

**Α.Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΩΝ  
ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

## **ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΘΕΜΑ:**

**ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΗΤΡΑΣ – ΠΡΟΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ**



**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:**

**ΤΑΡΑΝΤΙΑΝ ΒΑΣΙΛΙΚΗ  
ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΑΤΟΥ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ**

**ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ:**

**Δρ. ΜΠΑΤΣΟΛΑΚΗ ΜΑΡΙΑ**

**ΠΑΤΡΑ 2003**

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	6
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.....	8
1.1. Ιστορική Αναδρομή.....	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.....	11
2.1. Ορισμός καρκίνου.....	11
2.2. Επιδημιολογία.....	11
2.3. Παθογένεια.....	11
2.4. Κλινική εικόνα.....	12
2.5. Θεραπεία.....	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.....	14
3.1. Ανατομία μήτρας.....	14
3.2. Φυσιολογία μήτρας.....	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ.....	16
4.1. Επιδημιολογία.....	16
4.2. Προδιαθεσικοί παράγοντες.....	16
4.3. Μορφές καρκίνου τραχήλου μήτρας .....	17
4.4. Κλινική εικόνα.....	18
4.5. Διάγνωση.....	19
4.5.1. Άλλες διαγνωστικές μέθοδοι.....	22
4.5.2. Διαβάθμιση των ανώμαλων κολποσκοπικών εμφανίσεων σαν οδηγός στην παρακολούθηση, στην πρόγνωση και στην θεραπεία.....	23
4.5.3. Νέες μέθοδοι που υποβοηθούν τη διάγνωση και την πρόγνωση.....	24
4.6. Διαφορική διάγνωση.....	25
4.7. Στάδια του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.....	25
4.8. Θεραπεία .....	27
4.9. Πρόγνωση.....	30
4.10. Πρόληψη.....	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΣΩΜΑΤΟΣ ΜΗΤΡΑΣ.....	32
5.1. Επιδημιολογία.....	32

5.2. Τύποι καρκίνου.....	32
5.3. Αδενοκαρκίνωμα.....	33
5.3.1. Επιδημιολογία.....	33
5.3.2. Προδιαθεσικοί παράγοντες.....	33
5.3.3. Κλινική εικόνα - Συμπτωματολογία.....	34
5.3.4. Διάγνωση.....	35
5.3.5. Θεραπεία.....	36
5.3.6. Πρόγνωση.....	36
5.4. Σάρκωμα.....	37
5.4.1. Επιδημιολογία.....	37
5.4.2. Τύποι.....	37
5.4.3. Συμπτωματολογία.....	38
5.4.4. Διάγνωση.....	38
5.4.5. Θεραπεία.....	39
5.5. Μεικτοί μεσοδερματικοί όγκοι.....	39
5.6. Χοριοκαρκίνωμα.....	39
ΚΕΦΑΛΛΙΟ 6.....	40
6.1. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην εφαρμογή της χημειοθεραπείας.....	40
6.2. Νοσηλευτική φροντίδα στην εφαρμογή της ακτινοθεραπείας.....	41
6.3. Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου με καρκίνο.....	43
6.3.1. Γενικές νοσηλευτικές οδηγίες.....	44
6.4. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση αρρώστου με καρκίνο.....	47
6.5. Ο ρόλος του νοσηλευτή στη φροντίδα αρρώστου με καρκίνο και στην οικογενειά του.....	48
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	49
1.1. Υλικό - Μέθοδος.....	50
1.2. Αποτελέσματα.....	53
1.3. Συζήτηση.....	81
1.4. Συμπεράσματα.....	83
1.5. Προτάσεις.....	84
1.6. Περίληψη.....	85
1.7. Summary.....	85
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	87
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	90
Δείγμα ερωτηματολογίου.....	91

*“Σε σημαντικό βαθμό υπεύθυνοι για την πρόκληση του καρκίνου είμαστε, άλλος λίγο, άλλος πολύ, όλοι μας, θεληματικά ή όχι, σαν άτομα ή οργανωμένες κοινωνίες”*

*Γ.Α. Κατράκης*

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών, παρά την καθημερινά παρατηρούμενη εντυπωσιακή πρόοδο της τεχνολογικής υποστήριξης, διαπιστώνεται τελικά, ιδιαίτερα αν σκεφθεί κανείς με κριτική διάθεση, ότι στον τομέα της Ιατρικής οι σύγχρονες δυνατότητες θεραπείας αλλά και διάγνωσης των διάφορων παθήσεων δεν έχουν προαχθεί ανάλογα και απέχουν πολύ από το να είναι ικανοποιητικές. Η διαπίστωση αυτή ενισχύεται ακόμα περισσότερο αν αναφερθεί κανείς στον τομέα της ογκολογίας.

Οι νέοι επιστημονικοί ορίζοντες που διανοίγονται τελευταία με τη διείσδυση στα «άδυτα» της μοριακής βιολογίας, προς το παρόν απλώς επιτρέπουν να ελπίζει κανείς τη μελλοντική εφαρμογή των νέων γνώσεων στην καθημερινή θεραπευτική κλινική πράξη. Αντίθετα, πληθαίνουν οι ενδείξεις ότι οι νέες αυτές γνώσεις θα επιτρέψουν – κατά ένα μέρος ήδη επιτρέπουν – την κατανόηση της αληθούς αιτιολογίας των κακοήθων νόσων σε μοριακό επίπεδο, γεγονός το οποίο κατά πάσα πιθανότητα θα οδηγήσει σε νέες, επιτυχέστερες στρατηγικές πρόληψης, έγκαιρης διάγνωσης και έγκαιρης αντιμετώπισης των νόσων αυτών.

Η πρόληψη και, αν είναι δυνατό, η πρωτογενής πρόληψη είναι προφανώς η ζητούμενη ιδανική λύση στην προσπάθεια για αγωγή και βελτίωση της δημόσιας υγείας. Η κατανόηση της διαδικασίας καρκινογένεσης, δηλ. της απαρχής της κακοήθους εξαλλαγής των κυττάρων, πρέπει να είναι ο κύριος στόχος κατά την προσπάθεια αυτή.

Ιδιαίτερα για το γυναικείο πληθυσμό, και μάλιστα για τις νέες σε ηλικία γυναίκες, η σημασία των γεννητικών οργάνων, που σχετίζονται με τη σεξουαλική δραστηριότητα, γονιμότητα και αναπαραγωγή, καθιστά προφανή την ανάγκη για ενδελεχή γνώση της αιτιολογίας και παθογένεσης των κακοήθων νόσων των οργάνων αυτών, με στόχο πάντα την πρωτογενή ή δευτερογενή τους πρόληψη<sup>1</sup>.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εργασία μας αποτελείται από δύο μέρη. Το γενικό μέρος περιλαμβάνει μια βιβλιογραφική ανασκόπηση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και του καρκίνου του ενδομητρίου. Αναφέρονται τα αίτια, η κλινική εικόνα, τα στάδια του καρκίνου, η θεραπεία, η πρόληψη της νόσου καθώς και ο ρόλος του νοσηλευτή σε σωματικό και ψυχολογικό επίπεδο.

Στο ειδικό μέρος παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνάς μας για τον προσυμπτωματικό έλεγχο του καρκίνου της μήτρας. Γίνονται κάποιες συγκρίσεις με άλλες έρευνες και παραθέτονται κάποιες προτάσεις για την ουσιαστικότερη ενημέρωση του γυναικείου πληθυσμού από το νοσηλευτικό προσωπικό.

Ευχαριστούμε θερμά την Κα Δρ Μπατσολάκη Μαρία για την συμβολή της στην διεκπεραίωση της εργασίας μας καθώς επίσης και τον Κο Κουτσογιάννη Κωνσταντίνο για την αξιόλογη βοήθειά του στα αποτελέσματα της έρευνάς μας. Τέλος ευχαριστούμε τους γονείς μας για την ψυχολογική τους υποστήριξη.

# ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

### 1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Χωρίς να υπάρχουν και γραφτά αποδεικτικά κείμενα, εν' τούτοις, έχουμε όλες τις ενδείξεις, ότι ο καρκίνος είναι αρρώστια τόσο παλιά όσο και ο άνθρωπος και τα ζώα. Αυτό εξάγεται, κυρίως, από το γεγονός, ότι όσο παλιά και αν είναι τα οστά ανθρώπων και ζώων που βρήκαμε μέχρι σήμερα στη γη, διαπιστώνονται σε ορισμένα απ' αυτά οστικές αλλοιώσεις που μας πείθουν, ότι έχουν προκληθεί από την παρουσία κακοήθων όγκων.

Αφ' ότου όμως έχουμε γραφτά κείμενα, έχουμε και τα αποδεικτικά πλέον στοιχεία της αναφοράς των κακοήθων όγκων στον άνθρωπο. Συγκεκριμένα, αυτά αναφέρονται στα κείμενα της Παλαιάς Διαθήκης, των Αρχαίων Αιγυπτίων, καθώς και των Ελλήνων και Περσών. Και δεν αναφέρονται μόνο οι όγκοι των οστών, αλλά και όγκοι των μαλακών μορίων, όπως του ήπατος, του στομάχου, των μυών κ.λ.π.

Ήδη από το 300 π.Χ. είχαν διαχωρισθεί τα καλοήθη από τα κακοήθη νεοπλάσματα. Είχαν ακόμα επισημανθεί οι κακές εκβάσεις πολλών εντοπίσεων κακοήθων όγκων, όπως είχαν διαχωρισθεί και οι ανίατοι όγκοι από παραπλήσιες στην εμφάνιση νοσήσεις, όπως από τον ψευδάνθρακα που αναπτύσσεται συνηθέστερα στον αυχένα, και τις χρόνιες εξελκώσεις στο δέρμα.

Κι αργότερα, γύρω από την εποχή της γέννησης του Χριστού, εκτελούσαν θεραπευτικές χειρουργικές επεμβάσεις, όπως ακρωτηριασμούς των άκρων, υστερεκτομές (αφαιρέσεις της μήτρας) ή μαστεκτομές, για ανάλογες εντοπίσεις νεοπλασιών.

Έπρεπε να περάσει κι' όλος ο Μεσαίωνας για να φτάσουμε στην ανακάλυψη του μικροσκοπίου, ν' αναπτυχθούν νέες θεωρίες για την προέλευση των ασθενειών που βασίζονταν στην παρατήρηση, στα στατιστικά δεδομένα και στο πείραμα, για να



παραμερισθούν παλιές θεωρίες, δοξασίες και πεποιθήσεις, όπως εκείνη του Γαλιανού, ότι ο Ca οφείλονταν στην παρουσία υπερβολικής μαύρης χολής στον άνθρωπο.

Η τελευταία αυτή θεωρία αποτέλεσε αδιάσειστη πεποίθηση, που επιβίωσε σ' όλο το Μεσαίωνα, και απορρίφθηκε μετά ζωή 1.300 χρόνων αφ' ότου αρχικά αναπτύχθηκε!!

Σταθμός για την ερμηνεία του καρκίνου ήταν το 1652, όταν ο Owen περιέγραψε τα λεμφαγγεία και αναπτύχθηκε η λεμφική θεωρία ανάπτυξης του καρκίνου, θεωρία που ερμηνεύεται από την παρατήρηση, ότι μεγάλο μέρος καρκίνων επεκτείνονται από την πρωτοπαθή εστία με τα λεμφαγγεία προς τους επιχώριους λεμφαδένες.

