

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Συγκριτική διερεύνηση των γνώσεων, στάσεων και αντιλήψεων του γενικού πληθυσμού για το τεστ Παπανικολάου σε δυο αστικές περιοχές της Ελλάδος.

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:
ΧΑΤΖΗΓΟΥΛΑ ΑΓΟΡΙΤΣΑ
ΒΑΛΚΑΝΑ ΣΜΑΡΑΓΔΑ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:
ΓΙΩΡΓΟΣ ΚΡΙΤΣΩΤΑΚΗΣ

ΗΡΑΚΛΕΙΟ, ΜΑΙΟΣ 2010

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη
Κεφάλαιο 1ο. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ
1.1. Εισαγωγή
1.2. Τι είναι ο τράχηλος της μήτρας
1.3. Η σημασία του τραχήλου της μήτρας
1.4. Ανατομική δομή
1.5. Ιστολογική δομή
1.6. Επιδημιολογικά στοιχεία
1.6.1. Διεθνής διαστάσεις του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας
1.6.2. Οι διαστάσεις στην Ελλάδα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας
1.7. Καλοήθεις όγκοι του τραχήλου
1.7.1. Πολύποδες
1.7.2. Ινομώματα
1.8. Κακοήθεις αλλοιώσεις του τραχήλου
1.8.1. Παράγοντες κινδύνου για ΚΤΜ
1.8.2. Ο ιός HPV
1.8.3. Πως μεταδίδεται ο ιός
1.8.4. Πως αναπτύσσεται ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας
1.8.5. Ποια είναι τα σημεία και συμπτώματα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας
1.8.6. Μπορεί να διαγνωστεί έγκαιρα ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας
1.9. Προληπτικός έλεγχος
1.10. Πρόληψη από την ανάπτυξη καρκίνου στον τράχηλο
1.11. Τα εμβόλια και πως προφυλάσσουν
1.12. Ιστορική αναδρομή
1.13. Πως γίνεται το τεστ παπ
1.14. Πόσο συχνά πρέπει να γίνεται
1.14.1. Ποιες γυναίκες πρέπει να το κάνουν
1.14.2. Από ποια ηλικία πρέπει ν'αρχίσει το τεστ Παπανικολάου
1.14.3. Συστάσεις οργανισμών για τον προληπτικό έλεγχο του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας
1.14.4. Ο καρκίνος του ενδομητρίου μπορεί να διαγνωστεί έγκαιρα
1.15. Ταξινόμηση κυτταρολογικών ευρημάτων στο τεστ Παπανικολάου
1.16. Αξιολόγηση του τεστ Παπανικολάου
1.17. Σταδιοποίηση
1.18. Θεραπεία για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας
1.19. Παρενέργειες θεραπείας
1.20. Πρόγνωση
1.21. Επιπλοκές
1.22. Κύριοι ιστολογικοί τύποι
1.23. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας
1.24. Πως επηρεάζει η ηλικία, το επάγγελμα, το μορφωτικό επίπεδο και ο τόπος

καταγωγής των γυναικών στη στάση, γνώση και αντίληψη των γυναικών για το τεστ Παπανικολάου
1.25. Επίλογος
Κεφάλαιο 2ο. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ
2.1. Εισαγωγή
2.2. Σκοπός της έρευνας
2.3. Υλικό και μέθοδος
2.4. Αποτελέσματα
2.5. Συμπεράσματα- Συζήτηση
2.6. Προτάσεις
2.6.1. Ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή
2.6.2. Προτάσεις για περαιτέρω διερεύνηση του προβλήματος
2.7. Παράρτημα: Βιβλιογραφία- Ερωτηματολόγιο μελέτης

Περίληψη

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι ο δεύτερος πιο συχνός καρκίνος στις γυναίκες παγκοσμίως και ο πιο συχνός τύπος καρκίνου στις αναπτυσσόμενες χώρες. Η εξέταση κατά Παπανικολάου αποτελεί μέθοδο για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου παγκοσμίως για όλες τις σεξουαλικά ενεργές γυναίκες, καθώς ανιχνεύει κολπικές μολύνσεις, ορισμένα αφροδίσια νοσήματα και κυρίως τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση της γνώσης, της στάσης και της συμπεριφοράς των γυναικών ηλικίας 18-65 ετών δύο αστικών περιοχών της Ελλάδος απέναντι στην εξέταση κατά Παπανικολάου καθώς και ο προσδιορισμός του βαθμού ενημέρωσης των γυναικών για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Επιμέρους στόχοι είναι ο προσδιορισμός του αριθμού των γυναικών που κάνει την εξέταση και ο βαθμός ενημέρωσής τους για θέματα σχετικά με αυτήν.

Δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 160 γυναίκες ηλικίας 18-65 ετών που δέχτηκαν την συμμετοχή τους που κατοικούν μόνιμα στον νομό Αττικής και Καρδίτσας.

Από τις 160 γυναίκες που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο αρχικά, το 97% δήλωσαν ότι έχουν κάνει την εξέταση κατά Παπανικολάου, ενώ το 3% δήλωσαν ότι δεν την έχουν κάνει ποτέ. Όσον αφορά την γνώση για τον λόγο που εξυπηρετεί η εξέταση κατά Παπανικολάου, μόνο το 60% γνωρίζει ότι γίνεται για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Επίσης, μόλις το 70% του συνόλου των γυναικών γνωρίζουν ότι ο ιός HPV αποτελεί αιτία για την εμφάνιση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Η γνώση και η χρήση της εξέτασης κατά Παπανικολάου συσχετίζεται με κοινωνικό-δημογραφικούς παράγοντες όπως το επάγγελμα, η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο με χαμηλότερη σε γυναίκες χαμηλής κοινωνικοοικονομικής θέσης.

Στην χώρα μας δεν υπάρχει οργανωμένο πρόγραμμα πληθυσμιακού ελέγχου για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Έτσι, παραμένουν χαμηλά τα ποσοστά χρήσης και γνώσης των γυναικών για την εξέταση Παπανικολάου. Κρίνεται λοιπόν, αναγκαία η καλύτερη ενημέρωση των γυναικών για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας ώστε να γνωρίσουν καλύτερα το θέμα και να συμμετέχουν ενεργά στην προσπάθεια για πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία του.

Κεφάλαιο 1^ο. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1.1. Εισαγωγή

Ο καρκίνος του τραχήλου είναι γυναικολογικός καρκίνος. Αναπτύσσεται στον τράχηλο, δηλαδή την περιοχή μεταξύ του κόλπου και της μήτρας. Είναι ο δεύτερος συχνότερος καρκίνος στις γυναίκες παγκοσμίως. Περίπου 500.000 νέες περιπτώσεις καρκίνου του

τραχήλου διαγιγνώσκονται ετησίως. Στην Ευρώπη, καταγράφονται 60.000 νέες περιπτώσεις και περίπου 30.000 θάνατοι κάθε χρόνο. Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας αφορά κυρίως γυναίκες ηλικίας 40 έως 45 ετών όταν πολλές από αυτές έχουν ακόμη οικογενειακές και επαγγελματικές υποχρεώσεις. Το γεγονός αυτό έχει επομένως μεγάλες κοινωνικές προεκτάσεις. Σήμερα, γνωρίζουμε αρκετά για τον καρκίνο του τραχήλου. Το σημαντικότερο είναι ότι ξέρουμε ότι ο ιός των ανθρωπίνων κονδυλωμάτων (HPV) είναι απαραίτητος παράγων για την ανάπτυξη του καρκίνου του τραχήλου. Αυτό σημαίνει ότι ο συγκεκριμένος καρκίνος δεν μπορεί να αναπτυχθεί εάν υπάρχει απουσία λοίμωξης του τραχήλου της γυναίκας από συγκεκριμένους τύπους των HPV. Εντούτοις είναι γνωστό ότι η πλειοψηφία των λοιμώξεων HPV θα αποτραπούν αυτόματα χωρίς να δημιουργήσουν κάποιο πρόβλημα. Μόνο ένας μικρός αριθμός λοιμώξεων θα επιμείνει, και θα προχωρήσει σταδιακά στην ανάπτυξη τραχηλικού καρκίνου. Έτεροι παράγοντες που είναι απαραίτητοι για να συμβεί αυτό, δεν είναι γνωστοί προς το παρόν. Ο καρκίνος του τραχήλου χρειάζεται αρκετά χρόνια για να αναπτυχθεί και να προχωρήσει μέσα από μία σειρά σταδίων τα οποία μπορεί να αναγνωριστούν μέσα από τη διαδικασία του πληθυσμιακού ελέγχου. Όλες οι περιπτώσεις καρκίνου του τραχήλου μπορούν να προληφθούν εάν τα πρώιμα στάδια της νόσου αναγνωριστούν μέσω του πληθυσμιακού ελέγχου. (Αγοραστός & Μπόντης 1997)

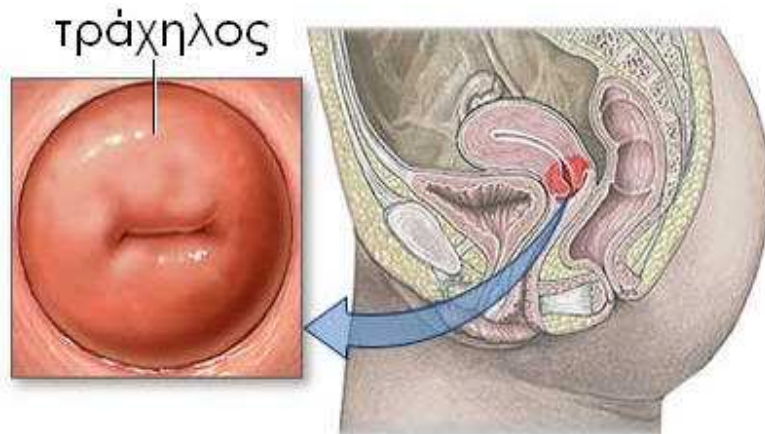
Τα αρχικά στάδια συνήθως θεραπεύονται με απλές επεμβάσεις που έχουν υψηλό ποσοστό επιτυχίας. Εξαιτίας του πληθυσμιακού ελέγχου και της πρώιμης θεραπείας, οι θάνατοι από καρκίνο του τραχήλου έχουν μειωθεί σημαντικά τα τελευταία 50 χρόνια στις ανεπτυγμένες χώρες. Αξίζει να σημειωθεί ότι πάνω από 92% αυτών που πεθαίνουν από καρκίνο τραχήλου της μήτρας δεν έχουν κάνει ποτέ την εξέταση (Errol & John 2004). Παρόλα αυτά, ακόμα και οι χώρες όπου ο πληθυσμιακός έλεγχος για τον καρκίνο του τραχήλου εφαρμόζεται ευρέως, η μείωση των περιπτώσεων διηθητικής νόσου έχει αγγίξει ένα πλατό. Το γεγονός αυτό δείχνει τον περιορισμό του πληθυσμιακού ελέγχου μέσω της κυτταρολογικής δοκιμασίας κατά Παπανικολάου η οποία εφαρμόζεται ευρέως. Η τυποποίηση του ιού HPV φαίνεται ότι μπορεί να αποτελέσει μία βελτίωση στον μαζικό πληθυσμιακό έλεγχο για την συγκεκριμένη νόσο. Επιπλέον, η ανάπτυξη ενός εμβολίου για συγκεκριμένους τύπους ιού HPV, έχει φανεί ότι μπορεί να είναι αποτελεσματική και να συμβάλλει στην περαιτέρω μείωση του καρκίνου του τραχήλου στο μέλλον. (Αγοραστός & Μπόντης 1997)



1.2. Τι είναι ο τράχηλος της μήτρας

Ο τράχηλος είναι το κατώτερο τμήμα της μήτρας. Ο τράχηλος έχει ένα άνοιγμα μέσω του οποίου επικοινωνεί η κοιλότητα της μήτρας με τον κόλπο. Μέσω του τραχηλικού ανοίγματος περνάει το αίμα της περιόδου και διοχετεύεται μέσα στον κόλπο και τελικά έξω από το σώμα.

Με τον ίδιο τρόπο μέσω του τραχηλικού ανοίγματος περνάνε τα σπερματοζώαρια από τον κόλπο, και μετακινούνται μέσα στην κοιλότητα της μήτρας και από εκεί στις σάλπιγγες κατά τη γονιμοποίηση.(Stoppard 2003)



1.3. Η σημασία του τραχήλου της μήτρας

Ο τράχηλος της μήτρας είναι μια περιοχή του σώματος, όπου αναπτύσσονται σημαντικές παθήσεις όπως ο καρκίνος. Βρίσκεται στο ανώτερο μέρος του κόλπου της γυναίκας και ουσιαστικά είναι εκτεθειμένος σε μικροοργανισμούς και ιούς. Για παράδειγμα όταν υπάρχει ερωτική επαφή, το ανδρικό πέος έρχεται σε επαφή με τον τράχηλο και με αυτόν τον τρόπο μπορούν να μεταδοθούν ιοί. Υπάρχει μια σειρά ιών που ονομάζονται Ιοί Ανθρώπινων Θηλωμάτων (Human Papilloma viruses-HPV) οι οποίοι είναι ευρύτατα διαδεδομένοι μεταξύ των ανθρώπων και ορισμένοι ορότυποι αυτών των ιών προκαλούν προκαρκινικές αλλοιώσεις μέχρι και καρκίνο. Υπολογίζεται ότι το 70% των καρκίνων του τραχήλου της μήτρας προκαλούνται από τους ιούς HPV 16 και 18.(Ασημακόπουλος & Μανταλενάκης 2002)

1.4. Ανατομική δομή

Το τμήμα της μήτρας που προβάλλει εντός του κόλπου λέγεται τράχηλος. Διακρίνεται στον εξωτράχηλο και στον ενδοτράχηλο.(Stoppard 2003)



1.5. Ιστολογική δομή

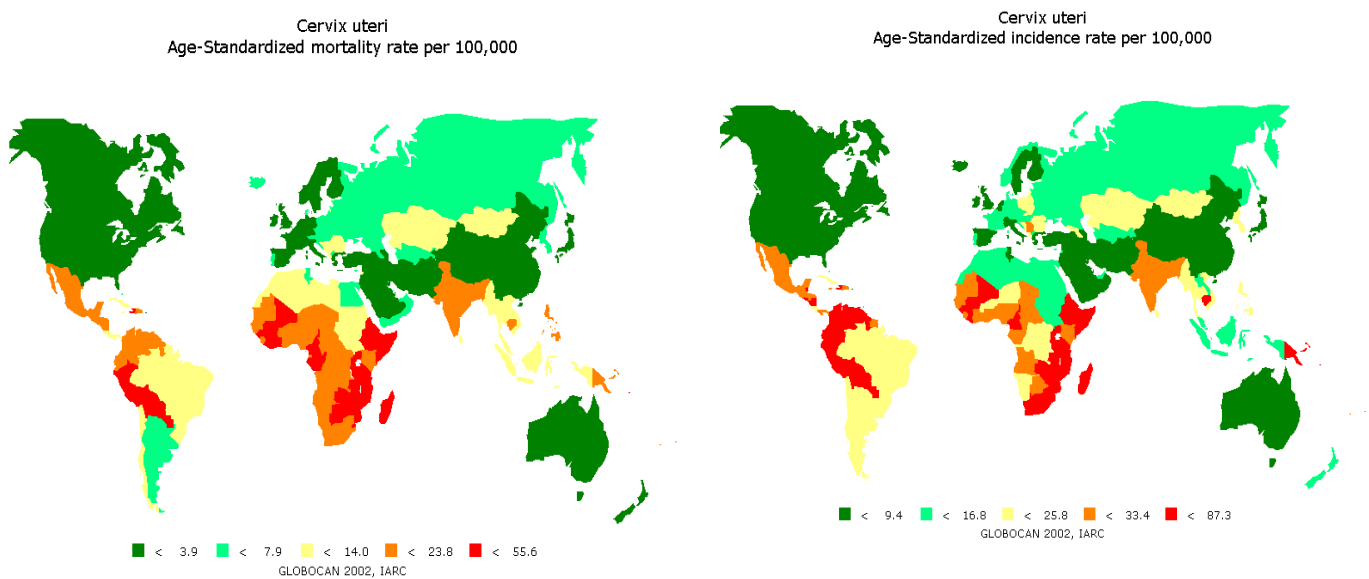
Ο εξωτράχηλος καλύπτεται από πολύστοιβο πλακώδες επιθήλιο. Ο ενδοτράχηλος καλύπτεται από μονόστοιβο κυλινδρικό επιθήλιο και εντός του στρώματος περικλείει τους ενδοτραχηλικούς αδένες. Το όριο μεταξύ των δύο επιθηλίων καλείται ζώνη μετάπτωσης.(Storppard 2003)



1.6. Επιδημιολογικά στοιχεία

1.6.1. Διεθνής διαστάσεις του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας παγκοσμίως είναι ο δεύτερος συχνότερος καρκίνος στις γυναίκες. Περίπου 500.000 νέες περιπτώσεις διαγιγνώσκονται ετησίως και υπολογίζεται ότι 230.000 θάνατοι κάθε χρόνο οφείλονται στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Το 80% των περιπτώσεων συμβαίνουν στις αναπτυσσόμενες χώρες. Στις περισσότερες χώρες της Βόρειας Αμερικής και της Δυτικής Ευρώπης, η επίπτωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας έχει μειωθεί σημαντικά παρόλο που τα τελευταία χρόνια μειώνεται με μικρότερο ποσοστό. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι διαφορές ανάμεσα στις αναπτυσσόμενες χώρες και τις ανεπτυγμένες είναι αρκετά μεγάλες (WHO, Cervical cancer screening in Developing countries, 2002).



Η επίπτωση και η θνησιμότητα από τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας παγκοσμίως.

Επίπτωση: Είναι ο αριθμός νέων περιστατικών ανά 100.000 άτομα

Θνησιμότητα: Είναι ο αριθμός θανάτων ανά 100.000 άτομα

Πηγή: Globocan 2002, Διαθέσιμο: <http://www-dep.iarc.fr>

1.6.2. Οι διαστάσεις στην Ελλάδα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας

Η επίπτωση καθώς και η θνησιμότητα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας στη χώρα μας, εκτιμάται ότι είναι ανάμεσα στις χαμηλότερες της Ευρώπης (OECD 2003, Αγοραστός & Μπόντης 2001). Η επίπτωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας ανερχόταν το 1991 σε 9,55 /100.000 κατοίκους και η θνησιμότητα ήταν 2,48 /100.000 (Αγοραστός, Μπόντης & Βαβίλης 2006). Το 1998 εκτιμήθηκε ότι η επίπτωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας ήταν 6,24 /100.000 και η θνησιμότητα 2,27 /100.000 σύμφωνα με το Eucan . Ενώ σύμφωνα με τα τελευταία στοιχεία του Globocan 2002, η επίπτωση στην χώρα ανέρχεται σε 7,7 /100.000 και η θνησιμότητα σε 2,5 /100.000.

Αν και η χώρα μας είναι μια από τις πρώτες χώρες που εφαρμόστηκε η εξέταση κατά Παπανικολάου (από το 1955), δεν υπάρχει εθνικό πρόγραμμα πρόληψης, εκτός από κάποια προγράμματα, ένα στην Χαλκιδική, Μεσσηνία και την Ηλεία που καλύπτουν ένα μικρό ποσοστό του γυναικείου πληθυσμού . Συνέπεια αυτού, είναι να μην υπάρχει οργανωμένη πρόληψη για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και τα στοιχεία που υπάρχουν για αυτό το θέμα να είναι ελλιπή (Katz 2007).

1.7. Καλοήθεις όγκοι του τραχήλου

1.7.1. Πολύποδες

Συνήθως πρόκειται για μισχωτούς πολύποδες εξορμούμενους από τον ενδοτραχηλικό αυλό και καλυπτόμενους από κυλινδρικό επιθήλιο. Μπορεί να είναι ασυμπτωματικοί ή να προκαλέσουν άτυπη αιμόρροια από τον κόλπο, μετά από σεξουαλική επαφή. Η θεραπεία εκλογής είναι η εξαίρεση ακολουθούμενη συνήθως και από απόξεση του ενδοτραχήλου και του ενδομητρίου, ιδιαίτερα σε ηλικιωμένες γυναίκες, για τον εντοπισμό και άλλων πολυπόδων, που μπορεί να υπάρχουν στον ενδοτραχηλικό αυλό ή στην ενδομήτρια κοιλότητα. (Φωτίου 2009)

1.7.2. Ινομύωματα

Δεν είναι συνήθη σε σχέση με τα ινομύωματα του τοιχώματος της μήτρας. Συνήθως είναι μισχωτά, με μίσχο άλλοτε άλλου πάχους, είναι δε δυνατή η συστροφή τους κατάσταση η οποία οδηγεί συχνά σε νέκρωση του ινομύωματος. Σε περίπτωση κατά την οποία το ινομύωμα του τραχήλου προωθείται αυτόματα δια μέσου του τραχηλικού αυλού στον κόλπο παρατηρείται άλγος στο υπογάστριο, ιδιαίτερα κατά την διάρκεια της εμμηνορρυσίας. Συχνή είναι και η εμφάνιση άτυπων αιμορραγιών από τον κόλπο. Η αντιμετώπιση αφορά στην εξαίρεση του ινομύωματος, επέμβαση η οποία απαιτεί προσοχή, λόγω του κινδύνου έντονης αιμορραγίας από τα αγγεία του μίσχου. Η πιθανότητα σαρκοματώδους εξαλλαγής του ινομύωματος του τραχήλου είναι παρόμοια με αυτήν των ινομυωμάτων άλλης εντόπισης, περίπου 0,5%. (Φωτίου 2009)

1.8. Κακοήθεις αλλοιώσεις του τραχήλου

Η μήτρα είναι ένα όργανο με σχήμα και μέγεθος αχλαδιού. Το φαρδύ της μέρος λέγεται σώμα και εκεί αναπτύσσεται το έμβρυο. Το μέρος αυτό βρίσκεται μέσα στην μικρή λεκάνη της γυναίκας. Το λεπτότερο τμήμα λέγεται τράχηλος και βρίσκεται στο βάθος του κόλπου απ' όπου και είναι ορατό. Στα δύο αυτά μέρη μπορούν να αναπτυχθούν δύο τελείως διαφορετικοί καρκίνοι.

- Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας.
- Ο καρκίνος του σώματος της μήτρας ή του ενδομητρίου. (ενδομήτριο είναι ο ιστός που καλύπτει την κοιλότητα του σώματος της μήτρας)

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας οφείλεται κατά κύριο λόγο στην δράση του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων (Human Papilloma Virus –HPV) στα κύτταρα του τραχηλικού επιθηλίου, με την σύγχρονη δράση και των άλλων παραγόντων. (Φωτίου 2009)

1.8.1. Παράγοντες κινδύνου για ΚΤΜ

Οι αιτίες που προκαλούν τον ΚΤΜ, όπως και σε πολλούς άλλους καρκίνους δεν είναι απόλυτα γνωστές. Όμως υπάρχουν ορισμένοι συσχετισμοί και ορισμένοι παράγοντες κινδύνου που φαίνεται ότι παίζουν σημαντικό ρόλο στην εκδήλωση του καρκίνου αυτού και οι σημαντικότεροι από αυτούς είναι:

- Μόλυνση από ιούς: Ο ιός των ανθρωπίνων κονδυλωμάτων, γνωστός σαν Human Papilloma Virus ή HPV, θεωρείται σαν μια πιθανή αιτία του ΚΤΜ. Συχνά είναι ανιχνεύσιμος στον τράχηλο γυναικών που πάσχουν από τον καρκίνο αυτό. Υπάρχουν 80 τύποι του ιού HPV
- Σεξουαλική δραστηριότητα: Οι γυναίκες που ήσαν σεξουαλικά δραστήριες σε μια νεαρή ηλικία και που είχαν πολλούς ερωτικούς συντρόφους έχουν περισσότερο κίνδυνο να παρουσιάσουν τον καρκίνο αυτό. Όσο νωρίτερα στην ηλικία αρχίσει την σεξουαλική δραστηριότητα μια γυναίκα τόσο περισσότερο είναι αυξημένος ο κίνδυνος της για την ασθένεια. Το ίδιο επίσης ισχύει με τον αριθμό των ερωτικών συντρόφων με αποτέλεσμα, αυτές με πολλούς να έχουν περισσότερο κίνδυνο. Να σημειωθεί ότι ο καρκίνος αυτός είναι σπάνιος στις παρθένες. Πιστεύεται ότι ο αυξημένος κίνδυνος στις γυναίκες με πολλούς ερωτικούς συντρόφους και σ' αυτές που αρχίζουν σε μικρή ηλικία το σεξ, έχει σχέση με την μόλυνση με τον ιό HPV
- Ηλικία: Οι καρκίνοι που ανιχνεύονται επί του τραχήλου, οι οποίοι δεν έχουν εξαπλωθεί στα υπόλοιπα μέρη του σώματος είναι αυξημένοι στις ηλικίες από 20 έως 30 ετών. Μετά από τα 25, αυξάνονται ανάλογα με την ηλικία τα περιστατικά διεισδυτικού καρκίνου. Στις γυναίκες μαύρου χρώματος αυξάνονται περισσότερο.
- Κάπνισμα: Το κάπνισμα έχει την δυνατότητα να δημιουργεί χημικές ενώσεις οι οποίες προκαλούν βλάβες στα κύτταρα του τραχήλου με αποτέλεσμα να δημιουργούν ένα υπόστρωμα στο οποίο μπορεί να αναπτυχθεί ο ΚΤΜ
- Τεστ Παπανικολάου: Οι γυναίκες που δεν έκαναν ποτέ τεστ Παπανικολάου ή δεν το κάνουν όσο θα έπρεπε, έχουν ψηλότερο κίνδυνο να παρουσιάσουν ΚΤΜ. Σε πολλές περιπτώσεις το τεστ μπορεί να ανιχνεύσει προκαρκινικές αλλοιώσεις. Υπάρχουν 3 ειδών αυξανόμενης σοβαρότητας αλλοιώσεις, CIN I, CIN II και CIN III

- AIDS: Οι γυναίκες που πάσχουν από AIDS έχουν αυξημένες πιθανότητες να παρουσιάσουν ΚΤΜ.
- Λοίμωξη από χλαμύδια.
- Κακή διατροφή.
- Ανοσοκαταστολή μετά από μεταμόσχευση οργάνου.
- Λήψη του φαρμάκου διαιθυλοστιλβεστρόλη από τη μητέρα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (Αντσακλής 2008).

