

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



Πτυχιακή Εργασία

**Στάσεις και Πεποιθήσεις των Γυναικών
ως προς την πρόληψη νοσημάτων**

υπό

Πουλάκη Άννας

Φοιτήτρια Νοσηλευτικής

Επιβλέπων : Δρ. Μελάς Χρήστος, Επίκουρος Καθηγητής

Υπεβλήθη για την εκπλήρωση μέρους των
απαιτήσεων για την απόκτηση του Προπτυχιακού Τίτλου Σπουδών

Ηράκλειο, 2016

© Η παρούσα πτυχιακή εργασία εγκρίθηκε από το Τμήμα Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Κρήτης στις 16/05/2016. με αριθμό Πρωτοκόλλου 916 και αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία του Τμήματος Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Κρήτης και των συγγραφέων (Ν. 2121 /1993).

Ευχαριστίες

Αρχικά, θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές ευχαριστίες μου στον υπεύθυνο καθηγητή της πτυχιακής μου εργασίας κ. Χρήστο Μελά, για την καθοδήγηση και την υποστήριξή του καθ' όλη τη διάρκεια της πτυχιακής μου καθώς οι συμβουλές και η αμέριστη στήριξή του συνέβαλε στην ολοκλήρωση αυτής.

Τέλος, θα ήθελα ιδιαίτερα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου που με στήριξε σε κάθε προσπάθειά μου και με ενθάρρυνε.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	9
Κεφάλαιο 1 ^ο , Εισαγωγή, 1.1 Ορισμοί, έννοιες	11
1.1 Ορισμοί, έννοιες	11
1.2 Κοινωνική και Προληπτική Ιατρική	12
1.3 Προσυμπτωματικός έλεγχος και επίπεδα πρόληψης	13
1.3.1 Προσυμπτωματικός έλεγχος	13
1.3.2 Επίπεδα προ-συμπτωματικού ελέγχου	17
1.4 Παράγοντες πρόληψης	18
1.5 Αγωγή Υγείας και Προαγωγή Υγείας	19
1.6 Η σημασία της ψυχικής υγείας	20
1.7 Η σημασία της φυσικής υγείας	25
1.8 Οι επιπτώσεις της οικονομίας στην πρόληψη	26
1.9 Η πρόληψη στην Ελλάδα	28
1.10 Η σχέση φτώχειας και πρόληψης	32
1.11 Η Προληπτική Ιατρική στην οικονομική κρίση	33
1.12 Οι επιπτώσεις στην οικονομία από την έλλειψη πρόληψης	33
Κεφάλαιο 2 ^ο ,2.1 Συνήθη νοσήματα των γυναικών	35
2.2 Καρκίνος του Μαστού	35
2.2.1 Τι είναι ο προσυμπτωματικός απεικονιστικός έλεγχος μαστού και γιατί είναι σημαντικός;	36
2.2.2 Η πρώτη απεικονιστική εξέταση μαστού	36
2.2.3 Πότε και πώς πρέπει να γίνεται ο προσυμπτωματικός έλεγχος γενικού πληθυσμού;	37
2.2.4 Αιτιολογία της νόσου	37
2.2.5 Παράγοντες κινδύνου της νόσου	37
2.2.6 Κλινική εικόνα	38
2.2.7 Διάγνωση της νόσου	38
2.2.8 Ιστορικό υγείας ασθενούς	38
2.2.9 Απεικονιστικές εξετάσεις	39
2.2.10 Θεραπεία της νόσου	40
2.2.11 Πρόγνωση της νόσου	41
2.2.12 Πρόληψη της νόσου	41
2.3 Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας	41
2.3.1 Εμβόλιο και πρόληψη καρκίνου τραχήλου της μήτρας	42
2.3.2 Η σημασία του τραχήλου της μήτρας	42
2.3.3 Συμπτώματα της νόσου	42
2.3.4 Παράγοντες υψηλού κινδύνου εμφάνισης της νόσου	46
2.3.5 Παράγοντες ελάττωσης εμφάνισης της νόσου	46
2.3.6 Τεστ Παπανικολάου	46
2.3.7 Διαγνωστικές εξετάσεις	44
2.3.8 Θεραπεία της νόσου	45

2.3.9 Πρόληψη της νόσου	47
2.4 Πολυφαρμακία	46
2.5 Η επιρροή της διατροφής στην υγεία	46
2.6 Καρκίνος και Παχυσαρκία	47
2.7 Κάπνισμα και γυναικεία υγεία	48
2.8 Υπέρταση	48
2.9 Ενδομητρίωση	49
2.10 Ο Ιός των Ανθρωπίνων Θηλωμάτων (HPV)	52
2.10.1 Επιδημιολογία Κονδυλωμάτων	51
2.10.2 Προσυμπτωματικός έλεγχος για HPV	51
2.11 Οστεοπόρωση	52
Κεφάλαιο 3 ^ο , Μεθοδολογία της έρευνας	54
Σκοπός και ερευνητικά ερωτήματα:	54
Σχεδιασμός έρευνας	55
Εργαλείο μέτρησης	55
Πιλοτική Μελέτη	56
Επεξεργασία δεδομένων:	57
Κεφάλαιο 4 ^ο , Αποτελέσματα	59
Χαρακτηριστικά της έρευνας	59
Στάθμιση του δείγματος	59
4.1 ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ	60
4.2 Επαγωγική ανάλυση	80
4.2.1 Έλεγχος Υποθέσεων	80
4.2.2 χ^2 Στατιστικό Τεστ	81
4.2.3 Ανάλυση Διακύμανσης (Anova)	81
4.2.4 Ανάλυση Παραγόντων (Factor Analysis)	82
4.2.5 Εξαγωγή παραγόντων	83
4.2.6 Περιστροφή Παραγόντων	84
4.2.7 Έλεγχος ύπαρξης γραμμικής συσχέτισης μεταξύ μεταβλητών	85
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΠΑΓΩΓΙΚΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ	86
4.3 Αποτελέσματα χ^2 στατιστικού ελέγχου	86
4.4 Αποτελέσματα Ανάλυσης Διακύμανσης κατά ένα παράγοντα (One-way anova)	90
4.5 Αποτελέσματα Ανάλυσης Παραγόντων	93
4.6 Συσχέτιση Ερωτήσεων	100
Κεφάλαιο 5 ^ο , 5.1 ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ ΤΩΝ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΠΑΡΑΒΟΛΗ ΜΕ ΑΛΛΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ	103
5.2 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	106
5.3 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	107
5.4 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	108
ΠΑΡΟΡΑΜΑΤΑ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΑ	109

ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΑ	109
ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΑ	112
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	116

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΙΝΑΚΩΝ – ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Πίνακας X1: Δομή του εργαλείου μέτρησης	57
Πίνακας X2: Κατανομή ηλικιών του δείγματος	60
Πίνακας 1.1: Συνολικό Τεστ Αξιοπιστίας με τον δείκτη Cronbach Alpha	61
Πίνακας 1.1: Έλεγχος συχνοτήτων βάση την ηλικία	61
Πίνακας 1.2: Έλεγχος συχνοτήτων βάση την εκπαίδευση	62
Πίνακας 1.3: Έλεγχος συχνοτήτων βάση την οικογενειακή κατάσταση	63
Πίνακας 1.4: Πιστεύετε ότι η διάγνωση είναι σημαντική για την θεραπεία μιας νόσου;	63
Πίνακας 1.5: Γνωρίζετε τι εξετάσεις περιλαμβάνει ο τακτικός προληπτικός έλεγχος	64
Πίνακας 1.6: Γνωρίζετε τα συνήθη νοσήματα που απειλούν την υγεία της γυναίκας;	64
Πίνακας 1.7: Ενημερώνεστε συχνά για νέους τρόπους πρόληψης;	65
Πίνακας 1.8: Προτιμάτε να ενημερώνεστε από άρθρα σε επιστημονικά περιοδικά;	66
Πίνακας 1.9: Προτιμάτε να ενημερώνεστε από τον γιατρό σας;	67
Πίνακας 1.10: Προτιμάτε να ενημερώνεστε από περιοδικά γενικής ύλης και ιστοσελίδες στο διαδίκτυο;	67
Πίνακας 1.11: Εφαρμόζετε τα στοιχειώδη μέτρα προφύλαξης από λοιμώδη (μεταδιδόμενα) νοσήματα; (AIDS, ηπατίτιδα κλπ.)	67
Πίνακας 1.12: Γνωρίζετε τα μέτρα προφύλαξης από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα;	68
Πίνακας 1.13: Πριν τη λήψη κάποιας φαρμακευτικής αγωγής, διαβάζετε τις οδηγίες χρήσης του φαρμάκου;	68
Πίνακας 1.14: Θεωρείται σημαντικές τις εξετάσεις πρόληψης καρκίνου του μαστού;	69
Πίνακας 1.15: Πιστεύετε ότι το εμβόλιο έναντι του HPV (Ιός των Ανθρωπίνων Θηλωμάτων) προφυλάσσει από τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας;	69
Πίνακας 1.16: Εφαρμόζετε ψηλάφηση στον μαστό σας;	71
Πίνακας 1.17: Πόσο συχνά κάνετε υπέρηχο μαστών;	71
Πίνακας 1.18: Πόσο συχνά κάνετε εξέταση μαστογραφίας;	71
Πίνακας 1.19: Πόσο συχνά κάνετε Τεστ-Παπ;	71
Πίνακας 1.20: Επιμένετε πάντα στη χρήση προφυλακτικού;	72
Πίνακας 1.21: Χρησιμοποιείτε αντισηπτικά για κολπική πλύση μετά από κάθε σεξουαλική επαφή;	73
Πίνακας 1.22: Πόσο συχνά κάνετε κολπικό υπέρηχο;	73
Πίνακας 1.23: Καταναλώνετε δημητριακά, φρούτα και λαχανικά στην καθημερινή σας διατροφή;	74
Πίνακας 1.24: Πόσο συχνά ελέγχετε το σωματικό σας βάρος;	74
Πίνακας 1.25: Γυμνάζεστε τακτικά; (περπάτημα, κολύμπι, τρέξιμο κλπ.)	75

Πίνακας 1.26: Πόσο συχνά ελέγχετε την πίεσή σας;	75
Πίνακας 1.27: Πόσο συχνά κάνετε μέτρηση οστικής πυκνότητας;	76
Πίνακας 1.28: Πόσο συχνά κάνετε υπέρηχο κάτω κοιλίας;	77
Πίνακας 1.29: Πόσο συχνά κάνετε εξετάσεις για τον έλεγχο θυρεοειδικών ορμονών;	77
Πίνακας 1.30: Πόσο συχνά πλένετε τα χέρια σας;	77
Πίνακας 1.31: Πόσο συχνά επισκέπτεστε τον γυναικολόγο σας;	78
Πίνακας 1.32: Καπνίζετε;	79
Πίνακας 1.33: Τρώτε γλυκά;	79
Πίνακας 1.34: Επισκέπτεστε τον οδοντίατρο σας χωρίς να έχετε πρόβλημα στα δόντια;	80
Πίνακας 4.3.1: Σχέση ηλικίας - Βαθμού συχνότητας ελέγχου της πίεσης	87
Πίνακας 4.3.2: Chi-Square Tests	87
Πίνακας 4.3.3: Σχέση ηλικίας-Βαθμού συχνότητας χρήσης προφυλακτικού κατά την σεξουαλική επαφή	87
Πίνακας 4.3.4: Chi-Square Tests	89
Πίνακας 4.3.5: Σχέση ηλικίας-Βαθμού συχνότητας της εξέτασης υπέρηχου των μαστών	89
Πίνακας 4.3.6: Chi-Square Tests	89
Πίνακας 4.3.7: Σχέση ηλικίας-Βαθμού συχνότητας εξέτασης μαστογραφίας	90
Πίνακας 4.3.8: Chi-Square Test	91
Πίνακας 4.4.1: Απονα με βάση την ηλικία	92
Πίνακας 4.4.2: Απονα με βάση την εκπαίδευση	93
Πίνακας 4.4.3: Απονα με βάση την οικογενειακή κατάσταση	93
Πίνακας 4.5.1: KMO and Bartlett's Test	94
Πίνακας 4.5.2: Πίνακας Communalities	95
Πίνακας 4.5.3: Πίνακας Ολικής Διακύμανσης	96
Πίνακας 4.5.4: Ποσοστά Διακύμανσης των Παραγόντων	98
Πίνακας 4.5.5: Παρουσίαση Παραγόντων	99
Πίνακας 4.5.6: Παράγοντες	100
Πίνακας 4.6.1: Συντελεστής Συσχέτισης για την A1 ομάδα του ερωτηματολογίου «Οι πεπειθήσεις των γυναικών απέναντι στην πρόληψη».	101
Πίνακας 4.6.2: Συντελεστής Συσχέτισης για την A2 ομάδα του ερωτηματολογίου «Εφαρμογή της πρόληψης».	102
Πίνακας 4.6.3: Συντελεστής Συσχέτισης για την A2 ομάδα του ερωτηματολογίου «Εφαρμογή της πρόληψης».	102
Διάγραμμα 1.1: Ηλικιακή κατανομή του δείγματος	61
Διάγραμμα 1.2: Κατανομή του δείγματος με βάση την εκπαίδευση	62
Διάγραμμα 1.3: Κατανομή του δείγματος με βάση την οικογενειακή κατάσταση	63
Διάγραμμα 1.4: Ενημερώνεστε συχνά για νέους τρόπους πρόληψης;	65
Διάγραμμα 1.5: Προτιμάτε να ενημερώνεστε από άρθρα σε επιστημονικά περιοδικά;	66

Διάγραμμα 1.6: Εφαρμόζετε ψηλάφηση στον μαστό σας;	70
Διάγραμμα 1.7: Πόσο συχνά κάνετε υπέρηχο μαστών;	71
Διάγραμμα 1.8: Επιμένετε πάντα στη χρήση προφυλακτικού;	72
Διάγραμμα 1.9: Πόσο συχνά κάνετε μέτρηση οστικής πυκνότητας;	76
Διάγραμμα 1.10: Πόσο συχνά κάνετε υπέρηχο κάτω κοιλίας;	76
Διάγραμμα 1.11: Επισκέπτεστε τον οδοντίατρο σας χωρίς να έχετε πρόβλημα στα δόντια;	80

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η πρόληψη της υγείας στις μέρες μας, αποτελεί σημαντικό παράγοντα βελτίωσης του βιοτικού επιπέδου και ελαχιστοποίησης της νοσηρότητας και της πρόωρης θνησιμότητας. Κύριο συστατικό της είναι η προσπάθεια αποφυγής του κινδύνου, των στάσεων και των συμπεριφορών δηλαδή που μπορούν τόσο έμμεσα όσο και άμεσα να οδηγήσουν στην εμφάνιση ασθενειών.

Η παρούσα μελέτη, στοχεύει να διερευνήσει τις γνώσεις και τις στάσεις των γυναικών ως προς τα στοιχεία της πρόληψης καθώς και να ερευνήσει την συσχέτιση των αποτελεσμάτων των στάσεων που αναπτύσσουν οι γυναίκες ως προς τον βαθμό συνειδητοποίησης της σπουδαιότητας της πρόληψης.

Στα πλαίσια της συγκεκριμένης έρευνας προχωρήσαμε στη διαμόρφωση ενός ερωτηματολογίου, το οποίο απευθυνόταν στις γυναίκες ηλικίας από 18 μέχρι 65 ετών, της περιοχής Ηρακλείου Κρήτης. Το ερωτηματολόγιο αυτό, απαντήθηκε από 300 γυναίκες μέσω προσωπικών συνεντεύξεων. Η στατιστική ανάλυση και επεξεργασία των απαντήσεων που συλλέξαμε πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS (Statistical Package for Social Sciences) v.20.0.0.

Η πλειοψηφία του δείγματος (n=300) αποτελείται από γυναίκες ηλικιακής ομάδας 18-27 ετών (18,0%), 28-37 ετών (12,3%), 38-47 ετών (24,0%), 48-57 ετών (25,3%) και γυναίκες ηλικίας άνω των 50 ετών (20,3%). Επίσης, αποτελείται από γυναίκες βασικής εκπαίδευσης (17,7%), μέσης εκπαίδευσης (35,0%) και ανώτατης εκπαίδευσης (42,7%). Το 69,7% των γυναικών είναι παντρεμένες γυναίκες και το 30,3% είναι ανύπαντρες γυναίκες.

Το 20,0% των γυναικών γνωρίζει τις εξετάσεις που περιλαμβάνει ο τακτικός προληπτικός έλεγχος. Το 23,0% των γυναικών γνωρίζει ποια είναι τα συνήθη νοσήματα που απειλούν την γυναικεία υγεία. Το 12,7% των γυναικών ενημερώνετε συχνά για νέους τρόπους πρόληψης νοσημάτων και το 38,0% προτιμάει να ενημερώνεται από τον γιατρό, το 10,3% προτιμάει να ενημερώνετε από περιοδικά γενικής ύλης και από ιστοσελίδες στο διαδίκτυο, και το 8,7% του δείγματος, προτιμάει να ενημερώνετε από άρθρα σε επιστημονικά περιοδικά.

Επίσης, το 78,3% των γυναικών θεωρούν σημαντικές τις εξετάσεις πρόληψης καρκίνου του μαστού, όμως το 12,3% των γυναικών του δείγματος κάνει υπέρηχο

μαστών, το 14,0% κάνει εξέταση μαστογραφίας και οι μισές γυναίκες του δείγματος κάνουν τακτικά αυτοεξέταση μαστών με ποσοστό 48,0%. Επίσης, το 24,3% κάνει Τεστ-Παπ, το 13,7% κάνει κολπικό υπέρηχο και το 11,0% των γυναικών χρησιμοποιεί αντισηπτικά για κολπική πλύση μετά από κάθε σεξουαλική επαφή.

Από την παρούσα μελέτη, αναδεικνύεται η ελλιπής γνώση και η άγνοια των γυναικών ως προς την εφαρμογή των στοιχείων πρόληψης. Συνεπώς, η εφαρμογή στοχευμένων εθνικών προγραμμάτων αγωγής της προληπτικής γυναικείας υγείας και του προσυμπτωματικού ελέγχου κρίνεται απαραίτητη.

SUMMARY

Women's stances and beliefs about disease prevention

Nowdays the prevention of healthy is an important factor in improving living standards and minimizing morbidity and premature mortality. Its main component is the effort to avoid the risk, attitudes and behaviors that can both indirectly and directly lead to the emergence of diseases.

The present study aims to investigate the knowledge and attitudes of women of the elements of prevention as well as to investigate the correlation of the results of attitudes developed by women to the degree of awareness of the importance of prevention.

In the framework of this research, we proceeded to form a questionnaire addresses to women age 18 - 65, in the area of Heraklion, Crete. This questionnaire was answered by 300 women through personal interviews. The statistical analysis and processing of the responses we collected was carried out using the SPSS (Statistical Package for Social Sciences) v. 20.0.0.

The majority of the sample (n = 300) consists of 18-27 years old (18.0%), 28-37 years (12.3%), 38-47 years (24.0%), 48-57 years (25.3%) and women age over 50 (20.3%). It also consists of women basic education (17.7%), secondary education (35.0%) and higher education (42.7%). The 69.7% of them are married women and 30.3% are single women. The 20.0% of these women are aware of the examinations included in regular screening. The 23.0% of them knows what are the usual diseases that threaten female health.

The 12.7% of them are often informed of new ways of preventing illness and 38.0% prefer to be informed by the doctor, the 10.3% prefer to be informed by generic magazines and by internet sites, and 8.7% sample, prefers to be informed by articles in scientific journals.

The 78.3% of women consider breast cancer screening to be important, but only the 12.3% of women in the sample do breast ultrasound, the 14.0% do mammography screening, and half of women in the sample regularly do breast self-examination with a number of 48.0%.

Also the 24.3% do a Pap test, 13.7% do vaginal ultrasound, and 11.0% of women use antiseptics for vaginal lavage after each sexual intercourse.

This study highlights the lack of knowledge and ignorance of women as to the application of prevention. Consequently, the implementation of targeted national preventive health programs and screening is considered necessary.

Κεφάλαιο 1^ο

«Κάλλιον το προλαμβάνειν ή το θεραπεύειν»

Ιπποκράτης

«νοῦς ὑγιής ἐν σώματι ὑγιῖ»

Εισαγωγή

1.1 Ορισμοί, έννοιες

Ως προληπτική υγεία έχει οριστεί οποιαδήποτε δραστηριότητα που αναλαμβάνεται από ένα άτομο, το οποίο πιστεύει πως είναι υγιές, με σκοπό την πρόληψη μίας ασθένειας σε ασυμπτωματικό στάδιο ((Health, 2007) & Cobb, 1966).

Ως ασθένεια ορίζεται η *"μη υγιεινή κατάσταση του σώματος"* και περιλαμβάνει μια υποκειμενική προσέγγιση της δυσφορίας του ατόμου. Έπειτα, το 1946, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας όρισε την έννοια της Υγείας ως *«μια πλήρης κατάσταση σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία κάποιας ασθένειας ή αναπηρίας»* (Καραδήμας, 2005).

Βάσει αυτού του ορισμού λοιπόν, αντιλαμβάνεται κανείς ότι η υγεία εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, όχι μονάχα βιολογικής ή ιατρικής φύσης, αλλά και από ψυχοσωματικούς και ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που έχουν να κάνουν με το περιβάλλον, την εργασία, την οικονομία και ποικιλία συνιστωσών που συνθέτουν την καθημερινή ζωή του ατόμου (Καραδήμας, 2005).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η πρόληψη αποτελεί βασικό στοιχείο της προαγωγής υγείας και ο βασικός στόχος της είναι η αντιμετώπιση ή η επιβράδυνση της εμφάνισης των νόσων και η προαγωγή όχι μόνο της υγείας αλλά και της ευημερίας των ατόμων, μέσω ενίσχυσης των ατομικών, κοινωνικών, οικονομικών και φυσικών καθοριστικών παραγόντων και συμπεριφορών υγείας (WHO, 2008).

Η πρόληψη εκφράζει τις προσπάθειες των λειτουργών της υγείας να προλάβουν την εκδήλωση νόσων και ασθενειών και τις συνέπειές τους για το άτομο, την κοινωνία, και το περιβάλλον μέσω προγραμμάτων προαγωγής της υγείας (Αρβανιτίδου-Βαγιωνά, 2009).

Επιπρόσθετα, η πρόληψη της υγείας περιλαμβάνει μέτρα και πρακτικές για το περιβάλλον, την κοινωνία και το άτομο. Όσο βελτιώνεται το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο μιας χώρας, τόσο πιο γόνιμο γίνεται το έδαφος για την ανάπτυξη της πρόληψης, σε συνδυασμό με τα μέσα που προσφέρει η υψηλή τεχνολογική υποδομή. Τα πεδία δράσης της πρόληψης έχουν τροποποιηθεί, λόγω της ανόδου του βιοτικού επιπέδου, από τον αποκλειστικό έλεγχο των λοιμώξεων στην προστασία από τα νοσήματα του πολιτισμού (Αρβανιτίδου-Βαγιωνά, 2009).

Η υγεία διακρίνεται στην ψυχική υγεία και την σωματική υγεία, οι οποίες είναι συνδεδεμένες μεταξύ τους. Είναι πλέον αποδεκτό ότι η σχέση μεταξύ των ψυχικών διαταραχών και των σωματικών διαταραχών είναι σύνθετη και αμφίδρομη. Οι ψυχικές διαταραχές οδηγούν σε κακή σωματική υγεία, όπως δείχνει το σημαντικό μειωμένο προσδόκιμο επιβίωσης των ατόμων με σχιζοφρένεια (Καδόγλου, 2012).

Τα άτομα με ψυχικές διαταραχές δίνουν λιγότερη προσοχή σε συμπτώματα σωματικής ασθενείας. Κατά συνέπεια, καθυστερούν να απευθυνθούν για θεραπεία για νοσήματα που συνυπάρχουν με ψυχική διαταραχή, όπως ο διαβήτης και η υπέρταση (Καδόγλου, 2012).

1.2 Κοινωνική και Προληπτική Ιατρική

Η Κοινωνική και Προληπτική Ιατρική είναι ο κλάδος της Ιατρικής, ο οποίος στοχεύει στη διατήρηση της καλής υγείας στους πληθυσμούς. Δύο είναι οι σημαντικοί στόχοι της:

- Η Πρόληψη των νοσημάτων
- Η Προαγωγή της Υγείας

Οι επιστημονικές περιοχές στις οποίες δραστηριοποιείται η Κοινωνική και Προληπτική Ιατρική μπορούν να διαχωριστούν σε δύο ευρύτατες περιοχές, στα προγράμματα δημόσιας υγείας και στην εκτίμηση των παραγόντων κινδύνου στην πρόκληση νοσημάτων.

Η δημόσια υγεία περιλαμβάνει όλα τα προγράμματα και τις δραστηριότητες τα οποία απευθύνονται σε επίπεδο κοινότητας και από τα οποία επωφελούνται όλοι. Η εκτίμηση παραγόντων κινδύνου περιλαμβάνει δραστηριότητες και προγράμματα προσανατολισμένα να εφαρμοσθούν σε άτομα τα οποία παρακολουθούνται, ώστε να διερευνηθούν παράγοντες κινδύνου, οι οποίοι προκαλούν νόσο.

Η επιμόρφωση των ατόμων για την αναγκαιότητα υγιεινών συνηθειών και η διαλογή τους για προ-συμπτωματικό έλεγχο συγκεκριμένων καταστάσεων, αποτελούν στόχους της Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής (Αρβανιτίδου-Βαγιωνά, 2009).

1.3 Προσυμπτωματικός έλεγχος και επίπεδα πρόληψης

1.3.1 Προσυμπτωματικός έλεγχος

Με τον όρο «προσυμπτωματικός έλεγχος», εννοούμε την αναζήτηση κάποιας διαταραχής της υγείας, μέσω των εργαστηριακών διαγνωστικών εξετάσεων, προτού αυτή ακόμα εκδηλωθεί ή προτού αυτή μας δώσει συμπτώματα (Ζουμπουρλή, 2015).

Ο προσυμπτωματικός έλεγχος μπορεί να πραγματοποιηθεί σε ατομική βάση, το γνωστό check-up ή σε ομαδική· στη δεύτερη περίπτωση, ονομάζεται διαλογή (screening) με τη δημιουργία κλινικών, παρακλινικών και εργαστηριακών εξετάσεων που μπορούν να γίνουν εύκολα, φθηνά και γρήγορα (Ζουμπουρλή, 2015).

Ο προσυμπτωματικός έλεγχος εφαρμόζεται για ορισμένα νοσήματα για τα οποία υπάρχει αξιόπιστη προ-συμπτωματική εξέταση και αποτελεσματική θεραπεία, όπως είναι τα νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος, κυρίως η στεφανιαία νόσος, ορισμένοι καρκίνοι, όπως ο καρκίνος του μαστού, του τραχήλου της μήτρας κ.ά. (Τούντας, 2014).

Ο προσυμπτωματικός έλεγχος για την ανίχνευση πιθανών παθήσεων σε πρώιμο στάδιο μπορεί να αποφέρει εξαιρετικά οφέλη στο άτομο, εφόσον υφίσταται θεραπεία για τη βελτίωση την πρόγνωσης του, αλλά και στο κοινωνικό σύνολο εν γένει, αν η πρόγνωση μπορεί να οδηγήσει σε πρωτογενή πρόληψη και στην αποφυγή περισσότερων κρουσμάτων (Τούντας, 2014).

Τα οφέλη που αποφέρει ο προσυμπτωματικός έλεγχος είναι τα εξής:

- Βελτιωμένη πρόγνωση για τις περιπτώσεις που ανιχνεύονται
- Λιγότερο δραστικές θεραπείες για την αντιμετώπιση ασθενειών σε πρώιμο στάδιο

- Εξοικονόμηση πόρων
- Καθησυχασμός των ατόμων με αρνητικά αποτελέσματα

(Κυριόπουλος & Σκρουμπέλος, 2010).

Τα μειονεκτήματα του προ-συμπτωματικού ελέγχου είναι τα εξής:

- Παρατεταμένη νοσηρότητα στις περιπτώσεις που η πρόγνωση δεν αλλάζει.
- Υπερθεραπεία για αμφίβολες ανωμαλίες.
- Ενδεχόμενοι κίνδυνοι του προ-συμπτωματικού ελέγχου , όπως ακτινοβολία και αμνιοκέντηση.
- Υπερδιάγνωση: Κάποιες προληπτικές εξετάσεις μπορεί να αποκαλύψουν καρκίνους βραδείας ανάπτυξης, που δεν θα αποκαλύπτονταν, εάν το άτομο δεν είχε υποβληθεί σε εξετάσεις και δεν θα προκαλούσαν βλάβη στον τρόπο ζωής του ατόμου. Ως αποτέλεσμα της υπερδιάγνωσης, ο άνθρωπος μπορεί να λάβει πιθανόν βλαβερή, οδυνηρή, αγχωτική ή και ακριβή θεραπευτική αγωγή, που στην ουσία δε χρειάζεται.
- Ψευδώς θετικό: Κάποιες φορές οι προληπτικές εξετάσεις υποδεικνύουν ότι ένα άτομο νοσεί με καρκίνο, ενώ δεν ισχύει κάτι τέτοιο.
- Αυξημένες εξετάσεις: Τόσο η υπερδιάγνωση όσο και η ψευδώς θετική διάγνωση οδηγούν σε περαιτέρω περιττές εξετάσεις. Οι εξετάσεις αυτές μπορεί να είναι σωματικά επεμβατικές και κοστοβόρες και να προκαλούν άγχος και στενοχώρια στο άτομο.
- Ψευδής καθυσύχαση: Μερικές φορές οι διαγνωστικές εξετάσεις για καρκίνο μπορεί να υποδείξουν πως το άτομο δεν έχει καρκίνο, ενώ στην πραγματικότητα νοσεί με αυτόν. Ως αποτέλεσμα, το άτομο δε λαμβάνει την απαραίτητη θεραπευτική αγωγή.

(Κυριόπουλος & Σκρουμπέλος, 2010).

Η έννοια του προ-συμπτωματικού ελέγχου μπορεί να είναι απλή, όμως η εισαγωγή του στην κλινική πρακτική είναι αρκετά πολύπλοκη. Για το λόγο αυτό και την αποφυγή των ενδεχόμενων κινδύνων, αναπτύχθηκαν συγκεκριμένα κριτήρια, τα οποία πρέπει να πληρούνται πριν την εφαρμογή κάθε προγράμματος προ-συμπτωματικού ελέγχου (Ανακοίνωση Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας., 2010).

Ως εκ τούτου, κάθε πρόγραμμα προ-συμπτωματικού ελέγχου οφείλει να πληροί συγκεκριμένα κριτήρια πριν την εισαγωγή του στην κλινική πρακτική καθώς και να αξιολογείται ως προς την καταλληλότητα, αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα του (Ανακοίνωση Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας., 2010).

Τα κριτήρια του προ-συμπτωματικού ελέγχου είναι τα εξής:

- Πάθηση: Η πάθηση θα πρέπει να είναι ένα σημαντικό πρόβλημα υγείας και να έχει ένα εμφανές λανθάνον ή πρώιμο συμπτωματικό στάδιο
- Διάγνωση: Θα πρέπει να υπάρχει μια κατάλληλη δοκιμασία, η οποία να είναι διαθέσιμη, ασφαλής και αποδεκτή από το κοινό.
- Θεραπεία: Θα πρέπει να υπάρχει μια αποδεκτή και καθιερωμένη θεραπεία ή παρέμβαση για τα άτομα που θα διαγνωσθούν να έχουν την ασθένεια ή τους παράγοντες κινδύνου για την εκδήλωσή της, καθώς και διαθέσιμες εγκαταστάσεις για θεραπεία.
- Κόστος: Το κόστος (συμπεριλαμβανομένης της διάγνωσης και θεραπείας) θα πρέπει να είναι οικονομικά ισορροπημένο σε σχέση με τα πιθανά έξοδα για ιατρική φροντίδα στο σύνολό τους.

(Κυριόπουλος & Σκρουμπέλος, 2010).

Τα κριτήρια αξιολόγησης του προ-συμπτωματικού ελέγχου είναι τα εξής:

- Απλότητα: Η δοκιμασία θα πρέπει να είναι απλή στην εφαρμογή της, εύκολη στην ερμηνεία της και αν είναι δυνατό ικανή να χρησιμοποιηθεί και από μη ιατρικό προσωπικό
- Κόστος: Το κόστος (συμπεριλαμβανομένης της διάγνωσης και θεραπείας) θα πρέπει να είναι οικονομικά ισορροπημένο σε σχέση με τα πιθανά έξοδα για ιατρική φροντίδα στο σύνολό τους
- Θεραπεία: Θα πρέπει να υπάρχει μια αποδεκτή και καθιερωμένη θεραπεία ή παρέμβαση για τα άτομα που θα διαγνωσθούν να έχουν την ασθένεια ή τους παράγοντες κινδύνου για την εκδήλωση
- Ευαισθησία: Η δοκιμασία θα πρέπει να είναι ικανή να παρέχει θετικά ευρήματα, όταν το άτομο που ελέγχεται πάσχει από την ασθένεια που διεγνώσθη

- Ειδικότητα: Η δοκιμασία θα πρέπει να παρέχει αρνητικά ευρήματα, όταν το άτομο που ελέγχεται δεν πάσχει από την ασθένεια που διεγνώσθη.

(Κυριόπουλος & Σκρουμπέλος, 2010).

Η εκπλήρωση των παραπάνω κριτηρίων αποτελεί αναγκαία συνθήκη για την υιοθέτηση ενός οργανωμένου προγράμματος προ-συμπτωματικού ελέγχου. Σε αντίθετη περίπτωση, ο έλεγχος μπορεί να ζημιώσει τόσο το άτομο, όσο και το σύστημα υγείας, καθώς ενδέχεται να αποβεί αναποτελεσματικός, μη αποδοτικός και εξαιρετικά δαπανηρός (Holland et al., 2006).

Η αδυναμία της συγκεκριμένης δοκιμασίας έγκειται στο γεγονός ότι στερείται ακρίβειας και ειδικότητας, δίνοντας συχνά ψευδώς θετικά αποτελέσματα με συνέπεια να προκαλεί άγχος και νοσηρότητα στα άτομα που λαμβάνουν τη δοκιμασία, υποβάλλοντάς τα σε περεταίρω εξετάσεις και ακατάλληλες θεραπείες, οι οποίες αυξάνουν δραματικά το κόστος, παράγοντας ταυτόχρονα αναξιόπιστους δείκτες κόστους αποτελεσματικότητας (Imamura, 2008).

