

**ΕΘΝΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΟΜΕΑΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ
ΜΑΘΗΜΑ: ΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΤΖΕΝΗ ΚΟΥΡΕΑ – ΚΡΕΜΑΣΤΙΝΟΥ
ΕΠΙΣΤ. ΣΥΝΕΡΓΑΤΗΣ: ΚΥΡΙΑΚΟΥΛΑ ΜΕΡΑΚΟΥ**

ΑΚΑΔ. ΕΤΟΣ: 2005-2006

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ:

**«Ο ρόλος της αγωγής υγείας στην έγκαιρη διάγνωση
του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας –
παραδοσιακή προσέγγιση»**



Μαρία Χανιά - Νοσηλεύτρια

ΑΘΗΝΑ 2006

Θα ήθελα να εκφράσω τις ειλικρινείς και θερμές ευχαριστίες μου στην καθηγήτρια κ. Τζένη Κουρέα-Κρεμαστινού και στον καθηγητή κ. Χαρίλαο Κουτή για την ευκαιρία που μου έδωσαν να εκπονήσω αυτή την εργασία. Ευχαριστώ θερμά την επιστημονική συνεργάτιδα κ. Κούλα Μεράκου, για την απρόσκοπτη συνεργασία και την πολύτιμη καθοδήγησή της .

Επίσης ένα μεγάλο ευχαριστώ στο επιστημονικό και ερευνητικό προσωπικό της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας για τον πλούτο των επιστημονικών γνώσεων και τα ερευνητικά ερεθίσματα που μου έδωσαν απλόχερα.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των γυναικών στους νομούς Αρκαδίας και Λακωνίας με συγκεκριμένη μεθοδολογία αγωγής υγείας, με απώτερο στόχο την κινητοποίησή τους προκειμένου να προβούν σε έλεγχο κάνοντας τις απαραίτητες εξετάσεις (test-pap), για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

Στη μελέτη αναγκών και στην παρέμβαση συμμετείχαν 300 γυναίκες από τους νομούς Αρκαδίας και Λακωνίας.

Η μέθοδος εκτίμησης αναγκών που χρησιμοποιήθηκε ακολουθεί το γνωστικό μοντέλο και συγκεκριμένα το μοντέλο πεπιοθήσεων για την υγεία (Health Belief Model HBM). Ως μέθοδος αγωγής υγείας χρησιμοποιήθηκε η παραδοσιακή και συγκεκριμένα οι τεχνικές που χρησιμοποιήθηκαν ήταν η διάλεξη που πραγματοποιήθηκε σε συλλόγους γυναικών στους παραπάνω νομούς, με τη βοήθεια προγράμματος παρουσιάσεων ηλεκτρονικού υπολογιστή και η διανομή ενημερωτικών φυλλαδίων του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Για την αξιολόγηση του άμεσου αποτελέσματος της παρέμβασης (αλλαγή στις γνώσεις, πεπιοθήσεις και στάσεις), χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο, πριν από την έναρξη της διάλεξης καθώς και αμέσως μετά. Η αξιολόγηση του ίδιου αποτελέσματος έγινε μετά από έξι μήνες, με τη χρήση του ίδιου ερωτηματολογίου, στο οποίο προστέθηκε μια ενότητα για τη διερεύνηση της αλλαγής συμπεριφοράς.

Από την επεξεργασία των δεδομένων προέκυψε ότι το δείγμα αποτελείται από γυναίκες που ανήκουν κυρίως στις ηλικιακές ομάδες των 25-30 ετών και 45-60 ετών. Αξιολογώντας το άμεσο αποτέλεσμα της παρέμβασης παρατηρήθηκε σημαντική αλλαγή στις γνώσεις, πεποιθήσεις και στάσεις των γυναικών απέναντι στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και τις μεθόδους έγκαιρης διάγνωσής του. Έξι μήνες αργότερα, η αξιολόγηση του ίδιου αποτελέσματος έδειξε ότι το 80,10% των γυναικών έκαναν το test-pap και από αυτές το 50,90% έκανε την εξέταση πριν 5-6 μήνες. Από τις γυναίκες που δεν έκαναν το test-pap, το 93% δηλώνει ότι ντρεπόταν, το 7% δηλώνει ότι το αμέλησε, ενώ πολύ μικρά είναι τα ποσοστά εκείνων που απαντούν πως φοβήθηκαν, πίστευαν ότι δεν χρειάζεται ή επικαλέστηκαν οικονομικούς λόγους.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη.....	σελ. 1
Εισαγωγή.....	σελ. 8
1. Γενικό Μέρος.....	σελ. 11
1.1 Επιδημιολογικά στοιχεία.....	σελ. 11
1.2 Ταξινόμηση	σελ.20
1.3 Αιτιολογία – παθογένεια.....	σελ.23
1.4 Κλινική εικόνα.....	σελ.26
1.5 Διάγνωση.....	σελ.28
1.6 Θεραπεία.....	σελ.30
1.7 Πρόγνωση	σελ.32
1.8 Πρόληψη	σελ.32
2. Ειδικό μέρος.....	σελ.34
2.1 Σκοπός και στόχοι της έρευνας και της παρέμβασης	σελ.34
2.2 Υλικό και μέθοδος.....	σελ.36
2.3 Αποτελέσματα.....	σελ.43
2.4 Συζήτηση.....	σελ.104
2.5 Συμπεράσματα – προτάσεις.....	σελ.113
Παράρτημα 1.....	σελ.115
Abstract.....	σελ.118
Βιβλιογραφία.....	σελ.120

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1.....	σελ. 12
Πίνακας 2.....	σελ. 18
Πίνακας 3.....	σελ. 19
Πίνακας 4.....	σελ. 24
Πίνακας 5.....	σελ. 25
Πίνακας 6.....	σελ. 91
Πίνακας 7.....	σελ. 93
Πίνακας 8.....	σελ. 95
Πίνακας 9.....	σελ. 97
Πίνακας 10.....	σελ. 98
Πίνακας 11.....	σελ. 99

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

Γράφημα 1.....	σελ. 9
Γράφημα 2.....	σελ. 10
Γράφημα 3.....	σελ. 13
Γράφημα 4.....	σελ. 14
Γράφημα 5.....	σελ. 15
Γράφημα 6.....	σελ. 16
Γράφημα 7.....	σελ. 40
Γράφημα 8.....	σελ. 41
Γράφημα 9.....	σελ. 42
Γράφημα 10.....	σελ. 43
Γράφημα 11.....	σελ. 44
Γράφημα 12.....	σελ. 45
Γράφημα 13.....	σελ. 46
Γράφημα 14.....	σελ. 47
Γράφημα 15.....	σελ. 48
Γράφημα 16.....	σελ. 49
Γράφημα 17.....	σελ. 50
Γράφημα 18.....	σελ. 51
Γράφημα 19.....	σελ. 52
Γράφημα 20.....	σελ. 53
Γράφημα 21α.....	σελ. 54
Γράφημα 21β.....	σελ. 55

Γράφημα 21γ.....σελ.	56
Γράφημα 22α.....σελ.	57
Γράφημα 22β.....σελ.	58
Γράφημα 22γ.....σελ.	59
Γράφημα 23α.....σελ.	60
Γράφημα 23β.....σελ.	61
Γράφημα 23γ.....σελ.	62
Γράφημα 24α.....σελ.	63
Γράφημα 24β.....σελ.	64
Γράφημα 24γ.....σελ.	65
Γράφημα 25α.....σελ.	66
Γράφημα 25β.....σελ.	67
Γράφημα 25γ.....σελ.	68
Γράφημα 26α.....σελ.	69
Γράφημα 26β.....σελ.	70
Γράφημα 26γ.....σελ.	71
Γράφημα 27α.....σελ.	72
Γράφημα 27β.....σελ.	73
Γράφημα 27γ.....σελ.	74
Γράφημα 28α.....σελ.	75
Γράφημα 28β.....σελ.	76
Γράφημα 28γ.....σελ.	77
Γράφημα 29α.....σελ.	78

Γράφημα 29β.....σελ.	79
Γράφημα 29γ.....σελ.	80
Γράφημα 30α.....σελ.	81
Γράφημα 30β.....σελ.	82
Γράφημα 30γ.....σελ.	83
Γράφημα 31α.....σελ.	84
Γράφημα 31β.....σελ.	85
Γράφημα 31γ.....σελ.	86
Γράφημα 32.....σελ.	87
Γράφημα 33.....σελ.	88
Γράφημα 34.....σελ.	89
Γράφημα 35.....σελ.	90

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σύμφωνα με την Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία στην Ελλάδα, όπως και στις περισσότερες χώρες του Δυτικού Κόσμου, ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας αποτελεί την δεύτερη αιτία θανάτου σε γυναίκες 45-55 ετών, μετά τον καρκίνο του μαστού. Με την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, επιτυγχάνεται η αντιμετώπισή του με συντηρητικές χειρουργικές μεθόδους, μειώνοντας δραστικά τις ακρωτηριαστικές συνέπειες και επιπλοκές των επεμβάσεων που απαιτούνται όταν ο καρκίνος ανιχνεύεται σε προχωρημένο στάδιο. Κατορθώνεται με τον τρόπο αυτό η επιμήκυνση της διάρκειας ζωής των γυναικών και η βελτίωση της ποιότητάς της.

Σήμερα υπάρχουν δυο μέθοδοι έγκαιρης διάγνωσης των όγκων του τραχήλου της μήτρας: το test-pap και το εμβόλιο που σύντομα θα κυκλοφορήσει και στην Ελλάδα, προλαμβάνοντας τη λοίμωξη με ογκογόνα στελέχη του HPV. Η ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του γυναικείου πληθυσμού, παίζουν σημαντικό ρόλο στην υιοθέτηση υγιών συμπεριφορών δευτερογενούς πρόληψης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

Η υλοποίηση αυτής της παρέμβασης αγωγής υγείας ακολουθεί το γνωστικό μοντέλο, συγκεκριμένα το μοντέλο πεπιοθήσεων για την υγεία (Health Belief Model HBM) και στοχεύει στην αλλαγή της συμπεριφοράς, μέσω μιας διαδικασίας ενημέρωσης, με ιδιαίτερη έμφαση στην ατομική απόκτηση γνώσεων σχετικών με τη νόσο. Η διαδικασία αλλαγής της συμπεριφοράς υγείας είναι περίπλοκη και περιλαμβάνει ψυχολογικούς, κοινωνικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες.

Σύμφωνα με το HBM η συμπεριφορά είναι το αποτέλεσμα μιας σειράς κεντρικών πεποιθήσεων, που επαναπροσδιορίζονται με το πέρασμα των χρόνων. Οι αρχικές κεντρικές πεποιθήσεις του ατόμου αποτελούν την αντίληψή του αναφορικά με την ευαισθησία του στη νόσο, τη σοβαρότητα της νόσου, το κόστος και το όφελος που συνεπάγεται η υιοθέτηση της υγιούς συμπεριφοράς. Το σύνθημα για δράση που παρακινεί το άτομο να αποκτήσει την επιθυμητή συμπεριφορά πρόληψης, είναι συχνά εξωτερικό, όπως η ανάγνωση ενός ενημερωτικού φυλλαδίου ή η παρακολούθηση μιας διάλεξης. Όταν η διατήρηση της υγείας αποτελεί κυρίαρχη στάση του ατόμου, το κίνητρο να δράσει είναι πιο ισχυρό και προέρχεται από ένα συνδυασμό του πόσο ευπαθές νομίζει ότι είναι απέναντι στο πρόβλημα, της σοβαρότητας του προβλήματος και της αποτελεσματικότητας της συμπεριφοράς πρόληψης.

Οι κοινωνικές επιρροές επηρεάζουν ισχυρά τη συμπεριφορά του ατόμου σε θέματα υγείας. Η αντίληψη που έχει διαμορφώσει ένα άτομο για τους κοινωνικούς κανόνες που επικρατούν αναφορικά με τη νόσο, η παρατήρηση της συμπεριφοράς των άλλων, το τι νομίζει ότι προσδοκούν οι άλλοι από τη συμπεριφορά του, η κοινωνική υποστήριξη που έχει ή οι κοινωνικές πιέσεις που δέχεται, καθορίζουν σε σημαντικό βαθμό τη συμπεριφορά του απέναντι σε ζητήματα πρόληψης.

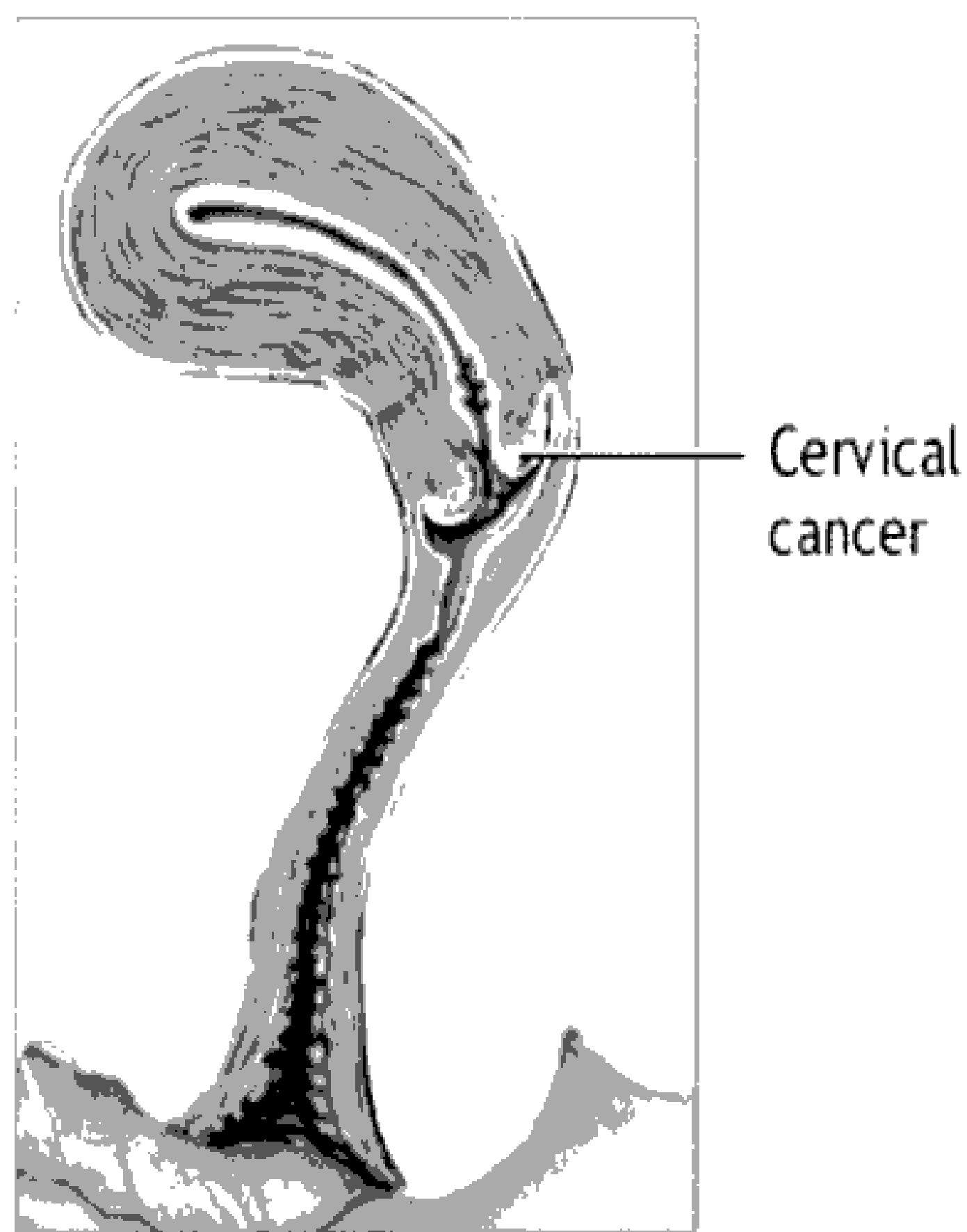
Η αυτοαπόδοση αφορά στην αντίληψη του ατόμου ως προς την αποτελεσματικότητα της συμπεριφοράς, την ικανότητά του να εφαρμόσει την καινούρια συμπεριφορά και να αντιμετωπίσει τα εμπόδια που ίσως

παρουσιαστούν κατά την εφαρμογή της. Τα εμπόδια μπορεί να είναι είτε εσωτερικά (έλλειψη γνώσης, έλλειψη εμπιστοσύνης στον εαυτό του κλπ), είτε εξωτερικά (έλλειψη χρόνου και χρήματος, δυσκολίες ζωής κλπ).

Οι στάσεις, οι κοινωνικές επιρροές και η αυτοαπόδοση αποτελούν το σύστημα πεπιοθήσεων ενός ατόμου, που προσδιορίζει την πρόθεσή του να εφαρμόσει μια συμπεριφορά. Ο ρόλος της αγωγής υγείας έγκειται στην κινητοποίηση των ανθρώπων να αλλάξουν τη συμπεριφορά τους, υποδεικνύοντας τα ατομικά και κοινωνικά πλεονεκτήματα μιας νέας συμπεριφοράς και στο να τους πείσει ότι η εφαρμογή αυτής της συμπεριφοράς είναι εφικτή.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1.1 Επιδημιολογικά στοιχεία



Εικόνα 1. Καρκίνος τραχήλου μήτρας.

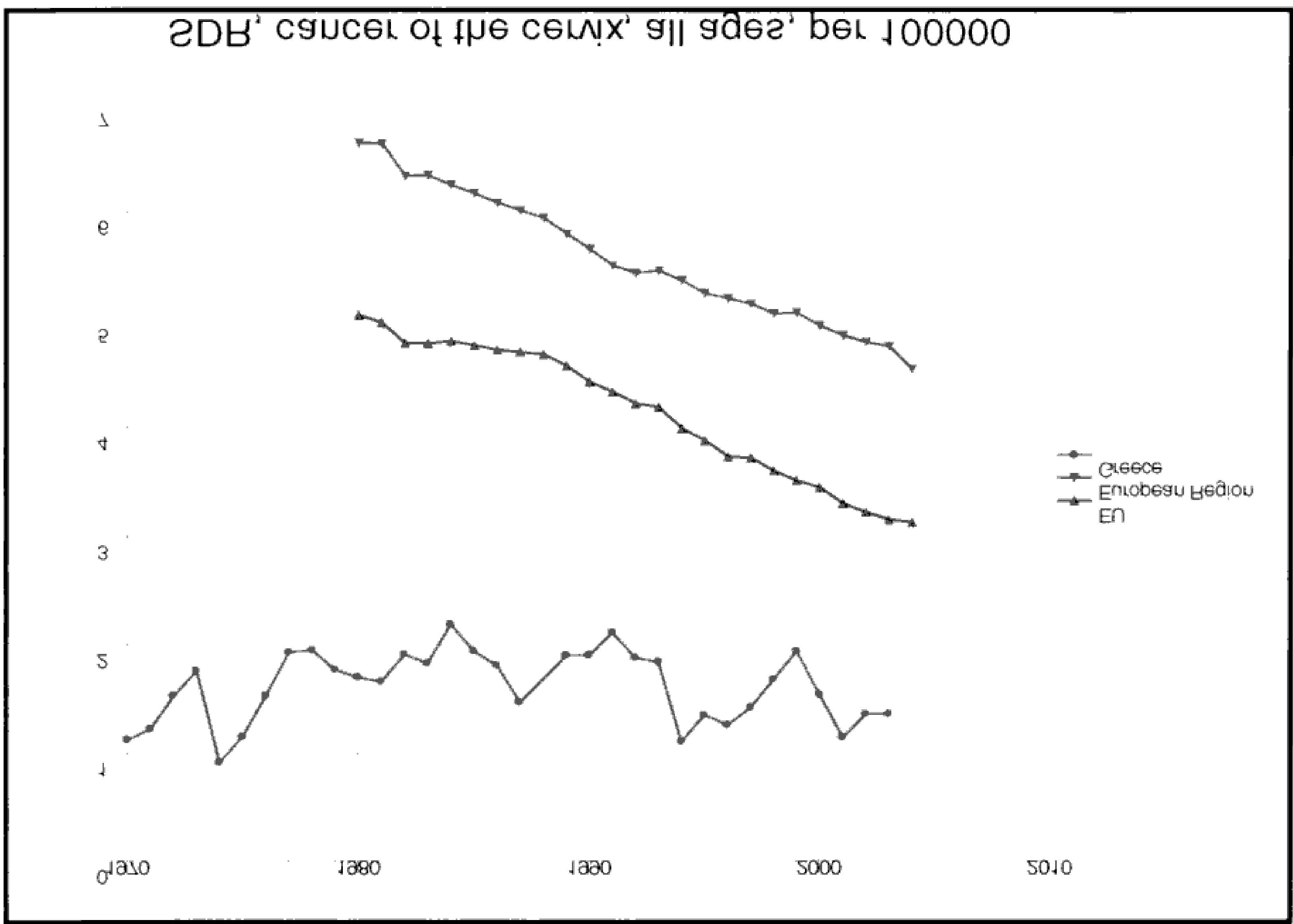
Ο τράχηλος της μήτρας είναι το μέρος εκείνο του γυναικείου γενετικού συστήματος που βρίσκεται στο κάτω στενότερο μέρος της μήτρας και ενώνει την μήτρα με τον κόλπο. Ο καρκίνος του τραχήλου της

μήτρας (ΚΤΜ) εκδηλώνεται όταν κύτταρα του τραχήλου αρχίζουν να πολλαπλασιάζονται αναρχικά και δημιουργούν ένα νέο ιστό, έναν όγκο στην περιοχή¹.

Οι συχνότερες μορφές ΚΤΜ είναι ο **επιθηλιακός καρκίνος-καρκίνωμα εκ πλακωδών κυττάρων** (90% των περιπτώσεων) που αναπτύσσεται στο έξω μέρος του τραχήλου και το **αδενοκαρκίνωμα** (10% των περιπτώσεων) που εμφανίζεται στο εσωτερικό μέρος του τραχηλικού καναλιού¹.

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας (ΚΤΜ) είναι ο πέμπτος σε συχνότητα καρκίνος που παρατηρείται στις γυναίκες **ενώ τα προηγούμενα χρόνια ήταν ο**

δεύτερος σε συχνότητα. Ο μέσος όρος ηλικίας στην οποία παρατηρείται είναι γύρω στα 52 χρόνια ².



Γράφημα 1. Προτυποποιημένος δείκτης θνησιμότητας από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας για όλες τις ηλικίες, ανά 100000.

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι ένας από τους καρκίνους του γυναικείου γεννητικού συστήματος που προκαλεί αρκετούς θανάτους, αν και η συχνότητά του συνεχώς μειώνεται τόσο στις αναπτυγμένες όσο και στις

αναπτυσσόμενες χώρες. Οι διαφορές είναι μεγάλες μεταξύ ανεπτυγμένων και αναπτυσσόμενων χωρών. Η μείωση της συχνότητας οφείλεται στον εντατικό προσυμπτωματικό έλεγχο. Ωστόσο συνεχίζει να προκαλεί θανάτους^{3,4}.

Στην Ευρώπη μια γυναίκα πεθαίνει κάθε 18 λεπτά από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Στη Βρετανία κάθε χρόνο περίπου 230.000 γυναίκες έχουν παθολογικό τεστ Παπανικολάου, περίπου 3.000 γυναίκες αναπτύσσουν καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, περίπου 1.000 γυναίκες πεθαίνουν από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Ο διηθητικός καρκίνος του τραχήλου της μήτρας προσβάλλει συχνά γυναίκες στην πιο παραγωγική τους ηλικία, όταν πολλές από αυτές εργάζονται και έχουν να φροντίσουν τα παιδιά και την ευρύτερη οικογένειά τους^{1,5,6,7}.

Επιπολασμός του καρκίνου του τραχήλου ανά ηλικιακή ομάδα στη Βρετανία, 2001*



Γράφημα 2.

Έχει υπολογισθεί - για τις Δυτικές χώρες, συμπεριλαμβανομένης της Ελλάδας - ότι 2 γυναίκες στις 100 θα προσβληθούν από καρκίνο στον τράχηλο πριν το 80ο έτος της ηλικίας τους. Αυτό είναι γεγονός απαράδεκτο, αφού ο καρκίνος αυτός εντοπίζεται σ' ένα όργανο σχετικά εύκολα προσπελάσιμο - ο τράχηλος της μήτρας βρίσκεται στο βάθος του κόλπου - και φαίνεται πως **παραμένει σ' ένα προκαρκινικό, ασυμπτωματικό στάδιο για αρκετά χρόνια. Μια διάγνωση σ' αυτό το στάδιο μπορεί να θεραπεύσει τον καρκίνο του τραχήλου σε ποσοστά σχεδόν 100%.²**

Τα στοιχεία που ακολουθούν προέρχονται από την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδας και αφορούν στη δεκαετία 1995-2004.

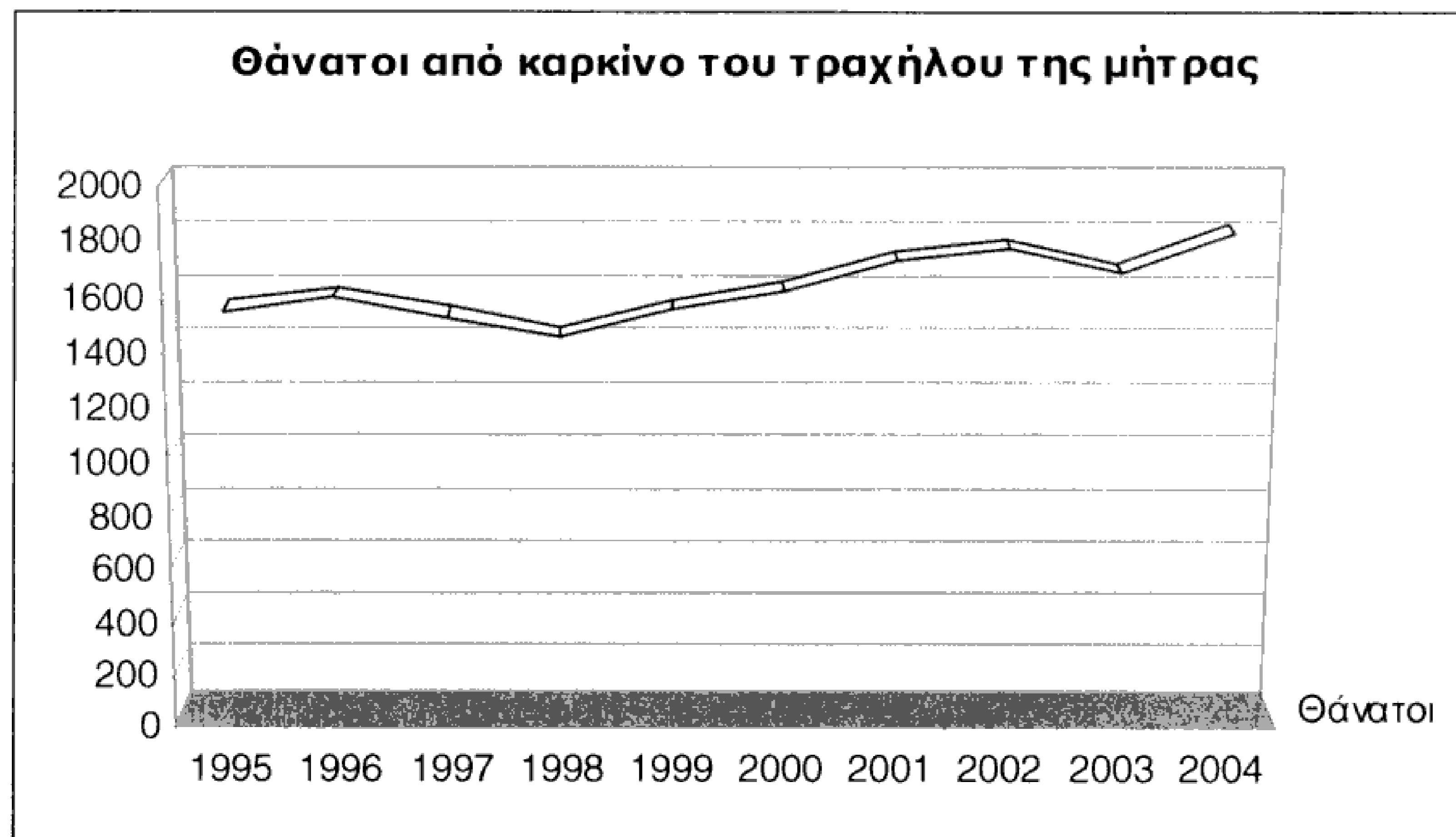
1. Θνησιμότητα

	Αστικές περιοχές	Ημιαστ. περιοχές	Αγροτικές περιοχές	
ΕΤΟΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	Σύνολο
1995	990	150	390	1530
1996	1.041	185	350	1576
1997	965	184	358	1507
1998	913	190	333	1436
1999	940	213	378	1531
2000	1.005	222	371	1598
2001	1.127	219	371	1717
2002	1.074	267	414	1755
2003	1.080	215	371	1666
2004	1.149	234	434	1817

Πηγή: Ε.Σ.Υ.Ε.

Πίνακας 1. Αριθμός θανάτων από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας κατά περιοχή μόνιμης κατοικίας (1995-2004).

Ο μεγαλύτερος αριθμός θανάτων παρατηρείται κατά το έτος 2004, ενώ κατά τα υπόλοιπα έτη παρατηρούνται διακυμάνσεις του αριθμού θανάτων.

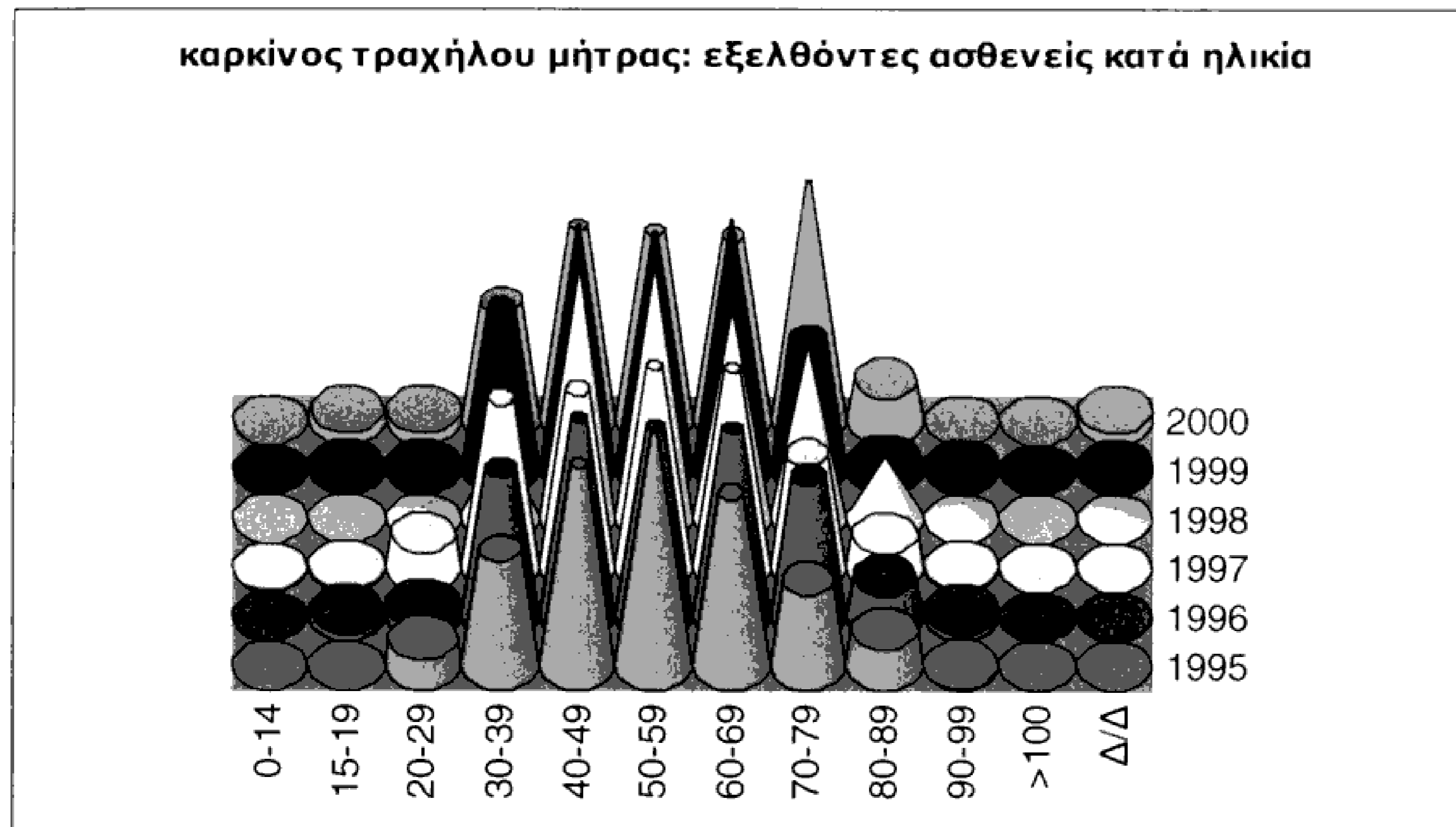


Πηγή: Ε.Σ.Υ.Ε.

Γράφημα 3. Σύνολο θανάτων από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας: 1995-2004.

Παρατηρείται κάποια μείωση των θανάτων το 1998 και από εκεί και πέρα εμφανίζουν αύξηση κυρίως το έτος 2004.

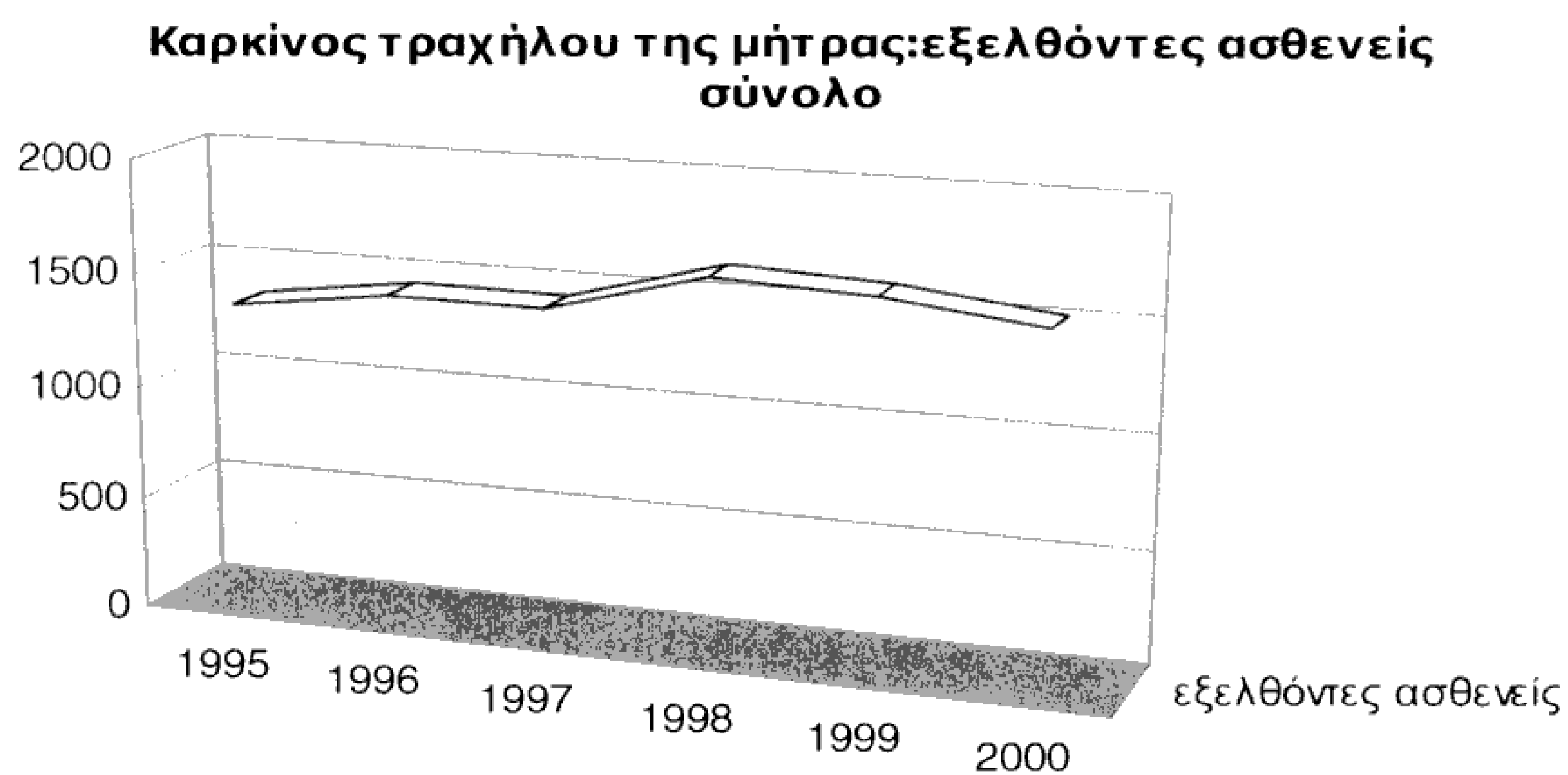
2. Νοσηρότητα



Πηγή Ε.Σ.Υ.Ε.

Γράφημα 4. Αριθμός εξελθόντων από το νοσοκομείο ασθενών με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας κατά ηλικία(1995-2000)

Παρατηρείται αυξημένος αριθμός εξελθόντων ασθενών με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας στις ηλικίες από 50 έως 70 ετών.

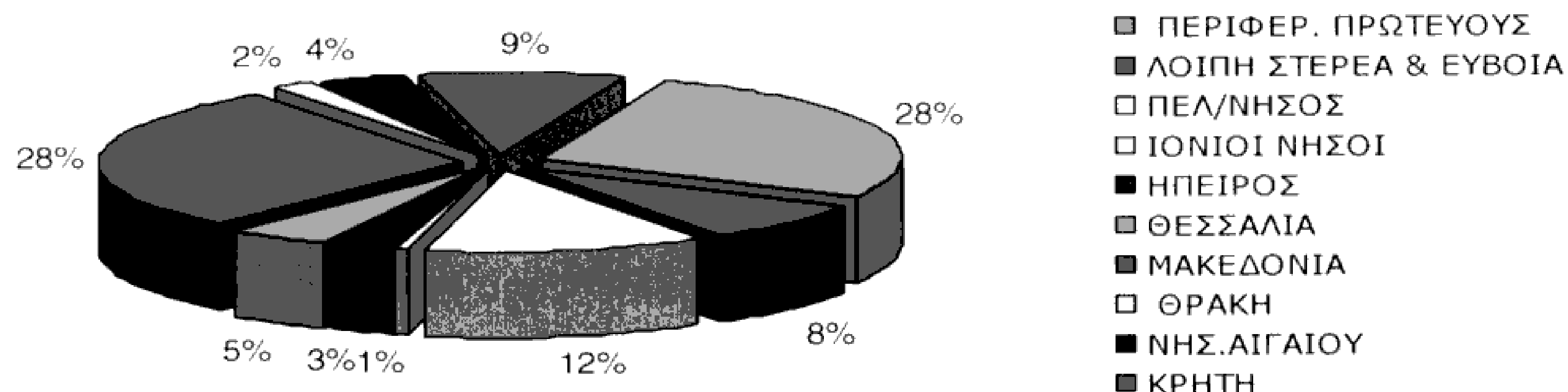


Πηγή: Ε.Σ.Υ.Ε.

Γράφημα 5. Αριθμός εξελθόντων ασθενών από το νοσοκομείο με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας(1995-2000).

Μετά από μια μικρή μείωση του αριθμού εξελθόντων ασθενών με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας από το 1996 έως το 1997, παρατηρείται αύξηση του αριθμού αυτού κατά το έτος 1998 και 1999 και σταθεροποίηση το έτος 2000.

Ca ΤΡΑΧΗΛΟΥ



Πηγή: Ε.Σ.Υ.Ε.

Γράφημα 6. Νοσηρότητα καρκίνου του τραχήλου της μήτρας κατά περιφέρεια για το έτος 2000.

Η μεγαλύτερη συγκέντρωση περιστατικών καρκίνου του τραχήλου της μήτρας στην πρωτεύουσα και στη Μακεδονία, αντικατοπτρίζει όχι μόνο την υψηλότερη συγκέντρωση πληθυσμού, αλλά και τη μεγαλύτερη συγκέντρωση διαγνωστικών και θεραπευτικών κέντρων στις περιοχές αυτές.

1.2 Ταξινόμηση

Η μέση ηλικία προσβολής από διηθητικό Ca τραχήλου είναι τα 45 χρόνια. Σε νεώτερες ηλικίες είναι σπάνιος.

Δυσπλασίες Τραχήλου Μήτρας

Η δυσπλασία αφορά κυρίως τη ζώνη μετάπτωσης κυλινδρικού επιθηλίου σε πλακώδες μεταξύ εσωτραχήλου και εξωτραχήλου.

1. Δυσπλασία:

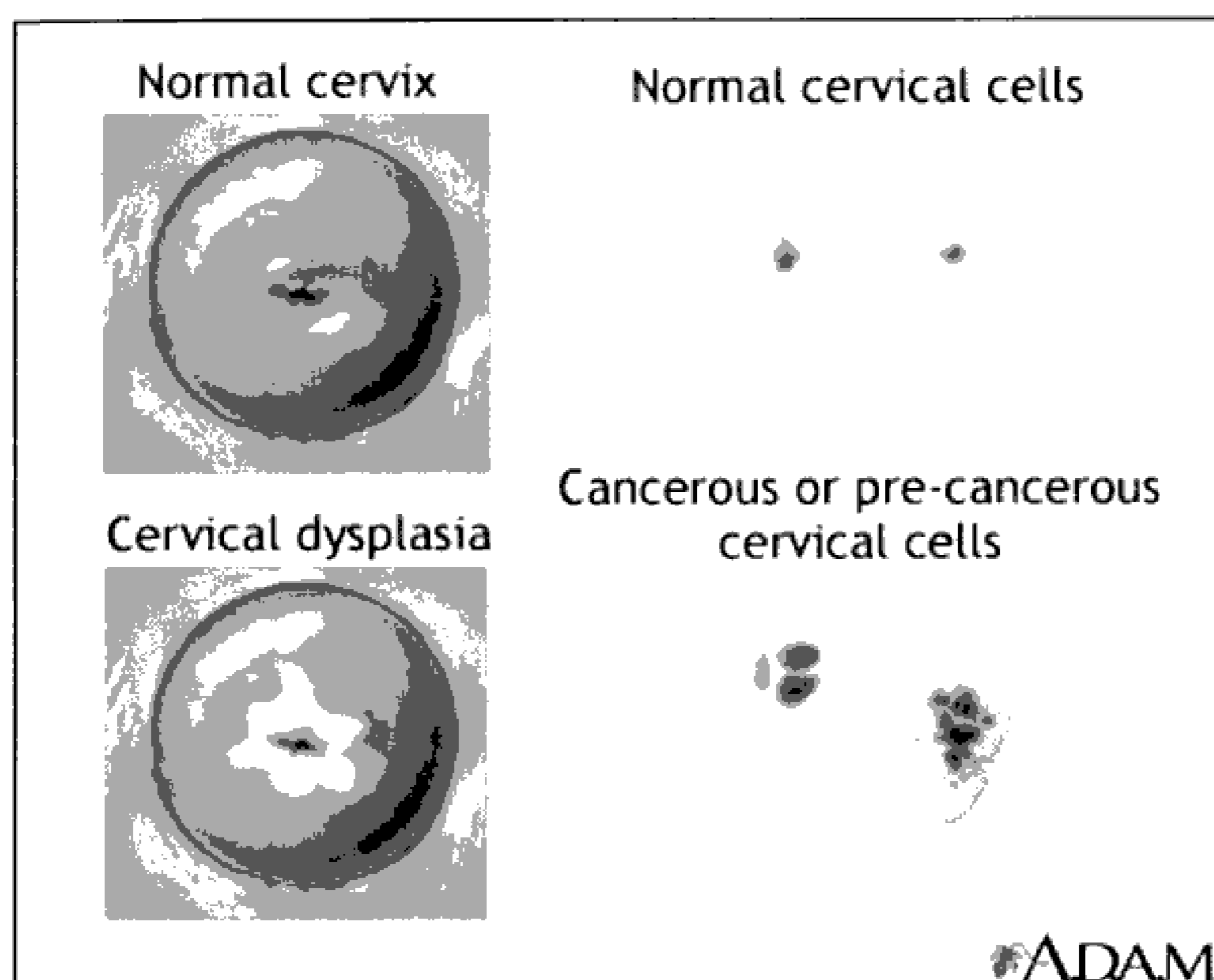
α) Καλοήθης πλακώδης μεταπλασία. Αντικατάσταση κυλινδρικού επιθηλίου από πλακώδες

β) CIN 1: ελαφρά δυσπλασία.