1.8.2. Ο ιός HPV

Ο ιός HPV προκαλεί πάνω από το 99% των περιστατικών καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, σε αντίθεση με ό,τι πιστεύει πολύς κόσμος, ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας δεν είναι κληρονομικός. Για την ακρίβεια, οι επιστήμονες έχουν αποδείξει ότι προκαλείται από κάποιους τύπους ενός ιού που ονομάζεται ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων ή αλλιώς με τα αρχικά HPV. Υπάρχουν περίπου 100 τύποι του ιού αυτού. Οι περισσότεροι είναι τύποι χαμηλού κινδύνου που δεν προκαλούν καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Ωστόσο, υπάρχουν και τύποι υψηλού κινδύνου που μπορεί να προκαλέσουν την εμφάνιση παθολογικών κυττάρων στον τράχηλο της γυναίκας και τελικά, αν δεν θεραπευτούν, μπορεί να οδηγήσουν σε καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Είναι όμως σημαντικό να θυμάστε ότι ο ιός αυτός είναι πολύ διαδεδομένος και μπορεί πολύ εύκολα να μεταδοθεί από άνθρωπο σε άνθρωπο. Ουσιαστικά, έως και το 80% των γυναικών που υπήρξαν σεξουαλικά ενεργές είναι πιθανό να έχουν μολυνθεί από τον ιό σε κάποια στιγμή της ζωής τους. (Φωτίου 2009)

Ο ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV), είναι ένας σεξουαλικά μεταδιδόμενος ιός, που βρίσκεται σε άνδρες και γυναίκες και προκαλεί κάποιες φορές αλλοιώσεις στο γεννητικό τους σύστημα. Έχουν ανιχνευθεί και τυποποιηθεί πάνω από 200 ορότυποι του ιού HPV. Θεωρείται πλέον αιτιολογικός παράγοντας κινδύνου για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας αν και όλες οι γυναίκες με HPV λοίμωξη δεν θα αναπτύξουν καρκίνο. Προσβάλλει συνήθως άτομα νεαρής ηλικίας, ενώ η διάδοση του ιού είναι τόσο ραγδαία ώστε η πιθανότητα μια σεξουαλικά ενεργής γυναίκα μέχρι 30 ετών, να προσβληθεί από τη λοίμωξη, είναι έως και 70%. Είναι ίσως το πιο κοινό σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα στην Αμερική, με 5,5 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις ανά έτος. Οι περισσότεροι σεξουαλικά ενεργείς ενήλικοι θα μολυνθούν από τον ιό κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Ο HPV έχει θεωρηθεί ως ο πρώτος πιστοποιημένος ιός που ευθύνεται για την ανάπτυξη καρκίνου στον άνθρωπο. Σε πρακτικό επίπεδο αυτό σημαίνει ότι για να αναπτυχθεί καρκίνος του τραχήλου της μήτρας, προηγείται λοίμωξη από τον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV). Ο ιός ανιχνεύεται σε πάνω από 99% των περιπτώσεων καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. (Γεωργιόπουλος 1999)

Ο ιός HPV προκαλεί καρκίνο στον τράχηλο μέσω της παραγωγής ειδικών πρωτεϊνών οι οποίες εμποδίζουν την κανονική λειτουργία των κυττάρων του τραχήλου. Εντούτοις οι πλειοψηφία των HPV λοιμώξεων υποχωρούν αυτόματα, χωρίς παρενέργειες. Οι λόγοι που μόνο κάποιες λοιμώξεις προχωρούν και προκαλούν καρκίνο, δεν είναι επί του παρόντος γνωστοί.

Ως σήμερα έχουν περιγραφεί περίπου 100 διαφορετικά στελέχη του HPV, τα οποία διαφέρουν ελαφρώς μεταξύ τους ως προς τη γενετική τους δομή. Τα 30 στελέχη έχουν εντοπισθεί στα επιθήλια ή στο δέρμα της πρωκτογεννητικής περιοχής στον άνδρα και τη γυναίκα, ενώ τα άλλα στελέχη προσβάλλουν συνήθως το δέρμα σε άλλες περιοχές του σώματος, τα επιθήλια στη στοματική κοιλότητα και το ανώτερο αναπνευστικό και σπανίως άλλους ιστούς. (Κρέτσας 1998)

Ορισμένα στελέχη (π.χ., 6,11, 42,43, 44) προκαλούν συνήθως τα γνωστά κονδυλώματα, τα οποία είναι καλοήθεις αλλοιώσεις. Παράλληλα τα στελέχη αυτά συσχετίζονται, σχετικά σπανίως, με την εμφάνιση νεοπλασματικών αλλοιώσεων και γι' αυτό αναφέρονται ως στελέχη χαμηλού κινδύνου. Αντιθέτως, άλλα στελέχη (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51,56,58, 59, 68, 73, 82) θεωρούνται υπεύθυνα για την εκδήλωση προκαρκινικών και καρκινικών αλλοιώσεων και γι' αυτό καταγράφονται στην περιοχή υψηλού κινδύνου. (Philip et al 2007)

Εάν η εξέταση με το κολποσκόπιο καταδείξει την ύπαρξη ιογενών αλλοιώσεων, πιθανότατα να υποβληθεί το άτομο σε θεραπεία με λέιζερ η οποία θα αναστείλει την εξέλιξη της νόσου. Ωστόσο, εάν η διάγνωση αφορά σε δυσπλασία, θα χρειαστεί ειδική θεραπευτική αγωγή. (Παπαθανασίου 1998)

Ο κύριος τρόπος μετάδοσης του ιού είναι η χωρίς προφυλακτικό, σεξουαλική επαφή. Πιθανότητα μετάδοσης του ιού υπάρχει και από τη μητέρα στο νεογνό κατά τον φυσιολογικό τοκετό. Επίσης είναι υπό διερεύνηση και άλλοι τρόποι μετάδοσης του ιού. Οι περισσότερες γυναίκες μολύνονται από τον ιό τα πρώτα χρόνια της σεξουαλικής τους ζωής.

Ο χρόνος εξέλιξης μιας τραχηλικής βλάβης, με ελάχιστες εξαιρέσεις, έχει υπολογισθεί σε 10-15 χρόνια, κατά τη διάρκεια των οποίων η νόσος μπορεί να διαγνωσθεί και να αντιμετωπισθεί αποτελεσματικά.

Οι ορότυποι του HPV διακρίνονται σε:

- υψηλού κινδύνου ή ογκογόνοι
- χαμηλού κινδύνου και
- ενδιάμεσου κινδύνου.

Για την εκδήλωση καρκίνου του τραχήλου της μήτρας εκτός από την λοίμωξη από υψηλού κινδύνου HPV στελέχη, σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν και άλλοι παράγοντες όπως η σεξουαλική συμπεριφορά, η μη χρήση προφυλακτικού, το κάπνισμα, και η παρουσία και άλλων σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων. Επιπλέον επιβαρυντικοί παράγοντες, οι οποίοι όμως δεν επιδέχονται ιδιαίτερας ιατρικής παρέμβασης, είναι η συνύπαρξη πολλαπλών διαφορετικών οροτύπων του ιού και το ιικό φορτίο.(Ρούπα 2006)

Τα τελευταία 15 χρόνια, μετά την συσχέτιση μεταξύ του HPV και του τραχηλικού καρκίνου, άρχισαν να γίνονται ευρείες μελέτες για την ανεύρεση εμβολίου ενάντια στον ιό. Ο στόχος του εμβολίου είναι τόσο η προφύλαξη, όσο και η θεραπεία. Βέβαια, παρουσιάζονται αρκετά

προβλήματα, όπως το γεγονός ότι υπάρχουν πολυάριθμοι ορότυποι του ιού που πρέπει να συμπεριληφθούν, γεγονός που αυξάνει κατά πολύ το κόστος παρασκευής του εμβολίου. Δεν υπάρχει ιδιαίτερα μεγάλη ευαισθητοποίηση του πληθυσμού ως προς τον ιό και αυτό οφείλεται κυρίως στο γεγονός ότι οι άνδρες σπάνια αναπτύσσουν ορισμένες ασθένειες που σχετίζονται με τον HPV (π.χ. καρκίνο του πέους και του πρωκτού). Από το 2002 έχει ξεκινήσει η εφαρμογή εμβολίων για την πρόληψη της λοίμωξης από τον HPV. Τα εμβόλια αυτά περιέχουν πρωτεΐνες του ιού που προκαλούν τη δημιουργία ειδικών αντισωμάτων. Διατίθενται ήδη δύο εμβόλια από τα οποία επέρχεται ανοσοποίηση σε 2 (16, 18) ή 4 τύπους του HPV (6, 11, 16 και 18), οι οποίοι ευθύνονται για το 70 % περίπου των περιπτώσεων καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Τα εμβόλια χορηγούνται σε 3 δόσεις εντός 6 μηνών, στις ηλικίες από 12 έως 26 ετών. Σε μελέτη 575 κηδεμόνων εφήβων που έγινε στις ΗΠΑ, αρχικά το 55% τοποθετήθηκε υπέρ του εμβολιασμού, ενώ μετά από βραχεία ενημέρωση το ποσοστό αυξήθηκε σε 75%, γεγονός που αναδεικνύει την ανάγκη για ενημέρωση εφήβων και νέων σχετικά με την μεγάλη σημαντικότητα της HPV λοίμωξης και της συσχέτισής της με τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και των γεννητικών κονδυλωμάτων. Στις 23 Ιανουαρίου 2008 η Εθνική Επιτροπή Εμβολιασμών ενέταξε τα 2 εμβόλια στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών: υποχρεωτικός εμβολιασμός στα κορίτσια ηλικιών 12-15 ετών και εμβολιασμός για τις ηλικίες 16-26 για όποιες δεν εμβολιάστηκαν στη συνιστώμενη ηλικία (<http://www.mastologos.gr/articles/uterus-cancer>)

1.8.3. Πως μεταδίδεται ο ιός;

Ο ιός μπορεί να μεταδοθεί από άνθρωπο σε άνθρωπο κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής είτε μέσω διείσδυσης είτε ακόμη κάποιες φορές και χωρίς ολοκληρωμένη σεξουαλική επαφή. Λόγω της ευκολίας της μετάδοσής του, κάθε σεξουαλικά ενεργή γυναίκα κινδυνεύει να προσβληθεί από τον ιό. Γεγονός είναι ότι έως και 80% των σεξουαλικά ενεργών γυναικών θα προσβληθεί από λοίμωξη με κάποιο τύπο του ιού HPV κάποια στιγμή στη ζωή της. Και ενώ τα προφυλακτικά μπορεί να μειώσουν τον κίνδυνο λοίμωξης από τον ιό δεν σας προστατεύουν πλήρως. Αυτό συμβαίνει γιατί η ολοκληρωμένη σεξουαλική επαφή δεν είναι απαραίτητη για τη μετάδοση του ιού. Αν πάθετε λοίμωξη με κάποιον ογκογόνο-τύπο του ιού HPV συνήθως δεν υπάρχουν συμπτώματα στα πρώιμα στάδια. Ωστόσο, ένα Τεστ Παπανικολάου μπορεί να προσφέρει έγκαιρο εντοπισμό των κυτταρικών αλλοιώσεων, αναδεικνύοντας έτσι γιατί είναι τόσο σημαντικός ο τακτικός έλεγχος με τεστ Παπανικολάου.(Φωτίου 2009)

1.8.4. Πως αναπτύσσεται ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας;

Ο HPV είναι ιός, που εισέρχεται στα κύτταρα του τραχήλου. Αν καταφέρει να κρυφτεί από το ανοσοποιητικό σύστημα, του οργανισμού, τότε αντί να αντιμετωπιστεί η λοίμωξη και να θεραπευθεί μόνη της, ο ιός παραμένει στα κύτταρα του τραχήλου. Αυτό ονομάζεται εμμένουσα λοίμωξη. Σταδιακά οι αλλοιώσεις γίνονται βαρύτερες και τελικά (συνήθως μετά από 10 με 20 χρόνια) μπορεί να εξελιχθούν σε καρκίνο. Ωστόσο, σε ορισμένες περιπτώσεις η ασθένεια μπορεί να εξελιχθεί πιο γρήγορα.

1.8.5. Ποια είναι τα σημεία και συμπτώματα του καρκίνου τραχήλου της μήτρας;

Οι καταστάσεις που οδηγούν στον ΚΤΜ συνήθως δεν προκαλούν πόνο. Γι' αυτό η ασθένεια μπορεί να εξελιχθεί αθόρυβα χωρίς συμπτώματα. Οι πρώτες ενοχλήσεις εμφανίζονται όταν τα ανώμαλα κύτταρα γίνουν πλέον καρκινικά και αρχίζουν να διηθούν τους γειτονικούς ιστούς. Όταν αυτό συμβεί το συχνότερο σημείο είναι η ασυνήθιστη απώλεια αίματος από τον κόλπο. Επίσης μπορεί να εκδηλωθεί και πόνος ή άλλες κολπικές εκκρίσεις. Είναι γι' αυτούς τους λόγους που πρέπει να γίνονται συστηματικά από το γιατρό γυναικολογικές εξετάσεις και το τεστ Παπανικολάου. Με την κολποσκόπηση ο γυναικολόγος μπορεί να εξετάσει καλύτερα τον τράχηλο και εάν χρειαστεί να κάνει βιοψίες για να διευκρινιστεί ιστολογικά το είδος μιας ανωμαλίας που πιθανό να υπάρχει. Υπάρχει θεραπεία για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας; Εάν η νόσος ανιχνευθεί έγκαιρα και αντιμετωπισθεί κατάλληλα μπορεί να υπάρξει ίαση. Δυστυχώς όμως, όπως όλοι οι καρκίνοι, ο ΚΤΜ έχει την ικανότητα να κάνει μεταστάσεις. Συνήθως τις κάνει στα οστά της λεκάνης, και σε γειτονικά όργανα όπως το έντερο και την ουροδόχο κύστη. Η θεραπεία βασίζεται πάνω στις 3 κύριες μεθόδους καταπολέμησης των καρκίνων. Τη χειρουργική επέμβαση, την ακτινοθεραπεία και τη χημειοθεραπεία. Το είδος και η ένταση της θεραπείας θα εξαρτηθεί από το στάδιο εξάπλωσης της νόσου και από την ηλικία της ασθενούς. Εάν η νόσος ανακαλυφθεί σε ένα αρχικό στάδιο η χειρουργική επέμβαση είναι η βασική θεραπεία. Τα αποτελέσματα στις περιπτώσεις αυτές δείχνουν 90% ίαση στα 5 χρόνια. Εάν η νόσος είναι περισσότερο προχωρημένη υπάρχει ένδειξη για ακτινοθεραπεία. Πρόσφατες κλινικές έρευνες έδειξαν ότι η χημειοθεραπεία μπορεί να βοηθήσει τόσο σε προχωρημένα όσο και σε λιγότερο προχωρημένα στάδια. Σε γυναίκες που θέλουν να τεκνοποιήσουν και στις οποίες ο καρκίνος έχει βρεθεί στα πολύ αρχικά στάδια, υπάρχει η πιθανότητα αφαίρεσης μόνο ενός μικρού τμήματος (κωνική αφαίρεση) του τραχήλου της μήτρας. Σε πολλές άλλες περιπτώσεις είναι αναγκαίο να γίνει υστερεκτομή από το γυναικολόγο. Η πρόγνωση εξαρτάται από το στάδιο στο οποίο ο καρκίνος έχει ανιχνευθεί. (Φωτίου 2009)

1.8.6. Μπορεί να διαγνωστεί έγκαιρα ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας;

1/4 μόνο μπορεί να διαγνωστεί έγκαιρα αλλά είναι δυνατό να διαγνωστούν προκαρκινικές αλλαγές στα κύτταρα του τραχήλου (δυσπλασίες) πολύ πριν αυτές προχωρήσουν και γίνουν καρκίνος. Η σημαντική αυτή πρόοδος της προληπτικής ιατρικής οφείλεται στο τεστ Παπανικολάου και βασίζεται στην λήψη υγρών από τον κόλπο και τον τράχηλο της μήτρας. Το τεστ Παπανικολάου είναι απλή εξέταση γιατί η λήψη του:

- είναι ανώδυνη
- είναι αναίμακτη
- είναι σύντομη
- μπορεί να γίνει στο εξωτερικό ιατρείο

1.9. Προληπτικός έλεγχος

Η ιστολογική εξέταση (VIRCHOW), η κολποσκόπηση (HINSELMAN) και η κυτταρολογική εξέταση (ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ) υπήρξαν κατά χρονολογική σειρά οι μέθοδοι διαγνωστικής προσέγγισης των παθολογικών αλλοιώσεων του τραχήλου. Κατά την διάρκεια της τελευταίας 50ετίας η εισαγωγή και η εφαρμογή στα πλαίσια μαζικού πληθυσμιακού ελέγχου (screening) στις χώρες του δυτικού κόσμου της κυτταρολογικής εξέτασης

επιχρισμάτων από τον τράχηλο της μήτρας των γυναικών (γνωστής ως τεστ Παπανικολάου), είχε ως συνέπεια μία σημαντικότερη μείωση στην επίπτωση και την θνητότητα από τον καρκίνο του τραχήλου, γεγονός το οποίο αποτελεί το πλέον επιτυχημένο παράδειγμα εφαρμογής προληπτικής εξέτασης σε μαζική κλίμακα. (Αγοραστός, Βαβίλης & Μπόντης 1999)

1.10. Πρόληψη από την ανάπτυξη καρκίνου στον τράχηλο

Όπως αναφερθήκαμε και παραπάνω έχει μεγάλη σημασία να γίνεται συστηματικά το τεστ Παπανικολάου. Το τεστ αυτό μπορεί να ζώσει ζωές φτάνει να γίνεται τουλάχιστον μια φορά κάθε 2 χρόνια στις γυναίκες από 20 έως 65 ετών και μετά ακόμη, μαζί με τη γυναικολογική εξέταση. Η αποφυγή πολλών ερωτικών συντρόφων, η αποφυγή έναρξης σεξουαλικής δραστηριότητας πολύ νωρίς στην ηλικία με μείωση του κίνδυνου μόλυνσης από τον ιό HPV. Επίσης, η χρήση προφυλακτικού από τον άνδρα μειώνει τις πιθανότητες μετάδοσης των ιών HPV στη γυναίκα. Η χρήση του προφυλακτικού επομένως είναι επιβεβλημένη, ιδιαίτερα αν η γυναίκα εναλλάσσει ερωτικούς συντρόφους. Επιπλέον κάθε γυναίκα αναπαραγωγικής ηλικίας θα πρέπει να υποβάλλεται σε τεστ Παπανικολάου κάθε χρόνο, το οποίο μπορεί να ανιχνεύσει προκαρκινικές αλλοιώσεις ή τη λοίμωξη από τους ιούς HPV. Έτσι αν τελικά η γυναίκα προσβληθεί από ιούς HPV ή αναπτύξει προκαρκινικές αλλοιώσεις, η πάθηση θα ανιχνευθεί σε πολύ πρώιμο στάδιο, όπου είναι απόλυτα θεραπεύσιμη. (Αγοραστός, Βαβίλης & Μπόντης 1999). Επίσης:

- Το τεστ Παπανικολάου (Pap Test) στις γυναίκες 25 ετών και άνω ελαττώνει τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας κατά 80%. Εάν το test είναι αρνητικό, πρέπει να γίνεται μία φορά το χρόνο μεταξύ 10ης και 20ης ημέρας από την πρώτη ημέρα της τελευταίας εμμήνου ρύσης και απαραίτητο είναι η αποφυγή:
 - Σεξουαλικής επαφής 24 ώρες πριν από τη λήψη του κολποτραχηλικού επιχρίσματος (Pap Test).
 - Εσωτερικής κολπικής πλύσης.
 - Να μην έχει προηγηθεί κολπική θεραπεία.

Στις γυναίκες μετά την ηλικία των 60 ετών που είχαν συνεχείς τρεις ή περισσότερες φορές υποβληθεί σε Pap Test και ήταν εντός φυσιολογικών ορίων δύναται ο έλεγχος να γίνεται κάθε 2-3 χρόνια αφού ελαττώνεται η συχνότητα των αλλοιώσεων του τραχήλου της μήτρας μετά τη μέση ηλικία. Στις γυναίκες που έχει γίνει αφαίρεση της μήτρας (υστερεκτομή) πρέπει να έχουν ιατρική οδηγία για τη συχνότητα ελέγχου του κολπικού κολοβώματος με το test Παπανικολάου. Ο κυριότερος παράγων κινδύνου για την ανάπτυξη καρκίνου τραχήλου της μήτρας είναι η φλεγμονή που προκαλείται από τους διάφορους τύπους του ιού (16, 18, 31, 33) του ανθρωπίνου θηλώματος (HPV) που ανευρίσκονται με τη μέθοδο Μοριακής Βιολογίας. Οι γυναίκες μολύνονται με τους ιούς HPV με τη σεξουαλική επαφή. Υπάρχει εμβόλιο που γίνεται προληπτικά σε κορίτσια ηλικίας 14-21 ετών (Γυναικολογική Κλινική της Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών) για την προστασία των αλλοιώσεων του τραχήλου της μήτρας από τους κυριότερους ιούς του ανθρωπίνου θηλώματος. Το Κυτταρολογικό Τμήμα της Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας εφαρμόζει πρόγραμμα ελέγχου γυναικών με το Pap Test σε απομακρυσμένες περιοχές της Χώρας μας που είναι δύσκολη η πρόσβαση σε οργανωμένα Κρατικά Νοσοκομεία ή όπου δεν υπάρχει

Κυτταρολογικό Τμήμα σε αυτά. Επίσης εκτός από το Pap Test με τη μέθοδο Μοριακής Βιολογίας ανιχνεύονται ποιες γυναίκες έχουν μολυνθεί από τον ιό HPV.

