτω άκρα, τα οποία τις περισσότερες περιπτώσεις

αφορούσαν άτομα με προδιαθεσικούς παράγοντες (π.χ λήψη αντισυλληπτικών). Με βάση την έως τώρα παρακολούθηση το CDC, FDA και EMEA κρίνουν το εμβόλιο ασφαλές και αποτελεσματικό. Το εμβόλιο δε συνίσταται σε εγκύους, γιατί δεν υπάρχουν αρκετές μελέτες σε αυτές, αλλά μπορεί να γίνεται σε θηλάζουσες γυναίκες. Ο εμβολιασμός αντενδείκνυται σε άτομα με σοβαρή αλλεργία σε κάποιο από τα συστατικά του εμβολίου και πρέπει να αναβάλλεται σε περίπτωση μέτριας ή σοβαρής οξείας νόσου.

## 2.2 Δευτερογενής πρόληψη

### 2.2.1 Τεστ-Παπανικολάου (τεστ- Παπ )

Το **τεστ -Παπ (Conventional Cytology Papsmear) (CP)**, είναι μια μέθοδος γενικού ελέγχου (screening), η οποία σκοπό έχει να εντοπίσει αρκετά νωρίς τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας έτσι ώστε να βρίσκεται σε στάδια θεραπεύσιμα. Με το Τεστ Παπ γίνεται λήψη κυττάρων από τον κόλπο, τον τράχηλο και τον ενδοτράχηλο. Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιείται μια μικρή πλαστική ή ξύλινη σπάτουλα (στυλεός) και ένα μαλακό «βουρτσάκι» (Εικόνα 6 ).



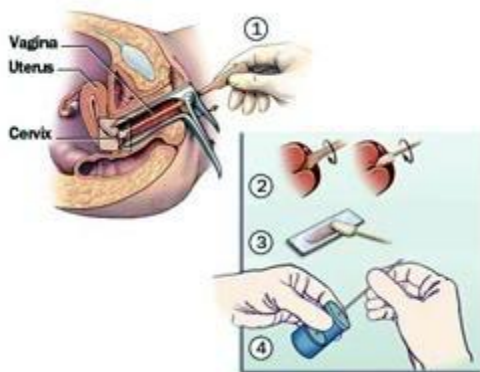
Τα κύτταρα αυτά επιστρώνονται σε πλακίδιο προκειμένου να γίνει κυτταρολογική εξέταση. Στη συνέχεια εξετάζονται με μικροσκόπιο με σκοπό την ανίχνευση δυνητικά προκαρκινικών αλλαγών (που ονομάζονται αυχενικές ενδοεπιθηλιακές νεοπλασίες ( CIN) ή τραχηλικές δυσπλασίες ). Το τεστ-Παπ μπορεί επίσης να ανιχνεύσει μολύνσεις και διαταραχές στην ενδοτραχήλου και του ενδομητρίου, (Shidham et al, 2011). Εφευρέθηκε από τον Έλληνα Γεώργιο Παπανικολάου πριν από 60 χρόνια. Το πόσο σημαντικό είναι το Τεστ Παπανικολάου για την υγεία των γυναικών προκύπτει περίτρανα από τα στατιστικά στοιχεία, που δείχνουν ότι χάρη σ' αυτό η θνησιμότητα από τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας έχει μειωθεί κατά 70%. Στην Ελλάδα, οι 1.000 γυναίκες περίπου το χρόνο που εμφανίζουν καρκίνο του τραχήλου

της μήτρας και του ενδομητρίου αποδεικνύεται ότι δεν είχαν κάνει ποτέ Τεστ Παπ. (ACOG Committee on Gynecological Practice (2009).

### ***Κυτταρολογία υγρήςφάσης με λεπτή επίστρωση-«Liquid-based Cytology- Thin layer preparation (LBC)».***

Εκτός από το κλασσικό τεστ-Παπ εφαρμόζεται τα τελευταία χρόνια μία νέα τεχνική κατά την οποία το υλικό λαμβάνεται από τον τράχηλο με τη συσκευή Cervex της οποίας το τελευταίο τμήμα τοποθετείται σε φιαλίδιο με ειδικό υγρό και έτσι αποστέλλεται στο κυτταρολογικό εργαστήριο.

#### **Εικόνα 7 (LBC)**



*Πηγή (Biscotti, Dawson , Dziura , et al,2005).*

#### ***Πλεονεκτήματα της μεθόδου.***

- Η λήψη πιο ευανάγνωστων και άρα ικανοποιητικότερων δειγμάτων.
- Η συντόμευση του χρόνου που χρειάζεται για μελέτη και αξιολόγηση του δείγματος από τον κυτταρολόγο.
- Η χρησιμοποίηση του φιαλιδίου για επιπλέον εξετάσεις αν χρειαστεί, π.χ HPV DNA test σε διαφορούμενα δείγματα.

Οι απόψεις ωστόσο για μεγαλύτερη αξιοπιστία και εγκυρότητα της LBC σε σχέση με την CP δίστανται. Σε Ολλανδική τυχαιοποιημένη μελέτη, (Bekker-Grob et al, 2012), μελετήθηκε το όριο κόστους-αποτελεσματικότητας των δύο αναλύσεων και αν η διαλογή ThinPrep LBC είναι οικονομικά αποδοτική για τον προσυμπτωματικό έλεγχο. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν, ότι ο έλεγχος LBC δεν είναι οικονομικά αποδοτικός σε σχέση με τον έλεγχο CP. Σε μια πρόσφατη σύγκριση μεταξύ της διαδικασίας των δύο ελέγχων, τα αποτελέσματα των προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου ρουτίνας στην Ευρώπη, κυρίως με βάση τη συμβατική κυτταρολογική εξέταση, το ποσοστό των γυναικών που υποβάλλονται σε επανάληψη



ελέγχου λόγω της μη ικανοποιητικής συμβατικής κυτταρολογίας κυμαινόταν μεταξύ 0,2 % στη Σλοβενία και 0,8 % στις Κάτω Χώρες έως 4,9% Ιρλανδία και 8,0 % στην Αγγλία.(Castle, et al, 2010). Τα συμπεράσματα μιας πρόσφατης μεταανάλυσης έδειξαν την ίδια αποτελεσματικότητα στην διάγνωση HGSIL και στις δύο μεθόδους. (Siebers et al, 2011), ενώ μελέτη που διεξήχθη στην Αγγλία (Blanks, Kelly, Erub 2010), έδειξε σαφή υπεροχή της LBC στη διάγνωση των HGSIL και LGSIL.

Ωστόσο η καθολικότερη αντικατάσταση της CP από την LBC απαιτεί περισσότερες τυχαιοποιημένες μελέτες που να αποδεικνύουν το διαγνωστικό της προβάδισμα και θα δικαιολογεί το υψηλότερο κόστος της.

## 2.2.2 Ευρήματα τεστ-Παπ

**ΠΙΝΑΚΑΣ 4 Ταξινόμηση ευρημάτων**

Classification System	Cytology Classification						
The Bethesda System	Infection Reactive Repair	ASCUS	Squamous Intraepithelial Lesion (SIL)				Invasive Carcinoma
			Low Grade (LSIL)		High Grade (HSIL)		
Richart			Condyloma	Cervical Intraepithelial Neoplasia (CIN)			
				Grade I	Grade II	Grade III	
Reagan (WHO)	Normal	Atypia	Mild Dysplasia	Moderate Dysplasia	Severe Dysplasia	In situ Carcinoma	
Papanicolaou	I	II	III		IV		V

Πηγή (WHO, 2009)

### 2.2.2 Κατηγορίες ευρημάτων:

- **Αρνητικό.** Αυτό σημαίνει ότι ο τράχηλος είναι υγιής.
- **Τραχηλίτιδα (κολπίτιδα).** Αυτό σημαίνει ότι το τεστ είναι αρνητικό για κακοήθεια. Εντούτοις υπάρχει μόλυνση που προκαλεί μια διαφοροποίηση στα κύτταρα
- **ASCUS** («άτυπα πλακώδη κύτταρα απροσδιόριστου σημασίας»). Είναι απροσδιόριστα κύτταρα, που δεν είναι δυσπλαστικά ούτε όμως φυσιολογικά. Υπάρχει υποψία για μόλυνση από τον ιό των ανθρωπίνων κονδυλωμάτων (HPV- Human Papilloma Virus).

- **LG-SIL** ( χαμηλού βαθμού δυσπλασία ). Ελαφρά δυσπλασία, σημαίνει ότι υπάρχει μόλυνση από τον ιό των ανθρωπίνων κονδυλωμάτων (HPV).
- **HG-SIL** (υψηλού βαθμού δυσπλασία). Μεγάλη κυτταρική δυσπλασία.
- **Καρκίνος**, αυτό είναι σπάνιο σε νέες γυναίκες. Εάν με το Test Pap ανευρεθούν καρκινικά κύτταρα, η θεραπεία πρέπει να είναι άμεση και αποτελεσματική.

### 2.2.3 Κολποσκόπηση

Η κολποσκόπηση συνιστάται, όταν το Τεστ Παπ δείχνει αλλοιώσεις στα κύτταρα του τραχήλου της μήτρας (αλλοιώσεις HPV, χαμηλού ή υψηλού βαθμού αλλοιώσεις κ.α.). Μία στις 10 γυναίκες θα έχει Παπ Τεστ που δεν είναι φυσιολογικό. Αυτές οι γυναίκες μπορεί να ωφεληθούν από την κολποσκόπηση, η οποία θα εντοπίσει την έκταση των αλλοιωμένων κυττάρων στον τράχηλο. Με τη βοήθεια μεγεθυντικών φακών, βάφεται ο τράχηλος της μήτρας και αναζητούνται περιοχές, που ευθύνονται για τα αλλοιωμένα κύτταρα που έχουν εντοπιστεί στο Τεστ Παπ. (Kabaca et al, 2014).

Αλλά και ως μέθοδος με εφαρμογή μόνο σε περιπτώσεις με μη φυσιολογική κυτταρολογική εξέταση η κολποσκόπηση αντιμετωπίζεται, ιδιαίτερα στις αγγλόφωνες χώρες, ως μια εξέταση την οποία θα πρέπει, αν είναι δυνατό, να αποφύγουμε, καταφεύγοντας σε άλλες εξεταστικές μεθόδους ή συνδυασμούς (π.χ. επαναλήψεις του τεστ Παπανικολάου, ανίχνευση και τυποποίηση του HPV, κ.ά.). Οι λόγοι γι' αυτή την πρακτική πρέπει να αναζητηθούν στην εσωτερική δομή του συστήματος παροχής ιατρικής φροντίδας στις χώρες αυτές και στην οικονομική διαπλοκή του με το σύστημα ασφαλιστικής κάλυψης των ασθενών. Η βασική και ουσιαστική διαφορά των δύο απόψεων μπορεί να συνοψισθεί στο ότι για τις ευρωπαϊκές και λατινογενείς χώρες η κολποσκόπηση αποτελεί μία εξέταση ενσωματωμένη πλήρως στο πλαίσιο της συνήθους γυναικολογικής εξέτασης όπως εξάλλου σήμερα και το τεστ Παπανικολάου και το υπερηχογράφημα, ενώ για τις αγγλόφωνες χώρες, η κολποσκόπηση αποτελεί ειδική εξέταση, η οποία δεν είναι ενσωματωμένη στη συνήθη γυναικολογική εξέταση και πρέπει να γίνεται σε εξειδικευμένα κέντρα και από εξειδικευμένο προσωπικό.

Η προσπάθεια υποκατάστασης της κλασικής κολποσκόπησης από τη λεγόμενη "τραχηλογραφία" (Stafl, 1981) - δηλ. την ειδική κολποφωτογράφιση του τραχήλου μετά την επίδραση οξεικού οξέος και την αποστολή της φωτογραφίας σε "ειδικούς" προς αξιολόγηση-, η οποία υποτασσόταν ουσιαστικά στις ανάγκες του ανωτέρω περιγραφέντος συμπλόκου κοινωνικο-οικονομικού συστήματος υγείας ορισμένων χωρών, δεν κατάφερε να επικρατήσει, κυρίως λόγω του υψηλού ποσοστού ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων. (Dalton et al, 2014).

Κατά την εφαρμογή της κολποσκόπησης τα ευρήματά της πρέπει πάντα να εντάσσονται στο συνολικό πλαίσιο των πληροφοριών οι οποίες είναι διαθέσιμες για την κάθε μεμονωμένη γυναίκα ή ασθενή. Έτσι, τα αποτελέσματα των τεστ Παπανικολάου των τελευταίων ετών, η ηλικία της γυναίκας, η ύπαρξη ή μη εγκυμοσύνης και η ηλικία κύησης, η προηγηθείσα επεμβατική μέθοδος θεραπείας στον τράχηλο (κρυοθεραπείες, καυτηριάσεις κλπ.), η ύπαρξη έντονης φλεγμονής, το μαιευτικό ιστορικό κ.ά. πρέπει πάντοτε να λαμβάνονται υπόψη.

#### **2.2.4 HPV Τεστ**

Το HPV τεστ ελέγχει άμεσα το γενετικό υλικό (DNA) του HPV μέσα στα κύτταρα και μπορεί να ανιχνεύσει τους ‘υψηλού κινδύνου’ τύπους που συνδέονται με τον καρκίνο του τραχήλου. Η δοκιμή γίνεται με το ίδιο δείγμα κυττάρων που λαμβάνεται κατά τη διάρκεια της Παπ-τεστ δοκιμής. Η ανίχνευση του DNA των διαφόρων υποτύπων (στελεχών) του HPV σε υλικό από την περιοχή του κόλπου και του τραχήλου είναι δυνατόν σήμερα να πραγματοποιηθεί με μεθόδους μοριακής βιολογίας και κυρίως με τη μέθοδο της αλυσιδωτής αντίδρασης της πολυμεράσης (Polymerase chain reaction - PCR) καθώς και με την πολύ διαδεδομένη, απλή και αξιόπιστη μέθοδο Hybrid Capture II (Digene).

Η δοκιμασία PapType έχει ειδικότητα 22,4 % και ευαισθησία 94,6 % για CIN2 + πρόβλεψη. Η ταξινόμηση σε ομάδες A ( HPV 33 και HPV16), B ( HPV31, 18, 52, 35, 58, 51,) και C ( HPV 68, 45, 39, 66, 56, 59, ενδιάμεσο πρόβλεψης ) θα μπορούσε να διπλασιάσει η ειδικότητα ( 44,5 % ), αλλά μόνο να μειώσει ελαφρώς την ευαισθησία για CIN2 + ( 91,5 % ) και CIN3 + ( 94,0 % ),(Cuzick et al, 2014 ). Ένας αρνητικός παράγοντας για την ευρεία απήχηση του HPV τεστ είναι ότι χρειάζεται εργαστηριακή υποδομή τελευταίας τεχνολογίας, η οποία δεν καλύπτεται ακόμα από τον δημόσιο φορέα ασφάλισης, ενώ η ίδια εξέταση είναι αρκετά δαπανηρή και το κόστος είναι αρκετά υψηλό όταν συνδυάζεται με τον κυτταρολογικό έλεγχο και την κολποσκόπηση, ιδίως όταν πρόκειται για προγράμματα πληθυσμιακού προληπτικού ελέγχου.

Ωστόσο η αξιοπιστία (υπό την έννοια ελέγχου της ευαισθησίας και ειδικότητας) της εφαρμογής του HPV test ως μεθόδου πληθυσμιακού ελέγχου –σε σύγκριση με το Pap test– ελέγχθηκε σε αρκετές ομάδες πληθυσμών (Untiet et al, 2014). Σε όλες τις μελέτες το HPV test παρουσιάζει μεγαλύτερη ευαισθησία απ' ό,τι το Pap test (και μάλιστα μερικές φορές με πολύ μεγάλη διαφορά) ως προς την ανίχνευση υψηλού βαθμού ενδοεπιθηλιακής αλλοίωσης ή

διηθητικού καρκίνου, ενώ αντίθετα το Pap test υπερτερεί ως προς την ειδικότητα, αν και όχι με τόσο μεγάλη διαφορά

Αυτή μάλιστα η υπεροχή του Pap test ως προς την ειδικότητα ελαττώνεται σαφώς, όταν η ηλικία των ελεγχόμενων γυναικών είναι μεγαλύτερη των 30 ετών. Η εξήγηση είναι προφανής, διότι κύριος παράγων κινδύνου δεν είναι ο υψηλός επιπολασμός της HPV μόλυνσης σε νεαρά άτομα αλλά η παραμένουσα λοίμωξη από τον ιό στο ίδιο άτομο επί πολλά έτη. (Evans, Peng et al, 2014). Με βάση τα παραπάνω δεδομένα των ανά τον κόσμο μελετών από ανεξάρτητους μεταξύ τους μελετητές, προτείνεται από αρκετούς η προώθηση εφαρμογής του HPVtest, μόνου του ή σε συνδυασμό με το Pap-test, για τον πρωτογενή μαζικό πληθυσμιακό έλεγχο των γυναικών. Μάλιστα, προτείνεται διαφορετική προσέγγιση, αναλόγως του αν ο έλεγχος αφορά σε γυναίκες ανεπτυγμένων ή αναπτυσσόμενων χωρών (Cuzick et al, 2014).

Η εφαρμογή του HPV test ως μεθόδου πληθυσμιακού ελέγχου (screening) ευρίσκεται προς το παρόν υπό έλεγχο. Ορισμένες χώρες (π.χ. Ολλανδία) άρχισαν να εφαρμόζουν πιλοτικά προγράμματα βασισμένα στον έλεγχο του γυναικείου πληθυσμού με συνδυασμό Pap test και HPV test. Παρ' όλα αυτά υπάρχουν προς το παρόν αρκετά ερωτήματα ως προς την εφαρμογή του HPV test ως μεθόδου screening, τα οποία θα πρέπει να απαντηθούν στο προσεχές χρονικό διάστημα με τις αντίστοιχες προοπτικές μελέτες, πριν η νέα μέθοδος εδραιωθεί. (Burger, Kim , 2014)

### **2.2.5 Αναλογική μαστογραφία**

Η Αναλογική Μαστογραφία είναι η πλέον κοινή εξέταση μαστογραφίας παγκοσμίως. Η ανακάλυψή της συνέβαλε στη δραστική μείωση της ακτινοβολίας που δεχόταν το ανθρώπινο σώμα από παλαιότερες μορφές ακτινογραφικής εξέτασης των μαστών.

Με τη μέθοδό της αναλογικής μαστογραφίας η εξεταζόμενη τοποθετείται ενώπιον ενός ειδικού ακτινογραφικού μηχανήματος – γνωστού ως αναλογικού τομογράφου - που εκπέμπει ακτίνες X και αποτυπώνει το εσωτερικό του μαστού σε μια πλάκα υποδοχής, δηλαδή σε ένα ειδικά κατασκευασμένο ακτινογραφικό φιλμ. Ο εξεταζόμενος μαστός τοποθετείται σε μια ειδική υποδοχή και συμπιέζεται ελαφρά για να επιτευχθεί η καλύτερη δυνατή απεικόνιση του μαστού. Η εκπομπή της ακτινοβολίας δεν είναι χρονοβόρα ούτε προκαλεί πόνο. Το φιλμ υφίσταται στη συνέχεια μια ειδική χημική επεξεργασία που θα εξασφαλίσει τη διαύγεια αλλά και το ανεξίτηλο της απεικόνισης μετά την έκθεσή του στο φως. Στη συνέχεια η πλάκα εξετάζεται από ειδικό μαστολόγο και αξιολογείται κλινικά.

## 2.2.6 Ψηφιακή μαστογραφία

Η ψηφιακή μαστογραφία – γνωστή και ως FFDM (Full-Field Digital Mammography) - περιλαμβάνει ακριβώς την ίδια απεικονιστική μέθοδο, χρησιμοποιεί, όμως, ψηφιακή τεχνολογία και όχι αναλογικό φιλμ. Ως εξέταση, περιλαμβάνει ακριβώς την ίδια μέθοδο με την αναλογική· το μόνο που αλλάζει είναι η απεικονιστική τεχνολογία. (Baxter, 2001)

### *Πλεονεκτήματα της Ψηφιακής Μαστογραφίας*

Η προηγμένη τεχνολογία της Ψηφιακής Μαστογραφίας εξασφαλίζει ορισμένα πλεονεκτήματα σε σχέση με την αναλογική μαστογραφία, τα κυριότερα από τα οποία είναι:

- Πολύ μεγαλύτερη σαφήνεια και διαύγεια το εσωτερικό του στήθους. Αυτό βοηθά το μαστολόγο να αξιολογήσει πολύ καλύτερα τα πιθανά ευρήματα και απαλλάσσει την εξεταζόμενη από περιττές εξετάσεις ή, αντίθετα, της παρέχει τη δυνατότητα να αντιμετωπίσει άμεσα ένα πιθανό καρκινικό όγκο, εξασφαλίζοντας πολύ μεγαλύτερες πιθανότητες επιτυχούς αντιμετώπισης.
- Απεικονίζει εξαιρετικά μικρές ιστολογικές συσσωματώσεις που μπορεί να φτάνουν σε μέγεθος τα 1 με 2 χιλιοστά, ενώ η αναλογική μαστογραφία σπάνια απεικονίζει με σαφήνεια ογκίδια μικρότερα του 1 εκατοστού. Η δυνατότητα αυτή καθιστά ικανή τη διάγνωση καρκινικών όγκων σε πολύ πρώιμα στάδια ανάπτυξης, γεγονός που συχνά αποδεικνύεται ζωτικής σημασίας για την εξέλιξη και την αντιμετώπιση της νόσου, ειδικά στην περίπτωση του καρκίνου του μαστού.
- Λόγω της ευκρίνειάς της, η ψηφιακή μαστογραφία αποτυπώνει διαυγέστερα μαστούς με πυκνό ιστό, στους οποίους η αναλογική μαστογραφία συχνά αδυνατεί να διακρίνει αναπτυσσόμενα ογκίδια. Γυναίκες νεαρής ηλικίας, που χαρακτηρίζονται από υψηλή μαστική πυκνότητα, έχουν τη δυνατότητα να εξετάσουν ακριβέστερα τη φυσιολογία και την κατάσταση του στήθους τους, δίχως να χρειάζεται κάποια άλλη, πιο παρεμβατική μέθοδος. Παράλληλα απαιτείται η άσκηση μικρότερης πίεσης στο στήθος απ' ό,τι στην αναλογική μαστογραφία.
- Λόγω της ψηφιακής αποτύπωσης η έκδοση των αποτελεσμάτων της εξέτασης είναι πολύ πιο γρήγορη από ό,τι στην αναλογική. Επίσης, ο γιατρός έχει τη δυνατότητα, μέσω επεξεργασίας της εικόνας, να αυξήσει την οπτική της ευκρίνεια.
- Το ποσοστό ακτινοβολίας που δέχεται το στήθος είναι σημαντικά μικρότερο σε σχέση με την αναλογική, σχεδόν κατά 25%, επιβαρύνοντας πολύ λιγότερο το γενετικό υλικό των μαστικών κυττάρων και τη λειτουργία των αδένων.

- Η ψηφιακή απεικόνιση της μαστογραφίας αποθηκεύεται πολύ ευκολότερα σε ηλεκτρονική μορφή, διατηρώντας την εξέταση σε άριστη κατάσταση για χρόνια.

Η ψηφιακή μαστογραφία τείνει να αντικαταστήσει πλήρως την αναλογική, κυρίως λόγω της ευκρίνειάς της που επιτρέπει τη διάγνωση καρκινικών όγκων σε εξαιρετικά πρώιμο στάδιο, χαρίζοντας κυριολεκτικά τη ζωή σε χιλιάδες περιπτώσεις γυναικών που ανακάλυψαν έγκαιρα τη νόσο και την αντιμετώπισαν με επιτυχία. Στην Ελλάδα, δυστυχώς, οι ψηφιακοί μαστογράφοι είναι ελάχιστοι και αντικαθιστούν τους αναλογικούς με εξαιρετικά αργούς ρυθμούς. Έχει, ωστόσο, αρκετά μεγάλη διαφορά κόστους σε σχέση με την αναλογική, που μπορεί να αγγίζει και το 50%, γι' αυτό και δεν καλύπτεται από τα ασφαλιστικά ταμεία.

### **2.2.7 Computer-aided detection (CAD)**

Η τεχνολογία CAD (Computer-aided Detection, Διάγνωση Υποβοηθούμενη από Υπολογιστή) περιλαμβάνει τη χρήση ενός ειδικού λογισμικού ηλεκτρονικών υπολογιστών που είναι σε θέση να ανιχνεύει ανωμαλίες και όγκους ή ύποπτες κυτταρικές συσσωματώσεις στα αποτελέσματα της μαστογραφίας και να ενημερώσει ηλεκτρονικά το γιατρό, αποκλείοντας έτσι την πιθανότητα να παραβλεφθεί κάποια ανησυχητική οπτική ένδειξη στη μαστογραφία.

### **2.2.8 Υπερηχητική μαστογραφία (NecklyudovL, FletcherS, 2001)**

Είναι η εξέταση εκλογής σε νεαρές γυναίκες μικρότερες των 30 ετών και αποτελεί συμπληρωματική εξέταση σε γυναίκες με πυκνούς μαστογραφικά μαστούς. Κατευθύνουν με ακρίβεια βιοψίες βλαβών που απεικονίζονται υπερηχοτομογραφικά. Η Μαγνητική Τομογραφία Μαστού είναι μέθοδος που δεν χρησιμοποιεί ακτινοβολία και επιτρέπει την ανίχνευση διηθητικών καρκίνων με ευαισθησία που πλησιάζει το 100%. Επιτρέπει την ανίχνευση αψηλάφητων βλαβών που δεν απεικονίζονται μαστογραφικά η υπερηχοτομογραφικά.

### **2.2.9 Γαλακτογραφία**

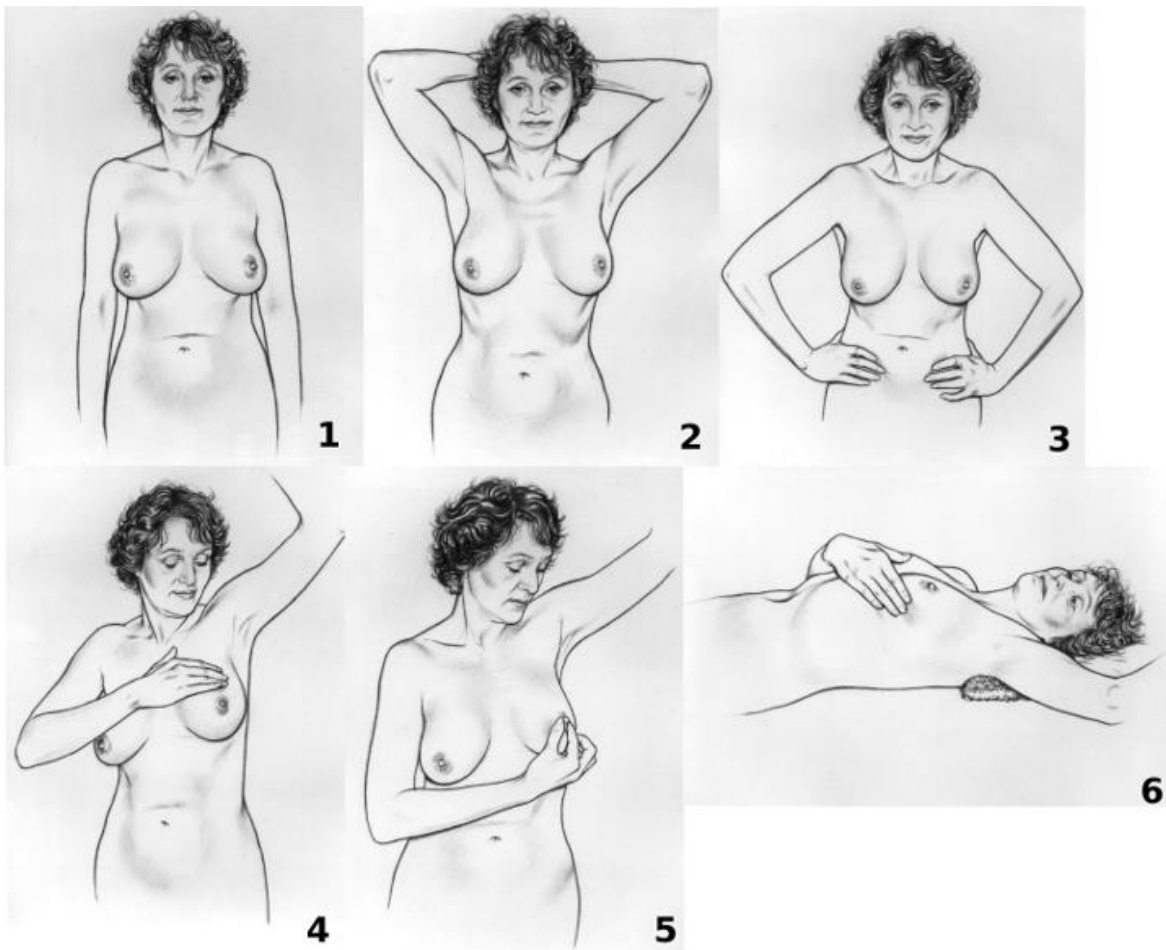
Η Γαλακτογραφία είναι η ακτινογραφική εξέταση του μαστού που αποτυπώνει με εξαιρετική διαύγεια τη δομή και το εσωτερικό των γαλακτοφόρων αδένων του μαστού. Συστήνεται σε περιπτώσεις που για κάποιο λόγο – όπως ανησυχητικές εκκρίσεις από τη θηλή, κ.ά. – ο γιατρός υποψιάζεται κάποια αλλοίωση στο εσωτερικό των γαλακτοφόρων αυλών. Αντίθετα δεν συστήνεται σε γυναίκες:

- με γαλακτώδεις, κίτρινες, πράσινες, μαύρες ή μελανόχρωμες εκκρίσεις. Εκκρίσεις τέτοιου είδους σπάνια αποτελούν λόγο ανησυχίας, ειδικά αν εκκρίνονται από πολλούς διαφορετικούς πόρους του μαστού.
- δίχως παιδιά με εκκρίσεις και στα δύο στήθη – κάτι που συνήθως σχετίζεται με την πρόσληψη κάποιου φαρμάκου ή με δυσλειτουργία της παραγωγής βλεννογόνου στον οργανισμό.

#### **2.2.10 Αυτοεξέταση μαστών**

(Wald, 1994, Necklyudov, Fletcher, 20011 ,Holmberg, et al, 1997). Από τις παραπάνω προληπτικές εξετάσεις, η αυτοεξέταση είναι η πιο συχνά επαναλαμβανόμενη αλλά και η πιο εύκολη στην πραγματοποίησή της, αφού εκτελείται από την ίδια τη γυναίκα στο σπίτι και διαρκεί μόνο 10 λεπτά. Αποτελεί συμπληρωματική εξέταση της μαστογραφίας και επαναλαμβάνεται μία φορά το μήνα, 5-10 μέρες μετά την έναρξη της περιόδου. Εφόσον η γυναίκα είναι στην εμμηνόπαυση, συνιστάται να γίνεται μια συγκεκριμένη ημέρα του μήνα (π.χ. την πρώτη του μήνα). Αν και η διαγνωστική αξία της αυτοεξέτασης αμφισβητείται από ορισμένους, εντούτοις, η αυτοεξέταση μπορεί να βοηθήσει στην ανεύρεση μάζας στα διαστήματα μεταξύ του καθιερωμένου ελέγχου, όπως επίσης καρκίνων που δεν ανιχνεύονται στη μαστογραφία και υπολογίζονται στο 11% (καρκίνος μεσοδιαστήματος – interval cancer).

### **Εικόνα 7** Στάδια αυτοεξέτασης



Πηγή ([el.wikipedia.org/wiki](http://el.wikipedia.org/wiki) 2014)

1. Ξεκινάει με τον επισκοπικό (οπτικό) έλεγχο απέναντι σε καθρέπτη, με δυνατό φωτισμό, αρχικά με τα χέρια κάτω και στη συνέχεια με τα χέρια πίσω από το κεφάλι και, τέλος, στη μέση, πιέζοντας με δύναμη, ώστε να ενεργοποιηθούν οι μύες του στήθους. Η γυναίκα αναζητά οποιαδήποτε μεταβολή στο μέγεθος ή το σχήμα των μαστών και παρατηρεί αν υπάρχουν ενδείξεις δερματικών αλλοιώσεων ή ανωμαλιών, όπως έκζεμα, ερυθρότητα, εισολκή, εξόγκωμα, βαθούλωμα κλπ. Είναι φυσιολογικό να διαφέρει το μέγεθος του ενός μαστού από τον άλλο, εκτός αν αυτό παρατηρείται για πρώτη φορά.
2. Συνεχίζεται με τον ψηλαφητικό έλεγχο, κατά τον οποίο η γυναίκα χρησιμοποιώντας τα 4 δάκτυλα του χεριού ενωμένα, εκτός του αντίχειρα, ψηλαφεί κάθε φορά τον αντίθετο μαστό, με το άλλο χέρι πίσω από το κεφάλι. Πρώτα ψηλαφεί σε όρθια στάση και στη συνέχεια ξαπλωμένη. Πιέζει με τα δάκτυλα κάνοντας κυκλικές και παλινδρομικές (πάνω-κάτω) κινήσεις, προσπαθώντας να καλύψει όλη την επιφάνεια του μαστού και ελέγχοντας εάν υπάρχει οποιαδήποτε αλλαγή σε σχέση με τις προηγούμενες φορές ή εάν ψηλαφεί κάποιο ογκίδιο ή σκληρία. Επίσης, ψηλαφεί τις μασχάλες.



3. Στο τέλος, πιέζει προς τα μέσα την θηλή κάθε μαστού για εντοπισμό τυχόν σκληρίας ή για παρατήρηση τυχόν εκκρίματος (αίματος ή άλλου).

### **2.3 Στρατηγικές πρόληψης**

Η έγκαιρη ανίχνευση των προκαρκινικών αλλοιώσεων και καρκίνου μέσω τεχνικών όπως pap-test , στην περίπτωση του καρκίνου του τραχήλου, καθώς και μαστογραφία, στην περίπτωση του καρκίνου του μαστού, είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική στη μείωση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας από αυτές τις ασθένειες. Είναι απαραίτητο να συνοδεύονται από υψηλής ποιότητας διάγνωση, έγκαιρη θεραπεία και κατάλληλη παρακολούθηση, το σύνολο των οποίων απαιτεί την κατάλληλη οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών υγείας (Collins , Hayes , 2007). Από τη σκοπιά της συνολικής υγείας, η έννοια της πρόληψης, δεν μπορεί να μη συνδέεται με τη διάγνωση, παρακολούθηση και θεραπεία της νόσου, συμπεριλαμβανομένου του δικαιώματος στην εκπαίδευση, μεταξύ άλλων. Με άλλα λόγια , είναι ανώφελο να ενημερώνονται οι γυναίκες για τους παράγοντες που συνδέονται με την εμφάνιση του καρκίνου και τη διευκόλυνση της πρόσβασης στο pap-test και η μαστογραφία , αν δεν υπάρχει η δυνατότητα κάλυψης όλων των άλλων στάδιων της φροντίδας.

Η πρόληψη δεν συνδέεται μόνο με μειωμένη νοσηρότητα και θνησιμότητα , αλλά μπορεί επίσης να οδηγήσει σε μειωμένο συνολικό κόστος για τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης. ( Raphael , 2009 ) Η κατάλληλη χρήση των προληπτικών υπηρεσιών οδηγεί στην έγκαιρη διάγνωση της νόσου , βελτίωση της μελλοντικής υγείας, της μείωσης της μελλοντικής χρήσης των θεραπευτικών υπηρεσιών και του σχετικού κόστους. Η σχέση μεταξύ της πρόληψης σοβαρών νοσημάτων (όπως γυναικολογικοί καρκίνοι) και του σχετικού κόστους θεραπείας και οικονομικών ή άλλων συνεπειών, έχει μελετηθεί κατά τη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας μέσω ενός σημαντικού αριθμού οικονομικών αξιολογήσεων .

### ***Εκπαίδευση-ενημέρωση***

Η πρόληψη της ασθένειας ξεκινά από την ενημέρωση του γυναικείου πληθυσμού σχετικά με το τι σημαίνει «πρόληψη» και για ποιους λόγους είναι σημαντική η εφαρμογή της. Μεγάλο μερίδιο ευθύνης για την αποχή των γυναικών από τον προληπτικό έλεγχο φέρει το εκπαιδευτικό σύστημα που δεν διδάσκει από μικρή ηλικία την αξία της πρόληψης και δεν

κινητοποιεί τις γυναίκες να συμμετέχουν ενεργά στον προσυμπτωματικό έλεγχο. Μέσω της κατανόησης της ασθένειας και της αξίας της πρώιμης διάγνωσης είναι δυνατόν να ενισχυθούν και να ενδυναμωθούν οι γυναίκες για να νικήσουν το φόβο, την αμηχανία και το αίσθημα του στιγματισμού που δημιουργεί σε πολλές περιπτώσεις η ασθένεια. Σύμφωνα με παρόμοια έρευνα των (Layzer , Rosaper , Barr , 2013), πάνω σε ένα πρόγραμμα ενημέρωσης των νέων, έδειξε ότι οι νέοι συμμετέχοντες έδωσαν μεγάλη αξία στην εμπειρία , σημειώνοντας ότι οι πληροφορίες για την υγεία που έλαβαν ήταν τόσο σημαντικές για τη ζωή τους, απ' ότι αν το μάθαιναν από τους συνομηλίκους τους. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ανέφεραν ότι το πρόγραμμα τους βοήθησε σε μια σειρά από τομείς που σχετίζονται τόσο την κοινωνική ευημερία όσο και τη σεξουαλική υγεία. Η έρευνα των (Pereira , Taquette , Pérez , 2013), σε παιδιά γυμνασίου στη Βραζιλία έδειξε ότι η παροχή των γυναικολογικών υπηρεσιών για τους εφήβους δεν είναι ικανοποιητική , σύμφωνα με τις αξιολογήσεις των εφήβων, ενώ οι χρήστες του ιδιωτικού συστήματος υγείας είχαν καλύτερη πληροφόρηση από ό,τι εκείνοι που είχαν πρόσβαση μόνο στο δημόσιο σύστημα.

### ***Η χρήση των υπηρεσιών πρόληψης***

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, μέσω της δήλωσης της (Alma-Ata, 1978), προσδιόρισε την πρόληψη ως προτεραιότητα της δημόσιας υγείας. Αυτό έχει ενσωματωθεί ως ένα από τους κύριους στόχους του ελληνικού συστήματος υγείας, και έχει αντιμετωπιστεί με τη δημιουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας, με κέντρα υγείας πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Η πρόληψη θεωρείται ως βασικό στοιχείο για την ανάπτυξη του τομέα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και των κυριότερων δημόσιων συστημάτων της πρωτοβάθμιας παροχής υγείας , που καλύπτουν περίπου το 85 % του ελληνικού πληθυσμού και είναι υπεύθυνα για την παροχή και την παροχή υπηρεσιών πρόληψης δωρεάν και ισότιμα σε όλη τη χώρα .

Η χρήση των υπηρεσιών πρόληψης, έχει μελετηθεί εκτενώς σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες και στις ΗΠΑ. Η συντριπτική πλειοψηφία αυτών των μελετών αφορούν τον έλεγχο του τραχήλου της μήτρας και του μαστού. (Finkelstein, 2002, Lorant, et al 2002, Broyles, Narine Et al, 2000). Έχουν εντοπιστεί κοινωνικο- οικονομικές ανισότητες στη χρήση των υπηρεσιών πρόληψης, με τους ανθρώπους που έχουν καλύτερη οικονομική κατάσταση να αναφέρουν μεγαλύτερη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών προληπτικής φροντίδας από εκείνους που είναι σε χειρότερη οικονομική κατάσταση. Μία ανάλογη συγχρονική μελέτη διεξήχθη τον Σεπτέμβριο του 2006 και αφορούσε ένα δείγμα ( > 18 ετών) που διαμένουν σε αστικές και αγροτικές περιοχές. Προκειμένου να προσδιοριστούν οι παράγοντες που μπορεί να προβλέψει τη χρήση

των υπηρεσιών πρόληψης, ακολουθήθηκε το μοντέλο Άντερσεν συμπεριφοράς (Andersen , 1995).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα υπήρχαν σημαντικές διαφορές κατά τη χρήση των προληπτικών εξετάσεων ανάλογα με τα κοινωνικο - δημογραφικά χαρακτηριστικά. Οι πιο ηλικιωμένες γυναίκες και αυτές με πρωτοβάθμια εκπαίδευση είχαν τα χαμηλότερα ποσοστά χρήσης . Τα άτομα με πανεπιστημιακή εκπαίδευση είχαν σχεδόν τρεις φορές περισσότερες πιθανότητες να κάνουν προληπτικό έλεγχο σε σύγκριση με εκείνες με μόνο πρωτοβάθμια εκπαίδευση. Επίσης βάσει προηγούμενων μελετών τα άτομα με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο είχαν υψηλότερο κίνδυνο να μην κάνουν προληπτικές εξετάσεις, (Sambamoorthi et al, 2003), (Lorant, Vetal, 2002, Broyles, 2000, Rodriguez-Artalejo, Fetal, 2003).

Λαμβάνοντας υπόψιν το γεγονός, ότι η συγκέντρωση των αναγκών υγείας σε λιγότερο προνομιούχα κοινωνικοοικονομικά στρώματα είναι υψηλότερη, μια πιθανή εξήγηση μπορεί να είναι ότι όσο υψηλότερο είναι το μορφωτικό επίπεδο τόσο καλύτερη είναι η ευαισθητοποίηση και η συμμόρφωση στις ιατρικές συμβουλές ή ότι όσο πιο μορφωμένες και καλά ενημερωμένες ήταν είχαν τη δυνατότητα να χρησιμοποιήσουν καλύτερα τους διαθέσιμους πόρους (Lorant V, 2002). Τα αποτελέσματά μας επιβεβαίωσαν αυτά από μια προηγούμενη μελέτη , η οποία έδειξε ότι τα άτομα με στοιχειώδη εκπαίδευση ήταν λιγότερο σε θέση να αναγνωρίσουν τους μείζονες παράγοντες κινδύνου των σοβαρών νόσων, πράγμα που σημαίνει ότι οι παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση της ανισότητας πρέπει να στοχεύουν στη βελτίωση των γνώσεων με τη διεξαγωγή εκπαιδευτικών προγραμμάτων και εκστρατείες για λιγότερο προνομιούχα άτομα της κοινωνίας , προκειμένου να αποκαταστήσει τις ανισότητες στην κατανομή των προληπτικών εξετάσεων.

Ένας άλλος ανασταλτικός παράγοντας είναι οι ελλείψεις του συστήματος υγείας σχετικά με τη διενέργεια προσυμπτωματικού ελέγχου. Στην Ελλάδα δεν υπάρχει κανένας οργανωμένος προσυμπτωματικός έλεγχος, επειδή το κύριο σύστημα υγείας, θεωρείται ότι είναι αναποτελεσματικό και χωρίς συνέχεια , δημιουργώντας ανισότητες στον τομέα της παροχής υπηρεσιών υγείας. Όπως αναφέρεται (Lionis, et al, 2009), παρά τις πολλές προσπάθειες για τη δημιουργία ολοκληρωμένης πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα είναι ακόμα σε πρώιμο στάδιο.

### ***Η έλλειψη πρόσκλησης-υπενθύμησης από τις υπηρεσίες υγείας***

Ένα αποτέλεσμα που είναι εμφανές σε προηγούμενες μελέτες (Mc Isaac et al, 2006) δείχνει ότι, η ύπαρξη τακτικού οικογενειακού γιατρού στο περιβάλλον της γυναίκας αυξάνει την πιθανότητα για διενέργεια προληπτικού ελέγχου. Έχοντας μια οικεία πηγή φροντίδας σημαίνει μια καλά εδραιωμένη σχέση γιατρού –ασθενούς, άρα και μια μεγαλύτερη πιθανότητα για την έγκαιρη διάγνωση, την καλή μελλοντική υγεία και την ποιότητα ζωής. Σύμφωνα με τον Andersen, εκείνες με δικό τους οικογενειακό γιατρό είχαν 83 % περισσότερες πιθανότητες να υποβληθούν σε προληπτικό έλεγχο. Ως εκ τούτου, η δημιουργία ενός ολοκληρωμένου συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, με την εισαγωγή των Γενικών Ιατρών που θα ενεργούν ως οικογενειακοί γιατροί, όπως στην περίπτωση της βρετανικής NHS, μπορεί να συμβάλει στην καλύτερη διαχείριση των ασθενειών και τη μείωση των παραγόντων κινδύνου.

Σε άλλη μετα-ανάλυση, (Bonfill et al, 2009), κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι πιο αποτελεσματικές παρεμβάσεις ήταν, κατά σειρά ισχύος, ταχυδρομηθέν εκπαιδευτικό υλικό ( 2.81 ), επιστολές πρόσκληση πλέον τηλεφωνήματα ( 2.53 ), την κατάρτιση και την άμεση υπενθυμίσεις για τις γυναίκες ( 2,46 ), επιστολή των προσκλήσεων ( 1.92 ), και επισκέψεις στο σπίτι ( 1.6 ). Ως εκ τούτου, οι στρατηγικές που ενισχύουν την πρόσβαση, αποτελούν σημαντικό συμπλήρωμα σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο και το σύστημα κατευθυνόμενης παρέμβασης είναι πιο αποτελεσματικό για τις γυναίκες που μπορεί να μην έχουν τους πόρους για να μάθουν άμεσα για τις υπηρεσίες προσυμπτωματικού ελέγχου.

### **2.3.1 Παγκόσμια στρατηγική για πρόληψη των ΣΜΝ**

Η Παγκόσμια Στρατηγική 2006-2015 για την πρόληψη και τον έλεγχο των σεξουαλικά μεταδιδόμενων λοιμώξεων έχει δύο συνιστώσες: **τεχνικής και προώθησης**. (Schneider et al, 2014), (Owusu-Edusei, Ketal, 2014)

#### ***Στρατηγική τεχνικής της πρόληψης***

Το τεχνικό περιεχόμενο της στρατηγικής ασχολείται με τις μεθόδους για την προώθηση της υγιούς σεξουαλικής συμπεριφοράς, τα προστατευτικά φράγματα των μεθόδων, αποτελεσματική και προσιτή περίθαλψη των ΣΜΝ, καθώς και τη αναβάθμιση της παρακολούθησης και της αξιολόγησης προγραμμάτων ελέγχου των ΣΜΝ. Εξηγούνται τα βήματα που απαιτούνται για την ανάπτυξη της ικανότητας των συστημάτων υγείας για την έκδοση του προγράμματος. Δίνεται έμφαση στην προσέγγιση της δημόσιας υγείας που

βασίζεται στις έγκυρες επιστημονικές αποδείξεις και στη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας. Η στρατηγική καθιστά ισχυρά επιχειρήματα για την επέκταση της παροχής καλής ποιότητας φροντίδας των προγραμμάτων για τα ΣΜΝ στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, στις υπηρεσίες σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας και τις υπηρεσίες που παρέχουν τη διαχείριση του HIV. Δίνει έμφαση σε ευκαιρίες για την αύξηση της κάλυψης των αναγκών δουλεύοντας σε συνεργασία με άλλους κυβερνητικούς τομείς, καθώς και με οργανώσεις που βασίζονται στον δημόσιο και ιδιωτικό φορέα.

### ***Στρατηγική προώθησης της πρόληψης***

Οι ανάγκες προώθησης της πρόληψης, εντοπίζονται, στις περιθωριοποιημένες πληθυσμιακές ομάδες, που έχουν ιδιαίτερα προβλήματα στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Η διασφάλιση του επιπέδου παροχής αποτελεσματικών παρεμβάσεων για την στήριξη αυτών των ομάδων είναι ιδιαίτερη πρόκληση, αν και τα οφέλη για τη δημόσια υγεία είναι σημαντικά. Ένα τμήμα για την υπεράσπιση τους προσφέρει συμβουλές σε διαχειριστές του προγράμματος σχετικά με τις προσεγγίσεις για την κινητοποίηση του υψηλού επιπέδου πολιτικής δέσμευσης, που αποτελεί το βασικό θεμέλιο για μια ταχεία ανταπόκριση.

Η στρατηγική αυτή υποστηρίζεται από τα διεθνώς συμφωνημένα πλαίσια της ηθικής και των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, τα οποία αναγνωρίζουν το δικαίωμα όλων των ατόμων για το υψηλότερο δυνατό πρότυπο υγείας, συμπεριλαμβανομένης της σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας. Αυτό είναι σύμφωνο με το νομικό πλαίσιο που διέπει την αναπαραγωγική υγεία, τις ανάγκες των παιδιών και των εφήβων, ιδιαίτερα το δικαίωμα να είναι απαλλαγμένα από καταναγκασμό ή κατάχρηση, συμπεριλαμβανομένης και της σεξουαλικής κακοποίησης.