γ) CIN 2: μέτρια δυσπλασία.

δ) CIN 3: έντονη δυσπλασία, in situ καρκίνωμα.

(CIN =τραχηλική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία)^{1,2}



Εικόνα 2. Δυσπλασία του τραχήλου.

Το 50% των δυσπλασιών εξαφανίζονται χωρίς θεραπεία και

μόλις το 10% φθάνουν σε καρκίνο και το 2% σε διηθητικό καρκίνο.

Αντιμετώπιση CIN: ⁽²⁾
1. Κρυοχειρουργική.
2. Διαθερμία.
3. Laser CO2.
4. Κωνοειδής βιοψία.
5. Υστερεκτομή: σε γυναίκες μεγαλύτερες των 40 ετών με επίμονα θετικά επιχρίσματα.
6. Σε δυσπλασία καλύτερα κωνοειδής εκτομή.

Πίνακας 2. Αντιμετώπιση της τραχηλικής δυσπλασίας.

2. Μικροδιηθητικό καρκίνωμα: επέκταση κακοηθών κυττάρων μέσω της βασικής μεμβράνης σε βάθος 3 mm.

- Χαμηλού κινδύνου: CIN1.
- Υψηλού κινδύνου: CIN2 & CIN3¹.

3. Διηθητικό καρκίνωμα⁽¹⁾: διάσπαση βασικής μεμβράνης.

Σταδιοποίηση⁽¹⁾:

Στάδιο 0: CIN3 (in situ καρκίνωμα)

Στάδιο Ia: μικροδιηθητικό καρκίνωμα που επεκτείνεται > 3 mm της βασικής μεμβράνης

Στάδιο Ib: ο όγκος περιορίζεται στον τράχηλο ή στη μήτρα

Στάδιο IIa: επέκταση προς τον κόλπο – στα άνω 2/3 του

Στάδιο IIb: επέκταση στα παραμήτρια, χωρίς να φθάνει στο πυελικό τοίχωμα

Στάδιο III: επέκταση προς το κάτω τριτημόριο του κόλπου ή στο τοίχωμα της πυέλου

Στάδιο IV: επέκταση μέσω του κόλπου στην ουροδόχο κύστη ή στο ορθό ή σε απομακρυσμένα όργανα.

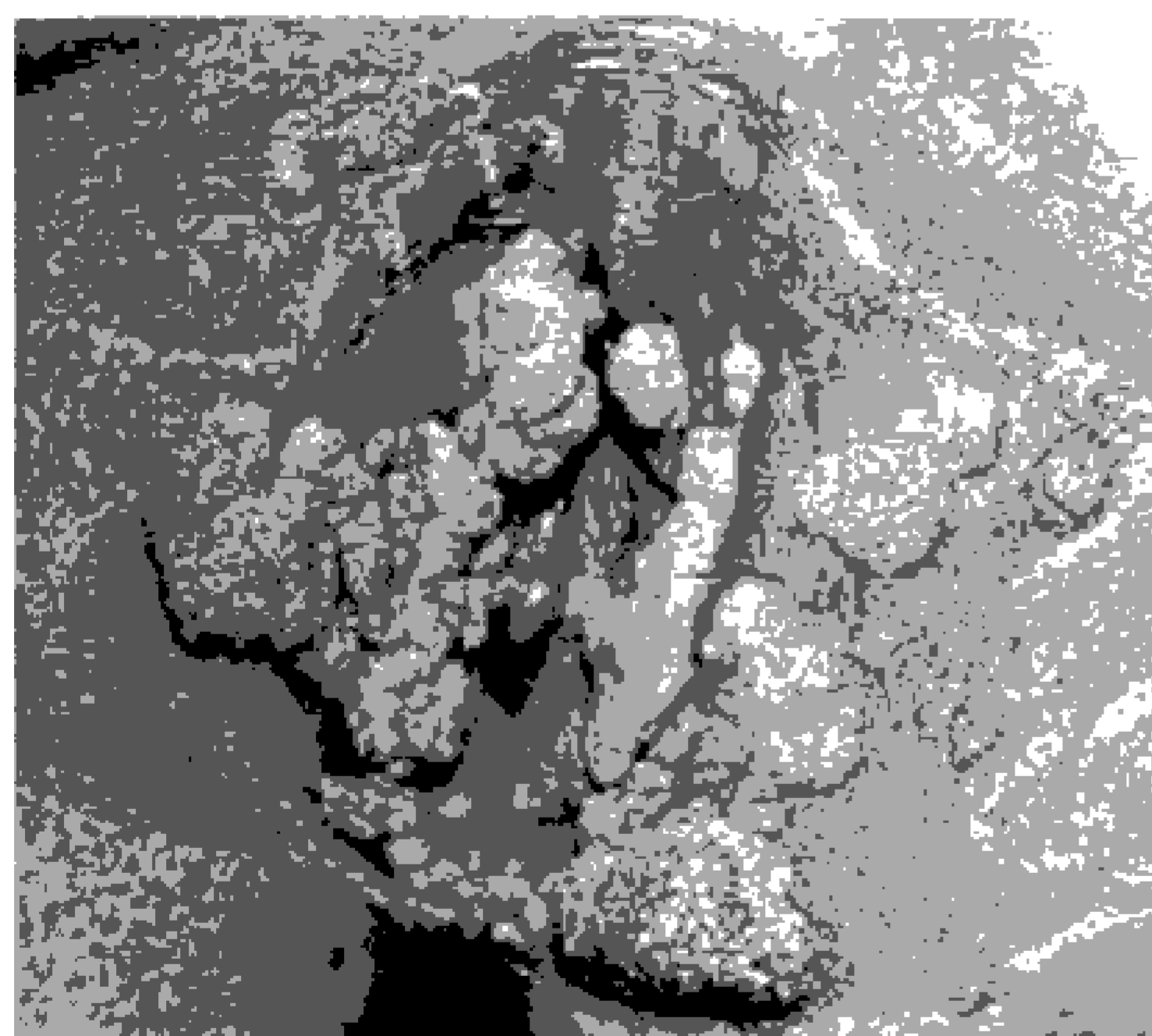
Πίνακας 3. Σταδιοποίηση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας

1.3 Αιτιολογία-παθογένεια

Οι αιτίες που προκαλούν τον ΚΤΜ, όπως και σε πολλούς άλλους καρκίνους δεν είναι απόλυτα γνωστές.

Όμως υπάρχουν ορισμένοι συσχετισμοί και ορισμένοι παράγοντες κινδύνου που φαίνεται ότι παίζουν σημαντικό ρόλο στην εκδήλωση του καρκίνου αυτού και οι σημαντικότεροι από αυτούς είναι:

- **Μόλυνση από ιούς:** Ο ιός των ανθρωπίνων κονδυλωμάτων, γνωστός σαν Human Papilloma Virus ή HPV, θεωρείται μια πιθανή αιτία του ΚΤΜ. Συχνά είναι ανιχνεύσιμος στον τράχηλο γυναικών που πάσχουν από τον καρκίνο αυτό. Υπάρχουν 80 τύποι του ιού HPV. Όμως οι τύποι 16 και 18 είναι οι σημαντικότεροι για την ανάπτυξη του ΚΤΜ. Παράγοντας κινδύνου είναι και η μόλυνση από τον ιό του έρπητα τύπου II^{1,2,5}.



Εικόνα 3. Κονδυλώματα.

- **Σεξουαλική δραστηριότητα:** Οι γυναίκες που ήσαν σεξουαλικά δραστήριες σε μια νεαρή ηλικία και που είχαν πολλούς ερωτικούς συντρόφους έχουν περισσότερο κίνδυνο να παρουσιάσουν τον καρκίνο αυτό. Όσο νωρίτερα στην ηλικία αρχίσει την σεξουαλική δραστηριότητα μια γυναίκα τόσο περισσότερο είναι αυξημένος ο κίνδυνος της για την ασθένεια. Το ίδιο επίσης ισχύει με τον αριθμό των ερωτικών συντρόφων με αποτέλεσμα, αυτές με πολλούς να έχουν περισσότερο κίνδυνο. Να σημειωθεί ότι ο καρκίνος αυτός είναι σπάνιος στις παρθένες. Πιστεύεται ότι ο αυξημένος κίνδυνος στις γυναίκες με πολλούς ερωτικούς συντρόφους και σ' αυτές που αρχίζουν σε μικρή ηλικία το σεξ, ή το σεξ χωρίς τη χρήση προφυλακτικού έχει σχέση με την μόλυνση με τον ιό HPV, ο οποίος μεταδίδεται κατά τη σεξουαλική επαφή^{2,6}.
- **Ηλικία:** Οι καρκίνοι που ανιχνεύονται επί του τραχήλου, οι οποίοι δεν έχουν εξαπλωθεί στα υπόλοιπα μέρη του σώματος είναι αυξημένοι στις ηλικίες από 20 έως 30 ετών. Μετά από τα 25, αυξάνονται ανάλογα με την ηλικία τα περιστατικά δεισδυτικού καρκίνου. Στις γυναίκες της μαύρης φυλής αυξάνονται περισσότερο⁷.
- **Κάπνισμα:** Το κάπνισμα έχει την δυνατότητα να δημιουργεί χημικές ενώσεις οι οποίες προκαλούν βλάβες στα κύτταρα του τραχήλου με αποτέλεσμα να δημιουργούν ένα υπόστρωμα στο οποίο μπορεί να αναπτυχθεί ο ΚΤΜ⁶.
- **Αντισυλληπτικά:** Η μακροχρόνια χρήση περισσότερο από πέντε χρόνια πιθανώς να αυξάνει τον κίνδυνο. Ο αυξημένος κίνδυνος που εμφανίζουν

οι καπνίστριες και όσες χρησιμοποιούν αντισυλληπτικά δεν είναι σαφής, γιατί πιθανόν αυτό να οφείλεται στο ότι είναι ομάδα που έχει εντονότερη σεξουαλική ζωή, οπότε αυτός είναι ο καθοριστικός παράγων^{3,9}.

- **Τεστ Παπανικολάου:** Το τεστ ανακάλυψε ο Έλληνας γιατρός Γεώργιος Παπανικολάου και διεθνώς αναγνωρισμένο από το 1950 ως Test Pap, θεωρείται η μόνη αξιόπιστη μέθοδος μαζικού ελέγχου του γυναικείου πληθυσμού για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Οι γυναίκες που δεν έκαναν ποτέ τεστ Παπανικολάου ή δεν το κάνουν όσο θα έπρεπε, έχουν ψηλότερο κίνδυνο να παρουσιάσουν ΚΤΜ. Σε πολλές περιπτώσεις το τεστ μπορεί να ανιχνεύσει προκαρκινικές αλλοιώσεις. Υπάρχουν 3 ειδών αυξανόμενης σοβαρότητας αλλοιώσεις, CIN I, CIN II και CIN III. Η τελευταία μορφή είναι και η σοβαρότερη. Οι γυναίκες πρέπει να κάνουν ένα τεστ Παπανικολάου τουλάχιστο κάθε χρόνο από την έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας ανεξαρτήτως ηλικίας και μέχρι τα 65, το οποίο μπορεί να ανιχνεύσει τις αλλαγές αυτές και να προλάβει ένα διάχυτο ΚΤΜ^{8,9}.
- **Χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο:** Είναι παράγων κινδύνου γιατί τα άτομα της ομάδας αυτής δεν έχουν καλή πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και στη θεραπεία των προκαρκινωματοδών αλλοιώσεων⁴.
- **Κακή διατροφή, πτωχή σε φρούτα και λαχανικά:** Έχουν δημοσιευτεί αρκετές μελέτες που αφορούν το ρόλο της βιταμίνης Α, της C και του φυλλικού οξέος. Όλες καταλήγουν στο ίδιο συμπέρασμα ότι δηλαδή η βιταμινική ανεπάρκεια έχει δυσμενή επακόλουθα στην εξέλιξη μιας HPV –

φλεγμονής προς δυσπλασία, ειδικά στον τράχηλο της μήτρας. Όμως είναι δύσκολο να αποδειχθεί κάτι τέτοιο, αφού δεν είναι γνωστός ο μηχανισμός με τον οποίο επιδρούν οι βιταμίνες στις HPV αλλοιώσεις. Ένα άλλο πρόβλημα είναι ότι συχνά στις εν λόγω μελέτες δεν λαμβάνονται υπόψη όλες οι παράμετροι που θεωρείται ότι παίζουν κάποιο ρόλο στην πορεία μιας φλεγμονής^{9,10}.

- **AIDS:** Επειδή ο ιός του AIDS καταστρέφει το ανοσοποιητικό σύστημα του ανθρώπου, οπότε οι προκαρκινωματώδεις αλλοιώσεις που προέρχονται από τον HPV εξελίσσονται ταχύτερα σε καρκίνο⁹.
- **Σύνδρομο διαιθυλοστιλβεστρόλης:** Η διαιθυλοστιλβεστρόλη είναι η πρώτη συνθετική ορμόνη που χρησιμοποιήθηκε έως το 1971 για ορμονοθεραπεία στην κύηση. Οι γυναίκες που είχαν κάνει χρήση της διαιθυλοστιλβεστρόλης στην κύησή τους κυρίως στις πρώτες 16 εβδομάδες σε ποσοστό 1 στις 1000 θα αναπτύξουν αδenoκαρκίνωμα από διαυγή κύτταρα συνήθως στον κόλπο αλλά και στον τράχηλο¹⁰.

1.4 Κλινική εικόνα

Οι καταστάσεις που οδηγούν στον ΚΤΜ συνήθως δεν προκαλούν πόνο. Γι' αυτό η ασθένεια μπορεί να εξελιχθεί αθόρυβα χωρίς συμπτώματα.

Οι πρώτες ενοχλήσεις εμφανίζονται όταν τα ανώμαλα κύτταρα γίνουν πλέον καρκινικά και αρχίζουν να διηθούν τους γειτονικούς ιστούς. Το πιο συχνό σύμπτωμα είναι η αιμορραγία, η οποία :

- Εμφανίζεται στα μέσα του φυσιολογικού κύκλου

- Εμφανίζεται μετά από σεξουαλική επαφή, κολπική πλύση ή κολπική εξέταση
- Ασυνήθιστα βαριές περίοδοι, που διαρκούν περισσότερο απ' ότι συνήθως
- Αιμορραγία μετά την εμμηνόπαυση
- Αυξημένα κολπικά υγρά
- Πόνος στη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής²

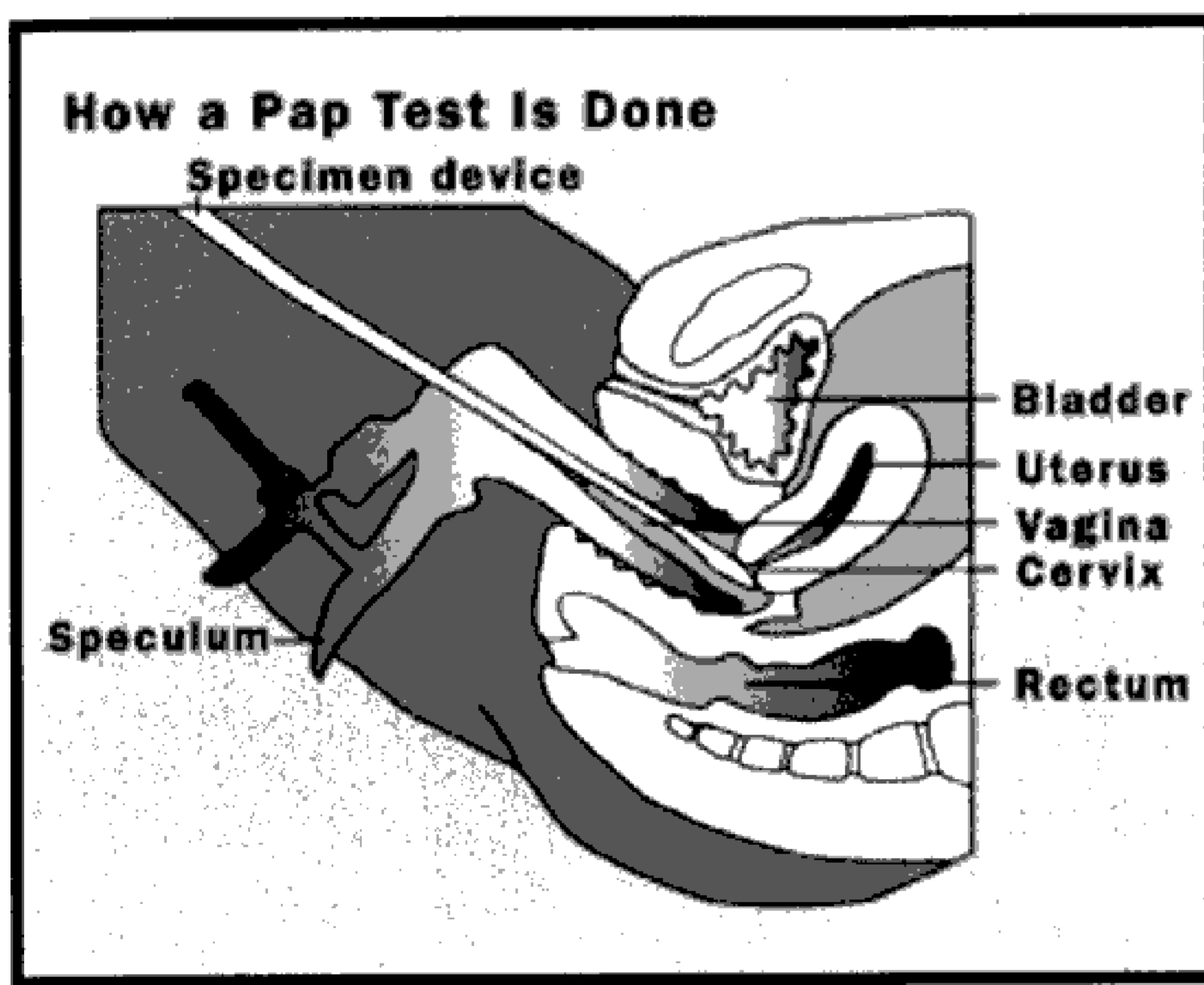
Στάδιο	Συμπτώματα
Σε απλές δυσπλασίες ή σε προδιηθητικό στάδιο	δεν υπάρχουν καθόλου συμπτώματα.
Σε αρχικά στάδια	μπορεί να υπάρχει υπερέκκριση κολπικών υγρών και μικρή αιμορραγία μετά τη συνουσία.
Σε προχωρημένα στάδια	μπορεί να υπάρχει αιμορραγία, πόνος και γενικά συμπτώματα.

Πίνακας 4. Συμπτωματολογία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

Φαίνεται επομένως ότι ουσιαστικά ο μόνος τρόπος πρώιμης διάγνωσης είναι η εξέταση του κολπικού επιχρίσματος, το γνωστό πλέον Pap-test (δοκιμασία Παπανικολάου)².

1.5 Διάγνωση

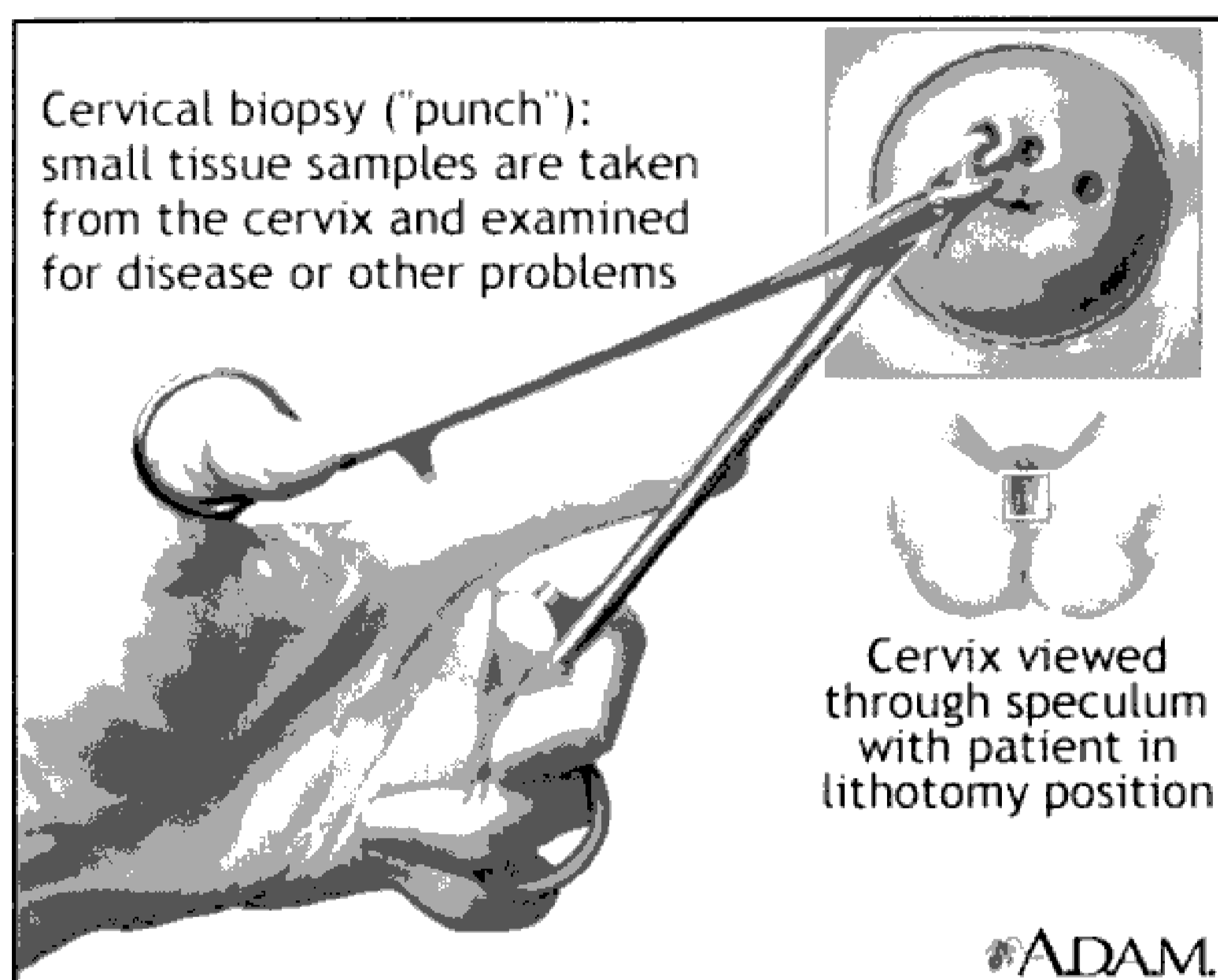
Στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, η γυναίκα δεν έχει τη δυνατότητα αυτοεξέτασης, όπως στον καρκίνο του μαστού. Τη διάγνωση θα τη θέσει ο γυναικολόγος, τόσο με την επισκόπηση, όσο και με μια σειρά εξετάσεων των οποίων σημαντικότερο είναι το Pap-test, που μας δείχνει αν υπάρχουν καρκινικά κύτταρα στο δείγμα που παίρνουμε. Οι περισσότερες αλλοιώσεις του τραχήλου της μήτρας οφείλονται σε καλοήθεις παθήσεις, όπως φλεγμονές (τραχηλίτιδες), φυματίωση ή κονδυλώματα^{1,2,10}.



Εικόνα 4. Δοκιμασία Παπανικολάου(πηγή www.fda.gov).

Με την **κολποσκόπηση** ο γυναικολόγος μπορεί να εξετάσει καλύτερα τον τράχηλο και εάν χρειαστεί να κάνει βιοψίες για να διευκρινιστεί ιστολογικά το είδος μιας ανωμαλίας που πιθανό να υπάρχει. Υπάρχουν διάφοροι τύποι βιοψιών που χρησιμοποιούνται για τη διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου. Σε πολλές από αυτές αφαιρείται όλη η περιοχή της βλάβης και γι' αυτό χρησιμοποιούνται και ως θεραπεία προκαρκινικών καταστάσεων. Άλλοι τύποι

βιοψιών πραγματοποιούνται με τοπική αναισθησία και άλλοι απαιτούν γενική αναισθησία¹⁰.



Εικόνα 5. Βιοψία τραχήλου μήτρας

LEEP ή LLETZ είναι μια διαδικασία κατά την οποία χρησιμοποιείται ένα ηλεκτρόδιο σε σχήμα αγκύλης για να αποσπάσει ένα κομμάτι ιστού ή και να αφαιρέσει ολόκληρη τη βλάβη στον τράχηλο.

Κολποσκόπηση το κολποσκόπιο είναι ένα όργανο με μεγεθυντικούς φακούς, με τη βοήθεια των οποίων εξετάζουμε τον τράχηλο. Εάν βρεθεί οποιαδήποτε ανωμαλία, τότε παίρνουμε ένα κομμάτι ιστού (κολποσκοπική βιοψία), χρησιμοποιώντας ειδικές απλές λαβίδες βιοψίας.

Ενδοτραχηλική απόξεση πρόκειται για μια διαδικασία κατά την οποία χρησιμοποιούμε ένα εργαλείο που ονομάζεται ξέστρο και με αυτό αφαιρούμε τα κύτταρα του ενδοτραχήλου.

Κωνοειδής εκτομή τραχήλου	είναι τύπος βιοψίας στην οποία αφαιρείται ένα μεγαλύτερο κομμάτι ιστού του τραχήλου που έχει κωνοειδές σχήμα, με τη μέθοδο LEEP ή LLETZ ή Laser, ή με συμβατικό νυστέρι.
----------------------------------	--

Πίνακας 5. Τύποι βιοψιών του τραχήλου⁽¹⁰⁾.

1.6 Θεραπεία

Εάν η νόσος ανιχνευθεί έγκαιρα και αντιμετωπισθεί κατάλληλα μπορεί να υπάρξει ίαση. Συνήθως μεθίσταται στα οστά της λεκάνης, και σε γειτονικά όργανα όπως το έντερο και την ουροδόχο κύστη. Η θεραπεία για τον τραχηλικό καρκίνο θα καθορισθεί από το θεράποντα ιατρό και θα βασίζεται στα εξής στοιχεία:

- τη γενική υγεία της γυναίκας και το ιατρικό ιστορικό
- την έκταση της νόσου
- την ανοχή του οργανισμού σε συγκεκριμένες θεραπείες και διαδικασίες
- την πρόγνωση για την πορεία της νόσου²

Θεραπευτικές επιλογές είναι:

1. Χειρουργική επέμβαση: Σε αρχικά στάδια γίνεται αφαίρεση ουσιαστικά πολύ μικρού τμήματος του τραχήλου (**κωνοειδής εκτομή**). Μ' αυτόν τον τρόπο η γυναίκα μπορεί να μείνει ακόμη και έγκυος, αφού δεν πειράζουμε ούτε τη μήτρα, ούτε τον κόλπο ούτε άλλα όργανα. Τα αποτελέσματα στις περιπτώσεις αυτές δείχνουν 90% ίαση στα 5 χρόνια. Σε πολλές άλλες περιπτώσεις είναι αναγκαίο να γίνει υστερεκτομή από το γυναικολόγο^{2, 11}.

2. Ακτινοθεραπεία²

3. Χημειοθεραπεία: Σε λίγο πιο προχωρημένα στάδια γίνονται μεγαλύτερες εγχειρήσεις ή χρήση ακτινοθεραπείας - εξωτερική ή με ενδοκοιλοτική τοποθέτηση ραδίου. Πρόσφατες κλινικές έρευνες έδειξαν ότι η χημειοθεραπεία μπορεί να βοηθήσει τόσο σε προχωρημένα όσο και σε λιγότερο προχωρημένα στάδια.

Το είδος και η ένταση της θεραπείας θα εξαρτηθεί από το στάδιο εξάπλωσης της νόσου και από την ηλικία της ασθενούς. Στις περισσότερες περιπτώσεις δεν πειράζουμε ούτε τον κόλπο, ούτε τα εξωτερικά γεννητικά όργανα της γυναίκας. Σ' αυτές τις περιπτώσεις η γυναίκα μπορεί χωρίς ιδιαίτερο πρόβλημα να συνεχίσει τις σχέσεις με το σύντροφο της, ακόμη και να μείνει έγκυος και να τεκνοποιήσει^{10,12}.

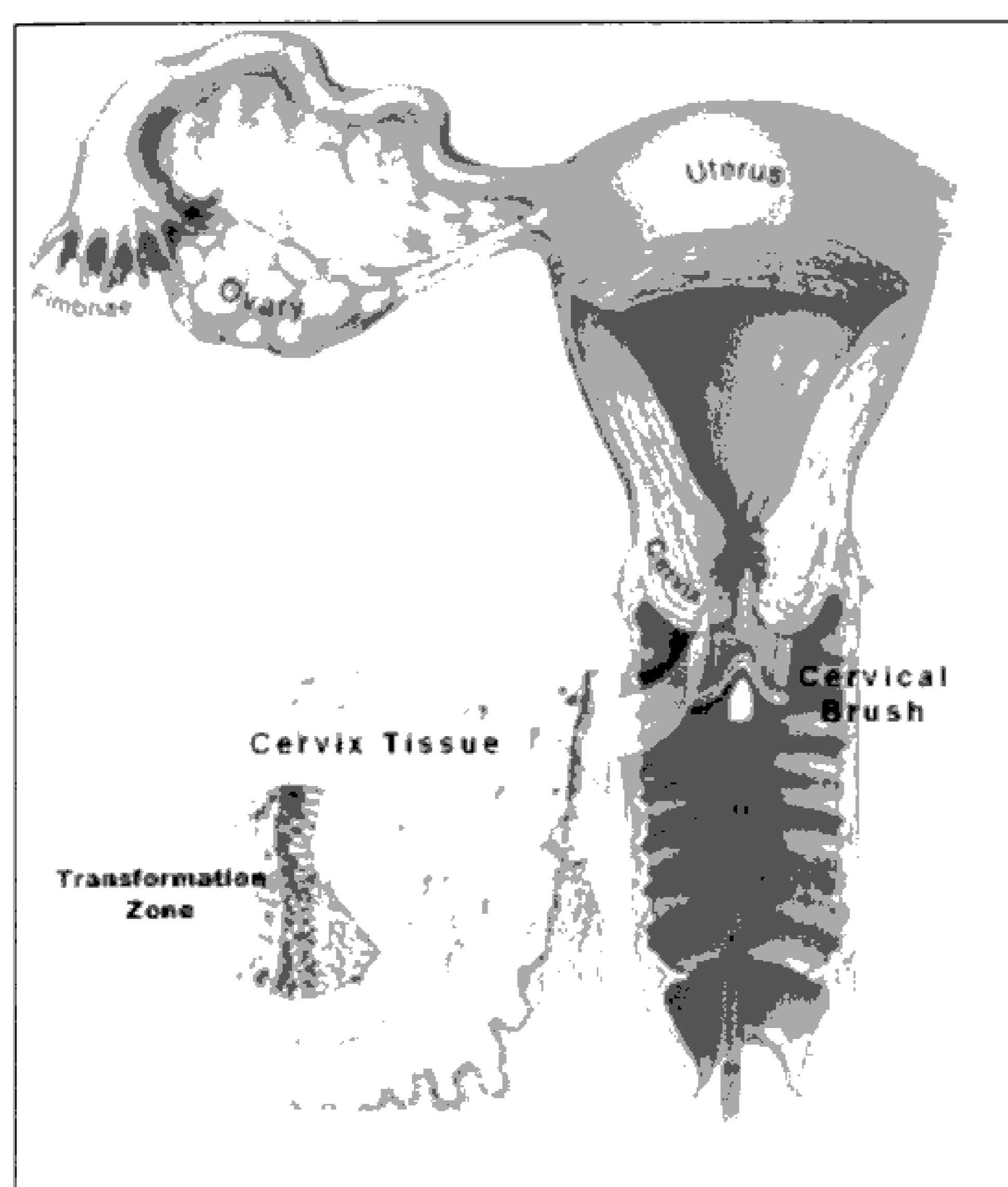
4. Οι νέες μελέτες προσανατολίζονται στην ανεύρεση εμβολίου για τον HPV, που θα είναι και εμβόλιο στην πραγματικότητα για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Σύμφωνα με δημοσίευμα στο Έθνος 11 Απριλίου 2006 ο πρόεδρος της Ιατρικής Σχολής Αθηνών και διευθυντής της Β' Μαιευτικής και Γυναικολογικής κλινικής του Πανεπιστημίου, καθηγητής κος Γεώργιος Κρεατσάς ανακοίνωσε ότι στις αρχές του 2007 αναμένεται στην Ελλάδα το εμβόλιο κατά του ιού HPV. Το εμβόλιο θα προστατεύει από τέσσερις τύπους του ιού τους 6, 11, 16, και 18, θα χορηγείται σε τρεις δόσεις με διαφορά ενός μήνα η μία από την άλλη και εκτιμάται ότι θα προσφέρει προστασία από τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Σύμφωνα με τον καθηγητή το εμβόλιο έχει δοκιμαστεί σε 25.000 γυναίκες 16 έως 23 ετών από 33 χώρες μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα. Οι μελέτες έδειξαν ποσοστά προστασίας έως 100% χωρίς ανεπιθύμητες ενέργειες σε καμιά από τις νεαρές γυναίκες που εμβολιάστηκαν και ελέχθησαν στο τμήμα εφηβικής

γυναικολογίας του πανεπιστημίου Αθηνών στο «Αρεταίειο Νοσοκομείο». Το εμβόλιο συνιστάται σε κορίτσια 9–13 ετών, πριν από την έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας. Μπορεί ωστόσο να χορηγηθεί και σε ενήλικες γυναίκες ηλικίας έως 26 ετών, ανεξάρτητα αν αυτές είναι σεξουαλικά ενεργές, αρκεί να μην εμφανίζουν ήδη νεοπλασματικές αλλοιώσεις στον τράχηλο της μήτρας. Για τη χορήγηση του εμβολίου απαιτείται ένα τεστ Παπ και μια γυναικολογική εξέταση^{13,14}.

1.7 Πρόγνωση

Η πρόγνωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι άριστη, εάν διαγνωσθεί σε αρχικό στάδιο. Αν ο καρκίνος περιορίζεται μόνο στον τράχηλο - και σ' αυτό το στάδιο παραμένει για αρκετά χρόνια πριν αναπτυχθεί - η θεραπεία προσφέρει πλήρη ίαση στη γυναίκα δηλαδή **5/ετή επιβίωση 100%**.

Επομένως, όλες οι γυναίκες μετά την ηλικία των 20-25 ετών ή καλύτερα με την έναρξη των ερωτικών τους επαφών, συνιστάται να κάνουν ένα πρώτο Pap-test, το οποίο μπορούν να επαναλαμβάνουν κάθε χρόνο. Η θεραπεία προκαρκινικών σταδίων είναι απλή, ασφαλής, συχνά μη ακρωτηριαστική και συνήθως οδηγεί στην πλήρη ίαση^{2,6}.



1.8 Πρόληψη

Εικόνα 6. Δοκιμασία

Παπανικολάου(πηγή:

www.hopkinsmedicine.org.

Έχουμε ήδη αναφερθεί στο πόσο μεγάλη σημασία έχει να γίνεται συστηματικά το τεστ Παπανικολάου. Το τεστ αυτό μπορεί να ζώσει ζωές φτάνει να γίνεται τουλάχιστο μια φορά κάθε χρόνο στις γυναίκες από την έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας έως 65 ετών και μετά ακόμη, μαζί με τη γυναικολογική εξέταση. Η ετήσια επίσκεψη στο γυναικολόγο για το τεστ Παπανικολάου και την εξέταση των οργάνων της πυέλου είναι το καλύτερο μέτρο πρόληψης, αφού με αυτά ανιχνεύονται προκαρκινικές καταστάσεις που μπορούν να αντιμετωπισθούν. Ακόμα και αν αυτές εξελιχθούν σε καρκίνο, έχει πάντα σημασία να διαγνωσθεί σε όσο το δυνατό αρχικό στάδιο^{2,15}.

Το τεστ Παπανικολάου είναι απλή εξέταση γιατί η λήψη του:

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

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας μπορεί να προληφθεί και μπορεί να ιαθεί εάν ανιχνευθεί έγκαιρα.

Ο προσυμπτωματικός έλεγχος του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι προτεραιότητα για την ευρωπαϊκή δημόσια υγεία⁽¹⁾

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

2.1 Σκοπός και στόχοι της έρευνας και της παρέμβασης

Σκοπός

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας (ΚΤΜ) είναι ο πέμπτος σε συχνότητα καρκίνος που παρατηρείται στις γυναίκες ενώ τα προηγούμενα χρόνια ήταν ο δεύτερος σε συχνότητα. Ο μέσος όρος ηλικίας στην οποία παρατηρείται είναι γύρω στα 52 χρόνια².

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι ένας από τους καρκίνους του γυναικείου γεννητικού συστήματος που προκαλεί αρκετούς θανάτους. Η συχνότητα του συνεχώς μειώνεται τόσο στις αναπτυγμένες όσο και στις αναπτυσσόμενες χώρες. Οι διαφορές είναι μεγάλες μεταξύ ανεπτυγμένων και αναπτυσσόμενων χωρών, με τις αναπτυσσόμενες να έχουν πολλά περισσότερα κρούσματα. Η μείωση της συχνότητας οφείλεται στον εντατικό προσυμπτωματικό έλεγχο. Ωστόσο συνεχίζει να προκαλεί θανάτους^{16,17}.

Η δευτερογενής πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, επιτρέπει τη διάγνωση της νόσου σε πρώιμο στάδιο και την ανίχνευση πρόδρομων βλαβών, οι οποίες εφόσον εξαλειφθούν, αποτρέπουν την εξέλιξη της νόσου.

Σκοπός της έρευνας αυτής είναι η ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του γυναικείου πληθυσμού με συγκεκριμένη μεθοδολογία αγωγής υγείας, με στόχο την κινητοποίησή του προκειμένου να προβεί σε έλεγχο της υγείας του, κάνοντας τις απαραίτητες εξετάσεις.

Η χρησιμότητα της έρευνας αυτής έγκειται στο γεγονός ότι πραγματοποιήθηκε σε περιοχές στις οποίες δεν γίνονται συχνά ενημερωτικές παρεμβάσεις. Επίσης, στους νομούς αυτούς δεν υπάρχουν στοιχεία σχετικά με την υιοθέτηση υγιών συμπεριφορών και στάσεων, αναφορικά με την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

Επιμέρους στόχοι

Οι επιμέρους στόχοι αυτής της παρέμβασης συνοψίζονται παρακάτω:

α. Παροχή γνώσεων σχετικά με τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Υπάρχει ισχυρή συσχέτιση μεταξύ γνώσεων για μια νόσο και υγιούς συμπεριφοράς πρόληψης της νόσου¹⁸.

β. Αλλαγή πεποιθήσεων και στάσεων αναφορικά με τη νόσο. Η προαγωγή υγείας χρησιμοποιεί την ενημέρωση, προκειμένου να αλλάξει υπάρχουσες στάσεις και πεποιθήσεις^{19,20}.

γ. Αλλαγή συμπεριφοράς όσον αφορά στην υποβολή των γυναικών στις απαραίτητες εξετάσεις. Ο ρόλος της ενημέρωσης είναι πολύ σημαντικός στο να προάγει μελλοντικές υγιείς συμπεριφορές^{21,22}.

δ. Αξιολόγηση της παραδοσιακής προσέγγισης αγωγής υγείας που χρησιμοποιήθηκε.

ε. Διατύπωση συμπερασμάτων και προτάσεων προς τα όργανα που ασχολούνται με το σχεδιασμό πολιτικών παροχής υγείας, μέσω

της ανάδειξης και επισήμανσης προβλημάτων που πιθανώς αποτελούν εμπόδια στην πραγματοποίηση των απαραίτητων εξετάσεων.

2.2 Υλικό και μέθοδος

Υλικό

Για την πραγματοποίηση της έρευνας επιλέχθηκε ο γυναικείος πληθυσμός των νομών Αρκαδίας και Λακωνίας. Το υλικό αποτέλεσαν 300 γυναίκες (150 σε κάθε νομό). Η επαφή με τις γυναίκες αυτές έγινε κυρίως μέσω των τοπικών συλλόγων γυναικών.

Η παρέμβαση στο νομό Λακωνίας πραγματοποιήθηκε από την ερευνήτρια στη Σπάρτη, στην έδρα του τοπικού συλλόγου γυναικών, κατά τη διάρκεια των εκδηλώσεων για την κοπή της πρωτοχρονιάτικης πίτας και στη Σκάλα Λακωνίας, στην έδρα του τοπικού γυναικείου συλλόγου. Στο νομό Αρκαδίας υλοποιήθηκε από άλλη ερευνήτρια στην Τρίπολη, στην έδρα του τοπικού συλλόγου γυναικών, κατά τη διάρκεια των εκδηλώσεων για την κοπή της πρωτοχρονιάτικης πίτας και στην αίθουσα εκδηλώσεων της Διοίκησης Υγειονομικής Περιφέρειας Πελοποννήσου. Το εποπτικό υλικό που χρησιμοποιήθηκε ήταν το ίδιο και στους δύο νομούς. Διερευνήθηκαν οι γνώσεις, οι πεποιθήσεις και η συμπεριφορά υγείας των συγκεκριμένων γυναικών σε σχέση με τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, με κοινό και για τους δυο νομούς ερωτηματολόγιο.

Μέθοδος

Τα στάδια που ακολουθήθηκαν στην παρούσα έρευνα ήταν τα εξής:

- Διαμόρφωση του σχεδίου έρευνας (επιλογή του πληθυσμού αναφοράς, επιλογή μεθόδου αγωγής υγείας, επιλογή των κατάλληλων εργαλείων, μετά από μελέτη της σχετικής βιβλιογραφίας και σχεδιασμός του τρόπου συγκέντρωσης των στοιχείων).
- Εφαρμογή του παραπάνω σχεδίου έρευνας και συγκέντρωση των στοιχείων.
- Ανάλυση των δεδομένων με στατιστικές μεθόδους.
- Ερμηνεία των αποτελεσμάτων της στατιστικής ανάλυσης και εξαγωγή συμπερασμάτων.

Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε ακολουθεί το γνωστικό μοντέλο και συγκεκριμένα το μοντέλο πεπτοιθήσεων για την υγεία (Health Belief Model HBM). Στοχεύει στην αλλαγή της συμπεριφοράς ως αποτέλεσμα μιας διαδικασίας ορθολογιστικής πληροφόρησης, με ιδιαίτερη έμφαση στην ατομική απόκτηση γνώσεων, αναφορικά με τη νόσο^{23,24}.

Τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν είναι τα εξής:

1. Διάλεξη με τη βοήθεια προγράμματος παρουσιάσεων ηλεκτρονικού υπολογιστή (power point).
2. Διανομή ενημερωτικών φυλλαδίων του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης σχετικά με την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.
3. Ερωτηματολόγιο κλειστού τύπου (παράρτημα 1).

Η διάλεξη προσαρμόστηκε στις ανάγκες και τα ενδιαφέροντα της ομάδας στόχου και το ακροατήριο είχε την ευκαιρία να κάνει ερωτήσεις και να συζητήσει σε βάθος το θέμα. Το πρόγραμμα παρουσιάσεων ηλεκτρονικού υπολογιστή, που χρησιμοποιήθηκε, ενίσχυσε οπτικά το προφορικό μέρος της διάλεξης. Η παρέμβαση περιελάμβανε πληροφορίες σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου πρόκλησης καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Αναφερόταν στους τρόπους έγκαιρης διάγνωσης της νόσου, ενημερώνοντας για το κάθε πότε πρέπει να γίνεται test – pap και εξέταση από ειδικό ιατρό.

Για το σχεδιασμό του ερωτηματολογίου συνεργάστηκε ομάδα επιστημόνων διαφόρων ειδικοτήτων (κοινωνιολόγος, ιατρός, νοσηλεύτρια, στατιστικός). Μελετήθηκε η σχετική βιβλιογραφία και επιλέχθηκε ειδικό σταθμισμένο ερωτηματολόγιο από άρθρο ξενόγλωσσου επιστημονικού περιοδικού²⁵.

Για τη μετάφραση στα ελληνικά ακολουθήθηκε η διαδικασία που προτείνει η Επιτροπή SAC (Trust's Scientific Advisory Committee). Σύμφωνα με τις οδηγίες της SAC, έγιναν δύο ανεξάρτητες μεταφράσεις, αρχικά από το πρωτότυπο (αγγλικό) κείμενο στα ελληνικά (forward translation) και ακολούθως αντίστροφα (backward translation). Ακολούθησε η αξιολόγηση του αποτελέσματος από την προαναφερθείσα διεπιστημονική ομάδα. Η εκδοχή του ερωτηματολογίου που προέκυψε, δοκιμάστηκε πιλοτικά σε ένα μικρό αριθμό ατόμων (5), σε μια προσπάθεια να διευκρινιστεί αν τα ερωτήματα γίνονται καλώς αντιληπτά από τις ερωτώμενες και αν οι ερωτήσεις γίνονται αντιληπτές στα ελληνικά με τον ίδιο τρόπο που γίνονται και στα αγγλικά. Τα συμπεράσματα που προέκυψαν από την πιλοτική αυτή μελέτη, καθόρισαν και την τελική μορφή της ελληνικής εκδοχής του ερωτηματολογίου^{26,27}.

Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει μια σειρά κλειστών ερωτήσεων, που αναπτύσσονται σε δύο ενότητες. Στην πρώτη ενότητα αναφέρονται τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος και στη δεύτερη ερευνώνται οι γνώσεις και οι πεποιθήσεις των ερωτηθέντων σχετικά με τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και τις μεθόδους έγκαιρης διάγνωσής του.

Στα δημογραφικά στοιχεία συμπεριλαμβάνονται ερωτήσεις σχετικές με την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, τον αριθμό παιδιών, το αν έχουν θηλάσει, την υπηκοότητα, το επάγγελμα, το ασφαλιστικό ταμείο, την ύπαρξη ιδιωτικής ασφάλισης υγείας, τις γραμματικές γνώσεις, το μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα, τον τόπο κατοικίας, τον αριθμό ατόμων που ζουν μαζί με τις ερωτώμενες και την ύπαρξη άλλων προβλημάτων υγείας.

Στη δεύτερη ενότητα οι ερωτήσεις αφορούν στη γνώση των ερωτηθέντων για τις μεθόδους έγκαιρης διάγνωσης καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και στις πεποιθήσεις τους αναφορικά με:

- Το πόσο ευπαθείς νομίζουν ότι είναι απέναντι στη νόσο (έχω πολλές πιθανότητες να πάθω καρκίνο του τραχήλου της μήτρας).
- Το κόστος που συνεπάγεται η υιοθέτηση της υγιούς συμπεριφοράς (το να κάνω test – pap θα με κάνει να ανησυχώ χωρίς λόγο για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας).
- Το όφελος που συνεπάγεται η υιοθέτηση της υγιούς συμπεριφοράς (όσο περισσότερες γυναίκες ελέγχονται συστηματικά, τόσο λιγότεροι θάνατοι από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας θα παρατηρούνται).
- Τα εμπόδια για την πραγματοποίηση των απαραίτητων εξετάσεων (νομίζω ότι θα πονέσω κάνοντας test - pap).

Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από τις ίδιες τις γυναίκες που συμμετείχαν στο πρόγραμμα (μέθοδος αυτοσυμπληρώμενου ερωτηματολογίου) και συλλέχθηκαν αμέσως μετά τη συμπλήρωσή τους. Δόθηκαν διευκρινήσεις σχετικά με τη σκοπιμότητα της έρευνας, τονίστηκε η σημαντικότητα συμμετοχής τους, υπογραμμίστηκε η ανάγκη ειλικρινών απαντήσεων, ζητήθηκε η συμπλήρωση όλων των ερωτήσεων και επισημάνθηκε η ανωνυμία του ερωτηματολογίου.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε τρεις φάσεις:

- Η πρώτη φάση υλοποιήθηκε στα μέσα Ιανουαρίου 2006. Έγινε εκτίμηση αναγκών, διερευνώντας τις γνώσεις και πεποιθήσεις των γυναικών σε σχέση με τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Ως εργαλείο χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο. Τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου, μας καθοδήγησαν στη διαμόρφωση του περιεχομένου του προγράμματος. Αμέσως μετά πραγματοποιήθηκαν διαλέξεις σε συλλόγους γυναικών στους νομούς Αρκαδίας και Λακωνίας, με τη βοήθεια προγράμματος παρουσιάσεων ηλεκτρονικού υπολογιστή (power point) και διανομή ενημερωτικών φυλλαδίων του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Συνολικά ενημερώθηκαν 300 γυναίκες και στους δύο νομούς. Η συντριπτική πλειοψηφία των γυναικών παρακολούθησε με ενδιαφέρον την παρέμβαση. Έγιναν πολλές ερωτήσεις σχετικά με την κλινική εικόνα της νόσου, τα συμπτώματα και τις κατηγορίες των γυναικών που διατρέχουν υψηλό κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Αρκετές γυναίκες παρουσίασαν ως εμπόδιο για την

πραγματοποίηση του test – rap την αίσθηση του πόνου και της ντροπής. Τέλος, από μεγαλύτερες σε ηλικία γυναίκες εκφράστηκε η προτίμηση να εξετάζονται από γυναίκα ιατρό.

- Κατά τη διάρκεια της δεύτερης φάσης έγινε αξιολόγηση του άμεσου αποτελέσματος της παρέμβασης (αλλαγή στις γνώσεις, πεπιοθήσεις και στάσεις), με τη βοήθεια του ίδιου ερωτηματολογίου, που είχε χρησιμοποιηθεί και πριν από την παρέμβαση. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου έγινε μετά το τέλος της διάλεξης. Γενικά υπήρξε προθυμία και ανταποκρισιμότητα της πλειοψηφίας των γυναικών κατά τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Ακούστηκαν ελάχιστα μόνο παράπονα για τον αριθμό των ερωτήσεων.
- Η τρίτη φάση υλοποιήθηκε περίπου έξι μήνες αργότερα, στο τέλος Ιουνίου 2006. Τότε έγινε η αξιολόγηση του τελικού αποτελέσματος με τη χρήση ερωτηματολογίου, το οποίο περιελάμβανε τις ίδιες ενότητες με το προηγούμενο και επιπλέον μια ενότητα που διερεύνησε την αλλαγή συμπεριφοράς, ως προς την υποβολή στις απαραίτητες εξετάσεις. Στη φάση αυτή υπήρξε δυσκολία συγκέντρωσης όλων των γυναικών που είχαν συμμετάσχει στις δύο προηγούμενες φάσεις. Τελικά καταφέραμε να συγκεντρώσουμε 270 από τις 300 γυναίκες που ενημερώθηκαν αρχικά (138 από την Αρκαδία και 132 από τη Λακωνία).

Η στατιστική ανάλυση έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS for Windows (version 10.0.1) statistical software (SPSS Inc., Chicago, IL). Αρχικά έγιναν απλοί έλεγχοι συσχετίσεων για να διερευνηθεί εάν κάποιο από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά σχετίζονταν με τα ερωτήματα. Οι μεταβλητές που σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά εισήχθησαν σε ένα μοντέλο πολλαπλής

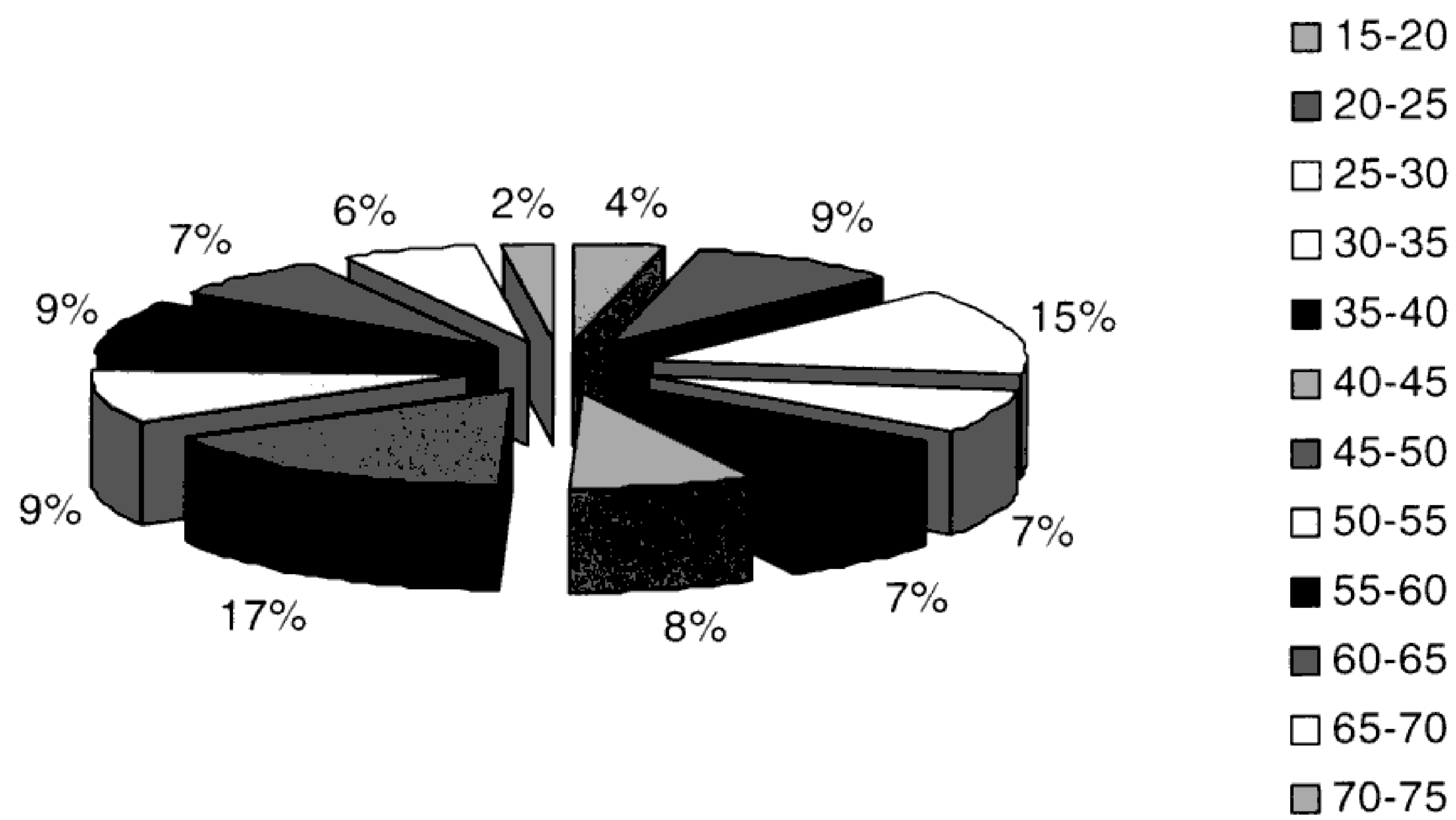
γραμμικής (ερωτήματα 1^{ης} και 2^{ης} φάσης) ή πολλαπλής λογιστικής παλινδρόμησης (ερωτήματα 3^{ης} φάσης), για να εξουδετερωθεί η συγχυτική επίδραση που μπορεί να ασκεί κάθε μία μεταβλητή στη σχέση της άλλης με το αποτέλεσμα και να φανεί ποιες μεταβλητές σχετίζονται πραγματικά.

Η απλή λογιστική παλινδρόμηση χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο της σχέσης μίας μεταβλητής με ένα διχοτόμο αποτέλεσμα. Η δοκιμασία Mann-Witney χρησιμοποιήθηκε για να ελεγχθεί εάν μία ποσοτική μεταβλητή που δεν ακολουθούσε την κανονική κατανομή διαφέρει ανάμεσα σε δύο κατηγορίες, ενώ η δοκιμασία Kruskal Wallis για το εάν διαφέρει σε 3 ή περισσότερες κατηγορίες. Η δοκιμασία συσχέτισης του Spearman χρησιμοποιήθηκε για να ελεγχθεί εάν δύο ποσοτικές, μη κανονικές, μεταβλητές σχετίζονταν. Στατιστικά σημαντικές θεωρήθηκαν οι συσχετίσεις για τις οποίες οι τιμές του παρατηρούμενου επιπέδου σημαντικότητας (P) ήταν μικρότερες ή ίσες με 0,05, ενώ ο έλεγχος κανονικότητας έγινε με τη στατιστική δοκιμασία Kolmogorov-Smirnov.

Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται με τη μορφή γραφημάτων και πινάκων και ακολουθεί ερμηνεία των ευρημάτων της έρευνας.

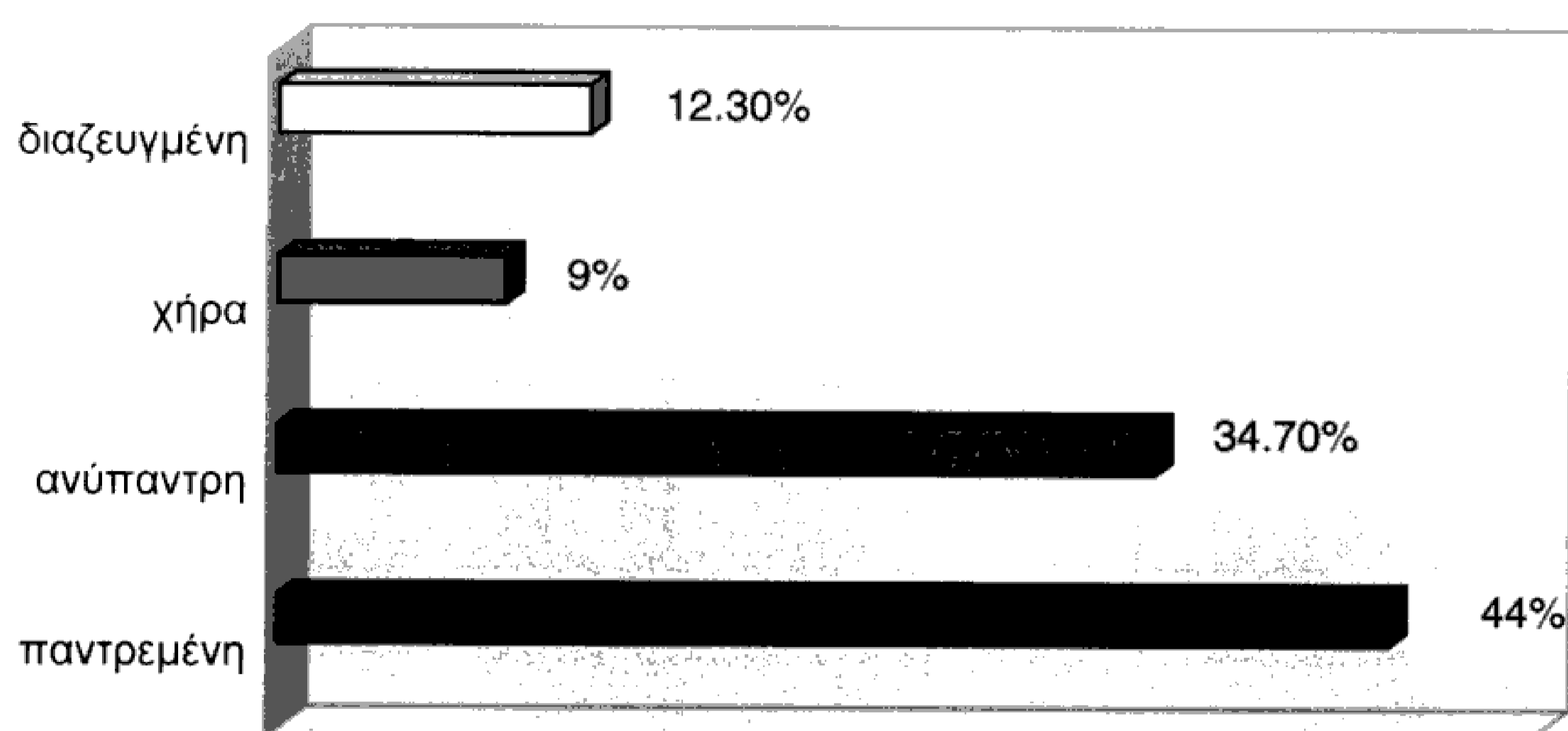
2.3 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Γράφημα 7 : Ηλικιακή κατανομή των γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα.



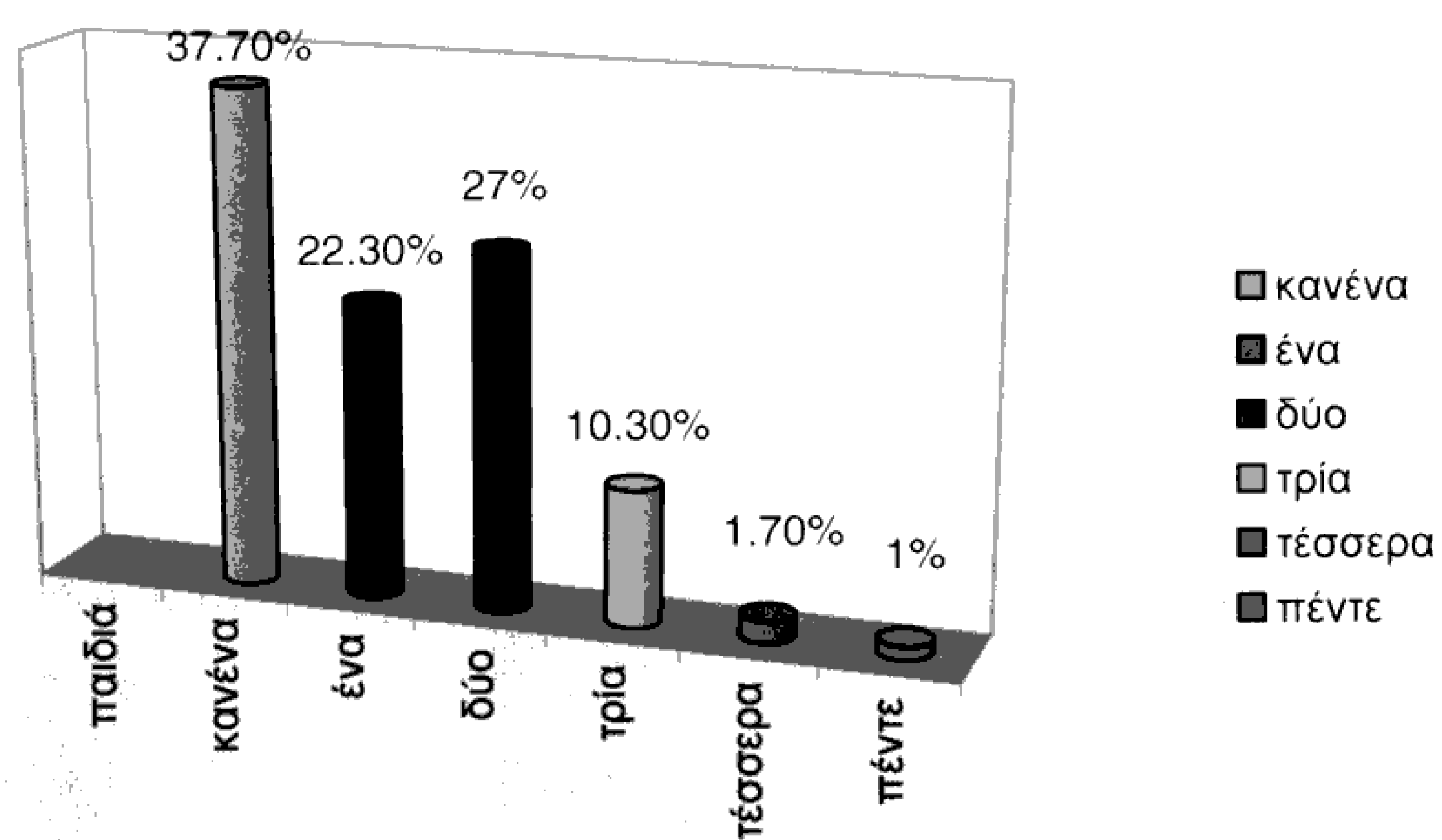
Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων γυναικών ανήκει στις ηλικιακές ομάδες από 25-30 ετών (ποσοστό 15%) και από 45-50 ετών (ποσοστό 17%). Το μικρότερο ποσοστό παρατηρείται στην ηλικιακή ομάδα από 70-75 ετών (2%).

Γράφημα 8: Οικογενειακή κατάσταση συμμετεχόντων γυναικών



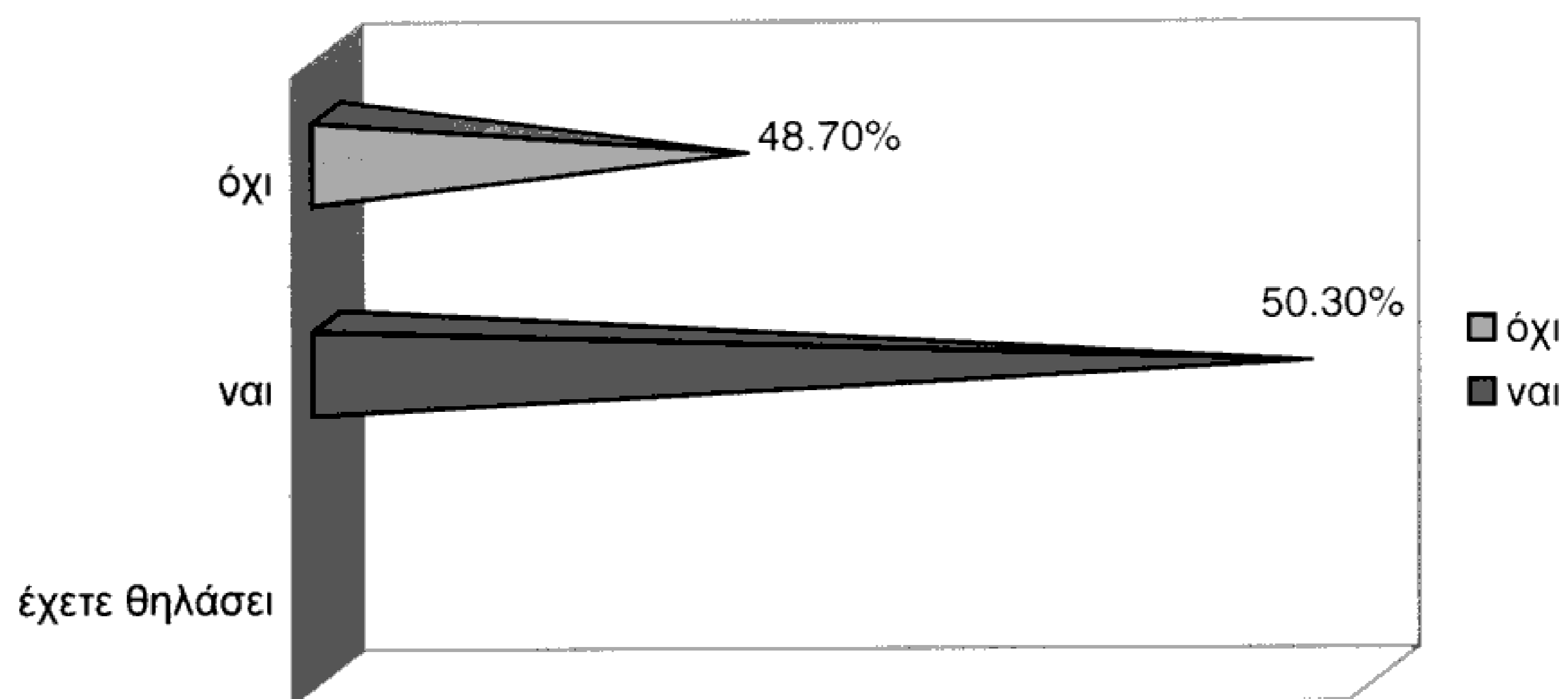
Οι περισσότερες από τις γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν παντρεμένες (ποσοστό 44%), ενώ οι ανύπαντρες αντιστοιχούν σε ποσοστό 34,70%. Η εκατοστιαία αναλογία των διαζευγμένων είναι 12,30%, ενώ το μικρότερο ποσοστό αντιστοιχεί στις χήρες (9%).

Γράφημα 9: Αριθμός παιδιών συμμετεχόντων γυναικών



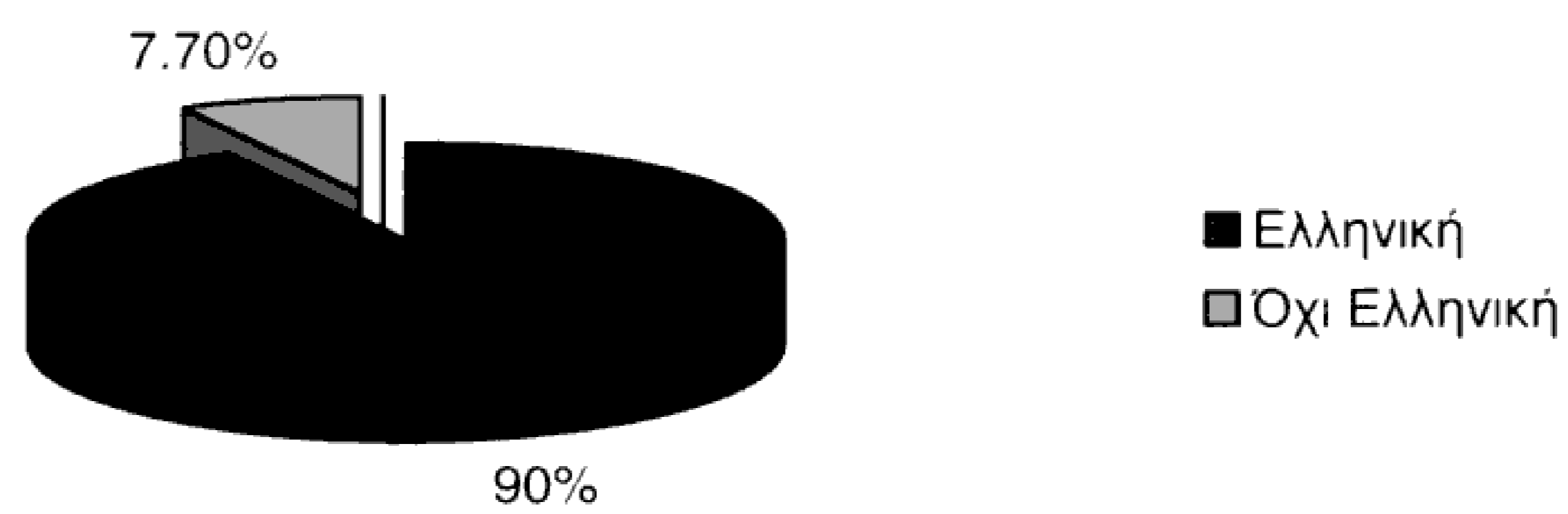
Οι περισσότερες γυναίκες δεν έχουν παιδιά (37,70%), ενώ ένα παιδί έχει το 22,30% και δύο παιδιά το 27%. Το μικρότερο ποσοστό αντιστοιχεί στις γυναίκες που έχουν πέντε παιδιά (1%).

Γράφημα 10: Εκατοστιαία αναλογία γυναικών με παιδιά, που έχουν θηλάσει.



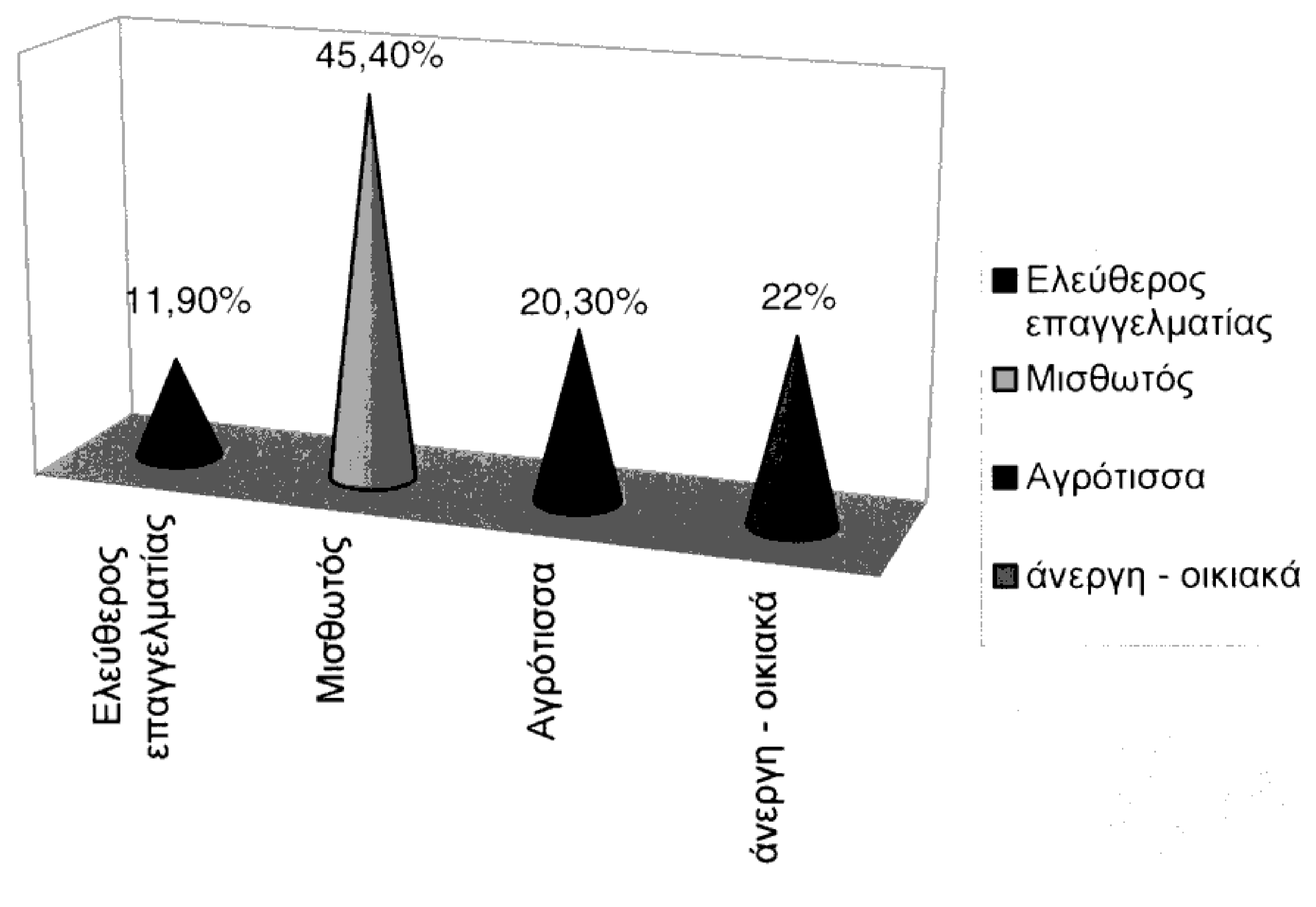
Οι περισσότερες γυναίκες με παιδιά έχουν θηλάσει (50,30%), ενώ το 48,70% δεν έχει θηλάσει. Το υπόλοιπο 1% δεν απάντησε στην ερώτηση.

Γράφημα 11: Εκατοστιαία αναλογία της υπηκοότητας των γυναικών.



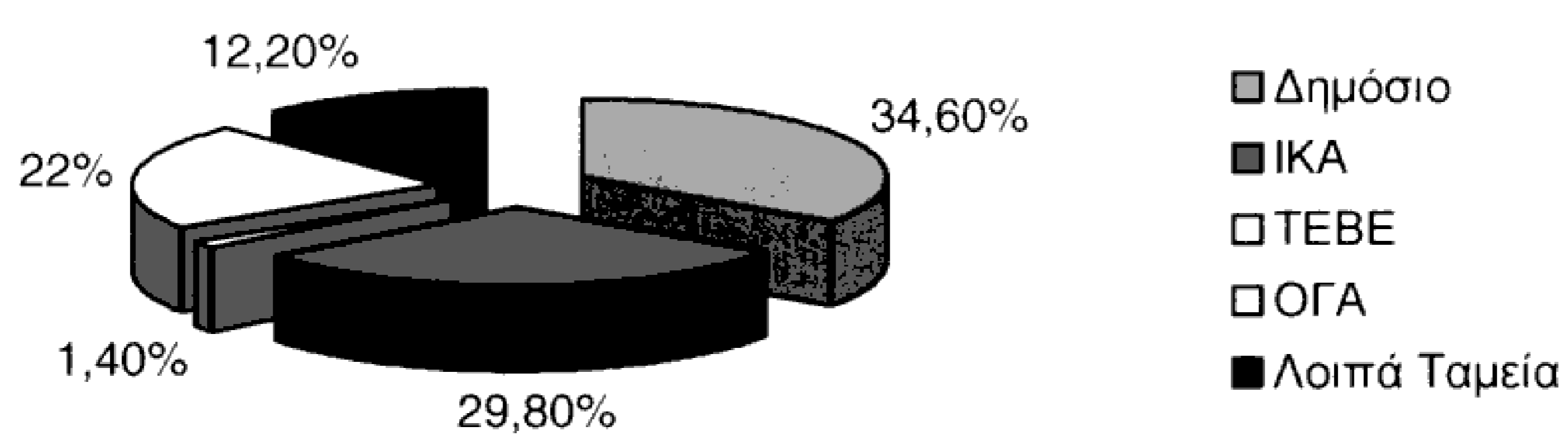
Οι περισσότερες γυναίκες έχουν ελληνική υπηκοότητα (90%), ενώ μόνο το 7,70% έχει ξένη υπηκοότητα. Το υπόλοιπο 2,30% δεν απάντησε στην ερώτηση.

Γράφημα 12: Εκατοστιαία αναλογία του επαγγέλματος των ερωτηθέντων γυναικών.



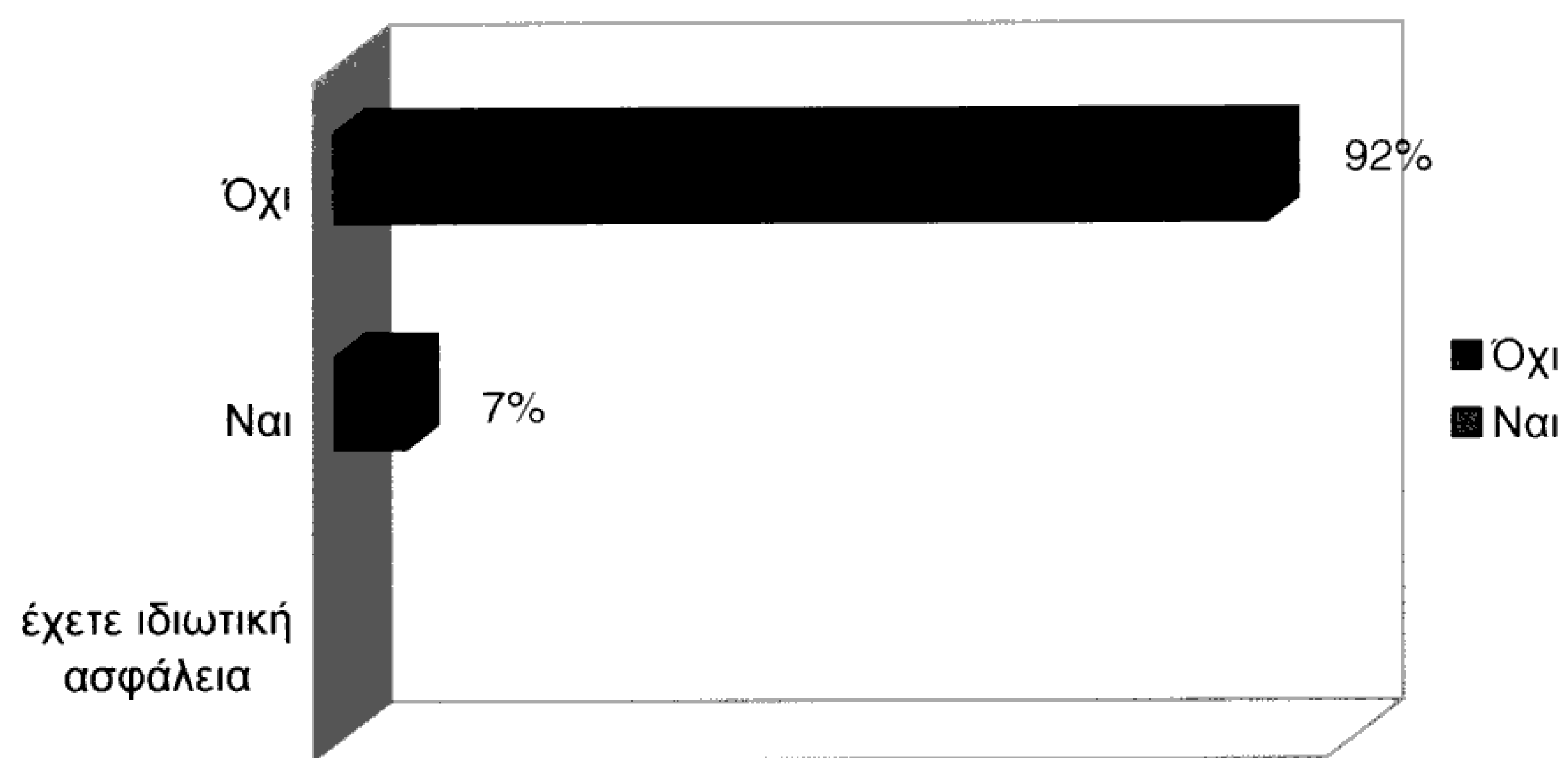
Οι περισσότερες γυναίκες είναι μισθωτές (45,40%). Οι γυναίκες που δεν εργάζονται ή ασχολούνται με τα οικιακά αντιστοιχούν στο 22%, οι αγρότισσες στο 20,30% και εκείνες που ασκούν ελεύθερο επάγγελμα στο 11,90%.

Γράφημα 13: Εκατοστιαία αναλογία ασφαλιστικού ταμείου των ερωτηθέντων γυναικών.



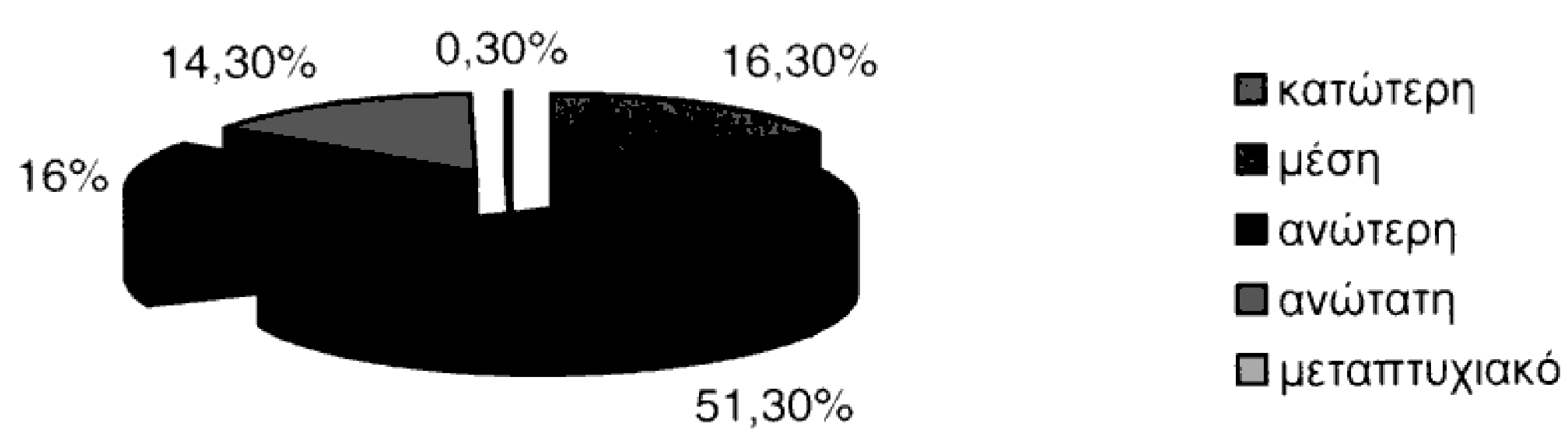
Οι περισσότερες γυναίκες υπάγονται στον ασφαλιστικό φορέα του Δημοσίου (34,60%), το 29,80% υπάγεται στο ΙΚΑ και το 22% στον ΟΓΑ. Το μικρότερο ποσοστό αντιστοιχεί στο ΤΕΒΕ (1,40%).

Γράφημα 14: Εκατοστιαία αναλογία των γυναικών που έχουν ιδιωτική ασφάλιση.