- Αποφύγετε την πρόωμη έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας.
- Αποφύγετε τους πολλούς εναλλασσόμενους ερωτικούς συντρόφους.
- Χρησιμοποιείτε αντισυλληπτικές μεθόδους που προστατεύουν, όπως είναι το διάφραγμα ή το ανδρικό προφυλακτικό και το γυναικείο προφυλακτικό, που εμποδίζουν τη μετάδοση ιών και μικροβίων κατά την ερωτική επαφή.
- Μην καπνίζετε.
- Αυξήστε την πρόσληψη φρούτων και λαχανικών και συνεπώς βήτα-καροτίνης, βιταμίνης C και φυλλικού οξέος. (Αγοραστός, Βαβίλης & Μπόντης 1999)

1.11. Τα εμβόλια και πως προφυλάσσουν

Στην ελληνική αλλά και στην παγκόσμια αγορά έχουν κυκλοφορήσει δύο εμβόλια εναντίων των ιών HPV, το Gardasil και το Cervarix. Και τα δύο προφυλάσσουν από τη λοίμωξη από τους ιούς HPV τύπου 16 και 18, οι οποίοι ευθύνονται για το 70% των περιπτώσεων καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Τα εμβόλια έχουν δοκιμαστεί σε κορίτσια και νεαρές κοπέλες μέχρι την ηλικία των 26 ετών και θεωρούνται πολύ αποτελεσματικά. Τα δυο αυτά εμβόλια που κυκλοφορούν στην ελληνική αγορά, έχουν ομοιότητες και διαφορές. «Το ένα, το Gardasil, είναι τετραδύναμο και έχει σχεδιαστεί για 4 ιούς -16, 18, 6, 11- δηλαδή περιλαμβάνει και τους ιούς που είναι υπεύθυνοι για τη δημιουργία κονδυλωμάτων, ενώ το άλλο, το Cervarix, είναι μόνο για τους ιούς 16 και 18. Έχουν, όμως, διαφορετικά χαρακτηριστικά. Το Cervarix στοχεύει βασικά στους δυο ιούς. Στοχεύει σε αυτό που λέγεται cross protection, διασταυρούμενη προστασία σε ότι αφορά και άλλους δυο ιούς τον 31 και 45 που είναι υπεύθυνοι για ογκογόνους ιούς. Φυσικά, οι κλινικές μελέτες βρίσκονται σε εξέλιξη. Αν, όμως, αυτό αποδειχθεί, τότε αυξάνεται η κάλυψη που παρέχει το εμβόλιο αυτό. Το δεύτερο χαρακτηριστικό του Cervarix είναι ένα καινούριο ανοσοενισχυτικό συστατικό που περιέχει, το οποίο κλινικά φαίνεται να αυξάνει τα αντισώματα και τη διάρκεια ζωής τους. Να σημειωθεί ότι, η παρατηρούμενη μέγιστη διάρκεια προστασίας μέχρι σήμερα είναι 5,5 έτη, κατά τα οποία η αποτελεσματικότητα του Cervarix διατηρείται. (Nucci & Esther 2009)

1.12. Ιστορική αναδρομή

Dr. Γεώργιος Παπανικολάου - Τέστ Παπανικολάου

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας αποτελεί τη **μόνη** μορφή καρκίνου στον άνθρωπο που μπορεί να εξαλειφθεί ολοκληρωτικά.

Ο πρώτος λόγος είναι ότι για σειρά ετών και πριν γίνει διηθητικός και επομένως επικίνδυνος για τη ζωή της γυναίκας, περνάει από ένα φάσμα αλλοιώσεων, από τις απλές δυσπλασίες μέχρι το ενδοεπιθηλιακό (προδιηθητικό) καρκίνωμα.

Ο δεύτερος λόγος είναι ότι μπορούμε να διαγνώσουμε όλες αυτές τις δυνητικά προκαρκινωματώδεις αλλοιώσεις με μια απλή και ακίνδυνη εξέταση, την κυτταρολογική εξέταση κατά Παπανικολάου (τέστ Παπανικολάου). Έτσι έχουμε τη δυνατότητα να **προλάβουμε** αυτόν τον καρκίνο, πριν γίνει διηθητικός.



Από τον Γ. Παπανικολάου ξεκίνησε η ιδέα της κυτταρολογικής εξέτασης για την ανίχνευση του καρκίνου και το τεστ που πρωτοπεριέγραψε το 1928, έχει συμβάλει στην πρόληψη και ίαση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας για εκατομμύρια γυναίκες σ'ολόκληρο τον κόσμο. Ο Γ. Παπανικολάου αρχίζοντας μια εργασία για τις γεννητικές μεταβολές που παρατηρούνται σε πειραματόζωα, μετατόπισε εν συνεχεία το ενδιαφέρον του στο τι συμβαίνει στον άνθρωπο. Επί 5 χρόνια έκανε μελέτες σε μια ειδική περίπτωση, που αποκαλύφθηκε αργότερα ότι ήταν η γυναίκα του. Κατόπιν μελέτησε το γυναικείο προσωπικό του Νοσοκομείου και αφού ταξινόμησε όλες τις φυσιολογικές μεταβολές, που παρατηρούνται στα κολποτραχηλικά επιχρίσματα κατά την διάρκεια του κύκλου της γυναίκας, άρχισε να εξετάζει και ασθενείς. Ήταν βέβαιο πως αργά ή γρήγορα θα συναντούσε και γυναίκες με καρκίνο. Παρ' όλο λοιπόν, ότι δεν έψαχνε με τη μελέτη του αυτή για καρκινικά κύτταρα, εν τούτοις τα αναγνώρισε αμέσως, δείχνοντας ότι διέθετε ένα φωτισμένο προετοιμασμένο μυαλό. Παρόμοια κύτταρα είχαν δει και άλλοι ερευνητές πριν από αυτόν, αλλά η σημασία τους δεν αποτέλεσε κίνητρο για την ανάπτυξη ενός νέου επιστημονικού κλάδου. Με τις εν συνεχεία μελέτες του καθόρισε τον απλό τρόπο με τον οποίο μπορεί να ληφθεί το δείγμα για εξέταση και όλες τις αλλοιώσεις που παρατηρούνται στα κύτταρα από τις απλές δυσπλασίες μέχρι το διηθητικό καρκίνο. Βέβαια ο θρίαμβος για την ανακάλυψη αυτή ήρθε πολλά χρόνια αργότερα. Το 1948 στην Αμερική οργανώθηκε ένα πρόγραμμα σε Εθνική Κλίμακα για να εκπαιδευτούν πάνω στη νέα εξέταση γιατροί και κυτταροτεχνολόγοι, το οποίο ακολουθήθηκε από μια εντατική εκστρατεία ενημέρωσης του κοινού, ώστε να παροτρύνει τις γυναίκες να υποβάλλονται σε κυτταρολογική εξέταση σε τακτικά διαστήματα. Αργότερα, το 1954 η Διεθνής Αντικαρκινική Ένωση ανέλαβε την προβολή σε παγκόσμια κλίμακα του τεστ Παπανικολάου. Τα χρόνια που ακολούθησαν σφραγίστηκαν από δύο εντυπωσιακές μεταβολές στα ποσοστά θανάτου από καρκίνο. Το ποσοστό για τον καρκίνο του πνεύμονα αυξήθηκε σημαντικά, ενώ το ποσοστό για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας μειώθηκε απότομα. Σήμερα το τεστ Παπανικολάου (Pap

Test) είναι διαδεδομένο σε όλο τον κόσμο και η αξία του στην πρόληψη και πρόωμη ανίχνευση των προκαρκινικών αλλοιώσεων του τραχήλου είναι αναμφισβήτητη. Η επιτυχία του τεστ Παπανικολάου για την εξάλειψη του καρκίνου του τραχήλου, εξαρτάται από την προθυμία των γυναικών να υποβληθούν σ'αυτή την εξέταση και κυρίως εκείνων που ανήκουν στην ομάδα αυξημένου κινδύνου.(Κρέτσας 2001)

1.13. Πως γίνεται το τεστ παπ



Ο γιατρός ή η μαία θα λάβει κύτταρα από την επιφάνεια του τραχήλου και από το τμήμα εκείνο το οποίο συνδέει τον τράχηλο με το σώμα της μήτρας. Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιείται μια μικρή σπάτουλα και ένα μαλακό βουρτσάκι. Αυτό το κολπικό επίχρισμα θα διατηρηθεί σε ένα πλακάκι προκειμένου να εξεταστεί από κυτταρολόγο. Η γυναίκα δεν θα πρέπει να κάνει κολπική πλύση για τουλάχιστον 24 ως 48 ώρες πριν από την εξέταση και δεν θα πρέπει να έχει περίοδο. Η παρουσία αίματος στο τεστ Παπανικολάου κάνει αδύνατη την εξέταση των κυττάρων. Επίσης, δεν θα πρέπει να έχει υπάρξει σεξουαλική επαφή κατά τις τελευταίες δύο ημέρες όταν υπάρχει περίπτωση να βρίσκονται στον κόλπο κύτταρα προστατικά του συντρόφου ή ορχικά. Με το τεστ Παπ γίνεται λήψη κυττάρων από τον κόλπο, τον τράχηλο και τον ενδοτράχηλο. Ο γυναικολόγος επιστρώνει τα κύτταρα αυτά σε πλάκες και, αφού μονιμοποιήσει το παρασκεύασμα, το στέλνει στον κυτταρολόγο. Ο κυτταρολόγος βάφει, τα κύτταρα, τα παρατηρεί στο μικροσκόπιο και περιγράφει διάφορες προκαρκινικές καταστάσεις για τον τράχηλο της μήτρας, εάν υπάρχουν. Η διαδικασία αποσκοπεί στον εντοπισμό τυχόν μεταβολών στα κύτταρα, οι οποίες δεν οφείλονται σε ορμονικές αλλαγές ή στην ηλικία, αλλά σε πιθανά παθολογικά αίτια. Η κυτταρολογική διάγνωση είναι το πρώτο βήμα για την αξιολόγηση και τη θεραπεία του προβλήματος. Η εξέταση αποσκοπεί στην ανίχνευση κακοηθειών ή προκαρκινικών αλλαγών στον τράχηλο της μήτρας. Το θετικό αποτέλεσμα υποδηλώνει ότι υπάρχει κάποιο πρόβλημα που χρειάζεται περαιτέρω έλεγχο ώστε να γίνει η τελική διάγνωση. Το τεστ Παπ δεν είναι διαγνωστικό και δεν πρέπει να χρησιμοποιείται για να αποκλείσει το ενδεχόμενο καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Σε περίπτωση που παρουσιάζεται ύποπτη συμπτωματολογία, που πιθανώς οφείλεται σε αυτήν τη μορφή καρκίνου, είναι απαραίτητη η βιοψία. Εκτός από τις προκακοήθειες και κακοήθειες αλλαγές, ο κυτταρολόγος μπορεί να βρει και άλλες, τοπικές καταστάσεις που μπορούν να δημιουργήσουν προβλήματα όπως οι ιογενείς λοιμώξεις, ο απλός έρπης και τα κονδυλώματα. Είναι δυνατό να δούμε μερικές φορές και την ύπαρξη μυκήτων ή άλλων κολπικών μικροβίων. Ο γιατρός θα συστήσει, τότε, καλλιέργεια κολπικού υγρού που θα αποκαλύψει το μικρόβιο εκείνο το οποίο μολύνει τον κόλπο,η και την ενδεδεδειγμένη

θεραπεία. Συγχρόνως με τη λήψη του τεστ Παπ, ο γυναικολόγος μπορεί να κάνει μια επισκόπηση του κόλπου και του τραχήλου. Με την επισκόπηση ο ιατρός ελέγχει την εικόνα του εξωτραχήλου, την μορφή του έξω τραχηλικού στομίου, την ύπαρξη έκκρισης βλέννης ή άλλου υγρού από τον ενδοτράχηλο, καθώς και την ύπαρξη όγκων, πολυπόδων, θηλωμάτων, τραυμάτων, συμφύσεων. Το επιθήλιο του ενδοτραχήλου είναι μονόστοιβο κυλινδρικό, ενώ του εξωτραχήλου πολύστοιβο πλακώδες. Η μετάπτωση του ενός επιθηλίου στο άλλο παρατηρείται συνήθως στην περιοχή του έξω τραχηλικού στομίου, συχνά όμως το κυλινδρικό επιθήλιο επεκτείνεται στον εξωτράχηλο, παρουσιάζομενο ως ερυθρά μικροθηλωματώδης ευαίσθητη περιοχή. Η περιοχή αυτή αναφέρεται ως εκτοπία (παλαιότερα εκτρόπιο) και η παρουσία της αποτελεί φυσιολογικό φαινόμενο. Ο λόγος για τον οποίο παρατηρείται εκτοπία σε ορισμένες γυναίκες, και μάλιστα σε έκταση η οποία μερικές φορές καταλαμβάνει σχεδόν ολόκληρη την επιφάνεια του εξωτραχήλου, ενώ σε άλλες της ίδιας ηλικίας δεν παρατηρείται, δεν είναι γνωστός. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων το κυλινδρικό επιθήλιο της εκτοπίας υφίσταται με την πάροδο του χρόνου την λεγόμενη πλακώδη μεταπλασία, δηλαδή η στοιβάδα των κυλινδρικών κυττάρων αντικαθίσταται από πολύστοιβο πλακώδες επιθήλιο, αρχικά "άωρο", αργότερα δε "ώριμο". Η περιοχή η οποία περιλαμβάνει το επιθήλιο που υφίσταται την διαδικασία της μεταπλασίας αναφέρεται ως ζώνη μετασχηματισμού (transformation zone) ή ζώνη μετάπτωσης ή ζώνη μεταπλασίας. Η περιοχή αυτή έχει ιδιαίτερη σημασία διότι από αυτήν κατά κανόνα εξορμώντας οι αλλοιώσεις της κακοήθους εξαλλαγής του τραχηλικού επιθηλίου. Κατά την κύηση ή κατά την λήψη αντισυλληπτικών δισκίων το κυλινδρικό επιθήλιο επεκτείνεται περισσότερο προς την περιφέρεια του τραχήλου, ενώ κατά την διάρκεια του κλιμακτηρίου και της μετεμμηνοπαυσιακής ζωής ή ζώνη μετάπτωσης μετακινείται βαθμιαίως προς τον ενδοτραχηλικό αυλό. Οι περιγραφείσες καταστάσεις (εκτοπία, πλακώδης μεταπλασία) πρέπει να θεωρούνται ως φυσιολογικά φαινόμενα και ως εκ τούτου δεν απαιτείται θεραπεία. Μόνο σε περιπτώσεις έντονης υπερέκκρισης υγρών ή επανειλημμένων μικροαιμορραγιών μετά από σεξουαλική επαφή είναι δυνατόν να γίνει καταστροφή του επιθηλίου (αφού προηγουμένως πιστοποιηθεί πλήρως η καλοήθεια) με κροθεραπεία, ακτίνες LASER ή ηλεκτροδιαθερμία. Αιμορραγία, φλεγμονή και στένωση του έξω τραχηλικού στομίου μπορεί να εμφανισθούν ως επιπλοκές μιας τέτοιας αντιμετώπισης. (Μιχαλάς 2008)

Μπορεί ακόμη να διαγνώσει καταστάσεις οι οποίες φαίνονται με το γυμνό μάτι, όπως είναι μια κολπίτιδα, μια τραχηλίτιδα. Η ύπαρξη κάποιου πολύποδα μπορεί επίσης να διαγνωστεί με γυμνό μάτι, πράγμα που γίνεται χωρίς καμία επιπλέον προσπάθεια ή καθυστέρηση, απλά και μόνο με το τεστ Παπ.

Επίσης ο γυναικολόγος μπορεί να κάνει και μια κολποσκόπηση όπου αποτελεί απλή, μη επεμβατική και σύντομη στην διενέργειά της εξέταση, με την οποία επισκοπείται ο τράχηλος υπό μεγέθυνση με την βοήθεια ειδικού μικροσκοπίου. Η επίθηξη του τραχηλικού επιθηλίου με διάλυμα οξικού οξέος 3%-5% προκαλεί τήξη των πρωτεϊνών του πυρήνα των κυττάρων και έτσι, στις περιοχές όπου υπάρχει αλλοιωμένο επιθήλιο και όπου κατά κανόνα αυτό είναι υπερπλαστικό -εμφανίζεται λευκάζουσα απόχρωση. Η ύπαρξη υπερπλαστικών αγγείων του στρώματος δίνει επιφανειακά την εικόνα διάστιξης ή μωσαικού (το φυσιολογικό επιθήλιο διατηρεί την ερυθρά ομαλή εμφάνισή του και μετά την δράση του οξικού οξέος). Ιδιαίτερης σημασίας είναι η ανεύρεση άτυπων αγγείων στο

τραχηλικό επιθήλιο. Η επίθεση με διάλυμα Lugol (δοκιμασία κατά Schiller) προκαλεί στο φυσιολογικό επιθήλιο μία έντονη φαιά χρώση. Λόγω πρόσληψης του KI του διαλύματος από το γλυκογόνο του κυτταροπλάσματος των κυττάρων. Αντίθετα, το αλλοιωμένο επιθήλιο δεν χώνεται λόγω του ότι τα κύτταρα του στερούνται γλυκογόνου. Η κολποσκόπηση θεωρείται ικανοποιητική, όταν το σύνολο της ζώνης μετάπτωσης είναι ορατό. Αντίθετα, εάν μέρος αυτής της ζώνης ευρίσκεται στο βάθος του ενδοτραχηλικού αυλού και δεν είναι δυνατή η δια του κολποσκοπίου επισκόπησή του, απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή ως προς την συνολική εκτίμηση του κινδύνου. (Μαμόπουλος & Ρούσσοι 1998)

Η ύπαρξη ψευδώς αρνητικών και ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων τόσο της κυτταρολογικής όσο και της κολποσκοπικής εξέτασης καθιστούν επιβεβλημένη την διενέργεια, αν είναι δυνατόν, και των δύο μεθόδων, ως συμπληρωματικών η μία της άλλης. Ο περιορισμός μόνο στην κυτταρολογική εξέταση έδειξε στο παρελθόν ότι έχει μερικές φορές ως αποτέλεσμα (λόγω ψευδώς αρνητικών αποτελεσμάτων) την εξέλιξη ενός αδιάγνωστου τραχηλικού καρκίνου. Από την άλλη πλευρά, η διενέργεια κολποσκόπησης είναι δυνατόν να εφαρμοσθεί ως μέθοδος μαζικού ελέγχου σε πληθυσμιακό επίπεδο. Τελευταία συζητείται και η εξ'αρχής ανίχνευση του HPV-DNA των ογκογόνων τύπων του ιού ως μέθοδος μαζικού προληπτικού ελέγχου των γυναικών με στόχο την αναγνώριση των γυναικών υψηλού κινδύνου.

Παρόλα τα ανωτέρω, η ιστολογική εξέταση βιοψιών υπό κολποσκόπιο έλεγχο ήταν και παραμένει η "χρυσή αρχή" (gold standard) της διάγνωσης όλων των αλλοιώσεων του τραχήλου της μήτρας. (Μπόντης 2007)

1.14. Ποσο συχνά πρέπει να γίνεται το τεστ παπανικολάου

Κάθε χρόνο μετά την έναρξη της σεξουαλικής ζωής. Οι Αρχές Υγείας από το 1999 ορίζουν ότι όλες οι δαπάνες για το τεστ Παπανικολάου βαρύνουν τους ασφαλιστικούς οργανισμούς και το δημόσιο χωρίς καμία συμμετοχή της ασφαλισμένης. Επομένως, μια γυναίκα πρέπει να αναρωτηθεί πότε ήταν η τελευταία φορά που έκανε τεστ Παπανικολάου και πότε πρέπει να κάνει το επόμενο. (Τσακρακλίδης & Γουργουλιάνης 1999)

1.14.1. Ποιές γυναίκες πρέπει να το κάνουν;

Μια συχνή παρανόηση είναι ότι ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας προσβάλλει μόνο μεγαλύτερες γυναίκες, αλλά η αλήθεια είναι ότι αν μια γυναίκα είχε ή έχει σεξουαλικές σχέσεις κινδυνεύει όποια και αν είναι η ηλικία της. Ο κίνδυνος αυτός γίνεται μεγαλύτερος στις γυναίκες μικρότερης ηλικίας και με πολλούς σεξουαλικούς συντρόφους. Ο κίνδυνος ξεκινάει από την πρώτη σεξουαλική επαφή και συνεχίζει σε όλη τη διάρκεια της ζωής. Ο HPV, ο ιός κάποιου τύπου του οποίου μπορεί να προκαλέσουν καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, είναι πολύ διαδεδομένος και εύκολα μεταδιδόμενος κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής. Έως και το 80% των σεξουαλικά ενεργών γυναικών μπορεί να πάθει λοίμωξη με τον ιό κάποια στιγμή στη ζωή της. Έτσι:

- Οι σεξουαλικά ενεργές γυναίκες κινδυνεύουν από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας – οποιαδήποτε και αν είναι η ηλικία τους.Ο κίνδυνος αυτός γίνεται μεγαλύτερος στις γυναίκες μικρότερης ηλικίας και με πολλούς σεξουαλικούς συντρόφους.
- Αν μια γυναίκα πάθει λοίμωξη με τον ιό συνήθως δεν υπάρχουν συμπτώματα Γι' αυτό, είναι εξαιρετικά σημαντικό όλες οι γυναίκες να μιλήσουν στους γιατρούς τους για όλα τα προληπτικά μέτρα που υπάρχουν έναντι του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Η καλύτερη προστασία είναι ο συνδυασμός τακτικών τεστ Παπανικολάου με τον εμβολιασμό.(Γκούβρα, Κυρίδης & Μαυρικάκη 2005)

1.14.2. Απο ποιά ηλικία πρέπει ν'αρχίσει το τεστ παπανικολάου

Ο καρκίνος του τραχήλου εμφανίζεται συνήθως σε γυναίκες πάνω από 35 χρονών αλλά μπορεί να εμφανιστεί και σε νεώτερες. Για τον λόγο αυτό αλλά και επειδή οι προκαρκινοματώδεις αλλαγές (δυσπλασίες) στα κύτταρα του τραχήλου πριν να εμφανιστεί ο καρκίνος μπορεί να έχουν αρχίσει και 10 χρόνια νωρίτερα πρέπει: α) Κάθε γυναίκα που έχει ή είχε σεξουαλικές σχέσεις ή είναι πάνω από 18 ετών να κάνει τεστ Παπανικολάου μαζί με γυναικολογική εξέταση β) Μετά από 3 η περισσότερα φυσιολογικά τεστ Παπανικολάου το τεστ μπορεί να γίνεται σε μεγαλύτερα διαστήματα μετά από σύσταση του γυναικολόγου. Εφ' όσον γίνει έγκαιρα η διάγνωση μιας δυσπλασίας η θεραπεία είναι μια απλή επέμβαση από τον κόλπο με την οποία αφαιρείται ένα τμήμα του τραχήλου σε σχήμα κώνου (κωνοειδής εκτομή). Έτσι η γυναίκα μπορεί να θεραπευτεί 100% χωρίς να γίνει αφαίρεση της μήτρας.

1.14.3. Συστάσεις οργανισμών για τον προληπτικό έλεγχο του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας

American Academy of Family Physicians	Όλες οι γυναίκες που είναι ή υπήρξαν σεξουαλικά ενεργές και έχουν τράχηλο θα πρέπει να υποβάλλονται σε τεστ ΠΑΠ τουλάχιστον κάθε 3 χρόνια. Το τεστ δεν ενδείκνυται σε γυναίκες με υστερεκτομή για καλοήγη πάθηση.
American Cancer Society and American College of Obstetricians and Gynecologists and National Cancer Institute	Όλες οι γυναίκες θα πρέπει να ξεκινούν το τεστ ΠΑΠ από την έναρξη της σεξουαλικής ζωής ή την ηλικία των 18 ετών και να το επαναλαμβάνουν ετησίως. Μετά από 3 ή περισσότερα ετήσια, φυσιολογικά τεστ, η επανάληψη του προληπτικού ελέγχου μπορεί να γίνεται λιγότερο συχνά εάν η γυναίκα είναι χαμηλού κινδύνου.
American College of Physicians	Σεξουαλικά ενεργές γυναίκες ηλικίας 20-65 ετών θα πρέπει να ελέγχονται με τεστ ΠΑΠ κάθε 3 χρόνια. Το ίδιο ισχύει και για γυναίκες ηλικίας 66-75 ετών που δεν ελέγχθηκαν μέσα σε 10 χρόνια πριν από την ηλικία των 66 ετών. Γυναίκες που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου θα πρέπει να ελέγχονται κάθε 2 χρόνια.
American College of Preventive Medicine	Ο προληπτικός έλεγχος σε γυναίκες που είναι ή υπήρξαν σεξουαλικά ενεργές θα πρέπει να ξεκινά από τη στιγμή της έναρξης της σεξουαλικής ζωής και να επαναλαμβάνεται κάθε χρόνο, 2 φορές αρχικά. Σε γυναίκες που έχουν τουλάχιστον 2 ετήσια, φυσιολογικά τεστ ο έλεγχος μπορεί να γίνεται λιγότερο συχνά. Μετά την ηλικία των 65 ετών, ο έλεγχος μπορεί να σταματήσει εάν η γυναίκα μέσα στα προηγούμενα 9 χρόνια είχε 2 τουλάχιστον φυσιολογικά τεστ. Σε γυναίκες άνω των 65 ετών που δεν έχουν υποβληθεί ποτέ σε τεστ, 3 ετήσια τεστ θα πρέπει να γίνονται και μόνο εάν είναι φυσιολογικά επιτρέπεται η διακοπή του ελέγχου.
Canadian Task Force on the Periodic Health Examination	Το τεστ ΠΑΠ ενδείκνυται σε γυναίκες που είναι ή υπήρξαν σεξουαλικά ενεργές. Αρχικά, το τεστ θα πρέπει να γίνεται κάθε χρόνο μέχρι να προκύψουν 2 φυσιολογικά τεστ οπότε και η συχνότητά του μπορεί να μειωθεί στα 3 χρόνια μέχρι την ηλικία των 69 ετών. Πιο συχνός έλεγχος προτείνεται σε γυναίκες υψηλού κινδύνου, όπως εκείνες που ξεκίνησαν τις σεξουαλικές επαφές κάτω από την ηλικία των 18 ετών, που έχουν πολλούς σεξουαλικούς συντρόφους, καπνίζουν ή ανήκουν σε χαμηλές κοινωνικοοικονομικές τάξεις.

