

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

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Τίτλος:

«Γνώσεις και συμμόρφωση των φοιτητών επαγγελματιών υγείας  
για τα εμβόλια πρόληψης του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων»

Χριστοδούλου Γεωργία ΥΝ6575  
Μαγούλη Χριστίνα ΥΝ6321

Επιβλέπων: Κωνσταντινίδης Θεοχάρης  
Λέκτορας

Ηράκλειο, Δεκέμβριος 2017

## Ευχαριστίες

Αρχικά, θα θέλαμε να εκφράσουμε θερμά την ευγνωμοσύνη μας σε όσους μας βοήθησαν και μας συμπαραστάθηκαν στην εκπόνηση αυτής της πτυχιακής εργασίας. Ειδικότερα στα άτομα που αποτέλεσαν μέρος της πτυχιακής μας εργασίας, που συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια μας ώστε να έχουμε τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται πιο κάτω.

Επιπρόσθετα, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τον επιβλέποντα καθηγητή μας κ. Θεοχάρη Κωνσταντινίδη για τη στήριξή του και την καθοδήγησή του καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης της πτυχιακής μας εργασίας.

Θα ήταν παράλειψη μας να μην ευχαριστήσουμε και τους καθηγητές μας, τον καθένα ξεχωριστά για τις γνώσεις που μας πρόσφεραν όλα αυτά τα χρόνια φοίτησής μας στο ΤΕΙ Κρήτης και την κατανόηση και την βοήθειά τους σε πολλά θέματα που μας απασχολούσαν.

Ακόμα, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τους γονείς μας που ήταν δίπλα μας και μας στήριξαν τόσο ηθικά όσο και οικονομικά κατά τη διάρκεια εκπόνησης της πτυχιακής μας εργασίας όσο και κατά τη διάρκεια των σπουδών μας φροντίζοντας για την καλύτερη δυνατή μόρφωσή μας.

Τέλος θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τους φίλους μας που μας στήριξαν ψυχολογικά σε όλη τη διάρκεια συγγραφής της εργασίας μας και ήταν εκεί για να μας βοηθήσουν σε ό,τι τους χρειαστήκαμε.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος.....	6
ΠΕΡΙΛΗΨΗ:.....	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ .....	9
Ανατομία και φυσιολογία των έσω γεννητικών Οργάνων .....	9
1.1 Ωοθήκες και η λειτουργία τους .....	9
1.2 Σάλπιγγες (ωαγωγού).....	14
1.3 Μήτρα .....	14
1.4 Κόλπος.....	16
1.5 Τράχηλος της μήτρας .....	16
1.5.1 Ιστολογική δομή του τραχήλου της μήτρας.....	17
1.6 Εμμηνόπαυση.....	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ .....	18
Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας.....	18
2.1 Εισαγωγή.....	18
2.2 Μορφές καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.....	18
2.3 Επιδημιολογία.....	20
2.4 Αιτιολογία.....	21
2.5 Κλινική διάγνωση .....	23
2.6 Σταδιοποίηση της νόσου .....	25
2.6.1 Σταδιοποίηση καρκίνου του τραχήλου της μήτρας κατά FIGO1994:.....	25
2.7 Θεραπεία.....	28
2.7.1 Χειρουργική αντιμετώπιση .....	28
2.7.2 Ακτινοθεραπεία.....	29
2.7.3 Χημειοθεραπεία.....	29
2.8 Προγνωστικοί παράγοντες.....	30
2.9 Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας στην κύηση .....	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ.....	32
Πρόληψη καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.....	32
3.1 Εισαγωγή.....	32
3.2 Πρωτογενής πρόληψη.....	32
3.2.1 Ρόλος του νοσηλευτή στην πρωτοβάθμια πρόληψη .....	33

3.2.2 Τα εμβόλια για τον HPV .....	34
3.3 Δευτερογενής πρόληψη.....	35
3.3.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην δευτεροβάθμια πρόληψη .....	35
3.4 Τεστ Παπανικολάου .....	35
3.5 HPV DNA test.....	38
3.6 Νέες τεχνικές ανίχνευσης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας .....	39
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ .....	41
Νοσηλευτική Φροντίδα σε ασθενείς με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας .....	41
4.1 Εισαγωγή.....	41
4.2 Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία.....	41
4.3 Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία.....	42
4.4 Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών που υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση.....	43
4.5 Καρκινικός πόνος και νοσηλευτική φροντίδα .....	45
4.6 Ποιότητα ζωής ατόμων με καρκίνο και ρόλος του νοσηλευτή στην καλυτέρευση της ....	46
4.7 Κατ' οίκον φροντίδα.....	48
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ .....	49
Μεθοδολογία της έρευνας .....	49
5.1 Σκοπός της έρευνας .....	49
5.2 Στόχοι της Έρευνας.....	49
5.3 Δείγμα .....	49
5.4 Χρονικό διάστημα και χώρος συλλογής δεδομένων .....	49
5.5 Τρόπος συλλογής δεδομένων .....	49
5.6 Πιλοτική μελέτη .....	50
5.7 Στατιστική ανάλυση .....	50
5.8 Ηθική και δεοντολογία.....	51
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ.....	52
6 Αποτελέσματα.....	52
Πίνακας 1. Περιγραφικά στατιστικά συμμετεχόντων σπουδαστών.....	52
Διάγραμμα 1. Εκπαιδευτικό Επίπεδο γονέων των συμμετεχόντων φοιτητών .....	53
Πίνακας 2. Χαρακτηριστικά επισκέψεων σε γυναικολόγο .....	53
Διάγραμμα 2. Λόγοι επίσκεψης στο γυναικολόγο .....	55
Διάγραμμα 3. Ραβδόγραμμα ποσοστών για τους λόγους επίσκεψης στο γυναικολόγο ανά τμήμα	55
Πίνακας 3. Σύνοψη λόγων μη επίσκεψης στον γυναικολόγο .....	55

Διάγραμμα 4. Ραβδόγραμμα ποσοστών για τους λόγους μη επίσκεψης στο γυναικολόγο ανά σχολή	56
Διάγραμμα 5. Πηγές ενημέρωσης για το testPapτων φοιτητριών της μελέτης.....	56
Πίνακας 4. Σεξουαλική συμπεριφορά σπουδαστών της μελέτης.....	57
Πίνακας 5. Γνώσεις φοιτητών ΤΕΙ ανά τμήμα ΣΕΥΠ για την χρήση του testPap.....	58
Πίνακας 6. Γνώσεις φοιτητών ΤΕΙ ανά τμήμα ΣΕΥΠ για την χρήση του testPap.....	58
Πίνακας 7.Γνώσεις φοιτητών για αίτια που προκαλούν τον HPVκαι παράγοντες επίδρασης. .....	59
Διάγραμμα 6. Πηγή ενημέρωσης για τον ιό HPV .....	60
Διάγραμμα 7. Απαντήσεις φοιτητών για το τι προκαλεί ο ιός HPV. Κατανομή κατά τμήμα	61
Διάγραμμα 8. Απαντήσεις φοιτητών για το τι προκαλεί ο ιός HPV. Κατανομή κατά εξάμηνο	61
Διάγραμμα 9. Απαντήσεις φοιτητών για το τι προκαλεί ο ιός HPV. Κατανομή κατά φύλο..	62
Πίνακας 8. Ενημέρωση για την ύπαρξη του εμβολίου HPVκαι επίδραση από παράγοντες	62
Διάγραμμα 10. Πηγές ενημέρωσης για την ύπαρξη του εμβολίου για HPV .....	63
Διάγραμμα 12. Λόγοι που θα επιθυμούσατε για το εμβόλιο HPV (φοιτήτριες).....	64
Πίνακας 9. Άποψη για συχνότηταCa μήτρας και μέτρα προφύλαξης από HPV.....	65
Πίνακας 10. Μέτρα προφύλαξης από τον HPVκαι επίδραση παραγόντων.....	65
Πίνακας 11. Επίδραση του μορφωτικού επιπέδου γονέων στη χρήση προφυλακτικού και τη διενέργεια εμβολίου για HPV.....	67
Διάγραμμα 13. Χαρακτηριστικά των σπουδαστριών που δεν έκαναν το εμβόλιο HPV. ....	68
ΕΒΔΟΜΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ .....	69
7.1 Συζήτηση .....	69
7.2 Συμπεράσματα .....	70
7.3 Προτάσεις.....	71
Βιβλιογραφία .....	73
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ .....	78

## Πρόλογος

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι ο πιο δεύτερος συχνότερος καρκίνος παγκοσμίως και ο τρίτος στην Ευρώπη. Παρόλο που υπάρχει μεγάλη πρόοδος σχετικά με μέτρα πρόληψής του, φαίνεται να μην υπάρχει επαρκής ενημέρωση του πληθυσμού γύρω από αυτό το θέμα. Εκατομμύρια άνθρωποι πεθαίνουν παγκοσμίως ενώ θα μπορούσαν να το προλάβουν, κι αυτός είναι ο κύριος λόγος για τον οποίο κατέχει αυτή τη θέση παγκοσμίως. Ο λόγος που επιλέξαμε αυτό το θέμα για την πτυχιακή μας εργασία ήταν κυρίως για την ενημέρωση και την ευαισθητοποίηση του κόσμου γύρω από την πρόληψη του καρκίνου της μήτρας.

Η παρούσα μελέτη αφορά στις γνώσεις και τη συμμόρφωση των φοιτητριών επιστημών υγείας (Κοινωνικής εργασίας και Νοσηλευτικής) σχετικά με τον ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV), τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και το εμβόλιο πρόληψης του ιού. Η πτυχιακή εργασία διεκπεραιώθηκε στο τμήμα Νοσηλευτικής του Ανώτατου Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Κρήτης, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας (Σ.Ε.Υ.Π.), τμήματος νοσηλευτικής και κοινωνικής εργασίας, υπό την επίβλεψη του καθηγητή κ. Θεοχάρη Κωνσταντινίδη.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ:

**Εισαγωγή:** Ο ιός των ανθρώπινων θηλωμάτων σχετίζεται άμεσα με τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας (ΚΤΜ) που αποτελεί παγκοσμίως έναν από τους συχνότερα εμφανιζόμενους καρκίνους στο γυναικείο πληθυσμό. Η κυριότερη αιτία εμφάνισης της νόσου αυτής είναι η μόλυνση από τον ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV), ο οποίος είναι ένας από τους συχνότερους σεξουαλικά μεταδιδόμενους.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση των γνώσεων των φοιτητών επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας του Τ.Ε.Ι. Κρήτης σχετικά με τον ιό HPV και τον ΚΤΜ, καθώς επίσης και τη συμμόρφωση τους με τον αντίστοιχο εμβολιασμό.

**Υλικό και μέθοδος:** Το δείγμα της παρούσας ερευνητικής μελέτης αποτέλεσαν 141 φοιτητές και φοιτήτριες νοσηλευτικής και κοινωνικής εργασίας από το πέμπτο και έβδομο εξάμηνο φοίτησης. Χρησιμοποιήθηκε ανώνυμο ερωτηματολόγιο 27 ερωτήσεων. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο χώρο του ΤΕΙ Κρήτης κατά τη διάρκεια του Οκτωβρίου 2017. Η στατιστική ανάλυση έγινε στο IBM SPSS Statistics 23.0.

**Αποτελέσματα:** Από το δείγμα της παρούσας έρευνας το 43,3% ήταν από το τμήμα Νοσηλευτικής και το 83,7% ήταν γυναίκες. Το 68,6% είχε επισκεφτεί τουλάχιστον μια φορά γυναικολόγο με μέση τιμή της ηλικίας τα 17,9 έτη. Οι πιο συχνές απαντήσεις σχετικά με την μη επίσκεψη σε γυναικολόγο ήταν η αμέλεια 42,2%, η ανασφάλεια 15,6% και το αίσθημα ντροπής 11,1%. Το 82,0% είχε ολοκληρωμένη σεξουαλική επαφή, ενώ το ποσοστό ολοκληρωμένων επαφών δεν διαφοροποιήθηκε μεταξύ ανδρών και γυναικών φοιτητών ( $p=0,979$ ).

Ανά τμήμα δεν διαφοροποιούνται στατιστικά σημαντικά για καμία από της μελετώμενες γνώσεις για τη χρήση του test-Pap: πρόληψη Ca μήτρας ( $p=0,098$ ), πρόληψη Ca ωοθηκών ( $p=0,936$ ), πρόληψη γυναικολογικού Ca ( $p=0,682$ ), εντοπισμός μολύνσεων ( $p=0,284$ ) και εντοπισμός άλλων ασθενειών ( $p=0,926$ ). Η πηγή ενημέρωσης για τον ιό HPV προέρχεται κατά δήλωση τους κυρίως από το διαδίκτυο (44,3%) και την οικογένεια (44,3%). Η γνώση για το εμβόλιο το HPV παρουσιάζεται σε ποσοστό 64,0% (89 φοιτητές). Η γνώση δείχνει να επηρεάζεται από το φύλο ( $p=0,014$ ) με τις γυναίκες να δηλώνουν υψηλότερα ποσοστά γνώσης (80 γυναίκες, 68,4%) σε σχέση με τους άνδρες (9 άνδρες, 40,9%). Δεν παρατηρήθηκε επίδραση από το είδος του τμήματος ( $p=0,102$ ) όπως και στη φοίτηση

μεταξύ του 5<sup>ου</sup> και 7<sup>ου</sup> εξαμήνου ( $p=0,927$ ). Σχετικά με την αντίληψη ότι το εμβόλιο αποτελεί μέσο προφύλαξης οι φοιτητές της νοσηλευτικής το υποστηρίζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό 73,8% σε σχέση με τους φοιτητές της κοινωνικής εργασίας (55,7%) ( $p=0,028$ ). Το προφίλ των γυναικών που δεν έκανε το εμβόλιο ήταν: το 60,0% φοιτήτριες κοινωνικής εργασίας, 66,0% ηλικίας 21-22 ετών, ελληνικής καταγωγής (88,7%) και με υψηλά σχετικά ποσοστά άνω του 30,0% στην μόρφωση της μητέρας και του πατέρα.

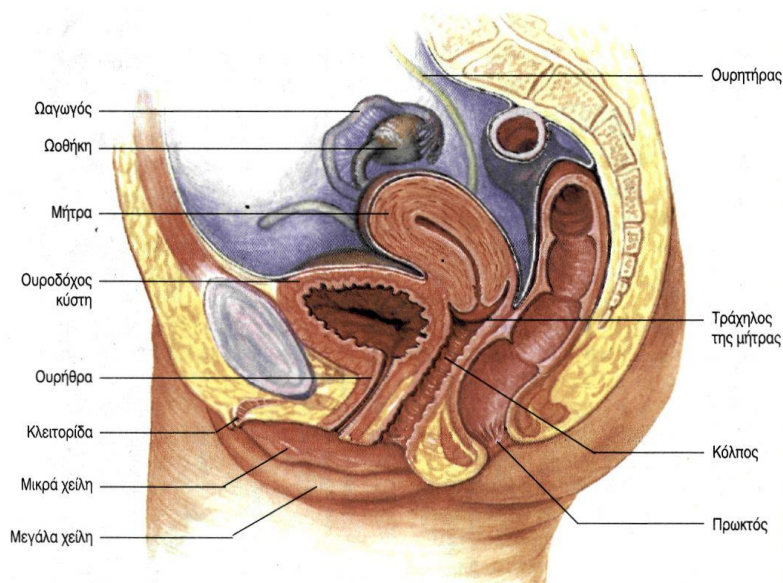
**Συμπεράσματα:** Για φοιτητές τμήματος επιστημών υγείας παρατηρείται χαμηλό ποσοστό στη γνώση ότι το test-Pap χρησιμοποιείται για την πρόληψη από τον καρκίνο της μήτρας. Οι γυναίκες φοιτήτριες είτε λόγω σπουδών είτε λόγω φύλου αναφέρουν περισσότερο τη γνώση για την ύπαρξη εμβολίου. Η χρήση του εμβολίου αν και χαμηλή δεν διαφοροποιήθηκε ανάμεσα στα μελετώμενα τμήματα. Ανάμεσα στους φοιτητές επικρατεί η λανθασμένη αντίληψη ότι το εμβόλιο είναι ο αποτελεσματικότερος τρόπος προφύλαξης, με μειωμένο το ποσοστό της χρήσης προφυλακτικού ως μέσο HPV προφύλαξης.



# ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

## Ανατομία και φυσιολογία των έσω γεννητικών Οργάνων

Τα γεννητικά όργανα της γυναίκας που βρίσκονται εσωτερικά είναι τα εξής: οι ωothήκες, ο κόλπος ή κολεός, η μήτρα, οι σάλπιγγες ή ωαγωγοί.



### 1.1 Ωothήκες και η λειτουργία τους

Στο γυναικείο αναπαραγωγικό σύστημα υπάρχουν δύο ωothήκες και βρίσκονται η καθεμία στο πλάγιο τοίχωμα της ελάσσονος πυέλου, μέσα σε κατάδυση του περιτοναίου, που ονομάζεται ωothηκικός βόθρος. Στη θέση αυτή, κάθε ωothήκη «κρέμεται» από την οπίσθια επιφάνεια του πλατέος συνδέσμου της μήτρας με το μεσσωothήκιο. Η ωothήκη έχει μορφή, σχήμα και μέγεθος αμυγδάλου και ζυγίζει έξι με δέκα γραμμάρια, εμφανίζει δυο χείλη, το πρόσθιο και το οπίσθιο, δυο επιφάνειες, την έσω και την έξω, και δυο άκρα, το άνω και το κάτω. Στο πρόσθιο χείλος προσφύεται το μεσσωothήκιο, στο άνω άκρο προσφύεται ο κρεμαστήρας σύνδεσμος, στο κάτω άκρο προσφύεται ο ίδιος σύνδεσμος της ωothήκης ενώ το οπίσθιο χείλος και η έσω επιφάνεια

έρχονται σε σχέση με τον κώδωνα του αγωγού, και καλύπτονται από τους κροσσούς του.

Η ωθήκη στηρίζεται κυρίως με το μεσοωθήκιο, το οποίο παριστάνει διπέταλη περιτοναϊκή πτυχή που προσφύεται, από τη μια πλευρά, στην οπίσθια επιφάνεια του πλατέος συνδέσμου της μήτρας, και από την άλλη στο πρόσθιο χείλος της ωθήκης. Στη στήριξη της ωθήκης βοηθάει επίσης ο κρεμαστήρας σύνδεσμος, ο οποίος προσφύεται στο άνω άκρο της και παριστάνει το φορέα των ωθηκικών αγγείων και ο ίδιος σύνδεσμος της ωθήκης, ο οποίος εκτείνεται μεταξύ του κάτω άκρου της και της πλάγιας γωνίας του πυθμένα της μήτρας, η ωθήκη, στην ώριμη γυναίκα, εμφανίζει ανώμαλη και υβώδη επιφάνεια (Χατζημπούγιας, 2009).

Οι ωθήκες έχουν διπλό σκοπό, αφενός την ωογένεση, δηλαδή την παραγωγή γαμετών και αφετέρου την έκκριση των θηλυκών ορμονών, δηλαδή τα οιστρογόνα και την προγεστερόνη όπως επίσης την πεπτιδική ορμόνη ανασταλτίνη. Πριν την ωορρηξία, η γαμετογένεση και οι ενδοκρινείς λειτουργίες των ωθηκών λαμβάνουν μέρος στο ίδιο ανατομικό σημείο, το ωοθυλάκιο. Μετά όμως την ωορρηξία, το ωοθυλάκιο, χωρίς ωάριο πλέον, διαφοροποιείται σε ωχρο σωματίο το οποίο έχει μόνο ενδοκρινή λειτουργία (Vander, etal, 2011).

**Ωογένεση:** Οι ωθήκες μιας γυναίκας, από τη γέννησή της, περιέχουν περίπου 2 έως 4 εκατομμύρια ωάρια, έως το υπόλοιπο της ζωής της. Από αυτά τα εκατομμύρια ωάρια που φέρει μια γυναίκα κατά τη γέννησή της μόνο τα 400 από αυτά προορίζονται για ωορρηξία, τα υπόλοιπα εκφυλίζονται σε κάποιο στάδιο της ανάπτυξής τους και έτσι λίγα ή κανένα παραμένουν στη θέση τους όταν η γυναίκα φτάσει περίπου στην ηλικία των 50 ετών.

Στα αρχικά στάδια ανάπτυξης στη μήτρα, τα αρχέγονα γαμετικά κύτταρα, ονομαζόμενα ωογόνα, υπόκεινται σε πολλαπλές μιτωτικές διαιρέσεις. Περίπου τρεις μήνες αργότερα από την εμβρυονική σύλληψη, τα ωογόνα παύουν να διαιρούνται και από αυτό το σημείο και έπειτα σταματούν να αναπαράγονται γαμετικά κύτταρα. Ωστόσο, στο έμβρυο, όλα τα ωογόνα αναπτύσσονται σε πρωτογενή ωοκύτταρα, τα οποία ακολούθως υπόκεινται στην πρώτη μιτωτική διαίρεση αντιγράφοντας το DNA τους, η διαίρεση όμως αυτή δεν ολοκληρώνεται μέσα στο έμβρυο, οπότε όλα τα ωάρια κατά τη στιγμή της γέννησης είναι πρωτογενή ωοκύτταρα περιέχοντας 46 χρωμοσώματα καθένα από τα

οποία φέρουν δύο αδελφές χρωματίνες. Τα κύτταρα στη φάση αυτή βρίσκονται σε μιτωτική παύση.

Η παύση αυτή συνεχίζεται μέχρι την εφηβεία, καθώς στη συνέχεια παρατηρείται έναρξη και ανανέωση δραστηριότητας στις ωοθήκες. Τα πρωτογενή ωοκύτταρα είναι αυτά που προορίζονται για την ωορρηξία θα ολοκληρώσουν τη μιτωτική διαίρεση. Αυτή η διαίρεση είναι ισανάλογη με τη διαίρεση των πρωτογενών σπερματοκυττάρων και κάθε ένα θυγατρικό κύτταρο περιλαμβάνει είκοσι τρία χρωμοσώματα, με δύο χρωματίνες το κάθε ένα. Κατά τη διαίρεση αυτή ένα από τα δύο θυγατρικά κύτταρα, το δευτερογενές ωοκύτταρο, διατηρεί ολόκληρο το κυτταρόπλασμα, το άλλο επονομαζόμενο και πρώτο πολικό σώμα, είναι πολύ μικρό και μη λειτουργικό.

Η δεύτερη μιτωτική διαίρεση λαμβάνει χώρα στη μήτρα μετά την ωορρηξία, αλλά μόνο στην περίπτωση που το ωοκύτταρο γονιμοποιηθεί. Το αποτέλεσμα αυτής της διαίρεσης είναι κάθε θυγατρικό κύτταρο να αποτελείται από είκοσι τρία χρωμοσώματα με μια χρωματίνη έκαστο. Το αποτέλεσμα της ωογένεσης είναι το καθένα πρωτογενές ωοκύτταρο να παράγει ένα μόνο ωάριο (Vander, etal, 2011).

**Ωοθηκικός κύκλος:** Η εμφάνιση της έμμηνου ρύσης σε κανονικά χρονικά διαστήματα είναι ένας δείκτης της κανονικής λειτουργίας του άξονα Υποθάλαμος- Υπόφυση-Ωοθήκες και οι ισορροπίες είναι πολύ λεπτές που ρυθμίζουν τη φυσιολογική εμφάνιση της εμμηνορρυσίας. Κάποιοι άλλοι παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν ή να μεταβάλουν αυτή την ισορροπία είναι ψυχογενείς και διατροφικοί παράγοντες με αποτέλεσμα την εμφάνιση λειτουργικής υποθαλαμικής αμηνόρροιας, δηλαδή την απουσία της εμμήνου ρύσεως.

Η πρώτη φάση του ωοθηκικού κύκλου είναι η ωρίμανση του ωοθυλακίου, η οποία ονομάζεται ωοθυλακική φάση. Στη φάση αυτή το ωοθυλάκιο σταδιακά αυξάνεται μέγεθος και ωριμάζει. Κατά την ωρίμανση του ωοθυλακίου, αυξάνεται το μέγεθος του ωοκύτταρου και τα κοκκώδη κύτταρα που είχαν πλακώδη εμφάνιση αποκτούν κυβοειδή μορφολογία. Η διάρκεια της διαδικασίας αυτής είναι που καθορίζει τη διάρκεια του κύκλου. Σε φυσιολογικές συνθήκες, η δέκατη τέταρτη μέρα περίπου πριν την επόμενη εμμηνορρυσία, κάτω από την επίδραση της ωχρινοτρόπου ορμόνης (LH) γίνεται η ωοθυλακιωρρηξία.

Ακολούθως, αφού γίνει η ρήξη του ωοθυλακίου ακολουθεί η δεύτερη φάση του ωοθηκικού κύκλου κατά την οποία το ωοθυλάκιο μετατρέπεται σε ωχρό σωματίο (ωχρινική φάση). Το ωχρό σωματίο εκκρίνει προγεστερόνη και οιστρογόνα, γι' αυτό και η φάση αυτή ονομάζεται και οιστρογονο-προγεστερονική φάση.

Στη συνέχεια η σταδιακή αύξηση της προγεστερόνης έχει καθοριστικό ρόλο στις δομικές και βιοχημικές μεταβολές του ενδομητρίου. Προς το τέλος του κύκλου, η λειτουργία του ωχρού σωματίου σταματά σταδιακά (κατά μέσο όρο ζει 14 ημέρες), όπως επίσης και τα επίπεδα της προγεστερόνης και των οιστρογόνων.

Η σταδιακή ελάττωση της προγεστερόνης και των οιστρογόνων στο τέλος της δεύτερης φάσης του κύκλου, είναι υπεύθυνη για την αύξηση της ωοθυλακιοτρόπου ορμόνης (FSH), και την έναρξη ενός νέου κύκλου. Οι ορμονικές διακυμάνσεις στη διάρκεια του κύκλου παίζουν σημαντικό ρόλο τόσο στα όργανα στόχους, όσο και στις αλλαγές της ψυχικής διάθεσης (Ιατράκης, 2004).

**Γεννητικός κύκλος:** Γεννητικό κύκλο μιας γυναίκας ονομάζουμε το σύνολο των φυσιολογικών φαινομένων, που εμφανίζονται στα γεννητικά κατά κύριο λόγο όργανα με περιοδικό ρυθμό και επαναλαμβάνεται ομαλά, σε τακτά χρονικά διαστήματα, σε όλη τη διάρκεια της αναπαραγωγικής της ηλικίας. Αποτελείται από δύο φάσεις, οι οποίες είναι η οιστρογονική (πρώτη φάση) και η ωχρινική (δεύτερη φάση), στο μέσο αυτών των δύο φάσεων τοποθετείται η ωοθυλακιόρρηξια.

Στην οιστρογονική φάση (πρώτη φάση) γίνεται προοδευτική ωρίμανση ενός ή περισσότερων πρωτογενών ωοθυλακίων, υπό την επίδραση των υποφυσιακών διεγέρσεων που ακολούθως μεταβιβάζονται στους υποδοχείς της ωοθήκης με την ωοθυλακιοτρόπο ορμόνη της υπόφυσης (FSH). Από τα ωοθυλάκια αυτά προκύπτουν συνεχώς αυξανόμενες ποσότητες οιστρογόνων, οι οποίες έχουν γενικές και ειδικές δράσεις. Οι αυξανόμενες αυτές ποσότητες οιστρογόνων δημιουργούν στη μήτρα υπεραιμία, υπερπλασία και υπερτροφία όλου του οργάνου και κυρίως του ενδομητριακού βλεννογόνου.

Κατά τη διάρκεια της ωοθυλακιόρρηξιας το ώριμο ωοθυλάκιο, ρήγνυται με αποτέλεσμα την έξοδο του ωαρίου προς το κωδωνικό στόμιο της σάλπιγγας και την προώθηση τους μέσα σε αυτή για γονιμοποίηση. Σημαντικό ρόλο για την ολοκλήρωση της

ωοθυλακιορρηξίας παίζει στην φάση τόσο η ωχρινοτρόπος ορμόνη (LH που αυξάνεται απότομα μία ή δύο μέρες πριν την ρήξη του ώριμου ωοθηλακίου) όσο και η ωοθηλακιοτρόπος ορμόνη (FSH).