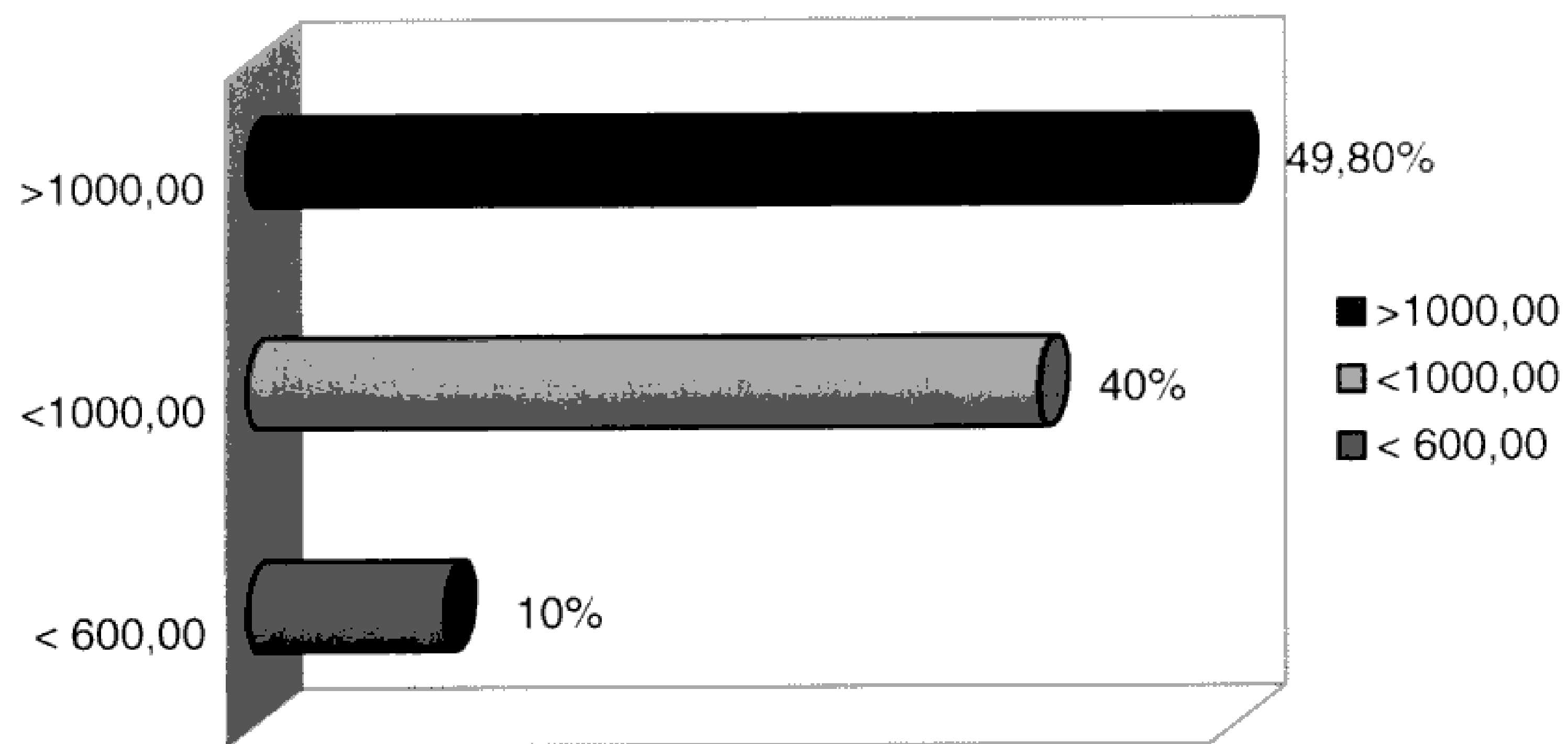
Το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών (92%) δεν έχει ιδιωτική ασφάλιση.

Γράφημα 15: Εκατοστιαία αναλογία επιπέδου σπουδών των ερωτηθέντων γυναικών.



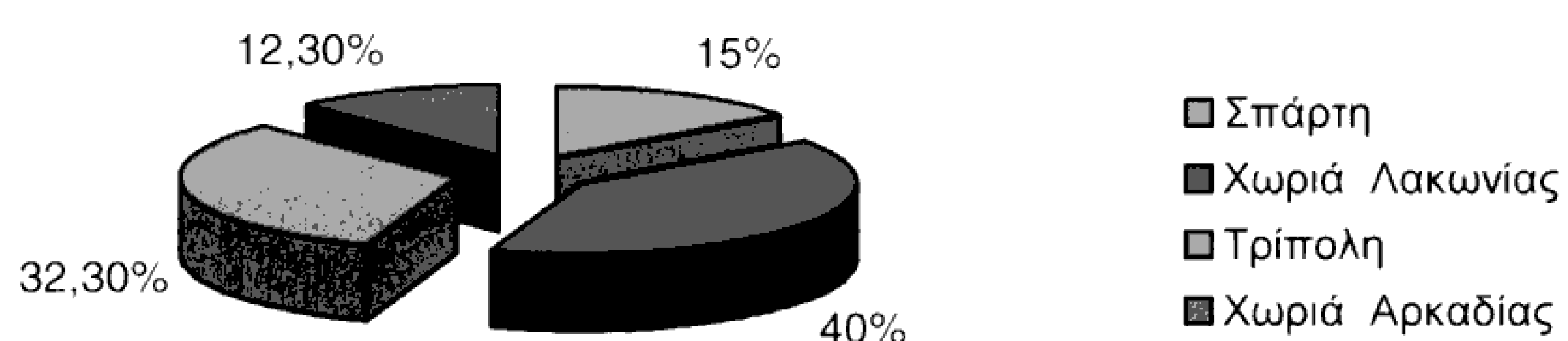
Οι περισσότερες γυναίκες έχουν μέση εκπαίδευση (51,30%), ενώ μόνο το 0,30% κατέχει μεταπτυχιακό τίτλο εκπαίδευσης. Το 14,30% έχει ανώτατη εκπαίδευση, το 16% έχει ανώτερη εκπαίδευση και το 16,30% κατώτερη εκπαίδευση.

Γράφημα 16: Εκατοστιαία αναλογία μηνιαίου οικογενειακού εισοδήματος.



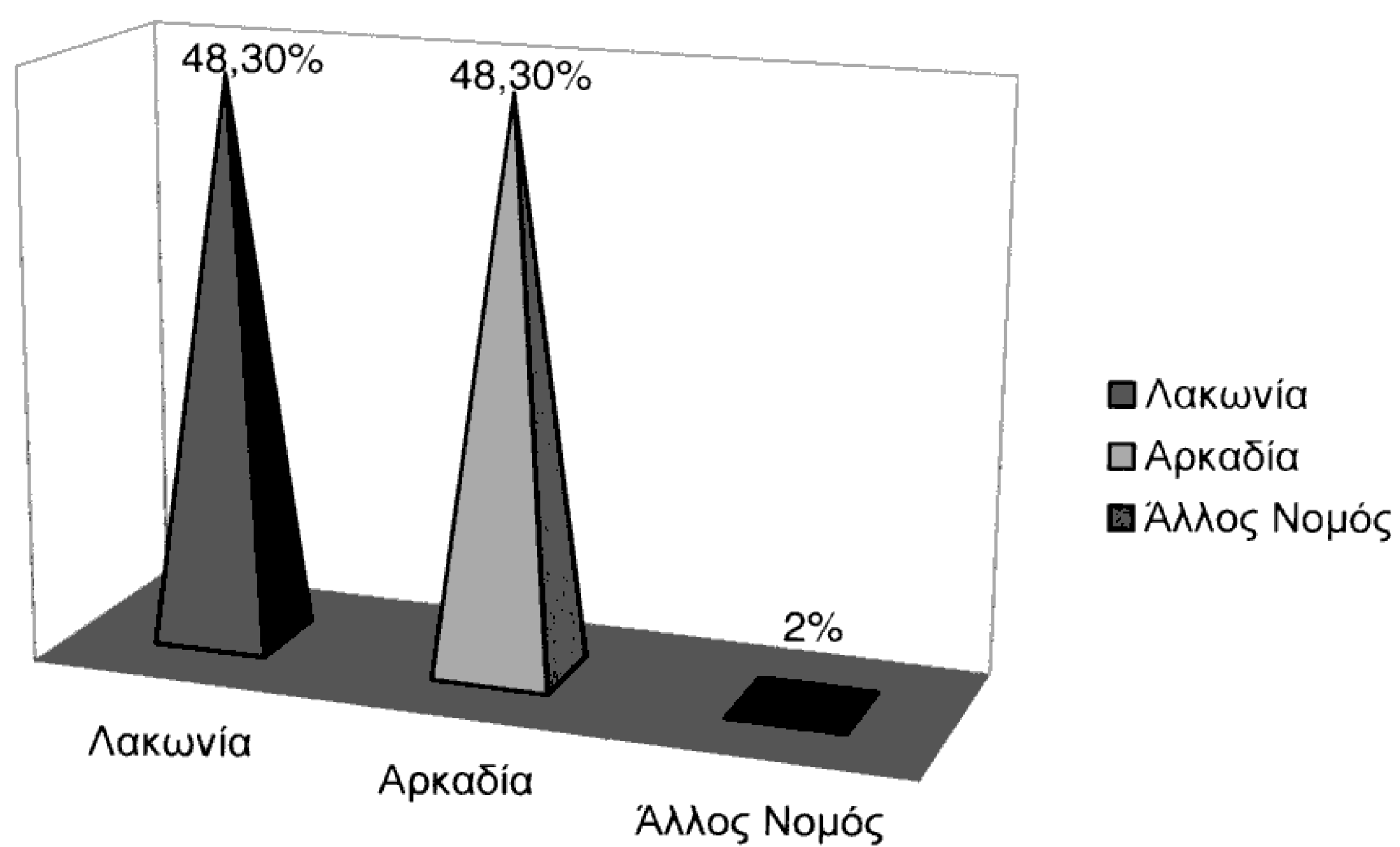
Οι περισσότερες γυναίκες έχουν μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα πάνω από 1000 ευρώ (49,80%). Το 40% έχει μηνιαίο εισόδημα μεταξύ 600 και 1000 ευρώ, ενώ το 10% έχει μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα κάτω από 600 ευρώ.

Γράφημα 17: Εκατοστιαία αναλογία της μόνιμης κατοικίας των ερωτηθέντων γυναικών.



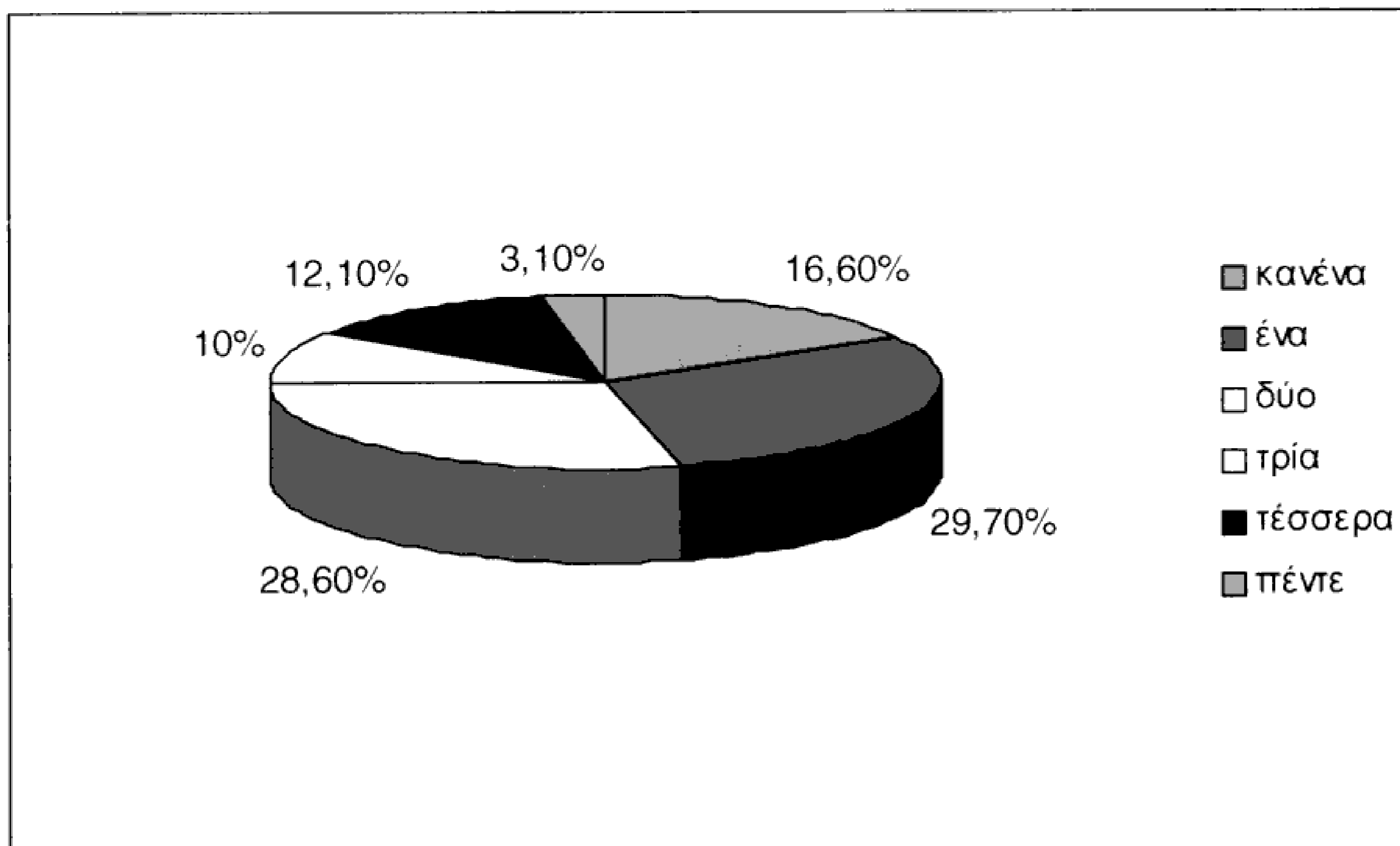
Το 40% των γυναικών κατοικεί σε χωριά του νομού Λακωνίας, ενώ το 15% στη Σπάρτη. Το 32,30% κατοικεί στην Τρίπολη και το 12,30% σε χωριά του νομού Αρκαδίας. Το υπόλοιπο 0,4% είναι κάτοικοι άλλων νομών.

Γράφημα 18: Εκατοστιαία αναλογία του νομού μόνιμης κατοικίας των συμμετεχόντων γυναικών.



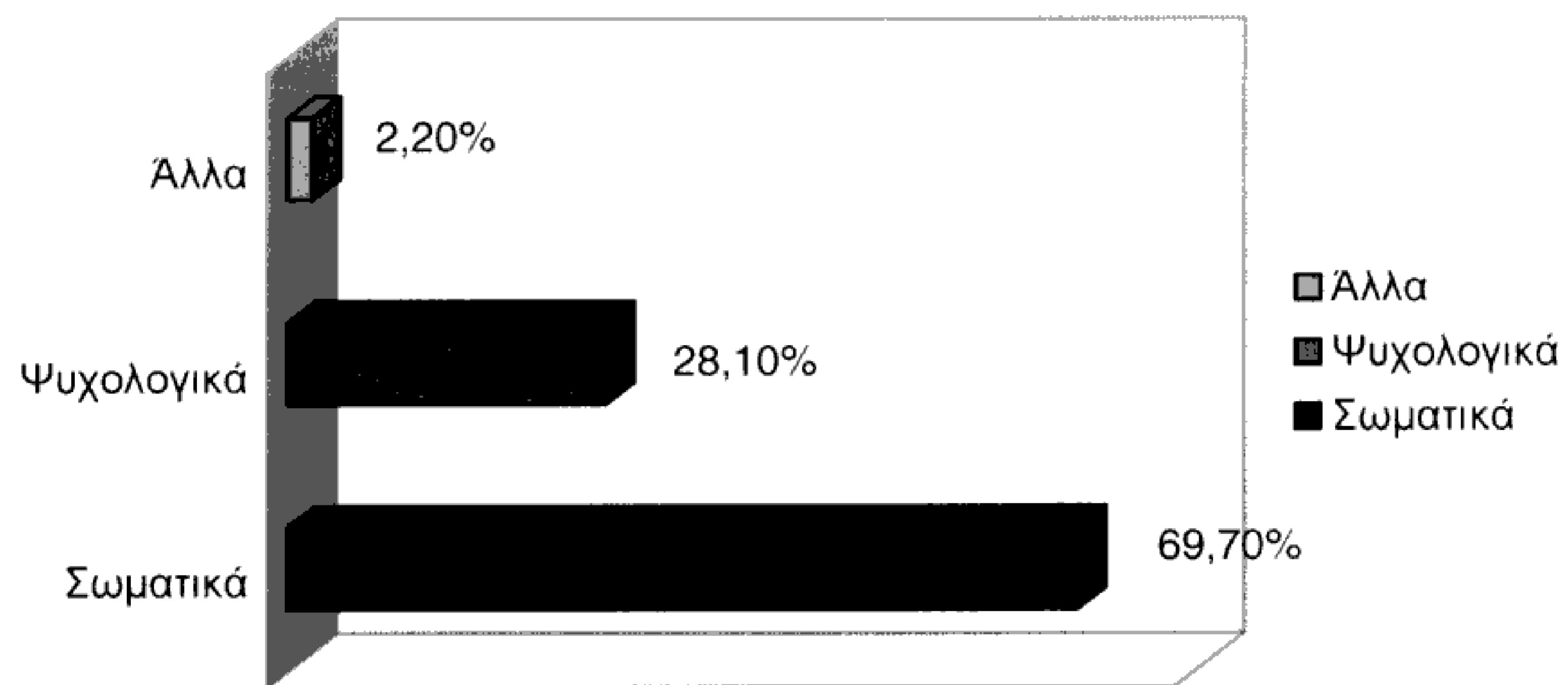
Στους νομούς Αρκαδίας και Λακωνίας κατοικεί το 48,30% αντίστοιχα, ενώ σε άλλο νομό το 2%.

Γράφημα 19: Εκατοστιαία αναλογία αριθμού ατόμων που ζουν μαζί με τις γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα.



Οι περισσότερες γυναίκες (29,70%) ζουν μαζί με ένα μόνο άτομο, το 28,60% ζει με δύο άτομα και το 16,60% με κανένα. Το 3,10% ζει με πέντε άτομα.

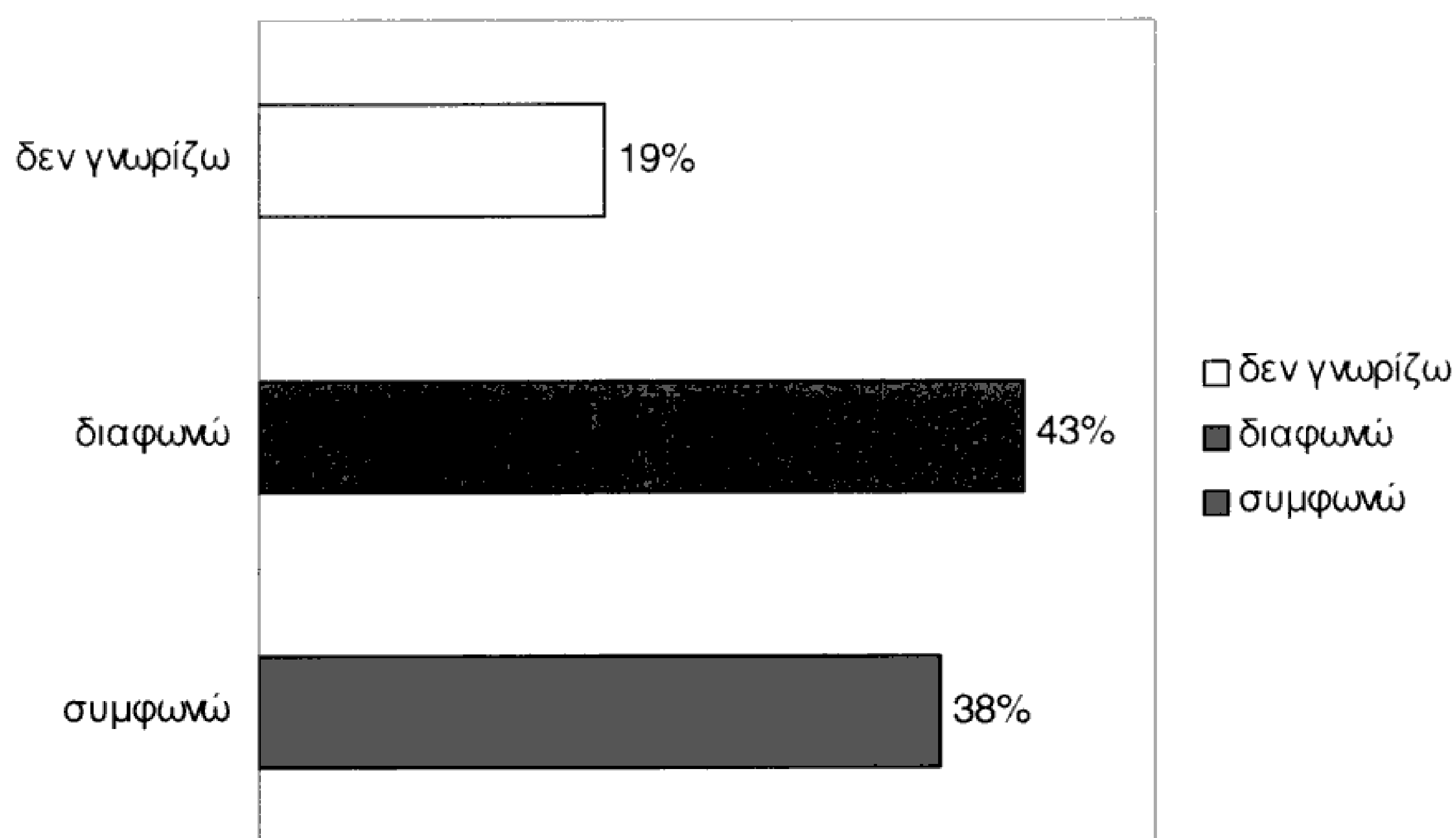
Γράφημα 20: Εκατοστιαία αναλογία ύπαρξης άλλων προβλημάτων υγείας.



Οι περισσότερες γυναίκες αναφέρουν σωματικά προβλήματα υγείας (69,70%), ενώ το 28,10% αναφέρει ψυχολογικά προβλήματα υγείας.

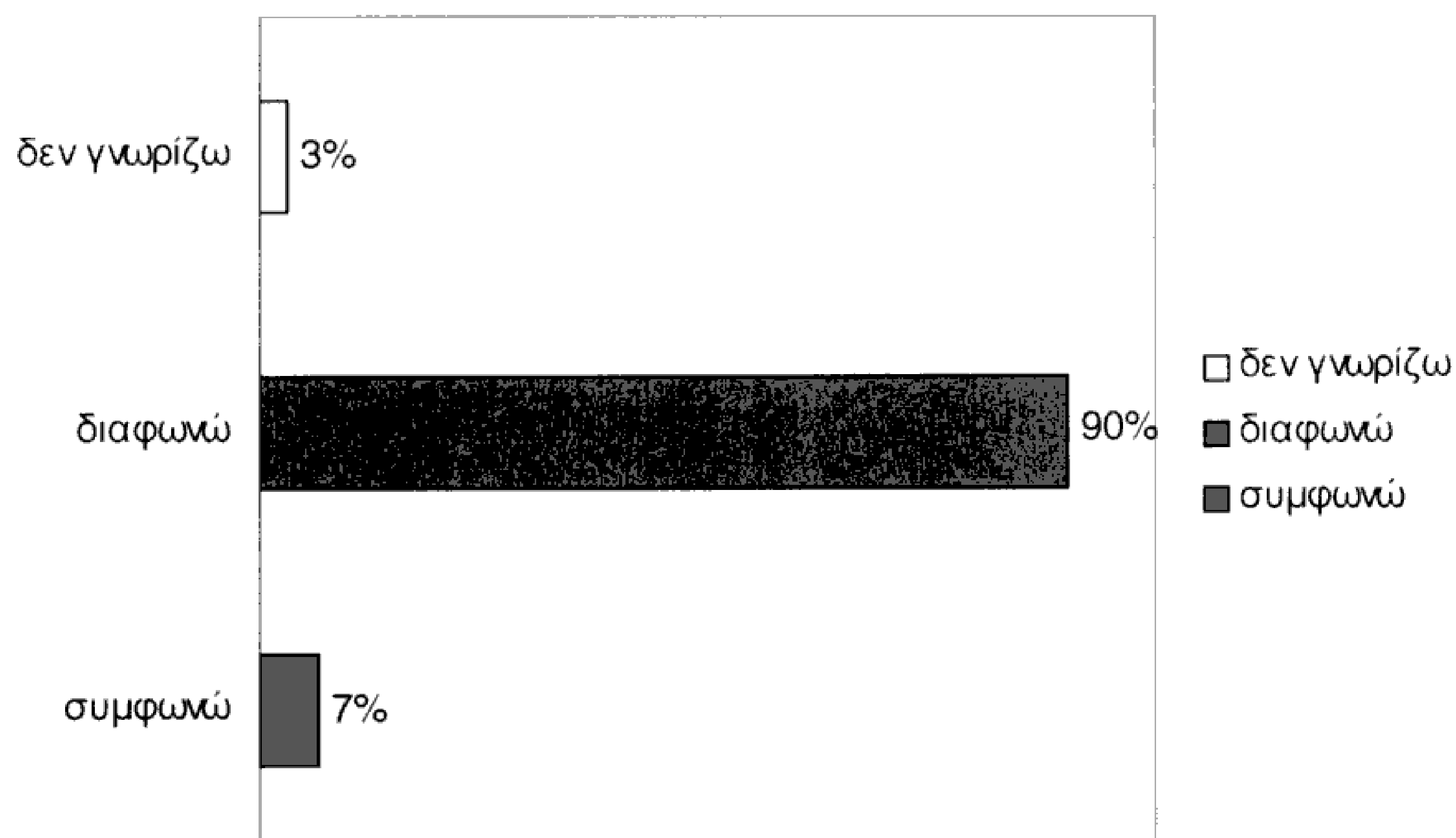
Γραφήματα 21α, 21β, 21γ: Εκατοστιαία αναλογία της πεποίθησης των γυναικών ότι είναι καλά στην υγεία τους, γι' αυτό δεν σκέπτονται καθόλου ότι ίσως κάποτε παρουσιάσουν καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

Γράφημα 21α: Πριν την παρέμβαση



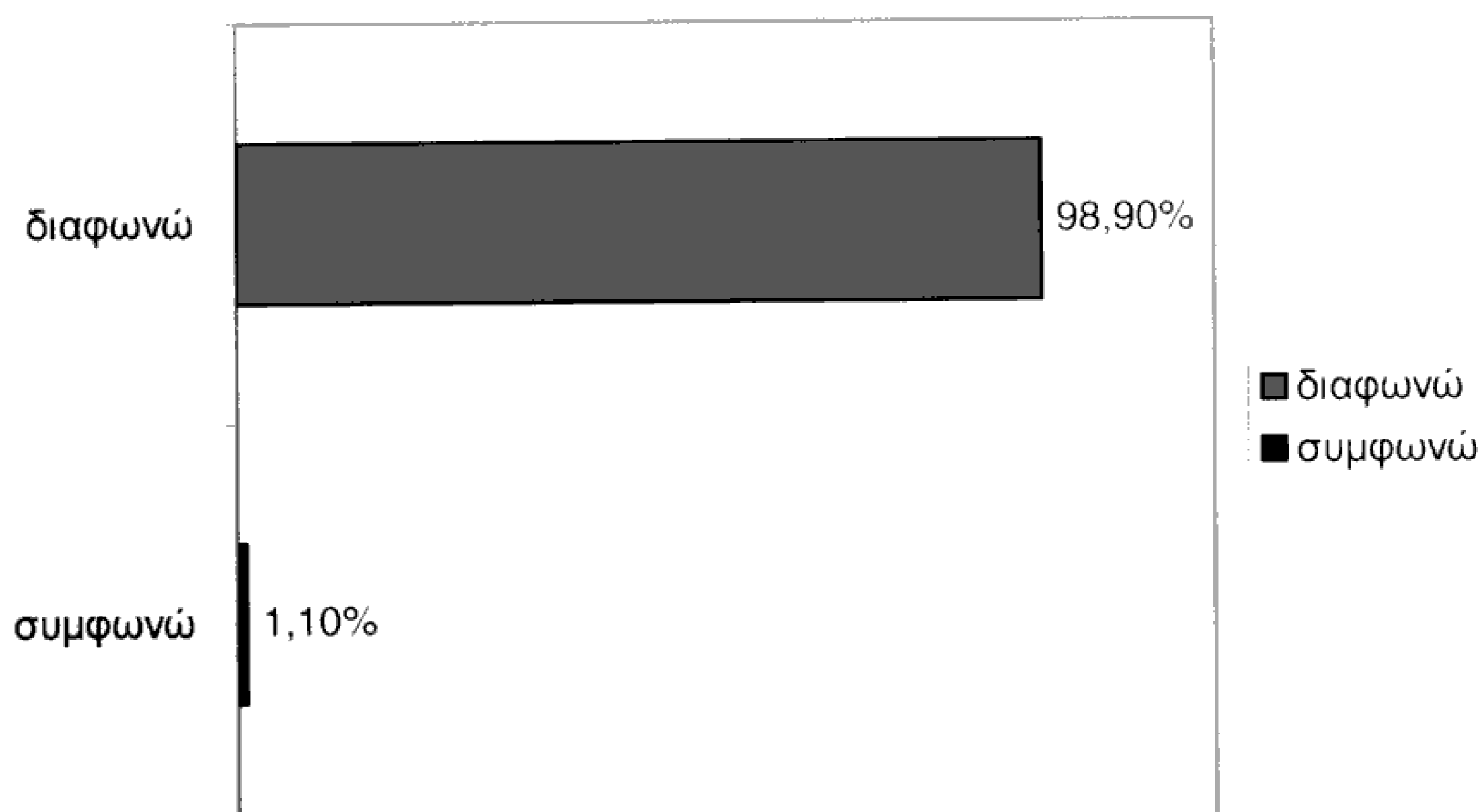
Το γράφημα αυτό αντιστοιχεί στις απαντήσεις που δόθηκαν κατά την πρώτη φάση της έρευνας, δηλαδή πριν από την παρέμβαση. Οι περισσότερες γυναίκες σκέπτονται ότι ίσως κάποτε παρουσιάσουν καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, παρότι είναι καλά στην υγεία τους (38%). Το 38% δεν σκέπτεται ότι ίσως κάποτε παρουσιάσει καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, ενώ το 19% δεν γνωρίζει. Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχετίσεων, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με τα εξής δημογραφικά στοιχεία: αριθμός παιδιών ($P=0,049$), κατηγορία εκπαίδευσης ($P<0,001$), νομός διαμονής ($P<0,001$). Στο πλαίσιο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, η συσχέτιση ήταν πραγματική και για τα τρία χαρακτηριστικά ($P=0,015$, $P<0,001$, $P<0,001$ αντίστοιχα). Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($P>0,05$) με τα παρακάτω δημογραφικά στοιχεία: ηλικία, εργασία, εισόδημα, τόπος κατοικίας, τα προβλήματα υγείας, οικογενειακή κατάσταση.

Γράφημα 21β: αμέσως μετά την παρέμβαση



Το γράφημα αυτό αντιστοιχεί στις απαντήσεις που δόθηκαν στη δεύτερη φάση της έρευνας, δηλαδή αμέσως μετά την παρέμβαση. Η συντριπτική πλειοψηφία των γυναικών σκέπτεται πως ίσως κάποτε παρουσιάσει καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, παρότι είναι καλά στην υγεία του (90%). Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχετίσεων, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με τα εξής δημογραφικά στοιχεία: αριθμός παιδιών ($P=0,001$), κατηγορία εκπαίδευσης ($P=0,006$), νομός διαμονής ($P<0,001$). Στο πλαίσιο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, η συσχέτιση ήταν πραγματική και για τα τρία χαρακτηριστικά ($P=0,024$, $P=0,001$, $P<0,001$ αντίστοιχα). Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($P>0,05$) με τα παρακάτω δημογραφικά στοιχεία: ηλικία, εργασία, εισόδημα, τόπος κατοικίας, τα προβλήματα υγείας, οικογενειακή κατάσταση.

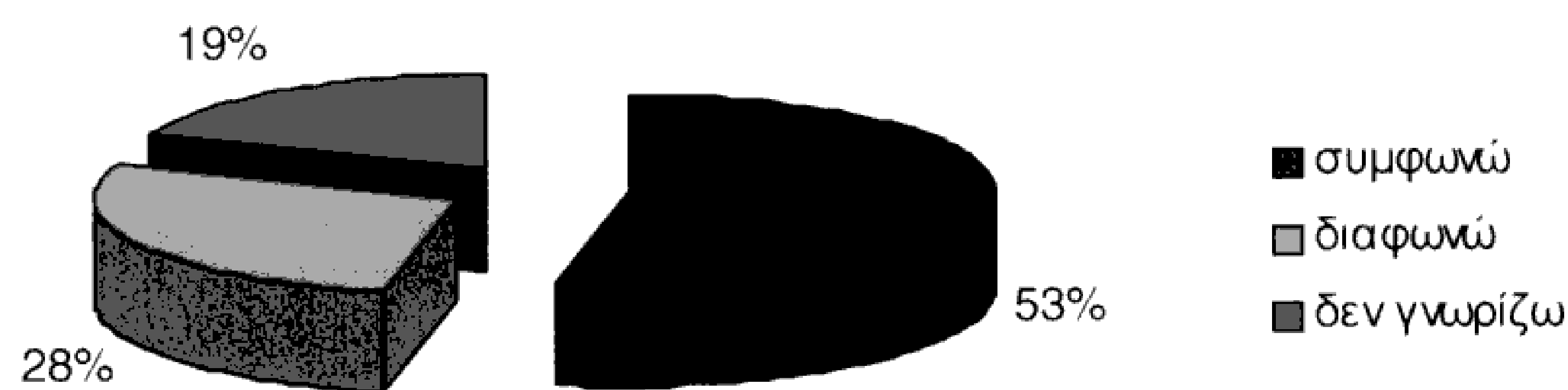
Γράφημα 21γ: 6 μήνες μετά την παρέμβαση



Το γράφημα αυτό αντιστοιχεί στις απαντήσεις που δόθηκαν κατά την τελευταία φάση της έρευνας, δηλαδή έξι μήνες μετά την παρέμβαση. Η μεγάλη πλειοψηφία των γυναικών (98,90%) σκέπτεται πως ίσως κάποτε παρουσιάσει καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχετίσεων, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με όλα τα δημογραφικά στοιχεία ($P < 0,001$). Στο πλαίσιο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, η συσχέτιση δεν ήταν πραγματική για κανένα από τα δημογραφικά στοιχεία ($P > 0,05$).

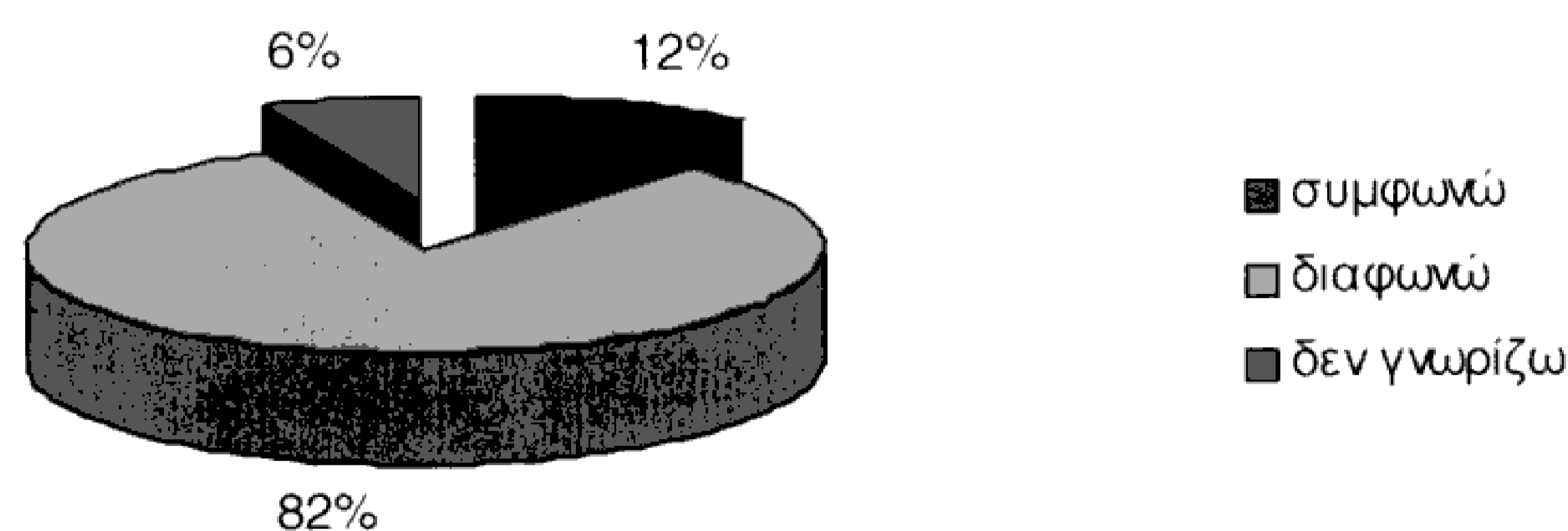
Γραφήματα 22α, 22β, 22γ: Εκατοστιαία αναλογία της άποψης των γυναικών ότι όταν μαθαίνουν πως μια γνωστή τους παρουσίασε καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, νομίζουν ότι ίσως κάποτε συμβεί και σε αυτές.

Γράφημα 22α: Πριν την παρέμβαση



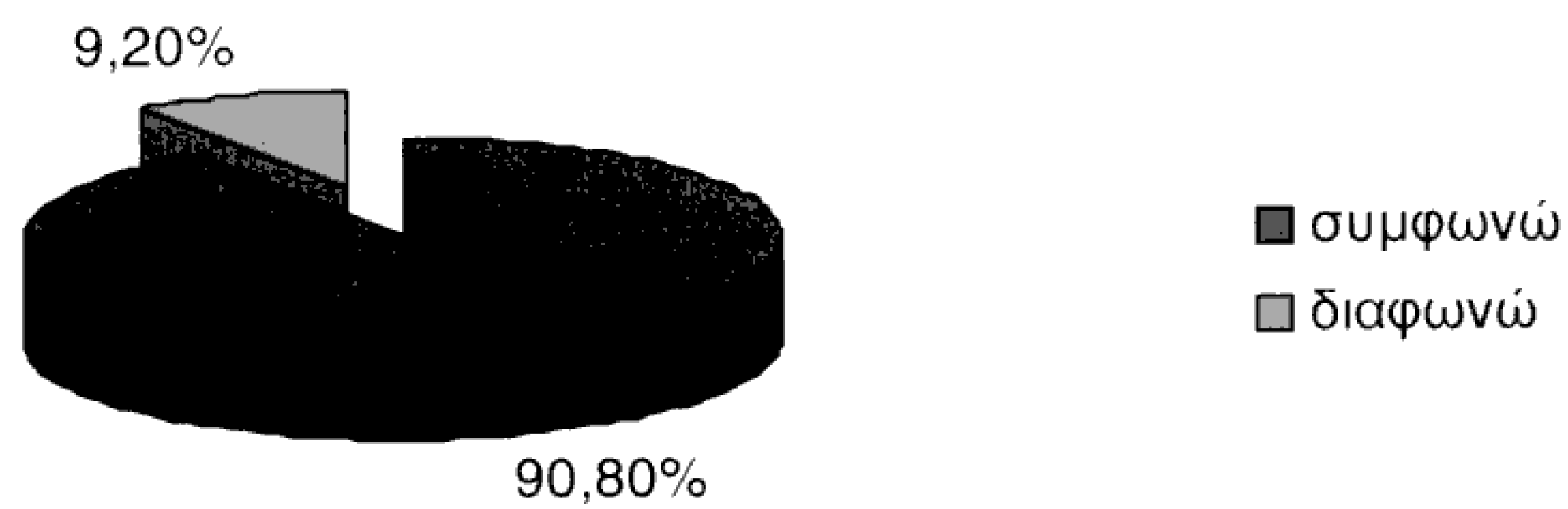
Το γράφημα αυτό αντιστοιχεί στις απαντήσεις που δόθηκαν κατά την πρώτη φάση της έρευνας. Οι περισσότερες γυναίκες όταν μαθαίνουν ότι κάποια γνωστή τους παρουσίασε καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, πιστεύουν πως ίσως κάποτε συμβεί και σε αυτές (53%). Το 28% διαφωνεί και το 19% δεν γνωρίζει. Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχετίσεων, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με τα εξής δημογραφικά στοιχεία: αριθμός παιδιών ($P=0,049$), κατηγορία εκπαίδευσης ($P<0,001$), νομός διαμονής ($P<0,001$). Στο πλαίσιο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, η συσχέτιση ήταν πραγματική και για τα τρία χαρακτηριστικά ($P=0,015$, $P<0,001$, $P<0,001$ αντίστοιχα). Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($P>0,05$) με τα παρακάτω δημογραφικά στοιχεία: ηλικία, εργασία, εισόδημα, τόπος κατοικίας, τα προβλήματα υγείας, οικογενειακή κατάσταση.

Γράφημα 22β: αμέσως μετά την παρέμβαση



Το γράφημα αυτό αντιστοιχεί στις απαντήσεις που δόθηκαν κατά τη δεύτερη φάση της έρευνας. Οι περισσότερες γυναίκες (82%), όταν μαθαίνουν ότι μια γνωστή τους παρουσίασε καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, δεν νομίζουν πως ίσως κάποτε συμβεί και σε αυτές. Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχέτισεων, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με τα εξής δημογραφικά στοιχεία: αριθμός παιδιών ($P=0,001$), κατηγορία εκπαίδευσης ($P=0,006$), νομός διαμονής ($P<0,001$). Στο πλαίσιο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, η συσχέτιση ήταν πραγματική και για τα τρία χαρακτηριστικά ($P=0,024$, $P=0,001$, $P<0,001$ αντίστοιχα). Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($P>0,05$) με τα παρακάτω δημογραφικά στοιχεία: ηλικία, εργασία, εισόδημα, τόπος κατοικίας, τα προβλήματα υγείας, οικογενειακή κατάσταση.

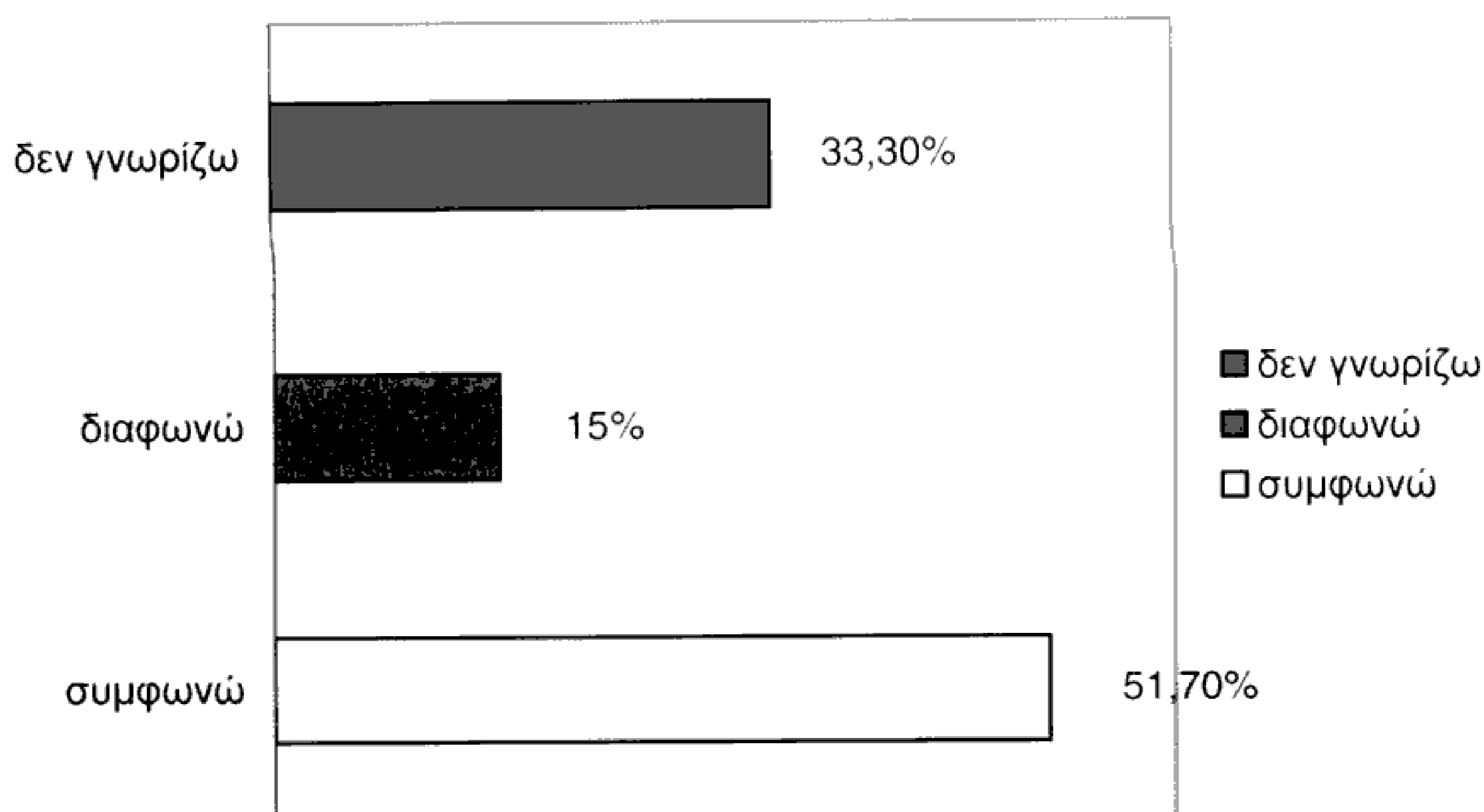
Γράφημα 22γ: 6 μήνες μετά την παρέμβαση



Το γράφημα αυτό αντιστοιχεί στις απαντήσεις που δόθηκαν κατά την τρίτη φάση της έρευνας. Οι περισσότερες γυναίκες συμφωνούν ότι όταν μαθαίνουν πως μια γνωστή τους παρουσίασε καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, νομίζουν πως ίσως κάποτε συμβεί και σε εκείνες (90,80%). Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχετίσεων, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με όλα τα δημογραφικά στοιχεία ($P < 0,001$). Στο πλαίσιο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, η συσχέτιση δεν ήταν πραγματική για κανένα από τα δημογραφικά στοιχεία ($P > 0,05$).