1.14.4.ο καρκίνος του ενδομήτριου μπορεί να διαγνωστεί έγκαιρα

Ναι, και να θεραπευτεί σε ποσοστό πάνω από 90%. Είναι καρκίνος που εμφανίζεται συνήθως μετά την εμμηνόπαυση σε γυναίκες 50 έως 65 χρόνων. Για το λόγο αυτό εάν η περίοδος έχει σταματήσει πάνω από ένα χρόνο και εμφανιστεί ξανά αίμα από τον κόλπο η γυναίκα πρέπει να συμβουλευτεί αμέσως γυναικολόγο. Το ίδιο επίσης οφείλουν να κάνουν και οι γυναίκες ηλικίας 40-50 χρόνων όταν αρχίσουν ανωμαλίες της περιόδου με εμφάνιση αίματος από τον κόλπο για πολλές μέρες, ή όταν η περίοδο εμφανίζεται συχνότερα από πριν, η αυξάνει σημαντικά η ποσότητά της. Οι ανωμαλίες αυτές συνήθως οφείλονται στην κλιμακτήριο ή και σε άλλες καλοήθεις παθήσεις της μήτρας πρέπει όμως να ελέγχονται. Η διάγνωση του καρκίνου του ενδομητρίου γίνεται με την διαγνωστική απόξεση. Θα πρέπει η γυναίκα να συμβουλευτεί γυναικολόγο ιδίως όταν έχει τα εξής ενοχλήματα (Roger 2002):

- α) Αιμορραγία που δεν έχει σχέση με την περίοδο.
- β) Ξαφνική αιμορραγία ενώ η έμμηνος ρύση έχει σταματήσει από καιρό.
- γ) Μικροαιμορραγίες ιδίως μετά την επαφή.
- δ) Άφθονα κολπικά υγρά.
- ε) Έντονο κνησμό στα γεννητικά όργανα.
- ζ) Πόνο χαμηλά στο υπογάστριο.
- η) Ξαφνική και γρήγορη διόγκωση της κοιλιάς.

1.15. Ταξινόμηση κυτταρολογικών ευρημάτων στο τεστ Παπανικολάου

- Κλάση I: φυσιολογικά ευρήματα (φυσιολογικά κύτταρα). Η εξέταση είναι αρνητική για καρκίνο.
- Κλάση II: φυσιολογικά ευρήματα (ορισμένα κολπικά κύτταρα έχουν μικρή απόκλιση από τα φυσιολογικά κύτταρα). Η εξέταση είναι αρνητική για καρκίνο. Συνήθως τα ευρήματα αυτά συναντώνται σε φλεγμονώδεις καταστάσεις του τραχήλου και του κόλπου.
- Κλάση III: αμφίβολα ευρήματα (υπάρχουν κολπικά κύτταρα που ούτε μοιάζουν με τα φυσιολογικά αλλά ούτε με βεβαιότητα χαρακτηρίζονται έως άτυπα ή καρκινικά). Σε αυτή την κλάση συνιστάται επανάληψη του τεστ τρεις φορές σε σύντομο χρονικό διάστημα και στην περίπτωση που επιμένει το εύρημα πρέπει να γίνει βιοψία.
- Κλάση IV: μέσα στον κολπικό κυτταρικό πληθυσμό υπάρχει μικρός αριθμός καρκινικών κυττάρων. Σε αυτήν τίθεται σοβαρά η υποψία για την ύπαρξη κακοήθειας και πρέπει να ακολουθήσει βιοψία. Κλάση V: ίδια ευρήματα με την

κλάση IV, αλλά ο αριθμός των κακοηθών κυττάρων είναι πιο μεγάλος και υπάρχει ένδειξη για βιοψία. (Φωτίου 2009)

1.16. Αξιολόγηση του τεστ Παπανικολάου

Το πιο διαδεδομένο σύστημα για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της εξέτασης κατά Παπανικολάου είναι η κατηγοριοποίηση κατά Bethesda. Το σύστημα αυτό δημιουργήθηκε το 1988 και από τότε έχει αναπροσαρμοστεί 2 φορές, το 1991 και το 2001. Τα αποτελέσματα του τεστ Παπ ταξινομούνται σε κατηγορίες:

- Αρνητικό για ενδοεπιθηλιακή αλλοίωση ή κακοήθεια
- Επιθηλιακές ανωμαλίες κυττάρων
- Άλλα κακοήθη νεοπλασμάτα

1. Αρνητικό. Αυτό σημαίνει ότι ο τράχηλος είναι υγιής. Το επόμενο τεστ γίνεται σε 1 χρόνο.

2. Τραχηλίτιδα (κολπίτιδα). Αυτό σημαίνει ότι το τεστ είναι αρνητικό για κακοήθεια. Εντούτοις υπάρχει μόλυνση που προκαλεί μια διαφοροποίηση στα κύτταρα. Πρέπει να γίνει μια καλλιέργεια για να ανευρεθεί η αιτία της μόλυνσης και να δοθεί η ανάλογη θεραπεία. Ο γιατρός θα καθορίσει πότε πρέπει να γίνει το επόμενο τεστ.

3. ASCUS («άτυπα πλακώδη κύτταρα απροσδιοριστου 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). Κάνουμε κολποσκόπηση, για να δούμε το σημείο από το οποίο προέρχονται τα άτυπα κύτταρα. Επίσης, ταυτοποίηση του ιού (DNA-HPV), για να ανιχνεύσουμε την ύπαρξη και τον τύπο του.

4. LG-SIL (χαμηλού βαθμού δυσπλασία). Ελαφρά δυσπλασία, σημαίνει ότι υπάρχει μόλυνση από τον ιό των ανθρωπίνων κονδυλωμάτων (HPV). Θα πρέπει να γίνει μια κολποσκόπηση. Επίσης, ταυτοποίηση του ιού (DNA-HPV). Ανάλογα με το αποτέλεσμα καθορίζεται το επόμενο τεστ.

5. HG-SIL (υψηλού βαθμού δυσπλασία). Μεγάλη κυτταρική δυσπλασία. Χρειάζεται σίγουρα περαιτέρω έλεγχος (κολποσκόπηση) και θεραπεία. Δεν υπάρχει καρκίνος αλλά χωρίς θεραπεία, υπάρχει κίνδυνος να εμφανιστεί καρκίνος στον τράχηλο της μήτρας.

6. Καρκίνος, αυτό είναι πολύ σπάνιο σε νέες γυναίκες. Εάν με το Test Pap ανευρεθούν καρκινικά κύτταρα, η θεραπεία πρέπει να είναι άμεση και αποτελεσματική. Όσο νωρίτερα γίνει η θεραπεία, τόσο καλύτερα τα αποτελέσματα. Εάν το τεστ Παπ δείξει κακοήθειες ή προκαρκινικές αλλοιώσεις, θα χρειαστεί επανάληψη της εξέτασης προκειμένου να διασταυρωθεί το αποτέλεσμα. (Nies & McEwen 2001)

1.17. Σταδιοποίηση

Χρησιμοποιούνται διάφορα συστήματα σταδιοποίησης με επικρατέστερη την ταξινόμηση κατά TNM. Αυτή βασίζεται στην εκτίμηση του μεγέθους και της επέκτασης του όγκου. Σύμφωνα με αυτή την ταξινόμηση ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας διακρίνεται αδρά στα εξής στάδια.

- **Στάδιο 0** : in situ καρκίνωμα ο πιο πρώιμος τύπος του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, ο μη διηθητικός, ο οποίος είναι ιάσιμος.
- **Στάδιο 1** : ο καρκίνος περιορίζεται μόνο στον τράχηλο.
- **Στάδιο 2** : ο καρκίνος εκτείνεται πέρα από τον τράχηλο, αλλά όχι στο πυελικό τοίχωμα.
- **Στάδιο 3** : ο καρκίνος επεκτείνεται μέχρι το πυελικό τοίχωμα.
- **Στάδιο 4** : ο καρκίνος επεκτείνεται πέρα από την πύελο ή επεκτείνεται στην ουροδόχο κύστη ή στο ορθό.

1.18. Θεραπεία για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

Εάν η νόσος ανιχνευθεί έγκαιρα και αντιμετωπισθεί κατάλληλα μπορεί να υπάρξει ίαση. Δυστυχώς όμως, όπως όλοι οι καρκίνοι, ο ΚΤΜ έχει την ικανότητα να κάνει μεταστάσεις. Συνήθως τις κάνει στα οστά της λεκάνης, και σε γειτονικά όργανα όπως το έντερο και την ουροδόχο κύστη. Η θεραπεία βασίζεται πάνω στις 3 κύριες μεθόδους καταπολέμησης των καρκίνων. Τη χειρουργική επέμβαση, την ακτινοθεραπεία και τη χημειοθεραπεία. Το είδος και η ένταση της θεραπείας θα εξαρτηθεί από το στάδιο εξάπλωσης της νόσου και από την ηλικία της ασθενούς. Εάν η νόσος ανακαλυφθεί σε ένα αρχικό στάδιο η χειρουργική επέμβαση είναι η βασική θεραπεία. Τα αποτελέσματα στις περιπτώσεις αυτές δείχνουν 90% ίαση στα 5 χρόνια. Εάν η νόσος είναι περισσότερο προχωρημένη υπάρχει ένδειξη για ακτινοθεραπεία. Πρόσφατες κλινικές έρευνες έδειξαν ότι η χημειοθεραπεία μπορεί να βοηθήσει τόσο σε προχωρημένα όσο και σε λιγότερο προχωρημένα στάδια. Σε γυναίκες που θέλουν να τεκνοποιήσουν και στις οποίες ο καρκίνος έχει βρεθεί στα πολύ αρχικά στάδια, υπάρχει η πιθανότητα αφαίρεσης μόνο ενός μικρού τμήματος (κωνική αφαίρεση) του τραχήλου της μήτρας. Οι ελαφρού βαθμού ενδοεπιθηλιακές αλλοιώσεις δεν απαιτούν κατά κανόνα θεραπεία αλλά παρακολούθηση με κυτταρολογική και κολποσκοπική εξέταση ανά 6μηνο, εάν δεν ενδείκνυται και με την λήψη μικροβιοψιών για ιστολογική εκτίμηση. Οι σοβαρού βαθμού αλλοιώσεις πρέπει οπωσδήποτε να αντιμετωπίζονται χειρουργικά και μάλιστα με εξαίρεση της βλάβης (η καταστροφή της βλάβης με κρυοθεραπεία, Laser ή ηλεκτροδιαθερμία δεν εξασφαλίζει την πλήρη διάγνωση ούτε την πλήρη εξάλειψη της βλάβης-έτσι οι υποτροπές είναι σαφώς συχνότερες). Η εξαίρεση της βλάβης είναι δυνατόν να διενεργηθεί με την βοήθεια ηλεκτροδιαθερμικής αγκύλης υψίσυχνου ρεύματος (LLETZ), με ακτίνες Laser ή με νυστέρι. Οι δύο πρώτες μέθοδοι είναι δυνατόν να διενεργηθούν με τοπική αναλγησία, ενέχουν όμως το μειονέκτημα της πιθανής θερμικής βλάβης των ορίων του ιστικού δείγματος, το οποίο θα εξετασθεί από τον ιστοπαθολόγο, γεγονός ιδιαίτερα σημαντικό ως προς την δυνατότητα εκτίμησης της συνολικής ή μη αφαίρεσης της βλάβης. Στην κωνοειδή εκτομή του τραχήλου με νυστέρι συνήθως αφαιρείται μεγαλύτερο τμήμα του τραχήλου και απαιτείται γενική αναισθησία, τα όρια όμως του ιστικού δείγματος είναι πλήρως αξιολογήσιμα. Η διενέργεια κολποσκόπησης πριν από την χειρουργική εξαίρεση της βλάβης είναι απαραίτητη για την πλήρη τοπογραφική οριοθέτηση της αλλοίωσης και την καθοδήγηση της αγκύλης, της δέσμης Laser ή του νυστεριού. Η διάμετρος της βάσης και το ύψος του κώνου θα πρέπει να καθορίζονται ξεχωριστά για την κάθε ασθενή, ανάλογα με την έκταση και την τοπογραφία της βλάβης, την ηλικία της ασθενούς και το μαιευτικό ιστορικό της. (Αγοραστός & Μπόντης 2001)

Στις άλλες περιπτώσεις του σταδίου I καθώς και στο στάδιο II διενεργείται ριζική υστερεκτομή με σύγχρονη πυελική ή και παραορτική λεμφαδενεκτομία. Κατ'αυτήν εξαιρείται η μήτρα, το ανώτερο τριτημόριο του κόλπου,, τα παραμήτρια και οι λεμφαδένες, ενώ οι ωοθήκες είναι δυνατόν να διατηρηθούν. Ως επιπλοκές της επέμβασης αναφέρονται η αιμορραγία, οι φλεγμονές, οι κακώσεις των ουρητήρων ή και της ουροδόχου κύστεως, καθώς και η δημιουργία συριγγίων και λεμφοιδημάτων. Η ακτινοθεραπεία εφαρμόζεται κυρίως στα προχωρημένα στάδια της νόσου, σε αρχικά στάδια σε ασθενείς με αντένδειξη για χειρουργική επέμβαση, καθώς και σε ασθενείς όπου διαπιστώνεται ευρεία επέκταση του όγκου κατά την διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης. Κατά κανόνα η ακτινοθεραπεία εφαρμόζεται ως συνδυασμός τοπικής δράσης ισοτόπων ραδίου, καισίου ή κοβαλτίου εντός του κόλπου-τραχήλου ή και μήτρας και εξωτερικής διαδερμικής τηλεακτινοβολίας. Ως επιπλοκές της αγωγής αυτής αναφέρονται η μετακτινική κυστίτιδα και πρωκτίτιδα, η δημιουργία συριγγίων και η στένωση του κόλπου, η οποία, ιδιαίτερα σε νέες ασθενείς, αποτελεί πρόβλημα λόγω της αδυναμίας της σεξουαλικής επαφής.(Σαχίνη- Καρδάση & Πάνου 2002)

1.19. Παρενέργειες θεραπείας

Είναι απίθανο η δράση των φαρμάκων της χημειοθεραπείας να περιοριστεί μόνο στην καταστροφή των καρκινικών κυττάρων. Είναι φυσιολογικό, συγχρόνως να καταστρέφονται και υγιή κύτταρα που επίσης αναπτύσσονται ταχέως όπως τα μαλλιά. Η υστερεκτομή είναι σοβαρή εγχείρηση. Η διαμονή στο νοσοκομείο διαρκεί περίπου 7-10 ημέρες. Τα προβλήματα στην ούρηση και στις κενώσεις που παρουσιάζονται τις πρώτες ημέρες πρέπει να προσεχθούν και κανονικά ξεπερνιούνται εύκολα. Φυσιολογικές δραστηριότητες, συμπεριλαμβανομένης και της σεξουαλικής επαφής μπορούν να ξαναρχίσουν σε 4-8 εβδομάδες. Οι γυναίκες που έχουν αφαιρέσει τη μήτρα δεν έχουν στο εξής περίοδο. Εφ' όσον βρίσκονται πριν από την κλιμακτήριο και εφ' όσον αφαιρεθούν οι ωοθήκες, τότε αρχίζουν αμέσως τα συμπτώματα της κλιμακτηρίου. Η σεξουαλική ικανότητα συνήθως δεν επηρεάζεται από την υστερεκτομή. Ωστόσο τα ψυχολογικά προβλήματα υπάρχουν. Η ακτινοθεραπεία καταστρέφει τη δυνατότητα αύξησης και διαίρεσης των καρκινικών κυττάρων. Προσβάλλονται και τα υγιή κύτταρα με τη διαφορά ότι αυτά γρήγορα επανέρχονται στη φυσιολογική τους κατάσταση. Οι διάρροιες, η συχνουρία και η υπερβολική κόπωση που παρατηρούνται στην αρχή μιας θεραπείας με ακτινοβολία παύουν μετά από λίγο καιρό. Η ερυθρότητα και η ξηρότητα του δέρματος ανήκει επίσης στις παρενέργειες. Στον κόλπο παρατηρείται ξηρότητα, αίσθημα κνησμού και ένα αίσθημα καψίματος. Η σεξουαλική επαφή είναι επώδυνη γι' αυτό και οι γιατροί συνιστούν αποχή για μερικές εβδομάδες. Η διαμονή στο νοσοκομείο τις 4-5 εβδομάδες της ακτινοθεραπείας δεν είναι αναγκαία. Κατά την εσωτερική ακτινοθεραπεία η ακτινοβολία γίνεται από το εσωτερικό της μήτρας έτσι ώστε και να καταστρέφονται τα καρκινικά κύτταρα και να βλάπτονται λιγότερο τα γύρω όργανα. Η ορμονοθεραπεία δεν προκαλεί συνήθως παρενέργειες. Στην περίπτωση της χημειοθεραπείας τα φάρμακα δίνονται ενδοφλέβια. Η ασθενής πρέπει να μείνει στο νοσοκομείο για μία έως δύο μέρες. Οι παρενέργειες αυτών των φαρμάκων είναι έμετος, ναυτία και ζαλάδες. Υπάρχουν ειδικά φάρμακα ώστε οι παρενέργειες να είναι πιο ήπιες. Η χημειοθεραπεία διεξάγεται σε κύκλους, δηλαδή ένας κύκλος (μία θεραπεία) κάθε μήνα. Το σύνολο των κύκλων θεραπείας είναι 5 ή 6. Άλλη μία παρενέργεια της χημειοθεραπείας είναι η καταστροφή των ερυθρών

αιμοσφαιρίων (ταχέως αυξανόμενα κύτταρα) γι' αυτό ο αιματοκρίτης πρέπει να ελέγχεται συχνά. Η έλλειψη όρεξης μπορεί ν' αποβεί ένα σοβαρό πρόβλημα για τους ασθενείς που κάνουν ακτινοθεραπεία ή χημειοθεραπεία. Έρευνες δείχνουν ότι ασθενείς που τρώνε καλά είναι σε θέση να αντιστέκονται καλύτερα στις παρενέργειες της θεραπείας. Συνεπώς η τροφή είναι ένας σημαντικός παράγοντας. Τρώω καλά σημαίνει παίρνω αρκετές πρωτεΐνες για να αναδημιουργήσω και να διορθώσω το δέρμα, τα μαλλιά, τους μύες και τα όργανα. Πολλοί ασθενείς θεωρούν πιο εύκολο (ωφέλιμο) να τρώνε πολλά και μικρά γεύματα κατά τη διάρκεια της ημέρας παρά να τρώνε 3 μεγάλα γεύματα. Οι παρενέργειες στους ασθενείς κατά την διάρκεια της θεραπείας του καρκίνου, διαφέρουν από άτομο σε άτομο καθώς επίσης και από θεραπεία σε θεραπεία. Ευτυχώς οι πιο πολλές παρενέργειες δεν κρατάνε για πολύ. Οι γιατροί, οι νοσοκόμες και οι διαιτολόγοι βοηθούν στην αντιμετώπιση των παρενεργειών.(Κρέτσας 2001)

1.20. Πρόγνωση

Ανάλογα με το στάδιο της νόσου και τα διάφορα κέντρα αντιμετώπισης ογκολογικών περιστατικών αναφέρονται ποσοστά 5ετούς επιβίωσης που κυμαίνονται περί το 85%-90% για το στάδιο I, 60% για το στάδιο II, 30% για το στάδιο III, και περί το 10% για το στάδιο IV. Τελευταία εφαρμόζεται και συνδυάζεται χημείο και ακτινοθεραπευτική αγωγή σε προχωρημένα στάδια με ενθαρρυντικά αποτελέσματα. Η εξεντέρωση είναι η μοναδική λύση σε περιπτώσεις υποτροπής με προσβολή της κύστης ή του ορθού, με σχετικά καλά αποτελέσματα, παρά τον επηρεασμό της ποιότητας της ζωής της ασθενούς. (<http://www.apn.gr/uncategori>)

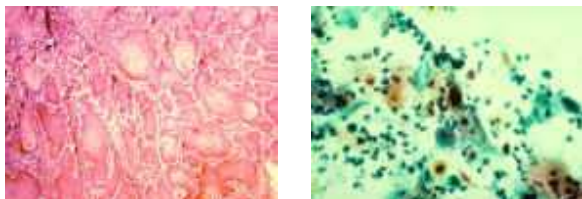
1.21. Επιπλοκές

Συνήθης επιπλοκή της κωνοειδούς εκτομής του τραχήλου με νυστέρι αλλά και της εφαρμογής Laser ή αγκύλης είναι αιμορραγία, διεγχειρητικά ή στις επόμενες 12 ώρες, ή ακόμη και μετά 7-12 ημέρες από την επέμβαση. Μετά την απόπτωση της εσχάρας από τον κρατήρα του τραχήλου. Σπανίως η αιμορραγία μπορεί να είναι ιδιαίτερα μεγάλη με σημαντική πτώση της αιμοσφαιρίνης. Μπορεί να επιπλακεί με μόλυνση του τραύματος. Τοποθέτηση ραμμάτων για έλεγχο της αιμορραγίας, επιπωματισμός του κόλπου, μετάγγιση αίματος και αντιβιοτική κάλυψη είναι η συνήθης αντιμετώπιση. Η στένωση του έξω τραχηλικού στομίου με απότοκο αιματόμητρα και δυσμηνόρροια είναι επίσης μία απώτερη επιπλοκή της κωνοειδούς εκτομής. Η αντιμετώπιση συνίσταται σε διάνοιξη του στομίου και διαστολή του τραχηλικού αυλού υπό γενική αναισθησία. Ως προς την αναφερόμενη τραχηλική ανεπάρκεια σε μία επόμενη κύηση, ως απότοκο προηγηθείσης κωνοειδούς εκτομής του τραχήλου και κίνδυνο πρόωρου τοκετού, τα δεδομένα και οι απόψεις είναι αντικρουόμενες. Κατά κανόνα, εκτός ιδιαίτερα εκτεταμένων βλαβών που απαιτούν αφαίρεση εκσεσημασμένου τμήματος του τραχήλου, η κωνοειδής εκτομή δεν δημιουργεί προϋποθέσεις ανεπάρκειας του τραχήλου, ούτε απαιτείται ως εκ τούτου συρραφή του τραχήλου στην κύηση για προληπτικούς λόγους. (<http://health.in.gr/Article.asp?ArticleId=18817>)

1.22. Κύριοι ιστολογικοί τύποι

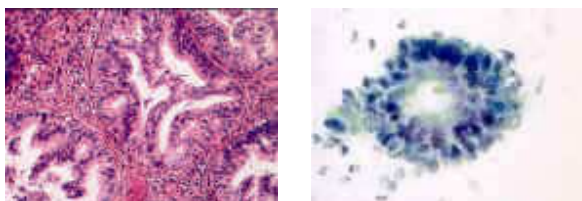
Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας έχει πάντα τον ίδιο ιστολογικό τύπο;

- **Επιδερμοειδές ή πλακώδες καρκίνωμα**



Αποτελεί τον πιο συχνό ιστολογικό τύπο καρκινώματος του τραχήλου της μήτρας, σε ποσοστό που ανέρχεται περίπου σε 90-95% των περιπτώσεων.

- **Αδενοκαρκίνωμα**



Αποτελεί το 4-8% των περιπτώσεων καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Συνήθως έχει χειρότερη πρόγνωση από το επιδερμοειδές ή πλακώδες καρκίνωμα.

1.23. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας

Προβλήματα της άρρωστης:

1. Ψυχολογικά προβλήματα, ανησυχία, φόβος καρκίνου και θανάτου.
2. Μεταβολή σωματικού ειδώλου εξαιτίας της επέμβασης.
3. Προβλήματα σεξουαλικής δραστηριότητας και γονιμότητας, κυρίως αν δεν έχει παιδιά.

Σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας.