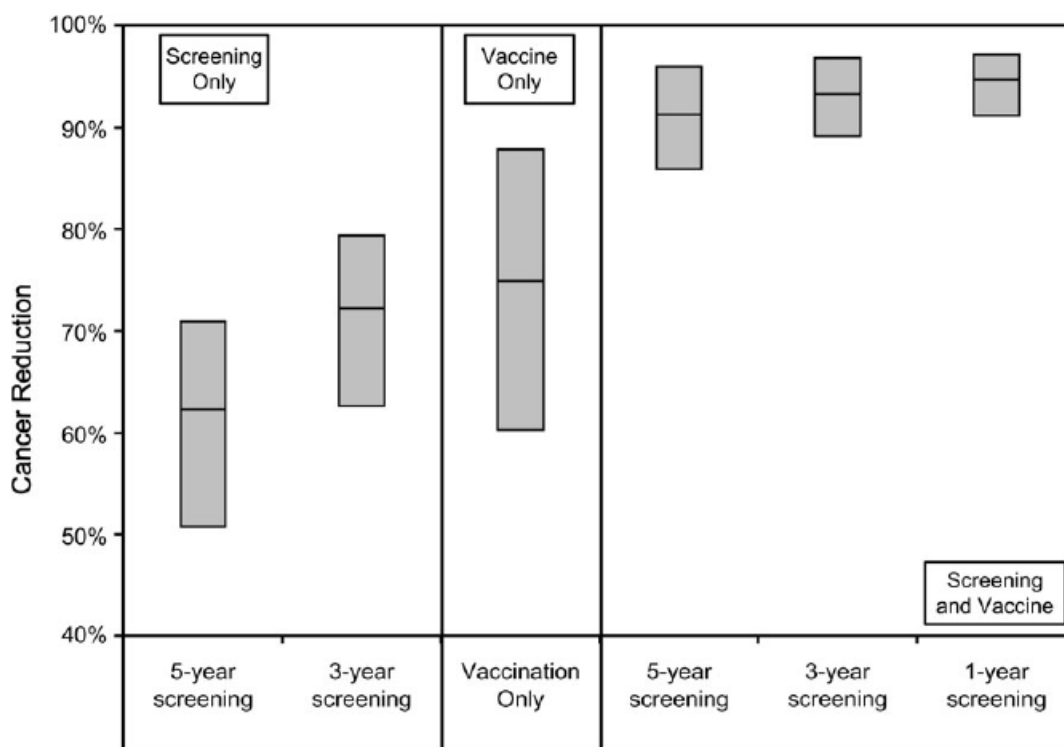
## **2.4 Εθνικά προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου**

### **2.4.1 Προγράμματα πρόληψης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας**

Το πρόγραμμα απευθύνεται σε γυναίκες άνω των 18 ετών τις οποίες καλεί για Παπ- τεστ κάθε 2,3 ή 5 έτη. Ομοίως με τον πρόγραμμα για τον καρκίνο του μαστού, τα ηλικιακά όρια καθώς και η συχνότητα διεξαγωγής των ελέγχων διαφέρουν ανά χώρα και σύστημα υγείας. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελούν η Αυστραλία της οποίας το πρόγραμμα καλεί γυναίκες 18 έως 69 ετών για έλεγχο κάθε 2 έτη, η Λιθουανία όπου γυναίκες ηλικίας 30 έως 60 ετών

καλούνται για έλεγχο κάθε 3 χρόνια και η Σουηδία της οποίας σύστημα υγείας παρέχει pap τεστ κάθε 3 χρόνια σε γυναίκες 23-50 ετών και κάθε 5 έτη για γυναίκες 51-70 ετών. Η πλειοψηφία των προγραμμάτων εν τούτοις απευθύνεται σε γυναίκες ηλικίας 25 έως 60 ή 65 ετών (Αγγλία, Ουαλία, Β. Ιρλανδία, Ιταλία, Γαλλία, Βέλγιο, Κύπρος, Ουγγαρία, Σλοβενία) (Holland, Stewart & Masseria, 2006, Boyle et al, 2003). Η αποτελεσματικότητα του προγράμματος τεκμηριώνεται από διεθνείς μελέτες οι οποίες υποστηρίζουν ότι η ορθή εφαρμογή του προγράμματος μπορεί να μειώσει τη θνησιμότητα από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας έως και 80% ενώ σε συνδυασμό με το εμβόλιο κατά του ιού των ανθρώπινων θηλωμάτων η μείωση της θνησιμότητας μπορεί να αγγίξει και το 95% (Hakama, 1986, Goldhaber-Fiebert et al, 2008).

**ΓΡΑΦΗΜΑ 11** Μείωση του κινδύνου εμφάνισης κρουσμάτων καρκίνου του τραχήλου της μήτρας για διαφορετικές στρατηγικές προσυμπτωματικού ελέγχου



Πηγή (Goldhaber-Fiebert, et al, 2008).

Όσον αφορά τη σχέση κόστους και αποτελεσματικότητας του προγράμματος, μελέτες οικονομικής αξιολόγησης διεξαχθείσες σε διαφορετικά συστήματα υγείας παρουσιάζουν, δείκτες κόστους-αποτελεσματικότητας από € 9791 έως 18659/LYG ή από € 9435 έως 29089/QALY (Ποιοτικά προσαρμοσμένο έτος ζωής) αποδεικνύοντας την οικονομική του

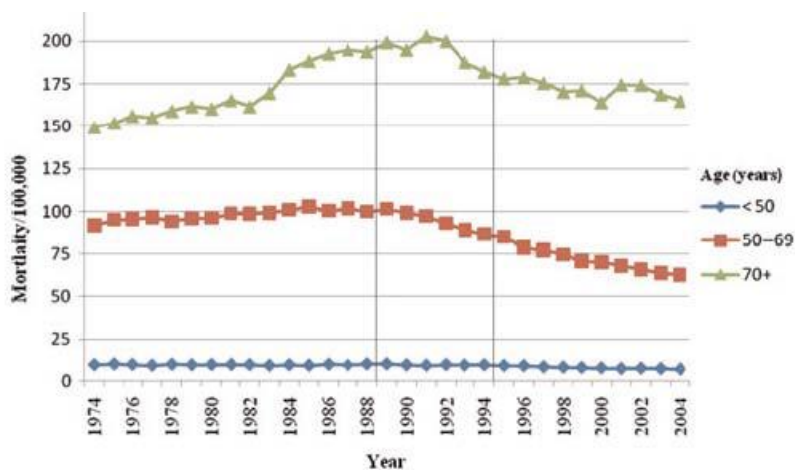
αποδοτικότητα (IARC,1986,Goldhaber-Fiebert et al, 2008, Anttila, et al, 2004, Coupé, et al, 2009, Kim, Wright, Goldie, 2005).

#### 2.4.2 Εθνικά προγράμματα πρόληψης του καρκίνου του μαστού

Το πρόγραμμα καλεί για μαστογραφία κάθε 2 ή 3 έτη γυναίκες ηλικίας μεταξύ 40 και 74 ετών η οποίες δεν έχουν διαγνωσθεί με την ασθένεια. Τα ηλικιακά όρια του πληθυσμού-στόχου καθώς και η συχνότητα διεξαγωγής των ελέγχων διαφέρουν ανά χώρα. Χαρακτηριστικά παραδείγματα αποτελούν αυτά της Σλοβενίας όπου ο προσυμπτωματικός έλεγχος παρέχεται περιοδικά σε γυναίκες 40-60 ετών, της Εσθονίας της οποίας πρόγραμμα απευθύνεται σε γυναίκες ηλικίας 45-59 ετών κάθε 3 έτη και της Γαλλίας όπου για μαστογραφία καλούνται γυναίκες 50-74 ετών κάθε 2 έτη. Παρόλα αυτά τα προγράμματα απευθύνονται ως επί το πλείστον σε γυναίκες 50-70 ετών με τριετή συχνότητα ελέγχου (Αγγλία, Βέλγιο, Δανία, Ουαλία, Β. Ιρλανδία, Αυστραλία, Κύπρος, Λετονία) (Holland et al, 2006, UK National Screening Committee, 2013, Medicare Australia, 2013, Department of Health and Ageing,2013).

Η εφαρμογή του προγράμματος έχει συμβάλει σημαντικά στην μείωση της θνησιμότητας από καρκίνο του μαστού (**Γράφημα 12**). Σύμφωνα με τους (Duffy et al, 2010) το πρόγραμμα έχει συμβάλλει στην μείωση της θνησιμότητας από καρκίνο του μαστού έως και 30%, αποτρέποντας 5,7 θανάτους για κάθε 1.000 γυναίκες πουελέγχονται.

**ΓΡΑΦΗΜΑ 12** Θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού στο Ηνωμένο Βασίλειο πριν και μετά την εφαρμογή του προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου



Πηγή ( Duffy et al., 2010)

Επιπλέον, μελέτες οικονομικής αξιολόγησης αποδεικνύουν την οικονομική αποδοτικότητα του προγράμματος σε διάφορες χώρες και διαφορετικά συστήματα υγείας, με δείκτη κόστους αποτελεσματικότητας να κυμαίνεται από € 2452 έως 6593/LYG (κερδισμένο έτος ζωής) πολύ χαμηλότερο από τα όρια χρηματοδότησης παρεμβάσεων φροντίδας υγείας διεθνώς (25.000 -40.000€ /LYG ή /QALY).(Warmerdam PG et al, 1998, Boer R et al, 1998, Carter R et al,1993, Koning HJet al ,1991, Madan J et al, 2008). Σύμφωνα με έρευνα των (Δημητρίου, Βραχάτη, Παπαδόπουλου με θέμα την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα:Δεδομένα και Προοπτικές, 2012), η οποία βασίστηκε σε βιβλιογραφική ανασκόπηση της υφιστάμενης κατάστασης στο χώρο της υγείας κατατίθενται οι εξής προτάσεις:

- 1) Να αξιοποιηθούν τα δεδομένα από το Χάρτη Υγείας της χώρας, ώστε το νέο, διευρυμένο δίκτυο μονάδων ΠΦΥ να έχει ικανοποιητική προσπελασιμότητα και διαθεσιμότητα σε όλη την επικράτεια.
- 2) Να δοθεί έμφαση στην προσφορά ολοκληρωμένων υπηρεσιών ΠΦΥ. Δηλαδή, η ΠΦΥ να αρχίζει από τους υγιείς πολίτες, παρέχοντάς τους υπηρεσίες προληπτικής Ιατρικής και προαγωγής υγείας, να αντιμετωπίζεις συνήθεις νόσους της κοινότητας, να διασυνδέεται αποτελεσματικά με ανώτερου επιπέδου μονάδες υγείας, να κατευθύνει τους ασθενείς και το περιβάλλοντους και, τέλος, να συνδράμει στη φάση της αποκατάστασης.
- 3) Να παρασχεθούν εργαλεία που θα υποβοηθήσουν τους παραπάνω σκοπούς: δημιουργία ενιαίου συστήματος ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου, να αναπτυχθούν αλγόριθμοι για τις βασικές ιατρικές πράξεις (προληπτικής ιατρικής/θεραπευτικές), να καλυφθούν οι βασικές ανάγκες σε ανθρώπινους πόρους και εξοπλισμό.
- 4) Να αναπτυχθούν προγράμματα συνεχούς κατάρτισης στη Γενική Ιατρική σε συνδυασμό με τα αποτελέσματα των ερευνών για τις υφιστάμενες συνθήκες και σε συνεργασία με τις ιατρικές σχολές ή τις πλησιέστερες νοσοκομειακές μονάδες. Θα μπορούσε να συζητηθεί ακόμη και η εκ περιτροπής μετακίνηση προσωπικού μεταξύ μονάδων ΠΦΥ και νοσοκομείων για μικρά χρονικά διαστήματα, ώστε η εκπαίδευση να εμπεδώνεται σε επίπεδο κλινικής πρακτικής.
- 5) Να αναπτυχθούν αλγόριθμοι πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας από τους πολίτες. Να επιτελεστούν αντίστοιχες εκστρατείες ενημέρωσης ώστε να διευρυνθεί εμπιστοσύνη προς το σύστημα ΠΦΥ.
- 6) Να δοθεί έμφαση στην αποτελεσματική επικοινωνία και στη λειτουργική διασύνδεση μεταξύ του ΕΟΠΥΥ, της Γενικής Γραμματείας Δημόσιας Υγείας και Ποιότητας Ζωής και των αποκεντρωμένων μονάδων ΠΦΥ.



Σημαντική είναι η συνεχής αξιολόγηση και ανατροφοδότηση από τα πραγματικά δεδομένα χρήσης και λειτουργίας, ώστε να επιτευχθούν οι απαραίτητες διορθωτικές παρεμβάσεις.

7) Να δημιουργηθούν προϋποθέσεις και να δοθούν κατάλληλα κίνητρα, ώστε οι επαγγελματίες υγείας να στηρίζουν ενεργά την αποδοτική εφαρμογή του συστήματος υγείας.

Το «εθνικό σχέδιο δράσης για τον καρκίνο» αποτελεί ένα ολοκληρωμένο πλέγμα παρεμβάσεων σ' όλο το φάσμα της αντιμετώπισης του καρκίνου, με κυρίαρχες αξίες την ανάδειξη της σημασίας της πρόληψης και της πρώιμης (έγκαιρης) διάγνωσης για την αντιμετώπιση της νόσου και την εξασφάλιση ενιαίας, ισότιμης, επιστημονικά τεκμηριωμένης και υψηλής ποιότητας παροχής φροντίδας υγείας προς τους πολίτες. Είναι κοινά αποδεκτό και επιστημονικά τεκμηριωμένο (WHO, 2003) το γεγονός της αλληλεπίδρασης του περιβάλλοντος στην υγεία κάθε ανθρώπου.

Το πεδίο των κοινωνικών καθοριστών της υγείας (social determinants of health) είναι ίσως το πιο σύνθετο και πιο προκλητικό στη χάραξη παγκόσμιας πολιτικής υγείας. Το γενικό επίπεδο υγείας του πληθυσμού όσο και η ισότιμη διάχυση της καλής υγείας μεταξύ των μελών του εξαρτώνται, εκτός από άλλους παράγοντες, κατά ένα ποσοστό (10-20%) από την οργάνωση και τη λειτουργία του συστήματος φροντίδας υγείας που προσδιορίζει την πρόσβαση και την ποιότητα των υπηρεσιών και κατά μεγαλύτερο ποσοστό (20-30%) από τους ευρύτερους κοινωνικούς – οικονομικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες (Οικονόμου, 2004), (Κρεμαστινού, 2007).

Στα πλαίσια της παγκοσμιοποίησης η όξυνση των οικονομικών προβλημάτων σε μια οικονομική αγορά προκαλεί ντόμινο αντίστοιχων αντιδράσεων σε διεθνές επίπεδο, με αντίστοιχες επιπτώσεις στο κοινωνικό επίπεδο και στο επίπεδο υγείας. Πολλοί σχολιαστές έχουν εκφράσει ανησυχία ότι η παρούσα οικονομική ύφεση θα έχει επιπτώσεις στη δημόσια υγεία, ως αποτέλεσμα της απώλειας της εργασίας, που προκαλεί απώλειες στην ευημερία και ωθεί μεγάλα τμήματα του πληθυσμού στη φτώχεια (Κυριόπουλος, Τσιάντου, 2009) επηρεάζοντας κυρίως τη ψυχική αλλά και τη σωματική υγεία. Η πρόκληση που αντιμετωπίζει σήμερα η παγκόσμια κοινότητα είναι να προλάβει ώστε η οικονομική κρίση να μη γίνει κοινωνική και κρίση υγείας (WHO-b, 2009).

## **2.5 Προκλήσεις στην πρόληψη**

Η πρόληψη των ασθενειών έχει συνδεθεί στενά με τις πεποιθήσεις των γυναικών, καθώς και με καθοριστικούς παράγοντες, με στοιχεία δημογραφικά και επιδημιολογικά, πολιτιστικές

κοινωνικοοικονομικές, πολιτικές, και τεχνολογικές εξελίξεις της κοινωνίας, σε μια συγκεκριμένη ιστορική στιγμή (Rosen et al,1985). Σύμφωνα με τους (Ayres JR et al,2008), το κύριο πρόβλημα της προληπτικής ιατρικής είναι η δυσκολία της μετατροπής της σε ένα πολιτικό κίνημα για την εφαρμογή των αλλαγών, ενώ λαμβάνοντας υπόψιν τη συνολική προσέγγιση για την υγεία, (Mattos et al, 2008 ), μπορεί να προωθηθεί από οργανωμένη και συντονισμένη δράση των διαφόρων κοινωνικών τομέων.

Κατά συνέπεια η συλλογική δράση μπορεί να δημιουργήσει πολιτικά, κοινωνικά και πολιτιστικά δικαιώματα για τις γυναίκες, που είναι απόρροια των αναγκών τους, βασισμένα σε κοινωνικές νόρμες καθώς και πεποιθήσεις που διαμορφώνουν τις πρακτικές τους. Μια σημαντική πρόκληση για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου και του καρκίνου του μαστού είναι να πείσουν τις γυναίκες να υιοθετήσουν συμπεριφορές φροντίδας για την ανίχνευση Αυτών των ασθενειών (Paolino , Agrossi , 2012). Μια άλλη πρόκληση είναι να εξασφαλιστεί, ότι οι γυναίκες δεν θα αναβάλλουν τη φροντίδα της υγείας τους και τις διαδικασίες της φροντίδας που απαιτεί η πρόληψη του καρκίνου , ακόμα και αν υπάρχουν εργασιακά ή και οικογενειακά προβλήματα. (Viveros et al, 1999 , Coria , 2005, Wald , 2009) οι προκλήσεις είναι ακόμη μεγαλύτερες και οι γυναίκες αντιμετωπίζουν μια σειρά από πειστικά προβλήματα όπως:

*Πώς να θέσουν ως προτεραιότητα την επίσκεψη στο κέντρο υγείας , όταν υπάρχει έκτακτη ανάγκη για την επίλυση της έλλειψης τροφίμων, στέγης και την απασχόλησης;*

Θα πρέπει επίσης να προστεθεί στην πρόκληση, ο τρόπος του να ξεπεραστούν κάποια εμπόδια, που σχετίζονται με την έκθεση του σώματος σε γυναικολογική εξέταση, ο φόβος του πόνου στις εξετάσεις, ο φόβος του καρκίνου (López et al, 1996). Σε αυτό το σενάριο, ένα απαραίτητο ερώτημα είναι, πώς να κάνει την πρόληψη του καρκίνου να είναι το αποτέλεσμα μιας αυτόνομης δράσης, όπου να ενημερώνεται και να ζητείται από τις γυναίκες.

### ***Η πρόληψη ως πολιτική και κοινωνική πρακτική***

Η έννοια της πρόληψης κυρίως ως πολιτική και κοινωνική πρακτική (Douglas, et al 1996), δεν σημαίνει πως πρέπει να εμμένουμε στην ιατρική ή προληπτική δράση της νόσου (Mattos Ret al, 2008) ούτε θα ήταν σωστό να ερμηνευτεί ως απόδειξη της διαδικασίας ιατρικοποίησης που επιβάλλονται από ιατρικά πρωτόκολλα που επιδιώκουν την ανίχνευση της νόσου στις γυναίκες.

Σε αντίθεση με την άποψη αυτή, συμβολίζει μια δράση πρόληψης κριτική και στοχαστική για τη ζωή , τη συνειδητοποίηση της ύπαρξής της, και την ικανότητα να ενεργεί αυτόνομα, και πάνω απ 'όλα , ένας τρόπος άσκησης του δικαιώματος στην υγεία. (Ortiz, Ortega , 1999). Αυτές οι παραδοχές δημιουργούν δράσεις σε διάφορους τομείς της ζωής των

γυναικών, συντελούν στην προώθηση των δικών τους ρόλων, καθώς και στη καλύτερη ποιότητα υγείας. Εάν αναγνωριστεί η σημασία των προσπαθειών για μια συλλογική και συνολική προσέγγιση για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου και του καρκίνου του μαστού, θα μπορούσε κανείς να αναρωτηθεί για τις δραστηριότητες της οικογένειας, ιατρικές, πολιτιστικές, ψυχαγωγικές, θρησκευτικές και εργασιακές μεταξύ άλλων, προκειμένου να αυξηθεί η ευαισθητοποίηση στη πρόληψη του καρκίνου.

Ένας από τους σκοπούς παρόμοιας μελέτης ήταν

- Να ενσωματώσει και να ερευνήσει σε βάθος αυτές τις ενέργειες, προκειμένου να καταστεί δυνατή η αποτελεσματική πρόληψη των σοβαρών ασθενειών που πλήττουν τις γυναίκες ακόμα και στη πιο παραγωγική φάση της ζωής τους. (Czeresnia, 2008).
- Να δώσει απαντήσεις στο πώς να αποκτήσουν πρόσβαση στο PAP και τη μαστογραφία σε γυναίκες που δεν χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας.
- Να αναδείξει όλες τις εξελίξεις και τις αλλαγές στις τεχνικές ανίχνευσης. Να ανιχνεύσει τις στρατηγικές που βοηθούν να αντισταθμιστεί η συστολή στη θηλυκή υπόσταση των γυναικών, οι οποίες αποτελούν φραγμό στη έγκαιρη προσφυγή στον προληπτικό έλεγχο.
- Εστίασε το ενδιαφέρον δίνοντας απαντήσεις σε σημαντικά ερωτήματα που σχετίζονται με φορείς υγείας, δηλ. ποιες ενέργειες εκτελούν διάφοροι επιμέρους τομείς των υπηρεσιών του συστήματος υγείας, ποιος είναι ο ρόλος των οργανώσεων της κοινωνίας των πολιτών, και πώς διαφέρουν από τις ενέργειες των κυβερνητικών και μη κυβερνητικών, δημόσιων και ιδιωτικών, ποιες αρχές καθοδηγούν το σχεδιασμό των δράσεων αυτών και τη λογική λειτουργίας που ισχύει, και πώς αρθρώνεται η διεπιστημονική και διατομεακή δράση.

Ένα από τα συμπεράσματα της μελέτης ήταν, ότι οι εκπρόσωποι των θεσμικών οργάνων κατανοούν την πρόληψη ως ένα σύνθετο πρόβλημα που επηρεάζεται από την κοινωνική, πολιτιστική, πολιτική και οικονομική και πιστεύεται, ότι το κράτος πρέπει να είναι κυρίως υπεύθυνο για την προώθηση αλλαγών στις στάσεις και συμπεριφορές της υγειονομικής περίθαλψης του πληθυσμού, δεδομένου ότι έχει την επιχειρησιακή ικανότητα και τους πόρους για να το πράξουν. Στο διάστημα μεταξύ της δημόσιας δράσης και μεμονωμένων πρακτικών, όλοι συμφωνούν ότι ο ρόλος των θεσμικών οργάνων είναι να υποστηρίξουν τη διάδοση των προγραμμάτων πρόληψης των και να βοηθήσουν στη δημιουργία ευαισθητοποίησης σχετικά με τη σημασία της πρόληψης

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3**

### **ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ**

#### **3.1 Συσχέτιση του καρκίνου με τη γνώση, τις πεποιθήσεις και την ευαισθητοποίηση του πληθυσμού**

##### ***Γνώση, πληροφόρηση***

Ένα βασικό εμπόδιο για την έγκαιρη διάγνωση, είναι η έλλειψη ή το χαμηλό επίπεδο των γνώσεων και της ευαισθητοποίησης των γυναικών για τον καρκίνο του μαστού και του τραχήλου της μήτρας, ειδικά σε αγροτικές περιοχές. Η γνώση και η ευαισθητοποίηση για τον προσυμπτωματικό έλεγχο του καρκίνου του μαστού και του τραχήλου της μήτρας, είναι πολύ σημαντικοί παράγοντες, που φαίνεται ότι λείπουν ή βρίσκονται σε πολύ χαμηλό επίπεδο, κρατώντας τις γυναίκες μακριά από πρωτοβουλίες έγκαιρης ανίχνευσης .

(Ngugi et al, 2012, Fort et al, 2011, Ansink et al, 2008)

Σε αρκετές έρευνες στις αγροτικές περιοχές, οι γυναίκες επεσήμαναν ότι δεν είχαν ποτέ οποιαδήποτε πληροφορία ή την εκπαίδευση σχετικά με τα συμπτώματα και τα σημάδια του καρκίνου του μαστού ή του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, των μεθόδων έγκαιρης ανίχνευσης αυτών των καρκίνων, ή ότι η διαλογή είναι ένα σημαντικό ζήτημα (Ngugi et al, 2012, Fort et al, 2011, BasuP, Sarkar S et al, 2006, Mc Farland, 2003). Οι γυναίκες αναφέρουν σχολεία ,εκκλησίες , κοινότητες , φορείς παροχής πρωτοβάθμιας υγείας, ή τους χώρους εργασίας ως πιθανές πηγές από τις οποίες θα περίμενε κανείς πληροφορίες . Η έλλειψη ενημέρωσης για το τι ένα σύμπτωμα θα μπορούσε να σημαίνει, για την υγεία των γυναικών, μπορεί να οδηγήσει σε αδικαιολόγητο άγχος , σύγχυση , ή άρνηση (Shulman, 2010).

Η χαμηλή γνώση για τον καρκίνο του μαστού και του τραχήλου της μήτρας μεταξύ των γυναικών και των κοινοτήτων τους, σχετίζεται επίσης με πολλές παρανοήσεις σχετικά με τις αιτίες και τους παράγοντες κινδύνου αυτών των καρκίνων, καθώς και τη διαδικασία του προσυμπτωματικού ελέγχου. Σε γενικές γραμμές, αυτές οι έννοιες έχουν για τις γυναίκες χαρακτήρα μοιρολατρικό, με κοινό χαρακτηριστικό ότι, κατά την άποψή τους, ο καρκίνος δεν είναι ιάσιμος ούτε μπορεί να προληφθεί. Οι γυναίκες ανέφεραν ότι έχουν αποφύγει να εξετάζονται για καρκίνο επειδή πιστεύουν ότι ο καρκίνος δεν είναι ιάσιμος και, ως εκ τούτου,

δεν προτιμούν να γνωρίζουν αν πάσχουν από αυτόν.(Ngugi et al, 2012, Agurto et al, 2004, Parsa et al, 2006, McFarland, 2003). Πεποιθήσεις ότι η διαλογή ή η χειρουργική επέμβαση μπορεί να οδηγήσει σε συνολική απώλεια του μαστού ή της μήτρας, την περαιτέρω εξάπλωση του καρκίνου η οποία οδηγεί στο θάνατο, ή οι υποθέσεις ότι η συνολική μαστεκτομή είναι η μόνη θεραπευτική επιλογή, μπορεί να εμποδίσει κάποιες γυναίκες από το να συμμετέχουν στη διαλογή ή τη θεραπεία. Σε μερικούς πολιτισμούς, ο καρκίνος σχετίζεται με τη μαγεία, και οι γυναίκες παραμένουν στη πεποίθηση ότι μόνο οι παραδοσιακοί θεραπευτές μπορούν να τις βοηθήσουν (Chirwa et al, 2010, Primo, Garrafa, 2010). Πολλές γυναίκες πιστεύουν ότι δεν υπάρχει καμία αποτελεσματική θεραπεία για τον καρκίνο, ειδικά όταν όλοι οι άνθρωποι που γνώριζαν ότι είχαν καρκίνο έχασαν τη, ζωή τους (Shulman, 2010).

Ένα άλλο εμπόδιο είναι ότι οι γυναίκες έχουν εσφαλμένη αίσθηση ασφάλειας για τον καρκίνο του μαστού και δεν γνωρίζουν τη διαφορά μεταξύ προληπτικού και διαγνωστικού ελέγχου. Αρκετές μελέτες ανέφεραν ότι οι γυναίκες δεν υποβάλλονται σε προσυμπτωματικό έλεγχο επειδή δεν πιστεύουν ότι διατρέχουν τον κίνδυνο ανάπτυξης του καρκίνου λόγω του ελεύθερου οικογενειακού ιστορικού ή ότι η διαλογή μπορεί να αποτρέψει την ανάπτυξη του καρκίνου (Ngugi et al, 2012, Fort et al, 2011, Basu et al, 2006, Parsa et al, 2006, Markovic et al, 2005, Duran, 2011). Ειδικά στην περίπτωση του καρκίνου του μαστού, για την οποία δεν υπάρχει αποτελεσματική πρωτοβάθμια πρόληψη, είναι σημαντικό οι γυναίκες να είναι σε θέση να μπορούν να ανιχνεύσουν τα πρώτα σημάδια του καρκίνου και να αναζητήσουν άμεση υγειονομική περίθαλψη. Ωστόσο αναφέρθηκε ότι, αν και οι γυναίκες παρατηρήσουν εξογκώματα στο στήθος τους, συχνά αγνοούν ότι μπορεί να είναι καρκίνος ή μια καλοήθης νόσος, και δεν αναζητούν ιατρική περίθαλψη πριν τα συμπτώματα εξελιχθούν και η νόσος προχωρήσει στο τελικό στάδιο (Dye, Bogale et al, 2010, Fort et al, 2011).

Η ασφαλιστική κάλυψη και η άγνοια των γυναικών για παροχή μαστογραφίας σε δημόσιους φορείς, αλλά και οι γραφειοκρατικές και άλλες δυσκολίες των ασφαλιστικών ταμείων είναι ένας επιπλέον παράγων δυσκολίας που αφορά μεγάλο τμήμα του γυναικείου πληθυσμού και ειδικά γυναίκες με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και ηλικία άνω των 65 ετών.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 5** Κύρια εμπόδια για τις γυναίκες σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος να συμμετέχουν σε διαλογή καρκίνου τραχήλου της μήτρας ή του μαστού

<p>Γνώση, πεποιθήσεις, και επίγνωση της κατάστασης</p>	<p>-Έλλειψη γνώσης για καρκίνο του μαστού και του τραχήλου της μήτρας, συχνά λόγω ελλιπών στοιχείων και της εκπαίδευσης                  -Παρανοήσεις και πεποιθήσεις σχετικά με την αιτιολογία του καρκίνου, τη διαλογή και επεξεργασία, οι οποίες είναι γενικά μοιρολατρικές ώστε να αρνείται την αποτρέψιμη και ιάσιμη χαρακτήρα του καρκίνου                  - Μη συνειδητοποίηση του ότι είναι σε κίνδυνο να αναπτύξουν καρκίνο του μαστού ή του τραχήλου της μήτρας και για τα πρώιμα στάδια των καρκίνων.</p>
<p>Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες</p>	<p>-Φόβος των δοκιμασιών προσυμπτωματικού ελέγχου, τα αποτελέσματα των δοκιμών, και τη θεραπεία.                  -Συναισθήματα συστολής και ντροπής που σχετίζονται με τις κλινικές εξετάσεις                  -Οι πολιτιστικές αξίες για την υγεία και την ασθένεια, συμπεριλαμβανομένου του φόβου του στιγματισμού, όταν διαγνωστεί με καρκίνο και η έλλειψη κατανόησης για την προληπτική χρήση της υπηρεσίας υγείας στην κοινότητα</p>
<p>Κοινωνική κατάσταση</p>	<p>-Οικονομική επιβάρυνση, συμπεριλαμβανομένου του κόστους για τον έλεγχο, την επεξεργασία, τα φάρμακα και η έλλειψη της ασφάλισης υγείας                  -Οι έμμεσες δαπάνες, όπως ο χρόνος, τα έξοδα ταξιδιού, απώλεια του ημερήσιου μισθού, ή η απώλεια της εργασίας                  -Η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης                  -Χαμηλή κοινωνική χειραφέτηση και ανισότητες μεταξύ των φύλων, συμπεριλαμβανομένης της εξάρτησης από τον άντρα, αδυναμία να εξετάσει την ίδια την υγεία ως προτεραιότητα, και ο φόβος του να μην είναι σε θέση να εκπληρώσει το ρόλο της συζύγου, ως αποτέλεσμα του καρκίνου.</p>
<p>Οι υπηρεσίες υγείας</p>	<p>-Κακή πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας                  -Κακή πλοήγηση μέσω του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένης και της συμπεριφοράς των γυναικών όταν αναζητούν κάποιο ειδικό για το δικό τους πρόβλημα υγείας και έλλειψη ενός συστήματος παραπομπής                  -Η χρήση των παραδοσιακών θεραπειών                  -Η κακή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, συμπεριλαμβανομένων ακατάλληλο εξοπλισμό, η έλλειψη υγιεινής και χαμηλή εκπαίδευση και κατάρτιση των γιατρών και των νοσηλευτών.                  -Συμπεριφορά των γιατρών και νοσηλευτών, συμπεριλαμβανομένης της έλλειψης εμπιστευτικότητας σχετικά με τα αποτελέσματα του ελέγχου καθώς και αγενή τρόπο αντιμετώπισης των ασθενών.</p>

	-Πρόβλημα φύλου ή εθνικότητας του φορέα παροχής υπηρεσιών υγείας
--	--

πηγή (Sankaranarayanan et al, 2010)

### Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες

Ένας αριθμός ψυχοκοινωνικών παραγόντων μπορεί να επηρεάσουν την αντίληψη της γυναίκας και της συμμετοχής στην πρόωμη ανίχνευση του καρκίνου του μαστού και του τραχήλου της μήτρας. Η δοκιμασία προσυμπτωματικού ελέγχου, οι συνέπειες των αποτελεσμάτων του προσυμπτωματικού ελέγχου, οι διαδικασίες διάγνωσης και η θεραπεία μπορεί να παίζουν ένα σημαντικό ρόλο στην προτροπή των γυναικών στον προληπτικό έλεγχο.(Ngugi et al, 2012, Agurto et al, 2004, Basu et al, 2006, Parsa et al, 2006).

Άλλοι παράγοντες που με συνέπεια εμφανίστηκαν σε αρκετές συνέντευξεις, οφείλονται στη συστολή και την ανησυχία σχετικά με την ιατρική εξέταση επειδή ντρέπονται να εκθέσουν τα ιδιωτικά μέρη, ειδικά όταν στη παροχή του προληπτικού ελέγχου βρίσκεται ένας άνδρας ( Ngugietal, 2012, Keshavarzetal, 2011, Watkinsetal, 2002, Ansinketal, 2008).

Ψυχοκοινωνικά εμπόδια μπορούν επίσης να σχετίζονται με τον πολιτισμό της κοινότητας, συμπεριλαμβανομένων των τιμών για την υγεία και την ασθένεια. Ορισμένες γυναίκες ανέφεραν ότι, ακόμη και αν τα οφέλη της έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου του τραχήλου και του μαστού είναι θεωρητικά κατανοητά, δεν επισκέπτονται ένα φορέα παροχής υγειονομικής περίθαλψης, ειδικά όταν αισθάνονται υγιείς. Εξέφρασαν την ανησυχία ότι οι σύντροφοί τους ή κοινότητά τους μπορεί να μη τους πιστέψει και να αρχίσει να αμφιβάλλει για τον χαρακτήρα τους.

Τα ηθικά πρότυπα και η κοινωνική ακεραιότητα τις εμποδίζουν να αναζητήσουν προληπτική φροντίδα για τις σοβαρές ασθένειες πράγμα που οδηγεί σε κοινωνική απομόνωση και στιγματισμό( Keshavarz et al, 2011, Markovic et al, 2005, Duran, 2011). Οι γυναίκες ανέφεραν ότι αισθάνονται ντροπή και ανησυχούσαν αν θα στιγματιστούν ή θα αποκλειστούν από την κοινότητα , εφόσον παρουσιαστούν για γυναικολογικές εξετάσεις ή έχουν διαγνωστεί με καρκίνο του (Fort et al, 2011). Σε περιοχές όπου ο ιός HIV είναι κοινός , οι γυναίκες επίσης φοβούνται ότι οι άλλοι μπορεί να πιστεψουν ότι έχουν τον ιό HIV , παρόλο που έχουν διαγνωσθεί με καρκίνο (Chirwa et al, 2010, Primo, Garrafa, 2010). Ο καρκίνος του τραχήλου και η σχέση του με τη σεξουαλική επαφή αυξάνει τις ανησυχίες των γυναικών ότι στιγματίζονται ως ανήθικες, επιπόλαιες , πόρνες, και ότι είχαν κάνει σεξ με πολλούς συντρόφους .

Ακόμα και όταν λείπουν οι ειδικές γνώσεις σχετικά με τον ιό HPV και υπάρχει μικρή ευαισθητοποίηση σχετικά με τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, οι άνδρες φαίνεται να έχουν μια γενική κατανόηση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας ως μια σεξουαλικά μεταδιδόμενη ασθένεια, θεωρώντας ότι αυτό συμβαίνει όταν η γυναίκα είναι ανήθικη ή ότι η ασθένεια έχει να κάνει με την παρελθούσα συμπεριφορά της γυναίκας. ( Maree et al, 2011, Fernandez et al, 2009)

### **Κοινωνικοί παράγοντες**

Οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες, τα κοινωνικά δίκτυα, και η οικογενειακή κατάσταση των γυναικών στις κοινότητές τους, έχουν ισχυρή επίδραση στη συμπεριφορά απέναντι στο προσυμπτωματικό έλεγχο. Οι οικονομικοί παράγοντες, ειδικά όταν ο προσυμπτωματικός έλεγχος δεν παρέχεται δωρεάν, έχουν αναφερθεί σε αρκετές συνεντεύξεις ως ένα σημαντικό εμπόδιο για τον έλεγχο και την έγκαιρη διάγνωση. Οι γυναίκες που δεν έχουν ασφάλιση υγείας και επιβαρύνονται με το κόστος για τον έλεγχο ή την ενδεχόμενη θεραπεία, αναφέρθηκαν αρκετές φορές ως εμπόδια.

Ακόμα και όταν η διαλογή παρέχεται δωρεάν, οι γυναίκες ανησυχούν για τις πιθανές δαπάνες για τη θεραπεία και φάρμακα (Ngugi et al, 2012, Agurto et al, 2004, Parsa et al, 2006, Smith et al, 2006), αλλά επίσης και για τις έμμεσες δαπάνες, όπως τα έξοδα ταξιδιού προκειμένου να επισκεφθούν τον γιατρό, ή την απώλεια του ημερήσιου μισθού, ή το χαμένο χρόνο εις βάρος άλλων προτεραιοτήτων της ζωής, (Basu et al, 2006, Ngugi et al, 2012). Οι γυναίκες που εργαζόταν ανέφεραν ότι δεν είχαν τη δυνατότητα να εγκαταλείψουν την εργασία, χωρίς στην πραγματικότητα να είναι άρρωστες και ότι δεν είχαν χρόνο να συμμετέχουν στο προληπτικό έλεγχο, εξαιτίας των πολλών ωρών εργασίας, (Muhamad et al, 2012, Parsa et al, 2006).

Όσον αφορά την ενημέρωση για την υγεία και την αναζήτηση της υγειονομικής περίθαλψης, πολλές γυναίκες κατά κύριο λόγο βασίζονται στις πληροφορίες και την υποστήριξη από την οικογένεια και τους φίλους και στη στενή διαπροσωπική επικοινωνία, ειδικά σε κοινωνίες όπου η ζωή είναι πιο επικεντρωμένη γύρω από την οικογένεια, το χωριό, τη χώρα, και τους δεσμούς κοινωνικής ομάδας, (Muhamad et al, 2012). Η έλλειψη κοινωνικής στήριξης αναφέρθηκε ως εμπόδιο, γιατί οι γυναίκες δεν ήθελαν να επισκεφθούν τις υπηρεσίες του προσυμπτωματικού ελέγχου μόνες τους, ειδικά όταν είχαν να διανύσουν μεγάλες αποστάσεις προς τον τόπο όπου η διαλογή παρέχεται (Ngugi et al, 2012, Basu et al, 2006).



Από την άλλη πλευρά, η υποστηρικτική συμπεριφορά του συντρόφου τους έχει βοηθήσει τις γυναίκες να αποφασίσουν να λάβουν μέρος σε τέτοια διαλογία ,(Winkler et al, 2008).

Στις περισσότερες χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος, οι γυναίκες έχουν πολύ χαμηλή κοινωνική χειραφέτηση, και οι ανισότητες μεταξύ των φύλων είναι ένα από τα κύρια εμπόδια για τη συμμετοχή τους στη διαλογία. Οι γυναίκες συχνά εξαρτώνται από το συζυγό τους εάν θα είναι σε θέση να λάβουν μέρος στο προσυμπτωματικό έλεγχο του καρκίνου, τη διάγνωση, ή θεραπεία. Ορισμένες γυναίκες ανέφεραν ότι ήταν δύσκολο να πείσουν τους συντρόφους τους προκειμένου να πάρουν χρηματοδοτική ή συναισθηματική υποστήριξη για να επισκεφθούν τον ιατρό για προληπτικό έλεγχο, ειδικά αν δεν είναι εμφανώς άρρωστες (Ngugi et al 2012, Keshavarz et al, 2011, Fort et al, 2011, Parsa et al, 2006, Bingham et al, 2003). Σε κοινωνίες όπου οι γυναίκες δεν έχουν μάθει να ικανοποιούν τις δικές τους ανάγκες , αλλά τις ανάγκες των οικογενειών τους, η υγεία των γυναικών τείνει να θεωρηθεί ως κάτι ασήμαντο από την κοινωνία και τις ίδιες τις γυναίκες, αναφέροντας, ότι η υγεία τους δεν είναι πρώτη προτεραιότητα. Οι γυναίκες ανέφεραν επίσης το φόβο τους ότι , ως αποτέλεσμα του καρκίνου, δεν θα μπορούσαν να είναι σε θέση να γεννήσουν παιδιά ή να προσφέρουν σεξουαλική ικανοποίηση στους συζύγους τους , το οποίο θα μπορούσε να οδηγήσει σε διαζύγιο ή αποτυχία να παντρευτούν. (Ngugi et al, 2012, Keshavarz et al, 2011, Duran, 2011).

### **Οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης**

Υπάρχουν πολλές πτυχές που συνδέονται με την υγειονομική περίθαλψη και αυτούς που την παρέχουν. Η υγειονομική περίθαλψη που παρέχουν τα Κέντρα Υγείας μπορεί επηρεάσουν τη συμμετοχή των γυναικών στην έγκαιρη ανίχνευση του καρκίνου. Κακή ποιότητα της υγείας (π.χ., χαμηλές προδιαγραφές υγιεινής), δυσπιστία για την επάρκεια των προσόντων του παρόχου υγειονομικής περίθαλψης για την εκτέλεση του προσυμπτωματικού ελέγχου, ή για την ερμηνεία των αποτελεσμάτων, και το μεγάλο χρονικό διάστημα αναμονής αναφέρθηκαν από μερικές γυναίκες ως σημαντικά εμπόδια για την αναζήτηση του ελέγχου. (Ngugi et al, 2012, Agurto et al, 2004, Fort et al, 2011)

Άλλοι λόγοι για τους οποίους δεν προστρέχουν στις υπηρεσίες της έγκαιρης διάγνωσης είναι η ανικανότητα των παρόχων να διατηρήσουν τον εμπιστευτικό χαρακτήρα των αποτελεσμάτων, η αγενής συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού και των γιατρών, και οι ανησυχίες για την προστασία της ιδιωτικής ζωής κατά τη διάρκεια της εξέτασης (Ngugi et al, 2012, Agurto et al, 2004, McFarland, 2003). Σε μικρές κοινότητες , οι γυναίκες ανησυχούν ότι

οι άνθρωποι που τις εξετάζουν θα κοινοποιήσουν στο κοντινό περιβάλλον τους τα αποτελέσματα. (Chirwa et al, 2010, Primo,2010)

Εάν ο πάροχος προσυμπτωματικού ελέγχου ανήκει σε άλλη εθνικότητα, μπορεί επίσης να εμποδίσει μερικές γυναίκες από τη συμμετοχή στη διαλογή (Basu et al, 2006, Ngugi et al, 2012, Ansink et al, 2008). Διάδοση πληροφοριών σχετικά με τη διάγνωση, τη θεραπεία και την πρόγνωση σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού ή των γεννητικών οργάνων φέρεται επίσης να είναι ανεπαρκής, οδηγώντας σε αδικαιολόγητο άγχος και κατάθλιψη. Η γλώσσα που χρησιμοποιείται από γιατρούς, η έλλειψη συστηματικής εξέτασης, η έλλειψη σεβασμού της ιδιωτικής ζωής των γυναικών των συναισθημάτων και των ευαισθησιών τους, και η απουσία των μηχανισμών που μπορούν να παρέχουν αυτονομία στη λήψη αποφάσεων για τις γυναίκες, είναι μερικές μεγάλες προκλήσεις που εμποδίζουν τη συμμετοχή στα προγράμματα έγκαιρης ανίχνευσης (Primo, 2010).

### **3.2 Πεποιθήσεις για τον εμβολιασμό**

Μελέτες δείχνουν έλλειψη γνώσεων και εσφαλμένες αντιλήψεις μεταξύ των φοιτητών των σχολών επιστημών υγείας σχετικά με την αιτιολογική σύνδεση του HPV και του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Οι φοιτητές των επαγγελματιών υγείας θεωρούν εαυτούς ευάλωτους στη μόλυνση από τον HPV, ενώ δε θεωρούν τον καρκίνο του τραχήλου επικίνδυνο (Denny-Smith 2006). Συχνά επίσης, και παρά ότι οι περισσότεροι φοιτητές έχουν ενεργό σεξουαλική ζωή, πιστεύουν ότι η μετάδοση της νόσου είναι σπάνια (Kang & Moneyham 2010). Έχει βρεθεί επίσης ότι τα αυξημένα ποσοστά γνώσης σχετικά με τον HPV, συνδυάζονται με συχνότερη διενέργεια του Pap test (Denny-Smith 2005).

Οι γυναίκες του δείγματος δεν είναι εξοικειωμένες με τα σύγχρονα αυτά δεδομένα, καθώς οι μισές δήλωσαν ότι αγνοούν τον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων, και η συντριπτική τους πλειοψηφία δεν έχει κάνει το σχετικό τεστ. Το φαινόμενο αυτό δεν συναντάται μόνο στην Ελλάδα, αλλά αφορά ακόμα και τις πιο εξελιγμένες υγειονομικά χώρες (Hopkins 2009). Σε έρευνα που διεξήχθη στη χώρα μας βρέθηκε ότι, 20 % περίπου των μαιών δε γνώριζαν ότι μια ιογενής λοίμωξη προκαλεί καρκίνο του τραχήλου, ποσοστό που ξεπερνά το 50 % στους φοιτητές της μαιευτικής. 90 % των μαιών γνώριζαν ότι υπάρχει διαθέσιμο εμβόλιο έναντι του HPV, ενώ το ποσοστό στους φοιτητές ήταν 60% (Dinas 2009).

Σε ό,τι αφορά στην προσωπική αποδοχή του HPV εμβολίου από τους φοιτητές της νοσηλευτικής, τα ευρήματα της παρούσας μελέτης βρίσκονται σε συμφωνία με ευρήματα

παλαιότερης έρευνας στο γενικό πληθυσμό της Ελλάδας, στα πλαίσια του προγράμματος «Λυσιστράτη». Οι Ελληνίδες αποδέχονται τον HPV – εμβολιασμό για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου σε ποσοστό 86%. Αντίστοιχες έρευνες στις Ηνωμένες Πολιτείες, το Ηνωμένο Βασίλειο και το Μεξικό προσδιορίζουν το ποσοστό προσωπικής αποδοχής του HPV εμβολίου από 74% έως 88% (Zimet et al, 2000 & 2005, Kahn et al, 2003, Slomovitz et al, 2006). Αν και γίνονται τακτικά συστάσεις στους επαγγελματίες υγείας να συμβουλεύουν τις ασθενείς τους σχετικά με τον κίνδυνο από τον ιό, για τη στρατηγική προληπτικού ελέγχου που πρέπει να ακολουθηθεί, σε πολλές περιπτώσεις οι επαγγελματίες υγείας δεν αξιοποιούν τις επισκέψεις των εφήβων στα νοσηλευτικά ιδρύματα ή το γυναικολόγο για να τους ενημερώσουν σχετικά (Kang & Moneyham, 2010).

Σχετικά με τις επιφυλάξεις που εκφράζονται για την αποδοχή του εμβολιασμού, η ασφάλεια του εμβολίου είναι ένας σημαντικός παράγοντας που ανησυχεί εφήβους και γονείς, αλλά και τους παιδιάτρους και τους γυναικολόγους, που συχνά διστάζουν να το προτείνουν στις ομάδες -στόχους του πληθυσμού. Ένας ακόμα λόγος επιφύλαξης είναι η πεποίθηση ότι η πραγματοποίηση του εμβολίου θα εξωθήσει τους νέους σε πιο επικίνδυνες σεξουαλικές πρακτικές και σε μικρότερη ηλικία έναρξης σεξουαλικών επαφών. Οι γονείς που θεωρούν ότι τα παιδιά τους έχουν χαμηλό κίνδυνο μόλυνσης, δεν είναι πρόθυμοι να συναινέσουν στον εμβολιασμό τους (Ishibashi 2008). Από έρευνα στην Αυστραλία βρέθηκε ότι οι γυναίκες επιθυμούν αναλυτική ενημέρωση για τον ιό και τις επιπτώσεις του στην υγεία και τη γονιμότητα, καθώς επίσης και για τις θεραπευτικές και προληπτικές επιλογές που είναι διαθέσιμες σήμερα (McCaffery & Irwig 2005, Notara et al, 2010). Επιπλέον, έρευνα των (Notara, Soulatou , Tselika, 2010) αναφέρει, ότι είναι ανησυχητικό το εύρημα που αφορά στη μη συστηματική χρήση προφυλακτικού κατά τη σεξουαλική επαφή. Εάν μάλιστα συνδυαστεί με τις παραπάνω εσφαλμένες γνώσεις και το νεαρό της ηλικίας τότε καθίσταται πιο επιτακτική η ανάγκη Προαγωγής Υγείας και συστηματικής πρόληψης του HPV στον γενικό πληθυσμό, όπως φαίνεται και παρακάτω.

Η παρούσα μελέτη έδειξε ότι ένα εξαιρετικά μικρό ποσοστό των χρηστών υπηρεσιών υγείας (8%) έχει εμβολιασθεί κατά του ιού HPV. Όμως, το εύρημα αυτό ελέγχεται ως προς την εγκυρότητά του δεδομένου ότι το δείγμα περιέλαβε άτομα με ηλικιακό εύρος (19-49 έτη), ενώ ο εμβολιασμός αφορά στις νεαρές ηλικίες (12-26 ετών). Επίσης, το συγκεκριμένο εύρημα έρχεται σε σχετική συμφωνία με το ποσοστό εμβολιασμένων γυναικών σε εθνικό επίπεδο, αφού μόνο το 11% του πληθυσμού έχει εμβολιασθεί κατά του HPV.(Denny-Smith, Bairan , Page, 2006, Dinas et al, 2009, Ferlay, Bray, Pisani et al, 2004, Slomovitz, Sun, Frumovitzetal.

2006, Zimet et al, 2005, Hopkins et al, 2009, Kahn et al, 2003, Kang, Moneyham 2010, Ishibashi et al, 2008, McCaffery, Irwig 2005)

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4**

### **ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ**

#### **4.1 Επίδραση της οικονομικής κρίσης στην υγεία των πολιτών**

Σε μελέτη των (Karaiskou , Malliarou , Sarafis, 2012) το γενικό επίπεδο υγείας του πληθυσμού όσο και η ισότιμη διάχυση της καλής υγείας μεταξύ των μελών του εξαρτώνται, εκτός από άλλους παράγοντες, κατά ένα ποσοστό (10-20%) από την οργάνωση και τη λειτουργία του συστήματος φροντίδας υγείας που προσδιορίζει την πρόσβαση και την ποιότητα των υπηρεσιών και κατά μεγαλύτερο ποσοστό (20-30%) από τους ευρύτερους κοινωνικούς – οικονομικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες (Οικονόμου, 2004). Κατά τις τελευταίες δύο δεκαετίες η παγκοσμιοποίηση της οικονομίας επέδρασε και στον τομέα της υγείας, σε κάποιες περιπτώσεις θετικά εξαλείφοντας τη φτώχεια, σε κάποιες άλλες με επιβλαβείς συνέπειες δημιουργώντας ανισότητες και αποκλεισμούς, κατατάσσοντας τους ανθρώπους σε κατηγορίες, συντηρώντας συνθήκες αθλιότητας στην υγεία των πτωχών και αυξάνοντας τους κινδύνους θνησιμότητας από σοβαρά νοσήματα. (Χαραλάμπους, Τσίτση, 2010).

