



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ (ΔΜΥ)

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΓΝΩΣΕΩΝ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΟΥΝ
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΑΠΟ ΔΟΜΕΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ 6^{ΗΣ}
ΥΠΕ ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΑ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΤΟΝ
ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ»**

ΕΥΦΡΟΣΥΝΗ ΑΓΓΕΛΟΠΟΥΛΟΥ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: Δρ. ΕΛΕΝΗ ΛΑΧΑΝΑ

ΠΑΤΡΑ – ΙΟΥΝΙΟΣ 2026

*Ευφροσύνη Αγγελοπούλου, Αξιολόγηση των γνώσεων των
γυναικών που λαμβάνουν υπηρεσίες από δομές Πρωτοβάθμιας
Υγείας της 6^{ης} ΥΠΕ αναφορικά με τα γυναικολογικά νοσήματα και
τον προληπτικό έλεγχο*

Η παρούσα εργασία αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία του φοιτητή («συγγραφέας/δημιουργός») που την εκπόνησε. Στο πλαίσιο της πολιτικής ανοικτής πρόσβασης ο συγγραφέας/δημιουργός εκχωρεί στο ΕΑΠ, μη αποκλειστική άδεια χρήσης του δικαιώματος αναπαραγωγής, προσαρμογής, δημόσιου δανεισμού, παρουσίασης στο κοινό και ψηφιακής διάχυσής τους διεθνώς, σε ηλεκτρονική μορφή και σε οποιοδήποτε μέσο, για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς, άνευ ανταλλάγματος και για όλο το χρόνο διάρκειας των δικαιωμάτων πνευματικής ιδιοκτησίας. Η ανοικτή πρόσβαση στο πλήρες κείμενο για μελέτη και ανάγνωση δεν σημαίνει καθ' οιονδήποτε τρόπο παραχώρηση δικαιωμάτων διανοητικής ιδιοκτησίας του συγγραφέα/δημιουργού ούτε επιτρέπει την αναπαραγωγή, αναδημοσίευση, αντιγραφή, αποθήκευση, πώληση, εμπορική χρήση, μετάδοση, διανομή, έκδοση, εκτέλεση, «μεταφόρτωση» (downloading), «ανάρτηση» (uploading), μετάφραση, τροποποίηση με οποιονδήποτε τρόπο, τμηματικά ή περιληπτικά της εργασίας, χωρίς τη ρητή προηγούμενη έγγραφη συναίνεση του συγγραφέα/δημιουργού. Ο συγγραφέας/δημιουργός διατηρεί το σύνολο των ηθικών και περιουσιακών του δικαιωμάτων.

*Ευφροσύνη Αγγελοπούλου, Αξιολόγηση των γνώσεων των
γυναικών που λαμβάνουν υπηρεσίες από δομές Πρωτοβάθμιας
Υγείας της 6^{ης} ΥΠΕ αναφορικά με τα γυναικολογικά νοσήματα και
τον προληπτικό έλεγχο*



**«ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΓΝΩΣΕΩΝ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΟΥΝ
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΑΠΟ ΔΟΜΕΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ 6^{ΗΣ}
ΥΠΕ ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΑ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΤΟΝ
ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ»**

Ευφροσύνη Αγγελοπούλου

Επιτροπή Επίβλεψης Πτυχιακής / Διπλωματικής Εργασίας

Επιβλέπων Καθηγητής:

Συν-Επιβλέπων Καθηγητής:

Ελένη Λαχανά

Κορίνα Κατσαλιάκη

«Καθηγήτρια, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας»

«Καθηγήτρια, Διεθνές Ελληνικό
Πανεπιστήμιο»

Πάτρα, Ιούνιος 2026

*Ευφροσύνη Αγγελοπούλου, Αξιολόγηση των γνώσεων των
γυναικών που λαμβάνουν υπηρεσίες από δομές Πρωτοβάθμιας
Υγείας της 6^{ης} ΥΠΕ αναφορικά με τα γυναικολογικά νοσήματα και
τον προληπτικό έλεγχο*

Αφιέρωση

«Στον μονάκριβο γιο μου, την ηλιαχτίδα και την ελπίδα της ζωής μου»

Δηλώνω ρητά ότι, σύμφωνα με το άρθρο 8 του Ν. 1599/1988 και τα άρθρα 2,4, 6 παρ. 3 του Ν. 1256/1982, η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής εργασίας και δεν προσβάλλει κάθε μορφής πνευματικά δικαιώματα τρίτων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής, οι πηγές δε που χρησιμοποιήθηκαν περιορίζονται στις βιβλιογραφικές αναφορές και μόνον.

Περίληψη

Εισαγωγή: Στα πλαίσια της ολοένα και αυξανόμενης εξάπλωσης των Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων (ΣΜΝ), η αναμφισβήτητη πλέον αιτιακή σχέση του Ιού των Ανθρώπινων Θηλωμάτων (Human Papilloma Virus – HPV) με τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας έχει στρέψει το ενδιαφέρον της παγκόσμιας ιατρικής κοινότητας στην πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη αναφορικά με τον συγκεκριμένο ιό. Ωστόσο, παρατηρείται κλίμα διστακτικότητας προς το εμβόλιο κατά του HPV, γεγονός το οποίο παγκόσμιες στρατηγικές ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης προσπαθούν να αναστρέψουν.

Σκοπός: Η παρούσα μεταπτυχιακή εργασία έχει ως βασικό σκοπό την διερεύνηση και αξιολόγηση των γνώσεων των γυναικών που λαμβάνουν υπηρεσίες από δομές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της 6ης Υγειονομικής Περιφέρειας αναφορικά με τα γυναικολογικά νοσήματα και τον προληπτικό έλεγχο. Πραγματοποιείται εμβάθυνση στη διερεύνηση των γνώσεων σχετικά με τον Ιό των Ανθρώπινων Θηλωμάτων, καθώς και τη διστακτικότητα απέναντι στο εν λόγω εμβόλιο.

Υλικό - Μέθοδος: Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 196 γυναίκες οι οποίες λαμβάνουν υπηρεσίες από τα Κέντρα Υγείας του Νομού Ηλείας. Εργαλείο μέτρησης αποτέλεσαν δύο ερωτηματολόγια παλαιότερων ερευνών με θέμα την αξιολόγηση των γνώσεων των γυναικών για γυναικολογικά ζητήματα. Πρόκειται για το ερωτηματολόγιο των Καπογιώργου & συν., 2014 και των Βαρελά & Σαρίδη, 2014 για τη χρήση των οποίων ζητήθηκε η απαιτούμενη άδεια. Οι στατιστικοί έλεγχοι που εφαρμόστηκαν ήταν οι ακόλουθοι: έλεγχος κανονικότητας Kolmogorov-Smirnov , περιγραφική στατιστική με απόλυτες (N) και σχετικές (%) συχνότητες , μέσες τιμές (mean) και τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD). Επιπροσθέτως, χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman, ενώ για τη σύγκριση αναλογιών χρησιμοποιήθηκε το Pearson's χ^2 test. Πραγματοποιήθηκε ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression analysis). Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 27.0.

Αποτελέσματα: Η πλειοψηφία του δείγματος διέθετε ικανοποιητικές γνώσεις την εξέταση του Τεστ-Παπ. Το 73,3% γνώριζε τη στιγμή έναρξης της διενέργειας της εξέτασης, το 87,% τη συχνότητα και το 62,6% την κατάλληλη στιγμή κατά τη διάρκεια του κύκλου της εμμήνου ρύσεως. Οι εν λόγω γνώσεις εμφάνισαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με το εισόδημα ($p<0,05$) και τον τόπο διαμονής ($p<0,05$), με τις γυναίκες χαμηλού εισοδήματος και όσες διέμεναν σε αγροτικές περιοχές να παρουσιάζουν χαμηλότερο επίπεδο γνώσεων. Αναφορικά με την μαστογραφία, το 49,7% γνώριζε τη στιγμή έναρξης της εξέτασης της μαστογραφίας, την κατάλληλη χρονική στιγμή διενέργειάς της μέσα στον κύκλο (50,3%), καθώς και ότι χρειάζεται να διενεργείται σε συνδυασμό της με κλινική ψηλάφηση από τον ιατρό και υπέρηχο μαστών (65,6%). Παρ' όλα αυτά, το 75,9% απάντησε πως χρειάζεται να γίνεται ετησίως, και όχι κάθε δύο έτη σε απουσία παθολογικών ευρημάτων. Οι στατιστικά σημαντικές διαφορές που αποτυπώθηκαν ήταν ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα ($p<0,05$) και την εργασιακή κατάσταση ($p<0,05$), με τις γυναίκες ηλικίας 40 ως 49 και τις εργαζόμενες να υπερέχουν σε γνώσεις. Το συνολικό σκορ γνώσεων των συμμετεχουσών σχετικά με το τεστ-ΠΑΠ ήταν σημαντικά υψηλότερο συγκριτικά με την εξέταση της μαστογραφίας ($p<0,001$). Όσον αφορά τις γνώσεις σχετικά με τον Ιό των Ανθρώπινων Θηλωμάτων, η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος της τάξεως του 98,5% είχε λάβει ενημέρωση, κυρίως από τον ιατρό (50,3%), και γνώριζε τη σύνδεσή του τόσο με τα κονδυλώματα όσο και με τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας (90,3%). Επιπλέον, το σκορ γνώσεων για τον HPV ήταν σημαντικά υψηλότερο στις εργαζόμενες γυναίκες σε σχέση με τις μη εργαζόμενες ($p<0,05$). Ενώ, το 99% γνώριζε για την ύπαρξη και κυκλοφορία του εμβολίου κατά του HPV στην Ελλάδα., ανάμεσα σε όσες είχαν παιδιά, μόνο το 51,2% δήλωσε πως ήδη είχε προχωρήσει σε εμβολιασμό. Το 36,6% θεωρούσε πως ο εμβολιασμός δύναται να οδηγήσει σε πρόωμη έναρξη της σεξουαλικής ζωής των εφήβων. Αναφορικά με τους παράγοντες ενθάρρυνσης ή μη περί εμβολιασμού, αυτό που παρατηρήθηκε είναι πως η αυστηρή ιατρική σύσταση θα έπαιζε θετικό ρόλο για το 95,5%, αναδεικνύοντας την ως τον πλέον καθοριστικό θετικό παράγοντα ($p<0,001$). Στον αντίποδα, ο φόβος για πιθανές

παρενέργειες αναδείχθηκε ως ο πιο ισχυρός στατιστικά φραγμός για τη μη διενέργεια του εμβολιασμού ($p < 0,001$) καθώς μεταξύ αυτών που δεν θα πραγματοποιούσαν τον εμβολιασμό, το 100% επικαλέστηκε τον φόβο για παρενέργειες για τα κορίτσια, ενώ το 64,9% για τα αγόρια.

Συμπεράσματα: Οι γυναίκες αποκτούν ολοένα και περισσότερες γνώσεις αναφορικά με προληπτικές εξετάσεις όπως η μαστογραφία και το Τεστ – ΠΑΠ, καθώς και για τα γυναικολογικά νοσήματα όπως ο Ιός των Ανθρώπινων Θηλωμάτων. Επιπροσθέτως, μέθοδοι πρωτογενούς πρόληψης όπως ο εμβολιασμός δεν απορρίπτονται εξ αρχής όπως συνέβαινε στο παρελθόν· αντιθέτως, παρατηρείται συμμόρφωση ή διστακτικότητα, η οποία συνοδεύεται από φόβο σχετικά με τις παρενέργειες. Ως εκ τούτου, κρίνεται απαραίτητη η περαιτέρω ενημέρωση του πληθυσμού από επαγγελματίες υγείας. Ο μαζικός χαρακτήρας των ενημερώσεων έχει θετικό πρόσημο αναφορικά με την υιοθέτηση υγιών συμπεριφορών πρόληψης της υγείας.

Λέξεις-κλειδιά: Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα, Ιός Ανθρώπινων Θηλωμάτων HPV, Κονδυλώματα, Καρκίνος Τραχήλου της Μήτρας, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Προληπτικός Έλεγχος, Εμβολιασμός κατά του HPV.

Abstract

Introduction: Within the context of the continuously increasing prevalence of Sexually Transmitted Infections (STIs), the now indisputable causal relationship between the Human Papillomavirus (HPV) and cervical cancer has directed the global medical community's focus toward primary and secondary prevention regarding this specific virus. However, a climate of vaccine hesitancy toward the HPV vaccine is observed, a phenomenon that global communication and awareness strategies are actively attempting to reverse.

Purpose: The primary purpose of this master's thesis is to investigate and assess the knowledge levels of women receiving healthcare services from Primary Healthcare structures within the 6th Health Region, regarding gynecological diseases and preventive screening. Furthermore, this study delves deeper into evaluating knowledge concerning the Human Papillomavirus, as well as exploring hesitancy toward the respective vaccine.

Sample - Method: The study sample consisted of 196 women receiving services from the Health Centers of the Prefecture of Ilia. The measurement instruments comprised two questionnaires derived from previous research on assessing women's knowledge of gynecological issues; specifically, the questionnaire by Kapogiorgou et al. (2014) and that by Varelas and Saridi (2014), for the use of which the required permission was obtained. The statistical analyses applied were the following: the Kolmogorov-Smirnov test for normality, descriptive statistics utilizing absolute (N) and relative (%) frequencies, as well as mean values and standard deviations (SD). Additionally, Spearman's correlation coefficient was employed, whereas Pearson's chi-square test was used for the comparison of proportions. Linear regression analysis was also performed. Statistical significance was set at 0.05 with two-tailed significance levels. Data analysis was executed using IBM SPSS Statistics software, version 27.0.

Results: The majority of the sample possessed satisfactory knowledge regarding the Pap smear test. Specifically, 73.3% were aware of the age at which screening should commence, 87.0% knew the required frequency, and 62.6% identified the appropriate

timing within the menstrual cycle. This knowledge demonstrated a statistically significant association with income ($p<0.05$) and place of residence ($p<0.05$), with low-income women and those residing in rural areas exhibiting lower levels of knowledge. Regarding mammography, 49.7% were aware of the age at which screening begins, 50.3% knew the appropriate timing within the cycle, and 65.6% recognized that it should be performed in combination with clinical palpation by a physician and breast ultrasound. Nevertheless, 75.9% responded that it needs to be performed annually, rather than every two years in the absence of pathological findings. Statistically significant differences were documented based on age group ($p<0.05$) and employment status ($p<0.05$), with women aged 40 to 49 and those who were employed demonstrating superior knowledge. The overall knowledge score of the participants regarding the Pap test was significantly higher compared to mammography screening ($p<0.001$).

Concerning knowledge about the Human Papillomavirus (HPV), the vast majority of the sample (98.5%) had received information, primarily from a physician (50.3%), and was aware of its connection to both genital warts and cervical cancer (90.3%). Furthermore, the knowledge score regarding HPV was significantly higher among employed women compared to those who were unemployed ($p<0.05$). While 99.0% were aware of the availability and circulation of the HPV vaccine in Greece, among those who had children, only 51.2% stated that they had already proceeded with vaccination. Additionally, 36.6% believed that vaccination could lead to an early onset of sexual activity in adolescents. Regarding encouraging or discouraging factors toward vaccination, it was observed that a strict medical recommendation would play a positive role for 95.5%, emerging as the most decisive positive factor ($p<0.001$). On the other hand, fear of potential side effects emerged as the most statistically powerful barrier to vaccine uptake ($p<0.001$), among those who would not undergo vaccination, 100% cited fear of side effects for girls, while 64.9% did so for boys.

Conclusions: Women are acquiring increasingly greater knowledge regarding preventive screenings, such as mammography and the Pap test, as well as

gynecological conditions, including the Human Papillomavirus (HPV). Furthermore, primary prevention methods, such as vaccination, are not rejected outright as in the past; instead, compliance or hesitancy is observed, with the latter being driven by fear of potential side effects. Consequently, further population education by healthcare professionals is deemed essential. The mass character of awareness campaigns exerts a positive impact on the adoption of healthy health-prevention behaviors.

Keywords: Sexually Transmitted Diseases (STDs), Human Papillomavirus (HPV), Genital Warts, Cervical Cancer, Primary Health Care (PHC), Preventive Screening, HPV Vaccination

Πίνακας Περιεχομένων

Περίληψη.....	5
Abstract	8
Κατάλογος Εικόνων.....	14
Κατάλογος Πινάκων	14
Κατάλογος Γραφημάτων.....	15
Συντομογραφίες και Ακρωνύμια	16
Εισαγωγή.....	19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο : ΤΑ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΚΑΙ Η ΑΞΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ	21
1.1 Ο ορισμός της υγείας ως το υπέρτατο αγαθό	21
1.2 Η αξία της πρόληψης στον τομέα της υγείας	23
1.3 Τα γυναικολογικά νοσήματα και ο γυναικολογικός προληπτικός έλεγχος.....	25
1.4 Η αξία του προληπτικού γυναικολογικού ελέγχου	26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο : ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ (ΣΜΝ): ΜΙΑ ΑΠΕΙΛΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ	28
2.1 Ο εννοιολογικός προσδιορισμός της σεξουαλικής υγείας	28
2.2 Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα: Ορισμός και Ιστορική Αναδρομή	29
2.3 Κοινωνικό στίγμα και προκατάληψη αναφορικά με τα ΣΜΝ.....	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο : Ο ΙΟΣ ΤΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΘΗΛΩΜΑΤΩΝ (HPV)	32
3.1 Ο Ιός των Ανθρώπινων Θηλωμάτων (HPV): γενικά στοιχεία	32
3.2 Ο Ιός των Ανθρώπινων Θηλωμάτων (HPV) και η αιτιολογική συσχέτιση με τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας	33
3.3 Παράγοντες κινδύνου σχετικά με την HPV λοίμωξη	35
3.4 Σύγχρονες θεραπείες προκαρκινικών αλλοιώσεων και διηθητικού καρκίνου της μήτρας	37
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ^ο : Ο ΙΟΣ ΤΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΘΗΛΩΜΑΤΩΝ ΚΑΙ Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ	39

4.1 Πρωτογενής Πρόληψη κατά του Ιού των Ανθρώπινων Θηλωμάτων (HPV) μέσω του εμβολιασμού	39
4.2 Στάσεις και αντιλήψεις αναφορικά με το εμβόλιο κατά του Ιού των Ανθρώπινων Θηλωμάτων (HPV): ελληνικά και παγκόσμια δεδομένα.....	41
4.3 Εμβολιασμός κατά του Ιού των Ανθρώπινων Θηλωμάτων (HPV): μια ψυχοκοινωνική θεώρηση σύμφωνα με το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία (ΜΠΥ)	43
4.4 Σύγχρονες στρατηγικές ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης σχετικά με τον εμβολιασμό κατά του Ιού των Ανθρώπινων Θηλωμάτων (HPV) και ο ρόλος του επαγγελματία υγείας	47
4.5 Δευτερογενής Πρόληψη κατά του Ιού των Ανθρώπινων Θηλωμάτων (HPV) μέσω του προσυμπτωματικού ελέγχου	49
4.6 Τριτογενής Πρόληψη κατά του Ιού των Ανθρώπινων Θηλωμάτων (HPV) μέσω της εξατομικευμένης φροντίδας	50
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ^ο : ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	53
5.1 Κύριοι και επιμέρους ερευνητικοί σκοποί	53
5.2 Πληθυσμός υπό μελέτη	53
5.3. Ερευνητικά ερωτήματα και υποθέσεις.....	54
5.4 Παρουσίαση του ερευνητικού εργαλείου.....	55
5.5 Ζητήματα δεοντολογίας	56
5.6 Στατιστική Ανάλυση	58
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ^ο : ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	59
6.1 Ανάλυση δημογραφικών και κοινωνικό-οικονομικών χαρακτηριστικών του δείγματος.....	59
6.2 Ανάλυση Αποτελεσμάτων Ερωτηματολόγιου για την μέτρηση των γνώσεων για την νόσο των ανθρώπινων θηλωμάτων ή κονδυλωμάτων ή HPV.....	62
6.3 Ανάλυση πεποιθήσεων και στάσεων απέναντι στον εμβολιασμό κατά του Ιού των Ανθρώπινων Θηλωμάτων (HPV)	66

6.4 Ανάλυση προθέσεων αναφορικά με τον εμβολιασμό κατά του Ιού των Ανθρώπινων Θηλωμάτων (HPV).....	69
6.5 Ανάλυση των γνώσεων των συμμετεχουσών γυναικών αναφορικά με τους τρόπους αντισύλληψης	71
6.6. Ανάλυση των γνώσεων των συμμετεχουσών γυναικών αναφορικά με το Τεστ- ΠΑΠ και την μαστογραφία	74
6.7 Συσχέτιση των γνώσεων των συμμετεχουσών γυναικών αναφορικά με τον Ιό των Ανθρώπινων Θηλωμάτων (HPV) με τα δημογραφικά και κοινωνικό-οικονομικά χαρακτηριστικά τους.....	78
6.8 Συσχέτιση των γνώσεων των συμμετεχουσών γυναικών αναφορικά με το Τεστ- ΠΑΠ με τα δημογραφικά και κοινωνικό-οικονομικά χαρακτηριστικά τους	81
6.9 Συσχέτιση των γνώσεων των συμμετεχουσών γυναικών αναφορικά με την εξέταση της μαστογραφίας με τα δημογραφικά και κοινωνικό-οικονομικά χαρακτηριστικά τους	87
6.10 Συσχέτιση μεταξύ του βαθμού διστακτικότητας ή της απόρριψης του εμβολιασμού κατά του Ιού των Ανθρώπινων Θηλωμάτων (HPV) των συμμετεχουσών γυναικών με τα δημογραφικά και κοινωνικό - οικονομικά χαρακτηριστικά τους	91
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 ^ο : ΣΥΖΗΤΗΣΗ, ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	96
7.1 Συζήτηση	96
7.2 Περιορισμοί της έρευνας.....	101
7.3 Προτάσεις πολιτικής υγείας και μελλοντική έρευνα	102
Συμπεράσματα.....	104
Βιβλιογραφία	105
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α'.....	123
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β'.....	125

Κατάλογος Εικόνων

Εικόνα 1: Το αναπαραγωγικό σύστημα της γυναίκας

Εικόνα 2: Η πορεία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας

Εικόνα 3: Κωνοειδής εκτομή τραχήλου

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1: Ανάλυση Δημογραφικών Στοιχείων Δείγματος Ν

Πίνακας 2: Αξιολόγηση Γνώσεων των Συμμετεχουσών για τον HPV

Πίνακας 3: Σκορ γνώσεων των Συμμετεχουσών για τον HPV

Πίνακας 4: Πεποιθήσεις και Στάσεις των Συμμετεχουσών απέναντι στον εμβολιασμό κατά του HPV

Πίνακας 5: Προθέσεις των συμμετεχουσών αναφορικά με τον εμβολιασμό κατά του HPV

Πίνακας 6: Γνώσεις των συμμετεχουσών αναφορικά με τους τρόπους αντισύλληψης

Πίνακας 7: Γνώσεις των Συμμετεχουσών αναφορικά με το Τεστ-Παπ

Πίνακας 8: Γνώσεις των Συμμετεχουσών αναφορικά με την μαστογραφία

Πίνακας 9: Σκορ Γνώσεων των συμμετεχουσών για τον προληπτικό έλεγχο (Τεστ-Παπ & Μαστογραφία)

Πίνακας 10: Συσχέτιση των γνώσεων των συμμετεχουσών για τον HPV με τα δημογραφικά και κοινωνικό-οικονομικά χαρακτηριστικά τους

Πίνακας 11: Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την βαθμολογία γνώσεων για τον HPV και ανεξάρτητες μεταβλητές τα δημογραφικά και κοινωνικό - οικονομικά χαρακτηριστικά των συμμετεχουσών

Πίνακας 12: Βαθμολογία γνώσεων των συμμετεχουσών για το Τεστ-ΠΑΠ ανάλογα με τα δημογραφικά και κοινωνικό-οικονομικά χαρακτηριστικά τους

Πίνακας 13: Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία γνώσεων των συμμετεχουσών για το τεστ ΠΑΠ και ανεξάρτητες τα δημογραφικά και κοινωνικό-οικονομικά χαρακτηριστικά

Πίνακας 14: Βαθμολογία γνώσεων των συμμετεχουσών για την εξέταση της μαστογραφίας ανάλογα με τα δημογραφικά και κοινωνικό-οικονομικά χαρακτηριστικά τους

Πίνακας 15: Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία γνώσεων των συμμετεχουσών για το τεστ-ΠΑΠ και ανεξάρτητες τα δημογραφικά και κοινωνικό-οικονομικά χαρακτηριστικά

Πίνακας 16: Συσχέτιση του βαθμού διστακτικότητας περί εμβολιασμού κατά του HPV ανάλογα με τα δημογραφικά και κοινωνικό-οικονομικά χαρακτηριστικά τους

Πίνακας 17: Συσχέτιση της πρόθεσης των συμμετεχουσών περί εμβολιασμού κατά του HPV της ανήλικης κόρης ανάλογα με τα δημογραφικά και κοινωνικό-οικονομικά χαρακτηριστικά τους

Πίνακας 18: Συσχέτιση της πρόθεσης των συμμετεχουσών περί εμβολιασμού κατά του HPV της ανήλικης γιου ανάλογα με τα δημογραφικά και κοινωνικό-οικονομικά χαρακτηριστικά τους

Κατάλογος Γραφημάτων

Γράφημα 1: Ηλικιακή κατανομή του πληθυσμού σε μορφή ραβδογράμματος

Γράφημα 2: Κατανομή του πληθυσμού ανάλογα με τον τόπο κατοικίας σε μορφή ραβδογράμματος

Γράφημα 3: Ανάλυση των πηγών ενημέρωσης για τον HPV με φθίνουσα σειρά επιλογής σε μορφή ραβδογράμματος

Γράφημα 4: Ανάλυση γνώσεων για την ύπαρξη ή μη παρενεργειών από το εμβόλιο κατά του HPV σε μορφή κυκλικού διαγράμματος

Γράφημα 5: Ανάλυση των απαντήσεων για τον δισταγμό αναφορικά με τον εμβολιασμό κατά του HPV με βάση τις παρενέργειες σε μορφή ραβδογράμματος

Γράφημα 6: Πρόθεση εμβολιασμού παιδιών ανάλογα με το φύλο τους σε μορφή ραβδογράμματος

Γράφημα 7: Ανάλυση των γνώσεων αναφορικά με τον ασφαλέστερο τρόπο αντισύλληψης σε μορφή ραβδογράμματος

Γράφημα 8: Ανάλυση των γνώσεων αναφορικά με τις αιτίες των λοιμώξεων που σχετίζονται με ΣΜΝ σε μορφή ραβδογράμματος

Γράφημα 9: Μέσες βαθμολογίες γνώσεων των συμμετεχουσών για τον HPV και τον προληπτικό έλεγχο με την μορφή διαγράμματος μέσων τιμών με διαστήματα εμπιστοσύνης.

Γράφημα 10: Μέσες βαθμολογίες γνώσεων των συμμετεχουσών για το Τεστ-Παπ ανάλογα με το εισόδημα με την μορφή μορφή διαγράμματος μέσων τιμών με διαστήματα εμπιστοσύνης

Γράφημα 11: Μέσες βαθμολογίες γνώσεων των συμμετεχουσών για το Τεστ-Παπ ανάλογα με τον τόπο διαμονής με την μορφή μορφή διαγράμματος μέσων τιμών με διαστήματα εμπιστοσύνης

Γράφημα 12: Μέσες βαθμολογίες γνώσεων των συμμετεχουσών για την μαστογραφία ανάλογα με την εργασιακή κατάσταση με την μορφή μορφή διαγράμματος μέσων τιμών με διαστήματα εμπιστοσύνης

Γράφημα 13: Μέσες βαθμολογίες γνώσεων των συμμετεχουσών για την μαστογραφία ανάλογα με την ηλικία με την μορφή μορφή διαγράμματος μέσων τιμών με διαστήματα εμπιστοσύνης

Συντομογραφίες και Ακρωνύμια

Ελληνικά Ακρωνύμια & Συντομογραφίες

6η Υ.Π.Ε. – 6η Υγειονομική Περιφέρεια

Ε.Α.Π. – Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο

Ε.Κ.Π.Α – Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

ΕΛ.Λ.Ο.Κ. – Ελληνική Ομοσπονδία Καρκίνου

Η.Δ.Ι.Κ.Α. – Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικής Ασφάλισης

Η.Π.Α. – Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής

Κ.Υ. – Κέντρο Υγείας

Ο.Δ.Ι.Π.Υ. – Οργανισμός Διασφάλισης Ποιότητας στην Υγεία

Ο.Ο.Σ.Α. – Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης

Π.Σ.Ε.Υ. – Πανελλήνιος Σύλλογος Επισκεπτών Υγείας

Π.Φ.Υ. – Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Σ.Μ.Α. – Σεξουαλικά Μεταδιδόμενες Λοιμώξεις

Σ.Μ.Ν. – Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα

Τεστ-ΠΑΠ – Τεστ Παπανικολάου

ΤΟ.Μ.Υ. – Τοπική Ομάδα Υγείας

Ξενόγλωσσα Ακρωνύμια & Συντομογραφίες

ACS – American Cancer Society (Αμερικανική Εταιρεία Καρκίνου)

APA – American Psychological Association (Αμερικανική Ψυχολογική Εταιρεία)

CDC – Center for Disease Control and Prevention

CIN – Cervical Intraepithelial Neoplasia (Τραχηλική Ενδοεπιθηλιακή Νεοπλασία)

ECDC – European Centre for Disease Prevention and Control (Ευρωπαϊκό Κέντρο
Πρόληψης και Ελέγχου Νόσων)

ESGO – European Society of Gynaecological Oncology (Ευρωπαϊκή Εταιρεία
Γυναικολογικής Ογκολογίας)

FDA – Food and Drug Administration (Αμερικανικός Οργανισμός Τροφίμων και
Φαρμάκων)

FIGO – Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (Διεθνής
Ομοσπονδία Γυναικολογίας και Μαιευτικής)

HBM – Health Belief Model (Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία)

HIV – Human Immunodeficiency Virus (Ιός της Ανθρώπινης Ανοσοανεπάρκειας)

HPV – Human Papilloma Virus (Ιός των Ανθρώπινων Θηλωμάτων)

HSCCP – Hellenic Society for Colposcopy and Cervical Pathology (Ελληνική Εταιρεία
Παθολογίας Τραχήλου και Κολποσκόπησης)

IARC – International Agency for Research on Cancer (Διεθνής Οργανισμός Έρευνας
για τον Καρκίνο)

IPVS – International Papillomavirus Society (Διεθνής Εταιρεία Ιού των Θηλωμάτων)

LEEP – Loop Electrosurgical Excision Procedure (Ηλεκτροχειρουργική Εκτομή με Αγκύλη)

LLETZ – Large Loop Excision of the Transformation Zone (Μεγάλη Εκτομή της Ζώνης Μετάπλασης με Αγκύλη)

NCCN – National Comprehensive Cancer Network (Εθνικό Ολοκληρωμένο Δίκτυο Καρκίνου των ΗΠΑ)

STI – Sexually Transmitted Infections (Σεξουαλικά Μεταδιδόμενες Λοιμώξεις)

WHO – World Health Organization (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας)

Εισαγωγή

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (World Health Organization-WHO), η υγεία η οποία αποτελεί το υπέρτατο κοινωνικό αγαθό, δεν αναφέρεται απλώς στην απουσία νόσου, αλλά ορίζεται ως την κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας (WHO, 2026). Στο πλαίσιο αυτό, η σύγχρονη ιατρική κοινότητα έχοντας μετατοπίσει το ενδιαφέρον της από τις υπηρεσίες θεραπείας σε αυτές της πρόληψης, δίνει μεγάλη σπουδαιότητα στην έγκαιρη παρέμβαση ως τον πιο αποτελεσματικό τρόπο προάσπισης της δημόσιας υγείας. Χαρακτηριστικό παράδειγμα σε παγκόσμιο επίπεδο, αποτελεί ο γυναικείος πληθυσμός, ο οποίος μέσα από τον συνεπή προληπτικό έλεγχο, μπορεί να διασφαλίσει την αναπαραγωγική και σεξουαλική του υγεία η οποία απειλείται συχνά από ένα ευρύ φάσμα νοσημάτων, σεξουαλικά μεταδιδόμενων και όχι μόνο.

Τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα-ΣΜΝ (Sexually Transmitted Infections-STI) μέχρι και σήμερα εξακολουθούν να αποτελούν σημαντική απειλή για τη δημόσια υγεία σε παγκόσμιο επίπεδο, ενώ το κοινωνικό στίγμα το οποία έχει συνδεθεί μαζί τους δημιουργεί επιπλέον εμπόδια στην αναζήτηση και εύρεση υπηρεσιών υγείας από τον ασθενή. Το πιο συχνό Σεξουαλικά Μεταδιδόμενο Νόσημα είναι ο Ιός των Ανθρώπινων Θηλωμάτων (Human Papilloma Virus-HPV), ο οποίος αναμφισβήτητα πλέον έχει συνδεθεί κυρίως με τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, ενώ έχουν επιβεβαιωθεί και οι παράγοντες κινδύνου. Αξίζει να σημειωθεί πως η έγκαιρη διάγνωση του συγκεκριμένου είδους καρκίνου έχει συνδεθεί μεγάλα ποσοστά επιβίωσης, λιγότερο παρεμβατικές μεθόδους θεραπείας και υψηλό βαθμό ποιότητας ζωής για την ασθενή (Kristensen et al., 2025). Οι στρατηγικές πρόληψης κατά του HPV, διακρίνονται κυρίως στην πρωτογενή πρόληψη μέσω του εμβολιασμού και στη δευτερογενή πρόληψη μέσω του προσυμπτωματικού ελέγχου, ενώ η τριτογενής πρόληψη εστιάζει στην εξατομικευμένη παρέμβαση με ολιστικό χαρακτήρα. Παρά την αναμφισβήτητη κλινική αποτελεσματικότητα του εμβολίου, τα ποσοστά εμβολιασμού δεν είναι πάντα ικανοποιητικά, ενώ σε μερικές περιπτώσεις χωρών είναι εξαιρετικά

χαμηλά και σημειώνεται μεγάλη ανάγκη για επιπλέον εμβολιασμό (Walker, 2019). Το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία (Health Believe Model-HBM), το οποίο αποτελεί την πιο διαδεδομένη θεωρία στον χώρο της εκπαίδευσης υγειονομικών συμπεριφορών και της πρόληψης της υγείας, δύναται να αποδειχτεί σημαντικό εργαλείο στα χέρια κοινωνικών επιστημόνων προκειμένου να προβούν στην πρόβλεψη και την κατηγοριοποίηση παραγόντων που σχετίζονται με τον εμβολιασμό κατά του HPV (Viotini, et al, 2025).

Η ιατρική κοινότητα, υιοθετώντας μια παγκόσμια στρατηγική για την επιτάχυνση της εξάλειψης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, θέτει τους στόχους «90-70-90» έως το 2030. Το παραπάνω σημαίνει πως βασικός στόχος για τον πλήρη εμβολιασμό των κοριτσιών έως 15 ετών αποτελεί το ποσοστό της τάξεως του 90%, για τον προσυμπτωματικό έλεγχο των γυναικών το 70% και για την πρόσβαση σε θεραπεία εκ νέου το 90% των περιπτώσεων που νοσούν (WHO, 2020). Στην Ελλάδα, το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών προσπαθώντας να ενισχύσει τον τομέα της πρόληψης αλλά και την ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας παρέχει δωρεάν τον εμβολιασμό κατά του HPV τόσο για αγόρια όσο και για κορίτσια ηλικίας 9-18 ετών.

