



## Σχολή Κοινωνικών Επιστημών

Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών

Διοίκησης Μονάδων Υγείας

Διπλωματική Εργασία

**«Γνώσεις, στάσεις και αντιλήψεις σχετικά με τον καρκίνο του δέρματος  
σε δείγμα γενικού πληθυσμού με βάση το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την  
Υγεία»**

Σταματίνα Αναγνώστου

Επιβλέπων καθηγητής: Πέτρος Σκαπινάκης

Αθήνα, Ιούνιος 2024

Η παρούσα εργασία αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία του/της φοιτητή/φοιτήτριας («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.



**«Γνώσεις, στάσεις και αντιλήψεις σχετικά με τον καρκίνο του δέρματος  
σε δείγμα γενικού πληθυσμού με βάση το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την  
Υγεία »**

Σταματίνα Αναγνώστου

Επιτροπή Επίβλεψης Διπλωματικής Εργασίας

Επιβλέπων Καθηγητής:

Πέτρος Σκαπινάκης

Μέλος ΣΕΠ, ΕΑΠ

Συν-Επιβλέπων Καθηγητής:

Ευάγγελος Καραδήμας

Μέλος ΣΕΠ, ΕΑΠ

Αθήνα, Ιούνιος 2024

*Ευχαριστίες*

Ολοκληρώνοντας την παρούσα διπλωματική εργασία, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή μου κο Σκαπινάκη Πέτρο για τη βοήθεια και την καθοδήγησή του. Ιδιαίτερες ευχαριστίες οφείλω στους συμμετέχοντες στην έρευνά μου, η συμβολή των οποίων ήταν καθοριστική για την υλοποίηση της εργασίας μου.

Επίσης, ευχαριστώ την μητέρα μου, τα αδέρφια μου και τον αρραβωνιαστικό μου Χρήστο για την υποστήριξή τους σε όλη την διάρκεια των σπουδών μου.

Τέλος, αφιερώνω τη διπλωματική μου εργασία στον πατέρα μου, ο οποίος έφυγε νωρίς από τη ζωή.

## Περίληψη

**Σκοπός:** Σκοπός της έρευνας είναι να προσδιοριστούν οι παράγοντες που επιδρούν στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών του γενικού πληθυσμού σε σχέση με τον καρκίνο του δέρματος. Επιπλέον, η έρευνα αυτή αποσκοπεί στο να μελετηθούν οι μεταβλητές από τις οποίες επηρεάζονται οι αντιλήψεις του γενικού πληθυσμού καθώς επίσης να διερευνηθούν οι γνώσεις και οι στάσεις τους για το συγκεκριμένο θέμα.

**Μεθοδολογία:** Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 420 συμμετέχοντες από αστικές και ημιαστικές περιοχές, ηλικίας 18 ετών και άνω. Η διερεύνηση των γνώσεων, των στάσεων και των αντιλήψεων πραγματοποιήθηκε μέσω ανώνυμου ερωτηματολογίου. Τα δεδομένα που συγκεντρώθηκαν επεξεργάστηκαν με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS έκδοσης 25 και με το Microsoft Excel.

**Αποτελέσματα:** Τα στατιστικά αποτελέσματα δείχνουν ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων τον τελευταίο καιρό έχει πάει στην παραλία με ηλιόλουστο καιρό 6-10 φορές. Το σύνολο των ερωτηθέντων υποστηρίζουν ότι τους τελευταίους 12 μήνες έχουν κάνει ηλιοθεραπεία 4-10 φορές. Επίσης, περίπου οι μισοί τοποθετούν το αντηλιακό ως μέτρο προστασίας από τον ήλιο πριν βγουν από το σπίτι. Σχετικά με τις εξετάσεις για τον καρκίνο του δέρματος οι ερωτηθέντες δήλωσαν ότι εξετάζουν το δέρμα τους για τυχόν αλλαγές ετησίως και σπάνια επισκέπτονται έναν επαγγελματία υγείας. Οι γνώσεις τους σχετικά με τον καρκίνο του δέρματος βρίσκονται σε ικανοποιητικό επίπεδο. Έχουν υποκειμενική αίσθηση για τα οφέλη και τη σοβαρότητα του καρκίνου του δέρματος σε μεγάλο βαθμό, ενώ τα επίπεδα της υποκειμενικής τρωτότητας και των ενδείξεων για δράση είναι μέτρια και των αντιληπτών εμποδίων χαμηλά. Τέλος, οι γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες αντιλαμβάνονται περισσότερο τα οφέλη της υιοθέτησης προληπτικής συμπεριφοράς.

**Συμπεράσματα:** Στο συγκεκριμένο δείγμα η υιοθέτηση προληπτικής συμπεριφοράς των συμμετεχόντων σε γενικές γραμμές χαρακτηρίζεται θετική σχετικά με τον καρκίνο του

δέρματος. Οι αντιλήψεις και οι γνώσεις μπορούν να βελτιωθούν μέσα από διάφορα ενημερωτικά προγράμματα πρόληψης του καρκίνου του δέρματος, ώστε να αλλάξουν οι διαστάσεις του Μοντέλου Πεποιθήσεων για την Υγεία και να υιοθετηθούν προληπτικές συμπεριφορές από περισσότερα άτομα.

**Λέξεις – Κλειδιά:** Καρκίνος του δέρματος, υπεριώδης ακτινοβολία, Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία, πρόληψη.

## Knowledge and attitudes regarding skin cancer in a general population sample according to the health belief model

Stamatina Anagnostou

### Abstract

**Purpose:** The purpose of this study is to determine the factors that induce the adoption of the general population's preventative stance against skin cancer. The study also aims to examine the variables that affect the general population's views in addition to inquire about their knowledge and stances on the topic of skin cancer.

**Methodology:** This study's sample consists of 420 recipients from urban and rural areas, aged from 18 years old and above. The canvassing of the knowledge, the stances and the views was accomplished via an anonymous questionnaire. The collected data was processed by the statistical program "SPSS version 25" and by Microsoft Excel.

**Results:** The statistical results show that the majority of the recipients have visited lately the beach on a sunny day 6-10 times. The sum of the recipients claims that in the last 12 months they have sunbathed 4-10 times. Additionally, almost half of them apply their sunscreen before exiting their home as a protection measure against the sun. Concerning the topic of medical examinations for skin cancer, the recipients stated that they examine their skin on a yearly basis but they rarely visit a health professional. Their level of knowledge on skin cancer is on a satisfactory level. Their subjective sense about the benefits and the severity of skin cancer is on a high level, and their vulnerability and indication for action levels are mediocre while the perceived obstacle levels are low. Finally, women perceive more the benefits of adopting a preventative stance against skin cancer compared to men.

**Conclusion:** In this particular sample, the preventative stance adoption of the recipients against skin cancer can be characterized positively on a general basis. Their perceptions and

knowledge can be further improved through various informative programs about skin cancer prevention in order to change the aspects of the Health Belief Model and cause more people to adopt a preventative stance against skin cancer.

**Keywords:** Skin Cancer, Ultraviolet radiation, Health Belief Model, Prevention

## Περιεχόμενα

### Κατάλογος Περιεχομένων

Περίληψη.....	Error! Bookmark not defined.
Abstract .....	Error! Bookmark not defined.
Περιεχόμενα .....	ix
Κατάλογος Εικόνων / Σχημάτων .....	xi
Κατάλογος Πινάκων.....	xii
Συντομογραφίες & Ακρωνύμια.....	xv
Εισαγωγή.....	xvi
Γενικό Μέρος.....	1
1. Ο καρκίνος του δέρματος.....	1
1.1 Ανατομία του δέρματος.....	Error! Bookmark not defined.
1.2 Τύποι δέρματος.....	2
1.3 Μαύρισμα.....	3
1.4 Καρκίνος του δέρματος.....	4
1.4.1 Βασιλοκυτταρικό καρκίνωμα.....	5
1.4.2 Ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα.....	6
1.4.3 Μελάνωμα.....	7
1.5 Διάγνωση του καρκίνου του δέρματος.....	9
1.5.1 Κλινική εξέταση.....	10
1.5.2 Ψηφιακή δερματοσκόπηση.....	10
1.5.3 Ολοσωματική χαρτογράφηση.....	10
1.5.4 Βιοψία-ιστολογική εξέταση.....	11
1.6 Αντιμετώπιση-Θεραπεία του καρκίνου του δέρματος.....	11
1.7 Πρόληψη του καρκίνου του δέρματος.....	13
1.8 Εμφάνιση και θνησιμότητα.....	14
2. Η υπεριώδης ακτινοβολία .....	19
2.1 Η έννοια της υπεριώδους ακτινοβολίας .....	19
2.2 Υπεριώδης ακτινοβολία και δέρμα.....	20
2.3 Ηλιακό έγκαυμα.....	20
3. Το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία (ΜΠΥ).....	21
3.1 Κοινωνικο-γνωστικά μοντέλα σε σχέση με την υγεία και την αρρώστια.....	21
3.2 Ιστορική αναδρομή του ΜΠΥ.....	22
3.3 Περιγραφή του ΜΠΥ.....	22
Ειδικό Μέρος.....	24
4. Μεθοδολογία της έρευνας.....	24
4.1 Σκοπός της έρευνας.....	24
4.2 Ερευνητικά ερωτήματα.....	24
4.3 Πληθυσμός-δείγμα της έρευνας.....	24
4.4 Ηθικά και δεοντολογικά ζητήματα της έρευνας.....	25
4.5 Ερευνητικό εργαλείο.....	25
4.6 Στατιστική ανάλυση δεδομένων.....	26
5. Αποτελέσματα της έρευνας.....	27

5.1	Δημογραφικά και επιμέρους χαρακτηριστικά δείγματος.....	27
5.2	Συμπεριφορά στον ήλιο.....	32
5.3	Προστασία από τον ήλιο.....	33
5.4	Στάση απέναντι στην ηλιοθεραπεία και στο μαύρισμα.....	36
5.5	Γενικές γνώσεις για τον καρκίνο του δέρματος.....	38
5.6	Γνώσεις, στάσεις και αντιλήψεις απέναντι στον καρκίνο του δέρματος.....	40
5.6.1	Συμπεριφορά απέναντι στον ήλιο.....	40
5.6.2	Αντιλήψεις σχετικά με την ηλιοθεραπεία και το μαύρισμα.....	42
5.6.3	Προστασία από τον ήλιο.....	43
5.6.4	Καρκίνος του δέρματος.....	46
5.7	Διαστάσεις του Μοντέλου Πεποιθήσεων για την Υγεία.....	49
6.	Συζήτηση-Συμπεράσματα.....	57
	Περιορισμοί της έρευνας.....	60
	Προτάσεις.....	60
	Βιβλιογραφία.....	61
	Παράρτημα I: «Ερωτηματολόγιο».....	68
	Παράρτημα II: «Έντυπα συγκατάθεσης».....	87
	Παράρτημα III: «Έντυπο συγκατάθεσης για συμμετοχή στην έρευνα».....	88
	Παράρτημα IV: «ANOVA για τις διαστάσεις του ΜΠΥ».....	89

## **Κατάλογος Εικόνων**

Εικόνα 1: Συμπτώματα μελανώματος.....	9
---------------------------------------	---

## Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1: Τύποι δέρματος.....	2
Πίνακας 2: Στάδια καρκίνου δέρματος.....	5
Πίνακας 3: Ποσοστά μελανώματος παγκοσμίως το 2020.....	15
Πίνακας 4: Ποσοστά μη μελανωματικού καρκίνου δέρματος παγκοσμίως το 2020.....	16
Πίνακας 5: Παγκόσμια θνησιμότητα μελανώματος το 2020.....	17
Πίνακας 6: Παγκόσμια θνησιμότητα μη μελανωματικού καρκίνου δέρματος το 2020.....	18
Πίνακας 7: Δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων (N=176).....	28
Πίνακας 8: Περιγραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.....	30
Πίνακας 9: Περιγραφικά χαρακτηριστικά σχετικά με το πόσο χρόνο έχουν περάσει οι συμμετέχοντες σε εξωτερικούς χώρους μεταξύ 10π.μ. και 4 μ.μ. σε ηλιόλουστο καιρό.....	32
Πίνακας 10: Περιγραφικά χαρακτηριστικά σχετικά με το πώς συμπεριφέρονται οι συμμετέχοντες γενικά στον ήλιο.....	33
Πίνακας 11: Περιγραφικά χαρακτηριστικά σχετικά με το ποσοστό του χρόνου που χρησιμοποίησαν τρόπους προστασίας από τον ήλιο όταν βρίσκόντουσαν έξω κατά τις ηλιόλουστες μέρες το περασμένο καλοκαίρι.....	34
Πίνακας 12: Περιγραφικά χαρακτηριστικά σχετικά με το ποσοστό του χρόνου που χρησιμοποίησαν τρόπους προστασίας από τον ήλιο (δουλεύοντας ή περπατώντας σε εξωτερικό χώρο, παίζοντας, κάνοντας σκι) τον περασμένο χειμώνα.....	35
Πίνακας 13: Περιγραφικά χαρακτηριστικά σχετικά με τους τρόπους προστασίας από τον ήλιο.....	35
Πίνακας 14: Περιγραφικά χαρακτηριστικά σχετικά με τη στάση των συμμετεχόντων απέναντι στην ηλιοθεραπεία και το μαύρισμα.....	37
Πίνακας 15: Περιγραφικά χαρακτηριστικά σχετικά με τις γενικές γνώσεις που έχουν οι συμμετέχοντες.....	39
Πίνακας 16: Συντελεστές συσχέτισης Spearman για την αξιολόγηση της συσχέτισης μεταξύ της ηλικίας σε σχέση με το πόσο χρόνο έχουν περάσει οι συμμετέχοντες σε εξωτερικούς χώρους τους τελευταίους 12 μήνες μεταξύ 10π.μ. και 4 μ.μ. σε ηλιόλουστο καιρό.....	41
Πίνακας 17: Αποτελέσματα του ελέγχου Kruskal Wallis για την αξιολόγηση της συσχέτισης των ερωτήσεων «Πώς αντιδρά γενικά το δέρμα σας όταν εκτίθεται στον ήλιο;» και «Τους τελευταίους 12 μήνες περίπου πόσες φορές έχετε κάνει ηλιοθεραπεία στη χώρα σας;».....	42
Πίνακας 18: Έλεγχος t-test για την αξιολόγηση πιθανών διαφορών στις αντιλήψεις των συμμετεχόντων σχετικά με την ηλιοθεραπεία και το μαύρισμα σε σχέση με το φύλο.....	42

Έλεγχος t-test για την αξιολόγηση πιθανών διαφορών στους τρόπους προστασίας από τον ήλιο το περασμένο καλοκαίρι σε σχέση με το φύλο.....	43
Πίνακας 20: Αποτελέσματα ελέγχου Pearson $X^2$ για την αξιολόγηση πιθανών διαφορών στο χρώμα δέρματος των συμμετεχόντων σχετικά με το πότε τοποθετούν το αντηλιακό....	44
Πίνακας 21: Αποτελέσματα του ελέγχου Kruskal Wallis για την αξιολόγηση πιθανών διαφορών στους τρόπους προστασίας των συμμετεχόντων από τον ήλιο τον περασμένο χειμώνα σε σχέση με το αν εργάζονται κυρίως σε εσωτερικούς ή εξωτερικούς χώρους.....	45
Πίνακας 22: Αποτελέσματα του ελέγχου Kruskal Wallis για την αξιολόγηση πιθανής σχέσης της ηλικίας των συμμετεχόντων και του τρόπου που λαμβάνουν πληροφορίες/συμβουλές σχετικά με το πώς μπορούν να προστατευτούν από τον ήλιο.....	46
Πίνακας 23: Συντελεστές συσχέτισης Spearman για την αξιολόγηση της συσχέτισης μεταξύ της ηλικίας σε σχέση με τις δυσκολίες να υιοθετήσουν οι συμμετέχοντες συμπεριφορές που σχετίζονται με τον καρκίνο του δέρματος.....	46
Πίνακας 24: Έλεγχος t-test για την αξιολόγηση πιθανών διαφορών στη στάση των συμμετεχόντων σε διάφορες συμπεριφορές που σχετίζονται με τον καρκίνο του δέρματος σε σχέση με το φύλο.....	47
Πίνακας 25: Έλεγχος t-test για την αξιολόγηση πιθανών διαφορών στην άποψη των συμμετεχόντων για το μελάνωμα σε σχέση με το φύλο.....	49
Πίνακας 26: Περιγραφικά χαρακτηριστικά σχετικά με τον καρκίνο του δέρματος.....	51
Πίνακας 27: Περιγραφικά χαρακτηριστικά σχετικά με την προστασία τους από τον ήλιο...	53
Πίνακας 28: Περιγραφικά χαρακτηριστικά σχετικά με νοσήματα.....	55
Πίνακας 29: Αποτελέσματα για τις διαστάσεις του ΜΠΥ.....	56
Πίνακας 30: Anova-Οφέλη/Φύλο.....	89
Πίνακας 31: Anova Εμπόδια/Φύλο.....	89
Πίνακας 32: Anova Σοβαρότητα/Φύλο.....	90
Πίνακας 33: Anova Τρωτότητα/Φύλο.....	90
Πίνακας 34: Anova Ενδείξεις για Δράση/Φύλο.....	90
Πίνακας 35: Anova Οφέλη/Χρώμα δέρματος.....	91
Πίνακας 36: Anova Εμπόδια/Χρώμα δέρματος.....	91
Πίνακας 37: Anova Σοβαρότητα/Χρώμα δέρματος.....	91
Πίνακας 38: Anova Τρωτότητα/Χρώμα δέρματος.....	92

Πίνακας 39: Απονα Ενδείξεις για δράση/Χρώμα δέρματος.....	92
Πίνακας 40: Απονα Οφέλη/Ελιές > των 6 χιλιοστών.....	93
Πίνακας 41: Απονα Εμπόδια/Ελιές > των 6 χιλιοστών.....	93
Πίνακας 42: Απονα Σοβαρότητα/Ελιές > των 6 χιλιοστών.....	94
Πίνακας 43: Απονα Τρωτότητα/Ελιές > των 6 χιλιοστών.....	94
Πίνακας 44: Απονα Ενδείξεις για Δράση/Ελιές > των 6 χιλιοστών.....	94

## **Συντομογραφίες & Ακρωνύμια**

ΔΕ	Διπλωματική Εργασία
ΕΑΠ	Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο
ΒΚΚ	Βασικοκυτταρικό καρκίνωμα
ΑΚΚ	Ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα
ΜΠΥ	Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία

## Εισαγωγή

Ο καρκίνος του δέρματος είναι η πιο συνηθισμένη μορφή καρκίνου στον κόσμο (Σαρίδης & Σουλιώτης, 2019). Η συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του δέρματος στην Ευρώπη, στην Αμερική και στην Αυστραλία έχει αυξηθεί δραματικά τις τελευταίες δεκαετίες (Fransen et al., 2012). Μόνο στο Ηνωμένο Βασίλειο σημειώνονται περίπου 50.000 περιστατικά ετησίως (Apalla et al., 2017). Παρά τα προληπτικά μέτρα δημόσιας υγείας, τα ποσοστά αναμένεται να συνεχίσουν να αυξάνονται. Ο καρκίνος του δέρματος διακρίνεται σε τρεις μορφές: στον βασικοκυτταρικό καρκίνο, στον ακανθοκυτταρικό καρκίνο, που ανήκουν στην κατηγορία των μη μελανωματικών καρκίνων και στο κακήθες μελάνωμα (Berwick & Hay, 2009). Οι μελανωματικοί καρκίνοι δεν είναι τόσο επικίνδυνοι, αλλά είναι δέκα φορές πιο συχνοί από το κακήθες μελάνωμα (Apalla et al., 2017). Επίσης η επίπτωση του μελανώματος είναι μεγαλύτερη στις γυναίκες, ενώ η θνησιμότητα από μελάνωμα είναι μεγαλύτερη στους άνδρες (Goyal et al., 2017). Η Αυστραλία παρουσιάζει τη μεγαλύτερη επίπτωση, με 40-60 περιπτώσεις ανά 100.000 κατοίκους ανά έτος και ακολουθούν οι Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής με 18 περιπτώσεις ανά 100.000 κατοίκους ανά έτος (Henrikson et al., 2018). Η Ευρώπη έχει χαμηλότερη επίπτωση με 10-15 περιπτώσεις ανά 100.000 κατοίκους ανά έτος (Henrikson et al., 2018).

Υπάρχουν μια σειρά από παράγοντες που προδιαθέτουν την εμφάνιση του καρκίνου του δέρματος. Εξωγενείς παράγοντες όπως είναι η έκθεση σε υπεριώδη ακτινοβολία, συμπεριλαμβανομένων του φυσικού ηλιακού φωτός, του τεχνητού μαυρίσματος και της φωτοθεραπείας (Branstrom et al., 2010). Η υπερβολική έκθεση στην UV ακτινοβολία κατά την παιδική και πρώιμη εφηβική ηλικία αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του δέρματος στην ενήλικη ζωή (Guy et al., 2015). Επιπλέον εξωγενείς παράγοντες που συμβάλουν στην εμφάνιση του καρκίνου του δέρματος είναι ο φαινότυπος (ανοιχτό δέρμα, ανοιχτά μάτια), ο αριθμός των κοινών σπύλων, η γενετική προδιάθεση και το οικογενειακό ιστορικό (Armand & William, 2013).

Ως νοσολογική οντότητα, ο καρκίνος του δέρματος προσφέρεται για πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση και θεραπευτική ίαση (Nagai & Kim, 2017). Ο κύριος περιβαλλοντικός

αιτιολογικός παράγοντας είναι η υπεριώδης ακτινοβολία και η έγκαιρη διάγνωση αυξάνει σημαντικά την πιθανότητα ίασης (Conner & Norman, 1995). Για τον περιορισμό του καρκίνου του δέρματος σημαντική είναι η πρόληψη (Nahar et al., 2013). Για τον σχεδιασμό και την εφαρμογή των προγραμμάτων πρόληψης απαιτείται να κατανοηθούν οι στάσεις και οι συμπεριφορές υγείας που έχουν τα άτομα απέναντι στην υπεριώδης ακτινοβολία και πως αυτές επηρεάζονται με την πάροδο του χρόνου (Diffey, 2002).

Ο στόχος των προγραμμάτων και των δράσεων αγωγής υγείας είναι να βοηθήσουν τα άτομα να διατηρήσουν και να βελτιώσουν την υγεία τους, να προλάβουν την εμφάνιση μιας ασθένειας ή να μειώσουν τον κίνδυνο μιας ασθένειας. Στο πλαίσιο αυτό, συχνά επιδιώκεται η αλλαγή συμπεριφοράς του ατόμου, η οποία προϋποθέτει τη σαφή κατανόηση των υφιστάμενων συμπεριφορών και το πλαίσιο στο οποίο συμβαίνουν (Κουλιεράκης και συν., 2000). Για το σκοπό αυτό, αξιοποιούνται διάφορες θεωρίες που μελετούν τις συμπεριφορές σε θέματα υγείας. Τα κοινωνικο-γνωστικά μοντέλα είναι αυτά που μελετούν τις γνωστικές διεργασίες και μπορούν να προβλέψουν τη συμπεριφορά (Ιωαννίδης και συν., 1999). Το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία (ΜΠΥ) είναι ένα μοντέλο συμπεριφοράς υγείας που έχει ερευνηθεί εκτενώς. Αντικείμενο ανάπτυξης του ΜΠΥ αποτελεί η ερμηνεία και η πρόβλεψη συμπεριφορών της προληπτικής υγείας σε σχέση με ορισμένους τύπους πεποίθησης (Janz & Becker, 1984). Χωρίζεται σε έξι άξονες που είναι η υποκειμενική αίσθηση τρωτότητας, η υποκειμενική αίσθηση σοβαρότητας, τα αντιληπτά οφέλη και τα εμπόδια κατά την υιοθέτηση μιας συμπεριφοράς πρόληψης της ασθένειας, οι ενδείξεις για δράση και η αυτο-αποτελεσματικότητα, που επιδρούν σημαντικά στη διαμόρφωση των πεποιθήσεων (Janz & Becker, 1984).

Η παρούσα διπλωματική εργασία έχει σκοπό να διερευνήσει μέσω του ΜΠΥ τις γνώσεις, τις στάσεις και τις αντιλήψεις του γενικού πληθυσμού σχετικά με τον καρκίνο του δέρματος καθώς και τους παράγοντες που επιδρούν στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών του πληθυσμού. Για την αξιολόγηση της προληπτικής συμπεριφοράς χρησιμοποιήθηκε ως εργαλείο ερωτηματολόγιο βασισμένο στο ΜΠΥ.

Η εργασία χωρίζεται σε δύο μέρη, στο γενικό μέρος το οποίο περιλαμβάνει το θεωρητικό πλαίσιο της μελέτης και το ειδικό μέρος στο οποίο αναλύονται τα ευρήματα της έρευνας με τη βοήθεια της στατιστικής ανάλυσης. Πιο συγκεκριμένα, το θεωρητικό μέρος αποτελείται

από τρεις ενότητες. Στην πρώτη παρουσιάζονται η ανατομία του δέρματος, οι τύποι του δέρματος, το μαύρισμα, οι τύποι του καρκίνου του δέρματος, η διάγνωση, η θεραπεία, η πρόληψη του καρκίνου του δέρματος και η θνησιμότητα. Στη δεύτερη ενότητα αναλύονται η έννοια της υπεριώδους ακτινοβολίας, η επίδρασή της στο δέρμα και το ηλιακό έγκαυμα. Στην τρίτη ενότητα αναλύεται η χρησιμότητα των κοινωνικογνωστικών μοντέλων και περιγράφεται το ΜΠΥ. Τέλος, στο ερευνητικό μέρος παρουσιάζονται η μεθοδολογία της έρευνας, η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων και εξάγονται τα συμπεράσματα της έρευνας.

## Γενικό Μέρος

### 1. Ο καρκίνος του δέρματος

#### 1.1 Ανατομία του δέρματος

Το δέρμα αποτελεί το μεγαλύτερο όργανο στο σώμα ενός ανθρώπου και ζυγίζει περίπου 4 kg (Katinakis, 2002). Βοηθάει στη διατήρηση της θερμοκρασίας του σώματος, προστατεύει από επιβλαβείς ουσίες του περιβάλλοντος σχετικά αποτελεσματικά και προλαμβάνει την αφυδάτωση (Katinakis, 2002). Επίσης το δέρμα βοηθάει στην απαλλαγή από οποιονδήποτε οργανισμό που εισχωρεί και πιθανόν να καταστρέφει του πρώιμους καρκίνους του δέρματος (Kolarsick et al., 2009). Το δέρμα αποτελείται από διάφορες στιβάδες και κάθε μία έχει συγκεκριμένη λειτουργία:

- Η κερατίνη στιβάδα είναι η εξωτερική στιβάδα με προστατευτικό ρόλο, η οποία είναι μια κεράτινη λωρίδα από αδρανή νεκρά κύτταρα, τα οποία έχουν δημιουργηθεί από την υποκείμενη επιδερμίδα (Katinakis, 2002).
- Η επιδερμίδα αποτελείται από κύτταρα, γνωστά ως κερατινοκύτταρα, τα οποία μετακινούνται σταδιακά προς την επιφάνεια, ωριμάζουν και πεθαίνουν δημιουργώντας την κερατίνη στιβάδα. Η επιδερμίδα αποτελείται από τα μελανοκύτταρα, τα επιθηλιακά κύτταρα, τα κύτταρα του Langerhans και τα κύτταρα του Merkel (Katinakis, 2002).
- Η δερμίδα ή χόριο βρίσκεται κάτω από την επιδερμίδα. Είναι μια υποστηρικτική στιβάδα η οποία εμπεριέχει αισθητικά νεύρα και αιμοφόρα αγγεία.
- Η υποδερμίδα βρίσκεται κάτω από τη δερμίδα. Περιέχει συνδετικό ιστό και λίπος και λειτουργεί ως μηχανικός προστατευτικός ρυθμιστής συνδέοντας το δέρμα με το σώμα (Katinakis, 2002).

## 1.2 Τύποι δέρματος

Το δέρμα εκτελεί μια ποικιλία σημαντικών και πολύπλοκων λειτουργιών, από τη ρύθμιση της θερμοκρασίας του σώματος έως την προστασία από τα μικρόβια. Το 1975 ο Thomas B. Fitzpatrick ταξινόμησε το χρώμα του δέρματος ανάλογα με την απόκρισή του στην ηλιακή ακτινοβολία (Fitzpatrick, 1988). Τα άτομα με τύπο I, II και III έχουν την τάση να καίγονται πιο εύκολα και να μαυρίζουν ελάχιστα, ενώ ταυτόχρονα διατρέχουν μεγάλο κίνδυνο από τις μακράς διάρκειας επιδράσεις στο δέρμα εξαιτίας της ηλιακής ακτινοβολίας, που είναι η φωτογήρανση και ο καρκίνος του δέρματος (Fitzpatrick, 1988). Αντίθετα τα άτομα με δερματικό τύπο IV, V και VI είναι περισσότερο προστατευμένα, εκτός από την τάση για φωτογήρανση (Fitzpatrick, 1988).

Ο πίνακας 1 παρουσιάζει τους έξι τύπους δέρματος σύμφωνα με τον Fitzpatrick.

Τύπος δέρματος	Χαρακτηριστικά
I	Ανοιχτό λευκό δέρμα, πάντα καίγεται και σπανίως μαυρίζει
II	Λευκό δέρμα, συνήθως καίγεται και μερικές φορές μαυρίζει
III	Σκούρο λευκό δέρμα, καμιά φορά καίγεται και συνήθως μαυρίζει
IV	Ανοιχτό καφέ δέρμα, καίγεται σπανίως και μαυρίζει εύκολα
V	Καστανό δέρμα, καίγεται σπάνια και μαυρίζει εύκολα
VI	Μαύρο δέρμα, δεν καίγεται ποτέ

**Πίνακας 1.** Τύποι δέρματος (Πηγή: Fitzpatrick, 1988)

### **1.3 Μαύρισμα**

Το μαύρισμα προκαλείται από την έκθεση σε υπεριώδη ακτινοβολία από τον ήλιο ή το σολάριουμ με τεχνητά μέσα (Rogers et al., 2010). Το μαύρισμα είναι το χρώμα που παράγεται από την καστανόχρωμη μελανίνη, η οποία απορροφά την υπεριώδη ακτινοβολία στην επιδερμίδα. Η μελανίνη παράγεται και απελευθερώνεται από τα μελανοκύτταρα της βασικής επιδερμικής στιβάδας στα κερατινοκύτταρα της επιδερμίδας (Rajpar & Marsden, 2008). Επίσης η μελανίνη μεταφέρεται στα βασικά κερατινοκύτταρα, όπου επικάθεται επάνω στους σημαντικούς κυτταρικούς πυρήνες, όπως και στα υπερκείμενα κερατινοκύτταρα που κινούνται ανοδικά προκειμένου να απορριφθούν αργότερα (Rajpar & Marsden, 2008). Με αυτόν τον τρόπο το μαύρισμα παρέχει δύο έως τέσσερις φορές μεγαλύτερη προστασία από ό,τι πριν, ενάντια στην ακόλουθη έκθεση στην υπεριώδη ακτινοβολία, μέχρι να εξαντληθεί το μαύρισμα, καθόσον τα επιφανειακά κύτταρα θα αποβληθούν στις επόμενες εβδομάδες (Clarke et al., 1997).