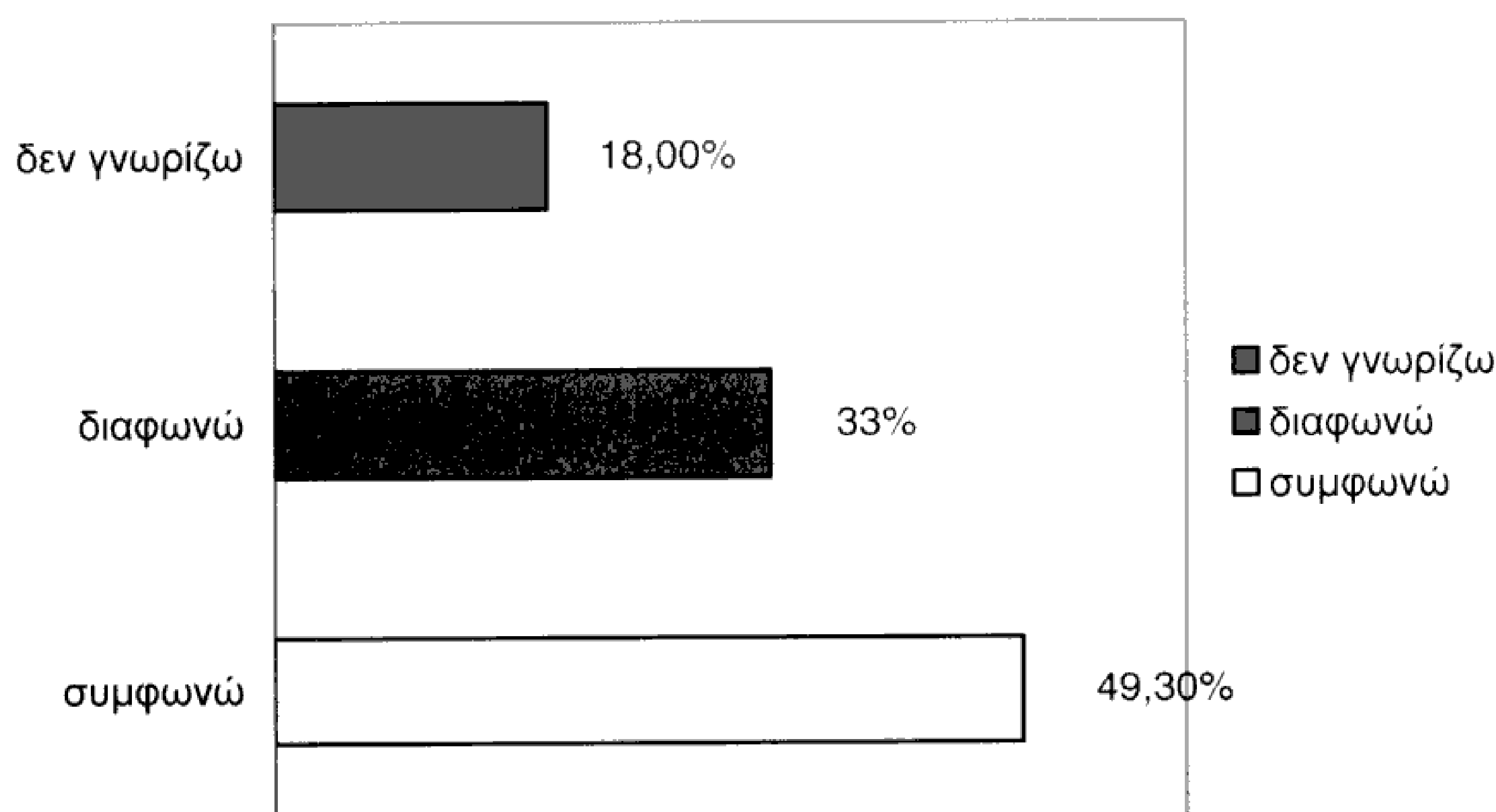
Γραφήματα 23α, 23β, 23γ: Εκατοστιαία αναλογία της πεποίθησης των γυναικών ότι όσο περισσότερο περνούν τα χρόνια, είναι πιο πιθανό να παρουσιάσουν καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

Γράφημα 23α: Πριν την παρέμβαση



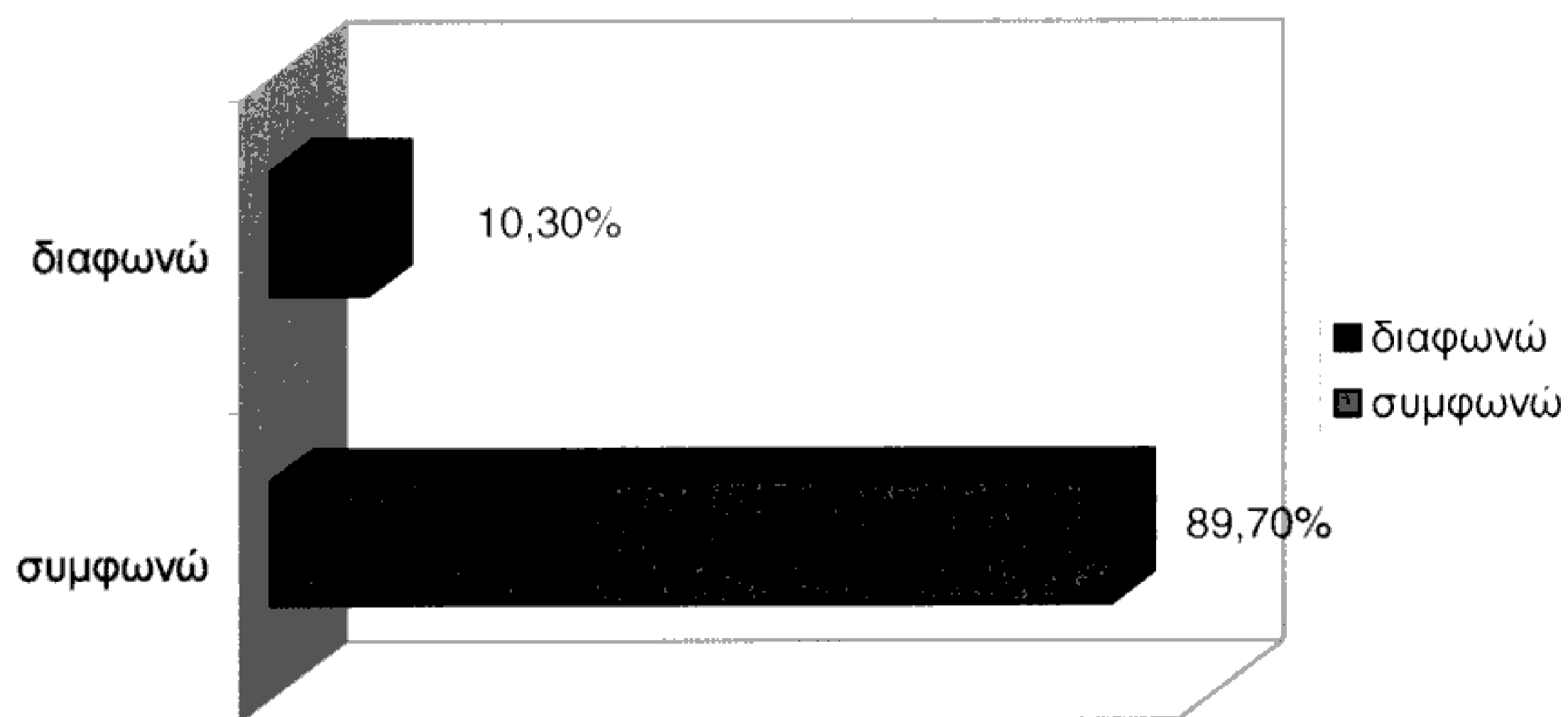
Το γράφημα αυτό αντιστοιχεί στις απαντήσεις που δόθηκαν κατά την πρώτη φάση της έρευνας. Οι πιο πολλές γυναίκες πιστεύουν ότι όσο περνούν τα χρόνια, είναι πιθανότερο να παρουσιάσουν καρκίνο του τραχήλου της μήτρας (51,70%), ενώ αρκετές από αυτές απαντούν «δεν γνωρίζω» (33,30%). Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχετίσεων, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με τα εξής δημογραφικά στοιχεία: αριθμός παιδιών ($P=0,049$), κατηγορία εκπαίδευσης ($P<0,001$), νομός διαμονής ($P<0,001$). Στο πλαίσιο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, η συσχέτιση ήταν πραγματική και για τα τρία χαρακτηριστικά ($P=0,015$, $P<0,001$, $P<0,001$ αντίστοιχα). Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($P>0,05$) με τα παρακάτω δημογραφικά στοιχεία: ηλικία, εργασία, εισόδημα, τόπος κατοικίας, τα προβλήματα υγείας, οικογενειακή κατάσταση.

Γράφημα 23β: αμέσως μετά την παρέμβαση



Το γράφημα αυτό αντιστοιχεί στις απαντήσεις που δόθηκαν κατά τη δεύτερη φάση της έρευνας. Μειώθηκε το ποσοστό αυτών που πιστεύουν ότι όσο περνούν τα χρόνια, είναι πιθανότερο να παρουσιάσουν καρκίνο του τραχήλου της μήτρας (49,30%), ενώ αυξήθηκε το ποσοστό εκείνων που απάντησαν ότι διαφωνούν (33%). Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχετίσεων, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με τα εξής δημογραφικά στοιχεία: αριθμός παιδιών ($P=0,001$), κατηγορία εκπαίδευσης ($P=0,006$), νομός διαμονής ($P<0,001$). Στο πλαίσιο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, η συσχέτιση ήταν πραγματική και για τα τρία χαρακτηριστικά ($P=0,024$, $P=0,001$, $P<0,001$ αντίστοιχα). Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($P>0,05$) με τα παρακάτω δημογραφικά στοιχεία: ηλικία, εργασία, εισόδημα, τόπος κατοικίας, τα προβλήματα υγείας, οικογενειακή κατάσταση.

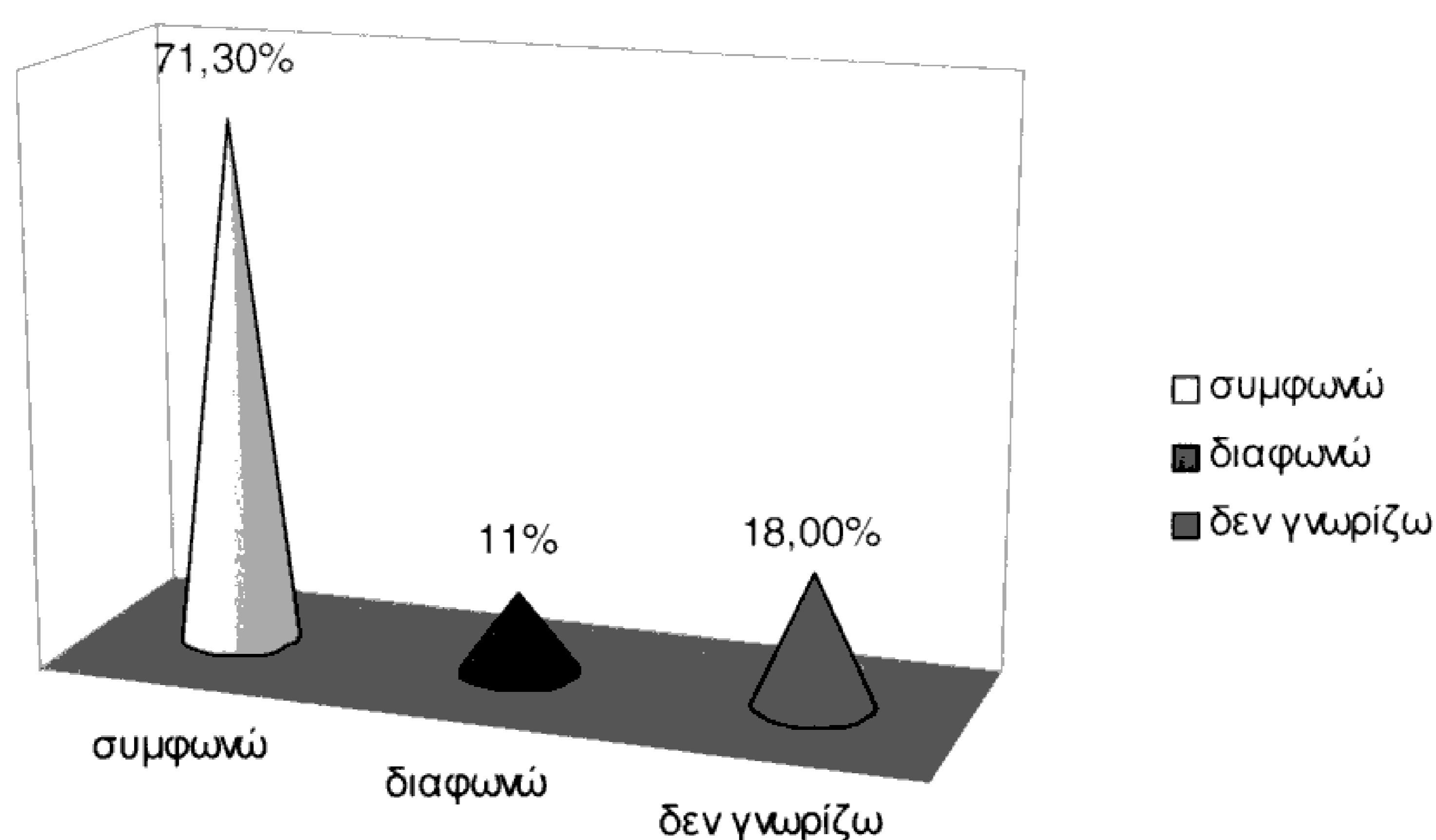
Γράφημα 23γ: 6 μήνες μετά την παρέμβαση



Το γράφημα αυτό αντιστοιχεί στην τελευταία φάση της έρευνας. Η πλειοψηφία των γυναικών απάντησε ότι πιστεύει πως όσο περισσότερο περνούν τα χρόνια, είναι πιο πιθανό να παρουσιάσουν καρκίνο του τραχήλου της μήτρας (89,70%). Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχετίσεων, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με όλα τα δημογραφικά στοιχεία ($P < 0,001$). Στο πλαίσιο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, η συσχέτιση δεν ήταν πραγματική για κανένα από τα δημογραφικά στοιχεία ($P > 0,05$).

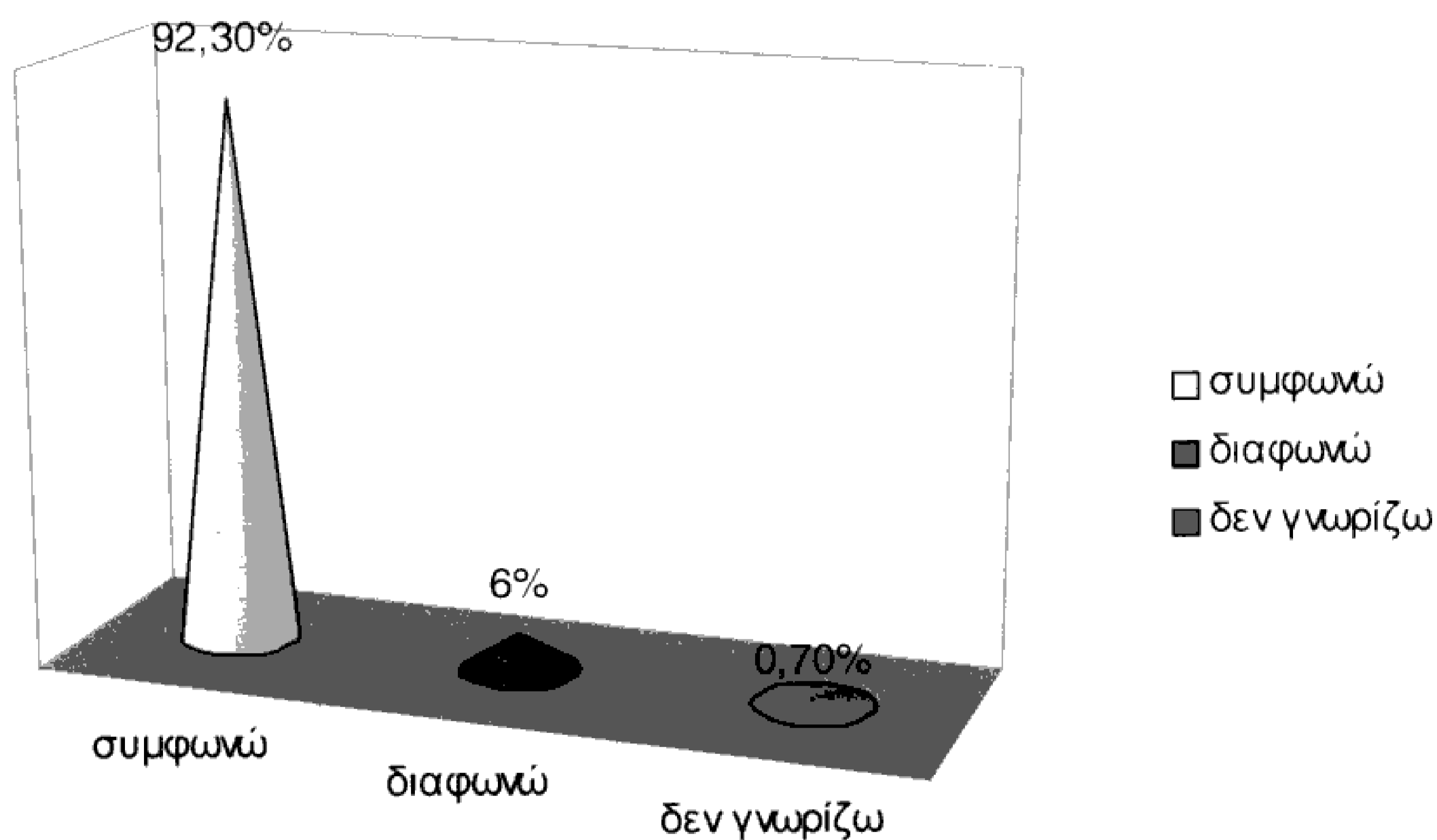
Γραφήματα 24α, 24β, 24γ: Εκατοστιαία αναλογία της αντίληψης των γυναικών αναφορικά με το όφελος που συνεπάγεται η υιοθέτηση της υγιούς συμπεριφοράς πρόληψης (όσο περισσότερες γυναίκες κάνουν συστηματικά το test-pap, τόσο λιγότεροι θάνατοι από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας θα παρατηρούνται).

Γράφημα 24α: Πριν την παρέμβαση



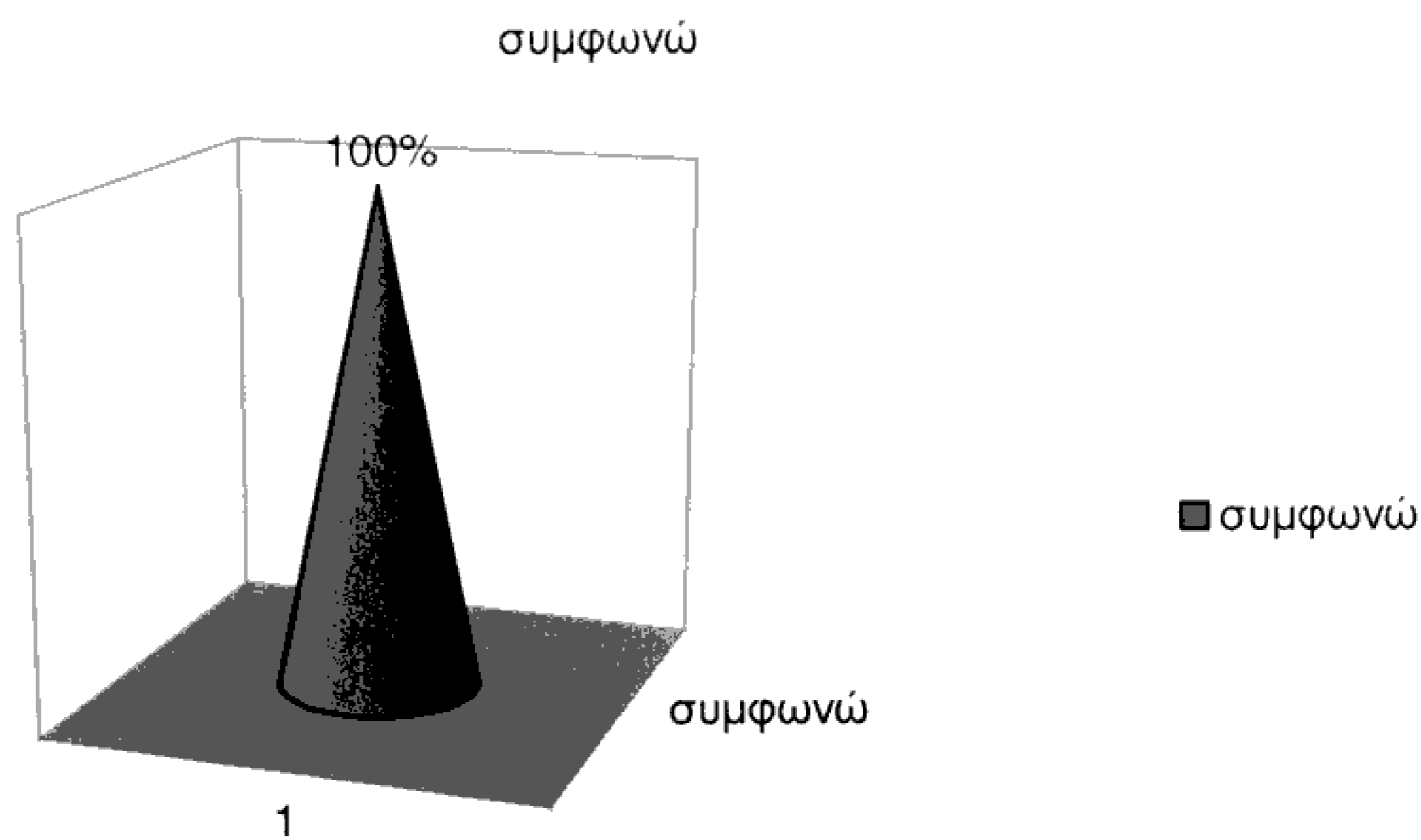
Το γράφημα αυτό αντιστοιχεί στην πρώτη φάση της έρευνας. Η πλειοψηφία των γυναικών (71,30%) συμφωνεί ότι όσο περισσότερες γυναίκες κάνουν συστηματικά το test-pap, τόσο λιγότεροι θάνατοι από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας θα παρατηρούνται, ενώ το 18% απαντά «δεν γνωρίζω» και το 11% διαφωνεί. Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχέτισεων, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με τα εξής δημογραφικά στοιχεία: αριθμός παιδιών ($P=0,049$), κατηγορία εκπαίδευσης ($P<0,001$), νομός διαμονής ($P<0,001$). Στο πλαίσιο του πολλαπλού ελέγχου συσχέτισης, η συσχέτιση ήταν πραγματική και για τα τρία χαρακτηριστικά ($P=0,015$, $P<0,001$, $P<0,001$ αντίστοιχα). Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($P>0,05$) με τα παρακάτω δημογραφικά στοιχεία: ηλικία, εργασία, εισόδημα, τόπος κατοικίας, τα προβλήματα υγείας, οικογενειακή κατάσταση.

Γράφημα 24β: αμέσως μετά την παρέμβαση



Το γράφημα αυτό αντιστοιχεί στις απαντήσεις που δόθηκαν κατά τη δεύτερη φάση της έρευνας. Το ποσοστό των γυναικών που συμφωνεί με το γεγονός ότι όσο περισσότερες γυναίκες κάνουν συστηματικά το test-pap, τόσο λιγότεροι θάνατοι από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας θα παρατηρούνται, έχει αυξηθεί σε σχέση με την πρώτη φάση (92,30%). Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχετίσεων, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με τα εξής δημογραφικά στοιχεία: αριθμός παιδιών ($P=0,001$), κατηγορία εκπαίδευσης ($P=0,006$), νομός διαμονής ($P<0,001$). Στο πλαίσιο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, η συσχέτιση ήταν πραγματική και για τα τρία χαρακτηριστικά ($P=0,024$, $P=0,001$, $P<0,001$ αντίστοιχα). Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($P>0,05$) με τα παρακάτω δημογραφικά στοιχεία: ηλικία, εργασία, εισόδημα, τόπος κατοικίας, τα προβλήματα υγείας, οικογενειακή κατάσταση.

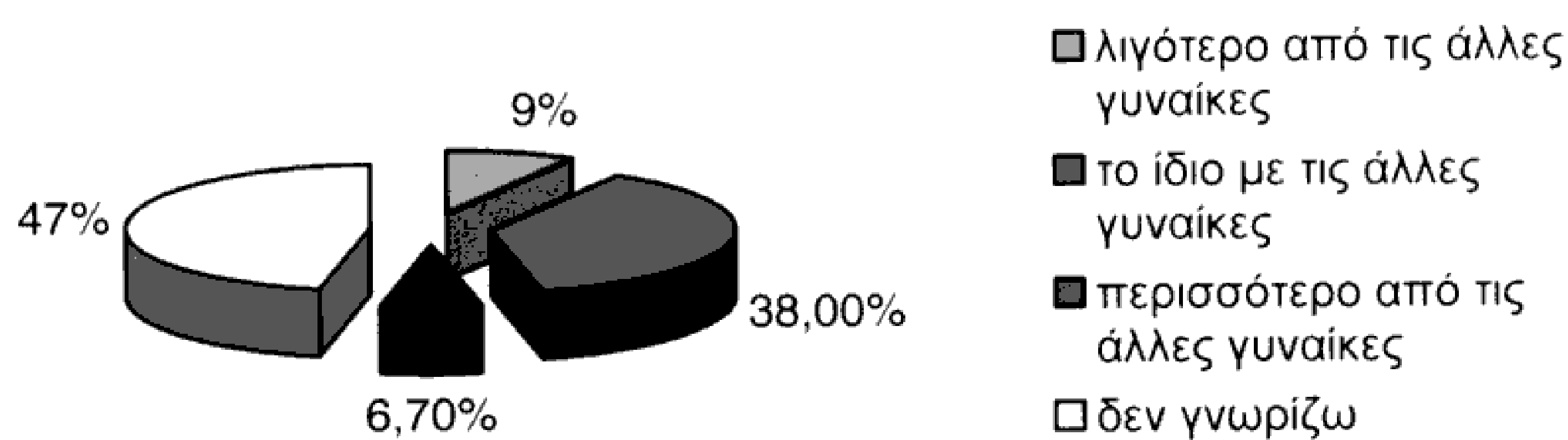
Γράφημα 24γ: 6 μήνες μετά την παρέμβαση



Το γράφημα αυτό αντιστοιχεί στην τρίτη φάση της έρευνας. Όλες οι γυναίκες συμφωνούν με το γεγονός ότι όσο περισσότερες γυναίκες κάνουν συστηματικά το test-pap, τόσο λιγότεροι θάνατοι από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας θα παρατηρούνται (100%). Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχετίσεων, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με όλα τα δημογραφικά στοιχεία ($P < 0,001$). Στο πλαίσιο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, η συσχέτιση δεν ήταν πραγματική για κανένα από τα δημογραφικά στοιχεία ($P > 0,05$).

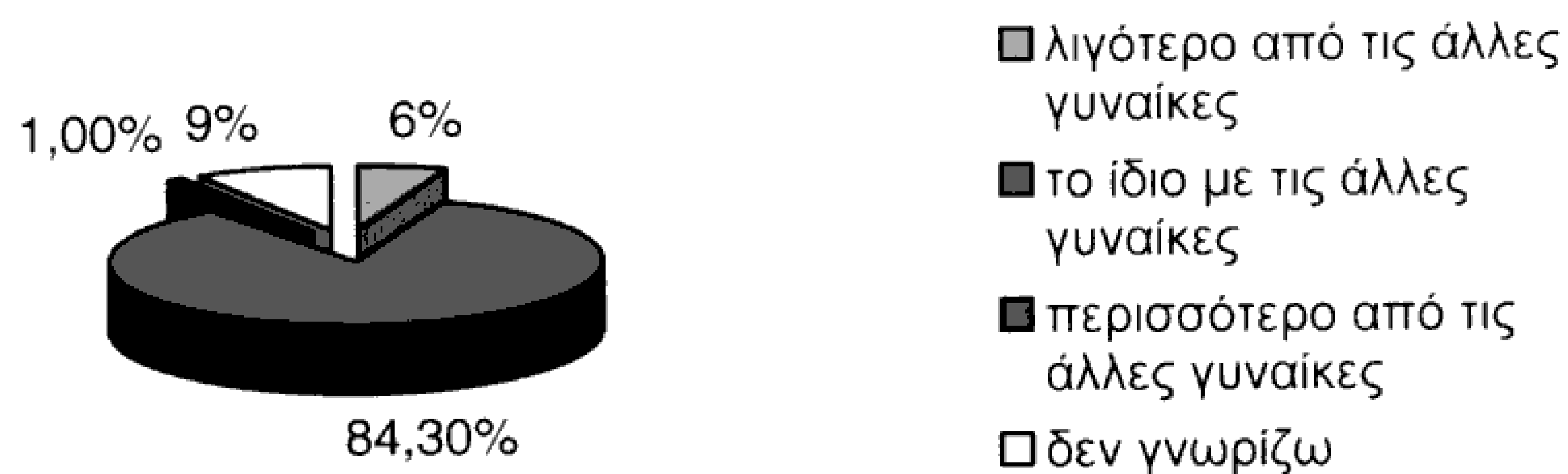
Γραφήματα 25α, 25β, 25γ: Εκατοστιαία αναλογία της αντίληψης των γυναικών ότι κινδυνεύουν να πάθουν καρκίνο του τραχήλου της μήτρας λιγότερο ή περισσότερο από άλλες γυναίκες ή το ίδιο με αυτές.

Γράφημα 25α: Πριν την παρέμβαση



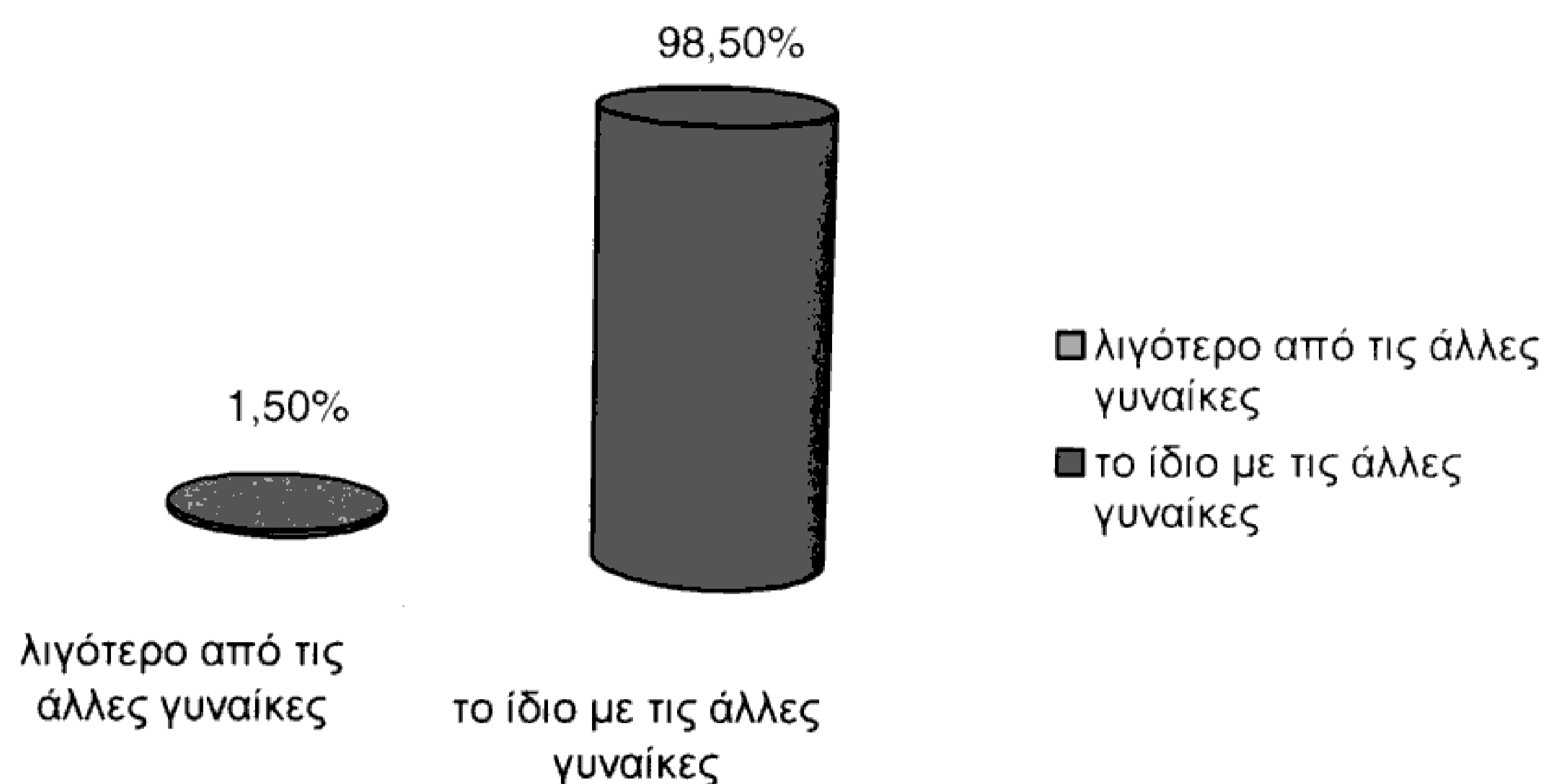
Το γράφημα αυτό αντιστοιχεί στις απαντήσεις που δόθηκαν κατά την πρώτη φάση της έρευνας. Οι περισσότερες γυναίκες (47%) απάντησαν ότι δεν γνωρίζουν αν κινδυνεύουν λιγότερο ή περισσότερο από άλλες γυναίκες ή το ίδιο με αυτές. Το 38% απάντησε πως νομίζει ότι κινδυνεύει το ίδιο με άλλες γυναίκες, το 9% λιγότερο από άλλες γυναίκες και το 6,70% περισσότερο από άλλες γυναίκες. Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχετίσεων, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με τα εξής δημογραφικά στοιχεία: αριθμός παιδιών ($P=0,049$), κατηγορία εκπαίδευσης ($P<0,001$), νομός διαμονής ($P<0,001$). Στο πλαίσιο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, η συσχέτιση ήταν πραγματική και για τα τρία χαρακτηριστικά ($P=0,015$, $P<0,001$, $P<0,001$ αντίστοιχα). Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($P>0,05$) με τα παρακάτω δημογραφικά στοιχεία: ηλικία, εργασία, εισόδημα, τόπος κατοικίας, τα προβλήματα υγείας, οικογενειακή κατάσταση.

Γράφημα 25β: αμέσως μετά την παρέμβαση



Το γράφημα αυτό αντιστοιχεί στις απαντήσεις που δόθηκαν στη δεύτερη φάση της έρευνας. Η μεγάλη πλειοψηφία των γυναικών (84,30%) απάντησε ότι νομίζει πως κινδυνεύει να πάθει καρκίνο του τραχήλου της μήτρας το ίδιο με άλλες γυναίκες. Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχετίσεων, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με τα εξής δημογραφικά στοιχεία: αριθμός παιδιών ($P=0,001$), κατηγορία εκπαίδευσης ($P=0,006$), νομός διαμονής ($P<0,001$). Στο πλαίσιο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, η συσχέτιση ήταν πραγματική και για τα τρία χαρακτηριστικά ($P=0,024$, $P=0,001$, $P<0,001$ αντίστοιχα). Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($P>0,05$) με τα παρακάτω δημογραφικά στοιχεία: ηλικία, εργασία, εισόδημα, τόπος κατοικίας, τα προβλήματα υγείας, οικογενειακή κατάσταση.

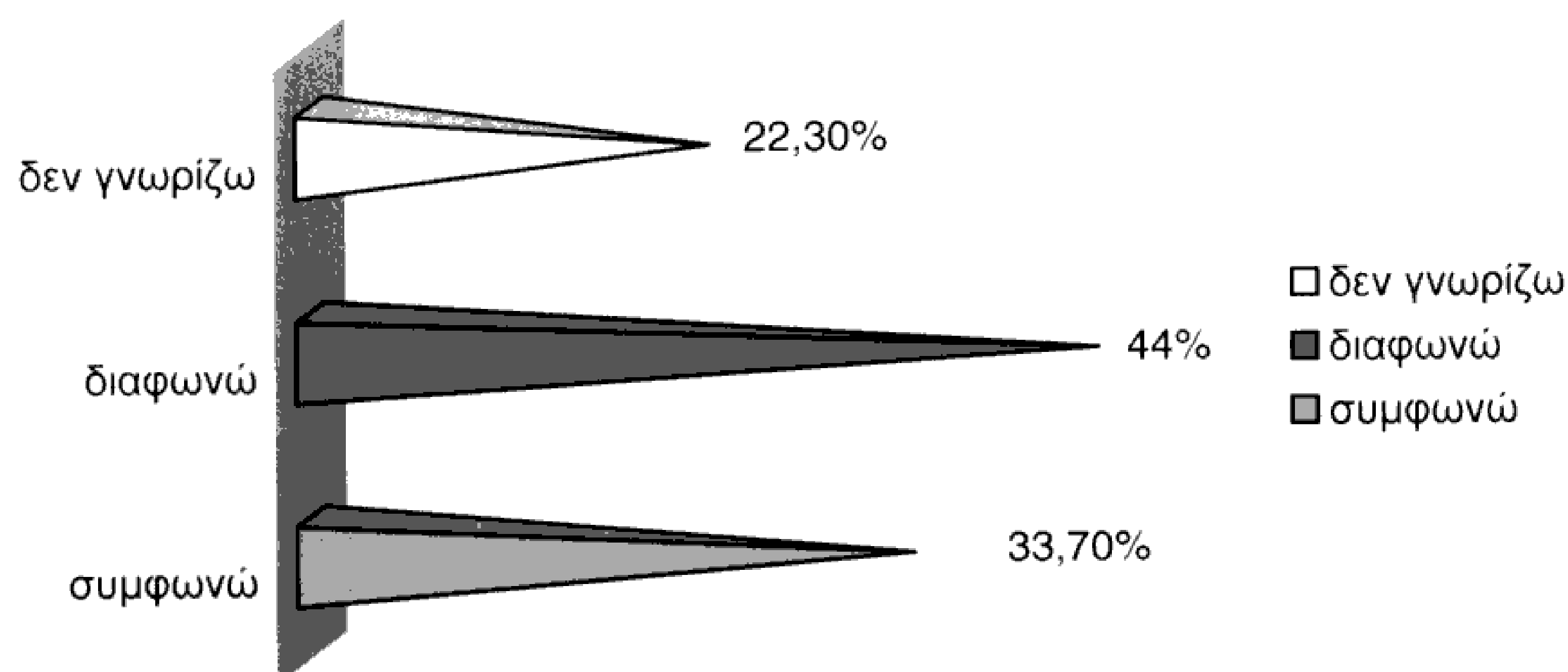
Γράφημα 25γ: 6 μήνες μετά την παρέμβαση



Το γράφημα αυτό αντιστοιχεί στην τελευταία φάση της έρευνας. Το 98,50% των γυναικών πιστεύει ότι κινδυνεύει το ίδιο με άλλες γυναίκες να πάθει καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχετίσεων, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με όλα τα δημογραφικά στοιχεία ($P < 0,001$). Στο πλαίσιο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, η συσχέτιση δεν ήταν πραγματική για κανένα από τα δημογραφικά στοιχεία ($P > 0,05$).

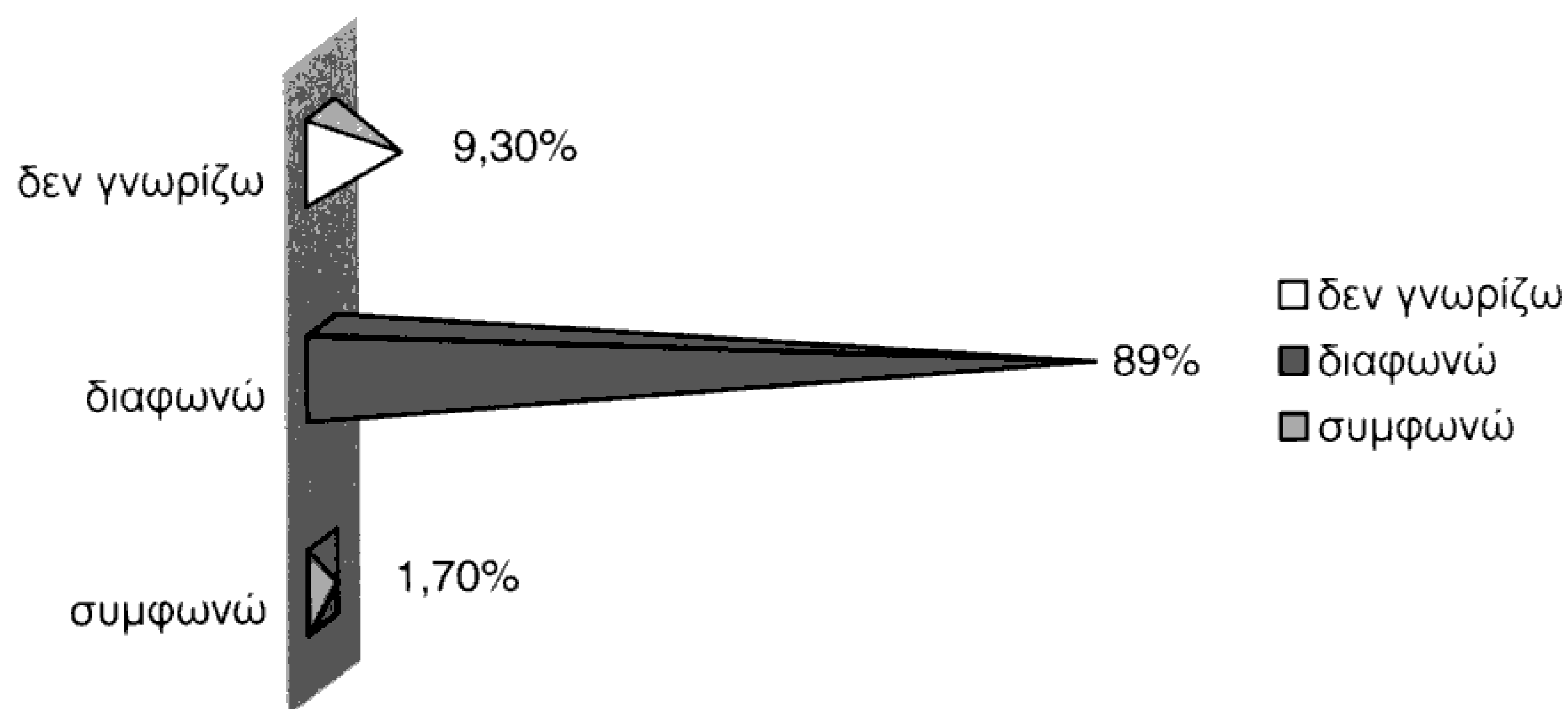
Γραφήματα 26α, 26β, 26γ: Εκατοστιαία αναλογία της μοιρολατρικής πεποίθησης των γυναικών ότι αν το test-pap δείξει κάποια ανωμαλία, δεν έχει καμιά σημασία, γιατί έτσι κι αλλιώς είναι πολύ αργά.