Η Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας ανακοίνωσε το 2010 προγράμματα για προ-συμπτωματικούς ελέγχους, τα οποία είναι:

- Εθνικό Πρόγραμμα Προ-συμπτωματικού Ελέγχου για καρκίνο του μαστού.
- Εθνικό Πρόγραμμα Προ-συμπτωματικού Ελέγχου για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.
- Εθνικό Πρόγραμμα Προ-συμπτωματικού Ελέγχου για καρκίνο του εντέρου
- Εθνικό Πρόγραμμα Προ-συμπτωματικού Ελέγχου για ρήξη ανευρύσματος κοιλιακής αορτής.
- Εθνικό πρόγραμμα αγγειακών ελέγχων.

(Κυριόπουλος & Σκρουμπέλος, 2010).

1.3.2 Επίπεδα προ-συμπτωματικού ελέγχου

Ο προ-συμπτωματικός έλεγχος απευθύνεται στην πρόληψη. Η πρόληψη διακρίνεται σε τέσσερα επίπεδα. Στην πρωτογενή, δευτερογενή, τριτογενή και τέλος στην τεταρτογενή πρόληψη.

Ο στόχος της πρωτογενούς πρόληψης είναι ο περιορισμός της συχνότητας εμφάνισης μιας νόσου, μέσω της λήψης μέτρων που ελαχιστοποιούν τις αιτίες, μέσω της προώθησης της προάσπισης της υγείας και μέσω του ελέγχου έκθεσης των ατόμων στους κινδύνους αυτούς και στην αποφυγή της εμφάνισης της ασθένειας (Yarnall et al., 2003).

Η δευτερογενής πρόληψη, αναφέρεται στην παρεμπόδιση της εξέλιξης μίας νόσου, μέσω της έγκαιρης διάγνωσης, συνήθως από ιατρικούς ελέγχους που πραγματοποιούνται σε ασυμπτωματικά στάδια και μέσω της έγκαιρης θεραπείας.

Ο στόχος της τριτογενούς πρόληψης είναι η βελτίωση της κατάστασης του ατόμου, συμπεριλαμβάνοντας την μείωση των επιπτώσεων της ασθένειας και την καθυστέρηση των επιπλοκών μέσω της αποτελεσματικής διαχείρισης και αποκατάστασης (Watson, 2008).

Τέλος, η τεταρτογενής πρόληψη αναφέρεται στο σύνολο των δραστηριοτήτων υγείας για τον περιορισμό ή την αποφυγή των περιττών και υπερβολικών παρεμβάσεων στο άτομο ή στον ασθενή (Αρβανιτίδου-Βαγιωνά, 2009).

Η πρωτογενής πρόληψη συνήθως παραγνωρίζεται και σπανίως εφαρμόζεται. Ένα από τα σημαντικότερα σύγχρονα πεδία της πρόληψης είναι η πρωταρχική πρόληψη, η οποία αναφέρεται στην πρόληψη της εμφάνισης κοινωνικών και περιβαλλοντικών συνθηκών που μπορούν να οδηγήσουν στην πρόκληση μίας νόσου (Sim & Khong, 2006).

Η εφαρμογή της δευτερογενούς πρόληψης έχει και αυτή ιδιαίτερη αξία στη χώρα μας, γιατί ένα σημαντικό ποσοστό του ελληνικού πληθυσμού δεν γνωρίζει ότι πάσχει από τα συγκεκριμένα χρόνια νοσήματα. Οι προληπτικές εξετάσεις συνιστούν τη δευτερογενή πρόληψη, προκειμένου να εντοπιστεί ένα νόσημα σε πρώιμα προ-συμπτωματικά στάδια, ώστε η θεραπευτική αγωγή να έχει μεγαλύτερες πιθανότητες επιτυχίας (Τούντας, 2007).

Πιο σημαντική όμως από τη δευτερογενή πρόληψη είναι η πρωτογενής πρόληψη, γιατί αποσκοπεί στην καταπολέμηση και στον έλεγχο των παραγόντων-αιτιών που προκαλούν τη νόσο και τον πρόωρο θάνατο. Οι πιο σημαντικοί από τους παράγοντες

αυτούς είναι το κάπνισμα, η διατροφή, η άσκηση, το στρες, η οδική συμπεριφορά, η σεξουαλική συμπεριφορά, οι εμβολισμοί, αλλά και οι επιδράσεις του περιβάλλοντος, φυσικού και κοινωνικού (φτώχεια, ανεργία, περιθωριοποίηση, κ.ά.) (Τούντας, 2007).

1.4 Παράγοντες πρόληψης

Η πρόληψη της υγείας, η οποία επηρεάζεται τόσο από τους γενικούς καθοριστές της υγείας όσο και από τους επιμέρους παράγοντες κινδύνου, εκτείνεται σε δύο βασικούς άξονες. Από τη μία πλευρά, επηρεάζεται από τις προληπτικές στρατηγικές και πρακτικές που αναπτύσσονται σε επίπεδο δημόσιας υγείας από τους αντίστοιχους φορείς και από την άλλη πλευρά διαμορφώνεται από τις ατομικές συμπεριφορές για την υγεία, όπως είναι το κάπνισμα, οι διατροφικές συνήθειες και το εργασιακό άγχος (Αρβανιτίδου-Βαγιωνά, 2009).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αναγνωρίζει 10 καθοριστές υγείας, οι οποίοι είναι οι εξής: το εισόδημα και η κοινωνική κατάσταση, τα κοινωνικά υποστηρικτικά δίκτυα, η εκπαίδευση, το οικονομικό περιβάλλον, το κοινωνικό περιβάλλον, το φυσικό περιβάλλον, τα προσωπικά μοναδικά χαρακτηριστικά και συμπεριφορές, οι γενετικοί παράγοντες, οι υπηρεσίες υγείας, και το φύλο (WHO, 2007).

Οτιδήποτε μπορεί να αυξήσει τις πιθανότητες εμφάνισης μιας ασθένειας καλείται παράγοντας κινδύνου. Αντίθετα, οτιδήποτε μπορεί να τις μειώσει, καλείται προστατευτικός παράγοντας. Κάποιοι από αυτούς τους παράγοντες μπορούν να αποφευχθούν όπως το κάπνισμα, ενώ άλλοι όχι, δηλαδή γενετικοί και κληρονομικοί παράγοντες.

Ο βαθμός της πρόληψης στην υγεία προσδιορίζεται από μια σειρά από ψυχολογικούς, συναισθηματικούς, οικονομικούς, κοινωνικούς και πολιτισμικούς παράγοντες, καθώς εμπεριέχεται η κουλτούρα των λαών. Για την παρατήρηση της συμπεριφοράς των ατόμων στον τομέα της υγείας και τη μείωση των κινδύνων που προκύπτει μέσω της πρόληψης, έχει διαμορφωθεί θεωρητικό και ερευνητικό portfolio, που περιλαμβάνει ιατρικές, κοινωνικές και πολιτισμικές μελέτες που αναφέρονται στην ερμηνεία των συμπεριφορών κινδύνου από μέρους του πληθυσμού που μπορούν να έχουν αρνητικό αντίκτυπο στη σωματική του κατάσταση τόσο βραχυχρόνια, όσο και μακροχρόνια (Αρβανιτίδου-Βαγιωνά, 2009).

Καθημερινές συνήθειες όπως το κάπνισμα, η κακή διατροφή, η σωματική άσκηση και η δραστηριότητα έχουν άμεσες συνέπειες όπως η παχυσαρκία, η κακή φυσική

κατάσταση και η υποτονικότητα, τα οποία συμβάλλουν στην ανάπτυξη υψηλών ποσοστών νοσηρότητας και πρόωρης θνησιμότητας στις οικονομικά ανεπτυγμένες κοινωνίες. Είναι γνωστό ότι οι παραπάνω παράγοντες προκαλούν καρκίνο, καρδιαγγειακά και άλλα χρόνια νοσήματα, αναπηρία και υποβάθμιση της ποιότητας ζωής, παρόλα αυτά πολύ λίγοι άνθρωποι λαμβάνουν ενεργό ρόλο στην προάσπιση της υγείας τους (Αρβανιτίδου-Βαγιωνά, 2009).

Ένας κύριος παράγοντας της πρόληψης είναι η ψυχολογία της υγείας, η οποία αποτελεί σημαντικό εργαλείο για την μελέτη του ρόλου της συμπεριφοράς υγείας των ατόμων, για την ανάπτυξη του αισθήματος της πρόληψης των ασθενειών και την αποφυγή της πρόωρης θνητότητας (Χατζηδημητρίου, 2014).

1.5 Αγωγή Υγείας και Προαγωγή Υγείας

Η Προαγωγή Υγείας, προσδιορίζει μια πιο δυναμική διάσταση για την αναβάθμιση της Υγείας. Ειδικότερα, η Αγωγή Υγείας στοχεύει στην Ανάπτυξη δεξιοτήτων για την υιοθέτηση υγιεινών στάσεων και συμπεριφορών .

Η Προαγωγής Υγείας (Health Promotion), είναι η διαδικασία που δίνει τη δυνατότητα στους ανθρώπους να ελέγχουν και να βελτιώνουν την υγείας τους. Αποσκοπεί στην αναβάθμιση του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος, στην ενίσχυση των ευρύτερων παραγόντων που επιδρούν θετικά στην ανθρώπινη υγεία, καθώς και στη διαμόρφωση υγιεινών στάσεων και συμπεριφορών (Παπαδόπουλος, 2010).

Η Προαγωγή Υγείας έρχεται να καλύψει ένα κενό που μεγάλωνε συνεχώς τα τελευταία χρόνια, καθώς αυξανόταν το ειδικό βάρος της κλασικής ιατρικής και η πρόληψη περιοριζόταν κυρίως στην έγκαιρη διάγνωση νοσημάτων.

Ο πρώτος στόχος της Προαγωγής Υγείας είναι η βελτίωση όλων των παραμέτρων που επηρεάζουν θετικά την υγεία. Είναι ευρέως γνωστό ότι τα άτομα των χαμηλότερων κοινωνικοοικονομικών τάξεων, παρά το ότι παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά βρεφικής θνησιμότητας και χειρότερους δείκτες θετικής υγείας, προσφεύγουν σπανιότερα στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και λιγότερο συχνά ωφελούνται από την εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης, δικαιώνοντας έτσι τη ρήση «Το όριο της ιατρικής είναι η φτώχεια». Είναι προφανές ότι η οικονομική κατάσταση, το φυσικό περιβάλλον, και οι κοινωνικές συνθήκες αφορούν άμεσα την Προαγωγή Υγείας (Παπαδόπουλος, 2010).

Ο δεύτερος στόχος της Προαγωγής Υγείας, που αφορά την διαμόρφωση στάσεων και συμπεριφορών που επιδρούν θετικά στην υγεία των ατόμων, είναι το αντικείμενο που ασχολείται η Αγωγή Υγείας, ως συγκροτημένη εκπαιδευτική δραστηριότητα που απέχει πολύ από την απλή και συνήθως αποσπασματική «ενημέρωση» σε θέματα υγείας (Παπαδόπουλος, 2010).

Η συμμετοχή της ανθρώπινης συμπεριφοράς στην πρόκληση διαφόρων νοσημάτων δίνει πολλές δυνατότητες για βελτίωση της υγείας με την τροποποίηση της. Το κάπνισμα, οι διατροφικές συνήθειες, το άγχος, η έλλειψη φυσικής άσκησης είναι μερικοί από τους παράγοντες κινδύνου που μπορούν με αλλαγή συμπεριφοράς να συνεισφέρουν σημαντικά στην μείωση της νοσηρότητας.

Η Αγωγή Υγείας είναι μια διαδικασία που στηρίζεται σε επιστημονικές αρχές και χρησιμοποιεί προγραμματισμένες ευκαιρίες μάθησης, οι οποίες δίνουν τη δυνατότητα στους ανθρώπους, όταν λειτουργούν ως άτομα ή ως σύνολο, να αποφασίζουν και να ενεργούν συνειδητά για θέματα που επηρεάζουν την υγεία τους (Παπαδόπουλος, 2010).

Η Αγωγή Υγείας δεν προσπαθεί να επιβάλει συμπεριφορές, αλλά να δώσει τη δυνατότητα στους πολίτες να αποφασίσουν ελεύθερα προσφέροντας όλη την απαραίτητη γνώση και επιστημονική τεκμηρίωση. Μέσω της Αγωγής Υγείας μπορεί να κατακτηθεί τόσο σε ατομικό, όσο και σε συλλογικό επίπεδο η «Παιδεία Υγείας» (Αρβανιτίδου-Βαγιωνά, 2009).

1.6 Η σημασία της ψυχικής υγείας

Η έννοια της ψυχικής υγείας είναι αφαιρετική, ευρεία και δεν αναφέρεται μόνο στην απουσία ψυχικής διαταραχής αλλά βασικά στατιστικά της αφορούν: θετική αυτο-εικόνα, ικανότητα αυτό-προσδιορισμού, αίσθημα αυτο-αποτελεσματικότητας και αυτο-ελέγχου, αισιοδοξία, ικανότητα θετικής ανταπόκρισης σε προσκλήσεις της ζωής, ικανότητα να ζητάει κανείς βοήθεια ή υποστήριξη, αλλά και να την προσφέρει.

Σύμφωνα με Βρετανικό Κυβερνητικό ορισμό: *Η ψυχική υγεία είναι η συναισθηματική και η διανοητική εκείνη κατάσταση που επιτρέπει στα άτομα να χαίρονται τη ζωή και να αντεπεξέρχονται στις απογοητεύσεις, αλλά και στις δύσκολες συνθήκες. Είναι το θετικό συναίσθημα της ψυχολογικής ευεξίας και της πίστης μας στη δική μας αξία, αλλά και των άλλων* (Cohen, 1991).

Η θετική ψυχική υγεία ενισχύει σημαντικά το προσωπικό δυναμικό του ατόμου και τις ικανότητες του να ανταποκρίνεται σε ρόλους και καταστάσεις. Υπάρχει ένα εκτενές σώμα εμπειρικών ευρημάτων που δείχνει πως οι ενδυναμωμένοι εσωτερικοί πόροι (αίσθημα αυτο-αξίας, αυτο-αποτελεσματικότητας, αυτο-ελέγχου, αυτο-προσδιορισμού και αισιοδοξία) συμβάλλουν σημαντικά στη θετικότερη προσέγγιση της ζωής του ατόμου γενικότερα (Renwick et al., 2014).

Αντιθέτως, η φτωχή ψυχική υγεία αποτελεί παράγοντα επικινδυνότητας για εμφάνιση προβλημάτων στη σωματική υγεία του ατόμου. Στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχει ένας όγκος ερευνών που συσχετίζει το στρες με καρδιαγγειακά νοσήματα, υψηλότερη επιδεκτικότητα στις λοιμώξεις, φτωχότερο ανοσοποιητικό σύστημα, καρκίνο, άσθμα και χρόνιες ασθένειες (Μαγγουρίτσα, 2014).

Η ψυχική υγεία εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό τόσο από εξωτερικούς περιβαλλοντικούς παράγοντες, (ψυχολογικές πιέσεις, στρες, αρνητικά ή και θετικά γεγονότα ζωής), όσο και από εσωτερικούς (ενδοψυχικούς) ατομικούς παράγοντες που συνήθως σχετίζονται με τη διαμόρφωση της προσωπικότητας. Εξαρτώνται επίσης και από βιολογικούς παράγοντες που επηρεάζουν τη συμπεριφορά από γεννήσεως (Μαγγουρίτσα, 2014).

Σε ότι αφορά τους ατομικούς ή προσωπικούς παράγοντες, τα πράγματα είναι κάπως πιο πολύπλοκα. Η εμφάνιση ή μη μιας ψυχικής διαταραχής σχετίζεται τόσο με τις ψυχοπιεστικές καταστάσεις του περιβάλλοντος, όσο και με τις ψυχικές αντοχές της προσωπικότητας που έχει διαμορφώσει το νέο άτομο μέχρι τη στιγμή εκείνη (Μαγγουρίτσα, 2014).

Σχετίζεται επίσης με τη κληρονομική προδιάθεση για εκδήλωση ψυχικής νόσου που είναι δυνατό να υπάρχει σε ορισμένα άτομα και η οποία μπορεί να είναι εμφανής ή να συνδέεται με κάποια διαταραγμένα στοιχεία της προσωπικότητας ή να μη σχετίζεται καθόλου με τη προσωπικότητα. Το πώς αντιμετωπίζει ένα άτομο διάφορα ψυχοπιεστικά προβλήματα ή στρες και με τι τρόπους ή στρατηγικές τα επιλύει, σχετίζεται άμεσα με τη ψυχική μας υγεία.

Η σημασία της υγείας έχει χαρακτηριστεί από την παρακάτω φράση: ‘Νους υγιής εν σώματι υγιεί’, μια φράση που βρίσκει ανταπόκριση έως και σήμερα αρκεί να αναλογιστεί κανείς το μέγεθος και την έκταση που έχει λάβει η αντίληψη για τα οφέλη της σωματικής άσκησης παγκοσμίως. Μέσω της άσκησης ένα υγιές σώμα εξακολουθεί

να διατηρεί τα κεκτημένα, καθώς ένα σώμα που πάσχει, αλλά και μια ψυχή που συμπάσχει μαζί του, μπορεί να θεραπευτεί και να αποκτήσει την ποιότητα ζωής που λείπει (Μαγγουρίτσα, 2014).

Μέσω της άσκησης επέρχεται η σταδιακή, ολόπλευρη, συμμετρική ενδυνάμωση του μυοσκελετικού συστήματος, απώλεια περιττού σωματικού λίπους και η καλαισθησία για ένα άξιο θαυμασμού παράστημα. Επιγραμματικά, τα οφέλη της είναι:

- Καλή φυσική κατάσταση αλλά και βελτίωση των δεικτών υγείας, όπως χοληστερίνη, αρτηριακή πίεση, οστική πυκνότητα,
- Συμβάλλει στην πρόληψη της οστεοπόρωσης,
- Καλή ψυχική υγεία (ευδιαθεσία),
- Συμβάλλει στη μείωση του stress,
- Βοηθάει στην απώλεια βάρους και του σωματικού λίπους
- Αποτελεί ενισχυτικό παράγοντα για την υιοθέτηση και συνέχιση καλών συνηθειών, όπως είναι η ισορροπημένη και υγιεινή διατροφή αλλά και για τον περιορισμό κακών συνηθειών, όπως είναι το κάπνισμα.

(Μαγγουρίτσα, 2014).

Η ψυχική υγεία ενός ατόμου έχει ιδιαίτερη σημασία για την ομαλή και δίχως προβλήματα διαβίωση του ατόμου. Όχι μόνο ως ξεχωριστή οντότητα, αλλά όπως αποδεικνύεται παρακάτω από πλήθος αναφορών και ως παράγοντας που επιδρά στην σωματική υγεία (Μαγγουρίτσα, 2014).

«Για όλους τους ανθρώπους η ψυχική, η σωματική και η κοινωνική υγεία είναι παράγοντες ζωτικής σημασίας που συμπλέκονται και αλληλεξαρτώνται στενά. Καθώς η κατανόηση αυτής της σχέσης βαθαίνει, γίνεται ακόμη περισσότερο προφανές ότι η ψυχική υγεία είναι αποφασιστικής σημασίας για την εν γένει ευεξία ατόμων, κοινωνιών, χωρών» (Υγεία: Νέα αντίληψη-Νέα ελπίδα, 2001).

Σήμερα είναι κοινά αποδεκτό ότι η αλληλεπίδραση βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων καθορίζει την εκδήλωση και την πορεία των ψυχικών διαταραχών (Saraceno, 2000).

Έπειτα, τα άτομα με ψυχικά προβλήματα αντιμετωπίζουν σημαντικά εμπόδια στη λήψη θεραπείας για σωματικές διαταραχές. Οι ψυχικές διαταραχές αυξάνουν την

πιθανότητα μη συμμόρφωσης με την φαρμακευτική αγωγή των νοσημάτων, το οποίο έχει ως επακόλουθο κακή τελική έκβαση (World Health Report, 2001).

Τα άτομα με ψυχικές διαταραχές είναι βιολογικά πιο ευάλωτα στα σωματικά νοσήματα. Η κατάθλιψη για παράδειγμα, σχετίζεται με μειωμένα επίπεδα λειτουργίας του ανοσοποιητικού συστήματος, και επομένως με αυξημένες πιθανότητες άλλων σωματικών νοσημάτων (World Health Report, 2001).

Οι ψυχικές διαταραχές ευθύνονται για ένα φάσμα επιπτώσεων στην πορεία και την έκβαση καταστάσεων όπου υπάρχει συννοσηρότητα, όπως του καρκίνου (Spiegel et al, 1989), των καρδιακών παθήσεων (Ziegeisten et al, 2000), του διαβήτη (Ciechanowski et al, 2000) και του HIV/AIDS (Reed et al, 1994). Πολλές μελέτες δείχνουν ότι οι ασθενείς με μη αντιμετωπιζόμενες ψυχικές διαταραχές, διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να έχουν μειωμένη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος, κακή υγιεινή, συμπεριφορά, μη συμμόρφωση με την φαρμακευτική αγωγή και κακή έκβαση των νοσημάτων.

Για παράδειγμα, έχει αποδειχθεί ότι οι καταθλιπτικοί ασθενείς είναι τρεις φορές πιθανότερο να μη συμμορφώνονται με την φαρμακευτική αγωγή από ότι η μη καταθλιπτικοί ασθενείς (DiMatteo et al, 2000) και ότι η κατάθλιψη προοιωνίζει την εμφάνιση καρδιοπάθειας (Ferkeitch et al, 2000).

Ενδεχομένως, οι ψυχικές ασθένειες μπορεί να μεταβάλλουν την ορμονική ισορροπία, την λειτουργία του ύπνου, το ανοσοποιητικό σύστημα ενώ και η χορηγούμενη φαρμακευτική αγωγή για την αντιμετώπιση τους προκαλεί παρενέργειες που κυμαίνονται από την αύξηση του βάρους μέχρι τη μεταβολή στον ρυθμό της καρδιάς. Τα συμπτώματα αυτά έχουν ως αποτέλεσμα συμπτώματα επιβάρυνσης της σωματικής υγείας.

Η σωματική και ψυχική υγεία έχουν ως κοινό χαρακτηριστικό να μοιράζονται σωματικά πολλά συμπτώματα. Για παράδειγμα, τέτοια συμπτώματα μπορεί να είναι τα χαμηλά επίπεδα ενέργειας, η υπερκατανάλωση φαγητού, η κακή φυσική κατάσταση, και το επιπρόσθετο βάρος. Αυτοί οι παράγοντες αυξάνουν τον κίνδυνο για κάποιον να αναπτύξει χρόνια προβλήματα υγείας και μπορεί να παίζουν καταλυτικό ρόλο στην ψυχική υγεία (Τοκμακίδης, 2000).

Αντίθετα, η σωματική δραστηριότητα μπορεί έμμεσα να βελτιώσει την υποκειμενική ποιότητα ευημερίας της ζωής με την πρόληψη της ασθένειας και του

πρόωρου θανάτου (Τοκμακίδης, 2000). Παρατηρείται συνεπώς ένα αυξανόμενο ενδιαφέρον για τον άμεσο ρόλο της άσκησης στην πρόληψη και τη θεραπεία των προβλημάτων ψυχικής υγείας.

Πολλές έρευνες μέχρι σήμερα έχουν τεκμηριώσει τις θετικές επιδράσεις της σωματικής άσκησης στην ψυχολογία των ανθρώπων με τη φυσική δραστηριότητα ατόμων με ψυχικά νοσήματα διαπιστώθηκε ότι τα άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές είναι πολύ λιγότερο δραστήρια από το γενικό πληθυσμό (Connolly, 2005).

Παράγοντες που συμβάλλουν στην μείωση δραστηριότητας από τα άτομα που έχουν ψυχικά νοσήματα είναι τα χαρακτηριστικά της ασθένειας, τα ηρεμιστικά φάρμακα και η έλλειψη ευκαιριών. Η κόπωση και η υπνηλία εξάλλου που παρατηρούνται στους ψυχικά ασθενείς ως απόρροια των φαρμάκων, δεν αποτελεί αντένδειξη στην εφαρμογή προγραμμάτων άσκησης σε αυτούς, μια και δεν αναφέρονται σοβαρές επιπλοκές που να συνδυάζουν τη σωματική άσκηση και τα ψυχιατρικά φάρμακα (Richardson, 2005).

Θα πρέπει να δίνεται η προτεραιότητα που της αξίζει στην υγεία των ασθενών με ψυχικά νοσήματα, λαμβάνοντας μέτρα άσκησης που να ανταποκρίνονται στο διαφορετικό τρόπο ζωής τους, καθώς και τους παράγοντες κινδύνου που αντιμετωπίζουν λόγω της ιδιαιτερότητάς τους. Η καλή φυσική κατάσταση για τα άτομα με ψυχικές διαταραχές είναι ένας ρεαλιστικός στόχος και θα πρέπει να ενσωματωθεί στα σχέδια των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, για να υιοθετηθεί η σωματική δραστηριότητα ως συμπληρωματική θεραπεία για τα άτομα με σοβαρή ψυχική διαταραχή (Osborn, 2001).

Οι παρεμβάσεις προαγωγής ψυχικής υγείας γενικότερα, αφορούν τρία επίπεδα: Το ατομικό, το κοινοτικό και το κοινωνικό. Στο ατομικό επίπεδο, οι παρεμβάσεις αποβλέπουν στην προώθηση της θετικής ψυχικής υγείας του ατόμου μέσα από την ενίσχυση και την ενδυνάμωση των εσωτερικών του πόρων (αυτο-αποτελεσματικότητα, αυτο-εικόνα, αίσθημα ελέγχου), των ικανοτήτων, των δεξιοτήτων και των δυνατοτήτων του, προκειμένου να μπορεί να ανταποκριθεί στις αντιξοότητες της ζωής, στο στρες της καθημερινότητας και σε κρίσιμα συμβάντα (Zissi et al., 1998).

Η θετική ψυχική υγεία σε ατομικό επίπεδο σημαίνει ότι μπορώ να ανταποκριθώ στις προκλήσεις της ζωής, υιοθετώντας μια θετική προσέγγιση. Ένα εκτενές σώμα εμπειρικών ευρημάτων έχει δείξει πως τα άτομα με θετική αυτό-εικόνα, αίσθημα αυτό-

αποτελεσματικότητας και ελέγχου απολαμβάνουν καλύτερη ποιότητα ζωής (Zissi et al., 1998).

Σε επίπεδο κοινότητας, οι παρεμβάσεις προαγωγής ψυχικής υγείας αφορούν την καλλιέργεια και την ανάπτυξη δικτύων κοινωνικής υποστήριξης και αλληλεγγύης αποβλέποντας στην ενίσχυση της κοινωνικής συνοχής, στην ενεργοποίηση των πολιτών και την προώθηση της συλλογικής δράσης για την καλύτερη προάσπιση και διεκδίκηση κοινωνικών αιτημάτων (Marmot & Wilkinson, 1999).

Τέλος, εμπειρικά ευρήματα δείχνουν πως οι κοινότητες με υψηλή εισοδηματική ανισότητα, με χαλαρούς ή ανύπαρκτους δεσμούς κοινωνικής συνοχής χαρακτηρίζονται από υψηλή εγκληματικότητα και θνησιμότητα. Αντίθετα, κοινότητες με υψηλή κοινωνική συνοχή και υψηλή συμμετοχή σε συλλογικές δράσεις αναφέρονται με καλύτερα επίπεδα υγείας (Marmot & Wilkinson, 1999).

1.7 Η σημασία της φυσικής υγείας

Η υγεία είναι ο παράγοντας που μετράει την φυσική, ψυχολογική ή ακόμα και την πνευματική κατάσταση ενός ζώντος οργανισμού. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (1946) η υγεία είναι *«η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας»*. Έτσι λοιπόν, η έννοια της υγείας δεν αποδίδεται μόνο από την ιατρική, αλλά και από άλλους παράγοντες, όπως το περιβάλλον, η οικονομία, η εργασία κ.α. (WHO, 1946).

Η φυσική υγεία ή φυσική κατάσταση είναι ένας πολυδιάστατος όρος που δεν αναφέρεται σε μια συγκεκριμένη ικανότητα, αλλά αποτελεί συνισταμένη πολλών παραμέτρων που αναφέρονται στην υγεία, σε διάφορες φυσιολογικές παραμέτρους και σε παραμέτρους που αναφέρονται στην κινητική απόδοση των ατόμων (ACSM, 2006).

Ένα άτομο με καλή κατάσταση υγείας πραγματοποιεί τις καθημερινές του ασχολίες με ζωντάνια και του περισσεύει αρκετή ενέργεια για ενασχολήσεις στον ελεύθερό του χρόνο και επιπλέον για την αντιμετώπιση εκτάκτων αναγκών. Συγκεκριμένα η καρδιοαναπνευστική αντοχή, η μυϊκή δύναμη και αντοχή, η κινητικότητα των αρθρώσεων, καθώς και η σύσταση σώματος περιγράφουν τη φυσική υγεία του ατόμου (ACSM, 2006).

Οι φυσιολογικές παράμετροι διαφέρουν από αυτές που προσδιορίζουν την κατάσταση υγείας του ατόμου και σχετίζονται με τα βιολογικά του συστήματα, τα

οποία επηρεάζονται από τις καθημερινές του δραστηριότητες. Συγκεκριμένα οι παράμετροι αυτές της φυσικής κατάστασης, αναφέρονται στην κατάσταση του μεταβολισμού, της οστικής πυκνότητας, στην τοπική εναπόθεση λίπους, στην αναλογία άλιπου και λιπώδη ιστού και τέλος σε εκείνες τις μεταβλητές που προλαμβάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης διαβήτη ή καρδιοαναπνευστικών ασθενειών (ACSM, 2006).

Ο υπολογισμός των δύο αυτών παραμέτρων της φυσικής υγείας είναι άρρηκτα συνδεδεμένες με την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη ασθενειών και μπορούν να τροποποιηθούν με τη συστηματική φυσική δραστηριότητα και την άσκηση (ACSM, 2006).

Η άσκηση επηρεάζει άμεσα και τη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία. Εάν δεν υπάρχει πρόληψη της φυσικής υγείας, οι αρνητικές επιδράσεις της δεν θα περιοριστούν μόνο στην πρόκληση της αρρώστιας. Επιπλέον η άσκηση είναι απαραίτητη για τη συντήρηση της φυσικής δομής και λειτουργίας του σώματος. Ειδικά στους ηλικιωμένους, οι επιδράσεις αυτές είναι φυσικό να έχουν και σοβαρές κοινωνικές επιπτώσεις, στο βαθμό που περιορίζουν τη δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης, αυτονομίας και κοινωνικότητας του ατόμου (ACSM, 2006).

Δεδομένου ότι σε επίπεδο πρόληψης δεν υπάρχουν ιδιαίτερες πρακτικές αποκλειστικά για την ψυχική υγεία, στα κεφάλαια που ακολουθούν στην παρούσα μελέτη η πρόληψη αναφέρεται στην υγεία του ατόμου συνολικά, δίχως ιδιαίτερο διαχωρισμό μεταξύ φυσικής και ψυχικής υγείας.

1.8 Οι επιπτώσεις της οικονομίας στην πρόληψη

Η πρόληψη έχει άμεση σχέση με την οικονομία. Η φτώχεια είναι η πρώτη αιτία αρρώστιας και θανάτου στον κόσμο. Γι' αυτό άλλωστε η οικονομική ανάπτυξη όχι μόνο οδηγεί στη βελτίωση των δεικτών υγείας ενός πληθυσμού, αλλά μειώνει τις δαπάνες υγείας λόγω αυτής της βελτίωσης. Σήμερα λοιπόν, που η χώρα βιώνει μια πολύπλευρη δημοσιοοικονομική κρίση, που μειώνονται μισθοί και συντάξεις, ο ελληνικός πληθυσμός αντιμετωπίζει νέες απειλές για την υγεία (Τούντας, 2010).

Οι αρνητικές επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης αφορούν τόσο τη σωματική, όσο και τη ψυχική μας υγεία. Πρώτα απ' όλα, τις σοβαρότερες συνέπειες θα τις υποστούν οι άνεργοι, δευτερευόντως όσοι είναι σε κίνδυνο να χάσουν τη δουλειά τους και τριτευόντως όσων το οικογενειακό εισόδημα μειώνεται αναλογικά περισσότερο, δηλαδή τα φτωχότερα στρώματα (Τούντας, 2010).

Η οικονομική ύφεση αποτελεί από το έτος 2008 παγκόσμιο πρόβλημα. Η οικονομική κρίση φαίνεται να επιφέρει επιπτώσεις στην υγεία και ιδιαίτερα στην ψυχική υγεία, κυρίως μέσω αύξησης της ανεργίας και της μείωσης του εισοδήματος. Έπειτα, σε χώρες με χαμηλό εισόδημα ως επακόλουθο, δεν μπορούν να πραγματοποιηθούν οι κατάλληλες διαγνωστικές εξετάσεις από τον πληθυσμό και δεν αγοράζονται φάρμακα, όπου οι τιμές των φαρμάκων αυξάνονται με αποτέλεσμα βασικά φάρμακα να μη διατείνονται πλέον ή η απόκτησή τους να γίνεται απαγορευτική λόγω υψηλού κόστους (Chan, 2009).

Διεθνώς έχει παρατηρηθεί ότι ο πληθυσμός των ανέργων παρουσιάζει ψυχοπαθολογικά συμπτώματα, όπως καταθλίψεις, μελαγχολίες, αγχώδεις διαταραχές, χαμηλή αυτοεκτίμηση και σωματοποίηση της οδύνης και του άγχους (Τούντας, 2010).

Η κατάθλιψη επιδρά αρνητικά στο ανοσοποιητικό σύστημα με συνέπεια να αυξάνονται οι λοιμώξεις αλλά και οι καρκίνοι, ενώ το άγχος αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την πρόκληση καρδιαγγειακών νοσημάτων (Τούντας, 2010).

Με την καταστολή του ανοσοποιητικού συστήματος, είναι εύλογο είναι ότι οι λοιμώδεις ασθένειες, όπως το HIV και η πολύ-ανθεκτική φυματίωση θα μπορούσαν να αποτελέσουν απειλή για τη δημόσια υγεία με συνέπειες και πέραν των εθνικών συνόρων. Αρκετό ενδιαφέρον δείχνει η μελέτη των νοσημάτων που απειλούν την γυναικεία υγεία (Τούντας, 2010).

Η υπάρχουσα βιβλιογραφία αναφέρει αύξηση των νοσημάτων που απειλούν την γυναικεία υγεία και αύξηση των Σεξουαλικών Μεταδιδόμενων Νοσημάτων, γεγονός που ωθεί τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας σε συνεργασία με όλους τους εμπλεκόμενους φορείς, στο σχεδιασμό στρατηγικών προαγωγής και αγωγής υγείας για το γενικό πληθυσμό και στην ανάπτυξη προγραμμάτων (Schmitt, 2008).