Στα πλαίσια της παγκοσμιοποίησης η όξυνση των οικονομικών προβλημάτων σε μια οικονομική αγορά προκαλεί ντόμινο αντίστοιχων αντιδράσεων σε διεθνές επίπεδο με αντίστοιχες επιπτώσεις στο κοινωνικό επίπεδο και στο επίπεδο υγείας. Η οικονομική κρίση δημιουργεί προβλήματα στη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας, επιβαρύνει τη λειτουργία των δημόσιων μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας λόγω αυξημένης ζήτησης, επηρεάζει την αποτελεσματικότητά τους αλλά και την ποιότητα των υπηρεσιών τους καθώς και τους ίδιους τους ασθενείς που παραμελούν ή καθυστερούν τη φροντίδα τους ( ιδίως το προσυμπτωματικό έλεγχο των γυναικών), αναλογιζόμενοι τα επιπλέον κόστη (Stuckler et al, 2009). Τα τελευταία 20 χρόνια σε όλες τις σχετικές μελέτες φαίνεται ότι η ανεργία, η ανασφάλεια στην εργασία και η απώλεια εισοδήματος έχουν σημαντική επίδραση στην υγεία. Σε παλαιότερη μελέτη (Τούντας 2004), και η οποία πραγματοποιήθηκε σε Αγγλία και Ουαλία

καταγράφηκε επίσης αύξηση της θνησιμότητας και της νοσηρότητας κατά 20%, (αφού δεν υπήρχε καμία πρόβλεψη για προληπτικό έλεγχο), ενώ παρόμοια συμπεράσματα προέκυψαν και από μελέτη σε Ιταλία (Τούντας 2004).

Ο (Ferrie et al, 2002), διενήργησε έρευνα σε 931 γυναίκες και 2429 άνδρες το 1995/96 και 1997/99 και κατέγραψε την αναφερόμενη από τους ερωτώμενους κατάσταση υγείας, κάποιες κλινικές παραμέτρους καθώς και συμπεριφορές σχετιζόμενες με την υγεία, προκειμένου να διαπιστωθούν τυχόν διαφορές ανάμεσα σε αυτούς που βρίσκονταν σε εργασιακή ανασφάλεια και σε αυτούς που παρέμειναν εργασιακά ασφαλείς. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν αναφερόμενη αυξημένη σωματική και ψυχική νοσηρότητα στους ανέργους και αυτούς που βρίσκονταν σε μακρά περίοδο εργασιακής ανασφάλειας και παραμένουσες αρνητικές επιπτώσεις ιδιαίτερα ψυχικές διαταραχές - σε αυτούς που τελικά δεν έχασαν την εργασία τους μετά από μια περίοδο κινδύνου απώλειάς της.

Οι συνέπειες για τις γυναίκες ήταν η αυξημένη θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού και του τραχήλου σαν αποτέλεσμα της αποχής από τον προληπτικό γυναικολογικό έλεγχο. Στα πορίσματα μιας πρόσφατης έρευνας των (Stuckler et al, 2009), σε 26 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) από το 1970-2007 κατεγράφησαν οι συσχετίσεις των όποιων αλλαγών στην απασχόληση με τη θνησιμότητα και πως αυτές τροποποιήθηκαν ανάλογα με τους διαφορετικούς τύπους των δαπανών των εκάστοτε κυβερνήσεων. Πιο συγκεκριμένα αύξηση της ανεργίας κατά 1% σχετίστηκε με 0,79% αύξηση των αυτοκτονιών σε όλες τις ηλικίες μικρότερες των 65 ετών ενώ αύξηση της ανεργίας κατά 3% σχετίστηκε με αύξηση 4,45% των θανάτων από καρκίνο του μαστού. Στην ίδια έρευνα διαπιστώθηκε, ότι οι πληθυσμοί διέφεραν σημαντικά στην ευαισθησία της θνησιμότητάς τους στις οικονομικές κρίσεις ανάλογα με τις διαφορές στη κοινωνική προστασία του κάθε πληθυσμού.

Στα συμπεράσματα της ίδιας μελέτης αναφέρεται ότι τα ενεργά προγράμματα στην αγορά εργασίας που κρατούν ή επανεντάσσουν τους εργαζόμενους στην εργασία αμβλύνουν τις δυσμενείς επιπτώσεις των οικονομικών κρίσεων στην υγεία των πληθυσμών αυτών. (Τούντας, 2004). Στην ίδια πλευρά της αμφισβήτησης της απόλυτης και ευθείας συσχέτισης της ανεργίας με τη πτωχή υγεία βρίσκεται η έρευνα των (Kasl & Jones 2000) από το Πανεπιστήμιο του Yale, στα πορίσματα της οποίας φαίνεται ότι προϋπάρχουσες παθολογικές καταστάσεις προκαλούν την απώλεια της εργασίας, ενώ μια ποικιλία παραγόντων κινδύνου ένας από τους οποίους είναι η αύξηση των ποσοστών των γυναικολογικών καρκίνων για τις γυναίκες, φαίνεται να σχετίζονται με τις συνθήκες της εργασιακής ανασφάλειας.

## **4.2 Επιπτώσεις στα συστήματα υγείας**

Οι πιέσεις της οικονομικής κρίσης στις κυβερνήσεις και στους καταναλωτές- ασθενείς που απειλούνται με απώλεια του εισοδήματός τους και άρα απώλεια της ασφαλιστικής τους κάλυψης είναι ασφυκτικές. Το γεγονός αυτό απειλεί την ομαλή και αποδοτική λειτουργία του υγειονομικού τομέα που εξαρτάται άμεσα από τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης και κοινωνικής προστασίας. Δεδομένου ότι οι κυβερνήσεις δεσμεύουν εκατοντάδες δισεκατομμυρίων για να υποστηρίξουν τα τραπεζικά συστήματα, είναι αδύνατο να μην ασκηθούν ασφυκτικές πιέσεις στους προϋπολογισμούς της ασφάλισης και να μην προκύψει επίπτωση (περιορισμός δαπανών) έστω και μικρή στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας ακόμη και των ανεπτυγμένων κρατών (Appleby, 2008). Αυτό επιβεβαιώνει και το θέμα “Health System Priorities when Money is Tight”, (δηλαδή η «επιβίωση» των συστημάτων υγείας), που τέθηκε στη συνάντηση των Υπουργών Υγείας των χωρών του ΟΟΣΑ το 2010.

Η αύξηση των αρνητικών επιπτώσεων στην υγεία σε συνδυασμό με τη μερική ή και ολική απώλεια του εισοδήματος στρέφει τους καταναλωτές – ασθενείς σε δημόσιες μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, με αποτέλεσμα την αύξηση των δαπανών στο τομέα αυτό και την ανάγκη αύξησης της χρηματοδότησης από τους ήδη στραγγαλισμένους κρατικούς προϋπολογισμούς ενώ η δημιουργία των λιστών αναμονής είναι άμεση συνέπεια. (WHO-b, 2009, Κυριόπουλος, Τσιάντου, 2009). Οι υπηρεσίες υγείας θα κληθούν λοιπόν να λειτουργήσουν εξίσου αποτελεσματικά παρά τις περικοπές των δαπανών, γεγονός που μπορεί να μην είναι εφικτό και ως εκ τούτου να περιοριστεί η ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών και η ικανοποίηση των προσδοκιών των χρηστών (Erman, 2009).

Σύμφωνα με την αμερικανική ένωση νοσηλευτικών ιδρυμάτων (2008), πολλά νοσοκομεία βλέπουν τις επιπτώσεις της οικονομικής ύφεσης στον αριθμό και το μίγμα των ασθενών που αναζητούν φροντίδα. Λόγω της μη ασφάλισης τα άτομα δεν κάνουν προληπτικές εξετάσεις ή αναβάλλουν τις προγραμματισμένες εξετάσεις, με αποτέλεσμα να υπάρχουν λιγότερες τακτικές εισαγωγές και διαδικασίες σε αντίθεση με την αύξηση των επειγόντων περιστατικών. Έτσι η πλειοψηφία των νοσοκομείων βλέπει αύξηση του ποσοστού των ασθενών που αδυνατεί να πληρώσει και την ανάγκη για επιδοτούμενη φροντίδα να αυξάνεται αντιστρόφως ανάλογα.

## **4.3. Οι επιπτώσεις στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας**

Το ΕΣΥ έχει ήδη πολλά προβλήματα να επιλύσει, όπως, τον κατακερματισμό του, τις επικαλύψεις και τις υγειονομικές ανισότητες, την αδυναμία κάλυψης αναγκών πρωτοβάθμιας φροντίδας, την αναμενόμενη αύξηση της ζήτησης λόγω της γήρανσης του πληθυσμού, τον

πληθωρισμό των ιατρών και την έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού, τη χαμηλή παραγωγικότητα, τη περιορισμένη ποιότητα των υπηρεσιών, τη μη ανταποκρισιμότητα, τη σπατάλη πόρων και τη διοχέτευσή τους στην παραοικονομία και τη διαφθορά, με αποτέλεσμα τα τεράστια ελλείμματα των νοσοκομείων και των ασφαλιστικών οργανισμών υγείας. Η παρούσα οικονομική κρίση σε συνδυασμό με το πολύ υψηλό εθνικό έλλειμμα συρρίκνωσε την ελληνική οικονομία γεγονός που υποδεικνύει ότι θα υπάρξουν συνέπειες και στους προϋπολογισμούς για το ΕΣΥ, προϋπολογισμοί που αναγκαστικά θα διατεθούν για τη μικροδιαχείριση σε βάρος του σχεδιασμού για ένα καλύτερο σύστημα υγείας.

Σύμφωνα με εκτιμήσεις του (Κυριόπουλου, 2010-β) έχουν αυξηθεί περίπου 30% οι επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων, ενώ αντίστοιχα έχουν περιοριστεί στις απολύτως αναγκαίες οι επισκέψεις στα ιδιωτικά ιατρεία. (Κυριόπουλος, Τσιάντου, 2009). Η βιωσιμότητα του Ελληνικού Εθνικού Συστήματος Υγείας, εικοσιπέντε και πλέον χρόνια από τη συγκρότηση του δεν θα πρέπει να θεωρείται δεδομένη, ιδιαίτερα κάτω από την πίεση της παγκόσμιας – και ιδίως της εθνικής – οικονομικής κρίσης, η οποία έχει σημαντικότερες παρενέργειες και στην οικονομική λειτουργία του.

Υποστηρίζεται όμως ότι το σύστημα υγείας της χώρας μας θα μπορούσε να αναπτυχθεί χωρίς επιπρόσθετους πόρους με την εξάλειψη της σπατάλης και αναποτελεσματικότητας και στα πλαίσια μιας αναδιάρθρωσης βασισμένης στην οργάνωση και ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, τη βελτίωση του τρόπου χρηματοδότησης και αποζημίωσης των υπηρεσιών υγείας, τη λογιστική και χρηματοοικονομική διαχείριση των νοσοκομείων, την ανάπτυξη δομών και συστήματος αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών και διαπίστευσης των υγειονομικών φορέων, τη συγχώνευση πολλών υποστηρικτικών υπηρεσιών και την καλύτερη αξιοποίηση και ανάπτυξη του προσωπικού (Μανιαδάκης, 2011).

Μια σοβαρή οικονομική κρίση, όπως η παρούσα, έχει σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία, δημιουργεί προβλήματα στη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας, και επιβαρύνει τη λειτουργία των δημόσιων μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας λόγω αυξημένης ζήτησης. Η κοινωνία και το κοινωνικό κράτος δοκιμάζουν τα όρια της αντοχής τους προσπαθώντας να διαχειριστούν τους μειωμένους προϋπολογισμούς για την υγεία, αν και αρκετές χώρες αναφέρουν αύξηση των επενδύσεων στην υγεία και ιδιαίτερα την πρόληψη έχοντας πείσει για το πόσο σημαντικό είναι αυτό σε περιόδους κρίσεων. Ανάλογη έρευνα των (d'Hombres, McKee, Rocco, Suhrcke, 2009), κατέδειξε ότι οι συνέπειες στις κοινωνίες διαφέρουν ανάλογα με τη διαθεσιμότητα της κοινωνικής υποστήριξης. Η έρευνά τους στην πρώην ΕΣΣΔ έδειξε πως οι δυσμενείς επιπτώσεις στην υγεία των ραγδαίων οικονομικών αλλαγών

μειώθηκαν αισθητά, όταν πολλοί άνθρωποι μέλη των κοινωνικών οργανώσεων ανέλαβαν πρωτοβουλία, ενημερώνοντας και κάνοντας δωρεάν προληπτικό έλεγχο.(d'Hombres , McKee , Rocco , Suhrcke , 2009),

Η ανάγκη ορθής κατανομής των περιορισμένων οικονομικών πόρων γίνεται ακόμη πιο επιτακτική. Τα επόμενα χρόνια οι πιέσεις θα εστιάζονται όχι στην επιπλέον ζήτηση χρημάτων για την υγεία αλλά στο πόσο σωστά θα κατανεμηθούν οι σπάνιοι πόροι για τις βασικές υπηρεσίες υγείας και την προστασία των ευάλωτων ομάδων είτε στο εσωτερικό των εύρωστων κρατών είτε άλλων κρατών που έχουν χαμηλά χρηματοδοτικά αποθέματα, αδύναμους κοινωνικούς θεσμούς, κατεστραμμένες δομές και έχουν ίσως να αντιμετωπίσουν και το μεγάλο πρόβλημα της κλιματικής αλλαγής (WHO- b, 2009). Συνοψίζοντας θα λέγαμε ότι απαιτείται η απάντηση στη κρίση να είναι πολυεπίπεδη. Τα οφέλη στην υγεία θα προκύψουν μόνο εάν υπάρχουν πολιτικές και επενδύσεις στους κοινωνικούς και οικονομικούς καθοριστικούς παράγοντές της.



## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5**

#### **ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ**

##### **5.1 Σκοποί και υποθέσεις της μελέτης**

###### ***Σκοπός***

Ο κύριος σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να αναδείξει τις αντιλήψεις για τον προληπτικό γυναικολογικό έλεγχο των γυναικών του Δήμου Κορίνθου, αναλογικά με στάσεις και συμπεριφορές αυτών, δεδομένης της οικονομικής κρίσης.

###### ***Επιμέρους στόχοι***

Οι επιμέρους στόχοι της μελέτης ήταν:

- Καταγραφή συμπεριφορών που αφορούν την έναρξη της ολοκληρωμένης ερωτικής σχέσης των γυναικών, τη χρήση προφυλακτικού ή ενδομητρίου σπειράματος.
- Διερεύνηση συμπεριφορών που αφορούν στην προστασία από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.
- Προσέγγιση των στάσεων, αντιλήψεων και πρακτικών των γυναικών που πιθανώς διαμορφώνουν συμπεριφορές και τρόπους προφύλαξης από τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και του μαστού.
- Αξιολόγηση της συνέπειας των αντιλήψεων στη διενέργεια προληπτικού γυναικολογικού ελέγχου.
- Καταγραφή των τάσεων όσον αφορά τον εμβολιασμό για τον HPV.
- Καταγραφή των δεδομένων που δικαιολογούν την εφαρμογή του εθνικού προληπτικού προγράμματος για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και τον καρκίνο του μαστού.
- Αξιολόγηση των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στην ποιότητα παροχής υπηρεσιών υγείας στις γυναίκες και σύγκριση αυτών με στοιχεία άλλων ανεπτυγμένων και αναπτυσσόμενων χωρών που βίωσαν το ίδιο πρόβλημα.
- Προσδιορισμός των ανεπιθύμητων επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στην υγεία των γυναικών, εξετάζοντας τη διαχρονική εξέλιξη των δεικτών της πρόληψης πριν και μετά τη κρίση.

Με βάση τα βιβλιογραφικά δεδομένα διαμορφώθηκαν οι παρακάτω **υποθέσεις**:

Οι στάσεις των γυναικών απέναντι στον προληπτικό γυναικολογικό έλεγχο διαφοροποιούνται ανάλογα με τη δημογραφική, επιδημιολογική, κοινωνικοοικονομική, πολιτική και πολιτιστική κατάσταση της κοινωνίας στην οποία ζούν;

- Οι αντιλήψεις των γυναικών, οι οποίες θεωρούν τον προληπτικό έλεγχο χρήσιμο και αναγκαίο, υιοθετεί συμπεριφορές που προωθούν την υγεία και τη ποιότητα ζωής τους;
- Η ενημέρωση και η εκπαίδευση συντελούν στη συμμόρφωση των γυναικών με τις κατευθυντήριες οδηγίες του προληπτικού ελέγχου;
- Η πηγή πληροφόρησης των γυναικών συντελεί στη συμμόρφωσή τους;
- Η πληροφόρηση των γυναικών γίνεται από έγκυρες πηγές ;
- Η οικονομική κρίση συντελεί στην αλλαγή των στάσεων των γυναικών απέναντι στον προληπτικό γυναικολογικό έλεγχο;

## **5.2 Το δείγμα της μελέτης**

Η μελέτη διεξήχθη στο Δήμο Κορινθίας. Ο συγκεκριμένος Δήμος εκτός από τη πόλη της Κορίνθου, έχει αρκετές ημιαστικές και αγροτικές περιοχές, ώστε να υπάρχει ένα πληθυσμιακό δείγμα με διαφορετικά δημογραφικά, κοινωνικο-οικονομικά, και πολιτιστικά δεδομένα. Πληθυσμός-στόχος της μελέτης ήταν οι γυναίκες 20-70 ετών που διαμένουν στον Καλλικρατικό δήμο Κορινθίων. Ο συγκεκριμένος γυναικείος πληθυσμός αναζητήθηκε στα μητρώα του δήμου Κορινθίων, μετά από ενημέρωση του ερευνητή για τον σκοπό της έρευνας, στο αρμόδιο τμήμα του Δήμου και τελική έγκριση του τμήματος για αναζήτηση στοιχείων.

Η επικοινωνία ήταν αρχικά τηλεφωνική έτσι ώστε να οριστεί προσωπικό ραντεβού στον χώρο του πολιτιστικού κέντρου του δήμου. Ορίστηκε αρχικά ένα συγκεκριμένο διήμερο κατά το οποίο η ερευνήτρια μαζί με υπάλληλο του δήμου διενήργησε τις τηλεφωνικές επικοινωνίες. Από τα μητρώα του δήμου δημιουργήθηκε ο κατάλογος των μονίμων κατοίκων του δήμου, γυναικών, (20-70), που είχαν τηλεφωνο επικοινωνίας καταγεγραμμένο. Από την τελική λίστα 1.670 ατόμων υπήρξε τηλεφωνική επικοινωνία με τα άτομα εκείνα που είχαν αριθμό καταχώρισης ζυγό ανά δέκα(1,10,20,30, κ.λ.π.). Επετεύχθη επικοινωνία με 160 άτομα εκ των

οποίων αποδέχτηκαν το ραντεβού τα 145. Στη μελέτη συμμετείχαν και άλλης Εθνικότητας γυναίκες οι οποίες κατανούσαν πλήρως την Ελληνική γλώσσα.

Η πρόσκληση ήταν τηλεφωνική και κατά τη διάρκεια της τηλεφωνικής επικοινωνίας γινόταν μια σύντομη εισαγωγή για τη σκοπιμότητα της μελέτης. Σε κάθε επιλεγμένη γυναίκα γινόταν μέχρι 2 προσπάθειες τηλεφωνικής επικοινωνίας πρωινές και απογευματινές ώρες κατά το τριήμερο που ορίστηκε η διαεξαγωγή της μελέτης. Στην τηλεφωνική επικοινωνία γινόταν ενημέρωση για το σκοπό της μελέτης. Στο τέλος της συνομιλίας επιλεγόταν η ώρα του ραντεβού στο πολιτιστικό κέντρο της περιοχής, είτε πρωινά καθημερινής είτε πρωινά ή απογευματινά Σαββατοκύριακου. Από το σύνολο των γυναικών που καλέστηκαν (n=145), 15 αρνήθηκαν να συμμετάσχουν και 14 δεν προσήλθαν τελικά στο ραντεβού (n=120). Το ποσοστό ανταπόκρισης (response rate), των γυναικών ήταν 89% (n=145). Οι Polit και Hungler (1991) αναφέρουν ότι ένα ποσοστό ανταπόκρισης μεγαλύτερο του 60% είναι πιθανόν να επαρκεί για τους περισσότερους σκοπούς και ότι αν το ποσοστό ανταπόκρισης είναι υψηλό, ο κίνδυνος σοβαρής μεροληψίας ανταπόκρισης μπορεί να είναι ασήμαντος. Με βάση αυτή την αναφορά, το ποσοστό ανταπόκρισης στην παρούσα μελέτη θεωρείται πολύ ικανοποιητικό.

### 5.2.1 Ορισμός της Στάσης

Ως στάση, στην κυριολεξία της λέξης, ονομάζεται ο τρόπος που στέκεται κανείς, η θέση του σώματός του. Μεταφορικά χρησιμοποιείται για να δηλώσει τη συμπεριφορά, τη διαγωγή, το φέρσιμο απέναντι σε ένα ορισμένο θέμα (Τεγόπουλος-Φυτράκης, 1993). Σύμφωνα με τον (Μαδιανό 2000), η στάση μπορεί να ταυτίζεται συχνά με τη γνώμη, η οποία εκφράζει κρίση, αντίληψη, πεποίθηση για ένα ορισμένο θέμα, αλλά είναι μάλλον μια πιο σταθερή κατάσταση έκφρασης απόψεων, ενώ η ποιότητα και έντασή της ποικίλουν μέσα σε ένα συνεχές από τη θετική στην ουδέτερη έως και την αρνητική στάση.

Οι στάσεις αναφέρονται σε συγκεκριμένα κοινωνικά στοιχεία, μαθαίνονται, και για αυτό βασίζονται σε αξιολογικές έννοιες, σχετικά με τα χαρακτηριστικά ενός αντικειμένου, για παράδειγμα συγκεκριμένης κοινωνικής ομάδας, εκλύοντας ανάλογη συμπεριφορά (Μαδιανός, 2000). Τελικά, αν και από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση δεν προκύπτει ένας γενικά αποδεκτός ορισμός, φαίνεται ότι η στάση περιλαμβάνει τον τρόπο αντίδρασης απέναντι σε ένα συγκεκριμένο ζήτημα, με βάση τις υπάρχουσες αξίες του ατόμου, της ομάδας ή της κοινότητας, μέσα σε ένα συγκεκριμένο κοινωνικό πλαίσιο.

### 5.3 Σχεδιασμός της μελέτης

Ο τύπος της μελέτης που επιλέχθηκε είναι μη πειραματικός, περιγραφικός, με χαρακτήρα επισκόπησης και συγχρονικό σχεδιασμό. Θεωρείται κατάλληλος για τη μέτρηση της στάσης και πρόσφορος για τα περιορισμένα χρονικά περιθώρια εκπόνησης της παρούσας διπλωματικής εργασίας. Ο σκοπός της περιγραφικής μελέτης είναι η διερεύνηση και η περιγραφή φαινομένων σε πραγματικές καταστάσεις. Αυτή η προσέγγιση χρησιμοποιείται για να παράγει νέα γνώση, σε θέματα όπου δεν υπάρχει επαρκής γνώση ή είναι περιορισμένη. Μέσω αυτής περιγράφονται ιδέες και αναγνωρίζονται σχέσεις, που παρέχουν τη βάση για περαιτέρω ποσοτική έρευνα και έλεγχο της θεωρίας (Burns & Grove, 2001).

Σύμφωνα με τους (Burns&Grove, 2001), η περιγραφική μελέτη ή η μελέτη συσχέτισης σχεδιάζεται με σκοπό την απόκτηση πληροφοριών από πληθυσμούς, οι οποίες αφορούν στην επικράτηση (επιπολασμός-prevalence), στην κατανομή (distribution) και στη συσχέτιση (interrelation) μεταβλητών εντός αυτών των πληθυσμών και ο όρος μπορεί να χρησιμοποιηθεί για κάθε μελέτη στην οποία ο ερευνητής συλλέγει δεδομένα με σκοπό τη διερεύνηση χαρακτηριστικών, γνώσεων, απόψεων, στάσεων και αξιών. Μια περιγραφική επιδημιολογική μελέτη μπορεί να έχει συγχρονικό (cross-sectional) ή διαχρονικό (longitudinal) σχεδιασμό.

Η συγχρονική μελέτη, στην οποία συγκαταλέγεται και η παρούσα, αφορά τη συλλογή δεδομένων σε μια μόνο χρονική στιγμή, χωρίς να περιλαμβάνει χωριστές δειγματοληψίες, αλλά μια μόνο δειγματοληψία για όλον τον πληθυσμό που συμμετείχε (Polit&Hungler, 1991) . Βασικό πλεονέκτημα των συγχρονικών μελετών είναι ότι είναι σχετικά οικονομικές, λιγότερο χρονοβόρες και αρκετά πρακτικές στο χειρισμό τους σε σύγκριση με τις διαχρονικές. Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω, η συγχρονική περιγραφική μελέτη είναι ιδιαίτερα κατάλληλη για να περιγράψει σχέσεις μεταξύ μεταβλητών σε μια ορισμένη στιγμή, δίνοντας την εικόνα του φαινομένου τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο (Polit&Hungler, 1991).

## **5.4 Ερωτηματολόγιο**

### **5.4.1 Διαδικασία συλλογής των δεδομένων**

Τα δεδομένα της μελέτης, επιλέχθηκε να συλλεχθούν με τη διαδικασία των ανωνύμων ερωτηματολογίων (παράρτημα σελ 164 ). Η διαδικασία αυτή είναι μια μέθοδος αυτοαναφοράς, η οποία θεωρείται ως η καταλληλότερη για τη συλλογή δεδομένων που αναφέρονται σε απόψεις, στάσεις, πεποιθήσεις και αξίες (Sproull1998 ). Η προσέγγιση των γυναικών γινόταν στο πολιτιστικό κέντρο του Δήμου και η ερευνήτρια, μετά από μια σύντομη ενημέρωση, μοίραζε τα ερωτηματολόγια και παρέμενε μέχρι το τέλος της συμπλήρωσής τους για οποιεσδήποτε απορίες προέκυπταν. Η διαδικασία συλλογής των απαντημένων ερωτηματολογίων διήρκεσε δύο μήνες, από τον Μάιο του 2013 έως και τον Ιούλιο του ίδιου έτους.

Κάθε ερωτηματολόγιο στη συνέχεια κωδικοποιήθηκε και έγινε η καταγραφή και η επεξεργασία των στοιχείων.Οι απαντήσεις των γυναικών που αφορούσαν τις τρεις ανοικτές ερωτήσεις, καταγράφηκαν αναλυτικά στα αντίστοιχα τμήματα των ερωτηματολογίων κατά τη διάρκεια της συνέντευξης. Με την ολοκλήρωση των συνεντεύξεων, έγινε θεματική ανάλυση με βάση την πρόταση. Οι προτάσεις αντιγράφηκαν και στη συνέχεια ομαδοποιήθηκαν και εντάχθηκαν με την ανάλυση σε βασικές κατηγορίες και υποκατηγορίες.

### **5.4.2 Επιλογή κατάλληλου Εργαλείου**

Υπάρχουν πολλοί τρόποι για την ανεύρεση και την επιλογή κατάλληλου ερωτηματολογίου ως οργάνου μέτρησης, όπως ανασκόπηση της βιβλιογραφίας από παρόμοιες μελέτες, ειδικά βιβλία, διδακτορικές διατριβές αλλά και προφορική ανακοίνωση μεταξύ ερευνητών (Burns & Grove,2001). Στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχουν αρκετές ποσοτικές μελέτες που ασχολήθηκαν με τη στάση, τις αντιλήψεις και τις συμπεριφορές των γυναικών σχετικά με τον προληπτικό γυναικολογικό έλεγχο, και τις επιπτώσεις της μη έγκαιρης πρόληψης νοσημάτων, όπως ο καρκίνος του μαστού και του τραχήλου, στην ποιότητα της υγείας και τη ζωή της γυναίκας.

Οι ερωτήσεις από τις οποίες αποτελείται, επιχειρούν να ανιχνεύσουν τις στάσεις και τις αντιλήψεις των γυναικών απέναντι στον προληπτικό γυναικολογικό έλεγχο, όπως επίσης και τις απορρέουσες συμπεριφορές τους πριν και μετά την οικονομική κρίση.Το ερωτηματολόγιο που επιλέχθηκε γι' αυτήν την μελέτη ως εργαλείο μέτρησης της στάσης, των αντιλήψεων και των καθοριστικών συμπεριφορών των γυναικών σχετικά με τον προσυμπτωματικό

γυναικολογικό έλεγχο έχει χρησιμοποιηθεί κατά το μεγαλύτερο μέρος του σε παρόμοιες μελέτες όπως:

- Το εξατομικευμένο ερωτηματολόγιο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας στα πλαίσια της παγκόσμιας έρευνας για την υγεία
- Ερωτηματολόγιο σχετικά με την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και του καρκίνου του μαστού που διαμορφώθηκε από την Α΄ Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική του ΑΠΘ στα πλαίσια του ερευνητικού προγράμματος «ΛΥΣΙΣΤΡΑΤΗ»
- Ερωτηματολόγιο(σταθμισμένο) σχετικά με τη μέτρηση των γνώσεων των γυναικών αναφορικά με τον προληπτικό γυναικολογικό έλεγχο.
- Ερωτηματολόγιο του Caribbean Epidemiology Centre, το οποίοα πευθύνεται στους χρήστες υπηρεσιών υγείας για την εκτίμηση των αναγκών καθώς και συμπεριφορών των γυναικών πάνω στην πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και του καρκίνου του μαστού.

Το αρχικό ερωτηματολόγιο που διαμορφώθηκε, περιελάμβανε 25 ερωτήσεις και τέθηκε σε πιλοτική εφαρμογή σε δείγμα 20 γυναικών. Από αυτές τις ερωτήσεις αφαιρέθηκαν τρεις που αφορούσαν τις γνώσεις των γυναικών για τους δύο τύπους καρκίνου και προστέθηκαν δύο ερωτήσεις που αφορούσαν τις επιλογές των γυναικών για τον εμβολιασμό κατά του HPV, έξι ερωτήσεις που αφορούσαν τη στάση των γυναικών απέναντι στη γυναικολογική πρόληψη μεσούσης της οικονομικής κρίσης, και επτά ακόμα ερωτήσεις που αφορούσαν δημογραφικά και προσωπικά στοιχεία. Επιπλέον, προστέθηκαν ακόμα τρεις ερωτήσεις ανοικτού τύπου, προκειμένου να γίνει μια πιο αναλυτική τοποθέτηση των γυναικών στα συγκεκριμένα ερωτήματα.

Αποτέλεσμα της πιλοτικής στάθμισης αυτής, ήταν η επαναδιατύπωση ερωτήσεων, η αφαίρεση ερωτήσεων και η μετατροπή κάποιων από κλειστού σε ανοικτού τύπου ερωτήσεις, έτσι ώστε το ερωτηματολόγιο να γίνει πιο λειτουργικό και τα δεδομένα που θα προκύψουν πιο αξιόπιστα. Το σύνολο των ερωτήσεων που παρέμειναν ήταν 37. Οι ερωτήσεις επιχειρούν να ανιχνεύσουν τις στάσεις και τις αντιλήψεις των γυναικών απέναντι στον προληπτικό γυναικολογικό έλεγχο, όπως επίσης και τις απορρέουσες συμπεριφορές τους πριν και μετά την οικονομική κρίση.

### 5.4.3 Τελικό ερωτηματολόγιο

Το τελικό ερωτηματολόγιο (37 ερωτήσεις), νοηματικά διακρίνεται σε τρεις ενότητες. (παράρτημα, σελ...):

- ◆ Στην πρώτη ενότητα, περιλαμβάνονται οι ερωτήσεις από 1-12, οι οποίες αφορούν δημογραφικά και κοινωνικά στοιχεία (φύλο, ηλικία, εθνικότητα, τόπος κατοικίας, επάγγελμα), και προσωπικές ερωτήσεις όπως, πότε είχαν την πρώτη σεξουαλική επαφή, εάν χρησιμοποιούν προφυλακτικό, εάν έχουν ιστορικό λοίμωξης από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.
- ◆ Στη δεύτερη ενότητα, περιλαμβάνονται οι ερωτήσεις από 13-30, οι οποίες περιέχουν επιδημιολογικά χαρακτηριστικά και αφορούν τη διερεύνηση των στάσεων και αντιλήψεων των γυναικών σχετικά με τον γυναικολογικό προσυμπτωματικό έλεγχο.
- ◆ Στην τρίτη ενότητα, περιλαμβάνονται οι ερωτήσεις από 31-37, οι οποίες αφορούν τους οικονομικούς παράγοντες από τους οποίους εξαρτάται ο προληπτικός γυναικολογικός έλεγχος καθώς και τον φορέα διενέργειας μαστογραφίας.

Είναι όλες ερωτήσεις κλειστού τύπου, εκτός από τρεις. Συγκεκριμένα, η **ερώτηση 18**, ζητούσε από τις γυναίκες να δικαιολογήσουν την πεποίθησή τους ή την άρνησή τους για τον εμβολιασμό κατά του HPV, η **ερώτηση 25**, ζητούσε να αναφέρουν τους λόγους που δεν έκαναν μαστογραφία, και η **ερώτηση 37**, ζητούσε από τις γυναίκες να δικαιολογήσουν εάν η οικονομική κρίση αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα για το προληπτικό γυναικολογικό έλεγχο.

### 5.4.4 Αξιοπιστία και εγκυρότητα του Ερωτηματολογίου

Η αξιοπιστία ενός εργαλείου μέτρησης (Polit&Hungler,1991, Sproull,1998 ), είναι ο βαθμός της συνέπειας με τον οποίο η τεχνική μέτρησης μετρά το χαρακτηριστικό που διατείνεται ότι μετρά, δηλαδή ο βαθμός στον οποίο ένα εργαλείο μετρά κάποιο χαρακτηριστικό με τον ίδιο τρόπο κάθε φορά, που χρησιμοποιείται κάτω από τις ίδιες συνθήκες, με τα ίδια υποκείμενα (επαναληψιμότητα της μέτρησης) και αποτελεί μέτρο εκτίμησης του τυχαίου σφάλματος στη μέθοδο μέτρησης (Burns & Grove, 2001). Η αξιοπιστία ομοιογένειας ή εσωτερικής συνοχής (homogeneity-internalconsistency) είναι μια μορφή αξιοπιστίας για την οποία μπορεί να γίνει έλεγχος στη συγκεκριμένη μελέτη. Η ομοιογένεια ή εσωτερική συνοχή αφορά στις προτάσεις

του ερωτηματολογίου αλλά και στη μεταξύ τους συσχέτιση, δηλαδή στο βαθμό στον οποίο όλα τα επιμέρους τμήματα του εργαλείου μετρούν το ίδιο χαρακτηριστικό.

Το πιο σημαντικό χαρακτηριστικό της συσχέτισης είναι το επίπεδο της στατιστικής σημαντικότητας ( $p$ ). Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας δείχνει αν η σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών μπορεί να θεωρηθεί ως αληθής ή οφείλεται σε τυχαίους παράγοντες. Για παράδειγμα, εάν μια συσχέτιση κρίνεται στατιστικά σημαντική με ένα περιθώριο λάθους 5%, ή όπως γράφεται διαφορετικά στατιστικά σημαντική σε επίπεδο  $p = 0,05$ , αυτό σημαίνει ότι υπάρχει μόνο το 5% πιθανότητα το αποτέλεσμα αυτό να οφείλεται στην τύχη, και 95% πιθανότητα να ισχύει. Για τη μελέτη αυτή, το ανώτατο αποδεκτό περιθώριο λάθους ορίστηκε σε 5% ( $p = 0,05$ ), και ο έλεγχος σημαντικότητας ήταν δικατάληκτος.

#### **5.4.5 Ηθικά θέματα - Διασφάλιση της ανωνυμίας**

Η συμμετοχή των γυναικών στην παρούσα έρευνα, απαιτεί τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και σε κανένα σημείο δεν περικλείει ερωτήματα που θα μπορούσαν υπό οποιεσδήποτε συνθήκες να οδηγήσουν στην ταυτοποίηση της ερωτώμενης. Πριν από αυτή τη διαδικασία, οι γυναίκες ενημερώθηκαν από την ερευνήτρια προφορικά και γραπτά, για το σκοπό της έρευνας, την εθελοντικότητα συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, την εμπιστευτικότητα των στοιχείων και την ύπαρξη πληροφοριών, τόσο για την ερευνήτρια, όσο και σε περίπτωση ανάγκης επικοινωνίας. Το πρωτογενές υλικό (συμπληρωμένα ερωτηματολόγια) προέκυψαν, θα παραμείνει αυστηρά σε χρήση της ερευνήτριας και του επιβλέποντος καθηγητή και δεν θα παραχωρηθεί για οποιονδήποτε σκοπό σε τρίτο πρόσωπο, καθ' όλη τη διάρκεια αλλά και μετά το πέρας της ερευνητικής μελέτης.

#### **5.5 Στατιστική ανάλυση ποσοτικών δεδομένων**

Όλες οι μεταβλητές του δείγματος που ακολουθούν είναι κατηγορικές μεταβλητές, προκειμένου να αναδειχθεί η δυναμική τους. Οι πίνακες που δημιουργούνται από αυτές τις μεταβλητές είναι περιγραφικοί απεικονίζοντας τη συχνότητα, το έγκυρο και το αθροιστικό ποσοστό. Στη συνέχεια έγινε στατιστική απογραφή και επεξεργασία του ερευνητικού υλικού λαμβάνοντας υπόψη ότι οι μεταβλητές είναι κατηγορικές. Η ανάλυση των δεδομένων που προέκυψαν από την εν λόγω έρευνα πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πακέτο SPSS. 21.



Επιπλέον, έγινε ανάλυση συσχετίσεων κατά Pearson. Μια συσχέτιση μπορεί να είναι θετική ή αρνητική. Αυτό φαίνεται από το πρόσημό της. Η έννοια της αρνητικής και της θετικής συσχέτισης είναι η εξής (Γαρδέλης, 2003). Μια θετική συσχέτιση σημαίνει ότι όταν το ένα μέγεθος αυξάνεται τότε αυξάνεται και το άλλο, και το αντίστροφο. Μια αρνητική συσχέτιση σημαίνει ότι όταν το ένα μέγεθος αυξάνεται, το άλλο μειώνεται και το αντίστροφο. Μια συσχέτιση λαμβάνει τιμές από 0 έως 1 και χαρακτηρίζεται ως προς την ισχύ της με βάση το παρακάτω κανόνα (Robson, 2002):

- έως 0,2 ασθενής συσχέτιση
- από 0,2 έως 0,4 σχετικά ασθενής συσχέτιση
- από 0,4 έως 0,6 μέτριας ισχύος συσχέτιση
- από 0,6 έως 0,8 ισχυρή συσχέτιση
- από 0,8 έως 1 πολύ ισχυρή συσχέτιση
- 1 απόλυτη συσχέτιση

Το πιο σημαντικό χαρακτηριστικό της συσχέτισης είναι το επίπεδο της στατιστικής σημαντικότητας ( $p$ ). Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας δείχνει αν η σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών μπορεί να θεωρηθεί ως αληθής ή οφείλεται σε τυχαίους παράγοντες. Για παράδειγμα, εάν μια συσχέτιση κρίνεται στατιστικά σημαντική με ένα περιθώριο λάθους 5%, ή όπως γράφεται διαφορετικά στατιστικά σημαντική σε επίπεδο  $p = 0,05$ , αυτό σημαίνει ότι υπάρχει μόνο το 5% πιθανότητα το αποτέλεσμα αυτό να οφείλεται στην τύχη, και 95% πιθανότητα να ισχύει.

Αν το περιθώριο σφάλματος υπολογίζεται για δύο άκρα της κατανομής (π.χ. 5% περιθώριο σφάλματος υπολογίζεται ως 2,5% σε κάθε άκρο της διανομής), τότε ο έλεγχος σημαντικότητας καλείται αμφίπλευρος ή δικατάληκτος. Ο δικατάληκτος έλεγχος δεν κάνει καμία πρόβλεψη για το αν το σφάλμα θα είναι στο χαμηλότερο ή στο υψηλότερο άκρο της κατανομής, σε αντίθεση με τον ομοιοκατάληκτο. Τα διαφορετικά επίπεδα του  $p$  σηματοδοτούν και το διαφορετικό περιθώριο σφάλματος. Πιο συγκεκριμένα:

- $0.001 \geq p$ , περιθώριο σφάλματος 1 τοις χιλίοις
- $0.01 \geq p > 0.001$  περιθώριο σφάλματος 1 τοις εκατό
- $0.05 \geq p > 0.01$  περιθώριο σφάλματος 5 τοις εκατό

Για τη μελέτη αυτή, το ανώτατο αποδεκτό περιθώριο λάθους ορίστηκε σε 5% ( $p = 0,05$ ), και ο έλεγχος σημαντικότητας ήταν δικατάληκτος. Κάθε συσχέτιση πήρε τιμές από 0 έως 1 και χαρακτηρίστηκε ως προς την ισχύ της, θετικά ή αρνητικά, με βάση τον κανόνα (Robson, 2002).

Όλες οι μεταβλητές του δείγματος που ακολουθούν είναι κατηγορικές μεταβλητές, προκειμένου να αναδειχθεί η δυναμική τους. Οι πίνακες που δημιουργούνται από αυτές τις μεταβλητές είναι περιγραφικοί απεικονίζοντας τη συχνότητα, και το αθροιστικό ποσοστό.

### 5.5.1 Ποιοτική ανάλυση

Για την πληρέστερη κατανόηση των αποτελεσμάτων κρίθηκε αναγκαία η ενσωμάτωση τριών ανοιχτών ερωτήσεων (18, 25, 37) στο ερωτηματολόγιο. Οι ερωτήσεις διαβάστηκαν στην προσωπική συνέντευξη συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου από εκπαιδευμένους ερευνητές και έγιναν διευκρινιστικές ερωτήσεις για την κατανόηση των λόγων που επικαλούνται οι γυναίκες. Οι απαντήσεις των γυναικών καταγράφηκαν αναλυτικά στα αντίστοιχα τμήματα των ερωτηματολογίων κατά τη διάρκεια της συνέντευξης. Με την ολοκλήρωση των συνεντεύξεων έγινε θεματική ανάλυση με βάση την πρόταση. Σύμφωνα με την ερευνητική στρατηγική της ποιοτικής ανάλυσης ακολουθήθηκαν οι δύο βασικές μεθοδολογικές προσεγγίσεις:

- Προσεγγίσεις που αφορούν την ανάλυση περιεχομένου, και την κατηγοριοποίηση ποιοτικών δεδομένων σε ομάδες εννοιολογικών κατηγοριών ώστε να προσδιοριστούν συνεπή πρότυπα και σχέσεις μεταξύ μεταβλητών ή θεμάτων (Cohen et al, 2007).
- Περιγραφικές ερμηνευτικές προσεγγίσεις. Πρόκειται για προσεγγίσεις που στοχεύουν στη μελέτη κοινωνικών και πολιτισμικών περιστάσεων μέσω της περιγραφής ή της ανάλυσης και της ερμηνείας των νοημάτων που αποδίδουν οι άνθρωποι στις πράξεις τους και στις πράξεις των άλλων (Robson, 2002)

Η ποιοτική ανάλυση δεδομένων βασίστηκε σε ένα γενικό μοντέλο ανάλυσης των δεδομένων, κεντρικό χαρακτηριστικό του οποίου ήταν η κωδικοποίηση σε εννοιολογικό επίπεδο, διαδικασία που αφορούσε τη δημιουργία κωδικών που αποδίδουν νόημα σε τμήματα δεδομένων. (Silverman, 2005). Έτσι δημιουργήθηκε ένας τρόπος διασύνδεσης ή κατηγοριοποίησης των δεδομένων ώστε να δημιουργηθεί ένα πλαίσιο θεματικών περιοχών σχετικών με τα προς εξέταση δεδομένα. Σε αυτό το πλαίσιο, η κωδικοποίηση έχει να κάνει με την αναγνώριση και την καταγραφή σημαντικών τμημάτων των δεδομένων, ώστε να εξηγηθούν τα ίδια τα δεδομένα περιγραφικά και πιθανώς θεωρητικά (Gibbs, 2007).

### 5.5.2 Περιορισμοί της μελέτης

Υπάρχουν μερικοί περιορισμοί που θα μπορούσαν να αναφερθούν σε αυτή τη μελέτη.

Κατ' αρχήν απορρίφθηκαν εκείνες οι γυναίκες που δεν ζούσαν μόνιμα στη περιοχή της Κορινθίας.

Ο περιορισμένος αριθμός των συμμετεχόντων δικαιολογείται από τον χρονικό και οικονομικό περιορισμό που προκύπτει από το είδος και το σκοπό της μελέτης (διπλωματική μελέτη εκπόνησης μεταπτυχιακού διπλώματος).

Ο χωροταξικός και γεωγραφικός περιορισμός επίσης δικαιολογείται για τους ανωτερω λόγους.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ


#### 6.1 Περιγραφικά στοιχεία δείγματος

##### 6.1.1 Δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά

Τα δημογραφικά και κοινωνικά στοιχεία των γυναικών που συμμετέχουν στη έρευνα παρουσιάζονται στον **πίνακα 1**.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 1** Δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά

		N	%
Ηλικία	20-30	32	26,7%
	31-40	34	28,3%
	41-50	36	30,0%
	50 και άνω	18	15,0%
Εθνικότητα	Ελληνική	108	90%
	Άλλη	12	10%
Τόπος κατοικίας	Αστική	72	60,0%
	Ημιαστική	18	15,%
	Αγροτική	30	25,0%
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος	34	28,7%
	Έγγαμος	74	61,7%
	Διαζευγμένη	5	4,8%
	Χήρα	5	4,8%
Αριθμός παιδιών	Κανένα	44	36,7%
	1-2	58	48,3%
	Πάνω από 3	18	15,0%
Μηνιαίο εισόδημα	Λιγότερα από 500 Ευρώ	28	23,3%
	501 έως 1000 Ευρώ	46	38,3%
	1001 εως 1500 Ευρω	46	38,3%
Μορφωτικό επίπεδο	Βασική Εκπαίδευση	10	8,3%
	Μέση Εκπαίδευση	46	38,3%
	Ανώτερη Εκπαίδευση	34	28,3%
	Ανώτατη Εκπαίδευση	30	25,0%



Σύμφωνα με τον (πίνακα 1), το δείγμα των γυναικών που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο ήταν περίπου μοιρασμένο σε όλες τις δεκαετίες των ηλικιών από 20 έως 50 ετών, με την δεκαετία 40-50 να υπερτερεί ελαφρώς με ποσοστό 30% σε σχέση με τις υπόλοιπες δεκαετίες, η δεκαετία 20-30 αποτελούσε το 26,7% του δείγματος, η δεκαετία 30-40 αποτελούσε το 28,3% του δείγματος, ενώ το ποσοστό των γυναικών άνω των 50 ετών αποτελούσε το 15% του δείγματος. Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων είχε Ελληνική εθνικότητα 90% και μόνο το 10% ανήκε σε άλλη εθνικότητα. Σύμφωνα με τον τόπο κατοικίας τους, το 60% των γυναικών έμενε σε αστική περιοχή, το 15% έμενε σε ημιαστική, ενώ το 25% έμενε σε αγροτική περιοχή.

Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση το μεγαλύτερο μέρος των γυναικών ήταν έγγαμες με ποσοστό 61,7%, ακολουθούσαν οι άγαμες σε ποσοστό 28,7%, οι άλλες δύο κατηγορίες (χήρες και διαζευγμένες) ισοψήφισαν με 4,8%, ενώ το 48% των γυναικών είχαν 1-2 παιδιά. Στις μηνιαίες οικονομικές απολαβές των γυναικών ισοψήφισαν με τη μεγαλύτερη συχνότητα οι δύο κατηγορίες του εισοδήματος από 500-1000€ και 1001-1500€ σε ποσοστό 38,3%, ακολούθησε η κατηγορία <500€ με ποσοστό 23,3%, και δεν είχαμε καμία γυναίκα να υπάγεται στις εισοδηματικές κατηγορίες από 1500-2000€, και >2000€. Στις κατηγορίες του μορφωτικού επιπέδου φάνηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών 38,3% έχουν μέση εκπαίδευση, με δεύτερη κατά σειρά την ανώτερη εκπαίδευση σε ποσοστό 28,3% και τρίτη την ανώτατη εκπαίδευση 25%, ενώ το ποσοστό των γυναικών που είχαν τη βασική εκπαίδευση ήταν 8,3%.

## 6.2 Σεξουαλική συμπεριφορά- ιστορικό λοίμωξης από ΣΜΝ

Η σεξουαλική συμπεριφορά των γυναικών και το ιστορικό λοίμωξης από ΣΜΝ παρουσιάζονται στον πίνακα 2.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 2.** Σεξουαλική συμπεριφορά- ιστορικό λοίμωξης από ΣΜΝ

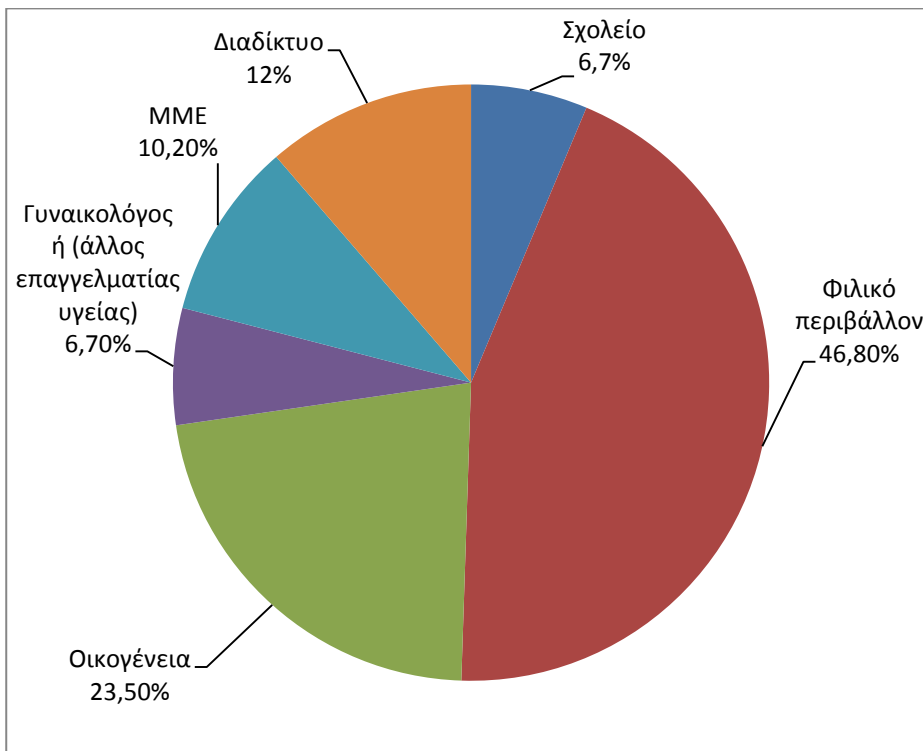
		N	%
Ηλικία έναρξης σεξουαλικών επαφών	< 18	44	36,7%
	>18	76	63,3%
Χρήση προφυλακτικού	ΝΑΙ	66	55%
	ΟΧΙ	54	45%
Ιστορικό λοίμωξης από ΣΜΝ	ΝΑΙ	78	65%
	ΟΧΙ	42	36%
Είδος μικροβίου	Μύκητες- Τριχομοναδες	38	47%
	Ουρεόπλασμα	24	30,6%
	Άλλο μικρόβιο	16	22,4

Σύμφωνα με τον (πίνακα 2) το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών (63,3%) ξεκίνησε τη σεξουαλική του δραστηριότητα μετά τα 18 έτη, ενώ το 36,7% πριν τα 18 έτη. Όσον αφορά τη χρήση του προφυλακτικού το 55% των γυναικών απάντησαν ότι το χρησιμοποιούν με το 45% να μην κάνουν χρήση του προφυλακτικού. Στη ερώτηση εάν έχουν μολυνθεί από κάποιο σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα(ΣΜΝ), το 47% είχε ιστορικό λοίμωξης από μύκητες, τριχομονάδες, το 30,6% από ουρεόπλασμα, ενώ το 22,4% από άλλο μικρόβιο.