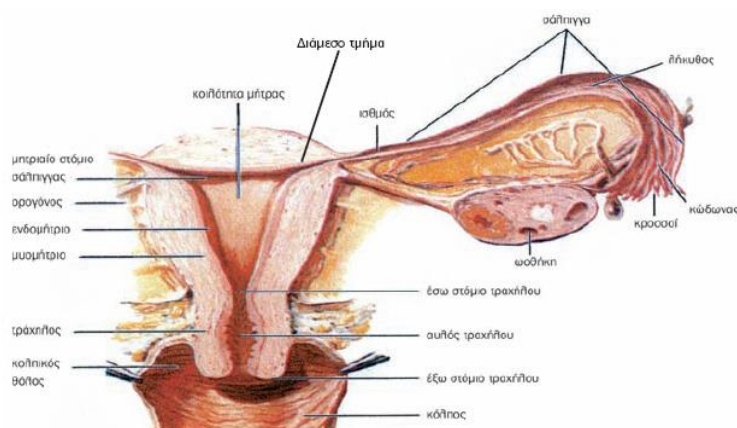
Στη δεύτερη φάση, από τα υπολείμματα του διαρραγέντος ωοθυλακίου σχηματίζεται το ωχρό σωματίο με τη δράση των δύο γοναδοτρόπων ορμονών της υπόφυσης και κυρίως της LH. Τις μεταβολές αυτές που γίνονται στη φάση αυτή (μορφολογικές και λειτουργικές) χαρακτηρίζονται με τον όρο ωχρινοποίηση. Έντονη ορμονική δραστηριότητα παρατηρείται στο ωχρό σωματίο, γιατί παράγει την προγεστερόνη και τα οιστρογόνα. Η προγεστερόνη είναι μια στεροειδής ουσία με γενικές αλλά κυρίως ειδικές επιδράσεις στα γεννητικά όργανα. Συγκεκριμένα, στη μήτρα η προγεστερόνη δημιουργεί την εκκριτική δράση της φάσης αυτής, εκτός από τη συνεχιζόμενη υπερπλασία και υπερτροφία του ενδομητρίου και μια εκκρητική λειτουργία με την παραγωγή γλυκογόνου στους αδένες και στο στρώμα.

Στη διαδικασία αυτή προετοιμάζεται το ενδομήτριο για να υποδεχθεί το γονιμοποιημένο ωάριο, εάν υπάρξει γονιμοποίηση, γι' αυτό και η διάρκεια ζωής του ωχρού σωματίου εξαρτάται από το αν θα γονιμοποιηθεί ή όχι το ωάριο. Συγκεκριμένα στην πρώτη περίπτωση, το γονιμοποιημένο ωάριο παράγει μια ορμόνη, που ονομάζεται χοριακή γοναδοτροπίνη (hCG), η οποία είναι υπεύθυνη για τη συνέχιση της λειτουργίας του ωχρού σωματίου για τρεις μήνες. Με τη λειτουργία του ωχρού σωματίου η εκκριτική φάση του ενδομητρίου συνεχίζεται και έτσι εξασφαλίζεται η εγκατάσταση και η ανάπτυξη του εμβρύου στη μήτρα. Αντίθετα, αν δεν υπάρξει γονιμοποίηση του ωαρίου, τότε πεθαίνει και μετά από κάποιες μέρες αρχίζει η υποστροφή του ωχρού σωματίου και η σταδιακή μετατροπή του σε λευκό σωματίο. Η λεγόμενη αυτή «υποστροφή» έχει ως αποτέλεσμα την ελάττωση των ορμονών που παράγονται από αυτό, με άμεσο αντίκτυπο στο ενδομήτριο που νεκρώνεται και αποπίπτει με τη μορφή αιμορραγίας από το τραχηλικό στόμιο. Η αιμορραγία αυτή διαρκεί συνήθως 4 ως 5 ημέρες και καλείται εμμηνορρυσία ή περίοδος. Η εμφάνιση της έμμηνης ρύσης οριοθετεί το τέλος ενός κύκλου που συνεχώς επαναλαμβάνεται (Χασάν, 2007).

## 1.2 Σάλπιγγες (ωαγωγοί)

Οι ωαγωγοί εκτείνονται από τα δύο πλάγια του άνω άκρου του σώματος της μήτρας μέχρι το πλάγιο πυελικό τοίχωμα και περικλείονται στα ανώτερα χείλη των μεσοσαλπινγικών τμημάτων των πλατεών συνδέσμων. Επειδή οι ωοθήκες είναι αναρτημένες στην οπίσθια επιφάνεια των πλατεών συνδέσμων, οι ωαγωγοί περνούν πάνω από τις ωοθήκες και καταλήγουν πλάγια από αυτές.

Κάθε ωαγωγός εμφανίζει ένα διευρυμένο χωνοειδές τελικό άκρο (τον κώδωνα), που διαγράφει μια καμπύλη διαδρομή γύρω από τον άνω- πλάγιο πόλο της σύστοιχης ωοθήκης. Στο χείλος του κώδωνα υπάρχουν μικρές δακτυλοειδείς προεκβολές, που ονομάζονται κροσσοί. Ο αυλός του ωαγωγού επικοινωνεί με την περιτοναϊκή κοιλότητα, εκβάλλοντας στη βάση του κώδωνα. Κεντρικότερα από τη θέση αυτή, ο ωαγωγός διευρύνεται και σχηματίζει τη λήκυθο και ακόμη κεντρικότερα στενεύει και σχηματίζει τον ισθμό, που καταλήγει στο σώμα της μήτρας. Οι κροσσοί του κώδωνα συμβάλλουν και ευκολύνουν τη συλλογή των ώριμων ωαρίων από την ωοθήκη. Η γονιμοποίηση επιτελείται φυσιολογικά στη λήκυθο (Drake et al, 2007).



Τα εσωτερικά γεννητικά όργανα της γυναίκας

## 1.3 Μήτρα

Η μήτρα χαρακτηρίζεται ως κοίλο μυώδες όργανο με παχύ τοίχωμα και εντοπίζεται στην μέση γραμμή μεταξύ της ουροδόχου κύστης και ορθού. Τα μέρη της είναι το σώμα και ο τράχηλος και στο κάτω μέρος της ενώνεται με τον κόλπο. Προς τα πάνω εκτείνονται από

τη μήτρα προς τα πλάγια οι αγωγοί, που εκβάλλουν στην περιτοναϊκή κοιλότητα αμέσως δίπλα στις ωθήκες.

Το σώμα της μήτρας είναι εμφανίζεται με κατεύθυνση από μπροστά προς τα πίσω και πάνω από το επίπεδο έκφυσης των ωθηκών εμφανίζει μια υποστρόγγυλη κορυφή (πυθμένας της μήτρας). Η κοιλότητα του σώματος της μήτρας είναι μια στενή σχισμή, όταν την παρατηρούμε από πλάγια, και έχει το σχήμα το σχήμα αντεστραμμένου τριγώνου, όταν παρατηρείται από μπροστά. Οι άνω «γωνίες» αυτής της κοιλότητας, δεξιά και αριστερά, ενώνεται με τον αυλό του σύστοιχου αγωγού ενώ η κάτω «γωνία» ενώνεται με τον κεντρικό αυλό του τραχήλου της μήτρας (Drake et al, 2007).

### **Σύνδεσμοι της μήτρας**

Στη θέση που βρίσκεται η μήτρα βοηθούν στην στήριξή της κυρίως ο κόλπος και το περίνεο στα οποία επικάθεται. Επιπρόσθετα στη στήριξή της συμβάλουν και τα εξής: το περιτόναιο, οι πλατείς σύνδεσμοι, το παραμήτριο, οι στρογγύλοι σύνδεσμοι και οι ιερομητρικοί σύνδεσμοι.

Το περιτόναιο από την οπίσθια επιφάνεια της ουροδόχου κύστης, φέρεται στην πρόσθια επιφάνεια της μήτρας και αφού καλύψει και τις δύο επιφάνειες του σώματος, τον πυθμένα και την οπίσθια επιφάνεια του υπερκολεϊκού τμήματος του τραχήλου, ανακάμπει στην πρόσθια του απευθυσμένου.

Οι πλατείς σύνδεσμοι αποτελούν διπέταλες και τετράπλευρες πτυχές του περιτοναίου, που επεκτείνονται από τα πλάγια χείλη της μήτρας μέχρι τα πλάγια τοιχώματα της ελάσσονος πυέλου.

Το παραμήτριο παριστάνει συνδετικό ιστό, ο οποίος καλύπτει τη βάση του πλατέος συνδέσμου και διαπερνάται από τον ουρητήρα και τη μηριαία αρτηρία.

Οι στρογγύλοι σύνδεσμοι παριστάνουν δύο μίαντες από συνδετικό ιστό, οι οποίοι αρχίζουν από τις πλάγιες γωνίες του πυθμένα της μήτρας και φέρονται στην αρχή στο πλάγιο πυελικό τοίχωμα.

Οι ιερομητρικοί σύνδεσμοι αποτελούν το υπόθεμα των ευθυμητρικών πτυχών, εκτείνονται μεταξύ του ιερού οστού και της οπίσθιας επιφάνειας του ισθμού της μήτρας ενώ την έλκουν προς τα κάτω και πίσω (Χατζημπούγιας,2006).

## 1.4 Κόλπος

Ο κόλπος είναι της ινομυώδης-ινοελαστικός σωλήνας. Ο κόλπος περιβάλλει τον τράχηλο της μήτρας, διέρχεται από το ουρογενετικό τρίγωνο και εκβάλλει στο αιδοίο και συγκεκριμένα στο πρόδομο του κολεού. Βρίσκεται στη μέση γραμμή της πυέλου, μπροστά απ' αυτόν βρίσκεται η ουρήθρα και της τα πίσω το απευθυσμένο. Ο θόλος χωρίζεται σε δύο πλάγιους θόλους, στον πρόσθιο θόλο που είναι αβαθής, και στον οπίσθιο θόλο που είναι βαθύτερος, ο οποίος υποδέχεται το σπέρμα κατά τη συνουσία και έρχεται σε επικοινωνία με το ευθυκολεϊκό κόλπωμα. Το σώμα του κόλπου διέρχεται από το περίνεο και συγκεκριμένα το ουρογεννητικό τρίγωνο. Μέσα στο άνω τμήμα του κόλπου, προβάλλει το ενδοκολεϊκό τμήμα του τραχήλου. Το κάτω στόμιο βρίσκεται στον πρόδρομο του κολεού και στενεύει από τον παρθενικό υμένα. Στην εσωτερική επιφάνεια του κόλπου διακρίνουμε πολλαπλές πτυχές, ή αλλιώς της ονομάζονται κολεϊκές ρυτίδες. Αποτελείται από τρεις χιτώνες οι οποίοι, από έξω της τα έσω, είναι ο ινώδης, ο μυϊκός από λείες μυϊκές ίνες και ο βλεννογόνος που αποτελείται από πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο και εμφανίζει μορφολογικές μεταβολές εξαρτώμενες από της ορμόνες της ωοθήκης (Χατζημπούγιας, 2009).

## 1.5 Τράχηλος της μήτρας

Ο τράχηλος της μήτρας αποτελεί το κατώτερο τμήμα της μήτρας, που προβάλλει κατά το μισό τμήμα του στον κοιλικό θολό και συνεχίζεται άμεσα με την ουροδόχο κύστη. Καλύπτεται στο κάτω μέρος από δύο είδη επιθηλίων και καλύπτεται από πλακώδες επιθήλιο ενώ ο ενδοτραχηλικός σωλήνας και η περιοχή γύρω από το έξω τραχηλικό στόμιο καλύπτεται από αδενικό επιθήλιο. Το αδενικό επιθήλιο παράγει βλέννη (περισσότερη ποσότητα βλέννης παράγει κατά την ωορρηξία) η οποία βοηθά στην κίνηση των σπερματοζωαρίων κατά την εκσπερμάτωση ώστε να συναντηθούν με το ωάριο για τη γονιμοποίηση (Μορτάκης,2003). Σε μια άτοκο γυναίκα ο τράχηλος της μήτρας χαρακτηρίζεται ως ένα κωνοειδές και σχετικά σκληρό όργανο με μήκος 2-3 εκατοστά και εξωτερικής διάμετρου 2,5 εκατοστά. Το έξω τραχηλικό στόμιο είναι στρογγυλό με διάμετρο 0,2 και 0,5-0,6 εκατοστά κατά τις διάφορες φάσεις του κύκλου, ενώ μετά τον τοκετό περιγράφεται ως σχισμοειδές. Ο ατρακτοειδής αυλός του τραχήλου συνδέει τον κόλπο με την κοιλότητα της μήτρας και εκτείνεται μεταξύ του έξω



τραχηλικού στομίου, που «βλέπει» προς τον κόλπο, και του έσω στομίου, που βρίσκεται στο ύψος του ισθμού μεταξύ σώματος και τραχήλου (Καλογερόπουλος,1996).

### **1.5.1 Ιστολογική δομή του τραχήλου της μήτρας**

Υπάρχουν δύο τύποι επιθηλίου που επαλείφουν τον τράχηλο. Ο εξωτράχηλος καλύπτεται από πολύστοιβο πλακώδες επιθήλιο (αδενικό). Ο ενδοτράχηλος καλύπτεται από μονόστοιβο κυλινδρικό επιθήλιο και εντός του στρώματος περικλείει τους ενδοτραχηλικούς αδένες. Το όριο μεταξύ των δύο επιθηλίων καλείται ζώνη μετάπτωσης (Stoppard 2003). Σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες το πλακώδες επιθήλιο αποτελείται από λιγότερα στρώματα, χρώματος πιο ανοιχτό ροζ και είναι επιρρεπές σε τραυματισμούς το οποίο γίνεται αντιληπτό σαν μικρές αιμορραγίες ή πετέχιες.

Η περιοχή στην οποία το πλακώδες επιθήλιο μεταβαίνει σε κυλινδρικό ονομάζεται ζώνη μετάπτωσης. Ενώ το πρώτο αποτελείται από πολλά στρώματα, το κυλινδρικό επιθήλιο αποτελείται μόνο από ένα και καλύπτει όλη την επιφάνεια του ενδοτραχήλου. Μικροσκοπικά έχει την εικόνα έντονου κόκκινου. Συνήθως η ζώνη μετάπτωσης έχει καθορισμένο σημείο και εμφανίζεται σχηματίζοντας μία γραμμή. Σε περίπτωση που διαφέρει αυτό, ευθύνονται οι εξής λόγοι: το στάδιο του κύκλου της γυναίκας, η ορμονική της κατάσταση, η λήψη από του στόματος αντισυλληπτικών δισκίων, το ιστορικό τραυματισμού του τραχήλου κατά τον τοκετό και τέλος από την κατάσταση της εγκυμοσύνης (WHO, 2006).

### **1.6 Εμμηνόπαυση**

Οι καταμήνιοι κύκλοι της γυναίκας χάνουν την κανονικότητα τους γύρω στην ηλικία των 50 ετών περίπου, όταν σταματήσουν εντελώς τότε τη φάση αυτή την ονομάζουμε εμμηνόπαυση. Στη φάση αυτή, ο κύκλος μιας γυναίκας αρχίζει να γίνεται ακανόνιστος και κορυφώνεται με την εμμηνόπαυση που είναι γνωστή και ως κλιμακτήριος. Συνοδεύεται από πολυάριθμες μεταβολές καθώς και η ωριμότητα του φύλου αντικαθίσταται από την παύση της αναπαραγωγικής λειτουργίας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

### Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας

#### 2.1 Εισαγωγή

Ο καρκίνος του τραχήλου προσβάλλει αρχικά τα επιθηλιακά κύτταρα του τραχήλου της μήτρας και συγκεκριμένα το κατώτερο μέρος της μήτρας. Το τμήμα του τραχήλου της μήτρας που είναι δίπλα στο σώμα της μήτρας είναι ο ενδοτράχηλος, ενώ το τμήμα δίπλα στον κόλπο ονομάζεται εξωτράχηλος. Οι δύο κύριοι τύποι κυττάρων που παρατηρούνται στον τράχηλο της μήτρας είναι τα αδενικά κύτταρα στον ενδοτράχηλο και τα πλακώδη κύτταρα στον εξωτράχηλο. Αυτοί οι δυο τύποι κυττάρων παρατηρούνται σε ένα μέρος που ονομάζεται ζώνη μετασχηματισμού. Η ακριβής θέση της ζώνης μετασχηματισμού μεταβάλλεται από την ενηλικίωση μέχρι να γεννήσει μια γυναίκα.

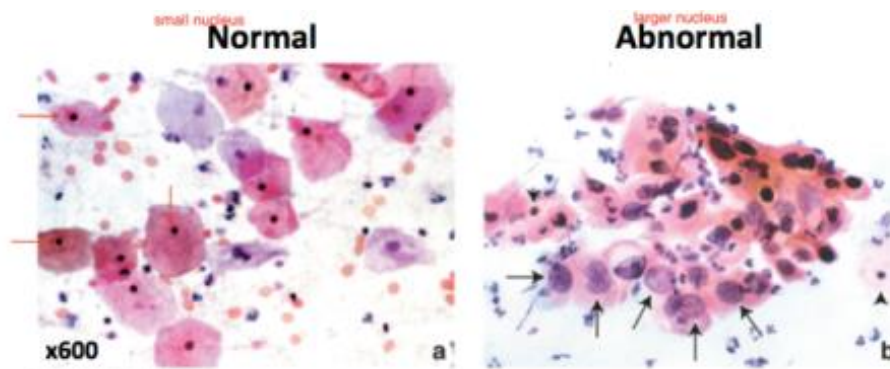
Οι περισσότεροι καρκίνοι που προσβάλλουν τον τράχηλο της μήτρας ξεκινούν από τα κύτταρα που είναι στη ζώνη μετασχηματισμού. Τα κύτταρα που βρίσκονται στην θέση αυτή, από φυσιολογικά κύτταρα σταδιακά αναπτύσσονται δημιουργώντας προκαρκινικές αλλαγές και στην πορεία μετατρέπονται σε καρκινικά κύτταρα. Πολλοί όροι χρησιμοποιούνται για την περιγραφή των προκαρκινικών αλλαγών, όπως για παράδειγμα τραχηλική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία (CIN), αλλοιώσεις του πλακώδους επιθηλίου (SIL), και δυσπλασία. Οι αλλαγές αυτές μπορούν να ανιχνευθούν μέσω του τεστ Παπανικολάου και να ληφθούν μέτρα πρόληψης του καρκίνου πριν προλάβει να αναπτυχθεί. Ο καρκίνος του τράχηλου της μήτρας, χωρίζεται σε δύο κατηγορίες βάση του πως φαίνεται στο μικροσκόπιο. Οι κύριοι τύποι αυτών είναι πλακώδες καρκίνωμα και το αδενοκαρκίνωμα.

#### 2.2 Μορφές καρκίνου του τραχήλου της μήτρας

- **Πλακώδες καρκίνωμα**

Το Πλακώδες καρκίνωμα του τραχήλου της μήτρας είναι το πιο συχνό (90%) κακοήθες νεόπλασμα του τραχήλου της μήτρας, το οποίο αποτελείται από πλακώδη κύτταρα με κακοήθη χαρακτηριστικά. Η πλειοψηφία των πλακωδών καρκινωμάτων του τραχήλου

της μήτρας αναπτύσσονται από αλλοιώσεις του τραχηλικού επιθηλίου, τύπος CIN (τραχηλική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία) χωρίς αγωγή μετά ένα ποικίλο χρονικό διάστημα. Τα πρώιμα στάδια του πλακώδες καρκινώματος του τραχήλου μπορεί να μην παρουσιάσει συμπτώματα. Τα μετέπειτα στάδια όμως μπορεί να προκαλέσουν ανώμαλη κολπική αιμορραγία, αύξηση του κολπικού εκκρίματος ή ακόμα και πόνο κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής (College of American Pathologists, 2011) .

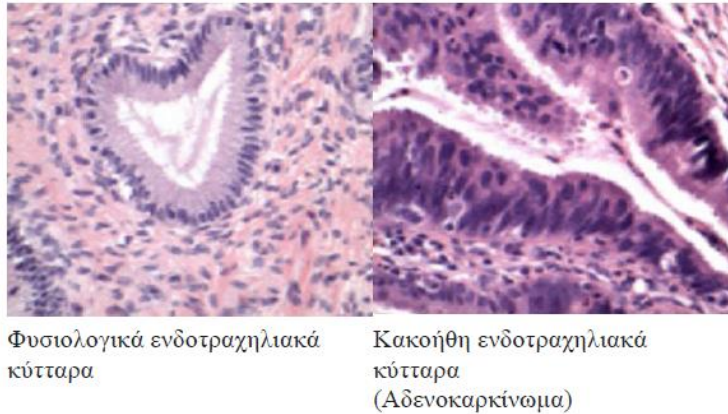


Εικόνα 2.2.1

- **Αδενοκαρκίνωμα**

Τα αδενωματώδεις κύτταρα είναι τα αδενοκύτταρα που παράγουν βλέννα. Τα κύτταρα αυτά βρίσκονται διάσπαρτα στον τράχηλο της μήτρας, κατά μήκος του εσωτερικού της διόδου της (το ενδοτραχηλικό κανάλι). Αδενοκαρκίνωμα ονομάζουμε τον καρκίνο που προσβάλλει αυτά τα κύτταρα, τα αδενοκύτταρα. Είναι λιγότερο κοινό (10%) από τον καρκίνο των πλακωδών κυττάρων, αλλά έχει γίνει πιο συχνό τα τελευταία χρόνια. Οι περισσότερες γυναίκες που διαγιγνώσκονται με αδενοκαρκίνωμα του καρκίνου του τραχήλου είναι στη μέση ηλικία και περίπου 20% είναι ηλικίας άνω των 65. Τα συμπτώματα μπορεί να είναι κολπική αιμορραγία ή πυελικός πόνος. Ωστόσο, μπορεί να είναι και ασυμπτωματικός. Πολλοί ασθενείς μετά από ένα τυπικό έλεγχο τεστ Παπανικολάου (τεστ ΠΑΠ), διαγιγνώσκονται από ένα μη φυσιολογικό εύρημα το οποίο

χαρακτηρίζεται αδενοκαρκίνωμα του τραχήλου της μήτρας. Σπανιότερα παρατηρούνται κι άλλες μορφές καρκίνου στον τράχηλο της μήτρας που ονομάζονται αδеноπλακώδες καρκίνωμα ή είναι μίξη καρκινωμάτων (College of American Pathologists, 2011) .



Εικόνα 2.3.1

### 2.3 Επιδημιολογία

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι ο τρίτος σε συχνότητα εμφάνισης καρκίνος στις γυναίκες και η τέταρτη σε σειρά αιτία θανάτου από γυναικολογικό καρκίνο στον κόσμο. Η επίπτωση του διαφέρει σημαντικά από χώρα σε χώρα (15.4/100000 γυναίκες, 95% CI= 5.5 – 44.4/100000), ενώ ετησίως, διαγιγνώσκονται περίπου 500000 νέες περιπτώσεις.

Η πιο συχνή μορφή διηθητικού τραχηλικού καρκινώματος είναι τα πλακώδη καρκινώματα, τα οποία αφορούν στο 75-90% των περιπτώσεων, ενώ το 15-20% αφορά σε αδενοκαρκινώματα, η συχνότητα των οποίων όμως αυξάνεται σημαντικά τα τελευταία χρόνια. Άλλοι λιγότερο συχνοί τύποι είναι τα αδеноπλακώδη καρκινώματα, τα νευροενδοκρινικά, το ελαχίστης αποκλίσεως αδενοκαρκίνωμα και το καρκίνωμα των μεσонеφρικών πόρων (<http://www2.keelrno.gr/blog/?p=1265&lang=el>).

Ο αριθμός των κρουσμάτων και η θνησιμότητα από το καρκίνο του τραχήλου της μήτρας έχει μειωθεί σημαντικά στις Ευρωπαϊκές χώρες την τελευταία δεκαετία λόγω του προληπτικού ελέγχου των πληθυσμών με κυτταρολογική εξέταση κατά Παπανικολάου,

σε αντίθεση με τις πιο υποανάπτυκτες χώρες όπως Αφρική και Λατινική Αμερική που έχει ανοδική τάση. Η συχνότητα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας δεν είναι ακριβώς γνωστή. Παρόλα αυτά, υπολογίζεται ότι κυμαίνεται στις 12-14 νέες περιπτώσεις, ανά 100.000 γυναίκες κάθε χρόνο. Στις ανεπτυγμένες χώρες τα προγράμματα πρόληψης κατάφεραν να μειώσουν την επίπτωση και θνησιμότητα της νόσου κατά 75% τα τελευταία 50 χρόνια. Στην Ελλάδα, η εκτιμώμενη επίπτωση, για το 2012, είναι 6,2 νέα περιστατικά ανά 100.000 άτομα (WHO, 2006).

Στην Ελλάδα, οι εκτιμήσεις δείχνουν ότι κάθε χρόνο διαγιγνώσκονται περίπου 307 γυναίκες με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και 159 πεθαίνουν από τη νόσο. Περίπου το 9,1% του γενικού πληθυσμού εκτιμάται ότι θα αναπτύξει τραχηλική HPV-λοίμωξη κάποια στιγμή στην πορεία της ζωής του και ότι το 41,3% των διηθητικών καρκίνων του τραχήλου οφείλονται στον ιό HPV 16 και στον ιό HPV 18 (Χαραμή, 2014).

## 2.4 Αιτιολογία

Ο σημαντικότερος αιτιολογικός παράγοντας που έχει συσχετιστεί παγκόσμια κατά >99% με την ανάπτυξη καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι η μόλυνση από τον ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV), ειδικότερα οι υπότυποι 16 και 18 που ευθύνονται για το 70% των περιπτώσεων καρκίνου της μήτρας. Συγκεκριμένα, ο HPV 16 συνδέεται με >50% των καρκίνων του τραχήλου σε παγκόσμιο επίπεδο. Οι τύποι HPV 16 και HPV 18 ευθύνονται για την πλειοψηφία του διηθητικού καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Ωστόσο, ο ιός των ανθρώπινων θηλωμάτων από μόνος του δεν προκαλεί καρκίνο.

(Toran,etal, 2015).

- Το τεστ Παπανικολάου που δεν έχει πραγματοποιηθεί από γυναίκες ή δεν το κάνουν όσο συχνά θα έπρεπε, έχουν ψηλότερο κίνδυνο να παρουσιάσουν καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Σε πολλές περιπτώσεις το τεστ μπορεί να ανιχνεύσει προκαρκινικές αλλοιώσεις. Υπάρχουν δύο ειδών αυξανόμενης σοβαρότητας αλλοιώσεων, οι ελαφρού βαθμού (CINI) και οι σοβαρού βαθμού (CINII, CINIII). Οι σοβαρού βαθμού δυσπλασίες παρουσιάζουν αυξημένα ποσοστά (10-20%) εξέλιξης σε καρκίνο.

- Η έντονη σεξουαλική δραστηριότητα των γυναικών σε νεαρή ηλικία και με πολλούς ερωτικούς συντρόφους έχουν περισσότερο κίνδυνο να παρουσιάσουν τον καρκίνο αυτό, ουσιαστικά λόγω μεγαλύτερης έκθεσης στον ιό HPV.
- Το κάπνισμα
- Η ανοσοκαταστολή (AIDS, λήψη ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων).