Η πλειοψηφία των μελετών δείχνει διαφορές στις γνώσεις και τις στάσεις διαφόρων πληθυσμιακών ομάδων αναφορικά με τα λοιμώδη νοσήματα και εκφράζεται η ανάγκη για περισσότερη πληροφόρηση και ενημέρωση σχετικά με τους τρόπους πρόληψης των απειλούμενων νοσημάτων (Υφαντή, 2011).

Ενδιαφέρον έχουν επίσης τα αποτελέσματα πρόσφατων ελληνικών μελετών σχετικά με τη διερεύνηση των γνώσεων των γυναικών για τον ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων και το εμβόλιο κατά του ιού, καθώς και συνολικά για τα νοσήματα της γυναικείας υγείας δείχνουν γενικά ικανοποιητικά επίπεδα γνώσεων, αλλά καταγράφουν

διάσταση ανάμεσα στις γνώσεις και στους τρόπους προφύλαξης από τα νοσήματα (Υφαντή, 2011).

Λόγω της οικονομικής κρίσης και της συνακόλουθης μείωσης της αγοραστικής δύναμης των πολιτών, είναι εύλογο ότι μειώνεται στον γενικό πληθυσμό η κατανάλωση τσιγάρων και αλκοολούχων ποτών, τα προβλήματα εθισμού και ουσιοεξάρτησης. Ωστόσο, κατά τον ίδιο τρόπο η οικονομική κρίση συμβάλλει στην υιοθέτηση μη υγιεινού τρόπου ζωής, λόγω κατανάλωσης τροφών χαμηλής διατροφικής αξίας. Επομένως, είναι πιθανό να υπάρξει μεγαλύτερη χρήση υπηρεσιών υγείας του δημόσιου τομέα έναντι του ιδιωτικού (Γιωτάκος, 2010).

Ορισμένοι ερευνητές κάνουν λόγο για θετικές επιδράσεις, τονίζοντας τη μείωση της υπερκατανάλωσης. Σύμφωνα με έρευνες σε ΗΠΑ και Ευρώπη, σε περιόδους οικονομικής ανάπτυξης παρατηρήθηκε αύξηση της θνησιμότητας και μείωσή της σε περιόδους ύφεσης. Η ύφεση μάλιστα, φαίνεται να σχετίζεται με μείωση της χρήσης αλκοόλ, των εισαγωγών στα νοσοκομεία και των θανάτων από τροχαία ατυχήματα (Γιωτάκος, 2010).

Από την άλλη, έρευνες στην Ευρώπη υποστήριξαν τη θετική σχέση μεταξύ της οικονομικής κρίσης και του προσδόκιμου ζωής των ανδρών. Το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, το χαμηλό εισόδημα, η εργασία μειωμένης εξειδίκευσης και ο κοινωνικός αποκλεισμός έδειξαν να συνδέονται με αρνητικές επιπτώσεις στη σωματική, ψυχολογική και συναισθηματική υγεία καθώς και με τον αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας (Leahy R, 2011).

1.9 Η πρόληψη στην Ελλάδα

Τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα έχουν αναπτυχθεί σημαντικές δράσεις και παρεμβάσεις από κρατικούς φορείς και από Μη κυβερνητικές Οργανώσεις σχετικές με την ενημέρωση για τη σημασία της πρόληψης στην υγεία.

Το 2007 ξεκίνησε με ευθύνη του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης «Σχέδιο Δράσης για τη ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ 2007-2013». Η συγκεκριμένη πρωτοβουλία περιλαμβάνει 11 στρατηγικούς στόχους ενίσχυσης των εφαρμοζόμενων πολιτικών υγείας από την Πολιτεία, που αναφέρονται στην ενίσχυση των δράσεων πρόληψης και προαγωγής της υγείας του ελληνικού πληθυσμού σε όλες τις περιφέρειες της χώρας θέτοντας ως επιμέρους στόχους τους εξής:

- Την ανάπτυξη προγραμμάτων και δράσεων κατά του καπνίσματος.

- Την ανάπτυξη προγραμμάτων και δράσεων για την υγιεινή διατροφή.
- Την ανάπτυξη προγραμμάτων και δράσεων για την πρόληψη των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων.
- Την ανάπτυξη προγραμμάτων και δράσεων για την πρόληψη του καρκίνου.
- Την ανάπτυξη προγραμμάτων και δράσεων για την πρόληψη των καρδιοπαθειών και των μεταβολικών νοσημάτων.
- Την ανάπτυξη προγραμμάτων και δράσεων για την πρόληψη των ατυχημάτων.
- Την ανάπτυξη προγραμμάτων και δράσεων για την προστασία της μητρότητας και της υγείας του παιδιού.
- Την ανάπτυξη προγραμμάτων και δράσεων πρόληψης και προαγωγής της Δημόσιας Υγείας σε ειδικούς πληθυσμούς.
- Την ανάπτυξη προγραμμάτων και δράσεων πρόληψης και προαγωγής της Δημόσιας Υγείας στο μαθητικό πληθυσμό.
- Την ενίσχυση της Αγωγής Υγείας στα σχολεία.
- Τη δημιουργία συστήματος εποπτείας του σχολικού περιβάλλοντος για την τήρηση των κανόνων Δημόσιας Υγείας.

(Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2008).

Το 2008 ξεκίνησε με ευθύνη του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία το οποίο είναι η πρώτη προσπάθεια που γίνεται στη χώρα μας, για να αποκτήσουμε στοχευμένη και στρατηγικά σχεδιασμένη πολιτική για τη Δημόσια Υγεία.

Η συγκεκριμένη πρωτοβουλία περιλαμβάνει 16 στρατηγικούς στόχους ενίσχυσης για την αντιμετώπιση σημαντικών ζητημάτων Δημόσιας Υγείας τα οποία είναι:

- Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Καρκίνο
- Εθνικό Σχέδιο Δράσης για το HIV/AIDS
- Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Αναπαραγωγική και Σεξουαλική Υγεία
- Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Ναρκωτικά
- Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Διατροφή και τις Διατροφικές Διαταραχές.

- Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Περιορισμό των Βλαπτικών Συνεπειών του Αλκοόλ στην Υγεία
- Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Κατάθλιψη
- Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Καρδιαγγειακά Νοσήματα
- Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Αντιμετώπιση των Περιβαλλοντικών Κινδύνων που απειλούν την Υγεία
- Εθνικό Σχέδιο Δράσης για το Κάπνισμα
- Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Ατυχήματα
- Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Μεταδοτικά Νοσήματα
- Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Ταξιδιωτική Υγεία
- Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Στοματική Υγεία
- Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τις Σπάνιες Παθήσεις
- Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Αντιμετώπιση της Μικροβιακής Αντοχής στα Αντιβιοτικά και των Λοιμώξεων σε χώρους Παροχής Υπηρεσιών Υγείας

(Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2008).

Επίσης, το Υπουργείο υγείας το έτος 2011 ανέπτυξε το Εθνικό Σχέδιο δράσης στην Ελλάδα, το οποίο είχε ως στόχο την αποτελεσματικότερη πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου, ώστε να μειωθεί η έκθεση του πληθυσμού στους γνωστούς παράγοντες κινδύνου που ευθύνονται για τον καρκίνο και να αυξηθεί η συμμετοχή του πληθυσμού σε δράσεις και προγραμμάτων ατομικού και ομαδικού προ-συμπτωματικού ελέγχου για επιλεγμένα είδη καρκίνου (Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2008).

Επόμενος στόχος του Εθνικού Σχεδιασμού το 2011 ήταν η βελτίωση της αντιμετώπισης του διαγνωσμένου καρκίνου ώστε να βελτιωθεί η αποτελεσματικότητα των υφισταμένων θεραπευτικών παρεμβάσεων για τους ήδη διαγνωσθέντες από καρκίνο (Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2008).

Τέλος, ακόμη ένας στόχος ήταν η καλύτερη δυνατή ανταπόκριση της Πολιτείας στη διαχείριση της νόσου και των συνεπειών της έτσι ώστε να εξασφαλιστεί η ισότητα στην πρόσβαση και χρήση ενιαίων, ποιοτικών και σύγχρονων υπηρεσιών

πρόληψης, έγκαιρης διάγνωσης, θεραπείας, αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης και να βελτιωθεί η ικανότητα του ιατρικού κόσμου και της Δημόσιας Διοίκησης να λαμβάνει τεκμηριωμένες αποφάσεις (Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2008).

Τα τελευταία χρόνια, τα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας αντιμετωπίζουν σημαντικές προκλήσεις στο πεδίο της πρόληψης και προαγωγής υγείας, δεδομένων και των πιέσεων που υφίστανται στους προϋπολογισμούς και τις δαπάνες της δημόσιας υγείας.

Σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα του Ινστιτούτου Δεικτών Υγείας, η εκτίμηση για την παγκόσμια επιβάρυνση των μη μεταδοτικών ασθενειών, συμπεριλαμβανομένων των καρδιακών και εγκεφαλικών παθήσεων, του διαβήτη, του καρκίνου, των χρόνιων πνευμονολογικών παθήσεων, της οσφυαλγίας και της κακής ψυχικής υγείας, υπολογίζεται για τις χώρες της δυτικής, κεντρικής και ανατολικής Ευρώπης σε ποσοστά της τάξης του 85%, 80% και 75%, αντίστοιχα (Institute of Health Metrics, 2013).

Τα διαθέσιμα στοιχεία αποδεικνύουν πως τα προγράμματα προαγωγής και πρόληψης είναι ικανά να περιορίσουν σημαντικά τα προβλήματα υγείας των ευρωπαϊκών πληθυσμών, μειώνοντας παράλληλα τις δαπάνες της δημόσιας υγείας και το κόστος λειτουργίας των συστημάτων υγείας.

Οι Lewis et al (2010), αναφέρουν πως οι επενδύσεις στα εν λόγω προγράμματα έχουν σημαντικές επιπτώσεις στο ευρύτερο κόστος της κακής υγείας, το οποίο προέρχεται από τα υψηλά ποσοστά απουσίας από την εργασία λόγω ασθένειας, το φτωχότερο μορφωτικό επίπεδο, τα υψηλά επίπεδα βίας και εγκληματικότητας και την πρόωρη συνταξιοδότηση λόγω ασθένειας ή αναπηρίας.

Οι Merkur et al (2013), αναπτύσσοντας ένα πλαίσιο καλών πρακτικών πρόληψης και προαγωγής υγείας για τις χώρες της Ευρώπης, καταγράφουν τους σημαντικότερους τομείς δράσεις για την αντιμετώπιση των κυριότερων κινδύνων της υγείας, συμπεριλαμβανομένων της κατανάλωσης αλκοόλ, του καπνίσματος, της διατροφικής συμπεριφοράς, των προτύπων φυσικής άσκησης, της έκθεσης σε περιβαλλοντικούς κινδύνους, της κακής ψυχικής υγείας και των κινδύνων τραυματισμών.

Συνεπώς, μπορεί να υποστηριχθεί πως οι καλές πρακτικές που εντοπίζονται στο πεδίο της πρόληψης υγείας σήμερα, κυρίως σε επίπεδο δημόσιας πολιτικής, αφορούν

ουσιαστικά τον περιορισμό των κινδύνων αυτών, στοχεύοντας παράλληλα στην ενημέρωση του πληθυσμού για την ανάληψη θετικών για την υγεία ατομικών συμπεριφορών.

Ως καλές πρακτικές της πρόληψης υγείας ορίζονται οι δράσεις, δραστηριότητες και παρεμβάσεις που λαμβάνουν συστηματικά υπόψη τις αξίες και τις αρχές της δημόσιας υγείας και υποστηρίζονται από την υπάρχουσα επιστημονική γνώση και από τη γνώση των εμπειρογνομώνων, αποσκοπώντας στη βελτιστοποίηση των θετικών επιπτώσεων της υγείας και στην ελαχιστοποίηση των αρνητικών (Rootman et al., 2001).

Επίσης, οι καλές πρακτικές πρόληψης προσανατολίζονται σε μακροχρόνιο επίπεδο, στοχεύοντας σε αλλαγές των καθοριστών της υγείας, καθώς και σε τροποποιήσεις των προτύπων συμπεριφοράς και των γενικότερων περιβαλλοντικών συνθηκών, λαμβάνοντας υπόψη τις βασικές αξίες της προαγωγής υγείας, με σημαντικότερες την ισότητα, την κοινωνική ευθύνη και την ενδυνάμωση (Rootman et al., 2001).

1.10 Η σχέση φτώχειας και πρόληψης

Η καλή υγεία του πληθυσμού αποτελεί βασική προϋπόθεση για την ευημερία του, αλλά και τη διαθεσιμότητα του παραγωγικού-εργατικού δυναμικού και αντίστροφα. Η αλληλεξάρτηση μεταξύ οικονομικής ανάπτυξης και υγείας έχει ιστορικά διαπιστωθεί. Όπως χαρακτηριστικά δήλωσε η Dr. Gro Harlem Brundtland κατά την ομιλία της για την 50η Επέτειο της Οικουμενικής Διακήρυξης των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων στο Παρίσι (1998): *«η φτώχεια οδηγεί σε χαμηλό επίπεδο υγείας και το χαμηλό επίπεδο υγείας γεννά τη φτώχεια. Όταν εμφανίζεται δομική φτώχεια και χαμηλό επίπεδο υγείας, θα υπάρχει επίσης χαμηλό επίπεδο ανάπτυξης και χαμηλό επίπεδο ανθρωπίνων δικαιωμάτων»* (Karski, 2000).

Μια διαπίστωση που, χρόνια πριν, ο Σ. Δοξιάδης έφερνε στο προσκήνιο δηλώνοντας ότι: *«οι μεγαλύτεροι εχθροί για την υγεία δεν είναι τα μικρόβια, οι ιοί ή ο καρκίνος, αλλά η φτώχεια, η άγνοια και η εκμετάλλευση του ανθρώπου από άνθρωπο»* (Δοξιάδης, 1997).

Κατά συνέπεια, καμία υπηρεσία υγείας δεν θα μπορέσει να ανταποκριθεί στις ανάγκες της σύγχρονης εποχής, ούτε να αντιμετωπίσει σύγχρονα προβλήματα, αν δεν αναγνωριστεί η μεγάλη σημασία που έχουν οι κοινωνικές συνθήκες των οικονομικά ασθενών και αν δεν βελτιωθεί η ζωή τους.

Επιπλέον, τα μέτρα και τα προγράμματα για την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας θα πρέπει να είναι στο πρώτο πλάνο οποιασδήποτε εθνικής στρατηγικής του τομέα υγείας, και οι σύγχρονες πολιτικές υγείας θα πρέπει να έχουν την προοπτική τους στον άνθρωπο, πάνω και πέρα από οργανωμένα, συγκρουόμενα ή επενδυμένα συμφέροντα.

Η απασχόληση είναι ένας από τους βασικότερους τομείς, οι οποίοι πλήττονται κατά τη διάρκεια μιας οικονομικής κρίσης. Συνεπώς, το ποσοστό της ανεργίας αντανakλά σε μεγάλο βαθμό την πορεία της οικονομίας. Επιπρόσθετα, η ανεργία, η ανασφάλεια στην εργασία και η απώλεια εισοδήματος για διαβίωση έχουν σημαντική επίδραση στην υγεία.

Η απώλεια της εργασίας συνοδεύεται από ψυχικές διαταραχές όπως ανησυχία, άγχος, κατάθλιψη, από προβλήματα εθισμού και εξάρτησης σε ουσίες και υιοθέτηση μη υγιεινού τρόπου ζωής με αυξανόμενη κατανάλωση τροφής χαμηλής διατροφικής αξίας, καπνού και οινοπνεύματος και επιπλέον πλημμελούς διαχείρισης των νοσημάτων από τις επιβαρυνόμενες υγειονομικές υπηρεσίες (STUCKLER Et al, 2009).

Η οικονομική κρίση και η μακρόχρονη ανεργία οδηγεί πολλά άτομα στον κοινωνικό αποκλεισμό και στη φτώχεια, με αποτέλεσμα αυξημένο κίνδυνο για πρόωρη θνησιμότητα και υψηλή νοσηρότητα κυρίως σε άτομα τα οποία ανήκουν σε μειονότητες, στους μετανάστες και τους χρονίως πάσχοντες από ψυχικά ή σωματικά νοσήματα (WILKINSON, 1996).

Σε περιόδους οικονομικής ανάπτυξης έχουν αυξηθεί οι επιβλαβείς για την υγεία συνήθειες, όπως είναι το κάπνισμα και η κατανάλωση οινοπνεύματος, ενώ μειώνεται η φυσική άσκηση και η υγιεινή διατροφή, με αποτέλεσμα την αύξηση της παχυσαρκίας (RUHM, 2006).

Επιπρόσθετα, αποτελέσματα ερευνών δείχνουν ότι σε περιόδους οικονομικής κρίσης η θνησιμότητα μειώνεται, με εξαίρεση τις αυτοκτονίες, οι οποίες φαίνεται να αυξάνονται. Οι επιδράσεις αυτές διαφοροποιούνται κατά φύλο, ηλικία και αιτία και έχουν διαφορετική ευαισθησία ως προς τους χρησιμοποιούμενους δείκτες (RUHM, 2006).

Οι δυσμενείς επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία κατανέμονται διαφορετικά στην κοινωνική κλιμάκωση, ενώ τα άτομα και οι οικογένειες που βρίσκονται σε χαμηλή θέση διατρέχουν δύο φορές περισσότερο τον κίνδυνο πρόωρου

θανάτου και αυξημένης νοσηρότητας εξαιτίας των προβλημάτων στο εισόδημα, την εκπαίδευση, την ιατρική περίθαλψη, τη στέγαση και τη διατροφή, τα οποία δρουν αθροιστικά (APPLEBY, 2008).

1.11 Η Προληπτική Ιατρική στην οικονομική κρίση

Η Προληπτική Ιατρική μπορεί να συμβάλλει στην μείωση της οικονομικής κρίσης της χώρας μας. Το ποσοστό των καπνιστών στην Ελλάδα είναι περίπου 45% στους άνδρες (πανευρωπαϊκό ρεκόρ) και 35% στις γυναίκες (παγκόσμιο ρεκόρ). Αν δεν αλλάξει κάτι, περίπου ένα εκατομμύριο Έλληνες θα πεθάνουν από το κάπνισμα μέσα στα επόμενα 50 χρόνια (Ιωάννης, 2016).

Αν συνυπολογίσουμε το κόστος της ιατρικής φροντίδας για τα νοσήματα που θα προκαλέσει το κάπνισμα στους καπνιστές και την απώλεια παραγωγικότητας λόγω αρρώστιας, το κάπνισμα από μόνο του θα στοιχίσει στην Ελλάδα στα επόμενα 50 χρόνια ένα ποσό πολύ μεγαλύτερο από το σημερινό δημόσιο χρέος του ελληνικού κράτους. Αν μειωνόταν το ποσοστό των καπνιστών σε 25%, το κέρδος θα ισοδυναμούσε περίπου με κούρεμα όλου του σημερινού ελληνικού δημόσιου χρέους (Ιωάννης, 2016).

Πολλές χώρες έχουν μειώσει το ποσοστό καπνιστών τόσο και περισσότερο, π.χ. οι ΗΠΑ μείωσαν το ποσοστό καπνιστών από 42% σε 17% τα τελευταία 50 χρόνια. Αρκετές χώρες, όπως η Νέα Ζηλανδία, συζητάνε πλέον την πλήρη εξάλειψη του καπνίσματος από την επικράτειά τους. Υπάρχουν πολλές αποτελεσματικές παρεμβάσεις για να μειωθεί το κάπνισμα, τόσο σε ατομικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο που έχουν ελεγχθεί με καλοσχεδιασμένες μελέτες και έχουν αποδώσει στην πράξη (Ιωάννης, 2016).

Στην Ελλάδα έχουν χρησιμοποιηθεί εν μέρει αρκετές από αυτές, αλλά η εφαρμογή τους συνήθως δεν είναι πιστή, οπότε είναι σχεδόν σαν να μην έγιναν ποτέ. Δεδομένου λοιπόν ότι κάποιες αποτελεσματικές λύσεις θα βοηθούσαν και άμεσα τα οικονομικά του κράτους, π.χ. η αυξημένη φορολόγηση των τσιγάρων, τα πρόστιμα για κάπνισμα σε απαγορευμένους χώρους και η καταπολέμηση του λαθρεμπορίου με βαριές χρηματικές και άλλες ποινές θα βοηθούσαν το κράτος να μαζέψει χρήματα και ταυτόχρονα να σώσει τις ζωές των πολιτών του.

1.12 Οι επιπτώσεις στην οικονομία από την έλλειψη πρόληψης

Η σχέση οικονομίας και πρόληψης είναι αμφίπλευρη. Όχι μόνο η κακή οικονομική κατάσταση ενός κράτους οδηγεί στην έλλειψη πρόληψης, αλλά και αντίστροφα, η έλλειψη πρόληψης έχει μακροπρόθεσμα σημαντικές επιπτώσεις στην οικονομία ενός κράτους. Η γνωστή αρχή του πατέρα της Ιατρικής, Ιπποκράτη «*κάλλιον του θεραπεύειν το προλαμβάνειν*» έχει αναδειχθεί ιδιαίτερης σημασίας όχι μόνο για την ίδια την ιατρική, αλλά και για την οικονομία της υγείας.

Πιο συγκεκριμένα, το κόστος αντιμετώπισης και θεραπείας των περισσότερων ασθενειών, είναι συντριπτικά μεγαλύτερο από το κόστος πρόληψής τους. Η έλλειψη πρόληψης οδηγεί σε αυξημένη νοσηρότητα του γενικού πληθυσμού με μακροπρόθεσμες συνέπειες τόσο στην οικονομία, όσο και στο ίδιο το σύστημα υγείας:

- Αύξηση της νοσηρότητας του γενικού πληθυσμού, με αποτέλεσμα την ανάγκη περίθαλψης των ασθενών.
- Ανάγκη ανάπτυξης και συντήρησης ιατρικών υποδομών κατάλληλα στελεχωμένων και εξοπλισμένων (ιατρικό, παραϊατρικό, νοσηλευτικό προσωπικό, υγειονομικό και φαρμακευτικό υλικό, εξειδικευμένος ιατροτεχνικός εξοπλισμός, εργαστηριακές υποδομές κλπ).
- Αυξημένη κίνηση στις μονάδες παροχής υγείας και φαινόμενα αδυναμίας κάλυψης όλων των περιστατικών σε εύλογο χρονικό διάστημα.

Αντίθετα, σε ένα κράτος με καλό επίπεδο προληπτικής ιατρικής, ασθένειες όπως πχ. καρκίνος του πνεύμονα (αλλά και διάφοροι άλλοι τύποι καρκίνου που οφείλονται κατά κύριο λόγο στο κάπνισμα) ή διάφορα καρδιαγγειακά νοσήματα (που σχετίζονται με διατροφολογικούς παράγοντες, την φυσική άσκηση κλπ) θα μπορούσαν να προλαμβάνονται ώστε να μην απαιτείται η εκ των υστέρων θεραπεία τους. Συνεκτιμώντας συνολικά το κόστος περίθαλψης τέτοιων ασθενειών, γίνεται φανερή η αξία και η σημασία της πρόληψης αλλά και η υιοθέτηση πολιτικών πρόληψης για την οικονομία ενός κράτους σε μακροπρόθεσμο πλαίσιο.

Στην ενότητα αυτή, καθορίστηκε η έννοια της πρόληψης και η σχέση της με την φυσική και την ψυχική υγεία. Επίσης, αναδείχθηκε η σημασία της πρόληψης και η αμφίπλευρη σχέση της με την οικονομία ενός κράτους.

Το επόμενο κεφάλαιο, εστιάζει περισσότερο στις παθήσεις της γυναίκας και την πρόληψη των ασθενειών που πλήττουν τον γυναικείο πληθυσμό, όπως και τα μέτρα πρόληψης που αφορούν βασικά νοσήματα της γυναίκας.

Κεφάλαιο 2^ο

2.1 Συνήθη νοσήματα των γυναικών

Με τον όρο «υγεία των γυναικών», αναφερόμαστε σε ένα ευρύ φάσμα ζητημάτων που αφορούν τόσο τη σωματική, όσο και την ψυχική υγεία των γυναικών. Πιο συγκεκριμένα, ο όρος αναφέρεται στην αναπτυξιακή υγεία των γυναικών (εφηβεία, σεξουαλική υγεία, εγκυμοσύνη, εμμηνόπαυση), τη φυσική και διανοητική υγεία, την πρόσβαση των γυναικών στα προγράμματα διαλογής και στις υπηρεσίες υγείας (Clayman, 1993).

Οι γυναίκες και οι άνδρες αντιμετωπίζουν πολλά κοινά προβλήματα υγείας. Ωστόσο, οι γυναίκες αντιμετωπίζουν κάποια ιδιαίτερα προβλήματα που χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής. Ένα σύνολο νοσημάτων, παρότι δεν σχετίζονται άμεσα με το γυναικείο φύλο, εμφανίζονται σε μεγαλύτερα ποσοστά στις γυναίκες.

Κατά μέσο όρο, 1 στις 4 γυναίκες στις χώρες της Ευρώπης αντιμετωπίζει περιορισμούς στις καθημερινές της δραστηριότητες λόγω κάποιας χρόνιας ασθένειας. Επίσης, το 10% των γυναικών μέσα στην Ε.Ε. δηλώνουν ότι νοσηλεύτηκαν σε νοσοκομείο στη διάρκεια του έτους για συνολική διάρκεια 10 ημερών κατά μέσο όρο (www.scadplus.gr).

Για τις γυναίκες της αναπαραγωγικής ηλικίας τα προβλήματα υγείας επικεντρώνονται σε νοσήματα του αναπαραγωγικού συστήματος, μεταβολικές διαταραχές, καρδιολογικά προβλήματα, διαταραχές της ψυχικής υγείας καθώς και προβλήματα των αισθητηρίων οργάνων (www.WHO.com).

Επιδημιολογικές μελέτες, δείχνουν ότι η γυναίκα πλήττεται από διάφορες ασθένειες. Για παράδειγμα, μια ασθένεια που απαντάται περίπου στο 10% των Ευρωπαίων γυναικών που βρίσκονται στην αναπαραγωγική ηλικία, είναι η ενδομητρίωση. Προκαλείται, όταν κύτταρα του ενδομητρίου αναπτύσσονται και σε άλλα όργανα του γυναικείου γεννητικού συστήματος ή της κοιλιακής χώρας, πέρα από τα εσωτερικά τοιχώματα της μήτρας, όπου φυσιολογικά εντοπίζονται (www.WHO.com).

2.2 Καρκίνος του Μαστού

Ο όρος «καρκίνος του μαστού» αναφέρεται στη νοσηρή ανάπτυξη κακοήθους όγκου στην ευρύτερη περιοχή του μαστού. Ο καρκίνος του μαστού προκαλείται από αφύσικο πολλαπλασιασμό παθολογικών κυττάρων στους ιστούς του σώματος, που συνακόλουθα προκαλούν τον σχηματισμό κακοήθους όγκου στην περιοχή του μαστού.

Σύμφωνα με μελέτες που έγιναν το έτος 2006 στις ΗΠΑ, μια στις οχτώ Αμερικανίδες θα αναπτύξει καρκίνο του μαστού (National Cancer Institute, 2006). Επίσης, ορισμένες μεγάλες ερευνητικές μελέτες, ανακάλυψαν ότι ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του μαστού αυξάνει, όταν η γυναικά λαμβάνει συνδυασμό οιστρογόνων και προγεστερόνης.

Ο καρκίνος του μαστού, όπως και κάθε κακοήθης νεοπλασία, αποτελεί κυτταρική νόσο. Τα παθολογικά αυτά κύτταρα έχουν τη δυνατότητα διήθησης - διείσδυσης δηλαδή σε γειτονικούς ιστούς, και συνεπώς είναι σε θέση να επεκταθούν και να προκαλέσουν σοβαρές βλαπτικές συνέπειες στη λειτουργία του οργανισμού (Lowdermilk, 2013).

2.2.1 Τι είναι ο προσυμπτωματικός απεικονιστικός έλεγχος μαστού και γιατί είναι σημαντικός;

Ο προσυμπτωματικός απεικονιστικός έλεγχος μαστού αναφέρεται στη διενέργεια εξετάσεων, προτού εμφανιστούν συμπτώματα που σχετίζονται με τη νόσο του καρκίνου του μαστού. Ο απώτερος στόχος είναι η όσο το δυνατόν πιο πρόωμη διάγνωση του καρκίνου του μαστού.

Οι καρκίνοι που ανιχνεύονται μέσω του προ-συμπτωματικού ελέγχου (screening) είναι μικρότερου μεγέθους από τους συμπτωματικούς καρκίνους, οι οποίοι είναι ψηλαφητοί, μεγαλύτεροι σε μέγεθος και ενέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο μετάστασής τους εκτός μαστού. Το μέγεθος και η επέκταση του όγκου αρχικά αποτελούν δύο από τις βασικές παραμέτρους για τη συνολική πρόγνωση ασθενών με καρκίνο μαστού (Αθανασίου, 2015).

2.2.2 Η πρώτη απεικονιστική εξέταση μαστού

Η μαστογραφία είναι η πρώτη εξέταση απεικόνισης μαστού διότι έχει τεκμηριωθεί από τυχαιοποιημένες πολυκεντρικές μελέτες ότι μειώνει τη θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού λόγω της έγκαιρης πρόωμης διάγνωσης. Επίσης, η μαστογραφία είναι η εξέταση απεικόνισης, η οποία μας αναδεικνύει καλύτερα τις μικροαποτιτανώσεις.

Οι περισσότερες μικροαποτιτανώσεις είναι καλοήθειες, εντούτοις ένα μικρό ποσοστό τους αποτελεί την πρωιμότερη εκδήλωση του καρκίνου του μαστού, ο οποίος, αν διαγνωσθεί σε αυτό το στάδιο, έχει πάνω από 95% πιθανότητα πλήρους ίασης (Αθανασίου, 2015).

2.2.3 Πότε και πώς πρέπει να γίνεται ο προσυμπτωματικός έλεγχος γενικού πληθυσμού;

Σύμφωνα με τις οδηγίες της Αμερικάνικης Αντικαρκινικής Εταιρείας, η πρώτη μαστογραφία γίνεται γύρω στα 40, αν δεν συντρέχουν άλλοι λόγοι (θετικό οικογενειακό ιστορικό), και κατόπιν σε ετήσια βάση. Ο μαστογραφικός προ-συμπτωματικός έλεγχος πρέπει να συνεχίζεται ακόμα και σε γυναίκες μεγάλης ηλικίας, εφόσον δεν συντρέχουν σοβαροί ιατρικοί λόγοι που να αντιτίθενται στη διενέργειά του. Στις δεκαετίες των 20 και 30 ο προσυμπτωματικός έλεγχος γίνεται με κλινική ψηλάφηση και υπερηχογράφημα (Αθανασίου, 2015).

2.2.4 Αιτιολογία της νόσου

Στα αρχικά στάδια, ο καρκίνος του μαστού δεν παρουσιάζει συμπτώματα. Τονίζεται ότι ο καρκίνος του μαστού, σε αρχικά τουλάχιστον στάδια, δεν προκαλεί πόνο. Εάν η νόσος εξελιχθεί μπορεί να εμφανιστεί ένα ψηλαφητό μόρφωμα στον μαστό ή διόγκωση των μασχαλιαίων λεμφαδένων. Επίσης, μπορεί να εμφανιστεί αλλαγή στο χρώμα του δέρματος ή καθήλωση του δέρματος ή της θηλής του μαστού ή έκκριση υγρού από τη θηλή του μαστού (Σκάρλος, 2008).

Αν η γυναίκα δεν δώσει σημασία στα παραπάνω αναφερθέντα συμπτώματα τότε μπορεί να εμφανίσει σημάδια προχωρημένης νόσου, όπως θερμό και ερυθρό μαστό, πόνους στα οστά, μεγάλη διόγκωση λεμφαδένων στη μασχάλη κ.α.

Τονίζεται ιδιαίτερα η μεγάλη αξία της προληπτικής τακτικής εξέτασης των μαστών με μαστογραφία σε γυναίκες μετά τη κλιμακτήριο που δεν παρουσιάζουν σημάδια ή συμπτώματα της νόσου (Σκάρλος, 2008).

2.2.5 Παράγοντες κινδύνου της νόσου

Οι κυριότεροι παράγοντες κινδύνου που συμβάλλουν στην ανάπτυξη κακοήθους είναι οι εξής:

- Κληρονομικότητα
- Αλκοόλ

- Παχυσαρκία
- Καθιστική ζωή
- Κάπνισμα
- Έκθεση σε ακτινοβολία
- Διαταραχές της εμμήνου ρύσης και της κύησης
- Λήψη οιστρογόνων μετά την εμμηνόπαυση
- Λήψη αντισυλληπτικών δισκίων
- Οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού
- Μικρή ηλικία εμμηνόπαυσης
- Προηγούμενος καρκίνος στον ένα μαστό στο παρελθόν
- Πρώτη κύηση σε ηλικία πάνω από τα 35 έτη
- Μακροχρόνια χρήση θεραπείας ορμονικής υποκατάστασης

(Μαρκόπουλος, 2008).

2.2.6 Κλινική εικόνα

Η κλινική εικόνα της νόσου περιλαμβάνει:

- Ψηλαφητός όγκος
- Αλλοιώσεις του δέρματος
- Έκκριμα από τη θηλή
- Διόγκωση των μασχαλιαίων λεμφαδένων

(Lowdermilk, 2013).

2.2.7 Διάγνωση της νόσου

Η διάγνωση του καρκίνου του μαστού περιλαμβάνει τη λήψη ιστορικού υγείας και τις απεικονιστικές εξετάσεις, οι οποίες αναφέρονται παρακάτω αναλυτικά.

2.2.8 Ιστορικό υγείας ασθενούς

Πρέπει πάντοτε να προηγείται η λήψη του γενικού ιστορικού του ασθενή. Η λήψη του ιστορικού περιλαμβάνει:

- Οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού.
- Ηλικία (>70% των καρκίνων του οργάνου σε ηλικία άνω των 50 ετών).
- Ύπαρξη όγκου .

- Μεταβολή της θηλής.
- Έκκριση από τη θηλή που μπορεί να είναι: αιματηρή, γαλακτώδης, ορώδης, πυώδης ή κίτρινη.
- Επίμονος πόνος ή άλλο αίσθημα σε κάποιο σημείο του μαστού.
- Γυναικολογικό ιστορικό.
- Ηλικία της πρώτης τελειόμηνης κύησης.
- Εάν θήλασε και για πόσο διάστημα.
- Έκθεση σε ακτινοβολία στο παρελθόν στην περιοχή του θώρακα.
- Προηγούμενες παθήσεις από το μαστό (ινοκυστική μαστοπάθεια).
- Γενικά συμπτώματα (ανορεξία, απώλεια βάρους, δύσπνοια, βήχας, οστικοί πόνοι).