Ακολούθησε το μέγιστο βήμα για τις συνθήκες ανάπτυξης του Ca, που είναι η παρατήρηση του Άγγλου χειρουργού Percival Pott, το 1775, ότι οι καπνοδοκαθαριστές, πάθαιναν συχνά Ca του οσχέου. Έτσι αναπτύχθηκε παράλληλα προς την παλαιότερη παρατήρηση για το ρόλο των διάφορων ερεθιστικών παραγόντων και ο ρόλος των χημικών παραγόντων.

Κάθε καινούργια ιατρική ανακάλυψη οδηγούσε σε νέες θεωρίες προέλευσης του Ca. Τέτοιες είναι η μικροβιακή, η κυτταρική και ακόμα από τις σοβαρότερες μέχρι σήμερα, η θεωρία του Coehnheim. Η τελευταία συνοδεύονταν από αποδεικτικά στοιχεία, ότι οι όγκοι οφείλονται σε απομονωμένα εμβρυϊκά κύτταρα και σε υπολείμματα ιστών. Η θεωρία αυτή παραμένει ακόμα σήμερα αληθινή. Αυτή, όμως, δεν ερμηνεύει την προέλευση και αιτιολογία όλων των καρκίνων, αλλά ενός μικρού μόνο μέρους τους.

Ακολούθησε η θεωρία της προέλευσης των όγκων από τα υπέρμικρα μικρόβια, δηλαδή τους καλούμενους διηθητούς ιστούς. Όσο όμως και αν ακόμα στερούμαστε αποδεικτικών στοιχείων, ότι οι Ca του ανθρώπου οφείλονται σε διηθητούς ιούς, αυτό έχει περίτρανα αποδειχθεί για όλους σχεδόν τους καρκίνους στα ζώα.

Σήμερα, επικρατεί γενικά η αντίληψη, ότι εξωγενείς είναι κυρίως οι παράγοντες (χημικοί, φυσικοί, μηχανικοί κ.λ.π.) που προκαλούν την καρκινογένεση, ενώ σπανιότεροι

είναι οι ενδογενείς (ορμόνες κ.λ.π.) ένας εξωγενής ή ενδογενής μόνος του, ή πολλοί μαζί, η και με τη συνεργία εξωγενών και ενδογενών παραγόντων<sup>2</sup>.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### 2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Καρκίνος καλείται κάθε κακοήθεις όγκος<sup>3</sup>. Κακοήθη είναι τα νεοπλασμάτα που μεγαλώνουν με γρήγορο ρυθμό, δεν έχουν σαφή όρια, ούτε περιβάλλονται από κάψια, διηθούν τους γειτονικούς ιστούς, προκαλούν μεταστάσεις σε άλλα όργανα και αν δεν αντιμετωπισθούν αποτελεσματικά καταστρέφουν την υγεία και προκαλούν το θάνατο<sup>3</sup>.

### 2.2. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Οι συχνότεροι καρκίνοι είναι των πνευμόνων. Σχετικά με τη γυναίκα αυτός εμφανίζεται σε συχνότητα 26% στους μαστούς, 15% στο παχύ έντερο και στο ορθό, 15% στο γεννητικό σύστημα, 9% στο υπόλοιπο πεπτικό σύστημα, 7% παθαίνουν λευχαιμίες, 6% εμφανίζουν καρκίνο στους πνεύμονες, 4% στο ουροποιητικό σύστημα, 2% στο στόμα και 1% στο δέρμα μελάνωμα. Όσο αφορά τη θνησιμότητα ο καρκίνος αποτελεί τη δεύτερη αιτία θανάτου μετά τις παθήσεις του κυκλοφορικού συστήματος. Η θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού φτάνει το 20%, του παχέος εντέρου το 15%, του υπόλοιπου πεπτικού συστήματος 14%, του πνεύμονα 11%, της μήτρας 7%, των ωοθηκών το 6%, του ουροποιητικού συστήματος το 3% και του στόματος και δέρματος το 1%<sup>4,5</sup>.

### 2.3 ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Η παθογένειά του βρέθηκε να έχει σχέση:

- Με χημικούς παράγοντες, όπως είναι η πίσσα, το βενζόλιο, ο αμίαντος, το πετρέλαιο, το χρώμιο κ.λ.π.

- Με φυσικούς παράγοντες όπως την ιονίζουσα και υπεριώδη ακτινοβολία.
- Με ιούς του DNA, όπως τον ιό των κονδυλωμάτων (HPV), που προκαλεί καρκίνο του τραχήλου της μήτρας ή του RNA που προκαλεί λευχαιμίες.
- Με κληρονομικούς παράγοντες όπως καρκίνο του μαστού, της ωοθήκης και του παχέος εντέρου σε άτομα με οικογενειακή πολυποδίαση.
- Με φυλετικούς παράγοντες, γιατί βρέθηκε σε χαμηλή συχνότητα, ο καρκίνος του μαστού στην Ιαπωνία, του τραχήλου της μήτρας στο Ισραήλ, του δέρματος στους Νέγρους και του προστάτη στην Ιαπωνία και σε υψηλή συχνότητα του ρινοφάρυγγα στην Κίνα, της ουροδόχου κύστης στην Αίγυπτο κ.λ.π.

## 2.4 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η Αμερικανική Αντικαρκινική Εταιρεία καθόρισε τα παρακάτω 7 σημάδια κινδύνου του καρκίνου:

1. Αλλαγή στην λειτουργία της ουροδόχου κύστης και του εντέρου.
2. Πληγή που δεν επουλώνεται.
3. Ασυνήθιστη έκκριση ή αιμορραγία.
4. Πρήξιμο ή ογκίδιο στο μαστό ή αλλού.
5. Δυσπεψία και δυσκαταποσία.
6. Ελιά στο δέρμα που αλλάζει.
7. Επίμονος βήχας ή βραχνάδα.

## 2.5 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Για την θεραπεία του καρκίνου του γεννητικού συστήματος της γυναίκας καταφεύγουμε:

- Στην εγχείρηση, για την ακριβή διάγνωση και για την ριζική και αποτελεσματική θεραπεία.
- Στην ακτινοθεραπεία, για τη καταστροφή της νεοπλασίας χωρίς πρόκληση βλάβης υγιών ιστών.
- Στη χημειοθεραπεία, για να καταστρέψουμε με αντικαρκινικές ουσίες τα νεοπλασματικά κύτταρα<sup>7</sup>.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### 3.1 ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

Τα εξωτερικά γεννητικά όργανα της γυναίκας είναι η κλειτορίδα και τα χείλη που μαζί λέγονται αιδοίο. Τα μέρη του αιδοίου που ξεχωρίζουν περισσότερο είναι τα δύο ζεύγη «χειλέων».

Τα μεγάλα χείλη που είναι πιο έξω και πιο μεγάλα, αποτελούνται από χοντρά τεμάχια δέρματος που καλύπτουν και προστατεύουν τα περισσότερα άλλα μέρη του αιδοίου. Στη βάση τους γίνονται πιο λεπτά και ενώνονται με το περίνεο.

Μέσα στα μεγάλα βρίσκονται τα μικρά χείλη. Αυτά ενώνονται στο πάνω μέρος για να σχηματίσουν ένα προστατευτικό κάλυμμα πάνω από την ευαίσθητη κλειτορίδα και χωρίζονται σε πτυχές που την περιβάλλουν.

Τα εσωτερικά γεννητικά όργανα της γυναίκας είναι η μήτρα, οι ωοθήκες και οι σάλπιγγες.

Η μήτρα αποτελείται από δύο κύρια μέρη: το σώμα και τον τράχηλο.

Ο τράχηλος της μήτρας έχει σχήμα κυλινδρικό και το κατώτερο τμήμα του προεξέχει προς τον κόλπο. Ο τράχηλος έχει μήκος 2,5 περίπου εκατοστών και διαθέτει μια λεπτή δίοδο. Στις γυναίκες που δεν έχουν αποκτήσει παιδιά, η δίοδος του τραχήλου είναι κυκλική και σχετικά μικρή. Κατά τη διάρκεια του τοκετού διευρύνεται για να επιτρέψει τη διέλευση του εμβρύου ενώ μετά τον τοκετό αποκτά σταδιακά το σχήμα της, αλλά είναι λίγο μεγαλύτερη. Κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης η μήτρα διευρύνεται για να αναπτυχθεί το έμβρυο. Μετά τον τοκετό επανέρχεται γρήγορα στην κατάσταση που ήταν πριν την εγκυμοσύνη.

Η μήτρα φαίνεται ότι δεν παίζει κανένα ρόλο προ της εφηβεία και μετά την εμμηνόπαυση<sup>7</sup> (σελ. 136 – 138).

### **3.2 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ**

Στη μήτρα οι οιστρογόνες ορμόνες προκαλούν υπερπλασία και υπερτροφία των αδένων του ενδομητρίου και αυξάνουν τον αριθμό των μιτωτικών διαιρέσεων και τη διαπερατότητα των τριχοειδών στη διακίνηση των θρεπτικών ουσιών. Αυτή η δράση έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση του μήκους των αδένων και του πάχους του ενδομητρίου, μεταβολές, που χαρακτηρίζουν την παραγωγική φάση του ενδομήτριου κύκλου.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ

#### 4.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Ο καρκίνος του τραχήλου στην εποχή μας έρχεται τρίτος σε σειρά συχνότητας μετά τον καρκίνο του μαστού και τον καρκίνο του ενδομητρίου. Έχει υπολογιστεί πως 2% των γυναικών θα πάθουν καρκίνο στον τράχηλό τους πριν το 80<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας τους. Η μέση ηλικία προσβολής της γυναίκας από διηθητικό καρκίνο του τραχήλου είναι η ηλικία των 45 ετών και από προδιηθητικό των 30 ετών. Σπάνια παρατηρείται σε μικρότερη ηλικία. Μετά την εμμηνόπαυση η συχνότητα του ελαττώνεται, για να αυξηθεί του ενδομητρίου.

#### 4.2 ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Οι προδιαθεσικοί παράγοντες ανάπτυξης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι οι εξής:

- Η σεξουαλική δραστηριότητα της γυναίκας, γιατί βρέθηκε συχνότερος σ' αυτές που παντρεύτηκαν μικρές ή άρχισαν νωρίς τις σεξουαλικές τους σχέσεις ή γνώρισαν πολλούς σεξουαλικούς συντρόφους ή εργάστηκαν σε οίκους ανοχής.
- Η φυλή, στην οποία ανήκει η γυναίκα, γιατί βρέθηκε πως ενώ η συχνότητά του στις Ισραηλινές είναι 6:100.000, στις Αφρικανές είναι 50:100.000 και πως αυτή είναι μεγαλύτερη στη μαύρη φυλή απ' ότι στη λευκή. Φαίνεται και πως αυτές οι διαφορές πρέπει ν' αποδοθούν στη σεξουαλική συμπεριφορά των διαφόρων λαών.