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας αποτελεί η διερεύνηση και η αξιολόγηση των γνώσεων και των στάσεων των γυναικών οι οποίες λαμβάνουν υπηρεσίες από τα Κέντρα Υγείας του Νομού Ηλείας, τα οποία ανήκουν στην 6^η Υγειονομική Περιφέρεια, αναφορικά με τα γυναικολογικά νοσήματα και τον προληπτικό έλεγχο. Πραγματοποιείται εμβάθυνση στην διερεύνηση των γνώσεων σχετικά με τον HPV, το εμβόλιο κατά του HPV, την πρόθεση τους για εμβολιασμό των ιδίων και των ανήλικων παιδιών τους, ενώ διερευνήθηκαν και οι πιθανοί λόγοι απόρριψής του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο : ΤΑ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΚΑΙ Η ΑΞΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ

1.1 Ο ορισμός της υγείας ως το υπέρτατο αγαθό

Η έννοια της υγείας έχει αποτελέσει, διαχρονικά και σε παγκόσμιο επίπεδο, αντικείμενο μελέτης και προβληματισμού για ποικίλα επιστημονικά πεδία όπως η ιατρική, η κοινωνιολογία και η ψυχολογία. Η υγεία θεωρείται το υπέρτατο κοινωνικό αγαθό, καθώς πρόκειται για θεμελιώδες δικαίωμα όλων των πολιτών ενός κράτους δικαίου και συνδέεται με την ανθρώπινη ύπαρξη, ευημερία και αξιοπρέπεια, γεγονός που της προσδίδει το χαρακτηριστικό του δημόσιου αγαθού. Εντούτοις, έχει χαρακτηριστεί και ως ιδιωτικό αγαθό καθώς υπάγεται στην ελεύθερη αγορά όπου ο πολίτης σαν καταναλωτής επιλέγει την υπηρεσία την οποία θα λάβει και πληρώνει το αντίστοιχο αντίτιμο (Iversen & Xu, 2025).

Κατά το πέρασμα των αιώνων, έχουν διατυπωθεί πολυάριθμοι ορισμοί για την υγεία. Ο εν λόγω ορισμός δεν είναι στατικός, αντιθέτως εξελίσσεται ανατανακλώντας τις κοινωνικές και πολιτισμικές σταθερές της κάθε εποχής. Κατά την αρχαιότητα, η υγεία ήταν στενά συνδεδεμένη με το θεϊκό στοιχείο και η ύπαρξή της αποδιδόταν στην θεϊκή βούληση, ενώ η ασθένεια είχε ταυτιστεί με την τιμωρία από υπερφυσικές δυνάμεις. Στην Αρχαία Ελλάδα, ο Ιπποκράτης ο οποίος θεωρείται ο πατέρας της Ιατρικής με τις θεωρίες και τα διδάγματά του απομάκρυνε την αρρώστια από τη θρησκεία και καθιέρωσε την συστηματική ενασχόληση με την υγεία ως επιστήμη βασισμένη στην παρατήρηση και την λογική. Η υγεία για τον Ιπποκράτη ήταν μια ολιστική κατάσταση η οποία βασίζεται στην αρχή της ισορροπίας, ενώ σπουδαίο ρόλο έπαιξε η πρόληψη μέσω της υγιεινής διατροφής και της σωματικής άσκησης (Kleisiaris et al., 2014). Κατά τον Μεσαίωνα, παρατηρείται έντονα στροφή προς θεοκεντρική αντίληψη όπου η εκκλησία έπαιξε κυρίαρχο ρόλο, ενώ παράλληλα στην αρμοδιότητά της ήταν η ίδρυση και η διαχείριση των πρώτων Νοσοκομείων. Οι συνθήκες στις μεσαιωνικές πυκνοκατοικημένες πόλεις ήταν εξαιρετικά ανθυγιεινές δίχως την ύπαρξη πόσιμου

νερού ή συστημάτων αποχέτευσης, με αποτέλεσμα την εμφάνιση και εξάπλωση θανατηφόρων επιδημιών (Wikman et al., 2011). Κατά την περίοδο της Αναγέννησης και του Διαφωτισμού, όπου στα πλαίσια της κριτικής σκέψης η οποία ήταν και το χαρακτηριστικό στοιχείο της εποχής, πραγματοποιείται η μετάβαση από τις δεισιδαιμονίες του Μεσαίωνα προς τη σύγχρονη επιστημονική ιατρική. Η βελτίωση των υποδομών των πόλεων, η επιβολή μέτρων καταστολής των επιδημιών, η άνθιση των τεχνών και η εφεύρεση της τυπογραφίας αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες για την πιο σύγχρονη θεώρηση της ιατρικής και της διάδοσή της (Vincenot, et al., 2025).

Στα μέσα του 20^{ου} αιώνα, και πιο συγκεκριμένα το 1946, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει την υγεία ως μια κατάσταση πλήρους σωματικής, κοινωνικής και ψυχικής ευεξίας και όχι απλά ως την απουσία νόσου. Ο συγκεκριμένος ορισμός για την υγεία έθεσε ριζοσπαστικές βάσεις, καθώς εισήγαγε μια ολιστική προσέγγιση υπερβαίνοντας στενούς ορισμούς όπου η υγεία ταυτιζόταν με την απουσία νόσου στα πλαίσια του Βιοϊατρικού Μοντέλου (Bolton & Gillet, 2019).

Σήμερα, η παγκόσμια επιστημονική κοινότητα, έχοντας απομακρυνθεί πλήρως από μονοδιάστατες προσεγγίσεις του παρελθόντος υιοθετεί ένα δυναμικό, ολιστικό και ανθρωποκεντρικό πλαίσιο κατανόησης για τον όρο «υγεία». Ακόμα και η έννοια της «πλήρους ευεξίας» δείχνει να είναι περιορισμένη μπροστά στην διαρκή διαδικασία προσαρμογής και αυτορρύθμισης του ατόμου σε ένα περίπλοκο κοινωνικό περιβάλλον. Επιπλέον, η υγεία έχει συνδεθεί με την έννοια της ψυχικής ανθεκτικότητας και της ενεργούς συμμετοχής του ατόμου στην λήψη αποφάσεων αναφορικά με την υγεία και τις διαθέσιμες θεραπευτικές επιλογές. Παράλληλα, οι κοινωνικοί προσδιοριστικοί παράγοντες της υγείας όπως η κοινωνικό-οικονομική ομάδα, το επάγγελμα, ή η βαθμίδα εκπαίδευσης παίζουν σημαντικό ρόλο στην κατανόηση της έννοιας της υγείας όσο και της νόσου (Prentice et al, 2024). Τέλος, η πρόληψη των νοσημάτων σε πρωτογενές και δευτερογενές βαθμό, αλλά και η διατήρηση υψηλής ποιότητας ζωής του ασθενούς με χρόνια νόσο κατέχει καίρια θέση στην σύγχρονη προσέγγιση, ενώ η

χρήση της τεχνολογίας, ο εκσυγχρονισμός και η ψηφιοποίηση έχουν κάνει εμφανή την παρουσία τους και στον ιατρικό τομέα (Okwor et al, 2024).

1.2 Η αξία της πρόληψης στον τομέα της υγείας

Η πρόληψη στον τομέα της υγείας ορίζεται ως το σύνολο των μέτρων και ενεργειών που αποσκοπούν στην αποτροπή της εμφάνισης μιας ασθένειας, στον έλεγχο της εξέλιξής της καθώς και στον περιορισμό των αρνητικών συνεπειών της (Khoury, 2015). Σήμερα, ο τομέας της πρόληψης δεν περιορίζεται στο πλαίσιο μιας απλής ιατρικής οδηγίας και συμβουλής, αλλά έχει εξελιχθεί σε βασικό πυλώνα της Δημόσιας Υγείας.

Σύμφωνα με την πιο σύγχρονη επιστημονική προσέγγιση, η πρόληψη ταξινομείται σε τρία κυρίως επίπεδα παρέμβασης: την πρωτογενή, την δευτερογενή και την τριτογενή πρόληψη. Το πρωτογενές επίπεδο πρόληψης στοχεύει κυρίως στην αποτροπή της εμφάνισης της νόσου μέσω της εξάλειψης των παραγόντων κινδύνου και της ενίσχυσης των προστατευτικών παραγόντων, πριν ακόμα τα συμπτώματα της νόσου αρχίζουν να εκδηλώνονται. Χαρακτηριστικό παράδειγμα της πρωτογενούς πρόληψης αποτελεί ο εμβολιασμός, τα προγράμματα διακοπής καπνίσματος, καθώς και οι εκστρατείες ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης για την υγιεινή διατροφή ή τα οφέλη της σωματικής άσκησης. Η δευτερογενής πρόληψη στοχεύει στην έγκαιρη ανίχνευση και διάγνωση της νόσου σε πρώιμο στάδιο μέσω του προσυμπτωματικού ελέγχου σε ομάδες υψηλού κινδύνου όπως ο τακτικός έλεγχος της αρτηριακής πίεσης και της χοληστερόλης για την πρόληψη εγκεφαλικών επεισοδίων ή οι προληπτικές εξετάσεις της μαστογραφίας και της κολονοσκόπησης για την ανίχνευση του καρκίνου του μαστού και του παχέος εντέρου αντίστοιχα. Η τριτογενής πρόληψη αφορά τις ενέργειες διαχείρισης μιας ήδη διαγνωσμένης νόσου για την μείωση των αρνητικών συνεπειών της. Τέτοιες ενέργειες έχουν να κάνουν με υπηρεσίες αποκατάστασης, προγράμματα εκπαίδευσης και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης για τους ασθενείς και τις οικογένειές τους με στόχο την βελτίωση της ποιότητας ζωής, την μείωση της αναπηρίας και την πρόληψη των υποτροπών (Abduraheem, 2023).

Σε διεθνές επίπεδο, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας συντονίζει εκστρατείες πρόληψης με στόχο την μείωση νοσημάτων όπως ο καρκίνος και την ενίσχυση της υγειονομικής ευημερίας. Χαρακτηριστική πρωτοβουλία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας αποτελεί η πρόθεση για καθολικό εμβολιασμό κατά του Ιού των Ανθρώπινων Θηλωμάτων με σκοπό την εξάλειψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας (Gultekin et al., 2020). Επιπροσθέτως, σύμφωνα με τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ, 2014) πραγματοποιούνται εκτεταμένες διεθνείς δράσεις για την καταπολέμηση ασθενειών όπως αυτή της ελονοσίας και των καρδιαγγειακών παθήσεων, καταδεικνύοντας τη σημασία της διακρατικής συνεργασίας, ενώ παράλληλα διασφαλίζεται ότι η προληπτική παρέμβαση είναι στοχευμένη και οικονομικά αποδοτική (Wouterse et al., 2025).

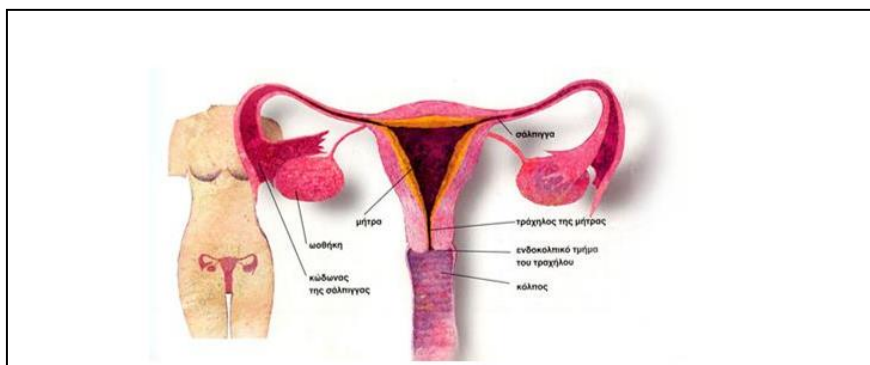
Η ελληνική ιατρική κοινότητα, ακολουθώντας τα παγκόσμια δεδομένα, προχωρά σε προγράμματα πρόληψης όπως το πρόγραμμα «ΠΡΟΛΑΜΒΑΝΩ» το οποίο αποτελεί την μεγαλύτερη οργανωμένη προσπάθεια για την δημόσια υγεία της χώρας. Το συγκεκριμένο πρόγραμμα περιλαμβάνει προληπτικές εξετάσεις για τον καρκίνο του μαστού, του τραχήλου της μήτρας, του παχέος εντέρου, καθώς και για τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Σύμφωνα με την επίσημη ιστοσελίδα της Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης Κοινωνικής Ασφάλισης (ΗΔΙΚΑ), η χρήση της άυλης συνταγογράφησης και των ψηφιακών ειδοποιήσεων δείχνει να έχει συντελέσει στη συμμετοχή ολοένα και περισσότερων πολιτών στα προγράμματα πρόληψης, ευθυγραμμίζοντας την Ελλάδα με τις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες για τη μείωση της θνησιμότητας.

Κατά την διάρκεια μιας εποχής με πολυάριθμες υγειονομικές προκλήσεις, οι οργανωμένες ενέργειες πρόληψης αποτελούν ισχυρή απάντηση της παγκόσμιας ιατρικής κοινότητας. Σήμερα, η πρόληψη δεν συνιστά απλώς μια ιατρική πρακτική. Στην πραγματικότητα, πρόκειται για θεμελιώδη κοινωνική επένδυση για κάθε κράτος πρόνοιας το οποίο στοχεύει στην θωράκιση της δημόσιας υγείας, την διασφάλιση της

σταθερότητας των υπηρεσιών υγείας και την προαγωγή της ανθρώπινης αξιοπρέπειας μέσω της βελτίωσης της ποιότητας ζωής των ασθενών.

1.3 Τα γυναικολογικά νοσήματα και ο γυναικολογικός προληπτικός έλεγχος

Ο ορισμός των γυναικολογικών ζητημάτων αναφέρεται σε ένα ευρύ φάσμα παθολογικών καταστάσεων και διαταραχών που ανιχνεύονται στο αναπαραγωγικό σύστημα της γυναίκας το οποίο περιλαμβάνει την μήτρα, τις ωοθήκες, τις σάλπιγγες, τον κόλπο, το αιδοίο καθώς και τους μαστούς (Βόλτση, 2014). Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες των διεθνών ιατρικών οργανισμών γυναικολογίας, τα εν λόγω νοσήματα ταξινομούνται στις παρακάτω βασικές κατηγορίες. Αρχικά πρόκειται για τα λοιμώδη και φλεγμονώδη νοσήματα όπως οι λοιμώξεις του κατώτερου και ανώτερου γενετικού συστήματος συμπεριλαμβάνοντας και τις λοιμώξεις από Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα. Η δεύτερη κατηγορία σχετίζεται με τις διαταραχές του εμμηνορροϊκού κύκλου, το σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών και την ενδομητρίωση. Η τρίτη ομάδα νοσημάτων έχει να κάνει με την νεοπλασία είτε πρόκειται για καλοήγη μορφώματα, όπως τα ινομώματα και οι κύστες, είτε για γυναικολογικούς καρκίνους, όπως ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας, των ωοθηκών, του ενδομήτριου και το μαστού. Τέλος, στα γυναικολογικά νοσήματα εντάσσονται και οι ανατομικές και στατικές διαταραχές όπως η πρόπτωση πυελικών οργάνων και η ακράτεια ούρων (Birch et al., 2024).



Εικόνα 1: Το αναπαραγωγικό σύστημα της γυναίκας

Οι διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες για τον προληπτικό έλεγχο των γυναικολογικών νοσημάτων στοχεύουν στην έγκαιρη διάγνωσή τους και στην διατήρηση της αναπαραγωγικής και σεξουαλικής υγείας. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ο γυναικείος προληπτικός έλεγχος περιλαμβάνει μια σειρά από εξετάσεις. Η πιο κρίσιμη εξέταση θεωρείται ο προσυμπτωματικός έλεγχος για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας μέσω του συνδυασμού του Τεστ Παπανικολάου και του HPV-test όπου ανιχνεύονται οι αλλοιώσεις σε προκαρκινικό στάδιο. Συμπληρωματικά, η πυελική εξέταση καθώς και το διακολπικό υπερηχογράφημα σε ετήσια βάση συνιστώνται για ένα πλήρη γυναικολογικό έλεγχο. Τα τελευταία χρόνια, λόγω της εξάπλωσης των Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων, προτείνεται ένας επιπλέον έλεγχος με εξετάσεις για την διάγνωση του ιού της Ανθρώπινης Ανοσοανεπάρκειας (Human Immunodeficiency Virus-HIV), της γονόρροιας ή των χλαμυδίων και αφορά ιδιαίτερα τις σεξουαλικά ενεργές γυναίκες (WHO, 2024). Τέλος, ο έλεγχος του μαστού μέσω της ψηφιακής μαστογραφίας ξεκινά από την ηλικία των 40 ετών, δίχως νωρίτερα να υπάρχει κάποιο κλινικό σύμπτωμα, και επαναλαμβάνεται κάθε 2 έτη εφόσον τα ευρήματα είναι φυσιολογικά. Παρ' όλα αυτά, η κλινική εξέταση του μαστού από τον γυναικολόγο συνίσταται κατά τον ετήσιο γυναικολογικό έλεγχο (Signh et al., 2022).

1.4 Η αξία του προληπτικού γυναικολογικού ελέγχου

Ο γυναικείος προληπτικός έλεγχος δεν πρόκειται για μια ακόμα ιατρική οδηγία, αλλά χρειάζεται να αποτυπωθεί στην γυναικεία συνείδηση σαν μια στρατηγική επιβίωσης

και διατήρησης υψηλού βαθμού ποιότητας ζωής. Σύμφωνα με δεδομένα της παγκόσμιας ιατρικής κοινότητας, η συνέπεια των γυναικών στις κατευθυντήριες οδηγίες θα οδηγήσει σε μείωση των ποσοστών της θνησιμότητας του γυναικείου φύλου, στην χρήση λιγότερων επεμβατικών μεθόδων σε περίπτωση νόσου επομένως και σε καλή ποιότητα ζωής για την ασθενή, αλλά και στην διαφύλαξη της γονιμότητας (Wouterse et al., 2025).

Πιο αναλυτικά, η αξία του προληπτικού ελέγχου έγκειται στην δευτερογενή πρόληψη, δηλαδή στην διάγνωση των παθολογιών σε στάδιο που είναι πλήρως ιάσιμες, όπως αναφέρθηκε πιο πάνω. Ο εντοπισμός του Ιού των Ανθρώπινων Θηλωμάτων μέσω του μοριακού ελέγχου επιτρέπει την θεραπευτική παρέμβαση ακόμη και σε προκαρκινική αλλοίωση, μειώνοντας τα ποσοστά θνησιμότητας από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας σε ποσοστό σχεδόν 80%. Αναφορικά με την σημασία της πρώιμης διάγνωσης των παθολογιών του μαστού, βασικό στόχο αποτελεί η μετατόπιση σταδίου (stage shift) όπου ένας όγκος ανιχνεύεται σε μέγεθος χιλιοστών και οι πιθανότητες επιβίωσης του ασθενούς αγγίζουν το 99% μέσα στην επερχόμενη πενταετία, δίχως κάποια θεραπευτική επέμβαση με φιλοσοφία ακρωτηριασμού (Gica et al., 2025).

Ο προληπτικός έλεγχος δεν αφορά μόνο την έγκαιρη διάγνωση νεοπλασιών, αντιθέτως η αξία του επεκτείνεται στη διαφύλαξη της αναπαραγωγικής και σεξουαλικής υγείας. Πιο συγκεκριμένα, η ενδομητρίωση η οποία αποτελεί κύρια αιτία υπογονιμότητας, εάν αντιμετωπιστεί έγκαιρα, προστατεύεται η ικανότητα για αναπαραγωγή της γυναίκας. Επιπλέον, υπάρχουν πολυάριθμα ασυμπτωματικά Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα, τα οποία αν δεν λάβουν την κατάλληλη θεραπεία, είναι σε θέση να προκαλέσουν σοβαρές βλάβες στις σάλπιγγες. Τέλος, ο έλεγχος της ωοθηκικής εφεδρείας μέσω των αντίστοιχων ορμονών προσφέρει στην γυναίκα πλήρη έλεγχο της αναπαραγωγικής δυνατότητας, ενώ της δίνει την δυνατότητα επιλογής τεχνικών υποστήριξης όπως η κρυοσυντήρηση ωαρίων (La Marca et al., 2025).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ (ΣΜΝ): ΜΙΑ ΑΠΕΙΛΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

2.1 Ο εννοιολογικός προσδιορισμός της σεξουαλικής υγείας

Κατά τις τελευταίες δεκαετίες, ο ορισμός της σεξουαλικής υγείας, όπως και η πλειονότητα των ορισμών στον τομέα της υγείας, έχει υποστεί ποικίλες αναθεωρήσεις οι οποίες σχετίζονται κατά κύριο λόγο με κοινωνικές αλλαγές. Μέσα στο πνεύμα της εποχής, ο ορισμός της σεξουαλικής υγείας έχει μετατοπιστεί από από μια στενή ιατροκεντρική προσέγγιση η οποία εστίαζε στην απουσία νοσημάτων προς μια ολιστική θεώρηση της ανθρώπινης σεξουαλικής ευημερίας (WHO,2024).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η σεξουαλική υγεία ορίζεται ως μια κατάσταση σωματικής, συναισθηματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας σε σχέση με τη σεξουαλικότητα. Βασικοί πυλώνες για τον συγκεκριμένο εννοιολογικό προσδιορισμό είναι η ολιστική διάσταση σε συνδυασμό με τα ανθρώπινα δικαιώματα και το κοινωνικό-πολιτισμικό πλαίσιο. Πιο συγκεκριμένα, η εν λόγω ανθρώπινη ευεξία με σημείο αναφοράς την σεξουαλικότητα δεν ταυτίζεται απλώς με την απουσία ασθενειών, παθολογιών ή αναπηριών, αντιθέτως προχωρεί σε βάθος και αγγίζει ψυχο-συναισθηματικές έννοιες όπως αυτή την ασφάλειας και της διαφορετικότητας. Σήμερα, η επιστημονική κοινότητα υιοθετώντας μια θετική και γεμάτη σεβασμό προσέγγιση σχετικά με την σεξουαλικότητα προάγει τις ευχάριστες και ασφαλείς σεξουαλικές σχέσεις και εμπειρίες, ενώ κατακεραυνώνει τον εξαναγκασμό, τις διακρίσεις και την βία. Η επικοινωνία μεταξύ των συντρόφων, η αυτοεκτίμηση, ο αμοιβαίος σεβασμός, και η ελευθερία του κάθε ατόμου να εκφράζει με ασφάλεια την σεξουαλική του ταυτότητα βρίσκονται στο κέντρο της σύγχρονης θεώρησης του όρου ο οποίος δεν περιορίζεται στην αναπαραγωγική ικανότητα. Τέλος, υψίστης σημασίας θεωρείται το δικαίωμα της αυτονομίας και αυτοδιάθεσης του σώματος καθώς και η ισοτιμία αναφορικά με την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας όπως η διενέργεια του προληπτικού ελέγχου (Gruskin et al., 2019).

Υπό το πρίσμα της σύγχρονης θεώρησης για την σεξουαλική υγεία, καθίσταται σαφές πως χρειάζεται να γίνουν οργανωμένες ενέργειες από την πολιτεία οι οποίες θα αποσκοπούν στην αφύπνιση της κοινωνίας και ιδιαίτερα στην στοχευμένη ψυχοεκπαίδευση των νέων ατόμων. Δομημένες παρεμβάσεις και στρατηγικές ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης δύνανται να οδηγήσουν στην κατανόηση και τον σεβασμό των ορίων του σώματος, στην απόκτηση δεξιοτήτων επικοινωνίας και συναισθηματικής νοημοσύνης, καθώς και στην αποδόμηση κοινωνικών στερεοτύπων σε σχέση με τα φύλλα (Zhukon et al., 2023). Μια κοινωνία της οποίας τα μέλη είναι σε θέση να αντιλαμβάνονται την σεξουαλικότητα ως πεδίο ισότητας, συναίνεσης και αμοιβαίου, αναπόφευκτα θα χαρακτηρίζεται από υψηλό επίπεδο σεξουαλικής υγείας.

2.2 Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα: Ορισμός και Ιστορική Αναδρομή

Τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα (ΣΜΝ))ορίζονται ως μια πληθώρα λοιμωδών καταστάσεων οι οποίες οφείλονται σε ένα ευρύ φάσμα παθογόνων μικροοργανισμών, όπως είναι τα βακτήρια, οι ιοί, και οι μύκητες. Ο κύριος τρόπος μετάδοσής τους είναι η σεξουαλική επαφή (κολπική, πρωκτική ή στοματική), παρ' όλα αυτά ορισμένα παθογόνα όπως Ιός των Ανθρώπινων Θηλωμάτων ή ο έρπης των γεννητικών οργάνων δύναται να μεταδοθούν μέσω της επαφής δέρματος με δέρμα στην περιοχή των γεννητικών οργάνων, ενώ άλλα μεταδίδονται από τη μητέρα στο έμβρυο κατά την κύηση. Η εξάπλωση των ΣΜΝ κατά το διάστημα των τελευταίων ετών αποτελεί πρόκληση για την δημόσια υγεία, καθώς η έγκαιρη διάγνωσή τους και η κατάλληλη θεραπεία τους αποτελεί κρίσιμο σημείο για την διατήρηση της αναπαραγωγικής και σεξουαλικής υγείας και ευημερίας του πληθυσμού. Η επιστημονική κοινότητα προωθεί τον όρο «Σεξουαλικά Μεταδιδόμενες Λοιμώξεις – ΣΜΛ», μιας και πολλοί παθογόνοι παραμένουν ανενεργοί στο ανθρώπινο σώμα για χρόνια, γεγονός το οποίο δεν αναιρεί είτε την ύπαρξή τους, είτε την δυνατότητα τους για μετάδοση σε άλλο άτομο (Meissner, 2014).

Η πρόοδος της επιστήμης και η εξέλιξη της κοινωνίας αποτελούν βασικούς πυλώνες σχετικά με την ιστορική αναδρομή των Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων. Στην αρχαιότητα, γίνεται αναφορά για «ακάθαρτα» νοσήματα τα οποία συνδέονται με ηθικά και θρησκευτικά στοιχεία και παρατηρούνται κλινικά δίχως να υπάρχει η γνώση για την ύπαρξη παθογόνων παραγόντων. Κατά τον Μεσαίωνα, η εξάπλωση επιδημιών όπως η σύφιλη κατά τον 15^ο αιώνα, συνέδεσε τα ΣΜΝ με το κοινωνικό στίγμα, ενώ τέθηκαν οι βάσεις για τα κοινωνικά στερεότυπα τα οποία αποτυπώνονται στην κοινή αντίληψη του πληθυσμού έως σήμερα σε παγκόσμιο επίπεδο (Gruber, 2015).

Ο 21^{ος} αιώνας αποτελεί μια πολύ σημαντική περίοδο για τον περιορισμό της εξάπλωσης των ΣΜΝ, αλλά και για την θεραπεία τους, καθώς έχουν λάβει χώρα ιατρικά ορόσημα όπως η δημιουργία του εμβολίου κατά του Ιού των Ανθρώπινων Θηλωμάτων (World Health Organization, 2017). Παρά την συγκεκριμένη πρόοδο, σήμερα υπάρχει έκδηλη ανάγκη για περεταίρω ενίσχυση της πρόληψης και για καθολική πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και εμβολιαστικά προγράμματα μέσω της εξάλειψης των κοινωνικών ανισοτήτων (Brotherton, et al., 2026).

2.3 Κοινωνικό στίγμα και προκατάληψη αναφορικά με τα ΣΜΝ

Η διερεύνηση του ζητήματος των Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων δεν στέκεται μονάχα στην αυστηρά ιατρική ερμηνεία του όρου, αντιθέτως υπάρχουν ποικίλες κοινωνικές προεκτάσεις που παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο. Το κοινωνικό στίγμα πρόκειται για μια βαθιά απαξιωτική κοινωνική ιδιότητα που αποδίδεται σε μια συγκεκριμένη κοινωνική ομάδα, μέλη της οποίας δεν θεωρούνται ισότιμα με τα υπόλοιπα μέλη της κοινωνίας και πολλές φορές αποκλείονται από σημαντικούς τομείς της ζωής, όπως οι υπηρεσίες υγείας (Chandra et al., 2024).

Πιο συγκεκριμένα, το κοινωνικό στίγμα θέλει τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα να συνδέονται με σεξουαλικές πρακτικές που μεγάλο μέρος της κοινωνίας συχνά τις θεωρεί «παρεκκλίνουσες» ή «ανεύθυνες». Σύμφωνα με σύγχρονες έρευνες,

το κοινωνικό στίγμα αποτελεί το πιο συχνό εμπόδιο για την αναζήτηση υπηρεσιών πρόληψης και θεραπείας για τα εν λόγω νοσήματα (WHO, 2023). Αρχικά, μια ικανοποιητική μερίδα πληθυσμού αποφεύγει τον προληπτικό έλεγχο με τον φόβο μήπως ενταχθεί σε ομάδα υψηλού κινδύνου ή σε πιο οδυνηρό σενάριο διαγνωσθεί με κάποιο νόσημα. Επιπροσθέτως, αναφορικά με τον πληθυσμό ο οποίος νοσεί παρατηρείται η συντριπτική πλειοψηφία να καθυστερεί την λήψη υπηρεσιών θεραπείας. Ως αποτέλεσμα αυτού του δισταγμού για αναζήτηση ιατρικής φροντίδας αποτυπώνεται η επιδείνωση της κατάστασης της υγείας ή η απόκτηση προβλημάτων υγείας όπως αυτό της υπογονιμότητας καθώς και η παράλληλη εξάπλωση του εκάστοτε νοσήματος. Τέλος, το άτομο που νοσεί και υφίσταται τον κοινωνικό αποκλεισμό, καλείται να έρθει αντιμέτωπο με μια σειρά από ψυχο-συναισθηματικές συνέπειες. Οι εν λόγω συνέπειες δύναται να είναι η διάγνωση με ψυχική διαταραχή όπως η κατάθλιψη και το άγχος, η χαμηλή αυτοεκτίμηση καθώς και η κοινωνική απόσυρση. Η κοινωνική προκατάληψη σε χαμηλότερα ποσοστά διαπιστώνονται ακόμα και εντός των Μονάδων Υγείας, καθώς δεν είναι λίγες οι φορές που το ιατρικό-νοσηλευτικό προσωπικό διατηρεί επικριτική στάση απέναντι στον ασθενή και το οικογενειακό-κοινωνικό του περιβάλλον (Guerrero et al., 2026).

Παρά τα σπουδαία βήματα της ιατρικής κοινότητας αναφορικά με την έγκαιρη διάγνωση και την θεραπεία των Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων, τα κοινωνικά στερεότυπα και το στίγμα εξακολουθούν να μονοπωλούν στον κοινωνικό ιστό και να αποτελούν βασικό εμπόδιο στην ολιστική αντιμετώπιση των συγκεκριμένων νοσημάτων. Η αποδόμηση των στερεοτύπων που συνδέονται με τα ΣΜΝ αποτελούν υψίστης σημασίας, καθώς με αυτόν τον τρόπο θα επιτραπεί η μετάβαση σε μια εποχή όπου το άτομο που νοσεί δεν θα φοβάται να ζητήσει υπηρεσίες υγείας, ενώ θα επικρατεί σεβασμός για τα σεξουαλικά δικαιώματα και την ανθρώπινη ελευθερία. Η ιστορική εμπειρία δεν καταδεικνύει τίποτα άλλο πέρα από το ότι η επιτυχημένη αντιμετώπιση των Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων και η μείωση της εξάπλωσής τους απαιτεί μια συνδυαστική προσέγγιση ιατρικής προόδου και κοινωνικής ευαισθητοποίησης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: Ο ΙΟΣ ΤΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΘΗΛΩΜΑΤΩΝ (HPV)

3.1 Ο Ιός των Ανθρώπινων Θηλωμάτων (HPV): γενικά στοιχεία

Ο Ιός των Ανθρώπινων Θηλωμάτων (Human Papillomavirus - HPV) αποτελεί ένα από τα πιο συχνά Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα σε παγκόσμιο επίπεδο. Από βιολογική σκοπιά, πρόκειται για έναν DNA ιό με διπλή έλικα, χωρίς έλυτρο, ο οποίος ανήκει στην οικογένεια των ιών «*Papillomaviridae*». Μέχρι σήμερα έχουν ταυτοποιηθεί περισσότεροι από 220 γονότυποι του ιού, ενώ διακρίνονται σε δερματοτρόπους και βλεννογονότροπους (Polzak et al., 2023). Σύμφωνα με την συστηματική μελέτη του Graham (2017) αναφορικά με την μοριακή δομή, το γονιδίωμα του ιού διακρίνεται στις κάτωθι περιοχές: πρώιμη περιοχή (Early region - E), όψιμη περιοχή (Late region - L) και μη κωδικοποιούσα περιοχή (Long Control Region - LCR).

Οι βλεννογονότροποι τύποι του Ιού των Ανθρώπινων Θηλωμάτων διαθέτουν ογκογεννητική ικανότητα και ταξινομούνται ανάλογα με τον κίνδυνο πρόκλησης νεοπλασίας σε τύπους χαμηλού κινδύνου (Low-risk – LR-HPV) και σε τύπους υψηλού κινδύνου (High-risk – HPV). Σύμφωνα με τον Διεθνή Οργανισμό Έρευνας για τον Καρκίνο (International Agency for Research on Cancer- IARC), οι τύποι χαμηλού κινδύνου, με κυριότερους εκπροσώπους τους τύπους 6 και 11 οι οποίοι ευθύνονται κυρίως για την εμφάνιση οξυτενών κονδυλωμάτων, δεν απειλούν την υγεία του ατόμου αναφορικά με την εμφάνιση νεοπλασίας. Στον αντίποδα, οι τύποι υψηλού κινδύνου οι οποίοι απαρτίζονται από τύπους όπως ο 16, 18, 31, 33, 35, 29 κ.ά. αποτελούν τους πλέον ογκογόνους, καθώς η συντριπτική τους πλειοψηφία σχετίζεται με διάφορα είδη καρκίνου στον άνθρωπο όπως ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας, του αιδοίου, του κόλπου, του πέους, του πρωκτού και του στοματοφάρυγγα (IARC, 2024).

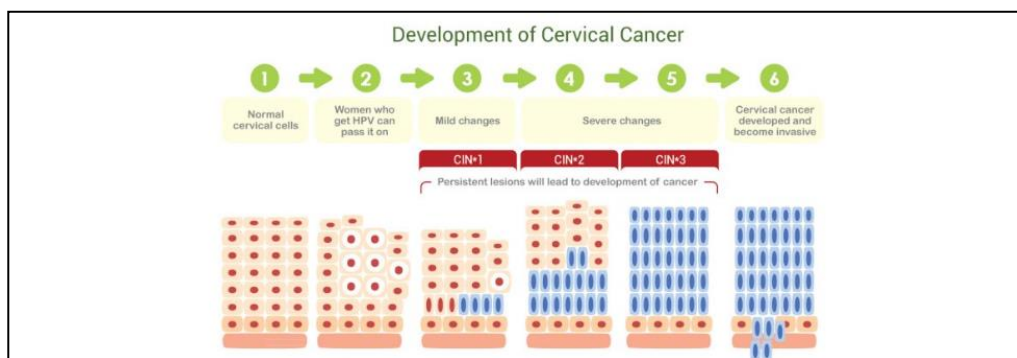
Η μετάδοση του Ιού των Ανθρώπινων Θηλωμάτων (HPV) επιτυγχάνεται κυρίως μέσω της σεξουαλικής επαφής, την επαφή δέρμα με δέρμα και την επαφή των βλεννογόνων του ατόμου με μολυσμένες επιφάνειες. Πιο αναλυτικά, κατά την διάρκεια της σεξουαλικής επαφής, η τριβή διευκολύνει την είσοδο του ιού μέσω μικροεκδορών στο επιθήλιο, χαρακτηρίζοντας την κολπική, πρωκτική, στοματική επαφή αλλά και την επαφή χωρίς διείσδυση τον κύριο τρόπο μετάδοσης (Kombe & Kombe, 2021). Αξίζει να σημειωθεί πως η χρήση προφυλακτικού δεν προστατεύει πλήρως το άτομο από την μετάδοση του ιού. Επιπλέον, η μη σεξουαλική οριζόντια μετάδοση μπορεί να συμβεί είτε μέσω του αυτοενοφθαλμισμού, δηλαδή μέσω της μεταφορά του ιού από ένα σημείο του σώματος σε άλλο μέσω των χεριών, είτε μέσω μολυσμένων αντικειμένων. Τέλος, η κάθετη μετάδοση δύναται να πραγματοποιηθεί από την μητέρα στο παιδί κατά τον τοκετό, καθώς το νεογνό εκτίθεται στον ιό όταν περνά από τον γεννητικό σωλήνα της μητέρας. Πρόσφατες έρευνες αναφέρουν για ενδείξεις μετάδοσης του ιού σε προγεννητικό επίπεδο μέσω του αμνιακού υγρού ή του πλακούντα (Duan et al., 2022). Ο ακριβής χρόνος της μετάδοσης του ιού δεν μπορεί να προσδιοριστεί, καθώς η λοίμωξη μπορεί να παραμείνει σε λανθάνουσα κατάσταση για μεγάλο χρονικό διάστημα.