(Μπονάτσος και συν, 2006).

2.2.9 Απεικονιστικές εξετάσεις

Οι απεικονιστικές εξετάσεις περιλαμβάνουν:

- Μαστογραφία
- Υπερηχοτομογράφημα (ενδείκνυται σε νέες γυναίκες (<35 ετών) και σε εγκύους)
- Κυτταρολογική εξέταση (Μπονάτσος και συν, 2006)
- Μαγνητική μαστογραφία(MPI)
- Ραδιοϊσοτοπική μαστογραφία
- Αξονική τομογραφία

(Μπονάτσος και συν, 2006).

2.2.10 Θεραπεία της νόσου

Το πρώτο βήμα στην αντιμετώπιση της νόσου είναι η εγχείρηση. Το είδος της εγχείρησης μπορεί να είναι:

- Τοπική Εκτομή- Ογκεκτομή- Τμηματεκτομή
- Υποδόρια μαστεκτομή
- Απλή μαστεκτομή
- Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή

- Ριζική μαστεκτομή

Επίσης, άλλες θεραπείες που μπορούν να ακολουθήσουν μετά την εγχείρηση είναι:

- Μετεγχειρητική θεραπεία
- Ακτινοθεραπεία
- Χημειοθεραπεία
- Ορμονοθεραπεία

(European society of medical oncology, 2011).

2.2.11 Πρόγνωση της νόσου

Ο σκοπός της πρώιμης διάγνωσης είναι να μειωθεί η θνητότητα. Η πρώιμη ανίχνευση αποτελεί το κλειδί προς την έγκαιρη αντιμετώπιση της νόσου και την διακοπή εξέλιξης της. Επομένως, οι γυναίκες θα πρέπει να ενημερώνονται για τους παράγοντες κινδύνου, την έγκαιρη ανίχνευση και τον ασυμπτωματικό έλεγχο.

2.2.12 Πρόληψη της νόσου

Οι γυναίκες υψηλού κινδύνου θα πρέπει να υποβάλλονται σε προ-συμπτωματικό έλεγχο ανά τακτά χρονικά διαστήματα και να ενθαρρύνονται στην προσπάθεια τους να μεταβάλλουν τους παράγοντες κίνδυνου, όπως για παράδειγμα μέσω της απώλειας βάρους, εάν είναι παχύσαρκες και του περιορισμού κατανάλωσης αλκοόλ (Lowdermilk, 2013).

Η πρώιμη ανίχνευση της νόσου περιλαμβάνει τη μαστογραφία, ακολουθεί η αυτοεξέταση και η κλινική εξέταση του μαστού. Η αυτοεξέταση του μαστού δεν προλαμβάνει τη νόσο, αλλά την εντοπίζει σε πρώιμα στάδια. Είναι θετικό η ανίχνευσή της να επιτευχθεί, πριν η νόσος εισβάλει στους μασχαλιαίους λεμφαδένες (Lowdermilk, 2013).

2.3 Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι κακοήθης όγκος στους ιστούς του τραχήλου της μήτρας. Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας έχει χαρακτηριστεί ο δεύτερος καρκίνος, μετά τον καρκίνο μαστού και κύρια αιτία θανάτου από καρκίνο στις γυναίκες στις αναπτυσσόμενες χώρες (Καρκίνος Τραχήλου Μήτρας, 2014).

Στην Ελλάδα, σε μελέτες που έγιναν το έτος 2011, έδειξαν ότι 500.000 γυναίκες διαγνώστηκαν με καρκίνο τραχήλου της μήτρας ενώ σημειώθηκαν 250.000 θάνατοι από την νόσο (Ανακοίνωση του Υπουργείου Υγείας, 2011).

Η πρωτογενής πρόληψη καρκίνου τραχήλου της μήτρας γίνεται με εμβολιασμό έναντι του HPV στις ηλικίες 9-26 ετών. Επίσης, στην πρωτογενή πρόληψη εντάσσονται τα προγράμματα αγωγής και προαγωγής υγείας για τη σεξουαλική αγωγή και τα νοσήματα πρέπει να εφαρμόζονται στη βασική και δευτεροβάθμια εκπαίδευση. Η δευτερογενής πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση γίνεται με το Τεστ Παπ (Αρβανιτίδου-Βαγιωνά, 2009).

Σημαντικό ρόλο έχει η πρόωμη διάγνωση της νόσου σε πρωταρχικό στάδιο. Αυτό μπορεί να αποφευχθεί με τον προ-συμπτωματικό έλεγχο, ο οποίος προσδιορίζει τις ασθένειες που έχουν αναπτύξει τα άτομα και που ακόμα δεν έχουν συμπτώματα της νόσου. Έτσι ώστε, εάν διαγνωσθεί ο καρκίνος, να αντιμετωπιστεί σε αρχικό στάδιο.

2.3.1 Εμβόλιο και πρόληψη καρκίνου τραχήλου της μήτρας

Η λοίμωξη από τον ιό HPV δε μπορεί να αποφευχθεί με κανέναν άλλο τρόπο παρά μόνο με τον εμβολιασμό. Προλαμβάνοντας τη λοίμωξη με τη χρήση του εμβολίου, παρέχεται πρόληψη έναντι του ιού HPV. Τα εμβόλια σχεδιάστηκαν, παρασκευάστηκαν και μελετήθηκαν με σκοπό την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και άλλων νοσημάτων που προκαλούνται από τον ιό (Τρίμης, 2011).

Γίνεται λοιπόν προφανές ότι παρά τον εμβολιασμό, δεν πρέπει ποτέ να παραλείπεται ο ετήσιος κυτταρολογικός έλεγχος με την δοκιμασία κατά Παπανικολάου. Ο HPV εμβολιασμός αποτελεί σε όλο τον κόσμο τη σύγχρονη Ιατρική πρακτική της πρόληψης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας (Τρίμης, 2011).

2.3.2 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 (Ασημακόπουλος & Μανταλενάκης 2002).

Για παράδειγμα, όταν υπάρχει σεξουαλική επαφή 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, οι οποίοι προκαλούν προκαρκινικές αλλοιώσεις μέχρι και καρκίνο (Ασημακόπουλος & Μανταλενάκης 2002).

2.3.3 Συμπτώματα της νόσου

Η συμπτωματολογία του καρκίνου του τραχήλου δεν είναι χαρακτηριστική. Η κοιλική αιμόρροια και η κοιλική υπερέκκριση εμφανίζονται σε πρώιμο στάδιο της νόσου, ενώ ο πόνος, όταν η νόσος είναι σε προχωρημένο στάδιο. Το κλασσικό σύμπτωμα της νόσου είναι η ανώδυνη μητρορραγία μετά από τις σεξουαλικές επαφές (Βάρρας, 2012).

Άλλα συμπτώματα της νόσου είναι η δυσουρία και η αιματουρία σε περίπτωση διήθησης της ουροδόχου κύστεως, και η αιμορραγία από το έντερο σε περίπτωση διήθησης του παχέος εντέρου. Σε προχωρημένο στάδιο της νόσου υπάρχουν απομακρυσμένες μεταστάσεις και επίμονο οίδημα του ενός ή και των δύο άκρων (Βάρρας, 2012).

2.3.4 Παράγοντες υψηλού κινδύνου εμφάνισης της νόσου

Ορισμένοι παράγοντες κινδύνου που συμβάλλουν στην εμφάνιση της νόσου είναι:

- Μόλυνση από ιούς
- Σεξουαλική δραστηριότητα
- Κάπνισμα
- AIDS
- Λοίμωξη από χλαμύδια
- Κακή διατροφή
- Ανοσοκαταστολή μετά από μεταμόσχευση οργάνου
- Λήψη του φαρμάκου διαιθυλοστιλβεστρόλη από τη μητέρα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης .

(Αντσακλής 2008).

2.3.5 Παράγοντες ελάττωσης εμφάνισης της νόσου

- Μακροχρόνια χρήση αντισυλληπτικών χαπιών
- Άσκηση

- Υγιεινή διατροφή
- Αποφυγή της παχυσαρκίας
- Αντιμετώπιση του διαβήτη

(Αντσακλής 2008).

2.3.6 Τεστ Παπανικολάου

Το τεστ Παπανικολάου, είναι μια μέθοδος γενικού ελέγχου. Ο σκοπός του γενικού ελέγχου είναι να εντοπίζεται ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας στα πρώιμα στάδιά του, ώστε η αντιμετώπισή του να είναι σε πρώιμο στάδιο.

Η εξέταση πρέπει να πραγματοποιείται από όλες τις γυναίκες από την έναρξη της σεξουαλικής τους ζωής και κατόπιν, τουλάχιστον κάθε χρόνο προληπτικά. Απαραίτητο να γίνεται κάθε χρόνο για τις γυναίκες που βρίσκονται πριν την εμμηνόπαυση και κάθε έξι μήνες για τις γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση. Η εξέταση πρέπει να γίνεται και μετά την εμμηνόπαυση, διότι η συχνότητα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας αυξάνει στην περίοδο αυτή.

Με την ίδια συχνότητα συνιστάται να υποβάλλονται στο τεστ Παπ και οι γυναίκες που είναι σε ιδιαίτερο κίνδυνο. Δηλαδή, οι γυναίκες εκείνες που έχουν περισσότερους από ένα σεξουαλικούς συντρόφους, οι γυναίκες που έχουν ιστορικό κάποιας σεξουαλικά μεταδιδόμενης νόσου, κονδυλώματα και προηγούμενα Τεστ Παπανικολάου που δεν έχουν βγει φυσιολογικά.

Όμως, το Τεστ Παπανικολάου δεν είναι διαγνωστικό και δεν πρέπει να χρησιμοποιείται, για να αποκλείσει το ενδεχόμενο καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Σε περίπτωση που παρουσιαστούν συμπτώματα της νόσου, που πιθανώς οφείλεται σε αυτήν τη μορφή καρκίνου, είναι απαραίτητο να γίνει βιοψία. Η χρησιμότητα της εξέτασης έγκειται στη διάγνωση προκαρκινικών αλλοιώσεων και στην πρόληψη της ασθένειας (ΠΑΠ ΤΕΣΤ, ΓΙΑ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ, 2011).

2.3.7 Διαγνωστικές εξετάσεις

Η εξέταση του τραχήλου είναι απαραίτητη για την ανίχνευση και διάγνωση του καρκίνου. Οι ακόλουθες εξεταστικές μέθοδοι μπορούν να χρησιμοποιηθούν:

- Τεστ Παπανικολάου

- Κολποσκόπηση
- Βιοψία
- Αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση
- Ενδοτραχηλική απόξεση

(Καρκίνος Τραχήλου Μήτρας, 2014).

Αφού εντοπιστεί ο καρκίνος του τραχήλου, διενεργούνται εξετάσεις για να ελεγχθεί, εάν τα καρκινικά κύτταρα έχουν εξαπλωθεί μέσα στον τράχηλο ή επεκτείνονται και σε άλλα μέρη του σώματος.

Οι ακόλουθες εξετάσεις και διαδικασίες χρησιμοποιούνται στη σταδιοποίηση:

- Ακτινογραφία θώρακος
- Αξονική τομογραφία
- Λεμφαγγειογραφία
- Χειρουργική Υπερηχογράφημα
- Μαγνητική Τομογραφία

(Καρκίνος Τραχήλου Μήτρας, 2014).

2.3.8 Θεραπεία της νόσου

Η θεραπεία της νόσου περιλαμβάνει:

- Εγχείρηση
- Κωνοειδή εκτομή
- Τραχηλεκτομή
- Εκτεταμένη πυελική χειρουργική επέμβαση
- Ακτινοθεραπεία
- Χημειοθεραπεία
- Εξωτερική ακτινοθεραπεία & Εσωτερική ακτινοθεραπεία

(Esmo.gr., 2011).

2.3.9 Πρόληψη της νόσου

Οι τρόποι πρόληψης από την νόσο και η έγκαιρη ανίχνευση της περιλαμβάνει τα εξής:

- Εμβόλιο
- Έναρξη σεξουαλικής ζωής μετά την εφηβική ηλικία
- Αποφυγή πολλών ερωτικών συντρόφων
- Επιλογή συντρόφου που δεν είχε καθόλου ή μόνο λίγους άλλους σεξουαλικούς συντρόφους
- Χρήση προφυλακτικού
- Τη διενέργεια του τεστ Παπανικολάου ταυτόχρονα με τη γυναικολογική εξέταση
- Αποφυγή του καπνίσματος

Επίσης, η ενημέρωση της γυναίκας για τα συμπτώματα της νόσου συμβάλλει στην έγκαιρη ανίχνευση και αντιμετώπιση της νόσου (Πρωτογενής Πρόληψη-Καρκίνος τραχήλου μήτρας, 2014).

2.4 Πολυφαρμακία

Η πολυφαρμακία είναι φαινόμενο της εποχής μας. Σε έρευνες που έχουν διεξαχθεί, έχει ανακαλυφθεί ότι οι γυναίκες παίρνουν περισσότερα φάρμακα και βοτανικά συμπληρώματα (Hughes, 2004).

Σύμφωνα με τις οδηγίες του Πανελληνίου Φαρμακευτικού Συλλόγου, για την ελαχιστοποίηση οποιουδήποτε κινδύνου που μπορεί να αναπτυχθεί από τη λήψη κάποιου φαρμάκου, η γυναίκα πρέπει να ακολουθεί τα εξής:

- Να πληροφορεί τον ιατρό της για τα φάρμακα που λαμβάνει τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο, καθώς και τη δοσολογία τους.
- Να ενημερώσει για τυχόν εγκυμοσύνη, θηλασμό ή αν σκοπεύει να μείνει έγκυος στο μέλλον και ενώ θα συνεχίζεται η φαρμακευτική αγωγή, γιατί ορισμένα φάρμακα θέτουν σε κίνδυνο την υγεία τόσο της μητέρας, όσο και του εμβρύου.
- Να είναι ενημερωμένη για τις παρενέργειες που μπορεί να παρουσιάσει το φάρμακο και να πάρει οδηγίες για τον τρόπο που θα αντιδράσει, αν εμφανιστούν οι παρενέργειες.
- Να παίρνει το φάρμακο ανάλογα με τη δόση που ορίζει ο θεράπων ιατρός, για να επιτύχει ασφαλέστερη και αποτελεσματικότερη θεραπεία (Hughes, 2004).

2.5 Η επιρροή της διατροφής στην υγεία

Η καλή διατροφή είναι απαραίτητη για την υγεία. Η σωστά ισορροπημένη διατροφή βοηθά στην πρόληψη νοσημάτων και χρησιμοποιείται στη θεραπεία συγκεκριμένων προβλημάτων υγείας.

Αντίθετα, οι κακές διατροφικές συνήθειες, οι διατροφικές διαταραχές και η παχυσαρκία συσχετίζονται με νοσήματα και εξασθένιση του οργανισμού. Πολλές γυναίκες σε νεαρή ηλικία αντιμετωπίζουν προβλήματα βάρους και προβλήματα υγείας (Lowdermilk, 2013).

Σύμφωνα με μελέτες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) και του Διεθνούς Ινστιτούτου Καρκίνου οι αιτίες που προκαλούν καρκίνο είναι περίπου γνωστές. Το 30% οφείλεται στο κάπνισμα, 33% στα τρόφιμα, 5% στην κληρονομικότητα και το υπόλοιπο 32% στις ακτινοβολίες, τους ιούς και τις ορμόνες. Στα τρόφιμα οφείλεται το 1/3 των καρκίνων του πεπτικού συστήματος (Κατσαρός, 2013).

Έρευνες ανακάλυψαν ότι η παχυσαρκία συνδέεται με μια σειρά ασθενειών, όπως η υπέρταση, ο διαβήτης, η δυσλιπιδαιμία, οι καρδιακές παθήσεις, τα εγκεφαλικά, οι παθήσεις του ήπατος και του παγκρέατος, η οστεοαρθρίτιδα, η υπνική άπνοια και η κατάθλιψη (www.NIPHS.com).

Σύμφωνα με μελέτες που πραγματοποιήθηκαν, αρκετοί γιατροί σχετίζουν την εμφάνιση της παχυσαρκίας και με τον καρκίνο του μαστού, του ενδομητρίου και του παχέος εντέρου. Η εξάπλωσή της παχυσαρκίας δεν εξαρτάται μόνο από την ποσότητα της τροφής που καταναλώνουμε, αλλά κυρίως από την ποιότητα και τον τρόπο ζωής μας. Η αφθονία των αγαθών, ο υπερκαταναλωτισμός και η καθιστική ζωή, σε συνδυασμό με το άγχος, αυξάνουν τον αριθμό των παχύσαρκων ατόμων (www.NIPHS.com).

Οι γυναίκες οι οποίες ακολουθούν μια διατροφή που βασίζεται σε τρόφιμα όπως φρούτα, λαχανικά, σιτηρά ολικής αλέσεως, άπαχα κρέατα, υποκατάστατα κρέατος, και γαλακτοκομικά προϊόντα χαμηλής περιεκτικότητας σε λίπος έχουν 30% λιγότερη συχνότητα θνησιμότητας από άλλες γυναίκες που δεν εφαρμόζουν τις αρχές της υγιούς διατροφής σύμφωνα με το (Κατσαρός, 2013).

2.6 Καρκίνος και Παχυσαρκία

Η παχυσαρκία είναι ιδιαίτερα συχνή στις αναπτυγμένες χώρες. Αιτία της παχυσαρκίας αποτελεί ο σύγχρονος τρόπος ζωής, που χαρακτηρίζεται από έλλειψη της φυσικής άσκησης και οι κακές διατροφικές συνήθειες (Hu FB, 2003).

Η κακή διατροφή έχει άμεση σχέση με τον Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου II και τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Επίσης, από επιστημονικά δεδομένα, η παχυσαρκία φαίνεται πως αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του ενδομητρίου, του μαστού, του παχέος εντέρου, του προστάτη, του νεφρού, του ήπατος, του παγκρέατος, και του οισοφάγου (Hu FB, 2003).

Μελέτες που πραγματοποιήθηκαν, έδειξαν ότι ο υψηλός μαζικός δείκτης σώματος και η χαμηλή σωματική δραστηριότητα είναι ισχυροί και ανεξάρτητοι παράγοντες κινδύνου για τον καρκίνο του ενδομητρίου (Schouten et al, 2004).

2.7 Κάπνισμα και γυναικεία υγεία

Μέσα στις καθημερινότητα της γυναίκας εντοπίζονται και οι κακές συνήθειες του καπνίσματος. Το ζήτημα του καπνίσματος μπορεί να συσχετισθεί με το μορφωτικό επίπεδο. Όσο μεγαλύτερη μόρφωση έχει μια γυναίκα, τόσο λιγότερες είναι οι πιθανότητες να ξεκινήσει το κάπνισμα ως ενήλικη ή να συνεχίσει να καπνίζει.

Οι δυσμενείς επιπτώσεις του καπνού στην υγεία είναι καθολικές, δεδομένου ότι αυξάνουν τους κινδύνους του για καρκίνο του φάρυγγα, του οισοφάγου και των πνευμόνων και για καρδιακές παθήσεις. Το κάπνισμα στις γυναίκες αυξάνει επίσης τον κίνδυνο για καρδιακές παθήσεις. Ο κίνδυνος αυτός αυξάνεται κατά 30 φορές αν οι γυναίκες συνδυάζουν το κάπνισμα με τη λήψη αντισυλληπτικών (www.NLM.com).

Στην Ελλάδα, έρευνες έδειξαν ότι το 43% των Ελλήνων καπνίζει. Συγκεκριμένα, οι έρευνες έδειξαν ότι οι άντρες καπνίζουν με ποσοστό (47,4%) και οι γυναίκες με ποσοστό (39,6%) Τα ποσοστά αυτά δικαιολογούν και το γεγονός ότι η Ελλάδα βρίσκεται στις πρώτες θέσεις της ευρωπαϊκής λίστας κατανάλωσης τσιγάρων (Πρώτοι στην Ευρώπη οι Έλληνες καπνιστές, 2015).

Επιπλέον, το κάπνισμα από τις μητέρες μπορεί να έχει επιπτώσεις στα παιδιά τους, τόσο κατά τη διάρκεια της κύησης όσο και μετά. Το κάπνισμα κατά την κύηση σχετίζεται με:

- Προωρότητα
- Αυξημένη συχνότητα αποβολών

- Περιγεννητικά προβλήματα
- Ενδομήτρια καθυστέρηση της αύξησης του εμβρύου
- Αυξημένη συχνότητα πυρετικών σπασμών και αιφνίδιου θανάτου στη βρεφική ηλικία

2.8 Υπέρταση

Η καρδιά προωθεί το αίμα στον οργανισμό μέσω των αρτηριών, με αποτέλεσμα οι αρτηρίες να βρίσκονται υπό πίεση. Η πίεση αυξάνει, όταν ο οργανισμός καταβάλλει κάποια σωματική προσπάθεια και ελαττώνεται όταν ο οργανισμός βρίσκεται σε κατάσταση ηρεμίας. Υπέρταση έχουμε, όταν η πίεση παραμένει υψηλή για μεγάλο χρονικό διάστημα, ακόμα και όταν ο οργανισμός βρίσκεται σε ηρεμία (Μαντούδης, 2011).

Ένας κύριος παράγοντας της υπέρτασης είναι ο τρόπος ζωής. Η καθιστική ζωή σε συνδυασμό με απουσία σωματικής άσκησης, υπερφαγία με ανθυγιεινή διατροφή και υπερκατανάλωση θερμίδων, το αλκοόλ, το υπερβολικό βάρος σώματος και η παχυσαρκία, οι μεγάλες ποσότητες αλατιού στη διατροφή, το στρες και το κάπνισμα, έχουν τεράστια επιρροή στην πρόκληση υψηλής πίεσης. Οι παραπάνω παράγοντες πρόκλησης της νόσου μπορούν να προληφθούν και να αντιμετωπιστούν (Κολιάκη-Κατσιλάμπρος, 2009).

Η έγκαιρη διάγνωση της υπέρτασης έχει μεγάλη σημασία. Σε περίπτωση που διαπιστώνεται σε ένα άτομο υψηλή αρτηριακή πίεση, έχει μεγάλη σημασία η επαναφορά και η διατήρηση της πίεσης στα φυσιολογικά επίπεδα (Κολιάκη-Κατσιλάμπρος, 2009).

Η πρόληψη της υπέρτασης μπορεί να υιοθετηθεί από έναν υγιεινό τρόπο διαβίωσης. Η διατήρηση του ιδανικού βάρους, η σωματική δραστηριότητα-άσκηση, η υγιεινή διατροφή με βάση τα φρούτα, τα λαχανικά, και τα γαλακτοκομικά προϊόντα με χαμηλά λιπαρά και επιλέγοντας τροφές χαμηλής περιεκτικότητας σε αλάτι, νάτριο και κεκορεσμένα λίπη (Κολιάκη-Κατσιλάμπρος, 2009).

Επίσης, ένας άλλος τρόπος πρόληψης και αντιμετώπισης της νόσου είναι η τακτική άσκηση, η οποία αποτελεί και αποδεδειγμένα θεραπεία για την ήδη εγκατεστημένη υπέρταση (Κολιάκη-Κατσιλάμπρος, 2009).

2.9 Ενδομητρίωση

Η ενδομητρίωση χαρακτηρίζεται από την παρουσία και ανάπτυξη ιστού, παρόμοιου με του ενδομητρίου έξω από τη μήτρα. Ο ιστός μπορεί να εμφυτευθεί στις ωοθήκες, στο δουλγασσείο χώρο, στους συνδέσμους της μήτρας, στο ορθοκολπικό διάφραγμα, στο σιγμοειδές, στον τράχηλο ή στην βουβωνική περιοχή (Lowdermilk, 2013).

Η αιτία της ενδομητρίωσης είναι η διασαλπινγική μετανάστευση ή παλίνδρομη εμμηνορρυσία. Ο ιστός μεταναστεύει από τη μήτρα στις σάλπιγγες, κατά τη διάρκεια της έμμηνης ρύσης, και στη συνέχεια στην περιτοναϊκή κοιλότητα, όπου εμφυτεύεται στις ωοθήκες και σε άλλα όργανα (Lowdermilk, 2013).

Τα συμπτώματα της νόσου ποικίλλουν από γυναίκα σε γυναίκα. Η βαρύτητα των συμπτωμάτων μπορεί να μεταβληθεί με την πάροδο του χρόνου και ίσως να μη σχετίζεται με την έκταση της νόσου. Τα κυριότερα συμπτώματα της ενδομητρίωσης είναι η δυσμηνόρροια, η υπογονιμότητα και η δυσπαρεύνια (πονέματα της σεξουαλική επαφή).

Η θεραπεία της νόσου περιλαμβάνει τα εξής:

- Αντισυλληπτικά χάπια
- Μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα
- Ορμονικούς ανταγωνιστές
- Χειρουργική αντιμετώπιση

Η νόσος μπορεί να επιδεινωθεί με επαναλαμβανόμενους κύκλους ή μπορεί να παραμείνει ασυμπτωματική και αδιάγνωστη, και τελικά να εξαλειφθεί μετά την εμμηνόπαυση (Lowdermilk, 2013).

2.10 Ο Ιός των Ανθρωπίνων Θηλωμάτων (HPV)

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. Θεωρείται αιτιολογικός παράγοντας κινδύνου για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, αν και όλες οι γυναίκες με HPV λοίμωξη δεν θα αναπτύξουν καρκίνο (Ρούπα 2006).

Έρευνα που έγινε το 2009, έδειξε ότι ο ιός (HPV) προκαλεί πάνω από το 99% των περιστατικών καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. 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 κύριος τρόπος μετάδοσης του ιού είναι η σεξουαλική επαφή χωρίς προφυλακτικό. Επίσης, μπορεί να μεταδοθεί από τη μητέρα στο νεογνό κατά τον φυσιολογικό τοκετό (Ρούπα 2006).

Οι ορότυποι του HPV διακρίνονται σε υψηλού κινδύνου, 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, είναι η συνύπαρξη πολλαπλών διαφορετικών οροτύπων του ιού και το υικό φορτίο (Ρούπα 2006).

Από το 2002 έχει ξεκινήσει η εφαρμογή εμβολίων για την πρόληψη της λοίμωξης από τον HPV. Τα εμβόλια χορηγούνται σε 3 δόσεις εντός 6 μηνών, στις ηλικίες από 12 έως 26 ετών. Το έτος 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 (Μούντζιος, 2014).

2.10.1 Επιδημιολογία Κονδυλωμάτων

Η επίπτωση των κονδυλωμάτων είναι υψηλή και φαίνεται να αυξάνεται τα τελευταία χρόνια. Στο Τμήμα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων του Νοσοκομείου «Ανδρέας Συγγρός», ο αριθμός των ασθενών που προσήλθαν με κονδυλώματα σχεδόν διπλασιάστηκε κατά την περίοδο 2006-2011 (Κοντέ και συν, 2014).

Πρόσφατες μελέτες από τη Σουηδία και την Αυστραλία δείχνουν, ωστόσο, μείωση της επίπτωσης των κονδυλωμάτων σε έφηβες και νεαρές ενήλικες γυναίκες από το 2007 και μετά, πιθανόν λόγω του συστηματικά εφαρμοζόμενου εμβολιασμού κατά της HPV λοίμωξης στις χώρες αυτές (Κοντέ και συν, 2014).

Τα κονδυλώματα εμφανίζονται συνήθως σε άτομα ηλικίας 18-35 ετών. Παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση κονδυλωμάτων είναι το κάπνισμα, ο μεγαλύτερος αριθμός σεξουαλικών συντρόφων και η έναρξη της σεξουαλικής ζωής σε μικρότερη ηλικία (Κοντέ και συν, 2014).

2.10.2 Προσυμπτωματικός έλεγχος για HPV

Η εκτεταμένη εφαρμογή του τεστ Παπανικολάου για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας οδήγησε σε σημαντική μείωση του επιπολασμού της νόσου. Παρόλα αυτά, η πλειοψηφία του καρκίνου τραχήλου της μήτρας (60%) εμφανίζεται σε γυναίκες που δε συμμετέχουν σε πληθυσμιακούς ελέγχους (Κοντέ και συν, 2014).

Σημαντικό όφελος στην πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου μπορεί να επιτευχθεί απλά με αύξηση της συμμετοχής των γυναικών σε προγράμματα πληθυσμιακού ελέγχου ανεξάρτητα από τη μέθοδο που χρησιμοποιούμε. Το 2012 η ομάδα πρόληψης των Ηνωμένων Πολιτειών συνέστησε ταυτόχρονη χρήση του τεστ Παπανικολάου με το HPV DNA test ως μέθοδο πρόληψης εμφάνισης καρκίνου του τραχήλου της μήτρας για όλες τις γυναίκες (Κοντέ και συν, 2014).

2.11 Οστεοπόρωση

Η οστεοπόρωση είναι μια ασθένεια που χαρακτηρίζεται από χαμηλή οστική πυκνότητα και μέτρια ποιότητα οστού. Εξελίσσεται χωρίς συμπτώματα και μπορεί να ανακαλυφθεί, εάν προκύψει κάποιο κάταγμα που εντοπίζεται συνήθως στο ισχίο, στην σπονδυλική στήλη, ή στον καρπό. Γι αυτό χαρακτηρίζεται ως η σιωπηλή επιδημία της εποχής μας (Οστεοπόρωση: η πρόληψη είναι καλύτερη από τη θεραπεία, 2011).

Στην οστεοπόρωση, η σύνθεση του οστού και ο όγκος του σκελετού παραμένουν φυσιολογικά, ενώ η οστική μάζα ελαττώνεται με αποτέλεσμα τα οστά να γίνονται «αραιότερα» με μειωμένη αντοχή και μεγαλύτερη πιθανότητα να πάθουν κατάγματα, όταν ασκούνται πάνω τους δυνάμεις. Όσο μεγαλύτερη οστική μάζα έχει ο άνθρωπος, τόσο μειώνει τον κίνδυνο να πάθει οστεοπόρωση. Αυτή η διαπίστωση αποτελεί το «κλειδί» στην πρόληψη της νόσου (Οστεοπόρωση: η πρόληψη είναι καλύτερη από τη θεραπεία, 2011).

Οι παράγοντες που συμβάλλουν στη μείωση της νόσου και αυξάνουν τον κίνδυνο οστεοπόρωσης είναι:

- Κάπνισμα
- Κατανάλωση αλκοολούχων ποτών
- Πρόσληψη καφεΐνης
- Αυξημένη πρόσληψη αλατιού

- Ελαττωμένη πρόσληψη ασβεστίου
- Αυξημένη πρόσληψη ζωικών πρωτεϊνών

Άλλοι παράγοντες κινδύνου που δεν μπορούν να ελεγχθούν είναι η κληρονομικότητα, το φύλο (οι γυναίκες έχουν 6 έως 8 φορές περισσότερες πιθανότητες να πάθουν οστεοπόρωση σε σχέση με τους άνδρες), η σωματική διάπλαση, η ηλικία, η πρόωρη εμμηνόπαυση και η χειρουργική αφαίρεση των ωοθηκών.

Η οστεοπόρωση μπορεί να προληφθεί, εάν ελαττώσουμε τους παράγοντες της νόσου. Μερικοί παράγοντες που αποτρέπουν την εμφάνιση της οστεοπόρωσης είναι οι εξής:

- Γυμναστική
- Διακοπή του καπνίσματος
- Μείωση της κατανάλωσης αλκοόλ, καφεΐνης και αλατιού
- Μείωση της πρόσληψης ζωικών τροφών
- Ημερήσια πρόσληψη ασβεστίου

(Οστεοπόρωση: η πρόληψη είναι καλύτερη από τη θεραπεία, 2011).

Ο προσυμπτωματικός έλεγχος της οστεοπόρωσης περιλαμβάνει τις εξής εξετάσεις:

- Γενική αίματος
- Αιμοπετάλια
- Ασβέστιο (Ca)
- Φώσφορος (P04)
- Κρεατινίνη
- Αλκαλική Φωσφατάση (ALP)
- Βιταμίνη D (25-OHD)
- Μέτρηση Οστικής Πυκνότητας ΟΜΣΣ- ΙΣΧΙΟ

(Προδιάθεση οστεοπόρωσης, 2014).

Κεφάλαιο 3^ο

Μεθοδολογία της έρευνας

Σκοπός και ερευνητικά ερωτήματα:

Στα προηγούμενα κεφάλαια, αναδείχθηκε η σημασία της πρόληψης στην υγεία γενικότερα και ειδικότερα στην υγεία της γυναίκας. Στην κατεύθυνση αυτή επίσης, επελέγησαν, ταξινομήθηκαν και παρουσιάστηκαν μερικά από τα πιο σημαντικά νοσήματα της γυναίκας, η γενική παθολογική εικόνα και τα συμπτώματα των νοσημάτων, καθώς και το πλαίσιο πρόληψης ή πρώιμης διάγνωσης για κάθε περίπτωση.

Όπως φάνηκε, η πρόληψη και η πρώιμη διάγνωση ασθενειών της γυναίκας χωρίς υπερβολή σώζει ζωές, έχει θετικό κοινωνικό αντίκτυπο καθώς συμβάλλει στην δημόσια υγεία και την ποιότητα ζωής, παρατείνει τον μέσο όρο ζωής της γυναίκας, συμβάλλει στον περιορισμό των ασθενειών, ενώ συμβάλλει και στην οικονομία πόρων του συστήματος υγείας ενός κράτους (μείωση ασθενών ως επιτεύξιμος στόχος εθνικής πολιτικής, συνεπάγεται μείωση δαπανών στην υγεία, αποσυμφόρηση νοσοκομειακών μονάδων, καλύτερη εξυπηρέτηση κλπ.). Για τους λόγους αυτούς, έχει έννοια να διερευνηθούν οι πεποιθήσεις αλλά και οι στάσεις και συνήθειες των γυναικών ως προς την πρόληψη νοσημάτων.

Ο σκοπός της παρούσης μελέτης, είναι διπλός:

α) Αφ' ενός, να διερευνηθούν οι απόψεις και τις πεποιθήσεις των γυναικών ως προς την πρόληψη υγείας και

β) Αφ' ετέρου, να διερευνηθούν οι συνήθειες των γυναικών ως προς την εφαρμογή της πρόληψης.

Με άλλα λόγια, αρχικά θα διερευνηθεί αν και σε ποιο βαθμό, οι γυναίκες έχουν ενημέρωση για θέματα πρόληψης ασθενειών που αφορούν την υγείας τους, και τι πιστεύουν ως προς την σημασία της πρόληψης. Στην συνέχεια, θα διερευνηθεί η στάση που τηρούν σε θέματα πρόληψης υγείας, δηλαδή, αν και σε ποιο βαθμό εφαρμόζουν και ποια μέτρα πρόληψης για την υγεία τους.