Το μαύρισμα σε εσωτερικούς χώρους εκθέτει τους χρήστες σε υψηλά επίπεδα υπεριωδών ακτινών. Με την πάροδο του χρόνου, η υπερβολική έκθεση στις ακτίνες UV μπορεί να προκαλέσει καρκίνους του δέρματος (Lawler et al., 207). Επίσης, δεν προστατεύει από τα ηλιακά εγκαύματα. Τέλος, μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρό τραυματισμό. Τα ατυχήματα και τα εγκαύματα στο μαύρισμα σε εσωτερικούς χώρους στέλνουν περισσότερα από 3.000 άτομα στα επείγοντα περιστατικά κάθε χρόνο (Leiter et al., 2015).

Το μαύρισμα δεν είναι σημάδι καλής υγείας αλλά κατεστραμμένων κυττάρων του δέρματος σε τραύμα. Το μαύρισμα μπορεί να συμβάλει στην καταστροφή του DNA, στην πρόωγη γήρανση του δέρματος και στον καρκίνο του δέρματος (Clarke et al., 1997). Κάθε φορά που το δέρμα εκτίθεται στον ήλιο, η συνολική δόση της UV ακτινοβολίας κατά τη διάρκεια της ζωής αυξάνεται (Clarke et al., 1997). Με την πάροδο του χρόνου, αυτή η βλάβη αυξάνεται, ακόμη και όταν δεν υπάρχει ηλιακό έγκαυμα. Τα ηλιακά εγκαύματα είτε είναι σοβαρά είτε είναι ήπια μπορούν να προκαλέσουν βλάβη στο δέρμα (Rajpar & Marsden, 2008).

## **1.4 Καρκίνος τους δέρματος**

Ο καρκίνος τους δέρματος αποτελεί έναν από τους πιο συχνούς τύπους καρκίνου (Σαριδάκη και συν., 2008). Εμφανίζεται σε διάφορες περιοχές του σώματος, κυρίως σε αυτές που εκτίθενται στον ήλιο, χωρίς να σημαίνει ότι περιοχές που δεν εκτίθενται συχνά δεν είναι δυνατό να προσβληθούν (Ιωαννίδης, 2012). Ο καρκίνος του δέρματος είναι η ανεξέλεγκτη ανάπτυξη μη φυσιολογικών κυττάρων στην επιδερμίδα, το πιο εξωτερικό στρώμα του δέρματος, που προκαλείται από μη επισκευασμένη βλάβη του DNA που πυροδοτεί μεταλλάξεις (Αργυρίου και συν., 2018). Αυτές οι μεταλλάξεις οδηγούν τα κύτταρα του δέρματος να πολλαπλασιάζονται γρήγορα και να σχηματίζουν κακοήθους όγκους (Σαριδάκη και συν., 2008).

Οι κύριες μορφές του καρκίνου του δέρματος είναι ο μη μελανωματικός καρκίνος του δέρματος και το κακόηθες μελάνωμα (Rajpar & Marsden, 2008). Στην πρώτη κατηγορία ανήκουν ο βασικοκυτταρικός καρκίνος (BKK) και ο ακανθοκυτταρικός καρκίνος (AKK) (Rajpar & Marsden, 2008). Η έκθεση στην υπεριώδη ακτινοβολία είναι ο σημαντικότερος αιτιολογικός παράγοντας για τους μη μελανοκυτταρικούς καρκίνους του δέρματος (Anand et al. 2008).

Τα στάδια του καρκίνου του δέρματος καθορίζονται από το μέγεθος του όγκου και από το πόσο βαθιά έχει εισχωρήσει στο δέρμα (Buller et al, 2011). Με τη σειρά τους καθορίζουν το βαθμό εξάπλωσης του καρκίνου του δέρματος και τη θεραπεία που απαιτείται. Ο καρκίνος τους δέρματος ανάλογα με τον τύπο του, διαφέρει στην κατάταξη και στη θεραπεία που πρέπει να ακολουθηθεί (Kasparian et al., 2009).

Στο πίνακα 2 παρουσιάζονται τα στάδια του καρκίνου του δέρματος.

Στάδια καρκίνου δέρματος	Χαρακτηριστικά
0	Η κακοήθεια περιορίζεται στην επιφάνεια του δέρματος, χωρίς να έχει εισχωρήσει βαθύτερα.
I	Η κακοήθεια έχει αρχίσει να εισχωρεί στην πρώτη στρώση του δέρματος.
II & III	Η κακοήθεια έχει εισχωρήσει αρκετά στα βαθύτερα στρώματα του δέρματος και πιθανόν να έχει μολύνει τους γειτονικούς ιστούς.
IV	Η κακοήθεια έχει πλέον επεκταθεί και σε άλλα σημεία του σώματος πέρα από το αρχικό.

**Πίνακας 2:** Στάδια καρκίνου δέρματος (Πηγή: Rajpar & Marsden, 2008)

#### 1.4.1 Βασικοκυτταρικό καρκίνωμα

Το βασικοκυτταρικό καρκίνωμα εμφανίζεται συχνότερα σε άτομα άνω των 74 ετών και κυρίως σε άτομα με ανοιχτό δέρμα χρώματος και ματιών αλλά και σε άτομα που έχουν την τάση να καίγονται στον ήλιο. Είναι η συχνότερη κακοήθεια στη λευκή φυλή, αντιστοιχώντας στο 75% των καρκίνων του δέρματος (Kasparian et al., 2009). Η μεταστατική επέκταση και ο θάνατος είναι εξαιρετικά σπάνια αλλά η τοπική καταστροφή ιστού συμβαίνει ύπουλα και μπορεί να είναι εκτεταμένη (Kasparian et al., 2009). Η πλειονότητα των αλλοιώσεων εμπίπτει σε ένα από τους τρεις ιστολογικούς τύπους: οζώδες, επιπολής και σκληρυντικό (Anand et al., 2008).

Τα διαγνωστικά χαρακτηριστικά του ΒΚΚ είναι το διάφανο ρόδινο χρώμα και η παρουσία πολλαπλών επιφανειακών ευρυαγγείων (Stockfleth et al., 2009). Το ήπιο τέντωμα του δέρματος, η απομάκρυνση της προσκολλημένης εφελκίδας καθιστά ευκολότερη την επισκόπηση αυτών των σημείων. Το ΒΚΚ είναι εύκολο να διαγνωσθεί από τα κλινικά του

χαρακτηριστικά αλλά από διαγνωστικής άποψης απαιτείται βιοψία. Το 10% των ασθενών έχουν περισσότερα από ένα ΒΚΚ, γι' αυτό είναι σημαντικό να εξεταστεί και το υπόλοιπο δέρμα (Rajpar & Marsden, 2008).

Οι κυριότεροι παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη του ΒΚΚ είναι η έκθεση στην UV ακτινοβολία, άτομα με ανοιχτό χρώμα δέρματος και ματιών, το οικογενειακό ιστορικό ΒΚΚ, οι πολλαπλοί άτυποι σπίλοι και η ανοσοκαταστολή (Samarasinghe & Madan, 2012). Ο ΒΚΚ δεν είναι απειλητικός για τη ζωή και μπορεί να θεραπευτεί (Kasparian et al., 2009). Ο στόχος της θεραπείας είναι να εξαλειφθεί ο όγκος με ελάχιστη νοσηρότητα και διασπορά στο υγιές δέρμα. Η αποτυχία εξάλειψης ολόκληρου του όγκου μπορεί να οδηγήσει σε τοπική υποτροπή και περαιτέρω διήθηση του ιστού (Friedman et al., 1995). Η αντιμετώπιση του ΒΚΚ σε πολύ αρχικά στάδια γίνεται με κρυοθεραπεία, απόξεση, καυτηριασμός αλλά συνήθως συνίσταται χειρουργική θεραπεία καθώς έχει υψηλά ποσοστά ίασης και καθιστά δυνατή την ιστολογική εξέταση του όγκου (Rajpar & Marsden, 2008).

#### **1.4.2 Ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα**

Το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα είναι ο δεύτερος συχνότερος τύπος καρκίνου του δέρματος, που αντιπροσωπεύει περίπου το 20% με 30% των περιπτώσεων (Buller et al, 2011). Εμφανίζεται κυρίως σε μεγαλύτερες ηλικίες και αναπτύσσεται στο πρόσωπο ή στο δέρμα της κεφαλής με τη μορφή ερυθρού οζιδίου. Τα περισσότερα ΑΚΚ είναι εξεκωλμένα οζίδια, αν και ορισμένα εμφανίζονται ως εξέλκωση και άλλα ως πλάκες (Buller et al, 2011). Ένα σταθερό κλινικό σημείο των ΑΚΚ είναι η σκλήρυνση, η οποία είναι η πάχυνση στα όρια ή στη βάση μιας βλάβης που αντιστοιχεί σε διήθηση του χορίου από κύτταρα του όγκου. Η σκλήρυνση δεν αποτελεί χαρακτηριστικό καλοήθων ή προκαρκινικών επιδερμικών βλαβών (Rajpar & Marsden, 2008).

Η επίπτωση του ΑΚΚ παρουσιάζει εκθετική αύξηση στις ηλικίες άνω των 60 ετών, σε διπλάσιο ποσοστό στους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες (Leiter et al., 2020). Το ΑΚΚ είναι επιθετικότερο από το ΒΚΚ καθώς δεν διηθεί μόνο σε παρακείμενους ιστούς αλλά μπορεί να εξαπλωθεί και να αναπτύξει μεταστάσεις σε λεμφαδένες ή σε εσωτερικά όργανα (Stephens et al., 2009).

Οι σημαντικότεροι παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη ΑΚΚ είναι η έκθεση σε υπεριώδη ακτινοβολία, συμπεριλαμβανομένων του φυσικού ηλιακού φωτός, του τεχνητού μαυρίσματος και της φωτοθεραπείας (Rajpar & Marsden, 2008). Επίσης είναι η παρουσία πολλών ακτινικών υπερκερατώσεων και βλαβών της νόσου του Bowen, προηγούμενοι μη μελανοκυτταρικοί καρκίνοι του δέρματος, ανοσοκαταστολή, ουλές εγκαυμάτων, χρόνια έλκη, συρίγγια, χρόνια φλεγμονή του δέρματος και προηγούμενη ακτινοθεραπεία (Rajpar & Marsden, 2008).

Οι βασικές θεραπευτικές επιλογές για το ΑΚΚ είναι η απόξεση, καυτηριασμός, κρυοθεραπεία και ακτινοθεραπεία για όγκους χαμηλού κινδύνου με διάμετρο  $<6$  mm (Rajpar & Marsden, 2008). Τα καρκινώματα υψηλού κινδύνου περιλαμβάνουν την επιθετική θεραπεία που είναι η χειρουργική αφαίρεση και η μακροχρόνια μετεγχειρητική παρακολούθηση για την έγκαιρη αναγνώριση υποτροπών και μεταστάσεων (Rajpar & Marsden, 2008).

#### **1.4.3 Μελάνωμα**

Το κακοήθες μελάνωμα αναπτύσσεται από τα μελανοκύτταρα, κύτταρα του δέρματος που παράγουν τη χρωστική ουσία μελανίνη, η οποία δίνει στο δέρμα το χρώμα του (Berwick & Hay, 2009). Οι πιο συχνές θέσεις εντόπισης μελανώματος είναι τα κάτω άκρα για τις γυναίκες και ο κορμός για τους άνδρες (Berwick & Hay, 2009). Το μελάνωμα είναι η πιο επικίνδυνη από τις τρεις πιο κοινές μορφές δέρματος (Fransen et al., 2012). Εάν διαγνωστεί σε αρχικό στάδιο μπορεί να θεραπευτεί, οπότε είναι σημαντικό να ανιχνευτούν και να αναγνωριστούν τα πρώτα σημεία αυτής της επιθετικής μορφής του καρκίνου (Linare et al., 2015). Αντιθέτως εάν υπάρξει καθυστέρηση στη διάγνωση μπορεί να επιτρέψει τη διασπορά σε εσωτερικά όργανα (Linare et al., 2015). Το μελάνωμα μοιάζει οπτικά με τους σπίλους ωστόσο εμφανίζει κάποιες διαφορές ως προς το μέγεθος, τη συμμετρία και το χρώμα. Το κακοήθες μελάνωμα μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία, όχι σπανίως σε νεαρούς ενήλικες, αν και είναι συχνότερη η εμφάνισή τους σε άτομα ηλικίας άνω των 50 ετών, είναι πιο σπάνιο σε ηλικίες κάτω των 16 ετών (Krensel et al., 2018).

Το μελάνωμα διακρίνεται σε τέσσερις τύπους που είναι το οζώδες μελάνωμα, το επιφανειακώς επεκτεινόμενο, το φακοειδές μελάνωμα και το μελάνωμα των άκρων (Berwick & Hay, 2009). Οι πιο ισχυροί παράγοντες κινδύνου εμφάνισης κακοήθους μελανώματος είναι το ανοιχτόχρωμο δέρμα, η διαλείπουσα έκθεση στην ηλιακή ακτινοβολία, η χρήση συσκευών τεχνητού μαυρίσματος, ο μεγάλος αριθμός κοινών και κλινικά άτυπων σπίλων, το οικογενειακό ιστορικό μελανώματος ή μη μελανωτικού καρκίνου του δέρματος και η ανοσοκαταστολή (Αργυρίου και συν., 2018).

Μια απλή αξιολόγηση των σπίλων σε σχέση με το μελάνωμα βασίζεται στη μέθοδο ABCDE, η οποία δίνει βαρύτητα σε πέντε βασικά χαρακτηριστικά. Τα πρώτα τέσσερα κριτήρια αφορούν σε στατιστικά χαρακτηριστικά που μπορούν να εκτιμηθούν κατά την εξέταση, ενώ το πέμπτο κριτήριο αξιολογεί τη δυναμική της βλάβης και εκτιμάται από το ιστορικό (Gupta et al., 2016):. Είναι χρήσιμα για ανίχνευση του επιφανειακώς μελανώματος αλλά λιγότερα χρήσιμα για το οζώδες, το αμελανωτικό και το πρώιμο μελάνωμα (Apalla et al., 2017).

Παρακάτω παρουσιάζεται αναλυτικά η διάγνωση του μελανώματος που βασίζεται στον διεθνή δερματολογικό κανόνα ABCDE (Gupta et al., 2016):

A (Asymmetry-ασυμμετρία), το μισό τμήμα της βλάβης δεν είναι ίδιο με το άλλο μισό σε σχήμα ή σε χρώμα.

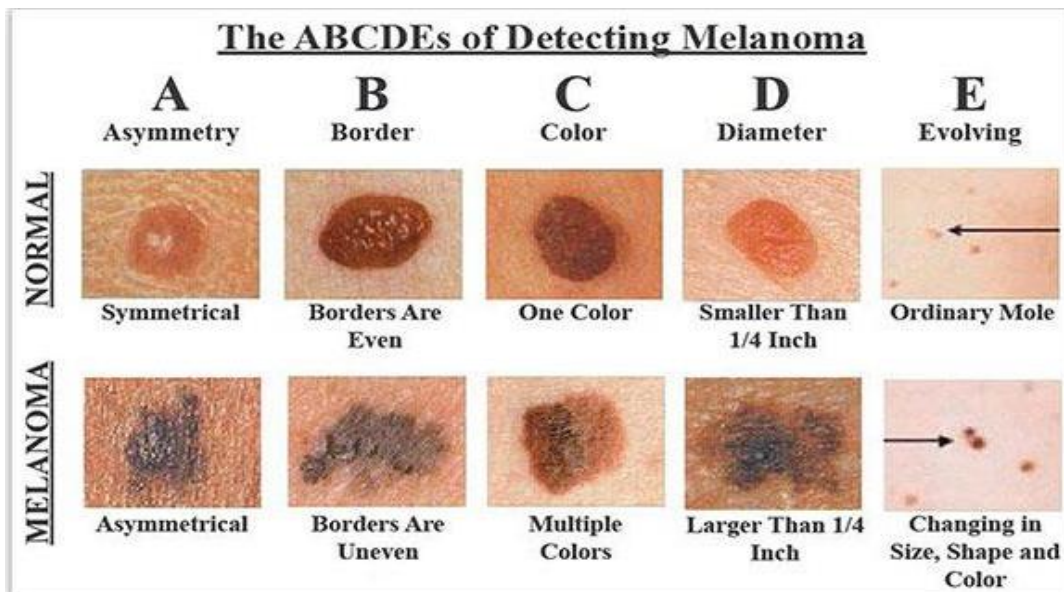
B (Border irregularity-ανώμαλα όρια), βλάβη με ασαφή ή οδοντωτά όρια.

C (Color-χρώμα), βλάβη με περισσότερα του ενός χρώματα.

D (Diameter-διάμετρος), βλάβη με διάμετρο πάνω από 6-7 χιλιοστά.

E (Evolving-εξέλιξη), νέα βλάβη ή ιστορικό μεταβολής του μεγέθους, σχήματος ή χρώματος.

Στην εικόνα 1 φαίνονται τα χαρακτηριστικά συμπτώματα μελανωματικών σπίλων συγκριτικά με φυσιολογικούς σπίλους.



Εικόνα 1. Συμπτώματα μελανώματος (Πηγή: Gupta et al., 2016)

Η αρχική αντιμετώπιση ύποπτης βλάβης για μελάνωμα είναι η εκτομή της για τη διενέργεια βιοψίας. Η θεραπεία και το διάστημα παρακολούθησης των ασθενών εξαρτάται από το βάθος της βλάβης, το μέγεθος, τη θέση της και το στάδιό της. Μερικές από τις θεραπευτικές πρακτικές που ακολουθούνται είναι η χειρουργική εκτομή, λεμφαδενικός καθαρισμός, χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία και ανοσοθεραπεία (Rajpar & Marsden, 2008).

### 1.5 Διάγνωση του καρκίνου του δέρματος

Η διάγνωση του καρκίνου του δέρματος πραγματοποιείται αποκλειστικά από εξειδικευμένο ιατρό, ο οποίος θα εξετάσει σε αρχικό στάδιο τα συμπτώματα και έπειτα θα προβεί στις απαραίτητες ιστολογικές εξετάσεις. Τα στάδια της διάγνωσης του καρκίνου του δέρματος είναι η κλινική εξέταση, η ψηφιακή δερματοσκόπηση, η ολοσωματική χαρτογράφηση και η βιοψία-ιστολογική εξέταση (Buller et al., 2011). Με τους τρόπους αυτούς ο ιατρός είναι σε θέση να καταλάβει τον τύπο του καρκίνου και την έκταση του προβλήματος.

### **1.5.1 Κλινική εξέταση**

Όταν ο ασθενής εντοπίσει μια ύποπτη μελαγχρωματική βλάβη απευθύνεται σε εξειδικευμένο ιατρό προκειμένου να διαγνωστεί έγκαιρα ο σπίλος (χρώμα, μέγεθος, σχήμα) ή ένας πρώιμος καρκίνος του δέρματος (Rajpar & Marsden, 2008). Στην περίπτωση που εντοπιστεί κάποιο πρόβλημα ο ιατρός θα υποδείξει κάποιες πιο εξειδικευμένες εξετάσεις.

### **1.5.2 Ψηφιακή δερματοσκόπηση**

Η ψηφιακή δερματοσκόπηση είναι μια ανώδυνη μη επεμβατική μέθοδος εξέτασης της μορφολογίας του δέρματος η οποία αναδεικνύει τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και χρώματα της επιδερμίδας που δεν είναι ορατά με γυμνό μάτι (Rajpar & Marsden, 2008). Η εν λόγω εξέταση πραγματοποιείται με τη βοήθεια του ψηφιακού δερματοσκόπιου, ενός μεγεθυντικού εργαλείου που συνδέεται με ηλεκτρονικό σύστημα διάγνωσης, το οποίο λαμβάνει, αναλύει και αποθηκεύει τα αποτελέσματα της εξέτασης (Rajpar & Marsden, 2008). Επίσης το ψηφιακό δερματοσκόπιο διαθέτει κάμερα υψηλής ανάλυσης η οποία φωτογραφίζει τους σπίλους για μελλοντική αναφορά και σύγκριση. Με αυτόν τον τρόπο υπάρχει ένα άμεσα προσβάσιμο ιατρικό αρχείο καταγραφής, όπου ο ιατρός μπορεί να απευθύνεται για τη σύγκριση, ανάλυση και αξιολόγηση υπαρχόντων και νέων σπίλων ή δερματικών βλαβών στο σώμα (Rajpar & Marsden, 2008).

### **1.5.3 Ολοσωματική χαρτογράφηση**

Η ολοσωματική χαρτογράφηση είναι επίσης μια μη επεμβατική και ανώδυνη εξέταση, η οποία καταγράφει και εξετάζει του σπίλους που υπάρχουν σε όλο το σώμα (Apalla et al., 2017). Η εξέταση αυτή μπορεί να εντοπίσει κακοήθειες και να διαγνώσει τον καρκίνο του δέρματος σε αρχικό στάδιο. Η ολοσωματική χαρτογράφηση ή χαρτογράφηση σπίλων προσφέρει απεικόνιση από κάμερα υψηλής ανάλυσης, η οποία συνδέεται με κατάλληλο λογισμικό για σκανάρισμα, καταγραφή και ανάλυση των σπίλων (Apalla et al., 2017). Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να δημιουργείται ένας ψηφιακός χάρτης των σπίλων του σώματος με δυνατότητα σύγκρισης και αξιολόγησης του βαθμού επικινδυνότητας τυχόν αλλοιώσεων.

#### **1.5.4 Βιοψία-ιστολογική εξέταση**

Ο ιατρός μετά από τις εξετάσεις της δερματοσκόπησης και της χαρτογράφησης, εάν κρίνει ότι υπάρχουν ενδείξεις κακοήθειας, η διαδικασία ολοκληρώνεται με την αφαίρεση υλικού από την περιοχή που υφίσταται ο καρκίνος, ώστε να γίνει η βιοψία- ιστολογική εξέταση. Ανάλογα με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της πάσχουσας περιοχής, ο ιατρός μπορεί να προβεί σε τμηματική βιοψία ή σε βιοψία εκτομής (Goyal et al., 2017). Κατά την τμηματική βιοψία γίνεται αφαίρεση ενός τμήματος της βλάβης σε όλο το πάχος. Πρόκειται για μια απλή διαδικασία που γίνεται με χρήση τοπικής αναισθησίας. Σε περίπτωση όπου η πάσχουσα περιοχή φέρει μεγαλύτερα σημάδια, τότε ο ιατρός προβαίνει σε βιοψία εκτομής, δηλαδή χειρουργική αφαίρεση με τη χρήση νυστεριού της πάσχουσας περιοχής (Apalla et al., 2017). Με την ιστολογική εξέταση ο ιατρός είναι σε θέση να καταλάβει τον τύπο του καρκίνου και το στάδιο στο οποίο βρίσκεται ο ασθενής.

### **1.6 Αντιμετώπιση-Θεραπεία του καρκίνου του δέρματος**

Στην περίπτωση όπου ο εξειδικευμένος ιατρός διαπιστώσει ότι ο ασθενής πάσχει από καρκίνο του δέρματος, θα προχωρήσει στη θεραπεία έχοντας υπόψη τον τύπο του καρκίνου, το μέγεθος και το βάθος της διήθησης αλλά και τη γενική κατάσταση του οργανισμού και την ηλικία του ασθενούς (Rajpar & Marsden, 2008). Ο στόχος της θεραπείας των καρκίνων του δέρματος είναι η ολική αφαίρεση του όγκου μαζί με τις όποιες μικρομεταστάσεις, ώστε το αποτέλεσμα να είναι αποδεκτό και η λειτουργική νοσηρότητα ελάχιστη (Rajpar & Marsden, 2008).

Η χειρουργική επέμβαση αποτελεί την κύρια θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου του δέρματος και διακρίνεται στη χειρουργική εκτομή ή θεραπεία εκλογής και στη μικρογραφική χειρουργική του Mohs (Rajpar & Marsden, 2008). Η επιλογή των θεραπευτικών τεχνικών εξαρτάται από το στάδιο που βρίσκεται ο καρκίνος. Με χειρουργική εκτομή αντιμετωπίζονται τα πρωτογενή καρκινώματα χαμηλού κινδύνου ενώ η τεχνική χειρουργική του Mohs επιλέγεται για υψηλού κινδύνου, καθώς ο χειρουργός ελέγχει στο μικροσκόπιο και γνωρίζει εάν ο καρκίνος έχει αφαιρεθεί και δεν αντιμετωπίζονται πια καρκινικά κύτταρα (Rajpar & Marsden, 2008). Τα οφέλη της

χειρουργικής εκτομής έναντι της μη χειρουργικής θεραπείας, όπως είναι η ακτινοθεραπεία, είναι ότι μπορεί να ολοκληρωθεί σε μια επίσκεψη, ολόκληρη η βλάβη είναι διαθέσιμη για ιστολογική εξέταση και τα όρια της εκτομής μπορούν να εξασφαλίσουν την πλήρη αφαίρεση του όγκου (Rajpar & Marsden, 2008). Επίσης η μικρογραφική χειρουργική κατά Mohs είναι η πιο ακριβής μέθοδος εκτομής του καρκίνου και χρησιμοποιείται σε εξειδικευμένα κέντρα για τη θεραπεία συγκεκριμένων όγκων, κυρίως ΒΚΚ.

Μια άλλη μορφή θεραπείας για τον καρκίνο του δέρματος είναι η ακτινοθεραπεία (Rajpar & Marsden, 2008). Έχει ποσοστά ίασης 90%, τα οποία είναι γενικά παρόμοια με αυτά που επιτυγχάνονται με τη χειρουργική επέμβαση (Rajpar & Marsden, 2008). Είναι ιδιαιτέρως χρήσιμη για τις θέσεις όπου η χειρουργική αποκατάσταση μπορεί να είναι δύσκολη και για ασθενείς στους οποίους δεν ενδείκνυται η χειρουργική επέμβαση. Ωστόσο, η ακτινοθεραπεία μπορεί να επιβαρύνει περαιτέρω το δέρμα που έχει ήδη υποστεί ηλιακή βλάβη και αυξάνει αθροιστικά τον κίνδυνο του καρκίνου που προκαλείται από ακτινοβολία στο δέρμα που ήδη είναι επιρρεπές στον καρκίνο. Για να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος δευτεροπαθούς κινδύνου, η χρήση της ακτινοθεραπείας περιορίζεται σε άτομα μεγαλύτερα των 60-65 ετών (Rajpar & Marsden, 2008).

Επιπλέον οι μέθοδοι απόξεσης και καυτηριασμού/κρυοθεραπεία είναι θεραπείες που μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε όγκους χαμηλού κινδύνου με διάμετρο μικρότερη των 6mm και που δεν έχουν κανένα από τα χαρακτηριστικά που σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο μετάστασης (Rajpar & Marsden, 2008). Παρόλα αυτά προτιμάται η χειρουργική επέμβαση, καθώς αυτές οι τεχνικές δεν επιτρέπουν την ιστολογική εξέταση των ορίων εκτομής ή του πάχους του όγκου, εξαρτώνται πολύ από το θεράποντα ιατρό και απαιτούν προσεκτική επιλογή ασθενών (Rajpar & Marsden, 2008). Επομένως αυτές οι μέθοδοι θα πρέπει να εφαρμόζονται μόνο από έμπειρους ιατρούς.

Τέλος, μια πρωτοποριακή επιλογή θεραπείας είναι η ανοσοθεραπεία (Jones et al., 2020). Ενισχύει την ικανότητα του σώματος να καταπολέμα το μελάνωμα χρησιμοποιώντας συνθετικές εκδόσεις φυσικών πρωτεϊνών του ανοσοποιητικού συστήματος ή επιτρέποντας την απελευθέρωση κυττάρων που επιτίθενται στους όγκους (Αργυρίου και συν., 2018).

## **1.7 Πρόληψη του καρκίνου του δέρματος**

Οι προληπτικές δράσεις αποσκοπούν στην αποτροπή της εμφάνισης ασθενειών ή στη μείωση της συχνότητας εμφάνισής τους και στην εξάπλωσή τους στον ευρύτερο πληθυσμό (Coats, 1997). Η πρωτοβάθμια πρόληψη στοχεύει στον περιορισμό των επιπτώσεων της νόσου με τον έλεγχο των αιτιών και των παραγόντων κινδύνου. Επίσης, η δευτεροβάθμια πρόληψη στοχεύει στη μείωση των σοβαρότερων συνεπειών της νόσου μέσω της έγκαιρης διάγνωσης και θεραπείας. Τέλος, η τριτοβάθμια πρόληψη στοχεύει στην παρεμπόδιση της εξέλιξης ή των επιπλοκών της νόσου που έχει διαγνωστεί (Nahar et al., 2013).

Η πρόληψη του καρκίνου μειώνει τον αριθμό των νέων περιπτώσεων καρκίνου σε μια ομάδα ή πληθυσμό (Nagai & Kim, 2017). Το σημαντικότερο βήμα για την ελάττωση των πιθανοτήτων εμφάνισης καρκίνου του δέρματος είναι η λήψη προληπτικών μέτρων για την υπεριώδη ακτινοβολία UV (Nagai & Kim, 2017). Η πρόληψη δεν αφορά μόνο τα άτομα που βρίσκονται σε ομάδες υψηλού κινδύνου αλλά όλα τα άτομα ανεξαιρέτως. Ο εκτεταμένος περιορισμός έκθεσης στο ισχυρό ηλιακό φως είναι ιδιαίτερος σημαντικός στα παιδιά και στους νεαρούς ενήλικους, αφού ένα μεγάλο τμήμα του συνολικού κινδύνου οφείλεται σε έκθεση στην υπεριώδη ακτινοβολία σε αυτές τις ηλικίες (Pettigrew et al., 2016). Απλή αποφυγή του ήλιου θα πρέπει να συνίσταται σε ασθενείς με κίνδυνο για καρκίνο του δέρματος ή που καίγονται εύκολα και σε περιοχές με υψηλό ή χαμηλό γεωγραφικό πλάτος (Nahar et al., 2013). Τα βήματα προστασίας από την ηλιακή ακτινοβολία είναι (Linares et al., 2015):

- Η αποφυγή της παρατεταμένης παραμονής στον ήλιο και αναζήτηση σκιερών μέρους ιδιαίτερα τις μεσημβρινές ώρες.
- Η χρήση ρούχων ως προστασία, όπως είναι το καπέλο, η μπλούζα, τα γυαλιά ηλίου κατά την έκθεση στον ήλιο.
- Η χρήση αντηλιακού με υψηλό δείκτη SPF (30-50+) και υψηλή προστασία από τις ακτίνες Α.
- Η χρήση του αντηλιακού πρέπει να εφαρμόζεται κάθε 15 με 30 λεπτά πριν την επαφή με τον ήλιο και συστηματικά κάθε 2 ώρες μετά το κολύμπι, την εφίδρωση ή την άσκηση.
- Η αποφυγή χρήσης τεχνητού μαυρίσματος.