### **Ιός των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV)**

Ο Ιός των ανθρώπινων θηλωμάτων ή αλλιώς HPV (Human PapillomaViruses) είναι μια ομάδα με 150 περίπου τύπους ιών που συνήθως δεν εκδηλώνουν συμπτώματα. Από αυτούς τους 150 ιούς, οι σαράντα μπορούν να μεταδοθούν πολύ εύκολα μέσω της επαφής από δέρμα σε δέρμα κατά τη διάρκεια της κολπικής, της πρωκτικής ή της στοματικής σεξουαλικής επαφής. Μερικοί τύποι HPV μπορούν να προκαλέσουν τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Μετά την μόλυνση από τον HPV ιό χρειάζεται να περάσουν κάποια χρόνια, ώστε να παρουσιαστεί ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας. Ο HPV χωρίζεται σε δύο κύριες κατηγορίες οι οποίες είναι οι εξής:

- Οι τύποι HPV χαμηλού κινδύνου, οι οποίοι δεν προκαλούν καρκίνο αλλά μπορούν να προκαλέσουν κονδυλώματα στο δέρμα (γνωστά και ως οξυτενή κονδυλώματα) πάνω ή γύρω από τα γεννητικά όργανα ή τον πρωκτό. Για παράδειγμα, οι τύποι HPV 6 και 11 προκαλούν το 90% των συνολικών γεννητικών κονδυλωμάτων.
- Οι τύποι HPV υψηλού κινδύνου, που μπορούν να προκαλέσουν καρκίνο. Υπάρχουν πάρα πολλοί τύποι HPV υψηλού κινδύνου, δύο από αυτούς τους τύπους είναι οι HPV 16 και 18 που είναι υπεύθυνοι για την πλειονότητα (περίπου 70%) των HPV που προκαλούν καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Οι περισσότερες λοιμώξεις από τους τύπους HPV υψηλού κινδύνου είναι ασυμπτωματικές. Όμως, υποχωρούν μέσα σε 1 έως 2 έτη και δεν προκαλούν την εμφάνιση καρκίνου. Παρόλο ταύτα οι παροδικές λοιμώξεις μπορεί να προκαλέσουν ανωμαλίες κυτταρολογικά, ή ανώμαλες κυτταρικές αλλαγές, που δεν μπορούν να υποχωρήσουν από μόνοι τους. Ορισμένες λοιμώξεις από HPV, ωστόσο, μπορούν να παραμείνουν για αρκετά χρόνια. Όμως, οι επίμονες μολύνσεις από τύπους HPV υψηλού κινδύνου μπορούν να οδηγήσουν σε πολύ

σοβαρές κυτταρολογικές ανωμαλίες ή βλάβες, οι οποίες αν δεν αντιμετωπιστούν άμεσα μπορεί να εξελιχθούν σε καρκίνο (Toran, etal, 2015).

## 2.5 Κλινική διάγνωση

Οι ενδοεπιθηλιακές αλλοιώσεις (CIN) καθώς και ο διηθητικός καρκίνος του τραχήλου στα αρχικά στάδια δεν δίνει συμπτώματα. Αυτός είναι και ο κύριος λόγος που πρέπει να δίνεται μεγάλη έμφαση στον περιοδικό έλεγχο με την εξέταση του κολποτραχηλικού επιχρίσματος για την έγκαιρη διάγνωση των ενδοεπιθηλιακών αλλοιώσεων ή του καρκίνου του τραχήλου. Η νόσος συχνά παρουσιάζεται σαν εξέλκωση, διάβρωση ή εξωφυτικός όγκος στην περιοχή του τραχήλου ή και καθολική διόγκωση του τραχήλου όταν ο όγκος αφορά ή επεκτείνεται στον ενδοτράχηλο. Το χαρακτηριστικότερο σύμπτωμα είναι η κολπική αιμορραγία μετά την επαφή, όπως επίσης μπορεί να παρατηρηθεί δύσοσμη κολπική υπερέκκριση ή κάθε μορφής μητρορραγία ή μετεμμηνοπαυσιακή αιμόρροια. Σε προχωρημένα στάδια η συμπτωματολογία είναι ανάλογη της επέκτασης της νόσου δηλαδή πόνος, οίδημα σκέλους, αιματουρία, νεφρική ανεπάρκεια κ.α.. Η τελική διάγνωση τίθεται μόνο μετά λήψη βιοψίας και ιστολογική εξέταση του δείγματος.

Στις περιπτώσεις που η εξέταση του τεστ Παπανικολάου είναι ενδεικτική ενδοεπιθηλιακής αλλοίωσης ή διηθητικός νόσος χωρίς εμφανή κλινική βλάβη, οι επιπρόσθετες εξετάσεις που μπορούν να γίνουν είναι η κολποσκόπηση και η κατευθυνόμενη βιοψία ή ακόμη και η απόξεση ενδοτραχήλου ώστε να υπάρχει μια εμπειριστατωμένη διάγνωση.

Η κολποσκόπηση, δε θεωρείται πολύ ικανοποιητική, όταν όμως δεν είναι ορατή εξ ολοκλήρου η ζώνη μετάπλασης, παρατηρείται επέκταση της βλάβης στον ενδοτράχηλο, η απόξεση του ενδοτραχήλου είναι θετική και όταν υπάρχει μεγάλη δυσαρμονία μεταξύ κολποσκοπικών και κυτταρολογικών ευρημάτων. Η κωνοειδής εκτομή θεωρείται επιβεβλημένη όταν: η κολποσκόπηση δεν είναι ικανοποιητική, δεν παρατηρείται βλάβη στον εξωτράχηλο, ενώ υπάρχει υποψία νόσου στον ενδοτράχηλο και όταν σε βιοψία τράχηλου έχει τεθεί διάγνωση μικροδιηθητικού καρκινώματος (Κρεάτσας, 2009).

## Οι τρόποι που επεκτείνεται η νόσος

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας μπορεί να κάνει μεταστάσεις με τους εξής τρόπους:

### **1. Κατά συνέχεια ιστού**

- Προς το πλάγιο παραμήτριο (κατά μήκος της εγκάρσιας τραχηλικός περιτονίας ή συνδέσμου του Mackenrodt) μέχρι και το πυελικό τοίχωμα στα πλάγια και την περιτονία του θυρεοειδούς μυός προς τα κάτω. Κατά συνέχεια ιστού επίσης διηθούνται τα λεμφαγγεία και οι λεμφαδένες που προέρχονται στο πλάγιο παραμήτριο (παρατραχηλικοί λεμφαδένες),
- Προς τους κοιλικούς θόλους και το υπόλοιπο κόλπο
- Προς το μυομήτριο
- Προς την ουροδόχο κύστη ή το έντερο.

**2. Λεμφογενώς** στους πυελικούς λεμφαδένες. Σε αυτούς περιλαμβάνονται: οι παρατραχηλικοί και παραμητρικοί (στο πλάγιο παραμήτριο), του θυρεοειδούς βόθρου (γύρω από το θυρεοειδές νεύρο), της έσω λαγονίου (ή υπογαστρικοί, κατά μήκος της έσω λαγονίου φλέβας), οι μεγαλύτεροι των άλλων σε μέγεθος της έξω λαγονίου (κατά μήκος των έξω λαγονίων αγγείων), οι μεγαλύτεροι των άλλων σε μέγεθος της έξω λαγονίου (κατά μήκος των έξω λαγονίων αγγείων) και οι προϊεροί (στον προϊερό χώρο). Στην β' ομάδα-σταθμό περιλαμβάνονται οι λεμφαδένες της κοινής λαγονίου, οι μηροβουβωνικοί λεμφαδένες (επιπολής βουβωνικοί και εν τω βάθει μηριαίοι) και οι λεγόμενοι παραορτικοί (κατά μήκος της κάτω κοίλης φλέβας και της κοιλιακής αορτής). Η λεμφογενής διασπορά είναι συνήθως συνεχής μεταξύ των ομάδων. Κατ' αρχάς διηθούνται οι πυελικοί λεμφαδένες και ακολούθως οι λεμφαδένες της β' ομάδας. Υπάρχει σαφής θετική συσχέτιση μεταξύ μεγέθους όγκου και σταδίου νόσου αφενός και λεμφαδενικής διήθησης αφετέρου.

**3. Η αιματογενής διασπορά,** η οποία είναι παρατηρείται σπανιότερα. Συνήθως αφορά πολύ προχωρημένα στάδια ή δυνατόν να επισυμβεί μετά θεραπεία της πρωτοπαθούς νόσου και συχνά άνευ τοπικής υποτροπής. Συνηθέστερη στο πλακώδες καρκίνωμα και περισσότερο συχνή στο αδenoκαρκίνωμα ή άλλους ιστολογικούς τύπους (μικροκυτταρικό) (Κρεάτσας, ΚΓ., 2009).



## 2.6 Σταδιοποίηση της νόσου

Η σταδιοποίηση της νόσου είναι κλινική, σε αντίθεση με άλλα είδη γυναικολογικού καρκίνου, και αυτό συμβαίνει γιατί το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών θεραπεύεται αποκλειστικά με ακτινοβολία. Για την σταδιοποίηση, όπως έχει καθοριστεί από τη FIGO, απαιτείται η κλινική εξέταση (εξέταση κοιλιάς, πυέλου, ορθοκολπική, εξέταση για τυχόν διογκωμένους λεμφαδένες) και συγκεκριμένες παρακλινικές εξετάσεις, όπως η ενδοφλέβια πυελογραφία, η κολποσκόπηση για έλεγχο κολπικού τοιχώματος, η κυστεοσκόπηση, η ορθοσκόπηση και η ακτινογραφία των πνευμόνων. Επιπρόσθετα τα ευρήματα άλλων εξετάσεων όπως η μαγνητική (λεπτομερής απεικόνιση της ανατομίας της πυέλου, εκτίμηση μεγέθους όγκου, βάθους διήθησης, τυχόν επέκτασης στα παραμήτρια, τυχόν διήθησης ουροδόχου κύστης ή ορθού). Ακρίβεια μεθόδου στη σταδιοποίηση: > 90%. Ουσιαστικός ο ρόλος της στην εκτίμηση του κατά πόσο ένας όγκος μπορεί να χειρουργηθεί και η αξονική τομογραφία (εκτίμηση τυχόν διογκωμένων λεμφαδένων, εκτίμηση ουρητηρικής απόφραξης) διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη θεραπευτική μεθοδολογία παρόλο που δεν αλλάζουν το κλινικό στάδιο. Όπως γίνεται φανερό, η κλινική αυτή σταδιοποίηση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας παρουσιάζει μειονεκτήματα όσον αφορά την ορθή περιγραφή της έκτασης της νόσου σε πολλές περιπτώσεις. Για το λόγο αυτό έχει προταθεί η χειρουργική διερεύνηση της πιθανής προσβολής των παραορτικών λεμφαδένων με εγχείρηση, στις περιπτώσεις οι οποίες πρόκειται να αντιμετωπιστούν με ακτινοθεραπεία (χειρουργική σταδιοποίηση).

### 2.6.1 Σταδιοποίηση καρκίνου του τραχήλου της μήτρας κατά FIGO1994:

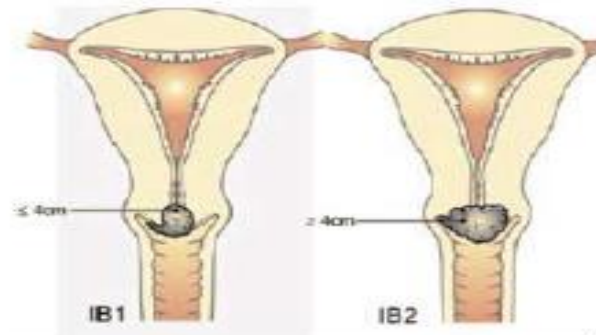
Στάδιο I	Ο καρκίνος περιορίζεται αυστηρά στον τράχηλο
Στάδιο IA	Η διήθηση αναγνωρίζεται μόνο μικροσκοπικά. Όλες οι εμφανείς βλάβες ακόμη και με επιπολής διήθηση θεωρούνται στάδιο IB. Η διήθηση του στρώματος έχει μέγιστο βάθος 5,0 mm και οριζόντια έκταση 7,0 mm
Στάδιο IA1	Μέγιστο βάθος διήθησης 3,0 mm και οριζόντια έκταση 7,0 mm
Στάδιο IA2	Βάθος διήθησης μεγαλύτερο από 3,0 mm αλλά όχι μεγαλύτερο των 5,0 mm, οριζόντια έκταση 7,0 mm.

Στάδιο IB	Κλινικά εμφανής βλάβη περιοριζόμενη στον τράχηλο, ή προκλινική (μικροσκοπική) βλάβη μεγαλύτερη από αυτή του σταδίου IA
Στάδιο IB1	Κλινική βλάβη όχι μεγαλύτερη από 4,0 cm σε έκταση
Στάδιο IB2	Κλινική βλάβη όχι μεγαλύτερη από 4,0 cm
Στάδιο II	Επέκταση πέραν του τραχήλου αλλά όχι ως το πυελικό τοίχωμα. Επέκταση στον κόλπο αλλά όχι στο κάτω τριτημόριο.
IIA	Χωρίς εμφανή διήθηση του παραμητρίου
IIB	Εμφανής διήθηση του παραμητρίου
Στάδιο III	Επέκταση έως και το πυελικό τοίχωμα (δεν υπάρχει ελεύθερος χώρος μεταξύ όγκου και πυελικού τοιχώματος στην από ορθού δακτυλική εξέταση) ή επέκταση στο κάτω τριτημόριο του κόλπου.
IIIA	Όχι επέκταση στο πυελικό τοίχωμα, επέκταση όμως στο κάτω τριτημόριο του κόλπου
IIIB	Επέκταση στο πυελικό τοίχωμα ή υδρονέφρωση ή νεφρική σιγή
Stage IV	Επέκταση εκτός πυέλου ή κλινικά διαπιστωμένη συμμετοχή του βλεννογόνου της ουροδόχου κύστεως ή του ορθού
Stage IVA	Εξάπλωση του όγκου στα παρακείμενα όργανα
Stage IVB	Εξάπλωση σε απομακρυσμένα όργανα

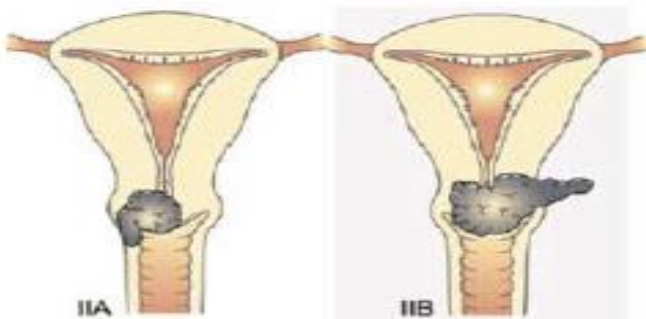
(Gaia Maternity Hospital - Athens Medical Center | ©2013)



Εικόνα 2.5: Στάδιο IA<sub>1</sub> και Στάδιο IA<sub>2</sub>



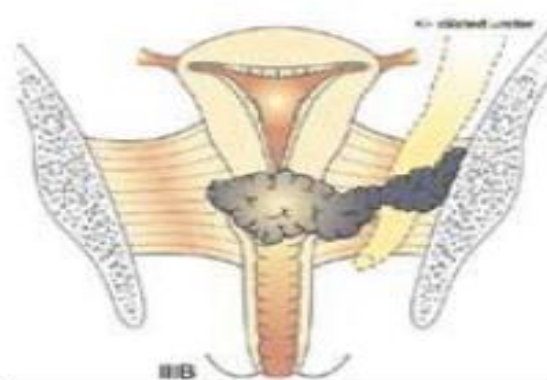
Εικόνα 2.6: Στάδιο IB<sub>1</sub> και Στάδιο IB<sub>2</sub>



Εικόνα 2.7: Στάδιο IIA και IIB



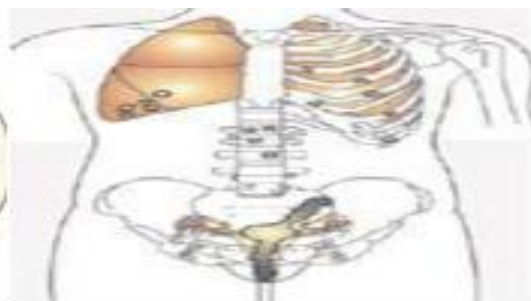
Εικόνα 2.8: Στάδιο IIIA



Εικόνα 2.9: Στάδιο IIIB



Εικόνα 2.10: Στάδιο IVA



Εικόνα 2.11: Στάδιο IVB

## 2.7 Θεραπεία

Για τη θεραπεία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας υπάρχουν δύο βασικές μορφές θεραπείας οι οποίες είναι η χειρουργική και η ακτινοθεραπεία (ΑΚΘ). Σε κάποιες περιπτώσεις συστήνεται ο συνδυασμός των δύο μεθόδων. Πρόσφατα διαπιστώθηκε ότι η χημειοθεραπεία, με τη μορφή σκευασμάτων πλατίνας που χορηγούνται εβδομαδιαία κατά της ΑΚΘ, βελτιώνει σημαντικά την πρόγνωση των ασθενών. Αυτό που καθορίζει την επιλογή της μεθόδου, δηλαδή της χειρουργικής ή της ακτινοθεραπείας ως αποκλειστικής μορφής αγωγής είναι κυρίως το στάδιο της νόσου, αν και υπάρχουν και άλλοι παράγοντες που το κρίνουν αυτό.

Η χειρουργική θεραπεία εφαρμόζεται μόνο στα πρώιμα στάδια (I- IIA) της νόσου, ενώ η ακτινοθεραπεία μπορεί να χορηγηθεί σε όλα τα στάδια. Το θεραπευτικό αποτέλεσμα των δυο μεθόδων, για τα πρώιμα στάδια, είναι περίπου το ίδιο. Η εγχείρηση ωστόσο προτιμάται συνήθως στις νέες, υγιείς και λεπτές ασθενείς, διότι κατ' αυτή μπορεί να διαφυλαχθεί η λειτουργικότητα των ωοθηκών και η καλή σεξουαλική ζωή. Πράγματι, επειδή η πιθανότητα μεταστάσεων είναι (~1%), συνηθίζεται να διατηρούνται κατά την επέμβαση σε νέες γυναίκες, ώστε να χρησιμεύσουν για ορμονοπαραγωγή ή ακόμη και για μελλοντική λήψη ωαρίων. Η χορήγηση ΑΚΘ στις ασθενείς αυτές καταστρέφει μόνιμα τη λειτουργικότητα των ωοθηκών αλλά και την ακεραιότητα του κοιλιακού επιθηλίου με αποτέλεσμα την προβληματική σεξουαλική ζωή. Αντίθετα, σε ηλικιωμένες, με παθολογικά προβλήματα ή παχιές ασθενείς, οι οποίες έχουν αυξημένο κίνδυνο χειρουργικών επιπλοκών, προτιμάται η εφαρμογή ΑΚΘ (Κρεάτσας, 2009).

### 2.7.1 Χειρουργική αντιμετώπιση

Για το στάδιο IA1 υπάρχει κίνδυνος λεμφαδενικών μεταστάσεων < 1%. Η θεραπεία εκλογής είναι η απλή ολική υστερεκτομία (λαπαροτομία ή λαπαροσκοπικά) σε γυναίκες που έχουν συμπληρώσει την οικογένειά τους. Στις περιπτώσεις όπου η γυναίκα επιθυμεί να τεκνοποιήσει τότε η κωνοειδής εκτομή αρκεί, με την προϋπόθεση να ενημερώνεται η ασθενής για το μικρό, αλλά υπαρκτό κίνδυνο υπολειπόμενης νόσου.

Για το στάδιο IA2 υπάρχει κίνδυνος λεμφαδενικών μεταστάσεων 6 - 7%. Σε γυναίκες που επιθυμούν να τεκνοποιήσουν η θεραπεία εκλογής είναι η ριζική τραχηλεκτομή, ο λεμφαδενικός πυελικός και ο παραορτικός καθαρισμός (με λαπαροτομία ή

λαπαροσκοπικά). Σε γυναίκες που δεν επιθυμούν να τεκνοποιήσουν ή έχουν συμπληρώσει την οικογένειά τους τότε η ριζική υστερεκτομία και ο λεμφαδενικός καθαρισμός (πυελικός και παραορτικός) είναι η θεραπεία εκλογής η οποία άλλωστε πρέπει να εφαρμόζεται και στην αντιμετώπιση των σταδίων IB και IIA. Με την ανάπτυξη νέων χειρουργικών τεχνικών η ανωτέρω επέμβαση μπορεί να πραγματοποιηθεί και ως ριζική κολπική υστερεκτομία (Schauta's) σε συνδυασμό με λαπαροσκοπικό λεμφαδενικό καθαρισμό ή με ριζική λαπαροσκοπική υστερεκτομία. Σε κάθε περίπτωση η επιλογή της επέμβασης εξαρτάται από εκείνη που γνωρίζει καλύτερα να πραγματοποιεί ο γυναικολόγος ογκολόγος. Το μέγεθος του όγκου αποτελεί κριτήριο χειρουργικής εξαιρεσιμότητας του όγκου. Η ολική εξεντέρωση αποτελεί θεραπευτική επιλογή σε περιπτώσεις τοπικής υποτροπής του καρκίνου του τραχήλου. Περιλαμβάνει την αφαίρεση των ενδοπυελικών οργάνων συμπεριλαμβανομένων της ουροδόχου κύστης και του ορθοσιγμοειδούς. Η επιλογή των ασθενών πρέπει να γίνεται με μεγάλη προσοχή και μετά από ενδελεχή συμβουλευτική καθότι έχει υψηλά ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας και η πενταετής επιβίωση κυμαίνεται από 20 - 65%.

### **2.7.2 Ακτινοθεραπεία**

Θεραπεία εκλογής για τα στάδια IIB, III, IVA (τηλεθεραπεία και βραχυθεραπεία) σε συνδυασμό με χημειοθεραπεία για ακτινοευσαισθητοποίηση. Στο στάδιο IB2 όπου ο όγκος του νεοπλάσματος είναι μεγάλος, η θεραπεία εκλογής είναι ΧΜΘ + ΑΚΘ. Επικουρικά σε περιπτώσεις που έχουν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση και η ιστολογική έκθεση περιλαμβάνει στοιχεία υψηλού κινδύνου, σε συνδυασμό ή όχι με χημειοθεραπεία. Στις περιπτώσεις αυτές αυξάνεται η νοσηρότητα. Σε ασθενείς που δεν πληρούν τα κριτήρια για χειρουργική επέμβαση λόγω συνοδών παθολογικών καταστάσεων.

### **2.7.3 Χημειοθεραπεία**

Αντιμετώπιση σταδίου IVB (μεταστατικής νόσου) και σε εξωπυελικές υποτροπές της νόσου. Σε συνδυασμό με ακτινοθεραπεία για μεγιστοποίηση του αποτελέσματος της τελευταίας σε πρωϊμότερα στάδια. Παρά την πολύ υψηλή ανταπόκριση της τάξης του

80% σε πολλαπλά χημειοθεραπευτικά σχήματα σαν πρώτη γραμμή θεραπείας, το ποσοστό αυτό πέφτει στο 20% όταν οι ασθενείς έχουν θεραπευτεί στο παρελθόν.

## 2.8 Προγνωστικοί παράγοντες

Η επιτυχία της θεραπευτικής αγωγής και η πιθανότητα υποτροπής της νόσου εξαρτάται από κάποιους παράγοντες, οι οποίοι είναι:

- Το στάδιο της νόσου, που είναι ο βασικότερος προγνωστικός παράγοντας.
- Η προσβολή των λεμφαδένων στους ασθενείς που δεν παρουσιάζονται λεμφαδενικές μεταστάσεις με τη χειρουργική αγωγή έχουν 5 έτη επιβίωση από 80-95%. Η παρουσία τους μειώνει την επιτυχία της θεραπείας κατά 15-40%.
- Το μέγεθος του όγκου αποτελεί ανεξάρτητο προγνωστικό παράγοντα. Οι όγκοι με διάμετρο >4cm απαιτούν την εφαρμογή 2 τουλάχιστον θεραπευτικών μεθόδων.
- Τα ανασφαλή χειρουργικά όρια είναι η εκτομή του κόλπου κοντά (<5mm) στη νόσο καθώς αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο υποτροπής.
- Το βάθος διήθησης στρώματος τραχήλου και η διήθηση αγγείων αποτελούν ανεξάρτητους προγνωστικούς παράγοντες.
- Ο ιστολογικός τύπος του όγκου καθώς ορισμένοι ιστολογικοί τύποι και ιδιαίτερα ο μικροκυτταρικός καρκίνος έχουν χειρότερη πρόγνωση.
- Το αντιγόνο των πλακωδών καρκινικών κυττάρων (SCCA) αποτελεί το μοναδικό καρκινικό δείκτη ο οποίος χρησιμοποιείται σε ασθενείς με πλακώδες ΚΤΜ. Οι υψηλές τιμές του SCCA στο αίμα πριν τη θεραπεία, σχετίζονται με προχωρημένο στάδιο και δυσμενέστερη πρόγνωση.

## 2.9 Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας στην κύηση

Η συνύπαρξη της νόσου με την κύηση δεν επηρεάζει την εξέλιξη της νόσου. Ο χειρισμός της θεραπευτικής αντιμετώπισης ποικίλει, και συνήθως εξαρτάται από την ηλικία της κύησης. Σε κυήσεις μεγαλύτερες των 24 εβδομάδων συνήθως η θεραπευτική αντιμετώπιση αναβάλλεται μέχρι να καταστεί το έμβρυο βιώσιμο. Η ακτινοθεραπεία εφαρμόζεται σε κυήσεις μικρότερες των 24 εβδομάδων αγνοώντας το κύημα. Εάν δεν συμβεί αυτόματη έκτρωση ακολουθεί ριζική υστερεκτομία (τύπου II) ή εκκένωση της

μήτρας από το κύημα και συνέχιση της ακτινοθεραπείας. Ακολουθεί βραχυθεραπείας ή εξωτερική ακτινοβολία του κοιλιακού κολοβώματος (Χασάν, 2007).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

### Πρόληψη καρκίνου του τραχήλου της μήτρας

#### 3.1 Εισαγωγή

Από τη δεκαετία του 1950, η κύρια μέθοδος πρόληψης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας θεωρείτο το τεστ Παπανικολάου, που έπαιξε μεγάλο ρόλο στη δημόσια υγεία. Κατάφερε να μειώσει σημαντικά τη συχνότητα όσο και τη θνησιμότητα από αυτό το είδος καρκίνου. Παρά τις μεγάλες προσπάθειες που έχουν γίνει για ευρεία εφαρμογή του τεστ Παπανικολάου, ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας παραμένει δεύτερη αιτία θανάτου παγκοσμίως στις γυναίκες. Αργότερα, λήφθηκαν σημαντικότερα μέτρα και ήρθαν στο φως τα πολυδύναμα εμβόλια εναντίον του HPV, μετά από αιτιολογική συσχέτιση του με τον ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων (Human Papilloma Virus-HPV).

Η πρόληψη του καρκίνου της μήτρας χωρίζεται σε δύο κατηγορίες, την πρωτογενή πρόληψη που περιλαμβάνει τον εμβολιασμό εναντίον του HPV και τη δευτερογενή πρόληψη που περιλαμβάνει τον κυτταρολογικό έλεγχο, δηλαδή το τεστ Παπανικολάου και το HPV DNA test.

Φυσικά ο εμβολιασμός εναντίον του HPV δεν αντικαθιστά τα άλλα μέτρα πρόληψης, και ο λόγος είναι ότι δεν προστατεύει από όλους τους τύπους του ιού. Οι γυναίκες που έχουν εμβολιαστεί θα πρέπει να επαναλαμβάνουν τον προληπτικό έλεγχο παρόλο που έχουν εμβολιαστεί. Ουσιαστικά ο εμβολιασμός επιτρέπει την έναρξη ασυμπτωματικού ελέγχου σε μεγαλύτερη ηλικία, την αύξηση των μεσοδιαστημάτων του ελέγχου και να οδηγήσει στη μείωση της επιβάρυνσης από την παρακολούθηση και θεραπεία των προδιηθητικών αλλοιώσεων του καρκίνου της μήτρας. Ο ασυμπτωματικός έλεγχος και ο εμβολιασμός δεν αντικαθιστά ο ένας τον άλλο, και η καθυστέρηση του ελέγχου λόγω του εμβολιασμού μπορεί να αύξησει τη συχνότητα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

#### 3.2 Πρωτογενής πρόληψη

Πρώτος και βασικότερος στόχος της πρωτογενούς πρόληψης είναι η εκπαίδευση σχετικά με τις ασφαλείς σεξουαλικές πράξεις και τον ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV). Η



επίμονη μόλυνση από αυτό τον ιό μπορεί να προκαλέσει προκαρκινικές αλλοιώσεις και τελικά τον θάνατο.