- Οι σεξουαλικά μεταδιδόμενες παθήσεις όπως η μόλυνση απ' τον ιό του έρπητα τύπου II, που προκαλεί φλεγμονές του τραχήλου και το σχηματισμό κυττάρων με πολλαπλούς πυρήνες<sup>3</sup>. Ακόμη σχετίζεται με κάποιες ομάδες μιας οικογένειας ιών, γνωστών ως ανθρώπινων ιών των θηλωμάτων (HPV)<sup>8</sup>.
- Η λήψη ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων, για την πρόληψη απόρριψης μοσχεύματος.
- Η κοινωνικοοικονομική κατάσταση της γυναίκας, γιατί βρέθηκε συχνότερος στις φτωχότερες τάξεις, ίσως γιατί η ηλικία της πρώτης σεξουαλικής επαφής γίνεται νωρίς ή γιατί στερούνται προληπτικού ελέγχου.
- Η χορήγηση διαιθυλοστιλβιστρόλης σε έγκυες γυναίκες, που είναι δυνατόν να προκαλέσει καρκίνο στα κορίτσια, που θα γεννηθούν, όταν αυτά βρίσκονται στην εφηβεία, ή είναι μεγαλύτερα σε συχνότητα 4:1.000.000. Ο καρκίνος αυτός έχει τον τύπο του διαυγοκυτταρικού.
- Το κάπνισμα θεωρήθηκε υπεύθυνο για την εκδήλωση τραχηλικού καρκίνου.
- Γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε μια έκτρωση εμφανίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο καρκίνου του τραχήλου της μήτρας<sup>9,10</sup>.

#### 4.3 ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ

Ιστολογικά, ανάλογα με το βαθμό διήθησης και τη θέση της εντόπισης του καρκίνου του τραχήλου διακρίνουμε τις παρακάτω μορφές του:

- Δυσπλασία ή τραχηλική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία (CIN). Σ' αυτή βρίσκουμε άτυπα κύτταρα του πλακώδους επιθηλίου του τραχήλου και διακρίνεται σε ελαφρά (CIN I), μέτρια (CIN II) και βαριά (CIN III).
- Προδιηθητικό καρκίνωμα ή in situ καρκίνωμα. Σ' αυτό αντιστοιχεί το CIN III, υπάρχουν άτυπα κύτταρα σ' όλο το πάχος τους πλακώδους επιθηλίου. Η βασική

μεμβράνη του τραχήλου που βρίσκεται κάτω απ' αυτό δεν έχει προσβληθεί. Μ' αυτή τη μορφή ο καρκίνος μπορεί να παραμείνει 8 – 10 χρόνια και να είναι ασυμπτωματικός.

- Μικροδιηθητικό καρκίνωμα. Σ' αυτό, εκτός απ' τις ατυπίες των κυττάρων ολόκληρου του πάχους του πλακώδους επιθηλίου, υπάρχουν σε μικρή έκταση ατυπίες στην βασική μεμβράνη και μικροδιηθήσεις με τη μορφή βελόνων ή σταγόνων στο υποκείμενο χόριο.
- Διηθητικό καρκίνωμα ή επιδερμοειδές καρκίνωμα. Σ' αυτό ο καρκίνος διήθησε τη βασική μεμβράνη και έφτασε στο μυϊκό στρώμα του τραχήλου και απ' αυτό προχώρησε με διήθηση ή λεμφογενή ή αιματογενή μετάσταση<sup>3</sup>.

#### 4.4 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ – ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Στις δυσπλασίες. Στο προδιηθητικό και μικροδιηθητικό καρκίνωμα δεν υπάρχουν συμπτώματα. Η συμπτωματολογία που θα κινήσει την υποψία της ασθενούς και θα την οδηγήσει στον γυναικολόγο είναι:

1. Καφεοειδή ή αιματηρά υγρά, δύσσομα ή όχι μετά από συνουσία ή μη.
2. Έκτακτη αιμορραγία εκτός Εμμήνου Ρύσεως εκ των γεννητικών οργάνων.
3. Οσφυαλγία ή δυσκοιλιότητα που δεν υπήρχαν πριν.
4. Καχεξία και απώλεια βάρους<sup>2</sup>
5. Έντονο κνησμό στα γεννητικά όργανα.
6. Πόνο χαμηλά στο υπογάστριο.
7. Ξαφνική και γρήγορη διόγκωση της κοιλιάς<sup>10</sup>.

## 4.5 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας γίνεται με την εξής εξετάσεις:

**(1) Επισκόπηση:** Αν πρόκειται για δυσπλασία με την επισκόπηση δεν θα διαπιστώσουμε την ύπαρξη αλλοίωσης του επιθηλίου γιατί η βλάβη δεν είναι φανερή. Αν πρόκειται για καρκίνωμα *in situ* ο τράχηλος είτε θα εμφανίζεται φυσιολογικός, είτε θα εμφανίζει ερυθρότητα είτε ελαφρά διάβρωση. Σε καρκίνωμα προχωρημένου σταδίου η πάθηση κάνει την εμφάνισή της με τη μορφή ψευδοδιάβρωσης, ανώμαλης εξέλκωσης ή μάζας<sup>3</sup>.

**(2) Ψηλάφηση:** Κατά τη γυναικολογική εξέταση, τα έξω γεννητικά όργανα είναι συνήθως φυσιολογικά. Ο τράχηλος της μήτρας μπορεί να' χει προσβληθεί απ' τον καρκίνο (στάδιο II) καθώς και ο κόλπος (στάδιο III). Μερικές φορές η μήτρα είναι διογκωμένη ή μαλακή και μπορεί να αποκαλυφθούν μάζες στην πύελο. Επίσης ψηλαφούνται διογκωμένοι βουβωνικοί και τραχηλικοί λεμφαδένες, διόγκωση ήπατος, κοιλιακή μάζα ή συλλογή υγρού στην περιτοναϊκή κοιλότητα<sup>12,13</sup>.

**(3) Εργαστηριακή διάγνωση:** Αυτή περιλαμβάνει:

Τον κυτταρικό έλεγχο των επιχρισμάτων του τραχήλου με τη μέθοδο Παπανικολάου (Test Pap)<sup>3</sup>. Η κυτταρολογική εξέταση βοηθά στην πρώιμη διάγνωση (ανίχνευση) των προκακοήθων και κακοήθων καταστάσεων της μήτρας, ιδιαίτερα του τραχήλου. Η δυνατότητα της πρώιμης διάγνωσης του καρκίνου της μήτρας στα προδιηθητικά στάδια με τα τραχηλο – κολπικά επιχρίσματα έχει τεράστια σημασία για την πρόγνωση του καρκίνου αυτού. Ειδικότερα στην περίπτωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας όπου η αξιοπιστία και η ακρίβεια της μεθόδου είναι εξαιρετικά υψηλή. Η εξέταση των τραχηλο – κολπικών επιχρισμάτων κάθε εξάμηνο ή κάθε έτος σε όλες τις γυναίκες, ενός δεδομένου πληθυσμού, θα εκμηδενίσει τη συχνότητα εμφάνισης των διηθητικών μορφών του καρκίνου του τραχήλου στον πληθυσμό αυτό.

Η κυτταροδιαγνωστική εξέταση των τραχηλο – κολπικών επιχρισμάτων δεν πληροφορεί για την εξέταση της νόσου, δηλαδή μ' αυτήν δεν γίνεται διάκριση προδιηθητικών και διηθητικών μορφών. Αυτό μπορεί να διαγνωσθεί μόνο με τη βιοψία. Γι' αυτό το λόγο, όταν η κυτταρολογική εξέταση του τραχήλου είναι θετική για κακοήθεια, πρέπει να επακολουθεί πάντοτε η βιοψία του τραχήλου.

Η ακρίβεια της μεθόδου για την πρώιμη διάγνωση του καρκίνου του σώματος της μήτρας είναι μικρότερη απ' ότι για τον καρκίνο του τραχήλου. Εντούτοις είναι αρκετά ικανοποιητική για μια μέθοδο μαζικού ελέγχου του γυναικείου πληθυσμού.

Τέλος μερικοί αισιόδοξοι αναφέρουν επιτυχία της μεθόδου στη διάγνωση του καρκίνου των σαλπίγγων και των ωοθηκών. Ωστόσο η ακρίβεια της μεθόδου για τους καρκίνους αυτούς είναι πολύ χαμηλή<sup>5,14</sup>.

Η εκτίμηση της κυτταρολογικής εικόνας σύμφωνα με τον Παπανικολάου χωρίζεται σε πέντε κατηγορίες:

**Κατηγορία I** – αρνητικό για κακοήθεια, χωρίς φλεγμονώδεις αλλοιώσεις.

**Κατηγορία II** – αρνητικό για κακοήθεια με φλεγμονώδεις αλλοιώσεις.

**Κατηγορία III** – ύποπτο για κακοήθεια.

**Κατηγορία IV** – θετικό για κακοήθεια με λίγα άτυπα κύτταρα.

**Κατηγορία V** – θετικό για κακοήθεια με πολλά άτυπα κύτταρα<sup>13,17</sup>.

## ΤΕΧΝΙΚΗ ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ

Το Test Pap είναι απλή εξέταση γιατί η λήψη του:

- Είναι αναίμακτη.

- Είναι σύντομη.
- Μπορεί να γίνει στο εξωτερικό ιατρείο<sup>15</sup>.

Η προσοχή επικεντρώνεται κυρίως στη λήψη επαρκούς δείγματος για να αποφευχθούν ψευδείς αρνητικές ή ψευδείς θετικές απαντήσεις.

Μεγαλύτερη προσοχή πρέπει να δοθεί στην ταχεία μονιμοποίηση του επιχρίσματος. Υπενθυμίζεται ότι τα κυτταρικά επιχρίσματα ιδίως απ' τον ενδοτράχηλο είναι δυνατόν να ξηραθούν απ' τον αέρα σε δευτερόλεπτα, με επακόλουθα τη διόγκωση των πυρήνων των κυττάρων και αλλαγή της πυρηνοπλασματικής σχέσης.

Τα κυριότερα σημεία για τη σωστή λήψη του επιχρίσματος είναι τα παρακάτω:

- Συλλογή κολποτραχηλικού επιχρίσματος πριν από δακτυλική γυναικολογική εξέταση.
- Αποφυγή αλοιφής ή λιπαντικού στο ληφθέν επίχρισμα.
- Επί συγχρόνου λήψεως καλλιεργείων για σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, όπως γονόρροια και χλαμυδιακές λοιμώξεις, προηγείται η λήψη του Pap Test.
- Πρέπει να είναι ορατός όλος ο τράχηλος κατά τη λήψη του υλικού.
- Σε κολπική έκκριση (κολπίτιδα) προηγείται απομάκρυνση του κολπικού υλικού, χωρίς να θιγεί ο τράχηλος. Μικρή ποσότητα αίματος δεν εμποδίζει την κυτταρολογική εκτίμηση αλλά μεγάλη ποσότητα όπως, επί εμμήνου ρύσεως αποκλείει κάθε εκτίμηση. Αν δεν υπάρχει τραχηλική βλάβη τότε προηγείται θεραπεία της κολπίτιδας.
- Να λαμβάνεται πρώτα το εξωτραχηλικό δείγμα και μετά το ενδοτραχηλικό επίχρισμα λόγω της συχνής αιμορραγίας μετά την ενδοτραχηλική λήψη και την αποφυγή αποξήρανσης του ενδοτραχηλικού επιχρίσματος.
- Το ενδοτραχηλικό επίχρισμα λαμβάνεται καλύτερα με απλή στροφή της ψύκτρας κατά τη φορά των δεικτών του ρολογιού.