- Η αυτοεξέταση κατά την οποία είναι δυνατή η τακτική παρακολούθηση των σπύλων και των δερματικών αλλοιώσεων για οποιαδήποτε αλλαγή και ο έγκαιρος εντοπισμός νέων.
- Η επίσκεψη σε ένα δερματολόγο τουλάχιστον μία φορά το χρόνο για μια επαγγελματική δερματική εξέταση.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας έχει κεντρικό ρόλο στην πρόληψη διάγνωση του καρκίνου του δέρματος. Αυτό έχει τη μεγαλύτερη σημασία στην πρόγνωση (Nagai & Kim, 2017). Άλλες αρμοδιότητες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι η εκπαίδευση του πληθυσμού, όπου θα περιλαμβάνονται προγράμματα εκπαίδευσης που θα αφορούν τους κινδύνους του καρκίνου του δέρματος και θα περιέχουν πληροφορίες ιδίως στα παιδιά και στους εφήβους (Nahar et al., 2013). Επίσης άλλη αρμοδιότητα είναι η προαγωγή της αυτοεξέτασης του δέρματος ειδικά σε άτομα με υψηλό σε κίνδυνο για καρκίνο του δέρματος καθώς τα ποσοστά θνησιμότητας είναι χαμηλότερα σε σύγκριση με αυτούς που δεν κάνουν αυτοεξέταση του δέρματος (Nahar et al., 2013). Τέλος, σημαντική είναι η παρακολούθηση των ασθενών με καρκίνο του δέρματος καθώς με αυτόν τον τρόπο έχει διασφαλιστεί ότι ο ασθενής έχει κατανοήσει τη φύση της ασθένειας, την αυτοεξέταση για τυχόν υποτροπές ή νέες βλάβες και το πώς να συμμετέχει ώστε να μειώνεται ο κίνδυνος εμφάνισης νέων βλαβών (Linares et al., 2015).

## **1.8 Εμφάνιση και θνησιμότητα**

Το κακόηθες μελάνωμα είναι ο 17<sup>ος</sup> πιο συχνός καρκίνος παγκοσμίως. Είναι ο 13<sup>ος</sup> πιο συχνός καρκίνος στους άνδρες και ο 15<sup>ος</sup> πιο συχνός καρκίνος στις γυναίκες. Οι δέκα χώρες με τα υψηλότερα ποσοστά και των δύο τύπων καρκίνου του δέρματος ( μελανωματικός και μη μελανωματικός καρκίνος) και τον υψηλότερο αριθμό θανάτων και από τους δύο τύπους καρκίνου του δέρματος το 2020 παρουσιάζονται στους παρακάτω πίνακες.

Ο πίνακας 3 δείχνει τη συνολική παγκόσμια συχνότητα εμφάνισης και ποσοστά καρκίνου του δέρματος μελανώματος το 2020. Η Αυστραλία είχε το υψηλότερο συνολικό ποσοστό μελανώματος δέρματος το 2020 και ακολουθεί δεύτερη η Νέα Ζηλανδία.

Rank	Country	Number
	World	324,635
1	Australia	16,171
2	New Zealand	2,801
3	Denmark	2,886
4	The Netherlands	8,310
5	Norway	2,567
6	Sweden	4,266
7	Switzerland	3,357
8	Germany	31,468
9	Slovenia	735
10	Finland	2,090

**Πίνακας 3.** Ποσοστά μελανώματος παγκοσμίως το 2020 (Πηγή: WCRF, 2022)

Ο πίνακας 4 δείχνει τη συνολική παγκόσμια συχνότητα εμφάνισης και ποσοστά μη μελανωματικού καρκίνου του δέρματος το 2020. Η Αυστραλία είχε το υψηλότερο συνολικό ποσοστό μη μελανωματικού καρκίνου του δέρματος το 2020 και ακολουθεί δεύτερη η Νέα Ζηλανδία.

Rank	Country	Number
	<i>World</i>	<i>1,198,073</i>
1	Australia	58,839
2	New Zealand	10,271
3	US	524,737
4	Canada	61,645
5	Switzerland	12,772
6	Ireland	4,788
7	The Netherlands	17,413
8	Germany	90,379
9	Montenegro	378
10	Luxembourg	389

**Πίνακας 4.** Ποσοστά μη μελανωματικού καρκίνου δέρματος παγκοσμίως το 2020  
(Πηγή: WCRF, 2022)

Ο πίνακας 5 δείχνει τη συνολική παγκόσμια θνησιμότητα από καρκίνο του δέρματος από μελάνωμα το 2020. Η Νέα Ζηλανδία είχε το υψηλότερο ποσοστό θνησιμότητας και ακολουθεί η Νορβηγία.

Rank	Country	Number
	<i>World</i>	<i>57,043</i>
1	New Zealand	472
2	Norway	375
3	Montenegro	32
4	Slovakia	317
5	Slovenia	127
6	Australia	1,408
7	Denmark	341
8	Croatia	236
9	The Netherlands	906
10	Serbia	393

**Πίνακας 5.** Παγκόσμια θνησιμότητα μελανώματος το 2020 (Πηγή: WRCF, 2022)

Ο πίνακας 6 δείχνει τη συνολική παγκόσμια θνησιμότητα από μη μελανωματικού καρκίνου του δέρματος το 2020. Η Παπούα Νέα Γουινέα είχε το υψηλότερο ποσοστό θνησιμότητας και ακολουθεί η Ναμίμπια.

Rank	Country	Number
	<i>World</i>	<i>63,731</i>
1	Papua New Guinea	270
2	Namibia	53
3	Mozambique	375
4	Zimbabwe	159
5	Angola	250
6	Comoros	8
7	Togo	85
8	Eswatini	12
9	Somalia	138
10	Ethiopia	1,087

**Πίνακας 6.** Παγκόσμια θνησιμότητα μη μελανωματικού καρκίνου δέρματος το 2020  
(Πηγή: WRCF, 2022)

## **2. Η υπεριώδης ακτινοβολία**

### **2.1 Η έννοια της υπεριώδους ακτινοβολίας**

Η κύρια πηγή υπεριώδους ακτινοβολίας είναι η ηλιακή ακτινοβολία ή το φως του ήλιου (Paolino et al.2017). Η υπεριώδης ακτινοβολία συμβάλλει σε μια ποικιλία δερματικών παθήσεων, συμπεριλαμβανομένων των φλεγμονών, της εκφυλιστικής γήρανσης και του καρκίνου (Branstrom et al., 2010). Ο καρκίνος του δέρματος είναι η πιο συχνά μελετημένη περιοχή καρκίνου σε σχέση με την υπεριώδη ακτινοβολία. Η φύση και ο χρόνος έκθεσης στον ήλιο φαίνεται να είναι σημαντικοί παράγοντες τόσο του βαθμού κινδύνου όσο και του τύπου του καρκίνου του δέρματος (Fransen et al., 2012). Η έκθεση στην υπεριώδη ακτινοβολία από το ηλιακό φως και τις τεχνητές πηγές από νωρίς στη ζωή αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του δέρματος (Lawler et al., 2017). Περίπου το 25% της έκθεσης στον ήλιο συμβαίνει πριν από την ηλικία των 18 ετών (Olson et al.,2008). Η υπεριώδης ακτινοβολία UV μπορεί να υποδιαιρεθεί σε συστατικά UVA, UVB και UVC, ωστόσο εξαιτίας του ατμοσφαιρικού όζοντος που απορροφά την UVC, το ηλιακό φως του περιβάλλοντος είναι κυρίως UVA (90%-95%) και UVB (5%-10%) (Rajpar & Marsden). Η UVA μεγαλύτερου κύματος προκαλεί το δέρμα να ζαρώνει, να μαυρίζει ή και να καεί (Clarke et al., 1997). Η UVB μπορεί να βλάψει εξωτερικά στρώματα του δέρματος. Μπορεί να προκαλέσει κηλίδες από τον ήλιο, μαύρισμα, ηλιακά εγκαύματα και φουσκάλες (Olson et al., 2008). Τέλος, η UVC απορροφάται από την ατμόσφαιρα της Γης και το υπεριώδες φως είναι είτε UVA είτε UVB, όχι UVC (Olson et al., 2008).

### **2.2 Υπεριώδης ακτινοβολία και δέρμα**

Με την πάροδο του χρόνου, το υπεριώδες φως του ήλιου καταστρέφει τις ίνες στο δέρμα που ονομάζονται ελαστίνη (Σαρίδη και συν., 2008). Όταν αυτές οι ίνες διασπώνται, το δέρμα αρχίζει να τεντώνεται και να χάνει την ικανότητά του να επανέρχεται στη θέση του μετά το τέντωμα. Επίσης το δέρμα μελανιάζει και σχίζεται πιο εύκολα και χρειάζεται περισσότερος χρόνος για να επουλωθεί (Lawler et al., 2007). Οι βλάβες από τον ήλιο μπορεί να μην είναι εμφανείς όταν τα άτομα είναι σε νεότερη ηλικία, αλλά θα φανούν αργότερα

στην ζωή των ατόμων (Lawler et al., 2007). Οι αλλαγές στο δέρμα που σχετίζονται με την έκθεση στον ήλιο περιλαμβάνουν: προκαρκινικές και καρκινικές δερματικές βλάβες, όγκους, αποχρωματισμός του δέρματος, κατεστραμμένους ελαστικούς ιστούς που προκαλούν ρυτίδες και πρόωγη γήρανση (Branstrom et al., 2010).

Το σώμα χρειάζεται λίγη υπεριώδη ακτινοβολία για τη βιταμίνη D, η οποία είναι μια βιταμίνη που χρειάζεται ο ανθρώπινος οργανισμός (Kanitakis, 2002). Όταν το δέρμα εκτίθεται υπερβολικά στην υπεριώδη ακτινοβολία, βλάπτει τα κύτταρα. Μέσα στα κύτταρα είναι το DNA. Έχει φανεί ότι ακόμα και μικρές ποσότητες ηλιακής ακτινοβολίας, μικρότερες από όσες χρειάζονται για να προκαλέσουν ηλιακό έγκαυμα, μπορούν να προκαλέσουν παρόμοιες βλάβες καθολικά σε όλο το πάχος της επιδερμίδας (Lawler et al., 2007).

## **2.3 Ηλιακό έγκαυμα**

Το ηλιακό έγκαυμα αποτελεί οξεία βλάβη του δέρματος από την επίδραση της ηλιακής ακτινοβολίας (Olson et al., 2008). Οφείλεται στην υπεριώδη ακτινοβολία η οποία διαπερνά την επιδερμίδα. Επίσης το ηλιακό έγκαυμα προκαλείται από την υπεριώδη ακτινοβολία και όχι από τη θερμότητα (Olson et al., 2008). Το ηλιακό έγκαυμα αποτελεί μια διεργασία επιδιόρθωσης του δέρματος, την επονομαζόμενη φλεγμονή σε οποιοδήποτε άλλο σημείο του σώματος, η οποία αρχίζει από τη βλάβη που επιφέρει η υπεριώδης ακτινοβολία στα δερματικά κύτταρα (Clarke et al., 1997). Το κοκκίνισμα από το έγκαυμα οφείλεται σε οίδημα των αιμοφόρων αγγείων που χρησιμεύει για τη μεταφορά ουσιών επιδιόρθωσης των ιστών (Clarke et al., 1997). Το άλγος οφείλεται στο οίδημα του δέρματος και στην απελευθέρωση χημικών ουσιών.

Τα ηλιακά εγκαύματα μπορεί να είναι αρκετά επώδυνα και στις περισσότερες περιπτώσεις, η συντηρητική θεραπεία είναι το μόνο που χρειάζεται (Lawler et al., 2007). Κάθε χρόνο, πάνω από το ένα τρίτο του πληθυσμού υφίσταται ηλιακό έγκαυμα, το οποίο μπορεί να έχει μόνιμες συνέπειες (Berwick & Hay, 2009). Η σοβαρότητα του ηλιακού εγκαύματος εξαρτάται κυρίως από τη διάρκεια και την ένταση της έκθεσης στις ακτίνες UV. Ο αριθμός των ηλιακών εγκαυμάτων που βιώνονται σε άτομα, συσχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο καρκίνου του δέρματος (Lawler et al., 2007).

### **3. Το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία (ΜΠΥ)**

#### **3.1 Κοινωνικό-γνωστικά Μοντέλα σε σχέση με την υγεία και την αρρώστια**

Βασικό αντικείμενο της ψυχολογικής ανάλυσης είναι η μελέτη της συμπεριφοράς, δηλαδή τι κάνουν τα άτομα είτε για να προλάβουν την εμφάνιση μιας ασθένειας είτε για να θεραπευτούν (DiMatteo & Martin, 2011). Σημαντικός παράγοντας είναι οι γνωστικές διεργασίες που προηγούνται και κατευθύνουν τη συμπεριφορά (Mainman & Becker, 1974). Αυτοί οι παράγοντες θεωρείται ότι είναι σχετικά εύκολο εφόσον γίνουν γνωστοί να τροποποιηθούν, τροποποιώντας έτσι τη συμπεριφορά (Μπογιατζίδης, 2003). Τα κοινωνικο-γνωστικά μοντέλα συμβάλουν ώστε να κατανοηθούν καλύτερα οι λόγοι για τους οποίους ορισμένα άτομα συμπεριφέρονται με συγκεκριμένο τρόπο όταν αντιμετωπίζουν ένα πρόβλημα υγείας ή αρρώστιας, ενώ άλλα άτομα συμπεριφέρονται διαφορετικά (Sheeram & Abraham, 1996).

Σύμφωνα με τον Conner διακρίνουμε δύο κατηγορίες: στην πρώτη κατηγορία ανήκουν τα μοντέλα παραγωγικών αιτών, τα οποία αναφέρονται στις αιτίες που οδηγούν τους ανθρώπους σε κάποιες ενέργειες που σχετίζονται με την υγεία τους και τον τρόπο αντιμετώπισης σοβαρών ασθενειών (Conner & Norman, 1995). Στη δεύτερη κατηγορία ανήκουν τα μοντέλα που εξετάζουν διάφορες παραμέτρους των γνωστικών διεργασιών του ατόμου και έχουν ως στόχο την πρόβλεψη μελλοντικών συμπεριφορών που προάγουν την υγεία (Conner & Norman, 1995). Σε αυτήν την κατηγορία ανήκουν το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία, η Θεωρία της Κινητοποίησης για την προστασία της Υγείας, η Θεωρία της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς, η Θεωρία της Απόδοσης του ελέγχου της Υγείας και η Κοινωνιο-γνωστική Θεωρία (Κουλιεράκης και συν., 2000).

### **3.2 Ιστορική Αναδρομή του ΜΠΥ**

Το ΜΠΥ αποτελεί το πιο γνωστό μοντέλο έρευνας της συμπεριφοράς του ατόμου σε θέματα υγείας, τόσο ως ένα εννοιολογικό πλαίσιο για την ερμηνεία των συμπεριφορών αυτών όσο και ως ένα κατευθυντήριο πλαίσιο για την οργάνωση των παρεμβάσεων για την αλλαγή της συμπεριφοράς σε θέματα υγείας (Carmel et al., 1994). Αναπτύχθηκε στις αρχές της δεκαετίας του 1950 από κοινωνικούς ψυχολόγους της Δημόσιας υπηρεσίας υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής, με στόχο την ερμηνεία της μη συμμετοχής των ανθρώπων σε προγράμματα πρόληψης και πρώιμου εντοπισμού ασθενειών (Gerend & Shepherd, 2012). Συγκεκριμένα, τα χαμηλά ποσοστά συμμετοχής του κοινού σε διάφορα προγράμματα πρόληψης, οδήγησαν στο συμπέρασμα ότι οι πεποιθήσεις του ατόμου σχετικά με τη σοβαρότητα μιας ασθένειας και την πιθανότητα να προσβληθεί από αυτή επηρεάζουν κατά κύριο λόγο τη θέληση, το κίνητρο του να δράσει προληπτικά ή όχι (Janz & Becker, 1984). Η επίσημη εδραίωση του μοντέλου έγινε το 1977 από την επιτροπή Cagnegie Gant και από τότε έχει χρησιμοποιηθεί περισσότερο από όλα τα κοινωνικο-γνωστικά μοντέλα σε μια σειρά συμπεριφορών με στόχο την υγεία και την πρόληψη (Skiveren et al., 2010)).

### **3.3 Περιγραφή του ΜΠΥ**

Το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία προσπαθεί να προβλέψει τη συμπεριφορά που σχετίζεται με την υγεία σε σχέση με ορισμένους τύπους πεποίθησης (McWhirter & Hoffman-Goertz, 2016). Χρησιμοποιείται για να εξηγήσει και να προβλέψει συμπεριφορές σχετικά με την προληπτική υγεία καθώς και με εκείνες που σχετίζονται με το ρόλο του ασθενούς (Walsh & Groarke, 2019). Συσχετίζει παράγοντες όπως η συμπεριφορά, οι πεποιθήσεις και οι αντιλήψεις σχετικά με μια συγκεκριμένη κατάσταση υγείας ή συμπεριφορά υγείας (Parsa et al., 2017). Τα κίνητρα ενός ατόμου για την ανάληψη μιας συμπεριφοράς υγείας μπορούν να ταξινομηθούν σε τρεις βασικές κατηγορίες: τα κίνητρα

ως αποτέλεσμα της αντίληψης του ατόμου, τα κίνητρα από συμπεριφορές τροποποίησης και τα κίνητρα από πιθανότητα για δράση (Grubbs & Tabano, 2000).

Το εν λόγω μοντέλο συμπεριλαμβάνει στη μελέτη του τις αποκρίσεις των ανθρώπων στα συμπτώματα μια ασθένειας και τις συμπεριφορές που αναπτύσσουν στη διάγνωση μιας ασθένειας, διευρύνοντας ταυτόχρονα και τους παράγοντες που ερμηνεύουν τη συμπεριφορά τους κατά τη διάρκεια της ασθένειας, της πρόληψης και της πρώιμης διάγνωσης (Sadeghi et al. 2014).

Το ΜΠΥ περιλαμβάνει έξι παράγοντες:

- Η υποκειμενική εκτίμηση του ατόμου για τη δική του ευαλότητα σε μία συγκεκριμένη ασθένεια και την πιθανότητα να νοσήσει.
- Η υποκειμενική αντίληψη που έχει σχετικά με τη σοβαρότητα της ασθένειας και των συνεπειών της.
- Η υποκειμενική αντίληψη του ατόμου για τα δυνητικά οφέλη που αναμένεται να έχει εφόσον ακολουθήσει τις συνιστώμενες ενέργειες.
- Η πεποίθηση του για τα πιθανά εμπόδια που αναμένεται να αντιμετωπίσει κατά τη διάρκεια εφαρμογής αυτών.
- Η ένδειξη για δράση αποτελεί το κίνητρο για την ενεργοποίηση της επιθυμητής συμπεριφοράς στον τομέα της υγείας.
- Η αυτο-αποτελεσματικότητα αναφέρεται στην προσωπική ικανότητα κάποιου να εκτελεί συμπεριφορές που επιφέρουν επιθυμητά αποτελέσματα.

## **Ειδικό Μέρος**

### **4. Μεθοδολογία της έρευνας**

#### **4.1 Σκοπός της έρευνας**

Σκοπός της έρευνας είναι να προσδιοριστούν οι παράγοντες που επιδρούν στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών του πληθυσμού σε σχέση με τον καρκίνο του δέρματος και να μελετηθούν οι μεταβλητές από τις οποίες επηρεάζονται οι αντιλήψεις του, καθώς επίσης η διερεύνηση των γνώσεων και των στάσεων τους για το θέμα αυτό.

#### **4.2 Ερευνητικά Ερωτήματα**

- Ποιες είναι οι στάσεις και οι αντιλήψεις του γενικού πληθυσμού σχετικά με τον καρκίνο του δέρματος.
- Ποιες είναι γνώσεις των μέτρων προστασίας απέναντι στον καρκίνο του δέρματος.
- Πώς διαμορφώνεται η προληπτική συμπεριφορά του πληθυσμού απέναντι στον καρκίνο του δέρματος.
- Πώς διαμορφώνονται οι διαστάσεις του Μοντέλου Πεποιθήσεων για την Υγεία (ΜΠΥ) απέναντι στην πρόληψη του καρκίνου του δέρματος.

#### **4.3 Πληθυσμός-δείγμα της έρευνας**

Ο πληθυσμός της μελέτης ήταν ο γενικός πληθυσμός και επιλέχθηκε να χρησιμοποιηθεί η δειγματοληψία ευκολίας. Το δείγμα αποτελούνταν από 420 άτομα, άνω των 18 ετών, ενώ δεν υπήρχε κάποιος επιπρόσθετος περιορισμός αναφορικά με δημογραφικά, κοινωνικά ή άλλα χαρακτηριστικά. Η ανταπόκριση για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ήταν 100%, αφού το σύνολο των ατόμων που προσεγγίστηκε δέχτηκε να συμμετάσχει στην έρευνα. Η διεξαγωγή της έρευνας διεξήχθη τον μήνα Φεβρουάριο του 2024.

#### **4.4 Ηθικά και δεοντολογικά ζητήματα της έρευνας**

Προτού διεξαχθεί η έρευνα ζητήθηκε άδεια για τη χρησιμοποίηση του ερωτηματολογίου από τη συγγραφέα της διπλωματικής εργασίας με θέμα *«Γνώσεις, στάσεις και αντιλήψεις σχετικά με την έκθεση στον ήλιο και το μελάνωμα. Πρόβλεψη συμπεριφοράς με βάση το διευρυμένο Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία»* κα Μυλωνά Μαρκέλλα, η οποία μετέφρασε και στάθμισε το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο. Η άδεια δόθηκε έπειτα από επικοινωνία μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου και παρατίθεται στο Παράρτημα II. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν γραπτώς για το σκοπό της έρευνας καθώς επίσης για το ότι η συμμετοχή τους στην έρευνα είναι ανώνυμη και εθελοντική. Όσοι θέλησαν να συμμετέχουν στην έρευνα κλήθηκαν να το δηλώσουν εγγράφως στο έντυπο συγκατάθεσης. Το έντυπο συγκατάθεσης παρατίθεται στο παράρτημα II.

#### **4.5 Ερευνητικό εργαλείο**

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στη μελέτη ως ερευνητικό εργαλείο περιέχει ερωτήσεις όπου διαμορφώνονται σε περισσότερες από μια ενότητες. Η πρώτη ενότητα περιέχει ερωτήσεις σχετικές με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος, όπως η ηλικία, το φύλο, το επίπεδο εκπαίδευσης, το επάγγελμα, το εισόδημα και ερωτήσεις σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση καρκίνου του δέρματος.

Ακολουθούν ερωτήσεις σχετικές με συμπεριφορές που αναφέρονται στην έκθεση του ήλιου, με συμπεριφορές που αναφέρονται στην προστασία από τον ήλιο και σε ερωτήσεις σχετικές με συμπεριφορές δερματικού ελέγχου. Επίσης, υπάρχουν ερωτήσεις που βασίζονται στο ΜΠΥ και αφορούν συγκεκριμένα στα αντιληπτά οφέλη της προστατευτικής συμπεριφοράς, στα αντιληπτά εμπόδια της υιοθέτησης μέτρων προστασίας, στην αντιληπτή σοβαρότητα και τρωτότητα του καρκίνου του δέρματος και ερωτήσεις σχετικές με την αυτο-αποτελεσματικότητα και με τις ενδείξεις για δράση. Οι περισσότερες από τις ερωτήσεις αυτές είναι ερωτήσεις τύπου κλίμακας Likert με τις εξής επιλογές απάντησης: Διαφωνώ απόλυτα, Διαφωνώ, Ούτε Διαφωνώ ούτε συμφωνώ, Συμφωνώ και Συμφωνώ

απόλυτα. Τέλος, υπάρχουν κάποιες ερωτήσεις γενικών γνώσεων που κλήθηκαν να απαντήσουν οι συμμετέχοντες.

#### **4.6 Στατιστική ανάλυση δεδομένων**

Οι συνεχείς μεταβλητές που χρησιμοποιήθηκαν στη μελέτη, περιγράφονται μέσω των μέτρων κεντρικής θέσης (μέση τιμή και διάμεσος) καθώς και των μέτρων διασποράς (τυπική απόκλιση, ελάχιστη και μέγιστη τιμή), ενώ οι ποιοτικές μεταβλητές εκφράζονται ως πλήθος και ποσοστό των συμμετεχόντων σε κάθε κατηγορία της μεταβλητής.

Στη συνέχεια, ελέγχθηκε η υπόθεση της κανονικότητας για τις ποσοτικές μεταβλητές, καθώς η επιλογή των κατάλληλων στατιστικών ελέγχων καθορίζεται με βάση την ισχύ ή όχι της συγκεκριμένης υπόθεσης. Ο έλεγχος της υπόθεσης κανονικότητας των μεταβλητών πραγματοποιήθηκε με τη χρήση των ελέγχων Shapiro-Wilk, για δείγματα κάτω των 30 πειραματικών μονάδων, και Kolmogorov-Smirnov, για δείγματα άνω των 30.

Για τον έλεγχο της σχέσης μεταξύ δύο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman ( $r$ ), ο οποίος εφαρμόστηκε στην περίπτωση όπου οι μεταβλητές δεν ακολουθούν κανονική κατανομή. Η συσχέτιση θεωρείται χαμηλή όταν ο συντελεστής συσχέτισης ( $r$ ) κυμαίνεται από 0.1 έως 0.3, μέτρια όταν ο συντελεστής συσχέτισης κυμαίνεται από 0.3 έως 0.5 και υψηλή όταν ο συντελεστής είναι μεγαλύτερος από 0.5.

Για τον έλεγχο της ισότητας των μέσων τιμών δύο δειγμάτων χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός έλεγχος Student's t-test, η οποία προϋποθέτει την κανονικότητα των δεδομένων.

Για τον έλεγχο της ισότητας των μέσων τιμών τριών και πάνω δειγμάτων χρησιμοποιήθηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος Kruskal-Wallis, ο οποίος δεν απαιτεί την υπόθεση της κανονικότητας των μεταβλητών, για να αξιολογηθούν πιθανές διαφορές στις μέσες τιμές τριών και πάνω δειγμάτων καθώς και ο post hoc έλεγχος Bonferroni για διόρθωση πολλαπλών συγκρίσεων.

Στη συνέχεια, πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος Pearson Chi-square  $X^2$  προκειμένου να διερευνηθούν πιθανές διαφορές μεταξύ δύο ποιοτικών μεταβλητών. Προϋποθέσεις για την εφαρμογή του Chi-square  $X^2$  του Pearson είναι η μη ύπαρξη κελιών με μηδενικές παρατηρήσεις καθώς και το 75% των κελιών του πίνακα να έχει αναμενόμενη συχνότητα πάνω από 5. Όταν αυτή η υπόθεση δεν ικανοποιείται, τότε κοιτάζουμε τα p-value που υπολογίζονται με βάση τον ακριβή έλεγχο του Fisher (Fisher's exact test).

Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε στο στατιστικό πρόγραμμα IBM SPSS Statistics 25.0. Επιπλέον, ως επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας χρησιμοποιήθηκε το  $p < 0.05$ .

## **5. Αποτελέσματα έρευνας**

### **5.1 Δημογραφικά και επιμέρους χαρακτηριστικά δείγματος**

Το συγκεκριμένο κεφάλαιο περιλαμβάνει τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την ανάλυση των δεδομένων. Αρχικά, παρουσιάζεται η περιγραφική ανάλυση των μεταβλητών και στη συνέχεια τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τους κατάλληλους στατιστικούς ελέγχους.

Τα βασικά δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων παρουσιάζονται στον Πίνακα 7. Όπως παρατηρείται από τον πίνακα, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων είναι γυναίκες (N=281, 67.2%) μέσης ηλικίας τα 45.90 έτη. Το 56.1% (N=231) των ερωτηθέντων είναι γεννημένοι στην Αττική και αυτή τη χρονική περίοδο διαμένουν στο λεκανοπέδιο της Αττικής με ποσοστό 57.5% (N=241) και σε ημιαστική περιοχή-αγροτική περιοχή-χωριό με ποσοστό 14.1% (N=59). Αναφορικά με το επίπεδο σπουδών των συμμετεχόντων το 44.4% (N=185) είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού/διδακτορικού ενώ, το 37.2% (N=155) είναι απόφοιτοι Πανεπιστημίου. Τέλος, το 86.7% (N=360) των ερωτηθέντων εργάζονται σε Δημόσιο τομέα με μηνιαίο καθαρό εισόδημα 1001€ - 1500€ (33.6%, N=139) και 1501€ - 2000€ (31.2%, N=129).

**Πίνακας 7.** Δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων (N=176)

		N	%
<b>Φύλο</b>	Ανδρας	137	32.8
	Γυναίκα	281	67.2
<b>Ηλικία</b>	Μέση τιμή (Τυπ.Απόκλιση)	45.90(8.36)	
	Ελάχιστη-Μέγιστη	23-76	
<b>Σε ποια περιοχή/πόλη γεννηθήκατε;</b>	Αττική	231	56.1
	Άγιος	1	0.2
	Αργίνιο	4	1.0
	Αίγιο	1	0.2
	Αλεξανδρούπολη	2	0.5
	Άργος	1	0.2
	Άρτα	1	0.2
	Βόλος	6	1.5
	Βέροια Ημαθίας	1	0.2
	Εύβοια	2	0.5
	Γιαννιτσά	3	0.7
	Δράμα	7	1.7
	Ευηνοχώρι Αιτωλοακαρνανίας	2	0.5
	Θεσσαλονίκη	34	8.3
	Θήβα	2	0.5
	Ιστιαία Εύβοια	2	0.5
	Ιωάννινα	1	0.2
	Καβάλα	5	1.2
	Καλάβρυτα	1	0.2
	Καλαμάτα	5	1.2
	Κάλυμνος	2	0.5
	Καρδίτσα	3	0.7
	Καστοριά	1	0.2
	Κατερίνη	5	1.2
	Κεφαλονιά	1	0.2
	Κιλκίς	1	0.2
	Κοζάνη	5	1.2
	Κομοτηνή	1	0.2
	Κόρινθος	2	0.5
	Κρήτη	8	1.9

	Λαμία	8	1.9
	Λάρισα	6	1.5
	Λέσβος	1	0.2
	Λιβαδειά	2	0.5
	Μακεδονία	2	0.5
	Μυτιλήνη	3	0.7
	Ναύπακτος	1	0.2
	Ορεστιάδα	2	0.5
	Πάτρα	11	2.7
	Πτολεμαίδα	2	0.5
	Ρόδος	1	0.2
	Σάμος	1	0.2
	Σέρρες	3	0.7
	Σπάρτη	1	0.2
	Τρίκαλα Θεσσαλίας	4	1.0
	Φλώρινα	3	0.7
	Χαλκίδα	5	1.2
	Χαλκιδική	1	0.2
	Χίος	3	0.7
	Cape town	1	0.2
	Αλβανία	1	0.2
	Γερμανία	6	1.5
	ΗΠΑ	1	0.2
	Καντόνι Ιταλία	1	0.2
	Κωνσταντινούπολη	1	0.2
<b>Τόπος Διαμονής αυτήν την περίοδο</b>	Λεκανοπέδιο Αττικής	241	57.5
	Θεσσαλονίκη και ευρύτερη περιοχή	32	7.6
	Πόλη >100.000 κατοίκους	26	6.2
	Πόλη μεταξύ 50.000-100.000 κατοίκους	26	6.2
	Πόλη έως 50.000 κατοίκους	35	8.4
	Ημιαστική περιοχή-Αγροτική περιοχή-Χωριό	59	14.1
<b>Επίπεδο Σπουδών</b>	Απόφοιτος Γυμνασίου	3	0.7
	Απόφοιτος Λυκείου	60	14.4
	Απόφοιτος Πανεπιστημίου	155	37.2
	Κάτοχος Μεταπτυχιακού/Διδακτορικού	185	44.4
	Άλλο	14	3.4
	Εργαζόμενος/η στον Δημόσιο Τομέα	14	3.4

<b>Επαγγελματική Κατάσταση</b>	<i>Εργαζομένος/η στον Ιδιωτικό Τομέα (μισθωτός)</i>	360	86.7
	<i>Ελεύθερος Επαγγελματίας</i>	19	4.6
	<i>Συνταξιούχος</i>	10	2.4
	<i>Οικιακά</i>	4	1.0
	<i>Ανεργος</i>	6	1.4
	<i>Άλλο</i>	2	0.5
<b>Μηνιαίο καθαρό εισόδημά σας το τελευταίο έτος</b>	<i>μέχρι 500€</i>	8	1.9
	<i>501€ - 1000€</i>	60	14.5
	<i>1001€ - 1500€</i>	139	33.6
	<i>1501€ - 2000€</i>	129	31.2
	<i>2001€ - 2500€</i>	43	10.4
	<i>2501€ - 3000€</i>	16	3.9
	<i>3000€ και άνω</i>	19	4.6

Στον Πίνακα 8 παρουσιάζονται τα περιγραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. Το 68.7% (N=288) των ερωτηθέντων έχει καστανό χρώμα ματιών, ενώ το 17.2% (N=72) έχει πράσινο χρώμα ματιών. Επιπλέον, το 44.6% (N=187) των συμμετεχόντων έχει ανοιχτό χρώμα δέρματος το οποίο μερικές φορές καίγεται και πάντα μαυρίζει (62.9%, N=264), χωρίς φακίδες (70.9%, N=292) και χωρίς ελιές στο σώμα τους μεγαλύτερες από 6 χιλιοστά (36.8%, N=153). Η πλειοψηφία επίσης δήλωσε ότι δεν έχει διαγνωσθεί ποτέ με καρκίνο δέρματος (95.5%, N=399) και ούτε κάποιος κοντινός συγγενής εξ' αίματος έχει διαγνωστεί ποτέ με σοβαρή μορφή καρκίνου δέρματος- μελάνωμα (90.5%, N=379). Όσον αφορά το πόσες φορές έχουν καεί σοβαρά από τον ήλιο το 39.4% (N=164) δήλωσε πως δεν τους έχει συμβεί ποτέ ενώ, το 25% (N=104) δήλωσε πως έχει καεί 2-3 φορές τουλάχιστον πριν την ηλικία των 16 ετών. Τέλος, το 91% (N=382) εργάζεται κυρίως σε εσωτερικούς χώρους.