### 6.3 Πηγές πληροφόρησης για τους κινδύνους από τα ΣΜΝ

Οι πηγές από τις οποίες οι ερωτώμενες γυναίκες αντλούσαν πληροφορίες για την προστασία από τα ΣΜΝ παρουσιάζονται στο **γράφημα 1**.

**ΓΡΑΦΗΜΑ 1** Πηγές πληροφόρησης για τα ΣΜΝ



Σύμφωνα με το **(γράφημα 1)**, η πηγή πληροφόρησης για τα ΣΜΝ που πλειοψηφεί είναι η ενημέρωση από το φιλικό περιβάλλον, με ποσοστό 46,8%, έπεται με εξίσου σπουδαία συμμετοχή πληροφόρησης η οικογένεια, ακολουθεί το διαδίκτυο με 12%, τα MME με 10,2% και το σχολείο με 6,7%.

## 6.4 Εμβολιασμός για τον HPV

### Πρόθεση εμβολιασμού

Η ύπαρξη ιστορικού λοίμωξης από HPV, ο εμβολιασμός και η πρόθεση εμβολιασμού παρουσιάζονται στον πίνακα 3.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 3** Εμβολιασμός για τον HPV - Πρόθεση εμβολιασμού

		N	%
Ιστορικό λοίμωξης HPV	ΝΑΙ	36	35%
	ΟΧΙ	40	38%
	Δεν γνωρίζω	24	23%
HPV εμβολιασμός	ΝΑΙ	10	8,3%
	ΟΧΙ	110	91,7%
Πρόθεση εμβολιασμού κατά του HPV (είτε αφορά εσάς είτε την κόρη σας)	ΝΑΙ	73	60%
	ΟΧΙ	47	31,6%

Σύμφωνα με τον (πίνακα 3) το ποσοστό των γυναικών του δείγματος που μολύνθηκαν από τον ιό του HPV είναι 44%, ενώ το 22% του δείγματος δεν γνωρίζει εάν έχει μολυνθεί. Σε εμβολιασμό κατά του HPV προχώρησε μόνο το 8,3% του δείγματος, ενώ πρόθεση για εμβολιασμό έχει μόνο 31,6% του δείγματος.



## 6.5 Αντιλήψεις και στάσεις για το Παπ-τεστ

Οι αντιλήψεις και οι στάσεις των γυναικών απέναντι στον προληπτικό έλεγχο με τεστ-Παπ παρουσιάζονται στον πίνακα 4.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 4** Αντιλήψεις και στάσεις για το Παπ-τεστ

		N	%
Θεωρείτε απαραίτητο το τεστ-Παπ	ΝΑΙ	110	91,7%
	ΟΧΙ	10	8,3%
Πότε κάνατε πρώτη φορά τεστ-Παπ	Πριν τα 20 έτη	14	11,7%
	21-30 έτη	70	60%
	31-40 έτη	24	20%
	41-50 έτη	4	3,3%
	Ποτέ	8	5%
Συχνότητα εξέτασης Τεστ-Παπ	Κάθε 1-2 χρόνια	74	66,5%
	Κάθε 3-4 χρόνια	28	27,5%
	Από 5 χρόνια και πάνω	8	6%
Αποτελέσματα τεστ-Παπ	Αρνητικό για κακοήθεια	75	63,5%
	Θετικό για κακοήθεια	11	6,5%
	Πιθανή λοίμωξη από HPV(περεταίρω διερεύνηση)	36	30%

Σύμφωνα με τον (πίνακα4) η πλειοψηφία των γυναικών 91,7% θεωρεί το τεστ-Παπ απαραίτητη εξέταση όσον αφορά την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου. Η δεκαετία που συμμετέχει περισσότερο στη συγκεκριμένη εξέταση είναι 21-30 ετών με 60%, έπεται η δεκαετία 31-40 με ποσοστό 20%, ακολουθούν οι γυναίκες κάτω των 20 ετών με 11,7% και η δεκαετία 41-50 με ποσοστό 3%, ενώ το 5% των γυναικών του δείγματος δεν έχουν κάνει ποτέ τεστ-Παπ. Η πλειοψηφία των γυναικών 66,5% δείχνει μία συνέπεια κάνοντας τεστ Παπ κάθε 1-2 χρόνια, ακολουθούν οι γυναίκες που κάνουν τεστ-Παπ κάθε 3-4 χρόνια με ποσοστό 27,5%, ενώ το 6% των γυναικών του δείγματος δείχνει περισσότερη αμέλεια απέναντι στην εξέταση του τεστ-Παπ.

Τα αποτελέσματα αυτής της εξέτασης έδειξαν ότι το 63,5% δεν εμφάνισαν κάποια κακοήθεια η κάτι άλλο, το 6,5% παρουσίασαν κακοήθεια, ενώ το 30% παρουσίασαν πιθανή λοίμωξη από HPV και χρειαζόταν περαιτέρω διερεύνηση με πιο εξειδικευμένες εξετάσεις.

## 6.6 Αντιλήψεις και στάσεις που αφορούν το μαστογραφικό έλεγχο.

Οι πεποιθήσεις και οι στάσεις των γυναικών του δείγματος αναφορικά με τον μαστογραφικό έλεγχο εμφανίζονται στον πίνακα 5.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 5** Αντιλήψεις και στάσεις για τη μαστογραφία

		N	%
Οικογενειακό ιστορικό κακοήθειας μαστού	OXI	104	86,7%
	NAI	16	13,3%
Θεωρείτε απαραίτητη τη μαστογραφία	NAI	108	90%
	OXI	12	10%
Έχετε κάνει μαστογραφία; (αφορά τις γυναίκες άνω των 35 ετών)	NAI	58	70%
	OXI	26	30%
Ηλικία έναρξης μαστογραφικού ελέγχου	Κάτω των 40 ετών	8	19,3%
	41-50	48	77,5%
	51 και άνω	2	3,2%
Συχνότητα μαστογραφικού ελέγχου	Κάθε 1-2 χρόνια	23	45,5%
	3 χρόνια και πάνω	35	54,5%
Αποτελέσματα μαστογραφικού ελέγχου	Αρνητικό για κακοήθεια	36	57%
	Θετικό για κακοήθεια	4	8%
	Καλοήθεις όγκοι προς παρακολούθηση	18%	35%
Ψηλάφηση μαστών	NAI	80	67%
	OXI	40	33%

Σύμφωνα με τον (πίνακα 5), το 13,3% των γυναικών έχει κληρονομικό ιστορικό κακοήθειας του μαστού. Ενώ η πλειοψηφία των γυναικών 90% θεωρούν τη μαστογραφία αναγκαία

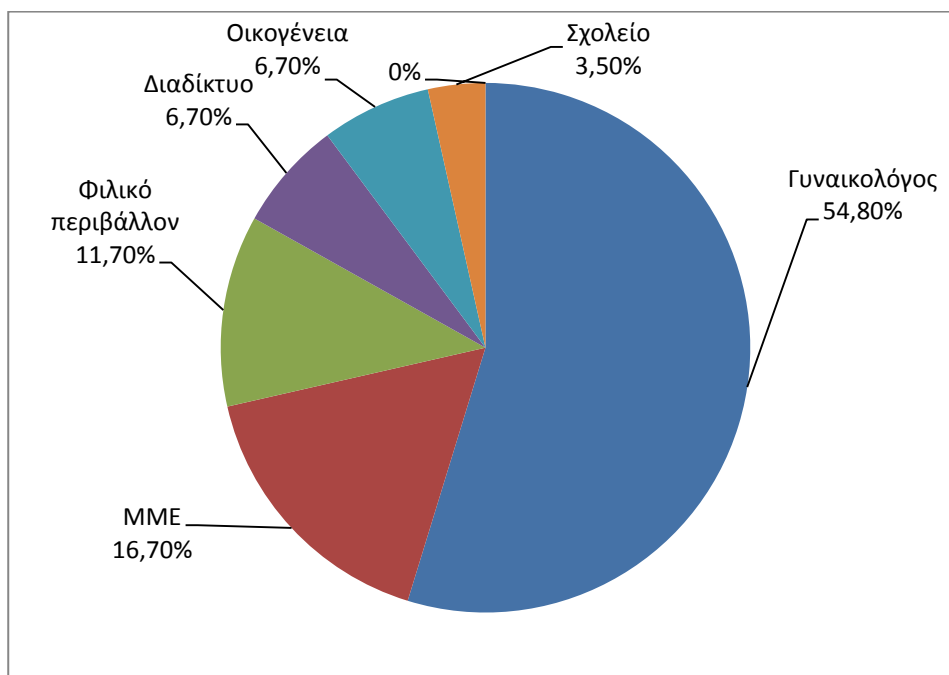
εντούτοις μόνο το 70% κάνει μαστογραφία, και από αυτό το ποσοστό μόνο το 45,5% δείχνει μία συνέπεια στη συχνότητα του μαστογραφικού ελέγχου κάνοντας κάθε 1-2 χρόνια και ακολουθεί το 54,5% των γυναικών που κάνουν έλεγχο από 3 χρόνια και πάνω.

Τα αποτελέσματα του μαστογραφικού ελέγχου για το δείγμα των γυναικών που εξετάστηκαν δείχνει, ότι το 57% δεν είχε κακοήθεια, το 8% εμφάνισε κακοήθεια, ενώ το 35% έδειξε την παρουσία κάποιων καλόηθων όγκων που χρειάζονται παρακολούθηση. Στη συνέχεια φαίνεται ότι αρκετά μεγάλο ποσοστό γυναικών 67% κάνουν ψηλάφηση μαστών, ενώ το 33% δεν έχει κάνει ψηλάφηση μαστών.

## 6.7 Πηγές πληροφόρησης

Οι πηγές πληροφόρησης των γυναικών σχετικά με τον προληπτικό έλεγχο του καρκίνου του τραχήλου και του μαστού παρουσιάζονται στο γράφημα 2.

**ΓΡΑΦΗΜΑ 2** Πηγές πληροφόρησης του προληπτικού γυναικολογικού ελέγχου



Σύμφωνα με το (γράφημα 2), ο γυναικολόγος είναι αυτός που προτιμάται με ποσοστό 54,8% να πληροφορεί για τον προληπτικό γυναικολογικό έλεγχο σε σχέση με τα ΜΜΕ που τα προτιμά το 16,7% των γυναικών. Ακολουθεί κατά σειρά προτίμησης το φιλικό περιβάλλον, με

ποσοστό 11,7%, ενώ συνέχεια στη συνέχεια ισοψηφεί το διαδίκτυο με την οικογένεια με 6,7% και τέλος, το σχολείο με 3,5%.

## 6.8 Φορέας διενέργειας μαστογραφίας και προβλήματα κάλυψης των Ασφαλισμένων

Το είδος της ασφάλισης υγείας των γυναικών καθώς και τα προβλήματα από την κάλυψη του ασφαλιστικού φορέα παρουσιάζονται στον πίνακα 6.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 6 Φορέας διενέργειας μαστογραφίας -προβλήματα κάλυψης των ασφαλισμένων**

		N	%
Ποιο είδος ασφάλισης σας καλύπτει	Δημόσια	88	73,3%
	Ιδιωτική	20	16,7%
	Δεν έχω	12	10%
Σας καλύπτει ο ασφαλιστικός σας φορέας στις προληπτικές σας εξετάσεις	OXI	84	77%
	NAI	36	23%
Αναφέρετε τα προβλήματα που αντιμετωπίζετε από τον ασφαλιστικό σας φορέα	-Μερική ασφαλιστική κάλυψη	60	78,9%
	-Δυσκολία πρόσβασης σε γιατρό	12	15,8%
	-Ελλιπής ενημέρωση για τη διαδικασία συνταγογράφησης	4	5,3%

Σύμφωνα με τον (πίνακα 6), η δημόσια ασφάλεια με ποσοστό 73,3% είναι αυτή που καλύπτει την πλειοψηφία των γυναικών, δεύτερη με ποσοστό 16,7% την ιδιωτική ασφάλεια, ενώ το 10% δεν έχει ασφάλεια. Στην ερώτηση εάν σας καλύπτει ο ασφαλιστικός σας φορέας, η πλειοψηφία των γυναικών (77%), απάντησε ότι δεν τους καλύπτει και το 23% ότι τους καλύπτει. Στη συνέχεια τους ζητήθηκε να αναφέρουν τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν με τον ασφαλιστικό τους φορέα. Το 78,9% θεωρεί ότι δεν καλύπτεται επαρκώς, το 15,8% αντιμετωπίζει προβλήματα πρόσβασης σε ιατρική βοήθεια και το 5,3% θεωρεί ότι υπάρχει ελλιπής ενημέρωση για τη διαδικασία συνταγογράφησης.

## 6.9 Επίδραση οικονομικής κρίσης στον προληπτικό έλεγχο

Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στη συχνότητα και τον τρόπο που επιλέγουν οι γυναίκες να κάνουν προληπτικό γυναικολογικό έλεγχο, παρουσιάζονται στον πίνακα 7.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 7** Επίδραση οικονομικής κρίσης στον προληπτικό έλεγχο

		N	%
Παπ-τεστ κάνετε σε Δημόσιο ή Ιδιωτικό φορέα ;	Δημόσιο	43	45%
	Ιδιωτικό	52	55%
Μαστογραφία κάνετε σε Δημόσιο ή Ιδιωτικό φορέα;	Δημόσιο	25	40%
	Ιδιωτικό	45	60%
Πριν την οικονομική κρίση κάνατε πιο συχνά μαστογραφία;	ΝΑΙ	68	57,7%
	ΟΧΙ	52	42,3%
Θεωρείτε ότι η οικονομική κρίση αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα για τη συχνότητα του προληπτικού γυναικολογικού ελέγχου	ΝΑΙ	94	78,3
	ΟΧΙ	26	21,7

Σύμφωνα με τον (πίνακα 7), η επιλογή του ιδιωτικού φορέα για τον προληπτικό έλεγχο του καρκίνου του τραχήλου προτιμάται από τις περισσότερες γυναίκες, σε ποσοστό 55%, ενώ ο δημόσιος φορέας προληπτικού ελέγχου προτιμάται από το 45% των γυναικών.

Για τη διενέργεια μαστογραφίας ο ιδιωτικός φορέας επιλέγεται από το 60% των γυναικών, ενώ ο δημόσιος φορέας επιλέγεται από το 40%. Ένα μεγάλο ποσοστό γυναικών (57,7%) έκανε προληπτικό γυναικολογικό έλεγχο πριν την οικονομική κρίση, ενώ το 42,3% δεν άλλαξε τις συνήθειές του απέναντι στο προληπτικό έλεγχο. Τέλος, η οικονομική κρίση θεωρείται από την πλειοψηφία των γυναικών (78,3%), ανασταλτικός παράγοντας στην διενέργεια του γυναικολογικού προσυμπτωματικού ελέγχου και μόνο το 21,7% δεν θεωρεί την οικονομική κρίση εμπόδιο.

## 6.10 Αποτελέσματα συσχετίσεων μεταβλητών

Οι μεταβλητές που παρουσίασαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση προκειμένου να εξαχθούν χρήσιμα συμπεράσματα για την παρούσα έρευνα, ήταν οι ακόλουθες:

### 6. 10. 1 Συσχέτιση εθνικότητας με το μορφωτικό επίπεδο και την έναρξη των σεξουαλικών επαφών

**ΠΙΝΑΚΑΣ 8**

Συσχετίσεις	Μορφωτικό επίπεδο	Εναρξη σεξουαλικών επαφών
Εθνικότητα	-0.271	-0.351
<i>P</i>	$P<0.05$	$P<0.01$

Από τη στατιστική ανάλυση του (πίνακα 8), εντοπίστηκε μια σχετικά ασθενής αρνητική (-0,351) συσχέτιση ανάμεσα στην **εθνικότητα** και την **ηλικία έναρξης σεξουαλικών επαφών**, η οποία είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο  $p<0,01$ . Με βάση την κωδικοποίηση η συσχέτιση αυτή καταδεικνύει ότι περισσότερες Ελληνίδες τείνουν να ξεκινούν σεξουαλικές επαφές μετά την ενηλικίωση, από ότι οι γυναίκες άλλων εθνικοτήτων. Επίσης παρατηρήθηκε μια σχετικά ασθενής αρνητική (-0,271) συσχέτιση ανάμεσα στην **εθνικότητα** και το **μορφωτικό επίπεδο**, η οποία είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο  $p<0,05$ . Με βάση την κωδικοποίηση η συσχέτιση αυτή καταδεικνύει ότι οι Ελληνίδες έχουν υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο από τις γυναίκες διαφορετικών εθνικοτήτων.

### 6.10.2 Συσχέτιση μορφωτικού επιπέδου με την οικιστική πυκνότητα, την εθνικότητα, το μηνιαίο εισόδημα και τη συμμετοχή στην πρόληψη

**Πίνακας 9**

Συσχετίσεις	Οικιστική πυκνότητα	Εθνικότητα	Μηνιαίο εισόδημα	Συμμετοχή στη πρόληψη
Μορφωτικό επίπεδο	-0,257	-0.271	+0.316	+0.458
<b>P</b>	P<0.05	P<0.05	P<0.05	P<0.001

Σύμφωνα με τον (πίνακα 9), εντοπίστηκε μία συσχέτιση μέτριας ισχύος θετική (0,458) ανάμεσα στο **μορφωτικό επίπεδο** και τη **συμμετοχή στο προληπτικό έλεγχο**, η οποία είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο  $p<0,001$ . Με βάση την στατιστική ανάλυση η συσχέτιση αυτή καταδεικνύει ότι όσο πιο υψηλό ήταν το μορφωτικό επίπεδο των γυναικών τόσο πιο συχνός ήταν ο προληπτικός έλεγχος.

Επίσης παρατηρήθηκε μια σχετικά ασθενής αρνητική (-0,257) συσχέτιση ανάμεσα στην οικιστική και πληθυσμιακή πυκνότητα του **τόπου κατοικίας** και το **μορφωτικό επίπεδο** των γυναικών, η οποία είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο  $p<0,05$ . Διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες που διέμεναν σε λιγότερο οικιστικά και πληθυσμιακά ανεπτυγμένη περιοχή, είχαν χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο.

Από την στατιστική μας ανάλυση εντοπίστηκε μια σχετικά ασθενής θετική (0,316) συσχέτιση ανάμεσα στο **μορφωτικό επίπεδο** και το **μέσο μηνιαίο εισόδημα** των γυναικών του δείγματος η οποία είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο  $p<0,05$ . Διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο είχαν και υψηλότερο μέσο μηνιαίο εισόδημα.

### 6.10.3 Συσχέτιση αναγκαιότητας μαστογραφίας με το μηνιαίο εισόδημα, την ηλικία έναρξης μαστογραφίας, τη συχνότητα και τη σοβαρότητα ευρημάτων

**ΠΙΝΑΚΑΣ 10**

Συσχετίσεις	Μηνιαίο εισόδημα	Ηλικία πρώτης μαστογραφίας	Συχνότητα προληπτικού ελέγχου	Σοβαρότητα ευρημάτων Παπ- τεστ
Αναγκαιότητα μαστογραφίας	+0.281	-0.405	+0.535	-0.430
<b>P</b>	P<0.05	P<0.01	P<0.001	P=0.0001

Σύμφωνα με τον (πίνακα 10), εντοπίστηκε μια σχετικά ασθενής θετική (0.281) συσχέτιση ανάμεσα στο μέσο **μηνιαίο εισόδημα** και την **πεποίθηση της αναγκαιότητας της μαστογραφίας**, η οποία είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο  $p < 0,05$ . Διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες με υψηλότερο μέσο μηνιαίο εισόδημα θεωρούσαν την μαστογραφία απαραίτητη συχνότερα από ότι αυτές με χαμηλότερο εισόδημα.

Ορισμένες γυναίκες συνδέουν τα αποτελέσματα του τεστ-παπ και της μαστογραφίας, αντίληψη η οποία επιβεβαιώνεται από τη συσχέτιση ανάμεσα στην **σοβαρότητα των ευρημάτων του τελευταίου παπ-τεστ** που πραγματοποίησαν, η οποία ήταν μέτριας ισχύος αρνητική (0.430) και το **αν θεωρούν απαραίτητη τη μαστογραφία**, η οποία είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο  $p = 0,0001$ . Με βάση την στατιστική ανάλυση η συσχέτιση αυτή καταδεικνύει ότι οι γυναίκες που εμφάνισαν σοβαρότερα αρνητικά ευρήματα στο τελευταίο παπ-τεστ που πραγματοποίησαν, έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να θεωρούν απαραίτητη τη μαστογραφία.

Εντοπίστηκε μια μέτριας ισχύος αρνητική (0.405) συσχέτιση ανάμεσα στο **αν και την θεωρούν απαραίτητη τη μαστογραφία, και ηλικία που έκαναν για πρώτη φορά τέτοια εξέταση**, η οποία είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο  $p < 0,01$ . Με βάση τη συσχέτιση αυτή διαπιστώνεται ότι οι γυναίκες που θεωρούν απαραίτητη τη μαστογραφία, είναι πιο πιθανό να έχουν κάνει αυτή την εξέταση σε μικρότερη ηλικία.

#### 6.10.4 Συσχέτιση συχνότητας μαστογραφίας με τη συχνότητα Παπ-τεστ και τη σοβαρότητα των ευρημάτων

**ΠΙΝΑΚΑΣ 11**

<i>Συσχετίσεις</i>	Συχνότητα προληπτικού ελέγχου	Συχνότητα Παπ-τεστ	Σοβαρότητα ευρημάτων μαστογραφίας
Συχνότητα μαστογραφίας	+0.535	+0.403	+0.408
<b>P</b>	P=0.001	P<0.01	P<0.01

Ο (πίνακας 11), δείχνει ακόμα μία φορά πως, η μία εξέταση επηρεάζει την άλλη, εντοπίζοντας μια μέτριας ισχύος θετική (0.403) συσχέτιση ανάμεσα στην **συχνότητα ελέγχου παπ-τεστ** και



τη **συχνότητα μαστογραφικού ελέγχου**, η οποία είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο  $p < 0,01$ . Με βάση τη συσχέτιση αυτή διαπιστώνεται ότι οι γυναίκες που κάνουν συχνότερα Παπ-τεστ είναι πιθανότερο να κάνουν και συχνότερα μαστογραφία.

Επίσης εντοπίστηκε μια μέτριας ισχύος θετική (0.408) συσχέτιση ανάμεσα στη **σοβαρότητα των ευρημάτων** της τελευταίας μαστογραφίας και την **συχνότητα πραγματοποίησης προληπτικού ελέγχου**, η οποία είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο  $p < 0,01$ . Με βάση την ανάλυση της συσχέτισης διαπιστώνεται ότι οι γυναίκες που παρουσιάζουν σοβαρότερα αρνητικά ευρήματα στην τελευταία εξέταση μαστογραφίας, έχουν περισσότερες πιθανότητες να πραγματοποιούν συχνότερα μαστογραφικό έλεγχο

#### 6.10.5 Συσχέτιση σοβαρότητας ευρημάτων τεστ-Παπ με το ιστορικό λοίμωξης από ΣΜΝ και την αναγκαιότητα μαστογραφίας (πίνακας 12)

#### 6.10.6 Συσχέτιση πρώτου τεστ- Παπ με την ηλικία, την αναγκαιότητα τεστ-Παπ και τον εμβολιασμό για HPV ( πίνακας 12)

**ΠΙΝΑΚΑΣ 12**

Συσχετίσεις	Ηλικία	Αναγκαιότητα τεστ-Παπ	Εμβολιασμός για HPV	Ιστορικό λοίμωξης	Αναγκαιότητα μαστογραφίας
Πρώτο τεστ-Παπ	+0.424	+0.345	-0.443		
P	P=0.001	P<0.01	P=0.001		
Σοβαρότητα ευρημάτων τεστ-Παπ				+0.372	-0.430
P				P<0,05	P=0.0001

Σύμφωνα με τον (πίνακα 12), εντοπίστηκε μια σχετικά ασθενούς ισχύος θετική (0.372) συσχέτιση ανάμεσα στο **ιστορικό λοίμωξης από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα** και τη **σοβαρότητα των ευρημάτων του τελευταίου παπ-τεστ** που πραγματοποίησαν, η οποία είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο  $p < 0,05$ . Με βάση τα αποτελέσματα η συσχέτιση αυτή έδειξε ότι οι γυναίκες που είχαν ιστορικό λοίμωξης από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, είναι πιο πιθανό να έχουν σοβαρότερα δυσμενή ευρήματα στο τελευταίο Παπ-τεστ που πραγματοποίησαν.

Από την στατιστική ανάλυση της μελέτης μας εντοπίστηκε μια μέτριας ισχύος αρνητική (0.443) συσχέτιση ανάμεσα στον **εμβολιασμό για HPV** και την **ηλικία που πραγματοποιήθηκε για πρώτη φορά το Παπ-τεστ**, η οποία είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο  $p=0,001$ . Με βάση Τα αποτελέσματα της συσχέτισης δείχνουν ότι οι γυναίκες που έχουν κάνει πρώτη φορά Παπ-τεστ κάτω των 20 ετών είναι πιθανό να έχουν εμβολιαστεί κατά του HPV.

Εντοπίστηκε μια σχετικά ασθενής θετική (0.345) συσχέτιση ανάμεσα στο **αν θεωρούν απαραίτητο το παπ-τεστ** και το **πότε έκαναν για πρώτη φορά**, η οποία είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο  $p<0,01$ . Με βάση την κωδικοποίηση η συσχέτιση αυτή καταδεικνύει ότι οι γυναίκες που θεωρούν απαραίτητο το παπ-τεστ είναι πιθανότερο να έχουν κάνει την πρώτη τους τέτοια εξέταση σε μικρότερη ηλικία.

Εντοπίστηκε μια μέτριας ισχύος θετική (0.408) συσχέτιση ανάμεσα στη **σοβαρότητα των ευρημάτων της τελευταίας μαστογραφίας** και την **συχνότητα** πραγματοποίησης τέτοιων εξετάσεων, η οποία είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο  $p<0,01$ . Με βάση την κωδικοποίηση η συσχέτιση αυτή καταδεικνύει ότι οι γυναίκες που παρουσιάζουν σοβαρότερα αρνητικά ευρήματα στην τελευταία εξέταση μαστογραφίας, έχουν περισσότερες πιθανότητες να πραγματοποιούν συχνότερα μαστογραφικό έλεγχο.

#### 6.10.7 Συσχέτιση συχνότητας προληπτικού ελέγχου, με το ιστορικό κακοήθειας, τη σοβαρότητα των ευρημάτων μαστογραφίας και τον ανασταλτικό ρόλο της κρίσης.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 13**

<i>Συσχετίσεις</i>	Ιστορικό κακοήθειας	Σοβαρότητα ευρημάτων μαστογραφίας	Ανασταλτικός Ρόλος κρίσης	οικιστική πυκνότητα
Συχνότητα προληπτικού ελέγχου	+0.535	+0.408	+0.463	+0,424
<b>P</b>	P<0.001	P<0.01	P<0.001	P=0.001

Σύμφωνα με τον (πίνακα 13), εντοπίστηκε μια μέτριας ισχύος θετική (0.535) συσχέτιση ανάμεσα στο **ιστορικό κακοήθειας μαστού** και τη **συχνότητα** ελέγχου, η οποία είναι

στατιστικά σημαντική σε επίπεδο  $p < 0,001$ . Με βάση τα αποτελέσματα, η συσχέτιση αυτή καταδεικνύει ότι οι γυναίκες με θετικό οικογενειακό ιστορικό κακοήθειας τείνουν να κάνουν νωρίτερα μαστογραφία.

Εντοπίστηκε μια μέτριας ισχύος θετική (0,424) συσχέτιση ανάμεσα στην οικιστική πυκνότητα και τη συχνότητα προληπτικού ελέγχου, η οποία είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο  $p = 0,001$ . Με βάση την κωδικοποίηση η συσχέτιση αυτή καταδεικνύει ότι το ποσοστό των γυναικών που διέμεναν στην πόλη της Κορίνθου συμμετείχε πιο ενεργά στη διενέργεια προληπτικού ελέγχου απ' ό,τι οι γυναίκες άλλων περιοχών.

Η ακόλουθη συσχέτιση, εντόπισε μια μέτριας ισχύος θετική (0.408) συσχέτιση ανάμεσα στη **σοβαρότητα των ευρημάτων της τελευταίας μαστογραφίας και την συχνότητα πραγματοποίησης προληπτικού ελέγχου**, η οποία είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο  $p < 0,01$ . Με βάση την ανάλυση της συσχέτισης διαπιστώνεται ότι οι γυναίκες που παρουσιάζουν σοβαρότερα αρνητικά ευρήματα στην τελευταία εξέταση μαστογραφίας, έχουν περισσότερες πιθανότητες να πραγματοποιούν συχνότερα μαστογραφικό έλεγχο.

Εντοπίστηκε μια μέτριας ισχύος θετική (0.463) συσχέτιση ανάμεσα στο αν **πριν την κρίση έκαναν συχνότερα προληπτικό γυναικολογικό έλεγχο** και το αν θεωρούν πως η **κρίση αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα για την συχνότητα του προληπτικού γυναικολογικού ελέγχου**, η οποία είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο  $p < 0,001$ . Με βάση την κωδικοποίηση η συσχέτιση αυτή καταδεικνύει ότι οι γυναίκες που πριν την κρίση έκαναν συχνότερα προληπτικό γυναικολογικό έλεγχο, έχουν περισσότερες πιθανότητες να θεωρούν πως η κρίση αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα για την συχνότητα του προληπτικού γυναικολογικού ελέγχου.

#### 6.10.8 Συσχέτιση προληπτικού ελέγχου κατά την κρίση, με την αναγκαιότητα μαστογραφίας, την συχνότητα μαστογραφίας και το ιστορικό κακοήθειας μαστού

**Πίνακας 14**

<i>Συσχετίσεις</i>	Αναγκαιότητα μαστογραφίας	Μαστογραφία ανά έτος	Μαστογραφία ανά 2-3 έτη	Ιστορικό κακοήθειας μαστού
Προληπτικός έλεγχος κατά την κρίση	+0.365	+0.535	+0.346	+0.281
<b>P</b>	<b>P&lt;0.01</b>	<b>P=0.001</b>	<b>P=0.001</b>	<b>P&lt;0.05</b>

Σύμφωνα με τον **(πίνακα 14)**, εντοπίστηκε μια σχετικά ασθενούς ισχύος θετική (0,281) συσχέτιση ανάμεσα στο **κληρονομικό ιστορικό κακοήθειας μαστού** και το **αν έκαναν τους ίδιους προληπτικούς γυναικολογικούς ελέγχους πριν και μετά την κρίση**, η οποία είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο  $p < 0,05$ . Η συσχέτιση αυτή καταδεικνύει ότι οι γυναίκες που έχουν κληρονομικό ιστορικό κακοήθειας μαστού, είναι πιθανότερο να έκαναν πιο συχνούς προληπτικούς γυναικολογικούς ελέγχους προ της κρίσης.

Εντοπίστηκε μια σχετικά ασθενής θετική συσχέτιση (0,365) ανάμεσα στην **αναγκαιότητα της μαστογραφίας** και το αν θεωρούν την **οικονομική κρίση ανασταλτικό παράγοντα** στη διενέργεια προληπτικού ελέγχου η οποία είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο ( $p < 0,01$ ). Η συσχέτιση αυτή καταδεικνύει ότι οι γυναίκες που δεν θεωρούν απαραίτητη τη μαστογραφία τείνουν να θεωρούν τη οικονομική κρίση ανασταλτικό παράγοντα για τη διενέργεια προληπτικού ελέγχου.

Εντοπίστηκε μία μέτριας ισχύος θετική συσχέτιση (0,487) ανάμεσα στην **αναγκαιότητα μαστογραφίας** και τη **συχνότητα προληπτικού ελέγχου** η οποία είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο ( $p < 0,001$ ). Η συσχέτιση αυτή καταδεικνύει ότι οι γυναίκες που θεωρούν αναγκαία τη μαστογραφία τείνουν να μειώσουν τη συχνότητα της διενέργειας αυτής της εξέτασης κατά τη κρίση.

Εντοπίστηκε μια μέτριας ισχύος θετική συσχέτιση (0,535) ανάμεσα στη **συχνότητα διενέργειας μαστογραφίας** και τη **συχνότητα προληπτικού ελέγχου προ και μετά της κρίσης**, η οποία είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο (0,001). Η συσχέτιση αυτή καταδεικνύει ότι οι γυναίκες που έκαναν κάθε χρόνο προληπτικό έλεγχο τείνουν να συνεχίζουν να κάνουν και μετά την κρίση, ενώ αυτές που διενεργούσαν προληπτικό έλεγχο κάθε 2-3 χρόνια τείνουν να επηρεάζονται από την οικονομική κρίση μη δείχνοντας την ίδια συνέπεια στον προληπτικό έλεγχο.

## 6.11 Αποτελέσματα ποιοτικών ερωτήσεων

### 6.11.1 Παράγοντες αποχής από τον εμβολιασμό

Στην 21<sup>η</sup> ερώτηση απάντησαν οι γυναίκες που δεν είχαν κάνει το εμβόλιο κατά του HPV ερωτώμενες αν θα το έκαναν οι ίδιες, ή οι κόρες τους, εξηγώντας τους λόγους της άρνησής τους.

*Οι παράγοντες αποχής από τον εμβολιασμό αποδόθηκαν:*

α) σε προσωπικούς παράγοντες β) σε παράγοντες που σχετίζονται με τις υπηρεσίες υγείας.

*Οι προσωπικοί παράγοντες χωρίστηκαν σε δύο υποκατηγορίες:*

**υποκειμενικοί προσωπικοί παράγοντες** (προσωπική στάση και αντίληψη), και **αντικειμενικοί προσωπικοί παράγοντες** (αντικειμενικά αίτια που σχετίζονταν με την προσωπική τους ζωή).

- **Οι υποκειμενικοί προσωπικοί παράγοντες**, εξέφραζαν το φόβο για την ασφάλεια του εμβολίου, δίνοντας απαντήσεις όπως «φοβάμαι τις παρενέργειες του εμβολίου», «θεωρώ ότι δεν έχει δοκιμαστεί αρκετά», και «δεν με έπεισε ότι είναι αποτελεσματικό». Ο φόβος για τις ανεπιθύμητες ενέργειες του εμβολίου ερχόταν πρώτος σε συχνότητα ως απάντηση και μετά ακολουθούσαν οι υπόλοιπες απαντήσεις.
- Οι **αντικειμενικοί προσωπικοί παράγοντες** αποδίδονταν στις τρέχουσες ανάγκες της οικογένειας όπως ( φροντιστήρια παιδιών, λογαριασμοί κλπ ) και στα οικονομικά προβλήματα αυτής λόγω οικονομικής κρίσης. Υπήρξαν απαντήσεις που εστιάζονταν στην έλλειψη ασφάλειας σε συνδυασμό με το κόστος του εμβολίου, όπως, « δεν έχω ασφάλεια, και το συγκεκριμένο εμβόλιο είναι πολύ ακριβό».

*Οι παράγοντες που σχετίζονται με τις υπηρεσίες υγείας αφορούσαν:*

α) στην **ενημέρωση** και β) στην **πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας**.

Ο παράγων **ενημέρωση** συγκέντρωσε τις περισσότερες απαντήσεις. Οι απαντήσεις υποδήλωναν άμεσα και έμμεσα την έλλειψη ενημέρωσης αλλά υπήρχαν και μερικές απαντήσεις με σαφή αναφορά στην ελλιπή ή στρεβλή ενημέρωση, τονίζοντας, ότι «δεν με ενημέρωσε κανένας για τη χρησιμότητα του εμβολίου», ή « ο γιατρός μου είπε ότι δεν χρειάζεται να το κάνω»

Ορισμένες απαντήσεις απέδιδαν την εσφαλμένη αίσθηση ασφάλειας όπως, « δεν νομίζω ότι κινδυνεύω από τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας» ή «δεν ανησυχώ ότι ο HPV θα μου προκαλέσει σίγουρα καρκίνο», ή «δεν το θεώρησα απαραίτητο». Οι απαντήσεις αυτές δήλωναν μια στάση που μεγάλο μέρος της προέκυπτε από προβληματική ή ανύπαρκτη ενημέρωση πάνω στη χρησιμότητα του εμβολιασμού.

Η **δυσκολία στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας**, αφορούσε στον τρόπο συνταγογράφησης του εμβολίου, στην έλλειψη εξειδίκευσης και ενημέρωσης του υγειονομικού προσωπικού, στην απόσταση και στην άγνοια ορισμένων γυναικών της λειτουργίας του συστήματος υγείας. Σύμφωνα με τις απαντήσεις των γυναικών, η δυσκολία στην πρόσβαση εκφραζόταν πιο συχνά με τις δυσκολίες συνταγογράφησης του εμβολίου, και ακολουθούσε η έλλειψη εμπιστοσύνης στο δημόσιο σύστημα υγείας.

Μερικές γυναίκες έδειξαν να μη γνωρίζουν πώς λειτουργεί το σύστημα υγείας, λέγοντας χαρακτηριστικά «πήγα να το γράψω με το βιβλιάριο υγείας και ήθελαν επιπλέον έγγραφα για να πιστοποιήσουν την αναγκαιότητα του εμβολίου», ή «στο νοσοκομείο δεν εξυπηρετούμαι επειδή δεν ξέρω που να απευθυνθώ», ή «πήγα στο κέντρο υγείας και μου είπαν ότι δεν κάνουν αυτό το εμβόλιο».

Είναι προφανές, επίσης, από τις απαντήσεις των γυναικών, η ανάγκη ενημέρωσης από κάποιον επαγγελματία υγείας για τα πλεονεκτήματα και την ασφάλεια του εμβολίου.

Ορισμένες είπαν χαρακτηριστικά ότι, «εάν με διαβεβαίωναν ότι είναι ασφαλές θα το έκανα», και ακόμα διαπιστώθηκε η ανάγκη ενημέρωσης από τα ΜΜΕ, όπως μία μητέρα ανέφερε, «δεν εμφανίστηκε κάποιος υπεύθυνος στην τηλεόραση για να μας μιλήσει για τη χρησιμότητα του εμβολίου στα νέα κορίτσια».

Οι δυσκολίες που δημιουργούνταν από την έλλειψη ασφάλισης και από την άγνοια της λειτουργίας του συστήματος υγείας ήταν άλλοι δύο παράγοντες που αποθάρρυναν τις γυναίκες. Μία γυναίκα είπε πολύ απλά ότι «δεν κάνω το εμβόλιο γιατί δεν έχω ασφάλεια και ούτε χρήματα», μία άλλη επιβεβαίωσε συμπληρώνοντας, «δεν έχω ασφάλεια, και το συγκεκριμένο εμβόλιο είναι πολύ ακριβό», ή «δεν γνωρίζω που να απευθυνθώ για το εμβόλιο», αιτίες οι οποίες από θέση αρχής είναι έξω από την έννοια του προληπτικού ελέγχου.

### 6.11.2 Παράγοντες αποχής από την μαστογραφία

Στη **ποιοτική ερώτηση 28** απάντησαν οι γυναίκες άνω των 40 ετών, που δεν έκαναν μαστογραφία, περιγράφοντας τους λόγους, που τους οδήγησαν σ' αυτή την απόφαση.

Οι απαντήσεις που έδωσαν οι γυναίκες 40-70 ετών στην ερώτηση για ποιο λόγο δεν κάνατε μαστογραφία ομαδοποιήθηκαν, όπως και οι απαντήσεις για το εμβόλιο κατά του HPV ως εξής:

- **προσωπικοί παράγοντες:** α) υποκειμενικοί β) αντικειμενικοί
- **παράγοντες που σχετίζονται με τις υπηρεσίες υγείας** και αφορούν:  
α) ενημέρωση, β) πρόσβαση

#### *Προσωπικοί παράγοντες*

Οι **προσωπικοί παράγοντες** εξέφραζαν τους λόγους μη συμμετοχής στο μαστογραφικό έλεγχο, που οι ίδιες οι γυναίκες απέδιδαν στην προσωπική τους στάση και αντίληψη, ή σε αντικειμενικά αίτια, που σχετίζονταν με την προσωπική τους ζωή.

Χωρίστηκαν σε δύο υποκατηγορίες: **υποκειμενικοί προσωπικοί παράγοντες** και **αντικειμενικοί προσωπικοί παράγοντες**.

Οι **υποκειμενικοί προσωπικοί παράγοντες** εκφράζονταν με απαντήσεις όπως, «*αμέλησα*» «*δεν έδωσα σημασία*», «*φοβάμαι μη μου βρουν κάτι*» και «*ντρέπομαι*» ήταν οι πιο συνήθεις. Η αμέλεια ερχόταν πρώτη σε συχνότητα ως απάντηση, και μετά ακολουθούσαν οι υπόλοιπες.

Στους **αντικειμενικούς προσωπικούς παράγοντες** αναφέρονταν η «*έλλειψη χρόνου λόγω εργασίας*» ή «*άλλες προτεραιότητες μέσα στην οικογένεια*»

#### *Παράγοντες σχετικοί με τις υπηρεσίες υγείας*

Οι **παράγοντες που σχετίζονται με τις υπηρεσίες υγείας** χωρίστηκαν σε 2 υποκατηγορίες, οι οποίες αφορούσαν στην ενημέρωση, και στην πρόσβαση.

Η **ενημέρωση** συγκέντρωσε τις περισσότερες απαντήσεις που εμπειρείχαν από σαφή δήλωση, έως έμμεση αναφορά στην έλλειψη ενημέρωσης. Απαντήσεις όπως, «*δεν με ενημέρωσε κανένας*», ή «*με καθυσήραξε ο γυναικολόγος ότι δε χρειάζεται*», ήταν μερικές από αυτές με σαφή αναφορά στην ελλιπή ή στρεβλή ενημέρωση.

Άλλες απαντήσεις απέδιδαν την εσφαλμένη αίσθηση ασφάλειας όπως «*δε φοβάμαι ότι θα πάθω καρκίνο*», ή «*δεν ανησυχώ*», ή «*δεν το θεώρησα απαραίτητο*». Οι απαντήσεις αυτές δήλωναν μια στάση που μεγάλο μέρος της προέκυπτε από προβληματική ή ανύπαρκτη ενημέρωση πάνω στον καρκίνο του μαστού.

Επίσης, αρκετές γυναίκες αντιλαμβάνονταν τη μαστογραφία ως διαγνωστική μονάχα μέθοδο και καθόλου ως προληπτική, προφανώς γιατί δε γνώριζαν τη δεύτερη χρήση της. Είπαν χαρακτηριστικά «δεν έχω κανένα πρόβλημα», ή «δεν πονάω», ή «δεν ψηλαφούσα κάτι», καθώς επίσης «δεν έχω συμπτώματα».

Η **δυσκολία στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας** αφορά κυρίως την μεγάλη αναμονή για προληπτικές εξετάσεις σε δημόσια κέντρα πρωτοβάθμιας περίθαψης, η οποία είναι απογοητευτική για ορισμένες γυναίκες, με αποτέλεσμα να απέχουν από τον προληπτικό έλεγχο. Επίσης ίσως λόγω της άγνοιας του συστήματος υγείας ή του χαμηλού μορφωτικού επιπέδου δεν γνώριζαν τον τρόπο πρόσβασης στην κατάλληλη υπηρεσία πρόληψης ώστε να αποθαρρύνονται και να μην υποβάλλονται σε προληπτικές εξετάσεις.

Ένας ακόμα λόγος ήταν, η αργοπορία των ραντεβού, η έλλειψη πρόσκλησης-υπενθύμισης από τις υπηρεσίες υγείας, η ασφάλεια, η απόσταση και η άγνοια του συστήματος υγείας. Σύμφωνα με τις απαντήσεις των γυναικών, η δυσκολία στην πρόσβαση εκφραζόταν πιο συχνά με την λίστα αναμονής για τη διενέργεια μαστογραφίας στα Δημόσια Νοσοκομεία. Χαρακτηριστικά ανέφεραν ότι, «στον Ευαγγελισμό μου έκλεισαν ραντεβού σε δύο μήνες», ή «στο κέντρο υγείας της περιοχής μου δεν κάνουν μαστογραφία» ήταν δύο χαρακτηριστικά παράπονα των γυναικών.

Δύο γυναίκες ανέφεραν παραδείγματα ρατσιστικής συμπεριφοράς για προληπτικό έλεγχο που τελικά δεν έγινε, επειδή ήταν υπέρβαρες, λέγοντας ότι «ο γιατρός μου μου είπε ότι δεν ήταν σε θέση να εκτελέσει ένα τεστ Παπανικολάου για μένα, λόγω του μεγέθους μου». Τα παραπάνω εμπόδια, αποθαρρύνουν τις γυναίκες να απευθυνθούν στο δημόσιο τομέα, αλλά και στον ιδιωτικό τομέα λόγω του μεγάλου κόστους της εξέτασης, και κατά συνέπεια δεν έκαναν καθόλου προληπτικό έλεγχο.

Είναι προφανής επίσης, από τις απαντήσεις των γυναικών, η ανάγκη να μεριμνήσει γι' αυτές το σύστημα υγείας, κυρίως με τη μορφή υπενθύμισης- πρόσκλησης από κάποιον επαγγελματία υγείας για τη διενέργεια μαστογραφίας. Είπαν χαρακτηριστικά. «Εάν ερχόταν στο χωριό και με καλούσαν θα πήγαινα», «δεν μου το είπε και ο γιατρός για να πάω».

Οι δυσκολίες που δημιουργούνταν από την ασφάλιση και από την άγνοια της λειτουργίας του συστήματος υγείας ήταν άλλοι δύο παράγοντες που αποθάρρυναν τις γυναίκες. Μία γυναίκα είπε πολύ απλά ότι «δεν κάνω μαστογραφία γιατί δεν έχω χρήματα», αιτία η οποία από θέση αρχής είναι έξω από την έννοια του προληπτικού ελέγχου.

Οι γραφειοκρατικές και άλλες δυσκολίες των ασφαλιστικών ταμείων λειτουργούσαν, επίσης, απαγορευτικά. Σε μια απάντηση ειπώθηκε χαρακτηριστικά «δεν κάνω μαστογραφία γιατί είναι δύσκολο μέσω ΙΚΑ». Μερικές γυναίκες έδειξαν να μη γνωρίζουν πώς λειτουργεί το



σύστημα υγείας λέγοντας «δεν ξέρω το σύστημα υγείας» ή «δεν ξέρω πού να πάω» ενώ κάποιες άλλες αναφέροντας ως πρόβλημα την απόσταση είπαν «αν ήταν κάπου κοντά θα πήγαινα».

Η σχέση με το γιατρό ακολουθούσε σε συχνότητα απαντήσεων. Κάποιες γυναίκες ανέφεραν «άσχημο περιστατικό με γιατρό», το οποίο τις αποθάρρυνε να συνεχίσουν τον προληπτικό έλεγχο, χωρίς να προσδιορίζουν ακριβώς το συμβάν, ενώ μία γυναίκα δήλωσε ότι δεν συνέχισε τον έλεγχο γιατί «πόνεσε την τελευταία φορά που έκανε μαστογραφία».

### 6.11.3 Πεποίθηση επίδρασης οικονομικής κρίσης στη πρόληψη

Στην ερώτηση 40 απάντησαν οι γυναίκες που θεωρούν ότι η οικονομική κρίση αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα για τη συχνότητα του γυναικολογικού προληπτικού ελέγχου, δικαιολογώντας την άποψή τους. Επειδή η απάντηση στην ερώτηση αυτή έχει καθαρά υποκειμενικό χαρακτήρα καταγράφονται οι περισσότερες απόψεις των γυναικών όπως τις περιγράφουν. Υπήρξε μια ομαδοποίηση ανάλογα με το αν είναι ασφαλισμένες ή όχι. Οι περισσότερες γυναίκες είχαν δημόσια ασφάλεια, και ακολουθούσαν όσες ήταν ανασφάλιστες.

**Οι περισσότερες απαντήσεις όσων είχαν δημόσια ασφάλεια** υποδήλωναν την ελλιπή κάλυψη των ασφαλιστικών ταμείων όπως, «δεν υπάρχουν χρήματα για τη συμμετοχή των εξετάσεων», «η ασφάλειά μου δεν καλύπτει τον υπέρηχο μαστών», συμπληρώνοντας ότι, «τα ποσά που πληρώνω για τεστ-παπ, μαστογραφία, και υπέρηχο μαστών, είναι αρκετά υψηλά για έναν χαμηλόμισθο».

Αρκετές γυναίκες είχαν την πεποίθηση ότι θα έπρεπε να υποβάλλονται σε πιο συχνό προληπτικό έλεγχο αλλά όπως χαρακτηριστικά αναφέρουν «λόγω οικονομικών προβλημάτων είναι αδύνατο» ή «δεν έχω χρήματα να κάνω κάθε χρόνο προληπτικές εξετάσεις επειδή το ταμείο μου δεν με καλύπτει πλήρως» και συμπληρώνει, «οικονομική κρίση είναι αυτή τι να κάνουμε». Επίσης πρόβαλλαν ορισμένους αντικειμενικούς λόγους για τη μείωση της συχνότητας του προληπτικού ελέγχου, ιεραρχώντας τις οικογενειακές υποχρεώσεις και εξηγώντας ότι, «υπάρχει μείωση μισθών, και είναι πολλά τα πάγια έξοδα της οικογένειας» ή «καλύπτουμε άλλες οικογενειακές ανάγκες και δεν περισσεύουν πάντα τα χρήματα για τις εξετάσεις σε γυναικολόγο» ή αναφέροντας τις δαπανηρές υποχρεώσεις των παιδιών τους όπως, φροντιστήρια και σπουδές.