1.ΑΜΕΣΟΙ:

- α.Μείωση ανησυχίας και φόβου της εγχείρησης.
- β. Βοήθεια στη δημιουργία θετικού σωματικού ειδώλου.

2.ΜΑΚΡΟΠΡΟΘΕΣΜΟΙ:

- α. Παροχή βοήθειας στην άρρωστη να ζήσει με την διάγνωση του καρκίνου.
- β. Μείωση κινδύνου υποτροπής.

Νοσηλευτική παρέμβαση

1. Προεγχειρητική παρέμβαση:

- α. Ενημέρωση της άρρωστης σχετικά με μετεγχειρητική θεραπεία (ακτινοβολία), πόνο, δραστηριότητα, διαίτα, συνουσία, έμμηνη ρύση.
- β. Παροχή συμβουλών που αφορούν τη σεξουαλική δραστηριότητα, θηλυκότητα και γονιμότητα.
- γ. Παροχή ευκαιριών στην άρρωστη να εκφράσει τα αισθήματα, τους φόβους και τις ανησυχίες της.
- δ. Κατανόηση των πολύπλοκων προβλημάτων της άρρωστης (φυσικών, συγκινησιακών και κοινωνικών).
- ε. Υποστήριξη της άρρωστης κατά την περίοδο της συγκινησιακής της προσαρμογής στην απώλεια των γεννητικών οργάνων.
- στ. Παροχή φυσικής ετοιμασίας της άρρωστης για το χειρουργείο
 - Εξέταση αιμοσφαιρίνης, αντιμετώπιση αναιμίας, αν υπάρχει
 - Προσδιορισμός ομάδας αίματος και εξασφάλιση αίματος για μετάγγιση
 - Ενδοφλέβια πυελογραφία (οι ουρητήρες μπορεί να έχουν προσβληθεί)
 - Διακοπή αντισυλληπτικών δισκίων
 - Ακτινογραφία θώρακα
 - Διδασκαλία αναπνευστικών, κοιλιακών ασκήσεων
 - Ετοιμασία εγχειρητικού πεδίου
 - Καθαρισμός υποκλυσμός και κολπική πλύση με αντισηπτικό σο κολπική υστερεκτομή
 - Χορήγηση ηρεμιστικού για εξασφάλιση ύπνου

2.Μετεγχειρητική παρέμβαση:

- α. Εκτίμηση: ζωτικά σημεία, πόνο, προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα, κολπική εκροή, παροχέτευση τραύματος.
- β. Προαγωγή ανάπαυσης και χαλάρωσης.
- γ. Ανακούφιση από τον πόνο.
- δ. Προαγωγή επούλωσης του τραύματος.
- ε. Στενή παρακολούθηση της άρρωστης για έγκαιρη διαπίστωση μετεγχειρητικών επιπλοκών και αντιμετώπισή τους.

Αν η μετεγχειρητική αιμορραγία είναι υπερβολική, ίσως χρειαστεί να επιστρέψει η άρρωστη στο χειρουργείο για αιμόσταση.
στ. Μείωση πιθανότητας εμφάνισης προβλημάτων από την κύστη.

Παρακολούθηση και αναγραφή προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών, χορήγηση υγρών παρεντερικά σύμφωνα με την οδηγία.

Τοποθέτηση μόνιμου καθετήρα (σύμφωνα με οδηγία)

Αφαίρεση καθετήρα.

Διαπίστωση υπολείμματος.

ζ. Ανακούφιση από τη δυσφορία εξαιτίας της κοιλιακής διάτασης.

Εισαγωγή ρινογαστρικού καθετήρα, ενώ η άρρωστη είναι ακόμα στο χειρουργείο.

Τα υγρά και οι τροφές περιορίζονται, μέχρις ότου επανέλθει ο περισταλτισμός

Ακρόαση της κοιλιάς για διαπίστωση έναρξης περισταλτισμού του εντέρου.

Χορήγηση υγρών και μαλακής διαίτας, μόλις επανέλθει ο περισταλτισμός.

η. Πρόληψη αναπνευστικών και κυκλοφορικών διαταραχών.

θ. Πρόληψη λοίμωξης. Συνήθως παραγγέλλονται πλύση και τοποθέτηση αλοιφών ή υποθέτων για μείωση πιθανότητας μετεγχειρητικής λοίμωξης.

ι. Παρακολούθηση για κοιλιακή απέκκριση, αλλαγή γαζών με άσηπτη τεχνική.

ια. Έγκαιρη έγερση της άρρωστης, για πρόληψη επιπλοκών.

ιβ. Ετοιμασία της άρρωστης για ακτινοβολία (προφυλακτικά) με ακτίνες Rontgen ή ραδιενεργό κοβάλτιο-60.

ιγ. Σχεδιασμός εξόδου από το νοσοκομείο-Διδασκαλία.

Η ολική υστερεκτομή προκαλεί εμμηνόπαυση και στειρότητα.

Επεξήγηση της σπουδαιότητας της ορμονικής αντικατάστασης, αν η άρρωστη έχει υποβληθεί σε ολική υστερεκτομή με ωθηκεκτομή / σαλπινγεκτομή.

Παροχή συμβουλών στην άρρωστη:

-Να αποφεύγει κατά την περίοδο της ανάρρωσης να σηκώνει βαριά αντικείμενα (για ένα μήνα μέχρι 6 εβδομάδες) ή να συμμετέχει σε δραστηριότητες, όπως οδήγηση ή άνοδο κλίματος, για πρόληψη διάσπασης του τραύματος.

-Να ασκείται και να αποφεύγει το παρατεταμένο κάθισμα.

-Να αποφεύγει τη συνουσία για 6-8 εβδομάδες μετά την υστερεκτομή.

Παροχή επεξηγήσεων στην άρρωστη ότι η κοιλιακή έκκριση, που παρατηρείται μετά την υστερεκτομή και έχει ένα καφεοειδές χρώμα, είναι φυσιολογική και ότι η ποσότητά της θα μειωθεί προοδευτικά και τελικά θα σταματήσει.

Ενημέρωση της άρρωστης για πιθανή εμφάνιση «αισθήματος κόπωσης» κατά τις πρώτες ημέρες μετά την επιστροφή της στο σπίτι, γι' αυτόν τον λόγο, δεν θα πρέπει να προγραμματίσει πολλές δραστηριότητες την πρώτη εβδομάδα.

Βοήθεια της άρρωστης στο σχεδιασμό ενός προγράμματος οικιακών δραστηριοτήτων, που θα είναι σε θέση να πραγματοποιήσει μέσα σ' ένα μήνα. Μετά από 2 μήνες θα αισθάνεται τον εαυτό της φυσιολογικό.

Έμφαση για ανάληψη των επαγγελματικών της δραστηριοτήτων μόνο με οδηγία του γιατρού.

Ενημέρωση της άρρωστης να μην αποθαρρύνεται αν κατά διαστήματα, κατά την περίοδο της ανάρρωσης, αισθάνεται κατάθλιψη, εκδηλώνει διάθεση να φωνάζει και φαίνεται ασυνήθιστα νευρική.

Τονισμός της σπουδαιότητας του υπερσιτισμού, της παρακολούθησης του βάρους του σώματος και του ανά τρίμηνο κλινικοεργαστηριακού ελέγχου για 5 χρόνια.

3.Ακτινοθεραπεία

δ. Φροντίδα της άρρωστης μετά την ακτινοβολία.

Αξιολόγηση

-Αναμενόμενα αποτελέσματα. Η άρρωστη :

α)Βιώνει μειωμένο άγχος

β)Αποδέχεται τον εαυτό της όπως είναι τώρα

γ)Βιώνει ελάχιστο πόνο και δυσχέρεια

δ)Δεν εμφανίζει επιπλοκές

ε)Έχει αποκτήσει τις απαραίτητες για την αυτοφροντίδα της γνώση.(Σαχίνη- Καρδάση & Πάνου 2000)

1.25. Πως επηρεάζει η ηλικία, το επάγγελμα, το μορφωτικό επίπεδο και ο τόπος καταγωγής των γυναικών, στη στάση, γνώση και αντίληψη των γυναικών για το τεστ Παπανικολάου

Οι σκέψεις, οι απόψεις και οι πεποιθήσεις των ατόμων για την υγεία καθώς και η αναγνώριση ύπαρξης συμπτωμάτων που υποδεικνύουν την παρουσία κάποιας νόσου σηματοδοτούν το επίπεδο της υγείας. Η αναζήτηση ιατρικής βοήθειας γίνεται μετά από την εμφάνιση επίμονων συμπτωμάτων που περιγράφεται ως το κατώφλι, όπου αναγνωρίζεται η ενόχληση και υποδεικνύεται η ανάγκη αναζήτησης ιατρικής βοήθειας. Υποστηρίζεται ότι το σημείο καθορισμού και σηματοδότησης συμπτωμάτων διαφέρει ανάλογα με το πολιτιστικό υπόβαθρο του ατόμου.

Μελέτες που διενεργήθηκαν ανέδειξαν διαφορές στον τρόπο προσέγγισης τόσο της διαδικασίας του τεστ παπ, όσο και του είδους του καρκίνου για τον οποίο γίνεται ο έλεγχος, επίσης ο φόβος για το τεστ παπ τροφοδοτείται από μύθους και φήμες για τη διαδικασία. Η πίστη για την αφαίρεση μεγάλων τμημάτων των γεννητικών οργάνων, ο συνακόλουθος φόβος του πόνου κατά τη διάρκεια της εξέτασης, το φύλο του ατόμου που διενεργεί την εξέταση και το αίσθημα ντροπής γενικότερα συμπεριλαμβάνονται στα συμπεράσματα πολλών μελετών.

Οι θρησκευτικές πεποιθήσεις και οι πνευματικές αναζητήσεις είναι σημαντικοί παράγοντες και επηρεάζαν τις αξίες, τις σκέψεις και τη στάση των ατόμων σε θέματα υγείας και ασθένειας. Σε μελέτες που διερευνούσαν στάσεις, γνώσεις και συνήθειες πολιτισμών σε πολλές μορφές καρκίνου αναδύθηκε ο ρόλος του Θεού ως Κύριος Θεραπευτής.

Επίσης, άλλες μελέτες αναφορικά με την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου μήτρας, έδειξαν ότι η πίστη στο Θεό και η προσευχή επηρέαζαν την πραγματοποίηση του τεστ παπ, ρυθμίζοντας ουσιαστικά τη συμπεριφορά υγείας των γυναικών. Η μεγάλη εμπιστοσύνη των γυναικών στους παραδοσιακούς τρόπους προφύλαξης (βότανα και φυτά), και

θεραπευτές, επηρεάζει επίσης την επιθυμία και τη συμμετοχή σε προγράμματα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Επιπλέον, όταν προτιμούνται οι γυναίκες γιατροί αυτό γίνεται όχι μόνο λόγω ίδιου φύλου αλλά και λόγω του φόβου για πιθανή πρόκληση πόνου κατά την εξέταση ή ιστορικού δυσάρεστων εμπειριών από άνδρες γιατρούς.

Το αίσθημα ντροπής, το οποίο προαναφέρθηκε συσχετίζεται με θέματα σεξουαλικότητας. Η έλλειψη σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης από το οικογενειακό περιβάλλον αποτελεί έναν επιπλέον φραγμό στη διενέργεια του τεστ παπ. Οι συζητήσεις για τη σεξουαλικότητα αποτελούν θέμα taboo στην οικογένεια, καθώς οι γονείς θεωρούν ότι έτσι διαφυλάττεται η υπόληψη της οικογένειας και ενθαρρύνεται η σεμνότητα/σεμνοτυφία, ιδιαίτερα των κοριτσιών. Οι γυναίκες, ιδιαίτερα από την επαρχία πιστεύουν ότι θεωρείται κοινωνικά ανεπίτρεπτο μια άγαμη ή μόνη γυναίκα να επισκέπτεται γυναικολόγο, ενώ πιστεύουν ότι οι γυναικολογικοί καρκίνοι συνδέονται με άσωτη ζωή και κακή υγιεινή τόσο των ίδιων όσο και των συντρόφων τους.

Σε μελέτες συχνά επισημαίνεται η δυναμική επιβολή του κοινωνικού καθεστώτος, με αποτέλεσμα οι γυναίκες να τροποποιούν τη συμπεριφορά τους και σε θέματα του τεστ παπ παρά τη δυνητικά αντίθετη επιθυμία τους. Ειδικότερα, οι γυναίκες είχαν την άποψη ότι το τεστ παπ πρέπει να αναβάλλεται έως την ηλικία των 40 ετών ή και αργότερα ή έως ότου παντρευτούν και αποκτήσουν εκ του νόμου το δικαίωμα για υπηρεσίες προληπτικής Ιατρικής.

Η λήψη απόφασης για θέματα υγείας επηρεάζεται και κατευθύνεται από τη δυνατότητα συζήτησης, το γάμο και την ύπαρξη μικρού παιδιού. Οι γυναίκες με ανώτερο μορφωτικό επίπεδο έχουν την αντίληψη, ότι μόνο αν έχουν μια πιο ελεύθερη σεξουαλική ζωή, πρέπει να κάνουν τεστ παπ για τον καρκίνο στο τράχηλο της μήτρας ενώ είναι πιο ευαισθητοποιημένες από γυναίκες ανάλογου κοινωνικού και οικονομικού επιπέδου. Σε πολλές επίσης κοινωνίες φαίνεται ότι, αν και η γυναίκα κατέχει ρόλο- κλειδί στην οικογένεια, εργαζόμενη μέσα και έξω από αυτήν, το θέμα της υγείας της αντιμετωπίζεται στο περιθώριο της οικογένειας ώστε να μη διαταράσσεται η συνοχή, η δομή και η ηρεμία της οικογένειας.

Στην πλειοψηφία τους οι κλειστοί πληθυσμοί, από άποψη συνηθειών και τρόπου ζωής, χωρίς ασφαλιστική κάλυψη και με περιορισμένη γνώση της αγγλικής γλώσσας, είναι προσηλωμένοι στην παραδοσιακή ιατρική. Το κοινωνικό, οικονομικό και μορφωτικό επίπεδο σχετίζεται με την πραγματοποίηση του τεστ παπ. Η επίδραση του μορφωτικού επιπέδου είναι ένας σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει τη συμμετοχή στο τεστ παπ. Αξίζει να σημειωθεί ότι παρατηρείται αύξηση της προσέλευσης των γυναικών όταν προσεγγίζονται από νοσηλεύτες ή όταν δημιουργούνται ειδικά προγράμματα προσαρμοσμένα στις ιδιαιτερότητές τους και το μορφωτικό τους επίπεδο.

Ένα άλλο θέμα που επισημαίνεται ως σημαντικός φραγμός στο τεστ παπ, σε διάφορες περιοχές, ανεξάρτητα τόπου διαμονής, είναι η ασφαλιστική κάλυψη σε συνδυασμό με το χαμηλό εισόδημα των μειονοτήτων και το κόστος των υπηρεσιών υγείας. Η συμμετοχή σε προγράμματα προληπτικού ελέγχου για καρκίνο τραχήλου μειώνεται όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία, η έλλειψη οικονομικής και ασφαλιστικής κάλυψης.

Το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο αποτελεί έναν επιπλέον ανασταλτικό παράγοντα καθώς συχνά υπάρχει το ερώτημα γιατί να διαγνωστεί ο καρκίνος, αφού λόγω αντικειμενικών προβλημάτων δεν θα μπορεί να αντιμετωπιστεί. Σε πολλές μελέτες αναφέρεται ότι οι κοινωνικοοικονομικοί φραγμοί υπερκαλύπτουν τις πολιτισμικές διαφορές καθώς το χαμηλό βιοτικό επίπεδο των γυναικών δημιουργεί απαγορευτικές συνθήκες για την προσέγγιση της εξέτασης. Το αποτέλεσμα ήταν οι γυναίκες να καταφεύγουν σε πιο παραδοσιακούς και φθηνούς τρόπους πρόληψης, με χρήση φυτών και βοτάνων.

Οι περισσότερες γυναίκες στην πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας έχουν άγνοια για τους γυναικολογικούς καρκίνους και για το τεστ παπ. Αν και διαμετρικά αντίθετες, τόσο από άποψη περιοχής όσο και από άποψη κουλτούρας, οι γυναίκες επηρεάζονται από το οικογενειακό τους περιβάλλον για την διενέργεια κάποιου ελέγχου. Μεγάλη σημασία αποδίδεται επίσης στα ειδικά ενημερωτικά προγράμματα και στην ύπαρξη ενημερωτικών φυλλαδίων ενώ μικρή έμφαση στη σπουδαιότητα του τεστ παπ φάνηκε να δίνεται από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, όπως η τηλεόραση και ο έντυπος τύπος.

Τα χαρακτηριστικά της κουλτούρας επιδρούν σημαντικά στη στάση απέναντι στο καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Αποκαλύφθηκε μια μεγάλη ποικιλία παραγόντων που δεν σχετίζονται με την κουλτούρα, αλλά επηρεάζουν εξίσου σημαντικά τόσο την επιθυμία, όσο και την πραγματοποίηση του τεστ παπ. Ως τέτοιοι παράγοντες αναδύθηκαν οι κοινωνικοοικονομικοί καθώς και οι δυσκολίες πρόσβασης στις υπηρεσίες παροχής και γενικότερα της ενημέρωσης για το τεστ παπ. Στην αποτελεσματική αντιμετώπιση των εμποδίων που σχετίζονται με την κουλτούρα φάνηκε ότι βοήθησαν προγράμματα προσαρμοσμένα στις ιδιαιτερότητες των γυναικών που απευθύνονταν. Το βασικότερο όμως ήταν η καλλιέργεια των επικοινωνιακών δεξιοτήτων των νοσηλευτών καθώς και η προσέγγιση των γυναικών κατά το δυνατό από επαγγελματίες.

Το διαρκώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον υγείας σήμερα, η μετακίνηση προς την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας με την ανάπτυξη στρατηγικών πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου δημιουργεί την ανάγκη για ειδικά εκπαιδευμένους νοσηλευτές. Σε πολλές χώρες, οι ειδικά εκπαιδευμένοι νοσηλευτές συμμετέχουν και στις επεμβατικές διαδικασίες προληπτικού ελέγχου με την ίδια αποτελεσματικότητα και ικανότητα όσο και οι ιατροί, και χωρίς επιπλοκές. Παρόλα αυτά, η ακτίνα δράσης των νοσηλευτών δεν έχει επεκταθεί στον ίδιο βαθμό σε όλες τις χώρες. Οι κατάλληλα καταρτισμένοι νοσηλευτές σε θέματα πρόληψης μπορούν να συμβάλλουν ποικιλότροπα, διασφαλίζοντας την εξατομικευμένη αξιολόγηση των παραγόντων κινδύνου, κατανοώντας τις ιδιαιτερότητες της ανθρώπινης συμπεριφοράς ως κομμάτι της πολιτισμικής κληρονομιάς κάθε ανθρώπου.

Μελλοντικές κατευθύνσεις για μελέτη

- Δημιουργία αξιόπιστων εργαλείων για την αξιολόγηση της σχέσης της κουλτούρας με την εξέταση τεστ παπ για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.
- Οργάνωση εκπαιδευτικών νοσηλευτικών προγραμμάτων, πολιτισμικά προσαρμοσμένων, με στόχο την ενίσχυση των διαφορετικών περιοχών.

- Περισσότερες ποσοτικές μελέτες για την ευρύτερη καταγραφή των στάσεων και των πεποιθήσεων των μειονοτικών πληθυσμών.

Όσον αφορά στον κλινικό χώρο:

- Αποτελεσματικότερη οργάνωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με διαπολιτισμικά εκπαιδευμένους νοσηλευτές που θα έχουν τη δυνατότητα να προσεγγίσουν κοινότητες με χαμηλό βαθμό υποπολιτισμού.
- Δυνατότητα ευρείας και δωρεάν χρήσης μεθόδων
- Τεστ παπ για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, σε όλες τις περιοχές της χώρας.
- Ενημερωτικά φυλλάδια αλλά και διαφημιστικά μηνύματα προσαρμοσμένα στις διαφορετικές γλώσσες των ατόμων που κατοικούν σε μια συγκεκριμένη γεωγραφική περιοχή.
- Χρήση όλων των διαθέσιμων πόρων, όπως ανθρώπινου δυναμικού, υλικών και μέσων για την προσέγγιση των απομονωμένων για οποιοδήποτε λόγο (θρησκευτικό ή γεωγραφικό) μειονοτήτων. (Αντωνίου και συν 2000, Γιαννοπούλου 2007, Καραδήμας 2005, Αναγνωστόπουλος 2008)

1.25. Επίλογος

ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι ο δεύτερος συχνότερος καρκίνος παγκοσμίως σε γυναίκες κάτω των 45 ετών, ενώ επίσης προσβάλλει ένα σημαντικό αριθμό γυναικών πάνω από την ηλικία αυτή. Έως και το 80 % των γυναικών θα έρθει σε επαφή με τον ιό, κάποια στιγμή στη ζωή του, κάποιοι τύποι του οποίου μπορεί να προκαλέσουν καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Μερικά στοιχεία:

1. Στην Ευρώπη 1 γυναίκα πεθαίνει από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας κάθε 18 λεπτά.
2. Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας προκαλείται από κάποιους τύπους ενός κοινού ιού που ονομάζεται Ιός των Ανθρώπινων Θηλωμάτων ή HPV.
3. Ο HPV μπορεί να μεταδοθεί μέσω της σεξουαλικής επαφής ακόμη κι αν δεν είναι ολοκληρωμένη.
4. Η πιθανότητα μετάδοσης του ιού αυξάνεται όσο μεγαλύτερος γίνεται ο αριθμός των προηγούμενων σεξουαλικών συντρόφων.
5. Η λοίμωξη σπάνια εμφανίζει συμπτώματα. Ενώ οι περισσότερες λοιμώξεις υποχωρούν από μόνες τους, ορισμένες παραμένουν και μπορεί να εξελιχθούν σε καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.
6. Ο τακτικός έλεγχος με το τεστ Παπανικολάου είναι ο πιο αποτελεσματικός τρόπος για τον εντοπισμό αλλοιώσεων στον τράχηλο, οι οποίες μπορεί να αποτελούν τα πρώιμα στάδια καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.
7. Τώρα υπάρχει ένα εμβόλιο έναντι του ιού.

Για πολλά χρόνια, ο τακτικός έλεγχος με τεστ Παπανικολάου ήταν ο μόνος τρόπος εντοπισμού λοίμωξης από τον ιό HPV. Το τεστ αυτό βοηθά στην πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας μέσω του εντοπισμού παθολογικών κυττάρων στον τράχηλο πριν αυτά γίνουν καρκινογόνα. Επομένως, οι ζωές πολλών γυναικών έχουν σωθεί και πολλά περιστατικά της ασθένειας έχουν προληφθεί σαν αποτέλεσμα επιτυχημένων

προγραμμάτων με το τεστ Παπανικολάου. Μερικά συμπερασματικά στοιχεία για το τεστ Παπανικολάου:

1) Το τεστ Παπανικολάου συνεχίζει να αποτελεί βασικό μέρος της προστασίας σαν έναντι του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

2) Αν μια γυναίκα έχει κάνει έλεγχο τεστ Παπανικολάου πρέπει να συνεχίσει να ελέγχετε τακτικά και να ρωτήσει κάποιον επαγγελματία υγείας για το πότε θα πρέπει να κάνει το επόμενο.

3) Αν δεν έχει κάνει ποτέ το τεστ Παπανικολάου να το κάνει.

Εξελίξεις στην επιστήμη οδήγησαν στον εμβολιασμό που σήμερα είναι διαθέσιμος για να σας προστατεύσει έναντι των πιο συχνών ογκογόνων τύπων του ιού HPV. Επομένως, από σήμερα μπορείτε να έχετε επιπλέον προστασία έναντι της ασθένειας. Ο ιός HPV είναι πολύ διαδεδομένος και μεταδίδεται εύκολα. Ευτυχώς όμως το ανοσοποιητικό μας σύστημα αντιμετωπίζει τις περισσότερες λοιμώξεις χωρίς να καταλαβαίνουμε ότι έχουμε προσβληθεί σε αυτές. Ωστόσο, κάποιοι αγκογόνιοι τύποι του HPV μπορεί να παραμείνουν και με το πέρασμα του χρόνου μπορεί να προκαλέσουν εξέλιξη σε καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Αν συμβεί αυτό, συνήθως δεν υπάρχουν συμπτώματα στα πρώιμα στάδια. Τα μολυσμένα κύτταρα μπορεί αργά να εξελιχθούν σε προκαρκινικές αλλοιώσεις και στην συνέχεια σε καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, συνήθως σε ένα διάστημα χρόνων εκτός αν εντοπιστούν νωρίς με προληπτικό έλεγχο. Ο εμβολιασμός προετοιμάζει το ανοσοποιητικό σας σύστημα βοηθώντας να προληφθεί η λοίμωξη από κάποιους ογκογόνους τύπους του ιού. Οπότε, ο οργανισμός σας θα είναι έτοιμος να αντιμετωπίσει επόμενη λοίμωξη από αυτούς τους τύπους, αν βέβαια προβληθείτε από αυτούς.