Μέχρι σήμερα υπάρχουν τρία εμβόλια διαθέσιμα στο εμπόριο εναντίον του HPV, που εμποδίζουν την μόλυνση HPV από έναν ή περισσότερους υπότυπους. Το πρώτο εμβόλιο που εγκρίθηκε ήταν το Gardasil το 2006, το οποίο προστατεύει από τους τύπους HPV 6, 11, 16 και 18, αργότερα εγκρίθηκε το Cervarix 2009 το οποίο προστατεύει από τους HPV 16 και 18 τύπους και το 2014 εγκρίθηκε το Gardasil 9 που προστατεύει από του HPV τύπους 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58. Και τα τρία αυτά εμβόλια έχουν εισαχθεί σε περισσότερες από 80 χώρες. Με βάση κάποιων βραχείας διάρκειας δεδομένων δείχνουν ότι είναι ασφαλή, ανοσογόνα και αποτελεσματικά στην πρόληψη της μόλυνσης από HPV. Τα καλύτερα αποτελέσματα για την αποτελεσματικότητα του εμβολιασμού κατά του HPV προέρχεται από την Αυστραλία, όπου με την εισαγωγή του εμβολιασμού κατά τον HPV σε εθνικό επίπεδο παρατηρήθηκε μείωση των τραχηλικών ανωμαλιών μέσα σε 3 χρόνια μετά τον εμβολιασμό (Brotherton, et al, 2011). Πιο πρόσφατα δεδομένα μας δείχνουν ότι οι δύο δόσεις, αντί για τρεις, είναι επίσης προστατευτικές. Αυτό όμως συμβαίνει κυρίως σε χώρες λιγότερο οικονομικά εύπορες λόγω του υψηλού κόστους των εμβολίων.

Παρόλο που η HPV λοίμωξη είναι η πιο κοινή αιτία εμφάνισης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, δεν είναι όμως ο μόνος παράγοντας. Υπάρχουν διάφοροι άλλοι συμπεριφορικοί και δημογραφικοί παράγοντες κινδύνου που αυξάνουν την εμφάνιση του καρκίνου (European Centre for Disease Prevention and Control. Introduction of HPV vaccines in EU countries – an update. Stockholm: ECDC; 2012).

### ***3.2.1 Ρόλος του νοσηλευτή στην πρωτοβάθμια πρόληψη***

Ο Νοσηλευτής σε αυτή τη φάση είναι υπεύθυνος για την ενημέρωση του πληθυσμού σχετικά με τη σημαντικότητα του εμβολιασμού για την πρόληψη του HPV και να είναι έτοιμος να απαντήσει στα ερωτήματα των ατόμων σχετικά με το τι περιέχει το εμβόλιο, πως χορηγείται, γιατί είναι σημαντικό να γίνει, από τι προστατεύει και σε τι βαθμό, εάν είναι ασφαλές, σε ποια ηλικία γίνεται και τι παρενέργειες έχει.

Όπως επίσης θα πρέπει να ενημερώσει τον πληθυσμό και για άλλους τρόπους προστασίας τους από τον ιό όπως είναι η χρήση προφυλακτικού στις σεξουαλικές τους επαφές.

### 3.2.2 Τα εμβόλια για τον HPV

**Gardasil 9:** Το Gardasil 9 είναι εμβόλιο που χορηγείται σε άνδρες και γυναίκες από την ηλικία των 9 ετών και πάνω για προστασία από τα ακόλουθα νοσήματα τα οποία προκαλούνται από εννέα τύπους του ιού των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV) (τύποι 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 και 58 του ιού HPV) που ευθύνονται για το περίπου 20% των καρκίνων είναι:

- οι προκαρκινικές αλλοιώσεις (νεοπλασίες) και ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας, του αιδοίου, του κόλπου και του πρωκτού.
- τα κονδυλώματα των γεννητικών οργάνων όπου το Gardasil 9 χορηγείται σύμφωνα με τις επίσημες συστάσεις.
- η αποτροπή του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, του αιδοίου, του κόλπου καθώς και του πρωκτού κατά 90% ([http://www.ema.europa.eu/docs/el\\_EL/document\\_library/EPAR\\_-\\_Summary\\_for\\_the\\_public/human/003852/WC500189114.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/el_EL/document_library/EPAR_-_Summary_for_the_public/human/003852/WC500189114.pdf)).

**Gardasil:** Το Gardasil είναι ένα εμβόλιο κατά του ιού των ανθρώπινων θηλωμάτων για την πρόληψη 4 τύπων HPV, οι οποίοι είναι οι εξής: 6, 11, 16, 18. Το συγκεκριμένο εμβόλιο αποτρέπει το καρκίνο της μήτρας, του αιδοίου, του κόλπου και του πρωκτού κατά 70% και για την πρόληψη των γεννητικών κονδυλωμάτων που προκαλούνται από τους 6 ή 11 τύπους HPV. Απευθύνεται σε γυναίκες από 9 έως 26 ετών (F.D.A., 2009).

**Cervarix®:** Το πρώτο εμβόλιο κατά τον ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων απευθύνεται σε γυναίκες από 9 έως 29 ετών. Επίσης, παρέχει προστασία κατά τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και τα προκαρκινικά στάδια που προκαλούνται από τον ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων, 16 και 18 (F.D.A., 2006).

Ο εμβολιασμός γίνεται σε τρεις δόσεις. Αφού πραγματοποιηθεί η πρώτη δόση του εμβολίου, η δεύτερη δόση γίνεται μετά από δύο μήνες και η τρίτη και τελευταία δόση μετά από έξι μήνες από την πρώτη δόση. Οι πιο συχνά αναφερόμενες ανεπιθύμητες ενέργειες από τα εμβόλια αυτά είναι: πόνος, οίδημα, κνησμός, μώλωπες και ερυθρότητα στο σημείο της ένεσης, πονοκέφαλος, έμετος, ναυτία, πυρετός. Για την καλύτερη αποτελεσματικότητα του εμβολίου θα πρέπει να χορηγηθεί πριν από οποιαδήποτε έκθεση από τους τύπους HPV που καλύπτει το εμβόλιο.

### **3.3 Δευτερογενής πρόληψη**

Η δευτερογενής πρόληψη περιλαμβάνει τον έλεγχο των ασυπτωματικών ασθενών ή την διεξαγωγή οριστικών δοκιμών σε συμπτωματικούς ασθενείς ή τον έλεγχο θετικών ασθενών σε προκαρκινικές αλλοιώσεις πριν μετατραπούν σε καρκίνο. Υπάρχουν πολλοί μέθοδοι για τον έλεγχο του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι με την εφαρμογή του προσυπτωματικού ελέγχου έχει μειωθεί η εμφάνιση του διηθητικού καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και οι θάνατοι από καρκίνο. Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα, είναι οι Σκανδιναβικές χώρες που με την εισαγωγή του προσυπτωματικού ελέγχου η συχνότητα των θανάτων από καρκίνο έχουν μειωθεί από 10%- 80% (Aggarwal, 2014).

Για τη δευτερογενής πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας υπάρχουν δύο τεστ που μπορούν να ανιχνεύσουν προκαρκινικές αλλοιώσεις κυττάρων: η κυτταρολογική εξέταση του τραχήλου (τεστ ΠΑΠ) και το test DNA HPV.

#### **3.3.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην δευτεροβάθμια πρόληψη**

Ο ρόλος του νοσηλευτή στη δευτεροβάθμια πρόληψη είναι η ενημέρωση του κοινού για το Τεστ Παπανικολάου, τη διαδικασία της λήψης του δείγματος για αυτή την εξέταση όπως και την προετοιμασία που πρέπει να γίνει πριν την εξέταση, ώστε αυτή να είναι ακριβέστερη. Αναλυτικά θα πρέπει να ενημερώσει τα άτομα ότι η εξέταση αυτή δεν πρέπει να γίνεται τις μέρες της περιόδου, καλύτερη περίοδος είναι πέντε μέρες μετά την έμμηνο ρύση, να αποφεύγουν ταμπόν, ζελέ αντισύλληψης, κολπικές κρέμες και γενικά ότι μπορεί να αλλοιώσει τον τράχηλο δύο με τρεις μέρες πριν την εξέταση, επίσης να αποφεύγουν κολπικές πλύσεις δύο με τρεις μέρες πριν το τεστ Παπ, και τέλος να αποφεύγουν να έρχονται σε σεξουαλική επαφή δύο μέρες πριν το τεστ (Τεστ Παπ Γυναικολογία, 2005).

#### **3.4 Τεστ Παπανικολάου**

Η κυτταρολογική εξέταση του τραχήλου της μήτρας (τεστ Παπανικολάου) είναι παγκοσμίως γνωστή μέθοδος screening test και έχει αποδειχθεί ότι ευθύνεται για την μείωση των θανάτων που ευθύνονται από τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας κατά 80%. Το τεστ Παπανικολάου εφευρέθηκε από τον Γιώργο Παπανικολάου, ο οποίος

διέκρινε ότι καρκινικά κύτταρα μπορούν να διακριθούν στις κολπικές εκκρίσεις από γυναίκες που έχουν καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, δημοσιεύοντας το 1943 το άρθρο «Διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας από το κολπικό επίχρισμα».

Ο βασικός στόχος της κυτταρολογικής εξέτασης είναι η αφαίρεση δείγματος επιθηλιακών κυττάρων από τον τράχηλο της μήτρας με μια σπάτουλα και με ένα βουρτσάκι από τον ενδοτραχηλικό σωλήνα για να συλλεχθούν όλες οι κατηγορίες κυττάρων της περιοχής δηλαδή πλακώδη, αδενικά και μεταπλαστικά κύτταρα. Μετέπειτα τα κύτταρα αυτά τοποθετούνται σε γυάλινα πλακίδια όπου στερεώνονται με χρήση σπρέι ή διαλύματος αλκοόλης για να εξεταστούν στο εργαστήριο. Όμως, η διαδικασία αυτή έχει διαφοροποιηθεί τα τελευταία χρόνια με τη χρήση ειδικής συσκευής (cervix), για την ταυτόχρονη συλλογή και πλακώδων και αδενικών κυττάρων. Στη συνέχεια, το δείγμα αυτό τοποθετείται σε ειδικό φιαλίδιο μαζί με το τελικό τμήμα της συσκευής και με τη βοήθεια κατάλληλου μηχανήματος τα κύτταρα αυτά στρώνονται σε γυάλινο πλακίδιο, αποδίδοντας προσοχή στο στρώσιμο μονής στοιβάδας ώστε να αποφεύγονται φαινόμενα αλληλοεπικάλυψης. Η διαδικασία αυτή ονομάζεται LBC (Liquid Based Cytology) ή Κυτταρολογία Υγρής Φάσης και το βασικό της πλεονέκτημα είναι ότι είναι κατάλληλη για επιπρόσθετα HPV test και μειώνει τα ανεπαρκή δείγματα από το 4,1% στο 2,6%.

- Κατηγοριοποίηση των αποτελεσμάτων του τεστ Παπανικολάου
- Η κατηγορία WNL (with normal limits) που αναφέρεται σε παθολογικά ευρήματα εντός φυσιολογικών ορίων.
- Οι καλοήθεις κυτταρικές αλλοιώσεις, η φλεγμονή και οι αντιδραστικές αλλοιώσεις.
- Η κατηγορία ASCUS (atypical squamous cells of undetermined significance) ή «άτυπα πλακώδη κύτταρα απροσδιόριστης σημασίας». Σε αυτή την κατηγορία συμπεριλαμβάνονται ευρήματα που αφορούν κύτταρα στα οποία έχει βρεθεί κάποια ατυπία, χωρίς όμως να μπορεί να προσδιοριστεί με ακρίβεια η σοβαρότητα και η βαρύτητα της, με αποτέλεσμα να είναι πιθανή η ύπαρξη αλλοιώσεων, οι οποίες με την σειρά τους θα διαπιστωθούν μέσω κολποσκόπησης με ή χωρίς βιοψία και αναζήτηση HP-DNA.

- Η κατηγορία AGUS. Σε αυτή την κατηγορία συμπεριλαμβάνονται ευρήματα που αφορούν κύτταρα στα οποία έχει βρεθεί κάποια ατυπία από αδενικά κύτταρα, που δεν μπορεί να προσδιοριστεί με ακρίβεια.
- Η κατηγορία LSIL (Low Grade Squamous Intraepithelial Lesion) στην οποία συμπεριλαμβάνονται ευρήματα που αφορούν κύτταρα στα οποία στα οποία έχουν βρεθεί αλλοιώσεις χαμηλού ή αλλοιώσεις που οφείλονται σε θηλωματοποιούς και την ελαφρά δυσπλασία CIN1 (Cervical Intraepithelial Neoplasia). Η περαιτέρω διερεύνηση εξαρτάται από την ηλικία της εξεταζόμενης, με τις γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας να χρήζουν περαιτέρω διερεύνηση. Η συγκεκριμένη αναγκαιότητα πηγάζει από το ποσοστό των περιστατικών που αργότερα εμφανίζονται ως HSIL.
- Η κατηγορία HSIL (High Grade Squamous Intraepithelial Lesion) που αφορά κύτταρα που έχουν βρεθεί σε αλλοιώσεις υψηλού βαθμού. Περιλαμβάνει δυσπλασία μέτριου βαθμού CIN2, σοβαρή δυσπλασία CIN3 και το καρκίνωμα in situ. Απαιτείται κολποσκόπηση στη συνέχεια, η οποία σπανίως οδηγεί σε ευρήματα LSIL, με σημαντικό ποσοστό εμφάνισης διηθητικού καρκίνου (Wright, et al, 2002).
- Το καρκίνωμα εκ πλακώδων κυττάρων
- Το καρκίνωμα εξ αδενικών κυττάρων
- Άλλα κακοήθη νεοπλάσματα.

Η ταξινόμηση αυτή χρησιμοποιήθηκε από 1988 έως το 2001. Το 2001 το σύστημα Bethesda αναθεωρήθηκε και σύμφωνα με το οποίο:

A. Οι κατηγορίες 1 και 2 συνενώθηκαν σε μια κατηγορία, «αρνητικά για ενδοεπιθηλιακή αλλοίωση ή κακοήθεια». Με τον τρόπο αυτό οι αντιδραστικές μεταβολές χαρακτηρίζονται πιο καθαρά ως «αρνητικές».

B. Οι αλλοιώσεις ASCUS που είχαν προκαλέσει διλήμματα αναφορικά με την αντιμετώπιση τους διαχωρίστηκαν σε δύο κατηγορίες: ASCUS- καλοήθεις αλλοιώσεις και ASC-H (a typical Squamous cells with possible HSIL) ή «άτυπα πλακώδη κύτταρα που δεν αποκλείουν την ύπαρξη υψηλού βαθμού πλακώδους ενδοεπιθηλιακής βλάβης». Τα κύτταρα δεν είναι φυσιολογικά αλλά ο κυτταρολόγος δεν είναι σίγουρος για την

βαρύτητα της βλάβης. Το ASC-H έχει μεγαλύτερη πιθανότητα να είναι προκαρκινική κατάσταση. Η αναθεωρημένη λοιπόν κατηγοροποίηση έχει ως εξής (Aragar, etal, 2003):

I. Αποτέλεσμα αρνητικό για ενδοεπιθηλιακή αλλοίωση ή κακοήθεια: οργανισμοί, αντιδραστικές κυτταρικές αλλοιώσεις, κυλινδρικά κύτταρα, ατροφία.

II. Επιθηλιακές κυτταρικές ανωμαλίες:

i. Πλακώδη κύτταρα: άτυπα πλακώδη κύτταρα απροσδιόριστης σημασίας (ASCUS), άτυπα πλακώδη κύτταρα με κίνδυνο να υποκρύπτεται υψηλόβαθμη πλακώδης αλλοίωση (ASC-H), πλακώδης ενδοεπιθηλιακή αλλοίωση χαμηλού βαθμού (LSIL) και υψηλού βαθμού (HSIL), καρκίνωμα εκ πλακώδων κυττάρων.

ii. Αδενικά κύτταρα: άτυπα αδενικά κύτταρα (AGS), άτυπα αδενικά κύτταρα μάλλον νεοπλασματικά, ενδοτραχηλικό αδenoκαρκίνωμα in situ, αδenoκαρκίνωμα.

III. Άλλο.

### 3.5 HPV DNA test

Το HPV DNA test έχει την δυνατότητα να καλύψει τα κενά άλλων διαγνωστικών εξετάσεων καθώς βασίζεται σε μοριακές τεχνολογίες που έχουν την ικανότητα να ανιχνεύσουν DNA ιού στο δείγμα κυττάρων από την περιοχή του τραχήλου. Οι μοριακές τεχνολογίες μπορούν να διακριθούν σε αυτές που δεν υφίστανται καμία ενίσχυση όπως τα τεστ ανίχνευσης νουκλεϊκών οξέων και σε αυτά που υφίστανται ενίσχυση όπως η αλυσιδωτή αντίδραση πολυμεράσης (PCR). Οι τεχνικές ενίσχυσης μπορούν να διακριθούν σε τρεις επιμέρους κατηγορίες: την ενίσχυση στόχου, σήματος και ιχνηθέτη. Ακόμη, ζητούμενο είναι όχι μόνο ο προσδιορισμός της παρουσίας του ιού, αλλά και ο ακριβής προσδιορισμός του ιού, αφού κάθε ιός έχει διαφορετικό ογκογενετικό δυναμικό (Malloy, etal, 2000).

Επίσης, η χρήση του HPV- DNA test, δεν μπορεί μόνο να χρησιμοποιηθεί για την ανίχνευση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, αλλά λειτουργεί και ως βοηθητικό μέσο για την παρακολούθηση μετά από θεραπεία, καθώς έτσι αποφεύγεται τυχόν υποτροπές.

### 3.6 Νέες τεχνικές ανίχνευσης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας

Τα τελευταία χρόνια έχουν αναπτυχθεί νέες τεχνικές ανίχνευσης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Οι σπουδαιότερες από αυτές είναι:

- **mRNAtest:** Ανιχνεύει εάν μια λοίμωξη είναι ενεργή και επιτρέπει την αναγνώριση, τόσο των προκαρκινικών αλλοιώσεων, οι οποίες, εάν δεν αντιμετωπιστούν, μπορεί να εξελιχθούν σε καρκίνο, όσο και των περιπτώσεων διηθητικού καρκίνου.
- **Τεχνολογία NASBA:** Στο τέλος αυτής της διεργασίας προκύπτει ένα σήμα παραγόμενου φθορισμού, η ανίχνευση του οποίου συνεπάγεται την ύπαρξη του ιού(ThibaultVerjatetal, 2004).Οι τύποι του ιού που ανιχνεύονται με αυτή την μέθοδο είναι οι 16, 18, 31, 33, και 45 οι οποίοι ανήκουν στους τύπους HPV υψηλού κινδύνου (Munkhdelger, 2014).
- **Τεχνική RT-PCR**
- **Κυτταρομετρία ροής:** Με την χρήση αυτή της τεχνικής γίνεται εκμετάλλευση στη μέτρηση της έκφρασης των ογκογονιδίων E6/E7 και επομένως με την ανίχνευση του mRNA μεταγράφου, ως μια εναλλακτική των προαναφερόμενων μεθόδων εξέτασης PCR και RT-PCR (Becton Dickinson Company, 2000).
- **p16 test:** Σε περίπτωση που το άτομο νοσεί, τότε υπάρχει υπερέκφραση της p16 πρωτεΐνης, η υπερέκφραση αυτή υποδεικνύει την εξέλιξη των προκαρκινικών αλλοιώσεων.
- **Πολικός δείκτης:** Ο πολικός δείκτης είναι μια ηλεκτρονική μέθοδος αναγνώρισης προκαρκινικών αλλοιώσεων του τραχηλικού επιθηλίου η οποία βασίζεται στη διαφορετική αντίδραση του παθολογικού από το φυσιολογικό επιθήλιο σε φωτεινά και ηλεκτρικά ερεθίσματα.
- **Τραχηλογραφία:** Με τη μέθοδο αυτή γίνεται εμβροχή του τραχήλου με διάλυμα οξικού οξέος και ακολουθεί φωτογράφιση της ζώνης μετάπλασης. Στη συνέχεια, οι φωτογραφίες αποστέλλονται σε ένα ειδικό, ο οποίος τις μεγεθύνει, τις αναλύει και τελικά αποφασίζει για περαιτέρω έλεγχο με κολποσκόπηση και βιοψίες. Είναι μια πολύ ακριβή μέθοδος γι' αυτό και δεν γίνεται συχνά.

- **Μικροκολποϋστεροσκόπηση:** Η μέθοδος αυτή εστιάζει σε κύτταρα που δεν έχουν καταστραφεί στην περιοχή αυτή, και επιτρέπει να γίνει παρατήρηση του ενδοτράχηλου με γυμνό μάτι για αξιολόγηση της μήτρας insitu.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

### Νοσηλευτική Φροντίδα σε ασθενείς με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας

#### 4.1 Εισαγωγή

Με τον όρο νοσηλευτική φροντίδα χαρακτηρίζουμε τη βοήθεια προς τη γυναίκα να αντιμετωπίσει τις φυσικές και ψυχολογικές επιπτώσεις μιας δυνητικά θανατηφόρου νόσου, δίνοντας της τις πληροφορίες που χρειάζονται ώστε να πάρει τις σωστές αποφάσεις για την ελαχιστοποίηση των ανεπιθύμητων ενεργειών της θεραπείας. Αρχικά λαμβάνουμε μέτρα για την ανακούφιση από τον πόνο, όπως και η υποστήριξη της γυναίκας και του περιβάλλοντος της. Η γυναίκα θα πρέπει να ενθαρρύνεται να φροντίζει ανελλιπώς τον εαυτό της και να επανέλθει όσο γίνεται στις φυσιολογικές καθημερινές δραστηριότητες και τη σεξουαλική δραστηριότητα της (Lemon, Burke, 2006).

#### 4.2 Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία

Σχεδόν όλα τα φάρμακα των κακοήθων νεοπλασμάτων προκαλούν διάφορα συμπτώματα όπως ναυτία, εμετούς, ανορεξία και καταστολή της λειτουργίας των μυελών των οστών. Τα περισσότερα επιδρούν στον βλεννογόνο του γαστρεντερικού σωλήνα, από τη στοματική κοιλότητα μέχρι τον κόλπο. Κάποια προκαλούν διάρροια και κάποια άλλα δυσκοιλιότητα, άλλα επηρεάζουν την ουροδόχο κύστη και τους γεννητικούς αδένες. Επιπρόσθετα, πολλά προκαλούν δερματίτιδες και αλωπεκία. Τέλος, άλλα επιδρούν τοξικά σε διάφορα ζωτικά όργανα, όπως οι νεφροί, το ήπαρ και το ΚΝΣ (Μπαρμπουνάκη-Κωνσταντάκου, 2004).

#### Προβλήματα Ασθενή από τη Χημειοθεραπεία:

- Διαταραχή στην κυκλοφορία του οξυγόνου λόγω της αναιμίας, που οφείλεται στη μειωμένη παραγωγή ερυθρών αιμοσφαιρίων και σε αιμορραγίες(Θρομβοπενία).
- Θρεπτικό ανισοζύγιο λόγω των εμετών, της διάρροιας και της ναυτίας.
- Μειωμένη αντίσταση στις λοιμώξεις (Λόγω της Λευκοπενίας).

- Προβλήματα κακής λειτουργίας νεφρών, Ήπατος και ΚΝΣ.
- Δυνητική Διαταραχή υγρών-ηλεκτρολυτών λόγω εμετών και διάρροιας.
- Ψυχικά προβλήματα λόγω της αλλαγής της εικόνας του ατόμου.

#### **Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις:**

- Προετοιμασία του ασθενή και ενημέρωση του για τη θεραπεία, πριν γίνει αυτή.
- Χορήγηση αντιεμετικών πριν την θεραπεία.
- Επαρκής ενυδάτωση ασθενή με υγρά και παρακολούθηση ισοζυγίου υγρών.
- Χορήγηση υπακτικών σε περίπτωση δυσκοιλιότητας.
- Μικρά και συχνά γεύματα.
- Προσεκτική φροντίδα στόματος (στοματική υγιεινή).
- Προστασία του ασθενή από μολύνσεις.
- Παρακολούθηση ούρων και κοπράνων για τυχόν αιμορραγίες, και λήψη μέτρων για πρόληψη τους.
- Βοήθεια του ασθενή ώστε να αποδεχτεί ευκολότερα την εικόνα του μετά τη χημειοθεραπεία.
- Λήψη μέτρων ώστε το φάρμακο να μην έρθει σε επαφή με το δέρμα του ασθενή.
- Λήψη μέτρων για αποφυγή εξόδου του φαρμάκου από τη φλέβα και διήθησης των γύρω ιστών.

#### **4.3 Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία**

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να ενημερώσει τον ασθενή για τη θεραπεία, την προετοιμασία για αυτή, την εφαρμογή προστατευτικών μέτρων για τον ασθενή και το περιβάλλον του. Θα πρέπει επίσης να τονώσει ψυχολογικά τον άρρωστο πριν, κατά και μετά τη θεραπεία (Μπαρμπουνάκη-Κωνσταντάκου,2006).

#### **Προβλήματα ασθενή από την ακτινοθεραπεία και παρεμβάσεις**

- **Ναυτία και εμετοί** (Χορήγηση ηρεμιστικών και αντιεμετικών σύμφωνα με την οδηγία του γιατρού).
- **Αντιδράσεις από το δέρμα** (Παρακολούθηση για ερυθρότητα, ξηρότητα και απολέπιση. Επιπρόσθετα, προστασία του ακτινοβολημένου δέρματος από θερμότητα ή ηλιακή ακτινοβολία, πλύση με ουδέτερο σαπούνι και χλιαρό νερό αν

υπάρχει ιατρική οδηγία και τέλος χρήση υδροκορτιζόνης σπρέι και γαζών σύμφωνα και πάλι με ιατρική οδηγία).

- **Διάρροια** (Χορήγηση αντιδιαρροικών σύμφωνα με ιατρική οδηγία, χορήγηση ειδικής δίαιτας).
- **Αντιδράσεις βλεννογόνου στοματικής κοιλότητας** (Ηπια στοματική υγιεινή για απομάκρυνση νεκρών ιστών, Αποφυγή ερεθιστικών ουσιών, διόρθωση χαλασμένων δοντιών πριν την ακτινοθεραπεία, χορήγηση υγρών και βιταμινών).
- **Καταστολή λειτουργίας μυελών των οστών** (προστασία ασθενή από λοιμώξεις και τραυματισμούς, παρακολούθηση ασθενή για σημεία λοίμωξης και αιμορραγίας) (Δρεβελέγκας, 2012).

#### **4.4 Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών που υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση**

Η νοσηλευτική φροντίδα πριν, κατά και μετά τη χειρουργική επέμβαση ονομάζεται προεγχειρητική νοσηλευτική και αποτελείται από τρεις φάσεις. Η πρώτη φάση ονομάζεται προεγχειρητική και αρχίζει από την απόφαση του ασθενή να χειρουργηθεί και διαρκεί μέχρι ο ασθενής να μπει στη χειρουργική αίθουσα. Η δεύτερη φάση ονομάζεται διεγχειρητική και ξεκινά από όταν ο ασθενής μεταφέρεται στη χειρουργική αίθουσα μέχρι τη μεταφορά του στη μονάδα ανάνηψης. Και τέλος, η τρίτη φάση ονομάζεται μετεγχειρητική και αρχίζει από την εισαγωγή του ασθενή στη μονάδα ανάνηψης μέχρι την πλήρη ανάρρωση του από την επέμβαση και την τελευταία επίσκεψή του στον θεράποντα ιατρό (Μπονάτσος - Κακλαμάνος, 2011).

##### **Προεγχειρητική φροντίδα ασθενή**

- Έλεγχος φακέλου ασθενή.
- Επικοινωνία με τον ασθενή για ενημέρωση του και την επεξήγηση της διαδικασίας.
- Μέτρηση ζωτικών σημείων (Εάν υπάρξουν σημαντικές αλλαγές θα πρέπει να γίνει ενημέρωση του γιατρού).
- Εκτέλεση υγιεινής στόματος (Αφαίρεση οδοντοστοιχίας εάν υπάρχει).
- Αφαίρεση ρούχων ασθενή και τοποθέτηση χειρουργικής ενδυμασίας.