Πιο συγκεκριμένα, τα επιμέρους ερευνητικά ερωτήματα αναφορικά με τις απόψεις των γυναικών ως προς την πρόληψη υγείας είναι: Αν υπάρχουν διαφορετικές πεποιθήσεις στις γυναίκες ως προς την πρόληψη ανάλογα με την ηλικία, αν και σε ποιο βαθμό θεωρούν σημαντική την πρόληψη, αν έχουν επίγνωση των πιο συχνών νόσων που πλήττουν τις γυναίκες, αν γνωρίζουν τις συνήθειες εξετάσεις πρόληψης.

Αντιστοίχως, ενδεικτικά ερευνητικά ερωτήματα που αφορούν τις συνήθειες των γυναικών ως προς την πρόληψη είναι μεταξύ άλλων: Αν οι γυναίκες αναπτύσσουν στην πράξη διαφορετικές συνήθειες ως προς την πρόληψη σε σχέση με την ηλικία, από πού αντλούν πληροφορίες σχετικά με το τι προληπτικές εξετάσεις πρέπει να κάνουν, ποιες είναι οι βασικές συνήθειες που πρέπει να υιοθετούν ώστε να έχουν καλή γενική υγεία, και κυρίως, αν και σε ποιο βαθμό γνωρίζουν η/και κάνουν τις βασικές προληπτικές εξετάσεις.

Τέλος, ιδιαίτερης σημασίας θεωρούνται επιμέρους ερευνητικά ερωτήματα, που συσχετίζουν τους δύο επιμέρους στόχους της παρούσης μελέτης, όπως πχ. αν και σε ποιο βαθμό η συνειδητοποίηση της σημασίας της πρόληψης κινητοποιεί αντίστοιχες συμπεριφορές εφαρμογής πρόληψης. Θα διερευνηθεί δηλαδή, αν οι γυναίκες που πιστεύουν στην σημασία της πρόληψης, τηρούν στην πράξη ανάλογη στάση, αν δηλαδή φροντίζουν να ενημερώνονται από έγκυρες πηγές σχετικά με την πρόληψη και αν πράγματι υποβάλλονται σε προληπτικές εξετάσεις συχνά.

Σχεδιασμός έρευνας:

Για την διερεύνηση του σκοπού της έρευνας, ο καταλληλότερος τρόπος είναι η διεξαγωγή μελέτης συγχρονικού τύπου (cross sectional study) με τυχαία στρωματοποιημένη δειγματοληψία με προσωπική συνέντευξη και εργαλείο μέτρησης το ερωτηματολόγιο. Πεδίο της έρευνας είναι ο πληθυσμός των γυναικών άνω των 18 ετών. Εκτιμάται ότι για την εξαγωγή αξιόπιστων αποτελεσμάτων, το δείγμα θα πρέπει να αποτελείται από τουλάχιστον 200 αποδεκτά ερωτηματολόγια κατά συνέπεια στον σχεδιασμό εκτιμήθηκε ότι θα πρέπει να διανεμηθούν τουλάχιστον 350 ερωτηματολόγια.

Εργαλείο μέτρησης:

Αρχικά αναζητήθηκαν σταθμισμένα ερωτηματολόγια από την διεθνή βιβλιογραφία, που να ικανοποιούν τους στόχους της μελέτης. Δεδομένου όμως ότι δεν βρέθηκαν κατάλληλα ερωτηματολόγια, αποφασίστηκε να δημιουργηθεί ερωτηματολόγιο βασιζόμενο στους σκοπούς της μελέτης και τα επιμέρους ερευνητικά ερωτήματα.

Το μέγεθος του ερωτηματολογίου επηρεάζει την ποιότητα των συλλεγομένων δεδομένων. Τα μεγάλα ερωτηματολόγια συνήθως αυξάνουν το ποσοστό αναπάντητων ή τυχαίων απαντήσεων λόγω δυσφορίας του ερωτώμενου, όπως και το ποσοστό εγκατάλειψης στην μέση ή και απόρριψης εξ' αρχής της διαδικασίας. Στην βιβλιογραφία αναφέρεται ότι τα μεγάλα ερωτηματολόγια έχουν χαμηλότερα ποσοστά ανταπόκρισης από ότι τα μικρότερου μεγέθους (Bean και Roszkowski, 1995).

Το ερωτηματολόγιο για το σύνολο των δομών που έπρεπε να μετρηθούν όπως καθορίστηκε από το ερευνητικό πλαίσιο, αποτελείται συνολικά από 35 στοιχεία συμπεριλαμβανομένων των βασικών δημογραφικών στοιχείων. Το πλήθος των στοιχείων ανά δομή περιγράφεται στον ακόλουθο πίνακα :

Πίνακας Χ1 : Δομή του εργαλείου μέτρησης

ΜΕΤΡΟΥΜΕΝΗ ΔΟΜΗ	ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ (ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ)	3
ΠΕΠΟΙΘΗΣΕΙΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ	12
ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΛΗΨΗΣ	20
ΣΥΝΟΛΟ	35

Για την αξιολόγηση των απαντήσεων χρησιμοποιήθηκε πενταβάθμια κλίμακα Likert, αποτελούμενη από τις διαβαθμίσεις: 1=Καθόλου, 2=Λίγο, 3=Μέτρια, 4=Αρκετά, 5=Πολύ.

Η μέθοδος για την συλλογή των στοιχείων, είναι η τυχαία στρωματοποιημένη δειγματοληψία με προσωπική συνέντευξη. Οι γυναίκες κλήθηκαν να απαντήσουν με πέντε (5) πιθανές απαντήσεις (κλίμακα Likert) σε κάθε ερώτηση και με διαβαθμίσεις «Ποτέ», «Σπάνια», «Αρκετά», «Συχνά», «Πολύ συχνά».

Πιλοτική Μελέτη:

Δεδομένου ότι το ερωτηματολόγιο που δημιουργήθηκε για τους σκοπούς της συγκεκριμένης έρευνας, πριν την εφαρμογή έπρεπε να προηγηθεί πιλοτική μελέτη και στάθμιση του ερωτηματολογίου (έλεγχος εγκυρότητας και αξιοπιστίας).

Σύμφωνα με την βιβλιογραφία, η πιλοτική μελέτη έχει στόχο τον έλεγχο της καταλληλότητας του ερωτηματολογίου της έρευνας ως προς την διατύπωση και την σειρά των ερωτήσεων και την κατανόηση τους από τους ερωτώμενους, ενώ διενεργείται πριν την διεξαγωγή της κυρίας μελέτης (Bryman, A, 2004. Η πιλοτική μελέτη, πραγματοποιήθηκε σε μικρό τυχαίο δείγμα, αποτελούμενο από 20 γυναίκες διαφόρων ηλικιών από τις οποίες ζητήθηκε να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο και να σχολιάσουν τυχόν ασάφειες ή λάθη.

Παρατηρήθηκε ταυτόχρονα και καταγράφηκε η αμεσότητα απάντησης κάθε ερώτησης, ο μέσος χρόνος απάντησης του ερωτηματολογίου συνολικά, όπως επίσης και αν χρειάστηκε να διαβάσουν δεύτερη φορά κάποια ερώτηση, προκειμένου να εκτιμηθεί αν οι ερωτήσεις ήταν άμεσα αντιληπτές. Με βάση τα λιγοστά σχόλια και παρατηρήσεις που έγιναν, και αφορούσαν κυρίως φρασεολογικά και συντακτικά θέματα στην διατύπωση ορισμένων ερωτήσεων, αναδιατυπώθηκαν και απλοποιήθηκαν οι ερωτήσεις 11,15,18, και 21.

Επεξεργασία δεδομένων:

Για την επεξεργασία και αξιολόγηση των απαντήσεων, χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS v.20 εγκατεστημένο σε συμβατό προσωπικό υπολογιστή. Αρχικά ορίστηκαν 35 μεταβλητές κατάλληλου τύπου (όσες δηλαδή και οι ερωτήσεις του ερευνητικού εργαλείου) καθορίστηκαν τα χαρακτηριστικά τους και έγινε κωδικοποίηση και καταχώρησή των ερωτήσεων στο πρόγραμμα. Ακολούθησε η καταχώριση των απαντήσεων για όλο το δείγμα.

Αφού καταχωρήθηκε το σύνολο των δεδομένων, έγινε εκτίμηση της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας της κλίμακας κατά ομάδα, αλλά και συνολικά. Επίσης, διερευνήθηκε αν οι ομάδες ενδιαφέροντος ακολουθούν την κανονική κατανομή, προκειμένου να αποφασιστεί αν θα χρησιμοποιηθούν παραμετρικές ή μη παραμετρικές μέθοδοι εκτίμησης.

Για την αξιολόγηση των απαντήσεων, χρησιμοποιήθηκε περιγραφική και επαγωγική στατιστική.

Η περιγραφική στατιστική χρησιμοποιήθηκε για να εξαχθούν χρήσιμα συμπεράσματα ως προς τα μέτρα θέσης και διασποράς των μεταβλητών, την εκτίμηση των συχνοτήτων κάθε μεταβλητής, και την δημιουργία κατάλληλων γραφημάτων απεικόνισης των συχνοτήτων. Επίσης, διερευνήθηκε η συσχέτιση και το μέγεθος επίδρασης επιλεγμένων μεταβλητών.

Η περιγραφική στατιστική χρησιμοποιήθηκε προκειμένου να εξαχθούν χρήσιμα συμπεράσματα για τον γενικότερο πληθυσμό, βασιζόμενοι στις εκτιμήσεις της συμπεριφοράς του δείγματος.

Οι μη παραμετρικοί στατιστικοί έλεγχοι έγιναν με τους δείκτες χ^2 , με την μη παραμετρική ανάλυση διακύμανσης Kruskal-Wallis, με την ανάλυση παραγόντων και με τον έλεγχο ύπαρξης γραμμικής συσχέτισης με τον δείκτη Spearman. Ο έλεγχος υποθέσεων έγινε σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5% Pearson.

Κεφάλαιο 4^ο

Αποτελέσματα

Χαρακτηριστικά της έρευνας:

Η εμπειρική μελέτη διεξήχθη κατά την διάρκεια του δεύτερου εξαμήνου του 2016 στο Ηράκλειο της Κρήτης με τυχαία δειγματοληψία μεταξύ των γυναικών ηλικίας 18 ετών και πάνω που δέχθηκαν να συμμετέχουν.

Πίνακας X2 : Κατανομή ηλικιών του δείγματος

ΗΛΙΚΙΑ	ΑΤΟΜΑ
18 ΕΩΣ 27	54
27 ΕΩΣ 37	37
37 ΕΩΣ 47	72
47 ΕΩΣ 57	76
ΕΝΩ ΤΩΝ 57	61
ΣΥΝΟΛΟ	300

Η δειγματοληψία έγινε με προσωπικές συνεντεύξεις και ο συνήθης χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου δεν ήταν μεγαλύτερος από 7 περίπου λεπτά.

Στην έρευνα έλαβαν μέρος συνολικά 450 Γυναίκες. Στις ερωτήσεις απάντησαν τελικώς 300 άτομα (ποσοστό ανταπόκρισης $r/r=0,66$). Το μέγεθος αυτό είναι επαρκές για να εξασφαλιστεί η αξιοπιστία των μετρήσεων με τους περισσότερους δείκτες. Η κατανομή ηλικιών φαίνεται στον πίνακα X2.

Στάθμιση του δείγματος:

Πραγματοποιήθηκε ποιοτική μελέτη και έγιναν αναλύσεις με τον δείκτη Alpha Cronbach's και στους δύο θεματικούς άξονες του ερωτηματολογίου, οι οποίοι αναλύονται παρακάτω. Προτού να διεξαχθεί η ανάλυση των δεδομένων, πραγματοποιήθηκε τεστ αξιοπιστίας (Reliability test), όπως αναφέρουμε και στην μεθοδολογία της έρευνας, για τις 35 ερωτήσεις του ερωτηματολογίου.

Reliability Analysis

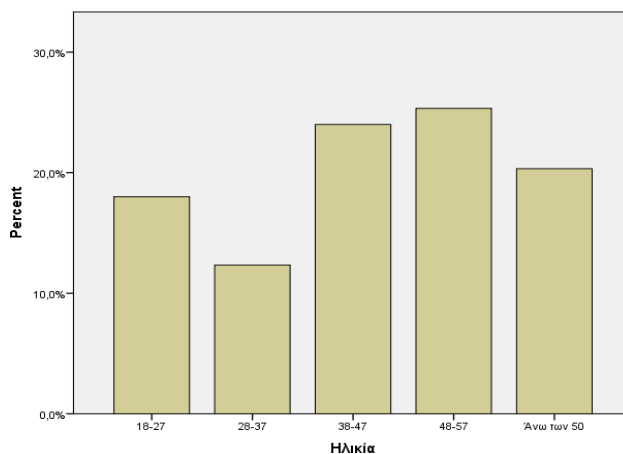
Πίνακας1.1:

Συνολικό Τεστ Αξιοπιστίας με τον δείκτη Cronbach Alpha

Πρώτη θεματική ενότητα		Δεύτερη θεματική ενότητα		Συνολικό τεστ αξιοπιστίας	
Cronbach's Alpha	N of Items	Cronbach's Alpha	N of Items	Cronbach's Alpha	N of Items
,717	12	,790	20	,834	32

4.1 ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ

Ερώτηση 1: Ηλικιακή κατανομή



Διάγραμμα 1.1: Ηλικιακή κατανομή του δείγματος

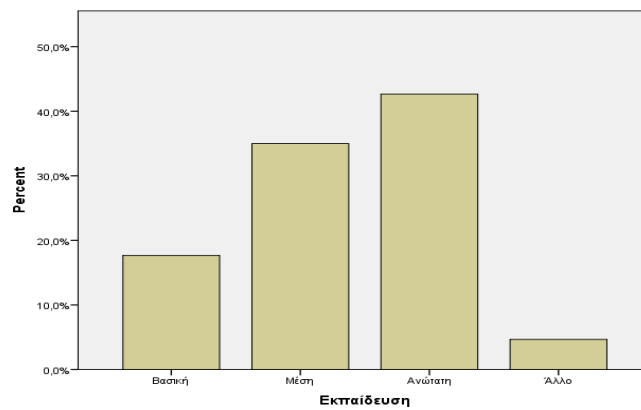
Ο μέσος όρος των ηλικιακών ομάδων είναι 37,95%.

Πίνακας 1.1: Έλεγχος συχνοτήτων βάση την ηλικία

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
18-27	54	18,0	18,0	18,0
28-37	37	12,3	12,3	30,3
38-47	72	24,0	24,0	54,3

48-57	76	25,3	25,3	79,7
Ανω των 50 ετών	61	20,3	20,3	100,0
Total	300	100,0	100,0	

Ερώτηση 2: Εκπαίδευση



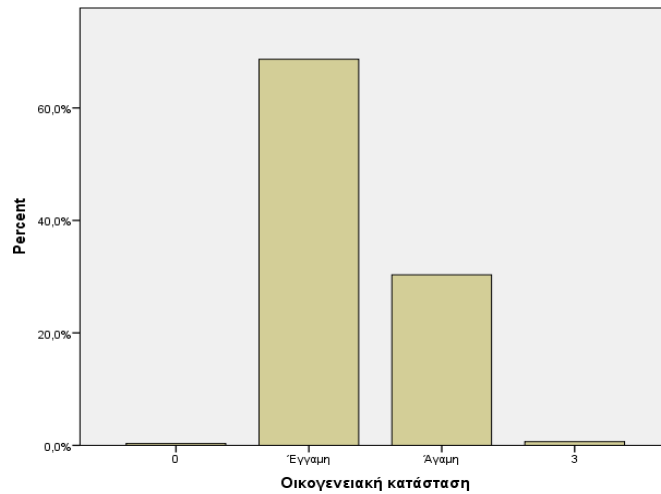
Διάγραμμα 1.2: Κατανομή του δείγματος με βάση την εκπαίδευση

Πίνακας 1.2: Έλεγχος συχνοτήτων βάση την εκπαίδευση

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1	53	17,7	17,7	17,7
2	105	35,0	35,0	52,7
3	128	42,7	42,7	95,3
4	14	4,7	4,7	100,0
Total	300	100,0	100,0	

Όσον αφορά το εκπαιδευτικό επίπεδο των ερωτηθέντων παρατηρείται ότι το αποτελείται από 53 γυναίκες είναι απόφοιτες Γυμνασίου (N=53,18%), 105 γυναίκες είναι απόφοιτες Λυκείου (N=105,35%), 128 γυναίκες είναι απόφοιτες ΑΕΙ ή ΤΕΙ (N=128, 42,7%) και 14 γυναίκες είναι απόφοιτες δημοτικού (N=14, 4,7%).

Ερώτηση 3: Οικογενειακή κατάσταση



Διάγραμμα 1.3: Κατανομή του δείγματος με βάση την οικογενειακή κατάσταση

Πίνακας 1.3: Έλεγχος συχνοτήτων βάση την οικογενειακή κατάσταση

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1	206	68,7	68,7	69,0
2	91	30,3	30,3	99,3
Total	300	100,0	100,0	100,0

Παρατηρείται ότι 206 γυναίκες είναι παντρεμένες (N=206, 68,7%) και 91 γυναίκες είναι ανύπαντρες (N=91, 30,3%).

Ερώτηση 4: Πιστεύετε ότι η διάγνωση είναι σημαντική για την θεραπεία μιας νόσου;

Πίνακας 1.4: Πιστεύετε ότι η διάγνωση είναι σημαντική για την θεραπεία μιας νόσου;

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Καθόλου	6	2,0	2,0	2,0
Λίγο	3	1,0	1,0	3,0
Μέτρια	15	5,0	5,0	8,0
Αρκετά	60	20,0	20,0	28,0
Πολύ	216	72,0	72,0	100,0
Total	300	100,0	100,0	

Παρατηρείται ότι 6 γυναίκες δεν πιστεύουν ότι είναι σημαντική η πρόιμη διάγνωση μίας νόσου (N=6, 2,0%) και 216 γυναίκες πιστεύουν πολύ (N=216, 72,0%).

Ερώτηση 5: Γνωρίζετε τι εξετάσεις περιλαμβάνει ο τακτικός προληπτικός έλεγχος;

Πίνακας 1.5: Γνωρίζετε τι εξετάσεις περιλαμβάνει ο τακτικός προληπτικός έλεγχος;

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Καθόλου	22	7,3	7,4	7,4
Λίγο	39	13,0	13,0	20,4
Μέτρια	60	20,0	20,1	40,5
Αρκετά	119	40,0	39,5	79,9
Πολύ	60	20,0	20,1	100,0
Total	300	99,7 100,0	100,0	

Παρατηρείται ότι 22 γυναίκες δεν γνωρίζουν καθόλου (N=22, 7,3%) και 119 γυναίκες γνωρίζουν αρκετά (N=119, 40,0%).

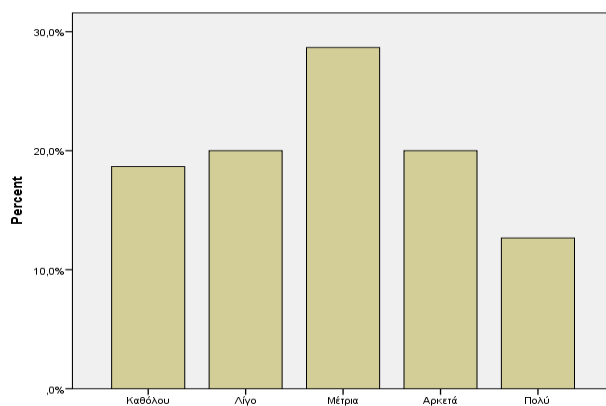
Ερώτηση 6: Γνωρίζετε τα συνήθη νοσήματα που απειλούν την υγεία της γυναίκας;

Πίνακας 1.6: Γνωρίζετε τα συνήθη νοσήματα που απειλούν την υγεία της γυναίκας;

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Καθόλου	8	2,7	2,7	2,7
Λίγο	41	13,7	13,7	16,3
Μέτρια	60	20,0	20,0	36,3
Αρκετά	122	40,7	40,7	77,0
Πολύ	69	23,0	23,0	100,0
Total	300	100,0	100,0	

Παρατηρείται ότι 8 γυναίκες δεν γνωρίζουν καθόλου (N=8, 2,7%) και 122 γυναίκες γνωρίζουν αρκετά (N=122, 40,7%).

Ερώτηση 7: Ενημερώνεστε συχνά για νέους τρόπους πρόληψης;



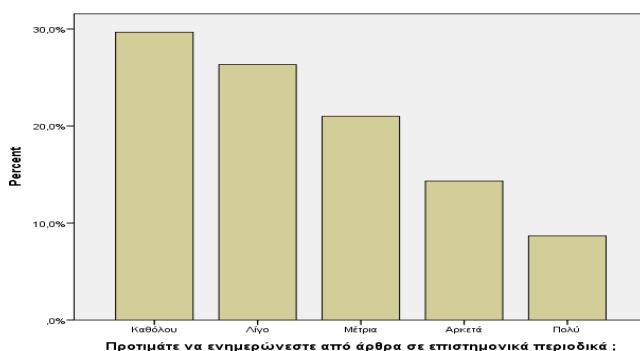
Διάγραμμα 1.4: Ενημερώνεστε συχνά για νέους τρόπους πρόληψης;

Πίνακας 1.7: Ενημερώνεστε συχνά για νέους τρόπους πρόληψης;

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Καθόλου	56	18,7	18,7	18,7
Λίγο	60	20,0	20,0	38,7
Μέτρια	86	28,7	28,7	67,3
Αρκετά	60	20,0	20,0	87,3
Πολύ	38	12,7	12,7	100,0
Total	300	100,0	100,0	

Παρατηρείται ότι 56 γυναίκες δεν ενημερώνονται καθόλου για τους νέους τρόπους πρόληψης νοσημάτων (N=56, 18,7%) και 86 γυναίκες ενημερώνονται μέτρια (N=86, 28,7%).

Ερώτηση 8: Προτιμάτε να ενημερώνεστε από άρθρα σε επιστημονικά περιοδικά;



Διάγραμμα 1.5: Προτιμάτε να ενημερώνεστε από άρθρα σε επιστημονικά περιοδικά;

Πίνακας 1.8: Προτιμάτε να ενημερώνεστε από άρθρα σε επιστημονικά περιοδικά γενικής ύλης και ιστοσελίδες στο διαδίκτυο;

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Καθόλου	89	29,7	29,7	29,7
Λίγο	79	26,3	26,3	56,0
Μέτρια	63	21,0	21,0	77,0
Αρκετά	43	14,3	14,3	91,3
Πολύ	26	8,7	8,7	100,0
Total	300	100,0	100,0	

Παρατηρείται ότι 89 γυναίκες δεν ενημερώνονται καθόλου από επιστημονικά άρθρα (N=89, 29,7%).

Ερώτηση 9: Προτιμάτε να ενημερώνεστε από τον γιατρό σας;

Πίνακας 1.9: Προτιμάτε να ενημερώνεστε από τον γιατρό σας;

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Καθόλου	10	3,3	3,3	3,3
Λίγο	8	2,7	2,7	6,0
Μέτρια	53	17,7	17,7	23,7
Αρκετά	115	38,3	38,3	62,0
Πολύ	114	38,0	38,0	100,0

Total	300	100,0	100,0	
-------	-----	-------	-------	--

Παρατηρείται ότι 114 γυναίκες προτιμούν να ενημερώνονται πολύ από τον γιατρό τους (N=114, 38,0%).

Ερώτηση 10: Προτιμάτε να ενημερώνεστε από περιοδικά γενικής ύλης και ιστοσελίδες στο διαδίκτυο;

Πίνακας 1.10:

Προτιμάτε να ενημερώνεστε από περιοδικά γενικής ύλης και ιστοσελίδες στο διαδίκτυο;

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Καθόλου	84	28,0	28,0	27,8
Λίγο	62	20,7	20,7	48,5
Μέτρια	66	22,0	22,0	70,6
Αρκετά	57	19,0	19,0	89,9
Πολύ	31	10,3	10,4	100,0
Total	300	100,0	100,0	

Παρατηρείται ότι 84 γυναίκες δεν ενημερώνονται από περιοδικά γενικής ύλης και από ιστοσελίδες στο διαδίκτυο (N=84, 28,0%).

Ερώτηση 11: Εφαρμόζετε τα στοιχειώδη μέτρα προφύλαξης από λοιμώδη (μεταδιδόμενα) νοσήματα; (AIDS, ηπατίτιδα κλπ.)

Πίνακας 1.11: Εφαρμόζετε τα στοιχειώδη μέτρα προφύλαξης από λοιμώδη (μεταδιδόμενα) νοσήματα; (AIDS, ηπατίτιδα κλπ.)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Καθόλου	48	16,0	16,0	16,0
Λίγο	13	4,3	4,3	20,0
Μέτρια	33	11,0	11,0	31,3
Αρκετά	62	20,7	20,7	52,0
Πολύ	144	48,0	48,0	100,0
Total	300	100,0	100,0	

Παρατηρείται ότι 144 γυναίκες εφαρμόζουν τα στοιχειώδη μέτρα προφύλαξης από τα λοιμώδη νοσήματα (N=144, 48,0%).

Ερώτηση 12: Γνωρίζετε τα μέτρα προφύλαξης από τα Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα;

Πίνακας 1.12:

Γνωρίζετε τα μέτρα προφύλαξης από τα Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα;

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Καθόλου	5	1,7	1,7	1,7
Λίγο	14	4,7	4,7	6,3
Μέτρια	19	6,3	6,3	12,7
Αρκετά	62	20,7	20,7	33,3
Πολύ	200	66,7	66,7	100,0
Total	300	100,0	100,0	

Παρατηρείται ότι 200 γυναίκες γνωρίζουν πολύ καλά τα μέτρα προφύλαξης από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (N=200, 66,7%).

Ερώτηση 13: Πριν τη λήψη κάποιας φαρμακευτικής αγωγής, διαβάζετε τις οδηγίες χρήσης του φαρμάκου;

Πίνακας 1.13:

Πριν τη λήψη κάποιας φαρμακευτικής αγωγής, διαβάζετε τις οδηγίες χρήσης του φαρμάκου;

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Καθόλου	21	7,0	7,0	7,0
Λίγο	20	6,7	6,7	13,7
Μέτρια	49	16,3	16,3	29,6
Αρκετά	62	20,7	20,7	50,7
Πολύ	148	49,3	49,3	100,0
Total	300	100,0	100,0	

Παρατηρείται ότι 148 γυναίκες διαβάζουν σε πολύ συχνότητα τις οδηγίες πριν την λήψη κάποιας φαρμακευτικής αγωγής (N=148, 49,3%).

Ερώτηση 14: Θεωρείται σημαντικές τις εξετάσεις πρόληψης καρκίνου του μαστού;

Πίνακας 1.14: Θεωρείται σημαντικές τις εξετάσεις πρόληψης καρκίνου του μαστού;

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Καθόλου	7	2,3	2,3	2,3
Λίγο	6	2,0	2,0	4,3
Μέτρια	20	6,7	6,7	11,0
Αρκετά	32	10,4	10,4	21,4
Πολύ	235	78,3	78,6	100,0
Total	300	100,0	100,0	

Παρατηρείται ότι 7 γυναίκες δεν θεωρούν σημαντικές τις εξετάσεις (N=7, 2,3%) και 235 γυναίκες τις θεωρούν πολύ σημαντικές (N=235, 78,3%).

Ερώτηση 15: Πιστεύετε ότι το εμβόλιο έναντι του HPV (Ιός των Ανθρωπίνων Θηλωμάτων) προφυλάσσει από τον καρκίνου του τραχήλου της μήτρας;

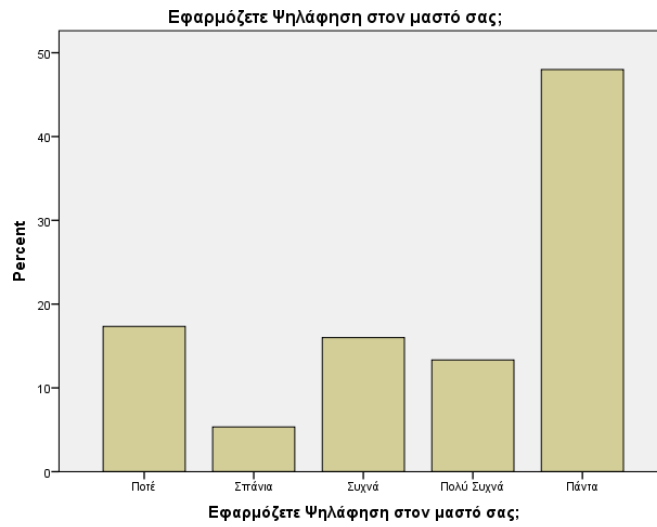
Πίνακας 1.15:

Πιστεύετε ότι το εμβόλιο έναντι του HPV (Ιός των Ανθρωπίνων Θηλωμάτων) προφυλάσσει από τον καρκίνου του τραχήλου της μήτρας;

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Καθόλου	21	7,0	7,0	7,0
Λίγο	21	7,0	7,0	14,0
Μέτρια	54	18,0	18,0	32,0
Αρκετά	94	31,3	31,3	63,3
Πολύ	110	36,7	36,7	100,0
Total	300	100,0	100,0	

Παρατηρείται ότι 21 γυναίκες πιστεύουν ότι δεν προφυλάσσει καθόλου το εμβόλιο (N=21, 7,0%) και 110 γυναίκες πιστεύουν ότι προφυλάσσει πολύ (N=110, 36,7%).

Ερώτηση 16: Εφαρμόζετε ψηλάφηση στον μαστό σας;



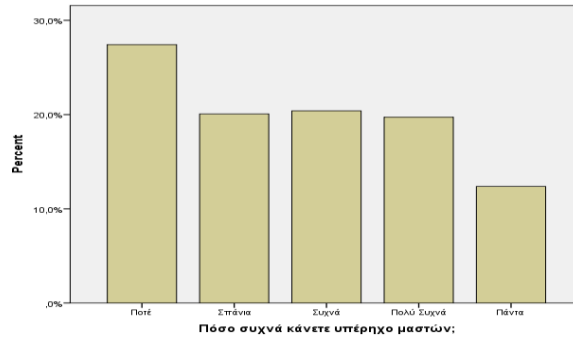
Διάγραμμα 1.6: Εφαρμόζετε ψηλάφηση στον μαστό σας;

Πίνακας 1.16: Εφαρμόζετε ψηλάφηση στον μαστό σας;

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ποτέ	52	17,3	17,3	17,3
Σπάνια	16	5,3	5,3	22,7
Συχνά	48	16,0	16,0	38,7
Πολύ Συχνά	40	13,3	13,3	52,0
Ιδιαίτερα Συχνά	144	48,0	48,0	100,0
Total	300	100,0	100,0	

Παρατηρείται ότι 52 γυναίκες δεν εφαρμόζουν ποτέ ψηλάφηση στον μαστό τους (N=52, 17,3%) και 16 γυναίκες εφαρμόζουν σπάνια (N=16, 5,3%).

Ερώτηση 17: Πόσο συχνά κάνετε υπέρηχο μαστών;



Διάγραμμα 1.7: Πόσο συχνά κάνετε υπέρηχο μαστών;

Πίνακας 1.17: Πόσο συχνά κάνετε υπέρηχο μαστών;

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ποτέ	83	27,7	27,7	27,7
Σπάνια	60	20,0	20,1	47,5
Συχνά	61	20,3	20,4	68,0
Πολύ Συχνά	59	19,7	19,7	87,7
Ιδιαίτερα Συχνά	37	12,3	12,4	100,0
Total	300	100,0	100,0	

Παρατηρείται ότι 83 γυναίκες δεν κάνουν ποτέ υπέρηχο μαστών (N=83, 27,7%) και 60 γυναίκες κάνουν σπάνια (N=60, 20,0%).

Ερώτηση 18: Πόσο συχνά κάνετε εξέταση μαστογραφίας;

Πίνακας 1.18: Πόσο συχνά κάνετε εξέταση μαστογραφίας;

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ποτέ	87	29,0	29,0	28,8
Σπάνια	46	15,3	15,3	44,3
Συχνά	69	23,0	23,0	67,3
Πολύ Συχνά	18,7	18,7	18,7	86,0
Ιδιαίτερα Συχνά	42	14,0	14,0	100,0
Total	300	100,0	100,0	

Παρατηρείται ότι το 87γυναίκες δεν κάνουν ποτέ εξέταση μαστογραφίας (N=87, 29,0%) και 46 γυναίκες δεν κάνουν ποτέ (N=46,15,3%).

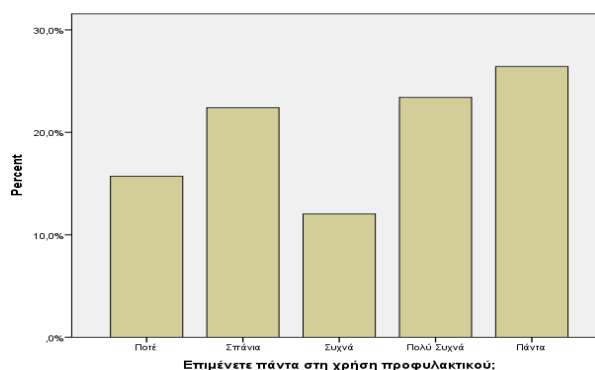
Ερώτηση 19: Πόσο συχνά κάνετε Τεστ-Παπ;

Πίνακας 1.19: Πόσο συχνά κάνετε Τεστ-Παπ;

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ποτέ	24	8,0	8,0	8,0
Σπάνια	41	13,7	13,7	21,7
Συχνά	103	34,3	34,3	56,0
Πολύ Συχνά	59	19,7	19,7	75,7
Ιδιαίτερα Συχνά	73	24,3	24,3	100,0
Total	300	100,0	100,0	

Παρατηρείται ότι 24 γυναίκες δεν κάνουν ποτέ (N=24, 8,0%) και 41 γυναίκες κάνουν σπάνια (N=41, 13,7%).

Ερώτηση 20: Επιμένετε πάντα στη χρήση προφυλακτικού;



Διάγραμμα 1.8: Επιμένετε πάντα στη χρήση προφυλακτικού;

Πίνακας 1.20: Επιμένετε πάντα στη χρήση προφυλακτικού;

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ποτέ	47	15,7	15,7	15,7
Σπάνια	68	22,7	22,7	38,3
Συχνά	36	12,0	12,0	50,3
Πολύ Συχνά	70	23,3	23,3	73,7
Ιδιαίτερα Συχνά	79	26,3	26,3	100,0
Total	300	100,0	100,0	

Παρατηρείται ότι 47 γυναίκες δεν επιμένουν ποτέ στην χρήση προφυλακτικού (N=47, 15,7%) και 68 γυναίκες επιμένουν σπάνια (N=67, 22,7%).