- Το συλλεχθέν δείγμα να επιστρώνεται ομοιόμορφα και να μονιμοποιείται γρήγορα προτού αποξηρανθεί στον αέρα<sup>6</sup>.

#### 4.5.1 ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

##### 1. Κολποσκόπηση:

Με τη μέθοδο αυτή εξετάζονται οι αλλοιώσεις ή οι βλάβες του κολπικού και κυρίως του τραχηλικού επιθηλίου. Γίνεται με ειδικό όργανο, το κολποσκόπιο του Hinselman<sup>14</sup>.

Η κολποσκόπηση είναι ένα διαγνωστικό μέσο με το οποίο μπορούμε να διαγνώσουμε έγκαιρα τις δυσπλασίες ή τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Παράλληλα μπορούμε να ελέγξουμε τα ευρήματα του Test Pap. Εκείνο που εξετάζουμε κυρίως στην κολποσκόπηση, είναι η ζώνη μετάπτωσης.

Η κολποσκόπηση δεν πρέπει να γίνεται κατά τη διάρκεια της περιόδου καθώς και 3 – 4 μέρες μετά απ’ αυτή. Καλύτερες μέρες είναι από την 8<sup>η</sup> μέχρι τη 12<sup>η</sup> μέρα του κύκλου κατά την οποία η τραχηλική βλέννα είναι άφθονη, διαυγής και παίζει το ρόλο του διαθλαστικού μέσου που διευκολύνει την εξέταση του έσω τραχηλικού στομίου, το δε εξωτραχηλικό στόμιο είναι ανοιχτό. Αν η βλέννα είναι θολή κάνει δύσκολη ή αδύνατη την εξέταση. Ο τράχηλος δεν πρέπει να φέρει βλάβες από πρόσφατη βιοψία, υστεροσαλπιγγογραφία, κολπική εξέταση κ.λ.π.<sup>13</sup>.

##### 2. Τραχηλοσκόπηση:

Η τραχηλοσκόπηση και στη συνέχεια η δοκιμασία Schiller που έχει την ιδιότητα να βάφει καφε – κίτρινα τα φυσιολογικά κύτταρα του τραχήλου και ν’ αφήνει άβαφα τα παθολογικά, γιατί δεν περιέχουν γλυκαγόνο.

##### 3. Κυστεοσκόπηση

4. Πρωκτοσκόπηση
5. Λεμφαγγείο – λεμφαδενογραφία
6. Ακτινογραφία θώρακα – σπονδυλικής στήλης – πυέλου
7. Υπερηχογράφηση, αξονική και μαγνητική τομογραφία
8. Πυελογραφία<sup>3</sup>
9. Βιοψία: Είδη βιοψίας:
  - Αφαίρεση μικρού τεμαχιδίου από τη βλάβη
  - Εκτομή
  - Σφηνοειδής
  - Ενδοτραχηλική απόξεση
  - Κωνοειδής
  - Κυκλική βιοψία<sup>13</sup>

#### **4.5.2 ΔΙΑΒΑΘΜΙΣΗ ΤΩΝ ΑΝΩΜΑΛΩΝ ΚΟΛΠΟΣΚΟΠΙΚΩΝ ΕΜΦΑΝΙΣΕΩΝ ΣΑΝ ΟΔΗΓΟΣ ΣΤΗΝ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ, ΣΤΗΝ ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Οι άτυπες κολποσκοπικές εμφανίσεις μπορούν να ταξινομηθούν με σειρά σοβαρότητας ως εξής:

- Καρκίνος που φαίνεται μόνο κολποσκοπικά: αυτή είναι μια μικρή ομάδα, αλλά συγχρόνως και η πιο σημαντική, όπου η βλάβη, ενώ δεν είναι ορατή με γυμνό μάτι, φαίνεται κολποσκοπικά.

- Σοβαρή ατυπία στην κολποσκοπική εμφάνιση: είναι ένα μεγάλης σημασίας εύρημα, που απαιτεί ιστολογική διερεύνηση για να αποκλεισθεί η πιθανότητα παρουσίας διηθητικού καρκίνου.
- Ελαφρά ατυπία στην κολποσκοπική εμφάνιση: αυτή η ομάδα αποτελεί την πλειονότητα των περιπτώσεων και περιλαμβάνει ανάμεσα στα άλλα και την ιστολογική διάγνωση δυσπλασίας ή καρκίνου in situ.
- Αμφίβολα ευρήματα: αυτή η κατηγορία των ευρημάτων περιλαμβάνει τις περιπτώσεις, όπου η ζώνη μετάπτωσης δεν μπορεί να γίνει ορατή σε όλη της την έκταση. Έτσι είναι δυνατόν να υπάρχουν βλάβες στον ενδοτραχηλικό σωλήνα πίσω από την ορατότητά μας με το κολποσκόπιο. Στην περίπτωση αυτή πρέπει να γίνει περαιτέρω διερεύνηση με ενδοτραχηλική απόξεση ή κωνοειδή βιοψία<sup>13</sup>.

### **4.5.3 ΝΕΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΠΟΥ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΝ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΡΟΓΝΩΣΗ**

A. Προσδιορισμός προελεύσεως και μορφολογίας κυττάρων.

1. Μονοκληνικά αντισώματα (ανοσοχημεία).
2. Ηλεκτρονικό μικροσκόπιο.

B. Προσδιορισμός ορμονικών υποδοχέων (ανοσοχημεία).

Γ. Κυτταρομετρική ανάλυση του DNA (κυτταρομετρία ροής – ηλεκτρονικοί υπολογιστές).

Δ. Έκφραση ογκογονιδίων (ανοσοχημεία).

E. Κινητική των καρκινικών κυττάρων (ανοσοχημεία).

ΣΤ. Υβριδισμός (μοριακή βιολογία)<sup>13</sup>.



## 4.6 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διαφορική διάγνωση θα γίνει από την οξεία και χρόνια τραχηλίτιδα, το τραχηλικό εκτρόπιο, την τραχηλική φυματίαση, τα κονδυλώματα, το συφιλιδικό έλκος, την αδένωση, το νεκρωμένο έμμισχο υποβλενογόνιο ινομήμα, που προβάλλει στο εξωτερικό τραχηλικό στόμιο<sup>3</sup>.

## 4.7 ΣΤΑΔΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Το σύστημα που χρησιμοποιείται περισσότερο για τον καθορισμό των σταδίων ονομάζεται «FIGO» και είναι το εξής:

**ΣΤΑΔΙΟ I:** Σημαίνει ότι ο καρκίνος είναι περιορισμένος στη μήτρα.

“IA” : Σημαίνει ότι μόνο η εσωτερική επένδυση, ενδομήτριο, περιλαμβάνεται.

“IB” : Σημαίνει ότι λιγότερο απ’ το ½ του μυϊκού ιστού έχει προσβληθεί.

“IC” : Σημαίνει ότι περισσότερο απ’ το ½ του μυϊκού τοιχώματος έχει προσβληθεί.

**ΣΤΑΔΙΟ II:** Σημαίνει ότι υπάρχει επέκταση στον τράχηλο.

“IIA” : Σημαίνει ότι μόνο οι αδένες του τραχήλου έχουν προσβληθεί.

“IIB” : Σημαίνει ότι οι μύες του τραχήλου έχουν προσβληθεί.

**ΣΤΑΔΙΟ III:** Σημαίνει ότι η αρρώστια είναι πιο προχωρημένη, αλλά ακόμη βρίσκεται στη λεκάνη.

“IIIA” : Σημαίνει ότι ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί προς τις ωσθήκες ή στην κοιλιακή χώρα.

“IIIΒ” : Σημαίνει ότι ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί προς τα κάτω στον κόλπο.

“IIIС” : Σημαίνει ότι οι λεμφικοί αδένες έχουν προσβληθεί.

**ΣΤΑΔΙΟ IV:** Σημαίνει επέκταση στο έντερο ή στην κύστη ή μακρινή εξάπλωση.

“IVA” : Σημαίνει προσβολή του εντέρου ή της κύστης από καρκίνο.

“IVB” : Σημαίνει ότι ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί σε μακρινές περιοχές του σώματος π.χ. πνευμόνια, συκώτι, κόκαλα ή μυαλό.

Σύμφωνα με την ιστολογική ταξινόμηση της Κοινωνίας των Εθνών του καρκίνου του τραχήλου έχουμε τα εξής στάδια:

**ΣΤΑΔΙΟ 0:** Πρόκειται για καρκίνο in situ που οι βλάβες του περιορίζονται εντός του επιθηλίου.

**ΣΤΑΔΙΟ I:** Αν διασπασθεί ο βασικός υμένας ο καρκίνος παρουσιάζει μικροδιήθηση εντός του συνδετικού υποστρώματος οπότε μιλάμε για IA. Αν βρεθεί μετάσταση ή διήθηση σε απόσταση απ’ το βασικό υμένα εντός του συνδετικού υποστρώματος μιλάμε για IB.

**ΣΤΑΔΙΟ II:** Υπάρχει επέκταση σε μεγάλη έκταση εντός του συνδετικού υποστρώματος του τραχήλου και στους πόλους του κόλπου ενώ τα παραμήτρια είναι ελεύθερα.

**ΣΤΑΔΙΟ III:** Υπάρχει διήθηση των παραμητρίων, των λεμφαδένων μακροσκοπικώς.

**ΣΤΑΔΙΟ IV:** Η επέκταση αφορά και τριγύρω όργανα (ουροδόχος κύστη, ορθό).

**ΣΤΑΔΙΟ V:** Υπάρχουν και οστικές μεταστάσεις.

Η ταξινόμηση αυτή συμβάλλει στη διάγνωση και θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου. Η διάγνωση του σταδίου απαιτεί εκτός των άλλων, ακτινογραφία της ουροδόχου κύστης γιατί πριν τη διάβρωση αυτής παρατηρείται φυσαλιδώδες οίδημα κατά την κυστεοσκόπηση. Η δακτυλική εξέταση του ορθού συμπληρώνει την εξέταση

προς καθορισμό του σταδίου ενώ η λεμφαγγειογραφία πληροφορεί για μετάσταση στους λεμφαδένες<sup>11</sup>.

## 4.8 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία του καρκίνου του τραχήλου είναι προληπτική, χειρουργική με ακτινοβολία, με χημειοθεραπευτικά φάρμακα και παρηγορητική.

- Η **Προληπτική θεραπεία** συνίσταται στον περιοδικό έλεγχο του τραχήλου με λήψη επιχρισμάτων προς κυτταρολογικό έλεγχο με τη μέθοδο Παπανικολάου.

- Η **Χειρουργική αντιμετώπιση** του καρκίνου του τραχήλου περιλαμβάνει τις εξής επεμβάσεις:

- Κρυοπηξία
- Κωνοειδή εκτομή του τραχήλου.
- Ακρωτηριασμό του τραχήλου.
- Απλή υστερεκτομή.
- Τροποποιημένη ριζική υστερεκτομή.
- Εξεντέρωση.