Άλλες εστίαστηκαν στα προβλήματα των ασφαλιστικών ταμείων τους λέγοντας ότι, «υπάρχουν ελάχιστοι γιατροί συμβεβλημένοι με το ταμείο μου με αποτέλεσμα η αναμονή να είναι μεγάλη» ή «νομίζω ότι υπάρχουν αρκετά προβλήματα στον ασφαλιστικό τομέα σε ότι έχει σχέση με τις προληπτικές εξετάσεις», ενώ στη συνέχεια πρότειναν και λύσεις όπως, «οι

εξετάσεις θα πρέπει να γίνονται το χρόνο που πρέπει και όχι το χρόνο που σου προτείνει το ταμείο σου» εξηγώντας γιατί πολλές γυναίκες δεν κάνουν προληπτικές εξετάσεις, και συμπληρώνοντας δήλωσαν ότι, «το κράτος θα πρέπει να δώσει προτεραιότητα στην υγεία και την πρόληψη φροντίζοντας το τεστ παπ και η μαστογραφία να είναι δωρεάν».

Υπήρχαν όμως και αυτές που επικεντρώθηκαν στην οικονομική κρίση και τις αρνητικές της διαστάσεις όπως τα οικονομικά προβλήματα λόγω των μειώσεων των μισθών αναφέροντας ότι, «υπάρχουν πολύ λιγότερα χρήματα τα οποία δεν επαρκούν ούτε για τα πάγια έξοδα, πόσο μάλλον για προληπτικές εξετάσεις», καθώς επίσης και τις ψυχολογικές συνέπειες της οικονομικής κρίσης όπως χαρακτηριστικά αναφέρουν ότι, «η αδυναμία να καλύψω βασικές ανάγκες της οικογένειας λόγω έλλειψης χρημάτων μου δημιουργεί ψυχολογικά προβλήματα» συνεχίζοντας, «έχω τόσα προβλήματα που αδιαφορώ για την υγεία μου» ενώ μία άλλη χαριτολογώντας είπε, «μου είναι πιο απαραίτητα τα αντικαταθλιπτικά παρά η πρόληψη».

Σχεδόν όλες **οι ανασφάλιστες γυναίκες** ανέφεραν τα μεγάλα οικονομικά προβλήματα που βιώνουν λόγω οικονομικής κρίσης λέγοντας « δεν υπάρχουν χρήματα για συχνότερο προληπτικό έλεγχο», συμπληρώνοντας «θα ήθελα να κάνω πιο συχνά γυναικολογικό έλεγχο αλλά είναι αδύνατο λόγω οικονομικών προβλημάτων».

Οι περισσότερες ανέφεραν μια σοβαρή συνέπεια της οικονομικής κρίσης όπως η ανεργία λέγοντας, « δεν έχω δουλειά, δεν έχω ασφάλεια, και άρα άλλες ανάγκες μου έχουν προτεραιότητα» ή «ο σύζυγός μου είναι άνεργος και τα χρήματα δεν φτάνουν ούτε για τις βασικές ανάγκες της οικογένειας».

Επίσης δύο γυναίκες ανέφεραν ότι αντιμετώπιζαν ψυχολογικά προβλήματα λέγοντας χαρακτηριστικά, «η έλλειψη εργασίας και χρημάτων μου δημιουργεί τρομερό άγχος αν θα ανταπεξέλθω στις υποχρεώσεις μου, με αποτέλεσμα να αδιαφορώ για την υγεία μου» ή «θα ήθελα να κάνω πιο συχνά προληπτικές εξετάσεις αλλά η κακή ψυχολογία μου δε με βοηθά».

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

### ΣΥΖΗΤΗΣΗ

#### Εισαγωγή

Πρόσφατες μελέτες έδειξαν ότι ο τακτικός προληπτικός γυναικολογικός έλεγχος αποτελεί την «πρώτη γραμμή άμυνας» των γυναικών, απέναντι στους κινδύνους των σοβαρών γυναικολογικών νοσημάτων όπως καρκίνος του τραχήλου και του μαστού (Hubley, 1993). Στα πλαίσια προγραμμάτων πρωτογενούς πρόληψης, ενημερώνει τις γυναίκες, προτείνοντας αφενός τη χρήση του προφυλακτικού, για την προστασία των νέων γυναικών από τα ΣΜΝ και αφετέρου για το εμβόλιο κατά του ιού των ανθρώπινων θηλωμάτων(HPV), αφού είναι γνωστό ότι ο ιός HPV ευθύνεται κυρίως για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας (Renzina, Diclemente, 2005).

Η υπεροχή της πρωτογενούς πρόληψης απέναντι σε κάθε άλλη στρατηγική υγείας είναι αυτονόητη, αλλά υπάρχουν καταστάσεις που η εφαρμογή της είναι δύσκολη ή πρακτικά αδύνατη. Στις καταστάσεις αυτές η δευτερογενής πρόληψη αποκτά προτεραιότητα, ιδίως όταν η αποτελεσματικότητα των κλασικών θεραπευτικών μέτρων είναι περιορισμένη. Ένας τέτοιος έλεγχος έχει βάσιμες πιθανότητες να ανιχνεύσει τη νόσο στα πρώιμα στάδια σε μεγάλο ποσοστό ανθρώπων με προληπτικές εξετάσεις όπως το τεστ-Παπ και η μαστογραφία. Μελέτες στο εξωτερικό έδειξαν ότι η δράση των θεσμικών οργάνων και των επαγγελματιών της υγείας έχουν θετικό αντίκτυπο στις πρακτικές πρόληψης, διάγνωσης και θεραπείας των ασθενειών αυτών (Givon et al, 2009, WHO, 2002).

Σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν αφενός η εφαρμογή δημόσιων πολιτικών για την πρόληψη στον τομέα της υγείας και αφετέρου το ύψος των πόρων που διατίθενται για τέτοιες πολιτικές (Arrossi et al, 2008, Programa Nacional del Cáncer Cérvico-uterino , 2006 , Εθνικό σχέδιο δράσης για τον καρκίνο, 2001-2015). Τά αποτελέσματα της θέσπισης των πολιτικών αυτών έχουν αμφίδρομη δράση, επηρεάζοντας τις κοινωνίες που υιοθετούνται, δεχόμενες ταυτόχρονα και τις επιρροές των κοινωνιών που εφαρμόζονται. Αυτό σημαίνει ότι οι πολιτικές πρόληψης πρέπει να είναι ευέλικτες και να βασίζονται στις ευαίσθητες κοινωνικές δομές για να είναι και πιο αποτελεσματικές (Institute of Medicine, 1996, López, Findling, 2003, Canavan, Doshi, 2010).

Αυτό αποδεικνύεται και από μελέτες του εξωτερικού σε ανεπτυγμένες και σε ανεπτυγμένες χώρες στις οποίες τα μέτρα πρόληψης γυναικολογικών παθήσεων ήταν πιο αποτελεσματικά όταν βασίζονταν στις συνήθειες και τις ανάγκες των γυναικών (Roberts et al,

2007, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, 2004, Viniestra et al, 2010, Loumaku et al, 2005). Στην Ελλάδα υπάρχουν αντίστοιχες μελέτες που καταγράφουν τη στάση, τις αντιλήψεις και τη συμπεριφορά των γυναικών απέναντι στον προληπτικό γυναικολογικό έλεγχο. (Κοκκέβη και συν, 2010, Κούτα, Αθανασοπούλου 2008, Sarafidou, Kordoutis 2000, Kordoutis, Pavlopoulos 2000, Άλμα ζωής, 2013, Sankaranarayanan, et al, 2013).

Μελέτες στο εξωτερικό δείχνουν ότι οι παράγοντες που καθορίζουν τις συμπεριφορές σχετίζονται με τις πεποιθήσεις, τις κοινωνικές επιρροές, το μορφωτικό επίπεδο, τις ατομικές φιλοδοξίες, και τις οικονομικές συνθήκες ζωής της γυναίκας (Sankaranarayanan et al, 2011, Shinetal, 2007, Reynoso-Noveron, et al, 2013, Leong, Petal, 2010, Giraud et al, 2006, Ramos, Pantelides, 1990, Ponce, 2010, Watts et al, 2004, Sankaranarayanan, Esmey, 2011). Δεν υπάρχουν πολλές μελέτες που να αναλύουν εάν και κατά πόσο επηρεάζεται η πρόληψη και ειδικά ο γυναικολογικός προληπτικός έλεγχος από την οικονομική κρίση. Αντιθέτως, υπάρχουν αρκετές μελέτες οι οποίες καταγράφουν την επίπτωση μιάς οικονομικής κρίσης στην υγεία του πληθυσμού.

Η μελέτη μας έχει στόχο τη καταγραφή των αλλαγών ή μη, της συμπεριφοράς των γυναικών, στη συχνότητα του προληπτικού ελέγχου, σε συνθήκες οικονομικής κρίσης. Επικεντρώνεται στην καταγραφή των στάσεων και των αντιλήψεων των γυναικών απέναντι στη πρόληψη των γυναικολογικών νοσημάτων, και οριοθετεί, τους κοινωνικούς, οικονομικούς, και πολιτισμικούς παράγοντες που πιθανώς να είναι υπεύθυνοι για την ασυνέπεια των γυναικών απέναντι στον προληπτικό γυναικολογικό έλεγχο. Τα αποτελέσματά μας συγκρίνονται με εκείνα παρόμοιων μελετών από όλον τον κόσμο, οι οποίες ομολογουμένως είναι πολλές, και εστιάζουν κυρίως στο τρόπο που οι γυναίκες αντιλαμβάνονται τη πρόληψη και την κάνουν πράξη.

## **7.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά των γυναικών**

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά είναι σημαντικά, γιατί μπορεί να επηρεάζουν τη στάση των γυναικών στον προσυμπτωματικό γυναικολογικό έλεγχο, και κατά συνέπεια τον επιπολασμό σοβαρών νοσημάτων στις αντίστοιχες περιοχές. Όπως δείχνει έρευνα στην Αργεντινή (Czeresnia, 2008), η δημογραφική κατανομή του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας ήταν άνιση, καθώς το ποσοστό θνησιμότητας της υποβαθμισμένης επαρχίας Jujuy (15 /100, 000) ήταν σχεδόν τέσσερις φορές μεγαλύτερο από εκείνη της πόλης του Μπουένος Άιρες (4 /100, 000). Αντίστοιχη έρευνα των (Azzopardi et al, 2014), συμφωνεί, ότι η γεωγραφική περιοχή

παίζει καθοριστικό ρόλο για τον προληπτικό γυναικολογικό έλεγχο, αναφέροντας, ότι η έλλειψη των παροχών υγειονομικής περίθαλψης και της δύσκολης μεταφοράς προκειμένου να φτάσουν στα Κέντρα Υγείας, είναι ένα κοινό πρόβλημα, ειδικά στις αγροτικές περιοχές ή για τις γυναίκες ζουν σε προσωρινά καταλύματα.

Συμπληρωματικά προστίθεται και η έρευνα των (Sankaranarayanan et al, 2011), σύμφωνα με την οποία, οι γυναίκες πάνω από την ηλικία των 65 είχαν μειωμένη πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη και τον προληπτικό γυναικολογικό έλεγχο. Ειδικά σε αγροτικές περιοχές, πολλές γυναίκες, όταν εμφανίζουν κάποια ανησυχητικά συμπτώματα, συμβουλευονται πρώτα παραδοσιακούς θεραπευτές, χάνοντας έτσι πολύτιμο χρόνο για έγκαιρη διάγνωση και ως εκ τούτου η θνησιμότητα σ' αυτές τις κατηγορίες είναι αυξημένη.

Από τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος προκύπτει, ότι το 60% γυναικών διαμένει στη πόλη της Κορίνθου, το 25% σε αγροτικές περιοχές και το 15% σε ημιαστικές. Αυτή η διαστρωμάτωση έδειξε να έχει σχέση με την στάση των γυναικών απέναντι στον προληπτικό έλεγχο αφού οι γυναίκες που διαμένουν στην πόλη είναι πιο συνεπείς στον προληπτικό έλεγχο. Από τη στατιστική ανάλυση του δείγματος της δικής μας μελέτης, διαπιστώθηκε επίσης, ότι οι γυναίκες που διέμεναν σε λιγότερο οικιστικά και πληθυσμιακά ανεπτυγμένη περιοχή είχαν χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο και προέβαιναν με μικρότερη συχνότητα στον προληπτικό έλεγχο.

## **7.2 Κοινωνικά και προσωπικά χαρακτηριστικά**

### **7.2.1 Μορφωτικό επίπεδο**

Όπως φαίνεται από τα αποτελέσματα του δείγματος, οι περισσότερες γυναίκες έχουν μέση μόρφωση σε ποσοστό 38,3%, ενώ ακολουθούν οι γυναίκες που έχουν ανώτερη μόρφωση σε ποσοστό 34%. Έρευνες έχουν δείξει ότι το επίπεδο εκπαίδευσης είναι καθοριστικός παράγοντας του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, με δεύτερο σημαντικό παράγοντα την κοινωνικοοικονομική θέση, και τα άτομα με χαμηλή εκπαίδευση εμφανίζουν χειρότερους δείκτες υγείας από εκείνα που έχουν υψηλότερη εκπαίδευση ( Shin et al, 2010, Reynoso-Noveron, Alejandro Mohar-Betancour, 2013 ).

Προς αυτή την κατεύθυνση συνηγορεί και η συσχέτιση με βάση την στατιστική ανάλυση της μελέτης μας, όπου καταδεικνύει ότι όσο πιο υψηλό ήταν το μορφωτικό επίπεδο των γυναικών, τόσο πιο συχνός ήταν ο προληπτικός έλεγχος. Αυτό συνάδει και με έρευνα των ( Huisman, et al 2005 ), στη Δυτική Ευρώπη, σύμφωνα με την οποία οι γυναίκες με χαμηλό

μορφωτικό επίπεδο είχαν μικρή συμμετοχή στον προσυμπτωματικό έλεγχο, ενώ οι γυναίκες με υψηλό μορφωτικό επίπεδο είχαν αυξημένη συμμετοχή σ' αυτόν. Ανάλογες έρευνες καταδεικνύουν, ότι οι γυναίκες που είχαν χαμηλότερα επίπεδα εκπαίδευσης, είχαν μειωμένη πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη και τον προληπτικό γυναικολογικό έλεγχο, και ως εκ τούτου η θνησιμότητα σ' αυτές τις κατηγορίες ήταν αυξημένη, (Sankaranarayanan et al, 2011, Shin et al, 2007, Reynoso et al, 2013).

Ενδεικτική μελέτη στην αυτόνομη πόλη του Μπουένος Άιρες (Viniestra et al, 2010) έδειξε, ότι τα ποσοστά εμφάνισης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας σε υποβαθμισμένες περιοχές ήταν 9,2% ανά 100 000 γυναίκες, και σε πιο αναβαθμισμένες περιοχές 5,8%. Από τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής διαπιστώνεται ότι υπάρχει μια άνιση κατανομή του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών στρωμάτων. Διαπιστώθηκε επίσης μια δυσανάλογη εμφάνιση του καρκίνου του τραχήλου σε λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες, πιθανώς λόγω των αντιλήψεων και του χαμηλού μορφωτικού επιπέδου, που αναγκάζουν σ' ένα συγκεκριμένο τρόπο ζωής τις γυναίκες αυτών των χωρών ( Sankaranarayanan et al, 2013). Ειδικά ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας θεωρείται ασθένεια των ανήθικων γυναικών δημιουργώντας έτσι ένα πολύ μεγάλο εμπόδιο για την έγκαιρη πρόληψη και θεραπεία του καρκίνου (Amy et al, 2005).

### **7.2.3 Οικονομική κατάσταση - Μηνιαίο εισόδημα**

Έρευνες που έγιναν σε λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες στην Ασία, την Αφρική και Λατινική Αμερική, καταλήγουν στο ίδιο συμπέρασμα, ότι οι οικονομικά μειονεκτούσες και άνεργες γυναίκες, βρίσκονται σε υψηλότερο κίνδυνο, αφού δεν θεωρούν τον γυναικολογικό προληπτικό έλεγχο προτεραιότητά τους (Ramos , Pantelides, 1990 , Sankaranarayanan et al , 2010 ) . Επιπλέον η έλλειψη οικονομικών πόρων συχνά αναγκάζει πολλές γυναίκες με αρχόμενο καρκίνο να εμπλακούν σε μια περιπέτεια ανέξοδη με εναλλακτικά φάρμακα, σε αναζήτηση της θεραπείας και της ανακούφισης (Reynoso-Noveron, Alejandro Mohar-Betancour, 2013).

Τα αποτελέσματα της έρευνάς μας δείχνουν ότι το 62% των γυναικών έχουν μηνιαίο εισόδημα κάτω των 1000 €. Ανάλογες μελέτες από τη Λατινική Αμερική, (González et al, 2007, Haydon et al, 2011), δείχνουν ότι το 70- 75% των γυναικών με οικονομικό πρόβλημα και έλλειψη ασφάλισης υγείας δεν συμμετέχουν στον προσυμπτωματικό έλεγχο. Ακόμα και όταν ο προληπτικός έλεγχος παρέχεται δωρεάν, οι γυναίκες ανησυχούν για τις πιθανές δαπάνες για τη

θεραπεία και φάρμακα, αλλά επίσης και έμμεσες δαπάνες, όπως τα έξοδα ταξιδιού για να επισκεφθούν τους παρόχους της υγειονομικής περίθαλψης, η απώλεια του ημερήσιου μισθού, ή χαμένο χρόνο για άλλες προτεραιότητες ζωής

Σε αγροτικές περιοχές χωρών χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος, η έλλειψη ενημέρωσης κρατά τις ασθενείς οικονομικά γυναικές μακριά από την έγκαιρη ενημέρωση και διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και του μαστού, ενώ οι γυναίκες με καλή οικονομική κατάσταση, προβαίνουν συχνότερα σε προληπτικό έλεγχο. (Ngugi et al, 2012). Ανάλογη συσχέτιση προέκυψε και κατά την ανάλυση της μελέτης μας, όπου γυναίκες με υψηλότερο μέσο μηνιαίο εισόδημα υποβάλλονταν σε μαστογραφία συχνότερα από ότι αυτές με χαμηλότερο εισόδημα.

#### **7.2.4 Ηλικία έναρξης σεξουαλικής ζωής**

Τα αποτελέσματα της έρευνάς μας έδειξαν μη αναμενόμενες απαντήσεις, με το 63,3% των γυναικών να έχει ξεκινήσει τη σεξουαλική δραστηριότητα μετά τα 18 έτη, ενώ το 36,7 πριν τα 18 έτη. Στην Ευρώπη το 25% των εφήβων ηλικίας 15 ετών είναι σεξουαλικά ενεργοί, ενώ στην Αμερική αυτό το ποσοστό κυμαίνεται στο 50. Σε αντίστοιχη μελέτη στις Ηνωμένες Πολιτείες των (Haydon et al, 2011), έδειξε, ότι το 50% των ερωτηθέντων είχαν έναρξη σεξουαλικής ζωής στα 16 χρόνια τους.

Επίσης παρόμοια μελέτη των (Herring et al, 2012), στο Ηνωμένο βασίλειο αποδεικνύει, ότι το 40% των γυναικών ξεκινούν τη σεξουαλική δραστηριότητα στα 15 έτη με το ποσοστό του 70% των ερωτηθέντων να έχει ξεκινήσει πριν τα 18 έτη. Η έρευνα των (Kocsevi et al, 2010), αναφέρει ότι, κατά μέσο όρο σε Ευρώπη και Β. Αμερική, περίπου 1 στους 4 εφήβους ηλικίας 15 ετών αναφέρει ότι είναι σεξουαλικά ενεργός, ενώ η έρευνα των (Santenelli et al, 2004), δείχνει, ότι τα υψηλότερα ποσοστά των σεξουαλικά ενεργών 15χρονων μαθητών καταγράφονται στη Γροιλανδία, τη Δανία και την Ουαλία, ενώ τα χαμηλότερα στη Σλοβακία, την Πολωνία.

Είναι προφανές ότι οι μελέτες που αφορούν χώρες της Αμερικής ή της Σκανδιναβίας διαφοροποιούνται από τις άλλες χώρες, πιθανόν λόγω μιας πιο χαλαρής αντίληψης και στάσης που διέπει τις χώρες αυτές απέναντι στη σεξουαλική συμπεριφορά των νέων. Οι (Fahs & Swank, 2011), υποστηρίζουν, ότι οι κοινωνικές αξίες, τα θρησκευτικά πιστεύω, το οικογενειακό περιβάλλον και οι παρέες των νέων διαδραματίζουν καίριο ρόλο στη διαμόρφωση των στάσεων και αντιλήψεων, που αφορούν την έναρξη της σεξουαλικής ζωής.

Πιθανώς παρόμοια κοινωνικά χαρακτηριστικά να δικαιολογούν την απόκλιση των αποτελεσμάτων στην δική μας μελέτη.

Η εστίαση του ενδιαφέροντος για την ηλικία έναρξης της σεξουαλικής ζωής θεωρήσαμε ότι αποτελεί σημαντικό στοιχείο για τον επιπολασμό της HPV λοίμωξης. Αυτή η άποψη επιβεβαιώνεται και από ανάλογη έρευνα της ( Ratanasiripong, 2014 ), η οποία συνδέει την ηλικία έναρξης σεξουαλικών επαφών, και την εφαρμογή του μαζικού εμβολιασμού για τον HPV σε εθνικό επίπεδο, παρέχοντας χρήσιμα συμπεράσματα για τον ανά ηλικία επιπολασμό της HPV λοίμωξης, προκειμένου να σχεδιαστούν οι στρατηγικές εμβολιασμού και η αποδοχή του εμβολιασμού από τον πληθυσμό στόχο.

### **7.3 Πηγές πληροφόρησης για την πρώτη σεξουαλική επαφή και τα ΣΜΝ**

Από την μελέτη μας διαπιστώθηκε, ότι το φιλικό περιβάλλον αποτελεί την πρώτη πηγή ενημέρωσης, για ότι αφορά τη πρώτη σεξουαλική επαφή και τα ΣΜΝ με ποσοστό 46,8%. Ακολουθεί η οικογένεια με εξίσου σπουδαία συμμετοχή πληροφόρησης, το διαδίκτυο με 12%, τα (ΜΜΕ) με 10,2% και το σχολείο με 6,7%.

Η επιλογή του φιλικού περιβάλλοντος για την πρώτη σεξουαλική ενημέρωση, θεωρήθηκε ιδιαίτερα υψηλό και μη αναμενόμενο ποσοστό, αν αναλογιστεί κανείς, πως εδώ και αρκετά χρόνια μετά την εμφάνιση των πρώτων κρουσμάτων του AIDS, υπάρχει μία μεγάλη κινητικότητα με κρατικά προγράμματα για ενημέρωση των νέων και από τα ΜΜΕ και από το σχολείο. Πιθανόν τα προγράμματα ενημέρωσης από τα ΜΜΕ γύρω από τη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση, να μην έχουν τη δέουσα απήχηση στην εφηβική ηλικία. Ίσως χρειάζεται, να προσαρμοστούν στις συνήθειες των εφήβων, προκειμένου να είναι πιο αποτελεσματικά, μειώνοντας την πιθανότητα μιας παραπονημένης και άρα επικίνδυνης γνώσης που ενδεχομένως να μεταφέρει το φιλικό περιβάλλον (Τούντας, 2008).

Σύμφωνα με τη μελέτη μας, η οικογένεια κατατάσσεται δεύτερη πηγή πληροφόρησης, με ποσοστό 27%, συμφωνώντας εν μέρει με την έρευνα των (Whitaker-Miller, 2010 ), για τον καταλυτικό ρόλο της οικογένειας στην πληροφόρηση για το σεξ, συμπεραίνοντας ότι η έλλειψη επικοινωνίας μπορεί να προκαλέσει τους εφήβους να στραφούν σε συμμαθητές τους και μπορεί στη συνέχεια να επηρεάσει τη συμπεριφορά τους αρνητικά κάνοντας επικίνδυνες επιλογές για τη ζωή τους. Τα αποτελεσμάτά μας συμφωνούν με τα αποτελέσματα των (Ματζιου και συν2009) όπου, το ( 39,1 % ) ενημερώθηκε από το φιλικό περιβάλλον, το (24,0 %) από τους γονείς, ενώ το (14,3 %) από το σχολείο. Οι προτιμώμενες πηγές πληροφοριών, σύμφωνα



με τις αντιλήψεις των μαθητών, ήταν οι ειδικοί στη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση (65,6 %), ακολουθούσε το σχολείο (39,1 %) , γονείς ( 32,2 %) και οι φίλοι ( 27,7 %).

Παρόμοια εργασία των( López-Cerero, 2011 ), στο Πουέρτο-ΡΙκό δείχνει, ότι οι πηγές πληροφόρησης ήταν, το κολέγιο ( 73,4 % ) , το γυμνάσιο ( 59,8 % ) , οι φίλοι ( 28,1 % ) , ΜΜΕ (21,6%) και η οικογένεια (15,4%).

Την επιθυμία των νέων για ενημέρωση από ειδικούς επιβεβαιώνουν και αρκετές έρευνες σε Λατινική Αμερική, και Βαλκανικές χώρες(Aspy et al, 2006, Ansink et al, 2008, Shulman et al, 2010) οι οποίες καταδεικνύουν, ότι η έλλειψη ενημέρωσης από ειδικούς εκπροσώπους κρατικών φορέων, για θέματα που αφορούν την πρώτη φορά στην ερωτική επαφή και τα ΣΜΔ, αποτελεί βασικό εμπόδιο στην ομαλή εξέλιξη της σεξουαλικής ζωής των γυναικών. Πολλές απ' αυτές τις γυναίκες δεν γνώριζαν ούτε τι είναι ο ιός των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV). Σε έρευνα των (Sydsjö et al, 2006), που έλαβε χώρα στη Σουηδία διαπιστώνεται ότι ενώ το 63,4 % των γυναικών γνώριζε για την ωορρηξία και για κάποια ΣΜΝ, αλλά η γνώση άλλων ΣΜΝ, όπως τα κονδυλώματα, και ο HPV ήταν φτωχότερη (16,5 %).

#### **7.4 Στάσεις των γυναικών απέναντι στη χρησιμοποίηση προφυλακτικού**

Στην ερώτηση εάν χρησιμοποιούν προφυλακτικό, είναι ανησυχητική η διαπίστωση ότι σχεδόν το 50% του δείγματος της έρευνας δεν χρησιμοποιεί προφυλακτικό ιδίως στις ηλικίες από 20-30. Παρόλο που τα τελευταία χρόνια υπάρχει μία κινητοποίηση των κρατικών και μη κρατικών οργανώσεων προκειμένου να ενημερώσουν για τη χρησιμότητα του προφυλακτικού, και τον τρόπο προφυλάξης, εντούτοις διαπιστώνεται ότι δεν υιοθετείται από μεγάλο ποσοστό γυναικών (Sydsjö et al, 2006, Sonnenberg et al, 2013).

Παρόμοιες έρευνες (Λουμάκου και συν, 2005, Κοκκέβη και συν, 2010, Κούτα, Αθανασοπούλου 2008, Sarafidou, Kordoutis 2000), δείχνουν ότι σε πολλές περιπτώσεις, η συντονισμένη προώθηση του προϊόντος, έχει καταφέρει να καταστήσει κανονικό και συνηθισμένο εμπορικό προϊόν το προφυλακτικό, μειώνοντας τις αναστολές και αυξάνοντας τις πωλήσεις του. Εντούτοις είναι ελάχιστες οι φορές που έχουν επιτύχει να τροποποιήσουν συμπεριφορές και αυτές μόνο βραχυπρόθεσμα προς την επιθυμητή κατεύθυνση. Η έρευνα της (Κοκκέβη και συν, 2010), δείχνει ότι στις πρώτες θέσεις μεταξύ των χωρών της Ευρώπης όσον αφορά τη χρήση προφυλακτικού είναι οι 15χρονοι της Εσθονίας, του Λουξεμβούργου και της Ελλάδας, ενώ στις τελευταίες θέσεις με τα χαμηλότερα ποσοστά χρήσης προφυλακτικού εκείνους της Σουηδίας, της Ισλανδίας και της Νορβηγίας.

Το αποτέλεσμα αυτό αποτελεί θέμα προς διερεύνηση, αφού οι περισσότερες έρευνες (Ansink et al, 2008, Shulman, 2010, Sydsjö et al, 2006, McFarland et al, 2003) καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι, ένα πολύ μεγάλο ποσοστό νέων ηλικίας 18-23 ετών δεν κάνουν υπεύθυνη χρήση του προφυλακτικού. Εν τούτοις η έρευνα της (Κοκκέβη και συν, 2010), δείχνει ότι υπάρχει μια τάση των νέων κάτω των 18 ετών να χρησιμοποιούν περισσότερο το προφυλακτικό ίσως λόγω της μεγαλύτερης ευαισθητοποίησης των γονέων αυτών των παιδιών. Τέλος μία μελέτη σε πανεπιστήμιο της Αμερικής (Winer, et al, 2006) μεταξύ των σεξουαλικά ενεργών γυναικών στο κολλέγιο, έδειξε μείωση κατά 70% σε HPV λοίμωξης όταν με τους συντρόφους τους χρησιμοποίησαν προφυλακτικό με συνέπεια και υπευθυνότητα.

### **7.5 Ιστορικό λοίμωξης από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα**

Διαπιστώθηκε ότι το 65% των γυναικών του δείγματος εκδήλωσε κάποια λοίμωξη, οφειλόμενη σε σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα. Τα αποτελέσματα ανάλογης μελέτης των (Hatori et al 2013), στο Τόκιο δείχνουν, ότι ο συνολικός επιπολασμός των θετικών αποτελεσμάτων για τα ΣΜΝ εκτός HIV και HPV, ήταν (35,7 % για τις γυναίκες). Μελέτη των (Sonnenberg et al 2013), στην Ουαλλία έδειξε ότι, μεταξύ των σεξουαλικά ενεργών γυναικών 16-24 ετών, το 54,2% ανέφερε, ότι νόσησε από κάποιο ΣΜΝ και στο 17,5 % των γυναικών ανιχνεύτηκαν τύποι HPV υψηλού κινδύνου, ενώ δήλωσαν ότι είχαν παράλληλα πάνω από ένα σεξουαλικούς συντρόφους.

Σε άλλη έρευνα των (Tebbs et al, 2013), η νόσηση από κάποιο ΣΜΝ, θεωρείται και ο κύριος λόγος μη αναστρέψιμης υπογονιμότητας μεταξύ των γυναικών, ενώ στις αναπτυσσόμενες χώρες αποτελούν μία από τις πέντε συχνότερες αιτίες για τις οποίες οι έφηβοι προσέρχονται στον ιατρό. Υπολογίζεται μάλιστα πως 1 στους 4 σεξουαλικά ενεργείς εφήβους παγκοσμίως έχει μολυνθεί από κάποιο ΣΜΝ, ενώ περίπου 60% των νέων περιστατικών λοιμώξεων και 50% των ασθενών με HIV σε όλο τον κόσμο, ανήκουν σε αυτήν την πληθυσμιακή ομάδα.

### **7.6 Λοίμωξη από HPV**

Από την έρευνά μας διαπιστώθηκε, ότι ένα μεγάλο ποσοστό του δείγματος 35%, έχει μολυνθεί από τον ιό του HPV, ενώ το 23% των γυναικών δεν γνωρίζουν εάν έχουν μολυνθεί. Αντίστοιχες έρευνες (VanRanst et al, 1996, Watkins et al, 2002), δείχνουν ότι ο καρκίνος του τραχήλου της

μήτρας σχετίζεται με τη σεξουαλική δραστηριότητα και συμπεριφορά του ατόμου. Αυτό σημαίνει ότι όσο πιο έντονη σεξουαλική ζωή έχει μια γυναίκα και μάλιστα με περισσότερους από ένα συντρόφους, τόσο αυξάνει ο κίνδυνος η γυναίκα αυτή να νοσήσει από καρκίνο του τραχήλου. Το συμπέρασμα αυτό επιβεβαιώνεται και από το αποτέλεσμα ανάλογης συσχέτισης της μελέτης μας, που έδειξε ότι, οι γυναίκες που είχαν ιστορικό λοίμωξης από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, είναι πιο πιθανό να έχουν σοβαρότερα δυσμενή ευρήματα στο τελευταίο παπ-τεστ που πραγματοποίησαν.

Σύμφωνα με έρευνα των (Revzina, Diclemente, 2005), στις Ηνωμένες Πολιτείες, εκτιμάται ότι περίπου 6,2 εκατομμύρια νέες μολύνσεις από τον ιό HPV γίνονται κάθε χρόνο μεταξύ των ατόμων ηλικίας 14-44 ετών. Από αυτούς, το 74 % συμβαίνουν μεταξύ των ατόμων ηλικίας 15-24 ετών ενώ εκτιμήσεις δείχνουν ότι πάνω από το 80 % των σεξουαλικά ενεργών γυναικών θα έχουν αποκτήσει HPV των γεννητικών οργάνων μέχρι την ηλικία των 50 ετών. Ανάλογη μελέτη των (Datta, et al 2005), θεωρεί ότι η επικράτηση του HPV ήταν υψηλότερη μεταξύ των σεξουαλικά ενεργών γυναικών ηλικίας κάτω των 25 ετών και μειώνεται με την αύξηση της ηλικίας.

Δεδομένα από πολυκεντρικές κλινικές μελέτες βασισμένες στις σεξουαλικά ενεργείς γυναίκες στις Ηνωμένες Πολιτείες ανέφεραν ότι η επικράτηση του HPV, ήταν υψηλότερη μεταξύ των ατόμων ηλικίας 14 έως 19 ετών (Ley, et al, 1991, Peyton, et al, 2001, Burk, et al, 1996, Wheeler et al, 1993). Συμπληρωματικά αναφέρεται ότι με τις συνήθεις εξετάσεις ανίχνευσης του ιού δεν πιστοποιούνται όλες οι περιπτώσεις λοίμωξης από τον ιό. Κάποιες κατ' αρχάς «υγιείς γυναίκες» αποδεικνύονται φορείς του ιού με πιο εξειδικευμένες και με μεγαλύτερο κόστος εξετάσεις. Ως εκ τούτου είναι πολύ πιθανόν, και λόγω αποχής από το τεστ-Παπ και λόγω των ακριβών και εξειδικευμένων εξετάσεων για την περαιτέρω ανίχνευση του τύπου του ιού, το ποσοστό εκείνων των γυναικών που δηλώνουν ότι δεν γνωρίζουν εάν είναι φορείς του ιού, να έχουν μολυνθεί και να μην το γνωρίζουν (Peyton, et al, 2001).

## **7.7 Στάσεις και αντιλήψεις των γυναικών στον εμβλιασμό για τον HPV**

Από τις απαντήσεις του δείγματος φαίνεται ότι μόνο το 8,3% των γυναικών έχει κάνει το εμβόλιο για τον HPV, και το 91,7% των γυναικών απέχει από τον εμβολιασμό. Επιπλέον μας προβληματίζει το γεγονός, ότι το 31,6% των γυναικών έχει πολλές επιφυλάξεις για το εμβόλιο, οι οποίες και αναλύονται στα αποτελέσματα της ποιοτικής μελέτης σελ (108-113). Αν και η εθνική επιτροπή εμβολιασμών ενέταξε τα δύο εμβόλια κατά του HPV, στο εθνικό πρόγραμμα

εμβολιασμών από την 2-1- 2008 , φαίνεται πως υπάρχουν ακόμα αρκετές επιφυλάξεις ως προς την αποδοχή του εμβολίου σε μεγάλη μερίδα γυναικών (Moscicki, 2008).

Μελέτη που εκπονήθηκε για τον Ομίλο Εθελοντών κατά του (Καρκίνου-ΑγκαλιάΖΩ, 2013), στις έξι μεγαλύτερες πόλεις της Ελλάδος έδειξε ότι: Το 90,18% γνωρίζει ότι ο εμβολιασμός είναι το σημαντικότερο μέτρο πρόληψης κατά του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, το 13,9% έχει εμβολιαστεί, το 11,55% είναι διατεθειμένο να προχωρήσει στον εμβολιασμό, και το 62,71% δεν έχει εμβολιαστεί. Εκ των αποτελεσμάτων φαίνεται ότι στις μεγάλες πόλεις της Ελλάδος, βρήκε μεγαλύτερη αποδοχή το εμβόλιο, απ' ότι στις μικρότερες όπως η Κορινθος, ίσως λόγω, κοινωνικών ή δημογραφικών συνθηκών, και της ευρύτερης και πιο οργανωμένης ενημέρωσης των γυναικών που πιθανώς γίνεται στις μεγάλες πόλεις. Παρόμοια έρευνα στη Χιλή (Urrutia et al, 2012), δείχνει έλλειψη ενημέρωσης, αφού το ένα πέμπτο των ερωτηθέντων μαθητών δεν ήξερε ότι υπήρχε ένα εμβόλιο κατά του HPV

Παρά τις πεποιθήσεις των γυναικών για τη σπουδαιότητα του εμβολίου, και τις εγχώριες και παγκόσμιες διαβεβαιώσεις σημαντικών οργανισμών υγείας όπως, (American Academy of Family Physicians, IQWiG,WHO), το εμβόλιο κατά του HPV δεν έχει κερδίσει την εμπιστοσύνη μεγάλου ποσοστού των Ελληνίδων, σε αντίθεση με χώρες όπως η Αυστραλία, ο Καναδάς, και η Αμερική όπου η αποδοχή είναι μεγαλύτερη (Γερμανικό Ινστιτούτο, 2008). Μάλιστα αντίστοιχη έρευνα των (Elmor et al, 2005), στις Ηνωμένες Πολιτείες δείχνει, ότι έχει ενταχθεί το εμβόλιο στα κρατικά προγράμματα πρόληψης, ως προϋπόθεση της φοίτησης στο σχολείο. Μολονότι έχει υποστηριχθεί ότι, η εντολή του εμβολίου HPV είναι ηθική και δικαιολογείται για λόγους δημόσιας υγείας, ορισμένοι αναλυτές υποστήριξαν, ότι ο υποχρεωτικός εμβολιασμός για τον HPV στις Ηνωμένες Πολιτείες, ήταν πρόωρη απόφαση.

Η αποδοχή του εμβολίου στην Ιταλία, φαίνεται στα αποτελέσματα μιας μελέτης (Giambi et al, 2007), ανάμεσα σε Ιταλίδες γυναίκες 18-26 ετών όπου ήταν σημαντικά υψηλότερη η συμμετοχή για τους κατοίκους της βόρειας και κεντρικής Ιταλίας 65%, σε σύγκριση με τις γυναίκες της νότιας Ιταλίας 34%. Επίσης το εμβόλιο δεν βρήκε ιδιαίτερη αποδοχή στις φοιτήτριες, 32%. αποδεικνύοντας ότι η επίτευξη υψηλών ποσοστών κάλυψης είναι δύσκολη σε ηλικιακές ομάδες, άνω των 20 ετών, όταν δηλ έχουν ξεκινήσει τη σεξουαλική τους ζωή.

Αυτό επιβεβαιώνεται και από τα αποτελέσματα της συσχέτισης της μελέτης, σύμφωνα με τα οποία, οι γυναίκες που έχουν κάνει πρώτη φορά Παπ-τεστ κάτω των 20 ετών είναι πιθανό να έχουν εμβολιαστεί κατά του HPV. Το αποτέλεσμα αυτής της συσχέτισης ίσως δείχνει την ευαισθητοποίηση αυτών των γυναικών σε νεαρή ηλικία και πολύ πιθανόν την ευαισθητοποίηση των μητέρων τους..

## **7.8 Κληρονομικό ιστορικό κακοήθειας μαστού.**

Όσον αφορά το κληρονομικό ιστορικό κακοήθειας στο μαστό τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι, από το 13% των γυναικών που είχε θετικό οικογενειακό ιστορικό, το 10% παρουσίασε κάποια κακοήθεια, ενώ με βάση τα αποτελέσματα των συσχετίσεων διαπιστώνεται, ότι οι γυναίκες με θετικό οικογενειακό ιστορικό κακοήθειας τείνουν να κάνουν νωρίτερα μαστογραφία. Αυτό επιβεβαιώνεται και από ανάλογη μελέτη στο Ηνωμένο Βασίλειο (McIntosh et al, 2004), που δείχνει ότι το 30 % των περιπτώσεων καρκίνου στις γυναίκες που εμφάνισαν καρκίνο του μαστού και των γεννητικών οργάνων είχε βεβαρυμένο οικογενειακό ιστορικό.

Οι (Castanon et al, 2013, Ricks et al, 2014), θεωρούν ότι το οικογενειακό ιστορικό είναι ένας από τους ισχυρότερους παράγοντες κινδύνου για ανάπτυξη καρκίνου του μαστού. Συμπληρωματικά η έρευνα των (Perry et al, 2008), καταδεικνύει, ότι ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του μαστού είναι μεγαλύτερος όταν εμφανίζεται σε μικρότερη ηλικία. Για παράδειγμα, μια γυναίκα της οποίας η αδελφή ανέπτυξε καρκίνο του μαστού μεταξύ των ηλικιών 30-39 έχει έναν αθροιστικό κίνδυνο 10% της ανάπτυξης της νόσου στην ίδια από την ηλικία των 65 ετών, ενώ ο κίνδυνος είναι μόνο 5% εάν η αδελφή ήταν ηλικίας 50-54 όταν διαγνώστηκε με καρκίνο του μαστού.

## **7.9 Αποδοχή χρησιμότητας τεστ-Παπ**

### **7.9.1 Εκδήλωση συνέπειας αντιλήψεων αποδοχής**

Η πλειονότητα των γυναικών απάντησε ότι θεωρεί την εξέταση κατά Παπανικολάου ιδιαίτερα σημαντική με ποσοστό 91,7%, και μόνο το 6,8% δεν την αποδέχεται. Ομοίως και για την χρησιμότητα της μαστογραφίας το 90% των γυναικών του δείγματος τη θεωρεί απαραίτητη, ενώ το 10% δεν πιστεύει ότι είναι αναγκαία. Όταν στη συνέχεια καλούνται να απαντήσουν εάν έχουν κάνει τις ανωτέρω εξετάσεις, εντύπωση προκαλεί η μεγάλη συμμετοχή του 95% γυναικών στην εξέταση, ενώ η συμμετοχή των γυναικών στη μαστογραφία ήταν πολύ μικρότερη με το 30% των γυναικών άνω των 40 ετών να μην έχει κάνει μαστογραφία.

Μολονότι το 90% των γυναικών θεωρεί τη μαστογραφία αναγκαία, εύλογο είναι το ερώτημα γιατί δεν το αποδεικνύουν έμπρακτα κάνοντας αυτή την προληπτική εξέταση. Με βάση την στατιστική ανάλυση των συσχετίσεων φαίνεται, ότι οι γυναίκες που εμφάνισαν σοβαρότερα αρνητικά ευρήματα στο τελευταίο παπ-τεστ που πραγματοποίησαν, έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να θεωρούν απαραίτητη τη μαστογραφία. Πιθανώς οι γυναίκες με θετικό αποτέλεσμα κακοήθειας στο τεστ-Παπ κινητοποιούνται πιο γρήγορα επιδιώκοντας μια έγκαιρη πρόβλεψη για τον καρκίνο του μαστού.

Επίσης ένα άλλο σημαντικό στοιχείο που ανέδειξε η ανάλυση των συσχετίσεων, διενέργεια μαστογραφίας και τεστ-Παπ, ήταν, ότι όσες προέβησαν σε διενέργεια μαστογραφίας τα δύο τελευταία χρόνια, ομοίως συμμετείχαν και στον προσυμπτωματικό έλεγχο με τεστ Παπανικολάου τα δύο τελευταία χρόνια. Η συσχέτιση αυτή καταδεικνύει την στάση των γυναικών αυτής της ηλικιακής ομάδος να συμπίπτουν χρονικά αυτές οι δύο εξετάσεις. Λαμβάνοντας υπόψιν τα ποιοτικά αποτελέσματα της μελέτης μας, διαπιστώνουμε ότι το κοινωνικό επίπεδο παίζει καθοριστικό ρόλο για τη συμμετοχή στον προσυμπτωματικό έλεγχο.

Ανάλογες έρευνες σε αναπτυσσόμενες και ανεπτυγμένες χώρες (R. Sankaranarayanan et al, 2013, Martins et al, 2009, Muhamad et al, 2012 Gotay , Wilson , 2008) δείχνουν ότι οι κοινωνικές προκαταλήψεις είναι ο πρώτος παράγοντας αποχής από την μαστογραφία . Παρόμοια μελέτη των (Amy et al, 2005),δείχνει, ότι σε ορισμένες χώρες όπως της Ασίας και της Αφρικής θεωρούν τον καρκίνο μίσημα και περιθωριοποιούν τις γυναίκες που πάσχουν από αυτόν. Ειδικά ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας θεωρείται ασθένεια των ανήθικων γυναικών δημιουργώντας έτσι ένα πολύ μεγάλο εμπόδιο για την έγκαιρη πρόληψη και θεραπεία του καρκίνου. Αντίστοιχη έρευνα (López, 2003), επισημαίνει, πως θα πρέπει επίσης να ξεπεραστούν κάποιες αντιλήψεις, που σχετίζονται με την έκθεση του σώματος σε γυναικολογική εξέταση, ο φόβος του πόνου στις εξετάσεις, ή ο φόβος του καρκίνου.

Μία άλλη έρευνα (Watts et al, 2004),που διεξήχθη μεταξύ των γυναικών που αποτελούν μειονότητα στις Ηνωμένες Πολιτείες δείχνει, ότι οι επαγγελματικές δεσμεύσεις επηρεάζουν τη διενέργεια προληπτικού ελέγχου, αναφέροντας, ότι οι γυναίκες που εργάζονταν δεν είχαν τη δυνατότητα να εγκαταλείψουν την εργασία τους χωρίς στην πραγματικότητα να είναι άρρωστες, και ότι δεν είχαν χρόνο να κάνουν προληπτικό έλεγχο, εξαιτίας της πολύωρης εργασίας.

## **7.10 Ψηλάφιση μαστών**

Όταν ρωτήθηκαν οι γυναίκες του δείγματος εάν κάνουν ψηλάφιση μαστών, το 67,2% απάντησε θετικά, ενώ το 32% απάντησε ότι δεν έχει κάνει ποτέ ψηλάφιση. Από τα παραπάνω αποτελέσματα φαίνεται ότι, αν και ένα μεγάλο ποσοστό γυναικών του δείγματος κάνει ψηλάφιση μαστών, εντούτοις ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό δεν έχει συνειδητοποιήσει τη σπουδαιότητα της αυτόνομης ψηλάφισης. Αντίστοιχη έρευνα (Danish et al, 2009), δείχνει ότι υπάρχει διεθνώς η τάση προτίμησης της κλινικής εξέτασης ως πιο αποτελεσματικής μεθόδου. Η μετάδοση βασικών γνώσεων για την ψηλάφιση μαστών περιλαμβάνει όχι τι πρέπει να κάνουν, αλλά πώς να το κάνουν. Ακριβώς όπως μαθαίνει κάποιος χορό, να οδηγεί ένα αυτοκίνητο, η να παίζει ένα άθλημα.

Η ίδια έρευνα χρησιμοποιώντας μια κινεζική παροιμία δικαιολογεί τη χρησιμότητα της εκπαίδευσης στην αυτοεξέταση αναφέροντας χαρακτηριστικά : “ακούω και ξεχνάω , Βλέπω και θυμάμαι , Κάνω - και κατανοώ”. Η δεξιότητα στη συνέχεια αποδεικνύεται, έτσι ώστε το άτομο μπορεί να παρατηρήσει τη σωστή και λανθασμένη χρήση των δεξιοτήτων . Συμπληρωματικά οι παραπάνω έρευνες διαπιστώνουν ότι δεν υπάρχει σωστή ενημέρωση και εκπαίδευση των γυναικών πάνω στην αυτοεξέταση, παρόλο που είναι ανέξοδη και απλή μέθοδος, ενώ υπάρχει σαφής προσανατολισμός και κατευθυνόμενη προτίμηση των γυναικών στην κλινική εξέταση από γιατρό και ειδικά από γυναικολόγο.

## **7.11 Ηλικία του πρώτου προληπτικού ελέγχου τεστ- Παπ – μαστογραφίας**

### **7.11.1 Συνέπεια στη συχνότητα διενέργειας αυτών**

Το 60% των γυναικών έκανε το πρώτο τεστ-παπ στην ηλικία των 21-30 ετών. Φαίνεται ότι αυτό το φάσμα της ηλικίας είναι πιο ευαισθητοποιημένο απέναντι στην έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου. Επίσης αποτελεί ενδιαφέρουσα και μη αναμενόμενη διαπίστωση ότι το 28,3% των γυναικών του δείγματος έκανε πρώτη φορά μαστογραφία κάτω από τα 40 έτη. Οι υποθέσεις γι’ αυτή την πρόωρη μαστογραφική εξέταση, πιθανώς, να είναι ένα βεβαρυμένο κληρονομικό ιστορικό, ή κάποιο ύποπτο σύμπτωμα που χρειάστηκε διερεύνηση. Με βάση το αποτέλεσμα ανάλογης συσχέτισης της μελέτης, διαπιστώνεται ότι, οι γυναίκες που θεωρούν απαραίτητη τη μαστογραφία, είναι πιο πιθανό να έχουν κάνει αυτή την εξέταση σε μικρότερη ηλικία. Η μελέτη μας έδειξε, ότι το μεγαλύτερο ποσοστό γυναικών του δείγματος, προβαίνει σε μαστογραφικό έλεγχο στη δεκαετία 40-50 και ότι ο προσυμπτωματικός έλεγχος κατά

Παπανικολάου, διενεργείται συστηματικά κάθε 1-2 χρόνια από το 66,5% των γυναικών, ποσοστό αρκετά ενθαρρυντικό.

Το αποτέλεσμα αυτό συμφωνεί με μια έρευνα των (Denny et al, 2010), που έγινε στη Νότιο Αφρική σύμφωνα με την οποία το 67% των γυναικών προβαίνει κάθε 2 χρόνια σε τεστ-Παπ, και των (Martín-López et al, 2012), στην Ισπανία, όπου το 66% των γυναικών 25-64 ετών υποβάλλονται σε τεστ-παπ κάθε 2- 3 έτη. Επίσης από την έρευνά μας διαπιστώθηκε, ότι υπάρχει κι ένα ποσοστό 27,5% του δείγματος που δεν δείχνει την ίδια συνέπεια, παρόλο που θεωρεί το τεστ-Παπ αναγκαίο. Ίσως ένας από τους λόγους που οι γυναίκες αποφεύγουν να υποβάλλονται σε συστηματικό προληπτικό έλεγχο να είναι και η παρούσα οικονομική κρίση, η οποία άλλαξε τις προτεραιότητες σε αρκετές Ελληνίδες, βάζοντας σε δεύτερη μοίρα την πρόληψη και κατά συνέπεια την υγεία τους.