- Υποκλυσμός και άδειασμα ουροδόχου κύστης .
- Χορήγηση προεγχειρητικής φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού.
- Τοποθέτηση του ασθενή σε φορείο για μεταφορά του στο χειρουργείο .

### **Προεγχειρητικός έλεγχος**

Ο προεγχειρητικός έλεγχος γίνεται μέσω της λήψης πλήρους ιατρικού ιστορικού, μέσω πλήρους αντικειμενικής εξέτασης και μέσω κατάλληλων εξεταστικών μεθόδων που απαιτούνται για τον συγκεκριμένο ασθενή. Στον προεγχειρητικό έλεγχο διερευνούμε τα εξής:

- Αναπνευστικό σύστημα
- Καρδιαγγειακό σύστημα
- Ουροποιητικό σύστημα
- Ήπαρ
- Σακχαρώδης διαβήτης
- Νευρολογικό σύστημα
- Εκτίμηση της γενικής κατάστασης της υγείας

### **Ο νοσηλευτής θα πρέπει:**

- Να καταγράψει τα φάρμακα που παίρνει καθημερινά ο ασθενής.
- Να ενημερώσει τον γιατρό σε περίπτωση που ο ασθενής εμφανίσει κρυολόγημα ή λοίμωξη.
- Να καταγράψει τυχόν αλλεργίες που έχει ο ασθενής σε φάρμακα και να ενημερώσει το χειρουργικό προσωπικό.
- Να ενημερώσει τον ασθενή για αφαίρεση βερνικιού νυχιών τη μέρα της επέμβασης.
- Να ενημερώσει τον ασθενή ότι πρέπει να αφαιρέσει αντικείμενα αξίας από πάνω του, όπως κοσμήματα από το σπίτι.
- Να ενημερώσει τον ασθενή για τον περιορισμό των τροφών και των υγρών πριν το χειρουργείο.

### **Διεγχειρητική φροντίδα ασθενή**

Ο Νοσηλευτής αξιολογεί του ασθενούς στη διάρκεια του χειρουργείου και αναμένεται ο ασθενής:

- Να αναισθητοποιηθεί με ασφάλεια και χωρίς επιπλοκές.
- Να μην υποστεί βλάβη από τον χειρουργικό εξοπλισμό.
- Να μην υποστεί μόλυνση δέρματος ή ιστού στη διάρκεια του χειρουργείου.
- Να μην εμφανίσει στο δέρματος σχισμές, μώλωπες, ερυθρότητα και σύνθλιψη σε σημεία πίεσης.

### **Μετεγχειρητική φροντίδα**

Κατά τη μετεγχειρητική φροντίδα ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για:

- Τη μείωση του ποσοστού των μετεγχειρητικών επιπλοκών.
- Την ασφάλεια του ασθενή.
- Την ευεξία του ασθενή κατά τη συγκεκριμένη μετεγχειρητική φάση της νοσηλείας του.

### **Νοσηλευτικές διαγνώσεις σε μετεγχειρητικούς ασθενείς με γενική αναισθησία**

- Διαταραγμένη ανταλλαγή αερίων που σχετίζεται με την επίδραση της αναισθησίας στους πνεύμονες.
- Διαταραγμένη ακεραιότητα δέρματος και οξύς πόνος που σχετίζεται με τη χειρουργική τομή.
- Έλλειμμα όγκου υγρών σχετιζόμενο με την απώλεια υγρών και μη λήψης τους από το στόμα λόγω χειρουργείου.
- Κίνδυνος δυσκοιλιότητας σχετιζόμενος με την λήψη αναισθησίας.
- Διαταραγμένη αποβολή ούρων που σχετίζεται με την παρουσία καθετήρα.

### **4.5 Καρκινικός πόνος και νοσηλευτική φροντίδα**

Το αίσθημα του πόνου είναι μια πολυδιάστατη διεργασία που επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες, φυσικούς και ψυχοκοινωνικούς. Ο καρκινικός πόνος συγκεκριμένα είναι ο πόνος που οφείλεται στην εξέλιξη της νόσου, των διαγνωστικών διεργασιών και της θεραπείας που δίνεται στο άτομο. Ο εντοπισμός της πρωτοπαθούς ή μεταστατικής αλλοίωσης επηρεάζει την ένταση του πόνου που βιώνει ο ασθενής. Σε μεταστάσεις που προσβάλλουν οστά, οι μεταστάσεις στη σπονδυλική στήλη ή διήθηση νεύρων, ο πόνος

εκτείνεται λόγω της συμπίεσης του νευρικού ιστού. Στα αρχικά στάδια της νόσου αυτό δεν είναι πρόβλημα, σχεδόν το 30% των ασθενών αρχίζουν να βιώνουν τον πόνο κατά την θεραπεία. Ο προχωρημένος καρκίνος, περιλαμβανομένων των μεταστάσεων, προκαλεί πόνο στο 90% περίπου των ασθενών (Osborn et al, 2013).

Ο νοσηλευτής σε αυτή την περίπτωση θα πρέπει να βοηθήσει στην ανακούφιση του πόνου του ασθενή με τη χορήγηση αναλγητικών σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού και τη χρήση διαφόρων επικουρικών μέτρων της την τοποθέτηση του σώματος σε θέση που ανακουφίζει τον ασθενή. Επιπλέον θα πρέπει να αξιολογήσει τον πόνο του ασθενή (εντόπιση, ένταση, διάρκεια, και παράγοντες επιβάρυνσης ή ανακούφισης). Ακόμα ο νοσηλευτής θα πρέπει να εκπαιδεύσει τον ασθενή και το περιβάλλον του με την αντιμετώπιση λανθασμένων απόψεων για τον πόνο (Dewit, 2009)

#### **4.6 Ποιότητα ζωής ατόμων με καρκίνο και ρόλος του νοσηλευτή στην καλυτέρευση της**

Όσα άτομα με καρκίνο έχουν επιζήσει επί μακρόν, συνεχίζουν να αναζητούν το νόημα της ασθένειάς τους. Η αναζήτηση αυτού του νοήματος είναι μια διεργασία που θεωρείται ότι περιλαμβάνει γνωσιακή εκτίμηση, επανεκτίμηση και αντιλήψεις που το πρόσωπο υιοθετεί ως απάντηση στις αγχογόνες βιωματικές του εμπειρίες. Η ποιότητα ζωής είναι ένα σημαντικό στοιχείο στην ικανότητα κάποιου να επιζήσει μιας σοβαρής ασθένειας και της χορηγούμενης θεραπείας. Περιλαμβάνει τα χαρακτηριστικά και τους περιορισμούς που επηρεάζουν την ικανότητα κάποιου να είναι λειτουργικός και να ικανοποιείται από αυτό που κάνει. Στο πέρασμα των χρόνων, η έννοια της ποιότητας ζωής έχει διερευνηθεί από πολλούς, αλλά η πιο ευρέως ίσως αποδεκτή περιγραφή προέρχεται από τους Ferrell και συν το 2009. Η περιγραφή τους αναγνωρίζει πολλές διαστάσεις, συμπεριλαμβανομένων της οργανικής, ψυχολογικής και κοινωνικής ευεξίας, που είναι τα στοιχεία-ορόσημα της ποιότητας ζωής ενός προσώπου. Η ομάδα φροντίδας υγείας είναι ανάγκη να λαμβάνει υπ' όψιν της τόσο τον ασθενή όσο και την οικογένειά του κατά την εκτίμηση της επίδρασης του καρκίνου και της φροντίδας του στην ποιότητα ζωής.

Καθ' όλη τη διάρκεια των φάσεων του καρκίνου, είναι σημαντικό η ζωή να προχωρά όσο πιο φυσιολογικά γίνεται. Κατά τη φάση της διάγνωσης ο ασθενής και η οικογένειά του

έχουν παραλύσει από το φόβο, επιδεικνύοντας συχνά συμπεριφορές συναφείς με την απόρριψη. Από τη στιγμή που έχει τεθεί η διάγνωση του καρκίνου, οι άλλοι περιβάλλουν τον ασθενή με αγάπη και υποστήριξη. Καθώς ο καρκίνος προχωρά, ο ασθενής έρχεται αντιμέτωπος με την αποδοχή της διάγνωσης και πιθανώς με την εγκατάλειψη της ελπίδας για ίαση.

Οι νοσηλευτές μπορούν να υποστηρίξουν τους ασθενείς ενώ εκείνοι αρχίζουν να προσαρμόζονται στο στρες που ακολουθεί τη διάγνωση του καρκίνου, με σεβασμό και ευγένεια. Αν και ο επαγγελματίας υγείας τυπικά ενημερώνει τον ασθενή για τη διάγνωση και την πρόγνωση του καρκίνου, ο νοσηλευτής προσφέρει συναισθηματική υποστήριξη παρέχοντας στον ασθενή και προσεκτική ακρόαση που δείχνει ενσυναίσθηση και ενδιαφέρον. Οι ασθενείς συχνά εκφράζουν τις ελπίδες και τους φόβους τους όταν αισθάνονται ότι κάποιος τους φροντίζει αυθεντικά. Για να αντιμετωπίσουν αυτούς τους φόβους οι ασθενείς με καρκίνο θα δουν τον εαυτό τους να επιδεικνύει συμπεριφορές μη οικείες προς αυτούς. Σε αυτές μπορεί να περιλαμβάνονται η καταπληξία, ο θυμός, η άρνηση, η αδύνατη θέση, η κατάθλιψη, η ανυμπορία, η απελπισία, ο σκεπτικισμός, η αποδοχή και η εκλογίκευση. Ένας νοσηλευτής με ενσυναίσθηση και ενδιαφέρον θα καθησυχάσει τους ασθενείς λέγοντάς τους ότι οι αντιδράσεις τους είναι φυσιολογικές.

Η θεραπεία του καρκίνου συνοδεύεται από πολλαπλά συμπτώματα που μπορεί να προκαλέσουν διαφορετικού βαθμού δυσφορία στον ασθενή. Ο νοσηλευτής ογκολογίας μπορεί να επηρεάσει θετικά την ποιότητα ζωής του ασθενή θέτοντας σε προτεραιότητα τα συμπτώματα και λαμβάνοντας τα κατάλληλα ανακουφιστικά μέτρα. Περιστασιακά, ο ασθενής μπορεί να αναφέρει ενόχληση από ένα σύμπτωμα, όπως η δυσφορία και η κόπωση, αλλά ο νοσηλευτής μπορεί να ανακαλύψει την παρουσία ενός πιο σημαντικού προβλήματος που προκαλεί τα συμπτώματα του ασθενούς. Αυτή η ικανότητα του νοσηλευτή θα αναγνωριστεί από τους ασθενείς και θα αυξήσει την εμπιστοσύνη τους σε αυτούς που νοιάζονται για εκείνους.

Το κλειδί για να είναι κάποιος αποτελεσματικός νοσηλευτής ογκολογίας είναι η ικανότητά του να εμπνέει ελπίδα στους ασθενείς και τα αγαπημένα τους πρόσωπα. Το νόημα της ελπίδας ποικίλει, εξαρτώμενο από την κατάσταση του ασθενούς:

- Ελπίδα ότι τα συμπτώματα δεν είναι σοβαρά.
- Ελπίδα ότι η θεραπεία είναι αποτελεσματική.

- Ελπίδα για ανεξαρτησία.
- Ελπίδα για ανακούφιση από τον πόνο.
- Ελπίδα για μεγαλύτερη διάρκεια ζωής.
- Ελπίδα για έναν ειρηνικό και αξιοπρεπή θάνατο.

Η ελπίδα επιτρέπει στους ασθενείς με καρκίνο τη διατήρηση της αίσθησης ελέγχου επί της παρούσας κατάστασης παράλληλα με μια θετική αντιμετώπιση της νόσου. Οι περισσότεροι οργανισμοί υγείας και οι ομάδες υποστήριξης του καρκίνου προσπαθούν να παρέχουν δημιουργικούς τρόπους για την αύξηση των γνώσεων σχετικά με τον καρκίνο και υποστήριξη σε ασθενείς και οικογένειες. Ένα παράδειγμα είναι η χρήση της τέχνης ως τρόπος επεξήγησης του «ταξιδιού» κάποιου με τον καρκίνο. τόσο οι ασθενείς όσο και οι καλλιτέχνες έχουν αρχίσει να κατανοούν το όφελος της τέχνης κατά τη διάρκεια του βιώματος της νόσου. Οι ασθενείς μπορούν να διηγούνται ιστορίες της νόσου τους περιλαμβάνοντας τα αρχικά τους συμπτώματα, την εμπειρία της διάγνωσης, τις νοσηλείες στο νοσοκομείο, τις αλλαγές στο σώμα τους λόγω της θεραπείας, τους επαγγελματίες υγείας που συνάντησαν σε θέσεις-κλειδιά και την ανάρρωσή τους. Η τέχνη μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή στην απόκτηση αίσθησης ελέγχου σε μια κατάσταση που φαίνεται μη ελεγχόμενη, και αποτελεί ένα όχημα για την έκφραση συναισθημάτων, όπως η μοναξιά και η ανάγκη για επιβίωση. Οι νοσηλευτές έχουν τη μοναδική ευκαιρία να αναγνωρίζουν το όφελος της τέχνης στην ανάρρωση των ασθενών με καρκίνο (Osbornetal, 2013).

#### **4.7 Κατ' οίκον φροντίδα**

Αυτή η διαδικασία ποικίλει ανάλογα με το στάδιο του καρκίνου και την θεραπεία που ακολουθεί το άτομο. Ο ασθενής θα πρέπει να εκπαιδευτεί καλά και να πληροφορηθεί σχετικά με την ακτινοβολία ή την εγχείρηση. Συγκεκριμένα ο ασθενής θα πρέπει να γνωρίζει τα πιθανά μετεγχειρητικά προβλήματα, τη διαχείριση των παροχετεύσεων ούρων ή κοπράνων. Τέλος, οι νοσηλευτές θα πρέπει να βοηθήσουν τη γυναίκα και την οικογένεια της να αντιληφθεί έγκαιρα τυχόν σημεία λοίμωξης και να κατανοήσει τη σημασία της τακτικής παρακολούθησης (Lemon&Burke, 2006).



# ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

## Μεθοδολογία της έρευνας

### 5.1 Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση των γνώσεων των φοιτητών επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας του Τ.Ε.Ι. Κρήτης σχετικά με τον ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV) και τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας (ΚΤΜ) καθώς επίσης και τη συμμόρφωση τους με τον αντίστοιχο εμβολιασμό.

### 5.2 Στόχοι της Έρευνας

Βασικοί στόχοι της παρούσας έρευνας είναι:

- ✓ Η εκτίμηση των πλεονεκτημάτων της χρήσης του εμβολίου στην πρόληψη του καρκίνου της μήτρας και άλλων ΣΜΝ.
- ✓ Η καταγραφή του ποσοστού συμμετοχής των φοιτητών στον εμβολιασμό και των αιτιών που αρκούν να αρνούνται την εφαρμογή του.
- ✓ Η καταγραφή των τρόπων ενημέρωσης για θέματα πρόληψης.
- ✓ Η αξιολόγηση των γνώσεων για θέματα που σχετίζονται με τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

### 5.3 Δείγμα

Το δείγμα της έρευνας ήταν 141 φοιτητές και φοιτήτριες Νοσηλευτικής και Κοινωνικής Εργασίας πέμπτου και έβδομου εξαμήνου. Συγκεκριμένα 61 φοιτητές και φοιτήτριες νοσηλευτικής 80 φοιτητές και φοιτήτριες Κοινωνικής εργασίας.

### 5.4 Χρονικό διάστημα και χώρος συλλογής δεδομένων

Τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν στους φοιτητές και στις φοιτήτριες τον Οκτώβριο του 2017, στην ΣΕΥΠ, στα τμήματα νοσηλευτικής και κοινωνικής εργασίας.

### 5.5 Τρόπος συλλογής δεδομένων

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη συμπλήρωση ανώνυμων ερωτηματολογίων.

Το Ερωτηματολόγιο αποτελούνταν από 25 ερωτήσεις, κυρίως κλειστού τύπου και δημιουργήθηκε μετά από μελέτη ελληνικής και ξενόγλωσσης βιβλιογραφίας. Ο χρόνος συμπλήρωσης υπολογίστηκε σε περίπου 15 λεπτά.

Η επιλογή των ερωτηματολογίων ως μέθοδο συλλογής δεδομένων έναντι των άλλων μεθόδων έγινε με βάση τα ακόλουθα πλεονεκτήματά τους:

- i) ήταν λιγότερο δαπανηρά και χρειάζονταν λιγότερο χρόνο και ενέργεια για την διαχείριση τους,
- ii) Έδιναν την δυνατότητα πλήρους ανωνυμίας, που ήταν καθοριστική στη λήψη πληροφοριών για κοινωνικά μη αποδεκτές συμπεριφορές,
- iii) στις απαντήσεις τους δεν υπήρχαν προκαταλήψεις, καθώς ο ερευνητής δεν ήταν παρών ώστε να επηρεαστεί η απάντηση του υποκειμένου.

## 5.6 Πιλοτική μελέτη

Πραγματοποιήθηκε πιλοτική μελέτη σε τέσσερα άτομα, που φοιτούσαν στην ΣΕΥΠ του ΤΕΙ Κρήτης. Σκοπός της πιλοτικής μελέτης ήταν να διαπιστωθεί αν οι ερωτήσεις και οι οδηγίες του ερωτηματολογίου που χρησιμοποιήθηκαν ήταν κατανοητές και μπορούσαν να συμπληρωθούν στον απαιτούμενο χρόνο. Επίσης εάν οι πιθανές απαντήσεις ήταν επαρκείς και τα δεδομένα που συγκεντρώθηκαν ικανοποιούσαν τους σκοπούς της μελέτης και δεν συλλέχθηκαν άσχετα δεδομένα.

## 5.7 Στατιστική ανάλυση

Οι συνεχείς μεταβλητές εκφράστηκαν με τη μορφή της μέσης τιμής και της τυπικής απόκλισης. Οι διακριτές μεταβλητές με τη μορφή συχνότητας και %συχνότητας. Για την εύρεση διαφορών μεταξύ των μέσων τιμών μεταξύ δύο ομάδων (πχ. φύλο) χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος t για ανεξάρτητα δείγματα (independent samples t-test). Η εύρεση συσχετίσεων μεταξύ δύο διακριτών μεταβλητών έγινε με τον έλεγχο  $\chi^2$  του Pearson. Χρησιμοποιήθηκαν ραβδογράμματα (barcharts) και κυκλικά διαγράμματα (piecharts) για την γραφική αναπαράσταση των δεδομένων.

Η καταχώριση των δεδομένων έγινε σε υπολογιστικό φύλο EXCEL, ενώ η στατιστική ανάλυση έγινε στο IBM SPSS Statistics 23.0

## 5.8 Ηθική και δεοντολογία

Για την υλοποίηση της έρευνας αυτής πήραμε την έγκριση από το τμήμα Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Κρήτης. Οι φοιτητές ενημερώθηκαν για την ανωνυμία που θα τηρηθεί με τα ερωτηματολόγια.

Η παρούσα ερευνητική μελέτη ανταποκρίθηκε στις θεμελιώδεις δεοντολογικές αρχές, οι οποίες διέπουν τη διεξαγωγή μιας έρευνας. Συγκεκριμένα τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα και δεν περιείχαν προσωπικά στοιχεία ασθενών ή φυσικών προσώπων από τα οποία θα μπορούσε να αποκαλυφθεί με οποιοδήποτε τρόπο η ταυτότητα των συμμετεχόντων. Οι απαντήσεις ήταν απόλυτα εμπιστευτικές και μόνο τα μέλη της ερευνητικής ομάδας είχαν πρόσβαση σε αυτές. Οι απαντήσεις χρησιμοποιήθηκαν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς και συγκεκριμένα έτυχαν ποσοτικής ή/και ποιοτικής επεξεργασίας συνολικά. Καμία μεμονωμένη πληροφορία σχετικά με οποιοδήποτε νοσοκομείο ή φυσικό πρόσωπο δεν δημοσιεύτηκε, παρά μόνο τα τελικά αποτελέσματα της έρευνας. Η ανωνυμία των συμμετεχόντων και το προσωπικό απόρρητο τηρήθηκαν στο ακέραιο καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας αλλά και μετά το πέρας αυτής.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

### 6 Αποτελέσματα

Στην παρούσα πτυχιακή εργασία συμμετείχαν 141 σπουδαστές της Σχολής Επαγγελματικών Υγείας και ειδικά από τα τμήματα νοσηλευτικής και κοινωνικής εργασίας. Στον **Πίνακα 1** παρουσιάζονται τα περιγραφικά στατιστικά (συχνότητες και %συχνότητες) των συμμετεχόντων σπουδαστών.

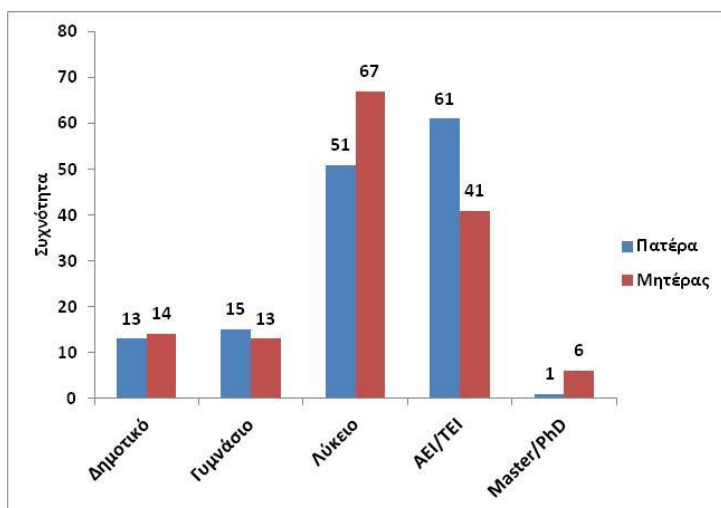
Οι 61 φοιτητές 43,3% του δείγματος ήταν από το τμήμα νοσηλευτικής, ενώ 67 άτομα (47,5%) φοιτούν στο 7<sup>ο</sup> εξάμηνο. Οι γυναίκες αποτελούν την πλειοψηφία 83,7% του δείγματος (118 φοιτητές) όπως στην πλειοψηφία τους 95,7% (135 φοιτητές) είναι άγαμοι/-ες.

Εκατό φοιτητές ζουν μόνοι τους 70,9% και μόλις 5 (3,5%) έχουν σύζυγο και παιδιά.

**Πίνακας 1. Περιγραφικά στατιστικά συμμετεχόντων σπουδαστών**

		n	%
<b>Τμήμα</b>	<b>Νοσηλευτική</b>	61	43,3
	<b>Κοινωνικής Εργασίας</b>	80	56,7
<b>Εξάμηνο</b>	<b>5ο</b>	74	52,5
	<b>7ο</b>	67	47,5
<b>Φύλο</b>	<b>Άνδρας</b>	23	16,3
	<b>Γυναίκα</b>	118	83,7
<b>Καταγωγή</b>	<b>Ελληνική</b>	124	87,9
	<b>Άλλο</b>	17	12,1
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>	<b>Έγγαμος/η</b>	3	2,1
	<b>Άγαμος/Αγαμη</b>	135	95,7
	<b>Διαζευγμένος/η</b>	3	2,1
<b>Ζω με:</b>	<b>Μόνος/η</b>	100	70,9
	<b>Σύζυγος και παιδιά</b>	5	3,5
	<b>Άλλο</b>	36	25,5

Σε ότι αφορά άλλα δημογραφικά χαρακτηριστικά, στο **Διάγραμμα 1** καταγράφεται το μορφωτικό επίπεδο των γονέων των φοιτητών. Η κατανομή του μορφωτικού επιπέδου δείχνει να μην διαφοροποιείται στην εκπαίδευση μέχρι το γυμνάσιο. Στα υπόλοιπα επίπεδα μόρφωσης οι μητέρες υπερέχουν σε αριθμό Master/PhD(n=6)έναντι ενός πατέρα, παρότι στο πτυχίο ΑΕΙ/ΤΕΙ οι πατέρες υπερέχουν (n=61) έναντι 41 μητέρων.



**Διάγραμμα 1. Εκπαιδευτικό Επίπεδο γονέων των συμμετεχόντων φοιτητών**

Οι γυναίκες φοιτήτριες απαντούν ξεχωριστά σε μια σειρά ερωτημάτων που αφορούν τη γυναικολογική τους συμπεριφορά. Συγκεκριμένα αναφέρονται εάν έχει γίνει ποτέ επίσκεψη σε γυναικολόγο, σε ποια ηλικία και εάν έχουν κάνει test-Pap και πόσο συχνά κάνουν test-Pap.

Στον **Πίνακα 2** παρατηρήθηκε ότι 81 από τις 118 γυναίκες (68,6%) έχει επισκεφθεί τουλάχιστον μία φορά τον γυναικολόγο. Το γεγονός της επίσκεψης στον γυναικολόγο δεν παρουσίασε διαφοροποίηση ανάμεσα στις γυναίκες και στα δύο τμήματα της ΣΕΥΠ δηλαδή της κοινωνικής εργασίας 55,6% και της νοσηλευτικής 59,5% ( $p=0,691$ ). Ανάλογη εικόνα παρατηρήθηκε και για το test-Pap. Συνολικά 50 φοιτήτριες 55,9% του δείγματος έχουν κάνει τουλάχιστον μία φορά test-Pap και δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στα ποσοστά μεταξύ των τμημάτων της ΣΕΥΠ ( $p=0,819$ ). Ανάμεσα στις γυναίκες που κάνουν testPap το 90,0% κάνει ετήσιο έλεγχο (σε μία περίπτωση ανά 6μηνο) και οι υπόλοιπες αραιότερα του έτους. Δεν παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην περιοδικότητα του ελέγχου ανάμεσα στα τμήματα ( $p=0,735$ ).

Σχετικά με την ηλικία επίσκεψης η μέση τιμή της ηλικίας ήταν για τις φοιτήτριες νοσηλευτικής  $17,8 \pm 1,9$  έτη και της κοινωνικής εργασίας  $17,9 \pm 2,1$  έτη ( $p=0,904$ ).