1) Ο εμβολιασμός προστατεύει έναντι της πλειοψηφίας των περιστατικών καρκίνου του τραχήλου της μήτρας που προκαλούνται από τους κοινούς οικογόνους τύπους, αλλά ΔΕΝ προστατεύει έναντι ΟΛΩΝ των οικογόνων τύπων. Υπο ορισμένες συνθήκες, μπορεί να έρθετε σε επαφή με κάποιον από τους λιγότερο συχνούς οικογόνους τύπος υψηλού κινδύνου, οπότε και πάλι θα χρειάζεται να ελέγχεστε τακτικά με το τεστ Παπανικολάου για να προστατεύεστε. 2) Ο εμβολιασμός περιλαμβάνει ένα σχήμα μιας αρχικής ένεσης και δύο επιπλέον ενέσεων μέσα σε έξι μήνες, οπότε είναι πολύ απλός. Η υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής δεν περιλαμβάνει μόνο την παρακολούθηση της διαίτας σας ή τη διακοπή του καπνίσματος και της υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ. Η σεξουαλική υγεία είναι επίσης σημαντική. Και αυτή περιλαμβάνει τον τακτικό έλεγχο με τεστ Παπανικολάου. Η ασφαλής σεξουαλική επαφή είναι πάντα σημαντική. Τα προφυλακτικά αποτελούν ένα συνετό προληπτικό μέτρο έναντι πολλών σεξουαλικά μεταδιδόμενων λοιμώξεων που περιλαμβάνουν και την μείωση του κινδύνου λοίμωξης από HPV. Ωστόσο δεν σας προστατεύουν τελείως από τον HPV. Αυτό συμβαίνει γιατί η ολοκληρωμένη σεξουαλική επαφή δεν είναι απαραίτητη για να περάσει ο ιός στον οργανισμό.

Κεφάλαιο 2ο. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

2.1. Εισαγωγή

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε κατά τους μήνες Ιούλιο, Αύγουστο, Σεπτέμβριο και Οκτώβριο σε γυναίκες ηλικίας 18-65 ετών με σκοπό τη διερεύνηση της γνώσης, της στάσης και της συμπεριφοράς των γυναικών δύο αστικών περιοχών της Ελλάδος, απέναντι στην εξέταση

κατά Παπανικολάου καθώς και ο προσδιορισμός του βαθμού ενημέρωσης των γυναικών για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

Τα αποτελέσματα της έρευνας συλλέχθηκαν από τους φοιτητές που με τη μορφή ερωτηματολογίων πήραν συνέντευξη από τις γυναίκες από τον νομό Καρδίτσας και τον νομό Αττικής. Το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο, κλειστού τύπου και πολλαπλής επιλογής. Τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν 80 στο νομό Καρδίτσας και 80 στο νομό Αττικής. Οι ερωτήσεις για το ερωτηματολόγιο βρέθηκαν μέσα από ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας.

Έγινε πιλοτική συλλογή στοιχείων με το ερωτηματολόγιο. Τα συμπεράσματα ήταν πολύ χρήσιμα και οδήγησαν στην αναδιατύπωση ερωτήσεων που δεν γίνονταν κατανοητές καθώς και στη βελτίωση του εισαγωγικού κειμένου, το οποίο εξασφάλιζε την ομαλή μετάβαση του ερωτούμενου στις απαιτήσεις του ερωτηματολογίου. Η διάρκεια της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου υπολογίστηκε σε 15 λεπτά.

2.2. Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της περιγραφικής αυτής μελέτης είναι ο προσδιορισμός του αριθμού των γυναικών που κάνει την εξέταση κατά Παπανικολάου και η διερεύνηση της γνώσης και της χρήσης των γυναικών ηλικίας 18-65 ετών δυο αστικών περιοχών της Ελλάδος σχετικά με την εξέταση κατά Παπανικολάου. Επίσης, ο προσδιορισμός του βαθμού ενημέρωσης των γυναικών για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

Οι συγκεκριμένοι στόχοι είναι:

- ο βαθμός ενημέρωσής των γυναικών για θέματα σχετικά με αυτή την εξέταση,
- ο προσδιορισμός του ποσοστού των γυναικών που έχει κάνει την εξέταση κατά Παπανικολάου,
- η μελέτη της γνώσης και της χρήσης του προληπτικού ελέγχου,
- η μελέτη της γνώσης για τους παράγοντες κινδύνου του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

Πιο αναλυτικά, η παρούσα μελέτη θα απαντήσει στις παρακάτω υποθέσεις:

- Η πραγματοποίηση της εξέτασης κατά Παπανικολάου (χρήση) σχετίζεται με παράγοντες όπως η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, το επάγγελμα, η οικογενειακή κατάσταση των γυναικών, αν είχαν κάποια εγκυμοσύνη ή όχι, με πόσους ερωτικούς συντρόφους είχαν σεξουαλική επαφή και με το αν είχαν κάποια σεξουαλικά μεταδιδόμενη ασθένεια.
- Η γνώση της χρησιμότητας της εξέτασης κατά Παπανικολάου σχετίζεται με παράγοντες όπως η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, το επάγγελμα, η οικογενειακή κατάσταση των γυναικών, το αν έχουν επισκεφτεί ή όχι γυναικολόγο, και το αν έχουν κάνει την εξέταση.
- Ο βαθμός ενημέρωσης για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας (γνώση του ότι ο ιός HPV αποτελεί αιτιολογικό παράγοντα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας)

σχετίζεται με παράγοντες όπως η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, το επάγγελμα, η οικογενειακή κατάσταση των γυναικών, το αν έχουν επισκεφτεί ή όχι γυναικολόγο, και το αν έχουν κάνει την εξέταση.

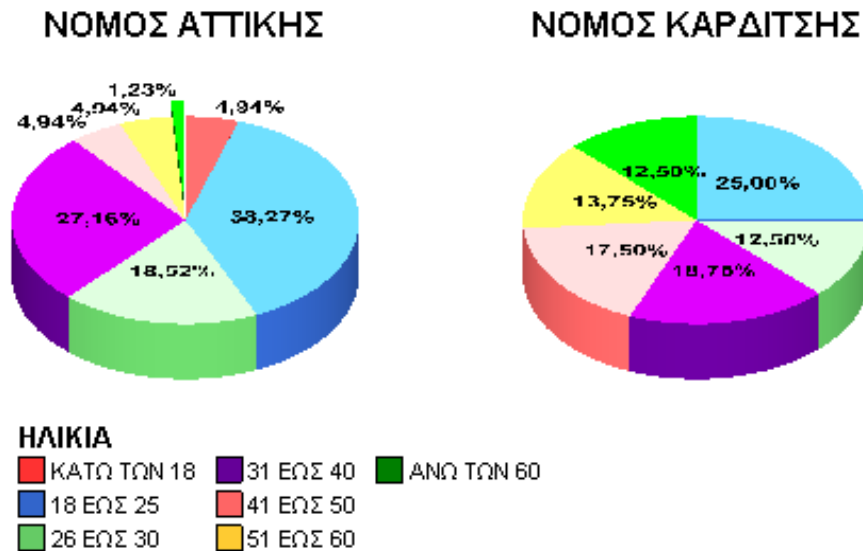
2.3. Υλικό και μέθοδος

Η παρούσα στατιστική ανάλυση διενεργήθηκε πάνω στα αποτελέσματα τυχαίας δειγματοληψίας στο νομό Καρδίτσας και στο νομό Αττικής. Η στατιστική οντότητα που εξετάστηκε ήταν ο προσδιορισμός του αριθμού των γυναικών που κάνει την εξέταση κατά Παπανικολάου και η διερεύνηση της γνώσης και της χρήσης των γυναικών ηλικίας 18-65 ετών. Το ερωτηματολόγιο της έρευνας αναφέρεται στο τέλος της εργασίας και η συμπλήρωσή του από κάθε ερωτώμενη έγινε σε συνέντευξη από τις φοιτήτριες της πτυχιακής κατά την περίοδο Ιούλιο, Αύγουστο, Σεπτέμβριο και Οκτώβριο. Το σύνολο των ερωτηθέντων γυναικών ήταν 160. Όλα τα στοιχεία δόθηκαν προσωπικά από τους ασθενείς. Τα αποτελέσματα που παραθέτονται έχουν προκύψει από περιγραφική στατιστική ανάλυση SPSS 15.0.

2.4. Αποτελέσματα

Παρακάτω ακολουθούν διαγράμματα και πίνακες τα οποία συνοψίζουν τα δεδομένα και παρουσιάζουν μια γενική εικόνα των αποτελεσμάτων της έρευνας.

Τα πρώτα διαγράμματα σχηματίζουν το προφίλ (δημογραφικά χαρακτηριστικά) των γυναικών.



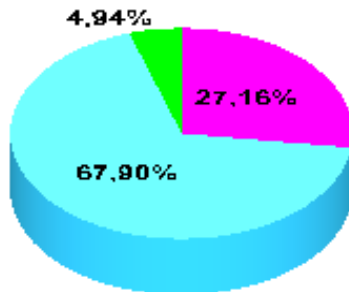
Διάγραμμα 1ο: Στο παραπάνω διάγραμμα βλέπουμε την ηλικία των γυναικών. Παρατηρούμε ότι στο νομό Αττικής το 33,27% των γυναικών που απάντησαν είναι 18-25 το 27,16% είναι 31-40 και το 18,52% είναι 26-30 ετών. Στο νομό Καρδίτσας όμως ένα ποσοστό 17,55% είναι 41-50 και ένα 13,75% είναι 51-60 ετών.

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά γυναικών	ΣΥΝΟΛΟ
--	--------

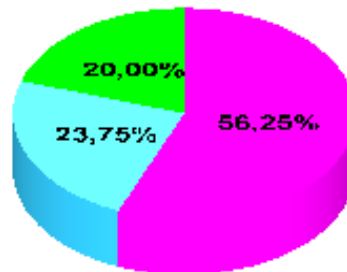
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΝΟΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ	ΝΟΜΟΣ ΚΑΡΔΙΤΣΗΣ	
ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ	16 19,75%	11 13,75%	27 16,77%
ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	9 11,11%	9 11,25%	18 11,18%
ΑΓΡΟΤΙΣΣΑ	0 0,00%	12 15,00%	12 7,45%
ΟΙΚΙΑΚΑ	4 4,94%	25 31,25%	29 18,01%
ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ	21 25,93%	9 11,25%	30 18,63%
ΔΙΚΗΓΟΡΟΣ	4 4,94%	0 0,00%	4 2,48%
ΛΟΓΙΣΤΡΙΑ	4 4,94%	0 0,00%	4 2,48%
ΝΗΠΙΑΓΩΓΟΣ/ ΔΑΣΚΑΛΑ/ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ	3 3,70%	3 3,75%	6 3,73%
ΤΡΑΠΕΖΙΚΗ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	2 2,47%	0 0,00%	2 1,24%
ΠΟΛΙΤΙΚΟΣ ΜΗΧΑΝΙΚΟΣ	2 2,47%	0 0,00%	2 1,24%
ΓΙΑΤΡΟΣ	4 4,94%	1 1,25%	5 3,11%
ΑΝΕΡΓΗ	1 1,23%	4 5,00%	5 3,11%
ΑΛΛΟ	11 13,58%	6 7,50%	17 10,56%
	81 100,00%	80 100,00%	161 100,00%

Πίνακας 1: Στο παραπάνω πίνακα βλέπουμε τα επαγγέλματα των γυναικών.

ΝΟΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΝΟΜΟΣ ΚΑΡΔΙΤΣΗΣ

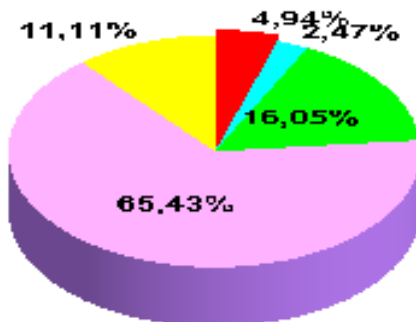


ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

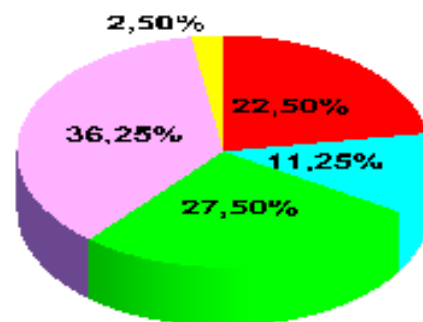
- ΕΓΓΑΜΗ Ή ΑΡΡΑΒΩΝΙΑΣΜΕΝΗ
- ΑΓΑΜΗ
- ΧΗΡΑ-ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΗ

Διάγραμμα 2^ο: Στο παραπάνω διάγραμμα βλέπουμε την οικογενειακή κατάσταση των γυναικών. Παρατηρούμε ότι στο νομό Αττικής το 67,90% των γυναικών είναι άγαμες ενώ στο νομό Καρδίτσας το 56,25% των γυναικών είναι έγγαμες η αρραβωνιασμένες.

ΝΟΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΝΟΜΟΣ ΚΑΡΔΙΤΣΗΣ

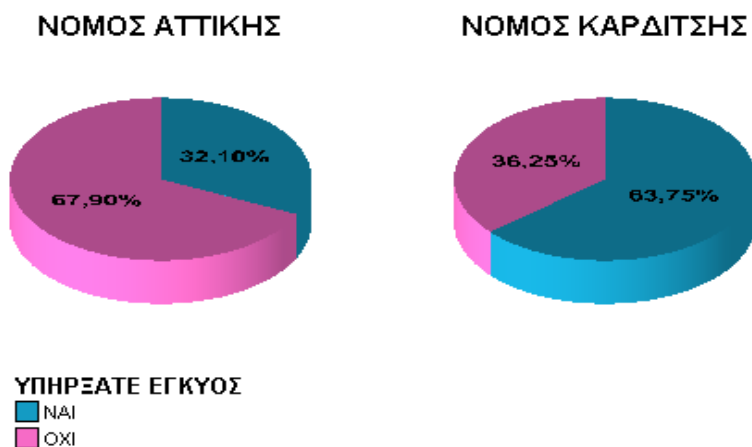


ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

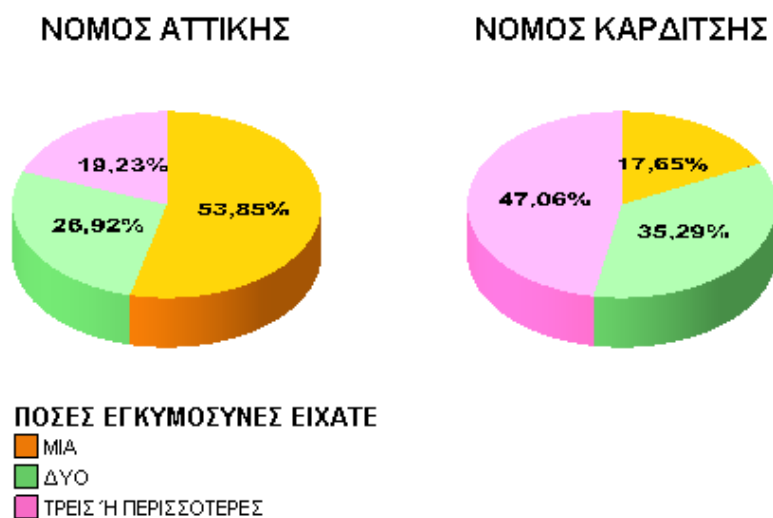
- ΔΗΜΟΤΙΚΟ
- ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ-ΤΕΙ
- ΓΥΜΝΑΣΙΟ
- ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ-ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ
- ΛΥΚΕΙΟ

Διάγραμμα 3ο: Στο παραπάνω διάγραμμα βλέπουμε το επίπεδο εκπαίδευσης των γυναικών. Παρατηρούμε ότι στο νομό Αττικής το επίπεδο εκπαίδευσης είναι πιο υψηλό απ' ότι στο νομό Καρδίτσας.

Στη συνέχεια θα δούμε διαγράμματα για το γυναικολογικό και μαιευτικό ιστορικό των γυναικών.

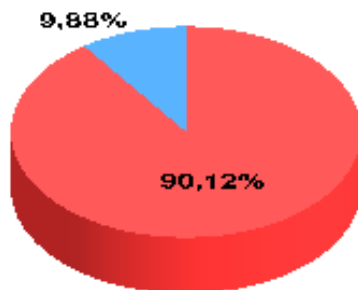


Διάγραμμα 4ο: Στο παραπάνω διάγραμμα βλέπουμε ότι στο νομό Καρδίτσας το 63,75% των γυναικών υπήρξαν έγκυες ενώ στο νομό Αττικής μόνο το 32,10% των γυναικών.

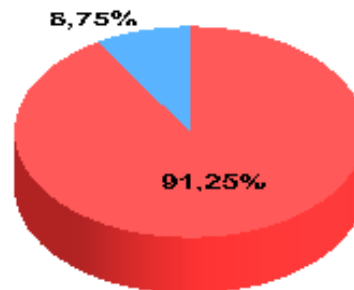


Διάγραμμα 5ο: Στο παραπάνω διάγραμμα βλέπουμε ότι στο νομό Αττικής το 53,85% των γυναικών έχουν μια εγκυμοσύνη ενώ στο νομό Καρδίτσας το 47,06% των γυναικών έχουν τρεις ή περισσότερες εγκυμοσύνες.

ΝΟΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΝΟΜΟΣ ΚΑΡΔΙΤΣΗΣ

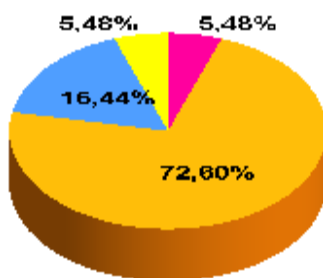


ΕΧΕΤΕ ΕΠΙΣΚΕΦΤΕΙ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟ

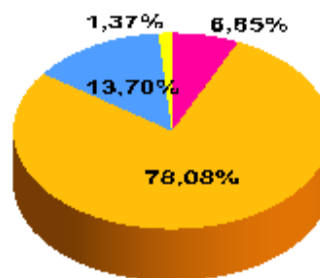


Διάγραμμα 6ο: Στο παραπάνω διάγραμμα βλέπουμε το ποσοστό των γυναικών που έχουν επισκεφτεί γυναικολόγο. Σύμφωνα με άλλες έρευνες το ποσοστό των γυναικών είναι πολύ υψηλό.

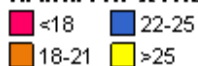
ΝΟΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΝΟΜΟΣ ΚΑΡΔΙΤΣΗΣ

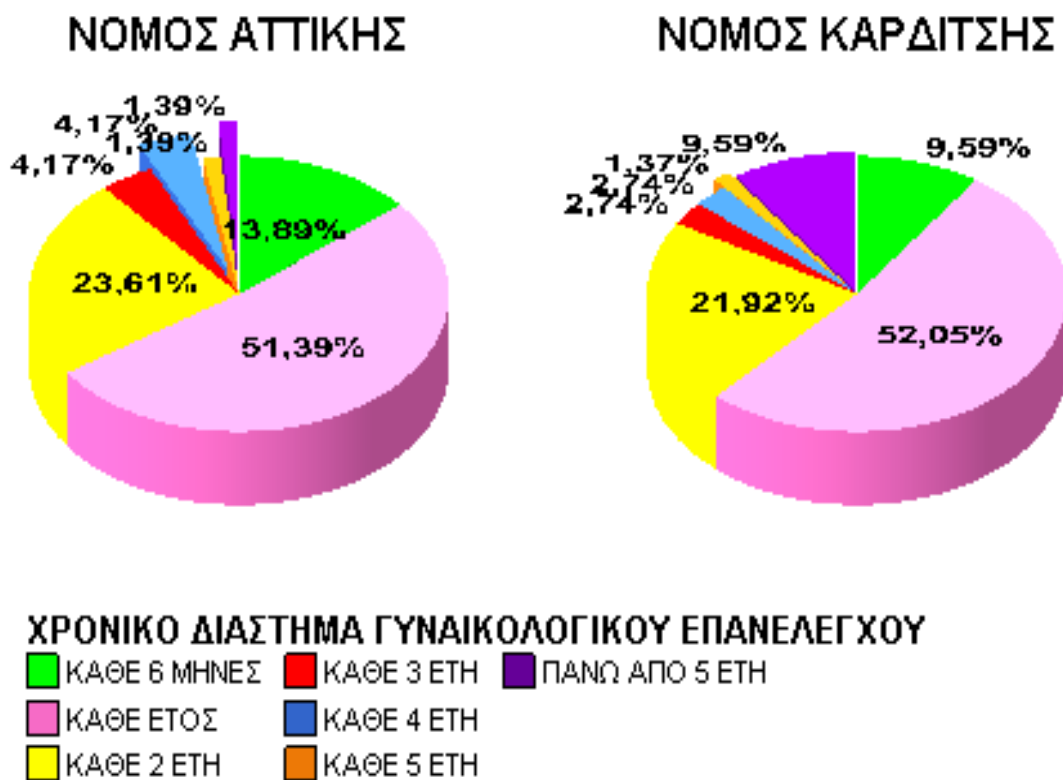


ΗΛΙΚΙΑ ΠΡΩΤΗΣ ΕΠΙΣΚΕΨΗΣ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟ



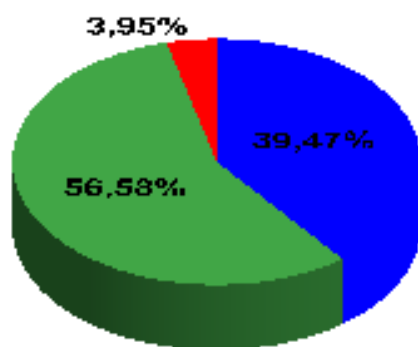
Διάγραμμα 7ο: Στο παραπάνω διάγραμμα βλέπουμε την ηλικία της πρώτης επίσκεψης των γυναικών σε γυναικολόγο. Παρατηρούμε ότι στο νομό Αττικής το 72,60% των γυναικών επισκέφτηκαν πρώτη φορά γυναικολόγο 18-21 ετών και το 16,44% 22-25ετών. Ενώ στο νομό Καρδίτσας το 78,08% των γυναικών 18-21 και το 13,70% 22-25 ετών. Όπως

παρατηρούμε στο διάγραμμα το όριο ηλικίας της πρώτης επίσκεψης σε γυναικολόγο έχει κατέβει από άλλα χρόνια και στο νομό Καρδίτσας είναι μεγάλο το ποσοστό λόγο το ότι παντρεύονται και κάνουν παιδιά σε μικρή ηλικία σε σχέση με τον νομό Αττικής.

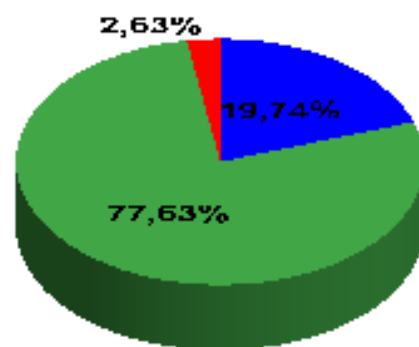


Διάγραμμα 8^ο: Στο παραπάνω διάγραμμα βλέπουμε ότι το χρονικό διάστημα των γυναικολογικών επανελέγχων των γυναικών και στις δύο περιοχές είναι κάθε έτος μόνο το 51%. Ενώ παρατηρούμε ότι ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό 22% και στους δύο νομούς είναι κάθε δύο έτη. Στο νομό Καρδίτσας όμως ένα 9,59% κάνουν πάνω από 5 έτη.

ΝΟΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΝΟΜΟΣ ΚΑΡΔΙΤΣΗΣ

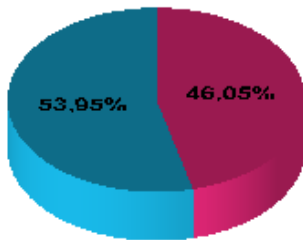


ΗΛΙΚΙΑ ΠΡΩΤΗΣ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΣΧΕΣΗΣ

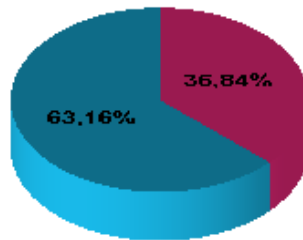


Διάγραμμα 9^ο: Στο παραπάνω διάγραμμα βλέπουμε ότι στο νομό Αττικής η ηλικία πρώτης ολοκληρωμένης σεξουαλικής σχέσης των γυναικών είναι από 18-21 ετών το 56,58% αλλά παρατηρούμε και ένα μεγάλο ποσοστό 39,47% από 15-17 ενώ στο νομό Καρδίτσας το 77,63% είναι από 18-21 ετών λόγω το ότι παντρεύονται σε μικρή ηλικία.

ΝΟΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΝΟΜΟΣ ΚΑΡΔΙΤΣΗΣ

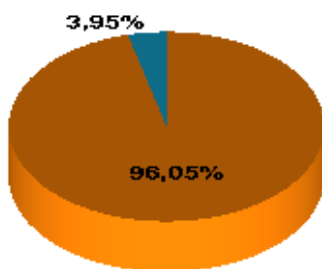


ΕΙΧΑΤΕ, ΜΕΧΡΙ ΣΗΜΕΡΑ, ΚΑΠΟΙΑ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

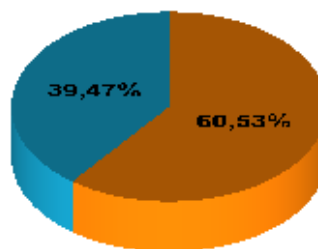
■ ΝΑΙ
■ ΟΧΙ

Διάγραμμα 10^ο: Στο παραπάνω διάγραμμα βλέπουμε ότι στο νομό Αττικής το ποσοστό των γυναικών που απάντησαν ναι είναι 46,05% ενώ στο νομό Καρδίτσας το ποσοστό των γυναικών είναι 36,84%.

ΝΟΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΝΟΜΟΣ ΚΑΡΔΙΤΣΗΣ



ΕΧΕΤΕ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΕΙ ΚΑΠΟΙΑ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟ

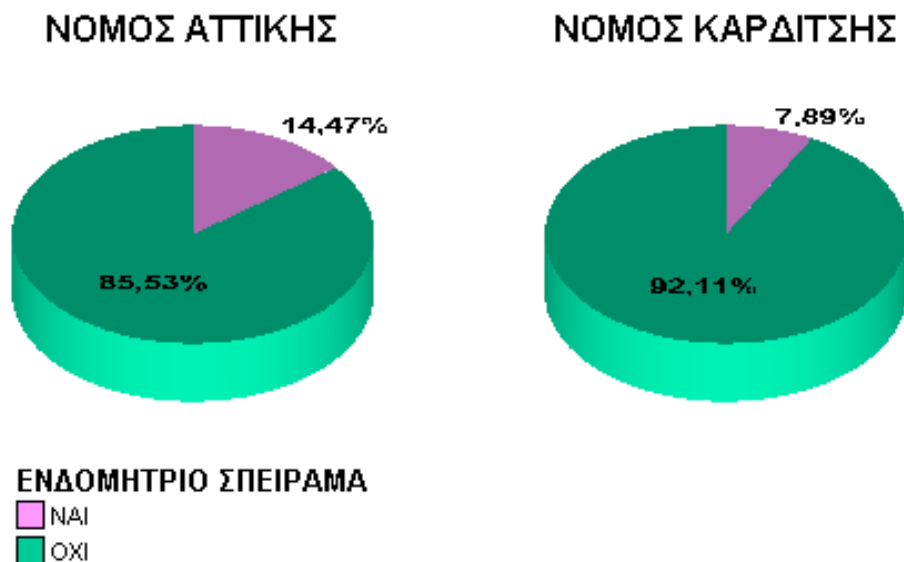
■ ΝΑΙ
■ ΟΧΙ

Διάγραμμα 11^ο: Στο παραπάνω διάγραμμα βλέπουμε ότι στο νομό Αττικής οι γυναίκες που έχουν χρησιμοποιήσει κάποια αντισυλληπτική μέθοδο είναι το 96,05% ενώ στο νομό Καρδίτσας είναι το 60,53%.

Στα παρακάτω διαγράμματα θα δούμε ποιές αντισυλληπτικούς μεθόδους έχουν χρησιμοποιήσει ή χρησιμοποιούν οι γυναίκες.

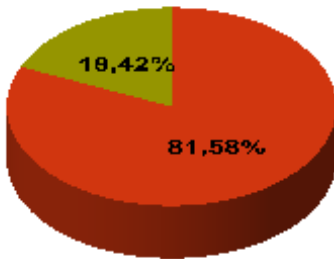


Διάγραμμα 12°: Στο παραπάνω διάγραμμα βλέπουμε ότι στο νομό Αττικής οι γυναίκες έχουν χρησιμοποιήσει αντισυλληπτικά χάπια το 72,37% ενώ στο νομό Καρδίτσας το 52,53%.

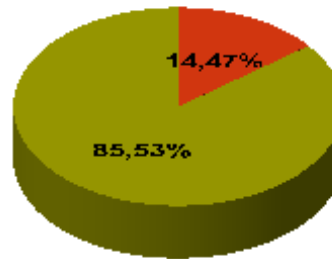


Διάγραμμα 13°: Στο παραπάνω διάγραμμα βλέπουμε ότι στο νομό Αττικής το ποσοστό των γυναικών που έχουν χρησιμοποιήσει ενδομήτριο σπείραμα είναι 14,47% ενώ στο νομό Καρδίτσας είναι 7,89%.

ΝΟΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΝΟΜΟΣ ΚΑΡΔΙΤΣΗΣ



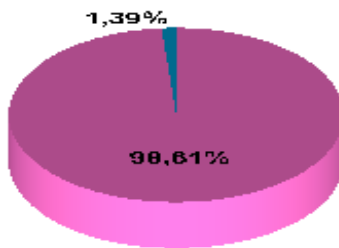
ΕΛΑΣΤΙΚΟ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟ



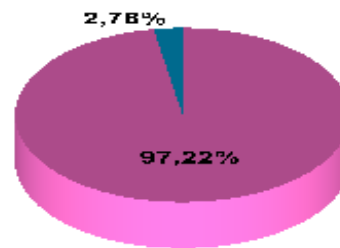
Διάγραμμα 14^ο: Στο παραπάνω διάγραμμα βλέπουμε ότι στο νομό Αττικής το ποσοστό των γυναικών που έχουν χρησιμοποιήσει ελαστικό προφυλακτικό είναι 81,58% ενώ στο νομό Καρδίτσας είναι 14,47%.

Στα παρακάτω διαγράμματα θα δούμε αποτελέσματα από τις ερωτήσεις σχετικά με την εξέταση Παπανικολάου.

ΝΟΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΝΟΜΟΣ ΚΑΡΔΙΤΣΗΣ

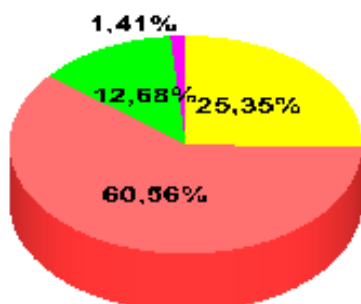


ΕΧΕΤΕ ΚΑΝΕΙ ΤΕΣΤ ΠΑΠ (ΤΕΣΤ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ)

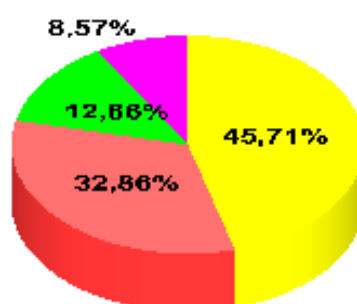


15^ο: Στο παραπάνω διάγραμμα βλέπουμε το ποσοστό των γυναικών που έχουν κάνει το τεστ Παπανικολάου.

ΝΟΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΝΟΜΟΣ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ



ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΑΠΟ ΤΟ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΤΕΣΤ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ

■ ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΑΠΟ 1 ΕΤΟΣ

■ ΜΕΤΑΞΥ 3 ΕΤΩΝ ΚΑΙ ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΑΠΟ 5 ΕΤΩΝ

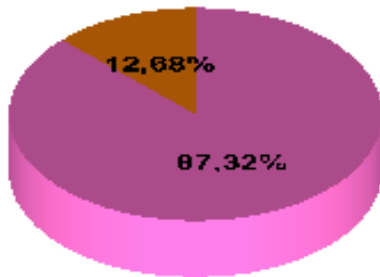
■ ΜΕΤΑΞΥ ΕΤΟΥΣ ΚΑΙ ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΑΠΟ 3 ΕΤΩΝ

■ 5 ΕΤΗ Ή ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ

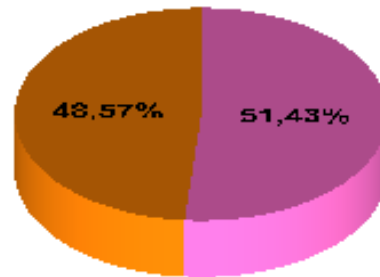
Διάγραμμα 16^ο: Στο παραπάνω διάγραμμα βλέπουμε ότι στον νομό Αττικής το 60,56% των γυναικών έχουν κάνει το τελευταίο τεστ παπ μεταξύ έτους και λιγότερο από 3 ετών, ενώ στο νομό Καρδίτσας το 45,71% λιγότερο από 1 έτος.

Στα παρακάτω διαγράμματα θα δούμε για πιο λόγο κάνανε οι γυναίκες το τελευταίο τεστ Παπανικολάου.

ΝΟΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΝΟΜΟΣ ΚΑΡΔΙΤΣΗΣ

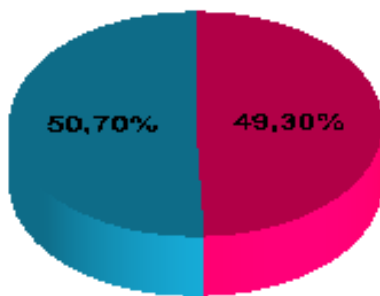


ΕΤΗΣΙΟΣ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΠΑΝΕΛΕΓΧΟΣ

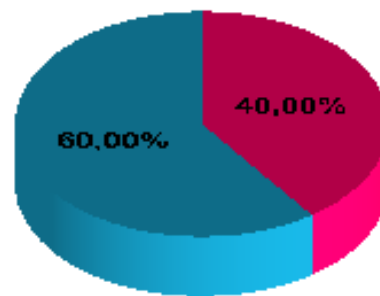


Διάγραμμα 17^ο: Στο παραπάνω διάγραμμα βλέπουμε ότι στο νομό Αττικής το 87,32% των γυναικών έχει κάνει ετήσιο γυναικολογικό έλεγχο, ενώ στο νομό Καρδίτσας μόνο το 51,43%.

ΝΟΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΝΟΜΟΣ ΚΑΡΔΙΤΣΗΣ

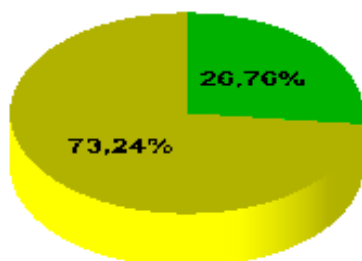


ΕΠΑΝΕΛΕΓΧΟΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

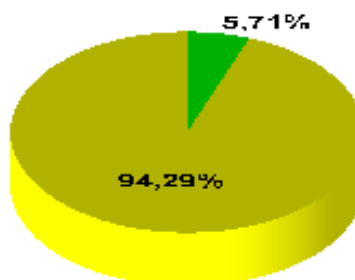


Διάγραμμα 18^ο: Στο παραπάνω διάγραμμα βλέπουμε ότι ποσοστό των γυναικών που έχουν κάνει επανέλεγχο της ασθένειας.

ΝΟΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΝΟΜΟΣ ΚΑΡΔΙΤΣΗΣ

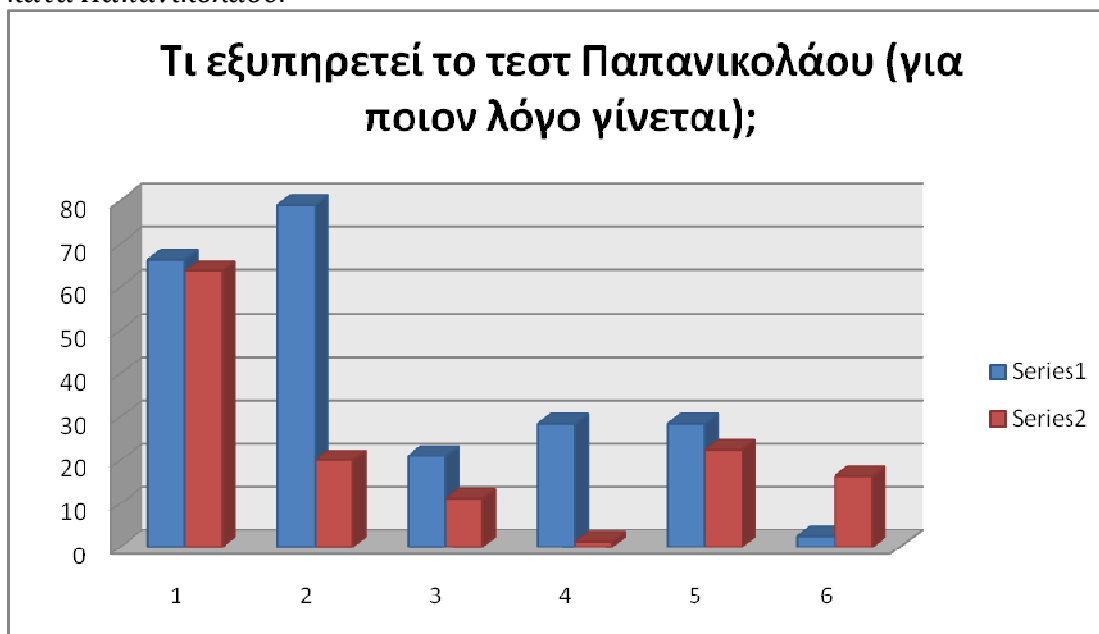


ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΑ (ΠΡΩΤΗ ΦΟΡΑ)

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

Διάγραμμα 19: Στο παραπάνω διάγραμμα βλέπουμε ότι στο νομό Καρδίτσας το 94,29% των γυναικών έκαναν προληπτικά το τεστ παπ, ενώ στο νομό Αττικής το 73,24% των γυναικών.

Στα παρακάτω διαγράμματα θα δούμε απόψεις και γνώσεις των γυναικών για την εξέταση κατά Παπανικολάου.



ΜΠΛΕ: ΑΤΤΙΚΗ, ΚΟΚΚΙΝΟ: ΚΑΡΔΙΤΣΑ

1. Πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας
2. Να εντοπιστούν μολύνσεις / γεννητικές φλεγμονές
3. Να εντοπιστούν άλλες ασθένειες
4. Πρόληψη του καρκίνου των ωοθηκών
5. Πρόληψη όλων των γυναικολογικών καρκίνων
6. Δεν ξέρω

Αναλυτικότερα:

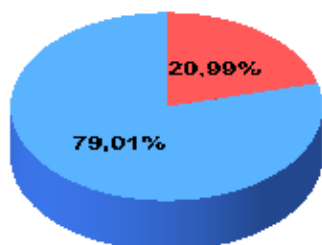


Διάγραμμα 20^ο: Στο παραπάνω διάγραμμα βλέπουμε ότι στο νομό Αττικής το 86,42% των γυναικών γνωρίζουν ότι το τεστ παπ εξυπηρετεί για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, ενώ στο νομό Καρδίτσας το 63,75% των γυναικών.

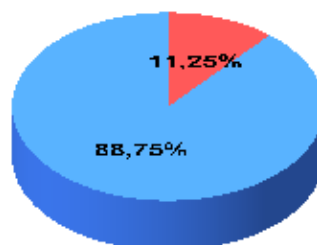


Διάγραμμα 21^ο: Στο παραπάνω διάγραμμα βλέπουμε το ποσοστό των γυναικών που απάντησαν για εντοπισμό μολύνσεων/ γεννητικών φλεγμονών.

ΝΟΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΝΟΜΟΣ ΚΑΡΔΙΤΣΗΣ

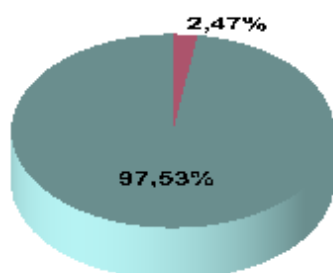


ΕΝΤΟΠΙΣΜΟΣ ΑΛΛΩΝ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ

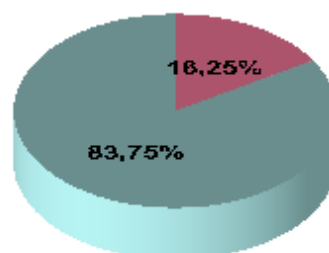


Διάγραμμα 22^ο: Στο παραπάνω διάγραμμα βλέπουμε το ποσοστό των γυναικών που απάντησαν για εντοπισμό άλλων ασθενειών.

ΝΟΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΝΟΜΟΣ ΚΑΡΔΙΤΣΗΣ



ΔΕΝ ΞΕΡΩ



Διάγραμμα 23^ο: Στο παραπάνω διάγραμμα βλέπουμε το ποσοστό των γυναικών που απάντησαν ότι δεν ξέρουν τι εξυπηρετεί το τεστ παπ.

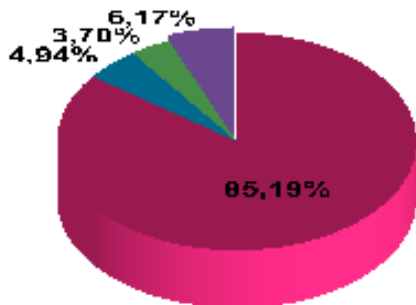


Διάγραμμα 24ο: Στο παραπάνω διάγραμμα βλέπουμε το ποσοστό των γυναικών που απάντησαν για την πρόληψη του καρκίνου των ωοθηκών.

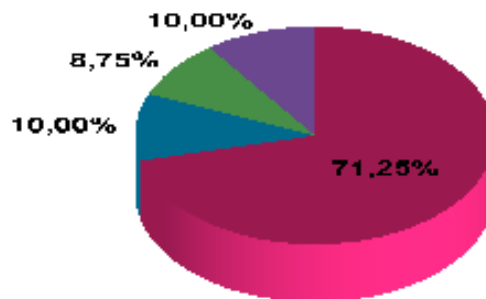


Διάγραμμα 25ο: Στο παραπάνω διάγραμμα βλέπουμε το ποσοστό των γυναικών που απάντησαν για την πρόληψη όλων των γυναικολογικών καρκίνων.

ΝΟΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΝΟΜΟΣ ΚΑΡΔΙΤΣΗΣ

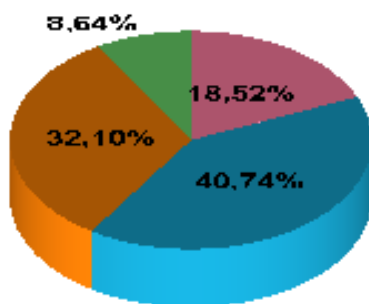


ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΠΡΟΛΗΦΘΕΙ Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

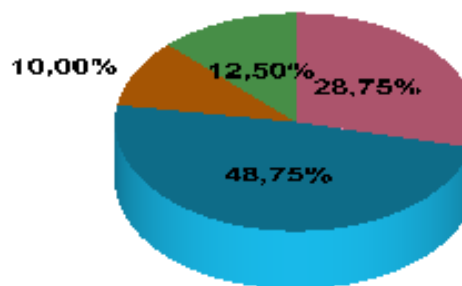
- Μπορεί να προληφθεί
- Δεν ξέρω τι είναι
- Δεν μπορεί να προληφθεί
- Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

Διάγραμμα 26^ο: Στο παραπάνω διάγραμμα βλέπουμε ότι στο νομό Αττικής το 85,19% των γυναικών απάντησαν ότι μπορεί να προληφθεί ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας, ενώ στο νομό Καρδίτσας το 71,25% των γυναικών.

ΝΟΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΝΟΜΟΣ ΚΑΡΔΙΤΣΗΣ

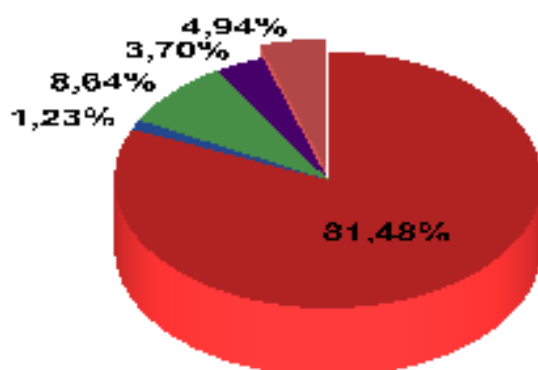


ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΓΙΝΕΤΑΙ ΤΟ ΤΕΣΤ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ

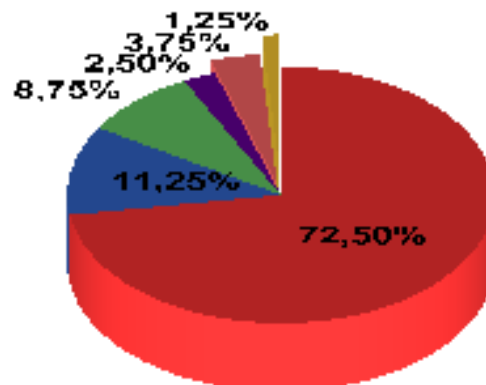
- Κάθε 6 μήνες
- Κάθε 2-3 χρόνια
- Κάθε χρόνο
- Δεν γνωρίζω

Διάγραμμα 27^ο: Στο παραπάνω διάγραμμα βλέπουμε ότι στο νομό Αττικής το 40,74% των γυναικών απάντησαν ότι το τεστ παπ πρέπει να γίνεται κάθε χρόνο, ενώ στο νομό Καρδίτσας το 48,75% των γυναικών. Επίσης, στο νομό Αττικής ένα 32,10% πιστεύει ότι πρέπει να γίνεται κάθε 2-3 χρόνια.

ΝΟΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΝΟΜΟΣ ΚΑΡΔΙΤΣΗΣ



ΠΟΤΕ ΜΙΑ ΓΥΝΑΙΚΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΞΕΚΙΝΑΕΙ ΝΑ ΚΑΝΕΙ ΤΗΝ ΕΞΕΤΑΣΗ

- | | |
|---|--------------------|
| ΟΤΑΝ ΑΡΧΙΣΕΙ ΝΑ ΕΧΕΙ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΕΣ ΕΠΑΦΕΣ | ΟΤΑΝ ΜΕΙΝΕΙ ΕΓΚΥΟΣ |
| ΟΤΑΝ ΓΕΝΝΗΣΕΙ | ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ |
| ΟΤΑΝ ΕΧΕΙ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ | ΑΛΛΟ |

Διάγραμμα 28^ο: Στο παραπάνω διάγραμμα βλέπουμε ότι στο νομό Αττικής το 81,48% των γυναικών απάντησαν ότι μια γυναίκα πρέπει να ξεκινάει να κάνει την εξέταση, ενώ στο νομό Καρδίτσας το 72,50% των γυναικών. Επίσης, στο νομό Καρδίτσας ένα 11,25% πιστεύει ότι πρέπει όταν γεννήσει.

2.5. Συμπεράσματα- Συζήτηση

Στην παρούσα μελέτη διερευνήθηκαν η γνώση, στάση και αντίληψη της εξέτασης κατά Παπανικολάου και η γνώση των αιτιολογικών παραγόντων για την ανάπτυξη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας σε δυο αστικές περιοχές της Ελλάδος.

Η εξέταση κατά Παπανικολάου αποτελεί την πιο παραδεκτή και επιτυχή μέθοδο προληπτικού ελέγχου του καρκίνου της μήτρας. Μέσα από την υλοποίηση των προγραμμάτων πληθυσμιακού ελέγχου, δίνεται η δυνατότητα για πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του συγκεκριμένου καρκίνου. Επειδή στη χώρα μας, δεν εφαρμόζεται εθνικό πρόγραμμα πληθυσμιακού ελέγχου, τα στοιχεία που υπάρχουν γι' αυτό το θέμα είναι ελλιπή.

Η Ελλάδα είναι μια από τις χώρες στις οποίες εφαρμόστηκε, ήδη από το 1955, η εξέταση κατά Παπανικολάου. Και όμως μετά από 50 χρόνια, δεν γνωρίζουμε την αποτελεσματικότητα της, λόγω έλλειψης στοιχείων. Εκείνο που είναι γνωστό είναι ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών με διηθητικό καρκίνο του τραχήλου της μήτρας δεν είχαν κάνει ποτέ στην ζωή τους την εξέταση, γεγονός που αποδεικνύει την αποτυχία του οργανωτικού πλαισίου με το οποίο εφαρμόζεται η πρόληψη στην χώρα μας. Στην ουσία, η πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας στην Ελλάδα έχει ευκαιριακό χαρακτήρα δεδομένου ότι οι γυναίκες προσέρχονται για εξέταση αυθόρμητα.