3.2 Ο Ιός των Ανθρώπινων Θηλωμάτων (HPV) και η αιτιολογική συσχέτιση με τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας

Η αιτιακή σχέση του Ιού των Ανθρώπινων Θηλωμάτων (HPV) με την ανάπτυξη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας αποτελεί μία από τις πλέον τεκμηριωμένες συσχετίσεις στη σύγχρονη ογκολογία. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και τις πρόσφατες επιδημιολογικές αναλύσεις του 2025, ο HPV αναγνωρίζεται ως απαραίτητος παράγοντας για την ανάπτυξη της συγκεκριμένης νόσου, καθώς το ιικό φορτίο του ανιχνεύεται σε όλες σχεδόν τις περιπτώσεις του διηθητικού καρκίνου σε ποσοστό το οποίο ξεπερνά το 99%. Η βάση αυτής της παθολογικής σχέσης οφείλεται στην ικανότητα των γονότυπων υψηλού κινδύνου, κυρίως των τύπων 16 και 18, να

προκαλούν αρχικά προ-καρκινικές και έπειτα καρκινικές αλλοιώσεις στα κύτταρα των στιβάδων του τραχήλου της μήτρας. Επιπλέον, η αιτιακή σχέση ιού και νόσου ισχυροποιείται από το γεγονός πως σύμφωνα με τις πιο σύγχρονες μελέτες αναδεικνύεται δραστική μείωση της επίπτωσης της νόσου σε γυναίκες οι οποίες εμβολιάστηκαν σε νεαρή ηλικία (Bhatla et al., 2025).

Η φυσική ιστορία της HPV λοίμωξης και η σταδιακή εξέλιξή της σε διηθητικό καρκίνο του τραχήλου της μήτρας αποτελεί μια μακροχρόνια διεργασία η οποία δύναται να ξεπεράσει ακόμη και το διάστημα των δέκα ετών. Ο αργός ρυθμός εξέλιξης της νόσου προσφέρει ένα ασφαλές χρονικό περιθώριο για έγκαιρη διάγνωση και παρέμβαση μέσω του προσυμπτωματικού ελέγχου (screening), καθιστώντας τον καρκίνο του τραχήλου μία από τις πιο προλήψιμες μορφές κακοήθειας. Η πορεία του HPV ανθρώπινο σώμα ξεκινά με την εισχώρηση του ιού στα κύτταρα της βασικής στοιβάδας του τραχηλικού επιθηλίου, συνήθως μέσω μικροτραυματισμών κατά τη σεξουαλική επαφή. Παρά το γεγονός ότι η πλειονότητα των λοιμώξεων είναι παροδικές και αντιμετωπίζονται ταχύτατα από το ανοσοποιητικό σύστημα σε τέτοιο βαθμό που δεν γίνονται αντιληπτές, υπάρχει και ένας μικρός αριθμός εμμενουσών λοιμώξεων (persistent infection). Η εμμένουσα λοίμωξη η οποία προκαλείται από στελέχη υψηλού κινδύνου οδηγεί στην εμφάνιση προκαρκινικών αλλοιώσεων, γνωστών ως Τραχηλική Ενδοεπιθηλιακή Νεοπλασία (Cervical Intraepithelial Neoplasia-CIN). Η διαδρομή αυτή διαβαθμίζεται από την ήπια δυσπλασία (CIN1), η οποία συχνά υποχωρεί από την ενεργοποίηση του ανοσοποιητικού συστήματος, προς τις σοβαρές αλλοιώσεις (CIN2 και CIN3/carcinoma in situ), όπου πλέον η κυτταρική ατυπία καταλαμβάνει το μεγαλύτερο μέρος ή το σύνολο του πάχους του επιθηλίου (Kyei et al., 2026).



Εικόνα 2: Η πορεία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας

Σύγχρονες προοπτικές μελέτες καταδεικνύουν ποικίλους παράγοντες οι οποίοι λειτουργούν υποστηρικτικά σχετικά με την πορεία μιας εμμένουσας λοίμωξης. Αρχικά, επιβεβαιώνεται ότι η εμμένουσα λοίμωξη (persistence) η οποία οδηγεί σε υψηλόβαθμες προκαρκινικές αλλοιώσεις δημιουργείται κυρίως από στελέχη υψηλού κινδύνου. Επιπλέον, η παραμονή του ιού για διάστημα άνω των 24 μηνών αυξάνει τον κίνδυνο για ανάπτυξη καρκίνου του τραχήλου (Chen et al., 2024). Τέλος, στα πλαίσια της προληπτικής ιατρικής οι έρευνες έχουν εστιάσει το ενδιαφέρον τους σε παράγοντες κινδύνου αναφορικά με την συγκεκριμένη νόσο όπως το κάπνισμα, οι οποίοι θα αναλυθούν εκτενώς στο επόμενο κεφάλαιο.

3.3 Παράγοντες κινδύνου σχετικά με την HPV λοίμωξη

Μετά την ιατρική παραδοχή πως υπάρχει αναμφισβήτητη σχέση ανάμεσα στον Ιό των Ανθρώπινων Θηλωμάτων και στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, η παγκόσμια πανεπιστημιακή κοινότητα έστρεψε το ενδιαφέρον της και έκανε πρώτο μέλημά της την αποτύπωση και βαθιά κατανόηση των παραγόντων κινδύνου που σχετίζονται με την λοίμωξη από τον συγκεκριμένο ιό (Bosch & de Sanjosé, 2003). Στο πλαίσιο του τομέα της πρόληψης, έχουν πραγματοποιηθεί σύγχρονες προοπτικές μελέτες οι οποίες καταδεικνύουν ένα ευρύ φάσμα παραγόντων οι οποίοι λειτουργούν υποστηρικτικά στην πορεία και εξέλιξη της εμμένουσας λοίμωξης. Οι συγκεκριμένοι παράγοντες δύναται να είναι βιολογικής, συμπεριφορικής και κοινωνικής φύσεως (Luvian-Morales, 2024).

Αρχικά, ως κύριος αιτιολογικός παράγοντας για την εμμένουσα λοίμωξη η οποία ευθύνεται για προκαρκινικές, καρκινικές αλλοιώσεις και διηθητικό καρκίνο στον τράχηλο αναγνωρίζεται η ύπαρξη στελεχών υψηλού κινδύνου. Ως εκ τούτου, η γονοτύπηση αποβαίνει ιδιαίτερα κρίσιμο βήμα για την πρόβλεψη της εξέλιξης της νόσου και την επιλογή ανάμεσα σε στενή παρακολούθηση ή σε παρεμβατική θεραπεία. Ένας επιπλέον κρίσιμος προγνωστικός δείκτης αποτελεί η διάρκεια παραμονής στον οργανισμό του ατόμου. Πιο συγκεκριμένα, την στιγμή που η πλειονότητα των λοιμώξεων υποχωρούν αυτόματα εντός 12-24 μηνών μέσω της καταστολής τους από το ανοσοποιητικό σύστημα, η παραμονή του υψηλού στελέχους για διάστημα άνω των 24 μηνών αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο για ανάπτυξη καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Η εμμονή πέραν αυτού του χρονικού ορίου αποτελεί σαφή ένδειξη υψηλότερου κινδύνου και απαιτεί συστηματική παρακολούθηση (Sustova et al., 2025).

Πέρα από τους βιολογικούς παράγοντες, έρευνες έχουν αναδείξει την σεξουαλική συμπεριφορά ως σημαντικό αναγνωριστικό παράγοντα. Πιο αναλυτικά, η πρόωμη έναρξη των σεξουαλικών επαφών και ο μεγάλος αριθμός συντρόφων παραμένουν να είναι σημαντικοί παράγοντες κινδύνου. Παράλληλα, το κάπνισμα αναδεικνύεται σε κρίσιμο συνεργικό παράγοντα ο οποίος διευκολύνει την καρκινογένεση. Επιπλέον, παράγοντες όπως η μακροχρόνια χρήση αντισυλληπτικών, η πολυτοκία και η κατάσταση ανοσοκαταστολής αυξάνουν σημαντικά την πιθανότητα οι χαμηλόβαθμες προκαρκινικές αλλοιώσεις να εξελιχθούν σε καρκίνο (Bowden et al., 2023). Τέλος, η διεθνής βιβλιογραφία στρέφει την προσοχή της στις κοινωνικές ανισότητες που επικρατούν στον τομέα της υγείας (health disparities) ως παράγοντα κινδύνου για τη λοίμωξη HPV και την εμφάνιση καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Σύμφωνα με αναφορά η οποία εκδόθηκε το 2025 από την Διεθνή Ομοσπονδία Γυναικολογίας και Μαιευτικής (Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique - FIGO), σε παγκόσμιο επίπεδο το συγκεκριμένο είδος καρκίνου παρουσιάζει υψηλά ποσοστά σε μειονεκτούσες συνήθως αγροτικές περιοχές με χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό υπόβαθρο όπου οι κάτοικοι έχουν περιορισμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας είτε για

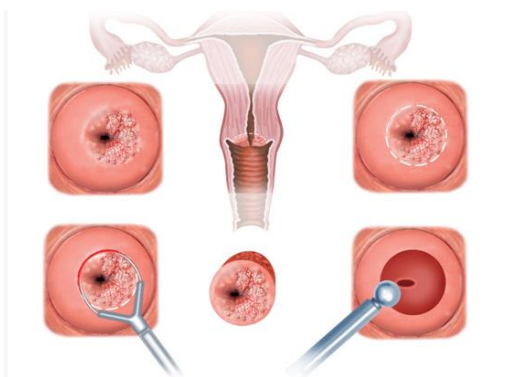
γεωγραφικούς λόγους είτε γιατί ανήκουν σε μια κοινωνικά ευάλωτη ομάδα. Επιπλέον, ο αναφερόμενος πληθυσμός στερείται όχι μόνο υπηρεσιών θεραπείας αλλά και ενημέρωσης και εκπαίδευσης αναφορικά με τον προληπτικό έλεγχο και τον εμβολιασμό.

3.4 Σύγχρονες θεραπείες προκαρκινικών αλλοιώσεων και διηθητικού καρκίνου της μήτρας

Κατά το παρελθόν, η έλλειψη διαγνωστικών μέσων όπως το Τεστ Παπανικολάου και το HPV dna – test οδήγησε σε διαγνώσεις διηθητικού καρκίνου προχωρημένου σταδίου για τις περισσότερες περιπτώσεις καθώς και σε υψηλά ποσοστά θνησιμότητας και σοβαρές μετεγχειρητικές επιπλοκές. Ιστορικά, η θεραπευτική αντιμετώπιση των προκαρκινικών αλλοιώσεων του τραχήλου της μήτρας και του διηθητικού καρκίνου βασιζόταν κυρίως σε τεχνικές ακρωτηριασμού με την ριζική υστερεκτομή να αποτελεί την κύρια και πιο συχνή μέθοδο (Ramirez et al., 2018). Παρ' όλα αυτά τις τελευταίες δεκαετίες, έχει σημειωθεί σημαντική πρόοδος τόσο στον τομέα της χειρουργικής, όσο και στον τομέα των χημειοθεραπειών και των ακτινοβολιών σχετικά με την συγκεκριμένη νόσο.

Στη σύγχρονη εποχή, η θεραπευτική προσέγγιση έχει απομακρυνθεί από την φιλοσοφία του ακρωτηριασμού και έχει εμβαθύνει περισσότερο στην εξατομικευμένη ιατρική ακριβείας η οποία έχει ως στόχο την επιβίωση της ασθενούς και την εξασφάλιση υψηλού βαθμού ποιότητας ζωής χρησιμοποιώντας όσο το δυνατόν λιγότερο παρεμβατικές μεθόδους. Σύμφωνα με τις τρέχουσες κατευθυντήριες οδηγίες της Ευρωπαϊκής Εταιρίας Γυναικολογικής Ογκολογίας (European Society of Gynaecological Oncology - ESGO), η διαχείριση των χαμηλόβαθμων προκαρκινικών αλλοιώσεων αποτελείται από ένα πλάνο εξαιρετικά συντηρητικής παρακολούθησης και συχνών κλινικών ελέγχων, ενώ για τις υψηλόβαθμες αλλοιώσεις προτείνεται η τεχνική LEEP/LLETZ. Η τεχνική LEEP (Loop Electrosurgical Excision Procedure) ή LLETZ (Large Loop Excision of the Transformation Zone), γνωστή στην ελληνική

ορολογία ως αφαίρεση της ζώνης μετάπλασης με αγκύλη διαθερμίας, αποτελεί τη συνηθέστερη μέθοδο αντιμετώπισης των προκαρκινικών αλλοιώσεων του τραχήλου της μήτρας (Cibula et al., 2023). Τα πρωτόκολλα της Ελληνικής Εταιρείας Παθολογίας Τραχήλου και Κολποσκόπησης (Hellenic Society for Colposcopy and Cervical Pathology - HSCCP) προτείνουν την εν λόγω μέθοδο, καθώς διασφαλίζεται η αφαίρεση της ζώνης μετάπλασης με τον ελάχιστο δυνατό τραυματισμό, η ιστολογική εκτίμηση των ασφαλών ορίων, καθώς και η διατήρηση της γονιμότητας της γυναίκας (Kyrgiou et al., 2020).



Εικόνα 3: Κωνοειδής εκτομή τραχήλου

Αξίζει να σημειωθεί πως και η θεραπευτική αντιμετώπιση του διηθητικού καρκίνου έχει επαναπροσδιοριστεί ριζικά. Σήμερα, σύμφωνα με τις οδηγίες του Εθνικού Ολοκληρωμένου Δίκτυο Καρκίνου των ΗΠΑ (National Comprehensive Cancer Network - NCCN), η θεραπευτική αντιμετώπιση του διηθητικού καρκίνου του τραχήλου της μήτρας βασίζεται σε αυστηρά εξατομικευμένα πρωτόκολλα. Η ανοικτή ριζική υστερεκτομή παραμένει σταθερά η πιο ασφαλής μέθοδος για τα αρχικά στάδια διηθητικού καρκίνου, ενώ σε αρκετές περιπτώσεις συνδυάζεται με σχήματα χημειοθεραπειών και ακτινοβολιών. Τέλος, σύμφωνα με τις τελευταίες αναφορές του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, η ενσωμάτωση της ανοσοθεραπείας στην

αντιμετώπιση του διηθητικού καρκίνου της μήτρας έχει συμβάλει σημαντικά στην αναχαίτιση της μετάστασης της νόσου (Colombo et al., 2020).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: Ο ΙΟΣ ΤΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΘΗΛΩΜΑΤΩΝ ΚΑΙ Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ

4.1 Πρωτογενής Πρόληψη κατά του Ιού των Ανθρώπινων Θηλωμάτων (HPV) μέσω του εμβολιασμού

Η μεγάλη εξάπλωση του Ιού των Ανθρώπινων Θηλωμάτων και η αναμφισβήτητη πλέον σχέση του με τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας έστρεψε την Παγκόσμια ιατρική κοινότητα προς την ενίσχυση της πρωτογενούς πρόληψης. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με την Ελληνική Εταιρεία Έρευνας και Αντιμετώπισης του Ιού των Θηλωμάτων, η πρωτογενής πρόληψη κατά του εν λόγω ιού αναφέρεται σε όλες τις ενέργειες που έχουν ως στόχο την αποτροπή μόλυνσης από τον HPV, πριν το άτομο εκτεθεί σε αυτόν και γίνει φορέας του.

Σε αυτό το πλαίσιο, το 2006 δημιουργήθηκε στην Αμερική το πρώτο εμβόλιο κατά του ιού HPV το οποίο εγκρίθηκε από τον Αμερικανικό Οργανισμό Τροφίμων και Φαρμάκων (FDA). Επρόκειτο για το τετραδύναμο εμβόλιο Gardasil, το οποίο έγινε διαθέσιμο στην Ελλάδα στις αρχές του 2007. Σήμερα, χρησιμοποιείται η εξελιγμένη εννεαδύναμη πλέον έκδοση του Gardasil, η οποία προσφέρει προστασία στους δύο τύπους που ευθύνονται για τα οξυτενή κονδυλώματα (6, 11) και σε επιπλέον επτά ογκογόνους τύπους του ιού οι οποίοι παρουσιάζουν άμεση σύνδεση με τις προκαρκινικές αλλοιώσεις και τον διηθητικό καρκίνο (16, 18, 31, 33, 45, 52, 58). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO), το εμβόλιο είναι εξαιρετικά ασφαλές δίχως παρενέργειες, ενώ η αποτελεσματικότητά του μεγιστοποιείται αγγίζοντας ποσοστό της τάξεως του 87% και άνω, όταν αυτό

χορηγείται σε ηλικίες 9 έως 14 ετών πριν την έναρξη σεξουαλικών επαφών ή την οποιαδήποτε έκθεση στον ιό (Gargano et al., 2025).

Στην Ελλάδα, σύμφωνα με το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών του Υπουργείου Υγείας ο εμβολιασμός κατά του ιού HPV αποτελεί ισχυρή σύσταση από την πολιτεία καθώς και από τους εμπλεκόμενους επιστημονικούς φορείς. Η σύσταση σχετικά με τον συγκεκριμένο εμβολιασμό απευθύνεται όχι μόνο στον γυναικείο αλλά και στον αντρικό πληθυσμό. Ο εμβολιασμός του ανδρικού πληθυσμού θεωρείται εξίσου κρίσιμος, καθώς συμβάλλει στη μείωση της διασποράς του ιού στην κοινότητα και περιορίζει την εμφάνιση συγκεκριμένων ειδών καρκίνου που προσβάλλουν τους άνδρες, όπως ο καρκίνος του πρωκτού, του πέους και του στοματοφάρυγγα. Αξίζει να σημειωθεί πως το εμβόλιο στην Ελλάδα διατίθεται δωρεάν για συγκεκριμένες ηλικιακές ομάδες μέσω του Εθνικού Προγράμματος Εμβολιασμών. Πιο συγκεκριμένα το εμβόλιο χορηγείται δωρεάν σε παιδιά και εφήβους από 9 έως 18 ετών ανεξαρτήτου φύλου, καθώς επίσης και σε ομάδες υψηλού κινδύνου και ειδικές κατηγορίες όπως τα άτομα που έχουν νοσήσει ή τα άτομα με ανοσοκαταστολή (Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών Παιδιών και Εφήβων, 2024).

Παρά τα αδιαμφισβήτητα οφέλη του εμβολιασμού κατά του HPV και την στιγμή που ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει θέσει ως στόχο το 90% του πληθυσμού να έχει εμβολιαστεί ως το 2030, σήμερα η παγκόσμια εμβολιαστική κάλυψη αγγίζει μόλις το 56,9%. Στην Ελλάδα το ποσοστό για τις ηλικίες 11-18 κυμαίνεται στα ίδια επίπεδα και συγκεκριμένα στο 55%. Σύμφωνα με την εγχώρια βιβλιογραφία, υπάρχουν παράγοντες οι οποίοι δρουν ανασταλτικά στην απόφαση του γονέα να εμβολιάσει το ανήλικο παιδί του με τους κυριότερους να είναι η ελλιπής ενημέρωση αλλά και ο φόβος των γονέων για πιθανές παρενέργειες (Karamanidou & Dimopoulos, 2018).

4.2 Στάσεις και αντιλήψεις αναφορικά με το εμβόλιο κατά του Ιού των Ανθρώπινων Θηλωμάτων (HPV): ελληνικά και παγκόσμια δεδομένα

Σήμερα, η εισαγωγή του εμβολίου κατά του Ιού των Ανθρώπινων Θηλωμάτων έχει ενταχθεί σε παραπάνω από 147 Εθνικά Προγράμματα Εμβολιασμού, παρ' όλα αυτά η παγκόσμια εικόνα της εμβολιαστικής κάλυψης εξακολουθεί να παρουσιάζει ανομοιογένεια. Σύμφωνα με το Ευρωπαϊκό Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Νόσων (European Centre for Disease Prevention and Control- ECDC), η Ευρώπη παρουσιάζει μια θετική εικόνα, ιδιαίτερα σε χώρες όπως η Νορβηγία και η Πορτογαλία στις οποίες το ποσοστό εμβολιασμού αγγίζει το 90%. Στην Αμερική αποτυπώνονται εξίσου ενθαρρυντικά ποσοστά με εξαίρεση πληθυσμούς που ανήκουν σε κοινωνικά ευάλωτες ομάδες όπως οι μετανάστες που συχνά αντιμετωπίζουν εμπόδια πρόσβασης στο Σύστημα Υγείας και γλωσσικούς φραγμούς (Pingali, 2023). Στην Ασία τα ποσοστά είναι αρκετά υψηλά ιδιαίτερα σε χώρες όπως η Κίνα η οποία παρουσιάζει το 67% του νεαρού πληθυσμού ως εμβολιασμένο, σε αντίθεση με την Αφρική όπου τα ποσοστά της ηπείρου είναι εξαιρετικά χαμηλά κάτω από το ποσοστό της τάξεως του 28% (Han et al., 2024).

Η παραπάνω ανομοιογένεια οφείλεται σε ένα ευρύ φάσμα οικονομικών, κοινωνικών και πολιτισμικών παραγόντων. Αρχικά, η έλλειψη εμπιστοσύνης δείχνει να παίζει σημαντικό ρόλο στην απόφαση των γονέων αναφορικά με τον εμβολιασμό των ανήλικων παιδιών τους. Σύμφωνα με την διεθνή βιβλιογραφία, ο κυριότερος λόγος δισταγμού επικεντρώνεται σε τυχόν παρενέργειες του φαρμακευτικού σκευάσματος Η παραπληροφόρηση στα μέσα κοινωνικής ενημέρωσης (MME) και στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης (social media) παίζουν καθοριστικό ρόλο σε αυτό, καθώς δημιουργούν αβάσιμους φόβους (Kahn et al., 2023). Επιπλέον, σε πολλές κοινωνίες με ισχυρά πολιτισμικά και θρησκευτικά στερεότυπα, υπάρχει σύνδεση στο νου των ατόμων ανάμεσα στην διενέργεια του εμβολίου και στην ενθάρρυνση για έναρξη της σεξουαλικής ζωής των εφήβων (Brooks et al., 2024). Επιπροσθέτως, η έλλειψη εμπιστοσύνης στους επαγγελματίες υγείας και στα κυβερνητικά συστήματα αποτελεί

έναν ακόμα παράγοντα που στηρίζει τον δισταγμό των γονέων για τον εμβολιασμό κατά του HPV. Ο εν λόγω δισταγμός ενισχύεται όταν το ιατρικό προσωπικό δείχνει να μην δύναται να καλύψει επαρκώς και με επιστημονικό τρόπο όλες τους τις απορίες. Τέλος, ιδιαίτερα για τα χαμηλά οικονομικά στρώματα η κάλυψη του κόστους του εμβολίου από τους ίδιους, σε όποια χώρα αυτό δεν διατίθεται δωρεάν, αποτελεί βασικό εμπόδιο για την διενέργεια του εν λόγω εμβολιασμού (Attwel & Hannah, 2022).

Στην ελληνική κοινωνία, ο δισταγμός απέναντι στον εμβολιασμό κατά του HPV παρουσιάζει ιδιαιτερότητες που την διαφοροποιούν από άλλες ευρωπαϊκές χώρες, καθώς συνδυάζει ιδιαίτερα πολιτισμικά στερεότυπα, ελλείμματα στο σύστημα υγείας, ενώ η δύναμη της άτυπης πληροφόρησης δείχνει να είναι εξαιρετικά ισχυρή στην κοινή γνώμη (Dimopoulos et al., 2023). Η ταύτιση του εμβολίου με την έναρξη της σεξουαλικής ζωής κάνει μια μερίδα συντηρητικών γονέων να μεταθέτουν χρονικά τον εμβολιασμό έπειτα από την συνιστάμενη ηλικία, γεγονός που συχνά οδηγεί και στην πλήρη παράλειψή του. Ένας από τους μεγαλύτερους μύθους που επικρατεί στην Ελλάδα για το εμβόλιο κατά του HPV αποτελεί η ατεκμηρίωτη άποψη περί επιπτώσεων στην γονιμότητα, αποτελώντας τον κυριότερο λόγο της άρνησης (Naoum et al., 2022). Στους άνωθεν λόγους, προστίθεται και η αμφιθυμία των επαγγελματιών υγείας, καθώς οι γονείς ερμηνεύουν την σύσταση ως κάτι δευτερεύον με αποτέλεσμα την τελική απόρριψη. Επιπλέον, η απόρριψη του εμβολιασμού και τα χαμηλά ποσοστά οφείλονται στο γεγονός πως μια μεγάλη μερίδα πληθυσμού δεν γνωρίζει πως ο εμβολιασμός αφορά εξίσου τα αγόρια καθώς συνδέεται με τύπους καρκίνου όπως του στοματοφάρυγγα, το πέους και του πρωκτού, ενώ οδηγεί και στην ανοσία της κοινότητας (Pergialiotis et al., 2024). Τέλος, ιστορικά στην Ελλάδα παρατηρείται μια κουλτούρα υποτίμησης της πρωτογενούς πρόληψης. Σύμφωνα με τον Οργανισμό Διασφάλισης Ποιότητας στην Υγεία (ΟΔΙΠΥ), η διστακτικότητα ενισχύεται από την πεποίθηση ότι το τεστ-Παπ είναι επαρκές για την προστασία των γυναικών, με αποτέλεσμα το εμβόλιο να θεωρείται "πλεονασμός" (Thanasas et al., 2021).

4.3 Εμβολιασμός κατά του Ιού των Ανθρώπινων Θηλωμάτων (HPV): μια ψυχοκοινωνική θεώρηση σύμφωνα με το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία (ΜΠΥ)

Το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία (Health Believe Model – HBM) αποτελεί την πιο διαδεδομένη θεωρία στον χώρο της εκπαίδευσης υγειονομικών συμπεριφορών και της πρόληψης της υγείας, ενώ οι απαρχές της δημιουργίας του ανάγονται κατά την δεκαετία του 1950 στην Αμερική. Η ιδέα για το συγκεκριμένο μοντέλο γεννήθηκε και αναπτύχθηκε όταν ερευνητές και κοινωνικοί επιστήμονες της Δημόσιας Υπηρεσίας Υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής (Η.Π.Α) προσπαθούσαν να κατανοήσουν και να ερμηνεύσουν την υγειονομική συμπεριφορά των πολιτών, προκειμένου να αναβαθμίσουν το επίπεδο της δημόσιας υγείας στην χώρα τους. Στην πραγματικότητα, αυτό που αναζητούσαν ήταν ένα εργαλείο-μοντέλο ψυχολογικής υφής το οποίο θα ήταν ικανό να εντοπίσει πληθυσμιακές ομάδες με υψηλό βαθμό επικινδυνότητας να ασθενήσουν προκειμένου να πραγματοποιηθούν σε αυτές προγράμματα αγωγής της υγείας. Έως τότε η επιστημονική κοινότητα υπέθετε πως τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, η κοινωνικό-οικονομική τάξη καθώς και το φύλλο παίζουν σημαντικό ρόλο για το εάν ένα άτομο υιοθετεί θετικές πρακτικές υγείας ή προχωρά σε τακτικούς προληπτικούς ελέγχους. Ωστόσο, αυτό που παρατηρήθηκε είναι πως εμπλέκονται περισσότεροι παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν την υγειονομική συμπεριφορά (Gautam et al., 2023).

Η κεντρική ιδέα για το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία βασίζεται σε δυο άξονες: την πρόληψη της απειλής και την αξιολόγηση της συμπεριφοράς. Πιο συγκεκριμένα, όταν ο στόχος είναι η υιοθέτηση μιας συμπεριφοράς υγείας τότε γίνεται λόγος για την αλληλεπίδραση της επιθυμίας του ατόμου να αποφύγει την ασθένεια με την πεποίθησή του πως μια συγκεκριμένη επιλογή ή πράξη θα τον βοηθήσει να το πετύχει. Η πρόληψη της απειλής σχετίζεται τόσο με τον παράγοντα της υποκειμενικής αίσθησης της τρωτότητας, όσο και με τον παράγοντα της υποκειμενικής αίσθησης της σοβαρότητας. Ο πρώτος αφορά την πεποίθηση του ατόμου για την μικρή ή μεγάλη πιθανότητα

ασθένειας, ενώ ο δεύτερος παράγοντας σχετίζεται με την αντίληψή του αναφορικά με το πόσο σοβαρή μπορεί η ασθένεια να αποδειχτεί καθώς και με το μέγεθος των κλινικών και κοινωνικών συνεπειών της. Ως κλινικές συνέπειες θεωρούνται ο πόνος, ο θάνατος, ή η αναπηρία, ενώ ως κοινωνικές ορίζονται οι τυχόν επιπτώσεις στην εργασία, την οικογενειακή και κοινωνική ζωή. Από την άλλη πλευρά, η αξιολόγηση της συμπεριφοράς σχετίζεται με δυο ξεχωριστές κατηγορίες πεποιθήσεων. Η πρώτη αφορά την υποκειμενική αίσθηση του ατόμου για τα οφέλη τα οποία ενδεχομένως προκύπτουν από μια συμπεριφορά που δεν είναι τίποτα άλλο πέρα από την επίτευξη της υγείας ή την μείωση βλάβης εξαιτίας μιας ασθένειας, ενώ η δεύτερη ομάδα αφορά τα υποκειμενικά εμπόδια ή τις πιθανές παρενέργειες που θεωρεί το άτομο ότι θα συναντήσει υιοθετώντας μιας συμπεριφορά υγείας. Τα εμπόδια, ουσιαστικά, αντανακλούν στην δυσκολία του ατόμου για αλλαγή συμπεριφοράς και υιοθέτηση μιας καινούργιας (Nasality et al., 2023).

Η υποκειμενική αίσθηση της τρωτότητας και της σοβαρότητας ωθούν το άτομο να δράσει, ενώ η συνεκτίμηση των οφελών και των εμποδίων το βοηθούν να επιλέξει με ποιον τρόπο θα το πραγματοποιήσει. Ο Becker, ο Haefner και ο Mainman, αναγνωρίζοντας την σπουδαιότητα των «ενδείξεων για δράση», πρόσθεσαν στο μοντέλο μια επιπλέον διάσταση η οποία ονομάστηκε «κίνητρο για την υγεία» και σχετίζεται με την ετοιμότητα του ατόμου να προβεί σε αλλαγές συμπεριφοράς. Το εν λόγω μοντέλο εφαρμόστηκε ευρέως σε τρεις μεγάλες κατηγορίες υγειονομικών συμπεριφορών : σε συμπεριφορές πρόληψης, σε συμπεριφορές συσχετιζόμενες με τον ρόλο του ασθενούς και σε συμπεριφορές σχετικά με την χρήση υπηρεσιών υγείας. Συνοπτικά, το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία ενώ έχει δεχτεί κριτική ανά τις δεκαετίες η οποία θα αναλυθεί εκτενώς στο τελευταίο κεφάλαιο υποστήριξε σημαντικά την δημιουργία και τον σχεδιασμό προγραμμάτων υγείας με στόχο την αναβάθμιση του υγειονομικού επιπέδου παγκοσμίως, όπως συμβαίνει με την περίπτωση του καρκίνου (Glanz et al., 2008).

Παρά την αναμφισβήτητη κλινική αποτελεσματικότητα του εμβολίου, τα ποσοστά εμβολιασμού δεν είναι πάντα ικανοποιητικά, ενώ σε μερικές περιπτώσεις χωρών είναι εξαιρετικά χαμηλά και σημειώνεται μεγάλη ανάγκη για επιπλέον εμβολιασμό. Το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία (ΜΠΥ) μπορεί να αποδειχτεί σημαντικό εργαλείο στα χέρια κοινωνικών επιστημόνων προκειμένου να προβούν στην πρόβλεψη και την κατηγοριοποίηση παραγόντων που σχετίζονται με τον εμβολιασμό κατά του HPV. Οι παραπάνω παράγοντες σχετίζονται με ποικίλες εκφάνσεις της κοινωνικής ζωής αλλά και με τα ατομικά χαρακτηριστικά του κάθε ατόμου το οποίο καλείται να πάρει την απόφαση σχετικά με τον εμβολιασμό ή όχι του ανήλικου παιδιού του. Το ΜΠΥ το οποίο προσφέρει μια σημαντική βάση προκειμένου να κατανοηθεί το πως κανείς φτάνει στην εν λόγω απόφαση στοιχειοθετείται από συγκεκριμένους βασικούς παράγοντες του μοντέλου πέρα από τους δημογραφικούς, κοινωνικό – οικονομικούς η φυλετικούς. Από την μια πλευρά, κυριαρχεί η υποκειμενική αίσθηση της τρωτότητας, δηλαδή η πεποίθηση που έχει ο γονέας για το πόσο πιθανό είναι το παιδί του να έρθει σε επαφή με τον ιό και να εμφανίσει κάποια βλάβη εξαιτίας του, καθώς και η υποκειμενική αίσθηση της σοβαρότητας που δεν είναι τίποτα άλλο πέρα από την αντίληψη του για το πόσο σοβαρή μπορεί να αποδειχθεί η συγκεκριμένη νόσος. Από την άλλη πλευρά, υπάρχουν τα πιστεύω σχετικά με τα οφέλη που θεωρεί κανείς ότι θα προκύψουν από τον εμβολιασμό, αν δηλαδή το εμβόλιο όντως έχει εγκυρότητα και προστατεύει από την ασθένεια, καθώς και τα εμπόδια ή οι παρενέργειες που θεωρεί το άτομο ότι θα επιφέρει ο εν λόγω εμβολιασμός. Σημαντικό ρόλο στο ΜΠΥ παίζει το κίνητρο για δράση, που στην συγκεκριμένη περίπτωση μπορεί να είναι ένας ειδικός υγείας ο οποίος θα ενημερώσει εις βάθος τον γονέα και θα ευαισθητοποιήσει σχετικά με τα οφέλη του εμβολιασμού κατά του HPV (Galvan, 2023).

Πιο αναλυτικά, μόνο η επαγρύπνηση και η ανησυχία από την πλευρά του γονέα δεν αρκούν. Η πλειονότητα των γονέων διαθέτει περιορισμένες γνώσεις σχετικά με τον HPV και την σχέση του με τον καρκίνο, γεγονός το οποίο τους παρεμποδίζει από το να πάρουν μια ενήμερη απόφαση για το αν θα προχωρήσουν ή όχι σε εμβολιασμό του παιδιού τους. Η ενημέρωση εις βάθος και η πλήρης κατανόηση από τους γονείς τόσο

για τον τρόπο δράσης του ιού όσο και του εμβολίου κρίνεται ιδιαίτερα σημαντική. Επιπλέον, στάσεις και αντιλήψεις όπως η πεποίθηση ότι η προτεινόμενη ηλικία εμβολιασμού είναι πολύ μικρή και ίσως ενθαρρύνει την πρόωγη έναρξη της σεξουαλικής ζωής και συμπεριφορών κινδύνου μπορούν να παίξουν σημαντικό ρόλο στην αρνητική απάντηση προς εμβολιασμό. Το ίδιο μπορεί να συμβεί και με ένα αυστηρό θρήσκευμα. Αυστηρά και απολυταρχικά θρησκευόμενα έχουν ταχθεί απέναντι σε εμβολιαστικά κινήματα για ποικίλλες ασθένειες ανά τα χρόνια. Ο δισταγμός των γονέων για τον εμβολιασμό ενισχύεται από το συναισθήματα του φόβου για το άγνωστο. Οι γονείς εκφράζουν ανησυχία για το εμβόλιο και παρά το γεγονός ότι η επιστημονική κοινότητα το θεωρεί αποτελεσματικό και ασφαλές εξακολουθούν να πιστεύουν πως βρίσκεται σε πειραματικό στάδιο και εσφαλμένα δίνει την εντύπωση της εγκυρότητας. Σε αυτό το σημείο, σημαντικό ρόλο παίζει η πίστη του κάθε ατόμου στο εκάστοτε σύστημα υγείας και ο ενστερνισμός ή όχι της άποψης πως πίσω από κάθε εμβόλιο η φαρμακευτικό σκεύασμα υπάρχει μόνο οικονομικό κίνητρο. Εν συνεχεία, η πλειονότητα των γονέων θεωρεί ανασταλτικό παράγοντα την πλήρη κάλυψη του οικονομικού κόστους του εμβολίου από τους ίδιους (Loke et al., 2017).