Η κωνοειδής εκτομή με νυστέρι έχει και αυτή περιορισμένες ενδείξεις εφαρμογής λόγω κυρίως δυσμενούς επιβάρυνσης σε μελλοντική γονιμότητα και έκβαση κυήσεων (στένωση τραχηλικού στομίου, αυξημένα ποσοστά αποβολών και πρόωρων τοκετών), δεδομένου μάλιστα και ότι ο μέσος όρος ηλικίας διάγνωσης SIL είναι γύρω στα 30 έτη.

Οι ευρύτερα σήμερα χρησιμοποιούμενες μέθοδοι αφαιρετικής θεραπείας είναι η laser κωνοειδής εκτομή και η ηλεκτροδιαθερμική (loop) εκτομή. Είναι

αμφότερες επεμβάσεις εξωτερικού ιατρείου και πραγματοποιούνται υπό τοπική αναισθησία.

Είναι μάλλον αποδεκτό, ότι η laser κωνοειδής εκτομή υπερτερεί της αντίστοιχης ηλεκτροδιαθερμικής σε περιπτώσεις βαθιάς ενδοτραχηλικής επέκτασης – αλλοίωσης του κυλινδρικού επιθηλίου (GIL), όπου ο στενής βάσης και μεγάλου ύψους κώνος δεν μπορεί ν' αφαιρεθεί σε ενιαίο τμήμα με τη loop εκτομή<sup>5,6,8</sup>.

Το laser μπορεί να χρησιμοποιηθεί για όλες τις προκαταρκτικές βλάβες με εξάχνωση ή εξαύλωση και στις βαριές βλάβες CIN, in situ, διηθητικό Ca, κ.λ.π. καθώς και σε εκτεταμένες HPU λοιμώξεις<sup>17</sup>.

Με το laser CO<sub>2</sub> ο γυναικολόγος εφαρμόζει τρεις θεραπευτικές προσπελάσεις:

1. Εξάχνωση της βλάβης
2. Εκτομή της βλάβης
3. Τον συνδυασμό και των δύο

Πριν φθάσει κανείς στη θεραπεία με laser πρέπει απαραίτητα χωρίς καμιά παρέκκλιση να προϋπάρχουν τρία στοιχεία:

1. Test Pap
2. Κολποσκοπική μελέτη
3. Βιοψία<sup>13</sup>

Σ' όλες τις άλλες περιπτώσεις η ηλεκτροδιαθερμική αφαίρεση φαίνεται ότι πλεονεκτεί, διότι είναι απλούστερη, συντομότερη και περισσότερο ανεκτή. Δεδομένης της εμπειρίας, όπως προαναφέρθηκε, και της υπό κολποσκόπηση εφαρμογής της προσφέρει πολύ υψηλή αποτελεσματικότητα (>90% καθαρά όρια εκτομής), υπάρχει δε

περίσσεια μελετών (κάτι που δεν ισχύει για τη laser κωνοειδή εκτομή), που δείχνουν έλλειψη επιπλοκών σε μελλοντική γονιμότητα και έκβαση κύησης, πιθανότατα διότι ο προκαλούμενος μετά την εκτομή κρατήρας του τραχήλου αναγεννάται σε διάστημα 1 – 3 μηνών. Επιπλέον, κάτι, όμως, που ισχύει για όλες τις συντηρητικές αφαιρετικές μεθόδους, είναι δυνατή η εκτίμηση των ορίων εκτομής και συνεπώς η ανάλογη μετεγχειρητική παρακολούθηση των γυναικών. Επί μη υγιών ορίων, θα απαιτηθεί στενή παρακολούθηση για να ανακαλυφθεί το μικρό σχετικά ποσοστό εκείνων, στις οποίες θα χρειασθεί περαιτέρω θεραπεία, ενώ επί υγιών ορίων και εφ' όσον δεν υπάρχουν παράγοντες κινδύνου (ηλικία>40 ετών, αδενική συμμετοχή, δορυφορικές HPV αλλοιώσεις), οι γυναίκες μπορούν να παρακολουθούνται όπως και ο γενικός πληθυσμός<sup>9</sup>.

Συνήθως γίνεται συνδυασμός εγχείρησης και ακτινοβολίας και έτσι επιτυγχάνεται μια αύξηση του ποσοστού επιβίωσης. Όταν μιλούμε για επιβίωση που εξασφαλίζει μια μέθοδος σ' έναν καρκινοπαθή, εννοούμε 5ετή. Τα τελευταία χρόνια μεγάλη εφαρμογή βρήκαν φάρμακα που δρουν στην κυτταρική διαίρεση αναστέλλοντάς την γνωστά ως σαν κυτταροστατικά. Στην πρακτική τους εφαρμογή απέχουν απ' το να εκπληρούν τη θεωρητική τους δυνατότητα<sup>11</sup>.

- **Ακτινοθεραπεία:** Αυτή θα τη συστήσουμε σε όλα τα στάδια όταν η διήθηση περνάει τα 3cm ή όταν η ασθενής κρίνεται ότι δεν είναι σε θέση να υποβληθεί σε ριζική υστερεκτομία.

- **Χημειοθεραπεία:** Αυτή θα τη συστήσουμε πριν ή μαζί με ακτινοθεραπεία σε όλα τα στάδια μετά το IB, όταν οι μεταστάσεις έφτασαν στους παρααορτικούς λεμφαδένες, και ως παρηγορητική σε υποτροπές ή μακρινές μεταστάσεις.

- **Παρηγορητική:** Όταν η εγχείρηση, η ακτινοθεραπεία και η χημειοθεραπεία δεν προλάβουν τον καρκίνο και ο θάνατος είναι αναπόφευκτος, πριν απ' αυτόν, μπορούμε ν' ανακουφίσουμε από τους πόνους τον ασθενή.

## 4.9 ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Αυτή δεν εξαρτάται απ' το βαθμό διαφοροποίησης, απ' τη μορφή του νεοπλάσματος και απ' την ηλικία της άρρωστης αλλά απ' το στάδιο στο οποίο βρισκόταν ο καρκίνος, όταν άρχισε η θεραπεία του, και από τις επιπλοκές, που ακολούθησαν τη θεραπεία. Η επιβίωση μετά 5ετία:

Στάδιο	0	είναι	100%
Στάδιο	IA	είναι	93%
Στάδιο	IB	είναι	75% - 80%
Στάδιο	II	είναι	50% - 60%
Στάδιο	III	είναι	28% - 30%
Στάδιο	IV	είναι	7% <sup>3</sup>

## 4.10 ΠΡΟΛΗΨΗ

Ο κυριότερος τρόπος πρόληψης του καρκίνου του τραχήλου είναι το Τεστ Παπανικολάου.

### Από ποια ηλικία πρέπει ν' αρχίζει;

Ο καρκίνος του τραχήλου εμφανίζεται κυρίως σε γυναίκες πάνω από 35 χρονών αλλά μπορεί να εμφανιστεί και σε νεότερες. Για το λόγο αυτό αλλά και επειδή οι προκαρκινωματώδεις αλλαγές (δυσπλασίες) στα κύτταρα του τραχήλου πριν εμφανιστεί ο καρκίνος μπορεί να έχουν αρχίσει και 10 χρόνια νωρίτερα πρέπει:

- Κάθε γυναίκα που έχει ή είχε σεξουαλικές σχέσεις πρέπει να κάνει Test Pap μαζί με γυναικολογική εξέταση.

- Μετά από τρία ή περισσότερα φυσιολογικά Test Pap το τεστ μπορεί να γίνεται σε μεγαλύτερα διαστήματα μετά από σύσταση του γυναικολόγου.

Εφόσον γίνει έγκαιρα η διάγνωση μιας δυσπλασίας η θεραπεία είναι μια απλή επέμβαση από τον κόλπο με την οποία αφαιρείται ένα τμήμα του τραχήλου σε σχήμα κώνου (κωνοειδής εκτομή), έτσι η γυναίκα μπορεί να θεραπευτεί 100% χωρίς να γίνει αφαίρεση της μήτρας.

### **Το Test Pap μπορεί να διαγνώσει όλους τους καρκίνους των γεννητικών οργάνων;**

Το ¼ όχι και γι' αυτό κάθε χρόνο μαζί με το Test Pap πρέπει η γυναίκα να εξετάζεται και απ' το γυναικολόγο<sup>9,15</sup>.

Για να μειώσετε τον κίνδυνο της εμφάνισης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και ν' αποκαλύψετε έγκαιρα έναν όγκο που μόλις έχει αρχίσει να δημιουργείται:

- Χρησιμοποιήστε αντισυλληπτικές μεθόδους που προστατεύουν όπως είναι το διάφραγμα , το ανδρικό προφυλακτικό, το γυναικείο προφυλακτικό, που εμποδίζουν τη μετάδοση ιών και μικροβίων κατά την ερωτική επαφή.
- Κάντε σε τακτά χρονικά διαστήματα το Test Pap, ιδίως αν βρίσκεστε στην ηλικία μεταξύ 20 – 70 ετών.

Με το Test Pap μπορεί να διαγνωσθεί ένας καρκίνος σε πολύ πρώιμο στάδιο και ν' ανακαλυφθούν κύτταρα που μπορεί αργότερα να μετατραπούν σε καρκινικά. Το Test Pap συνίσταται σ' όλες τις γυναίκες που έχουν σεξουαλικές επαφές. Το πρώτο τεστ γίνεται όταν αρχίζει η σεξουαλική ζωή της γυναίκας. Το τεστ επαναλαμβάνεται ένα χρόνο αργότερα και αν είναι αρνητικό επαναλαμβάνεται μια φορά κάθε χρόνο μέχρι την ηλικία των 70 ετών. Στην Ελλάδα περίπου 1000 γυναίκες κάθε χρόνο εμφανίζουν καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και του ενδομητρίου και οι περισσότερες απ' αυτές δεν έχουν κάνει ποτέ Test Pap<sup>18</sup>.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΣΩΜΑΤΟΣ ΜΗΤΡΑΣ

#### 5.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Ο καρκίνος του ενδομητρίου (Κ.Ε.) είναι ο τέταρτος συχνότερα εμφανιζόμενος καρκίνος σε γυναίκες και ο πρώτος σε συχνότητα καρκίνος του γυναικείου γεννητικού συστήματος. Η επίπτωση της νόσου, αναλόγως της ηλικίας κυμαίνεται από 12 περιπτώσεις κάθε 100.000 γυναίκες 40 ετών, έως 84 περιπτώσεις σε κάθε 100.000 γυναίκες ηλικίας 60 ετών. Κατά ποσοστό 75 – 80% Κ.Ε. αφορά σε γυναίκες μετεμμηνόπαυσιακές ηλικίας 50 – 55 των, ενώ σε ποσοστό 10% εμφανίζεται σε ηλικίες μικρότερες των 50 και κατά 5% κάτω των 40 ετών. Ως προς τον ιστολογικό τύπο πρώτη θέση κατέχει το αδενοκαρκίνωμα του ενδομητρίου και δεύτερο το σάρκωμα. Παρά το ότι ο Κ.Ε. κατέχει την πρώτη θέση από άποψη συχνότητας ευθύνεται μόνο περί τα 28% για τους θανάτους από γυναικολογικούς καρκίνους. Αυτό οφείλεται στην πρόωμη διάγνωση ή την καλή συμπεριφορά των αδενοκαρκινωμάτων. Όσον αφορά στην διαφορετική επίπτωση του Κ.Ε. μεταξύ διαφόρων φυλών, ο W. Zheng αναφέρει στη Σαγκάη, μια σαφώς μικρότερη επίπτωση της νόσου σε Κινέζες (3,2 σε 100.000) απ' ότι σε λευκές γυναίκες (25,7 σε 100.000). ακόμη ο Rose P. αναφέρει ότι οι Ιαπωνέζες μετανάστριες στις ΗΠΑ έχουν διπλάσια επίπτωση Κ.Ε. απ' τις Ιαπωνέζες που κατοικούν στην Ιαπωνία<sup>1,12,17</sup>.