**Πίνακας 8.** Περιγραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων

		N	%
<b>Ποιο είναι το χρώμα των ματιών σας;</b>	<i>Γκρι</i>	3	0.7
	<i>Καστανό/Μαύρο</i>	288	68.7
	<i>Μπλέ</i>	37	8.8
	<i>Μπλέ/Γκρι</i>	3	0.7
	<i>Πράσινο</i>	72	17.2
	<i>Πράσινο/Γκρι</i>	16	3.8
<b>Έχετε φακίδες;</b>	<i>Όχι, καμία</i>	292	70.9
	<i>Ναι, λίγες</i>	112	27.2

	<i>Ναι, πολλές</i>	8	1.9
<b>Ποιο είναι το χρώμα του δέρματός σας όταν δεν έχει εκτεθεί στον ήλιο;</b>	<i>Πολύ ανοιχτό</i>	53	12.6
	<i>Σκούρο/ Μελαχρινό</i>	50	11.9
	<i>Σταρένιο</i>	128	30.5
	<i>Ανοιχτό</i>	187	44.6
	<i>Πολύ σκούρο</i>	1	0.2
<b>Πώς αντιδρά γενικά το δέρμα σας όταν εκτίθεται στον ήλιο;</b>	<i>Πάντα καίγεται, ποτέ δε μαυρίζει</i>	30	7.1
	<i>Πάντα καίγεται, μερικές φορές μαυρίζει</i>	93	22.1
	<i>Μερικές φορές καίγεται, πάντα μαυρίζει</i>	264	62.9
	<i>Ποτέ δεν καίγεται, πάντα μαυρίζει</i>	33	7.9
<b>Έχετε ποτέ διαγνωστεί με καρκίνο του δέρματος;</b>	<i>Ναι</i>	10	2.4
	<i>Όχι</i>	399	95.5
	<i>Δεν ξέρω</i>	9	2.2
<b>Είχε ποτέ κάποιος κοντινός συγγενής εξ' αίματος (γονέας, παιδί, αδελφός, αδελφή) διαγνωστεί με σοβαρή μορφή καρκίνου δέρματος- μελάνωμα;</b>	<i>Όχι, κανένας</i>	379	90.5
	<i>Ναι, ένα μέλος της οικογένειας</i>	22	5.3
	<i>Ναι, δύο μέλη της οικογένειας</i>	3	0.7
	<i>Δε γνωρίζω/ Δεν είμαι σίγουρος</i>	15	3.6
<b>Πόσες φορές έχετε καεί σοβαρά από τον ήλιο (με φουσκάλες ή κοκκινίλα και πόνο που διήρκεσε από 2 μέρες και πάνω) πριν την ηλικία των 16 ετών;</b>	<i>Ποτέ</i>	164	39.4
	<i>Μία φορά</i>	75	18.0
	<i>2-3 φορές</i>	104	25.0
	<i>Σχεδόν κάθε καλοκαίρι</i>	32	7.7
	<i>Δε γνωρίζω</i>	41	9.9
<b>Περίπου πόσες ελιές έχετε στο σώμα σας μεγαλύτερες από 6 χιλιοστά;</b>	<i>Καμία</i>	153	36.8
	<i>1-2</i>	136	32.7
	<i>3-5</i>	75	18.0
	<i>6-10</i>	27	6.5
	<i>Πάνω από 10</i>	25	6.0
<b>Εργάζεστε (ή, αν έχετε συνταξιοδοτηθεί εργαζόσασταν) κυρίως σε εσωτερικούς ή εξωτερικούς χώρους;</b>	<i>Κυρίως σε εσωτερικούς χώρους</i>	382	91.0
	<i>Εξίσου σε εσωτερικούς και εξωτερικούς χώρους</i>	24	5.7
	<i>Κυρίως σε εξωτερικούς χώρους</i>	14	3.3

## 5.2 Συμπεριφορά στον ήλιο

Στον Πίνακα 9 παρουσιάζονται τα βασικά περιγραφικά μέτρα θέσης και διασποράς για τις ερωτήσεις που αφορούν τον χρόνο που έχουν περάσει οι συμμετέχοντες σε εξωτερικούς χώρους μεταξύ 10π.μ. και 4 μ.μ. σε ηλιόλουστο καιρό. Από το σύνολο των συμμετεχόντων, οι περισσότεροι υποστηρίζουν ότι τον τελευταίο καιρό έχουν βρεθεί στην παραλία (ή λίμνη, πισίνα) της χώρας τους μεταξύ 10π.μ. και 4 μ.μ. σε ηλιόλουστο καιρό τουλάχιστον 6-10 φορές (Μέση τιμή=5.05, Τυπ.Απόκλιση=1.35), στο πάρκο και σε κήπους ή μπαλκόνι τουλάχιστον 4-5 φορές (Μέση τιμή=3.80, Τυπ.Απόκλιση=1.78 και Μέση τιμή=4.50, Τυπ.Απόκλιση=1.57, αντίστοιχα) και σε βουνά, αθλητικούς χώρους ή άλλα μέρη τουλάχιστον 2-3 φορές (Μέση τιμή=2.99, Τυπ.Απόκλιση=1.59, Μέση τιμή=2.70, Τυπ.Απόκλιση=1.76 και Μέση τιμή=2.55, Τυπ.Απόκλιση=2.21, αντίστοιχα). Αντιθέτως, 1 τουλάχιστον φορά έχουν βρεθεί στην παραλία (ή λίμνη, πισίνα) στο εξωτερικό σε μια θερμή χώρα σε ηλιόλουστο καιρό μεταξύ 10π.μ. και 4 μ.μ. (Μέση τιμή=2.12, Τυπ.Απόκλιση=1.83) ή στην εργασία τους (Μέση τιμή=1.93, Τυπ.Απόκλιση=1.73) ενώ, ποτέ σε σολάριουμ (Μέση τιμή=1.13, Τυπ.Απόκλιση=0.77).

**Πίνακας 9.** Περιγραφικά χαρακτηριστικά σχετικά με το πόσο χρόνο έχουν περάσει οι συμμετέχοντες σε εξωτερικούς χώρους μεταξύ 10π.μ. και 4 μ.μ. σε ηλιόλουστο καιρό

Κατά τους τελευταίους 12 μήνες, περίπου πόσο χρόνο έχετε περάσει σε εξωτερικούς χώρους μεταξύ 10π.μ. και 4 μ.μ. σε ηλιόλουστο καιρό; Με τον όρο ηλιόλουστο καιρό εννοούμε καθαρό ουρανό ή σχεδόν καθαρό ουρανό (μερικά σύννεφα, αλλά ο ήλιος λάμπει).	Μέση τιμή	Τυπ.Απόκλιση	Ελάχιστη	Μέγιστη
Στα βουνά	2.99	1.59	1	7
Σε αθλητικό χώρο ή γήπεδο	2.70	1.76	1	7
Στον κήπο ή στο μπαλκόνι	4.50	1.57	1	7
Στο πάρκο	3.80	1.78	1	7
Στην εργασία	1.93	1.73	1	7
Στην παραλία (ή λίμνη, πισίνα) της χώρας σας	5.05	1.35	1	7
Στην παραλία (ή λίμνη, πισίνα) στο εξωτερικό σε μια θερμή χώρα	2.12	1.83	1	7
Σε σολάριουμ	1.13	0.77	1	7
Σε άλλο μέρος	2.55	2.21	1	7

Στον Πίνακα 10 παρουσιάζονται τα βασικά περιγραφικά μέτρα θέσης και διασποράς για τις ερωτήσεις που αφορούν το πώς συμπεριφέρονται οι συμμετέχοντες γενικά στον ήλιο. Από το σύνολο των συμμετεχόντων, οι περισσότεροι υποστηρίζουν ότι τους τελευταίους 12 μήνες έχουν κάνει ηλιοθεραπεία στη χώρα τους 4-10 φορές (Μέση τιμή=2.81, Τυπ.Απόκλιση=1.45) και έχουν πάει τουλάχιστον 2 εβδομάδες διακοπές σε μέρος που γενικά έχει ηλιόλουστο καιρό τον περισσότερο χρόνο (Μέση τιμή=2.70, Τυπ.Απόκλιση=1.33). Αντιθέτως δεν έχουν κάνει καθόλου τεχνητό μαύρισμα (Μέση τιμή=1.03, Τυπ.Απόκλιση=0.36) καθώς και δεν έχουν κάνει ηλιοθεραπεία σε κάποια χώρα θερμότερη από τη δική τους (Μέση τιμή=1.05, Τυπ.Απόκλιση=0.25).

**Πίνακας 10.** Περιγραφικά χαρακτηριστικά σχετικά με το πώς συμπεριφέρονται οι συμμετέχοντες γενικά στον ήλιο

	Μέση τιμή	Τυπ.Απόκλιση	Ελάχιστη	Μέγιστη
Τους τελευταίους 12 μήνες περίπου πόσες φορές έχετε κάνει ηλιοθεραπεία στη χώρα σας;	2.81	1.45	1	7
Τους τελευταίους 12 μήνες περίπου πόσες φορές έχετε κάνει ηλιοθεραπεία σε κάποια χώρα θερμότερη από τη δική σας;	1.05	0.25	1	3
Τους τελευταίους 12 μήνες περίπου πόσες φορές έχετε κάνει τεχνητό μαύρισμα;	1.03	0.36	1	7
Τους τελευταίους 12 μήνες περίπου για πόσες εβδομάδες πήγατε διακοπές σε μέρος που γενικά έχει ηλιόλουστο καιρό τον περισσότερο χρόνο;	2.70	1.33	1	7

### 5.3 Προστασία από τον ήλιο

Στον Πίνακα 11 παρουσιάζονται τα βασικά περιγραφικά μέτρα θέσης και διασποράς για τις ερωτήσεις που αφορούν το ποσοστό του χρόνου που χρησιμοποίησαν οι συμμετέχοντες τρόπους προστασίας από τον ήλιο όταν βρισκόντουσαν έξω κατά τις ηλιόλουστες μέρες το περασμένο καλοκαίρι. Σύμφωνα με τις απαντήσεις οι ερωτηθέντες σπάνια - 10-20% του χρόνου χρησιμοποιούσαν αντηλιακό με μέτριο ή χαμηλό δείκτη προστασίας (κάτω από SPF 15) (Μέση τιμή=1.83, Τυπ.Απόκλιση=1.20), ρουχισμός (μακριά μπατζάκια και μανίκια) (Μέση τιμή=2.18, Τυπ.Απόκλιση=1.35), καπέλο με γείσο μόνο μπροστά (Μέση τιμή=2.47, Τυπ.Απόκλιση=1.63) και καπέλο με γείσο γύρω γύρω (Μέση τιμή=2.22, Τυπ.Απόκλιση=1.60). Περίπου όμως τον μισό παρέμεναν στη σκιά (Μέση τιμή=4.21,

Τυπ.Απόκλιση=1.29), προσπαθούσαν να αποφύγουν τον μεσημεριανό ήλιο από τις 10π.μ. ως τις 4 μ.μ. (Μέση τιμή=3.83, Τυπ.Απόκλιση=1.56) και χρησιμοποιούσαν αντηλιακό με υψηλό δείκτη προστασίας (SPF 15 και πάνω) (Μέση τιμή=4.17, Τυπ.Απόκλιση=1.62). Τέλος, τακτικά - 60-80% του χρόνου φορούσαν γυαλιά ηλίου (Μέση τιμή=4.94, Τυπ.Απόκλιση=1.53). Όπου ελάχιστη τιμή 1 σημαίνει ποτέ- 0% του χρόνου και μέγιστη τιμή 6 σημαίνει πάντα- 90-100% του χρόνου.

**Πίνακας 11.** Περιγραφικά χαρακτηριστικά σχετικά με το ποσοστό του χρόνου που χρησιμοποίησαν τρόπους προστασίας από τον ήλιο όταν βρισκόντουσαν έξω κατά τις ηλιόλουστες μέρες το περασμένο καλοκαίρι.

Το περασμένο καλοκαίρι τι ποσοστό του χρόνου θα λέγατε ότι χρησιμοποιήσατε τους παρακάτω τρόπους προστασίας από τον ήλιο όταν βρισκόσασταν έξω κατά τις ηλιόλουστες μέρες;	Μέση τιμή	Τυπ.Απόκλιση	Ελάχιστη	Μέγιστη
Αντηλιακό με υψηλό δείκτη προστασίας (SPF 15 και πάνω)	4.17	1.62	1	6
Αντηλιακό με μέτριο ή χαμηλό δείκτη προστασίας (κάτω από SPF 15)	1.83	1.20	1	6
Ρουχισμός (μακριά μπατζάκια και μανίκια)	2.18	1.35	1	6
Καπέλο με γείσο μόνο μπροστά	2.47	1.63	1	6
Καπέλο με γείσο γύρω γύρω	2.22	1.60	1	6
Παραμονή στη σκιά	4.21	1.29	1	6
Προσπάθεια αποφυγής του μεσημεριανού ήλιου από τις 10π.μ. ως τις 4 μ.μ.	3.83	1.56	1	6
Γυαλιά ηλίου	4.94	1.53	1	6

Στον Πίνακα 12 παρουσιάζονται τα βασικά περιγραφικά μέτρα θέσης και διασποράς για τις ερωτήσεις που αφορούν το ποσοστό του χρόνου που χρησιμοποίησαν οι συμμετέχοντες τρόπους προστασίας από τον ήλιο (δουλεύοντας ή περπατώντας σε εξωτερικό χώρο, παίζοντας, κάνοντας σκι) τον περασμένο χειμώνα. Σύμφωνα με τις απαντήσεις οι ερωτηθέντες σπάνια - 10-20% του χρόνου χρησιμοποιούσαν αντηλιακό με υψηλό δείκτη προστασίας (SPF 15 και πάνω) (Μέση τιμή=2.48, Τυπ.Απόκλιση=1.84), αντηλιακό με μέτριο ή χαμηλό δείκτη προστασίας (κάτω από SPF 15) (Μέση τιμή=1.54, Τυπ.Απόκλιση=1.09) και καπέλο με γείσο μόνο μπροστά (Μέση τιμή=1.79, Τυπ.Απόκλιση=1.41). Περιστασιακά - 30-40% του χρόνου όμως, παρέμεναν στη σκιά

(Μέση τιμή=2.91, Τυπ.Απόκλιση=1.62) και προσπαθούσαν να αποφύγουν τον μεσημεριανό ήλιο από τις 10π.μ. ως τις 4 μ.μ. (Μέση τιμή=2.60, Τυπ.Απόκλιση=1.69). Επιπλέον, περίπου τον μισό χρόνο φορούσαν κατάλληλο ρουχισμό (μακριά μπατζάκια και μανίκια) (Μέση τιμή=4.27, Τυπ.Απόκλιση=1.96) και γυαλιά ηλίου (Μέση τιμή=4.17, Τυπ.Απόκλιση=1.81). Τέλος, ποτέ-0% του χρόνου φορούσαν καπέλο με γείσο γύρω γύρω (Μέση τιμή=1.43, Τυπ.Απόκλιση=1.14). Όπου ελάχιστη τιμή 1 σημαίνει ποτέ- 0% του χρόνου και μέγιστη τιμή 6 σημαίνει πάντα- 90-100% του χρόνου.

**Πίνακας 12.** Περιγραφικά χαρακτηριστικά σχετικά με το ποσοστό του χρόνου που χρησιμοποίησαν τρόπους προστασίας από τον ήλιο (δουλεύοντας ή περπατώντας σε εξωτερικό χώρο, παίζοντας, κάνοντας σκι) τον περασμένο χειμώνα

Τον περασμένο χειμώνα τι ποσοστό του χρόνου θα λέγατε ότι χρησιμοποιήσατε τους παρακάτω τρόπους προστασίας από τον ήλιο (δουλεύοντας ή περπατώντας σε εξωτερικό χώρο, παίζοντας, κάνοντας σκι);	Μέση τιμή	Τυπ.Απόκλιση	Ελάχιστη	Μέγιστη
Αντηλιακό με υψηλό δείκτη προστασίας (SPF 15 και πάνω)	2.48	1.84	1	6
Αντηλιακό με μέτριο ή χαμηλό δείκτη προστασίας (κάτω από SPF 15)	1.54	1.09	1	6
Ρουχισμός (μακριά μπατζάκια και μανίκια)	4.27	1.96	1	6
Καπέλο με γείσο μόνο μπροστά	1.79	1.41	1	6
Καπέλο με γείσο γύρω γύρω	1.43	1.14	1	6
Παραμονή στη σκιά	2.91	1.62	1	6
Προσπάθεια αποφυγής του μεσημεριανού ήλιου από τις 10π.μ. ως τις 4 μ.μ.	2.60	1.69	1	6
Γυαλιά ηλίου	4.17	1.81	1	6

Στον Πίνακα 13 παρουσιάζονται τα περιγραφικά χαρακτηριστικά σχετικά με τους τρόπους προστασίας από τον ήλιο. Το 58.8% (N=245) των ερωτηθέντων δήλωσε ότι χρησιμοποιούν αντηλιακό πριν βγουν έξω από το σπίτι ή στο αυτοκίνητο στο δρόμο και βάζουν μέτρια-αρκετή ποσότητα για να καλυφθούν καλά (76.6%, N=307). Τέλος, το 32.7% (N=128) βάζει αντηλιακό περίπου κάθε 2 ώρες ενώ, μόλις το 11.5% (N=45) βάζει αντηλιακό κάθε 4 ώρες.

**Πίνακας 13.** Περιγραφικά χαρακτηριστικά σχετικά με τους τρόπους προστασίας από τον ήλιο

	N	%
Πριν βγω έξω (πριν φύγω από το σπίτι) ή στο αυτοκίνητο στο δρόμο	245	58.8

<b>Όταν χρησιμοποιείτε αντηλιακό πότε το τοποθετείτε συνήθως;</b>	<i>Μόλις βγω στον ήλιο (μόλις φτάσω στον προορισμό μου, όπως η πισίνα ή το πάρκο)</i>	127	30.5
	<i>Αφού εκτεθώ στον ήλιο για λίγο, αλλά πριν παρατηρήσω το δέρμα μου να γίνεται ροζ</i>	20	4.8
	<i>Αφού εκτεθώ στον ήλιο για λίγο και παρατηρήσω το δέρμα μου να γίνεται ροζ</i>	4	1.0
	<i>Δε χρησιμοποιώ</i>	21	5.0
<b>Όταν χρησιμοποιείτε αντηλιακό πόσο τοποθετείτε συνήθως; Να απαντήσετε μόνο εάν χρησιμοποιείτε.</b>	<i>Το χρησιμοποιώ αρκετά φειδωλά- μια ελαφριά στρώση</i>	70	17.5
	<i>Βάζω μέτρια ποσότητα- αρκετή για να καλυφθώ καλά</i>	307	76.6
	<i>Βάζω πολύ- περισσότερο από τους περισσότερους ανθρώπους</i>	24	6.0
<b>Κατά μέσο όρο, πόσο συχνά θα λέγατε ότι βάζετε ξανά το αντηλιακό σας; Να απαντήσετε μόνο εάν χρησιμοποιείτε.</b>	<i>Περίπου μια φορά την ώρα</i>	50	12.8
	<i>Περίπου μια φορά κάθε 2 ώρες</i>	128	32.7
	<i>Περίπου μια φορά κάθε 3 ώρες</i>	75	19.1
	<i>Περίπου μια φορά κάθε 4 ώρες</i>	45	11.5
	<i>Λιγότερο από μια φορά κάθε 4 ώρες</i>	94	24.0

## 5.4 Στάσεις απέναντι στην ηλιοθεραπεία και στο μαύρισμα

Στον Πίνακα 14 παρουσιάζονται τα βασικά περιγραφικά μέτρα θέσης και διασποράς σχετικά με τη στάση των συμμετεχόντων απέναντι στην ηλιοθεραπεία και το μαύρισμα. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα οι ερωτώμενοι ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν με τις δηλώσεις ότι «Το μαύρισμα είναι ελκυστικό» (Μέση τιμή=3.31, Τυπ.Απόκλιση=0.99), «Φαίνομαι καλύτερα όταν είμαι μαυρισμένος» (Μέση τιμή=2.95, Τυπ.Απόκλιση=1.16), «Νιώθω καλύτερα όταν είμαι μαυρισμένος» (Μέση τιμή=2.84, Τυπ.Απόκλιση=1.16) και «Αισθάνομαι ωραία όταν πέφτει ο ήλιος στο δέρμα μου» (Μέση τιμή=2.82, Τυπ.Απόκλιση=1.16). Αντιθέτως, διαφωνούν με τις δηλώσεις ότι «Το μαύρισμα είναι υγιές» (Μέση τιμή=2.39, Τυπ.Απόκλιση=0.86), «Το μαύρισμα με κάνει να μοιάζω υγιής» (Μέση τιμή=2.48, Τυπ.Απόκλιση=0.98), «Το μαύρισμα προστατεύει τους ανθρώπους από ηλιακά εγκαύματα και άλλα δερματικά προβλήματα» (Μέση τιμή=2.25, Τυπ.Απόκλιση=0.93), «Αξίζει να καώ λίγο προκειμένου να κάνω καλό μαύρισμα» (Μέση τιμή=1.64, Τυπ.Απόκλιση=0.84) και «Χρειάζομαι μαύρισμα για τη δουλειά μου, τον αθλητισμό ή κάποιο χόμπι» (Μέση τιμή=1.55, Τυπ.Απόκλιση=0.77). Αναφορικά με τους

φίλους και τους συγγενείς περίπου οι μισοί από την οικογένεια (Μέση τιμή=3.54, Τυπ.Απόκλιση=1.06) και από τους φίλους (Μέση τιμή=3.27, Τυπ.Απόκλιση=1.07) προφυλάσσονται από τον ήλιο και περίπου οι μισοί από την οικογένεια (Μέση τιμή=2.70, Τυπ.Απόκλιση=1.21) και από τους φίλους (Μέση τιμή=2.79, Τυπ.Απόκλιση=1.37) έχουν υιοθετήσει συμπεριφορές υγείας σχετικές με την ανίχνευση. Τέλος, οι συμμετέχοντες πιστεύουν ότι έχουν μερικό προσωπικό έλεγχο στο αν θα αναπτύξουν μελάνωμα στο μέλλον (Μέση τιμή=2.87, Τυπ.Απόκλιση=1.03) και στο αν θα έχουν έγκαιρη ανίχνευση μελανώματος (Μέση τιμή=2.92, Τυπ.Απόκλιση=1.07).

**Πίνακας 14.** Περιγραφικά χαρακτηριστικά σχετικά με τη στάση των συμμετεχόντων απέναντι στην ηλιοθεραπεία και το μαύρισμα

	Μέση τιμή	Τυπ. Απόκλιση	Ελάχιστη	Μέγιστη
<b>Τι πιστεύετε για την ηλιοθεραπεία και το μαύρισμα; Σε ποιο βαθμό συμφωνείτε ή διαφωνείτε με τις παρακάτω προτάσεις;</b>				
<i>Το μαύρισμα είναι ελκυστικό</i>	3.31	0.99	1	5
<i>Το μαύρισμα είναι υγιές</i>	2.39	0.86	1	5
<i>Το μαύρισμα με κάνει να μοιάζω υγιής</i>	2.48	0.98	1	5
<i>Το μαύρισμα προστατεύει τους ανθρώπους από ηλιακά εγκαύματα και άλλα δερματικά προβλήματα</i>	2.25	0.93	1	5
<i>Αξίζει να καώ λίγο προκειμένου να κάνω καλό μαύρισμα</i>	1.64	0.84	1	5
<i>Φαίνομαι καλύτερα όταν είμαι μαυρισμένος</i>	2.95	1.16	1	5
<i>Νιώθω καλύτερα όταν είμαι μαυρισμένος</i>	2.84	1.16	1	5
<i>Αισθάνομαι ωραία όταν πέφτει ο ήλιος στο δέρμα μου</i>	2.82	1.16	1	5
<i>Χρειάζομαι μαύρισμα για τη δουλειά μου, τον αθλητισμό ή κάποιο χόμπι</i>	1.55	0.77	1	5
<b>Πώς συμπεριφέρονται οι φίλοι και συγγενείς σου στον ήλιο;</b>				
<i>Τι ποσοστό της οικογένειάς σας πιστεύετε ότι προφυλάσσεται από τον ήλιο (με αντηλιακό, ρουχισμό, αποφεύγοντας την έκθεση σε ώρες αιχμής);</i>	3.54	1.06	1	6
<i>Τι ποσοστό των φίλων σας πιστεύετε ότι προφυλάσσεται από τον ήλιο (με αντηλιακό, ρουχισμό, αποφεύγοντας την έκθεση σε ώρες αιχμής);</i>	3.27	1.07	1	6
<i>Τι ποσοστό της οικογένειάς σας πιστεύετε ότι έχει υιοθετήσει συμπεριφορές υγείας σχετικές με την ανίχνευση (αυτό-εξέταση δέρματος, εξετάσεις δέρματος από επαγγελματία υγείας);</i>	2.70	1.21	1	6
<i>Τι ποσοστό των φίλων σας πιστεύετε ότι έχει υιοθετήσει συμπεριφορές υγείας σχετικές με την ανίχνευση (αυτό-εξέταση δέρματος, εξετάσεις δέρματος από επαγγελματία υγείας);</i>	2.79	1.37	1	6

**Οι παρακάτω ερωτήσεις αφορούν στις πεποιθήσεις σας σχετικά με την ικανότητα να επηρεάσετε τον κίνδυνο ανάπτυξης μελανώματος και ορισμένες ενδείξεις για δράση.**

Συνολικά πόσο προσωπικό έλεγχο αισθάνεστε ότι έχετε στο αν θα αναπτύξετε στο μέλλον μελάνωμα;	2.87	1.03	1	5
Συνολικά πόσο προσωπικό έλεγχο αισθάνεστε ότι έχετε στην έγκαιρη ανίχνευση ενός μελλοντικού μελανώματος νωρίς στην ανάπτυξή του;	2.92	1.07	1	5

## 5.5 Γενικές γνώσεις για τον καρκίνο του δέρματος

Στον Πίνακα 15 παρουσιάζονται τα περιγραφικά χαρακτηριστικά σχετικά με τις γενικές γνώσεις που έχουν οι συμμετέχοντες. Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων υποστηρίζει ότι είναι σωστές οι δηλώσεις «Η έκθεση στον ήλιο προκαλεί τους περισσότερους καρκίνους του δέρματος» (93.1%, N=389), «Οι περισσότεροι καρκίνοι του δέρματος μπορούν να προληφθούν» (90.0%, N=377), «Ο καρκίνος του δέρματος μπορεί να προκαλέσει θάνατο» (91.4%, N=381), «Όταν ο καρκίνος του δέρματος εντοπίζεται έγκαιρα, το ποσοστό θεραπείας είναι πολύ υψηλό» (95.9%, N=399), «Οι ακτίνες του ήλιου είναι ισχυρότερες το μεσημέρι» (98.3%, N=407), «Ένα άτομο με ανοικτό χρώμα δέρματος χρειάζεται τη μεγαλύτερη προστασία από τον ήλιο» (95.2%, N=397), «Το ηλιακό έγκαυμα προκαλεί διαρκή βλάβη στο δέρμα» (81.3%, N=338), «Οι ειδικοί προτείνουν τη χρήση αντηλιακού με δείκτη προστασίας (SPF) 15 ή υψηλότερο» (97.6%, N=408) και «Χρειάζεται να χρησιμοποιούμε αντηλιακό και κατά τις συννεφιασμένες μέρες» (94.2%, N=392). Αντιθέτως, η περισσότεροι συμμετέχοντες δηλώνουν ότι διαφωνούν με τις προτάσεις «Ο καρκίνος του δέρματος είναι η πιο κοινή μορφή καρκίνου» (56.6%, N=233), «Το μελάνωμα είναι η λιγότερο σοβαρή μορφή καρκίνου του δέρματος» (80.0%, N=332), «Οι άνθρωποι που εκτίθενται στον ήλιο μόνο 1-2 εβδομάδες το χρόνο δε διατρέχουν κίνδυνο καρκίνου του δέρματος» (84.5%, N=349), «Τα ηλιακά εγκαύματα στην παιδική ηλικία δε σχετίζονται με τον καρκίνο του δέρματος κατά την ενηλικίωση» (83.3%, N=339), «Η εφαρμογή αντηλιακού με υψηλό δείκτη SPF εμποδίζει το μαύρισμα κατά τις διακοπές» (75.6%, N=304), «Η εφαρμογή αντηλιακού με υψηλό δείκτη SPF αρκεί για να αποφευχθεί βλάβη κατά τη μεσημεριανή έκθεση στον ήλιο» (81.6%, N=337) και «Αντηλιακά υψηλού δείκτη SPF επιτρέπουν την έκθεση στον ήλιο για περισσότερο χρόνο» (52.9%, N=219). Τέλος, η

πλειοψηφία των συμμετεχόντων λαμβάνει πληροφορίες/συμβουλές σχετικά με το πώς μπορούν να προστατευτούν από τον ήλιο από τον Ιατρό ή άλλο επαγγελματία υγείας (33.6%, N=140) καθώς και από Τηλεόραση/ ενημερωτικές εκπομπές (25.4%, N=106).