Από την άλλη πλευρά, παράγοντες όπως η αποδοχή του γονέα πως το έφηβο παιδί του σύντομα θα είναι σεξουαλικά ενεργό τείνουν να συνδέονται με θετική απάντηση στον εμβολιασμό, ενώ λίγοι είναι οι γονείς οι οποίοι νιώθουν άνετα να συζητήσουν το συγκεκριμένο ζήτημα με τον έφηβο γιο ή κόρη τους. Τέλος, η παρακίνηση από έναν ιατρό με τον οποίο το άτομο έχει μια σχέση εμπιστοσύνης, αλλά και η εμπειρία της ασθένειας εξ' αιτίας κάποιου στελέχους του HPV σε πρόσωπο του οικογενειακού ή κοινωνικού περιβάλλοντος μπορούν να παίξουν θετικό ρόλο στην κινητοποίηση για εμβολιασμό (Rivera et al., 2024).

Σε κάθε περίπτωση, η ψυχοκοινωνική θεώρηση σύμφωνα με το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία (ΜΠΥ) αναφορικά με τον εμβολιασμό κατά του Ιού των Ανθρώπινων Θηλωμάτων δύναται να παίξει σημαντικό ρόλο προκειμένου όλο και περισσότεροι γονείς να αποφασίσουν θετικά για τον εμβολιασμό των ανήλικων παιδιών τους.

4.4 Σύγχρονες στρατηγικές ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης σχετικά με τον εμβολιασμό κατά του Ιού των Ανθρώπινων Θηλωμάτων (HPV) και ο ρόλος του επαγγελματία υγείας

Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, η επίτευξη της όσο το δυνατόν μεγαλύτερης εμβολιαστικής κάλυψης του πληθυσμού κατά του Ιού των Ανθρώπινων Θηλωμάτων αποτελεί θεμελιώδη πυλώνα για την εξάλειψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Το γεγονός αυτό σε συνδυασμό με τον δισταγμό των γονέων να εμβολιάσουν τα ανήλικα παιδιά τους οδήγησε την παγκόσμια επιστημονική κοινότητα αλλά και τις κυβερνήσεις κρατών να διενεργήσουν στρατηγικές ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης σχετικά με το συγκεκριμένο ζήτημα που απευθύνονται τόσο στον ενήλικο όσο και στον ανήλικο πληθυσμό.

Η σύγχρονη προσέγγιση για την προώθηση του εμβολιασμού κατά του Ιού των Ανθρώπινων Θηλωμάτων δεν μένει στην απλή παράθεση ιατρικών δεδομένων, αντιθέτως υιοθετεί στοιχεία ολιστικών στρατηγικών έχοντας ως βασικό στόχο την ενεργητική ευαισθητοποίηση του πληθυσμού και όχι την απλή ενημέρωση. Στο πλαίσιο αυτό, οι σύγχρονες στρατηγικές εστιάζουν στην «απο-σεξουαλικοποίηση» του ζητήματος, προβάλλοντας τον εμβολιασμό πρωτίστως ως μια αποτελεσματική παρέμβαση πρόληψης του καρκίνου και λιγότερο ως μέσο προστασίας από ένα σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα. Ο βασικός στόχος αυτής της οπτικής δεν είναι τίποτα άλλο πέρα από την μείωση των αντιστάσεων των γονέων και την κοινωνική αποδοχή του εμβολίου, και σύμφωνα με τις πιο πρόσφατες έρευνες δείχνει να επιτυγχάνεται, καθώς τα ποσοστά εμβολιασμένων εφήβων ολοένα και αυξάνονται (Lu et al., 2022). Σε παγκόσμιο επίπεδο, με αφορμή την Παγκόσμια Ημέρα Ευαισθητοποίησης για τον HPV η οποία είναι η 4^η Μαρτίου υλοποιούνται καμπάνιες ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης από το Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, φορείς, συλλόγους κ.α. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτέλεσε η καμπάνια του ΠΟΥ για την

Παγκόσμια Ημέρα του έτους 2025 η οποία είχε ως κεντρικό μήνυμα «#OneLessWorry» προωθώντας τον εμβολιασμό ανεξαρτήτου φύλλου (Διεθνής Εταιρεία Ιού των Θηλωμάτων- International Papillomavirus Society, 2025).

Στην Ελλάδα, εξαιρετικά σημαντική είναι η δράση της Ελληνικής Ομοσπονδίας Καρκίνου (ΕΛΛΟΚ, 2024) με το πρόγραμμα "HPV: Closing the Gap", το οποίο στοχεύει τόσο στην εκπαίδευση των ασθενών και του κοινωνικού τους περιβάλλοντος, όσο και στην ενίσχυση του τομέα της πρόληψης. Η ΕΛΛΟΚ διεξάγει κατά διαστήματα σημαντικές καμπάνιες όπως η καμπάνια «Στάσου Κοντά Μας» η οποία αποτέλεσε ορόσημο για την σύνδεση του ιού με διάφορες μορφές καρκίνου πέραν του τραχήλου, ενισχύοντας την ολιστική προσέγγιση της πρόληψης. Παράλληλα, ο Πανελλήνιος Σύλλογος Επισκεπτών Υγείας (ΠΣΕΥ) διεκπεραιώνει εξίσου συστηματικές εκστρατείες ενημέρωσης στην κοινότητα.

Στην προσπάθεια ενημέρωσης του πληθυσμού σημαντικός παραμένει ο ρόλος του επαγγελματία υγείας. Το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό αναγνωρίζεται παγκοσμίως ως η πιο έμπιστη πηγή πληροφόρησης για τους ασθενείς και τους φροντιστές τους. Σήμερα, ο ρόλος του επαγγελματία υγείας δεν μένει απλά στην συνταγογράφηση ή τις ιατρικές οδηγίες αναφορικά με τον εμβολιασμό, αντιθέτως τον παρουσιάζει ως μια αυτονόητη και προγραμματισμένη ιατρική πράξη. Επιπλέον, ο προσωπικός ιατρός χρειάζεται να διαθέτει εξατομικευμένη διαχείριση για τον κάθε ασθενή, ενώ παράλληλα χρειάζεται να του δίνει χρόνο και χώρο να εκφράσει τυχόν προβληματισμούς στους οποίους ο ίδιος θα απαντάει τεκμηριωμένα ενισχύοντας την εμπιστοσύνη του πολίτη στο σύστημα υγείας και την επιστημονική κοινότητα. Αξίζει να σημειωθεί πως ένας ιατρός απαιτείται να διαθέτει δεξιότητες όπως αυτή της ενσυναίσθησης ή της ενεργητικής ακρόασης προκειμένου να ανταποκριθεί στις σύγχρονες απαιτήσεις. Τέλος, κομβικής σημασία αποτελεί η διεπιστημονική συνεργασία μεταξύ παιδιάτρων, γυναικολόγων, νοσηλευτών και φαρμακοποιών προκειμένου να οικοδομηθεί ένα δίκτυο υποστήριξης όπου ο πολίτης θα νιώθει ασφάλεια να λάβει υπηρεσίες υγείας (Larson et al., 2018).

4.5 Δευτερογενής Πρόληψη κατά του Ιού των Ανθρώπινων Θηλωμάτων (HPV) μέσω του προσυμπτωματικού ελέγχου

Σε αντίθεση με την πρωτογενή πρόληψη κατά του Ιού των Ανθρώπινων Θηλωμάτων μέσω του εμβολιασμού, η δευτερογενής πρόληψη αποτελείται κατά κύριο λόγο από τον προσυμπτωματικό έλεγχο (screening) του πληθυσμού. Ο κύριος στόχος του προσυμπτωματικού ελέγχου είναι η έγκαιρη ανίχνευση και αντιμετώπιση των προκαρκινικών αλλοιώσεων πριν αυτές εξελιχθούν σε διηθητικό καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Τα σύγχρονα πρωτόκολλα για τον προσυμπτωματικό έλεγχο έχουν μετατοπιστεί από την ετήσια κυτταρολογική εξέταση κατά Παπανικολάου (τεστ-ΠΑΠ) σε πιο αραιά αλλά πιο ακριβή διαστήματα, με το HPV-DNA test να αποτελεί πλέον την κύρια εξέταση (Arbyn et al., 2022). Πιο, συγκεκριμένα και σύμφωνα με τις οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και του American Cancer Society, οι γυναίκες θα πρέπει να υποβάλλονται σε πρωτογενή έλεγχο HPV κάθε 3 ή 5 έτη ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα που ανήκουν. Εάν η πρόσβαση σε HPV-DNA test δεν είναι εφικτή, εναλλακτικές επιλογές αποτελούν το συνδυαστικό τεστ (co-testing) με Pap test και HPV test ανά 5 έτη, ή το Pap test μόνο του ανά 3 έτη για την ηλικιακή ομάδα 21-29 ετών. Η στρατηγική αυτή βασίζεται στην υψηλότερη κλινική ευαισθησία της μοριακής ανίχνευσης του ιού, η οποία επιτρέπει τον εντοπισμό γυναικών υψηλού κινδύνου με μεγαλύτερη ακρίβεια και την ασφαλή επιμήκυνση των μεσοδιαστημάτων μεταξύ των ελέγχων για τις γυναίκες οι οποίες δεν βρίσκονται σε κίνδυνο (Castle, 2024).

Στην ελληνική πραγματικότητα, η δευτερογενής πρόληψη ενισχύθηκε σημαντικά με την υλοποίηση του Εθνικού Προγράμματος Προσυμπτωματικού Ελέγχου «Φώφη Γεννηματά», το οποίο ανήκει στο πρόγραμμα πρόληψης «ΠΡΟΛΑΜΒΑΝΩ» και ορίζει τον έλεγχο για τις γυναίκες 21 έως 29 ανά 3 έτη, ενώ στις γυναίκες 30 έως 65 ανά 5 έτη. Το συγκεκριμένο πρόγραμμα παρέχει δωρεάν πρόσβαση σε εξετάσεις HPV-DNA

test και κυτταρολογικό έλεγχο στις γυναίκες της δεύτερης ηλικιακής κατηγορίας, στοχεύοντας στην άρση των οικονομικών και γεωγραφικών εμποδίων που περιόριζαν τη συμμετοχή των γυναικών στο παρελθόν. Σύμφωνα με την βιβλιογραφία, οργανωμένα προγράμματα πρόληψης σαν και αυτό διασφαλίζουν πως θα ελεγχθεί μεγαλύτερη μερίδα πληθυσμού και θα παρακολουθηθεί ανάλογα με τα ευρήματα σε σχέση με τον ευκαιριακό έλεγχο που βασίζεται στην ατομική πρωτοβουλία (Collen et al., 2025).

Μια από τις πλέον σύγχρονες και υποσχόμενες στρατηγικές για την αύξηση της συμμετοχής στον προσυμπτωματικό έλεγχο είναι η αυτο-δειγματοληψία (self-sampling) η οποία έχει εφαρμοστεί για την πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση πολλών νόσων όπως για τον καρκίνο του παχέος εντέρου και κρίνεται ισάξια με τον παραδοσιακό τρόπο της δειγματοληψίας από ιατρικό προσωπικό. Η μέθοδος αυτή επιτρέπει στις γυναίκες να συλλέγουν μόνες τους το δείγμα στον προσωπικό τους χώρο, εξαλείφοντας φερόμενες δικαιολογίες όπως ο φόβος της κλινικής εξέτασης, η έλλειψη χρόνου, οι θρησκευτικές πεποιθήσεις και τα κοινωνικά στερεότυπα, ενώ υπόσχεται πως θα μειώσει το ποσοστό των γυναικών οι οποίες δεν ελέγχονται τακτικά (Cho et al., 2021). Η επιτυχής εφαρμογή της δευτερογενούς πρόληψης, σε συνδυασμό με τον εμβολιασμό, αποτελεί τη μοναδική οδό για την επίτευξη του παγκόσμιου στόχου 90-70-90 για την εξάλειψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας ο οποίος αναλύθηκε σε πρότερο κεφάλαιο.

4.6 Τριτογενής Πρόληψη κατά του Ιού των Ανθρώπινων Θηλωμάτων (HPV) μέσω της εξατομικευμένης φροντίδας

Ενώ η πρωτογενής πρόληψη έχει ως βασικό σκοπό την αποτροπή της εμφάνισης της λοίμωξης μέσω του εμβολιασμού και η δευτερογενής την έγκαιρη διάγνωση των προκαρκινικών αλλοιώσεων μέσω του προσυμπτωματικού ελέγχου, η τριτογενής πρόληψη αφορά τις περιπτώσεις όπου η νόσος έχει εξελιχθεί σε διηθητικό καρκίνο.

Βασικός σκοπός της τριτογενούς πρόληψης είναι ο περιορισμός και η εξάλειψη των επιπτώσεων της νόσου σε σωματικό, ψυχικό και κοινωνικό επίπεδο. Προκειμένου να επιτευχθεί η τριτογενής πρόληψη απαιτείται ένα ευρύ φάσμα παραγόντων. Αρχικά, απαιτείται η βέλτιστη ιατρική διαχείριση με την επιλογή σύγχρονων αποτελεσματικών θεραπειών προκειμένου οι πιθανότητες για εμφάνιση επιπλοκών, υποτροπών καθώς και αναπηριών να ελαχιστοποιηθούν, καθώς και η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση της ασθενούς διασφαλίζοντας την βέλτιστη δυνατή ποιότητας ζωής (NCCN- Clinical Practice Guidelines in Oncology, 2025).

Πιο αναλυτικά, η θεραπευτική προσέγγιση του διηθητικού καρκίνου του τραχήλου της μήτρας καθορίζεται αυστηρά από το εξελικτικό στάδιο κατά το οποίο θα διαγνωστεί η νόσος σύμφωνα με το σύστημα ταξινόμησης της Διεθνούς Ομοσπονδίας Γυναικολογίας και Μαιευτικής (FIGO). Για τα κλινικά στάδια όπου η νόσος βρίσκεται σε πρώιμη φάση (IA έως IB1), η χειρουργική οδός παραμένει η θεραπεία εκλογής με την ριζική υστερεκτομή, συνοδευόμενη από πυελική λεμφαδεκτομή, να προσφέρει εξαιρετικά ποσοστά ίασης (Gultekin et al., 2023). Παρ' όλα αυτά, η σύγχρονη ογκολογία διαφοροποιεί τις περιπτώσεις νεαρών ασθενών με όγκους μικρότερους των δυο εκατοστών υποστηρίζοντας τη διενέργεια ριζικής τραχηλεκτομής και μόνο. Η παραπάνω θεραπευτική πρόταση για την συγκεκριμένη ομάδα ασθενών υιοθετώντας την φιλοσοφία της εξατομικευμένης ιατρικής επιτρέπει την διατήρηση της γονιμότητας και παραμένει μακριά από ακρωτηριάστηκες μεθόδους. Στον αντίποδα, όταν η νόσος του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας βρίσκεται σε προχωρημένα στάδια (στάδια IB3 έως IVA), η παραδοσιακή θεραπευτική προσέγγιση περιλαμβάνει τόσο την χειρουργική επέμβαση όσο και την ταυτόχρονη χημείο-ακτινοθεραπεία (chemoradiotherapy). Αναφορικά με τις περιπτώσεις ασθενών με μεταστατική νόσο, οι θεραπευτικές επιλογές έχουν εξελιχθεί σημαντικά με την ανοσοθεραπεία να παίζει πρωταγωνιστικό ρόλο και να προσφέρει υψηλά προσδόκιμα ζωής για την ασθενή (Colombo et al., 2021).

Η τριτογενής πρόληψη δεν σταματά με την ολοκλήρωση μιας χειρουργικής επέμβασης ή με ένα σχήμα χημειοθεραπειών. Αντιθέτως, δίνει σπουδαία σημασία στην εξατομικευμένη μεταθεραπευτική παρακολούθηση προκειμένου να εξαλειφθούν οι πιθανότητες για υποτροπή της νόσου. Τα διεθνή πρωτόκολλα όπως αυτά του Center for Disease Control and Prevention (CDC) επιτάσσουν τη διενέργεια τακτικών κλινικών και κυτταρολογικών εξετάσεων αρχικά ανά τρεις ή έξι μήνες και έπειτα ετησίως. (CDC, 2021). Στο πλαίσιο αυτό, το HPV-DNA test παίζει σημαντικό ρόλο καθώς έχει αναδειχθεί ως δείκτης θεραπευτική επιτυχίας. Επιπροσθέτως, ένα από τα πιο πρόσφατα δεδομένα στην τομέα της τριτογενούς πρόληψης για την νόσο του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας αποτελεί η διενέργεια του εμβολίου κατά του HPV ως συμπληρωματική παρέμβαση στους ασθενείς οι οποίοι ήδη έχουν νοσήσει. Ιστορικά, το εμβόλιο δημιουργήθηκε στα πλαίσια της πρωτογενούς πρόληψης και απευθυνόταν στον γενικό πληθυσμό, ωστόσο πολυάριθμες κλινικές μελέτες δείχνουν ότι η χορήγηση του εν λόγω σκευάσματος σε ασθενείς μετά από κωνοειδή εκτομή τραχήλου μειώνει σημαντικά τις πιθανότητες για την εμφάνιση νέων αλλοιώσεων (Wang et al., 2021).

Τέλος, η τριτογενής πρόληψη εστιάζει στην εκπαίδευση των ασθενών και των οικείων τους στην βέλτιστη διαχείριση της χρόνιας νόσου και των συνεπειών της καθώς και στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση. Η φιλοσοφία της ολιστικής φροντίδας, απαιτεί την ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών που βρίσκονται στην φάση της ανάρρωσης οι οποίοι συχνά αντιμετωπίζουν μετατραυματικό στρες, το άγχος πιθανής υποτροπής, και συμπτώματα κατάθλιψης. Η ύπαρξη οργανωμένων δομών υποστήριξης των ασθενών και των οικογενειών τους δύναται να συντελέσει στην διατήρηση της αξιοπρέπεια και την επίτευξη της βέλτιστης δυνατής ποιότητας ζωής για την ασθενή (Hanprasertpong et al., 2017).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο: ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.1 Κύριοι και επιμέρους ερευνητικοί σκοποί

Στην παρούσα διπλωματική εργασία αξιολογούνται οι γνώσεις των γυναικών οι οποίες λαμβάνουν υπηρεσίες από Μονάδες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) της 6^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας και πιο συγκεκριμένα από τα 5 Κέντρα Υγείας του Νομού Ηλείας, αναφορικά με γυναικολογικά νοσήματα και προληπτικό έλεγχο. Πιο αναλυτικά, βασικός σκοπός είναι η διερεύνηση των γνώσεων των γυναικών σχετικά με τον Ιο των Ανθρώπινων Θηλωμάτων (HPV), καθώς και για το εμβόλιο κατά του εν λόγω ιού. Επιμέρους στόχοι αποτελούν η αποτύπωση των στάσεων και των προθέσεων του υπό έρευνα πληθυσμού αναφορικά με τον εν λόγω εμβολιασμό, η διερεύνηση των λόγων φερόμενων ως φραγμών, προς αυτόν, καθώς και διερεύνηση των γνώσεων που σχετίζονται γενικότερα με την πρόληψη όπως γνώσεις σχετικά με τους τρόπους αντισύλληψης, με την εξέταση του Τεστ- ΠΑΠ καθώς και της μαστογραφίας.

5.2 Πληθυσμός υπό μελέτη

Για την πραγματοποίηση της έρευνας διαμοιράστηκαν 200 ανώνυμα ερωτηματολόγια σε γυναίκες οι οποίες είχαν επισκεφτεί και λάβει υπηρεσίες υγείας από μονάδες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της 6^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας. Από αυτά επιστράφηκαν συμπληρωμένα τα 196, γεγονός το οποίο αποτυπώνεται σε ποσοστό ανταπόκρισης 98%. Οι μονάδες υγείας οι οποίες επιλέχθηκαν ήταν τα Κέντρα Υγείας του Νομού Ηλείας: Κ.Υ. Αρχαίας Ολυμπίας, Κ.Υ. Ανδρίτσαινας, Κ.Υ. Κρεστένων, Κ.Υ. Γαστούνης, Κ.Υ. Ζαχάρως. Αξίζει να σημειωθεί πως πραγματοποιήθηκε προσπάθεια η διανομή των ερωτηματολογίων να είναι ισόποση ανάμεσα στα πέντε Κέντρα Υγείας. Τέλος, οι συμμετέχουσες ενημερώθηκαν τόσο προφορικά όσο και

γραφτά κατά την έναρξη συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου αναφορικά με τον σκοπό της έρευνας και την διατήρηση της ανωνυμίας τους.

5.3. Ερευνητικά ερωτήματα και υποθέσεις

Τα κύρια ερευνητικά ερωτήματα και οι ερευνητικές υποθέσεις της παρούσας εργασίας συνοψίζονται στα κάτωθι:

- ❖ Αν και κατά πόσο οι συμμετέχουσες διαθέτουν επαρκείς γνώσεις αναφορικά με τον Ιό των Ανθρώπινων Θηλωμάτων;
- ❖ Αν και κατά πόσο παρατηρείται συσχέτιση μεταξύ των γνώσεων των συμμετεχουσών αναφορικά με τον Ιό των Ανθρώπινων Θηλωμάτων (HPV) και των δημογραφικών και κοινωνικό-οικονομικών παραγόντων;
- ❖ Αν και κατά πόσο οι συμμετέχουσες μέσω της ανάλυσης των στάσεων, των πεποιθήσεων και των προθέσεων τους αντιμετωπίζουν με διστακτικότητα ή απορρίπτουν τον εμβολιασμό κατά του Ιού των Ανθρώπινων Θηλωμάτων και για ποιους λόγους συνήθως συμβαίνει αυτό;
- ❖ Αν και κατά πόσο παρατηρείται συσχέτιση μεταξύ του βαθμού διστακτικότητας ή της απόρριψης των συμμετεχουσών αναφορικά με τον εμβολιασμό κατά του Ιού των Ανθρώπινων Θηλωμάτων και των δημογραφικών και κοινωνικό -οικονομικών χαρακτηριστικών τους;
- ❖ Αν και κατά πόσο οι συμμετέχουσες διαθέτουν επαρκείς γνώσεις για τους τρόπους αντισύλληψης;
- ❖ Αν και κατά πόσο οι συμμετέχουσες διαθέτουν επαρκείς γνώσεις για την εξέταση του Τεστ- ΠΑΠ και της μαστογραφίας;

- ❖ Αν και κατά πόσο παρατηρείται συσχέτιση μεταξύ των γνώσεων των συμμετεχουσών για τον προληπτικό έλεγχο μέσω Τεστ-ΠΑΠ και μαστογραφίας και των δημογραφικών και κοινωνικό - οικονομικών χαρακτηριστικών τους;

5.4 Παρουσίαση του ερευνητικού εργαλείου

Το ερευνητικό εργαλείο το οποίο χρησιμοποιήθηκε κατά την παρούσα έρευνα είναι ένα ερωτηματολόγιο το οποίο αποτελείται από 45 ερωτήσεις. Πιο αναλυτικά, το εν λόγω ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε από την σύμπτυξη δυο ήδη σταθμισμένων ερωτηματολογίων από προϋπάρχουσες ερευνητικές εργασίες και έχει απλή μορφή, προκειμένου όλες οι συμμετέχουσες να είναι σε θέση να το αντιληφθούν και να το ολοκληρώσουν. Αναφορικά με τον τρόπο διανομής και συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε ένα μεικτό μοντέλο που περιλάμβανε τόσο την δια ζώσης συμπλήρωση όσο και την συμπλήρωση μέσω ηλεκτρονικών εφαρμογών και πιο συγκεκριμένα μέσω της google form).

Το Α' μέρος του ερευνητικού εργαλείου περιλάμβανε μια σειρά από 8 ερωτήσεις σχετικά με τα δημογραφικά και κοινωνικό-οικονομικά στοιχεία των ερωτώμενων που αφορούσαν: την ηλικία, το φύλο, την εθνικότητα, την οικογενειακή κατάσταση, των αριθμό των παιδιών, το επαγγελματικό τίτλο, το μηνιαίο εισόδημα και τον τόπο διαμονής.

Εν συνεχεία, το Β' μέρος απαρτιζόταν από 26 ερωτήσεις οι οποίες διερευνούσαν τις γνώσεις των γυναικών σχετικά με τον Ιό των Ανθρώπινων Θηλωμάτων και το εμβόλιο κατά του συγκεκριμένου ιού, ενώ περιέχονται και ερωτήσεις που διερευνούν τις στάσεις και τις προθέσεις του περί του εμβολιασμού.

Τέλος, 11 ερωτήσεις συσχετιζόμενες με τις γνώσεις των γυναικών αναφορικά με τους τρόπους αντισύλληψης, τον προληπτικό γυναικολογικό έλεγχο μέσω της εξέτασης του

Τεστ -ΠΑΠ και τον προληπτικό έλεγχο μαστών στοιχειοθετούσαν το Γ μέρος του ερευνητικού εργαλείου.

Όπως αναφέρθηκε πιο πάνω, το εν λόγω ερευνητικό εργαλείο βασίστηκε σε υπάρχοντα ερωτηματολόγια τα οποία είχαν δημιουργηθεί και σταθμιστεί σε παλαιότερες ερευνητικές εργασίες και έγινε λήψη γραπτής άδειας από τους δημιουργούς τους προκειμένου να χρησιμοποιηθούν, αφού τροποποιηθούν σε πιο σύγχρονα δεδομένα. Πιο συγκεκριμένα, πρόκειται για το ερωτηματολόγιο το οποίο δημιουργήθηκε στα πλαίσια της ερευνητικής εργασίας των Σαρίδη Μ., Τόσκα Κ., Αλωνιστιώτη Α., Καπογιώργου Ε., Ζούκα Λ., Καμπά Ν., και Ρεκλείτη Μ. με τίτλο «Ανάπτυξη, Αξιοπιστία και Εγκυρότητα εργαλείου Μέτρησης των Γνώσεων των Γυναικών αναφορικά με τα Γυναικολογικά Νοσήματα και τον Προληπτικό Έλεγχο» και εκδόθηκε στα πλαίσια του τριμηνιαίου περιοδικού Εθνικού Συνδέσμου Νοσηλευτών Ελλάδος το 2014 (Καπογιώργου & συν., 2014). Επιπλέον, χρησιμοποιήθηκε και το ερωτηματολόγιο των κ.Βαρελά και κ.Σαρίδη το οποίο είχε δημιουργηθεί στα πλαίσια της ερευνητικής τους εργασίας με τίτλο «Παράγοντες που σχετίζονται με τις στάσεις και γνώσεις των γονέων για τον εμβολιασμό των εφήβων κατά του Ιού των Ανθρώπινων Θηλωμάτων» και εκδόθηκε στο Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης το 2014 (Βαρελά & Σαρίδη, 2014).

5.5 Ζητήματα δεοντολογίας

Η παρούσα έρευνα διεξήχθη σύμφωνα με τις αρχές της ακαδημαϊκής δεοντολογίας και της ηθικής της έρευνας, όπως αυτές ορίζονται από τον Κώδικα Δεοντολογίας του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου.

Αναφορικά με την έγκριση συλλογής των ερευνητικών δεδομένων, κατατέθηκε αντίστοιχη αίτηση από την ερευνήτρια προς την 6^η Υγειονομική Περιφέρεια Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδος στην οποία ανήκουν τα

Κέντρα Υγείας του Νομού Ηλείας επισυνάπτοντας το ερωτηματολόγιο και το ερευνητικό πρωτόκολλο της διπλωματικής εργασίας. Η εν λόγω, υπ' αριθμό πρωτοκόλλου 84117/17-11-2025, αίτηση αφού γνωμοδοτήθηκε θετικά από το Επιστημονικό Συμβούλιο της 6^{ης} ΥΠΕ έλαβε έγκριση για την συλλογή των δεδομένων στα Κέντρα Υγείας του νομού με βασική υποχρέωση την τήρηση των αρχών προστασίας προσωπικών δεδομένων και των θεμελιωδών κανόνων ηθικής, επιστημονικής και ερευνητικής δεοντολογίας καθώς και την κοινοποίηση των αποτελεσμάτων στην 6^η ΥΠΕ. Επιπλέον, ζητήθηκαν άδειες από τους δημιουργούς των ερωτηματολογίων που χρησιμοποιήθηκαν όπως αναλύθηκε εκτενώς κατά την παρουσίαση του ερευνητικού εργαλείου.

Η ενήμερη συγκατάθεση των συμμετεχόντων αποτέλεσε βασικό πυλώνα για την ερευνητική διαδικασία, καθώς πραγματοποιήθηκε τόσο προφορική όσο και γραπτή ενημέρωση για τον σκοπό και την φύση της έρευνας, ενώ διευκρινίστηκε πως η συμμετοχή είναι εθελοντική και πως διατηρείται το δικαίωμα αποχώρησης σε οποιοδήποτε σημείο χωρίς κάποια επιβάρυνση. Επιπλέον, επιτεύχθηκε η ανωνυμία των συμμετεχόντων και η προστασία των προσωπικών τους δεδομένων καθώς τα ερωτηματολόγια που συλλέχθηκαν δια ζώσης διαμοιράστηκαν και επιστράφηκαν σε κλειστούς φακέλους, ενώ τα ηλεκτρονικά ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν μέσω της ηλεκτρονικής εφαρμογής google forms. Τα ερωτηματολόγια φυλάσσονται από την ερευνήτρια σε ασφαλές περιβάλλον, ενώ πρόσβαση σε αυτά έχει μόνο η προαναφερθείσα.

Τέλος, η συγγραφή και η ανάλυση διέπεται από ακαδημαϊκή ακεραιότητα και αντικειμενικότητα, ενώ τα δεδομένα παρουσιάζονται αυτούσια χωρίς καμία παραποίηση ή επιλεκτική χρήση. Αναφορικά με το γενικό μέρος, πραγματοποιήθηκε η αποκλειστική χρήση επιστημονικών βιβλιογραφικών αναφορών εντός του κειμένου, ενώ στο τέλος της

εργασίας παρατίθεται αναλυτικά η ελληνική αλλά και η ξενόγλωσση βιβλιογραφία σύμφωνα με APAstyle.

5.6 Στατιστική Ανάλυση

Προκειμένου να επιτευχθεί η στατιστική ανάλυση, οι κατανομές των ποσοτικών μεταβλητών ελέγχθηκαν ως προς την κανονικότητα της κατανομής τους με την χρήση του κριτηρίου Kolmogorov-Smirnov. Για εκείνες που κατανέμονταν κανονικά χρησιμοποιήθηκαν οι μέσες τιμές (mean) και οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD) για την περιγραφή τους, ενώ για εκείνες που δεν κατανέμονταν κανονικά χρησιμοποιήθηκαν επιπλέον και οι διάμεσοι (median) και τα ενδοτεταρτημοριακά εύρη (interquartile range). Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Επιπλέον, για τον έλεγχο της σχέσης δυο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman, ενώ για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών, που δεν ακολουθούσαν κανονική κατανομή, μεταξύ περισσότερων από δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το μη παραμετρικό κριτήριο Kruskal-Wallis. Για τον έλεγχο του σφάλματος τύπου I, λόγω των πολλαπλών συγκρίσεων χρησιμοποιήθηκε η διόρθωση κατά Bonferroni. Για τη σύγκριση αναλογιών χρησιμοποιήθηκε το Pearson's χ^2 test. Επιπροσθέτως, η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression analysis) χρησιμοποιήθηκε για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με τις γνώσεις (για HPV και προληπτικό έλεγχο), από την οποία προέκυψαν συντελεστές εξάρτησης (β) και τα τυπικά σφάλματά τους (standard errors=SE). Όταν η κατανομή της εξαρτημένης δεν ήταν κανονική, χρησιμοποιήθηκε στην ανάλυση ο λογαριθμικός μετασχηματισμός αυτής. Τέλος, τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05.

Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 27.0.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

6.1 Ανάλυση δημογραφικών και κοινωνικό-οικονομικών χαρακτηριστικών του δείγματος

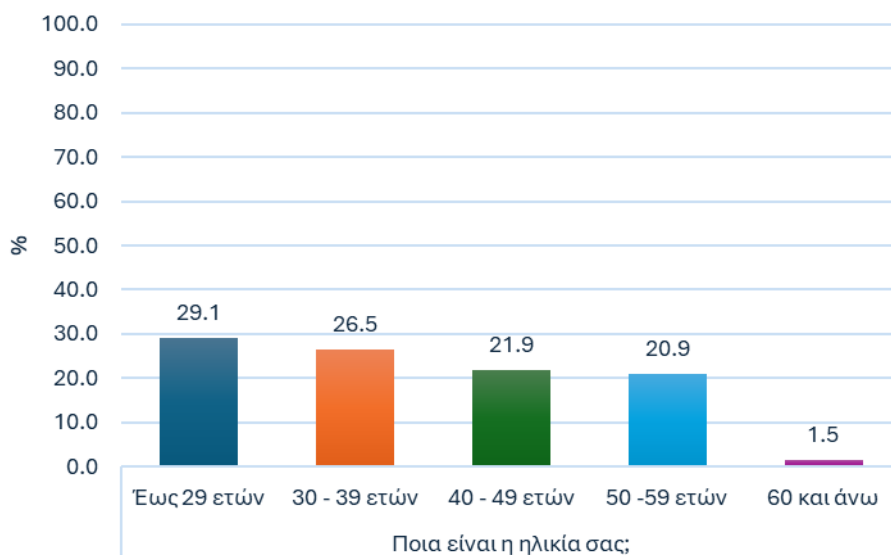
Το δείγμα της μελέτης αποτελούνταν από 196 συμμετέχουσες γυναίκες κατά πλειοψηφία ελληνικής εθνικότητας (96,9%). Αναφορικά με την ηλικία των συμμετεχουσών, το 29,1% ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα έως 29 ετών και το 26,5% στην ηλικιακή ομάδα 30 έως 39 ετών. Το 64,3% ήταν έγγαμες και το 50,5% είχε 1 ή 2 παιδιά. Πιο συγκεκριμένα, το 25,5% είχε ένα και το 25% δυο, ενώ το 35,7% δεν είχε κανένα παιδί. Οι συμμετέχουσες εργάζονταν σε ποσοστό 41,3% ως ιδιωτικοί υπάλληλοι και οι περισσότερες (64,8%) είχαν εισόδημα που δεν ξεπερνούσε τα 1000 ευρώ (32,7% είχαν 700 έως 1.000 και το 32,1% έως 700). Επίσης, λίγο λιγότερες από τις μισές (49,5%) δήλωσαν πως κατοικούσαν σε χωριό μικρότερο από 2.000 κατοίκους.