Γράφημα 26α: Πριν την παρέμβαση



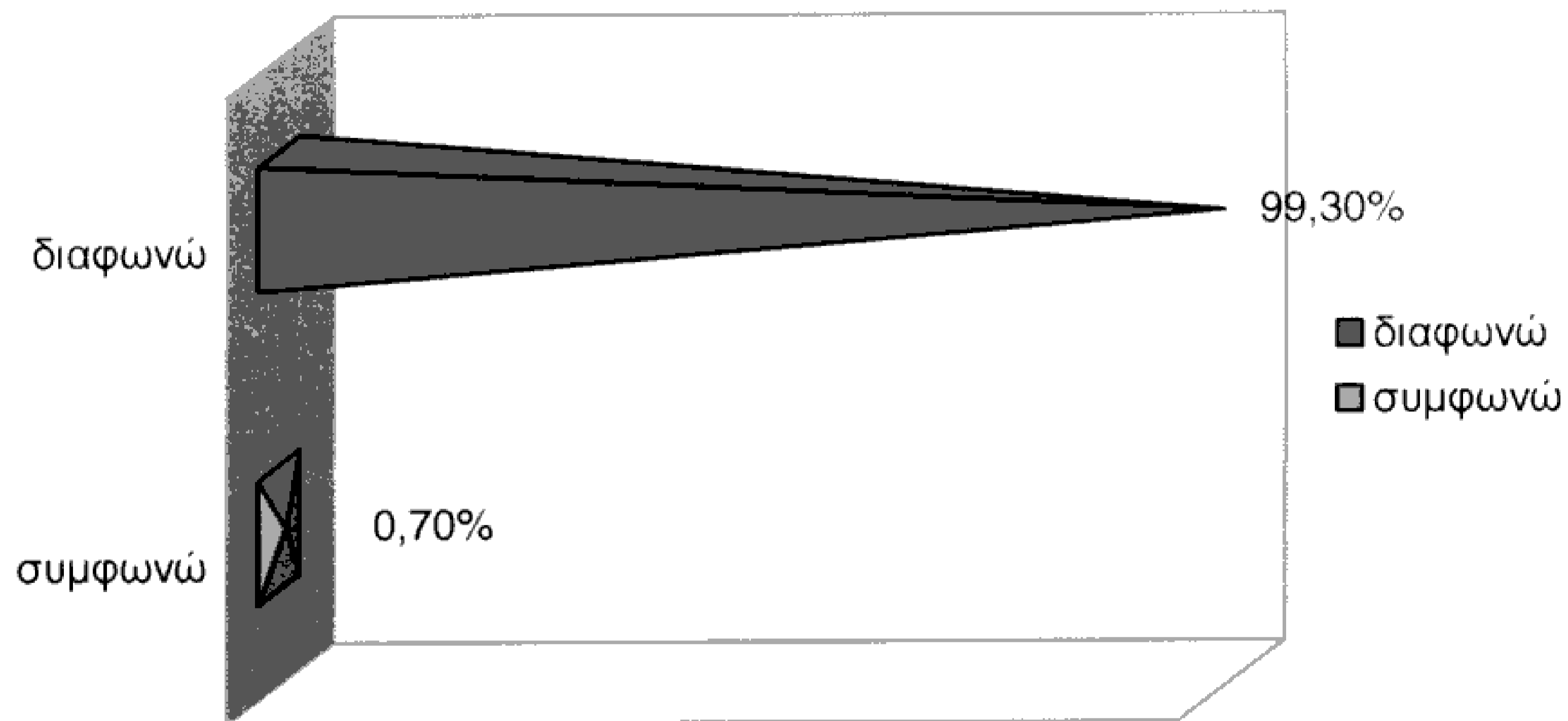
Το γράφημα αυτό αντιστοιχεί στις απαντήσεις που δόθηκαν κατά την πρώτη φάση της έρευνας. Οι περισσότερες γυναίκες διαφωνούν με την άποψη ότι αν το test-pap δείξει κάποια ανωμαλία, δεν έχει καμιά σημασία, γιατί έτσι κι αλλιώς είναι πολύ αργά (44%). Το 33,70% συμφωνεί και το 22,30% δεν γνωρίζει. Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχετίσεων, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με τα εξής δημογραφικά στοιχεία: αριθμός παιδιών ($P=0,049$), κατηγορία εκπαίδευσης ($P<0,001$), νομός διαμονής ($P<0,001$). Στο πλαίσιο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, η συσχέτιση ήταν πραγματική και για τα τρία χαρακτηριστικά ($P=0,015$, $P<0,001$, $P<0,001$ αντίστοιχα). Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($P>0,05$) με τα παρακάτω δημογραφικά στοιχεία: ηλικία, εργασία, εισόδημα, τόπος κατοικίας, τα προβλήματα υγείας, οικογενειακή κατάσταση.

Γράφημα 26β: αμέσως μετά την παρέμβαση



Το γράφημα αυτό αντιστοιχεί στις απαντήσεις που δόθηκαν κατά τη δεύτερη φάση της έρευνας. Η πλειοψηφία των γυναικών διαφωνεί με την άποψη ότι αν το test-παρ δείξει κάποια ανωμαλία, δεν έχει καμιά σημασία, γιατί έτσι κι αλλιώς είναι πολύ αργά (89%). Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχετίσεων, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με τα εξής δημογραφικά στοιχεία: αριθμός παιδιών ($P=0,001$), κατηγορία εκπαίδευσης ($P=0,006$), νομός διαμονής ($P<0,001$). Στο πλαίσιο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, η συσχέτιση ήταν πραγματική και για τα τρία χαρακτηριστικά ($P=0,024$, $P=0,001$, $P<0,001$ αντίστοιχα). Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($P>0,05$) με τα παρακάτω δημογραφικά στοιχεία: ηλικία, εργασία, εισόδημα, τόπος κατοικίας, τα προβλήματα υγείας, οικογενειακή κατάσταση.

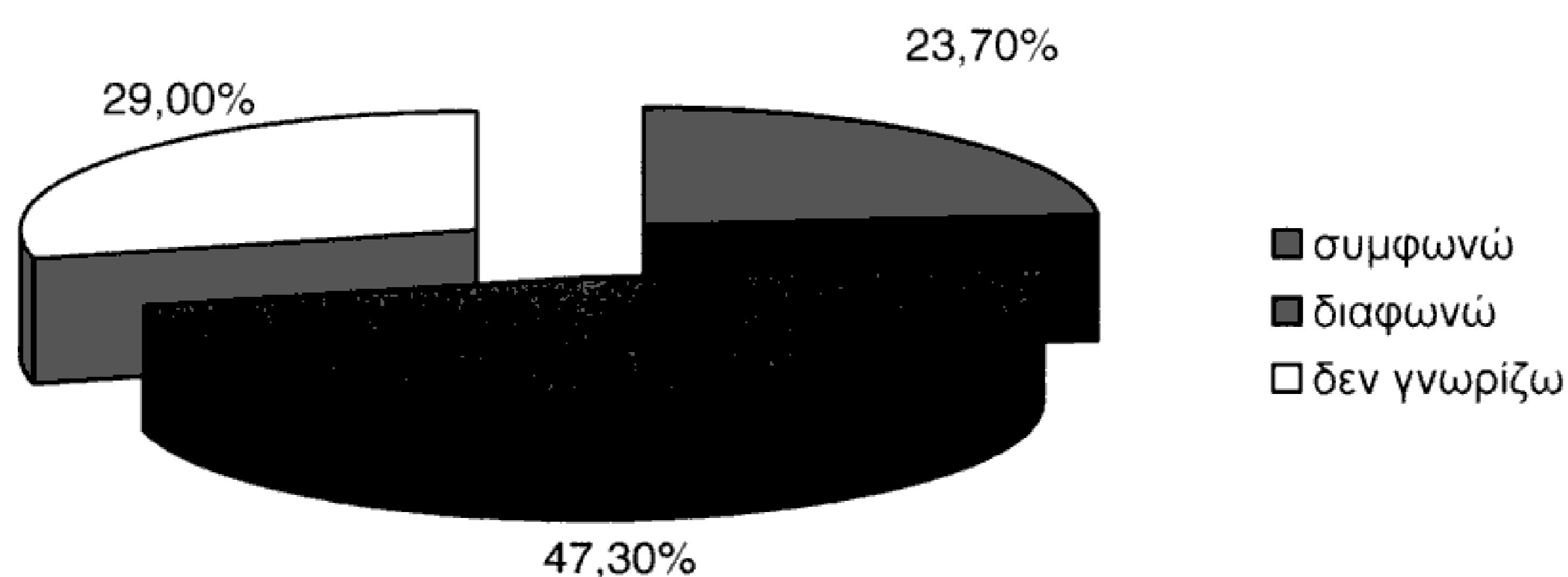
Γράφημα 26γ: 6 μήνες μετά την παρέμβαση



Το γράφημα αυτό αντιστοιχεί στις απαντήσεις που δόθηκαν κατά την τελευταία φάση της έρευνας. Η συντριπτική πλειοψηφία των γυναικών διαφωνεί με την άποψη ότι ακόμη κι αν μια γυναίκα ανακαλύψει μόνη της ένα ογκίδιο, δεν έχει καμιά σημασία, γιατί έτσι κι αλλιώς είναι πολύ αργά (99,30%). Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχετίσεων, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με όλα τα δημογραφικά στοιχεία ($P < 0,001$). Στο πλαίσιο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, η συσχέτιση δεν ήταν πραγματική για κανένα από τα δημογραφικά στοιχεία ($P > 0,05$).

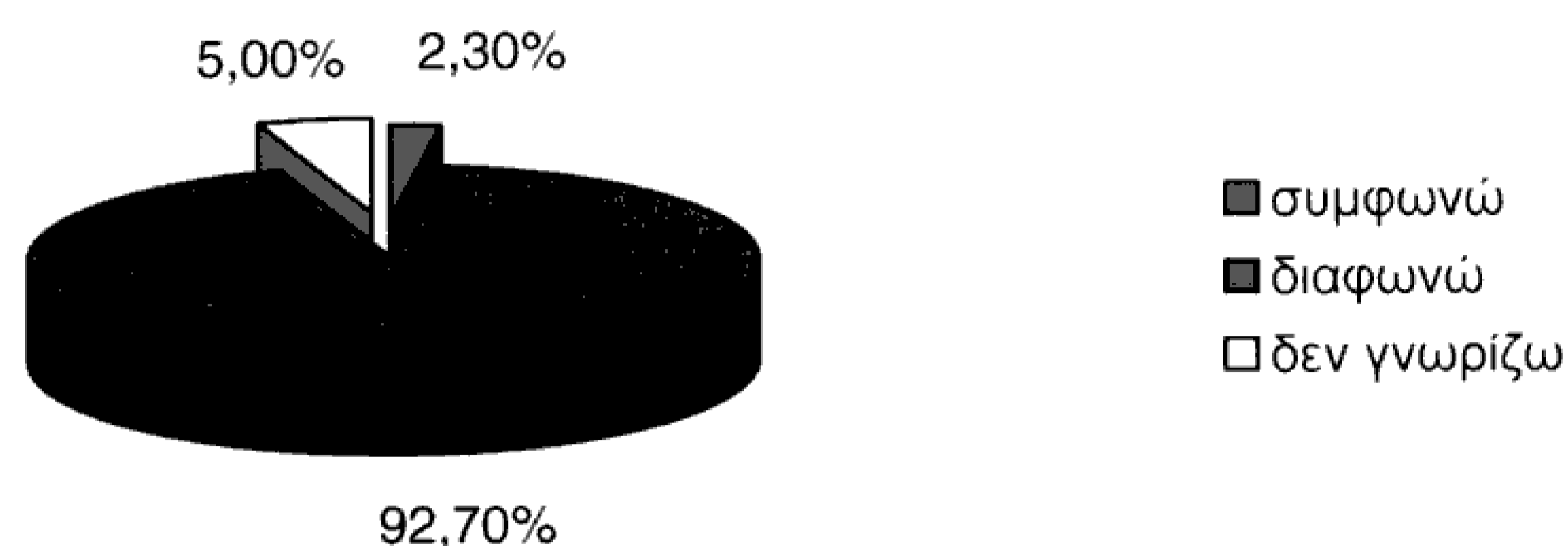
Γραφήματα 27α, 27β, 27γ: Εκατοστιαία αναλογία της αντίληψης των γυναικών ότι το test-ραρ είναι επώδυνο.

Γράφημα 27α: Πριν την παρέμβαση



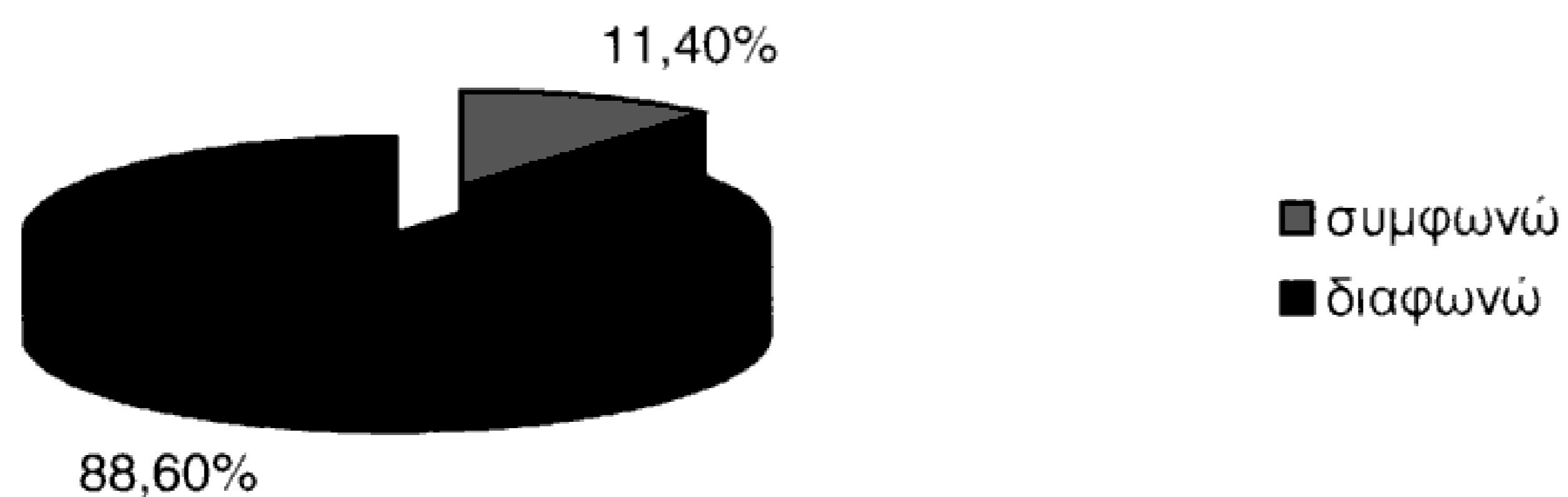
Το γράφημα αυτό αντιστοιχεί στις απαντήσεις που δόθηκαν κατά την πρώτη φάση της έρευνας. Οι περισσότερες γυναίκες δεν νομίζουν ότι κάνοντας test-ραρ θα πονέσουν (47,30%). Ποσοστό 23,70% νομίζει ότι θα πονέσει και το 23,70% δεν γνωρίζει. Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχετίσεων, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με τα εξής δημογραφικά στοιχεία: αριθμός παιδιών ($P=0,049$), κατηγορία εκπαίδευσης ($P<0,001$), νομός διαμονής ($P<0,001$). Στο πλαίσιο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, η συσχέτιση ήταν πραγματική και για τα τρία χαρακτηριστικά ($P=0,015$, $P<0,001$, $P<0,001$ αντίστοιχα). Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($P>0,05$) με τα παρακάτω δημογραφικά στοιχεία: ηλικία, εργασία, εισόδημα, τόπος κατοικίας, τα προβλήματα υγείας, οικογενειακή κατάσταση.

Γράφημα 27β: αμέσως μετά την παρέμβαση



Το γράφημα αυτό αντιστοιχεί στις απαντήσεις που δόθηκαν κατά τη δεύτερη φάση της έρευνας. Η συντριπτική πλειοψηφία των γυναικών διαφωνεί με την άποψη ότι κάνοντας test-pap θα πονέσει (92,70%). Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχετίσεων, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με τα εξής δημογραφικά στοιχεία: αριθμός παιδιών ($P=0,001$), κατηγορία εκπαίδευσης ($P=0,006$), νομός διαμονής ($P<0,001$). Στο πλαίσιο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, η συσχέτιση ήταν πραγματική και για τα τρία χαρακτηριστικά ($P=0,024$, $P=0,001$, $P<0,001$ αντίστοιχα). Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($P>0,05$) με τα παρακάτω δημογραφικά στοιχεία: ηλικία, εργασία, εισόδημα, τόπος κατοικίας, τα προβλήματα υγείας, οικογενειακή κατάσταση.

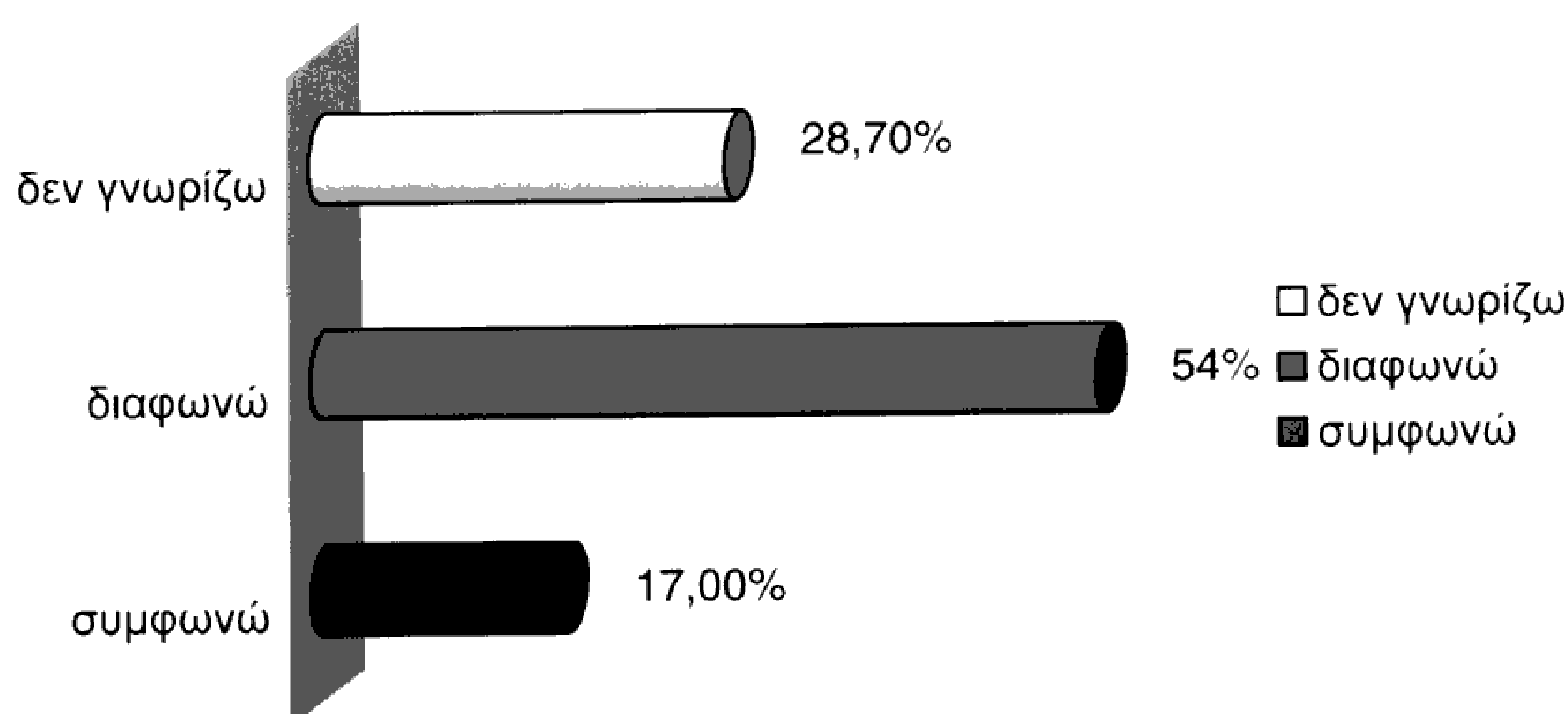
Γράφημα 27γ: 6 μήνες μετά την παρέμβαση



Το γράφημα αυτό αντιστοιχεί στις απαντήσεις που δόθηκαν κατά την τρίτη φάση της έρευνας. Το ποσοστό των γυναικών που διαφωνεί με την άποψη ότι κάνοντας test-pap θα πονέσει έχει ελαττωθεί σε σχέση με τη δεύτερη φάση, εξακολουθεί όμως να είναι υψηλό (88,60%). Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχετίσεων, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με όλα τα δημογραφικά στοιχεία ($P < 0,001$). Στο πλαίσιο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, η συσχέτιση δεν ήταν πραγματική για κανένα από τα δημογραφικά στοιχεία ($P > 0,05$).

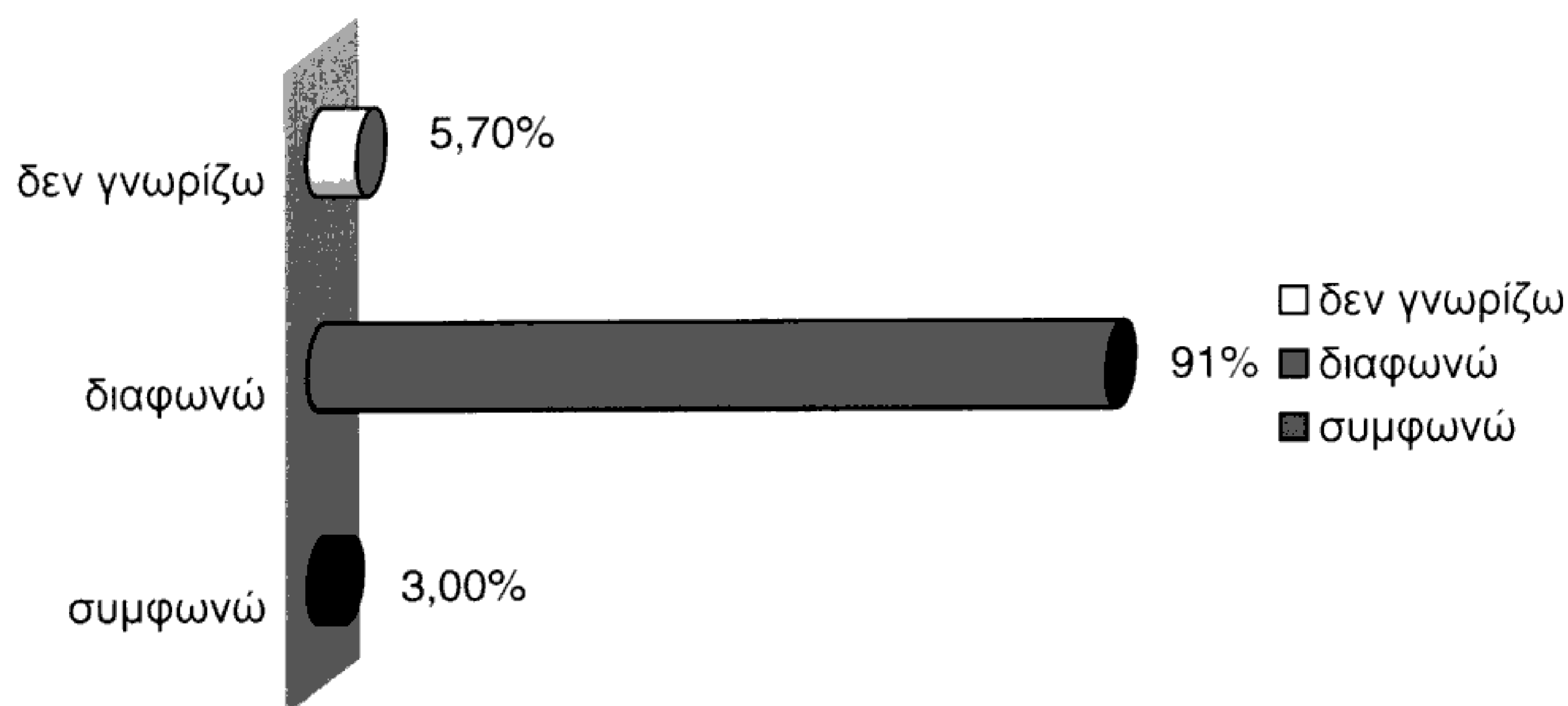
Γραφήματα 28α, 28β, 28γ: Εκατοστιαία αναλογία της αντίληψης ότι το test-pap είναι επικίνδυνη εξέταση.

Γράφημα 28α: Πριν την παρέμβαση



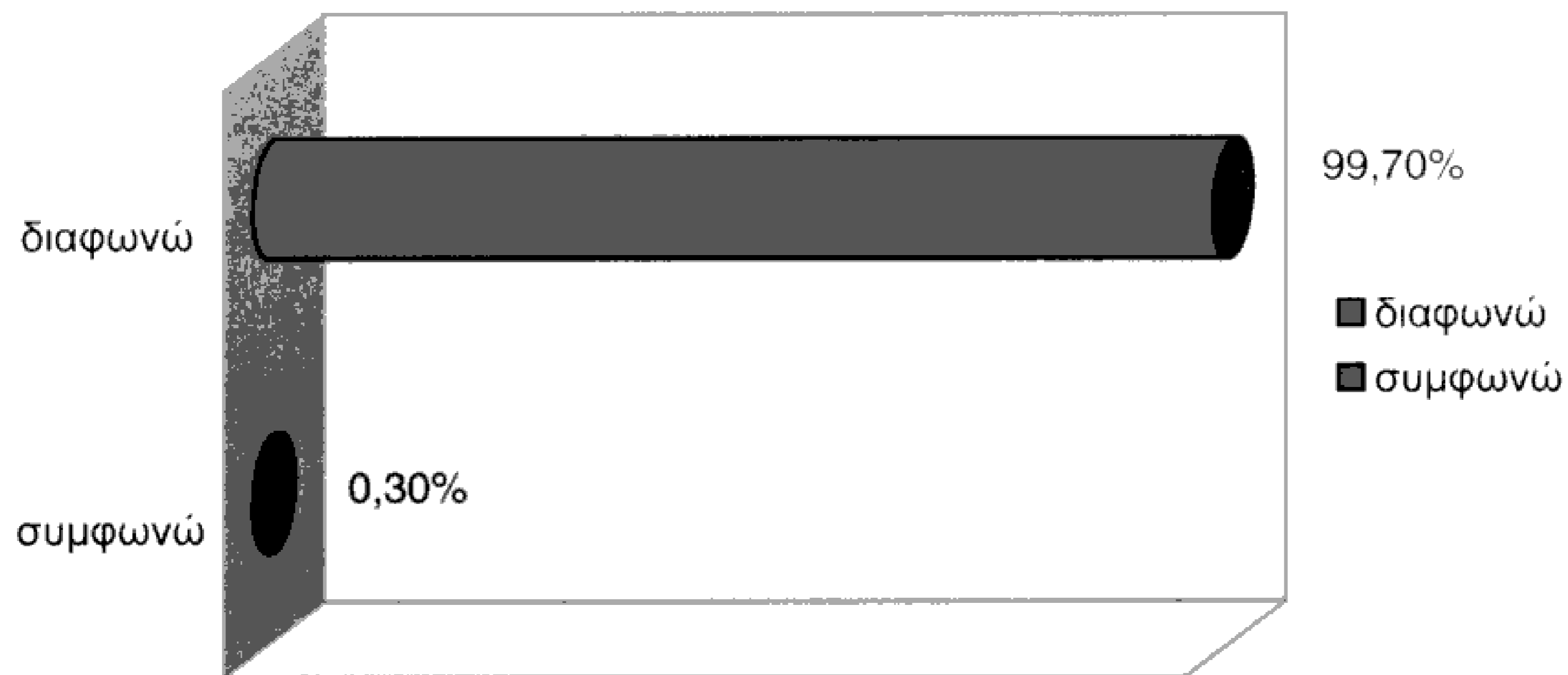
Το γράφημα αυτό αντιστοιχεί στις απαντήσεις που δόθηκαν κατά την πρώτη φάση της έρευνας. Οι περισσότερες γυναίκες διαφωνούν με την άποψη ότι το test-pap είναι επικίνδυνη εξέταση (54%). Ποσοστό 17% συμφωνεί με την άποψη αυτή και 28,70% δεν γνωρίζει. Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχετίσεων, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με τα εξής δημογραφικά στοιχεία: αριθμός παιδιών ($P=0,049$), κατηγορία εκπαίδευσης ($P<0,001$), νομός διαμονής ($P<0,001$). Στο πλαίσιο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, η συσχέτιση ήταν πραγματική και για τα τρία χαρακτηριστικά ($P=0,015$, $P<0,001$, $P<0,001$ αντίστοιχα). Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($P>0,05$) με τα παρακάτω δημογραφικά στοιχεία: ηλικία, εργασία, εισόδημα, τόπος κατοικίας, τα προβλήματα υγείας, οικογενειακή κατάσταση.

Γράφημα 28β: αμέσως μετά την παρέμβαση



Μετά την παρέμβαση, δηλαδή κατά τη δεύτερη φάση της έρευνας, το 91% των γυναικών διαφωνεί με την άποψη ότι το test-pap είναι επικίνδυνη εξέταση. Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχετίσεων, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με τα εξής δημογραφικά στοιχεία: αριθμός παιδιών ($P=0,001$), κατηγορία εκπαίδευσης ($P=0,006$), νομός διαμονής ($P<0,001$). Στο πλαίσιο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, η συσχέτιση ήταν πραγματική και για τα τρία χαρακτηριστικά ($P=0,024$, $P=0,001$, $P<0,001$ αντίστοιχα). Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($P>0,05$) με τα παρακάτω δημογραφικά στοιχεία: ηλικία, εργασία, εισόδημα, τόπος κατοικίας, τα προβλήματα υγείας, οικογενειακή κατάσταση.

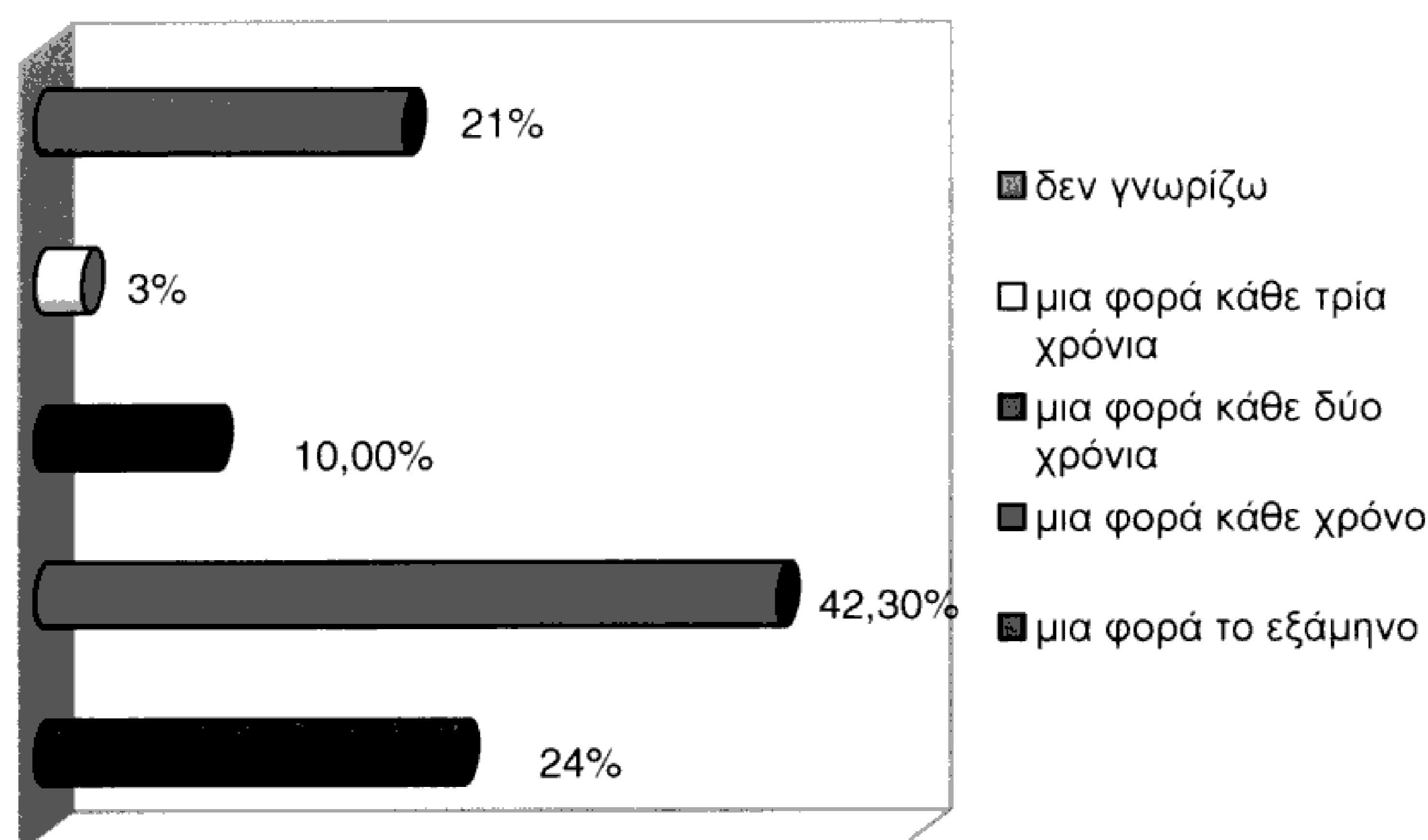
Γράφημα 28γ: 6 μήνες μετά την παρέμβαση



Έξι μήνες μετά την παρέμβαση σχεδόν το σύνολο των γυναικών διαφωνεί με την άποψη ότι το test-pap είναι επικίνδυνη εξέταση (99,70%). Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχετίσεων, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με όλα τα δημογραφικά στοιχεία ($P < 0,001$). Στο πλαίσιο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, η συσχέτιση δεν ήταν πραγματική για κανένα από τα δημογραφικά στοιχεία ($P > 0,05$).

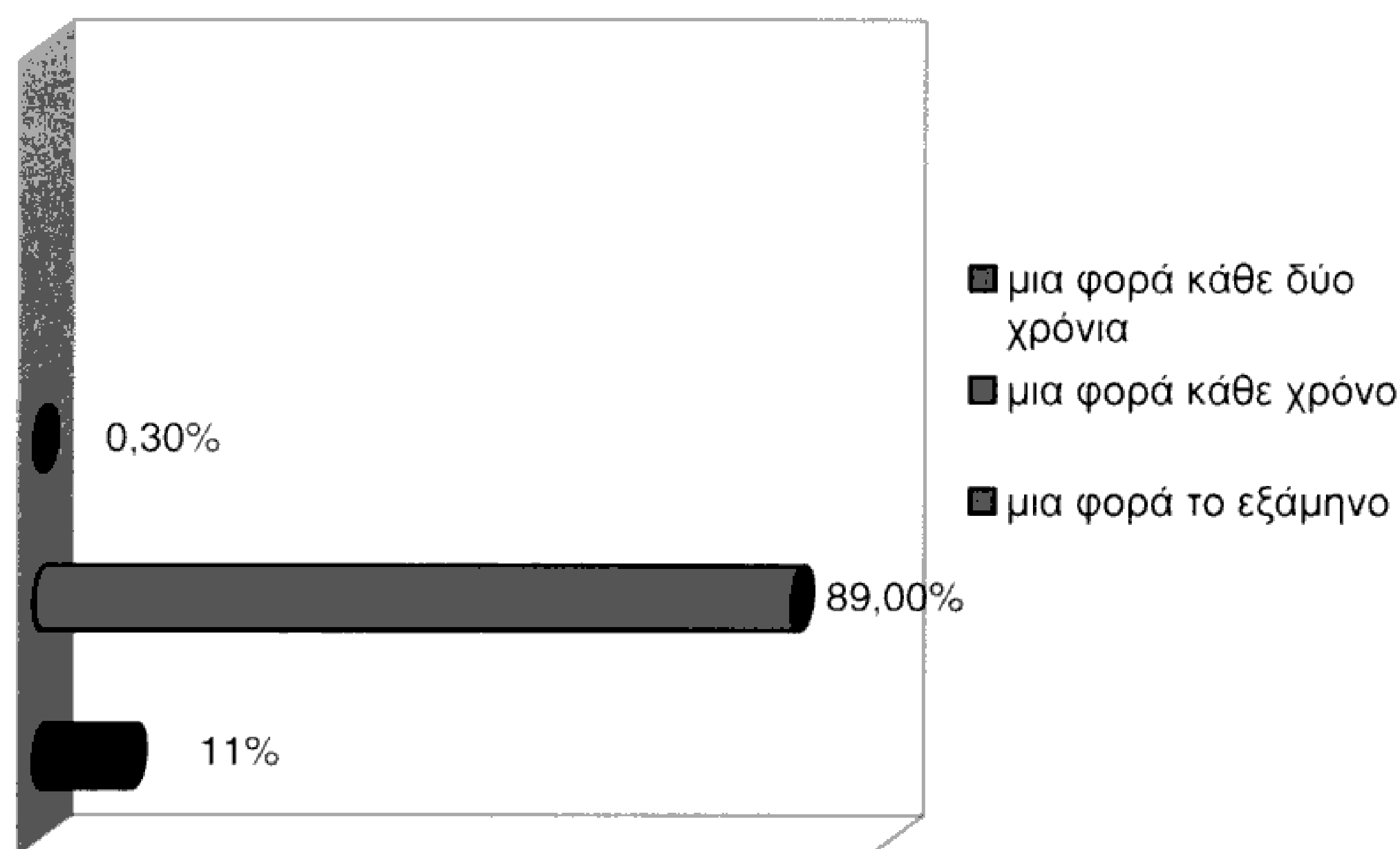
Γραφήματα 29α, 29β, 29γ: Εκατοστιαία αναλογία της γνώσης των γυναικών σχετικά με το πότε πρέπει να γίνεται το test-pap.

Γράφημα 29α: Πριν την παρέμβαση



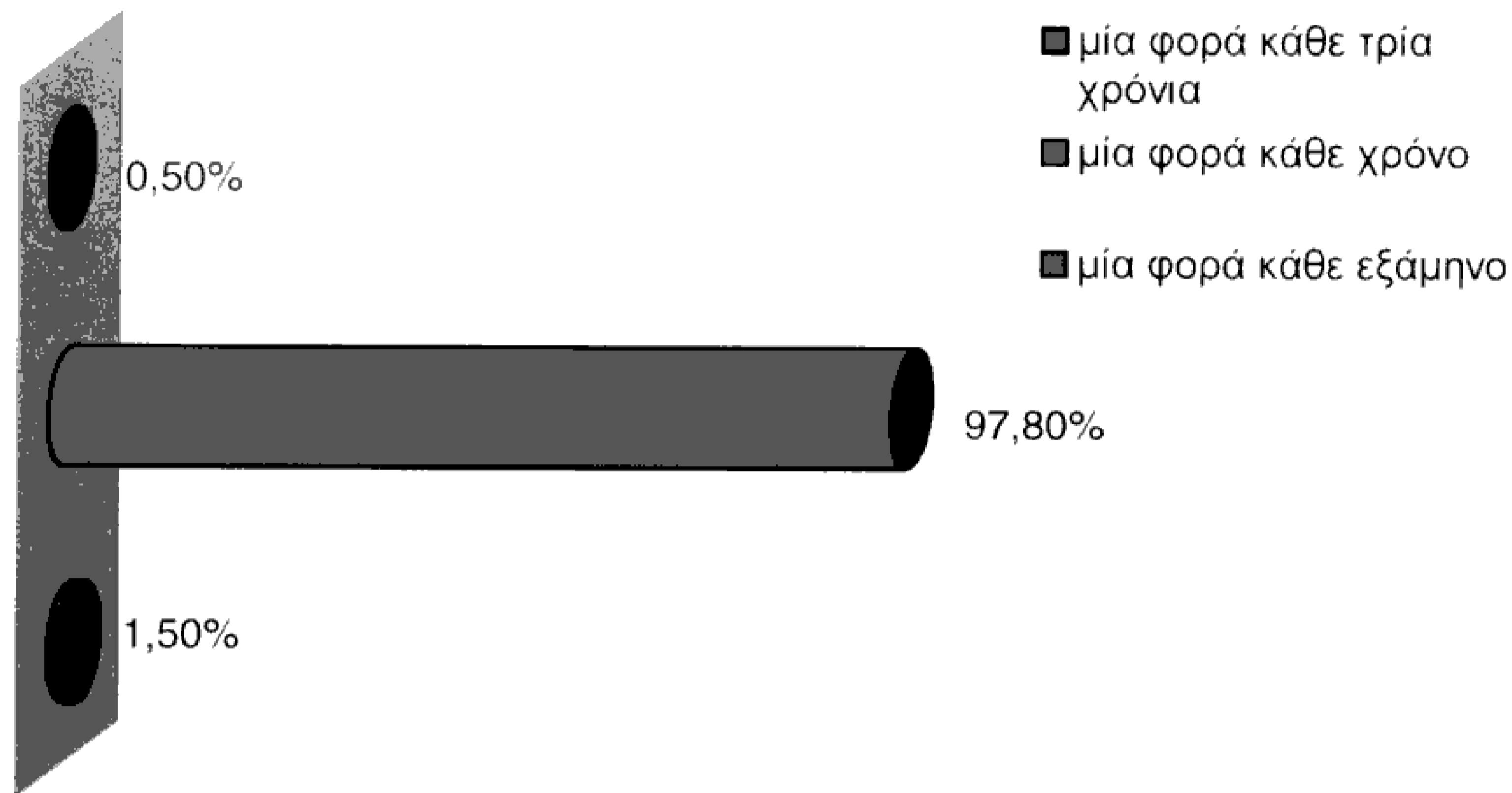
Κατά την πρώτη φάση της έρευνας, το μεγαλύτερο ποσοστό αντιστοιχεί στις γυναίκες που απαντούν ότι το test-pap πρέπει να γίνεται μια φορά το χρόνο (42,30%). Το 24% απαντά μια φορά το εξάμηνο και το 21% δεν γνωρίζει. Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχετίσεων, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με τα εξής δημογραφικά στοιχεία: αριθμός παιδιών ($P=0,049$), κατηγορία εκπαίδευσης ($P<0,001$), νομός διαμονής ($P<0,001$). Στο πλαίσιο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, η συσχέτιση ήταν πραγματική και για τα τρία χαρακτηριστικά ($P=0,015$, $P<0,001$, $P<0,001$ αντίστοιχα). Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($P>0,05$) με τα παρακάτω δημογραφικά στοιχεία: ηλικία, εργασία, εισόδημα, τόπος κατοικίας, τα προβλήματα υγείας, οικογενειακή κατάσταση.