Ερώτηση 21: Χρησιμοποιείτε αντισηπτικά για κολπική πλύση μετά από κάθε σεξουαλική επαφή;

Πίνακας 1.21:

Χρησιμοποιείτε αντισηπτικά για κολπική πλύση μετά από κάθε σεξουαλική επαφή;

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ποτέ	147	49,0	49,0	49,0
Σπάνια	57	19,0	19,0	58,0
Συχνά	44	14,7	14,7	72,7
Πολύ Συχνά	19	6,3	6,3	79,0
Ιδιαίτερα Συχνά	33	11,0	11,0	90,0
Total	300	100,0	100,0	

Παρατηρείται ότι 147 γυναίκες δεν χρησιμοποιούν ποτέ κολπικά αντισηπτικά (N=147, 49,0%) και 57 γυναίκες χρησιμοποιούν σπάνια (N=57, 19,0%).

Ερώτηση 22: Πόσο συχνά κάνετε κολπικό υπέρηχο;

Πίνακας 1.22:

Πόσο συχνά κάνετε κολπικό υπέρηχο;

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ποτέ	33	11,0	11,0	11,0
Σπάνια	43	14,7	14,7	25,7
Συχνά	128	42,7	42,7	68,3
Πολύ Συχνά	54	18,0	18,0	86,3
Ιδιαίτερα Συχνά	41	13,7	13,7	100,0
Total	300	100,0	100,0	

Παρατηρείται ότι 33 γυναίκες δεν έχουν κάνει ποτέ κοιλικό υπέρηχο (N=33, 11,0%), 43 γυναίκες κάνουν σπάνια (N=43, 14,7%) και 128 γυναίκες κάνουν συχνά (N=128, 42,7%).

Ερώτηση 23: Καταναλώνετε δημητριακά, φρούτα και λαχανικά στην καθημερινή σας διατροφή;

Πίνακας 1.23:

Καταναλώνετε δημητριακά, φρούτα και λαχανικά στην καθημερινή σας διατροφή;

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ποτέ	4	1,3	1,3	1,3
Σπάνια	35	11,7	11,7	13,0
Συχνά	20,0	20,0	20,0	33,0
Πολύ Συχνά	100	33,3	33,3	66,3
Ιδιαίτερα Συχνά	101	33,7	33,7	100,0
Total	300	100,0	100,0	

Παρατηρείται ότι 4 γυναίκες δεν καταναλώνουν ποτέ στην καθημερινή τους διατροφή (N=4, 1,3%) και 35 γυναίκες καταναλώνουν σπάνια (N=35, 11,7%).

Ερώτηση 24: Πόσο συχνά ελέγχετε το σωματικό σας βάρος;

Πίνακας 1.24: Πόσο συχνά ελέγχετε το σωματικό σας βάρος;

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ποτέ	23	7,7	7,7	7,7
Σπάνια	43	14,3	14,4	22,1
Συχνά	95	31,7	31,8	53,8
Πολύ Συχνά	83	27,7	27,8	81,6
Ιδιαίτερα Συχνά	55	18,3	18,4	100,0
Total	300	100,0		

Παρατηρείται ότι 55 γυναίκες από το δείγμα ελέγχουν πάντα το σωματικό τους βάρος (N=55, 18,3) ενώ 43 γυναίκες ελέγχουν το σωματικό τους βάρος σπάνια (N=43, 14,3).

Ερώτηση 25: Γυμνάζεστε τακτικά; (περπάτημα, κολύμπι, τρέξιμο κλπ.)

Πίνακας 1.25: Γυμνάζεστε τακτικά; (περπάτημα, κολύμπι, τρέξιμο κλπ.)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ποτέ	31	10,3	10,3	10,3
Σπάνια	80	26,7	26,7	37,0
Συχνά	103	34,3	34,3	71,3
Πολύ Συχνά	57	19,0	19,0	90,3
Ιδιαίτερα Συχνά	29	9,7	9,7	100,0
Total	300	100,0	100,0	

Παρατηρείται ότι 31 γυναίκες δεν γυμνάζονται ποτέ (N=31, 10,3%) και 80 γυναίκες γυμνάζονται σπάνια (N=80, 26,7%).

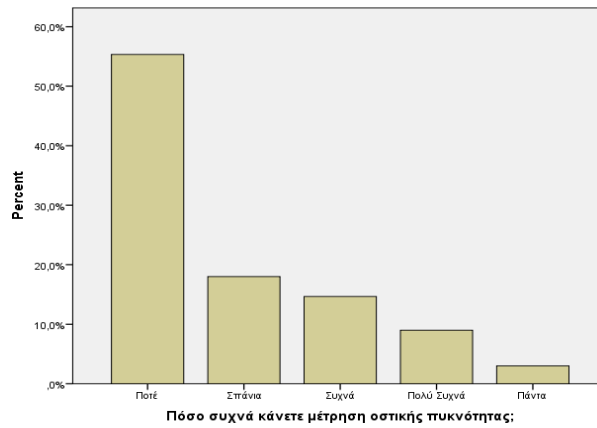
Ερώτηση 26: Πόσο συχνά ελέγχετε την πίεσή σας;

Πίνακας 1.26: Πόσο συχνά ελέγχετε την πίεσή σας;

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ποτέ	54	18,0	18,0	18,0
Σπάνια	96	32,0	32,0	50,0
Συχνά	81	27,0	27,0	77,0
Πολύ Συχνά	47	15,7	15,7	92,7
Ιδιαίτερα Συχνά	22	7,3	7,3	100,0
Total	300	100,0	100,0	

Παρατηρείται ότι 54 γυναίκες δεν ελέγχουν ποτέ την πίεσή τους (N=54, 18,0%) και 96 γυναίκες την ελέγχουν σπάνια (N=96, 32,0%).

Ερώτηση 27: Πόσο συχνά κάνετε μέτρηση οστικής πυκνότητας;



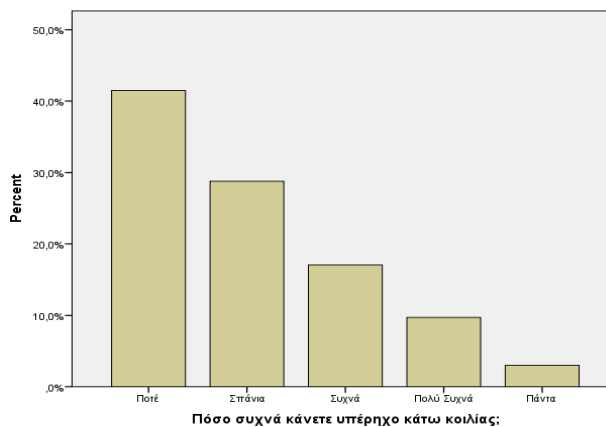
Διάγραμμα 1.9: Πόσο συχνά κάνετε μέτρηση οστικής πυκνότητας;

Πίνακας 1.27: Πόσο συχνά κάνετε μέτρηση οστικής πυκνότητας;

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ποτέ	166	55,3	55,3	55,3
Σπάνια	54	18,0	18,0	73,3
Συχνά	44	14,7	14,7	88,0
Πολύ Συχνά	27	9,0	9,0	97,0
Ιδιαίτερα Συχνά	9	3,0	3,0	100,0
Total	300	100,0	100,0	

Παρατηρείται ότι 166 γυναίκες δεν έχουν κάνει ποτέ μέτρηση οστικής πυκνότητας (N=166, 55,3%) και 54 γυναίκες κάνουν σπάνια (N=54, 18,0%).

Ερώτηση 28: Πόσο συχνά κάνετε υπέρηχο κάτω κοιλίας;



Διάγραμμα 1.10: Πόσο συχνά κάνετε υπέρηχο κάτω κοιλίας;

Πίνακας 1.28:

Πόσο συχνά κάνετε υπέρηχο κάτω κοιλίας;

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ποτέ	124	41,3	41,5	41,5
Σπάνια	86	28,7	28,8	70,2
Συχνά	51	17,0	17,1	87,3
Πολύ Συχνά	29	9,7	9,7	97,0
Ιδιαίτερα Συχνά	9	3,0	3,0	100,0
Total	300		100,0	

Παρατηρείται ότι 124 γυναίκες δεν έχουν κάνει ποτέ υπέρηχο κάτω κοιλίας (N=124, 41,3%) και 86 γυναίκες κάνουν σπάνια (N=86, 28,7%).

Ερώτηση 29: Πόσο συχνά κάνετε εξετάσεις για τον έλεγχο θυρεοειδικών ορμονών;

Πίνακας 1.29: Πόσο συχνά κάνετε εξετάσεις για τον έλεγχο θυρεοειδικών ορμονών;

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ποτέ	28	9,3	9,3	9,3
Σπάνια	44	14,7	14,7	24,0
Συχνά	107	35,7	35,7	59,7
Πολύ Συχνά	75	25,0	25,0	84,7
Ιδιαίτερα Συχνά	46	15,3	15,3	100,0
Total	300	100,0	100,0	

Παρατηρείται ότι 28 γυναίκες δεν έχουν κάνει ποτέ (N=28, 9,3%) και 44 γυναίκες κάνουν σπάνια (N=44, 14,7%).

Ερώτηση 30: Πόσο συχνά πλένετε τα χέρια σας;

Πίνακας 1.30: Πόσο συχνά πλένετε τα χέρια σας;

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ποτέ	3	1,0	1,0	1,0
Σπάνια	3	1,0	1,0	2,0
Συχνά	18	6,0	6,0	8,0
Πολύ Συχνά	80	26,7	26,7	34,7
Ιδιαίτερα Συχνά	196	65,3	65,3	100,0
Total	300	100,0	100,0	

Παρατηρείται ότι 80 γυναίκες να πλένουν πολύ συχνά τα χέρια τους (N=80, 26,7%) και 196 γυναίκες πλένουν ιδιαίτερα συχνά τα χέρια τους πριν κάποια πράξη τους (N=196, 65,3%).

Ερώτηση 31: Πόσο συχνά επισκέπτεστε τον γυναικολόγο σας;

Πίνακας 1.31: Πόσο συχνά επισκέπτεστε τον γυναικολόγο σας ;

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ποτέ	14	4,7	4,7	4,7
Σπάνια	42	14,0	14,0	18,7
Συχνά	83	27,7	27,7	46,3
Πολύ Συχνά	103	34,3	34,3	80,7
Ιδιαίτερα Συχνά	58	19,3	19,3	100,0
Total	300	100,0	100,0	

Παρατηρείται ότι 14 γυναίκες δεν επισκέπτονται ποτέ τον γυναικολόγο τους (N=14, 47%), 42 γυναίκες τον επισκέπτονται σπάνια (N=42, 14,0%) ενώ 58 γυναίκες τον επισκέπτονται ιδιαίτερα συχνά (N=58, 19,3%).

Ερώτηση 32: Καπνίζετε;

Πίνακας 1.32: Καπνίζετε;

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ποτέ	141	47,0	47,0	47,0
Σπάνια	13	4,3	4,3	51,3
Συχνά	37	12,3	12,3	63,7
Πολύ Συχνά	28	9,3	9,3	73,0
Ιδιαίτερα συχνά	81	27,0	27,0	100,0
Total	300	100,0	100,0	

Παρατηρείτε ότι 141 γυναίκες δεν καπνίζουν ποτέ (N=141, 47,0%) , ενώ 81 γυναίκες καπνίζουν ιδιαίτερα συχνά (N=81, 27,0%).

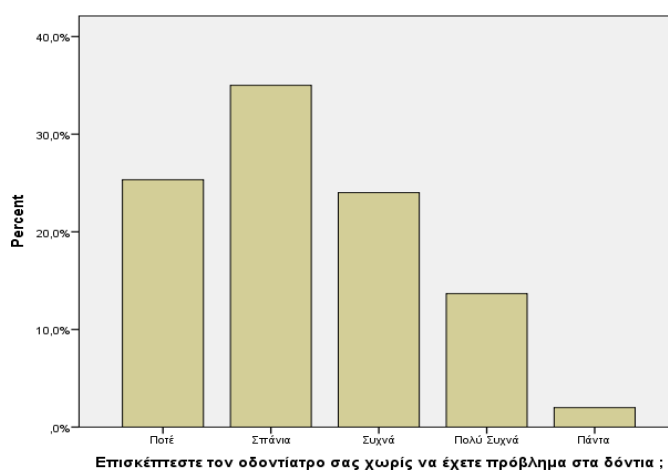
Ερώτηση 33: Τρώτε γλυκά;

Πίνακας 1.33: Τρώτε γλυκά;

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ποτέ	6	2,0	2,0	2,0
Σπάνια	60	20,0	20,0	22,0
Συχνά	91	30,3	30,3	52,3
Πολύ Συχνά	91	30,3	30,3	82,7
Ιδιαίτερα Συχνά	52	17,3	17,3	100,0
Total	300	100,0	100,0	

Παρατηρείτε ότι 60 γυναίκες του δείγματος τρώνε σπάνια (N=60, 20,0%) ενώ 52 γυναίκες τρώνε ιδιαίτερα συχνά (N=52, 17,3%).

Ερώτηση 34: Επισκέπτεστε τον οδοντίατρο σας χωρίς να έχετε πρόβλημα στα δόντια ;



Διάγραμμα 1.11:

Επισκέπτεστε τον οδοντίατρο σας χωρίς να έχετε πρόβλημα στα δόντια;

Πίνακας 1.34: Επισκέπτεστε τον οδοντίατρο σας χωρίς να έχετε πρόβλημα στα δόντια;

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ποτέ	76	25,3	25,3	25,3
Σπάνια	105	35,0	35,0	60,3
Συχνά	72	24,0	24,0	84,3
Πολύ Συχνά	41	13,7	13,7	98,0
Ιδιαίτερα Συχνά	6	2,0	2,0	100,0
Total	300	100,0	100,0	

Παρατηρείτε ότι 76 γυναίκες δεν επισκέπτονται ποτέ τον οδοντίατρο τους χωρίς να υπάρξει πρόβλημα στα δόντια τους (N=76, 25,3%) ενώ 6 γυναίκες τον επισκέπτονται ιδιαίτερα συχνά (N=6, 2,0%).

4.2 Επαγωγική ανάλυση

Η επαγωγική ανάλυση επιχείρησε να μελετήσει τυχόν διαφορές που υπήρξαν στις απαντήσεις που δόθηκαν με βάση τα δημογραφικά χαρακτηριστικά. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά που επιλέχθηκαν είναι η ηλικία, η εκπαίδευση και η οικογενειακή κατάσταση.

Στην έρευνά μας θα χρησιμοποιήσουμε μη παραμετρικά κριτήρια, τα οποία αναφέρονται παρακάτω. Τα κριτήρια αυτά, απαιτούν συγκεκριμένες προϋποθέσεις, είτε αναφορικά με συγκεκριμένες παραμέτρους, είτε αναφορικά με την μορφή της κατανομής τους. Οι βασικές προϋποθέσεις είναι:

- Μέτρηση σε κλίμακα ίσων διαστημάτων τουλάχιστον,
- Το δείγμα να προέρχεται από πληθυσμό που σχηματίζει κανονική κατανομή,
- Οι ομάδες που συμμετέχουν στην έρευνα να έχουν ίσες διακυμάνσεις.

4.2.1 Έλεγχος Υποθέσεων

Ο έλεγχος υποθέσεων αποτελεί ένα σημαντικό κομμάτι της επαγωγικής στατιστικής. Η λογική του έλεγχου υποθέσεων μπορεί να συνοψιστεί σε τέσσερα βήματα:

- Διατύπωση υποθέσεων
- Διαμόρφωση κριτηρίων μίας απόφασης
- Συλλογή δεδομένων από δείγματα
- Αξιολόγηση της μηδενικής υπόθεσης.

Το πρώτο βήμα σε έναν έλεγχο υποθέσεων είναι να διατυπωθεί η μηδενική υπόθεση. Η μηδενική υπόθεση, είναι μια πρόταση που προβλέπει την αλλαγή της ανεξάρτητης μεταβλητής ότι δεν έχει καμιά επίδραση στην εξαρτημένη μεταβλητή. Οι ανεξάρτητες μεταβλητές είναι οι καταστάσεις που ο ερευνητής χειρίζεται ή αναγνωρίζει, οι οποίες τον βοηθούν να προσδιορίσει τα αποτελέσματα, ενώ οι εξαρτημένες μεταβλητές μετριοούνται ή καταχωρούνται.

Η μηδενική υπόθεση δηλώνει ότι δεν υφίσταται καμιά διαφορά ανάμεσα σε όλες τις μέσες τιμές των δειγμάτων. Η δεύτερη υπόθεση που διατυπώνει ο ερευνητής ονομάζεται εναλλακτική υπόθεση H_1 και είναι ακριβώς αντίθετη από την μηδενική υπόθεση, δηλαδή δηλώνει ότι η αλλαγή της ανεξάρτητης μεταβλητής επιδρά στην εξαρτημένη μεταβλητή.

Ο ερευνητής αν αποφασίσει να απορρίψει την μηδενική υπόθεση, θα πρέπει να καθορίσει την πιθανότητα ότι τα αποτελέσματα της ανάλυσης του να είναι εσφαλμένα. Η πιθανότητα αυτή ονομάζεται επίπεδο σημαντικότητας ή επίπεδο α (level of significance or alpha level). Υπάρχουν δηλαδή δύο δυνατότητες, είτε να αποφασίσει να απορρίψει την μηδενική υπόθεση, είτε να οδηγηθεί στην απόφαση ότι απέτυχε να απορρίψει την μηδενική υπόθεση.

Αν ο ερευνητής έχει καθορίσει επίπεδο σημαντικότητας $\alpha=0.05$, αυτό σημαίνει ότι θέλει να είναι σίγουρος κατά 95% ότι τα συμπεράσματα του δεν είναι εσφαλμένα. Στις επιστημονικές μελέτες η μεγαλύτερη αποδεκτή τιμή για το α είναι 0.05, δηλαδή η μέγιστη αποδεκτή πιθανότητα ότι τα αποτελέσματα του ερευνητή να είναι εσφαλμένα είναι 5%.

4.2.2 χ^2 Στατιστικό Τεστ

Ο έλεγχος χ^2 είναι ένα μη παραμετρικό τεστ, το οποίο χρησιμοποιείται για τον εντοπισμό μίας στατιστικά σημαντικής σχέσης ανάμεσα σε δύο μεταβλητές, δηλαδή μέσω του οποίου ελέγχουμε την υπόθεση ότι οι δύο μεταβλητές του πίνακα συνάφειας είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους.

Στην έρευνά μας θα χρησιμοποιήσουμε αυτό το μη παραμετρικό κριτήριο για να διερευνήσουμε αν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των γυναικών (ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, εκπαίδευση) έχουν στατιστικά σημαντική σχέση ως προς τον βαθμό που οι γυναίκες εφαρμόζουν τα στοιχεία της πρόληψης.

Οι προς διερεύνηση υποθέσεις είναι οι ακόλουθες:

- H_0 : Οι μεταβλητές είναι ανεξάρτητες
- H_1 : Οι μεταβλητές δεν είναι ανεξάρτητες

Εφαρμόζουμε χ^2 test σε επίπεδο σημαντικότητας $\alpha=0,05$. Αν το p-value για το χ^2 test είναι μικρότερο της τιμής 0,05, τότε απορρίπτουμε την H_0 και συνεπώς οι μεταβλητές δεν είναι ανεξάρτητες. Αν το p-value για το χ^2 test είναι μεγαλύτερο της τιμής 0,05, τότε δεν απορρίπτουμε την H_0 και συνεπώς οι μεταβλητές είναι ανεξάρτητες.

4.2.3 Ανάλυση Διακύμανσης (Anova)

Η ανάλυση διακύμανσης διακρίνεται σε δύο κατηγορίες, την ανάλυση διακύμανσης κατά δύο παράγοντες (two-way anova) και την ανάλυση διακύμανσης κατά ένα παράγοντα (one-way anova).

Η ανάλυση διακύμανσης κατά δύο παράγοντες (two-way anova) χρησιμοποιείται σε περιπτώσεις που θέλουμε να συγκρίνουμε μετρήσεις, οι οποίες προέρχονται από περισσότερες από δύο ομάδες ως προς δύο ανεξάρτητες μεταβλητές.

Η ανάλυση διακύμανσης ενός παράγοντα χρησιμοποιείται για τον έλεγχο υποθέσεων σε μελέτες ανεξάρτητων δειγμάτων. Στην περίπτωση ενός δείγματος που προέρχεται από τρεις ή περισσότερους πληθυσμούς, οι μέσοι όροι των οποίων πρέπει να συγκριθούν, εφαρμόζεται η τεχνική της ανάλυσης διακύμανσης κατά ένα παράγοντα.

Οι προϋποθέσεις της ανάλυσης διακύμανσης κατά ένα παράγοντα είναι οι εξής:

- Η κατανομή των δειγμάτων να είναι κανονική,
- Ανεξαρτησία,
- Οι πληθυσμοί να έχουν την ίδια διακύμανση.

Αν δεν είναι δυνατό να υποθεθεί η κανονικότητα των δειγμάτων, τότε θα πρέπει να χρησιμοποιηθεί το μη παραμετρικό τεστ των Kruskal-Wallis. Πρόκειται για την ανάλυση διακύμανσης κατά ένα παράγοντα βασισμένο στις τάξεις μεγέθους των τιμών της εξαρτημένης μεταβλητής.

Ο έλεγχος Kruskal-Wallis ελέγχει τις υποθέσεις:

- H_0 : οι συναρτήσεις κατανομής κ πληθυσμών είναι ίσες
- H_1 : δύο τουλάχιστον από τους κ πληθυσμούς έχουν διαφορετικές μέσες τιμές

Στην έρευνά μας θα χρησιμοποιήσουμε το τεστ των Kruskal-Wallis για να εξετάσουμε, αν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των γυναικών έχουν επίδραση στον βαθμό που οι γυναίκες εφαρμόζουν την πρόληψη.

4.2.4 Ανάλυση Παραγόντων (Factor Analysis)

Η ανάλυση παραγόντων χρησιμοποιείται όταν θέλουμε να συνοψίσουμε τις σχέσεις ανάμεσα σε ένα μεγάλο αριθμό μεταβλητών, ώστε να βοηθήσει να γίνει αντιληπτή μια έννοια ή ιδιότητα.

Στην έρευνά μας θα χρησιμοποιήσουμε την ανάλυση παραγόντων, για να ανιχνεύσουμε την ύπαρξη κοινών παραγόντων που επηρεάζουν τις στάσεις των γυναικών στην εφαρμογή της πρόληψης.

Υπάρχουν δύο είδη ανάλυσης παραγόντων:

- Η Διερευνητική Ανάλυση Παραγόντων (Exploratory Factor Analysis), η οποία χρησιμοποιείται για την αρχική διερεύνηση και τη συνοπτική περιγραφή ενός σετ μεταβλητών μέσα από την ομαδοποίησή τους,
- Η Επιβεβαιωτική Ανάλυση Παραγόντων (Confirmatory Factor Analysis), η οποία χρησιμοποιείται για να διαπιστώσει κατά πόσο ένα προκαθορισμένο πλαίσιο σχέσεων ανάμεσα σε κάποιες μεταβλητές (σχέσεις) επιβεβαιώνεται και στην πράξη (από τα δεδομένα).

Η ανάλυση παραγόντων, μπορεί να επιτευχθεί με τα εξής βήματα:

- Επιλέγουμε και μετράμε ένα σετ μεταβλητών.
- Δημιουργούμε ένα πίνακα ενδοσυναφειών (correlation matrix).
- Επιλέγουμε τη μέθοδο «εξαγωγής» των παραγόντων.
- Επιλέγουμε τη μέθοδο περιστροφής των παραγόντων.
- Ερμηνεύουμε τους παράγοντες που προκύπτουν.

Η Ανάλυση Παραγόντων επηρεάζεται σε σημαντικό βαθμό από την ποιότητα των δεδομένων που έχουμε στη διάθεσή μας. Επίσης πρέπει:

- Οι μεταβλητές να συσχετίζονται επαρκώς ($r > 20$) αλλά δεν πρέπει να συσχετίζονται υπερβολικά ($r < 80$).
- Οι σχέσεις να είναι ευθύγραμμες, δεν θα πρέπει να υπάρχουν ακραίες τιμές.
- Οι μεταβλητές να έχουν μετρηθεί τουλάχιστον σε κλίμακα ίσων διαστημάτων.
- Ο συνολικός αριθμός των μεταβλητών που θα αναλύσουμε να είναι 3 με 5 φορές περισσότερες από τους υποτιθέμενους παράγοντες.
- Ο συνολικός αριθμός των ατόμων να είναι σημαντικός.
- Να υπάρχει μια αναλογία ανάμεσα στον αριθμό των μεταβλητών και των ατόμων που θα χρησιμοποιήσουμε .

Το SPSS παρέχει δύο δείκτες για τον έλεγχο της ποιότητας των δεδομένων. Τον δείκτη Keiser-Meyer-Olkin, ο οποίος αξιολογεί την επάρκεια του δείγματος και τον δείκτη Bartlett's Test of Sphericity, ο οποίος αξιολογεί κατά πόσο οι συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών επιτρέπουν την εφαρμογή της ανάλυσης παραγόντων ($p < 0.05$).

4.2.5 Εξαγωγή παραγόντων

Είναι η μαθηματική μέθοδος με την οποία οι παράγοντες καθορίζονται από ένα μεγαλύτερο αριθμό μεταβλητών (π.χ. στοιχείων ενός τεστ). Η μέθοδος «εξαγωγής» των παραγόντων καθορίζεται με δύο αναλύσεις:

- Ανάλυση Παραγόντων (Factor Analysis): Ο στόχος είναι να μελετηθεί μόνο το ποσοστό της διακύμανσης το οποίο έχουν κοινό οι μεταβλητές που μελετάμε. Συγκεκριμένα, παράγει παράγοντες (factors) και είναι καλύτερη όταν θέλουμε να κατασκευάσουμε παράγοντες.
- Ανάλυση Κυρίων Συνιστωσών (Principal Components Analysis): Ο στόχος είναι να μελετηθεί όλη η υπάρχουσα διακύμανση (κοινή, μοναδική και σφάλμα) ώστε να «εξαχθεί» το μεγαλύτερο ποσοστό της διακύμανσης από τους λιγότερους δυνατούς παράγοντες. Συγκεκριμένα, παράγει συνιστώσες (components) και είναι καλύτερη μέθοδος όταν θέλουμε να μειώσουμε τον αριθμό των μεταβλητών.

4.2.6 Περιστροφή Παραγόντων

Η περιστροφή των παραγόντων είναι απαραίτητη για την ευκολότερη ερμηνεία των παραγόντων που έχουν προκύψει από την ανάλυση. Διακρίνεται στην Ορθογώνια περιστροφή (orthogonal) και στην Πλάγια περιστροφή (oblique).

- **Ορθογώνια περιστροφή:** Την εφαρμόζουμε όταν γνωρίζουμε ή υποθέτουμε με βάση τη θεωρία ότι οι παράγοντες που θα προκύψουν θα είναι ανεξάρτητοι μεταξύ τους:
 - Varimax
 - Quartimax
 - Equamax

- **Πλάγια περιστροφή:** Την εφαρμόζουμε όταν γνωρίζουμε ή υποθέτουμε με βάση τη θεωρία ότι οι παράγοντες που θα προκύψουν συσχετίζονται μεταξύ τους:
 - Direct Oblimin
 - Promax
 - Quartimin

4.2.7 Έλεγχος ύπαρξης γραμμικής συσχέτισης μεταξύ μεταβλητών

Οι ελέγχοι που χρησιμοποιούνται για να ελέγξουμε αν υπάρχει γραμμική συσχέτιση μεταξύ δύο μεταβλητών είναι οι εξής:

- Έλεγχος Pearson,
- Έλεγχος Spearman,
- Έλεγχος Kendall.

Αυτοί οι συντελεστές συσχέτισης, καταδεικνύουν την ύπαρξη ή όχι σχέσης μεταξύ δύο μεταβλητών και υπολογίζουν τη μορφή αυτής της σχέσης (θετική ή αρνητική συσχέτιση) αλλά και την ένταση της (επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας).

Ο συντελεστής συσχέτισης Pearson r , είναι παραμετρικό κριτήριο, ενώ ο συντελεστής συσχέτισης Spearman και ο συντελεστής συσχέτισης Kendall, είναι μη παραμετρικά κριτήρια. Οι συντελεστές του Spearman και του Kendall, υπολογίζονται με βάση τις τάξεις μεγέθους των μεταβλητών και δεν απαιτείται η ικανοποίηση της κανονικότητας των μεταβλητών. Επιπρόσθετα, αν ο ερευνητής επιλέξει να χρησιμοποιήσει τον συντελεστή συσχέτισης Spearman ή τον συντελεστή συσχέτισης του Kendall, τότε τα δεδομένα δεν χρειάζεται να ακολουθούν κανονική κατανομή.

Οι τιμές που μπορεί να πάρει ο συντελεστής συσχέτισης r Spearman είναι από -1 μέχρι $+1$. Όταν το πρόσημο του συντελεστή είναι θετικό (θετική συσχέτιση) η μία μεταβλητή αυξάνεται καθώς αυξάνεται και η άλλη. Όταν το πρόσημο του συντελεστή είναι αρνητικό (αρνητική συσχέτιση) η μία μεταβλητή αυξάνεται καθώς η άλλη μειώνεται. Αν ο συντελεστής έχει τιμή 1 (μέγιστη τιμή) έχουμε απόλυτη συσχέτιση ενώ όταν είναι 0 δεν έχουμε καθόλου συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών.

Στην έρευνά μας θα εφαρμόσουμε τον συντελεστή Spearman, για να διερευνήσουμε, αν οι πεποιθήσεις των γυναικών σχετίζονται με τον βαθμό εφαρμογής των στοιχείων της πρόληψης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΠΑΓΩΓΙΚΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ

4.3 Αποτελέσματα χ^2 στατιστικού ελέγχου

Παρακάτω παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του στατιστικού ελέγχου χ^2 με ανεξάρτητη μεταβλητή την ηλικία.

Στον **πίνακα 4.3.1** παρουσιάζονται τα ποσοστά του βαθμού συχνότητας ελέγχου της πίεσης ανά ηλικιακά διαστήματα. Παρατηρείται ότι οι γυναίκες ηλικιακής ομάδας εμφανίζουν το μεγαλύτερο ποσοστό βαθμού συχνότητας ελέγχου της πίεσης, 54,5%.

Πίνακας 4.3.1

Σχέση ηλικίας - Βαθμού συχνότητας ελέγχου της πίεσης

Ηλικία	Πόσο συχνά ελέγχετε την πίεσή σας;				
	Ποτέ	Σπάνια	Συχνά	Πολύ συχνά	Ιδιαίτερα Συχνά
18-27 ετών	4,3%	14,7%	16,7%	27,1%	21,5%
28-37 ετών	18,8%	4,4%	13,9%	15,7%	15,2%
38-47 ετών	25,5%	23,5%	36,6%	24,3%	20,3%
48-57 ετών	27,7%	39,7%	8,3%	18,0%	25,3%
Άνω των 50 ετών	29,8%	17,6%	36,0%	14,3%	17,7%

Στον παρακάτω **πίνακα 4.3.2** παρατηρείται ότι η ηλικία επιδρά στον βαθμό που οι γυναίκες ελέγχουν την πίεσή τους, το οποίο φαίνεται από την τρίτη στήλη του πίνακα ($p=0.01<0.05$).

Πίνακας 4.3.2

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	39,336	16	,001
Likelihood Ratio	40,917	16	,001

Linear-by-Linear Association	15	1	,000
N of Valid Cases	300		

a. 3 cells (12,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,71.

Στον παρακάτω **πίνακα 4.3.3** παρουσιάζονται τα ποσοστά βαθμού συχνότητας χρήσης του προφυλακτικού ανά ηλικιακά διαστήματα. Παρατηρείται ότι οι γυναίκες άνω των 18-27 ετών με ποσοστό 4,3% χρησιμοποιούν ιδιαίτερα συχνά προφυλακτικό, ενώ οι γυναίκες άνω των 38 ετών χρησιμοποιούν σαφώς συχνότερα.

Πίνακας 4.3.3

Σχέση ηλικίας-Βαθμού συχνότητας χρήσης προφυλακτικού κατά την σεξουαλική επαφή

Ηλικία	Επιμένετε πάντα στην χρήση προφυλακτικού κατά την σεξουαλική επαφή;				
	Ποτέ	Σπάνια	Συχνά	Πολύ συχνά	Ιδιαίτερα Συχνά
18-27 ετών	35,2%	19,8%	12,3%	10,6%	4,3%
28-37 ετών	16,7%	13,5%	14,8%	6,4%	0,0%
38-47 ετών	11,1%	24,0%	25,9%	21,3%	54,5%
48-57 ετών	27,8%	22,9%	23,5%	34,0%	18,2%
Άνω των 50 ετών	9,3%	19,8%	23,5%	27,7%	22,7%

Στον παρακάτω **πίνακα 4.3.4** παρατηρείται ότι η ηλικία επιδρά στον βαθμό που οι γυναίκες χρησιμοποιούν προφυλακτικό, όπως φαίνεται από την τρίτη στήλη του πίνακα ($p=0.011<0.05$).

Πίνακας 4.3.4

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	31,740a	16	,011
Likelihood Ratio	34,963	16	,004
Linear-by-Linear Association	10,922	1	,000
N of Valid Cases	300		

a. 1 cells (4,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,44.

Στον παρακάτω **πίνακα 4.3.5** παρουσιάζονται τα ποσοστά βαθμού συχνότητας της εξέτασης υπέρηχου των μαστών ανά ηλικιακά διαστήματα. Παρατηρείται ότι οι γυναίκες άνω των 38 ετών κάνουν συχνότερα την εξέταση, σε αντίθεση με τις γυναίκες ηλικίας κάτω των 37 ετών.

Πίνακας 4.3.5

Σχέση ηλικίας-Βαθμού συχνότητας της εξέτασης υπέρηχου των μαστών

Ηλικία	Πόσο συχνά κάνετε υπέρηχο μαστών;				
	Ποτέ	Σπάνια	Συχνά	Πολύ συχνά	Ιδιαίτερα Συχνά
18-27 ετών	30,1%	26,7%	11,5%	8,5%	2,7%
28-37 ετών	13,3%	10,0%	11,5%	20,3%	2,7%
38-47 ετών	19,3%	21,7%	29,5%	15,3%	43,2%
48-57 ετών	13,3%	25,0%	26,2%	27,1%	35,1%
Άνω των 50 ετών	18,1%	16,7%	21,3%	28,8%	16,2%

Στον παρακάτω **πίνακα 4.3.6** παρατηρείται ότι η εκπαίδευση επιδρά στον βαθμό που οι γυναίκες κάνουν την εξέταση υπέρηχου των μαστών ($p=0.001<0.05$).

Πίνακας 4.3.6

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	39,709a	16	,001
Likelihood Ratio	41,608	16	,000
Linear-by-Linear Association	13,719	1	,000
N of Valid Cases	300		

a. 1 cells (4,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,56.