Πίνακας 1: Ανάλυση Δημογραφικών Στοιχείων Δείγματος N

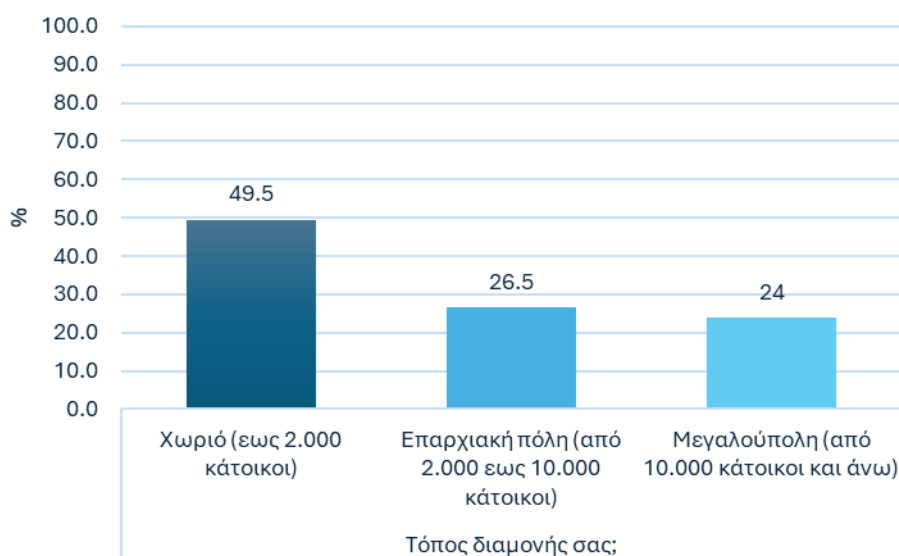
		N	%
Ποια είναι η ηλικία σας;	Έως 29 ετών	57	29,1
	30 - 39 ετών	52	26,5
	40 - 49 ετών	43	21,9
	50 -59 ετών	41	20,9
	60 και άνω	3	1,5
Ποια είναι η εθνικότητά σας;	Ελληνική	190	96,9
	Άλλο	6	3,1
Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;	Άγαμος-η	50	25,5
	Έγγαμος-η	126	64,3
	Χήρος-α	5	2,6
	Διαζευγμένος-η	15	7,7
Αριθμός παιδιών;	Κανένα παιδί	70	35,7

	1 παιδί	50	25,5
	2 παιδιά	49	25,0
	3 παιδιά και άνω	27	13,8
Ποια είναι η εργασία σας;	Οικιακά	34	17,3
	Άνεργη	13	6,6
	Δημόσιος Υπάλληλος	65	33,2
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	81	41,3
	Άλλο	3	1,5
Καθαρό μηνιαίο εισόδημα από την εργασία σας;	Έως 700 ευρώ	63	32,1
	Από 700 ευρώ έως 1.000 ευρώ	64	32,7
	Από 1.001 ευρώ έως 1.300 ευρώ	39	19,9
	Από 1.301 ευρώ έως 1.500 ευρώ	8	4,1
	Από 1.501 ευρώ έως 2.000 ευρώ	7	3,6
	Από 2.000 ευρώ και άνω	15	7,7
Τόπος διαμονής σας;	Χωριό (εως 2.000 κάτοικοι)	97	49,5
	Επαρχιακή πόλη (από 2.000 έως 10.000 κάτοικοι)	52	26,5
	Μεγαλούπολη (από 10.000 κάτοικοι και άνω)	47	24,0

Γράφημα 1: Ηλικιακή κατανομή του πληθυσμού σε μορφή ραβδογράμματος



Γράφημα 2: Κατανομή του πληθυσμού ανάλογα με τον τόπο κατοικίας σε μορφή ραβδογράμματος



6.2 Ανάλυση Αποτελεσμάτων Ερωτηματολογίου για την μέτρηση των γνώσεων για την νόσο των ανθρώπινων θηλωμάτων ή κονδυλωμάτων ή HPV

Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχουσών σχετικά με τις γνώσεις τους για την νόσο των ανθρώπινων θηλωμάτων ή κονδυλωμάτων ή HPV. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος είχε ακούσει για την συγκεκριμένη με το ποσοστό να αγγίζει το 98,5% και τις μισές από αυτές να έχουν λάβει ενημέρωση από επαγγελματία υγείας. Αναφορικά με την αιτία της νόσου, το 80% δήλωσε πως οφείλεται σε ιό, ενώ το 94,9% γνώριζε πως μεταδίδεται με την σεξουαλική επαφή. Συνολικά το 90,3% απάντησε σωστά σχετικά με το τι μπορεί να προκαλέσει ο Ιός των Ανθρώπινων Θηλωμάτων με το 34,2% να επιλέγει τα κονδυλώματα και το 56,1% τον καρκίνο του τραχήλου. Το 99,5% των συμμετεχουσών γυναικών απάντησε θετικά σχετικά με τους συχνότερα εμφανιζόμενους τύπους καρκίνου στην γυναίκα φέρνοντας σχεδόν στην ίδια θέση τον καρκίνο του μαστού και του τραχήλου της μήτρας. Αναφορικά με την ύπαρξη ατόμου στην οικογένεια που να έχει προσβληθεί με καρκίνο του τραχήλου στην μήτρα το ποσοστό ήταν χαμηλό και ίσο με 12,8. Το 50% όσων είχαν προσβληθεί είχαν κονδυλώματα και η μέση ηλικία εμφάνισης ήταν τα 50,4 έτη (SD=10,9). Τέλος, αναφορικά με τις γνώσεις που σχετίζονται με την πρόληψη της νόσου το 99% γνώριζε πως υπάρχει εμβόλιο κατά του HPV, ενώ παρόμοιο ποσοστό γνώριζε πως το συγκεκριμένο εμβόλιο κυκλοφορεί και στην Ελλάδα. Παρ' όλα αυτά, το 68,2% γνώριζε πως το συγκεκριμένο εμβόλιο παρουσιάζει μηδενικές παρενέργειες, και το 57,9% πως η κατάλληλη ηλικία εμβολιασμού είναι τα 10 με 15 έτη.

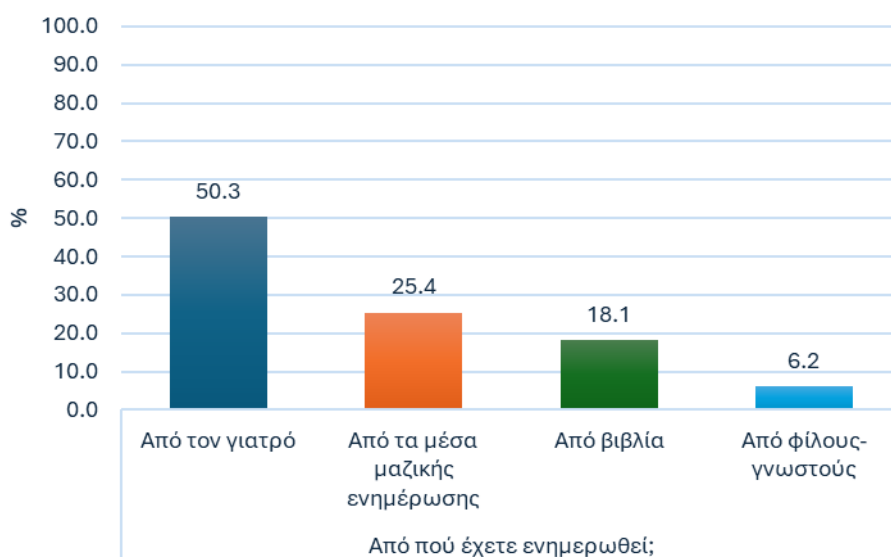
Πίνακας 2: Αξιολόγηση Γνώσεων των Συμμετεχουσών για τον HPV

		N		%
Έχετε ποτέ ακούσει για τη νόσο των ανθρώπινων θηλωμάτων ή κονδυλωμάτων ή HPV;*	Όχι	3		1,5
	Ναι	193		98,5
Αν ναι από πού έχετε ενημερωθεί;	Από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης	49		25,4
	Από τον γιατρό	97		50,3
	Από φίλους-γνωστούς	12		6,2
	Από βιβλία	35		18,1
Γνωρίζετε πού οφείλεται;*	Σε μύκητα	5		2,6
	Σε φάρμακα	0		0,0
	Σε ιό	156		80,0
	Στο κάπνισμα	0		0,0
	Στην διατροφή	0		0,0
	Σε κληρονομικό ιστορικό	9		4,6
	Δεν γνωρίζω	25		12,8
Πώς μεταδίδεται;*	Με απλή επαφή	0		0,0
	Με σεξουαλική επαφή	186		94,9
	Με την διατροφή	0		0,0
	Με τον αέρα	0		0,0
	Κληρονομικά	2		1,0
	Δεν γνωρίζω	8		4,1
Τι μπορεί να προκαλέσει ο HPV;*	Γαστρεντερίτιδα	1		0,5
	Κονδυλώματα του τραχήλου της μήτρας	67		34,2
	Ουρολοίμωξη	1		0,5

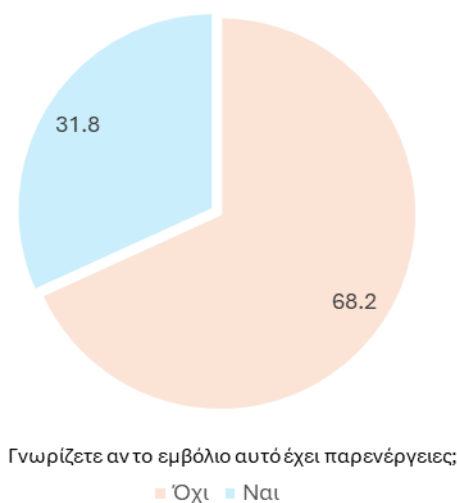
	Καρκίνο του τραχήλου της μήτρας	110		56,1
	Δεν γνωρίζω	17		8,7
Οι πιο συχνοί τύποι καρκίνου στη γυναίκα είναι;	Του μαστού	99		50,5
	Του τραχήλου της μήτρας	96		49,0
	Του πνεύμονα	1		0,5
	Του εντέρου	0		0,0
	Η λευχαιμία	0		0,0
Υπάρχει κάποιο άτομο στην οικογένειά σας που να έχει προσβληθεί από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας;	Όχι	171		87,2
	Ναι	25		12,8
Γνωρίζετε ότι υπάρχει εμβόλιο για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας;*	Όχι	2		1,0
	Ναι	194		99,0
Γνωρίζετε αν το εμβόλιο αυτό έχει κυκλοφορήσει στην Ελλάδα;*	Όχι	4		2,0
	Ναι	192		98,0
Γνωρίζετε αν το εμβόλιο αυτό έχει παρενέργειες;*	Όχι	133		68,2
	Ναι	62		31,8
Γνωρίζετε σε ποια ηλικία μπορεί να γίνει το εμβόλιο;*	Πριν τα 10 έτη	19		9,7
	Μεταξύ 10-15 ετών	113		57,9
	Μετά τα 15 έτη	43		22,1
	Δεν γνωρίζω	20		10,3

Σημειωμένες είναι οι απαντήσεις που θεωρούνται σωστές

Γράφημα 3: Ανάλυση των πηγών ενημέρωσης για τον HPV με φθίνουσα σειρά επιλογής σε μορφή ραβδογράμματος



Γράφημα 4: Ανάλυση γνώσεων για την ύπαρξη ή μη παρενεργειών από το εμβόλιο κατά του HPV σε μορφή κυκλικού διαγράμματος



Προκειμένου να αποτυπωθεί μια συνολική εικόνα αναφορικά με τις συνολικές γνώσεις των συμμετεχουσών αναφορικά με τον ιό HPV, υπολογίστηκε ένα συνολικό σκορ γνώσεων επί τοις εκατό για αυτόν με βάση τις ερωτήσεις που είναι σημειωμένες με * στον προηγούμενο πίνακα. Αρχικά δόθηκε στις σωστές απαντήσεις η τιμή 1 και στις υπόλοιπες 0, ενώ η συνολική βαθμολογία μετατράπηκε σε ποσοστό (%). Το συγκεκριμένο δείγμα κυμαινόταν από 44,4 έως 100 μονάδες με μέση τιμή 87,4 (SD=11,2), υποδεικνύοντάς ένα πολύ καλό επίπεδο γνώσεων σχετικά με τον HPV. Ο συντελεστής αξιοπιστίας, Cronbach α ήταν 0,72, υψηλότερος από 0,7, υποδηλώνοντάς αποδεκτή αξιοπιστία.

Πίνακας 3: Σκορ Γνώσεων των Συμμετεχουσών για τον HPV

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)
Σκορ γνώσεων για τον HPV	44,4	100,0	87,4 (11,2)	88,9 (77,8 – 100)

6.3 Ανάλυση πεποιθήσεων και στάσεων απέναντι στον εμβολιασμό κατά του Ιού των Ανθρώπινων Θηλωμάτων (HPV)

Ακολούθως, αναλύθηκαν οι πεποιθήσεις και οι στάσεις των συμμετεχουσών γυναικών απέναντι στον εμβολιασμό κατά του Ιού των Ανθρώπινων Θηλωμάτων. Η πλειοψηφία του δείγματος (89,4%) δήλωσαν πως θα επηρεάζονταν σε μικρό έως μεσαίο βαθμό από τις πιθανές παρενέργειες του εμβολίου σε ποσοστό της τάξεως του 45,9% και 33,5% αντίστοιχα. Αντιθέτως, μόνο το 20% δήλωσε πως θα επηρεαζόταν σε μεγάλο βαθμό. Επιπροσθέτως, η πλειοψηφία (86,2%) δήλωσε πως στον κοινωνικό τους περιβάλλον γνώριζαν τουλάχιστον ένα άτομο το οποίο είχε εμβολιαστεί κατά του HPV. Ανάμεσα

σε όσες είχαν παιδιά, το 48,8% τα είχε εμβολιάσει το παιδί του με το εμβόλιο κατά του HPV. Επιπλέον, το 36,6% ήταν υπέρ της άποψης ότι ο εμβολιασμός και η ενημέρωση των εφήβων θα οδηγήσει πιθανά σε αύξηση της σεξουαλικής τους δραστηριότητας, με το 99% να πιστεύουν πως το παιδί θα πρέπει να ενημερωθεί για τον εμβολιασμό και για τον λόγο για τον οποίο γίνεται, κυρίως από κάποιον επαγγελματία υγείας. Αξίζει να σημειωθεί πως μόνο το 2, 6% ήταν εντελώς αντίθετες με την εισαγωγή του εν λόγω εμβολίου στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμού της χώρα. Αντιθέτως, η πλειοψηφία σε ποσοστό που άγγιζε το 74,4% συμφωνούσαν πως προστατεύει όχι μόνο από λοιμώξεις του τραχήλου μήτρας αλλά και από προ-καρκινικές αλλοιώσεις και καρκίνο. Τέλος, σημειώθηκαν πολύ χαμηλά ποσοστά συμφωνίας (μόλις της τάξεως του 3,6%) με την άποψη ότι πιθανές θρησκευτικές πεποιθήσεις λειτουργούν ως φραγμός για τον εν θέματι εμβολιασμό.

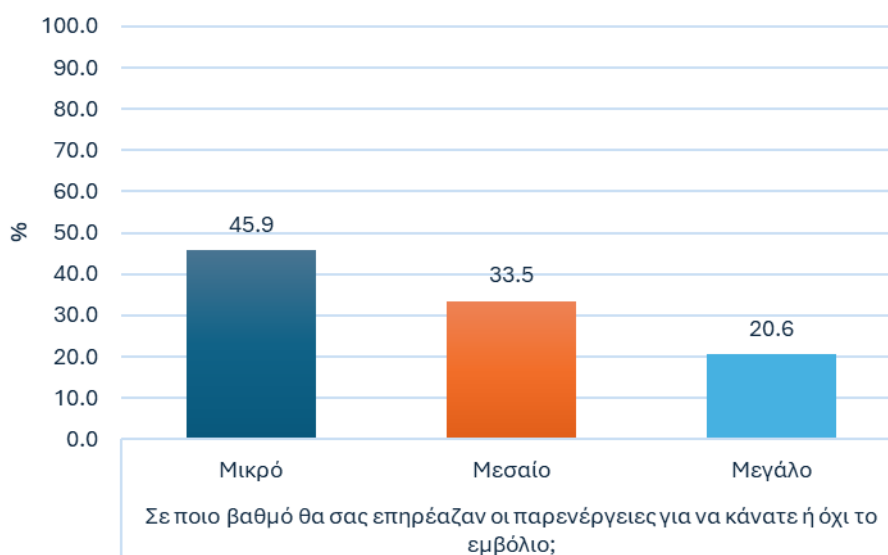
Πίνακας 4: Πεποιθήσεις και Στάσεις των Συμμετεχουσών απέναντι στον εμβολιασμό κατά του HPV

		N	%
Σε ποιο βαθμό θα σας επηρέαζαν οι παρενέργειες για να κάνετε ή όχι το εμβόλιο;	Μικρό	89	45,9
	Μεσαίο	65	33,5
	Μεγάλο	40	20,6
Έχετε εμβολιάσει το παιδί σας με το εμβόλιο του HPV;	Όχι	64	51,2
	Ναι	61	48,8
Πιστεύετε πως ο εμβολιασμός και η ενημέρωση των εφήβων θα οδηγήσει πιθανά σε αύξηση της σεξουαλικής τους δραστηριότητας;	Όχι	121	63,4
	Ναι	70	36,6
Υπάρχουν θρησκευτικές πεποιθήσεις οι οποίες σας περιορίζουν να εμβολιάσετε το παιδί σας;	Όχι	186	96,4
	Ναι	7	3,6
Έχετε αντιρρήσεις με το γεγονός ότι το εμβόλιο είναι στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμού της Ελλάδας;	Όχι	189	97,4
	Ναι	5	2,6

Πιστεύετε ότι το παιδί θα πρέπει να ενημερωθεί για τον εμβολιασμό και το λόγο για τον οποίο γίνεται ;	Όχι	2	1,0
	Ναι	194	99,0
Αν ναι από ποιον;	Την οικογένεια	39	20,1
	Το σχολείο	5	2,6
	Τον γιατρό	149	76,8
	Τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης	1	0,5
Γνωρίζετε κάποιον στο συγγενικό ή φιλικό σας περιβάλλον που να έχει κάνει το εμβόλιο ;	Όχι	27	13,8
	Ναι	169	86,2
Ο εμβολιασμός για HPV:	Προστατεύει από λοιμώξεις του τραχήλου μήτρας	4	2,1
	Προστατεύει από προκαρκινικές αλλοιώσεις και καρκίνο	27	13,8
	Όλα τα παραπάνω	145	74,4
	Δεν γνωρίζω / δεν απαντώ	19	9,7

Σημειωμένες είναι οι απαντήσεις που θεωρούνται σωστές.

Γράφημα 5: Ανάλυση των απαντήσεων για τον δισταγμό αναφορικά με τον εμβολιασμό κατά του HPV με βάση τις παρενέργειες σε μορφή ραβδογράμματος



6.4 Ανάλυση προθέσεων αναφορικά με τον εμβολιασμό κατά του Ιού των Ανθρώπινων Θηλωμάτων (HPV)

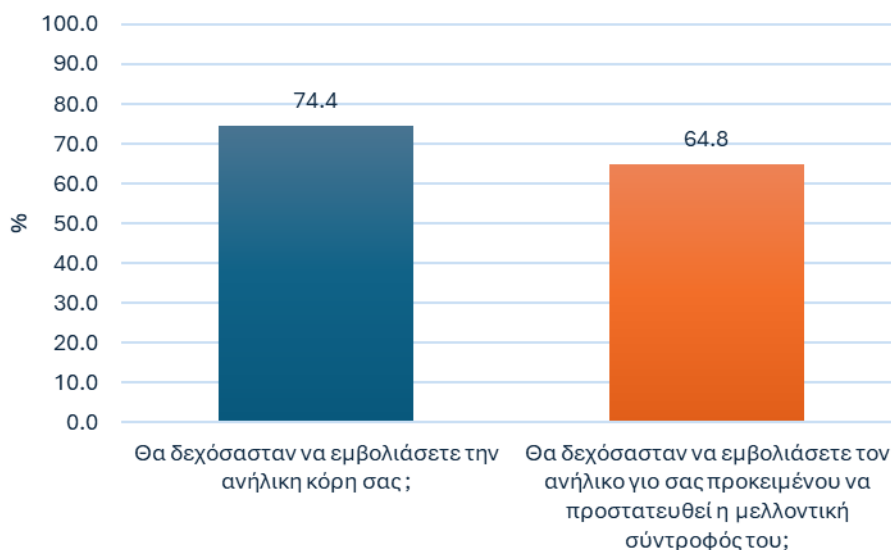
Όσον αφορά τις προθέσεις των συμμετεχουσών απέναντι στον εμβολιασμό κατά του Ιού των Ανθρώπινων Θηλωμάτων το 74,4% δήλωσε ότι θα δεχόταν να εμβολιάσει την ανήλικη κόρη του. Ανάμεσα σε όσες δεν θα δέχονταν, όλες ανέφεραν ως κύριο λόγο τον φόβο για παρενέργειες. Αναφορικά με τον εμβολιασμό των αγοριών, το 64,8% δήλωσε ότι θα εμβολίαζε τον ανήλικο γιο του, ενώ το 14,3% ανέφερε ότι δεν το έχει σκεφτεί. Μεταξύ αυτών που δεν θα πραγματοποιήσαν τον εμβολιασμό στον γιο τους, το 64,9% επικαλέστηκε και πάλι τον φόβο για παρενέργειες, το 32,4% ότι δεν προσφέρει άμεση προστασία στο αγόρι και ένα μικρό ποσοστό (2,7%) πίστευε ότι δεν είναι αποτελεσματικό. Τέλος, μετά από σύσταση του γιατρού, το 95,9% των συμμετεχουσών θα δεχόταν να προβεί στον εμβολιασμό.

Πίνακας 5: Προθέσεις των συμμετεχουσών αναφορικά με τον εμβολιασμό κατά του HPV

		N	%
Θα δεχόσασταν να εμβολιάσετε την ανήλικη κόρη σας ;	Όχι	50	25,6
	Ναι	145	74,4
Αν όχι γιατί;	Φοβάστε τις παρενέργειές	49	100,0
	Πιστεύετε ότι δεν είναι αποτελεσματικό	0	0,0
	Είναι ακριβό	0	0,0
Θα δεχόσασταν να εμβολιάσετε τον ανήλικο γιο σας προκειμένου να προστατευθεί η μελλοντική σύντροφός του;	Όχι	41	20,9
	Ναι	127	64,8
	Δεν το έχω σκεφτεί	28	14,3
Αν όχι γιατί;	Φοβάστε τις παρενέργειες	24	64,9
	Είναι ακριβό	0	0,0
	Πιστεύετε ότι δεν είναι αποτελεσματικό	1	2,7
	Δεν προσφέρει στο αγόρι άμεση προστασία	12	32,4
Αν ο γιατρός σας προέτρεπε να προβείτε στον εμβολιασμό θα δεχόσασταν;	Όχι	8	4,1
	Ναι	187	95,9

Τα ποσοστά εμβολιασμού των παιδιών διέφεραν ανάλογα με το φύλο (ομαδοποιώντας για τα αγόρια τις απαντήσεις Όχι/Δεν το έχω σκεφτεί), με τις γυναίκες να είναι πιο πρόθυμες να εμβολιάσουν τις κόρες τους ($p < 0,001$)

Γράφημα 6: Πρόθεση εμβολιασμού παιδιών ανάλογα με το φύλο τους σε μορφή ραβδογράμματος



6.5 Ανάλυση των γνώσεων των συμμετεχουσών γυναικών αναφορικά με τους τρόπους αντισύλληψης

Σχετικά με τους τρόπους αντισύλληψης, η πλειοψηφία του δείγματος (67,2%) θεώρησε την χρήση προφυλακτικού ως ασφαλέστερο τρόπος αντισύλληψης, ενώ μόλις το 12,3% επέλεξε την απάντηση «Ενδομήτριο σπείραμα». Το 64,1% απέδωσε στις ελεύθερες σεξουαλικές σχέσεις την δημιουργία λοιμώξεων συνδεδεμένων με τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

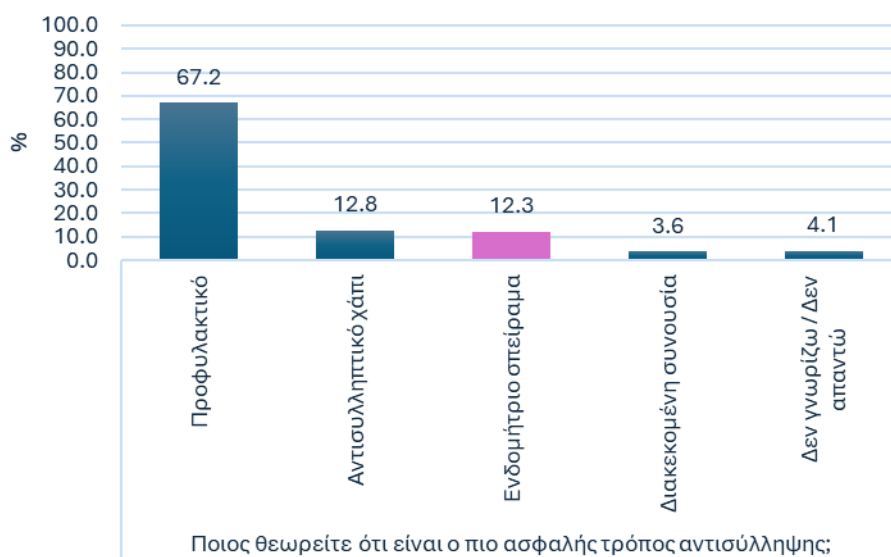
Πίνακας 6: Γνώσεις των συμμετεχουσών αναφορικά με τους τρόπους αντισύλληψης

		N	%
Ποιος θεωρείτε ότι είναι ο πιο ασφαλής τρόπος αντισύλληψης;	Προφυλακτικό	131	67,2
	Αντισυλληπτικό χάπι	25	12,8

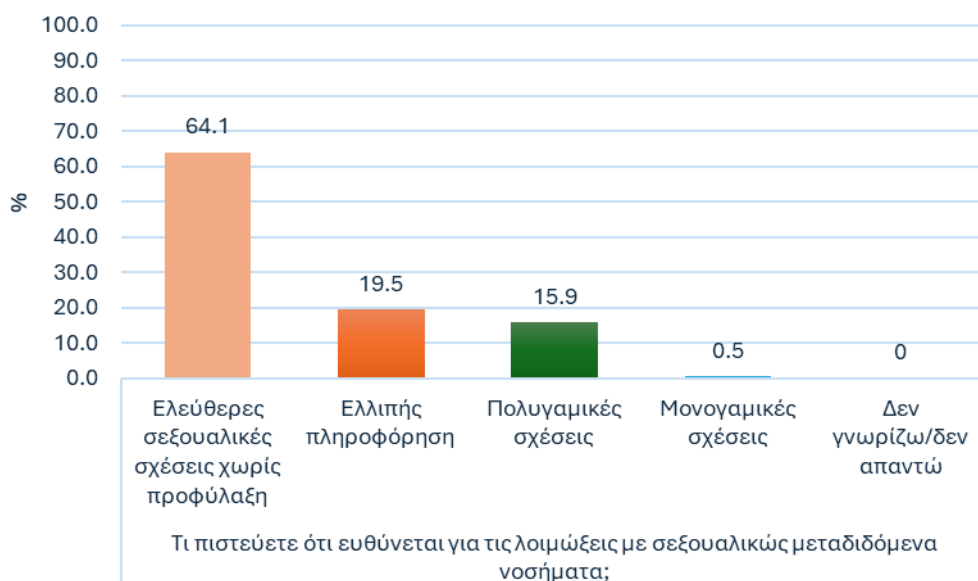
	Ενδομήτριο σπείραμα	24	12,3
	Διακεκομμένη συνουσία	7	3,6
	Δεν γνωρίζω / Δεν απαντώ	8	4,1
Τι πιστεύετε ότι ευθύνεται για τις λοιμώξεις με σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα;	Ελεύθερες σεξουαλικές σχέσεις χωρίς προφύλαξη	125	64,1
	Μονογαμικές σχέσεις	1	0,5
	Πολυγαμικές σχέσεις	31	15,9
	Ελλιπής πληροφόρηση	38	19,5
	Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ	0	0,0

Σημειωμένες είναι οι απαντήσεις που θεωρούνται σωστές

Γράφημα 7: Ανάλυση των γνώσεων αναφορικά με τον ασφαλέστερο τρόπο αντισύλληψης σε μορφή ραβδογράμματος



Γράφημα 8: Ανάλυση των γνώσεων αναφορικά με τις αιτίες των λοιμώξεων που σχετίζονται με ΣΜΝ σε μορφή ραβδογράμματος



6.6. Ανάλυση των γνώσεων των συμμετεχουσών γυναικών αναφορικά με το Τεστ-ΠΑΠ και την μαστογραφία

Στην συνέχεια, παρουσιάζεται η ανάλυση των απαντήσεων που έδωσαν οι συμμετέχουσες αναφορικά με τον προληπτικό έλεγχο, ο οποίος περιλαμβάνει το τεστ ΠΑΠ και την μαστογραφία. Το 62,6% γνώριζε ότι η εξέταση του Τεστ - ΠΑΠ πρέπει να γίνεται στην μέση του κύκλου, ενώ το 73,3% απάντησε ορθά πως η πρώτη φορά που πρέπει να πραγματοποιηθεί η εν λόγω εξέταση είναι έπειτα από την έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας. Το 49,5% θεωρούσε πως η συγκεκριμένη γυναικολογική εξέταση πρέπει να γίνεται μια φορά ετησίως, απουσία παθολογικών ευρημάτων, ενώ το 38,1% απάντησε πως σε περίπτωση που κριθεί απαραίτητο από τον γυναικολόγο δύναται να πραγματοποιηθεί δυο φορές ετησίως. Τέλος, το 80% του εξεταζόμενου πληθυσμού ήξερε πως χρειάζεται προληπτικός έλεγχος (Τεστ-ΠΑΠ) και μετά τον εμβολιασμό HPV.

Πίνακας 7: Γνώσεις των Συμμετεχουσών αναφορικά με το Τεστ-Παπ

		N	%
Πότε πρέπει να γίνεται το test PAP;	Μετά την εμμηνορρυσία	59	30,3
	Στο μέσο του κύκλου	122	62,6
	Κατά την εμμηνορρυσία	11	5,6
	Κατά την εμμηνορρυσία	3	1,5
Σε ποια ηλικία πρέπει να γίνεται πρώτη φορά το test PAP;	Κατά την έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας	140	73,3
	Μετά τα 20 έτη	33	17,3
	Μετά τα 30 έτη	17	8,9
	Δεν γνωρίζω / δεν απαντώ	1	0,5
Ποια πρέπει να είναι η συχνότητα του test PAP;	Μία φορά το έτος, απουσία παθολογικών ευρημάτων	96	49,5

	Δύο φορές το έτος, αν κριθεί απαραίτητο από τον γυναικολόγο	24	12,4
	Όλα τα παραπάνω	74	38,1
	Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ	0	0,0
Χρειάζεται προληπτικός έλεγχος (test PAP) μετά τον εμβολιασμό HPV;	Όχι	4	2,1
	Ναι	156	80,0
	Δεν γνωρίζω / Δεν απαντώ	35	17,9

Σημειωμένες είναι οι απαντήσεις που θεωρούνται σωστές

Παρακάτω παρουσιάζεται η ανάλυση των απαντήσεων των γυναικών αναφορικά με τον προληπτικό έλεγχο των μαστών. Όσον αφορά την ηλικία έναρξης της εξέτασης της μαστογραφίας, το 49,7% γνώριζε ότι πρέπει να ξεκινά μετά τα 40 έτη. Αναφορικά με την συχνότητα της εν λόγω εξέτασης, μόλις το 17,8% απάντησε ορθά ότι πρέπει να πραγματοποιείται κάθε 2 έτη, ενώ το 75,9% επέλεξε την ετήσια συχνότητα. Επιπλέον, το 50,3% των συμμετεχουσών γνώριζε ότι ο κατάλληλος χρόνος για την ψηλάφηση των μαστών είναι μετά την εμμηνορρυσία, ενώ ήταν εξίσου υψηλό το ποσοστό των γυναικών οι οποίες δεν γνώριζαν τον κατάλληλο χρόνο (41%). Τέλος, το 65,6% αναγνώρισε ότι ο προληπτικός έλεγχος μαστών είναι πιο ασφαλής όταν περιλαμβάνει ψηλάφηση, υπέρηχο μαστών και μαστογραφία.

Πίνακας 8: Γνώσεις των Συμμετεχουσών αναφορικά με την μαστογραφία

		N	%
Σε ποια ηλικία πρέπει να γίνεται η μαστογραφία;	Μετά τα 30 έτη	93	47,7
	Μετά τα 40 έτη	97	49,7
	Μετά τα 50 έτη	5	2,6
	Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ	0	0,0

Η μαστογραφία πρέπει να γίνεται:	Κάθε έτος	145	75,9
	Κάθε 2 έτη	34	17,8
	Κάθε 3 έτη	1	0,5
	Δεν γνωρίζω / δεν απαντώ	11	5,8
Πότε είναι ο κατάλληλος χρόνος για την ψηλάφηση μαστών;	Μετά την εμμηνορρυσία	98	50,3
	Κατά την ωορρηξία	12	6,2
	Κατά την εμμηνορρυσία	5	2,6
	Δεν γνωρίζω / δεν απαντώ	80	41,0
Ο προληπτικός έλεγχος μαστών είναι πιο ασφαλής όταν συνδυάζεται με:	Ψηλάφηση μαστών	20	10,3
	Μαστογραφία	21	10,8
	Υπέρηχο μαστών	23	11,8
	Όλα τα παραπάνω	128	65,6
	Δεν γνωρίζω / Δεν απαντώ	3	1,5

Σημειωμένες είναι οι απαντήσεις που θεωρούνται σωστές

Όπως για τον HPV έτσι και για τον προληπτικό έλεγχο με τεστ ΠΑΠ και μαστογραφία, υπολογίστηκαν δυο συνολικές βαθμολογίες γνώσεων επί τοις εκατό. Το σκορ γνώσεων για τον προληπτικό έλεγχο με τεστ ΠΑΠ κυμάνθηκε από 0 έως 100, με μέση τιμή 63,4 (SD=23,4), υποδηλώνοντας μέτρια προς ικανοποιητικά επίπεδα γνώσεων. Αντίστοιχα, το σκορ γνώσεων για τον προληπτικό έλεγχο με μαστογραφία κυμάνθηκε επίσης από 0 έως 100, με χαμηλότερη μέση τιμή 46,0 (SD=23,9), υποδηλώνοντας μέτρια προς χαμηλά επίπεδα γνώσεων.

Οι συντελεστές αξιοπιστίας, Cronbach α ήταν υψηλότεροι από 0,7 (0,73 και 0 0,75 αντίστοιχα) υποδηλώνοντάς αποδεκτή αξιοπιστία.

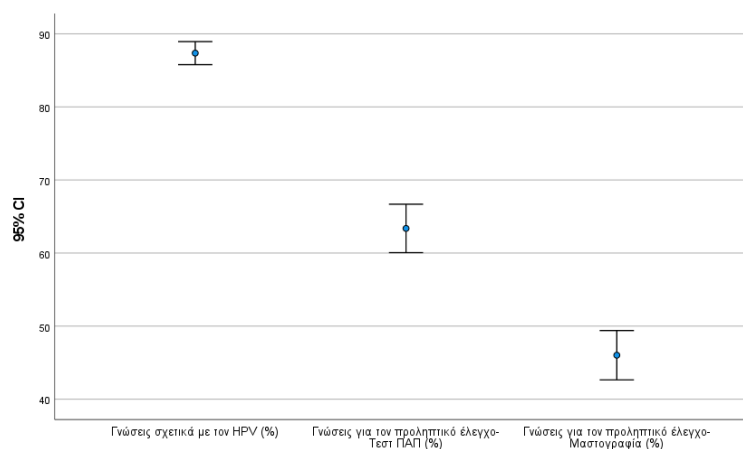
Πίνακας 9: Σκορ Γνώσεων των συμμετεχουσών για τον προληπτικό έλεγχο (Τεστ-Παπ & Μαστογραφία)

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)
Σκορ γνώσεων για τον προληπτικό έλεγχο-Τεστ ΠΑΠ	0,0	100,0	63,4 (23,4)	75 (50 – 75)
Σκορ γνώσεων για τον προληπτικό έλεγχο-Μαστογραφία	0,0	100,0	46,0 (23,9)	75 (25 – 50)

Η βαθμολογία γνώσεων για τον HPV ήταν σημαντικά υψηλότερη από αυτές για τον προληπτικό έλεγχο, τόσο με σημείο αναφοράς το τεστ ΠΑΠ όσο και την μαστογραφία. Επίσης, αξίζει να σημειωθεί πως σημαντικά υψηλότερο ήταν το σκορ γνώσεων σχετικά με το τεστ ΠΑΠ, συγκριτικά με την μαστογραφία ($p < 0,001$ για τις ανά δύο συγκρίσεις).

Έπεται το γράφημα των μέσων βαθμολογιών για τις γνώσεις για τον HPV και τον προληπτικό έλεγχο.

Γράφημα 9: Μέσες βαθμολογίες γνώσεων των συμμετεχουσών για τον HPV και τον προληπτικό έλεγχο με την μορφή διαγράμματος μέσων τιμών με διαστήματα εμπιστοσύνης.



6.7 Συσχέτιση των γνώσεων των συμμετεχουσών γυναικών αναφορικά με τον Ιό των Ανθρώπινων Θηλωμάτων (HPV) με τα δημογραφικά και κοινωνικό-οικονομικά χαρακτηριστικά τους

Παρουσιάζεται η συσχέτιση των γνώσεων των συμμετεχουσών γυναικών αναφορικά με τον Ιό των Ανθρώπινων Θηλωμάτων με τα δημογραφικά και κοινωνικό-οικονομικά χαρακτηριστικά τους. Παρατηρήθηκαν μη σημαντικές διαφορές ανάμεσα στην βαθμολογία γνώσεων για τον HPV και στα δημογραφικά ή κοινωνικό-οικονομικά χαρακτηριστικά του δείγματος.