#### 5.2 ΤΥΠΟΙ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Τα πιο συχνά κακοήθη νεοπλάσματα του σώματος της μήτρας είναι τα αδενοκαρκίνωμα του ενδομητρίου, το σάρκωμα, οι μεικτοί μεσοδερμικοί όγκοι και το χοριοκαρκίνωμα. Λιγότερο συχνά είναι το αδενοσκάκνθωμα, το καρκίνωμα με διαυγή κύτταρα και το αδενοπλακώδες καρκίνωμα.



## 5.3 ΑΔΕΝΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑ

### 5.3.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Αποτελεί το 90% των καρκίνων του σώματος της μήτρας, αρχίζει από ένα ή περισσότερα σημεία του ενδομητρίου και αργά ή γρήγορα διηθεί το μυομήτριο. Το αδενοκαρκίνωμα του ενδομητρίου ερχόταν δεύτερο κατά σειρά συχνότητας μετά τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Η αναλογία ήταν 2:1. Τελευταία όμως παρατηρήθηκε αύξηση της συχνότητάς του, γιατί αυξήθηκε ο μέσος όρος ζωής της γυναίκας, αφού η πάθηση αφορά περισσότερο τις ηλικιωμένες γυναίκες.

Έτσι τώρα μετά τον καρκίνο του μαστού, ο καρκίνος του ενδομητρίου έρχεται δεύτερος και έπειτα ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας<sup>3,12</sup>.

### 5.3.2 ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Η χρήση αντισυλληπτικών δισκίων υποδιπλασιάζει τον κίνδυνο ν' αναπτυχθεί καρκίνος του ενδομητρίου. Σημαντικά υψηλού κινδύνου είναι:

- Μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες
- Εμμηνόπαυση μετά τα 52 χρόνια
- Άτεκνες γυναίκες
- Υπέρταση
- Σακχαρώδης διαβήτης
- Σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών
- Ιστορικό ακτινοβολίας στην πύελο
- Παχυσαρκία (βάρος κατά 23 κιλά μεγαλύτερο από το ιδανικό)<sup>1</sup>

- Θεραπεία υποκατάστασης με οιστρογόνα χωρίς λήψη συμπληρωματικής προγεστερόνης<sup>12</sup>
- Σε γυναίκες με πρόωρη εμμηνарχή
- Σε γυναίκες που εμφάνισαν αδενοκυστική και ιδιαίτερα αδενωματώδη υπερπλασία του ενδομητρίου
- Σε συνύπαρξη με ενδομήτριους πολύποδες, ινομώματα μήτρας
- Κληρονομικότητα (αυξημένη συχνότητα 12 – 18% σε γυναίκες με κληρονομικό αναμνηστικό)
- Σε άτυπη αδενική υπερπλασία του ενδομητρίου
- Σε γυναίκες που πάσχουν από ορμονοπαραγωγούς όγκους των ωοθηκών<sup>3,10,19</sup>

### 5.3.3 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ – ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Το 5% των γυναικών δεν παρουσιάζει καθόλου συμπτωματολογία<sup>12</sup>.

- **Αιμορραγία:** Το 90% των περιπτώσεων παρουσιάζει αιμορραγία απ' τη μήτρα η οποία είναι ύποπτη για καρκίνο μετά την εμμηνόπαυσή της. Στις γυναίκες με μια νέα ορμητική εκδήλωση αιμορραγίας μετά την εμμηνόπαυση το 30% θα έχουν καρκίνο με ίση την πιθανότητα να είναι του τραχήλου ή του σώματος την μήτρας. Στις γυναίκες που έχουν ακόμα περίοδο παρατηρούνται στίγματα ή αλλαγές στον κύκλο. Αυτές οι ανωμαλίες αιμορραγίας μπορεί ν' αυξηθούν (μηνορραγία) ή αν είναι σε λάθος χρόνο (μητρορραγία). Μπορεί επίσης να υπάρχει μια ακάθαρτη εκροή που υποδηλώνει μόλυνση ή αποβαλλόμενους όγκους. Η μόλυνση μπορεί να είναι η πρώτη ένδειξη ενός προβλήματος καρκίνου.
- **Μη φυσιολογικές κηλίδες “Pap Test”** μπορεί να παρατηρηθούν στον καρκίνο της μήτρας και αυτό συνήθως δηλώνει έναν πιο προχωρημένο καρκίνο.

- Στα προχωρημένα στάδια παρατηρείται ανορεξία, καταβολή δυνάμεων, κεφαλαλγίες, απώλεια βάρους, πόνος στην οσφύ, στην πύελο και κάποτε πυρετός από μεταστάσεις στους πνεύμονες. Μπορεί ακόμη να έχουμε μεταστάσεις στους λεμφικούς αδένες, στα κόκαλα, στο ήπαρ και στο μυαλό<sup>3,12,17</sup>.

### 5.3.4 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση μπορεί να γίνει:

1. **Με την αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση** που θα διαπιστωθεί αν η μήτρα είναι διογκωμένη ή μαλακή και μπορεί να αποκαλυφθούν μάζες στην πύελο. Μεγάλη μήτρα σημαίνει κακή πρόγνωση.
2. **Εργαστηριακά ευρήματα:**
  - Κυτταρολογικός έλεγχος επιχρίσματος του κόλπου, του τραχήλου και του ενδομητρίου. Τα τελευταία θα τα πάρουμε με αναρρόφηση, που γίνεται με τη βοήθεια εύκαμπτου σωλήνα ή με έκπλυση της ενδομήτριας κοιλότητας.
  - Απόξεση του ενδομητρίου, που αποτελεί την πιο αξιόπιστη διαγνωστική μέθοδο, και εκτελείται με μεγάλη προσοχή για τον κίνδυνο διάτρησης του τοιχώματος της μήτρας. Για τον καλύτερο ιστολογικό έλεγχο πρέπει να γίνεται πρώτα απόξεση του ενδοτραχήλου και μετά του ενδομητρίου και τα ξέσματα να φυλάγονται ξεχωριστά.
  - Άλλες διαγνωστικές μέθοδοι είναι η κυστεοσκόπηση, η ακτινογραφία των πνευμόνων, η αξονική τομογραφία κ.λ.π.<sup>3</sup>

### 5.3.5 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία εξαρτάται απ' το βαθμό της υπερπλασίας, την ηλικία και απ' το αν η ασθενής επιθυμεί ν' αποκτήσει παιδιά. Σε όσες γυναίκες έχουν ολοκληρώσει την τεκνοποιία συνίσταται ολική υστερεκτομή με συνοδό αφαίρεση των σαλπίγγων και ωοθηκών. Στις γυναίκες που επιθυμούν ν' αποκτήσουν την αναπαραγωγική τους ικανότητα χορηγούνται προγεστερονοειδείς ορμόνες απ' το στόμα για αρκετούς μήνες.

Η θεραπεία μπορεί να είναι:

1. **Χειρουργική:** Η καλύτερη θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου του ενδομητρίου είναι η ολική υστερεκτομία.
2. **Ακτινοθεραπεία:** Αυτή θα συστηθεί προεγχειρητικά ή μετεγχειρητικά. Η προεγχειρητική ακτινοβολία καταστρέφει τον όγκο και περιορίζει την δυνατότητα εποφθαλμισμού στην εγχείρηση, προκαλεί έμφραξη των λεμφικών και αιμοφόρων αγγείων, ρίκνωση του όγκου έτσι ώστε να εξαιρείται καλύτερα.
3. **Χημειοθεραπεία:** Η φαρμακευτική αντιμετώπιση του καρκίνου του ενδομητρίου συνίσταται στη χορήγηση προγεστερόνης η οποία αποδείχθηκε πως ελαττώνει την ατυπία των αδένων και τις μιτώσεις των κυττάρων. Η χημειοθεραπεία στον καρκίνο του ενδομητρίου έχει φτωχά αποτελέσματα. Συστήνεται μόνο ως παρηγορητική και όταν υπάρχουν μεταστάσεις έξω απ' την κύελο. Τα φάρμακα που προτιμάμε είναι αδριαμυκίνη, κυκλοφωσφαμίδη και σισπλατίνη<sup>3</sup>.

### 5.3.6 ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Επειδή ο καρκίνος του ενδομητρίου δίνει πρώιμα συμπτώματα, όπως την αιμορραγία, που κάνουν εύκολη τη διάγνωση του και οδηγούν σε έγκαιρη αντιμετώπιση, έχει πολύ

καλή πρόγνωση, όταν βρίσκεται στο στάδιο I. Η επιβίωση μετά 5ετία σ' αυτό το στάδιο φτάνει το 80%. Στο στάδιο II το 50% και στα στάδια III και IV είναι βαριά<sup>3</sup>.

## 5.4 ΣΑΡΚΩΜΑ

### 5.4.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Τα σαρκώματα της μήτρας είναι πολύ σπάνια. Αφορούν μόνο το 1% - 5% όλων των καρκίνων της μήτρας και λιγότερο από 1% όλων των γυναικολογικών κακοηθειών. Τα σαρκώματα της μήτρας αντιμετωπίζονται όπως και οι άλλοι καρκίνοι της μήτρας, το ποσοστό ίασης όμως δεν είναι υψηλό – έως 75% για τα αρχικά στάδια της νόσου, λιγότερο του 10% για τα προχωρημένα στάδια<sup>12</sup>.

### 5.4.2 ΤΥΠΟΙ ΣΑΡΚΩΜΑΤΩΝ

Το σάρκωμα διακρίνεται σε:

1. Λειομυοσάρκωμα, το οποίο αποτελεί το συχνότερο τύπο σαρκώματος (45%), προέρχεται από εξαλλαγή ινομυωμάτων και εμφανίζεται συχνότερα σε ηλικία 45 – 56 ετών.
2. Κακοήθεις μεικτούς όγκους του Muller, οι οποίοι περιέχουν στοιχεία σαρκώματος και καρκινώματος, απαντούν συχνότερα μετά την εμμηνόπαυση και συνοδεύονται από παχυσαρκία, διαβήτη, υπέρταση.
3. Ενδομητριοειδείς όγκους του στρώματος, οι οποίοι αποτελούνται από νεοπλασματικά κύτταρα του στρώματος του ενδομητρίου.
4. Βοτρυοειδές σάρκωμα, το οποίο εμφανίζεται στον τράχηλο και παρατηρείται σε μικρά κορίτσια με τη μορφή σταφυλιού που προβάλλει μέσα στον κόλπο<sup>3</sup>.