Με βάση το αποτέλεσμα ανάλογης συσχέτισης της μελέτης, διαπιστώνεται, ότι οι γυναίκες που κάνουν συχνότερα Παπ-τεστ είναι πιθανότερο να κάνουν και συχνότερα μαστογραφία. Βέβαια σε σχέση με το τεστ-Παπ, η συχνότητα της μαστογραφικής εξέτασης είναι μειωμένη, αφού μόνο το 45,5% υποβάλλεται σε συστηματικό προληπτικό έλεγχο, ενώ το 54,5% δεν δείχνει μια συνέπεια σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες της ΕΕ (European Guidelines for Quality Assurance, 2010). Από τις προηγούμενες συσχετίσεις των δύο μεταβλητών διαπιστώνουμε ότι, και οι δύο προληπτικές εξετάσεις, ταυτίζονται στις αντιλήψεις των γυναικών και θεωρούνται σημαντικές για την έγκαιρη ανίχνευση του καρκίνου. Βέβαια σε σχέση με το τεστ-παπ, η συχνότητα της μαστογραφικής εξέτασης είναι μειωμένη, αφού μόνο το 45,5% υποβάλλεται σε συστηματικό προληπτικό έλεγχο, ενώ το 54,5% δεν δείχνει μια συνέπεια.

Το αποτέλεσμα της μελέτης μας διαφοροποιείται από το αποτέλεσμα της έρευνας του (Saghir, 2008), που διεξήχθη στην Αίγυπτο και τις Αραβικές χώρες, και δείχνει ότι το 36% υποβάλλεται σε τεστ-Παπ κάθε 3 χρόνια και το 18% κάθε 2 χρόνια. Μάλιστα σύμφωνα με την έρευνα υπάρχει πρόβλεψη να υιοθετηθεί μια στρατηγική ελέγχου, ώστε οι γυναίκες ηλικίας 40 ετών και άνω να ελέγχονται σε ετήσια διαστήματα, επειδή τα δεδομένα της χώρας δείχνουν ότι το 46 % των καρκίνων του μαστού καταλήγουν σε θάνατο.

Η έρευνα των (Reynoso et al, 2013), αναφέρει ότι ένας από τους λόγους που ωθούν ορισμένες γυναίκες να συμμετέχουν συστηματικά στον προληπτικό έλεγχο της μαστογραφίας είναι κάποια ανησυχητικά ευρήματα στη τελευταία μαστογραφία που αναγκάζουν τις γυναίκες σε μια πιο υπεύθυνη συμπεριφορά που αφορά την πρόληψη. Αυτό επιβεβαιώνεται και από το αποτέλεσμα ανάλογης συσχέτισης της μελέτης, όπου διαπιστώνεται, ότι οι γυναίκες που



παρουσιάζουν σοβαρότερα αρνητικά ευρήματα στην τελευταία εξέταση μαστογραφίας, έχουν περισσότερες πιθανότητες να πραγματοποιούν συχνότερα μαστογραφικό έλεγχο.

### **7.12 Ευρήματα τεστ-Παπ και μαστογραφίας**

Από το δείγμα των γυναικών που έλαβε μέρος στην έρευνα, το 63,5% δεν παρουσίασε κακοήθεια στον έλεγχο τεστ-Παπ, στο 30% υπήρχαν αυξημένες πιθανότητες για λοίμωξη από HPV καθώς και σύσταση για περαιτέρω εξετάσεις και το 6,5% εμφάνισε ευρήματα θετικά για κακοήθεια. Τα αποτελέσματα της δικής μας μελέτης, μας καθησυχάζουν αναφορικά με τα ευρήματα αντίστοιχης μελέτης στην Αγγλία, (Castanon et al, 2013), αφού η συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του τραχήλου σε γυναίκες 20-30 ετών, εμφανίζει μία ανησυχητική άνοδο του καρκίνου του τραχήλου σ' αυτές τις ηλικίες. Η έρευνα δείχνει ότι κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1980 , το μέσο ποσοστό ήταν (11,3% ανά 100 000) γυναίκες, μεταξύ 1990 και 2004 ήταν (9,6% ανά 100 000) , και στη συνέχεια, ανέβηκε σε (15,8% ανά 100 000) μεταξύ 2005 και 2009).

Η ίδια μελέτη αναφέρει ότι η αύξηση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας σε γυναίκες που γεννήθηκαν από το 1972 και μετά είναι πολύ πιθανή λόγω της αύξησης των υποκείμενων παραγόντων κινδύνου όπως HPV για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Τα αποτελέσματα της μελέτης μας έδειξαν ότι υπήρχε και ένα ποσοστό 30% που ο έλεγχος πιθανολόγησε ότι είναι φορείς του HPV. Ωστόσο μπορεί να αναφερθεί ότι στον κυτταρολογικό έλεγχο μεγάλου αριθμού τεστ-Παπ, πολλοί εξεταστές βλέποντας μια εικόνα τραχηλίτιδας με πολλά άτυπα και φλεγμονώδη κύτταρα, διατυπώνουν την συνήθη απάντηση “πιθανή λοίμωξη από HPV” συστήνοντας περαιτέρω διερεύνηση (Van Ranst et al, 1996).

Όσον αφορά τα ευρήματα της τελευταίας μαστογραφίας του δείγματος των γυναικών που πήραν μέρος στην μελέτη μας, έδειξε, ότι το 8% παρουσίασε κακοήθεια, το 35% παρουσίασε καλοήθεις όγκους, ενώ το 57% ήταν αρνητικό για κακοήθεια. Στο δείγμα της έρευνά μας, παρατηρείται ότι, τα ποσοστά εμφάνισης του καρκίνου του μαστού, είναι περισσότερα από αυτά του καρκίνου του τραχήλου. Πιθανώς το 8% των γυναικών με θετικό για κακοήθεια μαστογραφικό έλεγχο σε ένα μικρό Δήμο όπως της Κορίνθου, είναι ένα ανησυχητικό ποσοστό, εάν λάβουμε υπόψιν, ότι το 30% του δείγματος δεν έχει κάνει ποτέ μαστογραφία .

Πρόσφατη έρευνα των (Ferlay et al, 2010),στην Αυστραλία, έδειξε ότι από το 9,3% των γυναικών ήτοι (2,38 εκατομμύρια γυναίκες) είχαν πρόσφατα διαγνωστεί με καρκίνο του μαστού, ενώ στην Ιταλία ανάλογη έρευνα (Zappa et al, 2012), έδειξε ότι,το 3% των ετήσιων καρκίνων του μαστού, συμβαίνουν στην ηλικιακή ομάδα 50-69 ετών, σύμφωνα με πιο ενημερωμένες εκτιμήσεις. Επίσης έρευνα των (Viniestra et al, 2010),στην αυτόνομη πόλη του Μπουένος Άιρες έδειξε ότι τα ποσοστά εμφάνισης του καρκίνου του μαστού το 2007 ήταν 28% ανά 100000 γυναίκες σε εθνικό επίπεδο.

Οι εκτιμήσεις που δίνονται από το INCA για το 2010 (τα οποία ισχύουν και για το 2011), δείχνουν ότι ο ετήσιος αριθμός των νέων περιπτώσεων καρκίνου του μαστού αναμένεται στη Βραζιλία να είναι 49.240, με εκτιμώμενο κίνδυνο 49 νέες περιπτώσεις ανά 100.000 γυναίκες. Παρόμοια έρευνα (Elmore et al, 2005),στην Αμερική διαπιστώνει ότι υπάρχει φυλετική ανισότητα στα ποσοστά διάγνωσης του καρκίνου του μαστού, με 15,5% για τις μαύρες γυναίκες έναντι 13% των λευκών γυναικών. Ενώ οι μαύρες γυναίκες ήταν λιγότερο πιθανό (56 %) σε σχέση με τις λευκές γυναίκες (24%) να έχουν ολοκληρώσει μια διαγνωστική αξιολόγηση εντός 30 ημερών μετά από κάποιο σοβαρό σύμπτωμα.

### **7.13 Πηγές ενημέρωσης του προληπτικού γυναικολογικού ελέγχου**

Το 58,3% των γυναικών απάντησε ότι η πρώτη πηγή πληροφόρησης ήταν ο γυναικολογός. Το αποτέλεσμα αυτόδεν ήταν αναμενόμενο, μια και τα ΜΜΕ τα οποία προτιμά το 16,75 των γυναικών του δείγματος θεωρούσαμε ότι έχουν ευρύτερη απήχηση στις γυναίκες .

Εκ του αποτελέσματος φαίνεται ότι ο ρόλος του γυναικολόγου ή της μαίας δεν θα πρέπει να είναι μονοδιάστατος, αλλά πολυδιάστατος, αφού θεωρούνται πιο αρμόδιοι να μεταφέρουν πληροφορίες προληπτικής αγωγής, ενημερώνοντας και εκπαιδεύοντας τις γυναίκες πάνω σε βασικές αρχές πρόληψης. Αυτό δείχνει έρευνα στο Ισραήλ, (Giveon, Kahan , Beilinson, 2009), αποδεικνύοντας, πως ο γιατρός πρωτοβάθμιας περίθαλψης μπορεί να συμβάλλει καθοριστικά στην έγκαιρη διάγνωση, θεσπίζοντας ένα πρόγραμμα πρόληψης διάρκειας ενός έτους, όπου οι οικογενειακοί γιατροί, ενθαρρύνονται να υπενθυμίζουν στους ασθενείς τους, να υποβληθούν σε εξετάσεις καρκίνου του μαστού και τραχήλου της μήτρας.

Αντίστοιχες έρευνες (Danish et al, 2008 , Nelson et al, 2013, Baré et al, 2006), μας δίνουν χρήσιμες πληροφορίες για την πιο αποτελεσματική ενημέρωση των γυναικών πάνω στον προσυμπτωματικό έλεγχο. Σύμφωνα με μια μελέτη στην Αμερική, (Nelson et al, 2013) πιο αποτελεσματικές ήταν οι συνδυασμένες υπενθυμίσεις με φυλλάδια και τηλεφωνικές

κλήσεις προσαρμοσμένες στις συνήθειες των γυναικών από ό,τι γενικά οι πληροφορίες από τα ΜΜΕ.

Στην έρευνά μας τα ΜΜΕ, ως μέσο ενημέρωσης καταλαμβάνουν τη δεύτερη θέση με ποσοστό 16,7% ως πηγές ενημέρωσης για τον καρκίνο του μαστού και του τραχήλου της μήτρας. Η δύναμή των ΜΜΕ σύμφωνα με τον (Τούντα, 2008), ειδικά της τηλεόρασης, είναι σημαντική όσον αφορά στην ευαισθητοποίηση του κοινού και την παροχή γνώσεων. Όμως, όπως υποστηρίζει ο Τούντας, τα ΜΜΕ, ενώ ευαισθητοποιούν και αυξάνουν τις γνώσεις του κοινού στα θέματα υγείας, δεν έχουν μεγάλη επίδραση στην αλλαγή στάσεων και συμπεριφοράς. Έχει επίσης διαπιστωθεί, ότι οι θετικές επιδράσεις που επιτυγχάνονται στη στάση και στη συμπεριφορά, είναι συνήθως βραχυπρόθεσμης διάρκειας και έχουν αποτελεσματικότητα στην πρώτη φάση των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας, όταν δηλαδή ένα τμήμα του πληθυσμού - στόχου είναι σχετικά ώριμο να ανταποκριθεί, χωρίς να απαιτούνται πιο σύνθετες εκπαιδευτικές μέθοδοι.

Ο (Bonfill et al, 2009), σε αντίστοιχη μελέτη, υποστηρίζει ότι, υπάρχουν πέντε ενεργείς στρατηγικές για την πρόσκληση των γυναικών σε υπηρεσίες ελέγχου του καρκίνου του μαστού και του τραχήλου της μήτρας. Η πιο δημοφιλής και πιο αποτελεσματική είναι η συνδυασμένη ενημέρωση δηλ η επιστολή πρόσκλησης συν την τηλεφωνική κλήση 42%, δεύτερο έρχεται το ταχυδρομηθέν εκπαιδευτικό υλικό 23%, τρίτο κατά σειρά προτεραιότητας έρχεται το τηλεφώνημα 18% , τελευταία σε αποτελεσματικότητα έρχονται τα ΜΜΕ και το διαδίκτυο με 17%.

#### **7.14 Επάρκεια ασφαλιστικής κάλυψης**

Το 90%, των γυναικών του δείγματος έχει ασφάλεια ενώ το 10% είναι ανασφάλιστες . Μελέτες έδειξαν ότι η ασφάλεια είναι πολύ σημαντική για τη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού (Liedke et al, 2013, Theodorou et al, 2012). Συνεπώς το 10% των ανασφάλιστων γυναικών του δείγματος μπορεί να αποτελέσει εμπόδιο για την πρόληψη των γυναικολογικών νοσημάτων, όπου σε συνδυασμό με την οικονομική κρίση, επιδεινώνει τις ανισότητες υγείας, και πλήττει το επίπεδο υγείας του γυναικείου πληθυσμού.

Αυτό το επιβεβαιώνει και έρευνα στη Λατινική Αμερική (Baré, 2006) όπου ρίχνει φως στις ανισότητες απέναντι στις γυναίκες κατά τη διάρκεια της πιο πρόσφατης οικονομικής κρίσης. Σύμφωνα με αυτή οι ανασφάλιστες ήταν σταθερά λιγότερο πιθανό να έχουν πρόσβαση σε μια συνηθισμένη πηγή προληπτικού ελέγχου , και αυτή η διαφορά παρέμεινε αμετάβλητη το

2009. Οι ισπανόφωνες λευκές ήταν πιο πιθανό να προσφύγουν σε μια συνηθισμένη πηγή προληπτικού ελέγχου τόσο το 2002 όσο και το 2009. Αντίθετα, οι μαύρες γυναίκες δεν είδαν καμία βελτίωση κατά τη διάρκεια αυτής της χρονικής περιόδου.

Στην έρευνά μας το 67,27% των ασφαλισμένων θεωρούν ότι δεν τους καλύπτει επαρκώς η ασφάλειά τους όταν κάνουν προληπτικές εξετάσεις, δηλώνοντας στην ανάλυση της ποιοτικής ερώτησης (108-113)σελ, ότι δεν υπάρχει πρόβλεψη για τις συμπληρωματικές και πιο εξειδικευμένες εξετάσεις στον έλεγχο του μαστού και του τραχήλου της μήτρας. Επιβεβαιώνοντας αυτές τις παρατηρήσεις ένα μεγάλο ποσοστό γυναικών 78,9% εντοπίζει το πρόβλημα της ασφαλιστικής κάλυψης στις ελλείψεις ασφαλιστικές παροχές, θεωρώντας ότι υπάρχουν αναγκαίες συμπληρωματικές εξετάσεις που χωρίς αυτές δεν είναι πλήρης ο προληπτικός έλεγχος, και οι οποίες δεν καλύπτονται καθόλου από το ασφαλιστικό ταμείο όπως ο υπέρηχος μαστών ο οποίος αποτελεί τη βασική εξέταση για νέες γυναίκες κάτω των 35 ετών με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου. Συγκεκριμένα η ψηφιακή μαστογραφία η οποία έχει καλύτερη ευκρίνεια, άρα και καλύτερα διαγνωστικά αποτελέσματα, χρειάζεται συμμετοχή.

Επίσης το τεστ- Παπ ως προληπτική εξέταση, γίνεται σχεδόν σε όλα τα κέντρα πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης, καλύπτοντας μεγάλο αριθμό γυναικών 20-75 ετών. Όμως, όταν υπάρχει υποψία ύπαρξης HPV στον έλεγχο του τεστ-Παπ και χρειάζεται περαιτέρω έλεγχος όπως, κολποσκόπηση και ταυτοποίηση του ιού (για να διαπιστωθεί εάν είναι υψηλού κινδύνου), αυτές οι εξετάσεις δεν καλύπτονται από το ασφαλιστικό ταμείο. Συνεπώς υπάρχει μια σεβαστή οικονομική επιβάρυνση που σε συνδυασμό με την οικονομική κρίση συντελεί στην αποχή από τον μαστογραφικό έλεγχο ή στην ελλιπή εξέταση του μαστού, και του τραχήλου της μήτρας.

#### **7.14.1 Επιλογή φορέα προληπτικού ελέγχου**

Για όλους τους παραπάνω λόγους η πλειοψηφία των γυναικών 55% του δείγματος επιλέγουν να κάνουν παπ-τεστ σε ιδιωτικό κέντρο πρόληψης ενώ το 45% σε δημόσιο φορέα, ενώ το ποσοστό των γυναικών που επιλέγουν να κάνουν μαστογραφικό έλεγχο στον ιδιωτικό φορέα είναι 60%, και σε δημόσιο φορέα 40%.Μελέτη των (Theodorou et al, 2012),στην Κύπρο συμφωνεί με τα δικά μας αποτελέσματα επισημαίνοντας ότι λόγω των εμποδίων που αντιμετωπίζουν οι γυναίκες στο δημόσιο σύστημα υγείας, καταφεύγουν στον ιδιωτικό τομέα ο οποίος έχει ανεξέλεγκτη και πλεονάζουσα παραγωγική ικανότητα των ακριβών ιατρικών τεχνολογιών (ψηφιακή μαστογραφία, thinprep Παπ-τεστ, ταυτοποίηση DNA ιού HPV)

Ακόμα μια φορά επιβεβαιώνεται η επιφύλαξη των γυναικών απέναντι στη δημόσια πρόληψη όπου λόγοι πολύ σοβαροί (οι οποίοι ήδη έχουν αναφερθεί στην ποιοτική ανάλυση) αποθαρρύνουν τις γυναίκες από τον προληπτικό γυναικολογικό έλεγχο. Η επιλογή του ιδιωτικού φορέα, και η επιφύλαξη για τη δημόσια πρόληψη από την πλειοψηφία των γυναικών, μπορεί είναι και ένας από τους λόγους που την περίοδο της οικονομικής κρίσης πολλές γυναίκες απέχουν από τον προληπτικό έλεγχο, θεωρώντας ότι μόνο στον ιδιωτικό φορέα γίνεται πιο ποιοτικός έλεγχος.

Αυτό αποδεικνύεται από το 51,7% των γυναικών το οποίο πριν τη κρίση έκανε πιο συχνά προσυμπτωματικό έλεγχο σε ιδιωτικά κέντρα πρόληψης από ότι μετά την κρίση. Συνεπώς ένα ποσοστό από τις γυναίκες αυτές δεν εξετάζεται συστηματικά, διακινδυνεύοντας την υγεία τους, επειδή θέτουν άλλες προτεραιότητες, όπως οικογενειακές υποχρεώσεις .

### **7.15 Ποιότητα στην υγεία τη περίοδο της οικονομικής κρίσης**

Αρκετά μεγάλο ποσοστό γυναικών 15,8% αναφέρθηκαν στη δυσκολία πρόσβασης. Η δυσκολία στην πρόσβαση αφορά κυρίως την μεγάλη αναμονή για προληπτικές εξετάσεις σε δημόσια κέντρα πρωτοβάθμιας περίθαλψης, η οποία είναι απογοητευτική για ορισμένες γυναίκες, με αποτέλεσμα να μην προβαίνουν σε προληπτικό έλεγχο. Οι επιπτώσεις της δημοσιονομικής κρίσης στη κατάσταση της υγείας καταγράφονται στη μελέτη των (Souliotis K et al, 2013.) Σύμφωνα μ' αυτή το 26% των ασθενών αντιμετωπίζουν προβλήματα πρόσβασης και το 49% των ασθενών εμφανίζουν άνισες δυσκολίες στην πρόσβαση για τα φάρμακά τους. Οι πιο συχνά αναφερόμενοι λόγοι για τη μειωμένη πρόσβαση στην ιατρική περίθαλψη ήταν δυσκολίες στις μετακινήσεις, καθώς και καθυστερήσεις στην κράτηση ενός ραντεβού. Τα πιο συχνά αναφερόμενα εμπόδια στην πρόσβαση της φαρμακευτικής αγωγής ήταν δυσκολίες στη διαδικασία συνταγής και απόσταση από τα φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ.

Παρόμοια μελέτη στην Κύπρο (Theodorou, 2012), συμφωνεί με τη δική μας υποστηρίζοντας ότι το δημόσιο σύστημα υγείας πάσχει από μεγάλες λίστες αναμονής για υπηρεσίες προληπτικού ελέγχου , μια κατάσταση που έχει επιδεινωθεί από την πρόσφατη οικονομική κρίση. Στην ίδια βάση κινείται και η έρευνα του (Boufford, 1999), σύμφωνα με την οποία παρά την οικονομική άνθηση, 41 εκατομμύρια Αμερικανοί 15% του πληθυσμού ,δημιουργούν μεγάλες λίστες αναμονής για προληπτικές εξετάσεις. Παρόμοιας μελέτης αποτελέσματα (Pomidor et al, 1993), αναφέρουν ότι από τη συντριπτική πλειοψηφία των ασφαλισμένων πάνω των 50 ετών στο Youngstown του Οχάιο , το 13,8% ανέφερε αύξηση του

καρκίνου του μαστού, ενώ 10,5% των ανασφάλιστων γυναικών αντιμετώπισαν σοβαρά προβλήματα υγείας κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης.

Αντίστοιχη μελέτη (Karanikolos et al,2013), αναφέρει ότι τα κρούσματα λοιμωδών και χρόνιων νοσημάτων γίνονται όλο και πιο συχνά στην Ελλάδα, την Ισπανία και τη Πορτογαλία, καθώς λόγω των περικοπών του προϋπολογισμού έχουν περιορισμένη πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη. Αν και υπάρχουν πολλές πιθανόν διαφορές μεταξύ των χωρών, η έρευνα αυτή αποδεικνύει ότι, αν και οι υφέσεις εγκυμονούν κινδύνους για την υγεία, η αλληλεπίδραση της δημοσιονομικής λιτότητας με οικονομικούς κλυδωνισμούς και αδύναμη κοινωνική προστασία είναι αυτό που τελικά φαίνεται να κλιμακώνει την υγεία και την κοινωνική κρίση στην Ευρώπη.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8**

### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση αναδείχθηκε η ομολογουμένως μεγάλη προσπάθεια που καταβάλουν οργανώσεις κρατικές και μη κρατικές στην Αυστραλία, στην Ευρώπη, στην Αμερική κ.λ.π., όχι μόνο στη καταγραφή των αντιλήψεων και των στάσεων των γυναικών σχετικά με τον προληπτικό γυναικολογικό έλεγχο, αλλά και στη συντονισμένη ενεργοποίηση ενημερωτικών προγραμμάτων στην οποία προβαίνουν.

Η πλειοψηφία των γυναικών αν και θεωρούν ότι ο προσυμπτωματικός έλεγχος είναι σημαντικός και αναγκαίος για τη ζωή τους, εντούτοις δεν ταυτίζουν την πεποίθηση με την πράξη. Όταν αυτό συμπίπτει με την οικονομική κρίση, η στάση των γυναικών απέναντι στον προληπτικό γυναικολογικό έλεγχο τείνει να αποκτήσει μια επικινδυνότητα για την ζωή τους.

Παρόλο που υπάρχει κινητοποίηση τόσο σε παγκόσμιο όσο και σε εθνικό επίπεδο έχουμε λίγα αποτελέσματα στη αλλαγή της συμπεριφοράς των γυναικών απέναντι στον προσυμπτωματικό έλεγχο. Η εστίαση ίσως να πρέπει να γίνει στο σχολείο, προκειμένου να είναι πιο αποτελεσματική.

Η μελέτη μας κατέγραψε τις στάσεις και τις πεποιθήσεις γυναικών ηλικίας 20-70 ετών, σχετικά με τον προληπτικό γυναικολογικό έλεγχο στην ευρύτερη περιοχή της Κορίνθου.

Από την έρευνά μας ανεδείχθησαν στοιχεία τα οποία δεν αναφέρεται να έχουν ερευνηθεί ούτε στην Ελλάδα ούτε και στον υπόλοιπο κόσμο. Συγκεκριμένα, από το δείγμα της μελέτης μας διαπιστώθηκε, ότι οι γυναίκες που διέμεναν σε λιγότερο οικιστικά και πληθυσμιακά ανεπτυγμένη περιοχή,έκαναν λιγότερο προληπτικό έλεγχο συγκριτικά με αυτές που έμεναν στην πόλη της Κορίνθου.

Η ηλικία έναρξης σεξουαλικών επαφών, συνδέεται με την εφαρμογή του μαζικού εμβολιασμού HPV σε εθνικό επίπεδο, παρέχοντας χρήσιμα συμπεράσματα για τον ανά ηλικία επιπολασμό της HPV λοίμωξης, προκειμένου να σχεδιαστούν οι στρατηγικές εμβολιασμού. και η αποδοχή του εμβολιασμού από τον πληθυσμό στόχο. Το ότι οι περισσότερες γυναίκες του δείγματος έχουν ξεκινήσει τη σεξουαλική δραστηριότητα μετά τα 18 έτη ίσως να σημαίνει ότι το κοινωνικό πλαίσιο της οικογένειας ακόμα στις μικρές επαρχιακές πόλεις έχει θετική επιρροή στα παιδιά προστατευοντάς τα από πρόωρες και επικίνδυνες συμπεριφορές.

Επίσης θα περίμενε κανείς τα ΜΜΕ να έχουν πιο ενεργή δράση στην ενημέρωση των νέων γυναικών αλλά και των μεγαλύτερων. Πιθανόν τα προγράμματα ενημέρωσης από τα ΜΜΕ γύρω από τη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση, να μην έχουν τη δέουσα απήχηση στην εφηβική ηλικία και ίσως χρειάζεται να προσαρμοστούν στις συνήθειες των εφήβων, προκειμένου να είναι πιο αποτελεσματικά, μειώνοντας την πιθανότητα μιας παραποιημένης και άρα επικίνδυνης γνώσης που ενδεχομένως να μεταφέρει το φιλικό περιβάλλον. Η στάση του πληθυσμού του δείγματος της μελέτης μας δείχνει, πως δεν συμβαδίζει η αντίληψη με την πράξη, σχετικά με τη χρήση του προφυλακτικού, αφού μόνο το 50% από τις γυναίκες του δείγματος χρησιμοποιούν το προφυλακτικό σαν προστασία.

Οι πεποιθήσεις των γυναικών για το εμβόλιο δεν είναι και οι πλέον ενθαρρυντικές, αφού μόνο το 8,3% των γυναικών έχει κάνει το εμβόλιο για τον HPV ενώ το 31,6% των γυναικών έχει πολλές επιφυλάξεις για το εμβόλιο. Είναι προφανές, επίσης, από τις απαντήσεις των γυναικών, η ανάγκη ενημέρωσης από κάποιον επαγγελματία υγείας για τα πλεονεκτήματα και την ασφάλεια του εμβολίου, και ανάλογη συσχέτιση έδειξε, ότι η επίτευξη υψηλών ποσοστών κάλυψης είναι πιο εύκολη σε ηλικιακές ομάδες, κάτω των 20 ετών, όταν δηλ δεν έχουν ξεκινήσει τη σεξουαλική τους ζωή.

Επίσης το 8% των γυναικών με θετικό για κακοήθεια μαστογραφικό έλεγχο σε μια μικρή επαρχιακή πόλη όπως η Κόρινθος, είναι ένα ανησυχητικό ποσοστό, εάν λάβουμε υπόψιν ότι το 30% του δείγματος δεν έχει κάνει ποτέ μαστογραφία που σημαίνει ότι το ποσοστό των γυναικών με καρκίνο του μαστού μπορεί να είναι μεγαλύτερο. Αν αναλογιστεί κανείς ότι το90% των γυναικών θεωρεί τη μαστογραφία και το τεστ-Παπ αναγκαία, εύλογο είναι το ερώτημα γιατί δεν το αποδεικνύουν έμπρακτα κάνοντας αυτή την προληπτική εξέταση, αφού

το 30% των γυναικών δεν έχει κάνει ποτέ μαστογραφία, ενώ το 33,9% του δείγματος δεν δείχνει την ίδια συνέπεια, παρόλο που θεωρεί το τεστ-παπ αναγκαίο. Στη συνέχεια διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες που κάνουν συχνότερα παπ-τεστ είναι πιθανότερο να κάνουν και συχνότερα μαστογραφία, καθώς και οι γυναίκες που παρουσιάζουν σοβαρότερα αρνητικά ευρήματα στην τελευταία εξέταση μαστογραφίας, έχουν περισσότερες πιθανότητες να πραγματοποιούν συχνότερα μαστογραφικό έλεγχο.

Οι παράγοντες που ευθύνονται με την αποχή των γυναικών από τον προληπτικό γυναικολογικό έλεγχο σχετίζονται με προβλήματα πρόσβασης (αργοπορία ραντεβού, ασφάλιση, απόσταση, υπενθύμιση-πρόσκληση, ρατσιστική αντιμετώπιση λόγω μεγέθους, ελλιπής γνώση συστήματος υγείας, αμέλεια, φόβος της νόσου, «έλλειψη χρόνου λόγω εργασίας» ή «άλλες προτεραιότητες μέσα στην οικογένεια» εσφαλμένη αίσθηση ασφάλειας-υποτίμηση της νόσου. Οι γραφειοκρατικές και άλλες δυσκολίες των ασφαλιστικών ταμείων λειτουργούσαν, επίσης, απαγορευτικά και η σχέση με το γιατρό ακολουθούσε σε συχνότητα απαντήσεων.

Στη συνέχεια διαπιστώνεται ότι η πρώτη πηγή πληροφόρησης για τον προληπτικό έλεγχο, είναι ο γυναικολόγος, με ποσοστό 54,8% . Το αποτέλεσμα αυτό δεν ήταν αναμενόμενο, μια και τα ΜΜΕ θεωρούνται ότι έχουν ευρύτερη απήχηση στις γυναίκες, τα οποία φαίνεται να καταλαμβάνουν τη δεύτερη θέση με ποσοστό 16,7% ως πηγές ενημέρωσης για τον καρκίνο του μαστού και του τραχήλου της μήτρας. Η δύναμή των ΜΜΕ, ειδικά της τηλεόρασης, είναι σημαντική όσον αφορά στην ευαισθητοποίηση του κοινού και την παροχή γνώσεων. Συνεπώς είναι επιτακτική ανάγκη ο επανασχεδιασμός των προγραμμάτων ενημέρωσης, προσαρμοσμένα στις ανάγκες του πληθυσμού. Προς αυτή την κατεύθυνση μπορούν να συνδράμουν όλοι οι επαγγελματίες υγείας και ειδικά αυτοί που λόγω επαγγέλματος είναι πιο κοντά στη γυναίκα, όπως ο γυναικολόγος και η μαία.

Όσες γυναίκες είχαν δημόσια ασφάλεια, ανέφεραν οικονομικά προβλήματα για τη συμμετοχή στις εξετάσεις, ενώ όσες ήταν ανασφάλιστες, προέβαλλαν την οικονομική κρίση σαν τον κυριότερο αρνητικό παράγοντα αποχής από τον προληπτικό έλεγχο. Η ποιότητα του προληπτικού ελέγχου είναι αυτή που ωθεί τις περισσότερες γυναίκες του δείγματος να καταφεύγουν στον ιδιωτικό τομέα. Η επιλογή του ιδιωτικού φορέα, και η επιφύλαξη για πρόληψη στον δημόσιο φορέα από την πλειοψηφία των γυναικών μπορεί είναι και ένας από τους λόγους, που την περίοδο της οικονομικής κρίσης, πολλές γυναίκες απέχουν από τον προληπτικό έλεγχο, θεωρώντας ότι μόνο στον ιδιωτικό φορέα γίνεται πιο ποιοτικός έλεγχος.

Αυτό αποδεικνύεται από το 51,7% των γυναικών το οποίο πριν τη κρίση έκανε πιο συχνά προσυμπτωματικό έλεγχο σε ιδιωτικά κέντρα πρόληψης από ότι μετά την κρίση.



Συνεπώς ένα ποσοστό από τις γυναίκες αυτές δεν εξετάζεται συστηματικά, διακινδυνεύοντας την υγεία τους, επειδή θέτουν άλλες προτεραιότητες. Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα φαίνεται να έχει πολλές ανεπιθύμητες επιπτώσεις στην κοινωνία και ειδικότερα στις χαμηλότερες οικονομικές τάξεις που καλούνται να επιβιώσουν σε συνθήκες αυξανόμενης φτώχειας και εξάρτησης, σε ένα σύστημα υγείας που αντιμετωπίζει πολλά προβλήματα

Συγκεράζοντας όλα τα παραπάνω, σαν τελικό συμπέρασμα της μελέτης μας, θα πρέπει να εστιάσουμε στην ανάγκη ενημέρωσης των γυναικών από πολύ νεαρή ηλικία. Η ενημέρωση θα πρέπει να είναι πολύπλευρη και να στοχεύει τόσο στην αύξηση του επιπέδου γνώσεων σχετικά με τον προσυμπτωματικό γυναικολογικό έλεγχο όσο και τους κινδύνους που δύναται να επιφέρει η αποχή από αυτόν, αφού τα τελευταία χρόνια τα ποσοστά του καρκίνου του μαστού καθώς και οι φορείς του HPV, έχουν αυξηθεί επικίνδυνα. Επίσης είναι απαραίτητο, οι εκπρόσωποι των θεσμικών οργάνων, να κατανοήσουν την πρόληψη ως ένα σύνθετο πρόβλημα, που επηρεάζεται από τις κοινωνικές, πολιτιστικές, πολιτικές και οικονομικές εξελίξεις (ιδίως από την υφιστάμενη οικονομική κρίση). Το κράτος πρέπει να είναι κυρίως υπεύθυνο για την προώθηση αλλαγών στις στάσεις και συμπεριφορές του προληπτικού ελέγχου του πληθυσμού, εξαντλώντας την επιχειρησιακή του ικανότητα και διαθέτοντας τους πόρους για να το πράξει.

## **ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. Άλμα ζωής. [www.almazois.gr/](http://www.almazois.gr/) Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο του μαστού, 2013.
2. Αντσακλής Αριστείδης, Μαιευτική και Γυναικολογία, Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου, 2008 σελ 15-19.
3. Γερμανικό Ινστιτούτο για την Ποιότητα και αποτελεσματικότητα στην Υγεία (IQWiG) στατιστικά δεδομένα 2008.
4. Δημητρίου, Βραχάτη, Παπαδόπουλου Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα: Δεδομένα και Προοπτικές 2012, 51(1): 10–17.
5. Εθνικό σχέδιο δράσης για τον καρκίνο 2011-2015. Available at: <http://anticancer.gov.gr>. Accessed on 28/03/2014.
6. Ερωτηματολόγιο σχετικά με την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Available at: <http://www.lysistratimed.gr/formquestions.htm>. Accessed on: 18/7/2013

7. Κοκκέβη Α., Ξανθάκη Μ., Φωτίου Α, Καναβού Ε «οι έφηβοι στην Ελλάδα σε σύγκριση με τους συνομηλίκους τους στις χώρες της έρευνας HBSC» 2010.
8. Κούτα, Αθανασοπούλου 2008 «Η εκπαίδευση για τη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία στα πλαίσια της Ευρωπαϊκής πολιτικής».
9. Κρουπής Θωμοπούλου 2007, κατανομή HPV τύπων σε Ελληνίδες με φυσιολογικό τεστ-Παπ
10. Λουμάκου, Κορδούτης, Σαραφίδου, 2005. Ενδοατομική προσέγγιση. Η προφύλαξη ως ζήτημα ατομικής προσέγγισης,σελ 29-42.
11. Μαδιανός ΜΓ. «Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχιατρική». Εκδόσεις Καστανιώτη,(2000), Αθήνα.σελ:118-120.
12. Μανταλενάκης Σ.Ι. Σύνοψη μαιευτικής και γυναικολογίας. Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας. 1996.
13. Ματζιου,Περδικαρης, Γυμνοπούλου, Γαλάνης, Πέτσιος, Μπροκαλάκη, Greek students' knowledge and sources of information regarding sexeducation. 2009 Sep;56(3):354-60. doi: 10.1111/j.1466-7657.2009.00727.
14. Ομιλος Εθελοντών κατά του Καρκίνου-ΑγκαλιάΖΩ 2013. [www.beststrong .org .gr/ el/ support /organizations cancer support/?id=3255](http://www.beststrong.org.gr/el/support/organizations/cancer-support/?id=3255)
15. Σαραφίδου, Κορδούτης, 2000 «πεδία έρευνας στην κοινωνική ψυχολογία» Κεφ «Ριψοκίνηση συμπεριφορά στις σεξουαλικές σχέσεις φοιτητών ελληνικών ΑΕΙ» σελ 213-227.
16. Σπίγγου Τ, Τζίνου Π, Μπρεγκόβα Α. Εκτίμηση επιπέδου εμβολιαστικής κάλυψης των μαθητών της περιοχής του Κ.Υ. Αγ. Αθανασίου Κέρκυρας. Ιατρικά Χρονικά Βορειοδυτικής Ελλάδος 2010, 6(2): 104-107.
17. Τεγόπουλος- Φυτράκης Ελληνικό Λεξικό: Ορθογραφικό, Ερμηνευτικό, Ετυμολογικό. (1993) Έκδοση Η΄, Εκδόσεις Αρμονία, Αθήνα. σελ:174,13.
18. Τούντας, Μεθοδολογία αγωγής υγείας: Μέθοδοι αλλαγής στάσεων και συμπεριφοράς. 2008. Materia Medica Greca, 15(3), 197-201.
19. Snell S. Richard. Κλινική ανατομική. Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, 2000

## **ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

20. ACCP. Planning and implementing cervical cancer prevention and control programs: a manual for managers. Seattle, WA, Alliance for Cervical Cancer Prevention, 2004

21. ACOG Committee on Gynecological Practice (2009). "ACOG Committee on Gynecologic Practice; Routine Pelvic Examination and Cervical Cytology Screening, Opinion #413". *Obstetrics and Gynecology* 113 (5): 1190-1193. doi:10.1097/AOG.0b013e3181a6d022.PMID 19384150
22. Adami HO, Adams G, Boyle P, Ewertz M, Lee N, Lund E et al. Breast cancer etiology. *Int J Cancer* 1990, 5(Suppl):22-39
23. Agurto I, Bishop A, Sanchez G, Betancourt Z, Robles S. Perceived barriers and benefits to cervical cancer screening in Latin America. *Prev Med.* 2004;39(1):91-8.
24. Alibegashvili T, Clifford GM, Vaccarella S, Baidoshvili A, Gogiashvili L, Tsagareli Z, et al. Human papillomavirus infection in women with and without cervical cancer in Tbilisi, Georgia. *Cancer Epidemiol* (2011) 35(5):465-70. doi: 10.1016/j.canep. 2010.12.006.
25. American Cancer Society. Detailed Guide: Breast Cancer—What Is Breast Cancer? [el.wikipedia.org/www.cancer.org](http://el.wikipedia.org/www.cancer.org). Accessed May 2013.
26. Andersen R. Revisiting the behavioural model and access to medical care: does it matter. *J. Health Soc. Behav.* 1995;36:1-10.
27. Anorlu R. Cervical cancer: the sub-Saharan African perspective. *Health Matters.* 2008 Nov;16(32):41-9. doi: 10.1016/S0968-8080(08)32415-X.
28. Ansink AC, Tolhurst R, Haque R, Saha S, Datta S, van den Broek NR. Cervical cancer in Bangladesh: community perceptions of cervical cancer and cervical cancer screening. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 2008;102(5):499-505.
29. Anttila A, Ronco G, Clifford G, Bray F, Hakama M, Arbyn M, Weiderpass E, (2004) Cervical cancer screening programmes and policies in 18 European countries. *British Journal of Cancer*, 9: 935 - 941.
30. Apt, D., R. M. Watts, G. Suske, and U. Bernard. 1996. High Sp1/Sp3 ratios in epithelial cells during epithelial differentiation and cellular transcription correlate with the activation of the HPV-16 promoter. *Virology* 224:281- 291.
31. Arbyn M, Castellsague X, de Sanjosé S, Bruni L, Saraiya M, Bray F, et al. Worldwide burden of cervical cancer in 2008. *Ann Oncol* (2011) 22 (12):2675-86. doi: 10.1093/annonc/mdr015.
32. Arbyn M, Primic-Zakelj M, Raifu AO, Grce M, Paraskevaidis E, Diakomanolis E, et al. The burden of cervical cancer in south-east Europe at the beginning of the 21st century. *Coll Antropol* (2007) 31(Suppl 2):7-10.
33. Arrossi S, Paolino M. Proyecto para el mejoramiento del Programa Nacional de Prevención de Cáncer de Cuello Uterino en Argentina: Informe final: Diagnóstico de situación del

Programa Nacional y Programas Provinciales [Internet]. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud; 2008 [citado 13 mar 2013]. Disponible en: [http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/pubOPS\\_ARG/pub64.pdf](http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/pubOPS_ARG/pub64.pdf).

34. Aspy, CB, Vesely, SK, Oman, RF, Rodine, S, Marshall, L, Fluhr, J, McLeroy, K., 2006. Youth-parent communication and youth sexual behavior: implications for physicians. *Family Medicine* 38(7):500-4.
35. Averhoff FM1, Glass N, Holtzman D. Global burden of hepatitis C: considerations for healthcare providers in the United States. *Clin Infect Dis.* 2012 Jul;55 Suppl 1:S10-5. doi: 10.1093/cid/cis361
36. Ayres JR, Franca Júnior I, Junqueira Calazans G, Saletti Filho HC. El concepto de vulnerabilidad y las prácticas de salud: nuevas perspectivas y desafíos. En: Czeresnia D, Freitas CM, compiladores. *Promoción de la salud: conceptos, reflexiones, tendencias.* Buenos Aires: Lugar Editorial; 2008.
37. Azzopardi J, Walsh D, Chong C, Taylor C. Impact of geographic location on surgical outcomes of women with breast cancer. 2014 Jan 20. doi: 10.1111/ans.12514. [Epub ahead of print]
38. Baré M, Bonfill X, Andreu X; Breast Cancer Screening Programme of Sabadell-Cerdanyola Research Group 2006;13 (4): 183-91. Relationship between the method of detection and prognostic factors for breast cancer in a community with a screening program. Breast Cancer Screening Office and Epidemiology and Assessment Unit, UDIAT, Centre Diagnòstic, Corporació Sanitària del Parc Taulí-Institut Universitari Parc Taulí-UAB, Sabadell, Spain. mbare@cspt.
39. Basu P, Sarkar S, Mukherjee S, Ghoshal M, Mittal S, Biswas S, et al. Women's perceptions and social barriers determine compliance to cervical screening: results from a population based study in India. *Cancer Detect Prev.* 2006;30(4):369-74.
40. Baxter N. Preventive Health Care, 2001 update: Should women be routinely taught breast self examination? Canadian Task Force on Preventive Health Care. *CMAJ* 2001, 164: 1387-46.
41. Beemsterboer PMM, Warmerdam PG, Boer R, Borrás JM, Moreno V, Viladiu P, de Koning HJ. (1998). Screening for breast cancer in Catalonia. Which policy is to be preferred? *Eur J Public Health*, 8:241-6.
42. Bekker-Grob EW1, Kok IM, Bulten J, van Rosmalen J, Vedder JE, Arbyn M, Klinkhamer PJ, Siebers AG, van Ballegooijen. Liquid-based cervical cytology using ThinPrep technology: weighing the pros and cons in a cost-effectiveness analysis. *Cancer*

Causes Control. 2012 Aug;23(8):1323-31. doi: 10.1007/s10552-012-0011-1. Epub 2012 Jun 17

43. Bingham A, Bishop A, Coffey P, Winkler J, Bradley J, Dzuba I, et al. Factors affecting utilization of cervical cancer prevention services in low-resource settings. *Salud Publica Mex.* 2003;45 Suppl 3:S408–16.
44. Biscotti CV, Dawson AE, Dziura B, et al. (2005). "Assisted primary screening using the automated ThinPrep Imaging System". *Am. J. Clin. Pathol.* 123 (2): 281–7
45. Blanks RG1, Kelly RS Comparison of cytology and histology results in English cervical screening laboratories before and after liquid-based cytology conversion: do the data provide evidence for a single category of high-grade dyskaryosis? *Cytopathology.* 2010 Dec;21(6):368-73. doi: 10.1111/j.1365-2303.2010.00808.x. Epub 2010 Oct 19.
46. Boer R, de Koning HJ, Threlfall A, Warmerdam P, Street A, Friedman E, Woodman C. (1998). Cost effectiveness of shortening screening interval or extending age range of NHS breast screening programmed computer simulation study. *Br Med J* 1998, 317:376–9.
47. Bonfill X, Marzo M, Pladevall M, Martí J, Emparanza JI. 2009; (1): CD002943. Strategies for increasing women participation in community breast cancer screening.
48. Boufford JI 1999 Jun;76(2):192-206. Crisis, leadership, consensus: the past and future federal role in health.
49. Boyle P, Autier P, Bartelink H, Baselga J, Boffetta P, Burn J et al. 2003. European Code against Cancer and Scientific Justification: Third version. *Ann Oncol*, 14(7): 973-1005.
50. Bronsteen J, Maher BS, Stris PK 2008 Apr;76(5):2 297-332. ERISA, agency costs, and the future of health care in the United States.
51. Broyles R, Narine L, Brandt E, Biard-Holmes D. Health risks, ability to pay, and the use of primary care: is the distribution of service effective and equitable? *Prev. Med.* 2000;30:453–462.
52. Bruni L, Diaz M, Castellsague X, Ferrer E, Bosch FX, de Sanjosé S. Cervical human papillomavirus prevalence in 5 continents: meta-analysis of 1 million women with normal cytological findings. *J Infect Dis* (2010) 202(12):1789–99. doi: 10.1086/657321.
53. Burak, L.J. & Meyer, M. (1998). Factors influencing college women's gynaecological screening behaviors and intentions. *Journal of Health Education*, 29(6), 365-370.
54. Burger EA1, Kim JJ. The value of improving failures within a cervical cancer screening program: An example from Norway. *cancer.* 2014 Mar 11. doi: 10.1002/ijc.28838.

55. Burk RD, Kelly P, Feldman J, et al. Declining prevalence of cervicovaginal human papillomavirus infection with age is independent of other risk factors. *Sex Transm Dis* 1996;23:333--41.
56. Burk, R. D., P. Kelly, J. Feldman, J. Bromberg, S. H. Vermund, J. A. Deltovitz, and S. H. Landesman. 1996. Declining presence of cervicovaginal human papillomavirus infection with age is independent of other risk factors. *Sex. Transm. Dis.* 23:333–341.
57. Burns & Grove SK, *The practice of Nursing Research. Conduct, critique and utilization.* 4th Edition. WB Saunders Company, Philadelphia, 2001 PA.p:49-50,55,250-253,395-404,426-434
58. Burr CK1, Storm DS1, Hoyt MJ1, Dutton L2, Berezny L2, Allread V1, Paul S2 Integrating health and prevention services in syringe access programs: a strategy to address unmet needs in a high-risk population *Public Health Rep.* 2014 Jan-Feb;129 Suppl 1:26-32
59. Calore E, M. Pereira, and M. J. Cavaliere, 2001. Progression of cervical lesions in HIV-seropositive women: a cytological study. *Diagn. Cytopathol.* 24:117–119).
60. Canavan T. P., N.R. Doshi. "Cervical Cancer" *American Academy of Family Physicians*, March 2010, <http://www.aafp.org/afp/20000301/1369.html>
61. Capurro D1, Cole K, Echavarría MI, Joe J, Neogi T, Turner AM The Use of Social Networking Sites for Public Health Practice and Research: A Systematic Review. *Med Internet Res.* 2014 Mar 14;16(3):e79.
62. Carter R, Glasziou P, van Oortmarsen G, de Koning H, Stevenson C, Salkeld G, Boer R. (1993). Cost effectiveness of mammographic screening in Australia. *Aust J Public Health*, 17(1):42–50.
63. Castanon A, W Leung, R Landy, A W Lim, and P Sasieni Characteristics and screening history of women diagnosed with cervical cancer aged 20–29 years *Br J Cancer* . 9 Ιούλ 2013 ? 109 ( 1 ) : 35-41 .
64. Castle PE1, Bulten J, Confortini M, Klinkhamer P, Pellegrini A, Siebers AG, Ronco G, Arbyn M *BJOG.* 2010 Age-specific patterns of unsatisfactory results for conventional Pap smears and liquid-based cytology: data from two randomised clinical trials. *Aug*;117(9):1067-73. doi: 10.1111/j.1471-0528.2010.02650
65. Center for Disease Control and Prevention. Morbidity and mortality weekly report: FDA licensure of bivalent Human Papillomavirus vaccine (HPV2, Cervarix) for use in females and undated HPV vaccination recommendations from the advisory committee on immunization practices (ACIP). *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2010;59(36):1184. September 6, 2010.

- 66.** Chironna M, Tafuri S, De Robertis AL, Sallustio A, Morea A, Napoli A, et al. Prevalence of HPV infection and genotype distribution in women from Africa seeking asylum in Puglia, Italy. *J Immigr Minor Health* (2013) 15(1):159–63. doi: 10.1007/s10903-012-9698
- 67.** Chirwa S, Mwanahamuntu M, Kapambwe S, Mkumba G, Stringer J, Sahasrabuddhe V, et al. Myths and misconceptions about cervical cancer among Zambian women: rapid assessment by peer educators. *Glob Health Promot.* 2010;17(2 Suppl):47–50.
- 68.** Clifford GM et al, Gallus S, Herrero R, Muñoz N, Snijders PJ, Vaccarella S et al. Worldwide distribution of human papillomavirus types in cytologically normal women in the International Agency for Research on Cancer HPV prevalence surveys: A pooled analysis. *Lancet* 2005, 366:991–998.
- 69.** Collins P, Hayes M. Twenty years since Ottawa and Epp: researchers' reflections on challenges, gains, and future prospects for reducing health inequities in Canada. *Health Promot Int.* 2007.
- 70.** Coria C. Otra vida es posible en la edad media de la vida. En: Coria C, Freixas A, Covas S, compiladores. *Los cambios en la vida de las mujeres: Temores, mitos y estrategias.* Buenos Aires: Paidós; 2005 (52-54).
- 71.** Coupé VM, de Melker HE, Snijders PJ, Meijer CJ, Berkhof J. (2009). How to screen for cervical cancer after HPV16/18 vaccination in The Netherlands. *Vaccine*, 13;27(37):5111-9.
- 72.** Cuzick J, Ho L, Terry G, Kleeman M, Giddings M, Austin J, Cadman L, Ashdown-Barr L, Costa MJ, Szarewski A. *J Clin Virol* Individual detection of 14 high risk human papilloma virus genotypes by the PapType test for the prediction of high grade cervical lesions.. 2014 Feb 14. pii: S1386-6532(14)00066-3. doi: 10.1016/j.jcv.2014.02.002.
- 73.** Czeresnia D. El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción. En: Czeresnia D, Freitas CM, compiladores. *Promoción de la salud: conceptos, reflexiones, tendencias.* Buenos Aires: Lugar Editorial; 2008.
- 74.** Dalton M1, Dangel A, Strohsnitter W, Baecher-Lind LJ *Low Genit Tract Dis.* The Impact of Gentle Language on Pain Perception During Colposcopy: A Randomized Controlled Trial 2014 Mar 13.
- 75.** Danish SJ, Chopin SM, Conley K, *Breast Cancer (Auckl).* Rethinking breast self-examinations: are we asking the right questions 2008;2:31-5. Epub 2008 Jun 17.
- 76.** Datta DS, Koutsky L, Douglas JM, et al. Sentinel surveillance for human papillomavirus among women in the United States, 2003--2004 [Abstract MO-306 ISSTD]. Amsterdam; 2005-2006.