Πίνακας 10: Συσχέτιση των γνώσεων των συμμετεχουσών για τον HPV με τα δημογραφικά και κοινωνικό-οικονομικά χαρακτηριστικά τους

		Γνώσεις σχετικά με τον HPV (%)	P
		Μέση τιμή (SD)	
Ποια είναι η ηλικία σας;	Έως 29 ετών	87,9 (9,9)	0,790
	30 - 39 ετών	87,8 (11,1)	
	40 - 49 ετών	88,1 (10,9)	
	50 και άνω	85,5 (13)	
Έγγαμος-η	Όχι	87,4 (12,1)	0,722
	Ναι	87,4 (10,6)	
Παιδιά	Όχι	87,5 (11,4)	0,860
	Ναι	87,3 (11,1)	
Εργασιακή κατάσταση	Μη εργαζόμενη	84,3 (13,2)	0,119
	Δημόσιος Υπάλληλος	87,3 (11)	
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	89,1 (9,9)	
Καθαρό μηνιαίο εισόδημα από την εργασία σας;	Έως 700 ευρώ	86,6 (12,2)	0,834
	Από 700 ευρώ έως 1.000 ευρώ	87,8 (10,1)	
	Από 1.001 ευρώ και άνω	87,7 (11,3)	
Τόπος διαμονής σας;	Χωριό (έως 2.000 κάτοικοι)	87,5 (10,4)	0,910
	Επαρχιακή πόλη (από 2.000 έως 10.000 κάτοικοι)	86,7 (12,7)	
	Μεγαλούπολη (από 10.000 κάτοικοι και άνω)	87,9 (11)	

	άνω)		
Πηγή ενημέρωσης για την νόσο των ανθρώπινων θηλωμάτων ή κονδυλωμάτων ή HPV	Από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης	86,8 (10,8)	0,330
	Από τον γιατρό	87,1 (10,8)	
	Από φίλους-γνωστούς	90,7 (10,4)	
	Από βιβλία	89,8 (10,6)	
Έχετε εμβολιάσει το παιδί σας με το εμβόλιο του HPV;	Όχι	88 (10,9)	0,407
	Ναι	86,3 (11,2)	
Υπάρχει κάποιο άτομο στην οικογένειά σας που να έχει προσβληθεί από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας;	Όχι	87,2 (11,1)	0,404
	Ναι	88,7 (11,5)	
Θα δεχόσασταν να εμβολιάσετε την ανήλικη κόρη σας ;	Όχι	86,4 (10,7)	0,302
	Ναι	87,9 (11,2)	
Θα δεχόσασταν να εμβολιάσετε τον ανήλικο γιο σας προκειμένου να προστατευθεί η μελλοντική σύντροφός του;	Όχι	87,4 (10,5)	0,759
	Ναι	87,4 (11,6)	

+Mann-Whitney test ++Kruskal-Wallis test

Στην συνέχεια, πραγματοποιήθηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την βαθμολογία γνώσεων για τον HPV και ανεξάρτητες μεταβλητές τα δημογραφικά και κοινωνικό - οικονομικά χαρακτηριστικά των συμμετεχουσών. Αξίζει να σημειωθεί πως σημαντικά καλύτερες γνώσεις για τον HPV είχαν όσες εργάζονταν ως ιδιωτικοί υπάλληλοι, σε σχέση με τις μη εργαζόμενες.

Πίνακας 11: Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την βαθμολογία γνώσεων για τον HPV και ανεξάρτητες μεταβλητές τα δημογραφικά και κοινωνικό - οικονομικά χαρακτηριστικά των συμμετεχουσών.

	β	SE	b	P
Ηλικία: 30 - 39 ετών vs Έως 29 ετών	0,001	0,012	0,011	0,903
Ηλικία: 40 - 49 ετών vs Έως 29 ετών	0,003	0,013	0,019	0,832
Ηλικία: 50 και άνω vs Έως 29 ετών	-0,013	0,013	-0,090	0,317
Έγγαμος-η (Ναι vs Όχι)	0,001	0,011	0,004	0,963
Παιδιά (Ναι vs Όχι)	0,002	0,012	0,018	0,841
Εργασία: Δημόσιος Υπάλληλος vs Μη εργαζόμενη	0,029	0,018	0,226	0,110
Εργασία: Ιδιωτικός Υπάλληλος vs Μη εργαζόμενη	0,036	0,015	0,298	0,013
Τόπος διαμονής σας: Επαρχιακή πόλη vs Χωριό	-0,009	0,011	-0,068	0,396
Τόπος διαμονής σας: Μεγαλούπολη vs Χωριό	-0,001	0,012	-0,005	0,952
Εισόδημα: Από 700 ευρώ έως 1.000 ευρώ vs Έως 700 ευρώ	-0,012	0,014	-0,090	0,423
Εισόδημα: Από 1.001 ευρώ και άνω vs Έως 700 ευρώ	-0,014	0,016	-0,110	0,399
Υπάρχει κάποιο άτομο στην οικογένειά σας που να έχει προσβληθεί από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας; (Ναι vs Όχι)	0,014	0,014	0,076	0,316

β: συντελεστής εξάρτησης SE: τυπικό σφάλμα b: τυποποιημένος συντελεστής

6.8 Συσχέτιση των γνώσεων των συμμετεχουσών γυναικών αναφορικά με το Τεστ- ΠΑΠ με τα δημογραφικά και κοινωνικό-οικονομικά χαρακτηριστικά τους

Παρουσιάζεται η συσχέτιση των γνώσεων των συμμετεχουσών γυναικών αναφορικά με τον γυναικολογικό προληπτικό έλεγχο και πιο συγκεκριμένα με το Τεστ – ΠΑΠ με τα δημογραφικά και κοινωνικό-οικονομικά τους χαρακτηριστικά.

Η βαθμολογία γνώσεων για την εν λόγω εξέταση διέφερε σημαντικά ανάλογα με το εισόδημα, ενώ οριακά σημαντική ήταν και η διαφορά ανάλογα με τον τόπο διαμονής. Πιο αναλυτικά, η ανάλυση ανέδειξε πως όσες διέμεναν σε χωριό εμφάνιζαν χαμηλότερη μέση τιμή, άρα μειωμένη γνώση, συγκριτικά με όσες έμεναν σε επαρχιακή ή μεγάλη πόλη. Ωστόσο οι επιμέρους διαφορές μετά τις διορθώσεις κατά Bonferroni δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές. Επιπροσθέτως, σημαντικά καλύτερες γνώσεις είχαν οι συμμετέχουσες οι οποίες ανήκαν σε ανώτερο οικονομικά επίπεδο με βάση το εισόδημά που δήλωσαν. Πιο συγκεκριμένα, όσες δήλωναν πως το εισόδημά τους είναι στην κατηγορία από 1.001 ευρώ και άνω είχαν περισσότερες γνώσεις συγκριτικά με τις συμμετέχουσες οι οποίες δήλωσαν πως το μηνιαίο εισόδημα τους είναι μικρότερο από 700 αλλά και με τις συμμετέχουσες που δήλωσαν πως το εισόδημα τους είναι από 700 έως 1000 ευρώ ($p=0,007$ και $p=0,009$ μετά τις διορθώσεις κατά Bonferroni).

Πίνακας 12: Βαθμολογία γνώσεων των συμμετεχουσών για το Τεστ-ΠΑΠ ανάλογα με τα δημογραφικά και κοινωνικό-οικονομικά χαρακτηριστικά τους

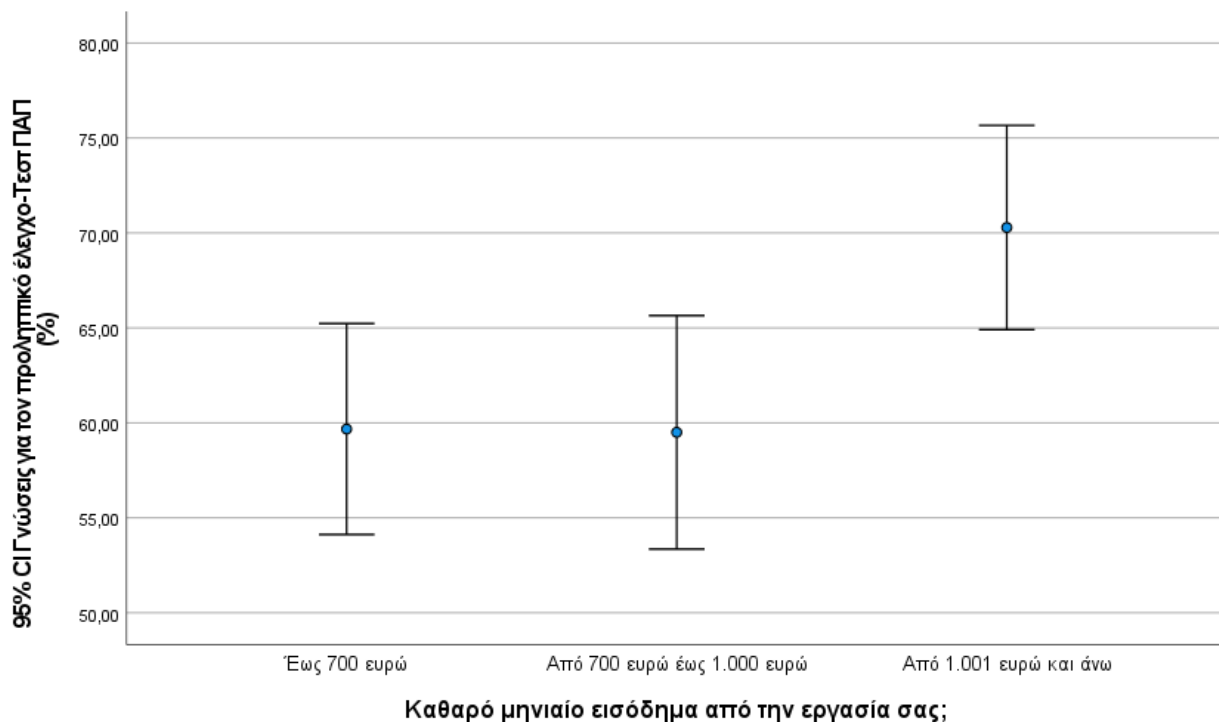
		Γνώσεις για τον προληπτικό έλεγχο-Τεστ ΠΑΠ	P
		Μέση τιμή (SD)	
Ποια είναι η ηλικία σας;	Έως 29 ετών	59,8 (21,3)	0,108++
	30 - 39 ετών	65,4 (25,8)	
	40 - 49 ετών	59,7 (23,1)	
	50 και άνω	69,1 (22,8)	
Έγγαμος-η	Όχι	61,1 (23,7)	0,276+
	Ναι	64,7 (23,3)	
Παιδιά	Όχι	61,8 (23)	0,390+
	Ναι	64,3 (23,7)	
Εργασιακή κατάσταση	Μη εργαζόμενη	60,3 (23,3)	0,156++
	Δημόσιος Υπάλληλος	67,2 (23,3)	

	Ιδιωτικός Υπάλληλος	61,9 (23,1)	
Καθαρό μηνιαίο εισόδημα από την εργασία σας;	Έως 700 ευρώ	59,7 (21,9)	0,002++
	Από 700 ευρώ έως 1.000 ευρώ	59,5 (24,6)	
	Από 1.001 ευρώ και άνω	70,3 (22,4)	
Τόπος διαμονής σας;	Χωριό (έως 2.000 κάτοικοι)	59,5 (24,3)	0,050++
	Επαρχιακή πόλη (από 2.000 έως 10.000 κάτοικοι)	68,6 (22,6)	
	Μεγαλούπολη (από 10.000 κάτοικοι και άνω)	65,6 (21,5)	
Υπάρχει κάποιο άτομο στην οικογένειά σας που να έχει προσβληθεί από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας;	Όχι	63,3 (23,3)	0,701+
	Ναι	64,0 (25,1)	

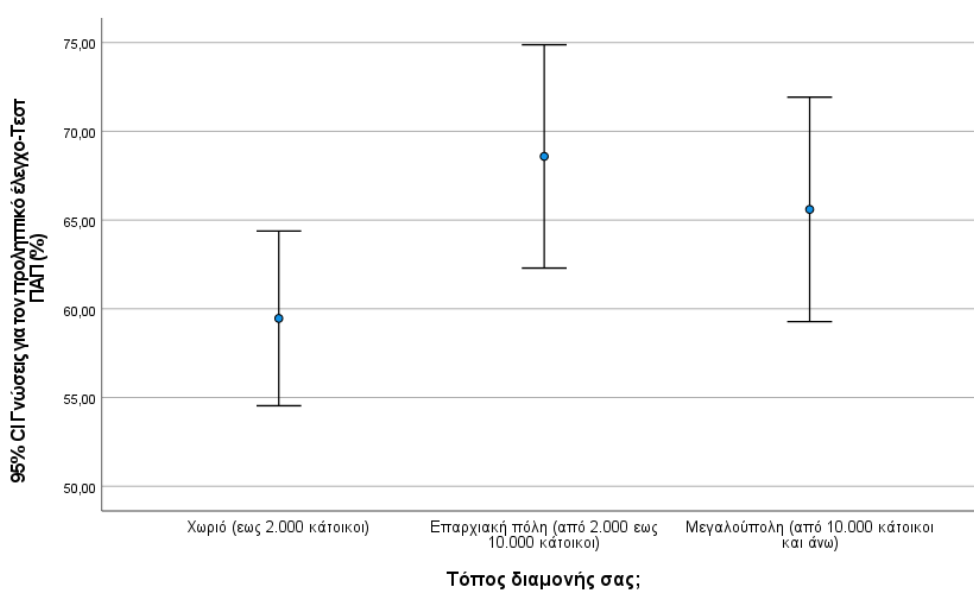
+Mann-Whitney test ++Kruskal-Wallis test

Έπονται τα γραφήματα των μέσων βαθμολογών γνώσεων των συμμετεχουσών για τον προληπτικό έλεγχο που αφορά στο τεστ ΠΑΠ ανάλογα με το εισόδημα και τον τόπο διαμονής.

Γράφημα 10: Μέσες βαθμολογίες γνώσεων των συμμετεχουσών για το Τεστ-Παπ ανάλογα με το εισόδημα με την μορφή μορφή διαγράμματος μέσων τιμών με διαστήματα εμπιστοσύνης



Γράφημα 11: Μέσες βαθμολογίες γνώσεων των συμμετεχουσών για το Τεστ-Παπ ανάλογα με τον τόπο διαμονής με την μορφή μορφή διαγράμματος μέσων τιμών με διαστήματα εμπιστοσύνης



Πραγματοποιήθηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία γνώσεων για τον προληπτικό έλεγχο σχετικά με το τεστ ΠΑΠ και ανεξάρτητες τα δημογραφικά και κοινωνικό-οικονομικά χαρακτηριστικά των συμμετεχουσών. Αναφορικά με τις γνώσεις σχετικά με την γυναικολογικά εξέταση του τεστ-ΠΑΠ, σημαντική διαφορά προέκυψε ανάλογα με τον τόπο κατοικίας, με τις γυναίκες που κατοικούσαν σε επαρχειακή πόλη να είναι πιο ενημερωμένες από αυτές που κατοικούσαν σε χωριό.

Πίνακας 13 : Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία γνώσεων των συμμετεχουσών για το τεστ ΠΑΠ και ανεξάρτητες τα δημογραφικά και κοινωνικό-οικονομικά χαρακτηριστικά

	β	SE	b	P
Ηλικία: 30 - 39 ετών vs Έως 29 ετών	-0,024	0,061	-0,035	0,693
Ηλικία: 40 - 49 ετών vs Έως 29 ετών	-0,057	0,066	-0,077	0,383
Ηλικία: 50 και άνω vs Έως 29 ετών	0,034	0,065	0,047	0,598
Έγγαμος-η (Ναι vs Όχι)	0,018	0,058	0,029	0,753
Παιδιά (Ναι vs Όχι)	0,007	0,059	0,011	0,905
Εργασία: Δημόσιος Υπάλληλος vs Μη εργαζόμενη	0,071	0,091	0,110	0,438
Εργασία: Ιδιωτικός Υπάλληλος vs Μη εργαζόμενη	0,045	0,074	0,072	0,548
Τόπος διαμονής σας: Επαρχιακή πόλη vs Χωριό	0,104	0,050	0,192	0,041
Τόπος διαμονής σας: Μεγαλούπολη vs Χωριό	0,066	0,059	0,093	0,266
Εισόδημα: Από 700 ευρώ έως 1.000 ευρώ vs Έως 700 ευρώ	-0,074	0,073	-0,115	0,310
Εισόδημα: Από 1.001 ευρώ και άνω vs Έως 700 ευρώ	-0,033	0,083	-0,052	0,692
Υπάρχει κάποιο άτομο στην οικογένειά σας που να έχει προσβληθεί από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας; (Ναι vs Όχι)	-0,058	0,070	-0,063	0,408

β: συντελεστής εξάρτησης SE: τυπικό σφάλμα b: τυποποιημένος συντελεστής

6.9 Συσχέτιση των γνώσεων των συμμετεχουσών γυναικών αναφορικά με την εξέταση της μαστογραφίας με τα δημογραφικά και κοινωνικό-οικονομικά χαρακτηριστικά τους

Παρουσιάζεται η συσχέτιση των γνώσεων των συμμετεχουσών γυναικών αναφορικά με την εξέταση της μαστογραφίας με τα δημογραφικά και κοινωνικό-οικονομικά χαρακτηριστικά τους. Πιο αναλυτικά, η βαθμολογία γνώσεων σχετικά με τον προληπτικό έλεγχο που αφορά στην μαστογραφία διέφερε ανάλογα με την ηλικία και την εργασιακή κατάσταση. Αξίζει να σημειωθεί πως αυτό που παρατηρήθηκε ήταν πως οι γυναίκες από την ηλικία των 40 έως των 49 ετών είχαν καλύτερες γνώσεις συγκριτικά με τις πιο νεαρές συμμετέχουσες της έρευνας οι οποίες ήταν έως 29 ετών ($p=0,045$ μετά τις διορθώσεις κατά Bonferroni). Τέλος, με σημείο αναφοράς την εργασιακή κατάσταση του πληθυσμού, οι επιμέρους διαφορές μετά τις διορθώσεις κατά Bonferroni δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές.

Πίνακας 14: Βαθμολογία γνώσεων των συμμετεχουσών για την εξέταση της μαστογραφίας ανάλογα με τα δημογραφικά και κοινωνικό-οικονομικά χαρακτηριστικά τους

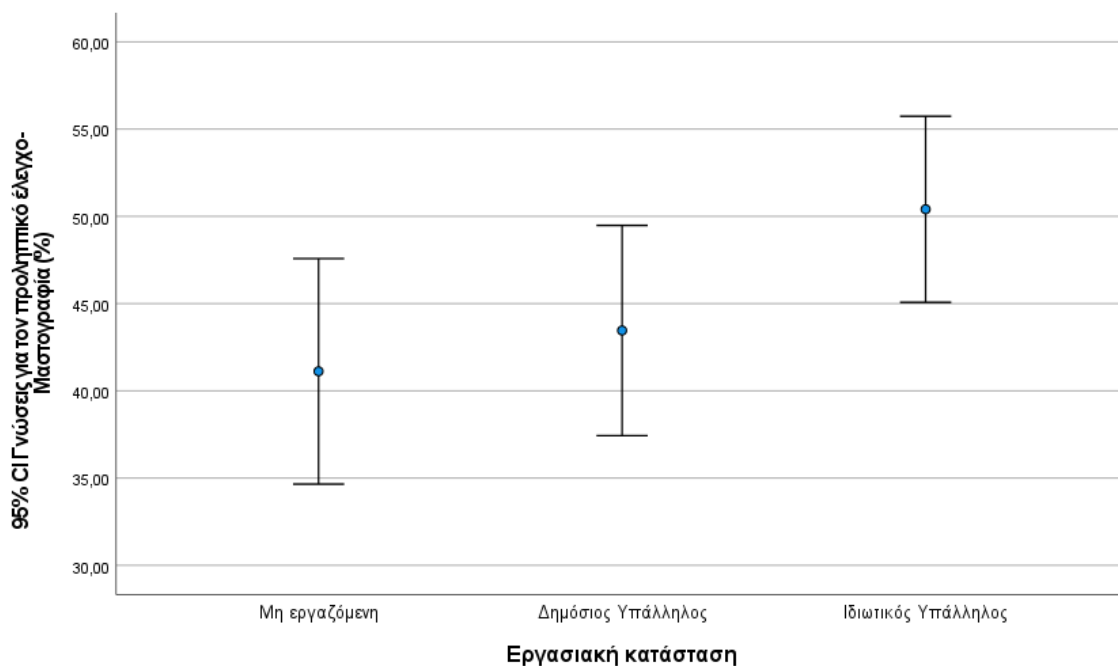
		Γνώσεις για τον προληπτικό έλεγχο- Μαστογραφία	P
		Μέση τιμή (SD)	
Ποια είναι η ηλικία σας;	Έως 29 ετών	41,8 (22,2)	0,032++
	30 - 39 ετών	42 (24)	
	40 - 49 ετών	53,8 (26)	
	50 και άνω	48,9 (22,2)	
Έγγαμος-η	Όχι	46,8 (23,3)	0,861+
	Ναι	45,6 (24,3)	
Παιδιά	Όχι	45,7 (22,9)	0,886+

	Ναι	46,2 (24,5)	
Εργασιακή κατάσταση	Μη εργαζόμενη	41,1 (21,8)	0,047++
	Δημόσιος Υπάλληλος	43,5 (24,3)	
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	50,4 (24,1)	
Καθαρό μηνιαίο εισόδημα από την εργασία σας;	Έως 700 ευρώ	46,6 (23,3)	0,521++
	Από 700 ευρώ έως 1.000 ευρώ	43,1 (22)	
	Από 1.001 ευρώ και άνω	48,2 (26,2)	
Τόπος διαμονής σας;	Χωριό (έως 2.000 κάτοικοι)	47,7 (24,8)	0,225++
	Επαρχιακή πόλη (από 2.000 έως 10.000 κάτοικοι)	41,7 (23)	
	Μεγαλούπολη (από 10.000 κάτοικοι και άνω)	47,3 (22,9)	
Υπάρχει κάποιο άτομο στην οικογένειά σας που να έχει προσβληθεί από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας;	Όχι	46,0 (23,6)	0,626+
	Ναι	46,3 (26,5)	

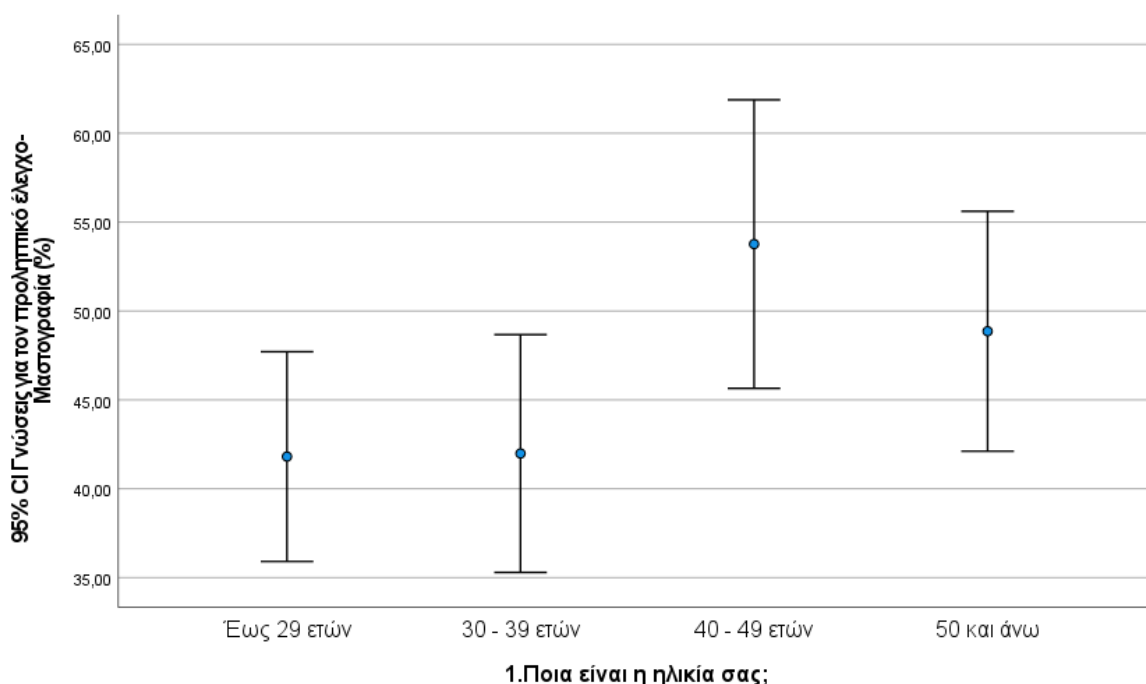
+Mann-Whitney test ++Kruskal-Wallis test

Έπονται τα γραφήματα των μέσων βαθμολογών γνώσεων των συμμετεχουσών για τον προληπτικό έλεγχο που αφορά στην μαστογραφία ανάλογα με την εργασιακή κατάσταση και την ηλικία

Γράφημα 12: Μέσες βαθμολογίες γνώσεων των συμμετεχουσών για την μαστογραφία ανάλογα με την εργασιακή κατάσταση με την μορφή μορφή διαγράμματος μέσων τιμών με διαστήματα εμπιστοσύνης



Γράφημα 13: Μέσες βαθμολογίες γνώσεων των συμμετεχουσών για την μαστογραφία ανάλογα με την ηλικία με την μορφή μορφή διαγράμματος μέσων τιμών με διαστήματα εμπιστοσύνης



Από την αντίστοιχη, με το τεστ ΠΑΠ, ανάλυση παλινδρόμησης προέκυψε ότι η εργασιακή κατάσταση σχετιζόταν με την βαθμολογία γνώσεων για την μαστογραφία. Αυτό το οποίο παρατηρήθηκε ήταν πως όσες εργάζονταν σαν ιδιωτικοί υπάλληλοι είχαν καλύτερες γνώσεις στον τομέα αυτό από τις μη εργαζόμενες.

Πίνακας 15: Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία γνώσεων των συμμετεχουσών για το τεστ-ΠΑΠ και ανεξάρτητες τα δημογραφικά και κοινωνικό-οικονομικά χαρακτηριστικά

		β	SE	b	P
Ηλικία: 30 - 39 ετών vs Έως 29 ετών		-0,003	0,096	-0,002	0,978
Ηλικία: 40 - 49 ετών vs Έως 29 ετών		0,124	0,103	0,106	0,231

Ηλικία: 50 και άνω vs Έως 29 ετών		0,142	0,102	0,124	0,167
Έγγαμος-η (Ναι vs Όχι)		-0,057	0,090	-0,057	0,529
Παιδιά (Ναι vs Όχι)		0,013	0,092	0,013	0,888
Εργασία: Δημόσιος Υπάλληλος vs Μη εργαζόμενη		0,129	0,143	0,126	0,372
Εργασία: Ιδιωτικός Υπάλληλος vs Μη εργαζόμενη		0,213	0,106	0,219	0,049
Τόπος διαμονής σας: Επαρχιακή πόλη vs Χωριό		-0,063	0,087	-0,058	0,467
Τόπος διαμονής σας: Μεγαλούπολη vs Χωριό		-0,016	0,093	-0,014	0,865
Εισόδημα: Από 700 ευρώ έως 1.000 ευρώ vs Έως 700 ευρώ		-0,128	0,114	-0,125	0,265
Εισόδημα: Από 1.001 ευρώ και άνω vs Έως 700 ευρώ		-0,074	0,131	-0,073	0,575
Υπάρχει κάποιο άτομο στην οικογένειά σας που να έχει προσβληθεί από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας; (Ναι vs Όχι)		-0,148	0,111	-0,102	0,182

β: συντελεστής εξάρτησης SE: τυπικό σφάλμα b: τυποποιημένος συντελεστής

6.10 Συσχέτιση μεταξύ του βαθμού διστακτικότητας ή της απόρριψης του εμβολιασμού κατά του Ιού των Ανθρώπινων Θηλωμάτων (HPV) των συμμετεχουσών γυναικών με τα δημογραφικά και κοινωνικό - οικονομικά χαρακτηριστικά τους

Τελευταίο μέρος της στατιστικής ανάλυσης αποτελεί η παρουσίαση της συσχέτισης που πραγματοποιήθηκε ανάμεσα στον βαθμό διστακτικότητας ή της απόρριψης του εμβολιασμού κατά του Ιού των Ανθρώπινων Θηλωμάτων των συμμετεχουσών γυναικών και στα δημογραφικά και κοινωνικό-οικονομικά χαρακτηριστικά τους. Πιο συγκεκριμένα, αυτό που παρατηρήθηκε είναι πως δεν προέκυψαν σημαντικές συσχετίσεις των δημογραφικών και κοινωνικό-οικονομικών χαρακτηριστικών του δείγματος με τον παράγοντα του δισταγμού ή και της απόρριψης του εν λόγω εμβολίου.

Πίνακας 16: Συσχέτιση του βαθμού διστακτικότητας περί εμβολιασμού κατά του HPV ανάλογα με τα δημογραφικά και κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά τους

		Έχετε εμβολιάσει το παιδί σας με το εμβόλιο του HPV;				P
		Όχι		Ναι		
		N	%	N	%	
Ποια είναι η ηλικία σας;	Έως 29 ετών	18	64,3	10	35,7	0,063+
	30 - 39 ετών	15	48,4	16	51,6	
	40 - 49 ετών	12	34,3	23	65,7	
	50 και άνω	19	61,3	12	38,7	
Έγγαμος-η	Όχι	12	60,0	8	40,0	0,390+
	Ναι	52	49,5	53	50,5	
Εργασιακή κατάσταση	Μη εργαζόμενη	19	59,4	13	40,6	0,559+
	Δημόσιος Υπάλληλος	23	48,9	24	51,1	
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	21	47,7	23	52,3	
Καθαρό μηνιαίο εισόδημα από την εργασία σας;	Έως 700 ευρώ	20	50,0	20	50,0	0,912+
	Από 700 ευρώ έως	19	54,	16	45,7	

	1.000 ευρώ		3			
	Από 1.001 ευρώ και άνω	25	50,0	25	50,0	
Τόπος διαμονής σας;	Χωριό (έως 2.000 κάτοικοι)	33	53,2	29	46,8	0,84 7+
	Επαρχιακή πόλη (από 2.000 έως 10.000 κάτοικοι)	18	47,4	20	52,6	
	Μεγαλούπολη (από 10.000 κάτοικοι και άνω)	13	52,0	12	48,0	
Υπάρχει κάποιο άτομο στην οικογένειά σας που να έχει προσβληθεί από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας;	Όχι	53	50,0	53	50,0	0,52 6+
	Ναι	11	57,9	8	42,1	

+Pearson's χ^2 test

*Τα αποτελέσματα φορούν όσες είχαν παιδιά.

Επιπλέον, δεν προέκυψαν αντίστοιχες σημαντικές συσχετίσεις ακόμα και όσον αφορά την πρόθεση του εμβολιασμού των παιδιών τόσο για αγόρια όσο και για κορίτσια.

Πίνακας 17: Συσχέτιση της πρόθεσης των συμμετεχουσών περι εμβολιασμού κατά του HPV της ανήλικης κόρης ανάλογα με τα δημογραφικά και κοινωνικό-οικονομικά χαρακτηριστικά τους

		Θα δεχόσασταν να εμβολιάσετε την ανήλικη κόρη σας ;				
		Όχι		Ναι		
		N	%	N	%	
Ποια είναι η ηλικία σας;	Έως 29 ετών	19	33,3	38	66,7	0,101 +
	30 - 39 ετών	8	15,4	44	84,6	
	40 - 49 ετών	9	20,9	34	79,1	
	50 και άνω	14	32,6	29	67,4	
Έγγαμος-η	Όχι	14	20,0	56	80,0	0,177 +
	Ναι	36	28,8	89	71,2	
Εργασιακή κατάσταση	Μη εργαζόμενη	16	34,8	30	65,2	0,235 +
	Δημόσιος Υπάλληλος	17	26,2	48	73,8	
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	17	21,0	64	79,0	
Καθαρό μηνιαίο εισόδημα από την εργασία σας;	Έως 700 ευρώ	18	28,6	45	71,4	0,676 +
	Από 700 ευρώ έως 1.000 ευρώ	14	21,9	50	78,1	
	Από 1.001 ευρώ και άνω	18	26,5	50	73,5	
Τόπος διαμονής σας;	Χωριό (έως 2.000 κάτοικοι)	19	19,6	78	80,4	0,121 +
	Επαρχιακή πόλη (από 2.000 έως 10.000 κάτοικοι)	18	34,6	34	65,4	
	Μεγαλούπολη (από 10.000 κάτοικοι και άνω)	13	28,3	33	71,7	
Υπάρχει κάποιο άτομο στην οικογένειά σας που να έχει προσβληθεί από	Όχι	45	26,3	126	73,7	0,565 +
	Ναι	5	20,8	19	79,2	

καρκίνο του τραχήλου της μήτρας;						
-------------------------------------	--	--	--	--	--	--

+Pearson's χ^2 test

Πίνακας 18: Συσχέτιση της πρόθεσης των συμμετεχουσών περί εμβολιασμού κατά του HPV της ανήλικης γιου ανάλογα με τα δημογραφικά και κοινωνικό-οικονομικά χαρακτηριστικά τους

		Θα δεχόσασταν να εμβολιάσετε τον ανήλικο γιο σας προκειμένου να προστατευθεί η μελλοντική σύντροφός του;				P
		Όχι		Ναι		
		N	%	N	%	
Ποια είναι η ηλικία σας;	Έως 29 ετών	24	42,1	33	57,9	0,427 +
	30 - 39 ετών	14	26,9	38	73,1	
	40 - 49 ετών	15	34,9	28	65,1	
	50 και άνω	16	36,4	28	63,6	
Έγγαμος-η	Όχι	20	28,6	50	71,4	0,147 +
	Ναι	49	38,9	77	61,1	
Εργασιακή κατάσταση	Μη εργαζόμενη	20	42,6	27	57,4	0,471 +
	Δημόσιος Υπάλληλος	22	33,8	43	66,2	
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	26	32,1	55	67,9	
Καθαρό μηνιαίο εισόδημα από την εργασία σας;	Έως 700 ευρώ	24	38,1	39	61,9	0,837 +
	Από 700 ευρώ έως 1.000 ευρώ	22	34,4	42	65,6	
	Από 1.001 ευρώ και άνω	23	33,3	46	66,7	

Τόπος διαμονής σας;	Χωριό (έως 2.000 κάτοικοι)	30	30,9	67	69,1	0,155 +
	Επαρχιακή πόλη (από 2.000 έως 10.000 κάτοικοι)	24	46,2	28	53,8	
	Μεγαλούπολη (από 10.000 κάτοικοι και άνω)	15	31,9	32	68,1	
Υπάρχει κάποιο άτομο στην οικογένειά σας που να έχει προσβληθεί από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας;	Όχι	62	36,3	109	63,7	0,419 +
	Ναι	7	28,0	18	72,0	

+Pearson's χ^2 test

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο: ΣΥΖΗΤΗΣΗ, ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

7.1 Συζήτηση

Σε μια σύγχρονη κοινωνία όπου οι υπηρεσίες πρόληψης αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο της δημόσιας υγείας, η αντίληψη, η αποτύπωση καθώς και η αξιολόγηση των γνώσεων του πληθυσμού σχετικά με κομβικής σημασίας ζητήματα κρίνεται απαραίτητη. Τέτοια ζητήματα είναι η αξία του τυπικού γυναικείου προληπτικού ελέγχου μέσω της εξέτασης του Τεστ-ΠΑΠ και της μαστογραφίας, η σωστή χρήση των μεθόδων αντισύλληψης, η αιτιακή σχέση ανάμεσα στον Ιό των Ανθρώπινων Θηλωμάτων (HPV) καθώς και η σπουδαιότητα του εμβολιασμού κατά του HPV πριν την έναρξη της σεξουαλικής ζωής. Στο πλαίσιο αυτό, ακολουθεί ανάλυση των ευρημάτων της παρούσας έρευνας αντιπαραβαλλόμενα με δεδομένα από τη σύγχρονη ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία, προκειμένου να αποτυπωθούν και να αξιολογηθούν οι γνώσεις του δείγματος αλλά και να αναδειχθούν δημογραφικοί, οικονομικοί,

κοινωνικοί παράγοντες που τυχόν επηρεάζουν την υγειονομική συμπεριφορά των γυναικών.