### 5.4.3 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Η συμπτωματολογία είναι η ίδια με του αδenoκαρκινώματος.

### 5.4.4 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση γίνεται με:

#### Κλινική εξέταση

- Προσεκτική εξέταση της πύελου.
- Έλεγχος των βουβωνικών και υπερκλειδίων λεμφαδένων.
- Εξέταση της κοιλιάς για ανεύρεση διόγκωσης του ήπατος, κοιλιακών μαζών ή συλλογής υγρού στην περιτοναϊκή κοιλότητα (ασκίτης).

#### Αιματολογικές και άλλες εξετάσεις

- Έλεγχος ηπατικής και νεφρικής λειτουργίας.

#### Απεικονιστικός έλεγχος

- Ακτινογραφία θώρακος
- Αξονικές τομογραφίες κοιλιάς και πύελου.
- Μαγνητική τομογραφία της πύελου.

#### Ενδοσκόπηση και βιοψία

- Κυστεοσκόπηση και σιγμοειδοσκόπηση.
- Βιοψία ενδομητρίου (που δίνει και την οριστική διάγνωση)<sup>12</sup>.

### 5.4.5 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η κατεξοχήν θεραπεία είναι η χειρουργική και μπορεί να οδηγήσει και σε ίαση αν ο όγκος περιορίζεται στη μήτρα. Η ακτινοβολία και η χημειοθεραπεία χρησιμοποιούνται επίσης μετεγχειρητικά για ορισμένα στάδια της νόσου<sup>13</sup>. Η χημειοθεραπευτική αντιμετώπιση περιλαμβάνει τη χορήγηση αδριαμυκίνης (Adriblastina), ακτινομυκίνης Δ (Cosmegen), βινκριστίνης (Oncovin), μεθοτρεξάτης (Methotrexate) κ.λ.π. Καλά αποτελέσματα δίνει το σχήμα VAC (βινκριστίνη – ακτινομυκίνη – κυκλοφωσφαμίδη)<sup>3</sup>.

### 5.5 ΜΕΙΚΤΟΙ ΜΕΣΟΔΕΡΜΑΤΙΚΟΙ ΟΓΚΟΙ

Αποτελούν κακοήθεις νεοπλασίες του σώματος της μήτρας, που χαρακτηρίζονται από συνύπαρξη κακοήθειας στον ενδοεπιθηλιακό και συνδετικό ιστό. Αρχίζουν απ' τον πυθμένα της μήτρας σαν εύθρυπτη πολυποειδής μάζα. Εμφανίζουν μεγάλη κακοήθεια γιατί εύκολα κάνουν μεταστάσεις. Η ακριβής αιτία είναι άγνωστη. Φαίνεται όμως ότι σχετίζονται με διαβήτη, υπέρταση και παχυσαρκία. Υπάρχει επίσης σημαντική συσχέτιση με προηγούμενη ακτινοβολία της πυέλου (10% - 30% των περιπτώσεων). Το συχνότερο σύμπτωμά τους είναι η αιμορραγία μετά την εμμηνόπαυση. Η πρόγνωση είναι κακή<sup>3,12</sup>.

### 5.6 ΧΟΡΙΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑ

Αν μετά την εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου στην ενδομήτρια κοιλότητα, διαταραχθεί η ισορροπία ανάμεσα στα εμβρυϊκά και μητρικά στοιχεία τότε προκύπτουν παθολογικές καταστάσεις όπως μύλη κύηση, διαβρωτική μύλη ή διηθητικό χοριοαδένωμα ή χοριοκαρκίνωμα. Έτσι φαίνεται για ν' αναπτυχθεί χοριοκαρκίνωμα πρέπει να προηγηθεί εγκυμοσύνη<sup>3</sup>.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

### 6.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

1. Γίνεται ομαδική (μέλη της ομάδας υγείας στην οποία συμμετέχει ο άρρωστος και η οικογένειά του) προσέγγιση του αρρώστου και καταβάλλεται προσπάθεια να αναπτυχθεί ένα θεραπευτικό πρόγραμμα για τη βοήθειά του σαν μια ενιαία οντότητα που την απασχολούν θέματα φυσικά (σωματικά), συναισθηματικά, κοινωνικά και πνευματικά.
2. Βεβαιώνεται ο άρρωστος πως οι τοξικές ενέργειες και ανεπιθύμητες ενέργειες του φαρμάκου δεν είναι τίποτα άλλο από την μαρτυρία πως τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα παράλληλα με την ευεργετική καταστροφή των κακοήθων κυττάρων καταστρέφουν και υγιή.
3. Εφαρμόζονται αρχές διδασκαλίας και μάθησης κατά την εκπαίδευση του αρρώστου ώστε να αποδεχτεί, να εφαρμόσει τη θεραπεία και να αντιμετωπίσει τις ανεπιθύμητες ενέργειές της.
4. Προσφέρεται στον άρρωστο ότι έντυπη πληροφορία υπάρχει για τη χημειοθεραπεία για περισσότερη ενημέρωση.
5. Γίνεται γενική αξιολόγηση του αρρώστου για τη θρέψη του, την κατάσταση του δέρματος, της στοματικής κοιλότητας, τον βαθμό κινητικότητας, τη συναισθηματική κατάσταση, αν είναι ευαίσθητος σε διάφορα φάρμακα κ.α. Λαμβάνεται επίσης ιστορικό χειρουργικών επεμβάσεων, ακτινογραφιών ή χημειοθεραπείας<sup>19</sup>.



## 6.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

### Προβλήματα του αρρώστου

1. Κακή διακίνηση οξυγόνου (αναιμία).
2. Θρεπτικό ανισοζύγιο (ναυτία, έμετοι, ανορεξία, εφαρμογή ραδιοϊσοτόπου στη στοματική κοιλότητα).
3. Δυνητικό ανισοζύγιο υγρών, ηλεκτρολυτών, οξεοβασικής ισορροπίας.
4. Δυσχέρειες από την εφαρμογή του ραδιοϊσοτόπου.
5. Κίνδυνοι μόλυνσης (λευκοπενία).
6. Κίνδυνοι αιμορραγίας (θρομβοπενία).
7. Κίνδυνοι άλλων επιπλοκών από την ακτινοθεραπεία για τον άρρωστο και για το περιβάλλον.
8. Ψυχικά προβλήματα (απομόνωση, μικρός χρόνος φροντίδας, περιορισμός αριθμητικός και χρονικός επισκεπτηρίου).

### Παρέμβαση

Γενικά νοσηλευτικά μέτρα:

1. Η ακτινοθεραπεία είναι δύσκολη και με πολλές παρενέργειες θεραπεία, όπως ήδη αναφέραμε για την αποδοχή της από τον άρρωστο, με το μικρότερο δυνατό βαθμό άγχους και ψυχικής έντασης, είναι απαραίτητη η μέσα σε λογικά όρια ενημέρωσή του για τη φύση, το σκοπό και τις παρενέργειές της.
2. Διδασκαλία αρρώστου τι να κάνει σε κάθε περίπτωση εφαρμογής ραδιοϊσοτόπου.
3. Αντιμετώπιση γενικών παρενεργειών και επιπλοκών από την ακτινοβολία.

#### **α. Ναυτία και εμέτους**

- Χορηγήστε ηρεμιστικά αντιεμετικά και αντιϊσταμινικά σύμφωνα με την ιατρική εντολή.
- Ενθαρρύνετε τον άρρωστο να παίρνει υγρά.
- Χορηγήστε μικρά και συχνά γεύματα υψηλής θερμιδικής αξίας και πλούσια σε λεύκωμα.
- Σημειώνετε τις αντιδράσεις του.

#### **β. Αντιδράσεις από το δέρμα**

- Παρατηρείστε για ερυθρότητα, ξηρότητα και απολέπιση.
- Εφαρμόστε στην ακτινοβολημένη περιοχή ουδέτερες κρέμες σύμφωνα με την ιατρική εντολή.
- Πλύνετε το δέρμα με ουδέτερο σαπούνι και χλιαρό νερό.
- Προστατεύστε το δέρμα από την ηλιακή ακτινοβολία, την υψηλή θερμοκρασία, από τραυματισμό και στενά ενδύματα.
- Φροντίστε την υγιεινή της στοματικής κοιλότητας του ασθενούς με ήπια αντισηπτικά.

#### **γ. Διάρροια**

- Χορηγήστε αντιδιαρροϊκά ανάλογα με την εντολή.
- Αποφεύγεται τροφές που επιδεινώνουν τη διάρροια.
- Χορηγήστε δίαιτα με μικρό υπόλειμμα.

#### **δ. Καταστολή του μυελού των οστών**

- Προστατεύστε τον άρρωστο από λοιμώξεις και τραυματισμούς.
- Παρατηρείστε για εμφάνιση αιμορραγιών ή λοιμώξεων και μεριμνήστε για την αντιμετώπισή τους<sup>19</sup>.

### 6.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

Ο στόχος της ογκολογικής νοσηλευτικής είναι να βοηθήσει τον άρρωστο να διατηρήσει τις δυνάμεις του και την ακεραιότητά του και να τα χρησιμοποιήσει, για την καταπολέμηση των κακοήθων κυττάρων, να ανεχθεί τη θεραπεία και να αντιμετωπίσει τα αναπόφευκτα βιολογικά, ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα, που συνοδεύουν την αρρώστια. Ακόμη οι γνώσεις και οι δεξιότητες βοηθούν τη νοσηλεύτρια (-τη) να προβλέψει και παρεμποδίσει την εμφάνιση των προβλημάτων αυτών.

Οι συγγραφείς του βιβλίου Cancer Care Nursing, Donova και Pierce περιγράφουν στην παράγραφο που ακολουθεί τα προσόντα, που πρέπει να έχει η νοσηλεύτρια για να νοσηλεύσει τον άρρωστο με καρκίνο.

«Η νοσηλεύτρια (-τής) που εργάζεται με τον άρρωστο, που έχει καρκίνο, πρέπει να είναι περισσότερο από ένας έμπειρος τεχνικός. Πρέπει να είναι ο άνθρωπος που προσεγγίζει τον συνάνθρωπο και του προσφέρει τον εαυτό της με τις γνώσεις, τις δεξιότητες και την ανθρωπιά της. Για να μπορέσει όμως να το επιτύχει αυτό χρειάζεται: (1) γνώσεις, (2) φιλοσοφία της ζωής σε αρμονία με την ογκολογική νοσηλευτική, (3) ικανοποίηση (θετική ενίσχυση) και (4) βοήθεια και υποστήριξη (βοήθεια από κάποιον που βρίσκεται πολύ κοντά της). Η φιλοσοφία της ζωής σε αρμονία με την ογκολογική νοσηλευτική περιλαμβάνει εκτίμηση της αξίας της ζωής και αντιμετώπιση του αναπόφευκτου του θανάτου. Πιο μεγάλη σημασία έχει να πιστεύει πως μπορεί να βοηθήσει τους άλλους με ότι είναι, με ότι γνωρίζει και με ότι έχει τη δύναμη να κάνει».

Η ικανότητα του καρκινοπαθή να αντιμετωπίσει την κατάστασή του επηρεάζεται

από παράγοντες όπως: η ηλικία, το πολιτιστικό του επίπεδο, η βοήθεια και υποβάσταξη που του προσφέρεται στο σύστημα υγείας και η πείρα από αρρώστια στο παρελθόν. Τα προβλήματα του αρρώστου είναι ανάλογα με το στάδιο της αρρώστιας και το είδος της θεραπείας που εφαρμόζεται.