**Πίνακας 15.** Περιγραφικά χαρακτηριστικά σχετικά με τις γενικές γνώσεις που έχουν οι συμμετέχοντες

		N	%
Η έκθεση στον ήλιο προκαλεί τους περισσότερους καρκίνους του δέρματος	Σωστό	389	93.1
	Λάθος	29	6.9
Οι περισσότεροι καρκίνοι του δέρματος μπορούν να προληφθούν	Σωστό	377	90.0
	Λάθος	42	10.0
Ο καρκίνος του δέρματος μπορεί να προκαλέσει θάνατο	Σωστό	381	91.4
	Λάθος	36	8.6
Όταν ο καρκίνος του δέρματος εντοπίζεται έγκαιρα, το ποσοστό θεραπείας είναι πολύ υψηλό	Σωστό	399	95.9
	Λάθος	17	4.1
Οι ακτίνες του ήλιου είναι ισχυρότερες το μεσημέρι	Σωστό	407	98.3
	Λάθος	7	1.7
Ένα άτομο με ανοικτό χρώμα δέρματος χρειάζεται τη μεγαλύτερη προστασία από τον ήλιο	Σωστό	397	95.2
	Λάθος	20	4.8
Το ηλιακό έγκαυμα προκαλεί διαρκή βλάβη στο δέρμα	Σωστό	338	81.3
	Λάθος	78	18.8
Οι ειδικοί προτείνουν τη χρήση αντηλιακού με δείκτη προστασίας (SPF) 15 ή υψηλότερο	Σωστό	408	97.6
	Λάθος	10	2.4
Ο καρκίνος του δέρματος είναι η πιο κοινή μορφή καρκίνου	Σωστό	179	43.4
	Λάθος	233	56.6
Το μελάνωμα είναι η λιγότερο σοβαρή μορφή καρκίνου του δέρματος	Σωστό	83	20.0
	Λάθος	332	80.0
Οι άνθρωποι που εκτίθενται στον ήλιο μόνο 1-2 εβδομάδες το χρόνο δε διατρέχουν κίνδυνο καρκίνου του δέρματος	Σωστό	64	15.5
	Λάθος	349	84.5
Τα ηλιακά εγκαύματα στην παιδική ηλικία δε σχετίζονται με τον καρκίνο του δέρματος κατά την ενηλικίωση	Σωστό	68	16.7
	Λάθος	339	83.3
Η εφαρμογή αντηλιακού με υψηλό δείκτη SPF εμποδίζει το μαύρισμα κατά τις διακοπές	Σωστό	98	24.4
	Λάθος	304	75.6
Η εφαρμογή αντηλιακού με υψηλό δείκτη SPF αρκεί για να αποφευχθεί βλάβη κατά τη μεσημεριανή έκθεση στον ήλιο	Σωστό	76	18.4
	Λάθος	337	81.6
Χρειάζεται να χρησιμοποιούμε αντηλιακό και κατά τις συνεφιασμένες μέρες	Σωστό	392	94.2
	Λάθος	24	5.8
Αντηλιακά υψηλού δείκτη SPF επιτρέπουν την έκθεση στον ήλιο για περισσότερο χρόνο	Σωστό	195	47.1
	Λάθος	219	52.9

Από πού λαμβάνετε πληροφορίες/συμβουλές σχετικά με το πώς μπορείτε να προστατευτείτε από τον ήλιο;	Οικογένεια	37	8.9
	Φίλους	12	2.9
	Ιατρό ή άλλο επαγγελματία υγείας	140	33.6
	Τηλεόραση/ ενημερωτικές εκπομπές	106	25.4
	Άρθρα περιοδικών	57	13.7
	Φυλλάδια με πληροφορίες υγείας	65	15.6

## 5.6 Γνώσεις, στάσεις και αντιλήψεις απέναντι στον καρκίνο του δέρματος

### 5.6.1 Συμπεριφορά απέναντι στον ήλιο

Για τη διερεύνηση της συσχέτισης της ηλικίας σε σχέση με το πόσο χρόνο έχουν περάσει οι συμμετέχοντες σε εξωτερικούς χώρους τους τελευταίους 12 μήνες μεταξύ 10π.μ. και 4 μ.μ. σε ηλιόλουστο καιρό χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Spearman, ο οποίος είναι κατάλληλος για δεδομένα τα οποία δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή. Από τον Πίνακα 16 παρατηρούμε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική αρνητική σχέση μεταξύ της ηλικίας με τους εξωτερικούς χώρους «Στα βουνά» ( $r = -0.182$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ), «Σε αθλητικό χώρο ή γήπεδο» ( $r = -0.131$ ,  $p\text{-value} = 0.009$ ), «Στον κήπο ή στο μπαλκόνι» ( $r = -0.124$ ,  $p\text{-value} = 0.012$ ), «Στο πάρκο» ( $r = -0.130$ ,  $p\text{-value} = 0.010$ ), «Στην εργασία» ( $r = -0.108$ ,  $p\text{-value} = 0.031$ ) και «Σε άλλο μέρος» ( $r = -0.140$ ,  $p\text{-value} = 0.006$ ).

## Πίνακας 16

Συντελεστές συσχέτισης Spearman για την αξιολόγηση της συσχέτισης μεταξύ της ηλικίας σε σχέση με το πόσο χρόνο έχουν περάσει οι συμμετέχοντες σε εξωτερικούς χώρους τους τελευταίους 12 μήνες μεταξύ 10π.μ. και 4 μ.μ. σε ηλιόλουστο καιρό

Κατά τους τελευταίους 12 μήνες, περίπου πόσο χρόνο έχετε περάσει σε εξωτερικούς χώρους μεταξύ 10π.μ. και 4 μ.μ. σε ηλιόλουστο καιρό										
		Στα βουνά	Σε αθλητικό χώρο ή γήπεδο	Στον κήπο ή στο μπαλκόνι	Στο πάρκο	Στην εργασία	Στην παραλία (ή λίμνη, πισίνα) της χώρας σας	Στην παραλία (ή λίμνη, πισίνα) στο εξωτερικό σε μια θερμή χώρα	Σε σολάριουμ	Σε άλλο μέρος
<b>Ηλικία</b>	<i>Spearman Correlation</i>	-0.182	-0.131	-0.124	-0.130	-0.108	-0.042	-0.079	-0.043	-0.140
	<i>p-value</i>	<b>&lt;0.001</b>	<b>0.009</b>	<b>0.012</b>	<b>0.010</b>	<b>0.031</b>	0.391	0.114	0.396	<b>0.006</b>

Στον Πίνακα 17 παρουσιάζεται ο μη παραμετρικός έλεγχος Kruskal Wallis, προκειμένου να αξιολογηθεί πιθανή σχέση μεταξύ των ερωτήσεων «Πώς αντιδρά γενικά το δέρμα σας όταν εκτίθεται στον ήλιο;» και «Τους τελευταίους 12 μήνες περίπου πόσες φορές έχετε κάνει ηλιοθεραπεία στη χώρα σας;». Με βάση τα αποτελέσματα παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις απαντήσεις που έδωσαν οι συμμετέχοντες για το πώς αντιδρά το δέρμα τους όταν εκτίθεται στον ήλιο σε σχέση με το πόσες φορές κάνουν ηλιοθεραπεία στη χώρα τους (Kruskal-Wallis  $H = 14.373$ ,  $p\text{-value} = 0.002$ ). Αναλυτικότερα, προέκυψε ότι οι συμμετέχοντες που μερικές φορές καίγονται, πάντα μαυρίζει κάνουν ηλιοθεραπεία στη χώρα τους περισσότερες φορές σε σχέση με αυτούς που πάντα καίγονται και ποτέ δεν μαυρίζουν (Διάμεσος = 3 vs. Διάμεσος = 2,  $p\text{-value} = 0.004$ ). Επιπλέον, οι συμμετέχοντες που ποτέ δεν καίγονται και πάντα μαυρίζουν κάνουν ηλιοθεραπεία στη χώρα τους περισσότερες φορές σε σχέση με αυτούς που πάντα καίγονται και ποτέ δεν μαυρίζουν (Διάμεσος = 4 vs. Διάμεσος = 2,  $p\text{-value} = 0.047$ ).

### Πίνακας 17

Αποτελέσματα του ελέγχου Kruskal Wallis για την αξιολόγηση της συσχέτισης των ερωτήσεων «Πώς αντιδρά γενικά το δέρμα σας όταν εκτίθεται στον ήλιο;» και «Τους τελευταίους 12 μήνες περίπου πόσες φορές έχετε κάνει ηλιοθεραπεία στη χώρα σας;»

	Πώς αντιδρά γενικά το δέρμα σας όταν εκτίθεται στον ήλιο;				Kruskal -Wallis H	p-value
	Πάντα καίγεται, ποτέ δε μαυρίζει	Πάντα καίγεται, μερικές φορές μαυρίζει	Μερικές φορές καίγεται, πάντα μαυρίζει	Ποτέ δεν καίγεται, πάντα μαυρίζει		
	Διάμεσος (Q1-Q3)	Διάμεσος (Q1-Q3)	Διάμεσος (Q1-Q3)	Διάμεσος (Q1-Q3)		
Τους τελευταίους 12 μήνες περίπου πόσες φορές έχετε κάνει ηλιοθεραπεία στη χώρα σας;	2(1-3)	2(1-4)	3(2-4)	4(1-4)	14.373	<b>0.002</b>

### 5.6.2 Αντιλήψεις σχετικά με την ηλιοθεραπεία το μαύρισμα

Στον Πίνακα 18 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου t-test για την αξιολόγηση πιθανών διαφορών στις αντιλήψεις των συμμετεχόντων σχετικά με την ηλιοθεραπεία και το μαύρισμα μεταξύ ανδρών και γυναικών. Αναλυτικότερα, φαίνεται ότι οι άντρες σε σχέση με τις γυναίκες συμφωνούν περισσότερο στο ότι μαύρισμα προστατεύει τους ανθρώπους από ηλιακά εγκαύματα και άλλα δερματικά προβλήματα ( $t = 2.464$ ,  $p = 0.014$ ) ενώ, οι γυναίκες συμφωνούν περισσότερο στο ότι αισθάνονται ωραία όταν πέφτει ο ήλιος στο δέρμα τους ( $t = -2.713$ ,  $p = 0.007$ ).

**Πίνακας 18.** Έλεγχος t-test για την αξιολόγηση πιθανών διαφορών στις αντιλήψεις των συμμετεχόντων σχετικά με την ηλιοθεραπεία και το μαύρισμα σε σχέση με το φύλο

	Φύλο	N	Μέση τιμή	Τυπ. Απόκλιση	t-statistic	p-value
<u>Το μαύρισμα είναι ελκυστικό</u>	Ανδρας	137	3.31	0.97	0.008	0.994

Τι πιστεύετε για την ηλιοθεραπεία και το μαύρισμα;

	<i>Γυναίκα</i>	278	3.31	1.00		
Το μαύρισμα είναι υγιές	<i>Άνδρας</i>	137	2.50	0.87	1.837	0.067
	<i>Γυναίκα</i>	277	2.33	0.85		
Το μαύρισμα με κάνει να μοιάζω υγιής	<i>Άνδρας</i>	136	2.46	0.92	-0.269	0.788
	<i>Γυναίκα</i>	275	2.49	1.01		
Το μαύρισμα προστατεύει τους ανθρώπους από ηλιακά εγκαύματα και άλλα δερματικά προβλήματα	<i>Άνδρας</i>	137	2.41	0.97	2.464	<b>0.014</b>
	<i>Γυναίκα</i>	277	2.17	0.89		
Αξίζει να καώ λίγο προκειμένου να κάνω καλό μαύρισμα	<i>Άνδρας</i>	137	1.72	0.81	1.422	0.156
	<i>Γυναίκα</i>	277	1.60	0.84		
Φαίνομαι καλύτερα όταν είμαι μαυρισμένος	<i>Άνδρας</i>	135	2.92	1.09	-0.249	0.804
	<i>Γυναίκα</i>	274	2.95	1.19		
Νιώθω καλύτερα όταν είμαι μαυρισμένος	<i>Άνδρας</i>	136	2.77	1.07	-0.863	0.388
	<i>Γυναίκα</i>	276	2.88	1.20		
Αισθάνομαι ωραία όταν πέφτει ο ήλιος στο δέρμα μου	<i>Άνδρας</i>	136	2.60	1.16	-2.713	<b>0.007</b>
	<i>Γυναίκα</i>	273	2.93	1.15		
Χρειάζομαι μαύρισμα για τη δουλειά μου, τον αθλητισμό ή κάποιο χόμπι	<i>Άνδρας</i>	137	1.62	0.91	1.229	0.220
	<i>Γυναίκα</i>	277	1.51	0.68		

### 5.6.3 Προστασία από τον ήλιο

Στον Πίνακα 19 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου t-test για την αξιολόγηση πιθανών διαφορών στους τρόπους προστασίας από τον ήλιο το περασμένο καλοκαίρι μεταξύ ανδρών και γυναικών. Αναλυτικότερα, φαίνεται ότι οι γυναίκες σε σχέση με τους άντρες χρησιμοποιούν σε μεγαλύτερο ποσοστό του χρόνου αντηλιακό με υψηλό δείκτη προστασίας (SPF 15 και πάνω) ( $t = -4.610$ ,  $p < 0.001$ ), καπέλο με γείσο μόνο μπροστά ( $t = 3.718$ ,  $p < 0.001$ ), καπέλο με γείσο γύρω γύρω ( $t = -2.933$ ,  $p = 0.004$ ) και γυαλιά ηλίου ( $t = -2.602$ ,  $p = 0.010$ ).

**Πίνακας 19.** Έλεγχος t-test για την αξιολόγηση πιθανών διαφορών στους τρόπους προστασίας από τον ήλιο το περασμένο καλοκαίρι σε σχέση με το φύλο

		Φύλο	N	Μέση τιμή	Τυπ. Απόκλιση	t- statistic	p-value
Το περασμένο καλοκαίρι τι ποσοστό του χρόνου θα λέγατε	Αντηλιακό με υψηλό δείκτη προστασίας (SPF 15 και πάνω)	Άνδρας	136	3.64	1.72	-4.610	<0.001
		Γυναίκα	274	4.44	1.50		
		Άνδρας	133	1.77	1.18	-0.577	0.564

ότι χρησιμοποιήσατε τους παρακάτω τρόπους προστασίας από τον ήλιο όταν βρισκόσασταν έξω κατά τις ηλιόλουστες μέρες;	Αντηλιακό με μέτριο ή χαμηλό δείκτη προστασίας (κάτω από SPF 15)	Γυναίκα	257	1.85	1.20		
	Ρουχισμός (μακριά μπατζάκια και μανίκια)	Ανδρας	135	2.05	1.34	-1.345	0.179
		Γυναίκα	267	2.24	1.35		
	Καπέλο με γείσο μόνο μπροστά	Ανδρας	133	2.92	1.76	3.718	<0.001
		Γυναίκα	263	2.25	1.52		
	Καπέλο με γείσο γύρω γύρω	Ανδρας	130	1.90	1.44	-2.933	0.004
		Γυναίκα	263	2.38	1.66		
	Παραμονή στη σκιά	Ανδρας	132	4.25	1.27	0.452	0.652
		Γυναίκα	271	4.19	1.30		
	Προσπάθεια αποφυγής του μεσημεριανού ήλιου από τις 10π.μ. ως τις 4 μ.μ.	Ανδρας	136	3.80	1.59	-0.360	0.719
		Γυναίκα	272	3.86	1.54		
	Γυαλιά ηλίου	Ανδρας	135	4.64	1.72	-2.602	0.010
		Γυναίκα	270	5.09	1.41		

Στον Πίνακα 20 παρουσιάζεται ο έλεγχος Pearson  $\chi^2$  για την αξιολόγηση πιθανών διαφορών στο χρώμα δέρματος των συμμετεχόντων σχετικά με το πότε τοποθετούν το αντηλιακό. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ( $\chi^2 = 39.503$ ,  $p < 0.001$ ). Αναλυτικότερα, όσοι έχουν πολύ ανοιχτό ή ανοιχτό χρώμα δέρματος χρησιμοποιούν σε μεγαλύτερο ποσοστό αντηλιακό πριν βγουν έξω ενώ, όσοι έχουν σκούρο/μελαχρινό δέρμα χρησιμοποιούν αντηλιακό αφού εκτεθούν στον ήλιο για λίγο και παρατηρήσω το δέρμα μου να γίνεται ροζ.

**Πίνακας 20.** Αποτελέσματα ελέγχου Pearson  $\chi^2$  για την αξιολόγηση πιθανών διαφορών στο χρώμα δέρματος των συμμετεχόντων σχετικά με το πότε τοποθετούν το αντηλιακό

Όταν χρησιμοποιείτε αντηλιακό πότε το τοποθετείτε συνήθως;							$\chi^2$	p-value
Ποιο είναι το χρώμα του δέρματός		Πριν βγω έξω (πριν φύγω από το σπίτι) ή στο αυτοκίνητο στο δρόμο	Μόλις βγω στον ήλιο (μόλις φτάσω στον προορισμό μου, όπως η πισίνα ή το πάρκο)	Αφού εκτεθώ στον ήλιο για λίγο, αλλά πριν παρατηρήσω το δέρμα μου να γίνεται ροζ	Αφού εκτεθώ στον ήλιο για λίγο και παρατηρήσω το δέρμα μου να γίνεται ροζ	Δε χρησιμοποιώ		
Πολύ ανοιχτό Σκούρο/ Μελαχρινό Σταρένιο	Πολύ ανοιχτό	37(15.2%)	12(9.4%)	2(10%)	0(0%)	1(4.8%)	39.503	0.001
	Σκούρο/Μελαχρινό	19(7.8%)	23(18.1%)	1(5%)	2(50%)	4(19%)		
	Σταρένιο	79(32.4%)	34(26.8%)	7(35%)	1(25%)	7(33.3%)		

σας όταν δεν έχει εκτεθεί στον ήλιο;	Ανοιχτό	109(44.7%)	58(45.7%)	9(45%)	1(25%)	9(42.9%)
	Πολύ σκούρο	0(0%)	0(0%)	1(5%)	0(0%)	0(0%)

Στον Πίνακα 21 παρουσιάζεται ο μη παραμετρικός έλεγχος Kruskal Wallis, προκειμένου να αξιολογηθεί πιθανή σχέση στους τρόπους προστασίας των συμμετεχόντων από τον ήλιο τον περασμένο χειμώνα σε σχέση με το αν εργάζονται κυρίως σε εσωτερικούς ή εξωτερικούς χώρους. Με βάση τα αποτελέσματα παρατηρήθηκε ότι οι συμμετέχοντες που εργάζονται σε εσωτερικούς χώρους βρίσκονται σε μεγαλύτερο ποσοστό του χρόνου σε σκιά σχέση με όσους εργάζονται σε εξωτερικούς χώρους (Kruskal-Wallis  $H = 7.813$ ,  $p\text{-value} = 0.20$ ).

## Πίνακας 21

Αποτελέσματα του ελέγχου Kruskal Wallis για την αξιολόγηση πιθανών διαφορών στους τρόπους προστασίας των συμμετεχόντων από τον ήλιο τον περασμένο χειμώνα σε σχέση με το αν εργάζονται κυρίως σε εσωτερικούς ή εξωτερικούς χώρους

		Εργάζεστε (ή, αν έχετε συνταξιοδοτηθεί εργαζόσασταν) κυρίως σε εσωτερικούς ή εξωτερικούς χώρους;			Kruskal-Wallis H	p-value
		Κυρίως σε εσωτερικούς χώρους	Εξίσου σε εσωτερικούς και εξωτερικούς χώρους	Κυρίως σε εξωτερικούς χώρους		
		Διάμεσος (Q1-Q3)	Διάμεσος (Q1-Q3)	Διάμεσος (Q1-Q3)		
Τον περασμένο χειμώνα τι ποσοστό του χρόνου θα λέγατε ότι χρησιμοποιήσατε τους παρακάτω τρόπους προστασίας από τον ήλιο (δουλεύοντας ή περπατώντας σε εξωτερικό χώρο, παίζοντας, κάνοντας σκι);	Αντηλιακό με υψηλό δείκτη προστασίας (SPF 15 και πάνω)	2(1-4)	1(1-4)	1(1-4)	1.468	0.480
	Αντηλιακό με μέτριο ή χαμηλό δείκτη προστασίας (κάτω από SPF 15)	1(1-2)	1(1-2)	1(1-2)	1.802	0.406
	Ρουχισμός (μακριά μπατζάκια και μανίκια)	5(2-6)	5(2-6)	4(2-4.5)	2.755	0.252
	Καπέλο με γείσο μόνο μπροστά	1(1-2)	1(1-3.25)	1(1-2)	0.541	0.763
	Καπέλο με γείσο γύρω γύρω	1(1-1)	1(1-1.5)	1(1-1.5)	0.974	0.614
	Παραμονή στη σκιά	3(1-4)	3(1-4)	1(1-2.5)	7.813	<b>0.020</b>
	Προσπάθεια αποφυγής του μεσημεριανού ήλιου από τις 10π.μ. ως τις 4 μ.μ.	2(1-4)	2(1-4)	1(1-2)	3.812	0.149
	Γυαλιά ηλίου	5(3-6)	4(1-5)	4(2-6)	3.705	0.157

Στον Πίνακα 22 παρουσιάζεται ο μη παραμετρικός έλεγχος Kruskal Wallis, προκειμένου να αξιολογηθεί πιθανή σχέση της ηλικίας των συμμετεχόντων και του τρόπου που λαμβάνουν πληροφορίες/συμβουλές σχετικά με το πώς μπορούν να προστατευτούν από τον ήλιο. Με βάση τα αποτελέσματα δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις απαντήσεις που έδωσαν οι συμμετέχοντες (Kruskal-Wallis  $H = 4.893$ ,  $p\text{-value} = 0.429$ ).

## Πίνακας 22

Αποτελέσματα του ελέγχου Kruskal Wallis για την αξιολόγηση πιθανής σχέσης της ηλικίας των συμμετεχόντων και του τρόπου που λαμβάνουν πληροφορίες/συμβουλές σχετικά με το πώς μπορούν να προστατευτούν από τον ήλιο

Από πού λαμβάνετε πληροφορίες/συμβουλές σχετικά με το πώς μπορείτε να προστατευτείτε από τον ήλιο;							
Οικογένεια	Φίλους	Ιατρό ή άλλο επαγγελματία υγείας	Τηλεόραση/ ενημερωτικές εκπομπές	Άρθρα περιοδικών	Φυλλάδια με πληροφορίες υγείας	Kruskal-Wallis H	p
Διάμεσος (Q1-Q3)	Διάμεσος (Q1-Q3)	Διάμεσος (Q1-Q3)	Διάμεσος (Q1-Q3)	Διάμεσος (Q1-Q3)	Διάμεσος (Q1-Q3)		
Ηλικία 45(38.5-52.5)	41(35.25-48.75)	47(41-52)	46(42-51)	46(40-51)	45(41-49)	4.893	0.429

## 5.6.4 Καρκίνος του δέρματος

Για τη διερεύνηση της συσχέτισης της ηλικίας σε σχέση με τις δυσκολίες να υιοθετήσουν οι συμμετέχοντες συμπεριφορές που σχετίζονται με τον καρκίνο του δέρματος χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Spearman, ο οποίος είναι κατάλληλος για δεδομένα τα οποία δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή. Από τον Πίνακα 23 παρατηρούμε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική θετική σχέση μεταξύ της ηλικίας με το αν νιώθουν άβολα ή αμήχανα να εξετάσει ένας γιατρός το δέρμα τους ( $r = 0.109$ ,  $p\text{-value} = 0.026$ ).

## Πίνακας 23

Συντελεστές συσχέτισης Spearman για την αξιολόγηση της συσχέτισης μεταξύ της ηλικίας σε σχέση με τις δυσκολίες να υιοθετήσουν οι συμμετέχοντες συμπεριφορές που σχετίζονται με τον καρκίνο του δέρματος

Δυσκολίες να υιοθετήσετε συμπεριφορές που σχετίζονται με τον καρκίνο του δέρματος						
Θα ήταν πολύ ακριβό ή χρονοβόρο για	Νιώθω άβολα ή αμήχανα να εξετάσει ένας	Ανησυχώ όταν ένας γιατρός εξετάζει το δέρμα	Θα προτιμούσα να εξετάσει ένας γιατρός το δέρμα	Ανησυχώ όταν εξετάζω ο ίδιος το δέρμα μου για	Δεν είμαι τόσο καλός στο να εξετάζω ο ίδιος	

		μένα να πηγαίνω τακτικά σε γιατρό για να εξετάσει το δέρμα μου	γιατρός το δέρμα μου	μου για αλλαγές ή σημάδια καρκίνου του δέρματος	μου για σημάδια καρκίνου του δέρματος παρά εγώ ο ίδιος	αλλαγές ή σημάδια καρκίνου του δέρματος	το δέρμα μου για αλλαγές ή σημάδια καρκίνου του δέρματος
<b>Ηλικία</b>	<i>Spearman Correlation</i>	-0.034	0.109	0.042	0.021	0.002	-0.035
	<i>p-value</i>	0.490	<b>0.026</b>	0.397	0.671	0.974	0.484

Στον Πίνακα 24 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου t-test για την αξιολόγηση πιθανών διαφορών στη στάση των συμμετεχόντων σε διάφορες συμπεριφορές που σχετίζονται με τον καρκίνο του δέρματος μεταξύ ανδρών και γυναικών. Αναλυτικότερα, φαίνεται ότι οι γυναίκες σε σχέση με τους άντρες συμφωνούν περισσότερο με τις δηλώσεις «Εξετάζοντας εγώ το ίδιο μου το δέρμα συχνά με βοηθάει να εντοπίσω αλλαγές πριν γίνουν σοβαρότερες» ( $t = -3.106, p = 0.002$ ), «Βάζοντας τακτικά αντηλιακό με δείκτη προστασίας τουλάχιστον 15 και προστασία από UVA, όταν είμαι στον ήλιο θα μείωνε τις πιθανότητες ανάπτυξης καρκίνου του δέρματος» ( $t = -2.153, p = 0.032$ ), «Προστατεύοντας το δέρμα μου από τον ήλιο με αντηλιακό θα με βοηθήσει να φαίνομαι νεότερος για περισσότερα χρόνια» ( $t = -4.904, p < 0.001$ ), «Φορώντας ρούχα προστασίας (πχ μακρυμάνικα ρούχα, καπέλο) τακτικά όταν είμαι στον ήλιο θα βοηθήσει το δέρμα μου να μοιάζει νεότερο για περισσότερα χρόνια» ( $t = -3.059, p = 0.003$ ), «Το δέρμα μου δε θα γεράσει τόσο γρήγορα αν αποφεύγω τον μεσημεριανό ήλιο» ( $t = -2.132, p = 0.034$ ).

**Πίνακας 24.** Έλεγχος t-test για την αξιολόγηση πιθανών διαφορών στη στάση των συμμετεχόντων σε διάφορες συμπεριφορές που σχετίζονται με τον καρκίνο του δέρματος σε σχέση με το φύλο

		Φύλο	N	Μέση τιμή	Τυπ. Απόκλιση	t- statistic	p-value
Στάση των συμμετεχόντων σε διάφορες συμπεριφορές που σχετίζονται με τον καρκίνο του δέρματος	Εξετάζοντας το δέρμα μου, ένας γιατρός μπορεί να βρει σημάδια που δεν είναι ακόμα καρκίνος, αλλά θα μπορούσαν να γίνουν καρκίνος	Ανδρας	136	4.23	0.72	1.412	0.159
		Γυναίκα	279	4.11	0.86		
	Κάνοντας συχνά εξέταση δέρματος θα ήμουν ήσυχος/η για την υγεία μου	Ανδρας	136	4.02	0.86	0.135	0.893
		Γυναίκα	279	4.01	0.77		
	Οι τακτικές εξετάσεις δέρματος από γιατρό θα με βοηθήσουν να ζήσω περισσότερο	Ανδρας	136	3.85	0.91	0.003	0.998
		Γυναίκα	278	3.85	0.87		
	Εξετάζοντας εγώ το ίδιο μου το δέρμα συχνά με βοηθάει να εντοπίσω αλλαγές πριν γίνουν σοβαρότερες	Ανδρας	135	3.80	0.81	-3.106	<b>0.002</b>
		Γυναίκα	277	4.05	0.68		
	Εξετάζοντας εγώ το ίδιο μου το δέρμα για τυχόν αλλαγές αποτελεί μέρος της συνολικής υγειονομικής μου περίθαλψης	Ανδρας	135	3.60	0.97	-1.718	0.086
		Γυναίκα	272	3.77	0.91		
		Ανδρας	136	3.37	0.97	-1.373	0.171

Εξετάζοντας εγώ το ίδιο μου το δέρμα για τυχόν αλλαγές με βοηθάει να νιώθω ότι έχω τον έλεγχο της υγείας μου	Γυναίκα	278	3.50	0.93		
Βάζοντας τακτικά αντηλιακό με δείκτη προστασίας τουλάχιστον 15 και προστασία από UVA, όταν είμαι στον ήλιο θα μειώνει τις πιθανότητες ανάπτυξης καρκίνου του δέρματος	Ανδρας	136	4.01	0.82	-2.153	<b>0.032</b>
	Γυναίκα	277	4.19	0.74		
Προστατεύοντας το δέρμα μου από τον ήλιο με αντηλιακό θα με βοηθήσει να φαίνομαι νεότερος για περισσότερα χρόνια	Ανδρας	131	3.50	1.12	-4.904	<b>&lt;0.001</b>
	Γυναίκα	276	4.03	0.82		
Χρησιμοποιώντας αντηλιακό με SPF τουλάχιστον 15 είναι ένας αποτελεσματικός τρόπος να αποφύγω το ηλιακό έγκαυμα	Ανδρας	134	4.04	0.85	-0.107	0.915
	Γυναίκα	275	4.05	0.89		
Φορώντας ρούχα προστασίας από τον ήλιο όταν εκτίθεμαι στον ήλιο θα βοηθήσει να μειωθεί ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του δέρματος	Ανδρας	135	4.02	0.89	-0.990	0.323
	Γυναίκα	276	4.11	0.69		
Φορώντας καπέλο για να προστατεύσω το δέρμα μου από τον ήλιο θα βοηθήσει να μειωθεί ο κίνδυνος να πάθω ηλιακό έγκαυμα	Ανδρας	136	4.01	0.84	-1.052	0.293
	Γυναίκα	276	4.09	0.71		
Φορώντας ρούχα προστασίας (πχ μακρυμάνικα ρούχα, καπέλο) τακτικά όταν είμαι στον ήλιο θα βοηθήσει το δέρμα μου να μοιάζει νεότερο για περισσότερα χρόνια	Ανδρας	135	3.60	1.11	-3.059	<b>0.003</b>
	Γυναίκα	273	3.93	0.80		
Το δέρμα μου δε θα γεράσει τόσο γρήγορα αν αποφεύγω τον μεσημεριανό ήλιο	Ανδρας	136	3.81	0.95	-2.132	<b>0.034</b>
	Γυναίκα	274	4.01	0.79		
Μπορώ να αποφύγω το ηλιακό έγκαυμα και τις φουσκάλες αποφεύγοντας τον ήλιο τις ώρες αιχμής (10π.μ.-4μ.μ)	Ανδρας	135	4.19	0.84	-1.185	0.237
	Γυναίκα	276	4.29	0.70		
Μένοντας στη σκιά όταν βρίσκομαι έξω θα μειώνει τον κίνδυνο να πάθω καρκίνο του δέρματος	Ανδρας	136	4.03	0.91	0.336	0.737
	Γυναίκα	279	4.00	0.80		

Στον Πίνακα 25 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου t-test για την αξιολόγηση πιθανών διαφορών στην άποψη των συμμετεχόντων για το μελάνωμα μεταξύ ανδρών και γυναικών. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις απόψεις των συμμετεχόντων σε σχέση με το φύλο.