**Πίνακας 2. Χαρακτηριστικά επισκέψεων σε γυναικολόγο**

		Τμήμα						P
		Νοσηλευτική		Κοινωνικής Εργασίας		Σύνολο		
		n	%	n	%	n	%	
<b>Επίσκεψη σε</b>	<b>Ναι</b>	36	44,4%	45	55,6%	81	68,6%	0,691
<b>Γυναικολόγο</b>	<b>Όχι</b>	15	40,5%	22	59,5%	37	31,4%	

Test Pap	Όχι	30	44,1%	38	55,9%	68	57,6%	0,819
	Ναι	21	42,0%	29	58,0%	50	42,4%	
Συχνότητα TestPap	Κάθε χρόνο	19	41,3%	27	58,7%	46	90,0%	0,735
	Αραιότερα	2	50,0%	2	50,0%	4	8,0%	
		Μέση Τυπική Τιμή Απόκλιση		Μέση Τυπική Τιμή Απόκλιση		Μέση Τυπική Τιμή Απόκλιση		P
Ηλικία επίσκεψης (έτη)		17,8	1,9	17,9	2,1	17,9	2,0	0,904

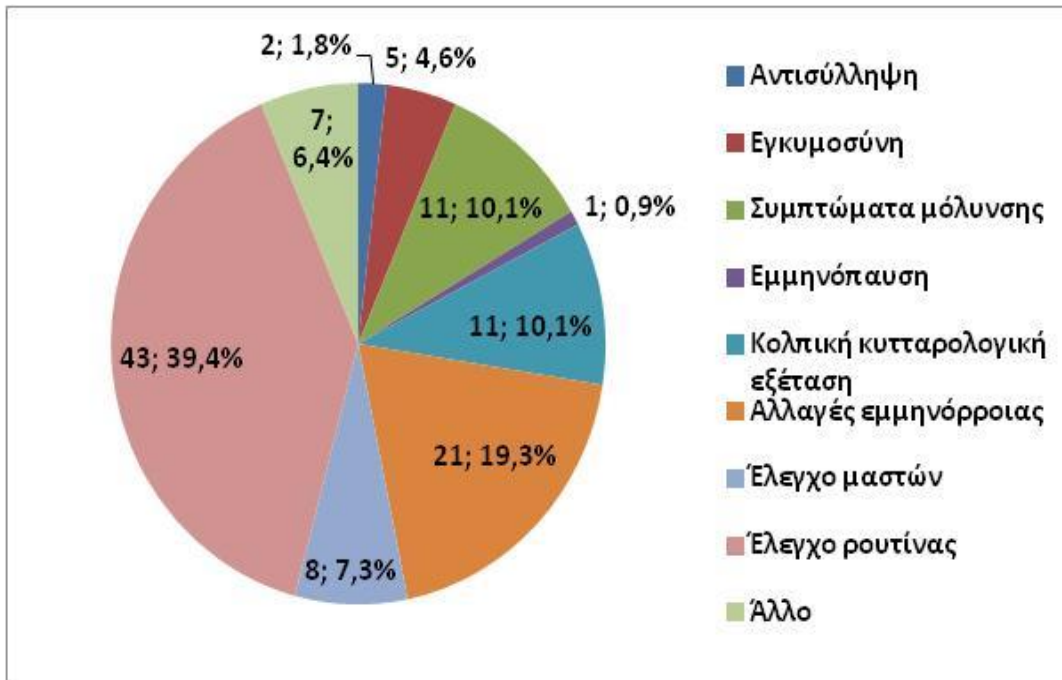
Οι λόγοι επίσκεψης στον γυναικολόγο συνολικά αλλά και ανά τμήμα της ΣΕΥΠ καθώς και τα ποσοστά τους παρουσιάζονται στα Διαγράμματα 2 και 3. Με φθίνουσα σειρά στο σύνολο των σπουδαστριών οι λόγοι επίσκεψης που παρουσιάζονται στο **Διάγραμμα 2** ήταν: έλεγχος ρουτίνας (39,4%), αλλαγές εμμηνόρροιας (19,3%), συμπτώματα μόλυνσης και κολπική κυτταρολογική εξέταση από (10,1%), έλεγχος μαστών (7,3%), άλλος λόγος (6,4%), εγκυμοσύνη (4,6%), αντισύλληψη (1,8%) και εμμηνόπαιυση (0,9%).

Από το **Διάγραμμα 3** παρατηρείται η κατανομή των αιτιών επίσκεψης ανά τμήμα της Σχολής ΣΕΥΠ. Τα ποσοστά που παρουσιάστηκαν ήταν παρόμοια και δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά για κανένα από τους λόγους μεταξύ των τμημάτων ( $p > 0,05$ ). Η πιο συχνή επιλογή ήταν ο έλεγχος ρουτίνας 55,6% για τις φοιτήτριες νοσηλευτικής και 48,9% για τις φοιτήτριες της κοινωνικής εργασίας.

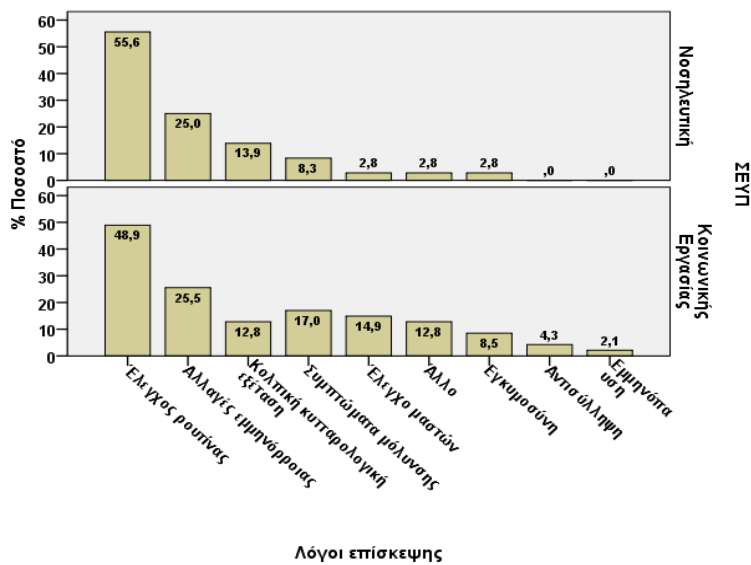
Σε ότι αφορά τους λόγους μη επίσκεψης σε γυναικολόγο η πληροφορία παρουσιάζεται στον **Πίνακα 3** και στο **Διάγραμμα 4**. Από τον **Πίνακα 3** η πιο συχνή απάντηση σχετικά με την μη επίσκεψη σε γυναικολόγο ήταν η αμέλεια 42,2%, ανασφάλεια 15,6%, αίσθημα ντροπής 11,1%, πρόβλημα προσβασιμότητας 6,5% άλλος λόγος 6,5%.

Διαφοροποίηση στους λόγους μη επίσκεψης παρουσιάστηκε μόνο στο αίσθημα ανασφάλειας, με τις φοιτήτριες κοινωνικούς λειτουργούς να παρουσιάζουν ποσοστό 85,7% σε σχέση με τις φοιτήτριες νοσηλεύτριες (39,5%) ( $p = 0,036$ ). (**Διάγραμμα 4**).

Σχετικά με το ζήτημα από ποια πηγή ενημερώθηκαν οι φοιτήτριες για το testPap τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στο **Διάγραμμα 5**. Το μεγαλύτερο ποσοστό παρουσιάστηκε στην επιλογή «Οικογένεια» (73,2%) ( $n = 60$ ) και αμέσως μικρότερο στην επιλογή «Φίλοι» (17,1%) ( $n = 14$ ).



Διάγραμμα 2. Λόγοι επίσκεψης στο γυναικολόγο

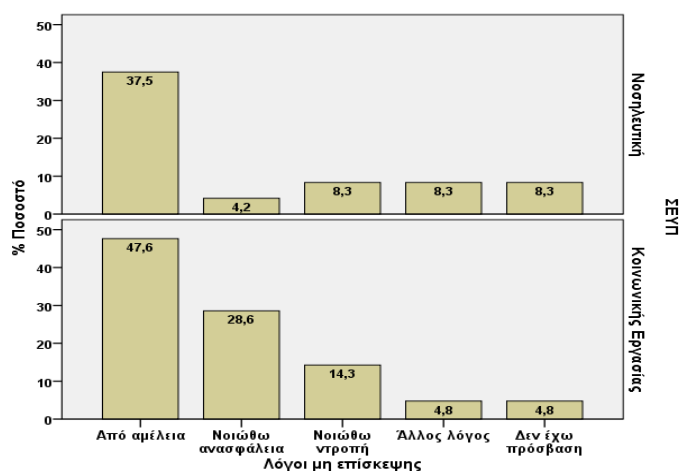


Διάγραμμα 3. Ραβδόγραμμα ποσοτών για τους λόγους επίσκεψης στο γυναικολόγο ανά τμήμα

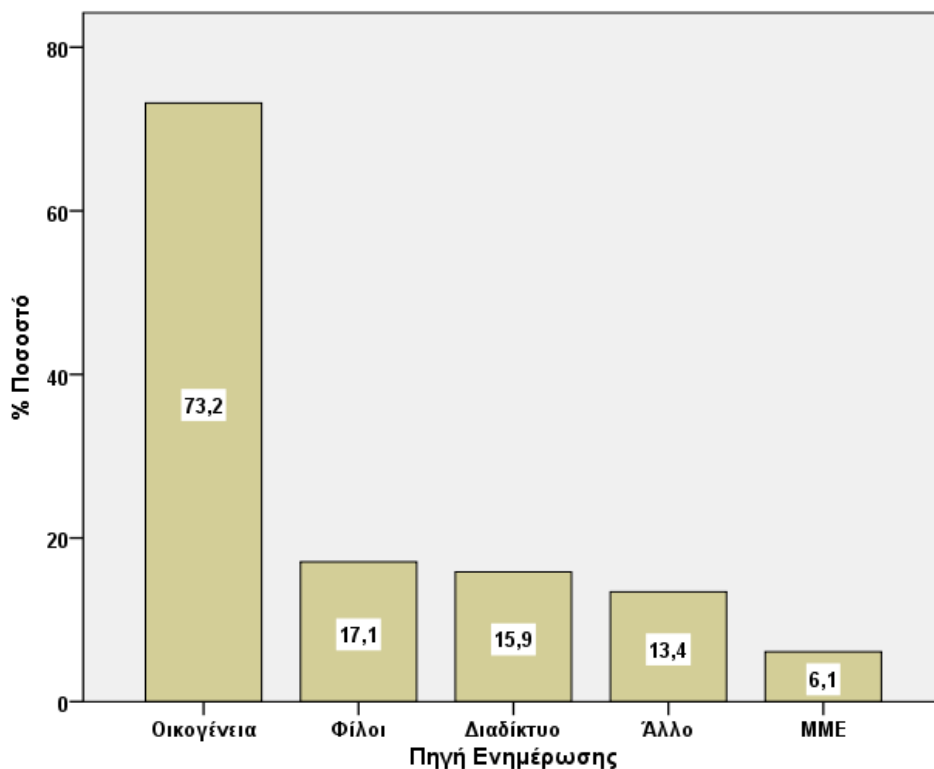
Πίνακας 3. Σύνοψη λόγων μη επίσκεψης στον γυναικολόγο

Λόγος	n	%
Από αμέλεια	19	42,2%
Νιώθω ανασφάλεια	7	15,6%
Νιώθω ντροπή	5	11,1%

Δεν έχω πρόσβαση	3	6,5%
Άλλος λόγος	3	6,5%



Διάγραμμα 4. Ραβδόγραμμα ποσοστών για τους λόγους μη επίσκεψης στο γυναικολόγο ανά σχολή



Διάγραμμα 5. Πηγές ενημέρωσης για το testΡαρτων φοιτητριών της μελέτης

Στην ενότητα που αφορά τις σεξουαλικές συμπεριφορές τα δεδομένα αναλύθηκαν εκτός από το σύνολο και ως προς το φύλο. (Πίνακας 4). Με εξαίρεση 2 φοιτητές που δεν απάντησαν, 114 από το δείγμα της μελέτης (82,0%) δηλώνει ότι είχε μέχρι τώρα



ολοκληρωμένη σεξουαλική επαφή. Το ποσοστό ολοκληρωμένων επαφών δεν διαφοροποιήθηκε μεταξύ ανδρών και γυναικών φοιτητών ( $p=0,979$ ).

Η χρήση προφυλακτικού γενικά είναι απόλυτη για τους άνδρες 18 άτομα (100,0%), ενώ για τις γυναίκες φοιτήτριες είναι στο 88,5% (85 άτομα). Η παρατηρούμενη διαφορά δεν είναι στατιστικά σημαντική. Εάν η εφαρμογή του προφυλακτικού γίνεται σε κάθε επαφή οι απαντήσεις δείχνουν ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στα αποτελέσματα ανά φύλο ( $p=0,017$ ). Οι γυναίκες φοιτήτριες έχουν χαμηλότερο ποσοστό εφαρμογής (41,7%) αρκετά χαμηλότερο από τους άνδρες φοιτητές (72,2%).

Σε ότι αφορά την ηλικία έναρξης σεξουαλικών επαφών παρότι οι άνδρες τις ξεκινούν νωρίτερα  $17,2\pm 1,4$  σε σχέση με τις γυναίκες  $17,8\pm 1,4$  δεν παρουσιάζεται στατιστικά σημαντική διαφορά ( $p=0,087$ ). Άλλη παράμετρος που εξετάστηκε ήταν τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (ΣΜΝ), όπου το ποσοστό ήταν 3,6% στο σύνολο με τους άνδρες να μην έχουν κανένα τέτοιο περιστατικό παρότι δεν παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ( $p=0,321$ ).

**Πίνακας 4. Σεξουαλική συμπεριφορά σπουδαστών της μελέτης.**

		Φύλο						ρ
		Άνδρας		Γυναίκα		Σύνολο		
		n	%	n	%	N	%	
Είχατε μέχρι τώρα ολοκληρωμένη σεξουαλική επαφή;	Ναι	18	81,8%	96	82,1%	114	82,0%	0,979
	Όχι	4	18,2%	21	17,9%	25	18,0%	
Χρησιμοποιείται προφυλακτικό	Ναι	18	100,0%	85	88,5%	103	90,4%	0,131
	Όχι	0	0,0%	11	11,5%	11	9,6%	
Σε κάθε επαφή;	Ναι	13	72,2%	40	41,7%	53	46,5%	0,017
	Όχι	5	27,8%	56	58,3%	61	53,5%	
Νόσηση από ΣΜΝ	Ναι	0	0,0%	5	4,3%	5	3,6%	0,321
	Όχι	22	100,0%	111	95,7%	133	96,4%	
		<b>ΜΤ</b>	<b>ΤΑ</b>	<b>ΜΤ</b>	<b>ΤΑ</b>	<b>Μτ</b>	<b>ΤΑ</b>	<b>ρ</b>
<b>Ηλικία έναρξης σεξουαλικών επαφών</b>		17,2	1,4	17,8	1,4	17,7	1,4	0,087

Σε αυτή την ενότητα παρουσιάζονται οι γνώσεις των φοιτητών της Σχολής αναλυμένη ως προς το σύνολο και ανά Τμήμα της ΣΕΥΠ για το testPap. Στον **Πίνακα 5** παρουσιάζονται οι απαντήσεις των σπουδαστών ανά Τμήμα οι οποίες δεν διαφοροποιούνται στατιστικά σημαντικά για καμία από της μελετώμενες γνώσεις: πρόληψη Καμήτρας ( $p=0,098$ ),

πρόληψη Ca ωοθηκών ( $p=0,936$ ), πρόληψη γυναικολογικού Ca ( $p=0,682$ ), εντοπισμός μολύνσεων ( $p=0,284$ ) και εντοπισμός άλλων ασθενειών ( $p=0,926$ ).

**Πίνακας 5. Γνώσεις φοιτητών ΤΕΙ ανά τμήμα ΣΕΥΠ για την χρήση του testPap**

		Τμήμα						P
		Νοσηλευτική		Κοινωνικής Εργασίας		Σύνολο		
		n	%	n	%	N	%	
Πρόληψη Ca μήτρας	Όχι	28	36,8%	48	63,2%	76	52,5%	0,098
	Ναι	32	50,8%	31	49,2%	63	47,5%	
Πρόληψη Ca ωοθηκών	Όχι	56	43,1%	74	56,9%	130	93,9%	0,936
	Ναι	4	44,4%	5	55,6%	9	6,1%	
Πρόληψη γυναικολογικού	Ca Όχι	37	44,6%	46	55,4%	83	59,7%	0,682
	Ναι	23	41,1%	33	58,9%	56	40,3%	
Εντοπισμός μολύνσεων/φλεγμονών	Όχι	39	40,2%	58	59,8%	97	69,8%	0,284
	Ναι	21	50,0%	21	50,0%	42	31,2%	
Εντοπισμός άλλων ασθενειών	Όχι	49	43,0%	65	57,0%	114	82,0%	0,926
	Ναι	11	44,0%	14	56,0%	25	18,0%	

Στην ενότητα αυτή μελετάται ο HPV καθώς και οι γνώσεις και ο τρόπος προφύλαξης των φοιτητών της ΣΕΥΠ. Οι φοιτητές της νοσηλευτικής δηλώνουν σε μεγαλύτερο ποσοστό (49,2%) ότι γνωρίζουν τι προκαλεί τον HPV σε σχέση με τους σπουδαστές της κοινωνικής εργασίας (31,6%) ( $p=0,035$ ). Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές για το τι προκαλεί τον HPV ανάμεσα στους φοιτητές διαφορετικών εξαμήνων ( $p=0,647$ ) και ανάμεσα στα φύλα ( $p=0,359$ ).

**Πίνακας 6. Γνώσεις φοιτητών ΤΕΙ ανά τμήμα ΣΕΥΠ για την χρήση του testPap**

Τμήμα		Γνωρίζεται τι προκαλεί τον HPV;						P
		Ναι		Όχι		Σύνολο		
		n	%	n	%	n	%	
Νοσηλευτική	Κοινωνική Εργασία	30	49,2%	31	50,8%	61	43,6%	0,035
		25	31,6%	54	68,4%	79	56,4%	
Εξάμηνο	5 <sup>ο</sup>	30	41,1%	43	58,9%	73	52,1%	0,647
	7 <sup>ο</sup>	25	37,3%	42	62,7%	67	47,9%	

<b>Φύλο</b>	<b>Άνδρας</b>	11	47,8%	12	52,2%	23	16,4%	0,359
	<b>Γυναίκα</b>	44	37,6%	73	62,4%	117	83,6%	

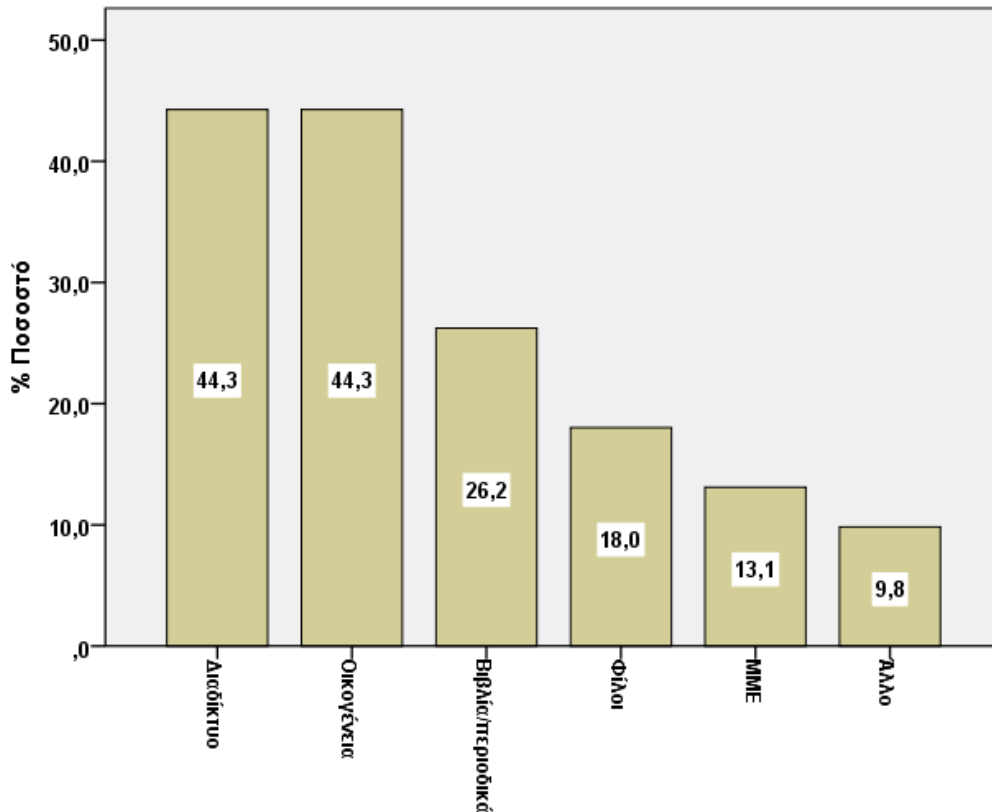
Στη συνέχεια του ερωτηματολογίου οι φοιτητές της ΣΕΥΠ που μετείχαν στην έρευνα ερωτήθηκαν για τρεις παράγοντες που μπορεί να προκαλέσουν HPV και τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον **Πίνακα 7**.

Το σύνολο των απαντήσεων και τα ποσοστά για κάθε ένα αίτιο ήταν: σεξουαλική επαφή (n=134, 97,1%), τριβή γεννητικής περιοχής (n=23, 16,5%), χρήση προσωπικών αντικειμένων (n=21, 15,1%) και άλλο (n=3, 2,2%). Καμία από τις συγκρίσεις δεν παρουσίασε στατιστικά σημαντική διαφορά (p>0,05). Αξιοσημείωτο είναι ότι στις ορθές απαντήσεις για την μετάδοση του ιού μέσω της σεξουαλικής επαφής το ποσοστό των σπουδαστών νοσηλευτικής, οι σπουδαστές του 7<sup>ου</sup> εξαμήνου και οι άνδρες σπουδαστές απαντούν σε ποσοστό 100%.

**Πίνακας 7.Γνώσεις φοιτητών για αίτια που προκαλούν τον HPVκαι παράγοντες επίδρασης.**

		Σεξουαλική επαφή			Τριβή γεννητικής περιοχής		
		Ναι (n=134)			Ναι (n=23)		
		n	%	p	n	%	p
<b>Τμήμα</b>	<b>Νοσηλευτική Κοινωνικής Εργασίας</b>	61	100,0%	0,071	13	21,3%	0,181
		73	94,8%		10	12,8%	
<b>Εξάμηνο</b>	<b>5<sup>ο</sup></b>	69	94,5%	0,055	14	19,2%	0,380
	<b>7<sup>ο</sup></b>	65	100,0%		9	13,6%	
<b>Φύλο</b>	<b>Άνδρας</b>	23	100,0%	0,364	3	13,0%	0,621
	<b>Γυναίκα</b>	111	96,5%		20	17,2%	
		Χρήση προσωπικών αντικειμένων			Άλλο		
		Ναι (n=21)			Ναι (n=3)		
		n	%	p	n	%	p
<b>Σχολή</b>	<b>Νοσηλευτική Κοινωνικής Εργασίας</b>	8	13,1%	0,562	1	1,6%	0,710
		13	16,7%		2	2,6%	
<b>Εξάμηνο</b>	<b>5<sup>ο</sup></b>	9	12,3%	0,336	3	4,1%	0,096
	<b>7<sup>ο</sup></b>	12	18,2%		0	0,0%	
<b>Φύλο</b>	<b>Άνδρας</b>	3	13,0%	0,762	1	4,3%	0,429
	<b>Γυναίκα</b>	18	15,5%		2	1,7%	

Η πηγή ενημέρωσης για τον ιό HPV προέρχεται κατά δήλωση από τις εξής κυρίως πηγές: διαδικτύο (44,3%) όπως και η οικογένεια (44,3%), 26,2% από περιοδικά βιβλία, φίλους 18,0%, ΜΜΕ (13,1%) και άλλο (9,8%)(**Διάγραμμα 6**).



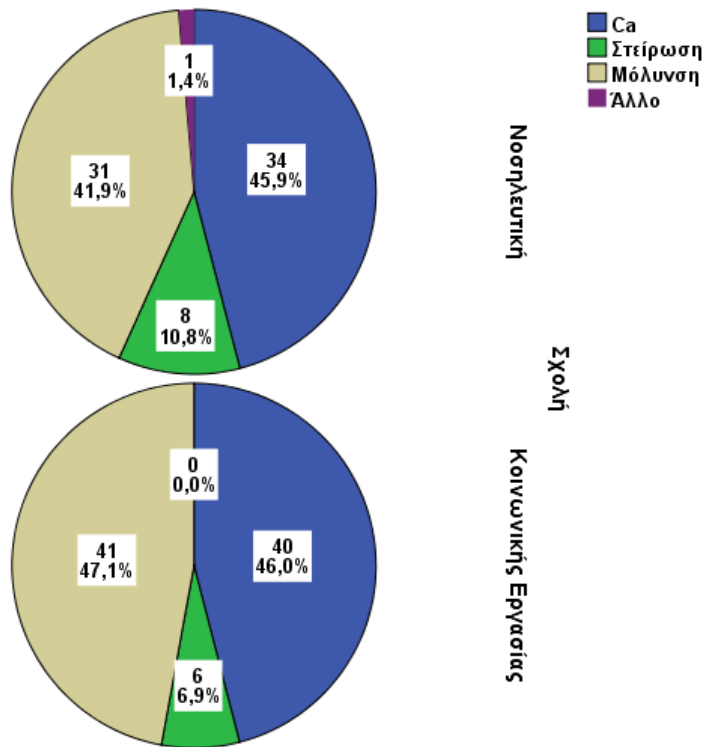
**Διάγραμμα 6. Πηγή ενημέρωσης για τον ιό HPV**

Τα αποτελέσματα που μπορεί να προκαλέσει ο HPV αναλύθηκαν ως προς το φύλο, το εξάμηνο και το τμήμα φοίτησης. Τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται στα **Διαγράμματα 7, 8, 9** έδειξαν ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση από τις μελετώμενες μεταβλητές στο τι πιστεύουν οι φοιτητές ότι προκαλεί ο ιός. Στο **Διάγραμμα 7** καταγράφονται οι απαντήσεις για το τι μπορεί να προκαλέσει ο ιός HPV ανά τμήμα. Τριάντα τέσσερις φοιτητές της νοσηλευτικής (45,9%) και 40 φοιτητές της κοινωνικής εργασίας καταγράφουν ότι μπορεί να προκαλέσει καρκίνο (Ca). Σημαντικό ποσοστό φοιτητών νοσηλευτικής αναφέρει σε ποσοστό 41,9% και φοιτητών της κοινωνικής εργασίας σε ποσοστό 47,1% ότι μπορεί να προκαλέσει μόλυνση. Συνολικά ένα 53,2% δηλώνει ότι προκαλεί Ca, 51,8% μόλυνση, 10,1% στέρωση και 0,7% κάτι άλλο.

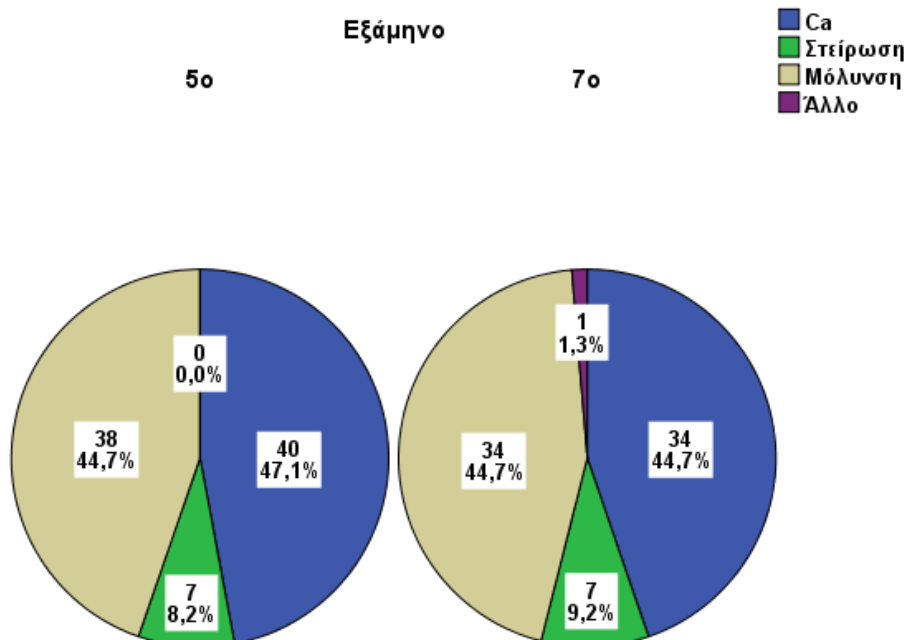
Στο **Διάγραμμα 8** τα ποσοστά που καταγράφονται για το Ca είναι 47,1% και 44,7% για τους σπουδαστές του 5<sup>ου</sup> και 7<sup>ου</sup> εξαμήνου αντίστοιχα. Η μόλυνση δηλώνει στο ίδιο ποσοστό 34,7% και για τα δύο εξάμηνα.