Αναφορικά με το πρώτο ερευνητικό ερώτημα, οι γνώσεις του δείγματος σχετικά με τον Ιό των Ανθρώπινων Θηλωμάτων χαρακτηρίζονται ικανοποιητικές και επαρκείς. Η συντριπτική πλειοψηφία των γυναικών (98,5%) έχει λάβει ενημέρωση από κάποιον επαγγελματία υγείας σχετικά με τον ιό, ενώ 9 στις 10 γυναίκες (90,3%) αναγνωρίζουν ορθά τη σύνδεση του εν λόγω ιού τόσο με τα κονδυλώματα όσο και με την εμφάνιση καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Συγκρίνοντας τα παραπάνω ευρήματα με παλαιότερες ελληνικές μελέτες όπως αυτή των Panagoroulou et al. (2024), παρατηρείται διαχρονική βελτίωση των γνώσεων των Ελληνίδων σχετικά με τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα και τον HPV. Παρ' όλα αυτά, αποτυπώνεται μια αξιοσημείωτη έλλειψη βαθιάς γνώσης η οποία δύναται να διαδραματίσει σπουδαίο ρόλο: οι μισές συμμετέχουσες (50%) θεωρούν λανθασμένα ότι το εμβόλιο έχει «μηδενικές παρενέργειες». Ακριβώς όπως στη μελέτη των Kessels et al. (2012), το γεγονός πως σημαντική μερίδα των συμμετεχουσών πιστεύει πως δεν υπάρχουν παρενέργειες σημαίνει πως δεν μπορούν να διαχωρίσουν τις ήπιες με τις σοβαρές παρενέργειες αλλά και πως δεν έχουν λάβει ουσιαστική ενημέρωση.

Απαντώντας στο δεύτερο ερώτημα, η στατιστική ανάλυση έδειξε ότι δεν παρατηρούνται αξιοσημείωτες συσχετίσεις ανάμεσα στις γνώσεις για τον HPV και των δημογραφικών και κοινωνικό-οικονομικών χαρακτηριστικών του δείγματος, με τη μόνη εξαίρεση να είναι ένα ελαφρώς καλύτερο σκορ γνώσεων στις εργαζόμενες γυναίκες σε σχέση με τις μη εργαζόμενες ($p < 0,05$). Ανατρέχοντας στη βιβλιογραφία, αυτό το εύρημα φαίνεται να επιβεβαιώνεται με τον ίδιο τρόπο στην έρευνα των Damiani et al. (2012). Η εργασία προσφέροντας οικονομική αυτονομία καθώς και πλούσια κοινωνική δικτύωση στη γυναίκα που εργάζεται συγκριτικά με τη μη εργαζόμενη εξομαλύνει άλλες τυχόν ανισότητες και διευκολύνει την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας.

Όσον αφορά το τρίτο ερώτημα σχετικά με την πιθανή διστακτικότητα ή απόρριψη των συμμετεχουσών περί εμβολιασμού κατά του HPV, η στατιστική ανάλυση ανέδειξε τον φόβο για πιθανές παρενέργειες ως τον πιο ισχυρό φραγμό για την μη διενέργεια του εμβολίου ($p < 0,001$). Η συγκεκριμένη πεποίθηση αποτελεί διαχρονικό εύρημα το οποίο επιβεβαιώνεται και στην έρευνα των Βαρελά και Σαρίδη (2014). Πιο αναλυτικά, η απόλυτη απόρριψη του εμβολίου χαρακτηρίζεται εξαιρετικά χαμηλή, καθώς μόλις 2,6% είναι αντίθετο με την ένταξή του στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμού. Επιπροσθέτως, παρατηρείται πως οι θρησκευτικοί φραγμοί έχουν χάσει την ισχύ τους (το 3,6% θεωρεί πως θρησκευτικοί λόγοι μπορούν να λειτουργήσουν ως εμπόδια προς τον εν θέματι εμβολιασμό). Ως εκ τούτου, ενώ δεν υπάρχει απόλυτη ή έκδηλη απόρριψη του εμβολιασμού, παρατηρείται μια ενδόμυχη διστακτικότητα. Μεταξύ των συμμετεχουσών το 36,6% διατυπώνει την άποψη πως ο εμβολιασμός κατά του HPV μπορεί να συμβάλει θετικά στην πρόωμη έναρξη της σεξουαλικής ζωής των εφήβων. Ανατρέχοντας στην ελληνική βιβλιογραφία, παρατηρείται πως η συγκεκριμένη πεποίθηση περί πρόωμης σεξουαλικής ζωής είναι κάτι που επαναλαμβάνεται. Η Donadiki et al. (2014) σε μια από τις πιο εκτεταμένες έρευνες του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών (ΕΚΠΑ) σχετικά με την εμβολιαστική κάλυψη κατά του HPV σημείωσε πως ένα ποσοστό της τάξεως του 45% οδηγήθηκε σε εμβολιασμό μετά την έναρξη των σεξουαλικών σχέσεων, έπειτα από αναβολές μειώνοντας την ισχύ του σκεύασματος. Αξίζει να σημειωθεί πως τόσο στην έρευνα της Donadiki et al. (2014), όσο και στη μελέτη των Forster et al. (2018), η άποψη πως το εμβόλιο κατά του HPV σημαίνει τη σεξουαλική αποχαλίνωση των νέων είναι επιστημονικά αβάσιμη και πιο πολύ έγκειται σε κοινωνικό στερεότυπο. Ένας επιπλέον λόγος διστακτικότητας έχει να κάνει με φυλετικό διαχωρισμό: ανάμεσα στις συμμετέχουσες που απάντησαν πως δεν θα εμβολίαζαν τον γιο τους το 32,4% εξέφρασε την άποψη πως δεν προσφέρει κάλυψη στα αγόρια. Όπως εξηγούν οι Kopsidas et al. (2020) σε αντίστοιχη ελληνική μελέτη, το εμβόλιο έχει συνδεθεί μονάχα με την προστασία από τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας αφήνοντας στο

περιθώριο το ανδρικό φύλο. Στον αντίποδα, το 95,5% των γυναικών απάντησαν πως θα δέχονταν τον εμβολιασμό μετά από μια αυστηρή ιατρική σύσταση. Το αποτέλεσμα αυτό έρχεται σε πλήρη συμφωνία με τη μετα-ανάλυση των Stout et al. όπου αποδείχθηκε πως η ιατρική σύσταση μπορεί να παίζει καταλυτικό ρόλο. Πιο αναλυτικά, αποδείχθηκε πως η ιατρική σύσταση αυξάνει κατά 10,1 φορές την πιθανότητα για εμβολιασμό, καθώς τα ποσοστά αποδοχής από το ποσοστό της τάξεως του 24% άγγιξαν το 60% μετά από την ιατρική εντολή.

Απαντώντας στο τέταρτο ερευνητικό ερώτημα, στην παρούσα έρευνα δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στον βαθμό διστακτικότητας ή απόρριψης περί εμβολιασμού κατά του HPV και στα δημογραφικά και κοινωνικό-οικονομικά χαρακτηριστικά του δείγματος. Όπως εξηγούν και οι Bari et al. (2024), στην έρευνά τους οι κοινωνικές προκαταλήψεις που σχετίζονται με την εμβολιαστική κάλυψη αποτελούν χαρακτηριστικό σχεδόν όλων των κοινωνικών και οικονομικών ομάδων στη χώρα μας. Ο στατιστικός έλεγχος έδειξε ότι ο φόβος των παρενεργειών διαφοροποιείται σημαντικά ανάλογα με το φύλο του παιδιού ($p<0,001$), με τις μητέρες να είναι πιο διστακτικές για τα κορίτσια. Στον αντίποδα, η αυστηρή ιατρική σύσταση αναδείχθηκε ως ο πλέον καθοριστικός θετικός παράγοντας για την κάμψη των αντιστάσεων ($p<0,001$).

Το πέμπτο ερώτημα αφορούσε την αξιολόγηση των γνώσεων των συμμετεχουσών για τους τρόπους αντισύλληψης. Αυτό που αναδείχθηκε από τις απαντήσεις του δείγματος είναι πως οι συμμετέχουσες της παρούσας έρευνας δεν διαθέτουν ικανοποιητικές επιστημονικές γνώσεις σχετικά με την αντισύλληψη. Το 67,2% απάντησε κλινικά εσφαλμένα πως το προφυλακτικό αποτελεί τον πιο ασφαλή τρόπο αντισύλληψης. Η εν λόγω σύγχυση έρχεται σε συμφωνία με τα ευρήματα των Saulle et al. (2013) και των Gkegkes et al. (2017). Οι ερευνητές εξηγούν ότι οι γυναίκες ταυτίζουν την υψηλή προστασία του προφυλακτικού απέναντι στα ΣΜΝ με τη βαθύτερη έννοια της

ασφαλούς αντισύλληψης, γεγονός που αποδίδεται στην έλλειψη ουσιαστικής ενημέρωσης για ζητήματα σεξουαλικής υγείας στην Ελλάδα.

Αναφορικά με το έκτο ερώτημα, οι συμμετέχουσες διαθέτουν υψηλό επίπεδο γνώσεων για το Τεστ-ΠΑΠ συγκριτικά με την εξέταση της μαστογραφίας ($p < 0,001$). Αναφορικά με το Τεστ-ΠΑΠ, η πλειοψηφία γνωρίζει επακριβώς την ηλικία έναρξης της διενέργειας της εν λόγω εξέτασης, τη συχνότητα (87,6%) καθώς και την κατάλληλη στιγμή (62,6%). Αντίθετα, σχετικά με τη μαστογραφία, ενώ οι συμμετέχουσες γνωρίζουν τα κλινικά χαρακτηριστικά της εξέτασης (όπως ότι χρειάζεται να συνοδεύεται με ψηλάφηση και υπέρηχο), το 75,9% πιστεύει λανθασμένα ότι πρέπει να γίνεται ετησίως και όχι ανά διετία σε απουσία παθολογικών ευρημάτων, γεγονός που έρχεται σε αντίθεση με τα σύγχρονα παγκόσμια ιατρικά πρωτόκολλα. Όπως επισημαίνουν οι Smith et al. (2019), η σύγχυση αυτή παρατηρείται σε παγκόσμιο επίπεδο και σχετίζεται με την αναπαραγωγή παλαιότερων ιατρικών οδηγιών. Πιο ειδικά, όπως επισημαίνεται σε σχετικό υπόμνημα του επιστημονικού περιοδικού The Lancet (2015), στην Ελλάδα υπήρχε για πολλά έτη απουσία ενιαίας κατεύθυνσης σε εθνικό επίπεδο, γεγονός που οδήγησε μεγάλη μερίδα του πληθυσμού να αναζητά την εν λόγω υπηρεσία ετησίως.

Το έκτο και τελευταίο ερευνητικό ερώτημα αφορά τον γυναικείο προληπτικό έλεγχο και τις ανάλογες συσχετίσεις. Πιο αναλυτικά, αναφορικά με το Τεστ-ΠΑΠ, οι γυναίκες με υψηλότερο εισόδημα ($p < 0,05$) και όσες διέμεναν σε μεγάλες ή επαρχιακές πόλεις ($p < 0,05$), είχαν σημαντικά καλύτερες γνώσεις σε σύγκριση με τις γυναίκες χαμηλού εισοδήματος που ζούσαν σε χωριά (κάτω των 2.000 κατοίκων). Η συγκεκριμένη διαπίστωση είναι κάτι που δεν συναντάται για πρώτη φορά. Ανατρέχοντας στη βιβλιογραφία, οι Marlow et al. (2019) και οι Pappa et al. (2021) στην Ελλάδα, έχουν ήδη τεκμηριώσει τη σύνδεση ανάμεσα σε χαμηλό εισόδημα και γεωγραφική απομόνωση με χαμηλού βαθμού υπηρεσίες υγείας. Για τη μαστογραφία, η στατιστική ανάλυση ανέδειξε συσχέτιση με βάση την ηλικία: οι γυναίκες της ηλικιακής ομάδας 40–49 ετών παρουσίασαν σημαντικά καλύτερες γνώσεις σε σχέση με τις νεότερες.

($p < 0,05$) και την εργασία ($p < 0,05$). Όπως αναλύεται σε έρευνα των Vrinten et al. (2018), η κινητοποίηση για αναζήτηση υπηρεσιών υγείας αυξάνεται καθώς η γυναίκα εισέρχεται ηλικιακά στην ομάδα στόχο για τη νόσο.

7.2 Περιορισμοί της έρευνας

Κάθε έρευνα διέπεται από ποικίλους περιορισμούς μεθοδολογικούς και μη οι οποίοι χρειάζονται να λαμβάνονται υπόψη κατά την εξαγωγή των συμπερασμάτων. Καταρχάς, το μέγεθος του δείγματος ενώ θεωρείται επαρκές για την ασφαλή εξαγωγή συμπερασμάτων και συσχετίσεων στα πλαίσια μιας εργασίας μεταπτυχιακού προγράμματος, ενδέχεται να περιορίζει τη δυνατότητα για μια γενίκευση στο σύνολο του γυναικείου πληθυσμού της χώρας. Επιπλέον, η δειγματοληψία για την συλλογή των ερευνητικών δεδομένων έχει πραγματοποιηθεί τόσο με τον γεωγραφικό περιορισμό όσο και με τον χρονικό περιορισμό. Πιο αναλυτικά, το δείγμα αποτελείται από γυναίκες οι οποίες για κάποιον λόγο έχουν λάβει υπηρεσίες από κάποιο κέντρο υγείας του Νομού Ηλείας κατά τον μήνα Ιανουάριο του 2026, γεγονός που αυξάνει την μεροληψία επιλογής του μη αναπαριστώντας το δημογραφικό εύρος του Νομού. Τέλος, το γεγονός πως τα ερωτηματολόγια έχουν αυτό-συμπληρούμενο και αυτό-αναφορικό χαρακτήρα ενέχει τον κίνδυνο οι συμμετέχουσες να απαντούν με το κριτήριο της κοινωνικής επιθυμητότητας, αλλοιώνοντας ενδεχομένως τις πραγματικές απαντήσεις τους. Ως εκ τούτου, κρίνεται σημαντικό οι άνωθεν περιορισμοί αφενός να επισημανθούν και αφετέρου να ληφθούν σοβαρά υπόψη κατά την διεξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων.

7.3 Προτάσεις πολιτικής υγείας και μελλοντική έρευνα

Αλληλένδετο και σπουδαίο πεδίο κάθε ερευνητικής εργασίας στον τομέα της υγείας αποτελεί η διατύπωση προτάσεων για μελλοντικές στρατηγικές και επιπλέον έρευνα, όπως αυτές προκύπτουν μετά από την ανάλυση των αποτελεσμάτων και την συζήτηση.

Από τα ευρήματα της παρούσας έρευνας προκύπτει πως ενώ αποτυπώνεται ένα ικανοποιητικό επίπεδο γνώσεων των συμμετεχουσών αναφορικά με τον γυναικείο προληπτικό έλεγχο και τα γυναικολογικά νοσήματα, υπάρχει περιθώριο για επιπλέον βελτίωση. Συμπληρωματικά, η ίδια εικόνα εντοπίζεται και για τις γνώσεις αναφορικά με τον Ιό των Ανθρώπινων Θηλωμάτων, ενώ ο προβληματισμός και ο φόβος για το εμβόλιο κατά του συγκεκριμένου ιού παραμένει αρκετά έντονος. Ως εκ τούτου, κρίνεται απαραίτητος ο σχεδιασμός και η εφαρμογή στοχευμένων παρεμβάσεων σε επίπεδο πρωτογενούς πρόληψης τόσο στα αστικά κέντρα όσο και στην επαρχία μέσω του υπάρχοντος συστήματος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Πιο αναλυτικά, προτείνεται η εφαρμογή δωρεάν οργανωμένων προγραμμάτων πρόληψης για τον καρκίνο τραχήλου της μήτρας σύμφωνα με τα διεθνή πρωτόκολλα σε δομές της Π.Φ.Υ. όπως τα Κέντρα Υγείας και οι Τοπικές Ομάδες Υγείας (Τ.Ο.Μ.Υ.). Συμπληρωματικά σε τέτοιες δράσεις μπορεί να λειτουργήσουν οι νέες μορφές τεχνολογίας μέσω της πρόσκλησης με sms ή ηλεκτρονική αλληλογραφία των γυναικών που είναι στις ηλικιακές ομάδες προς έλεγχο. Απαραίτητη για την επιτυχημένη διεξαγωγή μαζικών ελέγχων κρίνεται η πρόσληψη και η διαρκής στελέχωση των δομών υγείας με επαγγελματίες όπως γυναικολόγοι με την ανάλογη κατάρτιση και μαίες. Σε συνέχεια των δράσεων του προσυμπτωματικού ελέγχου σε εθνικό επίπεδο, σημαντικής σημασίας αποτελεί η δημιουργία μιας ηλεκτρονικής βάσης δεδομένων η οποία αφενός θα συγκροτεί έναν ψηφιακό ιατρικό φάκελο για κάθε γυναίκα και αφετέρου θα εξυπηρετεί επιδημιολογικούς και ερευνητικούς σκοπούς. Τέλος, καθώς η μέθοδος της αυτοληψίας για τον προσυμπτωματικό έλεγχο του HPV όλο και κερδίζει έδαφος, μιας με αυτόν τον τρόπο παρακάμπτονται σημαντικοί ανασταλτικοί παράγοντες κυρίως ψυχολογικής φύσεως, χρειάζεται να πραγματοποιηθούν καμπάνιες ενημέρωσης του πληθυσμού σχετικά με τα οφέλη και την αποτελεσματικότητα της πρωτοποριακής μεθόδου. Αναφορικά με την μείωση του δισταγμού ή και της απόρριψης που εντοπίζεται σχετικά με το εμβόλιο κατά του Ιού των Ανθρώπινων Θηλωμάτων, προτείνονται καμπάνιες ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης τόσο στον ενήλικο όσο και

στον ανήλικο πληθυσμό με σημείο αναφοράς τα σχολεία και μέσω της πλήρους αξιοποίησης των νέων τεχνολογιών καθώς και των μέσων κοινωνικής δικτύωσης.

Αξίζει να σημειωθεί πως οι δράσεις προληπτικής ιατρικής χρειάζονται αρκετό χρόνο προκειμένου να αποτυπωθούν ή να μετρηθούν τα αποτελέσματά τους, γεγονός το οποίο λειτουργεί ανασταλτικά ιδιαίτερα στην περίπτωση του εμβολιασμού μιας και πρόκειται για μια ιατρική πράξη η οποία προϋποθέτει την πρότερη οικοδόμηση εμπιστοσύνης και την αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα με όσον το δυνατόν λιγότερες παρενέργειες. Η ανωτέρω συνθήκη χρειάζεται να ληφθεί σοβαρά υπόψη από τα κυβερνητικά στελέχη αλλά και από τα μέλη της επιστημονικής κοινότητας που συμμετέχουν ενεργά στον σχεδιασμό και την εφαρμογή των υγειονομικών στρατηγικών πρόληψης σχετικά με τον γυναικείο προληπτικό έλεγχο και τα γυναικολογικά νοσήματα όπως ο HPV.

Συμπεράσματα

Συνοψίζοντας τόσο το θεωρητικό όσο και το ειδικό μέρος της παρούσας εργασίας αυτό που προκύπτει είναι πως οι συμμετέχουσες γυναίκες που λαμβάνουν υπηρεσίες από τα Κέντρα Υγείας της 6^{ης} ΥΠΕ και συγκεκριμένα του Νομού Ηλείας διαθέτουν ικανοποιητικό επίπεδο γνώσεων αναφορικά με προληπτικές εξετάσεις όπως η μαστογραφία και το Τεστ – ΠΑΠ καθώς και για τα γυναικολογικά νοσήματα όπως ο Ιός των Ανθρώπινων Θηλωμάτων. Επιπροσθέτως, η πλειονότητα τους προτίθεται να εμβολιαστεί με το εμβόλιο κατά του HPV ύστερα από μια αυστηρή ιατρική σύσταση, ενώ όσοι αρνούνται τον εν λόγω εμβολιασμό παρουσιάζουν τον φόβο για ενδεχόμενες παρενέργειες ως κύρια αίτια απόρριψης του, γεγονός το οποίο είναι επιστημονικά ατεκμηρίωτο. Ως εκ τούτου, προκύπτει βέβαιος ισχυρισμός πως υπάρχει ελλιπής πληροφόρηση από επαγγελματίες υγείας κρατικών δομών οι οποίοι θα μπορούσαν να ενημερώσουν το σύνολο του πληθυσμού για τα οφέλη του εμβολιασμού και για τις σχεδόν ανύπαρκτες μη σημαντικές παρενέργειες του. Εν κατακλείδι, αξίζει να σημειωθεί πως η ενημέρωση ακόμα και όταν αυτή έχει οργανωμένο και μαζικό χαρακτήρα από μόνη της δεν αρκεί, αντιθέτως απαιτείται η πάγια καλλιέργεια μιας βαθύτερης υγειονομικής παιδείας που θα μετατρέψει τη απλή γνώση σε σταθερή προληπτική συνήθεια και ασφαλή υγειονομική συμπεριφορά.

Βιβλιογραφία

Ελληνόγλωσση

Βαρελά, Π. και Σαρίδη, Μ. (2014). “Παράγοντες που σχετίζονται με τις στάσεις και γνώσεις των γονέων για τον εμβολιασμό των εφήβων, κατά του ιού των ανθρώπινων κονδυλωμάτων (HPV)”, *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, τόμ. 7, τευχ. 4, σσ. 24–32.

Βόλτση, Ε., Λαμπρινάκου, Μ., Λιόπα, Μ., Ρεκλείτη, Μ., Σαρίδη, Μ. και Σουλιώτης, Κ. (2014) “Στάσεις και γνώσεις των γυναικών απέναντι στα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα σε σχέση με τη σεξουαλική τους υγεία και τον προληπτικό γυναικολογικό έλεγχο”, *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 13(2), σσ. 177-190. Available at: <http://www.vima-asklipiou.gr>. [Retrieved 02-01-2026].

Διεθνής Εταιρεία Ιού των Θηλωμάτων (International Papillomavirus Society – IPVS). (2025). *International HPV Awareness Day 2025: #OneLessWorry Campaign Report*. International Papillomavirus Society.

Ελληνική Ομοσπονδία Καρκίνου - ΕΛΛΟΚ (2024). *Πρόγραμμα "HPV: Closing the Gap" & Εκστρατεία "Στάσου Κοντά Μας"*. Αθήνα: Ελληνική Ομοσπονδία Καρκίνου.

Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικής Ασφάλισης (ΗΔΙΚΑ). (2025) *Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικής Ασφάλισης (ΗΔΙΚΑ) ΑΕ*. Διαθέσιμο στο: <https://www.idika.gr/>. [Ανάκτηση: 02-01-2026].\

Παπαδόπουλος, Κ. (2019). “Οι γνώμες των γυναικών για την πρόληψη του καρκίνου τραχήλου της μήτρας στα δίκτυα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας της 6ης Υ.Π.Ε”. *Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο*.

Σαρίδη, Μ., Τόσκα, Α., Αλωνιστιώτη, Α., Καπογιώργου, Ε., Ζούκας, Λ., Καμπάς, Ν. και Ρεκλείτη, Μ. (2014) “Ανάπτυξη, Αξιοπιστία και Εγκυρότητα Εργαλείου Μέτρησης των Γνώσεων των Γυναικών Αναφορικά με τα Γυναικολογικά Νοσήματα και τον

Προληπτικό Έλεγχο”, *Νοσηλευτική*, τόμ. 53, τευχ. 1, σσ. 87–94 (pp. 1-2). Available at: hjn.gr. (Retrieved: 26-05-2026).

Υπουργείο Υγείας (2024) *Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών Παιδιών και Εφήβων 2024-Χρονοδιάγραμμα και Συστάσεις*, Αθήνα: Γενική Δ/ση Δημόσιας Υγείας & Ποιότητας Ζωής. Αριθ. Πρωτ. Δ1α/ Γ.Π.οικ.39544. Διαθέσιμο στο: www.moh.gov.gr. [Ανάκτηση: 02-01-2026].

Ξενόγλωσση

AbdulRaheem, Y. (2023) “Unveiling the significance and challenges of integrating prevention levels in healthcare practice”, *Journal of Primary Care & Community Health*, vol. 14, pp. 1–6. Available at: [doi10.1177/21501319231186500](https://doi.org/10.1177/21501319231186500) journals.sagepub.com/home/jpc. [Retrieved 02-01-2025].

Alslaity, A., Chan, G. and Orji, R. (2023) “A panoramic view of personalization based on individual differences in persuasive and behaviour change interventions”, *Frontiers in Artificial Intelligence*, vol. 6, pp. 1-16. Available at: <https://doi.org/10.3389/frai.2023.1125191>. [Retrieved: 04-01-2026].

Bari, S., Vike, N. L., Stefanopoulos, L., Lalvani, S., Kim, B. W., Maglaveras, N., ... & Groth, D. J. (2024). “Predicting vaccination uptake using a small and interpretable set of judgment and demographic variables: Cross-sectional cognitive science study.” *JMIR Public Health and Surveillance*, 10, e47979.

Bhatla, N., Aoki, D., Sharma, D. N. and Sankaranarayanan, R. (2025). “Cancer of the cervix uteri: 2025 update”, *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, vol. 171, no. Suppl. 1, pp. 87–108. Available at: DOI: 10.1002/ijgo.70277. [Retrieved: 04-01-2026].

Birch, I. (2024). “*Global trends and scenarios to 2035*”, K4DD Rapid Evidence Review 152. Brighton, UK: Institute of Development Studies. (pp. 1, 16).

Bolton, D. and Gillett, G. (2019). “*The biopsychosocial model of health and disease: New philosophical and scientific developments*”, London: Palgrave Macmillan. (pp. 1, 4). Available at: <https://doi.org/10.1007/978-3-030-11899-0>. [Retrieved 02-01-2026].

Bosch, F. X. and de Sanjosé, S. (2003). “Human Papillomavirus and Cervical Cancer—Burden and Assessment of Causality”, *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, vol. 31, pp. 3–13 (pp. 1-11). Available at: <https://academic.oup.com/jncimono/article/2003/31/3/951054>. [Retrieved 02-01-2026].

Bowden, S. J., Doulgeraki, T., Bouras, E., Markozannes, G., Athanasiou, A., Grout-Smith, H., Kechagias, K. S., Ellis, L. B., Zuber, V., Chadeau-Hyam, M., Flanagan, J. M., Tsilidis, K. K., Kalliala, I. and Kyrgiou, M. (2023). “Risk factors for human papillomavirus infection, cervical intraepithelial neoplasia and cervical cancer: an umbrella review and follow-up Mendelian randomisation studies”, *BMC Medicine*, vol. 21, 274. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12916-023-02965-w>. [Retrieved 02-01-2026].

Brooks, S. P., Sidhu, K., Cooper, E., Driedger, S. M., Gisenya, L., Kaur, G., Kniseley, M., & Jardine, C. G. (2024). The influence of health service interactions and local policies on vaccination decision-making in immigrant women: A multi-site Canadian qualitative study. *Vaccine*, 42(13), 2793–2800. Available at: <https://www.elsevier.com/locate/vaccine>. [Retrieved: 04-01-2026].

Brotherton, J. M. L., LaMontagne, D. S. and Bloem, P. J. N. (2026) ‘Global status of HPV vaccination two decades in: effective, safe and preventing cancer’, *Expert Review of Vaccines*, vol. 25, no. 1, pp. 1-12. Available at: <https://doi.org/10.1080/14760584.2025.2609869>. [Retrieved: 04-01-2026].

Castle, P. E. (2024). Looking back, moving forward: Challenges and opportunities for global cervical cancer prevention and control. *Viruses*, 16(9), 1357. Available at: <https://doi.org/10.3390/v16091357>. [Retrieved 02-01-2025].

Chandra, S., Broom, A., Ridge, D., Peterie, M., Lafferty, L., Broom, J., Kenny, K., Treloar, C. and Applegate, T. (2025) “Treatment ‘cultures’, sexually transmitted infections and the rise of antimicrobial resistance”, *Sociology of Health & Illness*, vol. e13832. Available at: <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13832>. (Retrieved: 19-01-2026).

Chen, Z., Li, X., Tian, D., Liu, J., Bai, X., Feng, T., Chen, S., Chen, L. and Li, Q. (2024). “Study on the clinical characteristics, persistent infection capability and viral load of human papillomavirus type 26 single infection”, *Virology Journal*, vol. 21, 301. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12985-024-02582-w>. [Retrieved: 04-01-2026].

Cho, H. W., Shim, S. R., Lee, J. K., & Hong, J. H. (2022). Accuracy of human papillomavirus tests on self-collected urine versus clinician-collected samples for the detection of cervical precancer: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Gynecologic Oncology*, 33(1). Available at: <https://doi.org/10.3802/jgo.2022.33.e4>. [Retrieved 02-01-2025].

Cibula, D., Raspollini, M. R., Planchamp, F., Centeno, C., Chargari, C., Felix, A., Fischerová, D., Jahn-Kuch, D., Joly, F., Kohler, C., Lax, S., Lorusso, D., Mahantshetty, U., Mathevet, P., Naik, R., Nout, R. A., Oaknin, A., Peccatori, F., Persson, J., Querleu, D., Rubio Bernabé, S., Schmid, M. P., Stepanyan, A., Svintsitskyi, V., Tamussino, K., Zapardiel, I. and Lindegaard, J. (2023). “ESGO/ESTRO/ESP Guidelines for the management of patients with cervical cancer – Update 2023”, *Virchows Archiv*, vol. 482, pp. 935–966. Available at: <https://doi.org/10.1007/s00428-023-03552-3>. [Retrieved: 04-01-2026].

Collen, S., Chandran, A., Guglielmetti, P., Majek, O., Roobol, M. J., Van Poppel, H., & Torres-Rueda, S. (2025). Informing prostate cancer screening policy makers in the European Union: lessons from cancer screening governance and policymaking. *European Journal of Public Health*, 35(3), 440–446. Available at: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaf066>. [Retrieved 02-01-2025].

Colombo, N., Dubot, C., Lorusso, D., Caceres, M.V., Hasegawa, K., Shapira-Frommer, R., Tewari, K.S., Salman, P., Hoyos Usta, E., Yañez, E., Gümüş, M., Olivera Hurtado de Mendoza, M., Samouëlian, V., Castonguay, V., Arkhipov, A., Toker, S., Li, K., Keefe, S.M. and Monk, B.J. (2021). “Pembrolizumab for Persistent, Recurrent, or Metastatic Cervical Cancer”, *The New England Journal of Medicine*, vol. 385, no. 20, pp. 1856-1867. Available at: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2112435>. [Retrieved: 04-01-2026].

Damiani, G., Federico, B., Basso, D., Ronconi, A., Sammarco, A., & Ricciardi, W. (2012). “Socioeconomic disparities in the uptake of breast and cervical cancer screening in Italy: A cross-sectional study”. *BMC Public Health*, 12, 99.

Donadiki, E. M., Jimenez-Garcia, R., Hernandez-Barrera, V., Sestorain, P., & Velonakis, E. G. (2014). “Human papillomavirus vaccination coverage among Greek higher education female students and predictors of vaccine uptake”. *Public Health*, 128(12), 1085-1091.

Duan, L.L., Yin, H., Li, Q.Y., Zhou, L.J., Mi, X.R. and Ju, Y. (2022). “Correlation between human papillomavirus infection and reproduction”, *Ginekologia Polska*, vol. 93, no. 4, pp. 329–333 (p. 1). Available at: DOI 10.5603/GP.a2021.0175. [Retrieved: 04-01-2026].

Forster, A. S., Rockliffe, L., Chorley, A. J., Marlow, L. A., Bedford, H., & Waller, J. (2018). “HPV Vaccine-Related Risk Perceptions Do Not Predict Sexual Initiation.” *Journal of Adolescent Health*, 62(2), 241-243.

Galvan, S. R. (2023). *Perceived risks and benefits of HPV vaccination: The role of cues to action, numeracy, and literacy*. Master’s Thesis, The University of Texas at El Paso.

Garcia Guerrero, S., Lawlor, R., Bourke, A., Gilmore, J. P., Kelleher, C., Lohan, M., O’Connell, N., O’Donnell, K., Siersbaek, R., Villa, G. and Noone, C. (2026) “Predictors of Recent Incidence Trends in Sexually Transmitted Infections: A Systematic Review Protocol”, *HRB Open Research*, vol. 8, no. 88, pp. 1-15. Available at: <https://doi.org/10.12688/hrbopenres.14222.1>. (Retrieved: 20-01-2026).

Gargano, J. W., Stefanos, R., Dahl, R. M., Castilho, J. L., Bostick, E. A., Niccolai, L. M., Park, I. U., Blankenship, S., Brackney, M. M., Chan, K., Delikat, E. L., Ehlers, S., Gonzalez Barrera, K., Kurtz, R., Meek, J. I., Whitney, E., Vigar, M., Unger, E. R. and Markowitz, L. E. (2025) “Trends in Cervical Precancers Identified Through Population-Based Surveillance — Human Papillomavirus Vaccine Impact Monitoring Project, Five Sites, United States, 2008–2022”, *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 74, no. 6, pp. 96–101.

Gautam, N., Dessie, G., Rahman, M. M. and Khanam, R. (2023) “Socioeconomic status and health behaviour in children and adolescents: a systematic literature review”, *Frontiers in Public Health*, vol. 11, pp. 1–20. Available at: <https://doi.org/10.1080/26410397.2023.2242175>. [Retrieved: 04-01-2026].

Gică, N., Visoiu, I., Mocanu, I.-C., Năstac, A., Sima, R.M., Panaitescu, A.M. and Mehedintu, C. (2025) “Fertility Preservation Strategies in Female Cancer Patients: Current Approaches and Future Directions”, *Medicina*, vol. 61, no. 1794, pp. 1-19. Available at: <https://doi.org/10.3390/medicina61101794>. Retrieved: 04-01-2026].

Gkegkes, I. D., Mavrogianni, D., & Iavazzo, C. (2017). “Contraceptive practices and sexual behavior among young women in Greece”. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 22(3), 215-221.

Glanz, K., Rimer, B. K. and Viswanath, K. (eds.) (2008). *Health behaviour and health education: theory, research, and practice*, 4th edn. San Francisco: Jossey-Bass. Available at: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1228632>. [Retrieved: 04-01-2026].

Graham, S.V. (2017). “The human papillomavirus replication cycle, and its links to cancer progression: a comprehensive review”, *Clinical Science*, vol. 131, pp. 2201–2221. Available at: <https://doi.org/10.1042/CS20160786>. [Retrieved: 04-01-2026].

Gruber, F., Lipozenčić, J. and Kehler, T. (2015). “History of venereal diseases from antiquity to the Renaissance”, *Acta Dermatovenereol Croat*, vol. 23, no. 1, pp. 1-11.

Gruskin, S., Yadav, V., Castellanos-Usigli, A., Khizanishvili, G. and Kismödi, E. (2019) “Sexual health, sexual rights and sexual pleasure: meaningfully engaging the perfect triangle”, *Sexual and Reproductive Health Matters*, vol. 27, no. 1, pp. 29–40. Available at: <https://doi.org/10.1080/26410397.2019.1593787>. (Retrieved 15-01-2026).

Gultekin, M., Ramirez, P.T., Broutet, N. and Hutubessy, R. (2020). “World Health Organization call for action to eliminate cervical cancer globally”, *International Journal of Gynecological Cancer*, vol. 30, no. 4, pp. 426–427. Available at: [doi:10.1136/ijgc-2020-001285](https://doi.org/10.1136/ijgc-2020-001285). [Retrieved 02-01-2025].

Han, J., Zhang, L., Chen, Y., Zhang, Y., Wang, L., Cai, R., Li, M., Dai, Y., Dang, L., Chen, H., & Zhu, L. (2025). Global HPV vaccination programs and coverage rates: a systematic review. *eClinicalMedicine*, 84, Available at: <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2025.103290>. [Retrieved: 04-01-2026].

Hanprasertpong, J., Geater, A., Jiamset, I., Padungkul, L., Hirunkajonpan, P. and Songhong, N. (2017) “Fear of cancer recurrence and its predictors among cervical

cancer survivors”, *Journal of Gynecologic Oncology*, vol. 28, no. 6, p. e72 (jgo-28-e72... p. 1). Available at: <https://ejgo.org/>. [Retrieved: 04-01-2026].