**Πίνακας 25.** Έλεγχος t-test για την αξιολόγηση πιθανών διαφορών στην άποψη των συμμετεχόντων για το μελάνωμα σε σχέση με το φύλο

	Φύλο	N	Μέση τιμή	Τυπ. Απόκλιση	t-statistic	p-value
<b>Πιστεύω ότι το μελάνωμα θεραπεύεται εύκολα</b>	<i>Ανδρας</i>	136	2.59	0.81	1.603	0.110
	<i>Γυναίκα</i>	279	2.46	0.75		
<b>Πιστεύω ότι το μελάνωμα μπορεί να έχει πολύ σοβαρές συνέπειες</b>	<i>Ανδρας</i>	136	4.18	0.82	-0.150	0.881
	<i>Γυναίκα</i>	281	4.19	0.68		
<b>Η εμφάνιση μελανώματος θα ήταν μεγάλη απειλή για την υγεία μου</b>	<i>Ανδρας</i>	136	4.21	0.83	0.467	0.641
	<i>Γυναίκα</i>	279	4.18	0.74		

## 5.7 Διαστάσεις του Μοντέλου Πεποιθήσεων για την Υγεία

Στην τελευταία ενότητα παρουσιάζεται η εφαρμογή του ΜΠΥ σε ζητήματα που αφορούν τον καρκίνο του δέρματος.

Στον Πίνακα 26 παρουσιάζονται τα βασικά περιγραφικά μέτρα θέσης και διασποράς για τις ερωτήσεις που αφορούν τον καρκίνο του δέρματος. Όσον αφορά τις εξετάσεις για τον καρκίνο του δέρματος οι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι ετησίως εξετάζουν το δέρμα τους για αλλαγές ή σημάδια καρκίνου του δέρματος (Μέση τιμή=5.19, Τυπ.Απόκλιση=1.72) ενώ, λιγότερο συχνά από τον χρόνο ζητάνε από κάποιο μέλος της οικογένειάς τους (ή φίλο) να εξετάσει καλά το δέρμα σας για αλλαγές ή σημάδια καρκίνου (Μέση τιμή=6.11, Τυπ.Απόκλιση=1.30) και να επισκεφτεί κάποιον επαγγελματία υγείας (πχ παθολόγο ή δερματολόγο) για μια πλήρη εξέταση δέρματος (Μέση τιμή=6.18, Τυπ.Απόκλιση=1.08). Σχετικά με την στάση σε διάφορες συμπεριφορές που σχετίζονται με τον καρκίνο του δέρματος οι ερωτηθέντες υποστήριξαν ότι συμφωνούν με τις δηλώσεις «Εξετάζοντας το δέρμα μου, ένας γιατρός μπορεί να βρει σημάδια που δεν είναι ακόμα καρκίνος, αλλά θα μπορούσαν να γίνουν καρκίνος» (Μέση τιμή=4.14, Τυπ.Απόκλιση=0.82), «Κάνοντας συχνά εξέταση δέρματος θα ήμουν ήσυχος/η για την υγεία μου» (Μέση τιμή=4.00, Τυπ.Απόκλιση=0.81), «Οι τακτικές εξετάσεις δέρματος από γιατρό θα με βοηθήσουν να

ζήσω περισσότερο» (Μέση τιμή=3.84, Τυπ.Απόκλιση=0.89), «Εξετάζοντας εγώ το ίδιο μου το δέρμα συχνά με βοηθάει να εντοπίσω αλλαγές πριν γίνουν σοβαρότερες» (Μέση τιμή=3.97, Τυπ.Απόκλιση=0.73), «Εξετάζοντας εγώ το ίδιο μου το δέρμα για τυχόν αλλαγές αποτελεί μέρος της συνολικής υγειονομικής μου περίθαλψης» (Μέση τιμή=3.71, Τυπ.Απόκλιση=0.93), «Βάζοντας τακτικά αντηλιακό με δείκτη προστασίας τουλάχιστον 15 και προστασία από UVA, όταν είμαι στον ήλιο θα μείωνε τις πιθανότητες ανάπτυξης καρκίνου του δέρματος» (Μέση τιμή=4.13, Τυπ.Απόκλιση=0.77), «Προστατεύοντας το δέρμα μου από τον ήλιο με αντηλιακό θα με βοηθήσει να φαίνομαι νεότερος για περισσότερα χρόνια» (Μέση τιμή=3.86, Τυπ.Απόκλιση=0.96), «Χρησιμοποιώντας αντηλιακό με SPF τουλάχιστον 15 είναι ένας αποτελεσματικός τρόπος να αποφύγω το ηλιακό έγκαυμα» (Μέση τιμή=4.04, Τυπ.Απόκλιση=0.88), «Φορώντας ρούχα προστασίας από τον ήλιο όταν εκτίθεμαι στον ήλιο θα βοηθήσει να μειωθεί ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του δέρματος» (Μέση τιμή=4.08, Τυπ.Απόκλιση=0.76), «Φορώντας καπέλο για να προστατεύσω το δέρμα μου από τον ήλιο θα βοηθήσει να μειωθεί ο κίνδυνος να πάθω ηλιακό έγκαυμα» (Μέση τιμή=4.06, Τυπ.Απόκλιση=0.76), «Φορώντας ρούχα προστασίας (πχ μακρυμάνικα ρούχα, καπέλο) τακτικά όταν είμαι στον ήλιο θα βοηθήσει το δέρμα μου να μοιάζει νεότερο για περισσότερα χρόνια» (Μέση τιμή=3.82, Τυπ.Απόκλιση=0.92), «Το δέρμα μου δε θα γεράσει τόσο γρήγορα αν αποφεύγω τον μεσημεριανό ήλιο» (Μέση τιμή=3.94, Τυπ.Απόκλιση=0.85), «Μπορώ να αποφύγω το ηλιακό έγκαυμα και τις φουσκάλες αποφεύγοντας τον ήλιο τις ώρες αιχμής (10π.μ.-4μ.μ)» (Μέση τιμή=4.25, Τυπ.Απόκλιση=0.75) και «Μένοντας στη σκιά όταν βρίσκομαι έξω θα μείωνε τον κίνδυνο να πάθω καρκίνο του δέρματος» (Μέση τιμή=4.01, Τυπ.Απόκλιση=0.84). Τέλος, οι συμμετέχοντες ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν με τη δήλωση ότι αν εξετάσουν οι ίδιοι το δέρμα για τυχόν αλλαγές τους βοηθάει να νιώσουν ότι έχουν τον έλεγχο της υγείας τους (Μέση τιμή=3.45, Τυπ.Απόκλιση=0.95). Για τις ερωτήσεις που αφορούν τις δυσκολίες να υιοθετήσουν συμπεριφορές που σχετίζονται με τον καρκίνο του δέρματος οι ερωτώμενοι ούτε διαφωνούν ούτε συμφωνούν με τις δηλώσεις «Θα ήταν πολύ ακριβό ή χρονοβόρο για μένα να πηγαίνω τακτικά σε γιατρό για να εξετάσει το δέρμα μου» (Μέση τιμή=3.24, Τυπ.Απόκλιση=1.01), «Ανησυχώ όταν ένας γιατρός εξετάζει το δέρμα μου για αλλαγές ή σημάδια καρκίνου του δέρματος» (Μέση τιμή=2.66, Τυπ.Απόκλιση=1.11) και «Ανησυχώ όταν εξετάζω ο ίδιος το δέρμα μου για αλλαγές ή σημάδια καρκίνου του δέρματος» (Μέση τιμή=3.01, Τυπ.Απόκλιση=1.04) ενώ, συμφωνούν με τις δηλώσεις «Θα προτιμούσα να εξετάσει ένας γιατρός το δέρμα μου για σημάδια καρκίνου του δέρματος παρά εγώ ο ίδιος»

(Μέση τιμή=4.01, Τυπ.Απόκλιση=0.90) και «Δεν είμαι τόσο καλός στο να εξετάζω ο ίδιος το δέρμα μου για αλλαγές ή σημάδια καρκίνου του δέρματος» (Μέση τιμή=3.74, Τυπ.Απόκλιση=0.92). Τέλος, διαφωνούν στο ότι νιώθουν άβολα ή αμήχανα να εξετάσει ένας γιατρός το δέρμα τους (Μέση τιμή=2.09, Τυπ.Απόκλιση=0.96).

**Πίνακας 26.** Περιγραφικά χαρακτηριστικά σχετικά με τον καρκίνο του δέρματος

	Μέση τιμή	Τυπ. Απόκλιση	Ελάχιστη	Μέγιστη
<b>Ο καρκίνος του δέρματος αντιμετωπίζεται καλύτερα σε πρώιμο στάδιο.</b>				
<b>Ακολουθούν κάποιες ερωτήσεις σχετικά με τις εξετάσεις του δέρματος</b>				
<i>Πόσο συχνά εξετάζετε καλά το δέρμα σας για αλλαγές ή σημάδια καρκίνου του δέρματος;</i>	5.19	1.72	1	8
<i>Πόσο συχνά ζητάτε από κάποιο μέλος της οικογένειάς σας (ή φίλο) να εξετάσει καλά το δέρμα σας για αλλαγές ή σημάδια καρκίνου;</i>	6.11	1.30	1	8
<i>Πόσο συχνά επισκέπτεστε κάποιον επαγγελματία υγείας (πχ παθολόγο ή δερματολόγο) για μια πλήρη εξέταση δέρματος;</i>	6.18	1.08	1	8
<b>Θα θέλαμε να σας ρωτήσουμε σχετικά με τη στάση σας σε διάφορες συμπεριφορές που σχετίζονται με τον καρκίνο του δέρματος. Σε ποιο βαθμό συμφωνείτε με τα παρακάτω;</b>				
<i>Εξετάζοντας το δέρμα μου, ένας γιατρός μπορεί να βρει σημάδια που δεν είναι ακόμα καρκίνος, αλλά θα μπορούσαν να γίνουν καρκίνος</i>	4.14	0.82	1	5
<i>Κάνοντας συχνά εξέταση δέρματος θα ήμουν ήσυχος/η για την υγεία μου</i>	4.00	0.81	1	5
<i>Οι τακτικές εξετάσεις δέρματος από γιατρό θα με βοηθήσουν να ζήσω περισσότερο</i>	3.84	0.89	1	5
<i>Εξετάζοντας εγώ το ίδιο μου το δέρμα συχνά με βοηθάει να εντοπίσω αλλαγές πριν γίνουν σοβαρότερες</i>	3.97	0.73	1	5
<i>Εξετάζοντας εγώ το ίδιο μου το δέρμα για τυχόν αλλαγές αποτελεί μέρος της συνολικής υγιεινομικής μου περίθαλψης</i>	3.71	0.93	1	5
<i>Εξετάζοντας εγώ το ίδιο μου το δέρμα για τυχόν αλλαγές με βοηθάει να νιώθω ότι έχω τον έλεγχο της υγείας μου</i>	3.45	0.95	1	5
<i>Βάζοντας τακτικά αντηλιακό με δείκτη προστασίας τουλάχιστον 15 και προστασία από UVA, όταν είμαι στον ήλιο θα μειώνει τις πιθανότητες ανάπτυξης καρκίνου του δέρματος</i>	4.13	0.77	1	5

Προστατεύοντας το δέρμα μου από τον ήλιο με αντηλιακό θα με βοηθήσει να φαίνομαι νεότερος για περισσότερα χρόνια	3.86	0.96	1	5
Χρησιμοποιώντας αντηλιακό με SPF τουλάχιστον 15 είναι ένας αποτελεσματικός τρόπος να αποφύγω το ηλιακό έγκαυμα	4.04	0.88	1	5
Φορώντας ρούχα προστασίας από τον ήλιο όταν εκτίθεμαι στον ήλιο θα βοηθήσει να μειωθεί ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του δέρματος	4.08	0.76	1	5
Φορώντας καπέλο για να προστατεύσω το δέρμα μου από τον ήλιο θα βοηθήσει να μειωθεί ο κίνδυνος να πάθω ηλιακό έγκαυμα	4.06	0.76	1	5
Φορώντας ρούχα προστασίας (πχ μακρυμάνικα ρούχα, καπέλο) τακτικά όταν είμαι στον ήλιο θα βοηθήσει το δέρμα μου να μοιάζει νεότερο για περισσότερα χρόνια	3.82	0.92	1	5
Το δέρμα μου δε θα γεράσει τόσο γρήγορα αν αποφεύγω τον μεσημεριανό ήλιο	3.94	0.85	1	5
Μπορώ να αποφύγω το ηλιακό έγκαυμα και τις φουσκάλες αποφεύγοντας τον ήλιο τις ώρες αιχμής (10π.μ.-4μ.μ)	4.25	0.75	1	5
Μένοντας στη σκιά όταν βρίσκομαι έξω θα μείωνε τον κίνδυνο να πάθω καρκίνο του δέρματος	4.01	0.84	1	5
<b>Ακολουθούν κάποιες ερωτήσεις που αφορούν στις δυσκολίες να υιοθετήσετε συμπεριφορές που σχετίζονται με τον καρκίνο του δέρματος. Σε ποιο βαθμό συμφωνείτε με τα παρακάτω;</b>				
Θα ήταν πολύ ακριβό ή χρονοβόρο για μένα να πηγαίνω τακτικά σε γιατρό για να εξετάσει το δέρμα μου	3.24	1.01	1	5
Νιώθω άβολα ή αμήχανα να εξετάσει ένας γιατρός το δέρμα μου	2.09	0.96	1	5
Ανησυχώ όταν ένας γιατρός εξετάζει το δέρμα μου για αλλαγές ή σημάδια καρκίνου του δέρματος	2.66	1.11	1	5
Θα προτιμούσα να εξετάσει ένας γιατρός το δέρμα μου για σημάδια καρκίνου του δέρματος παρά εγώ ο ίδιος	4.01	0.90	1	5
Ανησυχώ όταν εξετάζω ο ίδιος το δέρμα μου για αλλαγές ή σημάδια καρκίνου του δέρματος	3.01	1.04	1	5
Δεν είμαι τόσο καλός στο να εξετάζω ο ίδιος το δέρμα μου για αλλαγές ή σημάδια καρκίνου του δέρματος	3.74	0.92	1	5

Στον Πίνακα 27 παρουσιάζονται τα βασικά περιγραφικά μέτρα θέσης και διασποράς σχετικά με την προστασία των συμμετεχόντων από τον ήλιο. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα οι ερωτώμενοι διαφωνούν στο ότι η χρήση του αντηλιακού είναι δύσκολη (Μέση τιμή=1.94, Τυπ.Απόκλιση=0.97), κάτι που δεν τους αρέσει (Μέση τιμή=2.34, Τυπ.Απόκλιση=1.23),

ακριβό για να αγοράσουν (Μέση τιμή=2.32, Τυπ.Απόκλιση=1.12), κάτι που παρεμβαίνει στην εργασία ή στις δραστηριότητές τους (Μέση τιμή=2.13, Τυπ.Απόκλιση=1.01), χρονοβόρο (Μέση τιμή=2.21, Τυπ.Απόκλιση=0.97) και κάτι που τους εμποδίζει στο να μαυρίσουν (Μέση τιμή=1.82, Τυπ.Απόκλιση=0.95). Επιπλέον, διαφωνούν στο ότι η χρήση ρούχων που προστατεύουν από τον ήλιο τους κάνει να νιώθουν ντροπή (Μέση τιμή=2.18, Τυπ.Απόκλιση=0.96), παρεμβαίνει στην εργασία ή στις δραστηριότητές τους (Μέση τιμή=2.38, Τυπ.Απόκλιση=1.07) και τους εμποδίζει στο να μαυρίσουν (Μέση τιμή=2.18, Τυπ.Απόκλιση=1.14). Τέλος, οι συμμετέχοντες διαφωνούν στο ότι το να αποφεύγουν την έκθεση στη UV ακτινοβολία τις ώρες αιχμής (10π.μ.-4μ.μ.) είναι δύσκολο (Μέση τιμή=2.71, Τυπ.Απόκλιση=1.17), ενοχλητικό (Μέση τιμή=2.23, Τυπ.Απόκλιση=1.00), κάτι που παρεμβαίνει στην εργασία ή στις δραστηριότητές τους (Μέση τιμή=2.50, Τυπ.Απόκλιση=1.17) και κάτι που τους εμποδίζει στο να μαυρίσουν (Μέση τιμή=1.97, Τυπ.Απόκλιση=1.03).

**Πίνακας 27.** Περιγραφικά χαρακτηριστικά σχετικά με την προστασία τους από τον ήλιο

	Μέση τιμή	Τυπ. Απόκλιση	Ελάχιστη	Μέγιστη
<b>Για εμένα η χρήση αντηλιακού είναι...</b>				
<i>Δύσκολο</i>	1.94	0.97	1	5
<i>Κάτι που δε μου αρέσει</i>	2.34	1.23	1	5
<i>Ακριβό</i>	2.32	1.12	1	5
<i>Κάτι που κάνω άνετα</i>	3.67	1.09	1	5
<i>Κάτι που παρεμβαίνει στην εργασία ή στις δραστηριότητές μου</i>	2.13	1.01	1	5
<i>Μέρος της καθημερινής μου ρουτίνας</i>	3.13	1.25	1	5
<i>Πολύ χρονοβόρο</i>	2.21	0.97	1	5
<i>Κάτι που συχνά ξεχνάω</i>	3.02	1.24	1	5
<i>Κάτι που με εμποδίζει να πετύχω το μαύρισμα που θέλω</i>	1.82	0.95	1	5
<b>Για εμένα το να φοράω ρούχα που προστατεύουν από τον ήλιο (μακριά μανίκια ή μπατζάκια, καπέλο) είναι...</b>				
<i>Δύσκολο</i>	2.98	1.10	1	5
<i>Ενοχλητικό/με ζεσταίνει</i>	3.61	1.09	1	5
<i>Κάτι που κάνω άνετα</i>	2.66	0.98	1	5
<i>Με κάνει να νιώθω ντροπή ή αμηχανία</i>	2.18	0.96	1	5

Κάτι που παρεμβαίνει στην εργασία ή στις δραστηριότητές μου	2.38	1.07	1	5
Κάτι που με εμποδίζει να πετύχω το μαύρισμα που θέλω	2.18	1.14	1	5
<b>Για εμένα το να αποφεύγω την έκθεση στη UV ακτινοβολία τις ώρες αιχμής (10π.μ.-4μ.μ.) είναι...</b>				
<i>Δύσκολο</i>	2.71	1.17	1	5
<i>Ενοχλητικό</i>	2.23	1.00	1	5
Κάτι που κάνω άνετα	3.36	1.08	1	5
Κάτι που παρεμβαίνει στην εργασία ή στις δραστηριότητές μου	2.50	1.17	1	5
Μέρος της καθημερινής μου ρουτίνας	3.05	1.12	1	5
Κάτι που με εμποδίζει να πετύχω το μαύρισμα που θέλω	1.97	1.03	1	5

Στον Πίνακα 28 παρουσιάζονται τα βασικά περιγραφικά μέτρα θέσης και διασποράς σχετικά με νοσήματα. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα οι ερωτώμενοι συμφωνούν στο ότι το μελάνωμα μπορεί να έχει πολύ σοβαρές συνέπειες (Μέση τιμή=4.19, Τυπ.Απόκλιση=0.73) και ότι αποτελεί απειλή για την υγεία τους (Μέση τιμή=4.19, Τυπ.Απόκλιση=0.77). Αναφορικά με τις ασθένειες ή τραυματισμούς οι συμμετέχοντες πιστεύουν ότι υπάρχει μέτριος κίνδυνος να νοσήσουν ή να τραυματιστούν από καρδιακή νόσο (Μέση τιμή=2.85, Τυπ.Απόκλιση=0.90), κατάθλιψη (Μέση τιμή=3.06, Τυπ.Απόκλιση=1.10), μελάνωμα (Μέση τιμή=3.02, Τυπ.Απόκλιση=0.88), καρκίνο του πνεύμονα (Μέση τιμή=3.19, Τυπ.Απόκλιση=0.73) και καρκίνο του μαστού (Μέση τιμή=3.25, Τυπ.Απόκλιση=1.24). Σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου οι συμμετέχοντες θεωρούν ότι το κάπνισμα (Μέση τιμή=2.58, Τυπ.Απόκλιση=1.64), η παχυσαρκία (Μέση τιμή=2.56, Τυπ.Απόκλιση=1.47), η υπέρταση (Μέση τιμή=2.63, Τυπ.Απόκλιση=1.35), η χαμηλή πρόσληψη φρούτων και λαχανικών (Μέση τιμή=2.90, Τυπ.Απόκλιση=1.02), το αλκοόλ (Μέση τιμή=2.98, Τυπ.Απόκλιση=1.44) και η έκθεση στον ήλιο (Μέση τιμή=2.63, Τυπ.Απόκλιση=1.09) αποτελούν παράγοντες μέτριου κινδύνου. Τέλος, οι ερωτώμενοι συμφωνούν με τις δηλώσεις «Η πιθανότητα να αναπτύξω κάποια στιγμή καρκίνο δέρματος με ανησυχεί» (Μέση τιμή=3.67, Τυπ.Απόκλιση=0.82), «Όποτε ακούω ένα φίλο ή συγγενή (ή διάσημο πρόσωπο) που έχει καρκίνο δέρματος, με κάνει να συνειδητοποιώ ότι θα μπορούσε να μου συμβεί κι εμένα» (Μέση τιμή=3.86, Τυπ.Απόκλιση=0.77) και «Θα ήταν τρομερό αν πάθαινα καρκίνο δέρματος» (Μέση τιμή=4.05, Τυπ.Απόκλιση=0.84).

**Πίνακας 28.** Περιγραφικά χαρακτηριστικά σχετικά με νοσήματα

	Μέση τιμή	Τυπ. Απόκλιση	Ελάχιστη	Μέγιστη
<b>Υπάρχουν διάφορες μορφές καρκίνου του δέρματος. Θα θέλαμε να σας κάνουμε μερικές ερωτήσεις σχετικά με την πιο σοβαρή μορφή, το μελάνωμα. Σε ποιο βαθμό συμφωνείτε ή διαφωνείτε με τα παρακάτω;</b>				
<i>Πιστεύω ότι το μελάνωμα θεραπεύεται εύκολα</i>	2.50	0.77	1	5
<i>Πιστεύω ότι το μελάνωμα μπορεί να έχει πολύ σοβαρές συνέπειες</i>	4.19	0.73	1	5
<i>Η εμφάνιση μελανώματος θα ήταν μεγάλη απειλή για την υγεία μου</i>	4.19	0.77	1	5
<b>Παρακάτω υπάρχει μια λίστα με ασθένειες ή τραυματισμούς. Για καθένα από αυτά παρακαλώ υποδείξτε αν πιστεύετε ότι υπάρχει υψηλός ή χαμηλός κίνδυνος να νοσήσετε ή να τραυματιστείτε.</b>				
<i>Καρδιακή νόσος</i>	2.85	0.90	1	5
<i>Κατάθλιψη</i>	3.06	1.10	1	5
<i>Μελάνωμα</i>	3.02	0.88	1	5
<i>Τροχαίο</i>	2.66	0.87	1	5
<i>Καρκίνος πνεύμονα</i>	3.19	1.06	1	5
<i>Καρκίνος μαστού</i>	3.25	1.24	1	5
<b>Παρακάτω υπάρχει μια λίστα με παράγοντες κινδύνου. Για καθέναν παρακαλώ υποδείξτε αν πιστεύετε ότι αποτελεί υψηλό ή χαμηλό κίνδυνο για την υγεία σας.</b>				
<i>Κάπνισμα</i>	2.58	1.64	1	5
<i>Παχυσαρκία</i>	2.56	1.47	1	5
<i>Υπέρταση</i>	2.63	1.35	1	5
<i>Χαμηλή πρόσληψη φρούτων και λαχανικών</i>	2.90	1.02	1	5
<i>Αλκοόλ</i>	2.98	1.44	1	5
<i>Έκθεση στον ήλιο</i>	2.63	1.09	1	5
<b>Σε ποιο βαθμό συμφωνείτε ή διαφωνείτε με τα παρακάτω;</b>				
<i>Η πιθανότητα να αναπτύξω κάποια στιγμή καρκίνο δέρματος με ανησυχεί</i>	3.67	0.82	1	5
<i>Όποτε ακούω ένα φίλο ή συγγενή (ή διάσημο πρόσωπο) που έχει καρκίνο δέρματος, με κάνει να συνειδητοποιώ ότι θα μπορούσε να μου συμβεί κι εμένα</i>	3.86	0.77	1	5
<i>Θα ήταν τρομερό αν πάθαινα καρκίνο δέρματος</i>	4.05	0.84	1	5

Στον πίνακα 29 παρουσιάζονται τα περιγραφικά αποτελέσματα για τις διαστάσεις του ΜΠΥ. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα οι συμμετέχοντες κατανοούν τα αντιλαμβανόμενα οφέλη της προστατευτικής συμπεριφοράς (Μέση τιμή=3.91, Τυπ.Απόκλιση=0.62) και αναγνωρίζουν τη σοβαρότητα της νόσησης (Μέση τιμή=3.35, Τυπ.Απόκλιση=0.51). Επίσης, αναγνωρίζουν ότι ο καρκίνος του δέρματος έχει μετρίου βαθμού τρωτότητα σε σχέση με άλλα νοσήματα (Μέση τιμή=2.72, Τυπ.Απόκλιση=0.81) και σε μικρότερο βαθμό αναγνωρίζουν ότι υπάρχουν εμπόδια στην υιοθέτηση προστατευτικής συμπεριφοράς (Μέση τιμή= 2,73, Τυπ.Απόκλιση=0.42). Τέλος, οι ενδείξεις για δράσεις έχουν μέτριες τιμές (Μέση τιμή=2.90, Τυπ.Απόκλιση=0.72).

**Πίνακας 29.** Αποτελέσματα για τις διαστάσεις του ΜΠΥ

	Μέση τιμή	Τυπ.Απόκλιση
<i>Αντιλαμβανόμενα οφέλη προστατευτικής συμπεριφοράς</i>	3.91	0.62
<i>Αντιληπτή σοβαρότητα</i>	3.35	0.51
<i>Αντιληπτή τρωτότητα σε σχέση με άλλα νοσήματα</i>	2.72	0.81
<i>Αντιλαμβανόμενα εμπόδια</i>	2.73	0.42
<i>Ενδείξεις για δράση</i>	2.90	0.72
<i>Αυτο-αποτελεσματικότητα</i>		

## 6. Συζήτηση-Συμπεράσματα

Τα παραπάνω ευρήματα της έρευνας απαντούν στα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν αρχικά. Με τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων διερευνήθηκαν οι στάσεις και οι αντιλήψεις του γενικού πληθυσμού σχετικά με τον καρκίνο του δέρματος. Καθώς το δείγμα της έρευνας ήταν ευκολίας είναι δύσκολο να γίνει γενίκευση σε άλλα δείγματα από τον γενικό πληθυσμό.

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων έδειξε ότι έχουν περάσει χρόνο σε εξωτερικούς χώρους μεταξύ 10π.μ και 4μ.μ και συγκεκριμένα στην παραλία τουλάχιστον 6-10 φορές, στο πάρκο και σε κήπους 4-5 φορές και σε βουνά ή εξωτερικούς αθλητικούς χώρους 2-3 φορές. Επίσης, η πλειοψηφία των ατόμων φάνηκε να έχει κάνει ηλιοθεραπεία 4-10 φορές, ενώ αντίθετα δεν έχει κάνει τεχνητό μαύρισμα ούτε ηλιοθεραπεία σε άλλη χώρα θερμότερη από τη δική του. Τα ευρήματα σχετικά με το ποσοστό του χρόνου που χρησιμοποίησε τρόπους προστασίας από τον ήλιο το περασμένο καλοκαίρι, έδειξαν ότι σπάνια χρησιμοποίησαν αντηλιακό με χαμηλό ή μέτριο δείκτη προστασίας, ρουχισμό, καπέλο με γέισο γύρω γύρο και καπέλο με γέισο μόνο μπροστά. Όμως περίπου το μισό του χρόνου παρέμειναν στη σκιά ή φορούσαν αντηλιακό με υψηλό δείκτη προστασίας. Επιπλέον οι μισοί περίπου από τους συμμετέχοντες χρησιμοποιούν το αντηλιακό πριν βγουν από το σπίτι με μέτρια ποσότητα για να καλυφθούν αρκετά. Αντίθετα τέτοιες συμπεριφορές υιοθετούνται σε μικρότερο βαθμό τον χειμώνα. Σε παρόμοια έρευνα των Davati et al. (2013) τα αποτελέσματα έδειξαν ότι μόλις ένας στους τέσσερις χρησιμοποιεί αντηλιακή προστασία τους καλοκαιρινούς μήνες.

Το επίπεδο των γενικών γνώσεων των συμμετεχόντων σχετικά με τον καρκίνο του δέρματος και την έκθεση στον ήλιο είναι σε πολύ καλό επίπεδο, καθώς η πλειοψηφία των ερωτηθέντων είχαν σωστή απάντηση στις περισσότερες ερωτήσεις. Οι ερωτηθέντες λαμβάνουν πληροφορίες/συμβουλές σχετικά με το πως να προστατευτούν από τον ιατρό ή άλλο επαγγελματία υγείας καθώς και από την τηλεόραση/ ενημερωτικές εκπομπές. Αντίθετα στην έρευνα των Nehar et al. (2013) οι πληροφορίες σχετικά με την προστασία από τον ήλιο λαμβάνονταν από την οικογένεια και τους φίλους.

Σχετικά με τις στάσεις τους απέναντι στον καρκίνο του δέρματος έδειξαν ότι ετησίως εξετάζουν το δέρμα τους για τυχόν αλλαγές στο δέρμα τους ή εμφάνιση ελιών αλλά λιγότερο συχνά ζητάνε από κάποιο μέλος της οικογένειάς τους να δουν το δέρμα τους για σημάδια καρκίνου. Επίσης, σπανίως επισκέπτονται κάποιον ειδικό ιατρό για πλήρη εξέταση δέρματος κάτι που διαπίστωσαν και οι Linos et al. (2016) στην έρευνά τους. Αναφορικά με τους φίλους και τους συγγενείς περίπου οι μισοί από την οικογένεια και από τους φίλους έχουν υιοθετήσει συμπεριφορές με την αυτο-εξέταση.

Αναλυτικότερα, οι γυναίκες υιοθετούν περισσότερο χρόνο σε τρόπους προστασίας από τον ήλιο σε σχέση με τους άντρες. Χρησιμοποιούν αντηλιακό με υψηλό δείκτη προστασίας, καπέλο και γυαλιά ηλίου. Επίσης, προέκυψε πως όσοι από τους συμμετέχοντες έχουν ανοιχτό χρώμα δέρματος χρησιμοποιούν σε μεγαλύτερο βαθμό το αντηλιακό σε αντίθεση με αυτούς που έχουν σκούρο δέρμα όπου τοποθετούν το αντηλιακό αφού εκτεθούν στον ήλιο. Επιπρόσθετα, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική θετική σχέση μεταξύ της ηλικίας και της δυσκολίας να υιοθετήσουν συμπεριφορές που σχετίζονται με τον καρκίνο του δέρματος και συγκεκριμένα με το αν νιώθουν αμήχανα να εξετάσει κάποιος ιατρός το δέρμα τους.