Στο **Διάγραμμα 9** τα ποσοστά του Ca κατά φύλο ήταν στατιστικά σημαντικά με  $p=0,016$  με τις φοιτήτριες να απαντούν σε μεγαλύτερο ποσοστό ορθά (49,3%) σε σχέση με τους

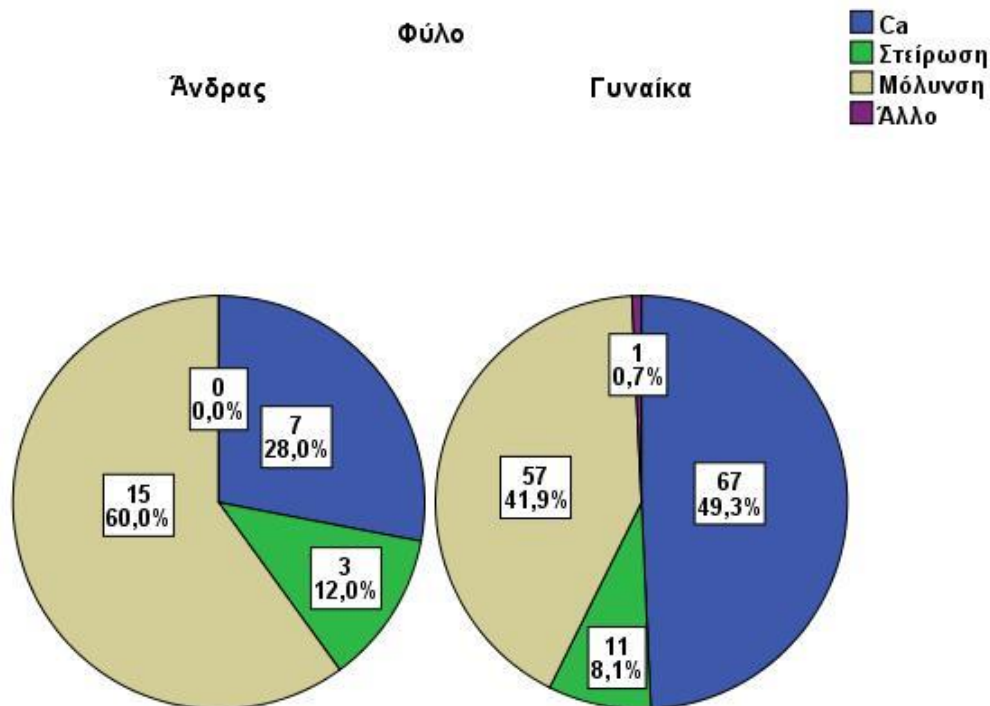
άνδρες φοιτητές (28,0%). Τα ποσοστά της μόλυνσης ως απάντηση ήταν(60,0%) για τις γυναίκες και (41,9%) για τους άνδρες



Διάγραμμα 7. Απαντήσεις φοιτητών για το τι προκαλεί ο ιός HPV. Κατανομή κατά τμήμα



Διάγραμμα 8. Απαντήσεις φοιτητών για το τι προκαλεί ο ιός HPV. Κατανομή κατά εξάμηνο



**Διάγραμμα 9. Απαντήσεις φοιτητών για το τι προκαλεί ο ιόςHPV. Κατανομή κατά φύλο**

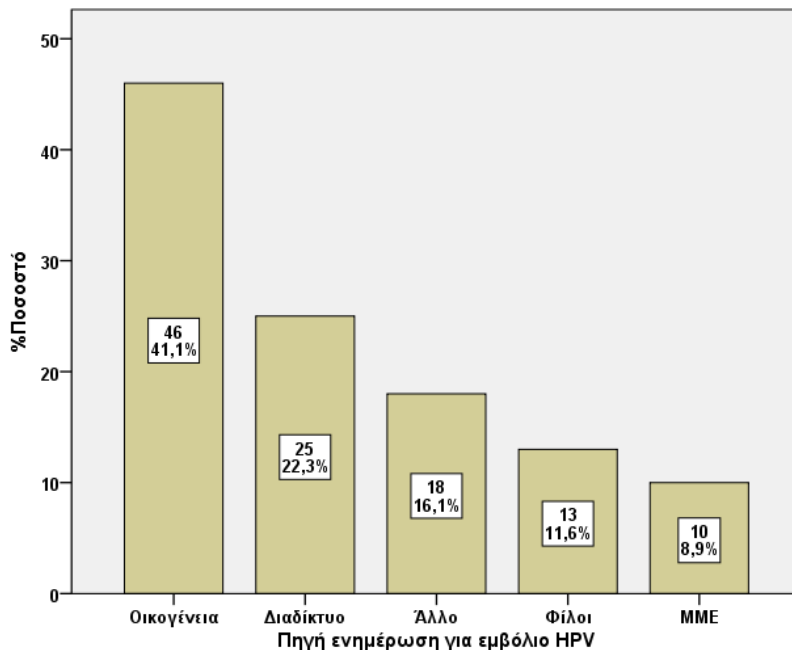
Η γνώση για το εμβόλιο το HPV παρουσιάζεται σε ποσοστό 64,0% (89 φοιτητές). Η γνώση δείχνει να επηρεάζεται από το φύλο (0,014) με τις γυναίκες να δηλώνουν υψηλότερα ποσοστά γνώσης (80 γυναίκες, 68,4%) σε σχέση με τους άνδρες (9 άνδρες, 40,9%). Δεν παρατηρήθηκε επίδραση από το είδος του τμήματος( $p=0,102$ ) όπως και στη φοίτηση μεταξύ του 5<sup>ου</sup> και 7<sup>ου</sup> εξαμήνου ( $p=0,927$ ).

**Πίνακας 8. Ενημέρωση για την ύπαρξη του εμβολίου HPVκαι επίδραση από παράγοντες**

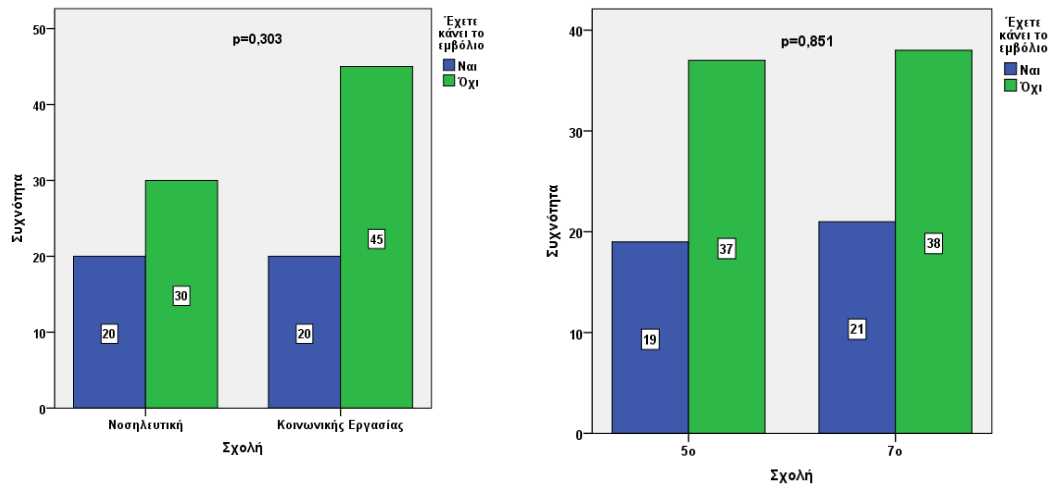
		Υπάρχει εμβόλιο για τον HPV				Σύνολο		p
		Ναι		Όχι				
		n	%	n	%	n	%	
<b>Σχολή</b>	<b>Νοσηλευτική</b>	43	71,7%	17	28,3%	60	43,2%	0,102
	<b>Κοινωνικής Εργασίας</b>	46	58,2%	33	41,8%	79	56,8%	
<b>Φύλο</b>	<b>Άνδρας</b>	9	40,9%	13	59,1%	22		0,014
	<b>Γυναίκα</b>	80	68,4%	37	31,6%	117		
<b>Εξάμηνο</b>	<b>5<sup>ο</sup></b>	47	64,4%	26	35,6%	73	52,5%	0,927

Οι πηγές ενημέρωσης για την ύπαρξη εμβολίου για τον HPV προέρχονται σε φθίνουσα σειρά από την οικογένεια 41,1%, από το διαδίκτυο 22,3%, άλλο 16,1%, φίλους 11,6% και 8,9% από τα ΜΜΕ στο σύνολο των 86 ατόμων που απάντησαν στην ερώτηση. Στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση υπήρξε μεταξύ των τμημάτων νοσηλευτικής (32,6%) έναντι 11.4% της κοινωνικής εργασίας στην επιλογή «άλλο» ( $p=0,017$ ). (**Διάγραμμα 10**).

Στο **Διάγραμμα 11** παρουσιάζονται οι επιδράσεις του τμήματος και του εξαμήνου στο εάν έχει γίνει το εμβόλιο για HPV στις φοιτήτριες της μελέτης. Δεν παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανά τμήμα ΣΕΥΠ ( $p=0,303$ ) και ανά εξάμηνο ( $p=0,851$ ). Το σύνολο των γυναικών που έχει κάνει το εμβόλιο HPV είναι 40 (34,8%) του συνόλου των φοιτητριών.

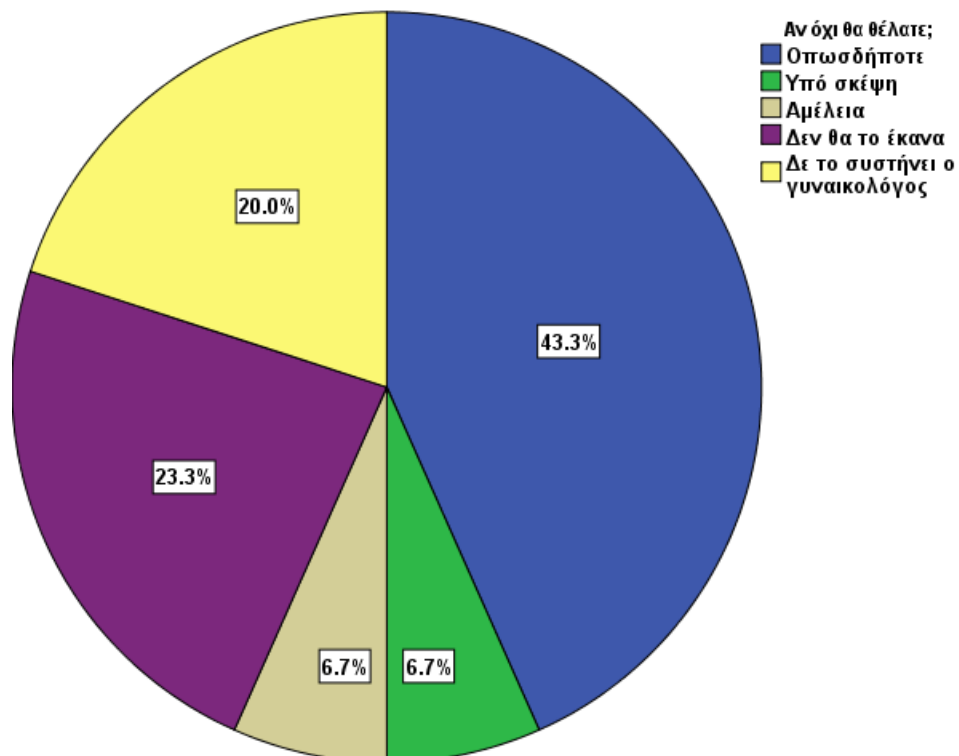


**Διάγραμμα 10.** Πηγές ενημέρωσης για την ύπαρξη του εμβολίου για HPV



**Διάγραμμα 11.** Ραβδόγραμμα για χρήση εμβολίου HPV στις φοιτήτριες της μελέτης ανά φύλο και εξάμηνο.

Στο **Διάγραμμα 12** εξετάζονται οι λόγοι για το εάν επιθυμούν ή όχι να κάνουν το εμβόλιο οι γυναίκες φοιτήτριες. Από τις απαντήσεις που συλλέχθηκαν από 60 φοιτήτριες το 43,3% από αυτές θα το έκανε οπωσδήποτε. Σημαντικό ποσοστό 20,0% δεν το κάνει γιατί δεν το συστήνει ο γυναικολόγος τους, ενώ ένα 23,3% δε θα το έκανε καθόλου.



**Διάγραμμα 12.** Λόγοι που θα επιθυμούσατε για το εμβόλιο HPV (φοιτήτριες)



Από τον Πίνακα 9 προκύπτει ότι παρότι το 74,5% των φοιτητών πιστεύει ότι ο Καμήτρας είναι συχνός (n=105), ένα ποσοστό μόλις 31,7% (n=44) πιστεύει ότι αυτό ο κίνδυνος μειώνεται με τη χρήση προφυλακτικού και ένα 63,6% (n=89) με το εμβόλιο.

**Πίνακας 9. Άποψη για συχνότηταCa μήτρας και μέτρα προφύλαξης από HPV**

	n	%
<b>Πιστεύεται ότι είναι συχνός ο Ca μήτρας</b>	105	74,5
<b>Μείωση Κινδύνου</b>		
<b>Χρήση προφυλακτικού</b>	44	31,7
<b>Ατομική Υγιεινή</b>	48	34,5
<b>Εμβόλιο</b>	89	63,6

Η χρήση των μέσων προφύλαξης μελετήθηκε ως προς τις μεταβλητές φύλο, εξάμηνο, τμήμα τη χρήση προφυλακτικού γενικά και σε κάθε επαφή και τέλος εάν έχει γίνει testPap(**Πίνακας 10**).

Οι στατιστικά σημαντικές διαφορές παρατηρήθηκαν στην αντίληψη ότι το προφυλακτικό προφυλάσσει από τον HPV ανάμεσα στους φοιτητές των 2 τμημάτων της ΣΕΥΠ ( $p=0,010$ ) με ποσοστό υψηλότερο για τους φοιτητές νοσηλευτικής (80.0%) έναντι 59,5% των φοιτητών κοινωνικής εργασίας. Οι φοιτητές παρότι θεωρούν ότι το προφυλακτικό είναι μέσο για την αποφυγή HPV οι φοιτητές που δεν το χρησιμοποιούν συνέχεια έχουν ποσοστό 77,0% συγκριτικά υψηλότερο από αυτούς που το χρησιμοποιούν, ποσοστό 57,7% ( $p=0,048$ ).

Σχετικά με την αντίληψη ότι το εμβόλιο αποτελεί μέσο προφύλαξης οι φοιτητές της νοσηλευτικής το υποστηρίζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό 73,8% σε σχέση με τους φοιτητές της κοινωνικής εργασίας (55,7%) ( $p=0,028$ ). Επίσης υψηλότερο ποσοστό(69,2% έναντι 34,8%) παρουσιάζουν οι φοιτητές νοσηλευτικής από τους φοιτητές κοινωνικής εργασίας αντίστοιχα ( $p=0,002$ ).

**Πίνακας 10. Μέτρα προφύλαξης από τον HPVκαι επίδραση παραγόντων**

		Χρήση προφυλακτικού		Ατομική Υγιεινή		Εμβόλιο	
		(n=95)		(n=48)		(n=89)	
		n	%	n	%	N	%
Τμήμα	<b>Νοσηλευτική</b>	48	80,0%	22	36,7%	45	73,8%
	<b>Κοινωνικής Εργασίας</b>	47	59,5%	26	32,9%	44	55,7%

			68,3%		34,5%		63,6%
	<b>p</b>	<b>0,010</b>		0,645		<b>0,028</b>	
<b>Εξάμηνο</b>	<b>5ο</b>	46	63,9%	25	34,7%	43	58,9%
	<b>7ο</b>	49	73,1%	23	34,3%	46	68,7%
		95	68,3%	48	34,5%	89	63,6%
	<b>p</b>	0,242		0,961		0,231	
<b>Φύλο</b>	<b>Άνδρας</b>	18	78,3%	6	26,1%	8	34,8%
	<b>Γυναίκα</b>	77	66,4%	42	36,2%	81	69,2%
			68,3%		34,5%		63,6%
	<b>p</b>	0,263		0,351		<b>0,002</b>	
<b>Χρησιμοποιείται προφυλακτικό</b>	<b>Ναι</b>	69	67,6%	38	37,3%	69	67,0%
	<b>Όχι</b>	8	72,7%	3	27,3%	6	54,5%
			68,1%		36,3%		65,8%
	<b>p</b>	0,242		0,513		0,408	
<b>Σε κάθε επαφή</b>	<b>Ναι</b>	30	57,7%	16	30,8%	36	67,9%
	<b>Όχι</b>	47	77,0%	25	41,0%	39	63,9%
			68,1%	41	36,3%	75	65,8%
	<b>p</b>	<b>0,048</b>		0,260		0,654	
<b>Έχετε κάνει testPap</b>	<b>Όχι</b>	46	63,9%	26	36,1%	46	63,0%
	<b>Ναι</b>	36	70,6%	18	35,3%	37	72,5%
		82	66,7%	44	35,8%	83	66,9%
	<b>p</b>	0,437		0,926		0,267	

Η επίδραση του μορφωτικού επιπέδου των γονέων ελέγχθηκε σε δυο επιλεγμένες μεταβλητές που σχετίζονται με την προφύλαξη της σεξουαλικής συμπεριφοράς. Η χρήση προφυλακτικού από τους φοιτητές δείχνει να είναι σε υψηλότερο ποσοστό όταν ο πατέρας έχει μορφωτικό επίπεδο Λυκείου (91,4%) ή Ανώτατης Εκπαίδευσης (93,6%) σε σχέση με τους απόφοιτους Δημοτικού (70,0%) παρόλα αυτά η διαφορά τους είναι οριακά πάνω από το επίπεδο του 0,05 ( $p=0,069$ ).

Στατιστική σημαντικότητα ( $p=0,012$ ) παρατηρήθηκε για τα ποσοστά της χρήσης προφυλακτικού μεταξύ των φοιτητριών με μητέρες που αποφοίτησαν από το Γυμνάσιο-Λύκειο (95,5%) και όσων αποφοίτησαν από το Δημοτικό (69,2%)

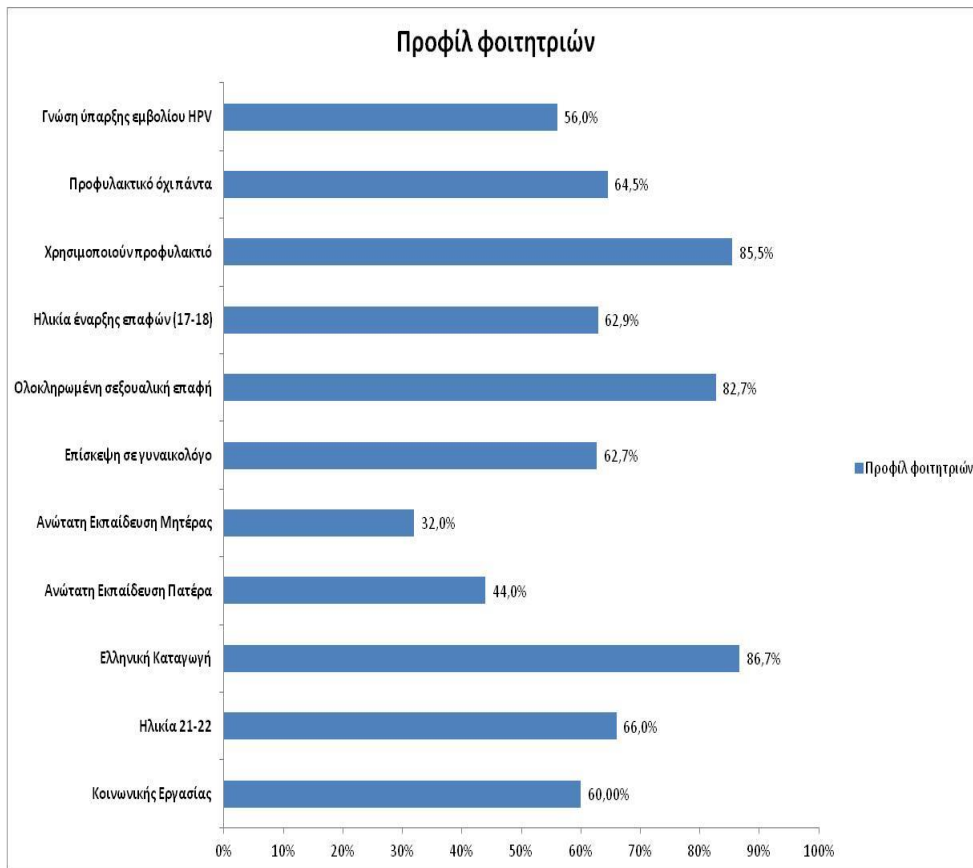
Σχετικά με την επίδραση του μορφωτικού επιπέδου των γονέων και το εάν έχουν κάνει εμβόλιο ή όχι δεν παρατηρήθηκε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά με τιμές  $p=0,916$  για την επίδραση της μόρφωσης του πατέρα και  $p=0,115$  για την μόρφωση της μητέρας.

**Πίνακας 11. Επίδραση του μορφωτικού επιπέδου γονέων στη χρήση προφυλακτικού και τη διενέργεια εμβολίου για HPV**

		Μορφωτικό επίπεδο πατέρα						
		Δημοτικό		Γυμνάσιο- Λύκειο		Ανώτατη Εκπαίδευση		
		n	%	n	%	N	%	p
Χρησιμοποιείται προφυλακτικό	Ναι	7	70,0%	53	91,4%	43	93,5%	0,069
	Όχι	3	30,0%	5	8,6%	3	6,5%	
Έχετε κάνει το εμβόλιο	Ναι	4	40,0%	18	33,3%	18	35,3%	0,916
	Όχι	6	60,0%	36	66,7%	33	64,7%	
		Μορφωτικό επίπεδο μητέρας						
		n	%	n	%	N	%	
Χρησιμοποιείται προφυλακτικό	Ναι	9	69,2%	64	95,5%	30	88,2%	0,012
	Όχι	4	30,8%	3	4,5%	4	11,8%	
Έχετε κάνει το εμβόλιο	Ναι	1	8,3%	26	39,4%	13	35,1%	0,115
	Όχι	11	91,7%	40	60,6%	24	64,9%	

Στο **Διάγραμμα 13** παρουσιάζονται οι συχνότερες απαντήσεις των φοιτητριών που δεν έκαναν το εμβόλιο HPV. Το 60,0% ήταν φοιτήτριες κοινωνικής εργασίας με 66,0% ήταν από 21-22 ετών, ελληνικής καταγωγής (88,7%) και με υψηλά σχετικά ποσοστά άνω του 30,0% στην μόρφωση της μητέρας και του πατέρα.

Το 62,7% των γυναικών έχουν επισκεφθεί γυναικολόγο με πάνω από τις 8 στις να -έχουν ολοκληρωμένη σεξουαλική επαφή με ηλικία έναρξης 17-18 ετών. Υψηλό ποσοστό 85,5% δηλώνουν χρήση προφυλακτικού με μόνο το 35,5% να το χρησιμοποιεί πάντα. Τέλος ένα 44,0% δεν γνώρισε την ύπαρξη εμβολίου για τον HPV.



**Διάγραμμα 13.**

**Χαρακτηριστικά των σπουδαστριών που δεν έκαναν το εμβόλιο HPV.**

## ΕΒΔΟΜΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

### 7.1 Συζήτηση

Η μελέτη διεξήχθη στη Σχολή ΣΕΥΠ και στα Τμήματα Νοσηλευτικής και Κοινωνικής Εργασίας με στόχο τη μελέτη της χρήσης εμβολίου για τον HPV. Ταυτόχρονα συλλέχθηκαν πληροφορίες για τη σεξουαλική ζωή των σπουδαστών, τις επισκέψεις σε γυναικολόγο των σπουδαστριών, τις πηγές ενημέρωσης/πληροφόρησης και τους φόβους τους για τον HPV. Το δείγμα της έρευνας μας ήταν συνολικά από 141 φοιτητές Νοσηλευτικής και Κοινωνικής εργασίας. Το δείγμα είναι αντιπροσωπευτικό μια και η πλειοψηφία του είναι γυναίκες, άγαμες, με παρόμοιο μορφωτικό επίπεδο γονέων. Δεν παρατηρήθηκαν διαφορές ανά σχολή στους λόγους που επισκέπτονται οι φοιτήτριες τον γυναικολόγο, ενώ ο κυριότερος λόγος μη επίσκεψης ήταν η αμέλεια. Η οικογένεια και το διαδίκτυο θεωρούνται από τους φοιτητές οι κυριότερες πηγές πληροφόρησης. Παρόλα αυτά η γνώση ότι ο HPV συνδέεται και προκαλεί Ca φαίνεται σε μικρό σχετικά ποσοστό.

Μια παρόμοια μελέτη που είχε διεξαχθεί στο Πανεπιστήμιο Πατρών με δείγμα φοιτητές και φοιτήτριες επαγγελματιών Υγείας έδειξε ότι οι γυναίκες ήταν πιο ενημερωμένες σε σχέση με τους άντρες για τον ιό HPV, όπως το ίδιο έδειξαν και οι έρευνες των Oz και συν. το 2016 και Yacobi και συν. το 1999. Τα ίδια αποτελέσματα είχαμε και στην δική μας μελέτη. Σε έρευνα της Μαρίας Καραχάλιου το 2008 που το δείγμα της αφορούσε γυναίκες άνω των 20 ετών και μέχρι 70, το 75% των γυναικών είχε κάνει τεστ Παπανικολάου και το 55% γνώριζε την ύπαρξη σχέσης μεταξύ του ιού HPV με τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, επιπρόσθετα και σε έρευνα της Ελευθερίας Χατζηγιάννου όπου το δείγμα της ήταν γυναίκες άνω των 20 ετών, το 93,1% δήλωσαν ότι έχουν κάνει την εξέταση κατά Παπανικολάου, ενώ στη δική μας το ποσοστό των φοιτητριών που έχουν κάνει Τεστ Παπανικολάου είναι μόλις 42% για τις φοιτήτριες νοσηλευτικής και 58% για τις φοιτήτριες κοινωνικής εργασίας γεγονός που είναι πολύ απογοητευτικό κυρίως από φοιτητές επιστημών υγείας.

Στην έρευνα του Oz και των συνεργατών του το 2016 οι περισσότερες γυναίκες είχαν εμβολιαστεί κατά του ιού HPV ενώ στη δική μας έρευνα δεν είχαν εμβολιαστεί, παρόλο που ήταν ενήμερες για την ύπαρξη του εμβολίου. Συγκεκριμένα εμβολιάστηκαν λιγότερα άτομα απ' όσα εμβολιάστηκαν στις μελέτες των Navalrakam, Dany&Hussein το 2016 και του Πανεπιστημίου Πατρών. Σε Έρευνα της Γκεσούλη Ε. και των συνεργατών της που

αφορούσε φοιτήτριες νοσηλευτικής πέμπτου και έκτου εξαμήνου ηλικιών 18 μέχρι 54 ετών τα ευρήματα συμφωνούν με ευρήματα παλαιότερης έρευνας στο γενικό πληθυσμό της Ελλάδας, στα πλαίσια του προγράμματος «Λυσιστράτη». Οι Ελληνίδες αποδέχονται τον HPV – εμβολιασμό για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου σε ποσοστό 86%. Αντίστοιχες έρευνες στις Ηνωμένες Πολιτείες, το Ηνωμένο Βασίλειο και το Μεξικό προσδιορίζουν το ποσοστό προσωπικής αποδοχής του HPV εμβολίου από 74% έως 88% (Zimet et al. 2000 & 2005, Kahn et al. 2003, Slomovitz et al. 2006).

Στην έρευνα μας, όπως και στην έρευνα του Πανεπιστημίου Πατρών και των Navalrakam Dany Husseinτο 2016, ένα μεγάλο ποσοστό ήταν σεξουαλικά ενεργό. Συγκεκριμένα στη δική μας έρευνα το 82% ήταν σεξουαλικά ενεργό, το 85,4% στο Πανεπιστήμιο Πατρών και το 78,1% στην έρευνα των Navalrakam Dany Hussein.

Στην μελέτη του Πανεπιστημίου Πατρών οι φοιτητές απάντησαν ότι ο ιός HPV προκαλεί κονδυλώματα, ενώ στη δική μας μελέτη οι φοιτητές απάντησαν σε μεγάλο ποσοστό ότι προκαλεί μόλυνση γεννητικών οργάνων, καρκίνο τραχήλου της μήτρας και τέλος στειρώση.

Σε έρευνα του Νικόλαου Κωστόπουλου το 2010 με δείγμα γυναίκες 20 έως 55 ετών το 85,6% δεν γνώριζε πως μεταδίδεται ο HPV, ενώ στην δικιά μας έρευνα το 100% των φοιτητών της νοσηλευτικής και το 94,8% των φοιτητών της κοινωνικής εργασίας συμφώνησαν ότι κύριος τρόπος μετάδοσης του είναι η σεξουαλική επαφή.