International Agency for Research on Cancer - IARC. 2024. “Global attribution of HPV genotypes to invasive cervical cancer: a systematic analysis”. Press Release No353.

Iversen, T. and Xu, A. (2026). “The Politics of Pessimism: Unfunded Public Goods as a Source of Right-Wing Populism”, *Comparative Political Studies*, vol. 59, no. 1, pp. 82-109 (p. 1). Available at: DOI: 10.1177/00104140241312101 journals.sagepub.com/home/cps. [Retrieved 02-01-2025].

Kahn, J. A. (2007). Maximizing the potential public health impact of HPV vaccines: A focus on parents. *Journal of Adolescent Health*, 40(2), 101–103. Available at doi:10.1016/j.jadohealth.2006.12.002. [Retrieved: 04-01-2026].

Karamanidou, C. and Dimopoulos, K. (2018) “Knowledge, beliefs and communication preferences with regards to the HPV vaccine; the perspective of unvaccinated Greek adolescent girls, young women, and mothers of vaccine-eligible girls”, *Health Psychology and Behavioral Medicine*, vol. 6, no. 1, pp. 180–202. Available at: <https://doi.org/10.1080/21642850.2018.1505518>. [Retrieved: 04-01-2026].

Kessels, S. J., Marshall, H. S., Watson, M., Braunack-Mayer, A. J., Reuzel, R., & Tooher, R. L. (2012). “Factors associated with HPV vaccine uptake in teenage girls: a systematic review”. *Vaccine*, 30(24), 3546-3556.

Khoury, M.J., Iademarco, M.F. and Riley, W.T. (2016). “Precision Public Health for the Era of Precision Medicine”, *American Journal of Preventiv.*

Kleisiaris, C.F., Sfakianakis, C. and Papathanasiou, I.V. (2014). “Health care practices in ancient Greece: The Hippocratic ideal”, *Journal of Medical Ethics and History of*

Medicine, vol. 7, no. 6, pp. 1-5. Available at: DOI: 10.1177/00104140241312101journals.sagepub.com/home/cps. [Retrieved 02-01-2025].

Kombe Kombe, A.J., Li, B., Zahid, A., Mengist, H.M., Bounda, G.-A., Zhou, Y. and Jin, T. (2021). “Epidemiology and Burden of Human Papillomavirus and Related Diseases, Molecular Pathogenesis, and Vaccine Evaluation”, *Frontiers in Public Health*, vol. 8, pp. 552028. Available at: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.552028>. [Retrieved: 04-01-2026].

Kopsidas, I., Tsitsika, A., & Spyridis, N. (2020). “Addressing HPV vaccination challenges in boys: The Greek perspective”. *Hellenic Journal of Pediatrics*, 83(2), 94-101.

Kristensen, T., Foldager, A., Laursen, S. και Mikkelsen, E. (2025). “Sexually transmitted infections (Chlamydia trachomatis, genital HSV, and HPV) and female fertility: A scoping review”, *Sexual & Reproductive Healthcare*. Available at: doi: 10.1016/j.srhc.2025.101067. [Retrieved: 04-01-2026].

Kyei, G. K., Kyei, E. K. and Ansong, R. (2026). “Achieving Cancer Prevention Equity: A Policy Analysis of American Cancer Society HPV Vaccination Guidelines”, *Journal of Advanced Nursing*, vol. 0, pp. 1–15. Available at: <https://doi.org/10.1111/jan.70477>. [Retrieved: 04-01-2026].

Kyrgiou, M., Arbyn, M., Bergeron, C., Bosch, F. X., Dillner, J., Jit, M., Kim, J., Poljak, M., Nieminen, P., Sasieni, P., Kesic, V., Cuzick, J. and Gultekin, M. (2020). “Cervical screening: ESGO-EFC position paper of the European Society of Gynaecologic Oncology (ESGO) and the European Federation of Colposcopy (EFC)”, *British Journal of Cancer*, vol. 123, pp. 510–517. Available at: <https://doi.org/10.1038/s41416-020-0920-9>. [Retrieved: 04-01-2026].

La Marca, A., Semprini, M., Mastellari, E., Donno, V., Capuzzo, M., Alboni, C. and Giulini, S. (2025). “Fertility preservation in women with endometriosis”, *Human Reproduction Open*, vol. 2025, no. 2, pp. 1–13. Available at: <https://orcid.org/0000-0001-7921-9547>. [Retrieved: 04-01-2026].

Larson, H. J., et al. (2018). "Measuring trust in vaccination: A systematic review". *Human Vaccines & Immunotherapeutics*. Available at: <https://doi.org/10.1080/21645515.2018.1459252>. [Retrieved: 04-01-2026].

Loke, A. Y., Kwan, M. L., Wong, Y.-T. and Wong, A. K. Y. (2017) “The Uptake of Human Papillomavirus Vaccination and Its Associated Factors Among Adolescents: A Systematic Review”, *Journal of Primary Care & Community Health*, vol. 8, no. 4, pp. 349–362. Available at: <https://doi.org/10.1177/2150131917742299>. [Retrieved: 04-01-2026].

Lu, P. J., Yankey, D., Fredua, B., Hung, M. C., Sterrett, N., Markowitz, L. E., & Elam–Evans, L. D. (2022). Human papillomavirus vaccination trends among adolescents: 2015 to 2020. *Pediatrics*, 150(1). Available at: <https://doi.org/10.1542/peds.2022-056597>. [Retrieved 02-01-2025].

Luvían-Morales, J., Gutiérrez-Enríquez, S. O., Granados-García, V. and Torres-Poveda, K. (2024). “Risk factors for the development of cervical cancer: analysis of the evidence”, *Frontiers in Oncology*, vol. 14, 1378549. Available at: <https://doi.org/10.3389/fonc.2024.1378549>. Retrieved 02-01-2026].

Maiorano, M. F. P., Cazzolla, A., Maiorano, B. A., Loizzi, V., Cormio, G., Colonna, G. and Lopez, S. (2026) “Impact of HPV vaccine on CIN2+ recurrence after conization: a systematic review and meta-analysis of vaccination timing, valency and surgical margins”, *Frontiers in Oncology*, vol. 16, art. 1748972. Available at: <https://doi.org/10.3389/fonc.2026.1748972>. [Retrieved: 04-01-2026].

Marlow, L. A., Waller, J., & Wardle, J. (2019). “Socioeconomic disparities in knowledge about HPV and the HPV vaccine”. *Vaccine*, 37(27), 3591-3597.

Meissner, D. (2014). “Approaches for developing national STI strategies”, *STI Policy Review*, vol. 5, no. 1, pp. 34-53. Available at: <http://ssrn.com/abstract=2465787>. [Retrieved: 04-01-2026]

Naoum, P., Athanasakis, K., Zarras, D., Kyriopoulos, J., & Pavi, E. (2022). Knowledge, perceptions and attitudes toward HPV vaccination: A survey on parents of girls aged 11–18 years old in Greece. *Frontiers in Global Women's Health*, 3, Available at: <https://doi.org/10.3389/fgwh.2022.871090>. [Retrieved: 04-01-2026].

NCCN- Clinical Practice Guidelines in Oncology. Abu-Rustum, N. R., Campos, S. M., Amarnath, S., Arend, R., Barber, E., Bradley, K., Brooks, R., Chino, J., Chon, H. S., Crispens, M. A., Damast, S., Fisher, C. M., Frederick, P., Gaffney, D. K., Gaillard, S., Giuntoli II, R., Glaser, S., Howitt, B. E., Kendra, K., Landrum, L., Lea, J., Lee, N., Mantia-Smaldone, G., Mariani, A., Mutch, D., Nagel, C., Nekhlyudov, L., Nieto, K., Nwachukwu, C., Podoll, M., Rodabaugh, K., Salani, R., Schorge, J., Schuetze, S., Siedel, J., Sisodia, R., Soliman, P., Ueda, S., Urban, R., Wyse, E., McMillian, N. and Sambandam, V. (2025) “Cervical Cancer, Version 2.2026”, *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, vol. 23, no. 12, pp. 549–573 (p. 1). Available at: <https://doi.org/10.6004/jnccn.2025.0057>. [Retrieved: 04-01-2026].

OECD/European Commission. (2024). “*Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle*”. Paris: OECD Publishing. Available at: <https://doi.org/10.1787/b3704e14-en>. [Retrieved 02-01-2025].

Okwor, I.A., Hitch, G., Hakkim, S., Akbar, S., Sookhoo, D. and Kainesie, J. (2024). “Digital technologies impact on healthcare delivery: A systematic review of artificial intelligence (AI) and machine-learning (ML) adoption, challenges, and

opportunities”, vol. 5, no. 1918, pp. 1918–1941. Available: <https://doi.org/10.3390/ai5040095>. [Retrieved 02-01-2025].

Panagopoulou, P., Skoufi, G. I., & Chatzichristou, P. (2024). “Parental intentions to vaccinate their children for HPV: A cross-sectional nationwide study in Greece.” *Psychology: the Journal of the Hellenic Psychological Society*, 31(2), 145-158.

Pappa, E., Niakas, D., & Kontodimopoulos, N. (2021). “Socioeconomic and geographic determinants of health literacy and preventive screening utilization among women in rural Greece.” *Rural and Remote Health*, 21(3), 6412.

Pergialiotis, V., Papageorgiou, D., Douligieris, A., Mortaki, A., Vlachos, D. E., Thomakos, N., Rodolakis, A., & Haidopoulos, D. (2024). Awareness, knowledge and attitudes of human papillomavirus infection, screening and vaccination: a survey study in Greece. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 309(6), 2031–2040. Available at: <https://doi.org/10.1007/s00404-024-07398-1>. [Retrieved: 04-01-2026].

Pingali, C., Yankey, D., Elam-Evans, L. D., Markowitz, L. E., Williams, C. L., Fredua, B., McNamara, L. A., Stokley, S., & Singleton, J. A. (2021). National, Regional, State, and Selected Local Area Vaccination Coverage Among Adolescents Aged 13–17 Years — United States, 2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)*, 70(35), 1184–1190.

Poljak, M., Valenčak, A.O., Cuschieri, K., Bohinc, K.B. and Arbyn, M. (2024). “2023 global inventory of commercial molecular tests for human papillomaviruses (HPV)”, *Journal of Clinical Virology*, vol. 172, pp. 105671. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.jcv.2024105671>. [Retrieved: 04-01-2026].

Prentice, K.R., Beitelshes, M., Hill, A. and Jones, C.H. (2024). “Defining health equity: A modern US perspective”, *iScience*, vol. 27, no. 111326, pp. 1-13. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.isci.2024.111326>. [Retrieved 02-01-2025].

Ramirez, P. T., Frumovitz, M., Pareja, R., Lopez, A., Vieira, M., Ribeiro, R., Buda, A., Yan, X., Shuzhong, Y., Chetty, N., Isla, D., Tamura, M., Zhu, T., Robledo, K. P., Gebiski, V., Asher, R., Behan, V., Nicklin, J. L., Coleman, R. L. and Obermair, A. (2018). “Minimally Invasive versus Abdominal Radical Hysterectomy for Cervical Cancer”, *The New England Journal of Medicine*, vol. 379, no. 20, pp. 1895-1904. Available at: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1806395>. [Retrieved: 04-01-2026].

Rivera, A. F., Dussault, J. M., Oudin Doglioni, D., Chyderiotis, S., Sicsic, J., Barret, A.-S., Raude, J., Gauchet, A., Gagneux-Brunon, A., Bruel, S., Michel, M., Le Duc-Banaszuk, A.-S., Thilly, N. and Mueller, J. E. (2024) “Sociodemographic determinants of HPV vaccine awareness, uptake, and intention among parents of adolescents in France 2021-22”, *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, vol. 20, no. 1, pp. 1-16. Available at: <https://doi.org/10.1080/21645515.2024.2381300>. [Retrieved: 04-01-2026].

Saulle, R., Semyonov, L., & La Torre, G. (2013). “Women's knowledge and attitudes towards HPV, cervical cancer and HPV vaccine: A systematic review.” *Vaccine*, 31(32), 3210-3214.

Singh, D., Vignat, J., Lorenzoni, V., Eslahi, M., Ginsburg, O., Lauby-Secretan, B., Arbyn, M., Basu, P., Bray, F. and Vaccarella, S. (2023). “Global estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2020: a baseline analysis of the WHO Global Cervical Cancer Elimination Initiative”, *The Lancet Global Health*, vol. 11, pp. e197–e206. Available at: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(22\)00501-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(22)00501-0). [Retrieved: 04-01-2026].

Smith, R. A., Andrews, K. S., Brooks, D., Fedewa, S. A., Manassaram-Baptiste, D., Saslow, D., ... & Wender, R. C. (2019). "Cancer screening in the United States, 2019: A review of current American Cancer Society guidelines and current issues in cancer screening". *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 69(3), 184-210.

Stout, M. E., Christy, S. M., Winger, J. G., Vadaparampil, S. T., & Mosher, C. E. (2021). "Provider communication and HPV vaccine uptake: A meta-analysis and systematic review". *Patient Education and Counseling*, 104(6), 1332-1341.

Sustova, P., Engesæter, B., Øvestad, I. T., Gudlaugsson, E. G., Ghiasvand, R., Skaland, I., Baak, J. P. A., Tropé, A., Janssen, E. A. M. and Munk, A. C. (2025). "The Predictive Impact of HPV Genotypes, Tumor Suppressors and Local Immune Response in the Regression of Cervical Intraepithelial Neoplasia 2-3: A Prospective Population-Based Cohort Study", *International Journal of Molecular Sciences*, vol. 26, 5205. Available at: <https://doi.org/10.3390/ijms26115205>. [Retrieved 02-01-2026].

Thanasas, I., Lavranos, G., Gkogkou, P., & Paraskevis, D. (2022). The effect of health education on adolescents' awareness of HPV infections and attitudes towards HPV vaccination in Greece. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(1), 503. Available at: <https://doi.org/10.3390/ijerph19010503>. [Retrieved: 04-01-2026].

The Lancet. (2015). "Guidelines on cervical and breast cancer screening in Greece." *The Lancet*, 385(9971), 834.

Vincenot, M., Poisbeau, P., Morel-Ferland, N., Dumas, G. and Léonard, G. (2025). "A 5000-year overview of the history of pain through ancient civilizations to modern pain theories", *PAIN Reports*, vol. 10, no. e1241, pp. 1-10. Available at: <http://dx.doi.org/10.1097/PR9.0000000000001241>. [Retrieved 02-01-2025].

Viottini, E., Albanesi, B., Casabona, E., Onorati, R., Campagna, S. και Borraccino, A. (2022). “Ten year trend in emergency department visits for sexually transmitted infections among adolescents: a retrospective cross-sectional study in Italy”, *International Journal of Environmental Research and Public Health*. Available at: doi: 10.3390/ijerph192114207. [Retrieved: 04-01-2026].

Vrinten, C., Wardle, J., & Marlow, L. A. (2018). “Age-related differences in cancer screening knowledge and beliefs”. *Journal of Medical Screening*, 25(1), 32-38.

Walker, T.Y., Elam-Evans, L.D. και Yankey, D. (2019). “National, regional, state, and selected local area vaccination coverage among adolescents aged 13–17 years – United States, 2018”, *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)*, 68(33), σσ. 718–723. Available at: doi: 10.15585/mmwr.mm6833a2. [Retrieved: 04-01-2026].

Wang, Y., Zhang, Z., Luo, J., Han, X., Wei, Y. and Wei, X. (2021) “mRNA vaccine: a potential therapeutic strategy”, *Molecular Cancer*, vol. 20, no. 33 (p. 1). Available at: <https://doi.org/10.1186/s12943-021-01311-z>. [Retrieved 02-01-2025].

Wikman, A., Wardle, J. and Steptoe, A. (2011)/ “Quality of life and affective well-being in middle-aged and older people with chronic medical illnesses: A cross-sectional population based study”, *PLoS ONE*, vol. 6, no. 4, pp. 1–9. (p. 1) Available at: www.blosone.org. [Retrieved 02-01-2025].

Wilailak, S. and Berek, J. S. (2025). “FIGO Cancer Report 2025: Transforming gynecologic oncology through global equity, technological innovation, and preventive strategies”, *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, vol. 171, no. Suppl. 1, p. 4. Available at: obgyn.onlinelibrary.wiley.com. [Retrieved 02-01-2026].

World Health Organization (2026). “*Constitution*”. Available at: www.who.int. [Retrieved: 04-01-2026].

World Health Organization. (2017). “Human papillomavirus vaccines: WHO position paper, May 2017”, *Weekly Epidemiological Record*, 92(19), σσ. 241-268. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/who-wer9219-241-268>. [Retrieved 02-01-2026].

World Health Organization. (2020). “*Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem*”. Geneva: World Health Organization. Available at: www.who.int. [Retrieved 02-01-2026].

World Health Organization. (2023). “Regional action plans for ending AIDS and the epidemics of viral hepatitis and sexually transmitted infections 2022–2030.” Available at: www.who.gr. [Retrieved 02-01-2026].

World Health Organization. (2024). “*Target product profiles for human papillomavirus screening tests to detect cervical pre-cancer and cancer*”. Geneva: World Health Organization. Available at: www.who.gr. [Retrieved: 04-01-2026].

Wouterse, B., Santos, J.V. and Hiligsmann, M. (2025). “Future directions for the economics of prevention”, *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, vol. 25, no. 6, pp. 841–844. doi.org. Available at: <https://doi.org/10.1080/14737167.2025.2498665>. [Retrieved 02-01-2025].

Wouterse, B., Santos, J.V. and Hiligsmann, M. (2025). “Future directions for the economics of prevention”, *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, vol. 25, no. 6, pp. 841–844. <https://doi.org/10.1080/14737167.2025.2498665>. Available at: <https://doi.org/10.1080/14737167.2025.2498665>. [Retrieved: 04-01-2026].

Zhukov, I., Plesons, M., Mladenov, P., Faugli, B., Bjartnes, K. and Agarwal, A. (2023) “*The International Technical and Programmatic Guidance on Out-of-School Comprehensive Sexuality Education – an evidence-informed approach for non-formal,*

*Ευφροσύνη Αγγελοπούλου, Αξιολόγηση των γνώσεων των
γυναικών που λαμβάνουν υπηρεσίες από δομές Πρωτοβάθμιας
Υγείας της 6^{ης} ΥΠΕ αναφορικά με τα γυναικολογικά νοσήματα και
τον προληπτικό έλεγχο*

*out-of-school programmes reaching young people from left-behind populations”,
Sexual and Reproductive Health Matters, vol. 31, no. 2, pp. 1–6. Available at:
<https://doi.org/10.1080/26410397.2023.2242175>. [Retrieved: 04-01-2026].*

Υπεύθυνη Δήλωση Συγγραφέα:

Δηλώνω ρητά ότι, σύμφωνα με το άρθρο 8 του Ν.1599/1986, η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής μου εργασίας, δεν προσβάλλει κάθε μορφής δικαιώματα διανοητικής ιδιοκτησίας, προσωπικότητας και προσωπικών δεδομένων τρίτων, δεν περιέχει έργα/εισφορές τρίτων για τα οποία απαιτείται άδεια των δημιουργών/δικαιούχων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής, οι πηγές δε που χρησιμοποιήθηκαν περιορίζονται στις βιβλιογραφικές αναφορές και μόνον και πληρούν τους κανόνες της επιστημονικής παράθεσης.

*Ευφροσύνη Αγγελοπούλου, Αξιολόγηση των γνώσεων των
γυναικών που λαμβάνουν υπηρεσίες από δομές Πρωτοβάθμιας
Υγείας της 6^{ης} ΥΠΕ αναφορικά με τα γυναικολογικά νοσήματα και
τον προληπτικό έλεγχο*

\

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α΄

*Ευφροσύνη Αγγελοπούλου, Αξιολόγηση των γνώσεων των
γυναικών που λαμβάνουν υπηρεσίες από δομές Πρωτοβάθμιας
Υγείας της 6^{ης} ΥΠΕ αναφορικά με τα γυναικολογικά νοσήματα και
τον προληπτικό έλεγχο*

“&&”&”&&&&”



01.12.2025 10:16:50
ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ
ΨΗΦΙΑΚΑ
ΥΠΟΓΡΑΦΜΕΝΟ
ΑΠΟ
Μάριου
Κατσάλη

, 01/12/2025

. : 84117

: 84117

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ

6^{ης} ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ

ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ – ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ -

ΗΠΕΙΡΟΥ ΚΑΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

Πληροφορίες : Α. Κανελλακοπούλου

Τηλέφωνο : 2613 -600687

e-mail : protokollo@dypede.gr

ΠΡΟΣ

ΚΑ ΑΓΓΕΛΟΠΟΥΛΟΥ ΕΥΦΡΟΣΥΝΗ,

ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ

Θέμα: *Σχετικά με αίτημα χορήγησης Άδειας για τη συλλογή ερευνητικών
δεδομένων*

Σχετ: 1) Η υπ. αριθμ. πρωτ: 84117/17-11-2025 αίτηση της κας Αγγελοπούλου Ευφροσύνης
2) Η υπ' αριθμ. πρωτ. Γ4β/Γ.Π. οικ. 42234/07.08.2024 (ΦΕΚ 855/τ. Υ.Ο.Δ.Δ./09.08.2024),
Απόφαση του Υπουργού και Υφυπουργού Υγείας περί διορισμού Διοικητή της 6ης Υ.ΠΕ.
Πελοποννήσου - Ιονίων Νήσων - Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας.

Σε απάντηση του παραπάνω (1) σχετικού εγγράφου σας και λαμβάνοντας υπόψη την υπ' αριθμ. 22/27-11-2025 (θ.2ο) θετική γνωμοδότηση του ΕΠ.Σ. ΠΦΥ 6ης ΥΠΕ, εγκρίνουμε να συλλέξετε ερευνητικά δεδομένα στα Κέντρα Υγείας Σε απάντηση του παραπάνω (1) σχετικού εγγράφου σας και λαμβάνοντας υπόψη την υπ' αριθμ. 22/27-11-2025 (θ.2ο) θετική γνωμοδότηση του ΕΠ.Σ. ΠΦΥ 6ης ΥΠΕ, εγκρίνουμε να συλλέξετε ερευνητικά δεδομένα στα Κέντρα Υγείας του Ν. Ηλείας, στο πλαίσιο της εργασίας σας με τίτλο: "Αξιολόγηση των γνώσεων των γυναικών που λαμβάνουν υπηρεσίες από Δομές της ΠΦΥ της 6ης ΥΠΕ αναφορικά με τα γυναικολογικά νοσήματα και τον προληπτικό έλεγχο", με την υποχρέωση της τήρησης των αρχών προστασίας προσωπικών δεδομένων και των θεμελιωδών κανόνων ηθικής, επιστημονικής και ερευνητικής δεοντολογίας. Επίσης προτείνεται η εξ' αποστάσεως συλλογή των ερευνητικών δεδομένων και όπου αυτή δεν είναι εφικτή, να γίνεται δια ζώσης, εφόσον έχουν ληφθεί όλα τα προβλεπόμενα μέτρα προστασίας.

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:
Κέντρα Υγείας Ν. Ηλείας

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ

ΗΛΙΑΣ ΘΕΟΔΩΡΟΠΟΥΛΟΣ

*Ευφροσύνη Αγγελοπούλου, Αξιολόγηση των γνώσεων των
γυναικών που λαμβάνουν υπηρεσίες από δομές Πρωτοβάθμιας
Υγείας της 6^{ης} ΥΠΕ αναφορικά με τα γυναικολογικά νοσήματα και
τον προληπτικό έλεγχο*

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β΄

Ευφροσύνη Αγγελοπούλου, Αξιολόγηση των γνώσεων των γυναικών που λαμβάνουν υπηρεσίες από δομές Πρωτοβάθμιας Υγείας της 6^{ης} ΥΠΕ αναφορικά με τα γυναικολογικά νοσήματα και τον προληπτικό έλεγχο



ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

Η έρευνα αυτή πραγματοποιείται στο πλαίσιο της Διπλωματικής Εργασίας στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου Πατρών και διερευνά την **αξιολόγηση των γνώσεων των γυναικών που λαμβάνουν υπηρεσίες από δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της 6ης ΥΠΕ αναφορικά με τα γυναικολογικά νοσήματα και τον προληπτικό έλεγχο**. Παρακαλούμε να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου, το οποίο είναι **ανώνυμο**. Η παρουσίαση των αποτελεσμάτων, αφού προηγηθεί στατιστική ανάλυση και επεξεργασία, θα γίνει με τέτοιο τρόπο και μορφή ώστε να μην υπάρχει πιθανότητα ταυτοποίησης και αναγνώρισης των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα.

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για την πολύτιμη βοήθεια σας.

Ονοματεπώνυμο μεταπτυχιακού φοιτητή : Αγγελοπούλου Ευφροσύνη

Ιδιότητα: Ψυχολόγος – Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια

Τηλέφωνο : 6948831518

e-mail: std154045@ac.eap.gr, frosogaggelopoulou@gmail.com

*Ευφροσύνη Αγγελοπούλου, Αξιολόγηση των γνώσεων των
γυναικών που λαμβάνουν υπηρεσίες από δομές Πρωτοβάθμιας
Υγείας της 6^{ης} ΥΠΕ αναφορικά με τα γυναικολογικά νοσήματα και
τον προληπτικό έλεγχο*

Αριθμός ερωτηματολογίου.....

Ημερομηνία.....

Τμήμα.....

Α) ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Οι πληροφορίες που ζητούνται στη συνέχεια θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για στατιστική επεξεργασία και για κανένα άλλο σκοπό. Απαντήστε κυκλώνοντας τον αντίστοιχο αριθμό.

1. Ποια είναι η ηλικία σας;

Έως 29 ετών	30-39 ετών	40-49 ετών	50-59 ετών	60 και πάνω
1	2	3	4	5

2. Ποιο είναι το φύλο σας;

Αντρας	Γυναίκα
1	2

3. Ποια είναι η εθνικότητά σας;

Ελληνική	Άλλη
1	2

4. Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;

Άγαμος-η	Έγγαμος-η	Χήρος-α	Διαζευγμένος-η
1	2	3	4

5. Αριθμός παιδιών:

Κανένα παιδί	1 παιδί	2 παιδιά	3 παιδιά και πάνω
1	2	3	4

Ευφροσύνη Αγγελοπούλου, Αξιολόγηση των γνώσεων των γυναικών που λαμβάνουν υπηρεσίες από δομές Πρωτοβάθμιας Υγείας της 6^{ης} ΥΠΕ αναφορικά με τα γυναικολογικά νοσήματα και τον προληπτικό έλεγχο

6. Ποια είναι η εργασία σας;

Οικιακά	Άνεργη	Δημόσιος Υπάλληλος	Ιδιωτικός Υπάλληλος	Άλλο
1	2	3	4	5

7. Καθαρό μηνιαίο εισόδημα από την εργασία σας;

Έως 700€	701-1.000 €	1.001 -1.300 €	1.301 -1.500€	1.501-2.000€	Πάνω από 2.000€
1	2	3	4	5	6

8. Τόπος διαμονή σας;

Χωριό (εως 2.000 κάτοικοι)	Επαρχιακή Πόλη(από 2.000 εως 10.000 κάτοικοι)	Μεγαλούπολη(από 10.000 κάτοικοι και άνω)
1	2	3

Β. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΤΗ ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΩΝ ΓΝΩΣΕΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΣΟ ΤΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΘΗΛΩΜΑΤΩΝ Ή ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΩΝ Ή HPV

9. Έχετε ποτέ ακούσει για τη νόσο των ανθρώπινων θηλωμάτων ή κονδυλωμάτων ή HPV;

☐ Ναι

☐ Όχι

10. Αν ναι από πού έχετε ενημερωθεί;

☐ Από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης

☐ Από το γιατρό

☐ Από φίλους-γνωστούς

☐ Από βιβλία

☐ Άλλο

11. Γνωρίζετε πού οφείλεται;

- ☐ Σε μύκητα
- ☐ Σε φάρμακα
- ☐ Σε ιό
- ☐ Στο κάπνισμα
- ☐ Στη διατροφή
- ☐ Σε κληρονομικό ιστορικό
- ☐ Δε γνωρίζω
- ☐ Άλλο.....

12. Πώς μεταδίδεται ;

- ☐ Με απλή επαφή
- ☐ Με σεξουαλική επαφή
- ☐ Με τη διατροφή
- ☐ Με τον αέρα
- ☐ Κληρονομικά
- ☐ Δε γνωρίζω
- ☐ Άλλο

13. Τι μπορεί να προκαλέσει ο HPV;

- ☐ Γαστρεντερίτιδα
- ☐ Κονδυλώματα του τραχήλου της μήτρας
- ☐ Ουρολοίμωξη
- ☐ Καρκίνο του τραχήλου της μήτρας
- ☐ Άλλο
- ☐ Δε γνωρίζω

14. Οι ποιο συχνοί τύποι καρκίνου στη γυναίκα είναι;

- ☐ Του μαστού
- ☐ Του τραχήλου της μήτρας

*Ευφροσύνη Αγγελοπούλου, Αξιολόγηση των γνώσεων των
γυναικών που λαμβάνουν υπηρεσίες από δομές Πρωτοβάθμιας
Υγείας της 6^{ης} ΥΠΕ αναφορικά με τα γυναικολογικά νοσήματα και
τον προληπτικό έλεγχο*

- ☐ Του πνεύμονα
- ☐ Του εντέρου
- ☐ Η λευχαιμία
- ☐ Άλλο

15. Υπάρχει κάποιο άτομο στην οικογένειά σας που να έχει προσβληθεί από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας;

- ☐ Ναι
- ☐ Όχι

16. Αν ναι σε ποια ηλικία εμφανίστηκε ο καρκίνος;

.....ετών

17. Είχε κονδυλώματα;

- ☐ Ναι
- ☐ Όχι

18. Γνωρίζετε ότι υπάρχει εμβόλιο για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας ;

- ☐ Ναι
- ☐ Όχι

19. Γνωρίζετε αν το εμβόλιο αυτό έχει κυκλοφορήσει στην Ελλάδα;

- ☐ Ναι
- ☐ Όχι

20. Γνωρίζετε αν το εμβόλιο αυτό έχει παρενέργειες;

- ☐ Ναι
- ☐ Όχι

21. Σε ποιο βαθμό θα σας επηρέαζαν οι παρενέργειες αυτές για να κάνετε ή όχι το εμβόλιο;

- ☐ Μικρό
- ☐ Μεσαίο
- ☐ Μεγάλο

22. Έχετε εμβολιάσει το παιδί σας με το εμβόλιο του HPV;

☐ Ναι

☐ Όχι

23. Θα δεχόσασταν να εμβολιάσετε την ανήλικη κόρη σας ;

☐ Ναι

☐ Όχι

24. Αν όχι γιατί;

☐ Φοβάστε τις παρενέργειες

☐ Πιστεύετε ότι δεν είναι αποτελεσματικό

☐ Είναι ακριβό

☐ Άλλος λόγος.....

25. Θα δεχόσασταν να εμβολιάσετε τον ανήλικο γιο σας προκειμένου να προστατευθεί η μελλοντική σύντροφός του;

☐ Ναι

☐ Όχι

☐ Δεν το έχω σκεφτεί

26. Αν όχι γιατί;

☐ Φοβάστε τις παρενέργειες

☐ Είναι ακριβό

☐ Πιστεύετε ότι δεν είναι αποτελεσματικό

☐ Δεν προσφέρει στο αγόρι άμεση προστασία

☐ Άλλος λόγος

27. Γνωρίζετε σε ποια ηλικία μπορεί να γίνει το εμβόλιο;

☐ Μετά τα 15

☐ Μεταξύ 10-15 ετών

☐ Πριν τα 10

☐ Δε γνωρίζω

28. Πιστεύετε πως ο εμβολιασμός και η ενημέρωση των εφήβων θα οδηγήσει πιθανά σε αύξηση της σεξουαλικής τους δραστηριότητας;

☐ Ναι

☐ Όχι

29. Υπάρχουν θρησκευτικές πεποιθήσεις οι οποίες σας περιορίζουν να εμβολιάσετε το παιδί σας;

☐ Ναι

☐ Όχι

30. Έχετε αντιρρήσεις με το γεγονός ότι το εμβόλιο είναι στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμού;

☐ Ναι

☐ Όχι

31. Αν ο γιατρός σας προέτρεπε να προβείτε στον εμβολιασμό θα δεχόσασταν;

☐ Ναι

☐ Όχι

32. Πιστεύετε ότι το παιδί θα πρέπει να ενημερωθεί για τον εμβολιασμό και το λόγο για τον οποίο γίνεται ;

☐ Ναι

☐ Όχι

33. Αν ναι από ποιον;

☐ Την οικογένεια

☐ Το σχολείο

☐ Το γιατρό

☐ Τα μέσα μαζικής ενημέρωσης

☐ Άλλο.....

34. Γνωρίζετε κάποιον στο συγγενικό ή φιλικό σας περιβάλλον που να έχει κάνει το εμβόλιο ;

☐ Ναι

☐ Όχι

**Γ. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΤΗ ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΩΝ ΓΝΩΣΕΩΝ ΤΩΝ
ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΑ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΚΑΙ
ΤΟΝ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ.**

35. Ποιος θεωρείτε ότι είναι ο πιο ασφαλής τρόπος αντισύλληψης;

- ☐ Προφυλακτικό
- ☐ Αντισυλληπτικό χάπι
- ☐ Ενδομήτριο σπείραμα
- ☐ Διακεκομμένη συνουσία
- ☐ Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ

36. Τι πιστεύετε ότι ευθύνεται για τις λοιμώξεις με σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα;

- ☐ Ελεύθερες σεξουαλικές σχέσεις χωρίς προφύλαξη
- ☐ Μονογαμικές σχέσεις
- ☐ Πολυγαμικές σχέσεις
- ☐ Ελλιπής πληροφόρηση
- ☐ Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ

37. Ο εμβολιασμός για HPV:

- ☐ Προστατεύει από λοιμώξεις του τραχήλου μήτρας
- ☐ Προστατεύει από προκαρκινικές αλλοιώσεις και καρκίνο
- ☐ Όλα τα παραπάνω
- ☐ Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ

38. Πότε πρέπει να γίνεται το test PAP;

- ☐ Μετά την εμμηνορρυσία
- ☐ Στο μέσο του κύκλου
- ☐ Κατά την εμμηνορρυσία

☐ Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ

39. Σε ποια ηλικία πρέπει να γίνεται πρώτη φορά το test PAP;

☐ Κατά την έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας

☐ Μετά τα 20 έτη

☐ Μετά τα 30 έτη

☐ Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ

40. Ποια πρέπει να είναι η συχνότητα του test PAP;

☐ Μία φορά το έτος, απουσία παθολογικών ευρημάτων

☐ Δύο φορές το έτος, αν κριθεί απαραίτητο από τον γυναικολόγο

☐ Όλα τα παραπάνω

☐ Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ

41. Χρειάζεται προληπτικός έλεγχος (test PAP) μετά τον εμβολιασμό HPV;

☐ Ναι

☐ Όχι

☐ Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ

42. Σε ποια ηλικία πρέπει να γίνεται η μαστογραφία;

☐ Μετά τα 30 έτη

☐ Μετά τα 40 έτη

☐ Μετά τα 50 έτη

☐ Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ

43. Η μαστογραφία πρέπει να γίνεται:

☐ Κάθε έτος

☐ Κάθε 2 έτη

☐ Κάθε 3 έτη

☐ Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ

44. Πότε είναι ο κατάλληλος χρόνος για την ψηλάφηση μαστών;

☐ Μετά την εμμηνορρυσία

Ευφροσύνη Αγγελοπούλου, Αξιολόγηση των γνώσεων των γυναικών που λαμβάνουν υπηρεσίες από δομές Πρωτοβάθμιας Υγείας της 6^{ης} ΥΠΕ αναφορικά με τα γυναικολογικά νοσήματα και τον προληπτικό έλεγχο

- ☐ Κατά την ωορρηξία
- ☐ Κατά την εμμηνορροσία
- ☐ Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ

45. Ο προληπτικός έλεγχος μαστών είναι πιο ασφαλής όταν συνδυάζεται με:

- ☐ Ψηλάφηση μαστών
- ☐ Μαστογραφία
- ☐ Υπέρηχο μαστών
- ☐ Όλα τα παραπάνω
- ☐ Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ

ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ ΠΟΛΥ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΙ ΤΟΝ ΧΡΟΝΟ ΠΟΥ ΔΙΑΘΕΣΑΤΕ!!