Παρατηρήθηκε ότι τα αντιλαμβανόμενα οφέλη των προληπτικών συμπεριφορών απέναντι στον καρκίνο του δέρματος και η αντιληπτή σοβαρότητα παρουσιάζουν σχετικά υψηλές τιμές (3.91 και 3.35 αντίστοιχα). Οι συμμετέχοντες σε μεγάλο βαθμό αντιλαμβάνονται τα οφέλη σχετικά με την υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών με σκοπό τη μείωση του κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου του δέρματος καθώς επίσης αναγνωρίζουν και τη σοβαρότητα του. Επίσης τα αντιληπτά εμπόδια παρουσιάζουν χαμηλές τιμές (2.73) που σημαίνει ότι τα άτομα διαφωνούν με την ύπαρξη εμποδίων. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι διαφωνούν ότι η χρήση του αντηλιακού είναι δύσκολη, κάτι που δεν τους αρέσει, χρονοβόρο, ακριβό και κάτι που εμποδίζει τις δραστηριότητές τους. Διαφωνούν ότι η χρήση ρούχων που προστατεύουν από τον ήλιο τους κάνει να νιώθουν ντροπή και τους εμποδίζει να μαυρίσουν. Οι συμμετέχοντες σε μεγάλο βαθμό συμφωνούν ότι το μελάνωμα μπορεί να έχει σοβαρές συνέπειες και αποτελεί απειλή για την υγεία τους. Σχετικά με τα άλλα νοσήματα, οι συμμετέχοντες πιστεύουν ότι υπάρχει μέτριος κίνδυνος να νοσήσουν, να πάθουν καρδιακή προσβολή, καρκίνο του πνεύματος ή καρκίνο του μαστού. Επιπλέον σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου οι ερωτώμενοι θεωρούν ότι το κάπνισμα, η χαμηλή

πρόσληψη φρούτων, η παχυσαρκία, η υπέρταση και η έκθεση στον ήλιο αποτελούν παράγοντες μέτριου κινδύνου. Αναφορικά με την αντιληπτή τρωτότητα οι τιμές είναι μέτριες (2.72) καθώς ενδέχεται να προσβληθούν από καρκίνο του δέρματος όσο ενδέχεται να αναπτύξουν άλλα νοσήματα. Όσον αφορά τις ενδείξεις για δράση οι τιμές είναι μέτριες όπως και η αυτο-αποτελεσματικότητα, όπου οι συμμετέχοντες πιστεύουν ότι έχουν μέτριο προσωπικό έλεγχο στο αν θα αναπτύξουν μελάνωμα στο μέλλον και στο αν θα έχουν έγκαιρη ανίχνευση μελανώματος.

Η σύγκριση των τιμών των διαστάσεων του ΜΠΥ με τα αποτελέσματα άλλων ερευνών καθίσταται δύσκολη καθώς οι κλίμακες των ερωτηματολογίων που χρησιμοποιούνται είναι διαφορετικές. Επίσης, στις υπάρχουσες έρευνες δεν παρουσιάζονται αναλυτικά οι συνολικές τιμές των διαστάσεων του ΜΠΥ.

Συμπερασματικά οι γνώσεις και οι αντιλήψεις των συμμετεχόντων είναι σε καλό επίπεδο καθώς υιοθετούν συμπεριφορές πρόληψης και προαγωγής της υγείας. Είναι ενήμεροι ότι αν ο καρκίνος του δέρματος εντοπιστεί έγκαιρα, υπάρχει μεγάλη πιθανότητα ίασης. Αντιλαμβάνονται τη σοβαρότητα του καρκίνου του δέρματος και αναγνωρίζουν τα οφέλη της προστατευτικής συμπεριφοράς. Εκτίθενται αρκετές ώρες στον ήλιο αλλά λαμβάνουν μέτρα προστασίας όπως είναι η χρήση αντηλιακού με υψηλό δείκτη προστασίας και γυαλιά ηλίου.

Η πρόληψη θα ήταν αποτελεσματικότερη αν έβαζαν αντηλιακό συχνότερα, αν λάμβαναν περισσότερα προστατευτικά μέτρα και αν πραγματοποιούσαν πιο συχνά αυτοεξέταση. Η σημασία της πρόληψης μπορεί να βελτιωθεί με τον σχεδιασμό κατάλληλων ενημερωτικών προγραμμάτων ενημέρωσης σχετικά με την υιοθέτηση του γενικού πληθυσμού προληπτικών συμπεριφορών. Υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης των στάσεων και των γνώσεων ώστε να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα, αυτό της πρόληψης από το σύνολο του πληθυσμού.

## **Περιορισμοί της έρευνας**

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας υπόκεινται σε ορισμένους περιορισμούς. Αρχικά το δείγμα της έρευνας αποτελεί δείγμα ευκολίας και το μέγεθος του δείγματος δεν θεωρείται αντιπροσωπευτικό και κατ' επέκταση τα αποτελέσματα δεν μπορούν να γενικευτούν. Επίσης, οι συμμετέχοντες τείνουν να δίνουν απαντήσεις κοινωνικά αποδεκτές και όχι βασισμένες στην προσωπική τους συμπεριφορά. Τέλος, επειδή πρόκειται για συγχρονική μελέτη, δεν αφήνει περιθώρια παρακολούθησης διαχρονικών μεταβολών στις αντιλήψεις των ατόμων.

## **Προτάσεις**

Λαμβάνοντας υπόψη τους περιορισμούς που προαναφέρθηκαν και το μικρό αριθμό των μελετών που εξετάζουν τις στάσεις, τις γνώσεις και τις αντιλήψεις απέναντι στον καρκίνο του δέρματος, προτείνεται η διενέργεια περισσότερων μελετών χρησιμοποιώντας μεγαλύτερο δείγμα. Ως ερευνητικό εργαλείο θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο έπειτα από κάποιες βελτιώσεις. Θα μπορούσαν να προστεθούν περισσότερες ερωτήσεις αναφορικά με τα αντιληπτά οφέλη και τις ενδείξεις για δράση, προκειμένου να αυξηθεί η αξιοπιστία του.

## Βιβλιογραφία

### Ελληνική Βιβλιογραφία

Αργυρίου, Α., Ρουσάκης, Π., Παπαϊωάννου, Ν., Μπενιάτα, Ο., Βίτσος, Π., Κωστόπουλος, Ι., Τσιτσιλώνη, Ο., Σαμαρά Π. (2018). Ο ρόλος της ανοσοθεραπείας στην αντιμετώπιση του καρκίνου. *Ελληνικά Αρχεία Ιατρικής*, 35(3), 337-350.

DiMatteo, M.R & Martin, L.R. (2011) *Εισαγωγή στην Ψυχολογία της υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Πεδίο.

Ιωαννίδης, Ε., Λοπατατζίδης, Α., Μαντή, Π. (1999). *Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο, Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις. Τόμος Α΄. Υγεία: Οριοθετήσεις και Προοπτικές*. Πάτρα, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

Ιωαννίδης, Χ. (2012). Μελάνωμα, γυναικείες ορμόνες και κύηση. *Ελληνικό Περιοδικό Γυναικολογίας & Μαιευτικής*, 11 (2), 75-86.

Κουλιεράκης, Γ., Μεταλληνού, Ο., Πάντζου, Π. (2000). *Κοινωνιολογική και Ψυχολογική Προσέγγιση των Νοσοκομείων Υπηρεσιών Υγείας. Τόμος Β΄. Κοινωνιολογική και Ψυχολογική Προσέγγιση των Νοσοκομείων/Υπηρεσιών Υγείας*. Πάτρα, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

Μπογιατζίδης, Π. (2003). Το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία ως Μέσο Κατανόησης και Πρόβλεψης της Ανθρώπινης Συμπεριφοράς σε Θέματα Υγείας. *Επιθεώρηση Υγείας*, 84, 35- 38.

Σαρίδη, Μ., Τόσκα, Α., Παππά, Β., Λιαχοπούλου, Α., Αγγελή, Δ., Μπίρμπας, Κ. (2008). Γνώση και συμπεριφορά εφήβων σχετικά με την έκθεση στην ηλιακή ακτινοβολία. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 26(3), 355-365.

Σαρίδη, Μ. & Σουλιώτης, Κ. (2019). Αντηλιακή προστασία- Πιλοτικό πρόγραμμα σε παιδικούς σταθμούς του Δήμου Αμαρουσίου. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 36(1), 107-113.

### Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

Anand, P., Kunnumakkara, A. B., Sundaram, C., Harikumar, K. B., Tharakan, S. T., Lai, O. S., Sung, B., & Aggarwal, B. B. (2008). Cancer is a preventable disease that requires major lifestyle changes. *Pharmaceutical research*, 25(9), 2097–2116.

Apalla, Z., Lallas, A., Sotiriou, E., Lazaridou, E. & Ioannides, D. (2017). Epidemiological trends in skin cancer. *Dermatology Practical & Conceptual*, 7(2), 1-6.

Armand, B. & William, M. (2013). *Radiation therapy for skin cancer*. Publisher: Springer.

Berwick, M., Erdei, e. & Hay, J. (2009). Melanoma Epidemiology and Public Health. *Dermatologic clinics*, 27(2), 205-214.

Bordeaux, J.S., Lu, K.Q., & Cooper, K.D. (2007). Melanoma: prevention and early detection. *Seminars in oncology*, 34(6), 460–466.

Branstrom, R, Kasparian, N., A., Chang, Y., M., Affleck, P., Tibben, A., Aspinwall, L.,G., Azizi, E., Baron-Epel, O., Battistuzzi, L., Bergman, W., et al. (2010). Predictors of sun protection behaviors and severe sunburn in an international online study. *Cancer Epidemiology Biomarkers and Prevention*, 19(9), 2199–2210.

Buller, D. B., Cokkinides, V., Hall, H. I., Hartman, A. M., Saraiya, M., Miller, E., Paddock, L., & Glanz, K. (2011). Prevalence of sunburn, sun protection, and indoor tanning behaviors

among Americans: review from national surveys and case studies of 3 states. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 65(5 Suppl 1), S114–S123.

Carmel, S., Shani, E. & Rosenberg, L. (1994). The role of age and an expanded Health Belief Model in predicting skin cancer protective behavior. *Health Education Research*, 9(4), 433- 447.

Clarke, V., A., Williams, T. & Arthey, S. (1997). Skin Type and Optimistic Bias in Relation to the Sun Protection and Suntanning Behaviors of Young Adults. *Journal of Behavioral Medicine*, 20(2), 207-222.

Coats, D., A. (1997). A Description of the Health Beliefs and Skin Cancer Prevention Practices of Michigan Farmers. Masters Theses, 422.

Conner, M. and Norman, P., 1995. The role of social cognition in health behaviours. In: M. Conner M. and P. Norman P. (eds.), *Predicting Health Behaviour: Research and Practice with Social Cognition Models*, Buckingham, UK: Open University Press.

Davanti, A., Pirasteh, A., Yahyaei, M. & Shakouri, A. (2013). Skin protective behavior amongst girl students; based on health belief model. *Acta Med Iran*, 51(9), 626-632.

Diffey, B., L. (2002). Sources and measurement of ultraviolet radiation. *Methods*, 28(1), 4- 13.

Fitzpatrick, T.B. (1988) The validity and practicality of sun-reactive skin types i through vi., *Archives of Dermatology*, 124 (6), 869–871.

Fransen, M., Kalahalios, A., Sharma, N., English, D.R., Giles, G.G., Sinclair, R.D. (2012). Non-melanoma skin cancer in Australia. *The medical journal of Australia*, 197(10), 565-568.

Friedman, L.C., Bruce, W., Weinberg, A.D. & Cooper, H.P. (1995). Skin cancer prevention and early detection intentions and behavior. *Am J Prev Med*, 11(1), 59-65.

Gerend, M., A. & Shepherd, J., E. (2012). Predicting Human Papillomavirus Vaccine Uptake in Young Adult Women: Comparing the Health Belief Model and Theory of Planned Behavior. *Annals of Behavioral Medicine*, 44(2), 171-180.

Goyal, N., Thatai, P., & Sapra, B. (2017). Skin cancer: symptoms, mechanistic pathways and treatment rationale for therapeutic delivery. *Therapeutic delivery*, 8(5), 265–287.

Grubbs, L.M. & Tabano, M. (2000). Use of sunscreen in health care professionals. The health belief model. *Cancer Nurs*, 23(3), 164-167.

Gupta, A., K., Bharadwaj, M. & Mehrotra, R. (2016). Skin Cancer Concerns in People of Color: Risk Factors and Prevention. *Asian Pacific journal of cancer prevention*, 17(12), 6157- 6164.

Guy, G.P., Jr, Machlin, S.R., Ekwueme, D.U., & Yabroff, K.R. (2015). Prevalence and costs of skin cancer treatment in the U.S., 2002-2006 and 2007-2011. *American journal of preventive medicine*, 48(2), 183–187.

Henrikson, N.B., Morrison, C.C., Blasi, P.R., Nguyen, M., Shibuya, K.C., & Patnode, C.D. (2018). Behavioral Counseling for Skin Cancer Prevention: Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*, 319(11), 1143–1157.

Janz, N.K. & Becker, M.H. (1984). The Health Belief Model: A Decade Later. *Health Education Quarterly*, 11(1), 1-47.

Jones, O., Ranmuthu, C., Hall, P., Funston, G., Warlter, F. (2020). Recognising skin cancer in primary care. *Advances in Therapy*, 37, 603-616.

Kanitakis, J. (2002). Anatomy, histology and immunohistochemistry of normal human skin. *European Journal of Dermatology*, 12(4), 390-401.

- Kasparian, N.A., McLoone, J.K., & Meiser, B. (2009). Skin cancer-related prevention and screening behaviors: a review of the literature. *Journal of behavioral medicine*, 32(5), 406–428.
- Kolarsick, P.A.J., Kolarsick, M.A., & Goodwin, C. (2011). Anatomy and Physiology of the Skin. *Journal of the Dermatology Nurses' Association*, 3(4), 203-213.
- Krensel, M., Schafer, I. & Augustin, M. (2018). Cost-of-illness of melanoma in Europe – a systematic review of the published literature. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 33(3), 504-510.
- Lawler, S., Spathonis, K., Eakin, E., Gallois, C., Leslie, E. & Owen, N. (2007). Sun exposure and sun protection behaviours among young adult sport competitors. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 31(3), 230-234.
- Leiter, U., Keim, U., Garbe, C. (2020). Epidemiology of Skin Cancer: Update 2019. *Advances in experimental medicine and biology*, 1268, 123-139.
- Linares, M.A., Zakaria, A., & Nizran, P. (2015). Skin Cancer. *Primary care*, 42(4), 645–659.
- Linos, E., Katz, K. A., & Colditz, G. A. (2016). Skin Cancer-The Importance of Prevention. *JAMA internal medicine*, 176(10), 1435–1436.
- Mainman, L.A. & Becker, M.H. (1974). The Health Belief Model: Origins and Correlates in Psychological Theory. *Health Education Monographs*, 2(4), 336-353.
- McWhirter, J.,E. & Hoffman-Goetz, L. (2016). Application of Health Belief Model to U.S. magazine text and image coverage of skin cancer and recreational tanning (2000-2012). *Journal of Health Communication*, 21(4), 424-438.

- Nagai, H., & Kim, Y. H. (2017). Cancer prevention from the perspective of global cancer burden patterns. *Journal of thoracic disease*, 9(3), 448–451.
- Nahar, V., K., Ford, M., A., Hallam, J., S., Bass, M., A., Hutcheson, A. & Vice, M., A. (2013). Skin cancer knowledge, beliefs, self-efficacy and preventative behaviors among north Mississippi landscapers. *Dermatology Research and Practice*, 2013, 1-7
- Olson, A.,L., Gaffney, C.,A., Starr, P. & Dietrich, A.,J. (2008). The impact of an appearancebased educational intervention on adolescent intention to use sunscreen. *Health Education Research*, 23(5), 763-769.
- Paolino, G., Donati, M., Didona, D., Mercuri, S.R. & Cantisani, C. (2017). Histology of NonMelanoma Skin Cancers: *An Update. Biomedicines*, 5(4), 71.
- Parsa, P., Sharifi, F., Shobeiri, F., & Karami, M. (2017). Effects of Group Counseling Based on Health Belief Model on Cervical Cancer Screening Beliefs and Performance of Rural Women in Kaboudrahang, Iran. *Asian Pacific journal of cancer prevention : APJCP*, 18(6), 1525–1530.
- Pettigrew, S., Jongenelis, M., Strickland, M., Minto, C., Slevin, T., Jalleh, G., & Lin, C. (2016). Predictors of sun protection behaviours and sunburn among Australian adolescents. *BMC public health*, 16, 565.
- Rajpar, S & Marsden, J (2008). *ABC of Skin Cancer*. Blackwell Publishing Ltd.
- Rogers, H.,W., Weinstock, M.,A., Harris, A.,R., Hinckley, M.,R., Feldman, S.,R., Fleischer, A.,B. & Coldiron, B.,M. (2010). Incidence estimate of nonmelanoma skin cancer in the United States, 2006. *Archives of Dermatology*, 146(3), 283–287.
- Sadeghi, R., Khanjani, N., Hashemi, M. & Movagheripour, M. (2014). Using Health Belief Model to prevent skin cancer among farmers. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*, 2(3), 215-222.

Samarasinghe, V. & Madan, V. (2012). Nonmelanoma skin cancer. *Journal of Cutaneous and Aesthetic Surgery*. 5(1), 3-10.

Sheeran, P., & Abraham, C. (1996). The health belief model, Predicting health behavior. Research and practice with social cognition models, *Open University Press*, 23-61.

Skiveren, J., Mortensen, E.L. & Haedersdal, M. (2010). Sun protective behaviour in renal transplant recipients. A qualitative study based on individual interviews and the Health Belief Model. *J Dermatolog Treat*, 21(6), 331-336.

Stephens, P., M., Martin, B., Ghafari, G., Luong, J., Nahar, V., K., Pham, L., Luo, J., Savoy, M. & Sharma, M. (2018). Skin Cancer Knowledge, Attitudes, and Practices among Chinese Population: A Narrative Review. *Dermatology Research and Practice*, 2018,

Stockfleth, E., Rosen, T. & Shumaak, S. (2009). *Managing skin cancer*. Publisher: Springer

Walsh, J & Groarke, J. (2019). *European Psychologist*. Integrating Behavioral Science With Mobile (mHealth) Technology to Optimize Health Behavior Change Interventions. 24(1):38-48.

WCRF (World Cancer Research Fund International). 2022. Skin cancer Statistics. Available at <https://www.wcrf.org/cancer-trends/skin-cancer-statistics/>

## Παράρτημα

### I

#### Ερωτηματολόγιο

Παρακαλώ απαντήστε στις παρακάτω ερωτήσεις βάζοντας ένα X στο αντίστοιχο κουτάκι.  
Αρχικά, θα θέλαμε να σας κάνουμε κάποιες ερωτήσεις σχετικά με τον εαυτό σας.

Q2 Φύλο

- ☐ Άνδρας
- ☐ Γυναίκα

Q3 Ποια είναι η ηλικία σας; \_\_\_\_\_ ετών

Q4 Σε ποια περιοχή/ πόλη γεννηθήκατε; \_\_\_\_\_

Q5 Τόπος Διαμονής αυτή την περίοδο

- ☐ Λεκανοπέδιο Αττικής
- ☐ Θεσσαλονίκη και ευρύτερη περιοχή
- ☐ Πόλη >100.000 κατοίκους
- ☐ Πόλη μεταξύ 50.000-100.000 κατοίκους
- ☐ Πόλη έως 50.000 κατοίκους
- ☐ Ημιαστική περιοχή-Αγροτική περιοχή-Χωριό

Q6 Ποιο είναι το ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσής σας;

- ☐ Απόφοιτος Δημοτικού
- ☐ Απόφοιτος Γυμνασίου
- ☐ Απόφοιτος Λυκείου
- ☐ Απόφοιτος Πανεπιστημίου
- ☐ Κάτοχος Μεταπτυχιακού
- ☐ Κάτοχος Διδακτορικού
- ☐ Άλλο

Q7 Ποιο είναι το επάγγελμά σας;

- ☐ Δημόσιος Υπάλληλος
- ☐ Ιδιωτικός Υπάλληλος
- ☐ Ελεύθερος Επαγγελματίας
- ☐ Συνταξιούχος
- ☐ Οικιακά
- ☐ Άνεργος

Q8 Ποιο ήταν το μηνιαίο καθαρό εισόδημά σας το τελευταίο έτος? (συμπεριλαμβάνεται επίδομα τέκνων, επίδομα ανεργίας, κλπ)

- ☐ μέχρι 500€
- ☐ 501€ - 1000€
- ☐ 1001€ - 1500€
- ☐ 1501€ - 2000€
- ☐ 2001€ - 2500€
- ☐ 2501€ - 3000€
- ☐ 3000€ και άνω

Q9 Ποιο είναι το χρώμα των ματιών σας;

- ☐ Μπλε
- ☐ Γκρι
- ☐ Πράσινο- Γκρι

- ☐ Πράσινο
  - ☐ Μπλε- Γκρι
  - ☐ Καστανό/ Μαύρο
- Q10 Έχετε φακίδες;
- ☐ Όχι, καμία
  - ☐ Ναι, λίγες
  - ☐ Ναι, πολλές
- Q11 Ποιο είναι το χρώμα του δέρματός σας όταν δεν έχει εκτεθεί στον ήλιο;
- ☐ Πολύ ανοιχτό
  - ☐ Σκούρο/ Μελαχρινό
  - ☐ Σταρένιο
  - ☐ Ανοιχτό
  - ☐ Πολύ σκούρο
- Q12 Πώς αντιδρά γενικά το δέρμα σας όταν εκτίθεται στον ήλιο;
- ☐ Πάντα καίγεται, ποτέ δε μαυρίζει
  - ☐ Πάντα καίγεται, μερικές φορές μαυρίζει
  - ☐ Μερικές φορές καίγεται, πάντα μαυρίζει
  - ☐ Ποτέ δεν καίγεται, πάντα μαυρίζει
- Q13 Έχετε ποτέ διαγνωστεί με καρκίνο του δέρματος?
- ☐ Ναι (☐ κακόηθες μελάνωμα ☐ άλλο τύπο καρκίνου δέρματος)
  - ☐ Όχι
  - ☐ Δεν ξέρω
- Q14 Είχε ποτέ κάποιος κοντινός συγγενής εξ' αίματος (γονέας, παιδί, αδελφός, αδελφή) διαγνωστεί με σοβαρή μορφή καρκίνου δέρματος- μελάνωμα;
- ☐ Όχι, κανένας
  - ☐ Ναι, ένα μέλος της οικογένειας
  - ☐ Ναι, δύο μέλη της οικογένειας
  - ☐ Ναι, τρία μέλη της οικογένειας
  - ☐ Ναι, πάνω από τρία μέλη της οικογένειας
  - ☐ Δε γνωρίζω/ Δεν είμαι σίγουρος
- Q15 Περίπου πόσες φορές έχετε καεί σοβαρά από τον ήλιο (με φουσκάλες ή κοκκινίλα και πόνο που διήρκεσε από 2 μέρες και πάνω) πριν την ηλικία των 16 ετών;
- ☐ Ποτέ
  - ☐ Μία φορά
  - ☐ 2-3 φορές
  - ☐ Σχεδόν κάθε καλοκαίρι
  - ☐ Δε γνωρίζω
- Q16 Περίπου πόσες ελιές έχετε στο σώμα σας μεγαλύτερες από 6 χιλιοστά;
- ☐ Καμία
  - ☐ 1-2
  - ☐ 3-5
  - ☐ 6-10
  - ☐ Πάνω από 10
- Q17 Εργάζεστε (ή, αν έχετε συνταξιοδοτηθεί εργαζόσασταν) κυρίως σε εσωτερικούς ή εξωτερικούς χώρους;
- ☐ Κυρίως σε εσωτερικούς χώρους
  - ☐ Εξίσου σε εσωτερικούς και εξωτερικούς χώρους
  - ☐ Κυρίως σε εξωτερικούς χώρους

**Τώρα θα θέλαμε να μας πείτε πώς συμπεριφέρεστε γενικά στον ήλιο.**

Q18 Κατά τους τελευταίους 12 μήνες, περίπου πόσο χρόνο έχετε περάσει σε εξωτερικούς χώρους μεταξύ 10π.μ. και 4 μ.μ. σε ηλιόλουστο καιρό; Με τον όρο ηλιόλουστο καιρό εννοούμε καθαρό ουρανό ή σχεδόν καθαρό ουρανό (μερικά σύννεφα, αλλά ο ήλιος λάμπει).

Παρακαλούμε σημειώστε μία απάντηση για κάθε κατάσταση.

	Ποτέ	1 φορά	2-3 φορές	4-5 φορές	6-10 φορές	11 και πάνω φορές	Δε γνωρίζω
α) Στα βουνά							
β) Σε αθλητικό χώρο ή γήπεδο							
γ) Στον κήπο ή στο μπαλκόνι							
δ) Στο πάρκο							
ε) Στην εργασία							
στ) Στην παραλία (ή λίμνη, πισίνα) της χώρας σας							
ζ) Στην παραλία (ή λίμνη, πισίνα) στο εξωτερικό σε μια θερμή χώρα							
η) Σε σολάριουμ							
θ) Σε άλλο μέρος							

Q19 Τους τελευταίους 12 μήνες περίπου πόσες φορές έχετε κάνει ηλιοθεραπεία στη χώρα σας; Με τον όρο ηλιοθεραπεία εννοούμε να μένετε στον ήλιο χωρίς ή με σχεδόν καθόλου ρούχα με σκοπό να μαυρίσετε.

- ☐ Καθόλου     
 ☐ 1-3 φορές     
 ☐ 4-10 φορές     
 ☐ 11-30 φορές     
 ☐ 31-60 φορές  
☐ 61 φορές και πάνω     
 ☐ Δε γνωρίζω

Q20 Τους τελευταίους 12 μήνες περίπου πόσες φορές έχετε κάνει ηλιοθεραπεία σε κάποια χώρα θερμότερη από τη δική σας;

☐ Καθόλου ☐ 1-3 φορές ☐ 4-10 φορές ☐ 11-30 φορές ☐ 31-60 φορές ☐ 61 φορές και πάνω

☐ Δε γνωρίζω

Q21 Τους τελευταίους 12 μήνες περίπου πόσες φορές έχετε κάνει τεχνητό μαύρισμα;

☐ Καθόλου ☐ 1-3 φορές ☐ 4-10 φορές ☐ 11-30 φορές ☐ 31-60 φορές ☐ 61 φορές και πάνω

☐ Δε γνωρίζω

Q22 Τους τελευταίους 12 μήνες περίπου για πόσες εβδομάδες πήγατε διακοπές σε μέρος που γενικά έχει ηλιόλουστο καιρό τον περισσότερο χρόνο;

☐ 0 εβδομάδες ☐ 1εβδομάδα ☐ 2 εβδομάδες ☐ 3 εβδομάδες ☐ 4 εβδομάδες ☐ 5 εβδομάδες ☐ Δε γνωρίζω

**Ακολουθούν κάποιες ερωτήσεις σχετικά με τρόπους προστασίας από τον ήλιο.**

Q23 Το περασμένο καλοκαίρι τι ποσοστό του χρόνου θα λέγατε ότι χρησιμοποιήσατε τους παρακάτω τρόπους προστασίας από τον ήλιο όταν βρισκόσασταν έξω κατά τις ηλιόλουστες μέρες;

	Ποτέ- 0% του χρόνου	Σπάνια- 10-20% του χρόνου	Περιστασιακά 30-40% του χρόνου	Περίπου το μισό του χρόνου	Τακτικά- 60-80% του χρόνου	Πάντα- 90- 100% του χρόνου
α) Αντηλιακό με υψηλό δείκτη προστασίας (SPF 15 και πάνω)						
β) Αντηλιακό με μέτριο ή χαμηλό δείκτη προστασίας (κάτω από SPF 15)						
γ) Ρουχισμός (μακριά μπατζάκια και μανίκια)						
δ) Καπέλο με γείσο μόνο μπροστά						
ε) Καπέλο με γείσο γύρω γύρω						
στ) Παραμονή στη σκιά						
ζ) Προσπάθεια						

αποφυγής του μεσημεριανού ήλιου από τις 10π.μ. ως τις 4 μ.μ.						
η) Γυαλιά ηλίου						

Q24 Τον περασμένο χειμώνα τι ποσοστό του χρόνου θα λέγατε ότι χρησιμοποιήσατε τους παρακάτω τρόπους προστασίας από τον ήλιο (δουλεύοντας ή περπατώντας σε εξωτερικό χώρο, παίζοντας, κάνοντας σκι);

	Ποτέ-0% του χρόνου	Σπάνια-10-20% του χρόνου	Περιστασιακά 30-40% του χρόνου	Περίπου το μισό του χρόνου	Τακτικά-60-80% του χρόνου	Πάντα-90-100% του χρόνου
α) Αντηλιακό με υψηλό δείκτη προστασίας (SPF 15 και πάνω)						
β) Αντηλιακό με μέτριο ή χαμηλό δείκτη προστασίας (κάτω από SPF 15)						
γ) Ρουχισμός (μακριά μπατζάκια και μανίκια)						
δ) Καπέλο με γείσο μόνο μπροστά						
ε) Καπέλο με γείσο γύρω γύρω						
στ) Παραμονή στη σκιά						
ζ) Προσπάθεια αποφυγής του μεσημεριανού ήλιου από τις						

10π.μ. ως τις 4 μ.μ.						
η) Γυαλιά ηλίου						

Q25 Όταν χρησιμοποιείτε αντηλιακό πότε το τοποθετείτε συνήθως;

- ☐ Δε χρησιμοποιώ
- ☐ Πριν βγω έξω (πριν φύγω από το σπίτι) ή στο αυτοκίνητο στο δρόμο.
- ☐ Μόλις βγω στον ήλιο (μόλις φτάσω στον προορισμό μου, όπως η πισίνα ή το πάρκο).
- ☐ Αφού εκτεθώ στον ήλιο για λίγο, αλλά πριν παρατηρήσω το δέρμα μου να γίνεται ροζ.
- ☐ Αφού εκτεθώ στον ήλιο για λίγο και παρατηρήσω το δέρμα μου να γίνεται ροζ.

Q26 Όταν χρησιμοποιείτε αντηλιακό πόσο τοποθετείτε συνήθως;

- ☐ Το χρησιμοποιώ αρκετά φειδωλά- μια ελαφριά στρώση.
- ☐ Βάζω μέτρια ποσότητα- αρκετή για να καλυφθώ καλά.
- ☐ Βάζω πολύ- περισσότερο από τους περισσότερους ανθρώπους.

Q27 Κατά μέσο όρο, πόσο συχνά θα λέγατε ότι βάζετε ξανά το αντηλιακό σας;

- ☐ Περίπου μια φορά την ώρα
- ☐ Περίπου μια φορά κάθε 2 ώρες
- ☐ Περίπου μια φορά κάθε 3 ώρες
- ☐ Περίπου μια φορά κάθε 4 ώρες
- ☐ Λιγότερο από μια φορά κάθε 4 ώρες

Q28 Ο καρκίνος του δέρματος αντιμετωπίζεται καλύτερα σε πρώιμο στάδιο.