Στον παρακάτω **πίνακα 4.3.7** παρουσιάζονται τα ποσοστά βαθμού συχνότητας της εξέτασης μαστογραφίας ανά ηλικιακά διαστήματα. Παρατηρείται ότι οι γυναίκες ηλικιακής ομάδας 18-27 ετών, δεν κάνουν συχνά την εξέταση ενώ οι γυναίκες άνω των 38 κάνουν την εξέταση σαφώς συχνότερα.

Πίνακας 4.3.7

Σχέση ηλικίας-Βαθμού συχνότητας εξέτασης μαστογραφίας

Ηλικία	Πόσο συχνά κάνετε εξέταση μαστογραφίας;				
	Ποτέ	Σπάνια	Συχνά	Πολύ συχνά	Ιδιαίτερα Συχνά
18-27 ετών	29,9%	17,4%	18,8%	12,5%	0,0%
28-37 ετών	18,4%	13,0%	8,7%	14,3%	2,4%
38-47 ετών	17,2%	28,3%	27,5%	19,6%	33,3%
48-57 ετών	17,2%	22,9%	26,1%	30,4%	35,7%
Άνω των 50 ετών	17,2%	19,8%	18,8%	23,2%	28,6%

Στον παρακάτω **πίνακα 4.3.8** παρατηρείται ότι η ηλικία επιδρά στον βαθμό που οι γυναίκες κάνουν εξέταση μαστογραφίας, όπως φαίνεται από την τρίτη στήλη του πίνακα ($p=0.006<0.05$).

Πίνακας 4.3.8

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	33,546	16	,006
Likelihood Ratio	41,433	16	,000
Linear-by-Linear Association	20,577	1	,000
N of Valid Cases	300		

a. 1 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,18.

4.4 Αποτελέσματα Ανάλυσης Διακύμανσης κατά έναπαράγοντα (One-way anova)

Παρακάτω θα παρουσιάσουμε τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την Ανάλυση Διακύμανσης των δεδομένων της έρευνας. Αρχικά πραγματοποιήσαμε υποθέσεις που αφορούν δημογραφικά στοιχεία της μελέτης μας και συγκεκριμένα, την ηλικία, την εκπαίδευση και την οικογενειακή κατάσταση.

Οι συγκεκριμένοι παράγοντες επεξεργάστηκαν στατιστικά μέσω της μη παραμετρικής ανάλυσης διακύμανσης, με τις 32 εξαρτημένες μεταβλητές του ερωτηματολογίου μας. Επειδή οι πίνακες που προκύπτουν είναι πολύ μεγάλοι, επιλέξαμε να δημιουργήσουμε νέους πίνακες που περιλαμβάνουν τις μεταβλητές εκείνες που το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας είναι μικρότερο από 0.05 για κάθε παράγοντα.

Στον **Πίνακα 4.4.1** που ακολουθεί παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των εξαρτημένων μεταβλητών στις οποίες οι γυναίκες παρουσίασαν στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάλογα με την ηλικία τους.

Μπορούμε να παρατηρήσουμε την διαφοροποίηση των ηλικιακών ομάδων των γυναικών. Οι γυναίκες εκφράζουν την άποψη ότι πριν την λήψη κάποιας φαρμακευτικής

αγωγής δεν διαβάζουν τις οδηγίες χρήσης του φαρμάκου στον ίδιο βαθμό συχνότητας. Επίσης, δεν εφαρμόζουν ψηλάφηση στον ίδιο βαθμό συχνότητας στους μαστούς τους.

Επιπρόσθετα, εκφράζουν διαφορά στον βαθμό συχνότητας όσον αφορά την εξέταση υπέρηχου των μαστών, την εξέταση μαστογραφίας, όσον αφορά τον έλεγχο της πίεσης, την κατανάλωση δημητριακών, φρούτων και λαχανικών, και όσον αφορά την μέτρηση οστικής πυκνότητας. Επίσης, παρατηρείται διαφορά στον βαθμό συχνότητας όσον αφορά την εξέταση υπέρηχου κάτω κοιλίας, την μέτρηση θυρεοειδικών ορμονών και τέλος, στην κατανάλωση γλυκών.

Πίνακας 4.4.1: Ανονα με βάση την ηλικία

	Επίπεδο Στατιστικής Σημαντικότητας (Sig)
A1.1 Πριν την λήψη κάποιας φαρμακευτικής αγωγής, διαβάζετε τις οδηγίες χρήσης του φαρμάκου ;	0
A1.2 Εφαρμόζετε Ψηλάφηση στον μαστό σας;	0.025
A1.3 Πόσο συχνά κάνετε υπέρηχο μαστών;	0
A1.4 Πόσο συχνά κάνετε εξέταση μαστογραφίας ;	0
A1.5 Καταναλώνετε δημητριακά, φρούτα και λαχανικά στην καθημερινή σας διατροφή;	0.019
A1.6 Πόσο συχνά ελέγχετε την πίεσή σας;	0
A1.7 Πόσο συχνά κάνετε μέτρηση οστικής πυκνότητας;	0
A1.8 Πόσο συχνά κάνετε υπέρηχο κάτω κοιλίας;	0.009
A1.9 Πόσο συχνά κάνετε εξετάσεις αίματος για τη μέτρηση θυρεοειδικών ορμονών;	0
A1.10 Τρώτε γλυκά ;	0.004

Στον επόμενο **Πίνακα 4.4.2** παρουσιάζονται οι εξαρτημένες μεταβλητές οι οποίες εμφανίζουν στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάλογα με την εκπαίδευση των γυναικών.

Μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι οι γυναίκες με βάση την εκπαίδευσή δεν κάνουν στον ίδιο βαθμό συχνότητας την εξέταση μαστογραφίας, Τεστ-Παπ, κολπικό

υπέρηχο και την εξέταση υπέρηχου κάτω κοιλίας. Επίσης, δεν καταναλώνουν στον ίδιο βαθμό δημητριακά, φρούτα και λαχανικά στην καθημερινή τους διατροφή. Τέλος, εκφράζουν την άποψη ότι δεν επισκέπτονται στον ίδιο βαθμό τον οδοντίατρό τους προληπτικά και τον γυναικολόγο τους.

Πίνακας 4.4.2: Ανονα με βάση την εκπαίδευση

	Επίπεδο Στατιστικής Σημαντικότητας (Sig)
A1.1 Πόσο συχνά κάνετε εξέταση μαστογραφίας ;	0
A1.2 Πόσο συχνά κάνετε Τεστ-Παπ;	0
A1.3 Πόσο συχνά κάνετε κολπικό υπέρηχο;	0.004
A1.4 Καταναλώνετε δημητριακά, φρούτα και λαχανικά στην καθημερινή σας διατροφή;	0.023
A1.5 Πόσο συχνά κάνετε υπέρηχο κάτω κοιλίας;	0
A1.6 Πόσο συχνά επισκέπτεστε τον γυναικολόγο σας ;	0.026
A1.7 Επισκέπτεστε τον οδοντίατρο σας χωρίς να έχετε πρόβλημα στα δόντια ;	0

Στον επόμενο **Πίνακα 4.4.3** παρουσιάζονται οι εξαρτημένες μεταβλητές οι οποίες εμφανίζουν στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση των γυναικών.

Μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι οι παντρεμένες και οι ανύπαντρες γυναίκες, σε ότι αφορά τον βαθμό συχνότητας εκφράζουν ότι δεν κάνουν την εφαρμογή των στοιχειωδών μέτρων προφύλαξης από τα λοιμώδη νοσήματα, την εφαρμογή ψηλάφηση στους μαστούς τους και τη χρήση προφυλακτικού κατά τη σεξουαλική επαφή. Επίσης, δεν κάνουν στον ίδιο βαθμό συχνότητας την εξέταση μαστογραφίας, την εξέτασης Τεστ-Παπ, την εξέταση κολπικού υπέρηχου, τον έλεγχο της πίεσής τους και την εξέταση υπέρηχου των μαστών.

Πίνακας 4.4.3: Ανονα με βάση την οικογενειακή κατάσταση

	Επίπεδο Στατιστικής Σημαντικότητας (Sig)
A1.1 Εφαρμόζετε τα στοιχειώδη μέτρα προφύλαξης από λοιμώδη (μεταδιδόμενα) νοσήματα; (AIDS, ηπατίτιδα, κλπ).	0.061
A1.2 Εφαρμόζετε Ψηλάφηση στον μαστό σας;	0
A1.3 Πόσο συχνά κάνετε υπέρηχο μαστών;	0.001
A1.4 Πόσο συχνά κάνετε εξέταση μαστογραφίας ;	0.048
A1.5 Πόσο συχνά κάνετε Τεστ-Παπ;	0.029
A1.6 Επιμένετε πάντα στη χρήση προφυλακτικού;	0
A1.7 Πόσο συχνά κάνετε κολπικό υπέρηχο;	0.033
A1.8 Πόσο συχνά ελέγχετε την πίεσή σας;	0

4.5 Αποτελέσματα Ανάλυσης Παραγόντων

Για την ομαδοποίηση των ερωτήσεων και για να είναι δυνατή η σύνοψη των σχέσεων ανάμεσα σε ένα μεγάλο αριθμό μεταβλητών εφαρμόστηκε η μέθοδος Ανάλυσης παραγόντων (Exploratory Factor Analysis). Τα δεδομένα της έρευνας αφού αναλύθηκαν, περιστράφηκαν με το σύστημα Varimax όπως προτείνεται από έγκυρους ερευνητές.

Έχοντας ως στόχο την εξαγωγή της μέγιστης διακύμανσης από τους λιγότερους δυνατούς παράγοντες, το μαθηματικό υπόδειγμα που χρησιμοποιήθηκε είναι η ανάλυση σε κύριες συνιστώσες (Principal Component analysis).

Με τη χρήση της στατιστικής συνάρτησης Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ελέγχουμε την καταλληλότητα των δεδομένων μας. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον **Πίνακα 4.5.1**.

Πίνακας 4.5.1
KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,775
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	3158,535
	df	465
	Sig.	,000

Επειδή η τιμή του KMO είναι κοντά στο 1 σημαίνει ότι οι μεταβλητές μας είναι κατάλληλες για ανάλυση παραγόντων. Δεν πρέπει να ξεχνάμε όμως ότι το KMO αφορά όλες

τις μεταβλητές. Καλό λοιπόν είναι δούμε ξεχωριστά κάθε μεταβλητή αν είναι κατάλληλη για ανάλυση παραγόντων.

Αυτό μπορούμε να το ελέγξουμε από τον πίνακα Anti- image matrix. Στον πίνακα Anti- image matrix τα διαγώνια στοιχεία είναι τα MSA (Measures of Sampling Adequacy). Το κομμάτι που μας αφορά είναι τα MSA για τον πίνακα των Correlation, αφού αυτόν χρησιμοποιήσαμε από την αρχή στην ανάλυσή μας.

Εμάς μας ενδιαφέρουν τα MSA να είναι μεγαλύτερα από το 0,6. Αν εξαιρέσουμε τα MSA που αφορούν τρεις μεταβλητές: Την A1.14 «Πιστεύεται ότι το εμβόλιο έναντι του HPV (Ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων) προφυλάσσει από τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας;» με τιμή 0.421, την A2.21 «Χρησιμοποιείτε αντισηπτικά για κολπική πλύση μετά από κάθε σεξουαλική επαφή;» με τιμή 0.465 και την A2.31 «Πόσο συχνά πλύνετε τα χέρια σας ;» με τιμή 0.444, οι τιμές των οποίων είναι πολύ χαμηλές, γεγονός που δηλώνει ότι οι συγκεκριμένες μεταβλητές δεν σχετίζονται τόσο πολύ με τις υπόλοιπες. Παρόλο αυτά οι μεταβλητές μας κρίνονται κατάλληλες για την ανάλυση μας.

Ο επόμενος **Πίνακας 4.5.2** που προέκυψε από την ανάλυση παραγόντων, είναι ο πίνακας Communalities. Στο συγκεκριμένο παρουσιάζονται οι τιμές για τις 31 μεταβλητές που εξετάσαμε. Ωστόσο, λόγω του μεγέθους του πίνακα, επιλέξαμε να παρουσιάσουμε τις μεταβλητές εκείνες που εμφανίζουν πολύ μικρές τιμές και μπορούν να αφαιρεθούν από την ανάλυση παραγόντων καθώς δεν ταιριάζουν με τα αποτελέσματα της.

Πίνακας 4.5.2: Πίνακας Communalities

	Initial	Extracti
A1.6 Ενημερώνεστε συχνά για νέους τρόπους πρόληψης νοσημάτων;	1,000	0,575
A1.10 Εφαρμόζετε τα στοιχειώδη μέτρα προφύλαξης από λοιμώδη (μεταδιδόμενα) νοσήματα; (AIDS, ηπατίτιδα, κλπ).	1,000	0,564

Στον παραπάνω πίνακα, αν αφαιρέσουμε τη δεύτερη στήλη από τη μονάδα (και όχι από τη στήλη initial που απλά τυχαίνει να είναι 1, επειδή χρησιμοποιούμε τη μέθοδο

των κυρίων συνιστωσών) έχουμε εκτιμήσεις των ιδιοτεροτήτων γι για κάθε μεταβλητή, δηλαδή του κομματιού εκείνου της διακύμανσης κάθε μεταβλητής που δεν μπορεί να εξηγήσει το παραγοντικό μοντέλο.

Έτσι, από τον παραπάνω πίνακα βλέπουμε πως η ιδιοτερότητα για τη μεταβλητή A1.14 «Πιστεύεται ότι το εμβόλιο έναντι του HPV (Ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων) προφυλάσσει από τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας;» είναι 0.425 (=1-0.575). Όμοια εκτιμάμε και τις ιδιοτερότητες και των άλλων μεταβλητών.

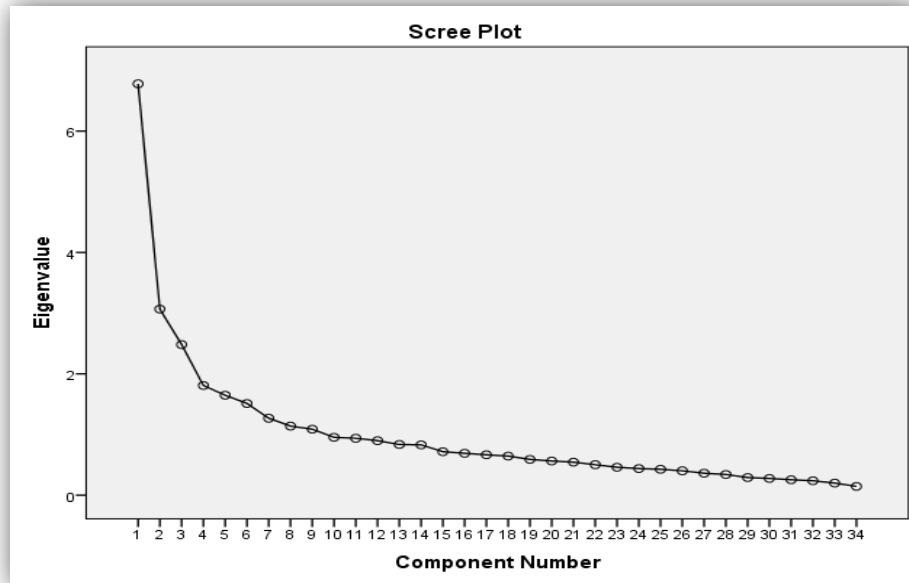
Πίνακας 4.5.3: Πίνακας Ολικής Διακύμανσης.

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative
1	6,778	19,936	19,936	6,778	19,936	19,936	3,449	10,143	10,143
2	3,067	9,020	28,956	3,067	9,020	28,956	3,334	9,807	19,950
3	2,482	7,299	36,255	2,482	7,299	36,255	3,128	9,201	29,152
4	1,808	5,318	41,574	1,808	5,318	41,574	2,417	7,107	36,259
5	1,648	4,846	46,420	1,648	4,846	46,420	2,025	5,957	42,216
6	1,512	4,446	50,866	1,512	4,446	50,866	1,713	5,039	47,254
7	1,268	3,731	54,597	1,268	3,731	54,597	1,695	4,986	52,241
8	1,139	3,350	57,947	1,139	3,350	57,947	1,523	4,480	56,720
9	1,087	3,197	61,144	1,087	3,197	61,144	1,504	4,424	61,144
10	,954	2,804	63,948						
11	,938	2,758	66,706						
12	,898	2,642	69,348						
13	,836	2,458	71,806						
14	,829	2,439	74,245						
15	,717	2,109	76,354						
16	,691	2,032	78,386						
17	,666	1,959	80,345						
18	,645	1,896	82,241						

19	,590	1,735	83,976					
20	,563	1,657	85,633					
21	,545	1,602	87,235					
22	,502	1,477	88,712					
23	,461	1,355	90,067					
24	,440	1,293	91,359					
25	,427	1,255	92,615					
26	,402	1,182	93,796					
27	,363	1,068	94,864					
28	,342	1,004	95,869					
29	,291	,855	96,724					
30	,277	,815	98,986					
31	,254	,749	99,573					
32	,237	,698	100,000					

Ο παραπάνω Πίνακας 4.5.3 μας βοηθάει στο να αποφασίσουμε το πόσους παράγοντες τελικά θα επιλέξουμε για να κρατήσουμε. Η στήλη με τα αθροιστικά ποσοστά (cumulative) μας δείχνει ανάλογα με τον αριθμό των παραγόντων που θα κρατήσουμε το ποσοστό της διακύμανσης που θα εξηγείται από το μοντέλο. Στη στήλη αυτή βλέπουμε ότι κρατώντας 9 παράγοντες εξηγείται το 61,1% της συνολικής διακύμανσης.

Μπορούμε να το δούμε και από το **Γράφημα 1.1** που φαίνεται να επιλέγει και αυτό εννέα παράγοντες, αφού το γράφημα αρχίζει να αλλάζει κλίση και να γίνεται οριζόντιο από το ένατο σημείο και μετά.



Γράφημα 1.1

Αναλυτικά στον επόμενο **Πίνακα 4.5.4** παρουσιάζονται τα ποσοστά διακύμανσης των παραγόντων που προέκυψαν από την ανάλυση παραγόντων που πραγματοποιήσαμε.

Πίνακας 4.5.4: Ποσοστά Διακύμανσης των Παραγόντων

Παράγοντες	Ποσοστά Διακύμανσης %
1	19,936
2	9,020
3	7,299
4	5,318
5	4,846
6	4,446
7	3,731
8	3,350
9	3,197
Σύνολο	61,143

Από τον πίνακα Rotated Component Matrix μπορούμε να κατατάξουμε τις 32 μεταβλητές του ερωτηματολογίου μας στους 9 παράγοντες που προέκυψαν. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον **Πίνακα 4.5.5** που ακολουθεί.

Πίνακας 4.5.5: Παρουσίαση Παραγόντων

Παράγοντας 1	
A1.5 Γνωρίζετε τι εξετάσεις περιλαμβάνει ο τακτικός προληπτικός έλεγχος ;	0.651
A2.15 Εφαρμόζετε Ψηλάφηση στον μαστό σας;	0.555
A2.19 Πόσο συχνά κάνετε Τεστ-Παπ;	0.737
A2.22 Πόσο συχνά κάνετε κολπικό υπέρηχο;	0.705
A2.32 Πόσο συχνά επισκέπτεστε τον γυναικολόγο σας ;	0.637
Παράγοντας 2	
A1.7 Προτιμάτε να ενημερώνεστε από άρθρα σε επιστημονικά περιοδικά ;	0.509
Παράγοντας 3	
1.23 Θεωρείται σημαντικές τις εξετάσεις πρόληψης καρκίνου του μαστού;	0.490
Παράγοντας 4	
A1.30 Πόσο συχνά επισκέπτεστε τον γυναικολόγο σας ;	0.414
Παράγοντας 5	
A1.9 Προτιμάτε να ενημερώνεστε από τον γιατρό σας;	0.543
Παράγοντας 6	
A1.10 Προτιμάτε να ενημερώνεστε από περιοδικά γενικής ύλης και ιστοσελίδες στο διαδίκτυο ;	0.648
Παράγοντας 7	
A1.4 Πιστεύεται ότι η πρόωμη διάγνωση είναι σημαντική για την θεραπεία μιας νόσου;	0.375
Παράγοντας 8	
A1.12 Γνωρίζετε τα μέτρα προφύλαξης από τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα νοσήματα;	0.338
Παράγοντας 9	
A1.6 Γνωρίζετε τα συνήθη νοσήματα που απειλούν την υγεία της γυναίκας;	0.542

Ο παράγοντας 1 περιλαμβάνει πέντε μεταβλητές που ανήκουν στην Α1 ομάδα του ερωτηματολογίου μας. Οι μεταβλητές αυτές, αφορούν τις πεποιθήσεις των γυναικών απέναντι στην πρόληψη νοσημάτων. Πιο αναλυτικά οι μεταβλητές αυτές είναι: Α1.5 «Γνωρίζετε τι εξετάσεις περιλαμβάνει ο τακτικός προληπτικός έλεγχος;», Α2.15 «Εφαρμόζετε Ψηλάφηση στον μαστό σας;», Α2.19 «Πόσο συχνά κάνετε Τεστ-Παπ;», Α2.22 «Πόσο συχνά κάνετε κολπικό υπέρηχο;» και Α2.32 «Πόσο συχνά επισκέπτεστε τον γυναικολόγο σας;».

Ο παράγοντας 2 περιλαμβάνει μόνο μία μεταβλητή. Αυτή είναι: A1.7 «Προτιμάτε να ενημερώνεστε από άρθρα σε επιστημονικά περιοδικά;». Ο παράγοντας 3 περιλαμβάνει μία μεταβλητή την A1.23 «Θεωρείται σημαντικές τις εξετάσεις πρόληψης καρκίνου του μαστού;». Ο παράγοντας 4 περιλαμβάνει μία μεταβλητή την A1.30 «Πόσο συχνά επισκέπτεστε τον γυναικολόγο σας;». Ο παράγοντας 5 περιλαμβάνει μία μεταβλητή, η οποία είναι η A1.9 «Προτιμάτε να ενημερώνεστε από τον γιατρό σας;».

Ο παράγοντας 6 περιλαμβάνει την μεταβλητή A1.10 «Προτιμάτε να ενημερώνεστε από περιοδικά γενικής ύλης και ιστοσελίδες στο διαδίκτυο;». Ο παράγοντας 7 περιλαμβάνει μόνο μία μεταβλητή την A1.4 «Πιστεύεται ότι η πρόωμη διάγνωση είναι σημαντική για την θεραπεία μιας νόσου;». Ο παράγοντας 8 περιλαμβάνει μία μεταβλητή την A1.12 «Γνωρίζετε τα μέτρα προφύλαξης από τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα νοσήματα;» Τέλος, ο παράγοντας 9 περιλαμβάνει μια μεταβλητή την A1.6 «Γνωρίζετε τα συνήθη νοσήματα που απειλούν την υγεία της γυναίκας;».

Στον παρακάτω **Πίνακα 4.5.6** παρουσιάζονται οι ονομασίες των ομάδων μεταβλητών (παράγοντες) που προέκυψαν από την ανάλυση παραγόντων που πραγματοποιήσαμε και αναλύσαμε στο κείμενο που προηγήθηκε.

Πίνακας 4.5.6: Παράγοντες

Παράγοντες	
1	Γνωρίζετε τι εξετάσεις περιλαμβάνει ο τακτικός προληπτικός έλεγχος ;
2	Προτιμάτε να ενημερώνεστε από άρθρα σε επιστημονικά περιοδικά;
3	Θεωρείται σημαντικές τις εξετάσεις πρόληψης καρκίνου του μαστού;
4	Πιστεύετε ότι το εμβόλιο έναντι του HPV προφυλάσσει από τον καρκίνο τραχήλου της μήτρας;
5	Προτιμάτε να ενημερώνεστε από τον γιατρό σας;
6	Προτιμάτε να ενημερώνεστε από περιοδικά γενικής ύλης και ιστοσελίδες από το διαδίκτυο
7	Πιστεύεται ότι η πρόωμη διάγνωση είναι σημαντική για την θεραπεία μιας νόσου;
8	Γνωρίζετε τα μέτρα προφύλαξης από τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα νοσήματα;
9	Γνωρίζετε τα συνήθη νοσήματα που απειλούν την υγεία της γυναίκας;

4.6 Συσχέτιση Ερωτήσεων

Ο έλεγχος ως προς τη συσχέτιση των ερωτήσεων έγινε με τον υπολογισμό της συνάρτησης συσχέτισης όπως αναλύσαμε στην εισαγωγή του κεφαλαίου 4. Ο υπολογισμός αυτός πραγματοποιήθηκε μεταξύ των δύο ομάδων των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου.

Για το διαχωρισμό των ερωτήσεων σε υψηλής ή χαμηλής συσχέτισης ορίστηκε ένα κατώφλι με βάση τον υποκειμενικό παράγοντα με τιμή ίση με 0,55. Έτσι οι ερωτήσεις που παρουσίασαν συσχέτιση μεγαλύτερη της συγκεκριμένης τιμής χαρακτηρίζονται ως ερωτήσεις υψηλής συσχέτισης. Πολλές από τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου μας παρουσίασαν υψηλή συσχέτιση μεταξύ τους, καθώς οι ερωτώμενοι απάντησαν στις συγκεκριμένες, με τον ίδιο τρόπο. Ωστόσο αξίζει να σημειωθεί ότι υψηλή συσχέτιση παρατηρήθηκε μόνο μεταξύ ερωτήσεων της ίδια ομάδας. Ενδεικτικά κάποιες ερωτήσεις που εμφάνισαν υψηλά ποσοστά είναι οι εξής:

Στην πρώτη ομάδα ερωτήσεων A1 που αφορά τις «Πεποιθήσεις των γυναικών απέναντι στην πρόληψη», οι γυναίκες στην ερώτηση (A1.3) απάντησαν με υψηλό ποσοστό συσχέτισης 0,67 στο εάν ενημερώνονται από τον γιατρό τους για νέους τρόπους πρόληψης νοσημάτων (A1.6). Επίσης, με ποσοστό 0,57 οι γυναίκες που γνωρίζουν τα συνήθη νοσήματα που απειλούν την γυναικεία υγεία (A1.3), απάντησαν ότι ενημερώνονται από τον γιατρό τους (A1.6). Τα παραπάνω αποτελέσματα παρουσιάζονται στον ακόλουθο πίνακα.

Πίνακας 4.6.1: Συντελεστής Συσχέτισης για την A1 ομάδα του ερωτηματολογίου «Οι πεποιθήσεις των γυναικών απέναντι στην πρόληψη».

Spearman's rho							
1.4	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	1.10
1.4	1,000	,303	,381	,238	,135	,135	-,002
1.5	,303	1,000	,639	,354	,167	,084	,152
1.6	,381	,639	1,000	,481	,245	,106	,033
1.7	,238	,354	,481	1,000	,351	,082	,065
1.8	,135	,167	,245	,351	1,000	-,198	,218
1.9	,135	,084	,106	,082	-,198	1,000	-,066
1.10	-,002	,152	,033	,065	,218	-,066	1,000

Η δεύτερη ομάδα ερωτήσεων Α2 σχετίζεται με την «Εφαρμογή των στοιχείων της πρόληψης». Επειδή οι ερωτήσεις είναι πολλές τις έχουμε χωρίσει σε δύο πίνακες. Στην ερώτηση (Α2.16) αν οι γυναίκες εφαρμόζουν ψηλάφηση στον μαστό τους και εάν κάνουν υπέρηχο μαστών (Α2.18) το ποσοστό συσχέτισης είναι 0.37.

Πίνακας 4.6.2:

Συντελεστής Συσχέτισης για την Α2 ομάδα του ερωτηματολογίου «Εφαρμογή της πρόληψης».

<u>Spearman's rho</u>							
	2.16	2.17	2.18	2.19	2.20	2.21	2.22
2.16	1,000	,218**	0,37	,177**	,185**	,012	,225**
2.17	,218**	1,000	,713**	,543**	,221**	,277**	,388**
2.18	0,37	,713**	1,000	,477**	,187**	,221**	,449**
2.19	,177**	,543**	,477**	1,000	,202**	,171**	,649**
2.20	,185**	,221**	,187**	,202**	1,000	,292**	,295**
2.21	,012	,000	,000	,003	,000	1,000	,266
2.22	,225**	,388**	,449**	,649**	,295**	,266**	1,000

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Επιπρόσθετα στην δεύτερη ομάδα Α2 η οποία σχετίζεται με την «Εφαρμογή της πρόληψης», στην ερώτηση εάν οι γυναίκες γυμνάζονται (Α2.27) και εάν καπνίζουν (Α2.34), το ποσοστό συσχέτισης των δύο ερωτήσεων είναι υψηλό 0.83.

Τέλος, στην ερώτηση αν οι γυναίκες ελέγχουν την πίεσή τους (Α2.28) και πόσο συχνά κάνουν εξετάσεις αίματος για τη μέτρηση θυρεοειδικών ορμονών (Α2.31) το ποσοστό συσχέτισης είναι 0.43.

Πίνακας 4.6.3:

Συντελεστής Συσχέτισης για την Α2 ομάδα του ερωτηματολογίου «Εφαρμογή της πρόληψης».

	2.27	2.28	2.29	2.30	2.31	2.32	2.33	2.34
2.27	1,000	,292	,240	,286	,237	,213	,104	,083
2.28	,292	1,000	0,30	,199	0,43	-,002	,133	-,045
2.29	,240	0,30	1,000	,378	,387	,363	,147	,154

2.30	,286	,199	,378	1,000	,664	,125	-,044	,073
2.31	,237	,043	,378	,664	1,000	,239	-,034	-,073
2.32	,213	-,002	-,002	,363	,125	,236	1,000	,247
2.33	,104	,133	,147	-,044	-,034	,247	1,000	,148
2.34	,083	-,045	,154	-,073	-,092	,105	,148	1,000

Κεφάλαιο 5^ο

5.1 ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ ΤΩΝ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΠΑΡΑΒΟΛΗ ΜΕ ΑΛΛΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ

Η συγκεκριμένη εργασία επιχείρησε να διερευνήσει τις πεποιθήσεις και τις στάσεις των γυναικών απέναντι στα στοιχεία της πρόληψης, να γίνουν αντιληπτοί οι παράγοντες που επηρεάζουν τη διαδικασία εφαρμογής της πρόληψης και να μελετηθεί κατά πόσο τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των γυναικών, τα οποία είναι η ηλικία, η εκπαίδευση και η οικογενειακή κατάσταση, επηρεάζουν τις πεποιθήσεις τους και τον βαθμό εφαρμογής της πρόληψης.

Συνολικά, το τεστ αξιοπιστίας (Reliability Analysis) για όλες τις ενότητες του ερωτηματολογίου που περιλαμβάνει τις 35 ερωτήσεις ανέρχεται σε ποσοστό 83,4%, δηλαδή οι 35 ερωτήσεις των ενοτήτων που εξετάστηκαν συσχετίζονται μεταξύ τους σε ποσοστό 83,4%. Πιο απλά, οι ερωτήσεις τείνουν να εξετάζουν το ίδιο πράγμα σε ποσοστό 83,4%. Ένα επαρκές δηλαδή όριο αξιοπιστίας, σύμφωνα με τον δείκτη Cronbach Alpha.

Το συνολικό δείγμα της έρευνας μας ανήλθε σε 300 γυναίκες, αν και τα ερωτηματολόγια που είχαν μοιραστεί ήταν 450. Από τις γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα, το 17,7% του δείγματος είναι απόφοιτες δημοτικού, το 35,0% είναι απόφοιτες Γυμνασίου, το 42,7% είναι απόφοιτες Λυκείου, το 42,7% του δείγματος είναι απόφοιτες ΑΕΙ ή ΤΕΙ, και το 4,7% δήλωσε ότι δεν έχει φοιτήσει. Επίσης, το 69,7% του δείγματος είναι παντρεμένες και το 30,3% είναι ανύπαντρες.

Εξετάζοντας την άποψη των γυναικών αναφορικά με την πεποίθησή τους στα στοιχεία της πρόληψης, από τα ευρήματα διαπιστώνεται ότι ένα μικρό ποσοστό του δείγματος των γυναικών ενημερώνεται πάντα για νέους τρόπους πρόληψης νοσημάτων, με ποσοστό 12,7%. Συγκεκριμένα, το 18,7% του δείγματος δήλωσε ότι δεν ενημερώνεται καθόλου, το 20,0% του δείγματος δήλωσε ότι ενημερώνεται λίγο, το 28,0% δήλωσε ότι ενημερώνεται σε μέτριο βαθμό, το 20,0% δήλωσε ότι ενημερώνεται αρκετά και το 12,7% δήλωσε ότι ενημερώνεται πολύ.

Εξετάζοντας την άποψη των γυναικών ως προς την σημαντικότητα της πρόληψης, στην ερώτηση αν πιστεύουν ότι η διάγνωση μιας νόσου είναι σημαντική για την θεραπεία μιας νόσου, απάντησαν με ποσοστό 72,0% ότι θεωρούν πολύ σημαντική

τη διάγνωση, όμως στην ερώτηση αν κάνουν αυτοεξέταση μαστού, φάνηκε ότι οι μισές γυναίκες του δείγματος ψηλαφούν πάντα τον μαστό τους με ποσοστό 48,0%.

Στην συνέχεια της έρευνάς μας, στην ερώτηση αν οι γυναίκες θεωρούν σημαντικές τις εξετάσεις πρόληψη καρκίνου των μαστών, απάντησαν με ποσοστό 78,3%, ότι τις θεωρούν πολύ σημαντικές. Όμως, μόνο το 12,3% των γυναικών κάνει την προληπτική εξέταση υπέρηχου μαστών. Έπειτα, στην ερώτηση αν οι γυναίκες γνωρίζουν τα στοιχειώδη μέτρα προφύλαξης από λοιμώδη μεταδιδόμενα νοσήματα, απάντησαν ότι τα γνωρίζουν με ποσοστό 66,7%. Όμως, μόνο το 26,0% φάνηκε να χρησιμοποιεί τακτικά προφυλακτικό κατά την σεξουαλική επαφή.

Σε έρευνα που είχε γίνει το 2009 σε Κεντρικό Νοσοκομείο της Αθήνας, με θέμα «Η συμβολή των υπερηχογραφημάτων στην σύγχρονη διαγνωστική και θεραπευτική», είχε βρεθεί ότι οι γυναίκες κάνουν υπέρηχο κάτω κοιλίας σε ποσοστό 67%. Στην έρευνά μας, διαπιστώθηκε ότι λίγες γυναίκες κάνουν την εξέταση, με ποσοστό 3,0% (Η συμβολή των υπερηχογραφημάτων στην σύγχρονη διαγνωστική και θεραπευτική, 2009).