Γράφημα 29β: αμέσως μετά την παρέμβαση



Μετά την παρέμβαση το 89% των γυναικών απαντά ότι το test-pap πρέπει να γίνεται μια φορά κάθε χρόνο. Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχέτισεων, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με τα εξής δημογραφικά στοιχεία: αριθμός παιδιών ($P=0,001$), κατηγορία εκπαίδευσης ($P=0,006$), νομός διαμονής ($P<0,001$). Στο πλαίσιο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, η συσχέτιση ήταν πραγματική και για τα τρία χαρακτηριστικά ($P=0,024$, $P=0,001$, $P<0,001$ αντίστοιχα). Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($P>0,05$) με τα παρακάτω δημογραφικά στοιχεία: ηλικία, εργασία, εισόδημα, τόπος κατοικίας, τα προβλήματα υγείας, οικογενειακή κατάσταση.

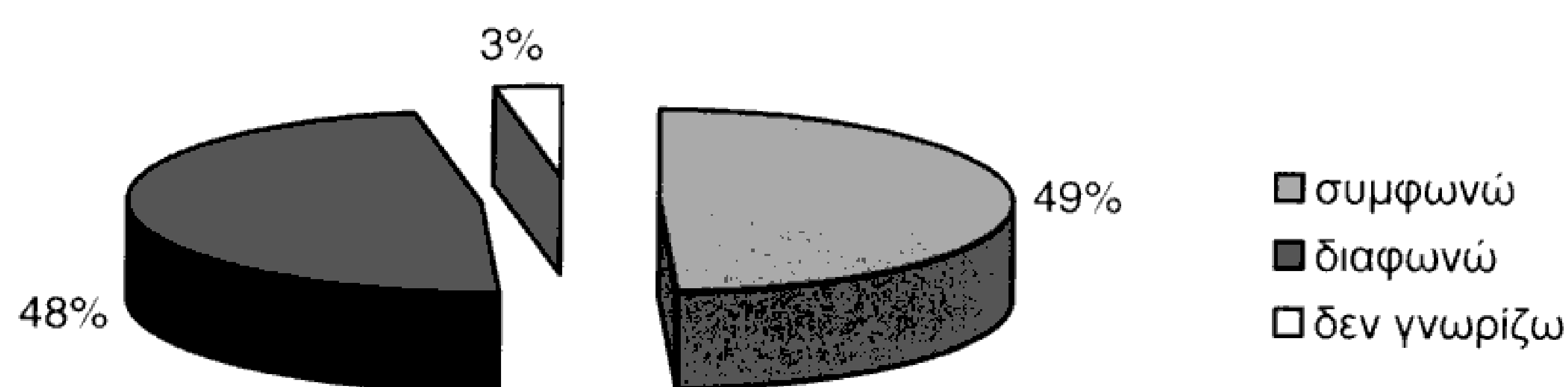
Γράφημα 29γ: 6 μήνες μετά την παρέμβαση



Έξι μήνες μετά την παρέμβαση σχεδόν το σύνολο των γυναικών (97,80%) απαντά ότι το test-pan πρέπει να γίνεται μια φορά κάθε χρόνο. Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχετίσεων, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με όλα τα δημογραφικά στοιχεία ($P < 0,001$). Στο πλαίσιο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, η συσχέτιση δεν ήταν πραγματική για κανένα από τα δημογραφικά στοιχεία ($P > 0,05$).

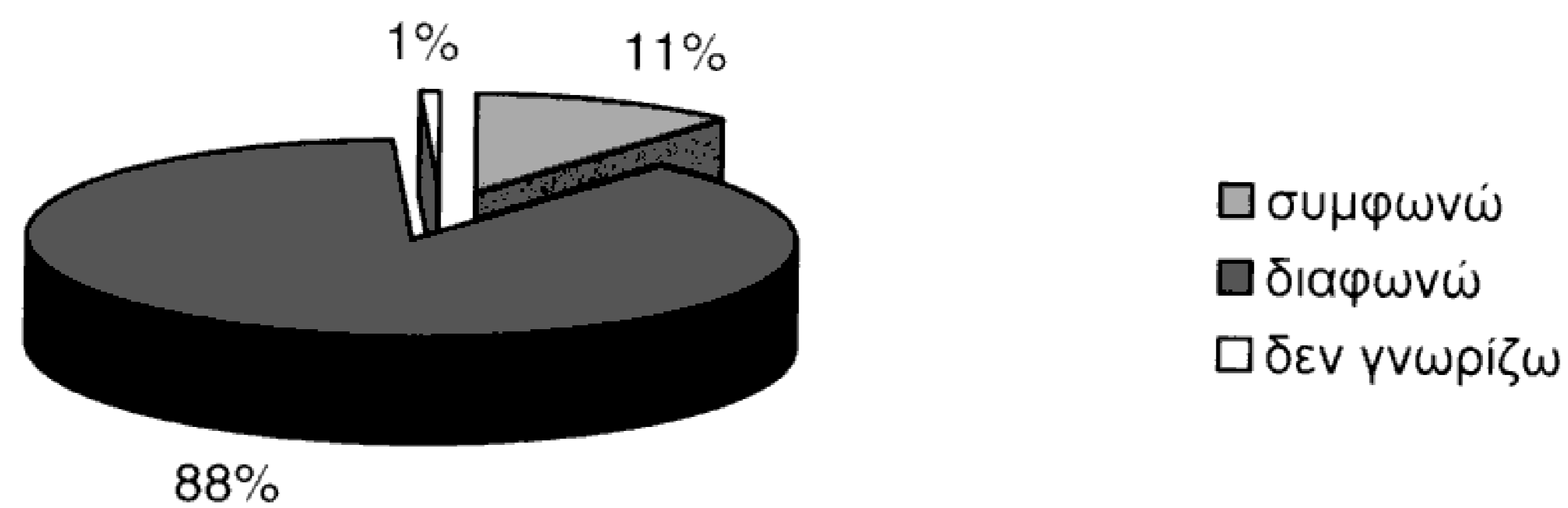
Γραφήματα 30α, 30β, 30γ: Εκατοστιαία αναλογία της αντίληψης των γυναικών ότι παρότι το test-pap είναι χρήσιμη εξέταση, ντρέπονται να το κάνουν.

Γράφημα 30α: Πριν την παρέμβαση



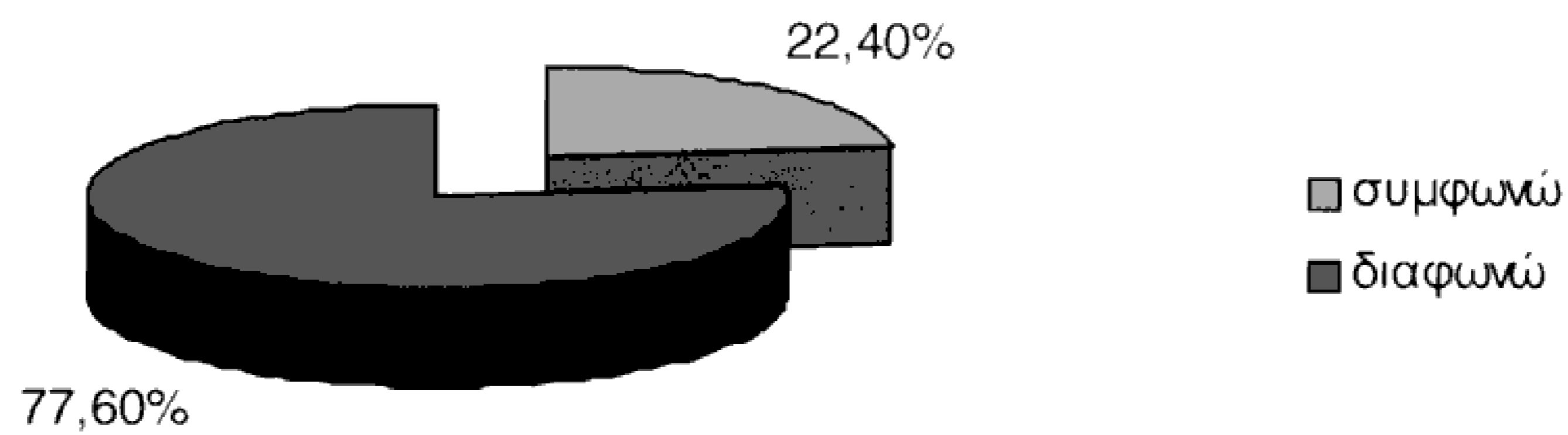
Ποσοστό 49% των ερωτηθέντων απάντησε πριν από την παρέμβαση, ότι παρότι το test-pap είναι χρήσιμη εξέταση, ντρέπονται να το κάνουν, ενώ το 48% διαφωνεί με αυτή την άποψη. Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχετίσεων, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με τα εξής δημογραφικά στοιχεία: αριθμός παιδιών ($P=0,049$), κατηγορία εκπαίδευσης ($P<0,001$), νομός διαμονής ($P<0,001$). Στο πλαίσιο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, η συσχέτιση ήταν πραγματική και για τα τρία χαρακτηριστικά ($P=0,015$, $P<0,001$, $P<0,001$ αντίστοιχα). Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($P>0,05$) με τα παρακάτω δημογραφικά στοιχεία: ηλικία, εργασία, εισόδημα, τόπος κατοικίας, τα προβλήματα υγείας, οικογενειακή κατάσταση.

Γράφημα 30β: αμέσως μετά την παρέμβαση



Αμέσως μετά την παρέμβαση, υψηλό ποσοστό των γυναικών (88%) απαντά ότι δεν ντρέπεται να κάνει το test-pap. Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχετίσεων, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με τα εξής δημογραφικά στοιχεία: αριθμός παιδιών ($P=0,001$), κατηγορία εκπαίδευσης ($P=0,006$), νομός διαμονής ($P<0,001$). Στο πλαίσιο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, η συσχέτιση ήταν πραγματική και για τα τρία χαρακτηριστικά ($P=0,024$, $P=0,001$, $P<0,001$ αντίστοιχα). Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($P>0,05$) με τα παρακάτω δημογραφικά στοιχεία: ηλικία, εργασία, εισόδημα, τόπος κατοικίας, τα προβλήματα υγείας, οικογενειακή κατάσταση.

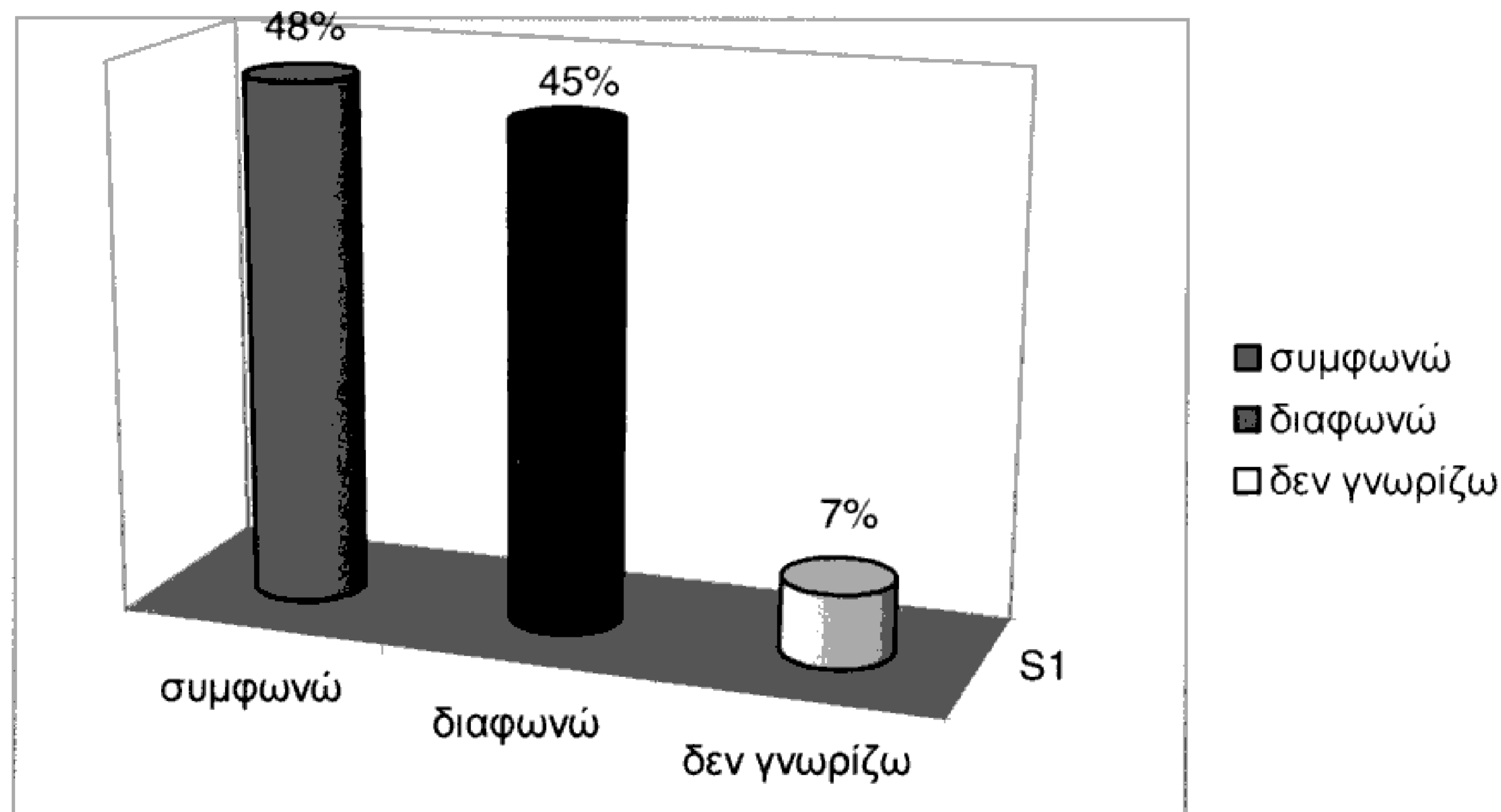
Γράφημα 30γ: 6 μήνες μετά την παρέμβαση



Έξι μήνες μετά την παρέμβαση, το ποσοστό των γυναικών που απαντά ότι δεν ντρέπεται να κάνει το test-pap είναι 77,60%, ενώ το ποσοστό των γυναικών που απαντά το αντίθετο είναι 22,40%. Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχετίσεων, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με όλα τα δημογραφικά στοιχεία ($P < 0,001$). Στο πλαίσιο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, η συσχέτιση δεν ήταν πραγματική για κανένα από τα δημογραφικά στοιχεία ($P > 0,05$).

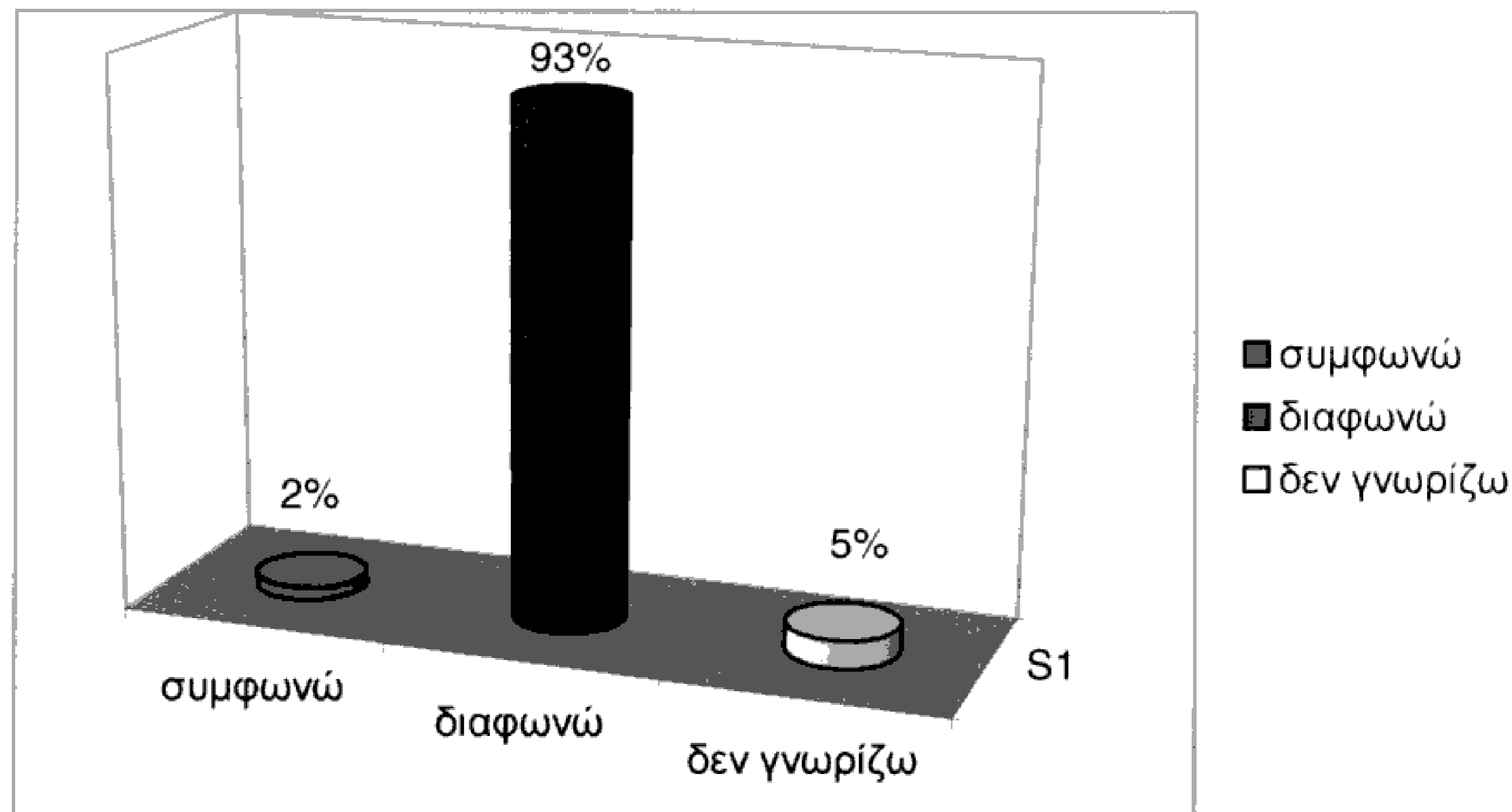
Γραφήματα 31α, 31β, 31γ: Εκατοστιαία αναλογία της αντίληψης των γυναικών αναφορικά με το κόστος που συνεπάγεται η υιοθέτηση της υγιούς συμπεριφοράς (το να κάνω συστηματικά το test-pap θα με κάνει να ανησυχώ χωρίς λόγο).

Γράφημα 31α: Πριν την παρέμβαση



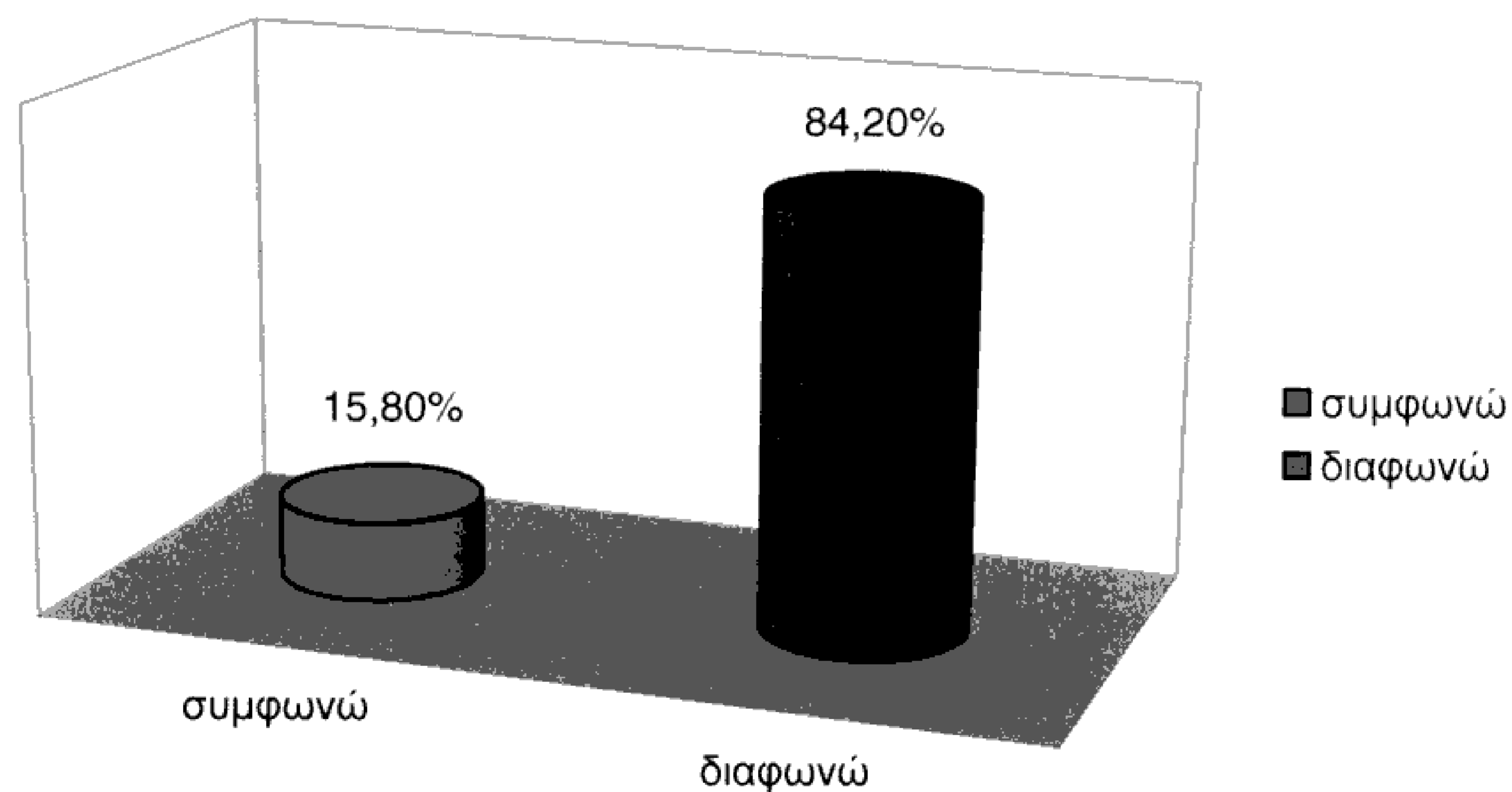
Από τις απαντήσεις που δόθηκαν κατά την πρώτη φάση της έρευνας, προκύπτει ότι το 48% των γυναικών πιστεύει το να κάνει συστηματικά το test-pap θα τις κάνει να ανησυχώ χωρίς λόγο για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Το 45% διαφωνεί με αυτή την άποψη και το 7% δεν γνωρίζει. Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχετίσεων, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με τα εξής δημογραφικά στοιχεία: αριθμός παιδιών ($P=0,049$), κατηγορία εκπαίδευσης ($P<0,001$), νομός διαμονής ($P<0,001$). Στο πλαίσιο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, η συσχέτιση ήταν πραγματική και για τα τρία χαρακτηριστικά ($P=0,015$, $P<0,001$, $P<0,001$ αντίστοιχα). Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($P>0,05$) με τα παρακάτω δημογραφικά στοιχεία: ηλικία, εργασία, εισόδημα, τόπος κατοικίας, τα προβλήματα υγείας, οικογενειακή κατάσταση.

Γράφημα 31β: αμέσως μετά την παρέμβαση



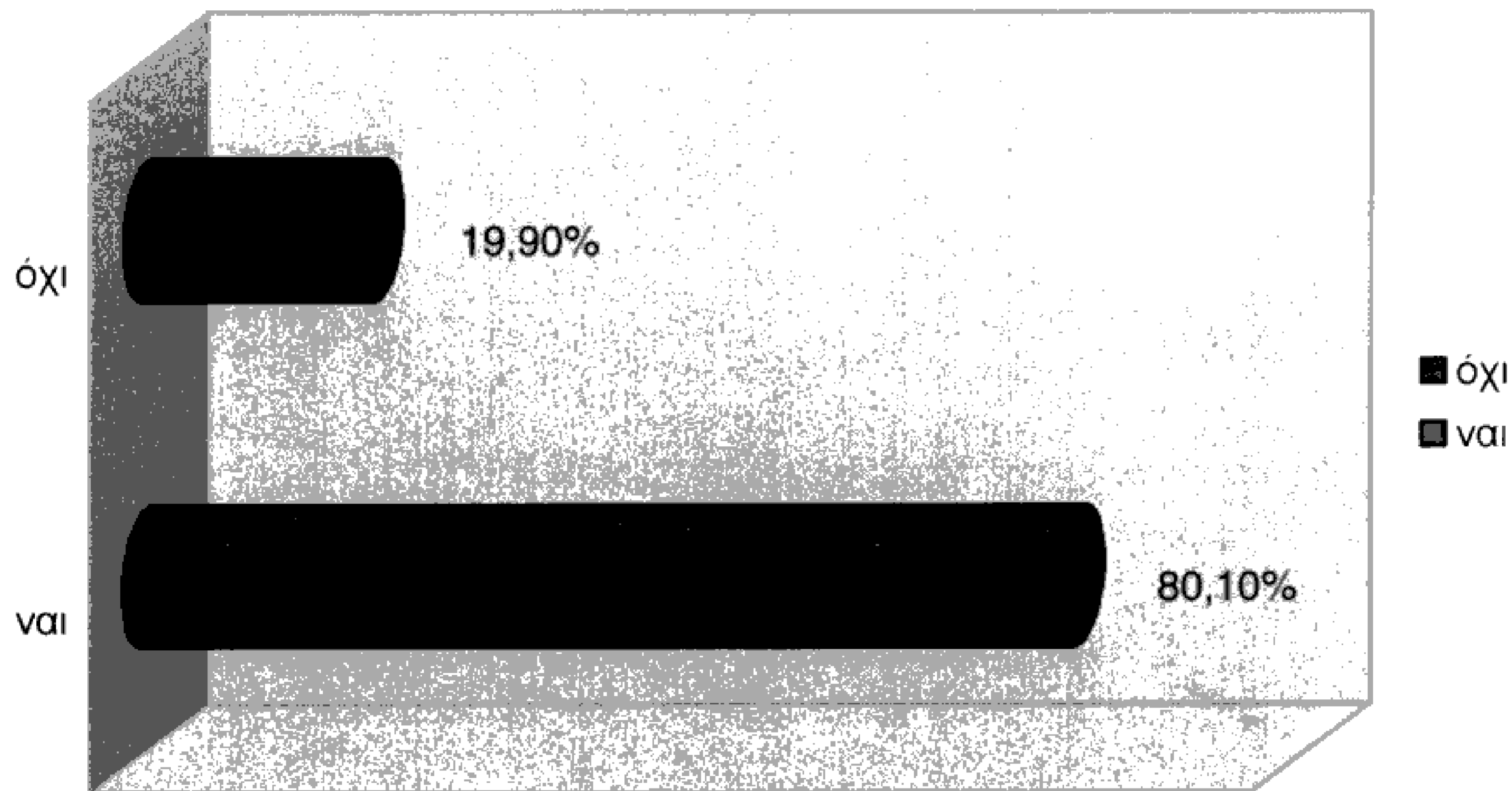
Αμέσως μετά την παρέμβαση, η συντριπτική πλειοψηφία των γυναικών (93%), απαντά ότι δεν συμφωνεί με την άποψη πως το να κάνει συστηματικά το test-pap θα τις κάνει να ανησυχούν χωρίς λόγο για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχετίσεων, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με τα εξής δημογραφικά στοιχεία: αριθμός παιδιών ($P=0,001$), κατηγορία εκπαίδευσης ($P=0,006$), νομός διαμονής ($P<0,001$). Στο πλαίσιο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, η συσχέτιση ήταν πραγματική και για τα τρία χαρακτηριστικά ($P=0,024$, $P=0,001$, $P<0,001$ αντίστοιχα). Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($P>0,05$) με τα παρακάτω δημογραφικά στοιχεία: ηλικία, εργασία, εισόδημα, τόπος κατοικίας, τα προβλήματα υγείας, οικογενειακή κατάσταση.

Γράφημα 31γ: 6 μήνες μετά την παρέμβαση



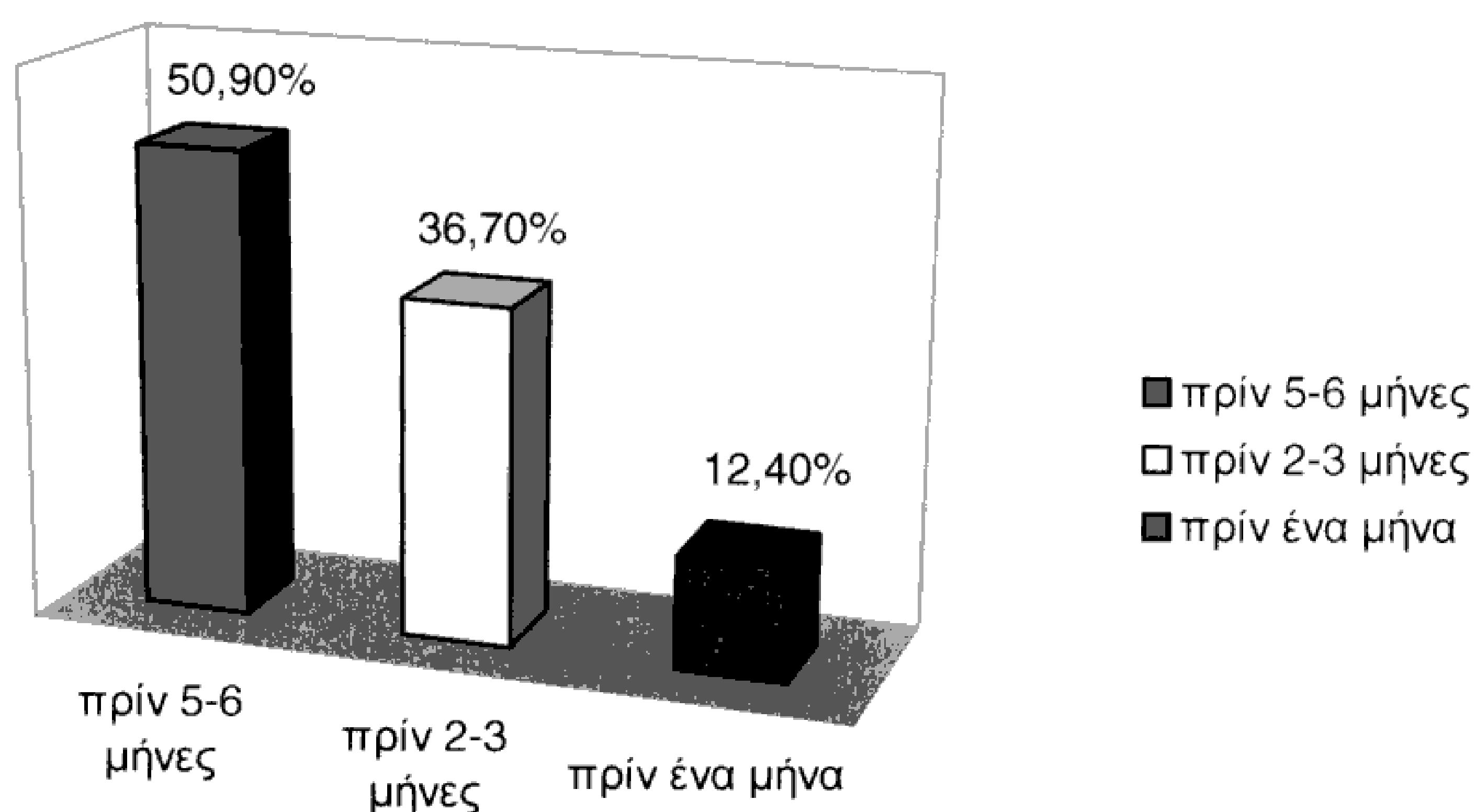
Έξι μήνες μετά την παρέμβαση, το ποσοστό των γυναικών που απαντά ότι δεν συμφωνεί με την άποψη πως το να κάνει συστηματικά το test-pap θα τις κάνει να ανησυχούν χωρίς λόγο για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, είναι 84,20%. Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχετίσεων, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με όλα τα δημογραφικά στοιχεία ($P < 0,001$). Στο πλαίσιο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, η συσχέτιση δεν ήταν πραγματική για κανένα από τα δημογραφικά στοιχεία ($P > 0,05$).

Γράφημα 32: Εκατοστιαία αναλογία των γυναικών που έκαναν το test-
pap.



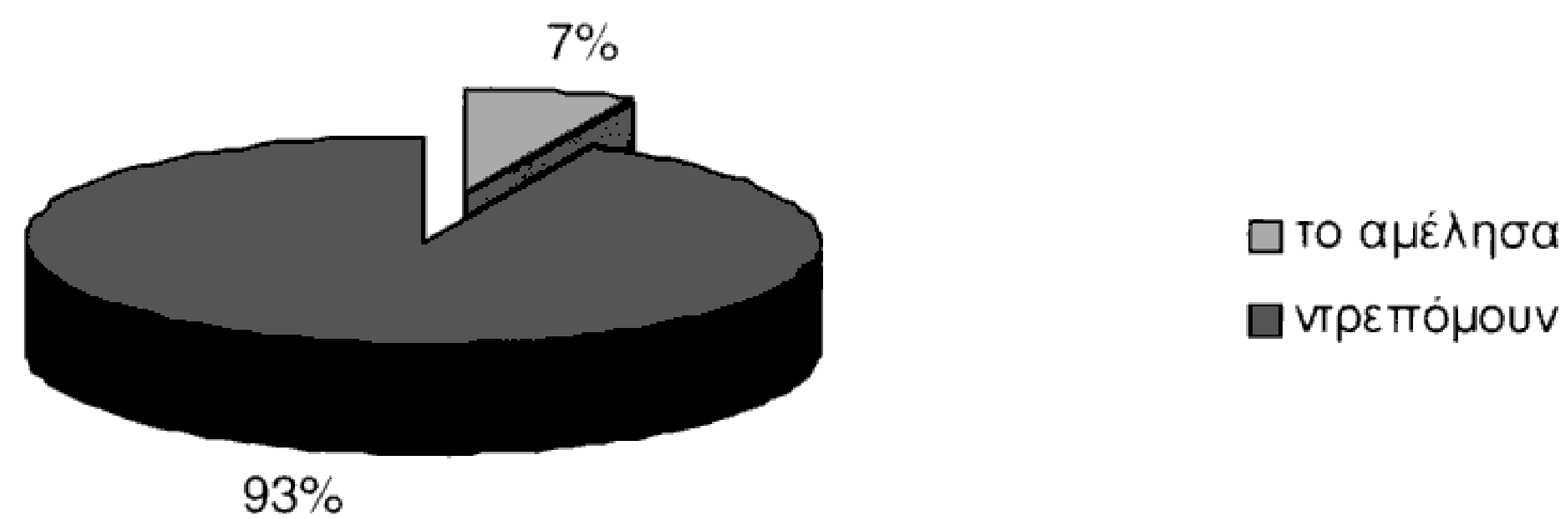
Το γράφημα αυτό αφορά στις απαντήσεις που δόθηκαν έξι μήνες μετά την παρέμβαση, δηλαδή κατά την τρίτη φάση της έρευνας. Η μεγάλη πλειοψηφία των γυναικών (80,10%) απαντά ότι έκανε το test-pap. Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχετίσεων, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με όλα τα δημογραφικά στοιχεία ($P < 0,001$). Στο πλαίσιο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, η συσχέτιση δεν ήταν πραγματική για κανένα από τα δημογραφικά στοιχεία ($P > 0,05$).

Γράφημα 33: Εκατοστιαία αναλογία της χρονικής περιόδου που οι γυναίκες έκαναν το test-pap.



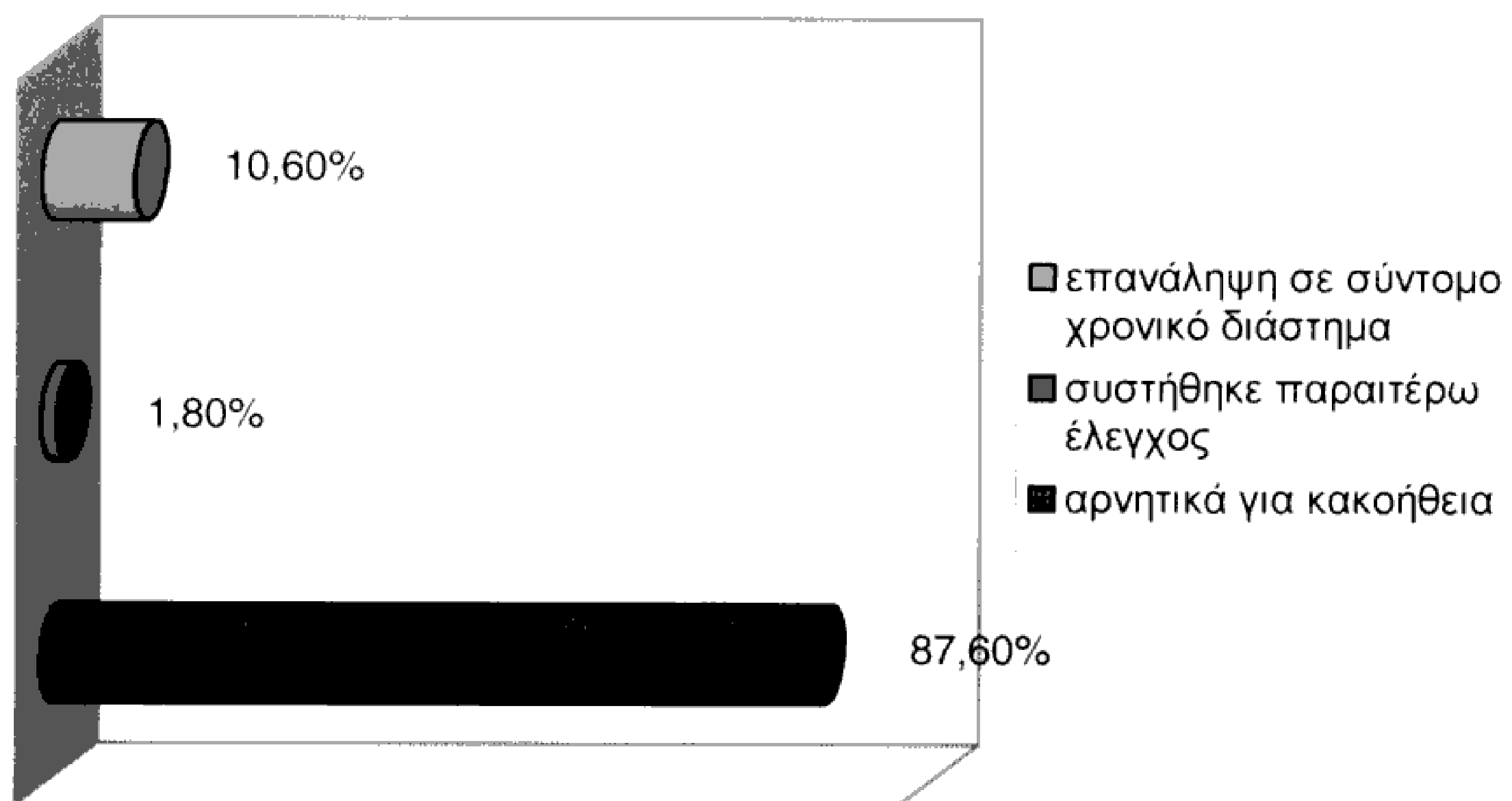
Το γράφημα αυτό αντιστοιχεί σε απαντήσεις που δόθηκαν κατά την τελευταία φάση της έρευνας. Οι περισσότερες γυναίκες (50,90%) απάντησαν ότι έκαναν το test-pap πριν από 5-6 μήνες, το 36,70% πριν 2-3 μήνες και το 12,40% πριν ένα μήνα. Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχετίσεων (απλές λογιστικές παλινδρομήσεις), κανένα από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά δε φαίνεται να συσχετίζεται με τη χρονική περίοδο που οι γυναίκες έκαναν το test-pap ($P>0,05$).

Γράφημα 34: Εκατοστιαία αναλογία των λόγων για τους οποίους οι γυναίκες δεν έκαναν test-pap.



Το γράφημα αυτό αντιστοιχεί στις απαντήσεις που δόθηκαν κατά την τρίτη φάση της έρευνας. Το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών που δεν έκαναν test-pap, απάντησαν ότι αυτό έγινε γιατί ντρεπόντουσαν (93%), ενώ το 7% απάντησε ότι το αμέλησε. Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχετίσεων (απλές λογιστικές παλινδρομήσεις), κανένα από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά δε φαίνεται να συσχετίζεται με τους λόγους για τους οποίους οι γυναίκες δεν έκαναν test-pap ($P > 0,05$).

Γράφημα 35: Εκατοστιαία αναλογία των αποτελεσμάτων του test-pap.



Τα περισσότερα αποτελέσματα ήταν αρνητικά για κακοήθεια (87,60%). Σε ποσοστό 10,60% συστήθηκε επανάληψη σε σύντομο χρονικό διάστημα, ενώ σε ποσοστό 1,80% συστήθηκε περαιτέρω έλεγχος.

Πίνακας 6. Συσχετίσεις δημογραφικών με το ποσοστό σωστών απαντήσεων για την πρόληψη ca του τραχήλου της μήτρας πριν την ενημέρωση

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέσος (ΤΑ)	Rs	P Value
Ηλικία (έτη)		0,030	0,606 ^α
Οικογενειακή κατάσταση			0,135 ^β
Παντρεμένη	0,51(0,29)		
Ανύπαντρη(χωρισμένη,χήρα)	0,46(0,25)		
Αριθμός παιδιών		0,114	0,049 ^α
Εργαζόμενη ή άνεργη			0,782 ^β
Εργαζόμενη	0,49(0,27)		
Άνεργη	0,48(0,28)		
Κατηγορία εκπαίδευσης			<0,001 ^γ
Κατώτερη	0,35(0,27)		
Μέση	0,47(0,26)		
Ανώτερη, ανώτατη	0,55(0,25)		
Εισόδημα	0,56(0,37)		0,187 ^β
< 600	0,45(0,25)		
> 600			

Διαμονή	0,48(0,26)	0,723 ^β
Χωριό	0,49(0,28)	
Πόλη		
Νομός διαμονής		<0,001 ^β
Λακωνίας	0,61(0,26)	
Αρκαδίας	0,33(0,20)	
Προβλήματα Υγείας		0,585 ^β
Ψυχολογικά	0,47(0,23)	
Σωματικά	0,45(0,26)	

(ΤΑ) Τυπική απόκλιση

R_s = συντελεστής συσχέτισης του Spearman's

α = στατιστικός έλεγχος του Spearman's

β = στατιστικός έλεγχος του Mann- Witney

γ = στατιστικός έλεγχος του Kruskal Wallis

Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχετίσεων, τα δημογραφικά που σχετίζονταν με το ποσοστό των σωστών απαντήσεων για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου, πριν την ενημέρωση, ήταν τα εξής:

Ο αριθμός των παιδιών

Η κατηγορία εκπαίδευσης

Ο Νομός διαμονής

Πίνακας 7. Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή το ποσοστό σωστών απαντήσεων για την πρόληψη ca του τραχήλου της μήτρας πριν την ενημέρωση και ανεξάρτητες μεταβλητές τις παρακάτω

Ανεξάρτητη μεταβλητή	B	95% ΔΕ Β	P Value
(σταθερά A)	0,07298	-0,041 0,187	0,207
Αριθμός παιδιών	0,03277	0,006 0,059	0,015
Κατηγορία εκπαίδευσης	0,109	0,065 0,153	<0,001
Νομός διαμονής	0,253	0,200 0,307	<0,001

A σταθερά A της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης

B= συντελεστής της κλήσης της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης

95% ΔΕ Β= 95% διάστημα εμπιστοσύνης του Β

Στο πλαίσιο του πολλαπλού ελέγχου συσχέτισης (πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση), τα δημογραφικά που σχετίζονταν με το ποσοστό των σωστών απαντήσεων για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου, πριν την ενημέρωση, ήταν τα εξής:

Ο αριθμός των παιδιών

Η κατηγορία εκπαίδευσης

Ο Νομός διαμονής

Συνεπώς και τα 3 χαρακτηριστικά σχετίζονταν πραγματικά με το ποσοστό των σωστών απαντήσεων για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου, πριν την ενημέρωση.