77. Dempsey AF, Schaffer SE. Human papillomavirus vaccination rates and state mandates for tetanus-containing vaccines. *Prev Med.* 2011, 52 (3-4):268-9.
78. Denny-Smith T, Bairan A, Page MC (2006). A survey of female nursing students' knowledge, health beliefs, perceptions of risk, and risk behaviors regarding human papillomavirus and cervical cancer. *J Am Acad Nurse Pract*, 18(2):62-9.
79. Department of Health and Ageing. [www.cancerscreening.gov.au](http://www.cancerscreening.gov.au). Accessed 6/2013
80. D'Hombres B, McKee M, Rocco L, Suhrcke M. Does social capital determine health? Evidence from eight transition countries. *Health Econ* 2009.
81. Dinas K, Nasioutziki M, Arvanitidou O, Mavromatidis G, Loufopoulos P, Pantazis K, et al (2009). Awareness of human papillomavirus infection, testing and vaccination in midwives and midwifery students in Greece. *J Obstet Gynaecol*, 29(6):542-6.
82. Douglas M. *La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales*. Barcelona: Paidós; 1996.
83. Duran ET. Examination with the health belief model of women's attitudes to cervical cancer and early diagnosis in Turkey: a qualitative study. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2011;12(5):1179–84.
84. Dye TD, Bogale S, Hobden C, Tilahun Y, Hechter V, Deressa T, et al. Complex care systems in developing countries: breast cancer patient navigation in Ethiopia. *Cancer.* 2010;116(3):577–85.
85. Elmore JG, Nakano CY, Linden HM, Reisch LM, Ayanian JZ, Larson EB. Racial inequities in the timing of breast cancer detection, diagnosis, and initiation of treatment. *Med Care* 2005; 42:141–8.
86. European Center for Disease Prevention and Control. Guidance for the introduction of HPV vaccines in EU countries. Stockholm, January 2008
87. Evans MF, Peng Z, Clark KM, Adamson CS, Ma XJ, Wu X, Wang H, Luo Y, Cooper K. HPV E6/E7 RNA In Situ Hybridization Signal Patterns as Biomarkers of Three-Tier Cervical Intraepithelial Neoplasia Grade. *PLoS One.* 2014 Mar 13;9(3):e91142. doi: 10.1371/journal.pone.0091142. eCollection 2014.
88. Fahs B, Swank E Social identities as predictors of women's sexual satisfaction and sexual activity. *Sex Behav.* 2011 Oct;40(5):903-14. doi: 10.1007/s10508-010-9681-5. Epub 2013 Sep 28.
89. Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin DM. *Globocan 2002. Cancer incidence, mortality and prevalence. Worldwide IARC cancerbase no 5, version 2.0, IARC Press, Lyon, 2004*



90. Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. *Int J Cancer* (2010) 127(12):2893–917. doi: 10.1002/ijc.25516
91. Fernandez ME, McCurdy SA, Arvey SR, Tyson SK, Morales-Campos D, Flores B, et al. HPV knowledge, attitudes, and cultural beliefs among Hispanic men and women living on the Texas-Mexico border. *Ethn Health*. 2009;14(6):607–24.
92. Finkelstein M. Preventive screening. What factors influence testing. *Can. Fam. Physician*. 2002; 48:1494–1501.
93. Fort VK, Makin MS, Siegler AJ, Ault K, Rochat R. Barriers to cervical cancer screening in Mulanje, Malawi: a qualitative study. *Patient Prefer Adherence*. 2011;5:125–31
94. Franco, E. L. 1995. Cancer causes revisited: human papillomavirus and cervical neoplasia. *J. Natl. Cancer Inst.* 87:779–780. 10. 11
95. Friedman AL1, Brookmeyer KA, Kachur RE, Ford J, Hogben M, Habel MA, Kantor LM, Clark E, Sabatini J, McFarlane M. An Assessment of the GYT: Get Yourself Tested Campaign & An Integrated Approach to Sexually Transmitted Disease Prevention Communication. *Sex Transm Dis*. 2014 Mar; 41(3):151-7. doi: 10.1097/OLQ.0000000000000100)
96. Gamble HL, Klosky JL, Parra GR, Randolph ME. Factors influencing familial decision-making regarding human papillomavirus vaccination. *J Pediatr Psychol*. 2010, 35(7):704-15.
97. Garland SM, Hernandez-Avila M, Wheeler CM, Perez G. Quadrivalent vaccine against human papillomavirus to prevent anogenital diseases. *N Engl J Med*. 2007, 356:1928-43).
98. Gather, October 2013. Guide to counseling. Baltimore, MD, John Hopkins School of Public Health, Population Information Program, 1998 (Population Reports, Series J, No. 48; www.jhuccp.org Accessed October 2013)
99. Giambi C, Donati S, Declich S, Salmaso S, Degli Atti ML, Alibrandi MP, Brezzi S, Carozzi F, Collina N, Franchi D, Lattanzi A, Meda M, Minna MC, Nannini R, Scherillo I, Bella A; PreGio Working Group Estimated acceptance of HPV vaccination among Italian women aged 18-26 years) 2007.
100. Gibbs G. 2007. *Analysing Qualitative Data (Qualitative Research Kit)*. USA: London: Sage.
101. Giraud N, Discacciati V, Bakalar K, Basualdo N, Dreyer C. Barreras al acceso del rastreo de cáncer de cuello uterino en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. *Archivos de*

- Medicina Familiar y General [Internet]. 2006 [citado 16 nov 2012];3(2):7-21. Disponible en: <http://archivos.famfyg.org/revista/index.php/amfyg/article/viewFile/39/39>.
- 102.** Giveon S, Kahan E, Beilinson, Patient compliance with the recommendations of family practitioners for screening breast cancer: a historical cohort study. 2009.
- 103.** Globocan data, Source 2002, <http://www-dep.iarc.fr> - National Cancer Institute. Why and Where Cancer Returns. [www.cancer.gov/cancertopics/When-Cancer>Returns/page2](http://www.cancer.gov/cancertopics/When-Cancer>Returns/page2). Accessed August 2013
- 104.** Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Dirección General de Estadística y Censos. Encuesta Anual de Hogares de la Ciudad de Buenos Aires: Aspectos referidos a la salud 2002. Encuesta Anual de Hogares [Internet]. 2004(3) [citado 13 mar 2013]. Disponible en: [http://www.buenosaires.gov.ar/areas/hacienda/sis\\_estadistico/nuevoinforme/EAH-salud.zip](http://www.buenosaires.gov.ar/areas/hacienda/sis_estadistico/nuevoinforme/EAH-salud.zip).
- 105.** Goldhaber-Fiebert DJ, Stout KN, Salomon AJ, Kuntz MK, Goldie JS, (2008). Cost-Effectiveness of Cervical Cancer Screening With Human Papillomavirus DNA Testing and HPV-16,18 Vaccination. *J Natl Cancer Inst*, 100: 308 – 320.
- 106.** González - Pier E , Gutiérrez - Delgado C , G Stevens , Barraza - Llorens M, Porrás-Condey R , Carvalho N , et al . De fi nición de prioridades para las Intervenciones de Salud en el Sistema de Protección Social en de Salud México . *Salud Publica Mex*. 2007 49 (SUPL 1):S37 - 52
- 107.** Gotay CC, Wilson ME. Social support and cancer screening in African American, Hispanic, and Native American women. 2008 Jan-Feb;6(1):31-7
- 108.** Hakama M, Miller AB, Day NE (eds) (1986) The epidemiological basis for evaluating different screening policies. In *Screening for Cancer of the Uterine Cervix*, (IARC Scientific Publications No 76), pp 199–209, Lyon: International Agency for Research on Cancer.
- 109.** Hariri S, Unger E, Sternberg M, Dunne E, Swan D, Patel S, Markowitz L. Prevalence of Genital Human Papillomavirus Among Females in the United States, the National Health and Nutrition Examination Survey, 2003– 2006. 2011.
- 110.** Hatori T, Nakamura T, Tsukui S The importance of using a test to detect Chlamydia trachomatis infection in patients undergoing counseling and testing for sexually transmitted diseases at a public health center 2013;60(11):691-6.

111. Haydon AA, Herring AH, Prinstein MJ, Halpern CT. Beyond age at first sex: patterns of emerging sexual behavior in adolescence and young adulthood *J Adolesc Health*. 2012 May; 50 (5): 456- 63. doi: 10.1016/j.jadohealth.2011.09.006. Epub 2011 Nov 17
112. Hendriks JHCL, van der Maas PJ. (1991).Breast cancer screening and cost-effectiveness; policy alternatives, quality of life considerations and the possible impact of uncertain factors. *Int J Cancer*, 49:531–7.
113. Herring AH, Halpern CT. Associations between patterns of emerging sexual behavior and young adult reproductive health. *Perspect Sex Reprod Health*. 2012 Dec; 44(4):218-27. doi: 10.1363/4421812. Epub 2012 Oct 3
114. Holland W., Stewart S. and Masseria C, (2006) Policy Brief: Screening in Europe, World Health Organization, 2006, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
115. Holmberg L, et al. Breast cancer mortality in relation to self reported use of breast self examination. A cohort study of 450.000 women. *Breast Cancer Res. Treat* 1997; 43:137-140.
116. Hopkins TG, Wood NJ, West RM, Darling JC (2009). UK health professionals' attitudes and knowledge regarding Human Papillomavirus (HPV) vaccination: a West Yorkshire Study. *J Paediatr Child Health*. 45 (11): 652-5.
117. Hubley J. *Communicating health: an action guide to health education and health promotion*. London, Macmillan, 1993
118. Huisman M., Kunst AE., Bopp M., et al. Educational inequalities in cause-specific mortality in middle-aged and older men and women in Western European populations. *Lancet* 2005. 365 (9473).
119. Institute of Medicine (1996). *Primary Care: America's Health in a New Era*. National Academies Press. p. 27. Retrieved 2013 Εθνική έρευνα 2005 (<http://www.cdc.gov/nchs/nsfg>)
120. International Agency for Research on Cancer. World Health Organization. *Breast Cancer Screening*. IARC Handbooks of Cancer Prevention. Vol. 7. IARC Press 2002
121. ISD Scotland. Data were provided on request, April 2012. Similar data can be found here: <http://www.isdscotland.org/Health Topics/Cancer/ Publications/index.asp#605>
122. Ishibashi KL, Koopmans J, Curlin FA, Alexander KA, Ross LF (2008). Pediatricians are More Supportive of the Human Papillomavirus Vaccine than the General Public. *South Med J*, 101:1216-21.

- 123.** Judith F. Smith<sup>1</sup> Michelle Brownlow<sup>1</sup> Martha Brown<sup>1</sup> Rose Kowalski<sup>1</sup> Mark T. Esser<sup>2</sup> Wanda Ruiz<sup>2</sup> Eliav Barr<sup>3</sup> Darron R. Brown<sup>4</sup> Janine T. Bryan<sup>1</sup>, Antibodies from Women Immunized with Gardasil® Cross-Neutralize HPV 45 Pseudovirions *Human Vaccines* 3:4, 109-116, July/August 2007]; ©2007 Landes Bioscience.
- 124.** Kabaca C1, Koleli I, Sariibrahim B, Karateke A, Gurbuz A, Kapudere B, Cetiner H, Cesur S. Is Cervical Punch Biopsy Enough for the Management of Low-Grade Cervical Intraepithelial Neoplasia? *J Low Genit Tract Dis.* 2014 Mar 13.
- 125.** Kahn JA, Rosenthal SL, Hamann T, Bernstein DI (2003). Attitudes about human papillomavirus vaccine in young women. *Int J STD AIDS*, 14:300–306.
- 126.** Kang HS, Moneyham L (2010). Attitudes toward and intention to receive the human papilloma virus (HPV) vaccination and intention to use condoms among female Korean college students. *Vaccine*, 28(3):811-6.
- 127.** Karaiskou A, Malliarou M2, Sarafis P.3 Economic crisis: impact on the health of citizens and consequences on health systems (2012) Vol 4, Issue 2, 49-54 ISSN 1791 – 9649.
- 128.** Karanikolos M, Mladovsky P, Cylus J, Thomson S, Basu S, Stuckler D, Mackenbach JP, McKee M.2013 Apr 13;381(9874):1323-31. doi: 10.1016/S0140-6736(13)60102-6. Epub 2013 Mar 27. Financial crisis, austerity, and health in Europe.
- 129.** Karina Araujo Aires, Aurora Marques Cianciarullo, Sylvia Mendes Carneiro, Luisa Lina Villa, Enrique Boccardo, Gaspar Pe´rez-Martinez, Isabel Perez-Arellano, Maria Leonor Sarno Oliveira and Paulo Lee Ho Production of Human Papillomavirus Type 16 L1 Virus-Like Particles by Recombinant *Lactobacillus casei* Cells. *Applied and environmental microbiology*, Jan. 2006, p. 745–752. Vol. 72, No. 1.
- 130.** Keshavarz Z, Simbar M, Ramezankhani A. Factors for performing breast and cervix cancer screening *Challenges for Breast and Gynecological Cancer Control by Early Detection* 227-230
- 131.** Keshavarz Z, Simbar M, Ramezankhani A. Factors for performing breast and cervix cancer screening by Iranian female workers: a qualitative-model study. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2011;12 (6):1517–22.
- 132.** Kim JJ, Wright CT, Goldie JS, (2005). Cost-effectiveness of Human Papillomavirus DNA Testing in the United Kingdom, The Netherlands, France, and Italy. *Journal of the National Cancer Institute*, 97(12):888.
- 133.** Korobkin R Comparative effectiveness research as choice architecture: the behavioral law and economic solution to the health care cost crisis. 2014 Feb; 112(4):523-74.

134. Kroupis C, Thomopoulou G, Papatomas TG, Vourlidis N, Lazaris AC. Population-based study of human papillomavirus infection and cervical neoplasia in Athens, Greece. *Epidemiol Infect* 2007, 135:943–950
135. Kuehn BM. New HPV Vaccine indication. *JAMA*. 2011, 305(8):770.
136. Kulmala SM, Shabalova IP, Petrovitchev N, Syrjanen KJ, Gyllensten UB, Syrjanen SM. Prevalence of the most common high-risk HPV genotypes among women in three new independent states of the former Soviet Union. *J Med Virol* (2007) 79(6):771–81. doi: 10.1002/jmv.20839.
137. Labropoulou V, Diakomanolis E, Dailianas S, Kalpaktsoglou K, Balamotis A, Mavromara P. Type-specific prevalence of genital human papillomaviruses in benign, premalignant, and malignant biopsies in patients from Greece. *Sex Trans Dis* 1997, 24:469–474.
138. Layzer C1, Rosapep L2, Barr S3A peer education program: delivering highly reliable sexual health promotion messages in schools. *J Adolesc Health*. 2014 Mar; 54 (3 Suppl): S70-7. doi: 10.1016/j.jadohealth.2013.12.023.
139. Leong SP, Shen ZZ, Liu TJ, Agarwal G, Tajima T, Paik NS, Sandelin K, Derossis A, Cody H, Foulkes WD (2010) Is breast cancer the same disease in Asian and Western countries? *World J Surg* 34:2308–2324.
140. Ley C, Bauer HM, Reingold A, et al. Determinants of genital human papillomavirus infection in young women. *J Natl Cancer Inst* 1991; 83:997-1003.
141. Liedke PE, Finkelstein DM, Szymonifka J, Barrios CH, Chavarri-Guerra Y, Bines J, Vasconcelos C, Simon SD, Goss PE Outcomes of breast cancer in Brazil related to health care coverage: a retrospective cohort study. 2014 Jan; 23(1):126-33. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-13-0693. Epub 2013 Oct 2
142. Lionis C, Symvoulakis E, Markaki A, Vardavas C, Papadakaki M, Canillidou N, Souliotis K, Kyriopoulos I. Integrate primary health care in Greece, a missing issue in the current health policy agenda: a systematic review. *Int. J. Integr. Care*. 2009; 9:e88.
143. López E, Findling L. Prevención de la salud reproductiva y construcción social del riesgo: eslabones entre las prácticas individuales y las acciones públicas. *Revista de la Maestría en Salud Pública*. 2003; 1(2):1-18
144. López-Cepero R, Flares JA, Romaguera J Knowledge of chlamydia trachomatis assessed in a Puerto Rican medical student population 2011 Mar; 30(1):18-21.
145. Lorant V, Boland B, Humblet P, Deliege D. Equity in prevention and health care. *J. Epidemiol. Commun. Health*. 2002; 56: 510–516.

146. Ma GX, Yin L, Gao W, Tan Y, Liu R, Fang C, et al. Workplace-based breast cancer screening intervention in china. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2012; 21(2):358–67.
147. Madan J., Rawdin A., (2008). An initial assesment of the merits of extending routine breast cancer screening to women aged 47-49 years to assist the appraisal of options of extending the NHSBSP with appendix considering women aged 70-73. [www.cancerscreening.nhs.uk/breastscreen/nhsbsp-appraisal-47-49.pdf](http://www.cancerscreening.nhs.uk/breastscreen/nhsbsp-appraisal-47-49.pdf) 47.
148. Mammas IN, Spandidos DA. Vaccination against human papillomavirus in childhood: the next rubella analogue? *J BUON.* 2012 Apr-Jun; 17 (2):389-90.
149. Maree JE, Wright SC, Makua TP. Men’s lack of knowledge adds to the cervical cancer burden in South Africa. *Eur J Cancer Care (Engl).* 2011; 20 (5):662–8.
150. Markovic M, Kesic V, Topic L, Matejic B. Barriers to cervical cancer screening: a qualitative study with women in Serbia. *Soc Sci Med.* 2005; 61 (12):2528–35.
151. Martel C, Ferlay J, Franceschi S, et al. Global burden of cancers attributable to infections in 2008: a review and synthetic analysis. *The Lancet Oncology* 2012; 13: 607-615
152. Martins LF, Valente JG, Thuler LC Factors related to inadequate cervical cancer screening in two Brazilian state capitals. *Rev Saude Publica.* 2009 Apr;43(2):318-25.
153. Matos E, Loria D, Amestoy GM, Herrera L, Prince MA, Moreno J et al. Prevalence of human papillomavirus infection among women in Concordia, Argentina: A population-based study. *SexTransm Dis* 2003, 30:593–599.
154. Mattos R Cuidado prudente para uma vida decente. En: Pinheiro R, Mattos R, organizadores. *Cuidado: as fronteiras da integralidade.* Rio de Janeiro: IMS, UERJ, CEPESC, ABRASCO; 2008.
155. McCaffery K, Irwig L (2005). Australian women's needs and preferences for information about human papillomavirus in cervical screening. *J Med Screen*,12:134-41.
156. McFarland DM. Cervical cancer and Pap smear screening in Botswana: knowledge and perceptions. *Int Nurs Rev.* 2003;50 (3):167–75.
157. McIntosh A, Shaw C, Evans G, Turnbull N, Bahar N, Barclay M, Easton D, Emery J, Gray J, Halpin J, Hopwood P, McKay J, Sheppard C, Sibbering M, Watson W, Wailoo A, Hutchinson A (2004) *Clinical Guidelines and Evidence Review for The Classification and Care of Women at Risk of Familial Breast Cancer*, London: National Collaborating Centre for Primary Care/University of Sheffield.

158. McIsaac W, Fuller-Thomson E, Talbot Y. Does having regular care by a family physician improve preventive care? *Can. Fam. Physician.*2001;47:70–76], Qi V, Phillips S, Hopman W. Determinants of a healthy lifestyle and use of preventive screening in Canada. *BMC Public Health.* 2006; 6:275.
159. Medicare Australia. [www.medicareaustralia.gov.au](http://www.medicareaustralia.gov.au). Accessed 6/2013.
160. Ministerio de Salud de la Nación, Programa Nacional del Cáncer Cérvico-uterino. Mortalidad por cáncer de cuello de útero por provincias 2004-2006 [Internet]. Buenos Aires: MSAL [citado 13 mar 2014]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/cancer-cervico-uterino/datos-epidemiologicos.html>.
161. Moscicki AB. HPV Vaccines: today and in the Future. *J Adolesc Health.* 2008, 43:S26-40.
162. Moscicki AB., Schiffman M., Kjaer S, Villa LL. Updating the natural history of HPV and anogenital cancer. *Vaccine.* 2006;24 (Suppl 3):42–51.
163. Muhamad M, Merriam S, Suhami N. Why breast cancer patients seek traditional healers. *Int J Breast Cancer.* 2012;689168. doi: 10.1155/2012/689168. Epub 2011 Nov 17.
164. Muhamad M, Merriam S, Suhami N. Why breast cancer patients seek traditional healers. *Int J Breast Cancer.* 2012; 2012: 689168.
165. Nancy Reynoso-Noveron, Alejandro Mohar-Betancour Breast Cancer: Epidemiological review and opportunities Prevention 2013.
166. National Cancer Institute. Staging: Questions and Answers. [www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/Detection/staging](http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/Detection/staging). Accessed June 2013.
167. NCIN. Cancer Incidence and Mortality by Cancer Network, UK, 2005. London.
168. Necklyudov L, Fletcher S. Is it time to stop teaching Breast Self Examination? *CMAJ* 2001, 164: 1851-2.
169. Nelson HD, Fu R, Goddard K, Mitchell JP, Okinaka-Hu L, Pappas M, Zakher B Risk Assessment, Genetic Counseling, and Genetic Testing for BRCA-Related Cancer: Systematic Review to Update the U.S. Preventive Services Task Force Recommendation [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2013 Dec. Report No.: 12-05164-EF-1U.S. Preventive Services Task Force Evidence Syntheses, formerly Systematic Evidence Reviews.
170. Ngugi CW, Boga H, Muigai AW, Wanzala P, Mbithi JN. Factors affecting uptake of cervical cancer early detection measures among women in Thika, Kenya. *Health Care Women Int.* 2012;33(7):595–613.

- 171.** Northern Ireland Cancer Registry. Data were provided on request, June 2012. <http://www.qub.ac.uk/research-centres/nicr/CancerData/OnlineStatistics>
- 172.** Notara V., Soultatou P., Tselika A. Exploration of health service users' knowledge of HPV and immunization against the virus *Interscientific Health Care* (2010) Vol 2, Issue 4, 184-189.
- 173.** Nyitray AG, Iannacone MR. The Epidemiology of Human Papillomaviruses. *Curr Probl Dermatol.* 2014; 45: 75-91. Epub 2014 Mar 13. PMID:24643179.
- 174.** Office for National Statistics. Data were provided on request, June 2012. Similar data can be found here: <http://www.ons.gov.uk/ons/search/index.html?newquery=cancer+registrations>.
- 175.** Ortiz Ortega A, compilador. Derechos reproductivos de las mujeres: un debate sobre justicia social en México. México: Edamex, Universidad Autónoma Metropolitana; 1999.
- 176.** Owusu-Edusei K Jr1, Tao G, Gift TL, Wang A, Wang L, Tun Y, Wei X, Wang L, Fuller S, Kamb ML, Bulterys M Cost-effectiveness of integrated routine offering of prenatal HIV and syphilis screening in China. *Sex Transm Dis.* 2014 Feb;41(2):103-10. doi: 10.1097/OLQ.0000000000000085.
- 177.** Panotopoulou E, Tserkezoglou A, Kouvousi M, Tsiaousi I, Chatzieleftheriou G, Daskalopoulou D. Prevalence of human papillomavirus types 6, 11, 16, 18, 31, and 33 in a cohort of Greek women. *J Med Virol* 2007, 79:1898–190.
- 178.** Paolino M, Arrossi S. Análisis de los motivos del abandono del proceso de seguimiento y tratamiento por parte de mujeres con lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino en la provincia de Jujuy: implicancias para la gestión. *Salud Colectiva.* 2012; 8(3):247-261.
- 179.** Paolino M, Arrossi S. Women's knowledge about cervical cancer, Pap smear and human papillomavirus and its relation to screening in Argentina. *Women Health.* 2011; 51(1):72–87.
- 180.** Parsa P, Kandiah M, Abdul RH, Zulke f l i NM. Barriers for breast cancer screening among Asian women: a mini literature review. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2006; 7 (4):509–14.
- 181.** Pereira Sde M1, Taquette SR, Pérez Mde A High school students' opinions of gynecological consultations in Rio de Janeiro, Southeastern Brazil. *Rev Saude Publica.* 2013 Feb; 47(1):2-10
- 182.** Perry N., Broaders M., de Wolf C. et al. European Guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis. Fourth edition-summary document. *Annals of Oncology* 2008; 19:614-622 (1,1/100.000)



- 183.** Peyton CL, Gravitt PE, Hunt WC, et al. Determinants of genital human papillomavirus detection in a US population. *J Infect Dis* 2001;183:1554--64.
- 184.** Polit DF & Hungler BP *Nursing Research-Principles and Methods*. 4th Edition. JB Lippincott Company, Philadelphia (1991).p:21, 29-46, 50-51, 61, 179, 191-195, 243-245, 367-380.
- 185.** Pomidor A, Gemmel D, Buss TF, Guerini D, Mahadezappa M 1993 Feb;25(2):120-5. The effect on retirees of losing retirement and health insurance benefits.
- 186.** Population Reference Bureau (PRB) and Alliance for Cervical Cancer Prevention (ACCP). *Preventing Cervical Cancer Worldwide*. 2004. Washington, DC: PRB; Seattle
- 187.** Primo WQ, Garrafa V. Ethical issues of diagnosis disclosure and treatment in patients with genital or breast cancer. *Rev Assoc Med Bras*. 2010; 56(4):397–402.
- 188.** Quinn M, Wood H, Cooper N, Rowan S, eds. *Cancer Atlas of the United Kingdom and Ireland 1991–2000*. Studies on Medical and Population Subjects No. 68. London: ONS; 2005.
- 189.** Ramos S, Pantelides EA. Dificultades en la prevención secundaria del cáncer de cuello de útero: Las mujeres y los médicos frente a una citología cervical de resultado positivo. Buenos Aires: CEDES; 1990. (Documento CEDES 43).
- 190.** Raphael D. Escaping from the phantom zone: social determinants of health, public health units and public policy in Canada. *Health Promot Int*. 2009;6:193–198. doi: 10.1093/heapro/dap005.
- 191.** Ratanasiripong NT 2014 Jan 11. [Epub ahead of print] Human Papillomavirus Vaccine Increases High-Risk Sexual Behaviors: A Myth or Valid Concern.
- 192.** Revzina NV, Diclemente RJ. Prevalence and incidence of human papillomavirus infection in women in the USA: a systematic review. *Int J STD AIDS* 2005; 16:528-37.
- 193.** Richie RC, Swanson JO. Breast cancer: A review of the literature. *J Insur Med* 2003, 35:85–101.
- 194.** Ricks LJ, Ewing A, Thompson N, Harrison B, Wilson B, Richardson F, Carter-Nolan P, Spencer C, Laiyemo A, Williams C. Family history of cancer associate with breast tumor clinicopathological features. *J Community Genet*. 2014 Jan 15
- 195.** Ries LAG, Eisner MP, Kosary CL, et al., editors. *SEER cancer statistics review*. Bethesda: National Cancer Institute; 2004. p. 1975–
- 196.** 2001. Available at: ([http://seer.cancer.gov/csr/1975\\_2001](http://seer.cancer.gov/csr/1975_2001)). Accessed 11 Apr 2013
- 197.** Roberts C., Currie C., Samdal O., Currie D., Smith R., Maes L. (2007). Measuring the health and health behaviours of adolescents through cross-national survey research: recent

- developments in the HealthBehaviour in School-aged Children (HBSC) study. *J Public Health*, 15:179-186.
- 198.** Robson C., (2002). *Real World Research: A Resource for Social Scientists and Practitioner-Researchers (Regional surveys of the world)(2nded.)*. Oxford: Wiley-Blackwell Publishers.
- 199.** Rodriguez-Artalejo F, Diez-Ganan L, Artinanao AB, Banegas Banegas JR. Effectiveness and equity of serum cholesterol and blood pressure testing: a population based study in Spain. *Prev. Med.* 2003;37:82–91.
- 200.** Rogers SM<sup>1</sup>, Turner CF<sup>2</sup>, Hobbs M<sup>3</sup>, Miller WC<sup>3</sup>, Tan S<sup>1</sup>, Roman AM<sup>4</sup>, Eggleston E<sup>1</sup>, Villarroel MA<sup>5</sup>, Ganapathi L<sup>6</sup>, Chromy JR<sup>7</sup>, Erbeling E<sup>8</sup> Epidemiology of undiagnosed trichomoniasis in a probability sample of urban young adults. 2014 Mar 13;9(3):e90548. doi: 10.1371/journal.pone.0090548. eCollection 2014.
- 201.** Rosen G. *De la policía médica a la medicina social: Ensayos sobre la historia de la atención a la salud*. México: Siglo Veintiuno Editores; 1985.
- 202.** Rouzier R, Giordanella JP. Coverage and compliance of Human Papilloma Virus vaccines in Paris: demonstration of low compliance with non-school-based approaches. *J Adolesc Health.*, 2010, 47(3):237-41.
- 203.** Sambamoorthi U, McAlapine D. Racial, ethnic, socioeconomic and access disparities in the use of preventive services among women. *Prev. Med.* 2003;37:475–484.
- 204.** Sankaranarayanan R, Esmey PO, Rajkumar R, Muwonge R, Swaminathan R, Shanthakumari S, et al. Effect of visual screening on cervical cancer incidence and mortality in Tamil Nadu, India: a cluster-randomised trial. *Lancet.* 2007 370(9585):398
- 205.** Sankaranarayanan R, Ramadas K, Thara S, Muwonge R, Prabhakar J, Augustine P, et al. Clinical breast examination: preliminary results from a cluster randomized controlled trial in India. *J Natl Cancer Inst.* 2011. 103(19):1476–80
- 206.** Sankaranarayanan R, Swaminathan R, Brenner H, Chen K, Chia KS, Chen JG, et al. Cancer survival in Africa, Asia, and Central America: a populationbased study. *Lancet Oncol.* 2010;11(2):165
- 207.** Sankaranarayanan R., K. Ramadas, K. Grosse Frie, και Y. A. Qiao «challenges for gynecological early diagnosis of breast cancer in less developed countries» 2013
- 208.** Santenelli, J.S, Ventura S, lindberg L, Morrow b, Anderson J. E, Lyss S, & Hamilton B. E (2004). Can changes in sexual behaviors among high school students explain the decline in teen pregnancy rates, *journal of Adolescent Health*, 35,80-90

- 209.** Schneider JA Next-generation partner services: an HIV elimination strategy. *Sex Transm Dis.* 2014 Feb;41(2):149-50. doi: 10.1097/OLQ.0000000000000098.
- 210.** Shapiro J<sup>1</sup>, Radecki S, Charchian AS, Josephson V Sexual behavior and AIDS-related knowledge among community college students in Orange County, California. *Community Health.* 1999 Feb;24(1):29-43.
- 211.** Shi L, Singhs HL, Bryan JT, Wang B, Wang Y, Mach H, Kosinski M, Washabaugh MW, Sitrin R, Barr E. GARDASIL: prophylactic human papillomavirus vaccine development--from bench top to bed-side. *Clin Pharmacol Ther.* 2007 Feb; 81(2):259-64. 54-56.
- 212.** Shidham VB, Mehrotra R, Varsegi G, D'Amore KL, Hunt B, Narayan R. p16 INK4a immunocytochemistry on cell blocks as an adjunct to cervical cytology: Potential reflex testing on specially prepared cell blocks from residual liquid-based cytology specimens. *CytoJournal [serial online]* 2011 [cited 2011 Apr 17];8:1. Available from: <http://www.cytojournal.com/text.asp?2011/8/1/1/76379>.
- 213.** Shin HR, Boniol M, Joubert C, Hery C, Haukka J, Autier P, Nishino Y, Sobue T, Chen CJ, You SL, Ahn SH, Jung KW, Law SC, Mang O, Chia KS (2010) Secular trends in breast cancer mortality in five East Asian populations: Hong Kong, Japan, Korea, Singapore and Taiwan. *Cancer Sci* 101:1241–1246. *Lancet.* 2007;370(9585):398–422.
- 214.** Shulman LP. Gynecological management of premenstrual symptoms. *Curr Pain Headache Rep.* 2010;14(5):367–75.
- 215.** Shulman LP. Gynecological management of premenstrual symptoms. *Curr Pain Headache Rep.* 2010;14(5):367–75.
- 216.** Siebers AG<sup>1</sup>, Klinkhamer PJ, Vedder JE, Arbyn M, Bulten J Causes and relevance of unsatisfactory and satisfactory but limited smears of liquid-based compared with conventional cervical cytology. *Arch Pathol Lab Med.* 2012 Jan;136(1):76-83. doi: 10.5858/arpa.2011-0113-OA.
- 217.** Silverman, D. (2005). *Doing Qualitative Research.* Thousand Oaks CA: Sage
- 218.** Slamon DJ, Clark GM, Wong SG, Levin WJ, Ullrich A, McGuire WL. Human breast cancer: correlation of relapse and survival with amplification of the HER-2/neu oncogene. *Science.* 1987; 235:177-182.
- 219.** Slomovitz BM, Sun CC, Frumovitz M, Soliman PT, Schmeler KM, Pearson HC et al. (2006). Are women ready for the HPV vaccine? *Gynecol Oncol*, 103:151-154.
- 220.** Smith RA, Caleffi M, Albert US, Chen TH, Duffy SW, Franceschi D, et al. Breast cancer in limited resource countries: early detection and access to care. *Breast J.* 2006;12 Suppl 1:S16–26.

- 221.** Smith RA, Saslow D, Sawyer KA, Burke W, Costanza ME, Evans WP, Foster RS, Hendrick E, Eyre HJ, Sener S (2003) American cancer society guidelines for breast cancer screening: update 2003. *CA Cancer J Clin* 53:141–169
- 222.** Sonnenberg P, Clifton S, Beddows S, Field N, Soldan K, Tanton C, Mercer CH, da Silva FC, Alexander S, Copas AJ, Phelps A, Erens B, Prah P, Macdowall W, Wellings K, Ison CA, Johnson AM. Prevalence, risk factors, and uptake of interventions for sexually transmitted infections in Britain: findings from the National Surveys of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal). *Lancet*. 2013 Nov 30;382(9907):1795-806. doi: 10.1016/S0140-6736(13)61947-9. Epub 2013 Nov 26
- 223.** Souliotis K<sup>1</sup>, Papageorgiou M, Politi A, Ioakeimidis D, Sidiropoulos P. Barriers to accessing biologic treatment for rheumatoid arthritis in Greece: the unseen impact of the fiscal crisis--the Health Outcomes Patient Environment (HOPE) study..2014 Jan;34(1):25-33. doi: 10.1007/s00296-013-2866-1. Epub 2013 Sep 22.
- 224.** Sproull NL, *Handbook of Research Methods*. Scarecrow Press, Metuchen, NJ, London, 1998. p:27-28, 5-68, 14-150, 191-193, 253-296.
- 225.** Stuckler D, King L, McKee M. Mass privatisation and the post-communist mortality crisis. *Lancet*. 2009;373(9661):399–407.
- 226.** Sydsjö G, Selling KE, Nyström K, Oscarsson C, Kjellberg S. Knowledge of reproduction in teenagers and young adults in Sweden. 2006 Jun;11(2):117-25
- 227.** Tachezy R, Smahelova J, Kaspirkova J, Salakova M. Human papillomavirus type-specific prevalence in the cervical cancer screening population of Czech women. *PLoS One* (2013)8(11):e79156. doi: 10.1371/journal.pone.0079156.
- 228.** Tachezy R, Smahelova J, Kaspirkova J, Salakova M. Human papillomavirus type-specific prevalence in the cervical cancer screening population of Czech women. *PLoS One* (2013)8(11):e79156. doi: 10.1371/journal.pone.007915
- 229.** Tebbs JM<sup>1</sup>, McMahan CS, Bilder CR Two-stage hierarchical group testing for multiple infections with application to the infertility prevention project. *Dec*; 69(4):1064-73. doi: 10.1111/biom.12080. Epub 2013 Oct 4.
- 230.** Theodorou M, Charalambous C, Petrou C, Cylus J. Cyprus health system review. 2012;14(6):1-128.
- 231.** Todorova I, Baban A, Alexandrova-Karamanova A, Bradley J. Inequalities in cervical cancer screening in Eastern Europe: perspectives from Bulgaria and Romania. *Int J Public Health* (2009) 54(4):222–32. doi: 10.1007/s00038-009-8040

- 232.** Tominaga S. Cancer incidence in Japanese in Japan, Hawaii and western United States. *Natl Cancer Inst Monogr* 1985, 69:83–92
- 233.** UK National Screening Committee. [www.screening.nhs.uk](http://www.screening.nhs.uk) Accessed 6/2013
- 234.** UK National Screening Committee. UK Screening Portal: Breast screening across the UK. Accessed October 2013
- 235.** UK Trial of early detection on breast cancer group. 16 year mortality from breast cancer in the UK. *Lancet* 1999; 353:1909.
- 236.** Untiet S, Vassilakos P, McCarey C, Tebeu PM, Kengne-Fosso G, Menoud PA, Boulvain M, Navarria I, Petignat P HPV self-sampling as primary screening test in sub-Saharan Africa: Implication for a triaging strategy. *Int J Cancer*. 2014 Mar 11. doi: 10.1002/ijc.28834.
- 237.** Urrutia MT, Concha X, Riquelme G, Padilla O. Knowledge and preventive behaviors related to cervical cancer and human papilloma virus in a group of Chilean adolescents. *Rev Chilena Infectol*. 2012 Dec;29(6):600-6. doi: 10.4067/S0716-10182012000700003.
- 238.** Van Ranst M, Tachez R, Burk RD. Human papillomaviruses: a never ending story? In: Lacey C. *Papilloisavirus r.viezvs*:: Leeds University Press, 1996:1 19.
- 239.** Villa LL, Ault KA, Giuliano AR, RL, Petta CA Costa, Andrade RP, Brown DR, Ferenczy A, Harper DM, Koutsky LA, Kurman RJ, Lehtinen M, Malm C, Olsson SE, Ronnett BM, Skjeldestad FE, Steinwall M, Stoler MH, Wheeler CM, Taddeo FJ, Yu J, Lupinacci L, Railkar R, Marchese R, Esser MT, Bryan J, Jansen KU, Sings HL, Tamms GM, Saah AJ, Barr E. Immunologic responses following administration of a vaccine targeting human papillomavirus Types 6, 11, 16, and 18. *Vaccine* 2006 Jul 7;24(27-28):5571-83. Epub 2006 May 15.
- 240.** Viniegra M, Paolino M, Arrossi S. Cáncer de mama en Argentina: organización, cobertura y calidad de las acciones de prevención y control: Informe final julio 2010: Diagnóstico de situación del Programa Nacional y Programas Provinciales [Internet]. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud; 2010 [citado 13 mar 2013].
- 241.** Viveros M. Saberes y dolores secretos: Mujeres, salud e identidad. En: Arango LG, León M, Viveros M, compiladores. *Género e identidad: Ensayos sobre lo femenino y masculino*. Bogotá: TM Editores, Ediciones Uniandes, Programa de Estudios de Género, Mujer y Desarrollo; 1999.
- 242.** Wald G. Promoción de la salud a través del arte: estudio de caso de un taller de fotografía en "Ciudad Oculta", la villa N° 15 de la Ciudad de Buenos Aires. *Salud Colectiva*. 2009; 5 (3):345-362.

- 243.** Wald N. Consensus Conference on Breast Cancer Screening. Paris February 1993. Report of the evaluation Committee. *Oncology* 1994; 51: 380-9.
- 244.** Watkins MM, Gabali C, Winkleby M, Gaona E, Lebaron S. Barriers to cervical cancer screening in rural Mexico. *Int J Gynecol Cancer*. 2002;12(5):475–9.
- 245.** Watkins MM, Gabali C, Winkleby M, Gaona E, Lebaron S. Barriers to cervical cancer screening in rural Mexico. *Int J Gynecol Cancer*. 2002;12(5):475–9.
- 246.** Watts T, Merrell J, Murphy F, Williams A. Breast health information needs of women from minority ethnic group 2004 Sep 47(5):526-35.
- 247.** Weber BL, Nathanson KL. Low penetrance genes associated with increased risk for breast cancer. *Eur J Cancer* 2000, 36: 1193–1199
- 248.** Welsh Cancer Intelligence and Surveillance Unit. Data were provided on request, April 2012. Similar data can be found here: <http://www.wales.nhs.uk/sites3/page.cfm?orgid=242&pid=51358>
- 249.** Westlake S, Cooper N. Cancer incidence and mortality: trends in the United Kingdom and constituent countries, 1993 to 2004. *Health Statistics Quarterly*. 2008. 38.
- 250.** Wheeler CM, Parmenter CA, Hunt WC, et al. Determinants of genital human papillomavirus infection among cytologically normal women attending the University of New Mexico student health center. *Sex Transm Dis* 1993;20:286-9.
- 251.** Whitaker DJ, Miller KS - Parent-Adolescent Discussions about Sex and Condoms Impact on Peer Influences of Sexual Risk Behavior. *Journal of Adolescent Research*, 2010 - [jar.sagepub.com](http://jar.sagepub.com).
- 252.** WHO (1978) Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care. Geneva, Switzerland.
- 253.** WHO (2002) World Health Survey. B-Individual Questionnaire. Evidence and Information for Policy.
- 254.** WHO (2009) 'HPV vaccination and testing, *Obstet Gynecol*, vol. 3 (1). pp.33-34,2010
- 255.** WHO (2009) Sexually transmitted infections/HIV/AIDS. Data summary. Greece. Available at [www.who.int/aidsctryinfo/ Databaseextraction](http://www.who.int/aidsctryinfo/Databaseextraction).
- 256.** Winer RL, Hughes JP, Feng Q, et al. Condom use and the risk of genital human papillomavirus infection in young women. *N Engl J Med* 2006;354:2645-54.
- 257.** Winkler J, Bingham A, Coffey P, Handwerker WP. Women's participation in a cervical cancer screening program in northern Peru. *Health Educ Res*. 2008; 23(1):10–24.

- 258.** Wong LP, Sam IC. Ethnically diverse female university students' knowledge and attitudes toward human papillomavirus (HPV), HPV vaccination and cervical cancer. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2010 Jan;148(1):90-5.
- 259.** Wood B1, Burchell AN2, Escott N3, Little J4, Maar M5, Ogilvie G6, Severini A7, Bishop L8, Morrissette K8, Zehbe I1 Using community engagement to inform and implement a community-randomized controlled trial in the anishinaabek cervical cancer screening study. *Front Oncol.* 2014 Feb 19;4:27. doi: 10.3389/fonc.2014.00027. eCollection 2014.
- 260.** Xiao S1, Zhou Y2, Jiang J1, Yuan L1, Xue M1 CD44 affects the expression level of FOS-like antigen 1 in cervical cancer tissues. 2014 Mar 6. doi: 10.3892/mmr.2014.2010.
- 261.** Ziegler RG, Hoover RN, Pike MC, Hildesheim A, Nomura AM, West DW et al. Migration patterns and breast cancer risk in Asian-American women. *J Natl Cancer Inst* 1993, 85:1819–1827.
- 262.** Zimet GD, Mays RM, Sturm LA, Ravert AA, Perkins SM, Juliar BE (2005). Parental attitudes about sexually transmitted infection vaccination for their adolescent children. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 159:132–137.
- 263.** Zur Hausen, H. 1999. Papillomaviruses in human cancers. *Proc. Assoc. Am. Physicians* 111:581–587

## **ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

**Εισαγωγή:** Η δραματική συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του μαστού και του τραχήλου της μήτρας, έχει προκαλέσει το ενδιαφέρον πολλών ερευνητών, οι οποίοι επικεντρώνονται στη πρόληψη. Η πρόληψη των ασθενειών έχει συνδεθεί στενά με τις πεποιθήσεις και τις συμπεριφορές των γυναικών σχετικά με την υγεία και τους καθοριστικούς παράγοντες της, με βάση δημογραφικές, επιδημιολογικές, κοινωνικοοικονομικές, πολιτικές και πολιτιστικές εξελίξεις της κοινωνίας, τη συγκεκριμένη ιστορική στιγμή της οικονομικής κρίσης. Μελέτες έχουν δείξει ότι οι γυναίκες που μένουν σε αγροτικές περιοχές ή έχουν μειωμένο μορφωτικό ή οικονομικό επίπεδο είναι περισσότερο εκτεθειμένες σε σοβαρά γυναικολογικά νοσήματα όπως τα ΣΜΝ, του καρκίνου του μαστού και του τραχήλου.

**Σκοπός:** Η έρευνα προσδοκά να δώσει πληροφορίες για τις αντιλήψεις και τις συμπεριφορές των γυναικών του Δήμου Κορινθίας σχετικά με τον προληπτικό γυναικολογικό έλεγχο, μελετώντας τη συνέπεια αυτών των γυναικών πριν και μετά την οικονομική κρίση και τους λόγους της πιθανής ασυνεπείας τους όσον αφορά στον καθορισμένο γυναικολογικό έλεγχο.

**Υλικό- μέθοδος:** Ο τύπος της μελέτης που επιλέχθηκε είναι μη πειραματικός, περιγραφικός, με χαρακτήρα επισκόπησης και συγχρονικό σχεδιασμό. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε με την συμπλήρωση ανώνυμων ερωτηματολογίων σε 120 γυναίκες, του Δήμου Κορινθίας, μετά από έγκριση του ερευνητικού πρωτοκόλλου από τον επιβλέποντα καθηγητή.

Το ερωτηματολόγιο που επιλέχθηκε γι' αυτήν την μελέτη ως εργαλείο μέτρησης της στάσης, των αντιλήψεων και των καθοριστικών συμπεριφορών των γυναικών σχετικά με τον προσυμπτωματικό γυναικολογικό έλεγχο έχει χρησιμοποιηθεί κατά το μεγαλύτερο μέρος του σε παρόμοιες μελέτες όπως, του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, στα πλαίσια του ερευνητικού προγράμματος ΛΥΣΙΣΤΡΑΤΗ, Ερωτηματολόγιο του Caribbean Epidemiology Centre, το οποίο απευθύνεται στους χρήστες υπηρεσιών υγείας για την εκτίμηση των αναγκών καθώς και συμπεριφορών των γυναικών πάνω στην πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και του καρκίνου του μαστού. Οι ερωτήσεις οι οποίες προστέθηκαν, επιχείρησαν να ανιχνεύσουν τις απορρέουσες συμπεριφορές τους πριν και μετά την οικονομική κρίση. Το ερωτηματολόγιο αυτό μεταφράστηκε, τροποποιήθηκε κατάλληλα, σταθμίστηκε πιλοτικά και ελέγχθηκε για την εγκυρότητα και την αξιοπιστία του, οι οποίες και κρίθηκαν ικανοποιητικές (Cronbach's  $\alpha = 0,70$  και  $r_s = 0,78$ ).

Στη συνέχεια έγινε στατιστική απογραφή και επεξεργασία του ερευνητικού υλικού λαμβάνοντας υπόψη ότι οι μεταβλητές είναι κατηγορικές. Η ανάλυση των δεδομένων που προέκυψαν από την εν λόγω έρευνα πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πακέτο SPSS. 21. Επιπλέον, έγινε ανάλυση συσχετίσεων κατά Pearson. Μια συσχέτιση μπορεί να είναι θετική ή αρνητική. Για τη μελέτη αυτή, το ανώτατο αποδεκτό περιθώριο λάθους ορίστηκε σε 5% ( $p = 0,05$ ), και ο έλεγχος σημαντικότητας ήταν δικατάληκτος. Κάθε συσχέτιση πήρε τιμές από 0 έως 1 και χαρακτηρίστηκε ως προς την ισχύ της, θετικά ή αρνητικά, με βάση τον κανόνα Robson, 2002. Όλες οι μεταβλητές του δείγματος είναι κατηγορικές μεταβλητές, προκειμένου να αναδειχθεί η δυναμική τους.

**Αποτελέσματα:** Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι πλειοψηφία των ερωτηθέντων είχε Ελληνική εθνικότητα 90% και το 10% ανήκε σε άλλη εθνικότητα, το 60% των γυναικών έμενε σε αστική περιοχή, το 15% έμενε σε ημιαστική, ενώ το 25% έμενε σε αγροτική περιοχή.

Συγκεκριμένα, από το δείγμα της μελέτης μας διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες που διέμεναν σε λιγότερο οικιστικά και πληθυσμιακά ανεπτυγμένη περιοχή, είχαν χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο και μεγαλύτερη αποχή από τον προληπτικό έλεγχο. Το ότι οι περισσότερες γυναίκες του δείγματος έχουν ξεκινήσει τη σεξουαλική δραστηριότητα μετά τα 18 έτη ίσως να σημαίνει ότι το κοινωνικό πλαίσιο της οικογένειας ακόμα στις μικρές επαρχιακές πόλεις έχει θετική επιρροή στα παιδιά προστατευοντάς τα από πρόωρες και επικίνδυνες συμπεριφορές



Οι κύριοι φορείς πληροφόρησης για τα ΣΜΝ, είναι το φιλικό περιβάλλον με ποσοστό 46,8%, η οικογένεια με 23,5%, το διαδίκτυο με 12% είναι ένας τομέας που θα μπορούσε να έχει μεγαλύτερη επιμορφωτική δραστηριότητα, ενώ είναι εμφανής η απουσία του ρόλου του σχολείου με 6,7%. Ενώ για την πληροφόρηση της δευτερογενούς πρόληψης, σημαντικό ρόλο παίζει ο γυναικολογός, με ποσοστό 54,8% και τα ΜΜΕ, τα οποία καταλαμβάνουν τη δεύτερη θέση με ποσοστό 16,7%.