Πιο συγκεκριμένα ανά ηλικιακά διαστήματα, οι γυναίκες 18-27 ετών, εκφράζουν ότι κάνουν τακτικά την εξέταση με ποσοστό 2,7%, οι γυναίκες ηλικιακής ομάδας 28-37 ετών, με ποσοστό 2,7%, οι γυναίκες ηλικιακής ομάδας 38-47 ετών εκφράζουν ότι κάνουν την εξέταση με ποσοστό 43,2%, οι γυναίκες ηλικιακής ομάδας 48-57 ετών με ποσοστό 35,1% και οι γυναίκες άνω των 50 ετών με ποσοστό 16,2%. Παρατηρείται ότι οι γυναίκες άνω των 48 ετών κάνουν συχνότερα την προληπτική εξέταση.

Σύμφωνα με την στατιστική ανάλυση χ^2 , ανάμεσα στην ηλικία και τον βαθμό συχνότητας εξέτασης υπέρηχου μαστών, οι γυναίκες ηλικίας άνω των 38 ετών φάνηκε ότι κάνουν συχνότερα την εξέταση, σε σχέση με γυναίκες κάτω των 38 ετών. Πιο συγκεκριμένα, οι γυναίκες ηλικιακής ομάδας 18-27 ετών εκφράζουν ότι κάνουν την εξέταση με ποσοστό 2,7%, οι γυναίκες ηλικιακής ομάδας με ποσοστό 2,7%, οι γυναίκες ηλικιακής ομάδας 38-47 ετών 43,2%, οι γυναίκες ηλικιακής ομάδας 48-57 ετών με ποσοστό 35,1% και οι γυναίκες άνω των 50 ετών με ποσοστό 16,2%.

Σύμφωνα με το χ^2 έχουμε επίπεδο σημαντικότητας μικρότερο από 0,05, ($p=0,001$) άρα η υπόθεση ανεξαρτησίας ανάμεσα στην ηλικία και στον βαθμό που οι

γυναίκες κάνουν υπέρηχο μαστών απορρίπτεται. Επομένως η ηλικία και ο βαθμός συχνότητας υπέρηχου των μαστών, έχουν στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ τους.

Σύμφωνα με την στατιστική ανάλυση χ^2 , ανάμεσα στην ηλικία και τον βαθμό συχνότητας ελέγχου της πίεσης, οι γυναίκες ηλικίας άνω των 38 ετών φάνηκε ότι ελέγχουν συχνότερα την πίεσή τους σε σχέση με γυναίκες κάτω των 38 ετών. Πιο συγκεκριμένα, οι γυναίκες ηλικιακής ομάδας 18-27 ετών ελέγχουν τακτικά την πίεσή τους με ποσοστό 21,5%, οι γυναίκες ηλικιακής ομάδας με ποσοστό 15,2%, οι γυναίκες ηλικιακής ομάδας 38-47 ετών 20,3%, οι γυναίκες ηλικιακής ομάδας 48-57 ετών με ποσοστό 25,3% και οι γυναίκες άνω των 50 ετών με ποσοστό 17,7%.

Σύμφωνα με το χ^2 έχουμε επίπεδο σημαντικότητας μικρότερο από 0,05, ($p=0,001$) άρα η υπόθεση ανεξαρτησίας ανάμεσα στην ηλικία και στον βαθμό που οι γυναίκες ελέγχουν την πίεσή τους απορρίπτεται. Επομένως η ηλικία και ο βαθμός συχνότητας ελέγχου της πίεσης, έχουν στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ τους.

Σύμφωνα με την στατιστική ανάλυση χ^2 , ανάμεσα στην ηλικία και τον βαθμό συχνότητας της εξέτασης μαστογραφίας, οι γυναίκες ηλικίας άνω των 48 ετών φάνηκε ότι κάνουν συχνότερα την εξέταση σε σχέση με γυναίκες ηλικίας κάτω των 47 ετών. Πιο συγκεκριμένα, οι γυναίκες ηλικιακής ομάδας 18-27 ετών εκφράζουν ότι κάνουν τακτικά την εξέταση με ποσοστό 12,5%, οι γυναίκες ηλικιακής ομάδας με ποσοστό 14,3%, οι γυναίκες ηλικιακής ομάδας 38-47 ετών 19,6%, οι γυναίκες ηλικιακής ομάδας 48-57 ετών με ποσοστό 30,4% και οι γυναίκες άνω των 50 ετών με ποσοστό 23,2%.

Σύμφωνα με το χ^2 έχουμε επίπεδο σημαντικότητας μικρότερο από 0,05, ($p=0,006$) άρα η υπόθεση ανεξαρτησίας ανάμεσα στην ηλικία και στον βαθμό συχνότητας της εξέτασης μαστογραφίας απορρίπτεται. Επομένως η ηλικία και ο βαθμός συχνότητας της εξέτασης μαστογραφίας, έχουν στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ τους.

Σύμφωνα με την στατιστική ανάλυση χ^2 , ανάμεσα στην ηλικία και τον βαθμό συχνότητας προφυλακτικού κατά την σεξουαλική επαφή, παρατηρείται ότι οι γυναίκες ηλικιακής ομάδας χρησιμοποιεί τακτικά σε ποσοστό 4,3%, οι γυναίκες ηλικιακής ομάδας χρησιμοποιεί προφυλακτικό με ποσοστό 6,4%, οι γυναίκες ηλικιακής ομάδας με ποσοστό 54,5%, οι γυναίκες ηλικιακής ομάδας με ποσοστό 18,2% και τέλος, οι γυναίκες ηλικιακής ομάδας, με ποσοστό 22,7%.

Σύμφωνα με το χ^2 έχουμε επίπεδο σημαντικότητας μικρότερο από 0,05, ($p=0,011$) άρα η υπόθεση ανεξαρτησίας ανάμεσα στην ηλικία και στον βαθμό συχνότητας χρήσης προφυλακτικού, απορρίπτεται. Επομένως, η ηλικία και ο βαθμός συχνότητας της χρήσης προφυλακτικού, έχουν στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ τους.

5.2 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η έρευνα υπόκειται στους μεθοδολογικούς περιορισμούς οι οποίοι έχουν επισημανθεί για τις έρευνες που βασίζονται στην διανομή ερωτηματολογίων τα οποία συμπληρώνονται από τους συμμετέχοντες της έρευνας. Οι περιορισμοί αυτοί σχετίζονται με ζητήματα όπως

- Η πλήρης κατανόηση από τις γυναίκες των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου.
- Ο βαθμός ανταπόκρισης του δείγματος.
- Οι απόψεις αλλάζουν ανάλογα με το φύλο και τη σχολή φοίτησης.

Το ερωτηματολόγιο κλειστού τύπου, εξασφαλίζει την ανωνυμία, αποτελεί όμως μειονέκτημα στην περίπτωση όπου τα υπό εξέταση θέματα του ερωτηματολογίου απαιτούν διευκρινιστικές επισημάνσεις.

Η μέθοδος της διανομής του ερωτηματολογίου εμφανίζει το πρόβλημα του χαμηλότερου βαθμού ανταπόκρισης του δείγματος σε σχέση με τη χρησιμοποίηση συνεντεύξεων.

Για να συγκριθούν τα αποτελέσματα μας με μελλοντική έρευνα θα πρέπει καταρχήν να απευθυνθούν σε πληθυσμό γυναικών, να υπολογιστούν οι κατανομές των συχνοτήτων των τιμών των μεταβλητών, υπό μορφή πινάκων συχνοτήτων και διαγραμμάτων. Να υπολογιστούν τα διάφορα βασικά μέτρα περιγραφικής στατιστικής, όπως είναι οι δείκτες κεντρικής τάσης (π.χ mean) και διασποράς (π.χ maximum, minimum, Std.Deviation).

Επίσης, να γίνει έλεγχος των πιθανών σχέσεων των υπό εξέταση μεταβλητών. Να γίνουν οι μη παραμετρικοί στατιστικοί έλεγχοι, όπως ο έλεγχος της σημαντικότητας (χ^2), ο οποίος μας βοηθάει στην ερμηνεία, εάν υπάρχει συστηματική σχέση, δηλαδή εξάρτηση μεταξύ των δυο εξεταζόμενων μεταβλητών. Επίσης, να γίνει έλεγχος ανάλυσης διακύμανσης κατά ένα παράγοντα Kruskal Wallis, ο οποίος μας βοηθάει στην ερμηνεία, εάν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ δύο μεταβλητών.

Επιπρόσθετα, να πρέπει να γίνει έλεγχος ύπαρξης γραμμικής συσχέτισης μεταξύ των μεταβλητών, με τον συντελεστή συσχέτισης Spearman, ο οποίος μας βοηθάει στην διερεύνηση, εάν οι γυναίκες οι οποίες γνωρίζουν την σημαντικότητα της πρόληψης, την εφαρμόζουν. Τέλος, να γίνει έλεγχος ανάλυσης παραγόντων για να προσδιοριστούν οι παράγοντες που επηρεάζουν τις στάσεις των γυναικών, ως προς την εφαρμογή της πρόληψης.

5.3 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η συγκεκριμένη εργασία διερεύνησε τις πεποιθήσεις και τις στάσεις των γυναικών απέναντι στην πρόληψη νοσημάτων και μελετήθηκε κατά πόσο τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των γυναικών δηλαδή η ηλικία, η εκπαίδευση και η οικογενειακή κατάσταση μπορούν να επηρεάσουν την στάση τους απέναντι στην εφαρμογή των στοιχείων πρόληψης νοσημάτων.

Οι περισσότερες γυναίκες του δείγματος γνωρίζουν τη σημαντικότητα των προληπτικών εξετάσεων, όμως λίγες γυναίκες εφαρμόζουν τα στοιχεία της πρόληψης. Από τα παραπάνω αποτελέσματα, συμπεραίνουμε ότι ο βαθμός συχνότητας που οι γυναίκες εφαρμόζουν τα στοιχεία της πρόληψης, επηρεάζεται από την διαφορετικότητα της ηλικίας, της οικογενειακής κατάστασης και της εκπαίδευσης, άλλες περισσότερο, άλλες λιγότερο.

Επίσης, φάνηκε ότι οι περισσότερες γυναίκες προτιμούν να ενημερώνονται για νέους τρόπους πρόληψης νοσημάτων από τον γιατρό τους, ενώ λίγες είναι εκείνες, οι οποίες προτιμούν να ενημερώνονται από περιοδικά, από ιστοσελίδες στο διαδίκτυο και από επιστημονικά άρθρα.

Τέλος, οι γυναίκες ηλικίας άνω των 38 ετών φάνηκε να κάνουν σε μεγαλύτερο βαθμό συχνότητας τις απαραίτητες προληπτικές εξετάσεις, ενώ οι γυναίκες ηλικιακής ομάδας 18-27 ετών, φάνηκε ότι δεν κάνουν τις εξετάσεις τακτικά.

5.4 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Στην παρούσα εργασία διερευνήθηκαν οι γνώσεις και οι στάσεις των γυναικών ως προς τα στοιχεία της πρόληψης. Από την επεξεργασία που έγινε προτείνονται τα ακόλουθα για περαιτέρω έρευνα:

Η διεξαγωγή μιας έρευνας μεγάλης κλίμακας η οποία να επικεντρώνεται αποκλειστικά στην γνώση και την στάση των γυναικών απέναντι στην πρόληψη, αφού προηγηθεί μία περίοδος εξοικείωσης των γυναικών με ενημέρωση του κοινού για ανάπτυξη υγιών στάσεων και συμπεριφορών γύρω από το θέμα.

- Η εστίαση του ενδιαφέροντος στις γυναίκες ηλικίας 18-27 ετών και στις γυναίκες χαμηλού μορφωτικού επιπέδου, οι οποίες φάνηκε από την επεξεργασία ότι είναι οι λιγότερο ενημερωμένες.
- Θα είχε ενδιαφέρον να διερευνηθεί τι αποτρέπει τις γυναίκες στην εφαρμογή των στοιχείων πρόληψης, καθώς όπως φάνηκε γνωρίζουν αρκετά περί προλήψεως !!!
- Να διερευνηθεί η επίδραση ενημέρωσης ως προς το αποτέλεσμα σε ένα πληθυσμό. Για παράδειγμα, θα μπορούσε να διερευνηθεί η πιθανή αλλαγή στάσης προ και μετά την συστηματική ενημέρωση ενός πληθυσμού γυναικών (δηλ. αν η στοχευμένη συστηματική ενημέρωση αυξάνει την εφαρμογή πρόληψης).
- Πρέπει να δοθεί σημασία στα θέματα προσυμπτωματικού ελέγχου, πρωτογενούς, δευτερογενούς και τριτογενούς πρόληψης και των νοσημάτων που απειλούν την γυναικεία υγεία.
- Ανάλογες μελέτες θα μπορούσαν να γίνουν τόσο στον ανδρικό πληθυσμό όσο και στον γενικό πληθυσμό.

ΠΑΡΟΡΑΜΑΤΑ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΑ

ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΑ

ΑΡΘΡΑ

- Παπαδόπουλος Α. Η έννοια της πρωτογενούς πρόληψης. Ελληνική Εταιρεία Προληπτικής Ιατρικής, 2010.
- Κοντέ Β, Αγοραστός Θ, Νικολαΐδου Η, Συγγρός Α, Δαπόντε Α. Επιδημιολογία και πρόληψη HPV λοιμώξεων. Κεελπνο, 2014.
- Τρίμης Γ. Εμβολιασμός έναντι του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV) που προκαλεί καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και άλλα σοβαρά νοσήματα. Health Pages 2011.
- Μονεμβασίτης Γ. Παπ Τεστ, Για πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Medlabnews 2011.
- Αθανασίου Ε. Σύνδρομο Πολυκυστικών Ωοθηκών. Medical Express, 2005:17-18.
- Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Γενική γραμματεία Δημόσιας Υγείας, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Καρκίνο, 2011-2015.

ΒΙΒΛΙΑ

- Αντσακλής Α. Μαιευτική και Γυναικολογία. Αθήνα: Εκδ. Παρισιάνου Α.Ε, 2008.
- Αρβανιτίδου-Βαγιωνά Μ. Κοινωνική και Προληπτική Ιατρική. Θεσσαλονίκη: Εκδ. Επιστημονικών βιβλίων και Περιοδικών, 2009:85-93.
- Ασημακόπουλος Ε, Μανταλενάκης. Υπερηχογραφία στη Μαιευτική και Γυναικολογία. Θεσσαλονίκη: Εκδ. ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ ΓΡ. ΜΑΡΙΑ, 2002.
- Βάρρας Μ. Μαιευτική γυναικολογία. Αθήνα: Εκδ. Πασχαλίδης, 2012.
- Γολεμάτης, Β. και συν. Χειρουργική Παθολογία. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης, 2006.
- Καραδήμας Ε. Ψυχολογία της υγείας, Θεωρία και κλινική πράξη. Αθήνα: Εκδ. Παρισιάνος, 2005.
- Κυριόπουλος, Γ. και συν. Υγεία και υπηρεσίες υγείας στον ελληνικό πληθυσμό. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση, 2003.
- Κυρόπουλος Γ, Γκρέγκορου Σ, Οικονόμου Χ. Υγεία και υπηρεσίες υγείας στον ελληνικό πληθυσμό. Αθήνα: Εκδ. Παπαζήσης, 2009.

Μαρκόπουλος Χ. Παράγοντες κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου του μαστού, Πάνω απ' όλα η γυναίκα. Αθήνα : Εκδ. Διόπτρα, 2008.

Ρούπα Ζ. Οικογενειακός Προγραμματισμός και αντισύλληψη. Αθήνα: Εκδ. Έλλην, 2006

Σκάρλος Δ. Β. Μαθαίνω για τον Καρκίνο του Μαστού. Αθήνα: Διόπτρα, 2008.

Φωτίου Σ. Γυναικολογική Ογκολογία. Αθήνα: Εκδ. Πασχαλίδης, 2009.

ΕΦΗΜΕΡΙΔΕΣ

Τούντας Γ. Προληπτικές εξετάσεις: μύθοι και πραγματικότητα. Η Καθημερινή. 2014.

ΠΗΓΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΑΔΥΚΤΙΟ

Βαβουράκη Λ.. (n.d.). Οστεοπόρωση: Η πρόληψη είναι καλύτερη από τη θεραπεία. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: <http://www.homeopathy.gr/homeopathy/advice-1.html> (24/6/2016).

Γιωτάκος Ο, Τσουβέλας Γ, Κονταξάκης Β (2012). Αυτοκτονίες και υπηρεσίες παροχής ψυχικής υγείας. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: http://www.psych.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=319&Itemid=109&language=el (26/6/2016).

Γιωτάκος Ο. (2011). Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία. Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: http://www.psych.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=319&Itemid=109&language=el (14/8/2016).

Δημήτριος Μ. (2011). Υπέρταση η νόσος του σήμερα. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: [textat:www.actionmed.gr](http://www.actionmed.gr) (23/6/2016).

Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας στο πλαίσιο του προγράμματος INTERREG II για τη Δημόσια Υγεία στα Βαλκάνια, 2000.

ΕΣΥΕ. (2007). Έρευνα εισοδήματος και συνθηκών διαβίωσης των νοικοκυριών. Ελληνική Στατιστική Αρχή. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: www.statistics.gr/documents/20181/21492482-2b57-423d-b112-7f7dee89278e.

Ζουμπουρλή Κ. (2012). Η σημασία ενός προσυμπτωματικού ελέγχου (Check up) για τον έγκαιρο εντοπισμό παραγόντων κινδύνου που απειλούν την υγεία μας. Medlabnews.gr. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: <http://medlabgr.blogspot.com/2012/12/check-up.html> (27/6/2016).

Η υγεία των Γυναικών στην Ευρωπαϊκή Κοινότητα. (n.d.). Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: <http://www.scadplus:women's-health.gr> (24/6/2016).

- Καδόγλου Μ. (2012). Η επίδραση της σωματικής δραστηριότητας στη θεραπευτική πορεία ατόμων με σοβαρή ψυχική διαταραχή. Ψυχογραφήματα. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: [http://mazi.org.gr/%CE%91%CF%81%20\(15/6/2016\)](http://mazi.org.gr/%CE%91%CF%81%20(15/6/2016)).
- Καρκίνος Τραχήλου Μήτρας. (2014). Be strong. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: <http://www.bestrong.org.gr/el/cancer/typesofcancer/cervicalcancer/>.
- Κατσαρός Ν. (2016). ΤΡΩΜΕ...ΚΑΡΚΙΝΟ! Ποιά τρόφιμα να αποφεύγετε. iΠΑΙΔΕΙΑ. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: <http://www.ipaideia.gr/trome-karkino-poia-trofima-na-apofeugete-apo-ton-p-proedro-tou-efet-dr-niko-katsaro.html> (13/8/2016).
- Μούντζιος Ι. (2014). Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας και πρόληψη. Υγείαonline. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: [http://www.ygeiaonline.gr/component/content/article?id=11404:cancer-of-the-cervix-and-prevent%20%20\(26/05/2016\)](http://www.ygeiaonline.gr/component/content/article?id=11404:cancer-of-the-cervix-and-prevent%20%20(26/05/2016)).
- Προδιάθεση Οστεοπόρωσης. (2014). Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: <http://iatria.gr/el/articles/3819-prodiathese-osteoporoses-7-exetaseon> (29/6/2016).
- Πρωτογενής Πρόληψη - Καρκίνος τραχήλου μήτρας. (2014). Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: <http://www.bestrong.org.gr/el/cancer/prevention/firstprevention/cacervix/> (23/7/2016).
- Πρώτοι στην Ευρώπη οι Έλληνες καπνιστές. (2015). Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: <http://www.kathimerini.gr/817512/article/epikairothta/ellada/prwtoi-sthn-eyrwph-oi-ellhnes-kapnistes> (23/6/2016).
- Σκρούμπελος Α, Κυριόπουλος Γ. (2010). Εθνικά Προγράμματα Προσυμπτωματικού Ελέγχου για Ενήλικες στην Ελλάδα. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: www.nsph.gr/...Ygeias./Εθνικά%20Προγράμματα%20Προσυμπτωματικού%20Ελέγχου (25/6/2016).
- Τοκμακίδης Σ, Γκοδόλιας Γ, Παναγιωτίδου Α. (2000). Άσκηση και Υγεία: Ο ρόλος και η κοινωνική συμβολή των προγραμμάτων ΕΠΕΑΕΚ σε ειδικούς πληθυσμούς. Άθληση και Κοινωνία: Περιοδικό Αθλητικής Επιστήμης, 24:83-98. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: www.tzaneio.gr/epistimoniko/p13-4-1.pdf (3/8/2016).
- Τούντας Γ. (2007). Η σημασία της πρόληψης για υγεία και μακροζωία. Ιασπίς Ιδεώδες Ασκληπιακό Πάρκο Ιατρικής Σχολής, Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: <http://panacea.med.uoa.gr/topic.aspx?id=790> (24/6/2016).
- Τούντας Γ. (n.d.). Οικονομική Κρίση και Υγεία. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: <http://www.neaygeia.gr/page.asp?p=1091> (23/6/2016).
- Υφαντή, Ε. Γ. (2011). Γνώσεις νέων ενηλίκων σχετικά με τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα (ΣΜΝ) και η χρήση του προφυλακτικού ως μέσου προστασίας από τα ΣΜΝ. Διεπιστημονική Φροντίδα υγείας. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: <http://www.inhealthcare.gr/article/el/gnoseis-neon-enilikon-sxetika-me-ta-seksoualikos-metadidomena-nosimata-smn-kai-i-xrisi-tou-profulaktikou-os-mesou-prostasias-apo-ta-smn> (19/6/2016).

- Φανή Β. (2001). Σχεδιάζοντας για την ψυχική υγεία. Υγεία: Νέα αντίληψη, νέα ελπίδα. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: [://docplayer.gr/661580-Ygeia-nea-antilipsi-nea-elpida-2001-sel-3-2-shediazontas-gia-tin-psyhiki-ygeia-fani-vavyli-thessaloniki-university-press-1984-sel.html](http://docplayer.gr/661580-Ygeia-nea-antilipsi-nea-elpida-2001-sel-3-2-shediazontas-gia-tin-psyhiki-ygeia-fani-vavyli-thessaloniki-university-press-1984-sel.html) (21/6/2016).
- Χατζηδημητρίου Α. (2014). Τι είναι η ψυχολογία της υγείας & πως συνδέεται με την Χρόνια Νόσο. [onmed.gr](http://www.onmed.gr), Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: <http://www.onmed.gr/ygeia/story/321158/ti-einai-i-psyxologia-tis-ygeias--pos-syndetaiti-me-tin-xronia-noso> (23/6/2016).
- Χρυσή Χ Κολιάκη, Νικόλαος Λ. (2010). Ο ρόλος της διατροφής στην παθοφυσιολογία, πρόληψη και θεραπεία της αρτηριακής υπέρτασης. *Eu Medline*, 116-123. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: <http://www.eumedline.eu/post/O-rollos-ths-diatrofhs-sthn-pathofysiologia-prolhpskai-therapeia-ths-arthriakhs-ypertashs> (22/6/2016).

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΑ

ARTICLES

- Appleby J. The credit crisis and health care. *Br Med J*, 2008, 337.
- Buvinic M. The global financial crisis: Assessing vulnerability for women and children, identifying policy responses. *World Bank*, 2009, 2-3.
- Chang S, Gunnell D, Sterne J, Lu T-H, Cheng A. Was the economic crisis 1997-1998 responsible for rising suicide rates in East/South-east Asia? A time-trend analysis for Japan Hong Kong, South Korea, Taiwan, Singapore and Thailand. *Soc Sci Med*, 2009, 68(7):1322-31.
- Ciechanowski PS, Katon WJ, Russo JE. Depression and diabetes: impact of depressive symptoms on adherence, function, and costs. *Archives of Internal Medicine*, 2000, 160(21):3278-85.
- Clayman B. Η υγεία των γυναικών. *The American Medical Association*, 1993, 242.
- Connolly M, Kelly C. Lifestyle and physical health in schizophrenia. *Advances in Psychiatric Treatment*, 2005, 11: 125-132.
- Daniilidou NV, Gregory S, Kyriopoylos JH, Zarvas DJ. Factors associated with self-rated health in Greece: a population-based postal survey. *Eur J Public Health*, 2004, 14(2):209-11.
- Da Ros CT, da Silva Schmitt C. Global epidemiology of sexually transmitted diseases. *Asian Journal of andrology*, 2008, 10(1):110-4.

- DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Archives of Internal Medicine* ,2000, 160(14):2101-7.
- Economou C, Giorno C. Improving the Performance of the Public Health Care System in Greece. *OECD Economics Department Working Papers* ,2009, 722.
- Fon Peter Nde, Jules Clement Nguedia Assob, Tebit Emmanuel Kwenti, Anna Longdoh Njunda, Taddi Raissa Guidona Tainenbe. Knowledge, Attitude And Practice Of Breast Self-Examination Among Female Medical Students In The University Of Lagos . *The Internet Journal of Health* , 2009, Volume 12 Number 1.
- Ferketich K. Depression as an antecedent to heart disease among women and men in the Nhanes I study. *Archives of Internal Medicine* , 2000, 160(9):1261-8.
- Gerdtham U, Ruhm CJ. Deaths rise in good economic times: Evidence from the OECD. *Econ Hum Biol.* 2006.
- Geitona M, Zarvas D, Kyriopoylos J. Determinants of healthcare utilization in Greece: Implications for decision-making. *Eur J Gen Pract* , 2007 13:144–150.
- Gilman S, Kawachi I, Fitzmaurice MG, Buka LS. Socioeconomic status in childhood and the lifetime risk of major depression. *Int J Epidemiol* , 2002, 31:359-367.
- Hughes KS. Medicines. *American magazine of obstetrics and gynecology* , 2004, 24:15-16.
- Hu FB. Overweight and obesity in women: health risks and consequences. *J Womens Health (Larchmt)* , 2003, 12(2):163-72.
- Jack A. (2009). Commetary: Look after the pennies. *Br Med Journal*, 2009, 333: b1380.
- Kasl S, Cobb C. Health Behavior, Illness Behavior and Sick Role Behavior. *Archives of Environmental Health* ,1996, 12(2):246-66.
- Kentikelenis A, Karanikolos M, Papanicolas I, Basu S, McKee M, Stuckler D. Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *Lancet* , 2011, 378(9801):1457-8.
- Leahy R. Unemployment's Human Costs . *THE HUFFINGTON POST*, 2011.
- Lewis C, Ubido J, Holford R, Scott-Samuel A. Prevention programmes cost-effectiveness review: Physical activity, 2010.
- Marmot M, Wilkinson R G. *Social Determinants of health*. Oxford Univercity Press , 1999, 132-154.
- McDaid D, Sassi F, Merkur S. *Promoting health, preventing disease: the economic case*. Open University Press, 2013.

- Organization, W. H. Achieving health equity: From root causes to fair outcomes. . Commission on social determinants of health. Interim statement, 2007.
- Osborn D. The poor physical health of people with mental illness . West Journal of Medicine, 2011, 175(5): 329–332.
- Reed G M. Realistic acceptance as a predictor of decreased survival time in gay men with AIDS. . Health Psychology , 1994, 13(4):299-307.
- Richardson C, Faulkner G, Mc Devitt J, Skrinar G, hutchinson D, Piette J. Integrating Physical Activity Into Mental Health Services for Persons With Serious Mental Illness. Psychiatric Services , 2005, 56 (3):324-331.
- Rootman I, Goodstadt M, Hyndman B, McQueen D, Potvin L, Springett L, Ziglio E. Evaluation in health promotion. Principles and perspectives. WHO Europe, European Series ,2001, 92: 4–5.
- Rouleau K, Rerwood-Cambell L. International development and humanitarian aid. In times of economic crisis, should Canada maintain its spending? . Can Fam Physician, 2009, 55:575–577.
- Selenko E, Batinic B, Beyond debt. A moderator analysis of the relationship between perceived financial strain and mental health. . SocSci Med , 2011, 73(12): 1725-173.
- Schouten LJ, Goldbohm RA, Van den Brandt PA. Anthropometry, physical activity, and endometrial cancer risk: results from the Netherlands Cohort Study . J Natl Cancer Inst , 2004, 96: 1635-8.
- Sim M G, Khong E. Prevention – building on routine clinical practice. Aust Fam Physician , 2006, 35(1-2):12-5.
- Spiegel D. Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. Lancet , 1989, 2(8668):888-91.
- Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. Lancet ,2009, 374: 315–23.
- Tomoaki Imamura, Yasunaga H. Economic evaluation of prostate cancer screening with prostate-specific antigen. International Journal of Urology , 2008, 15:285-288.
- Watson M. Going for gold: the health promoting general practice. Quality in Primary Care , 2008, 16(3): 177-185.

Yarnall K S, Pollak K I, Ostbye T, Krause K M, Michener J L. Primary care: is there enough time for prevention? . American Journal of Public Health ,2003, 93(4): 635–41.

Ziegelstein RC. Patients With Depression Are Less Likely to Follow Recommendations to Reduce Cardiac Risk During Recovery From a Myocardial Infarction. Jama Internal Medicine , 2000, 160(12):1818-1823.

Zissi A, Barry M M, Cochrane R A. Mediation model of quality of life for individuals with severe mental health problems. Psycho Med , 1998, 28(5):1221-30.

Zissi A, Barry M M, Cochrane R A. Validation of screening procedures. British Medical Bulletin, 1971, 27(1):3–8.

BOOKS

Lowdermilk P C. Νοσηλευτική Μητρότητας. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος, 2010.

Saraceno B. La fine dell' internamento. Αθήνα: ΕΤΑΣ, 2000.

SOURCES FROM THE INTERNET

American Association For Cancer Research. (n.d.). Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο:
<http://www.aacr.org> (5/8/2016).

European society of medical oncology. (2011).: Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο:
<https://www.esmo.org/content/download/51141/948640/file/ESMO-ACF-Greek-Breast-Cancer-Guide-for-Patients.pdf> (3/6/2016).

Health, C. o. (2007). World Health Organization. Achieving health equity : from root causes to fair outcomes : Commission on Social Determinants of Health. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: <http://www.who.int/iris/handle/10665/69670> (26/6/2016).

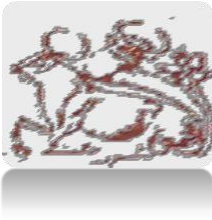
Karski J. Η προαγωγή της υγείας και τα ανθρώπινα δικαιώματα. Έκδοση του Υ.Υ.Κ.Α και την National Heart, Lung and Blood Institute. (n.d.). Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: NHLBI:
<http://www.nhlbi.nih.gov> (19/6/2016).

National Institute of Public Health Seintel. (n.d.). Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: NIPHS:
<http://www.NIPHS.com>(19/6/2016).

National Library of Medicine. (n.d.). Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο:
<http://www.NLM.com>(19/6/2016).

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΤΕΙ ΚΡΗΤΗΣ



ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΤΙΣ ΠΕΠΟΙΘΗΣΕΙΣ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

Η έρευνα αυτή είναι μια προσπάθεια να διερευνηθούν οι γνώσεις και οι στάσεις των γυναικών στην πρόληψη νοσημάτων. Η συμμετοχή σας είναι προαιρετική. Σας διαβεβαιώνουμε ότι δεν μπορεί, ούτε πρόκειται να αναζητηθεί η ταυτότητα σας. Τα αποτελέσματα θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς.

1) Ηλικία : 18-27 28-37 38-47 48-57 Άνω των 50ετών

2) Εκπαίδευση : Βασική Μέση Ανώτατη Άλλο

3) Έγγαμη Άγαμη

ΟΔΗΓΙΕΣ: Επιλέξτε μια από τις παρακάτω ενέργειες ανάλογα με τη συχνότητα που τις πραγματοποιείτε :

	1=Καθόλου 2=Λίγο 3=Μέτρια 4=Αρκετά 5=Πολύ					
4	Πιστεύετε ότι η πρόωμη διάγνωση είναι σημαντική για την θεραπεία μιας νόσου;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Γνωρίζετε τι εξετάσεις περιλαμβάνει ο τακτικός προληπτικός έλεγχος;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Γνωρίζετε τα συνήθη νοσήματα που απειλούν την υγεία της γυναίκας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Ενημερώνεστε συχνά για νέους τρόπους πρόληψης νοσημάτων;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Προτιμάτε να ενημερώνεστε από άρθρα σε επιστημονικά περιοδικά;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Προτιμάτε να ενημερώνεστε από τον γιατρό σας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10	Προτιμάτε να ενημερώνεστε από περιοδικά γενικής ύλης και ιστοσελίδες στο διαδίκτυο;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Εφαρμόζετε τα στοιχειώδη μέτρα προφύλαξης από λοιμώδη (μεταδιδόμενα) νοσήματα; (AIDS, ηπατίτιδα, κλπ).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Γνωρίζετε τα μέτρα προφύλαξης από τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα ;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Πριν την λήψη κάποιας φαρμακευτικής αγωγής, διαβάζετε τις οδηγίες χρήσης του φαρμάκου ;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Θεωρείτε σημαντικές τις εξετάσεις πρόληψης καρκίνου του μαστού ;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Πιστεύετε ότι το εμβόλιο έναντι του HPV (Ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων) προφυλάσσει από τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	1=Ποτέ 2=Σπάνια 3=Συχνά 4=Πολύ συχνά 5=Ιδιαίτερα Συχνά					
16	Εφαρμόζετε Ψηλάφηση στον μαστό σας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Αποφεύγετε να ψηλαφάτε τους μαστούς σας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Πόσο συχνά κάνετε υπέρηχο μαστών;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Πόσο συχνά κάνετε εξέταση μαστογραφίας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Πόσο συχνά κάνετε Τεστ-Παπ;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Επιμένετε πάντα στη χρήση προφυλακτικού;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Χρησιμοποιείτε αντισηπτικά για κολπική πλύση μετά από κάθε σεξουαλική επαφή;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Πόσο συχνά κάνετε κολπικό υπέρηχο;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Καταναλώνετε δημητριακά, φρούτα και λαχανικά στην καθημερινή σας διατροφή;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Πόσο συχνά ελέγχετε το σωματικό σας βάρος;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26	Γυμνάζεστε τακτικά; (περπάτημα ,κολύμπι, τρέξιμο)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	Πόσο συχνά ελέγχετε την πίεσή σας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Πόσο συχνά κάνετε μέτρηση οστικής πυκνότητας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Πόσο συχνά κάνετε υπέρηχο κάτω κοιλίας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	Πόσο συχνά κάνετε εξετάσεις αίματος για τη μέτρηση θυρεοειδικών ορμονών;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	Πόσο συχνά πλύνετε τα χέρια σας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	Πόσο συχνά επισκέπτεστε τον γυναικολόγο σας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	Καπνίζετε;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	Τρώτε γλυκά;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	Επισκέπτεστε τον οδοντίατρο σας χωρίς να έχετε πρόβλημα στα δόντια;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>