Η χρήση του τεστ παπ έστω για μια φορά στη ζωή των γυναικών ήταν σχετικά υψηλή (98%), αλλά η πρόσφατη χρήση (13% των γυναικών είχαν κάνει τεστ παπ τα τελευταία 3-5 χρόνια) ήταν χαμηλή και στις δυο περιοχές. Τόσο η γνώση όσο και η χρήση του τεστ παπ ήταν χαμηλότερη σε γυναίκες μεγάλης ηλικίας και χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου ειδικά στο νομό Καρδίτσας.

Στην παρούσα μελέτη, μόλις οι μισές γυναίκες γνωρίζουν τον σωστό λόγο που εξυπηρετεί η εξέταση Παπανικολάου. Σημαντικό είναι η έλλειψη γνώσης για τον HPV που θεωρείται η κύρια αιτία για την ανάπτυξη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας καθώς και η έλλειψη γνώσης του λόγου που εξυπηρετεί το τεστ παπ ειδικά στο νομό Καρδίτσας (36,2%) σε σχέση με το νομό Αττικής (13,5%).

Όσον αφορά τους παράγοντες που σχετίζονται με την χρήση της εξέτασης κατά Παπανικολάου από την μελέτη αυτή διαπιστώνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση με το επάγγελμα, με την οικογενειακή κατάσταση, την ύπαρξη έστω μίας εγκυμοσύνης, την ηλικία των γυναικών καθώς και την ύπαρξη κάποιου σεξουαλικά μεταδιδόμενου νοσήματος. Η γνώση του λόγου που εξυπηρετεί η εξέταση κατά Παπανικολάου σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με το επάγγελμα, το αν έχουν κάνει την εξέταση, την ηλικία των γυναικών, το αν έχουν επισκεφτεί γυναικολόγο, καθώς και το μορφωτικό επίπεδο.

Υψηλότερο ποσοστό χρήσης της εξέτασης κατά Παπανικολάου παρατηρείται στις γυναίκες που δηλώνουν ιδιωτικοί και δημόσιοι υπάλληλοι, ηλικίας 31-40 ετών, που είναι ή υπήρξαν έγγαμες, είχαν εμπειρία εγκυμοσύνης και δηλώνουν την ύπαρξη κάποιου σεξουαλικά μεταδιδόμενου νοσήματος και έχουν υψηλό μορφωτικό επίπεδο.

Επίσης, γυναίκες που δεν έχουν επισκεφτεί γυναικολόγο ποτέ στο παρελθόν, έχουν χαμηλότερα ποσοστά όπως είναι οι αγρότισσες και οι γυναίκες που ασχολούνται με τα οικιακά στο νομό Καρδίτσας, έχουν χαμηλότερα ποσοστά σε σχέση με τις γυναίκες που

έχουν επισκεφτεί γυναικολόγο. Τέλος, γυναίκες που δεν έχουν κάνει την εξέταση κατά Παπανικολάου ποτέ στο παρελθόν, γνωρίζουν σε μικρότερο ποσοστό τι εξυπηρετεί η εξέταση ενώ οι γυναίκες που έχουν κάνει την εξέταση σε μεγαλύτερο ποσοστό.

Για τον καλύτερο σχεδιασμό των παρεμβάσεων με σκοπό την ενημέρωση του πληθυσμού και την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι απαραίτητη αρχικά, η αναγνώριση των παραγόντων που σχετίζονται με την γνώση των αιτιών για τον συγκεκριμένο καρκίνο.

Η γνώση του ότι ο HPV αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι υψηλότερη σε γυναίκες με υψηλό μορφωτικό επίπεδο, ηλικίας 21-40 ετών φοιτήτριες, που έχουν κάνει έστω και μία εξέταση κατά Παπανικολάου, που εργάζονται ως ιδιωτικοί και δημόσιοι υπάλληλοι.

Τέλος, αρκετά σημαντική παρουσιάζεται η χρονική διαφορά ανάμεσα στην ηλικία έναρξης της σεξουαλικής ζωής των γυναικών και της ηλικίας των γυναικών κατά την πρώτη επίσκεψη σε γυναικολόγο.

Με βάση τις απαντήσεις των γυναικών που αφού είχαν πρώτα ολοκληρωμένη σεξουαλική επαφή, έπειτα επισκέφτηκαν τον γυναικολόγο, διαπιστώνεται ότι ανάμεσα στα δύο αυτά γεγονότα παρεμβάλλεται χρονικό διάστημα 2 έτη περίπου. Το γεγονός ότι κάποιες γυναίκες πρώτα επισκέπτονται τον γυναικολόγο και έπειτα αρχίζουν την σεξουαλική τους ζωή οφείλεται κυρίως σε παθολογικά αίτια και έτσι δεν λαμβάνεται υπόψιν στην συγκεκριμένη σχέση.

Το συμπέρασμα αυτό είναι αρκετά ανησυχητικό αν αναλογιστεί κανείς ότι η έναρξη της σεξουαλικής ζωής πρέπει να συνοδεύεται με την έναρξη της επίσκεψης σε γυναικολόγο και την πραγματοποίηση της εξέτασης κατά Παπανικολάου. Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας εξαρτάται πολύ από τον τρόπο ζωής των γυναικών και όσο πιο νωρίς ενημερωθεί μια γυναίκα για αυτόν τόσο καλύτερα θα μπορέσει να προφυλαχτεί.

2.6. Προτάσεις

Η παρούσα μελέτη επιβεβαιώνει άλλες μελέτες που έχουν γίνει στην Ελλάδα και το εξωτερικό που ενώ διαπιστώνουν ότι είναι αρκετά υψηλό το ποσοστό των γυναικών που έχουν κάνει την εξέταση στις ανεπτυγμένες χώρες, εντούτοις η γνώση τους εμφανίζεται να είναι περιορισμένη σε ότι έχει να κάνει με την εξέταση κατά Παπανικολάου και τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Επιπλέον, παρόμοια με άλλες χώρες υπάρχει μία σημαντική διαφορά ανάμεσα σε γυναίκες διαφορετικού μορφωτικού επιπέδου όσον αφορά την χρήση της εξέτασης και τη γνώση γύρω από την εξέταση κατά Παπανικολάου. Η πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας στην Ελλάδα έχει ευκαιριακό χαρακτήρα δεδομένου ότι οι γυναίκες προσέρχονται για έλεγχο αυθόρμητα όμως η συζήτηση για την εφαρμογή ενός οργανομένου προληπτικού προγράμματος δεν είναι αντικείμενο της παρούσης μελέτης. Η ιεράρχηση των προτεραιοτήτων σε θέματα υγείας είναι πάρα πολύ σημαντική.

Σύμφωνα με τα παραπάνω, θα πρέπει να μεριμνήσει η πολιτεία για την ορθή ενημέρωση και καθοδήγηση του κοινού. Πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στην προαγωγή της δημόσιας υγείας, με τη συστηματική επιμόρφωση του προσωπικού και διαφώτιση του κοινού για ανάπτυξη υγιών στάσεων και συμπεριφορών γύρω από το θέμα που πραγματεύεται η μελέτη. Θα πρέπει επιπλέον να δοθεί ιδιαίτερο βάρος για την πλήρη ενημέρωση και κάλυψη από το πρόγραμμα πρόληψης όλων των κοινωνικό-οικονομικών στρωμάτων του πληθυσμού.

Αναγνωρίζοντας τον καίριο ρόλο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, τόσο για την πρόληψη όσο και για την παροχή περίθαλψης, να πραγματοποιηθεί η ανάπτυξη των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας, τόσο στις αστικές όσο και στις αγριτικές περιοχές με την ενίσχυσή τους, με προσωπικό και εξοπλισμό.

Πρέπει να δοθεί αυξημένη σημασία στα θέματα πρωτογενούς πρόληψης (προφύλαξης) και δευτερογενούς πρόληψης (διάγνωσης στα αρχικά στάδια) του καρκίνου. Για το σκοπό αυτό πρέπει να γίνονται διάφορες εκστρατείες διαφώτισης σε σχολεία, κοινότητες και συλλόγους με στόχο την ευαισθητοποίηση του κοινού γύρω από το θέμα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, της εξέτασης κατά Παπανικολάου όπως επίσης και για το εμβόλιο κατά του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

Οι παρεμβάσεις που γίνονται στον υγιή πληθυσμό, είτε αυτές είναι διαφωτιστικές, είτε διαγνωστικές, είτε θεραπευτικές, απαιτούν υπεύθυνο σχεδιασμό, διασφάλιση της ποιότητας και επιστημονική ανάλυση και ανακολινωση των αποτελεσμάτων τους (θετικών και αρνητικών).

Δεδομένου ότι ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι εξαιρετικά συχνός σε γυναίκες που δεν έχουν κάνει την εξέταση είναι απαραίτητο να ερευνηθούν τρόποι προσέγγισης των γυναικών αυτών.

2.6.1. Ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή

Ο κοινοτικός νοσηλευτής παρέχει άμεση φροντίδα, λειτουργεί ως διδάσκαλος, ο ρόλος του είναι συμβουλευτικός και εμπνέει εμπιστοσύνη έτσι ώστε η νεαρή γυναίκα να επανέλθει αργότερα για επανεξέταση.

Τι μπορεί να προσφέρει σε σχέση με τους παράγοντες κινδύνου για τον ΚΤΜ:

- Προαγωγή της υγείας της γυναίκας
- Περιορισμοί ως προς την περίθαλψη
- Πρόληψη της ασθένειας
- Ενημέρωση σχετικά με την υγεία σε διάφορα μορφωτικά επίπεδα
- Ασφαλής και αποτελεσματική αντισύλληψη
- Ενημέρωση για τη σεξουαλική δραστηριότητα κατά την εφηβεία
- Προσαρμογή σε πολλαπλούς ρόλους
- Διαφοροποιήσεις ως προς τον εμμηνορρυσιακό κύκλο

- Έλεγχος παχυσαρκίας
- Κατάχρηση ουσιών και η επίδρασή τους στην κύηση
- Επιμόλυνση από τον ιό AIDS
- Επίδραση της διατροφής

2.6.2. Προτάσεις για περαιτέρω διερεύνηση του προβλήματος

Στην παρούσα εργασία διερευνήθηκαν η γνώση και η προηγούμενη εμπειρία της εξέτασης κατά Παπανικολάου και η γνώση των αιτιολογικών παραγόντων για την ανάπτυξη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας καθώς και ο προσδιορισμός του αριθμού των ατόμων που έχει κάνει την εξέταση σε δύο αστικές πόλεις. Από την επεξεργασία που έγινε προτείνονται τα ακόλουθα για περαιτέρω έρυνα:

- Η διεξαγωγή μιας έρευνας μεγάλης κλίμακας η οποία να επικεντρώνεται αποκλειστικά στην γνώση θεμάτων σχετικά με τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και τον προληπτικό του έλεγχο, αφού προηγηθεί μία περίοδος εξοικείωσης των γυναικών με ενημέρωση του κοινού για ανάπτυξη θγιών στάσεων και συμπεριφορών γύρω από το θέμα.
- Η αναζήτηση των βέλτιστων μέτρων για την καλύτερη και αποτελεσματική ενημέρωση των γυναικών για το θέμα.
- Η εστίαση του ενδιαφέροντος στις γυναίκες χαμηλού μορφωτικού επιπέδου, οι οποίες φάνηκε από την επεξεργασία ότι είναι οι λιγότερο ενημερωμένες για το θέμα.

Βιβλιογραφία

Αγοραστός Θ, Βαβίλης Δ, Μπόντης Ι, Πρόληψη του γυναικολογικού καρκίνου. 1999. Θεσσαλονίκη. Εκδόσεις University studio press.

Αγοραστός Θ, Βαβίλης Δ, Μπόντης Ι, Πρωτογενής και δευτερογενής πρόληψη του γυναικολογικού καρκίνου. 1999. Θεσσαλονίκη. Εκδόσεις University studio press.

Αγοραστός Θ, Βαβίλης Δ, Μπόντης Ι, Σύγχρονες εξελίξεις στην πρόληψη του Γυναικολογικού καρκίνου. 2006. Θεσσαλονίκη. Εκδόσεις University studio press.

Αγοραστός Θ, Μπόντης Ι, Καρκινογένεση στο γυναικείο γεννητικό σύστημα. 1997. Θεσσαλονίκη. Εκδόσεις University studio press.

Αγοραστός Θ, Μπόντης Ι, Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του γυναικολογικού καρκίνου. 2001. Θεσσαλονίκη. Εκδόσεις University studio press.

Αναγνωστόπουλος Φ, Ποταμιάνος Φ, Εισαγωγή στη ψυχολογία της υγείας. 2008. Αθήνα. Εκδόσεις ελληνικά γράμματα.

Αντσακλής Α, Μαιευτική και Γυναικολογία. 2008. Αθήνα. Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιανού.

Αντωνίου Ε, Σιδηροπούλου Α, Δάγλα Μ, Μαγαράκη Α, Στάση, συμπεριφορά και ενημέρωση των γυναικών για την εξέταση κατά Παπανικολάου στον Ελλαδικό χώρο. 2000. Αθήνα. Εκδόσεις Εμμη.

Ασημακόπουλος Ε, Μανταλενάκης Σ, Υπερηχογραφία στη Μαιευτική και Γυναικολογία. 2002. Θεσσαλονίκη. University studio press.

Γεωργιόπουλος Α, Μαιευτική και Γυναικολογική Νοσηλευτική. 1999. Αθήνα. Εκδόσεις Έλλην.

Γιαννοπούλου Α, Ψυχιατρική Νοσηλευτική. 2007. Αθήνα.

Γκούβρα Μ, Κυρίδης Α, Μαυρικάκη Ε, Αγωγή υγείας. 2005. Αθήνα. Εκδόσεις Έλλην.

Καραδήμας Ε, Ψυχολογία της υγείας. 2005. Αθήνα. Εκδόσεις Έλλην.

Κρέτσας Γ, Σύγχρονη Γυναικολογία και Μαιευτική, 1998. Αθήνα. Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης.

Κρέτσας Γ, Γυναικολογία και Μαιευτική της Νεαρής Ηλικίας. 2001. Αθήνα. Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης.

Μαμόπουλος Μ, Ρούσσοι Δ, Σύγχρονη Διάγνωση και Θεραπεία στη Μαιευτική και Γυναικολογία. 1998. Αθήνα. Ιατρικές και επιστημονικές εκδόσεις.

Μιχαλάς Σ, Επίτομη Μαιευτική Γυναικολογία. 2000. Αθήνα. Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιανού.

Μπόντης, Βασικές Γνώσεις Μαιευτική και Γυναικολογία. 2007. Θεσσαλονίκη. Δεύτερη έκδοση. University studio press.

Παπαθανασίου Κ, Πρακτικός οδηγός για κολποσκόπηση. 1998. Θεσσαλονίκη. University studio press.

Ρούπα Ζ, Οικογενειακός προγραμματισμός και αντισύλληψη. 2006. Αθήνα. Εκδόσεις Έλλην.

Σαχίνη-Καρδάση Α, Μεθοδολογία έρευνας, εφαρμογές στο χώρο της υγείας. 2000. Γ' έκδοση. Εκδόσεις Βήτα.

Σαχίνη-Καρδάση Α, Πάνου Μ, Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική. 2002. Αθήνα. Εκδόσεις Βήτα.

Τσακρακλίδης Β , Γουργουλιάνης Κ, Ιατρική γραφή και λόγος. 1999. Αθήνα. Γ' έκδοση Βήτα.

Φωτίου Σ, Γυναικολογική Ογκολογία. 2009. Αθήνα. Εκδόσεις Πασχαλίδης.

Errol Norwitz, John Schorge, Μαιευτική και Γυναικολογία με μια ματιά. 2004. Αθήνα.

Katz Lentz Loboger Shenson, Comprehensive Gynaecology,. 2007. Mosby.

Nucci Marisa , Esther Oliva, Gynecologic Pathology. 2009. Churchill Livingstone Elsevier.

Nies M, McEwen M, Κοινωνική Νοσηλευτική. 2001. Θεσσαλονίκη. Ιατρικές εκδόσεις.

Philip I, Disaia MD, William T, Creasman MD, Clinical Gynecology Oncology. 2007. Mosby

Roger P. Smith, Netter's Obstetrics Gynecology and Women's Health. 2002. Learning systems.

Stoppard M, Το γυναικείο σώμα. 2003. Αθήνα. Εκδόσεις Δομική.

ΠΗΓΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

http://www.eccce-cervical-ancer.org/contents/B1_CervicalCancerFacts/index.asp?lang=gr
(3/2/2010)

<http://health.in.gr/Article.asp?ArticleId=18817> (10/4/2010)

<http://www.mastologos.gr/articles/uterus-cancer> (23/11/2009)

<http://www.apn.gr/uncategori> (9/10/2009)

<http://angeir.wordpress.com/2009/01/15/cervical-cancer> (15/1/2010)

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Ο στόχος αυτής της μελέτης είναι να συλλέξει πληροφορίες σχετικά με τη γνώση και τη χρήση της ελληνίδας γυναίκας σχετικά με την εξέταση κατά Παπανικολάου (τεστ Παπ) καθώς και τη γνώση της για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

Στη συνέχεια θα σας κάνουμε μια σειρά ερωτήσεων σχετικά με το μαιευτικό και γυναικολογικό ιστορικό καθώς επίσης και μερικές πτυχές της σεξουαλικής συμπεριφορά σας. Είναι σημαντικό οι απαντήσεις να είναι όσο πιο ακριβείς, επομένως, σκεφτείτε και χρησιμοποιήστε όσο χρόνο κρίνεται απαραίτητο.

Οι απαντήσεις σας και τα στοιχεία που θα ζητηθούν θα είναι απόλυτα εμπιστευτικά και θα χρησιμοποιηθούν μόνο για την παραγωγή στατιστικών αποτελεσμάτων.

Οι φοιτήτριες

Χατζηγούλα Αγορίτσα

Βαλκανά Σμαράγδα

1. Προσωπικά στοιχεία:

1.1. Ηλικία

1.2. Ηλικία εμφάνισης πρώτης έμμηνης ρύσηςετών

1.3. Επάγγελμα

2. Οικογενειακή κατάσταση:

2.1. Έγγαμη.....

2.2. Άγαμη.....

2.3. Χήρα-Διαζευγμένη.....

3. Μορφωτικό επίπεδο:

3.1. Δημοτικό.....

3.2. Γυμνάσιο.....

3.3. Λύκειο.....

3.4. Πανεπιστήμιο-Τ.Ε.Ι.....

3.5. Μεταπτυχιακό-Διδακτορικό.....

4. Έχετε μείνει έγκυος κάποια φορά κατά την διάρκεια της ζωής σας;

4.1. Ναι.....

4.2. Όχι.....

4.3. Αν ναι, πόσες φορές;

5. Έχετε επισκεφτεί ποτέ γυναικολόγο;

5.1. Ναι.....

5.2. Όχι.....

6. Αν ναι, για ποιόν λόγο;

6.1. Εγκυμοσύνη.....

- 6.2. Αντισύλληψη.....
- 6.3. Αλλαγές της εμμηνόρροιας(περιόδου).....
- 6.4. Μόλυνση της γεννητικής περιοχής.....
- 6.5. Εμμηνόπαυση.....
- 6.6. Κολπική κυτταρολογική εξέταση.....
- 6.7. Έλεγχο μαστών.....
- 6.8. Άλλος(διευκρινίστε).....

7. Σε ποια ηλικία έγινε η πρώτη επίσκεψη σε γυναικολόγο;ετών.

8. Με ποια συχνότητα κάνετε τους γυναικολογικούς επανέλεγχους συνήθως;

- 8.1. Κάθε 6 μήνες.....
- 8.2. Κάθε έτος.....
- 8.3. Κάθε 2 έτη.....
- 8.4. Κάθε 3 έτη.....
- 8.5. Κάθε 4 έτη.....
- 8.6. Κάθε 5 έτη.....
- 8.7. Πάνω από 5 έτη.....

9. Είχατε μέχρι σήμερα ολοκληρωμένες σεξουαλικές σχέσεις;

- 9.1. Ναι.....
- 9.2. Όχι.....

10. Σε ποια ηλικία είχατε τη πρώτη ολοκληρωμένη σεξουαλική σχέση;ετών

11.11. Είχατε μέχρι σήμερα κάποια σεξουαλικά μεταδιδόμενη ασθένεια;

- 11.1. Καμία.....
- 11.2. Γεννητικό έρπη.....
- 11.3. Γεννητικά κονδυλώματα.....
- 11.4. Γεννητικά χλαμύδια.....
- 11.5. Βλεννόρροια ή γονόρροια.....
- 11.6. Άλλο (διευκρινίστε).....

12. Στην διάρκεια της ζωής σας ποιες αντισυλληπτικές μεθόδους έχετε χρησιμοποιήσει ή χρησιμοποιείτε;

- 12.1. Καμία.....
- 12.2. Χάπια αντισυλληπτικά.....
- 12.3. Ενδομήτριο σπείραμα.....
- 12.4. Ελαστικό προφυλακτικό.....
- 12.5. Απολίνωση των σαλπίνγων.....
- 12.6. Άλλο(διευκρινίστε).....

13. Έχετε κάνει ποτέ τεστ Παπανικολάου (ΤΕΣΤ ΠΑΠ);

- 13.1. Ναι.....
- 13.2. Όχι.....

14. Πόσος καιρός πέρασε από τότε που κάνατε την τελευταία/ πιο πρόσφατη κολπική κυτταρολογική εξέταση;

- 14.1. Λιγότερο από 1 έτος.....
- 14.2. Μεταξύ έτους και λιγότερο από 3 ετών.....
- 14.3. Μεταξύ 3 ετών και λιγότερο από 5 ετών.....
- 14.4. 5 έτη ή περισσότερο.....

15. Τι εξυπηρετεί το τεστ Παπανικολάου (για ποιον λόγο γίνεται);

- 15.1. Πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.....
- 15.2. Να εντοπιστούν μολύνσεις / γεννητικές φλεγμονές.....
- 15.3. Να εντοπιστούν άλλες ασθένειες.....
- 15.4. Άλλο(διευκρινίστε).....
- 15.5. Δεν ξέρω.....
- 15.6. Πρόληψη του καρκίνου των ωοθηκών.....
- 15.7. Πρόληψη όλων των γυναικολογικών καρκίνων.....

16. Γνωρίζετε εάν μπορεί να προληφθεί ή να αποφευχθεί ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας;

- 16.1. Ναι.....
- 16.2. Όχι.....
- 16.3. Δεν ξέρω τι είναι.....
- 16.4. Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ.....

17. Τι γνωρίζετε για τον ιό των κονδυλωμάτων;

- 17.1. Τίποτα.....
- 17.2. Ξέρω ότι υπάρχει αλλά δεν ξέρω τίποτα για την επίδρασή του.....
- 17.3. Ξέρω τις ασθένειες με τις οποίες σχετίζεται.....

18. Ποιος είναι ο λόγος που δεν κάνατε τεστ Παπανικολάου;

- 18.1. Ντρέπομαι.....
- 18.2. Φοβάμαι.....
- 18.3. Αδιαφορώ.....
- 18.4. Δεν έχω χρόνο.....
- 18.5. Δεν επιθυμώ να κάνω την εξέταση.....
- 18.6. Δεν γνωρίζω την εξέταση.....
- 18.7. Δεν την θεωρώ αναγκαία εξέταση.....
- 18.8. Δεν γνωρίζω που να απευθυνθώ.....
- 18.9. Οικονομικός λόγος.....

19. Πόσο συχνά πιστεύετε ότι πρέπει να γίνεται το τεστ Παπανικολάου;

- 19.1. Κάθε 6 μήνες.....
- 19.2. Κάθε χρόνο.....
- 19.3. Κάθε 2-3 χρόνια.....
- 19.4. Δεν γνωρίζω.....

20. Πότε πιστεύετε ότι μια γυναίκα πρέπει να ξεκινάει να κάνει την εξέταση;

- 20.1. Όταν αρχίσει να έχει σεξουαλικές επαφές.....
- 20.2. Όταν γεννήσει.....
- 20.3. Όταν έχει γυναικολογικά προβλήματα.....
- 20.4. Όταν μείνει έγκυος.....
- 20.5. Δεν γνωρίζω.....
- 20.6. Άλλο(αναφέρεται).....