Ακολουθούν κάποιες ερωτήσεις σχετικά με τις εξετάσεις του δέρματος.

	Καθημερινά	Εβδομαδιαία	Μηνιαία	Δυο φορές το χρόνο	Ετησίως	Λιγότερο συχνά	Ποτέ	Δε γνωρίζω
α) Πόσο συχνά εξετάζετε καλά το δέρμα σας για αλλαγές ή σημάδια καρκίνου του δέρματος;								
β) Πόσο συχνά ζητάτε από κάποιο μέλος της οικογένειάς σας (ή φίλο) να								

εξετάσει καλά το δέρμα σας για αλλαγές ή σημάδια καρκί								
γ) Πόσο συχνά επισκέπτεσ τε κάποιον επαγγελματ ία υγείας (πχ παθολόγο ή δερματολόγ ο) για μια πλήρη εξέταση δέρματος;								

**Q29 Θα θέλαμε να σας ρωτήσουμε σχετικά με τη στάση σας σε διάφορες συμπεριφορές που σχετίζονται με τον καρκίνο του δέρματος. Σε ποιο βαθμό συμφωνείτε με τα παρακάτω;**

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
α) Εξετάζοντας το δέρμα μου, ένας γιατρός μπορεί να βρει σημάδια που δεν είναι ακόμα καρκίνος, αλλά θα μπορούσαν να γίνουν καρκίνος					
β) Κάνοντας συχνά εξέταση δέρματος θα ήμουν ήσυχος/η για την υγεία μου					
γ) Οι τακτικές εξετάσεις δέρματος από γιατρό θα με βοηθήσουν να ζήσω περισσότερο					
δ) Εξετάζοντας εγώ το ίδιο μου το δέρμα συχνά με					

βοηθάει να εντοπίσω αλλαγές πριν γίνουν σοβαρότερες					
ε) Εξετάζοντας εγώ το ίδιο μου το δέρμα για τυχόν αλλαγές αποτελεί μέρος της συνολικής υγειονομικής μου περίθαλψης					
στ) Εξετάζοντας εγώ το ίδιο μου το δέρμα για τυχόν αλλαγές με βοηθάει να νιώθω ότι έχω τον έλεγχο της υγείας μου					
ζ) Βάζοντας τακτικά αντηλιακό με δείκτη προστασίας τουλάχιστον 15 και προστασία από UVA, όταν είμαι στον ήλιο θα μειώνει τις πιθανότητες ανάπτυξης καρκίνου του δέρματος					
η) Προστατεύοντας το δέρμα μου από τον ήλιο με αντηλιακό θα με βοηθήσει να φαίνομαι νεότερος για περισσότερα χρόνια					
θ) Χρησιμοποιώντας αντηλιακό με SPF τουλάχιστον 15 είναι ένας αποτελεσματικός τρόπος να αποφύγω το ηλιακό έγκαυμα					

ι) Φορώντας ρούχα προστασίας από τον ήλιο όταν εκτίθεμαι στον ήλιο θα βοηθήσει να μειωθεί ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του δέρματος					
ια) Φορώντας καπέλο για να προστατεύσω το δέρμα μου από τον ήλιο θα βοηθήσει να μειωθεί ο κίνδυνος να πάθω ηλιακό έγκαυμα					
ιβ) Φορώντας ρούχα προστασίας (πχ μακρυμάνικα ρούχα, καπέλο) τακτικά όταν είμαι στον ήλιο θα βοηθήσει το δέρμα μου να μοιάζει νεότερο για περισσότερα χρόνια					
ιγ) Το δέρμα μου δε θα γεράσει τόσο γρήγορα αν αποφεύγω τον μεσημεριανό ήλιο					
ιδ) Μπορώ να αποφύγω το ηλιακό έγκαυμα και τις φουσκάλες αποφεύγοντας τον ήλιο τις ώρες αιχμής (10π.μ.-4μ.μ)					
ιε) Μένοντας στη σκιά όταν βρίσκομαι έξω θα μείωνε τον κίνδυνο να πάθω καρκίνο του δέρματος					

**Q30 Ακολουθούν κάποιες ερωτήσεις που αφορούν στις δυσκολίες να υιοθετήσετε συμπεριφορές που σχετίζονται με τον καρκίνο του δέρματος. Σε ποιο βαθμό συμφωνείτε με τα παρακάτω;**

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
α) Θα ήταν πολύ ακριβό ή χρονοβόρο για μένα να πηγαίνω τακτικά σε γιατρό για να εξετάσει το δέρμα μου					
β) Νιώθω άβολα ή αμήχανα να εξετάσει ένας γιατρός το δέρμα μου					
γ) Ανησυχώ όταν ένας γιατρός εξετάζει το δέρμα μου για αλλαγές ή σημάδια καρκίνου του δέρματος					
δ) Θα προτιμούσα να εξετάσει ένας γιατρός το δέρμα μου για σημάδια καρκίνου του δέρματος παρά εγώ ο ίδιος					
ε) Ανησυχώ όταν εξετάζω ο ίδιος το δέρμα μου για αλλαγές ή σημάδια καρκίνου του δέρματος					
στ) Δεν είμαι τόσο καλός στο να εξετάζω ο ίδιος το δέρμα					

μου για αλλαγές ή σημάδια καρκίνου του δέρματος					
---	--	--	--	--	--

Q31 Για εμένα η χρήση αντηλιακού είναι....

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
α) δύσκολο					
β) Κάτι που δε μου αρέσει					
γ) ακριβό					
δ) κάτι που κάνω άνετα					
ε) κάτι που παρεμβαίνει στην εργασία ή στις δραστηριότητές μου					
στ) μέρος της καθημερινής μου ρουτίνας					
ζ) πολύ χρονοβόρο					
η) κάτι που συχνά ξεχνάω					
θ) κάτι που με εμποδίζει να πετύχω το μαύρισμα που θέλω					

Q32 Για εμένα το να φοράω ρούχα που προστατεύουν από τον ήλιο (μακριά μανίκια ή μπατζάκια, καπέλο) είναι...

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
α) δύσκολο					
β) ενοχλητικό/με ζεσταίνει					

γ) κάτι που κάνω άνετα					
δ) με κάνει να νιώθω ντροπή ή αμηχανία					
ε) κάτι που παρεμβαίνει στην εργασία ή στις δραστηριότητές μου					
στ) μέρος της καθημερινής μου ρουτίνας					
ζ) κάτι που με εμποδίζει να πετύχω το μαύρισμα που θέλω					

Q33 Για εμένα το να αποφεύγω την έκθεση στη UV ακτινοβολία τις ώρες αιχμής (10π.μ.-4μ.μ.) είναι...

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
α) δύσκολο					
β) ενοχλητικό					
γ) κάτι που κάνω άνετα					
δ) κάτι που παρεμβαίνει στην εργασία ή στις δραστηριότητές μου					
ε) μέρος της καθημερινής μου ρουτίνας					
στ) κάτι που με εμποδίζει να πετύχω το μαύρισμα που θέλω					

**Q34 Υπάρχουν διάφορες μορφές καρκίνου του δέρματος. Θα θέλαμε να σας κάνουμε μερικές ερωτήσεις σχετικά με την πιο σοβαρή μορφή, το μελάνωμα. Σε ποιο βαθμό συμφωνείτε ή διαφωνείτε με τα παρακάτω;**

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
α) Πιστεύω ότι το μελάνωμα θεραπεύεται εύκολα					
β) Πιστεύω ότι το μελάνωμα μπορεί να έχει πολύ σοβαρές συνέπειες					
γ) Η εμφάνιση μελανώματος θα ήταν μεγάλη απειλή για την υγεία μου					

**Q35 Παρακάτω υπάρχει μια λίστα με ασθένειες ή τραυματισμούς. Για καθένα από αυτά παρακαλώ υποδείξτε αν πιστεύετε ότι υπάρχει υψηλός ή χαμηλός κίνδυνος να νοσήσετε ή να τραυματιστείτε.**

	Πολύ υψηλός κίνδυνος	Υψηλός κίνδυνος	Μέτριος κίνδυνος	Χαμηλός κίνδυνος	Πολύ χαμηλός κίνδυνος
α) καρδιακή νόσος					
β) κατάθλιψη					
γ) μελάνωμα					
δ) τροχαίο					
ε) καρκίνος πνεύμονα					

στ) καρκίνος μαστού					
---------------------------	--	--	--	--	--

Q36 Παρακάτω υπάρχει μια λίστα με παράγοντες κινδύνου. Για καθέναν παρακαλώ υποδείξτε αν πιστεύετε ότι αποτελεί υψηλό ή χαμηλό κίνδυνο για την υγεία σας.

	Πολύ υψηλός κίνδυνος	Υψηλός κίνδυνος	Μέτριος κίνδυνος	Χαμηλός κίνδυνος	Πολύ χαμηλός κίνδυνος
α) κάπνισμα					
β) παχυσαρκία					
γ) υπέρταση					
δ) χαμηλή πρόσληψη φρούτων και λαχανικών					
ε) αλκοόλ					
στ) έκθεση στον ήλιο					

Q37 Σε ποιο βαθμό συμφωνείτε ή διαφωνείτε με τα παρακάτω;

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
α) Η πιθανότητα να αναπτύξω κάποια στιγμή καρκίνο δέρματος με ανησυχεί					
β) Όποτε ακούω ένα φίλο ή συγγενή (ή διάσημο πρόσωπο) που έχει καρκίνο δέρματος, με κάνει να συνειδητοποιώ ότι θα μπορούσε να					

μου συμβεί κι εμένα					
γ) Θα ήταν τρομερό αν πάθαινα καρκίνο δέρματος					

**Οι παρακάτω ερωτήσεις αφορούν στη στάση σας απέναντι στην ηλιοθεραπεία και το μαύρισμα και πώς οι άνθρωποι γύρω σας γενικά συμπεριφέρονται.**

Q38 Τι πιστεύετε για την ηλιοθεραπεία και το μαύρισμα; Σε ποιο βαθμό συμφωνείτε ή διαφωνείτε με τις παρακάτω προτάσεις;

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
α) Το μαύρισμα είναι ελκυστικό					
β) Το μαύρισμα είναι υγιές					
γ) Το μαύρισμα με κάνει να μοιάζω υγιής					
δ) Το μαύρισμα προστατεύει τους ανθρώπους από ηλιακά εγκαύματα και άλλα δερματικά προβλήματα					
ε) Αξίζει να καώ λίγο προκειμένου να κάνω καλό μαύρισμα					

στ) Φαίνομαι καλύτερα όταν είμαι μαυρισμένος					
ζ) Νιώθω καλύτερα όταν είμαι μαυρισμένος					
η) Αισθάνομαι ωραία όταν πέφτει ο ήλιος στο δέρμα μου					
θ) Χρειάζομαι μαύρισμα για τη δουλειά μου, τον αθλητισμό ή κάποιο χόμπι					

Q39 Πώς συμπεριφέρονται οι φίλοι και συγγενείς σου στον ήλιο;

	Κανένας	Μερικοί	Περίπου οι μισοί	Οι περισσότεροι	Όλοι	Δε γνωρίζω
α) Τι ποσοστό της οικογένειάς σας πιστεύετε ότι προφυλάσσεται από τον ήλιο (με αντηλιακό, ρουχισμό, αποφεύγοντας την έκθεση σε ώρες αιχμής);						
β) Τι ποσοστό των φίλων σας πιστεύετε ότι προφυλάσσεται από τον ήλιο (με αντηλιακό, ρουχισμό,						

αποφεύγοντας την έκθεση σε ώρες αιχμής);						
γ) Τι ποσοστό της οικογένειάς σας πιστεύετε ότι έχει υιοθετήσει συμπεριφορές υγείας σχετικές με την ανίχνευση (αυτό-εξέταση δέρματος, εξετάσεις δέρματος από επαγγελματία υγείας);						
δ) Τι ποσοστό των φίλων σας πιστεύετε ότι έχει υιοθετήσει συμπεριφορές υγείας σχετικές με την ανίχνευση (αυτό-εξέταση δέρματος, εξετάσεις δέρματος από επαγγελματία υγείας);						

**Q40 Οι παρακάτω ερωτήσεις αφορούν στις πεποιθήσεις σας σχετικά με την ικανότητα να επηρεάσετε τον κίνδυνο ανάπτυξης μελανώματος και ορισμένες ενδείξεις για δράση.**

	Καθόλου έλεγχο	Λίγο έλεγχο	Μερικό έλεγχο	Μέτριο έλεγχο	Πολύ έλεγχο
α) Συνολικά πόσο προσωπικό έλεγχο αισθάνεστε ότι έχετε στο αν θα αναπτύξετε					

στο μέλλον μελάνωμα;					
β) Συνολικά πόσο προσωπικό έλεγχο αισθάνεστε ότι έχετε στην έγκαιρη ανίχνευση ενός μελλοντικού μελανώματος νωρίς στην ανάπτυξή του;					

**Τέλος, θα θέλαμε να σας κάνουμε κάποιες ερωτήσεις γενικών γνώσεων.**

Q41 Η έκθεση στον ήλιο προκαλεί τους περισσότερους καρκίνους του δέρματος.

Σωστό ☐

Λάθος ☐

Q42 Οι περισσότεροι καρκίνοι του δέρματος μπορούν να προληφθούν.

Σωστό ☐

Λάθος ☐

Q43 Ο καρκίνος του δέρματος μπορεί να προκαλέσει θάνατο.

Σωστό ☐

Λάθος ☐

Q44 Όταν ο καρκίνος του δέρματος εντοπίζεται έγκαιρα, το ποσοστό θεραπείας είναι πολύ υψηλό.

Σωστό ☐

Λάθος ☐

Q45 Οι ακτίνες του ήλιου είναι ισχυρότερες το μεσημέρι.

Σωστό ☐

Λάθος ☐

Q46 Ένα άτομο με ανοικτό χρώμα δέρματος χρειάζεται τη μεγαλύτερη προστασία από τον ήλιο.

Σωστό ☐

Λάθος ☐

Q47 Το ηλιακό έγκαυμα προκαλεί διαρκή βλάβη στο δέρμα.

Σωστό ☐

Λάθος ☐

Q48 Οι ειδικοί προτείνουν τη χρήση αντηλιακού με δείκτη προστασίας (SPF) 15 ή υψηλότερο.

Σωστό ☐

Λάθος ☐

Q49 Ο καρκίνος του δέρματος είναι η πιο κοινή μορφή καρκίνου.

Σωστό ☐

Λάθος ☐

Q50 Το μελάνωμα είναι η λιγότερο σοβαρή μορφή καρκίνου του δέρματος.

Σωστό ☐

Λάθος ☐

Q51 Οι άνθρωποι που εκτίθενται στον ήλιο μόνο 1-2 εβδομάδες το χρόνο δε διατρέχουν κίνδυνο καρκίνου του δέρματος.

Σωστό ☐

Λάθος ☐

Q52 Τα ηλιακά εγκαύματα στην παιδική ηλικία δε σχετίζονται με τον καρκίνο του δέρματος κατά την ενηλικίωση

Σωστό ☐

Λάθος ☐

Q53 Η εφαρμογή αντηλιακού με υψηλό δείκτη SPF εμποδίζει το μαύρισμα κατά τις διακοπές.

Σωστό ☐

Λάθος ☐

Q54 Η εφαρμογή αντηλιακού με υψηλό δείκτη SPF αρκεί για να αποφευχθεί βλάβη κατά τη μεσημεριανή έκθεση στον ήλιο.

Σωστό ☐

Λάθος ☐

Q55 Χρειάζεται να χρησιμοποιούμε αντηλιακό και κατά τις συννεφιασμένες μέρες.

Σωστό ☐

Λάθος ☐

Q56 Αντηλιακά υψηλού δείκτη SPF επιτρέπουν την έκθεση στον ήλιο για περισσότερο χρόνο.

Σωστό ☐

Λάθος ☐

Q57 Από πού λαμβάνετε πληροφορίες/συμβουλές σχετικά με το πώς μπορείτε να προστατευτείτε από τον ήλιο;

☐ Οικογένεια

☐ Φίλους

☐ Ιατρό ή άλλο επαγγελματία υγείας

☐ Τηλεόραση/ ενημερωτικές εκπομπές

☐ Άρθρα περιοδικών

☐ Φυλλάδια με πληροφορίες υγείας

**Σας ευχαριστούμε πολύ για τη συμμετοχή σας!**

## Έντυπα συγκατάθεσης

Άδεια χρησιμοποίησης ερωτηματολογίου

**From:** Markella Mylona <mark.myl85@yahoo.gr>  
**Sent:** Saturday, November 4, 2023 7:38 AM  
**To:** tina\_anag@hotmail.com <tina\_anag@hotmail.com>  
**Subject:** Σχετ: Άδεια χρήσης ερωτηματολογίου

Καλημέρα κα Αναγνώστου,

Φυσικά, μπορείτε να χρησιμοποιήσετε το ερωτηματολόγιο της εργασίας μου για την έρευνα σας.  
Σας εύχομαι καλή επιτυχία με την εργασία σας!

Με εκτίμηση,  
Μαρκέλλα Μυλωνά

I

I

Αγαπητέ/ή

Έντυπο συγκατάθεσης για συμμετοχή στην έρευνα

Το παρόν ερωτηματολόγιο αποτελεί τμήμα της διπλωματικής μου εργασίας, η οποία εκπονείται στα πλαίσια ολοκλήρωσης των σπουδών μου στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» του Ε.Α.Π. Θέμα της διπλωματικής εργασίας είναι Γνώσεις, στάσεις και αντιλήψεις σχετικά με τον καρκίνο του δέρματος σε δείγμα γενικού πληθυσμού με βάση το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία.

Ζητώ την εθελοντική συμμετοχή σας σε αυτή τη μελέτη, απατώντας το ερωτηματολόγιο αυτό. Θα τηρηθεί ανωνυμία και οι απαντήσεις σας θα αντιμετωπιστούν με τον πιο εμπιστευτικό τρόπο, καθ' όλη τη διαδικασία της έρευνας. Η συμμετοχή σας θα συμβάλλει στην επιτυχία αυτής της μελέτης. Σας παρακαλώ να απαντήσετε με βάση το τι πραγματικά πιστεύετε, δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις, μας ενδιαφέρει η προσωπική σας γνώμη. Ο χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου δεν υπερβαίνει τα 10-12 λεπτά της ώρας. Είναι πολύ σημαντικό να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις.

Για σκοπούς προστασίας προσωπικών δεδομένων, και βάσει του νέου Ευρωπαϊκού Γενικού Κανονισμού Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων σας ενημερώνουμε ότι :

1. Η έρευνα είναι απολύτως ανώνυμη και σε καμία περίπτωση δεν μπορεί να γίνει ταυτοποίηση των συμμετεχόντων. Σε οποιαδήποτε στιγμή θελήσετε μπορείτε να εγκαταλείψετε την συμπλήρωση χωρίς να έχει γίνει καμία απολύτως καταγραφή των στοιχείων.
2. Όλες οι πληροφορίες που θα συλλέγονται θα παραμείνουν αυστηρά εμπιστευτικές και ανώνυμες.
3. Η βάση δεδομένων θα είναι προστατευμένη με κωδικό πρόσβασης.
4. Σε καμία μελλοντική δημοσίευση ή αναφορά δε θα εμφανίζονται προσωπικά δεδομένα των συμμετεχόντων. Η στατιστική ανάλυση θα είναι κωδικοποιημένη και ανώνυμη.

Εάν συμφωνείτε ή όχι να συμμετάσχετε σε αυτήν τη μελέτη, παρακαλώ επιλέξτε αντίστοιχα

- ☐ Ναι, συμφωνώ να συμμετέχω
- ☐ Όχι, δεν συμφωνώ να συμμετέχω

Σας ευχαριστώ για τη συνεργασία.

Με εκτίμηση,

Σταματίνα Αναγνώστου

## IV: ANOVA για τις διαστάσεις του ΜΠΥ

Στους πίνακες 30-34 δίνονται τα ευρήματα κριτηρίου one-way ANOVA για τις διαστάσεις του ΜΠΥ ως προς το φύλο. Στους ελέγχους που πραγματοποιήθηκαν ορίστηκε το επίπεδο σημαντικότητας (P) στο 0,05. Οι συσχετίσεις που είχαν τιμές μικρότερες ή ίσες με 0,05 ( $P \leq 0,05$ ), θεωρήθηκαν στατιστικά σημαντικές.

Σύμφωνα με τους παρακάτω ελέγχους οι γυναίκες αναγνωρίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό τα οφέλη της υιοθέτησης προληπτικής συμπεριφοράς και τη δυνατότητα εφαρμογής κάποιων ενεργειών που στοχεύουν στην πρόληψη ή τη μείωση της απειλής για την υγεία σε σχέση με τους άνδρες. Όσον αφορά τους ελέγχους Anova δεν μπορούμε να απορρίψουμε τη μηδενική υπόθεση ότι το μέσο σκορ για τις υπόλοιπες διαστάσεις του ΜΠΥ είναι το ίδιο ανάμεσα σε άνδρες και γυναίκες αναφορικά με το συγκεκριμένο δείγμα.

**Πίνακας 30.** Anova-Οφέλη/Φύλο

<i>Groups</i>	<i>Count</i>	<i>Sum</i>	<i>Average</i>	<i>Variance</i>
Άνδρες	136	525.796	3.866147	0.343464
Γυναίκες	282	1121.957	3.97857	0.258742

ANOVA

<i>Source of Variation</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>P-value</i>	<i>F crit</i>
Between Groups	1.159643	1	1.159643	4.051357	0.04478	3.863909
Within Groups	119.0741	416	0.286236			
Total	120.2337	417				

**Πίνακας 31.** Anova Εμπόδια/Φύλο

<i>Groups</i>	<i>Count</i>	<i>Sum</i>	<i>Average</i>	<i>Variance</i>
Άνδρες	137	369.2734	2.695427	0.141029
Γυναίκες	282	775.2332	2.749054	0.15083

ANOVA

<i>Source of Variation</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>P-value</i>	<i>F crit</i>
Between Groups	0.265174	1	0.265174	1.796165	0.180907	3.863855
Within Groups	61.56311	417	0.147633			

Total	61.82829	418
-------	----------	-----

**Πίνακας 32.** Anova Σοβαρότητα/Φύλο

Groups	Count	Sum	Average	Variance
Άνδρες	137	453.7949	3.312371	0.278576
Γυναίκες	281	944.2265	3.360237	0.256973

ANOVA

Source of Variation	SS	df	MS	F	P-value	F crit
Between Groups	0.211005	1	0.211005	0.799154	0.371863	3.863909
Within Groups	109.8389	416	0.264036			
Total	110.0499	417				

**Πίνακας 33.** Anova Τρωτότητα/Φύλο

Groups	Count	Sum	Average	Variance
Άνδρες	137	364.9939	2.664189	0.271934
Γυναίκες	280	721.1568	2.57556	0.304116

ANOVA

Source of Variation	SS	df	MS	F	P-value	F crit
Between Groups	0.722588	1	0.722588	2.461387	0.117438	3.863964
Within Groups	121.8313	415	0.293569			
Total	122.5539	416				

**Πίνακας 34.** Anova Ενδείξεις για Δράση/Φύλο

Groups	Count	Sum	Average	Variance
Άνδρες	136	402	2.955882	0.861002
Γυναίκες	280	797.5	2.848214	0.983151

ANOVA

Source of Variation	SS	df	MS	F	P-value	F crit
Between Groups	1.061152	1	1.061152	1.124912	0.289482	3.864018
Within Groups	390.5344	414	0.94332			
Total	391.5956	415				

Στους παρακάτω πίνακες 35-39 πραγματοποιήθηκαν έλεγχοι ανάμεσα στις διαστάσεις του ΜΠΥ και στο χρώμα του δέρματος των συμμετεχόντων. Το αποτέλεσμα είναι ότι δεν μπορούμε να απορρίψουμε τη μηδενική υπόθεση ότι το μέσο σκορ των διαστάσεων είναι το ίδιο με το χρώμα δέρματος. Οι συμμετέχοντες συμπεριφέρονται με τον ίδιο τρόπο ανεξαρτήτως του χρώματος δέρματος.

**Πίνακας 35.** ΑνοVA Οφέλη/Χρώμα δέρματος

<i>Groups</i>	<i>Count</i>	<i>Sum</i>	<i>Average</i>	<i>Variance</i>
Πολύ ανοιχτό	54	218.6581	4.049224	0.232845
Ανοιχτό	187	739.1554	3.952703	0.273787
Σταρένιο	128	493.6304	3.856488	0.27688
Σκούρο/Μελαχρινό	50	199.0429	3.980857	0.426432

ANOVA

<i>Source of Variation</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>P-value</i>	<i>F crit</i>
Between Groups	1.650239	3	0.55008	1.913135	0.126773	2.626404
Within Groups	119.3241	415	0.287528			
Total	120.9743	418				

**Πίνακας 36.** ΑνοVA Εμπόδια/Χρώμα δέρματος

<i>Groups</i>	<i>Count</i>	<i>Sum</i>	<i>Average</i>	<i>Variance</i>
Πολύ ανοιχτό	53	145.8555	2.751991	0.164742
Ανοιχτό	188	509.4393	2.709784	0.145671
Σταρένιο	128	351.4986	2.746083	0.152813
Σκούρο/Μελαχρινό	50	137.1391	2.742782	0.132238

ANOVA

<i>Source of Variation</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>P-value</i>	<i>F crit</i>
Between Groups	0.143734	3	0.047911	0.322289	0.809259	2.626404
Within Groups	61.69383	415	0.14866			
Total	61.83756	418				

**Πίνακας 37.** ΑνοVA Σοβαρότητα/Χρώμα δέρματος

<i>Groups</i>	<i>Count</i>	<i>Sum</i>	<i>Average</i>	<i>Variance</i>
Πολύ ανοιχτό	53	181.0703	3.41642	0.329557
Ανοιχτό	187	619.8125	3.314505	0.277038

Σταρένιο	128	426.969	3.335695	0.216107
Σκούρο/Μελαχρινό	50	169.0539	3.381078	0.254211

#### ANOVA

Source of Variation	SS	df	MS	F	P-value	F crit
Between Groups	0.516334	3	0.172111	0.656309	0.579362	2.626456
Within Groups	108.568	414	0.262242			
Total	109.0844	417				

**Πίνακας 38.** Anova Τρωτότητα/Χρώμα δέρματος

Groups	Count	Sum	Average	Variance
Πολύ ανοιχτό	53	131.9097	2.488862	0.28427
Ανοιχτό	187	486.0263	2.599071	0.299752
Σταρένιο	127	341.6737	2.690344	0.3026
Σκούρο/Μελαχρινό	50	128.3359	2.566719	0.280245

#### ANOVA

Source of Variation	SS	df	MS	F	P-value	F crit
Between Groups	1.713114	3	0.571038	1.926858	0.124566	2.626509
Within Groups	122.3955	413	0.296357			
Total	124.1086	416				

**Πίνακας 39.** Anova Ενδείξεις για δράση/Χρώμα δέρματος

Groups	Count	Sum	Average	Variance
Πολύ ανοιχτό	52	144.5	2.778846	1.004054
Ανοιχτό	187	549	2.935829	0.869516
Σταρένιο	127	368	2.897638	0.957693
Σκούρο/Μελαχρινό	49	137.5	2.806122	1.164753

#### ANOVA

Source of Variation	SS	df	MS	F	P-value	F crit
Between Groups	1.387073	3	0.462358	0.487862	0.690892	2.626614
Within Groups	389.5141	411	0.947723			
Total	390.9012	414				

Τέλος, στους πίνακες 40-44 πραγματοποιήθηκε έλεγχος ανάμεσα στις διαστάσεις του ΜΠΥ και στις ελιές που έχουν οι συμμετέχοντες μεγαλύτερες από 6 χιλιοστά. Το αποτέλεσμα είναι ότι δεν μπορούμε να απορρίψουμε τη μηδενική υπόθεση ότι το μέσο σκορ των διαστάσεων είναι το ίδιο με το ελιές. Οι συμμετέχοντες συμπεριφέρονται με τον ίδιο τρόπο ανεξαρτήτως αν έχουν ή όχι ελιές στο δέρμα τους σε σχέση με το δείγμα της έρευνας.

**Πίνακας 40.** Anova Οφέλη/Ελιές > των 6 χιλιοστών

<i>Groups</i>	<i>Count</i>	<i>Sum</i>	<i>Average</i>	<i>Variance</i>
Καμία	155	573.3802	3.699227	0.182959
1-2	136	502.8934	3.697746	0.183985
3-5	75	281.8935	3.75858	0.127973
6 και πάνω	51	186.4893	3.656654	0.150699

#### ANOVA

<i>Source of Variation</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>P-value</i>	<i>F crit</i>
Between Groups	0.346578	3	0.115526	0.681423	0.563799	2.626509
Within Groups	70.01858	413	0.169537			
Total	70.36516	416				

**Πίνακας 41.** Anova Εμπόδια/Ελιές > των 6 χιλιοστών

<i>Groups</i>	<i>Count</i>	<i>Sum</i>	<i>Average</i>	<i>Variance</i>
Καμία	154	415.0204	2.694938	0.171827
1-2	136	375.3659	2.760044	0.148942
3-5	75	206.573	2.754307	0.108825
Πάνω από 6	52	142.9351	2.748752	0.144175

#### ANOVA

<i>Source of Variation</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>P-value</i>	<i>F crit</i>
Between Groups	0.369389	3	0.12313	0.822821	0.481816	2.626509
Within Groups	61.80266	413	0.149643			
Total	62.17205	416				

**Πίνακας 42.** Anova Σοβαρότητα/Ελιές > των 6 χιλιοστών

Groups	Count	Sum	Average	Variance
Καμία	153	512.449	3.34934	0.272418
1-2	136	443.9039	3.263999	0.262524
3-5	75	255.719	3.409586	0.237247
Πάνω από 6	52	176.0278	3.38515	0.251635

#### ANOVA

Source of Variation	SS	df	MS	F	P-value	F crit
Between Groups	1.263744	3	0.421248	1.618403	0.184468	2.626561
Within Groups	107.238	412	0.260286			
Total	108.5017	415				

**Πίνακας 43.** Anova Τρωτότητα/Ελιές > των 6 χιλιοστών

Groups	Count	Sum	Average	Variance
Καμία	153	392.7137	2.566756	0.293429
1-2	135	350.2359	2.59434	0.251602
3-5	75	192.9872	2.573162	0.327797
Πάνω από 6	52	137.8654	2.651257	0.289661

#### ANOVA

Source of Variation	SS	df	MS	F	P-value	F crit
Between Groups	0.298951	3	0.09965	0.349023	0.789879	2.626614
Within Groups	117.3455	411	0.285512			
Total	117.6445	414				

**Πίνακας 44.** Anova Ενδείξεις για Δράση/Ελιές > των 6 χιλιοστών

Groups	Count	Sum	Average	Variance
Καμία	152	435	2.861842	1.225819
1-2	135	389	2.881481	0.743311
3-5	75	216	2.88	0.796216
Πάνω από 6	52	151.5	2.913462	0.8306

#### ANOVA

Source of Variation	SS	df	MS	F	P-value	F crit
Between Groups	0.107011	3	0.03567	0.03789	0.990132	2.626668
Within Groups	385.983	410	0.941422			
Total	386.09	413				

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.