Αν αναλογιστεί κανείς ότι το 90% των γυναικών θεωρεί τη μαστογραφία και το τεστ-Παπ αναγκαία, εύλογο είναι το ερώτημα γιατί δεν το αποδεικνύουν έμπρακτα κάνοντας αυτή την προληπτική εξέταση, αφού το 30% των γυναικών δεν έχει κάνει ποτέ μαστογραφία, ενώ το 33,9% του δείγματος δεν δείχνει την ίδια συνέπεια, παρόλο που θεωρεί το τεστ-παπ αναγκαίο.

Οι παράγοντες που ευθύνονται με την αποχή των γυναικών από τον προληπτικό γυναικολογικό έλεγχο σχετίζονται με προβλήματα πρόσβασης (αργοπορία ραντεβού, ασφάλιση, απόσταση, υπενθύμιση-πρόσκληση, ρατσιστική αντιμετώπιση λόγω μεγέθους, ελλιπής γνώση συστήματος υγείας, αμέλεια, φόβος της νόσου, «έλλειψη χρόνου λόγω εργασίας» ή «άλλες προτεραιότητες μέσα στην οικογένεια» εσφαλμένη αίσθηση ασφάλειας-υποτίμηση της νόσου. Οι γραφειοκρατικές και άλλες δυσκολίες των ασφαλιστικών ταμείων λειτουργούσαν, επίσης, απαγορευτικά και η σχέση με το γιατρό ακολουθούσε σε συχνότητα απαντήσεων. Ένα ποσοστό 15,8% αναφέρθηκαν στη μεγάλη αναμονή για προληπτικές εξετάσεις σε δημόσια κέντρα πρωτοβάθμιας περίθαλψης, η οποία είναι απογοητευτική για ορισμένες γυναίκες, με αποτέλεσμα να μην προβαίνουν σε προληπτικό έλεγχο. Η επιλογή του ιδιωτικού φορέα από την πλειοψηφία των γυναικών, είναι και ένας από τους λόγους που την περίοδο της οικονομικής κρίσης πολλές γυναίκες απέχουν από τον προληπτικό έλεγχο, θεωρώντας ότι μόνο στον ιδιωτικό φορέα γίνεται πιο ποιοτικός έλεγχος. Αυτό αποδεικνύεται από το 51,7% των γυναικών το οποίο πριν την οικονομική κρίση έκανε πιο συχνά προσυμπτωματικό έλεγχο σε ιδιωτικά κέντρα πρόληψης από ότι μετά την κρίση.

**Συμπεράσματα:** Η δραματική συχνότητα των γυναικολογικών καρκίνων και η ασυνέπεια των γυναικών απέναντι στον προληπτικό έλεγχο αυξάνει τα ποσοστά θνησιμότητας, αφού όπως αποδεικνύεται από την παρούσα έρευνα, υπάρχει διάσταση μεταξύ των αντιλήψεων και των στάσεων των γυναικών, η οποία οφείλεται σε πολλούς παράγοντες ένας από τους οποίους είναι και η οικονομική κρίση. Συνεπώς, μαζί με την ένταξη ενός μαθήματος προληπτικής αγωγής σε όλες τις βαθμίδες της εκπαίδευσης κρίνεται αναγκαίο, ένα εθνικό σχέδιο δράσης, σαν ένα ολοκληρωμένο πλέγμα παρεμβάσεων σ' όλο το φάσμα της αντιμετώπισης του καρκίνου, με κυρίαρχες αξίες την ανάδειξη της σημασίας της πρόληψης και της πρόωξης (έγκαιρης) διάγνωσης για την αντιμετώπιση της νόσου και την εξασφάλιση ενιαίας, ισότιμης,

επιστημονικά τεκμηριωμένης και υψηλής ποιότητας παροχής φροντίδας υγείας προς τους πολίτες.

## **ABSTRACT**

**Introduction** The dramatic incidence of breast cancer and cervical cancer , has sparked the interest of many researchers who focus on prevention. Disease prevention is closely linked to the beliefs and behaviors of women about their health and their determinants , based on demographic, epidemiological, socio-economic , political and cultural development of society , the particular historical moment of economic crisis . Studies have shown that women who live in rural areas or have reduced educational or economic level are more vulnerable to serious gynecological diseases like STDs , cancer of the breast and cervix .

**Purpose** . The research hopes to provide insights into the attitudes and behaviors of women Korithos towards preventive gynecological control , studying the consistency of these women before and after oikonomiki crisis and the reasons for possible inconsistencies regarding the specified gynecological control.

**Subjects and methods** The type of study chosen is non- experimental , descriptive overview of character and contemporary design .

The study was conducted by completing anonymous questionnaires to 120 women , of Corinth Prefecture , after approval of the research protocol by the supervisor .

The questionnaire was chosen for this study as a tool for measuring the attitudes , perceptions and behaviors of the determinants of women in screening gynecologic control has been used in the majority of similar studies such as the World Health Organization of the research program LISISTRATI , Questionnaire Caribbean Epidemiology Centre, which is aimed at users of health services to assess the needs and behaviors of women on the prevention of cancer of the cervix and cancer of the breast . The questions were added , attempted to detect the resulting behaviors before and after the economic crisi.To questionnaire was translated , properly modified and weighted pilot tested for validity and reliability , which are considered satisfactory (Cronbach's  $\alpha = 0.70$  and  $r_s = 0,78$ ).

Then a statistical inventory and processing research material whereas the variables are categorical . The analysis of the data from this survey was conducted with the statistical package SPSS. 21. Furthermore , correlations analysis was Pearson. A correlation can be positive or negative. For this study , the maximum acceptable margin of error was set at 5% ( $p = 0,05$ ), and checking significance were two-sided . Each association took values from 0 to 1

and was featured on the input, positive or negative, based on the rule Robson, 2002. Oles variables of the sample are categorical variables, in order to highlight the dynamics.

**Results** The results of the study showed that majority of respondents had Greek nationality 90% and 10% belonged to another ethnicity, 60% of women lived in urban areas, 15% lived in suburban, while 25% lived in a rural area.

Specifically, the sample of our study found that women who lived in less-developed residential area and population, had a lower educational level and greater abstinence from screening. The fact that most women in the sample have initiated sexual activity after 18 years may mean that the social context of the family even in small provincial cities have a positive influence on children by protecting them from premature and risky behaviors.

The main sources of information about STDs is the friendly atmosphere at the rate of 46.8% and 23.5% with family, the internet with 12% is an area that could be more educational activity and apparent lack of role the school with 6.7%. While the information on secondary prevention, important role plays the gynecologist, with 54.8% and the media, which occupy the second position with 16.7%.

If one considers that 90% of women consider mammograms and pap-smears necessary, a reasonable question is why did not prove practical making this screening test, since 30% of women have never made mammography, while 33,9% of the sample does not show the same result, although it considers necessary for smear-test.

The factors responsible by abstaining women with preventive gynecological check-related access problems (delay appointments, insurance, distance, reminder-call racist treatment due to their size, lack of knowledge about the health care system, neglect, fear of disease, "lack of time due work" or "other priorities within the family" false sense of security-deprecation disease. bureaucratic difficulties and other insurance funds operated also prohibitive and the relationship with the doctor followed in frequency responses.

Due oikonomikis crisis a rate of 15.8% reported in great anticipation for preventive examinations in public primary perithapsis centers, which is frustrating for some women, so they do not engage in screening. The selection of the private operator of the majority of women, and is one of the reasons that the period of economic crisis, many women refrain from screening, assuming that only the private operator gets more quality control. This is evidenced by the 51.7% of women who before the crisis made more often in private screening centers that prevention of post-crisis.

**Conclusions** The dramatic incidence of gynecological cancers and inconsistency of women towards screening increases mortality rates, since, as evidenced by this research, there is a

difference between the perceptions and attitudes of women, which is due to many factors, one of which is the economic crisis.

Therefore along with the inclusion of a course of preventive action at all levels of education necessary a national action plan as an integrated set of interventions in the entire spectrum of cancer treatment , with dominant values emphasizing the importance of prevention and early ( early ) diagnostics for the treatment of disease and to ensure uniform , equitable , scientifically documented and high quality health care to their citizens

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**

### **1. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ**

#### **Τίτλος**

Στάσεις και αντιλήψεις των γυναικών του Δήμου Κορίνθου σχετικά με τον προληπτικό γυναικολογικό έλεγχο, την περίοδο της οικονομικής κρίσης.

Ο **κύριος σκοπός** της παρούσας μελέτης ήταν να αναδείξει τις αντιλήψεις για τον προληπτικό γυναικολογικό έλεγχο των γυναικών του Δήμου Κορίνθου, αναλογικά με στάσεις και συμπεριφορές αυτών, δεδομένης της οικονομικής κρίσης

#### **Επιμέρους στόχοι:**

- Καταγραφή συμπεριφορών που αφορούν την έναρξη της ολοκληρωμένης ερωτικής σχέσης των γυναικών, τη χρήση προφυλακτικού, η ενδομητρίου σπειράματος.
- διερεύνηση συμπεριφορών που αφορούν στο τομέα της αντισύλληψης και στη προστασία από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

- Η προσέγγιση των στάσεων αντιλήψεων και πρακτικών των γυναικών που πιθανώς διαμορφώνουν συμπεριφορές και τρόπους προφύλαξης από τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και του μαστού.
- Αξιολόγηση των αντιλήψεων σε σχέση με τις στάσεις των γυναικών, και εάν η ατομική προδιάθεση που σχετίζεται με την υγεία και την πρόληψη εκδηλώνεται με συνέπεια.
- Καταγραφή δεδομένων που αφορούν τον HPV εμβολιασμό.
- Καταγραφή των ενδείξεων που δικαιολογούν την εφαρμογή του εθνικού προληπτικού προγράμματος για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, και τον καρκίνο του μαστού.
- Αξιολόγηση των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στην ποιότητα παροχής υπηρεσιών υγείας στις γυναίκες, σε σχέση με ανεπτυγμένες και ανεπτυσσόμενες χώρες που βιώνουν το ίδιο πρόβλημα.
- Διερεύνηση των ανεπιθύμητων επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στην υγεία των γυναικών εξετάζοντας τη διαχρονική εξέλιξη των δεικτών της πρόληψης πριν και μετά την οικονομική κρίση.

### **Συναφείς έρευνες**

Το θέμα της έγκαιρης διάγνωσης σοβαρών νοσημάτων κατέχει σημαντική θέση στην διεθνή βιβλιογραφία. Ιδιαίτερα, η δραματική αύξηση των σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων (Σ.Μ.Ν), καθώς και των γυναικολογικών καρκίνων κυρίως του καρκίνου του τραχήλου και του μαστού (όπως αναλύονται σε επόμενη παράγραφο) έχει προκαλέσει το ενδιαφέρον πολλών ερευνητών και του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Ιδιαίτερα, η αντίληψη και η συμπεριφορά των γυναικών απέναντι στον προληπτικό έλεγχο έχουν ήδη μελετηθεί και δημοσιευθεί από ερευνητικές ομάδες σε αναπτυσσόμενες και ανεπτυγμένες χώρες.

Είναι σημαντικό ότι ενώ η ελληνική βιβλιογραφία για το θέμα είναι αρκετά πλούσια, εν τούτοις υπάρχουν πολύ λίγες αναφορές πάνω στο θέμα των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στον προσυμπτωματικό γυναικολογικό έλεγχο. Οι διαθέσιμες μελέτες σχετικές με την προληπτική αγωγή των γυναικολογικών νοσημάτων την περίοδο της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα είναι σχετικά ελάχιστες συγκρινόμενες με τις αντίστοιχες μελέτες από όλον τον κόσμο.

### **Συγκεκριμένα:**

Οι Koscevietal σε μελέτη με θέμα Η «Έρευνα για τις συμπεριφορές που συνδέονται με την υγεία των εφήβων μαθητών» HBSC/WHO (Health Behaviourin School-aged Children)

καταγράφει και συγκρίνει διαχρονικά πολυάριθμους δείκτες για την υγεία των εφήβων. Στην τελευταία έρευνα του 2010 (η έρευνα επαναλαμβάνεται ανά 4 χρόνια) συμμετείχαν 39 χώρες Σύμφωνα με το πόρισμα της έρευνας κατά μέσο όρο σε Ευρώπη και Β. Αμερική, περίπου 1 στους 4 εφήβους ηλικίας 15 ετών αναφέρει ότι είναι σεξουαλικά ενεργός. Δεν διαπιστώνονται σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων (κατά μέσο όρο το 29% των αγοριών και το 23% των κοριτσιών), υπάρχει όμως σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ των χωρών που συμμετείχαν στην έρευνα. Τα υψηλότερα ποσοστά των σεξουαλικά ενεργών 15χρονων μαθητών καταγράφονται στη Γροιλανδία, τη Δανία και την Ουαλία, ενώ τα χαμηλότερα στη Σλοβακία, την Πολωνία και την ΠΓΔΜ.

Στην Ελλάδα, το ποσοστό των 15χρονων εφήβων με τουλάχιστον μία σεξουαλική εμπειρία κυμαίνεται κοντά στον μέσο όρο. Όσον αφορά τα δύο φύλα, το ποσοστό των σεξουαλικά ενεργών 15χρονων αγοριών στην Ελλάδα βρίσκεται στην 5η υψηλότερη θέση και είναι διπλάσιο από των κοριτσιών της ίδιας ηλικίας το οποίο είναι χαμηλότερο από τον μέσο όρο των άλλων χωρών. Η διαφορά αυτή μεταξύ των αγοριών και των κοριτσιών στην Ελλάδα είναι από τις μεγαλύτερες όλων των χωρών.

Μεταξύ των χωρών, στις πρώτες θέσεις με τα υψηλότερα ποσοστά χρήσης προφυλακτικού βρίσκονται οι 15χρονοι της Εσθονίας, του Λουξεμβούργου και της Ελλάδας, ενώ στις τελευταίες θέσεις με τα χαμηλότερα ποσοστά εκείνοι της Σουηδίας, της Ισλανδίας και της Νορβηγίας. Ο Kallipolitis, 2003 μελέτησε δημοσκοπήσεις με αντιπροσωπευτικό δείγμα αθηναϊκού πληθυσμού που έχουν δείξει, ότι το 59,7% όσων είχαν περιστασιακές σχέσεις εναλλάσσοντας ερωτικούς συντρόφους κατά το τελευταίο δωδεκάμηνο, δεν είχαν χρησιμοποιήσει προφυλακτικό η το είχαν πράξει με ασυνέπεια. Επιπλέον οι Agrafiotiset. al, 2000 αναφέρει ότι από το 60,7% όσων είχαν σταθερή σχέση δεν είχαν χρησιμοποιήσει προφυλακτικό με το σύντροφό τους. Έτσι παρά το ότι οι ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες και οι εκτρώσεις παρουσιάζουν πτωτική τάση στο εξωτερικό, στην Ελλάδα ο αριθμός τους είναι πολύ μεγάλος (περίπου 200.000 ετησίως), ο μεγαλύτερος στην Ευρώπη. Ουσιαστικά η άμβλωση συνεχίζει να αποτελεί σε ανησυχητικό βαθμό «μέθοδο αντισύλληψης».

Οι Sarafidouetal, 2000 στο βιβλίο του Kordouti «πεδία έρευνας στην κοινωνική ψυχολογία» και στο Κεφ «Ριψοκίνηση συμπεριφορά στις σεξουαλικές σχέσεις φοιτητών ελληνικών ΑΕΙ» σελ 213-227 θεωρεί πειστικό το κοινωνικό αίτημα να τροφοδοτηθεί ο αποτελεσματικός σχεδιασμός προγραμμάτων αγωγής υγείας και πρόληψης. Εστιάζοντας στη σχέση της χρήσης των συσχετιζόμενων μεταβλητών, οι έρευνες αποσκοπούν στη κατανόηση και πρόβλεψη της διεργασίας της ατομικής αποφασής που οδηγεί στη χρήση των μέσων προληπτικού ελέγχου, έτσι ώστε να είναι δυνατή η καθοδήγησή της προς την επιθυμητή

κατεύθυνση. Οι Kordoutis, Pavloropoulos στο βιβλίο τους «Πεδία έρευνας στην κοινωνική ψυχολογία» σελ 200-207, καταγράφουν πως η κοινωνική ψυχολογία δύναται να κατανοήσει γιατί ο άνθρωπος αυτοπροάγει η αυτό-υποσκάπτει την υγεία του, και να επιλέξει τα μέσα κοινωνικής επιρροής που ενδέχεται να ενθαρρύνουν, αναστείλουν η υποκαταστήσουν τις συμπεριφορές εκείνες που κατά περίπτωση είναι σύμφωνες η ασύμφωνες προς την πρόληψη.

Ο Souliotis στο βιβλίο του «οικονομικές ανισότητες και πολιτική υγείας» σελ 35-49, 2007, υποστηρίζει την πεποίθηση ότι οι αντιλήψεις και οι συμπεριφορές των ανθρώπων επηρεάζουν καθοριστικά το επίπεδο υγείας τους, επισημαίνοντας ότι οι οικονομικά ασθενέστεροι πληθυσμοί υιοθετούν συμπεριφορές που προκαλούν την εκδήλωση σοβαρών ασθενειών. Αντίθετα η αύξηση του εισοδήματος σε βάθος χρόνου εγγυάται ουσιαστικότερη βελτίωση του επιπέδου υγείας του ατόμου. Ο Matsagiannis στο βιβλίο του «κοινωνική πολιτική σε δύσκολους καιρούς» και στο κεφ. «το κοινωνικό κράτος αντιμέτωπο με τη κρίση»σελ. 141-142, 2010, πραγματεύεται τη συμβολή της κοινωνικής δαπάνης για την πρόληψη στην υγεία στον δημοσιονομικό εκτροχιασμό, συγκρίνοντας την εξέλιξη της κοινωνικής δαπάνης στο παρελθόν και σήμερα. Επίσης αναφέρει ότι οι κοινωνικές επιπτώσεις των οικονομικών κρίσεων είναι πάντα απειλητικές για την υγεία των ανθρώπων, ιδίως όταν η ένταση μιας κρίσης είναι μεγάλη και η διάρκειά της παρατεταμένη. Ο Mardas στο βιβλίο του «σύγχρονο κοινωνικό κράτος» σελ 41-46 αναφέρει ότι η έκρηξη του κόστους της ιατρικής τεχνολογίας και η γήρανση του πληθυσμού κλονίζουν την χρηματοοικονομική ισορροπία των περισσότερων συστημάτων υγείας, ενώ ο προληπτικός έλεγχος μειώνει το κόστος της δευτεροβάθμιας περίθαλψης.

Ο σκοπός της μελέτης των Reynoso et al, 2008 δεν είναι μόνο η υπόδειξη των τάσεων στην εμφάνιση των περιπτώσεων καρκίνου στον κόσμο, σε σχέση με τις στάσεις και αντιλήψεις των γυναικών στο Μεξικό , αλλά και να περιγράψει τις συνθήκες που έχουν συσχετιστεί με την εμφάνιση της νόσου, την υπέρβαση μιας έγκαιρης διάγνωσης , καθώς και τα χαρακτηριστικά που σχετίζονται με την επιβίωση όσων έχουν πληγεί από την ασθένεια. Επιπλέον περιγράφεται η σημασία των προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου σε αναπτυσσόμενες χώρες , όπως το Μεξικό. Τέλος, παρουσιάζει μια ανακεφαλαίωση των σημερινών και των μελλοντικών προκλήσεων στα συστήματα υγείας με το σκοπό της μείωση της θνησιμότητας από τους γυναικολογικούς καρκίνους.

Σε μια έρευνα των Ammy et. al, 2005 που έγινε από το πανεπιστήμιο Berkeley, στόχος ήταν να ερευνηθούν τους παράγοντες που συμβάλλουν στα χαμηλότερα ποσοστά του γυναικολογικού προσυμπτωματικού ελέγχου και κατά πόσο σχετίζονται αυτά με το μέγεθος του σώματος των γυναικών. Μεταξύ των γυναικών που ανέφεραν ότι καθυστερούν να κάνουν

προσυμπτωματικό έλεγχο, το 82% ανέφεραν ότι το βάρος τους ήταν ένα εμπόδιο για να λάβει την κατάλληλη φροντίδα υγείας. Όταν τους ζητήθηκε να επιλέξουν ένα κατάλογο που είχαν βιώσει προσωπικά ως εμπόδιο ανέφεραν. Ασεβή μεταχείριση 36%, αμηχανία κατά τη ζύγιση 35%, αρνητική στάση του υγειονομικού προσωπικού 36%, συμβουλές για να χάσουν βάρος 46%, μικρό μέγεθος εξεταστικών ενδυμάτων 46%. Οι Viniegra, et.al, 2010 μελέτησε τους παράγοντες που εμποδίζουν την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου και του μαστού στην πόλη του Μπουένος Άιρες βασιζόμενος σε μια ολοκληρωμένη άποψη των τριών διαστάσεων : 1 ) πολιτικές πρόληψης της κυβέρνησης, 2 ) η δράση των ιδρυμάτων υγείας, και 3) πρακτικές πρόληψης των γυναικών διαφορετικών κοινωνικοοικονομικών στρωμάτων.

Οι Cordero et al, 2010 αναφέρουν ότι στη Βραζιλία κάθε χρόνο, διαγιγνώσκονται περίπου 22% νέων κρουσμάτων καρκίνου του μαστού στις γυναίκες .Οι εκτιμήσεις που εκτελούνται από το Inca (NationalCancerInstitute) το 2010 , δείχνουν ότι ο ετήσιος αριθμός των νέων περιπτώσεων καρκίνου του μαστού αναμένεται στη Βραζιλία να είναι 49.240, και ο εκτιμώμενος κίνδυνος 49 περιπτώσεις ανά 100.000 γυναίκες. Στην νοτιοανατολική Βραζιλία, ο καρκίνος του μαστού είναι ο πιο κοινός τύπος καρκίνου στις γυναίκες, με εκτιμώμενο αριθμό 65 νέες περιπτώσεις ανά 10.000 γυναίκες. Αυτό το είδος του καρκίνου είναι επίσης πιο κοινό σε γυναίκες της νότιας Βραζιλίας της (64/10.000), κεντρική δυτική (38/10.000) και βορειοανατολική (30/10.000). Στην περιοχή της Βόρειας χώρας, ο καρκίνος του μαστού είναι ο δεύτερος πιο συχνός τύπος κακοήθους όγκου.

Οι Silva et al 2010 χρησιμοποιώντας ένα δομημένο ερωτηματολόγιο συνέλεξαν σημαντικές πληροφορίες σχετικά με το θηλασμό, την έμμηνο ρύση ,τους αναπαραγωγικούς παράγοντες , παθητικό κάπνισμα και άλλους παράγοντες που σχετίζονται με τον καρκίνο. Η πολυπαραγοντική ανάλυση έδειξε ότι οι γυναίκες που θηλάσαν για τουλάχιστον 24 μήνες κατά τη διάρκεια της ζωής τους είχαν σημαντικά χαμηλότερο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού από εκείνες που θηλάσαν για λιγότερο από 24 μήνες . Συγκεκριμένα υπήρχε ένα 66,3 % μείωση του κινδύνου για καρκίνο του μαστού, σε γυναίκες που θηλάσαν για 12-23 μήνες, μια μείωση 87,4 % σε γυναίκες που θηλάσαν 24-35 μήνες, και 94 % μείωση στις γυναίκες που θηλάσαν 36-47 μήνες .

Επίσης μια μελέτη των Andermann et al, 2002 αξιολογεί, το φυλλάδιο οδηγιών από την Π.Φ.Υ(πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας) για τις γυναίκες με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου, πολύ αποτελεσματικό για την ενημέρωσή τους. Επαγγελματίες πρωτοβάθμιας ιατρικής περίθαλψης έχουν σημαντικό ρόλο να διαδραματίσουν στη φροντίδα των γυναικών, με ανησυχίες για το οικογενειακό ιστορικό του καρκίνου του μαστού . Τα θέματα σχετικά με το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού συχνά θέτουν επαγγελματίες πρωτοβάθμιας



ιατρικής περίθαλψης στη ρουτίνα διαβουλεύσεων, επειδή οι γυναίκες δεν μπορούν να έχουν την ευκαιρία να συζητήσουν τις ανησυχίες τους σχετικά με τον κίνδυνο του καρκίνου του μαστού. Οι επαγγελματίες πρωτοβάθμιας ιατρικής περίθαλψης θα πρέπει να είναι ενήμεροι για το γεγονός ότι οι γυναίκες μπορεί να έχουν ανησυχίες σχετικά με το βεβαρυμένο ιστορικό της οικογένειάς τους, και θέλουν συγκεκριμένο τρόπο αντιμετώπισης.

Σε μια ενδιαφερόμενη έρευνα στην Ατλάντα των Gullatte et.al, 2006, αναφέρεται ότι, η θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού είναι υψηλότερη μεταξύ των αфро - αμερικανικών γυναικών από ό, τι μεταξύ των λευκών γυναικών . Οι αфро-αμερικάνες γυναίκες έχουν 25 % περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν ένα προχωρημένο στάδιο καρκίνου του μαστού, και 20 % περισσότερες πιθανότητες να πεθάνουν από καρκίνο του μαστού σε σχέση με τις λευκές γυναίκες . Ο σκοπός αυτής της μελέτης είναι να διερευνήσει τους παράγοντες που αυτές οι γυναίκες καθυστερούν να ελεγχθούν προληπτικά. Οι πιο συχνοί, ήταν η έλλειψη εκπαίδευσης και γνώσεων σχετικά με την αντίληψη σοβαρότητας των συμπτωμάτων του μαστού , οι περιορισμένες γνώσεις σχετικά με τα πιθανά οφέλη της έγκαιρης ανίχνευσης, για τη βελτίωση της επιβίωσης του καρκίνου του μαστού , και η μοιρολατρική στάση για τις δυσοίωνες προοπτικές του καρκίνου του μαστού. Άλλες μεταβλητές που σχετίζονται με καθυστερήσεις περιλαμβάνουν παράγοντες όπως η προχωρημένη ηλικία , η χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση , ο φόβος της διάγνωσης , οι συνέπειες των θεραπειών κατά του καρκίνου , ντροπή και αμηχανία , παρανοήσεις σχετικά με την αιτιολογία του καρκίνου του μαστού , οικογενειακές προτεραιότητες, η άρνηση, και οι ακραίες θρησκευτικές πεποιθήσεις.

Οι Fox et,al , 2001 διενέργησαν μια έρευνα στο Λος Άντζελες θέλοντας να μελετήσουν τον αντίκτυπο της συμμόρφωσης των γυναικών στον προληπτικό έλεγχο ύστερα από παρότρυνση του γιατρού τους. Χρησιμοποιήθηκε τυχαίο δείγμα 517 γυναικών στο Λος Άντζελες ηλικίας 50-75 χρονών. Διαπιστώθηκε ότι, περίπου το 35 % των γυναικών 50 έως 64 ετών και 47 % των γυναικών ηλικίας 65 ετών και άνω δεν είχε ποτέ έστω και μία μαστογραφία . Οι αναλύσεις αποκάλυψαν ότι ο πιο σημαντικός παράγοντας συμμετοχής ήταν η ενημέρωση της γυναίκας από τον γιατρό της. Οι γυναίκες είχαν τέσσερις με 12 φορές περισσότερες πιθανότητες , ανάλογα με την ηλικία τους , να κάνουν μία μαστογραφία, όταν ο γιατρός τους συζήτησε μαζί τους . Οι συζητήσεις δεν χρειάζεται να είναι μεγάλες ή πολύπλοκες . Αυτά τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι γιατροί πρέπει να γνωρίζουν ότι η συζήτηση μαστογραφίας με τους ασθενείς τους έχει σημαντικό αντίκτυπο στις συμπεριφορές προληπτικού ελέγχου του καρκίνου του μαστού.

Ο Peyton, 2000, σε μία μελέτη στις Ηνωμένες Πολιτείες, αντλεί στοιχεία για τη συχνότητα του καρκίνου του τραχήλου από τα μητρώα του καρκίνου, όπως το Εθνικό Ινστιτούτο Καρκίνου το οποίο ελέγχει την επιδημιολογία, και χορηγεί πρόγραμμα των Μητρώων Καρκίνου, που καλύπτουν περίπου το 96 % του πληθυσμού των ΗΠΑ. Διαπίστωσε ότι, τα ποσοστά εμφάνισης τραχήλου της μήτρας έχουν μειωθεί περίπου κατά 75 % και τα ποσοστά θανάτου κατά 70% περίπου από το 1950, κυρίως λόγω της εισαγωγής του τεστ Παπ. Δεδομένα από μια πολυκεντρική, κλινική μελέτη βασισμένη στις σεξουαλικά ενεργείς γυναίκες στις Ηνωμένες Πολιτείες ανέφεραν, ότι η επικράτηση ήταν υψηλότερη μεταξύ των ατόμων ηλικίας 14 έως 19 ετών. Αναφέρει επιπολασμό, βασισμένο σε πληθυσμιακά δείγματα

Σε μια μελέτη των σεξουαλικά ενεργών γυναικών ηλικίας 18 - 25 χρόνια, η επικράτηση του οποιουδήποτε HPV ήταν 26,9 %. Επικράτηση των τύπων 6 και 11 ήταν 2,2 %, και την επικράτηση τύπων 16 ή 18 ήταν 7,8 %. Σε μια μελέτη των γυναικών ηλικίας 14-59 ετών κατά 2003-2004, η επικράτηση του οποιουδήποτε HPV ήταν 26,8 %. Η επικράτηση ήταν υψηλότερη μεταξύ των γυναικών ηλικίας 20-24 ετών ( 44,8 % ). Συνολικά, η επικράτηση των τύπων 6, 11, 16, και 18 ήταν 1,3 %, 0,1 %, 1,5 % και 0,8 %, αντίστοιχα.

Οι Stuckler et.al, 2010 σε συνεργασία με το University of Cambridge, και τη σχολή Υγιεινής στο Ηνωμένο Βασίλειο, επισημαίνουν ότι με βάση τις στατιστικές της ΕΕ για το εισόδημα και τις συνθήκες διαβίωσης, τα στοιχεία δείχνουν ότι οι Έλληνες πολίτες είχαν 15% περισσότερες πιθανότητες να μην συμβουλευτούν ένα γιατρό το 2009 από ό, τι πριν από την οικονομική κρίση το 2007. Είναι ανησυχητικό το γεγονός, ότι υπήρξε μια 14% αύξηση στο ποσοστό των Ελλήνων πολιτών που αναφέρουν, ότι η υγεία τους ήταν «κακή» ή «πολύ κακή» το 2009 σε σύγκριση με το 2007.

Συνολικά, η εικόνα της υγείας στην Ελλάδα είναι ανησυχητική. Φαίνεται ότι, προκειμένου να αποπληρωθούν τα χρέη, οι απλοί άνθρωποι πληρώνουν το μεγαλύτερο τίμημα: χάνουν την πρόσβαση στην περίθαλψη και τις υπηρεσίες πρόληψης, αντιμετωπίζουν υψηλότερο κίνδυνο από τον ιό HIV και τις σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες, και στις χειρότερες περιπτώσεις χάνουν τη ζωή τους. Η Russell στο βιβλίο της «Η πρόληψη είναι καλύτερη από τη θεραπεία» 2007, σελ 27-31 υποστήριξε ότι η πρόληψη σώζει σπάνια χρήματα. Ο σκοπός της μελέτης ήταν να βοηθήσει στην κατεύθυνση των διαφορετικών προοπτικών, προσφέροντας μια σαφέστερη απάντηση στο ερώτημα για τη χάραξη πολιτικής, σχετικά με το εάν και πότε εξοικονομεί το κράτος χρήματα από την πρόληψη, σταθμίζοντας σωστά τα πλεονεκτήματα της πρόληψης, και επανεξετάζοντας τα στοιχεία σχετικά με τα οφέλη και το κόστος της πρόληψης.

## **Ανάλυση της σκοπιμότητας και της σπουδαιότητας της έρευνας**

Σήμερα περισσότερο από ποτέ, η ανάγκη της πρόληψης σοβαρών μεταδοτικών νοσημάτων, και της έγκαιρης διάγνωσης των δύο πιο σοβαρών μορφών καρκίνου, όπως ο καρκίνος του μαστού και του τραχήλου της μήτρας, αποτελεί προτεραιότητα για τα κράτη μέλη. Ο καρκίνος του μαστού είναι σήμερα το πιο συχνά εμφανιζόμενος κακοήθης όγκος μεταξύ των γυναικών σε όλο τον κόσμο. Έχει επίσης περιγραφεί ως η κυριότερη αιτία θανάτου για αυτή την πληθυσμιακή ομάδα, καθιστώντας την μία από τις ασθένειες με τις μεγαλύτερες κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις.

Αντιπροσωπεύει ένα σοβαρό πρόβλημα υγείας και μία από τις πιο πολύπλοκες προκλήσεις στα συστήματα υγείας. Ο καρκίνος εμφανίζεται συχνά στους ηλικιωμένους, αλλά ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας πλήττει, κατά κύριο λόγο, νεαρότερες σε ηλικία γυναίκες. Η πλειοψηφία των περιστατικών εμφανίζονται στην ηλικιακή ομάδα μεταξύ 35 και 50 ετών, όταν πολλές γυναίκες ασχολούνται ενεργά με τη σταδιοδρομία τους, ή φροντίζουν την οικογένειά τους. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ) αναφέρονται ετησίως 34.000 νέα περιστατικά και >16.000 θάνατοι λόγω καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Ο καρκίνος του μαστού προσβάλλει περισσότερες γυναίκες από οποιονδήποτε άλλο καρκίνο. Μια στις δέκα Ευρωπαϊκές γυναίκες θα αναπτύξει καρκίνο του μαστού κατά τη διάρκεια της ζωής της. Καθώς ο πληθυσμός μεγαλώνει, όλο και περισσότερες γυναίκες θα νοσήσουν από την ασθένεια αυτή, αφού αποτελεί το 26% όλων των καρκίνων, και ευθύνεται για πάνω από το 17% όλων των θανάτων από καρκίνο στις γυναίκες.

Η ανάγκη διερεύνησης των στάσεων και αντιλήψεων των γυναικών, ειδικά σε μια μικρή επαρχιακή πόλη, και η μελέτη των συμπεριφορών των γυναικών, απέναντι στον προληπτικό γυναικολογικό έλεγχο, υπήρξε ενδιαφέρον κίνητρο προκειμένου να εντοπιστούν οι παράγοντες εκείνοι που εμποδίζουν την πρόσβαση στον προληπτικό έλεγχο τόσο σοβαρών νοσημάτων, ειδικά την περίοδο της οικονομικής κρίσης. Έτσι μια περαιτέρω διερεύνηση για τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία και κατ' επέκταση στον προληπτικό γυναικολογικό έλεγχο κρίθηκε απαραίτητη. Επιπλέον μελετάται, εάν οι περιορισμένες πολιτικές της κυβέρνησης για την προαγωγή της υγείας αποτελούν ανασταλτικό παράγοντα για την πρόληψη των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, και την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου και του μαστού. Τέλος ένας από τους στόχους αυτής της έρευνας ήταν να αφυπνίσουμε τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής, προκειμένου να εφαρμόσουν ανθρωποκεντρική πολιτική,

λαμβάνοντας υπόψιν, ότι η πρόληψη των νοσημάτων είναι λιγότερο δαπανηρή απ' ότι η ασθένεια και η νοσηλεία της.

Αφετέρου η γνώση που δημιουργείται για τους επαγγελματίες υγείας γύρω από αυτό το πρόβλημα, έχει θεμελιώδη σημασία, για την προσφορά της πρόληψης και της έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου του μαστού, και του τραχήλου της μήτρας, ενημερώνοντας τις γυναίκες, και παρέχοντας την καλύτερη δυνατή φροντίδα. Παρά ταύτα, οι διαφορές στην επιβίωση μεταξύ των διαφόρων περιοχών του κόσμου συνεχίζουν να είναι ουσιαστικές. Έτσι, η έρευνα της επιδημιολογίας της νόσου θα παρακινήσει όλους τους επαγγελματίες υγείας να συνεχίσουν να εργάζονται για την αναζήτηση νέων ευκαιριών για την πρόληψη, και την έγκαιρη διάγνωση, επίσης χρήσιμα στον έλεγχο των ασθενειών, όπως ο καρκίνος του μαστού και του τραχήλου της μήτρας. Ως επιστημονικό έργο, η δημοσιευμένη αυτή μελέτη, ευελπιστούμε πως θα εμπλουτίσει, τη σχετική επιστημονική βιβλιογραφία.

## **Μεθοδολογία της έρευνας**

### **Ερευνητικός σχεδιασμός:**

Πρόκειται για μια επιδημιολογική μελέτη.

Υλικό:

Η μελέτη θα διεξαχθεί στο Δήμο Κορίνθου. Ο συγκεκριμένος Δήμος εκτός από τη πόλη της Κορίνθου έχει αρκετές ημιαστικές και αγροτικές περιοχές, ώστε να υπάρχει ένα πλυθυσμακό δείγμα με διαφορετικά δημογραφικά, κοινωνικο-οικονομικά, και πολιτιστικά δεδομένα.

Για τις ανάγκες της έρευνας απαιτείται συνολικό δείγμα 120 γυναικών

20-70 ετών που διαμένουν στο Δήμο Κορίνθου. Ο συγκεκριμένος γυναικείος πληθυσμός αναζητήθηκε στα μητρώα του δήμου Κορινθίων.

Ως κύριο εργαλείο της έρευνας θα χρησιμοποιηθεί ανώνυμο ερωτηματολόγιο το οποίο συντάχτηκε για τις ανάγκες της έρευνας και το οποίο έχει ήδη τεθεί σε πιλοτική εφαρμογή του σε ικανό αριθμό γυναικών.

### **Ηθικά θέματα - Διασφάλιση της ανωνυμίας**

Η συμμετοχή των γυναικών στην παρούσα έρευνα, απαιτεί τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και σε κανένα σημείο δεν περιλαμβάνει ερωτήματα που θα μπορούσαν υπό οποιεσδήποτε συνθήκες να οδηγήσουν στην ταυτοποίηση της ερωτώμενης.

Πριν από αυτή τη διαδικασία, οι γυναίκες θα ενημερωθούν από την ερευνήτρια προφορικά και γραπτά, για το σκοπό της έρευνας, την εθελοντικότητα συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, την εμπιστευτικότητα των στοιχείων και την ύπαρξη πληροφοριών, τόσο για την ερευνήτρια, όσο και σε περίπτωση ανάγκης επικοινωνίας. Το πρωτογενές υλικό (συμπληρωμένα ερωτηματολόγια) που θα προκύψει, θα παραμείνει αυστηρά σε χρήση της ερευνήτριας και του επιβλέποντος καθηγητή και δεν θα παραχωρηθεί για οποιονδήποτε σκοπό σε τρίτο πρόσωπο, καθ'όλη τη διάρκεια αλλά και μετά το πέρας της ερευνητικής μελέτης.

## **ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΜΕΝΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΓΥΝΑΙΚΩΝ**

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΗΣΟΥ

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

*Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών*

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ.

**ΕΡΕΥΝΗΤΡΙΑ:** Καπογεώργου Ελένη

**Επιβλέπων καθηγητής:** Κ. Σουλιώτης Επ. Καθηγητής Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

## **ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΜΕΝΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΓΥΝΑΙΚΩΝ**

**Αγαπητή κυρία,**

Ζητούμε την έγγραφη συγκατάθεσή σας προκειμένου να συμμετάσχετε στην επιστημονική μελέτη με τίτλο: “ **ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΤΟΥ ΔΗΜΟΥ**

**ΚΟΡΙΝΘΟΥ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ”.**

Σας παρακαλούμε να διαβάσετε προσεκτικά τα παρακάτω στοιχεία και εφόσον συγκατατίθεστε στην συμμετοχή σας, να υπογράψετε στο έντυπο της επόμενης σελίδας.

*Εάν επιθυμείτε οποιαδήποτε διευκρίνιση ή λεπτομερέστερη ενημέρωση παρακαλούμε μην διστάσετε να υποβάλετε ερωτήσεις στην υπεύθυνη ερευνήτρια Ελένη Καπογεώργου .*

Η έρευνα γίνεται στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών του Τμήματος Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου και έχει εγκριθεί από το αρμόδιο τμήμα του Δήμου για αναζήτηση προσωπικών στοιχείων των δημοτών.

**Σκοπός:** της επιστημονικής αυτής έρευνας είναι η μελέτη της στάσης, της συμπεριφοράς και των πεποιθήσεων των γυναικών του Δήμου Κορίνθου σχετικά με τον προληπτικό γυναικολογικό έλεγχο, καθώς και η επίδραση της οικονομικής κρίσης στη διενέργεια της γυναικολογικής πρόληψης.

#### **Διαδικασία:**

- Στις γυναίκες θα δοθούν **ανώνυμα ερωτηματολόγια** τα οποία θα κληθούν να συμπληρώσουν.

Η διάρκεια της διαδικασίας αυτής δεν θα υπερβαίνει τα 30 λεπτά.

- Τα ερωτηματολόγια είναι απαλλαγμένα από οποιοδήποτε στοιχείο διαφήμισης, άμεσης ή έμμεσης, και από στοιχεία που καθ' οποιονδήποτε τρόπο θα μπορούσαν να προσβάλλουν τις ερωτώμενες ή άλλες κοινωνικές ομάδες.

- Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου είναι προαιρετική και επισημαίνεται πως καμία γυναίκα δεν υποχρεώνεται να συμμετάσχει στην έρευνα χωρίς την θέλησή της.

- Με την ολοκλήρωση της συμπλήρωσης και την συλλογή των ερωτηματολογίων, ολοκληρώνεται η συμμετοχή των γυναικών στην έρευνα.

- Όλα τα στοιχεία της έρευνας (συμπληρωμένα ερωτηματολόγια) θα παραμείνουν απόρρητα και μετά την ολοκλήρωση της μελέτης.

Η ερευνήτρια θα είναι παρούσα σε όλη την διαδικασία και θα απαντά σε ερωτήσεις των ερωτώμενων.

#### **Εμπιστευτικότητα:**

Τα στοιχεία ταυτότητας της ερωτώμενης (στα οποία δεν συμπεριλαμβάνεται το ονοματεπώνυμο και προσωπικά ή ιατρικά δεδομένα) θα παραμείνουν απόρρητα καθ όλη την διάρκεια της έρευνας. Το ονοματεπώνυμο της (ερωτώμενης) ή άλλα στοιχεία που θα μπορούσαν να οδηγήσουν πιθανώς στην ταυτοποίηση της ερωτώμενης, έχουν αποκλεισθεί από το ερωτηματολόγιο το οποίο θα κληθούν να συμπληρώσουν οι γυναίκες. Όλες οι πληροφορίες στα απαντημένα ερωτηματολόγια, θα παραμείνουν απόρρητα τόσο κατά την διάρκεια όσο και

μετά την ολοκλήρωση της μελέτης. Η πρόσβαση στα στοιχεία δεν θα επιτραπεί για οποιονδήποτε λόγο, σε κανέναν άλλον εκτός της υπεύθυνης ερευνήτριας και του επιβλέποντος καθηγητή.

### **Πιθανοί κίνδυνοι – Οφέλη μελέτης:**

Συμμετέχοντας στην εν λόγω μελέτη **ΔΕΝ διατρέχετε κανέναν κίνδυνο.**

Τα οφέλη της συγκεκριμένης μελέτης, αυτά δεν θα είναι άμεσα. Πιστεύουμε όμως, ότι η μελέτη αυτή θα βοηθήσει σημαντικά στην καταγραφή σημαντικών στοιχείων που θα αξιοποιηθούν στον σχεδιασμό και την εκτέλεση Προγραμμάτων Ενημέρωσης και Πρόληψης που σχετίζονται με τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των γυναικών και τη συμμετοχή στον προσυμπτωματικό έλεγχο.

## **ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ**

Πρώτο μέρος. Προσωπικά, Δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά..

### **1. Ηλικία**

- <20 ετών     21-30 ετών  
 31-40 ετών     41-50 ετών     >50 ετών

### **2. Εθνικότητα**

- Ελληνική     Άλλη

### **3. Τόπος κατοικίας**

- Αστική περιοχή     Ημιαστική περιοχή     Αγροτική

### **4. Μορφωτικό επίπεδο**

- Ανώτατη εκπαίδευση     Ανώτερη εκπαίδευση  
 Μέση εκπαίδευση     Βασική εκπαίδευση

### **5. Οικονομική κατάσταση**

- <500 €     από 500-1000  
 από 1000-1500     από 1500-2000  
 >2000 €

### **6. Οικογενειακή κατάσταση**

- Ελεύθερη     Έγγαμη     Διαζευγμένη     Χήρα

7. Αριθμός παιδιών

Άτοκος  Έως 2  >2

8. Ηλικία έναρξης σεξουαλικών επαφών

(Αφορά γυναίκες από 20-30 ετών).

<18  >18

9. Χρήση προφυλακτικού

ΝΑΙ  ΟΧΙ

10. Ενημέρωση περί σεξουαλικής επαφής

Σχολείο  Φιλικό περιβάλλον  Οικογενειακό περιβάλλον  Γυναικολόγος  Άλλο

11. Ιστορικό λοίμωξης από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα

ΝΑΙ  ΟΧΙ  Δεν γνωρίζω

12. Αν ΝΑΙ

Μύκητες  Τριχομονάδες-γονόκοκος  Ουρεόπλασμα

Ηπατίτιδα Β-С  Έρπης γεννητικών οργάνων

**Δεύτερο μέρος. Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά. Στάσεις και αντιλήψεις σχετικά με τον προσυμπτωματικό έλεγχο.**

13. Κληρονομικό ιστορικό κακοήθειας γεννητικών οργάνων

ΝΑΙ  ΟΧΙ

14. Κληρονομικό ιστορικό κακοήθειας μαστού

ΝΑΙ  ΟΧΙ

15. Ιστορικό λοίμωξης με HPV

ΝΑΙ  ΟΧΙ  Δεν γνωρίζω

16. HPV εμβολιασμός

ΝΑΙ  ΟΧΙ

17. Εάν δεν έχετε εμβολιαστεί, θα κάνατε το εμβόλιο εσείς η το παιδί σας;



ΝΑΙ  ΟΧΙ

18. Εάν όχι γιατί; Δικαιολογείστε την απάντησή σας.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

19. Θεωρείτε απαραίτητο το τεστ-παπ;

ΝΑΙ  ΟΧΙ

20. Εάν ΝΑΙ πότε κάνατε πρώτη φορά τεστ-παπ;

<20  από 20-30  από 30-40

από 40-50  >50

21. Ποιο το αποτέλεσμα του τελευταίου τεστ-παπ;

Αρνητικό για κακοήθεια  Θετικό για κακοήθεια  Πιθανή λοίμωξη από HPV

22. Συχνότητα εξέτασης τεστ-παπ

Ανα έτος  Κάθε 2 έτη  Ποτέ

23. Θεωρείτε απαραίτητη τη μαστογραφία;

ΝΑΙ  ΟΧΙ

24. Έχετε κάνει μαστογραφία; «Αφορά γυναίκες >35 ετών».

ΝΑΙ  ΟΧΙ

25. Εάν ΟΧΙ γιατί; Δικαιολογείστε την απάντησή σας.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

26. Αν ΝΑΙ ποιο το αποτέλεσμα της τελευταίας μαστογραφίας;

Αρνητικό για κακοήθεια  Θετικό για κακοήθεια  Καλοήθη όγκοι που παρακολουθούνται

27. Ηλικία έναρξης μαστογραφίας

<35  >40  >50

28. Συχνότητα εξέτασης

Ανά έτος  Ανά 2 έτη  Ποτέ

29. Ψηλάφηση μαστών

ΝΑΙ  ΟΧΙ

30. Ενημέρωση περί προληπτικού ελέγχου

Φιλικό περιβάλλον  Γυναικολόγος  Οικογενειακό περιβάλλον  
 ΜΜΕ  Διαδίκτυο

**Τρίτο μέρος. Φορέας διενέργειας προληπτικού γυναικολογικού ελέγχου. Οικονομικοί παράγοντες πρόληψης.**

31. Ποιο είναι το είδος ασφάλισης που σας καλύπτει;

Δημόσια  Ιδιωτική  Δεν έχω

32. Θεωρείτε ότι καλύπτεστε επαρκώς από τον ασφαλιστικό σας φορέα όσον αφορά τον προληπτικό γυναικολογικό έλεγχο;

ΝΑΙ  ΟΧΙ

33. Αν ΟΧΙ αναφέρετε τα προβλήματα που αντιμετωπίζετε

Μερική ασφαλιστική κάλυψη  
 Δυσκολία πρόσβασης σε γιατρό (για συνταγογράφηση)  
 Έλλειψη ενημέρωσης στη διαδικασία συνταγογράφησης

34. Τον προληπτικό σας έλεγχο τον κάνετε σε δημόσιο ή ιδιωτικό ιατρικό κέντρο;

Τεστ-παπ  Δημόσιο  Ιδιωτικό  
Μαστογραφία  Δημόσιο  Ιδιωτικό

35. Πριν την οικονομική κρίση κάνατε πιο συχνά προληπτικό γυναικολογικό έλεγχο;

ΝΑΙ  ΟΧΙ

36. Θεωρείτε ότι η οικονομική κρίση αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα για τη συχνότητα του προληπτικού γυναικολογικού ελέγχου;

ΝΑΙ  ΟΧΙ

37. Δικαιολογείστε την απάντησή σας.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Σας ευχαριστώ πολύ.

### ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

ΕΕ	( Ευρωπαϊκή Ένωση)
HPV	(Ιός των ανθρώπινων θηλωμάτων )
IARC	(International Agency for Research on Cancer)
IQWi	(Γερμανικό Ινστιτούτο για την Ποιότητα και αποτελεσματικότητα στηνΥγεία)
WHO	(Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας)
EBCN	(Δίκτυο Ανίχνευσης Καρκίνου του Μαστού)
ASR	(Age standardized rate)
BSE	(Breast self-examination)
CBE	(Clinical breast examination)
CIN	( Cervical intraepithelial neoplasia)
HPV	(Human papillomavirus)
VIA	(Visual screening with acetic acid)
VILI	(Visual inspection with Lugol's iodine)
PRB	(Population Reference Bureau
ACCP	(Alliance for Cervical Cancer )

LBC	(Thin layer preparation)
CP	(Conventional Cytology pap smear)
CDC	(Center of Disease Control and Prevention)
EMA	(European Medicine Agency).
(DCIS -	Ductal Carcinoma In Situ) Μη διηθητικό πορογενές καρκίνωμα
(LCIS -	Lobular Carcinoma In Situ Μη διηθητικό λοβιακό καρκίνωμα
(IDC-	Invasive Ductal Carcinoma) Διηθητικό πορογενές καρκίνωμα
(ILC -	Invasive Lobular Carcinoma) Διηθητικό λοβιακό καρκίνωμα
QALY	(Ποιοτικά προσαρμοσμένο έτος ζωής)