Πίνακας 8. Συσχετίσεις δημογραφικών με τη διαφορά του ποσοστού σωστών απαντήσεων για την πρόληψη ca του τραχήλου της μήτρας πριν και μετά την ενημέρωση

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέσος (ΤΑ)	Rs	P Value
Ηλικία (έτη)		-0,042	0,466 ^α
Οικογενειακή κατάσταση			0,065 ^β
Παντρεμένη	0,26(0,33)		
Ανύπαντρη(χωρισμένη,χήρα)	0,33(0,28)		
Αριθμός παιδιών		-0,191	0,001 ^α
Εργαζόμενη ή άνεργη			0,200 ^β
Εργαζόμενη	0,29(0,31)		
Άνεργη	0,34(0,32)		
Κατηγορία εκπαίδευσης			0,006 ^β
Κατώτερη	0,40(0,33)		
Μέση	0,31(0,30)		
Ανώτερη, ανώτατη	0,24(0,28)		
Εισόδημα			0,136 ^β
< 600	0,21(0,41)		
> 600	0,34(0,28)		
Διαμονή			0,860 ^β
Χωριό	0,30(0,30)		
Πόλη	0,30(0,32)		

Νομός			<0,001^β
Λακωνίας	0,14(0,28)		
Αρκαδίας	0,50(0,21)		
Προβλήματα Υγείας			
Ψυχολογικά	0,32(0,27)		
Σωματικά	0,35(0,30)		

(TA) Τυπική απόκλιση

R_s = συντελεστής συσχέτισης του Spearman's

A = στατιστικός έλεγχος του Spearman's

B= στατιστικός έλεγχος του Mann- Witney

Γ= στατιστικός έλεγχος του Kruskal Wallis

Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχετίσεων, τα δημογραφικά που σχετίζονταν με τη διαφορά των ποσοστών των σωστών απαντήσεων για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου, πριν και μετά την ενημέρωση, ήταν τα εξής:

Ο αριθμός των παιδιών

Η κατηγορία εκπαίδευσης

Ο Νομός διαμονής

Πίνακας 9. Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη διαφορά του ποσοστού σωστών απαντήσεων για την πρόληψη ca του τραχήλου της μήτρας πριν και μετά την ενημέρωση και ανεξάρτητες μεταβλητές τις παρακάτω

Ανεξάρτητη μεταβλητή	B	95% ΔΕ B	P Value
(σταθερά A)	0,714	0,587, 0,840	<0,001
Αριθμός παιδιών	-0,034	-0,064, -0,005	0,024
Κατηγορία εκπαίδευσης	-0,086	-0,135, -0,037	0,001
Νομός διαμονής	-0,326	-0,386, -0,266	<0,001

A σταθερά A της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης

B= συντελεστής της κλήσης της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης

95% ΔΕ B= 95% διάστημα εμπιστοσύνης του B

Στο πλαίσιο του πολλαπλού ελέγχου συσχέτισης (πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση), τα δημογραφικά που σχετίζονταν με τη διαφορά των ποσοστών των σωστών απαντήσεων για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου, πριν και μετά τη διδασκαλία, ήταν τα εξής:

Ο αριθμός των παιδιών

Η κατηγορία εκπαίδευσης

Ο Νομός διαμονής

Συνεπώς και τα 3 χαρακτηριστικά σχετίζονταν πραγματικά με τη διαφορά των ποσοστών των σωστών απαντήσεων για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου, πριν και μετά την ενημέρωση.

Πίνακας 10. Απλές λογιστικές συσχετίσεις μεταξύ διενέργειας test pap και δημογραφικών

Ανεξάρτητη μεταβλητή	B	95% ΔΕ Β	P Value
Ηλικία	1,030	1,023, 1,037	<0,001
Παντρεμένη , Ανύπαντρη	3,826	2,418, 6,055	<0,001
Παιδιά	2,080	1,668, 2,594	<0,001
Επάγγελμα	3,652	2,636, 5,060	<0,001
Μορφωτικό επίπεδο	3,700	1,840, 7,440	<0,001
Εισόδημα	3,704	2,655, 5,168	<0,001
Πόλη ή χωριό	3,429	2,251, 5,223	<0,001
Νομός	4,749	3,058, 7,376	<0,001
Προβλήματα Υγείας	3,680	2,365, 5,726	<0,001

B. Συντελεστής της γραμμικής παλινδρόμησης

95% ΔΕ Β. 95% διάστημα εμπιστοσύνης του συντελεστή κλήσης της γραμμικής παλινδρόμησης.

Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχετίσεων (απλές λογιστικές παλινδρομήσεις), όλα τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και η διαφορά των ποσοστών των σωστών απαντήσεων για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου, πριν και μετά την ενημέρωση, σχετίζονταν με τη διενέργεια test-pap μέσα στο εξάμηνο μετά την ενημέρωση.

Πίνακας 11. Πολλαπλή λογιστική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη διενέργειας test pap και ανεξάρτητες μεταβλητές τις παρακάτω			
Ανεξάρτητη μεταβλητή	B	95% ΔΕ Β	P Value
Ηλικία	0,993	0,953 1,034	0,719
Παντρεμένη Ανύπαντρη	1,110	0,395 3,123	0,843
Παιδιά	1,294	0,721 2,321	0,388
Επάγγελμα	0,501	0,152, 1,648	0,255
Μόρφωση	1,264	0,541 2,954	0,588
Εισόδημα	1,335	0,259 6,886	0,730
Πόλη ή χωριό	0,381	0,123 1,179	0,094
Νομός διαμονής	0,586	0,151 2,269	0,439
Προβλήματα Υγείας	0,612	0,217 1,729	0,355

B. Συντελεστής της γραμμικής παλινδρόμησης

95% ΔΕ Β. 95% διάστημα εμπιστοσύνης του συντελεστή κλίσης της γραμμικής παλινδρόμησης.

Στο πλαίσιο του πολλαπλού ελέγχου συσχέτισης (πολλαπλή λογιστική παλινδρόμηση), κανένα από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη διαφορά των ποσοστών των σωστών απαντήσεων για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου, πριν και μετά την ενημέρωση, σχετίζονταν με τη διενέργεια test-pap. Οι περισσότερες κατηγορίες των δημογραφικών χαρακτηριστικών έχουν ενοποιηθεί για να είναι ευκολότεροι και πιο ισχυροί οι στατιστικοί έλεγχοι. Σημείωση: Η ύπαρξη των παραπάνω σχέσεων φαίνεται από το P (στατιστική σημαντικότητα) των ελέγχων.

2.4 Συζήτηση

Η επεξεργασία των δεδομένων της πρώτης ενότητας του ερωτηματολογίου, οδήγησε σε σημαντικές παρατηρήσεις που σκιαγραφούν το προφίλ του δείγματος. Το δείγμα αποτελείται από γυναίκες που ανήκουν κυρίως στις ηλικιακές ομάδες των 25-30 ετών και 45-60 ετών. Οι περισσότερες από αυτές είναι παντρεμένες. Ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό δεν έχει παιδιά, ενώ από αυτές που έχουν παιδιά, το μεγαλύτερο ποσοστό έχει δύο. Η παράμετρος θηλασμός δεν ελήφθη τελικά υπόψη στην έρευνα, γιατί δεν προσέφερε κάποιο σημαντικό συμπέρασμα. Η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων γυναικών έχουν ελληνική υπηκοότητα. Οι περισσότερες είναι μισθωτές και ασφαλισμένες στο Δημόσιο. Ελάχιστες μόνο έχουν ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Οι περισσότερες έχουν μέση εκπαίδευση και μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα πάνω από 1000 ευρώ. Οι πιο πολλές από τις γυναίκες που συμμετείχαν στο νομό Λακωνίας μένουν σε χωριά του νομού και λιγότερες στη Σπάρτη, ενώ από εκείνες που συμμετείχαν στο νομό Αρκαδίας, οι περισσότερες μένουν στην Τρίπολη. Ο μεγαλύτερος αριθμός γυναικών ζει μαζί με ένα ή δύο άτομα. Τέλος, ένα μεγάλο ποσοστό γυναικών αναφέρει σωματικά προβλήματα υγείας και ένα μικρότερο ποσοστό αναφέρει ψυχικά προβλήματα υγείας.

Οι τρεις πρώτες ερωτήσεις της δεύτερης ενότητας του ερωτηματολογίου αναφέρονται στις πεποιθήσεις των γυναικών για το πόσο **ευάλωτες** νομίζουν ότι είναι απέναντι στη νόσο. Κατά την πρώτη φάση της έρευνας, δηλαδή πριν από την παρέμβαση, οι περισσότερες γυναίκες σκέπτονται ότι ίσως κάποτε παρουσιάσουν καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, αρκετές όμως δεν έχουν

αυτή την πεποίθηση. Όταν μαθαίνουν πως μια γνωστή τους παρουσίασε καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, νομίζουν ότι ίσως κάποτε συμβεί και σε αυτές. Πιστεύουν ότι όσο περνούν τα χρόνια, είναι πιο πιθανό να παρουσιάσουν καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

Αξιολογώντας το άμεσο αποτέλεσμα της παρέμβασης, δηλαδή κατά τη δεύτερη φάση της έρευνας, παρατηρούμε ότι υπήρξε αλλαγή στις πεποιθήσεις των γυναικών για το πόσο ευπαθείς είναι στη νόσο. Έτσι, παρότι είναι καλά στην υγεία τους, οι περισσότερες σκέπτονται πως ίσως κάποτε εμφανίσουν καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Όταν μαθαίνουν πως μια γνωστή τους παρουσίασε τη νόσο, δεν νομίζουν ότι ίσως κάποτε συμβεί και σε αυτές. Το ποσοστό εκείνων που πιστεύουν ότι όσο περνούν τα χρόνια, είναι πιο πιθανό να παρουσιάσουν καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, μειώνεται στη φάση αυτή. Η επιρροή της παρέμβασης στις ατομικές πεποιθήσεις υποστηρίζεται και από άλλες μελέτες στη διεθνή βιβλιογραφία και είναι μια σημαντική μεταβλητή της αφύπνισης και της κινητοποίησης για την εφαρμογή μιας υγιούς συμπεριφοράς πρόληψης^{28,29}.

Έξι μήνες μετά την παρέμβαση, κατά την τρίτη φάση της έρευνας, τα ποσοστά των γυναικών που απαντούν ότι παρότι είναι καλά στην υγεία τους, σκέπτονται πως ίσως κάποτε εμφανίσουν καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, αυξάνονται σε σχέση με την προηγούμενη φάση. Το ίδιο συμβαίνει και με την εκατοστιαία αναλογία της πεποίθησης ότι όσο περισσότερο περνούν τα χρόνια, είναι πιο πιθανό να παρουσιάσουν καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και της αντίληψης ότι κινδυνεύουν όσο και άλλες γυναίκες να εμφανίσουν τη νόσο.

Όπως προκύπτει και από άλλες έρευνες, αυτό συμβαίνει γιατί η αρχική παρέμβαση λειτουργεί ως έναυσμα για περαιτέρω ενημέρωση σχετικά με το αντικείμενό της. Επίσης, η διανομή των ενημερωτικών φυλλαδίων, που πραγματοποιήθηκε μαζί με την παρέμβαση, έδωσε την ευκαιρία στις γυναίκες που συμμετείχαν, για εξατομικευμένη μελέτη και επιπλέον παροχή πληροφοριών για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας^{28,30}.

Τέλος, το ποσοστό των γυναικών, που όταν μαθαίνουν πως μια γνωστή τους παρουσίασε τη νόσο, νομίζουν ότι ίσως κάποτε συμβεί και σε αυτές, αυξήθηκε κατά πολύ, με αποτέλεσμα σχεδόν όλες οι γυναίκες να έχουν αυτή την πεποίθηση. Έτσι, παρότι αμέσως μετά την παρέμβαση οι περισσότερες γυναίκες διαφωνούσαν με αυτή την άποψη, έξι μήνες αργότερα, έγινε ακριβώς το αντίθετο. Ίσως απαιτούνται συχνότερες παρεμβάσεις, προκειμένου οι γυναίκες να αποβάλλουν την συγκεκριμένη πεποίθηση. Όπως προκύπτει και από τη βιβλιογραφία, τα προγράμματα αγωγής υγείας είναι πιο αποτελεσματικά όταν έχουν συνέχεια^{31,32}.

Η επόμενη ερώτηση της ίδιας ενότητας αναφέρεται στο **όφελος** που συνεπάγεται η υιοθέτηση της υγιούς συμπεριφοράς. Η αντίληψη ότι όσο περισσότερες γυναίκες ελέγχονται συστηματικά, τόσο λιγότεροι θάνατοι από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας θα παρατηρούνται, κατέχει υψηλό ποσοστό κατά την πρώτη φάση της έρευνας, αυξάνεται στην επόμενη φάση, για να φτάσει το σύνολο των γυναικών στην τρίτη φάση της έρευνας.

Συνεπώς υπήρξε επιρροή της παρέμβασης στις πεπτοιθήσεις των γυναικών για το όφελος της συμπεριφοράς πρόληψης. Σύμφωνα και με άλλες μελέτες το εύρημα αυτό είναι ενθαρρυντικό, γιατί όταν το άτομο πιστεύει στην

αποτελεσματικότητα της συμπεριφοράς πρόληψης, υποκινείται ευκολότερα να την πραγματοποιήσει^{28,32}.

Στην ερώτηση αν κινδυνεύουν λιγότερο από άλλες γυναίκες, το ίδιο με αυτές ή περισσότερο από αυτές να πάθουν καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, οι περισσότερες απαντούν ότι δεν γνωρίζουν, πριν από την παρέμβαση. Μετά την παρέμβαση, ένα υψηλό ποσοστό απαντά ότι πιστεύει πως κινδυνεύει το ίδιο με άλλες γυναίκες και έξι μήνες αργότερα το ποσοστό αυτό μεγαλώνει ακόμη περισσότερο. Όπως προκύπτει και από άλλες έρευνες, οι ενημερωτικές παρεμβάσεις βελτιώνουν το επίπεδο γνώσης του πληθυσμού^{33,34}.

Κατά την πρώτη φάση, οι περισσότερες γυναίκες δεν έχουν τη μοιρολατρική στάση ότι αν το test-pap δείξει κάποια ανωμαλία, δεν έχει καμιά σημασία, γιατί έτσι κι αλλιώς είναι πολύ αργά. Αρκετές όμως από αυτές πιστεύουν το αντίθετο, πεποίθηση που ανατρέπεται μετά την παρέμβαση και έξι μήνες μετά σχεδόν καμία γυναίκα δεν έχει αυτή τη μοιρολατρική άποψη. Τα εύρημα αυτό συμφωνεί και με τη βιβλιογραφία, απ' όπου προκύπτει ότι η ενημέρωση των γυναικών βοηθά στο να αποβάλλουν παρόμοιες μοιρολατρικές στάσεις³⁵.

Οι επόμενες τέσσερις ερωτήσεις της ίδιας ενότητας του ερωτηματολογίου αφορούν στις γνώσεις των γυναικών σχετικά με το test-pap. Πριν από την παρέμβαση σχεδόν οι μισές γυναίκες πιστεύουν ότι το test-pap δεν είναι επώδυνο, αρκετές όμως δηλώνουν ότι δεν γνωρίζουν ή νομίζουν πως θα πονέσουν. Μετά την παρέμβαση η πλειοψηφία απαντά ότι δεν είναι επώδυνο, ενώ έξι μήνες μετά το ποσοστό αυτό μειώνεται ελαφρά, παραμένει όμως πάντα υψηλό.

Κατά την πρώτη φάση της έρευνας, δηλαδή πριν από την παρέμβαση, σχεδόν οι μισές γυναίκες πιστεύουν ότι το test-pap δεν είναι επικίνδυνο, αρκετές όμως δηλώνουν ότι δεν γνωρίζουν. Μετά την παρέμβαση η πλειοψηφία απαντά ότι δεν είναι επικίνδυνο και έξι μήνες μετά σχεδόν όλες οι γυναίκες έχουν αυτή την πεποίθηση.

Πριν από την παρέμβαση λιγότερες από τις μισές γυναίκες απαντούν ότι το test-pap πρέπει να γίνεται μια φορά το χρόνο, αμέσως μετά από αυτήν οι περισσότερες γυναίκες απαντούν πως πρέπει να γίνεται μια φορά το χρόνο και έξι μήνες μετά σχεδόν όλες οι γυναίκες δίνουν αυτή την απάντηση. Κατά την πρώτη φάση σχεδόν οι μισές γυναίκες δηλώνουν ότι ντρέπονται να κάνουν το test-pap, παρότι πιστεύουν πως είναι χρήσιμη εξέταση. Αυτό όμως αλλάζει μετά την παρέμβαση, οπότε η πλειοψηφία των γυναικών δηλώνει πως δεν ντρέπεται, ενώ μετά από έξι μήνες το ποσοστό αυτό μειώνεται, παραμένει όμως πάντα υψηλό.

Όπως παρατηρούμε και από τη βιβλιογραφία, αρκετό καιρό μετά την παρέμβαση η γνώση όχι μόνο παραμένει αλλά συχνά αυξάνεται, λόγω του ενδιαφέροντος που δείχνει ο πληθυσμός που έχει ενημερωθεί για περαιτέρω πληροφόρηση και της δυνατότητας αφομοίωσης των παρεχόμενων γνώσεων με τη μελέτη των ενημερωτικών φυλλαδίων που μοιράστηκαν. Και από άλλες έρευνες προκύπτει ότι οι ενημερωμένες γυναίκες παύουν να νιώθουν ντροπή για την εξέταση και δεν φοβούνται πια ότι θα πονέσουν^{28,36,37}.

Η επόμενη ερώτηση αφορά στο κόστος που συνεπάγεται η υιοθέτηση της υγιούς συμπεριφοράς πρόληψης (το να κάνω συστηματικά το test-pap θα με κάνει να ανησυχώ χωρίς λόγο για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας). Πριν

από την παρέμβαση οι περισσότερες γυναίκες συμφωνούν με την άποψη αυτή, στη συνέχεια όμως το μεγαλύτερο ποσοστό διαφωνεί. Έξι μήνες αργότερα, το ποσοστό αυτό διατηρείται υψηλό.

Σύμφωνα με το Μοντέλο Πεπαιθίσεων για την Υγεία όταν η σκέψη του κόστους της υγιούς συμπεριφοράς παύει να είναι κυρίαρχη, ενώ αντίθετα κυριαρχεί η στάση του ατόμου για διατήρηση της υγείας, το κίνητρο για δράση είναι πιο ισχυρό²⁴.

Οι επόμενες τέσσερις ερωτήσεις αφορούν στη διερεύνηση της αλλαγής συμπεριφοράς, ως προς την υποβολή στο test-pap. Οι ερωτήσεις αυτές απαντήθηκαν στην τελευταία φάση της έρευνας, δηλαδή έξι μήνες μετά από την παρέμβαση. Η πλειοψηφία των γυναικών έκανε το test-pap. Σχεδόν οι μισές το έκαναν πριν από 5-6 μήνες, ένα μικρότερο ποσοστό πριν από 2-3 μήνες και ακόμη λιγότερες πριν από ένα μήνα. Οι περισσότερες από τις γυναίκες που δεν έκαναν το test-pap, δηλώνουν πως ντρέπονταν. Αναφορικά με τα αποτελέσματα του test-pap, τα περισσότερα ήταν αρνητικά για κακοήθεια, σε λιγότερα συστήθηκε επανάληψη και σε ένα πολύ μικρό ποσοστό περαιτέρω έλεγχος.

Παρατηρούμε τελικά ότι η ντροπή αποτέλεσε τον κυριότερο ανασταλτικό παράγοντα για την πραγματοποίηση του test-pap.

Γενικά τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής είναι παρόμοια με εκείνα άλλων ερευνών. Τα ποσοστά των γυναικών που ακολούθησαν την επιθυμητή συμπεριφορά πρόληψης κυμαίνονται στα ίδια περίπου επίπεδα με άλλες

μελέτες, σαν λόγοι μη συμμόρφωσης αναφέρονται το αίσθημα ντροπής και ο φόβος του πόνου.

Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχέτισεων παρατηρείται στατιστικά σημαντική συσχέτιση ορισμένων χαρακτηριστικών με το ποσοστό των σωστών απαντήσεων για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, πριν την ενημέρωση. **Οι γυναίκες με παιδιά** φαίνεται να δίνουν περισσότερες σωστές απαντήσεις σε σχέση με εκείνες που δεν έχουν παιδιά (τιμή παρατηρούμενου επιπέδου σημαντικότητας $P= 0,049$). Όπως φαίνεται και από τη βιβλιογραφία, αυτό ίσως οφείλεται στο ότι αισθάνονται πιο υπεύθυνες και γι αυτό ενημερώνονται περισσότερο. **Το μορφωτικό επίπεδο** εμφανίζει επίσης στατιστικά σημαντική συσχέτιση με το ποσοστό των σωστών απαντήσεων ($P < 0,001$). Έτσι οι περισσότερο μορφωμένες δίνουν πιο πολλές σωστές απαντήσεις, κάτι που επιβεβαιώνεται και από τη βιβλιογραφία. Τέλος, στατιστικά πολύ σημαντική διαφορά ($P < 0,001$) παρατηρείται μεταξύ των ποσοστών ορθών απαντήσεων των κατοίκων των **νομών Λακωνίας και Αρκαδίας**, αναφορικά με τις γνώσεις για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Οι γυναίκες που προέρχονται από το νομό Λακωνίας φαίνεται να είναι πιο ενημερωμένες σε σχέση με εκείνες που προέρχονται από το νομό Αρκαδίας. Πιθανώς αυτό να οφείλεται στο γεγονός ότι στη Λακωνία έχουν γίνει και στο παρελθόν προσπάθειες ενημέρωσης του γυναικείου πληθυσμού^{37,38}.

Στο πλαίσιο του πολλαπλού ελέγχου συσχέτισης (πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση) και τα τρία αυτά δημογραφικά χαρακτηριστικά φαίνεται να

σχετίζονται πραγματικά με το ποσοστό των σωστών απαντήσεων για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, πριν την ενημέρωση:

- Αριθμός παιδιών ($P=0,015$)
- Μορφωτικό επίπεδο ($P=0,001$)
- Νομός διαμονής ($P=0,001$)

Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχέτισεων, παρατηρείται στατιστικά σημαντική συσχέτιση ορισμένων δημογραφικών χαρακτηριστικών με τη διαφορά του ποσοστού των σωστών απαντήσεων για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, πριν και μετά την ενημέρωση:

- Αριθμός παιδιών ($P=0,001$)
- Μορφωτικό επίπεδο ($P=0,006$)
- Νομός διαμονής ($P=0,001$)

Όσο λιγότερες ήταν οι γνώσεις πριν την ενημέρωση τόσο μεγαλύτερη ήταν η αύξηση των γνώσεων μετά από αυτή.

Στο πλαίσιο του πολλαπλού ελέγχου συσχέτισης (πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση) και τα τρία προαναφερθέντα δημογραφικά χαρακτηριστικά σχετίζονταν πραγματικά με τη διαφορά του ποσοστού των σωστών απαντήσεων για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας πριν και μετά την ενημέρωση:

- Αριθμός παιδιών ($P=0,024$)
- Μορφωτικό επίπεδο ($P=0,001$)
- Νομός διαμονής ($P=0,001$)

Στο πλαίσιο των απλών ελέγχων συσχετίσεων (απλές λογιστικές παλινδρομήσεις) όλα τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και η διαφορά των ποσοστών των σωστών απαντήσεων για τη πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας πριν και μετά την ενημέρωση σχετίζονταν με τη διενέργεια test – pap μέσα στο εξάμηνο μετά τη ενημέρωση ($P < 0,001$). Φαίνεται ότι η πιθανότητα που έχει μια γυναίκα μεγαλύτερης ηλικίας να κάνει test –pap είναι πιο μεγάλη σε σχέση με μια άλλη μικρότερης ηλικίας. Οι γυναίκες με μεγαλύτερη μόρφωση έχουν σχεδόν 4 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να κάνουν test-pap σε σύγκριση με τις γυναίκες χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου. Οι γυναίκες που έχουν μηνιαίο εισόδημα πάνω από 600 ευρώ κάνουν περίπου 4 φορές πιο συχνά test-pap σε σχέση με εκείνες που έχουν μηνιαίο εισόδημα κάτω από 600 ευρώ. Η συχνότητα πραγματοποίησης test-pap των γυναικών που κατοικούν σε πόλεις είναι σχεδόν 3,5 φορές μεγαλύτερη σε σχέση με εκείνη των κατοίκων των χωριών. Οι γυναίκες του νομού Λακωνίας έκαναν test-pap σχεδόν 5 φορές συχνότερα σε σύγκριση με εκείνες του νομού Αρκαδίας. Τέλος οι γυναίκες που είχαν προβλήματα υγείας εμφάνιζαν περισσότερες πιθανότητες να κάνουν test-pap σε σχέση με εκείνες που δεν είχαν προβλήματα υγείας.

Παρόμοια συμπεράσματα προκύπτουν και από τη βιβλιογραφία, ιδιαίτερα αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση, το επάγγελμα και τον τόπο κατοικίας. Αυτό μάλλον οφείλεται στο ότι οι παντρεμένες έχουν μεγαλύτερο αίσθημα ευθύνης και υιοθετούν ευκολότερα συμπεριφορές πρόληψης. Οι εργαζόμενες έχουν πιθανώς περισσότερες ευκαιρίες ενημέρωσης και αξιολόγησης της υγιούς συμπεριφοράς πρόληψης. Τέλος οι γυναίκες που κατοικούν στην πόλη διαθέτουν καλύτερη πρόσβαση σε πληροφορίες που

αφορούν στην υγεία τους και έχουν πιο πολλές πιθανότητες να υιοθετήσουν μια σωστή συμπεριφορά πρόληψης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας πριν και μετά την ενημέρωση^{37,39,40}.

2.5 Συμπεράσματα – Προτάσεις

Η Αγωγή και Προαγωγή της Υγείας είναι ένα θέμα με ιδιαίτερη σημασία στην εποχή μας. Διεθνείς Οργανισμοί όπως η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, το Συμβούλιο της Ευρώπης και η Ευρωπαϊκή Κοινότητα συμφωνούν ότι η ανάπτυξη προγραμμάτων αγωγής και προαγωγής της υγείας είναι η πλέον ενδεδειγμένη μέθοδος για την πρόληψη και βελτίωση της υγείας των ανθρώπων. Η μετάδοση έγκυρων γνώσεων, η ενίσχυση της προσωπικότητας και η ανάπτυξη δεξιοτήτων στη λήψη αποφάσεων, είναι τα θέματα που προβάλλονται από τη σύγχρονη προσέγγιση τέτοιων προγραμμάτων και συμβάλλουν στον έλεγχο και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής του ανθρώπου και της υγείας του^{18,24}.

Από τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, αλλά και από τη μελέτη της βιβλιογραφίας προκύπτει ότι χρησιμοποιώντας τα κατάλληλα εργαλεία μπορεί να επιτευχθεί αλλαγή στις γνώσεις, τις στάσεις και πεποιθήσεις των ατόμων αναφορικά με θέματα υγείας. Ο στόχος αυτός επιτυγχάνεται αποτελεσματικά όταν οι γνώσεις, οι δεξιότητες και οι συμπεριφορές που διδάσκονται, υποστηρίζονται και ενισχύονται από το κοινωνικό περιβάλλον. Η Αγωγή Υγείας είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την κοινωνία⁴¹.

Επειδή η αγωγή υγείας είναι μία διαδικασία ζωής, που έχει διάρκεια και συνέχεια, όλα τα προγράμματα είναι σωστό να σχεδιάζονται και να

υλοποιούνται με βάση αυτό το γνώμονα. Ακόμη κι όταν τα αποτελέσματα μιας παρέμβασης είναι ενθαρρυντικά, πρέπει να εξασφαλίζεται η συνέχειά της και στο μέλλον²⁴.

Ο σχεδιασμός προγραμμάτων αγωγής υγείας είναι πιο αποτελεσματικός όταν είναι κεντρικός. Ένα κεντρικό όργανο θα μπορούσε να εποπτεύει και να συντονίζει τις προσπάθειες που αναπτύσσονται σε όλα τα επίπεδα, ενώ ιδιαίτερη σημασία πρέπει να δοθεί στις πιο απομακρυσμένες περιοχές, που έχουν περιορισμένες ευκαιρίες πρόσβασης σε τέτοια προγράμματα. Απαραίτητος είναι ο εντοπισμός των ιδιαιτεροτήτων κάθε ομάδας στόχου και κάθε γεωγραφικής περιοχής, η καταγραφή των προβλημάτων και η εκτίμηση των προτεραιοτήτων. Ρόλο σε αυτή τη διαδικασία μπορούν να παίξουν και τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, αλλά και η κινητοποίηση τοπικών συλλόγων, προκειμένου να βοηθήσουν στη διάδοση σημαντικών πληροφοριών για θέματα υγείας^{17,41}.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Συμπληρώστε με ένα Χ το τετραγωνίδιο που ταιριάζει στα
στοιχεία σας

Ηλικία.....ετών

Οικογ. Κατάσταση: Παντρεμένη Ανύπαντρη

Χωρισμένη

Χήρα Διαζευγμένη

Παιδιά: κανένα Πόσα;

Έχετε θηλάσει; Ναι Όχι

Υπηκοότητα : Ελληνική Όχι Ελληνική

Επάγγελμα.....

Ασφαλιστικό Ταμείο.....

Έχετε ιδιωτική ασφάλιση υγείας: Ναι Όχι

Γραμματικές γνώσεις:.....

Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα:.....

Πόλη -περιοχή που διαμένετε.....

Νομός:.....

Αριθμός ατόμων που ζουν μαζί σας:

Κανένα Ένα Δύο Περισσότερα

Έχετε άλλα προβλήματα υγείας; Σωματικά Ψυχικά

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΣΤΙΣ ΓΝΩΣΕΙΣ ΣΑΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ

ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ

1. Είμαι καλά στην υγεία μου, γι' αυτό δεν σκέπτομαι καθόλου ότι ίσως κάποτε παρουσιάσω καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

Συμφωνώ Διαφωνώ

2. Όταν μαθαίνω ότι κάποια γνωστή μου παρουσίασε καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, νομίζω πως ίσως συμβεί κάποτε και σε μένα.

Συμφωνώ Διαφωνώ

3. Όσο περισσότερο περνούν τα χρόνια, είναι πιο πιθανό να παρουσιάσω καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Συμφωνώ Διαφωνώ

4. Όσο περισσότερες γυναίκες κάνουν συστηματικά το test- pap, τόσο λιγότεροι θάνατοι από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας θα παρατηρούνται.

Συμφωνώ Διαφωνώ

5. Κινδυνεύω να πάθω καρκίνο του τραχήλου της μήτρας:

Λιγότερο από άλλες γυναίκες Το ίδιο με άλλες γυναίκες

Περισσότερο από άλλες γυναίκες

6. Αν το test-pap δείξει κάποια ανωμαλία, δεν έχει καμιά σημασία γιατί έτσι κι αλλιώς είναι πολύ αργά. Συμφωνώ Διαφωνώ

7. Νομίζω ότι θα πονέσω. Συμφωνώ Διαφωνώ
8. Νομίζω ότι το test-pap είναι επικίνδυνη εξέταση. Συμφωνώ
 Διαφωνώ
9. Νομίζω ότι το test pap πρέπει να γίνεται: Μία φορά κάθε εξάμηνο Μία
 φορά κάθε χρόνο Μία φορά κάθε δύο χρόνια Μία φορά
 κάθε τρία χρόνια Δεν γνωρίζω
10. Αν και πιστεύω ότι το test-pap είναι χρήσιμη εξέταση, ντρέπομαι να το
 κάνω. Συμφωνώ Διαφωνώ
11. Το να κάνω συστηματικά το test pap θα με κάνει να ανησυχώ χωρίς λόγο
 για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Συμφωνώ
 Διαφωνώ
12. Κάνατε το test-pap; Ναι Όχι
13. Αν ναι πότε περίπου; Πριν 5-6 μήνες Πριν 2-3 μήνες Πριν
 ένα μήνα
14. Αν όχι, γιατί; Φοβόμουν Ντρεπόμουν Πίστευα ότι δεν χρειάζεται
 Το αμέλησα Το νοσοκομείο είναι μακριά
 Οικονομικοί λόγοι Άλλοι λόγοι - Ποιοι
15. Τα αποτελέσματα ήταν: Θετικά για κακοήθεια Αρνητικά για
 κακοήθεια Συστήθηκε περαιτέρω έλεγχος Επανάληψη σε σύντομο
 χρονικό διάστημα

ABSTRACT

The purpose of the current research is the information and sensitization of women in the prefectures of Arcadia and Laconia through a specific methodology of health instruction towards the ultimate goal of motivating them to take the necessary precautions (Test Pap) in order to detect cervical cancer as early as possible.

As far as this research is concerned, 300 hundred women from the prefectures of Arcadia and Laconia were taken into consideration.

The method being used is in accordance to the cognitive model and, in specific, the Health Belief Model (HBM). The tools put in use were the lectures held in women's clubs in the above mentioned prefectures where a program of presentations via the computer and the distribution of informative leaflets on behalf of the Ministry of Health and Social Solidarity took place. In order to evaluate the immediate results of the intervention (change in knowledge, convictions and attitudes), a questionnaire was put into practice before and after each lecture. The assessment of the final outcome occurred after a period of six months by making use of the identical questionnaire, in which a section concerning the study of behavior change was added.

After processing the data, it turned out that the sample group mainly consisted of women at the age groups of 25-30 years old and 45-60 years old. By assessing the immediate result

of the intervention, a significant change in the knowledge, convictions and attitudes of these women regarding cervical cancer and the methods of its early diagnosis was observed. Six months later, the assessment of the final outcome proved that 80,10% of the women took the Test Pap and, in addition, 50,90% of these women had taken the test 5-6 months sooner. 93% of the women who did not take the Test Pap responded that they were ashamed of the procedure, 7% of them responded that they neglected it while the percentage of the women who answered that they were afraid of the examination or thought that it was not necessary for them or could not afford it was quite small.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Μπεσμπέας Σ. Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση νοσημάτων φθοράς. 2^η έκδοση. Αθήνα, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία 2004:439-445.
2. Duarte-Franco E, Franco EL. Cancer of the Uterine Cervix. BMC Womens Health 2004 Aug 25, 4 Suppl 1:S13.
3. Παπαδημητρίου Κ. Παθήσεις τραχήλου μήτρας, Ειδική Παθολογική ανατομική (Συστηματική Παθολογία). Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, 1990, σελ. 643-649.
4. Μανταλενάκης Σ. Καρκίνος τραχήλου μήτρας, Σύνοψη μαιευτικής και γυναικολογίας. Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, 1996, σελ. 486-509.
5. Beral V, Hermon C, Munoz N, Devesa SS. Cervical cancer. Cancer Surv., 1994;19-20:265-85.
6. Shanta V, Krishnamurthi S, Gajalakshmi CK, Swaminathan R, Ravichandran K. Epidemiology of cancer of the cervix: global and national perspective. J Indian Med Assoc. 2000 Feb;98(2):49-52.
7. Malik AI. The role of human papilloma virus (HPV) in the aetiology of cervical cancer. J Pak Med Assoc. 2005 Dec;55(12):553-8.
8. Sierra-Torres CH, Tyring SK, Au WW. Risk contribution of sexual behavior and cigarette smoking to cervical neoplasia. Int J Gynecol Cancer. 2003 Sep-Oct;13(5):617-25.
9. Sawaya GF, Sung HY, Kearney KA, Miller M, Kinney W, Hiatt RA et al. Advancing age and cervical cancer screening and prognosis. J Am Geriatr Soc. 2001 Nov;49(11):1499-504.
10. Bray F, Loos AH, McCarron P, Weiderpass E, Arbyn M, Moller H et al. Trends in cervical squamous cell carcinoma incidence in 13 European

- countries: changing risk and the effects of screening. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2005 Mar;14(3):677-86.
11. www.gyn.gr
 12. Narducci F, Sabban F, Vanlerenberghe E, Lesoin A, Chevalier A, Gauthier H et al. What is new in the surgical treatment of pelvic gynecologic cancers? *Bull Cancer.* 2006 Jan 1;93(1):43-9.
 13. Manzione L. Chemotherapy in cervical cancer. *Tunis Med.* 2005 Dec;83 Suppl 12:62.
 14. Foerster V, Murtagh J. Vaccines for prevention of human papillomavirus infection. *Issues Emerg Health Technol.* 2005 Dec;(75):1-4.
 15. Paniagua H. Knowledge of cervical cancer and the HPV vaccine. *Br J Nurs.* 2006 Feb 9-22;15(3):126-7.
 16. Sankaranarayanan R, Gaffikin L, Jacob M, Sellors J, Robles S. A critical assessment of screening methods for cervical neoplasia. *Int J Gynaecol Obstet.* 2005 May;89 Suppl 2:S4-S12.
 17. Petersen WO, Trapp MA, Sellers TA, Nicometo AM, Kaur JS. Evaluation of a training program to prepare community health representatives to promote breast and cervix cancer screening among native american women. *J Cancer Educ.* 2004, 19(4):237-243.
 18. Aydemir G, Sogukpinar N, Turkistanli EC. Prevention and health education: how recent advances in the science and art of health education have applied in practical ways within medical and other settings for prevention and public health. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2003, 4(1):71-74.

19. Hansen LK, Feigl P, Modiano MR, Lopez JA, Esvobedo Sluder S, Moinpour CM. An educational program to increase cervical and breast cancer screening in Hispanic women: a Southwest Oncology Group study. *Cancer Nurs.* 2005, 28(1):47-53.
20. Staten LK, Gregory- Mercado KY, Ranger- Moore J, Will JC, Giuliano AR, Ford ES et al. Provider counseling, health education and community health workers: the Arizona WISEWOMAN project. *J Womens Health (Larchmt)* 2004 Jun, 13(5):547-556.
21. Lam TK, McPhee SJ, Mock J, Doan HT, Nguyen T, Lai KQ. Encouraging Vietnamese-American women to obtain Pap-tests through lay health worker outreach and media education. *J Gen Intern Med* 2003 Jul, 18(7):516-524.
22. Mayo RM, Sherrill WW, Crew L, Watt P, Mayo WW. Connecting rural African American and Hispanic women to cancer education and screening: the Avon Health Connector project. *J Cancer Educ.* 2004 Summer, 19(2):123-6.
23. Hou SI, Fernandez ME, Parcel GS. Development of a cervical cancer educational program for Chinese women using intervention mapping. *Health Promot Pract* 2004 Jan, 5(1):80-7.
24. Ogden J. *Health Psychology. A textbook.* 2nd edition Buckingham-Philadelphia, Open University Press, 2000: 23-26.
25. Attia AK, Abdel-Rahman DAM, Kamel LI. Effect of an educational film on the Health Belief Model and breast self-examination practice. *Eastern Mediterranean Health Journal.* 1997, 3(3): 435-443.

26. Medical Outcomes Trust. Trust introduces new translation criteria. Medical Outcomes Trust. Bulletin 1997, 5: 1-4.
27. Λιονής Χ. Χρήση διαγνωστικών κλιμάκων και εργαλείων εκτίμησης της ποιότητας ζωής των ασθενών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, 31^ο Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, 2005: 67-68.
28. Newell SA, Sanson-Fisher RW, Girgis A, Davey HM. Can personal health record booklets improve cancer screening behaviors? Am J Prev Med. 2002 Jan;22(1):15-22.
29. Moreira ED Jr, Oliveira BG, Ferraz FM, Costa S, Costa Filho JO, Karic G. Knowledge and attitudes about human papillomavirus, Pap smears, and cervical cancer among young women in Brazil: implications for health education and prevention. Int J Gynecol Cancer. 2006 Mar-Apr;16(2):599-603.
30. McCaffery K, Irwig L. Australian women's needs and preferences for information about human papillomavirus in cervical screening. J Med Screen. 2005;12(3):134-41.
31. Park S, Chang S, Chung C. Effects of a cognition-emotion focused program to increase public participation in Papanicolaou smear screening. Public Health Nurs. 2005 Jul-Aug;22(4):289-98.
32. Breitkopf CR, Reardon HC, Breitkopf DM. Poor knowledge regarding the Pap test among low-income women undergoing routine screening. Perspect Sex Reprod Health. 2005 Jun;37(2):78-84.

33. Rezaei MB, Seydi S, Alizadeh SM. Effects of 2 educational methods on the knowledge, attitude, and practice of women high school teachers in prevention of cervical cancer. *Cancer Nurs.* 2004 Sep-Oct;27(5):364-9.
34. Twinn S. The evaluation of the effectiveness of health education interventions in clinical practice: a continuing methodological challenge *J Adv Nurs.* 2001 Apr;34(2):230-7.
35. Hou SI, Fernandez ME, Parcel GS. Development of a cervical cancer educational program for Chinese women using intervention mapping. *Health Promot Pract.* 2004 Jan;5(1):80-7.
36. McCarty CA, Chyou PH, Greenlee R, McCarty DJ, Gunderson P, Reding D. Differences in preventive screening rates in Wisconsin farm and non-farm resident women. *WMJ.* 2003;102(5):22-6.
37. Kakefuda I, Stallones L. Comparisons of Colorado women's cancer screening practices by residence: metropolitan, non-metropolitan, and farm. *J Agric Saf Health.* 2006 Feb;12(1):59-69.
38. Lam TK, McPhee SJ, Mock J, Wong C, Doan HT, Nguyen T et al. Encouraging Vietnamese-American women to obtain Pap tests through lay health worker outreach and media education. *J Gen Intern Med.* 2003 Jul;18(7):516-24.
39. Nguyen TT, McPhee SJ, Gildengorin G, Nguyen T, Wong C, Lai KQ et al. Papanicolaou testing among Vietnamese Americans: results of a multifaceted intervention. *Am J Prev Med.* 2006 Jul;31(1):1-9.
40. Baay MF, Verhoeven V, Avonts D, Vermorken JB. Risk factors for cervical cancer development: what do women think? *Sex Health.* 2004;1(3):145-9.

41. Salas I. Methodology for reorganization of the cervical cancer program in Chile. *Cancer Detect Prev.* 2006;30(1):38-43.