Στην έρευνα μας το 74,5% πιστεύει πως ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι συχνός, μικρότερο δηλαδή ποσοστό από την έρευνα του Νικόλαου Κωστόπουλου το 2010, όπου είχε ως δείγμα γυναίκες 20 μέχρι 55 ετών που παρουσιάζεται ως συχνός με ποσοστό 88,9%.

Τέλος, η έρευνα μας έρχεται να συμφωνήσει με την έρευνα των Yacobi και συνεργατών του ότι το επίπεδο γνώσεων σχετικά με τον ιό HPV είναι χαμηλό.

## **7.2 Συμπεράσματα**

Η έρευνα διεξάχθηκε στη Σχολή ΣΕΥΠ και στα Τμήματα Νοσηλευτικής και Κοινωνικής Εργασίας με στόχο τη μελέτη της χρήσης εμβολίου για τον HPV. Ταυτόχρονα συλλέχθηκαν πληροφορίες για τη σεξουαλική ζωή των φοιτητών, τις επισκέψεις σε γυναικολόγο των σπουδαστριών, τις πηγές ενημέρωσης/πληροφόρησης και τους φόβους τους για τον HPV. Ως προς την ιατρική παρακολούθηση σημαντικός αλλά όχι ικανός

αριθμός γυναικών επισκέπτεται γυναικολόγο, ενώ μικρότερος αριθμός έχει κάνει test-Pap. Παρόλα αυτά όσες κάνουν αυτό αναφέρουν ότι το κάνουν αρκετά συχνά (ετησίως) δηλαδή μέσα στα προβλεπόμενα χρονικά πλαίσια. Ο κυριότερος λόγος επίσκεψης στον γυναικολόγο είναι επίσκεψη ρουτίνας κάτι που δείχνει ένα καλό επίπεδο πρόληψης στις φοιτήτριες παρότι στις επισκέψεις δεν αναφέρονται θέματα γυναικολογικού ενδιαφέροντος (εγκυμοσύνη, αντισύλληψη κλπ).

Τα ποσοστά ολοκληρωμένων σεξουαλικών επαφών είναι μάλλον αρκετά υψηλά και παρόμοια και για το δύο φύλα ενώ η μέση ηλικία είναι στα όρια των 17 ετών. Οι άνδρες φοιτητές δείχνουν καλύτερη σεξουαλική συμπεριφορά στο θέμα της προφύλαξης (χρήση προφυλακτικού) σε σχέση με τις γυναίκες φοιτήτριες.

Για φοιτητές τμήματος επιστημών υγείας παρατηρείται χαμηλό ποσοστό στη γνώση ότι το test-Pap χρησιμοποιείται για την πρόληψη από τον καρκίνο της μήτρας. Τα ποσοστά δεν διαφοροποιούνται ανά τμήμα. Οι φοιτητές νοσηλευτικής αναφέρουν περισσότερο ότι γνωρίζουν τι προκαλεί τον HPV σε σχέση με τους φοιτητές κοινωνικής εργασίας. Η γνώση ότι η σεξουαλική επαφή μπορεί να προκαλέσει λοίμωξη από HPV είναι απόλυτα για τη νοσηλευτική και αρκετά υψηλά ~95% για την κοινωνική εργασία.

Οι γυναίκες φοιτήτριες είτε λόγω σπουδών είτε λόγω φύλου αναφέρουν περισσότερο τη γνώση για την ύπαρξη εμβολίου. Παρόμοια και σε αυτή την περίπτωση η οικογένεια και το διαδίκτυο είναι οι κύριες πηγές πληροφόρησης. Η χρήση του εμβολίου αν και χαμηλή δεν διαφοροποιήθηκε ανάμεσα στα μελετώμενα τμήματα. Ανάμεσα στους φοιτητές επικρατεί η λανθασμένη αντίληψη ότι το εμβόλιο είναι ο αποτελεσματικότερος τρόπος προφύλαξης, με μειωμένο το ποσοστό της χρήσης προφυλακτικού ως μέσο HPVπροφύλαξης. Πιθανώς λόγω σπουδών οι φοιτητές νοσηλευτικής δηλώνουν ισχυρότερα τη χρήση προφυλακτικού ως μέσο αποφυγής του HPV. Η αντίληψη αυτή ισχύει και για τους φοιτητές/τριες που δεν κάνουν συστηματική χρήση σε κάθε σεξουαλική επαφή. Η αντίληψη ότι το εμβόλιο προφυλάσσει υποστηρίζεται και από τους φοιτητές νοσηλευτικής αλλά και από τις γυναίκες.

### 7.3 Προτάσεις

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι ένα σοβαρό πρόβλημα που καλούνται να αντιμετωπίσουν οι γυναίκες σήμερα καθώς είναι ένας από τους πιο συχνούς καρκίνους

στην Ευρώπη αλλά και παγκοσμίως. Θα πρέπει οι νέοι να ενημερώνονται σχετικά με τρόπους πρόληψης ώστε να μειωθεί η εξάπλωση της νόσου.

Τα παιδιά πρέπει να ενημερώνονται από μικρή ηλικία για το τι είναι ο καρκίνος της μήτρας και πως μπορεί να προστατευτούν απ' αυτόν. Τα κορίτσια αλλά και τα αγόρια είναι σημαντικό να εμβολιάζονται με το εμβόλιο κατά του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων σε νεαρή ηλικία και συγκεκριμένα πριν ακόμα να έχουν ξεκινήσει τις σεξουαλικές τους επαφές. Επιπρόσθετα θα πρέπει να γίνει ενημέρωση και στους έφηβους ότι ακόμα και με τη χρήση προφυλακτικού στις σεξουαλικές τους επαφές ο κίνδυνος μπορεί να μειώνεται αλλά δεν εξαλείφεται.

Τα κορίτσια, ακόμα και σε περίπτωση που ήδη έχουν κολλήσει κάποιο σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα θα πρέπει να επισκεφθούν άμεσα τον γυναικολόγο τους ώστε να τους χορηγηθεί άμεσα η κατάλληλη θεραπεία για το πρόβλημά τους καθώς η επίμονη μόλυνση από τύπους HPV μπορεί να προκαλέσει με μερικά χρόνια τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Ακόμα, θα πρέπει να γνωρίζουν ότι μετά την έναρξη της σεξουαλικής τους ζωής είναι σημαντικό να πραγματοποιούν το τεστ Παπανικολάου, που σκοπό έχει να εντοπίζονται οι προκαρκινικές αλλοιώσεις άμεσα, έτσι ώστε να προληφθούν σοβαρότερα προβλήματα.

Οι φοιτητές και οι φοιτήτριες των σχολών Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας πρέπει να είναι κατάλληλα ενημερωμένοι σχετικά με την νόσο, την πρόληψη και την θεραπεία ώστε αργότερα να είναι σε θέση να δώσουν καλύτερες κατευθυντήριες οδηγίες στους ασθενείς. Σημαντικό είναι να διοργανώνονται ημερίδες και συνέδρια που να αφορούν τους επαγγελματίες υγείας ώστε να ενημερώνονται σχετικά με τα τελευταία δεδομένα σε σχετικά με την πρόληψη και καινούριες θεραπείες για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Η εκπαίδευση νεαρών ατόμων είναι πολύ σημαντική γιατί είναι το μέλλον της κοινωνίας μας και η εκπαίδευση τους θα μειώσει αρκετά τα περιστατικά εμφάνισης αυτής της νόσου.

Το κράτος μπορεί επίσης να παίξει ένα καταλυτικό ρόλο στην πρόληψη μέσω της δωρεάν χορήγησης του εμβολίου σε όσες ηλικιακές ομάδες το χρειάζονται και της δωρεάν εξέτασης για τεστ Παπανικολάου.



## Βιβλιογραφία

1. Αντσακλής Α. Μαιευτική και Γυναικολογία. Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου, 2008.
2. Γκεσούλη- Βολτυράλη, Ε., Καναβού, Β., Υφαντής, Α., Ντέλη, Π., Αναστασιάσης, Α., Κουτρούμπα, Π., Νούλα, Μ., 2010. Διερεύνηση των γνώσεων και των πράξεων σχετικά με το τεστ Παπανικολάου, σε γυναίκες επαγγελματίες υγείας. Το βήμα του Ασκληπιού, 9(1), 100- 114.
3. Γκεσούλη- Βολτυράλη, Ε., Τσετσέκου, Ε., Μαρνέρας, Χ., Κράπης, Κ., Υφαντής, Α., Νούλα., 2010. Η αποδοχή του εμβολιασμού έναντι του ιού HPV σε γυναίκες της ελληνικής επαρχίας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 27(3), 522- 528.
4. Ελληνική Εταιρία Παθολογίας Τραχήλου & Κολποσκόπησης, χ.χ. Περί HPV Εμβολιασμού. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.hsccp.gr/guidelines/HPV%20vaccine%20Guideline.pdf>, προσπελάστηκε: 1/09/2017
5. Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογική Εταιρία (ΕΜΓΕ), 2014. Κατευθυντήριες Οδηγίες και Συναινέσεις Ασθενών στη Μαιευτική και Γυναικολογία. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: [http://www.hsog-test.com/files/prolripsi\\_karkinou\\_mitras.pdf](http://www.hsog-test.com/files/prolripsi_karkinou_mitras.pdf), προσπελάστηκε: 10/09/2017
6. Ιατράκης, Μ.Γ., (2004), Βιβλίο Μαιευτικής, Φυσιολογία και Παθολογία Μητέρας-Εμβρύου. Αθήνα. εκδόσεις ΔΕΣΜΟΣ
7. Καλογερόπουλος, Α., (1996). Γυναικολογία. 1η έκδοση. Θεσσαλονίκη. Εκδόσεις: Επιστημονικών βιβλίων και περιοδικών.
8. Καπράνος Ν., Ροντογιάννη., 2007. Τεχνικές μοριακής ιστοπαθολογίας στην Ογκολογία. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.onco.gr/documents/KapranosRontogianni.pdf>, προσπελάστηκε: 14/06/2017
9. Κρεατσάς Κ. Γ. (2009). Σύγχρονη Γυναικολογία & Μαιευτική. Τόμος Ι. 2η έκδοση. Αθήνα. Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.
10. Κρεατσάς, Κ.Γ., (1998). Σύγχρονη γυναικολογία και μαιευτική. Αθήνα. Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.
11. Μαιευτήριο Γαία, 2013. Καρκίνος τραχήλου μήτρας. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.gaiamaternity.gr/MD/sites/default/files/pdf/Protocols/karkinos%20traxilou%20mitras.pdf>, προσπελάστηκε: 10/08/2017
12. Παυλίδου, Ε., Ζαφράκας, Μ., Αγοραστός, Θ., 2008. Η πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας στην εποχή μετά τον HPV- εμβολιασμό. Ελληνική Μαιευτική & Γυναικολογία, 20(3), 250- 254.
13. Χανιά, Μ., 2011. Ο ρόλος της αγωγής υγείας για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, 3(4), 149- 157.

14. Χαραμή, Ε., Τσιρώνη, Μ., Πρεζεράκος, Π., Αγοραστός, Θ., Ζυγά, Σ., 2013. Διερεύνηση γνώσεων σχετικά με την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 31(3), 342- 351.
15. Χασάν, Αλ., (2007). *Οικογενειακός Προγραμματισμός*. 1η έκδοση. Αθήνα. Ιατρικές εκδόσεις Γιάννης Παρισιάνος,
16. Χατζημπούγιας, Ι., (2009). *Στοιχεία Ανατομικής του ανθρώπου*. 5η έκδοση. Αθήνα. Εκδόσεις: GM Design.
17. Υπουργείο Υγείας και εθνικής Αλληλεγγύης, 2011-2015. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για το καρκίνο 2011-2015. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.keelpno.gr/Portals/0/%CE%91%CF%81%CF%87%CE%B5%CE%AF%CE%B1/%CE%95%CE%91%CE%9D%20%CE%BA%CE%B1%CE%B9%20%CE%A3%CF%80%CE%AC%CE%BD%CE%B9%CE%B1%20%CE%9D%CE%BF%CF%83%CE%AE%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B1/SxedioDrasis24selido.pdf>, προσπελάστηκε: 10/04/2017
18. Drake LR. et al, (2007), *Greys Anatomy*. Αθήνα. Εκδόσεις: Π.Χ. Πασχαλίδης.
19. Lemon, Pr., Burke, K., 2006. *Παθολογική - Χειρουργική Νοσηλευτική*. 3η έκδοση. 2ος τόμος. Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις: Λαγός Δημήτριος,.
20. Osborn, S.K., Wraa, E.Ch., Watson, B.A., 2013. *Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική*. 2ος τόμος. Κύπρος, Εκδόσεις: Π.Χ. Πασχαλίδης.
21. Vander, Ar. etal, (2011). *Φυσιολογία του Ανθρώπου*. Τόμος ΙΙ. 8η έκδοση. Αθήνα. Εκδόσεις: Π.Χ. Πασχαλίδης.
22. Verjat, M., Cerrato, E., Jacobs, M., Leissner, P., Mougin, B., 2004. Multiparametric duplex real-time nuclein acid sequence-based amplification assay for mRNA profiling. *BioTechniques*, 37, 479-481.
23. World Helth Organization. 2006. *Comprehensive Cervical Cancer Control*. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: [www.afro.who.int/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=2314](http://www.afro.who.int/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=2314) προσπελάστηκε: 07/09/2017
24. Wright, JR., Cox, JT., Massad, LS., Twiggs, LB., Wilkinson, EL., 2002. 2001 Consensus Guidelines for the Management of Women With Cervical Cytological Abnormalities. *JAMA*, 287(16), 2120-2129.
25. Harper DM, Paavonen J. Age for HPV vaccination. *Vaccine* 2008, 26(Suppl 1):A7–A11.
26. American cancer society. *Cancer facts and figures 2010*. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:<http://www.cancer.org/acs/groups/content/@epidemiologysurveilance/documents/document/acspc-026238.pdf>. Προσπελάστηκε 3/12/2017.
27. Ries LAG, MP Eisner CL, Kosary BF, Hankey BA, Miller L, Glegg BKB K. SEER cancer statistics review 1973–1998. National Cancer Institute, Bethesda, 2001.
28. Schiffman M, Castle PE, Jeronimo J, Rodriguez AC, Wacholder S. Human papillomavirus and cervical cancer. *Lancet* 2007, 370:890–907.

29. Daley E, Perrin K, Vamos C, Hernandez N, Anstey E, Baker E, Ebbert J. Confusion about pap smears: Lack of knowledge among high-risk women. *Journal of Women's Health* 2013, 22(1), 67-74.
30. Denny L. Cervical cancer prevention: New opportunities for primary and secondary prevention in the 21st century. *Int J Gynaecol Obstet* 2012, 119(Suppl 1):S80–S84.
31. Committee on infectious diseases. HPV vaccine recommendations. *Pediatrics* 2012, 129:602–605.
32. Lehtinen M, Paavonen J, Wheeler CM, Jaisamrarn U, Garland SM, Castellsaquex et al. Overall efficacy of HPV-16/18 A S04-adjuvanted vaccine against grade 3 or greater cervical intraepithelial neoplasia: 4-year end-of-study analysis of the randomised, double-blind PATRICIA trial. *Lancet Oncol* 2012, 13:89–99.
33. Malagon T, Drolet M, Boily MC, Franco EL, Jit M, Brisson. Cross-protective efficacy of two human papillomavirus vaccines: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis* 2012, 12:781–789.
34. Aggarwal, P., 2014. Cervical cancer: Can it be prevented?. *World Journal of Clinical Oncology*, 10(4), 775-780.
35. Apgar, B.S., Zoschnick, L., Wright, JR., 2003. The 2001 Bethesda System Terminology. *American Family Physician*, 16;68(10), 1992-1999.
36. Becton Dickinson Company, 2000. Introduction to Flow Cytometry: A Learning Guide. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.d.umn.edu/~biomed/flowcytometry/introflowcytometry.pdf>, last accessed: 14/10/2017
37. Bergeron, C., Ronco, G., Reuschenbach, M., Wentzensen, N., Arbyn, M., Stoler, M., 2015. The clinical impact of using p16(INK4a) immunocytochemistry in cervical histopathology and cytology: An update of recent developments. *International journal of Cancer*, 136(12), 2741-2751.
38. Bray, F., Loos, H.A., McCarron, P., Weiderpass, E., Arbyn, M., Møller, H., Hakama, M., Parkin, M., 2005. Trends in Cervical Squamous Cell Carcinoma Incidence in 13 European Countries: Changing Risk and the Effects of Screening. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prevention*, 14(3), 677- 686.
39. Brotherton, J.M., Fridman, M., May, C.L., Chappell, G., Saville, A.M., Gertig, D.M., 2011. Early effect of the HPV vaccination programme on cervical abnormalities in Victoria, Australia: an ecological study. *Lancet*, 377(9783), 2085- 2092.
40. Cervical Cancer, Cervical Adenocarcinoma. 2011. College of American Pathologists, Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.cap.org/apps/docs/reference/myBiopsy/cervicaladenocarcinoma.pdf> προσπελάστηκε: 09/09/2017
41. Cervical Cancer, Cervical Squamous Cell Carcinoma. 2011. College of American Pathologists, Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

- <http://www.cap.org/apps/docs/reference/myBiopsy/cervicalsquamous.pdf>,  
προσπελάστηκε 08/09/17
42. Comprehensive Cervical Cancer Control. 2006. World Health Organization (WHO)
  43. Cuschieri, K., Wentzensen, N., 2008. Human Papillomavirus mRNA and p16 Detection as Biomarkers for the Improved Diagnosis of Cervical Neoplasia. *CancerEpidemiolBiomarkers*, 17, 2536
  44. Dunne, F.E., Park, U.I., 2013. HPV and HPV- associated diseases. *InfectDiseaseClinics North America*, 27(4), 765- 778.
  45. Dunne, E.F., Unger, E.R., Sternberg, M., McQuillan, G., Swan, D.C., Patel, S.S., Markowitz, L.E., 2007. Prevalence of HPV infection among females in the United States. *JAMA*, 297(8), 813-819.
  46. European Cervical Cancer Association (ECCA), 2014. The 8th European Cervical Cancer Prevention Week. online from: [http://www.ecca.info/fileadmin/user\\_upload/ccpw2014/CCPW\\_2014\\_Campaign\\_Summary\\_EN.pdf](http://www.ecca.info/fileadmin/user_upload/ccpw2014/CCPW_2014_Campaign_Summary_EN.pdf), last accessed: 10/04/2015
  47. Freddie, B., Anja, H. L., McCarron, P., Weiderpass, E., Arbyn, M., Møller, H., Hakama, M., Parkin, M., (2005). Trends in Cervical Squamous Cell Carcinoma Incidence in 13 European Countries: Changing Risk and the Effects of Screening. *CancerEpidemiolBiomarkers*, 14 (3), 677-686.
  48. Grce, M., 2009. Primary and secondary prevention of cervical cancer. *Expertreviewmoleculardiagnosics*, 9(8), 851- 857.
  49. International Federation of Gynecology & Obstetrics (FIGO), 2009. Global Guidance for Cervical Prevention and Control. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: [http://screening.iarc.fr/doc/FIGO-Global-Guidance-for-Cervical-Cancer-Prevention-and-Control\\_1.pdf](http://screening.iarc.fr/doc/FIGO-Global-Guidance-for-Cervical-Cancer-Prevention-and-Control_1.pdf), προσπελάστηκε: 10/09/2017
  50. Lynette, D., 2012. Cervical cancer prevention: New opportunities for primary and secondary prevention in the 21st century. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 119, S80- S84.
  51. Malloy, C., Sherris, J., Herdmanm, C., 2000. HPV DNA Testing: Technical and Programmatic Issues for Cervical Cancer Prevention in Low- Resource Settings, online from: <http://screening.iarc.fr/doc/HPV-DNA-Testing-Issues.pdf>, last accessed: 14/04/2015
  52. Munkhdelger, J., Kim, G., Wang, HY., Lee, D., Kim, S., Choi, Y., Choi, E., Park, S., Jin, H., Park, KH., Lee, H., 2014. Performance of HPV E6/E7 mRNA RT-qPCR for screening and diagnosis of cervical cancer with ThinPrep Pap test samples. *Experimental and Molecular Pathology*, 97(2), 279-284.
  53. Newson, L., 2014. Human Papillomavirus (HPV) Immunisation. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.patient.co.uk/pdf/9155.pdf> , προσπελάστηκε: 10/04/2017
  54. Solomon, D., Davey, D., Kurman. R., Moriarty, A., O'Connor, D., Prey, M., Raad, S., Sherman, M., Wilbur, D., Wright, T.Jr., Young, N., 2002. The 2001 Bethesda

- System: Terminology for Reporting Results of Cervical Cytology. JAMA, 287(16), 2114-2119.
55. Topan, A., Ozturk, O., Eroglu, H., Bahadir, O., Harma, M., Harma, MI., 2015. Knowledge level of working and student nurses on cervical cancer and human papilloma virus vaccines. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 16(6), 2515-2519.
56. U.S. Food and Drug Administration (FDA), 2006. Patient information Cervarix. online  
from:<http://www.fda.gov/downloads/BiologicsBloodVaccines/Vaccines/ApprovedProducts/UCM186981.pdf>, last accessed: 11/04/2015
57. U.S. Food and Drug Administration (FDA), 2009 Patient information about Gardasil. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:  
<http://www.fda.gov/downloads/BiologicsBloodVaccines/Vaccines/ApprovedProducts/UCM111266.pdf>, προσπελάστηκε: 11/11/2017
58. U.S. Food and Drug Administration (FDA), 2014. FDA approves Gardasil 9 for prevention of certain cancers caused by five additional types of HPV. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα :  
<http://www.fda.gov/newsevents/newsroom/pressannouncements/ucm426485.htm>, προσπελάστηκε: 20/05/2017

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

### Δημογραφικά στοιχεία:

#### 1. Σχολή:

α) Νοσηλευτικής  Εξάμηνο:..... β) Κοινωνικής εργασίας  Εξάμηνο:.....

2. Φύλο: α) Άνδρας  β) Γυναίκα

3. Ηλικία: .....

#### 4. Καταγωγή:

α) Ελληνική  δ) Άλλη

#### 5. Οικογενειακή κατάσταση:

α) Έγγαμη  β) Άγαμη  γ) Χήρα  δ) Διαζευγμένη

#### 6. Ζω με:

α) Μόνος/η μου  β) Σύζυγο  γ) Σύζυγο  και  
παιδιά  δ) Άλλο:.....

#### 7. Μορφωτικό επίπεδο πατέρα:

α) Δημοτικό  β) Γυμνάσιο  γ) Λύκειο   
δ) Πανεπιστήμιο – Τ.Ε.Ι  ε) Μεταπτυχιακό  στ) Διδακτορικό   
ζ) Άλλο: .....

#### 8. Μορφωτικό επίπεδο μητέρας:

α) Δημοτικό  β) Γυμνάσιο  γ) Λύκειο   
δ) Πανεπιστήμιο – Τ.Ε.Ι  ε) Μεταπτυχιακό  στ) Διδακτορικό   
ζ) Άλλο: .....

#### 9. Έχετε επισκεφτεί ποτέ γυναικολόγο;

α) Ναι  β) Όχι

α1. Αν ναι σε ποια ηλικία: .....

α2. Αν ναι για ποιο λόγο:

Α) Αντισύλληψη  β) Εγκυμοσύνη  γ) Αλλαγές της εμμηνόρροιας (περιόδου)  δ) Μόλυνση/συμπτώματα στη γεννητική περιοχή   
ε) Εμμηνόπαυση  στ) Κολπική κυτταρολογική εξέταση  ζ) Έλεγχο μαστών  η) Έλεγχο ρουτίνας   
θ) Άλλο: .....

Β1. Αν όχι, για ποιο λόγο;

α) Δεν έχω πρόσβαση  β) Έχω πιο σημαντικά προβλήματα  γ) Φοβάμαι το αποτέλεσμα  δ) Δεν έχω χρόνο

ε) Νιώθω ανασφάλεια  στ) Ντρέπομαι  ζ) Από αμέλεια  η) Δεν ενημερώθηκα

θ) Άλλο:.....

**10. Είχατε μέχρι τώρα ολοκληρωμένη σεξουαλική επαφή;**

α) Ναι . Αν ΝΑΙ, σε ποια ηλικία ξεκινήσατε; ..... β) Όχι . Αν ΟΧΙ, προχωρήστε στην ερώτηση 16

**11. Χρησιμοποιείτε προφυλακτικό;**

α) Ναι  β) Όχι

**11α. Αν ναι, σε κάθε σεξουαλική επαφή;**

α) Ναι  β) Όχι

**12. Έχετε κάνει ποτέ το τεστ Παπανικολάου (τεστ ΠΑΠ);**

α) Όχι  β) Ναι  Αν απαντήσετε ΝΑΙ κάθε πότε το επαναλαμβάνετε;

β1) >6 μήνες  β2) 1 χρόνο  β3) 2 χρόνια  δ) Πάνω από 3 χρόνια

**13. Ποιος σας ενημέρωσε για το τεστ ΠΑΠ;**

α) Οικογένεια β) Φίλοι γ) Διαδίκτυο δ) ΜΜΕ ε) Άλλο:.....

**14. Είχατε μέχρι σήμερα έχετε νοσήσει από σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα;**

α) Ναι  β) Όχι

**Αν ναι από ποιά;**

α) Χλαμύδια  β) Γεννητικό Έρπη  γ) Βλεννόρροια ή Γονόρροια  δ) Άλλο:.....

**15. Για ποιους λόγους πιστεύετε ότι χρειάζεται το τεστ ΠΑΠ;**

α) Πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας  β) Πρόληψη του καρκίνου των ωοθηκών  γ) Πρόληψη όλων των γυναικολογικών καρκίνων

δ) Εντοπισμός μολύνσεων/γεννητικών φλεγμονών  ε) Εντοπισμός άλλων ασθενειών  στ) Δε γνωρίζω

ζ) Άλλο:.....

**16. Γνωρίζετε τι προκαλεί ο ιός ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV);**

α) Ναι  β) Όχι

**17. Αν ναι, με ποιο/οιούς κυρίως ενημερωθήκατε;**

α) Οικογένεια  β) Φίλοι  γ) Διαδίκτυο   
δ) ΜΜΕ  ε) Βιβλία-περιοδικά  Στ) Άλλο: .....

**18. Με τους ποιους τρόπους πιστεύετε ότι μπορείτε να προσβληθείτε από τον HPV;**

α) Σεξουαλική επαφή  β) Τριβή της γεννητικής περιοχής με μολυσμένα αντικείμενα ή δάχτυλα   
γ) Κοινή χρήση προσωπικών αντικειμένων/υγιεινής  δ) Άλλο: .....

**19. Τι προκαλεί κατά τη γνώμη σας μια μόλυνση με τον HPV;**

α) Καρκίνο  β) Στείρωση  γ) Μόλυνση Γεννητικών οργάνων  δ) Άλλο: .....

**20. Γνωρίζετε ότι υπάρχει εμβόλιο κατά του HPV;**

α) Ναι  β) Όχι

**21. Αν ναι, από πού έχετε ενημερωθεί για το εμβόλιο έναντι του HPV;**

α) Οικογένεια  β) Φίλοι  γ) Διαδίκτυο  δ) ΜΜΕ  ε) Άλλο: .....

**22. Έχετε κάνει το εμβόλιο;**

α) Ναι  β) Όχι

**23. Αν όχι, για ποιους λόγους;**

α) Αμέλεια  β) Δεν το συστήνει ο γυναικολόγος μου  γ) Φοβάμαι τα εμβόλια  δ) Θα ρωτήσω τον γυναικολόγο μου   
ε) Άλλο: .....

**24. Πιστεύετε ότι είναι συχνός ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας;**

α) Ναι  β) Όχι

**25. Πως πιστεύετε ότι μπορεί να μειωθεί ο κίνδυνος για να προσβληθεί κάποιος από τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας;**

α) Χρήση προφυλακτικού  β) Ατομική Υγιεινή  γ) Εμβόλιο  δ) Άλλο: .....