Στη συνέχεια δίνονται γενικές νοσηλευτικές οδηγίες, αναπτύσσεται πως βοηθείται ο άρρωστος με καρκίνο να αντιμετωπίσει τα ειδικά προβλήματα που παρουσιάζει, αναφέρονται τα ψυχολογικά προβλήματα του αρρώστου με καρκίνο και η αποκατάστασή του<sup>20</sup>.

### 6.3.1 ΓΕΝΙΚΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

Ο κάθε άρρωστος έχει ανάγκη νοσηλευτικής φροντίδας και επίβλεψης ανάλογα με την κατάστασή του.

Όλοι οι άρρωστοι με καρκίνο, εκτός από μερικές ομάδες με ειδικά προβλήματα και ανάγκες για ειδική νοσηλευτική φροντίδα, έχουν ανάγκη από τη συνηθισμένη γενική νοσηλευτική φροντίδα με περισσότερη όμως έμφαση στα εξής:

Ο ασθενής διστάζει να διαπιστώσει τη στάση της νοσηλεύτριας (-τη). Το να γνωρίζει ότι η νοσηλεύτρια (-τής) έχει θετική στάση στην αρρώστια του είναι σημαντικό, σαν πρώτο βήμα στην εργασία της με τον άρρωστο. Γι' αυτό,

- Δείξτε κατανόηση στον άρρωστο και παρουσιάστε την ευχάριστη όψη της ζωής. Αυτό του δίνει ελπίδα.
- Διατηρήστε την αξιοπρέπεια και την υπόληψη του αρρώστου. Ίσως σε καμιά άλλη ασθένεια δεν υπάρχει τέτοια απειλή της οντότητας του ατόμου, όπως υπάρχει στον καρκίνο. Πολλοί άρρωστοι που γνωρίζουν ότι έχουν καρκίνο, λένε ότι δεν φοβούνται τόσο πολύ τον πόνο ή τη δυσμορφία ή άλλη ειδική άποψη της

ασθένειας, όσο φοβούνται μη χάσουν τον αυτοέλεγχο και την αξιοπρέπεια στα τελευταία στάδια της νόσου.

- Προσπαθήστε να βοηθήσετε τον άρρωστο να διατηρήσει τον αυτοσεβασμό του.
- Φροντίστε να μην εκτίθεται ο άρρωστός σας κατά τις νοσηλείες.
- Προσέξτε πολύ την καθαριότητα, τη συμμετοχή του στον προγραμματισμό της φροντίδας του, εφόσον είναι ικανός γι' αυτό. Τα παραπάνω είναι μέτρα που θα τον βοηθήσουν να διατηρήσει την αξιοπρέπειά του παρά την προσβολή της αρρώστιας.
- Ευγένεια και θαλπωρή δίνει στον άρρωστο αίσθημα ασφάλειας.
- Ενθαρρύνεται τον άρρωστο να ενεργεί με τρόπο ευχάριστο για τον εαυτό του.
- Βοηθήστε στην ανάπτυξη της αυτοπεποίθησης ότι είναι καλά και μπορεί να περιποιηθεί τον εαυτό του (όταν αυτό αποτελεί πραγματικότητα).
- Ενθαρρύνεται τον άρρωστο να σηκώνεται από το κρεβάτι, εφόσον αυτό επιτρέπεται.
- Ενισχύστε τη συχνή αλλαγή θέσεως του αρρώστου στο κρεβάτι.
- Ενισχύστε την καλή διατροφή του αρρώστου. Η απώλεια σωματικού βάρους δηλώνει διαταραχή στο ισοζύγιο αναγκών του.
- Χρησιμοποιήστε τα κατάλληλα νοσηλευτικά μέτρα και μέσα για την πρόληψη επιπλοκών όπως πνευμονίας, κατακλίσεων, υποσιτισμού.
- Πάρτε κάθε μέτρο για τη διατήρηση καλής ατομικής καθαριότητας του αρρώστου.
- Στο σχέδιο παροχής νοσηλευτικής φροντίδας μη παραλείπετε, εφόσον η κατάσταση του αρρώστου το επιτρέπει, την εργασιοθεραπεία, επειδή η απασχόληση προλαμβάνει πολλά ψυχολογικά προβλήματά του.
- Ενισχύστε – το γρηγορότερο δυνατό – την αποκατάσταση του αρρώστου, εφόσον η αναπηρία είναι προϊόν της νόσου.

- Ακόμη μην παραλείψετε να διδάξετε, όποιον και αν έλθει σε επαφή μαζί σας, για τη σπουδαιότητα της έγκαιρης διάγνωσης του όγκου στην πρόγνωση της νόσου.
- Πριν αναχωρήσει ο άρρωστος από το νοσοκομείο, διδάξτε του τον τρόπο αυτοφροντίδας, όπως στην κολοστομία, τραχειοτομή κ.λ.π. Για τέλεια αποκατάσταση, οι άρρωστοι πρέπει να αισθάνονται πως τίποτε δεν ανέκοψε το σχέδιο της ζωής τους και ότι μπορούν να συμμετέχουν σ' αυτήν.
- Στη φροντίδα του καρκινοπαθή οι επιδιώξεις είναι ο περιορισμός της νόσου και η βοήθεια του αρρώστου να ξαναγυρίσει κατά το δυνατό στη φυσιολογική ζωή.

Για κάλυψη των αναγκών του αρρώστου, κατά την περίοδο αναζήτησης της νόσου, διαγνώσεως και θεραπείας, προσοχή θα πρέπει να δοθεί,

1. Στις ανάγκες του αρρώστου ως ατόμου,
2. Στις ανάγκες της αρρώστιας,
3. Στις ανάγκες της θεραπείας που εφαρμόζεται,
4. Στις ανάγκες του αρρώστου από την επίδραση της θεραπείας στην ψυχική και φυσική του κατάσταση.

Η ευθύνη μας, ως νοσηλευτριών (-τών) στη φροντίδα καταδικασμένου σε θάνατο αρρώστου, περιλαμβάνει κάλυψη όσο το δυνατό περισσότερων φυσικών και ψυχολογικών αναγκών του. Η ενθάρρυνση και η μετάγγιση ελπίδας θα περιορίσουν την απαισιοδοξία και απογοήτευση του αρρώστου<sup>20</sup>.

## 6.4 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

Ο καρκίνος αποτελεί πλέον μια νοσηρά κατάσταση που εξαπλώνεται σ' ολόκληρο τον κόσμο. Το πλέγμα σχέσεων γύρω από τη διάγνωση «καρκίνος» είναι πολυσύνθετο. Έχουμε μια αρρώστια που στην κοινή αντίληψη συνδέεται με τον πόνο και τον επικείμενο θάνατο και φέρνει το άτομο μπροστά σε μια κρίση.

Η νοσηλευτική συμβολή είναι ένα ουσιαστικό μέσο για την προοδευτική αποκατάσταση του αρρώστου και περιλαμβάνει:

- Ενθάρρυνση.
- Ενίσχυση της αυτοεκτίμησης του ασθενούς.
- Προαγωγή της αποτελεσματικότητας των ικανοτήτων του αρρώστου.

Ο ρόλος του νοσηλευτή στον τομέα της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης για τον άρρωστο με καρκίνο, εκτός από την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας είναι ερευνητικός, συμβουλευτικός και ρόλος συντονιστή.

Ανεξάρτητα αν η αρρώστια είναι ιάσιμη, ελεγχόμενη ή τελικού σταδίου, κάθε άρρωστος με καρκίνο δικαιούται την καλύτερη φροντίδα για να μείνει ικανός να είναι ο εαυτός του, όσο το δυνατόν περισσότερο<sup>19</sup>.

Ο νοσηλευτής προσφέρει ψυχοκοινωνική βοήθεια με τους εξής τρόπους:

- Ανάπτυξη και διατήρηση υποστηρικτικού νοσηλευτικού διαλόγου με τον άρρωστο.
- Ενθάρρυνση της αυτοέκφρασης.
- Ανεύρεση λύσεων στα δύσκολα προβλήματα και τρόπων χειρισμού του stress.

- Ενίσχυση αυτοεκτίμησης του αρρώστου.
- Συστηματική ανακούφιση του πόνου του
- Προσωπική ολική νοσηλευτική φροντίδα.

Συμπερασματικά, τονίζεται ότι ο νοσηλευτής, για να αριστεύσει στην ψυχοκοινωνική νοσηλευτική προσέγγιση των αρρώστων με καρκίνο, πρέπει να διαθέτει όχι μόνο υψηλή επιστημονική κατάρτιση και κλινική πείρα αλλά και προσωπικότητα εμφορούμενη από ευγένεια, ανθρωπιά, ευαισθησία, αγάπη για τον άνθρωπο και τη ζωή του<sup>21,22</sup>.

## **6.5 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥ**

Ο καρκίνος τις περισσότερες φορές ταυτίζεται στη συνείδηση όλων με τον πόνο και τον επικείμενο θάνατο. Αρχικά οι αντιδράσεις είναι απρόβλεπτες, πανικός και shock που ακολουθεί είτε από άρνηση είτε από αποφυγή πληροφόρησης. Στη συνέχεια εισάγεται στο νοσοκομείο, όπου υποβάλλεται σε ατέλειωτες ώρες εξετάσεων και θεραπείας. Μετά το τέλος της θεραπείας η ψυχική και σωματική του υγεία έχουν κλονισθεί, ενώ αρχίζει να διανύει μια περίοδο «ελεύθερης» νόσου. Στις περιπτώσεις μεταστατικού καρκίνου η ανακουφιστική θεραπεία θα έρθει σαν μια προσπάθεια για την ανακούφιση συμπτωμάτων.

Σκοπός του νοσηλευτή είναι να φροντίσει τον άρρωστο με καρκίνο και την οικογένειά του, ώστε να διατηρήσουν την ελπίδα για ζωή για να αντιμετωπίσουν τα αναπόφευκτα σημαντικά και ψυχοκοινωνικά προβλήματα που συνοδεύουν την αρρώστια.

Ανεξάρτητα αν ο καρκίνος είναι ιάσιμος ή όχι, ελεγχόμενος ή τελικού σταδίου, η δικαίωση της ύπαρξής μας σαν νοσηλευτές είναι να βοηθήσουμε τον άρρωστο να είναι ικανός να είναι ο εαυτός του ως την τελευταία στιγμή<sup>23,24</sup>.



# ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

## **1.1 ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ**

### **Σκοπός**

Σκοπός της έρευνάς μας είναι να εκφραστούν οι απόψεις των γυναικών, ανάλογα με την ηλικία τους, το κοινωνικό και μορφωτικό τους επίπεδο, την οικονομική τους κατάσταση και τον τόπο διαμονής τους. Συγκεκριμένα θέλουμε να διαπιστωθεί αν οι γυναίκες γνωρίζουν τη χρησιμοποίηση του Test Pap και συμμετέχουν στο συγκεκριμένο προσυμπτωματικό έλεγχο, να διαπιστωθούν οι πηγές ενημέρωσής τους καθώς και οι ανασταλτικοί παράγοντες για τη συγκεκριμένη εξέταση.

### **A. Πληθυσμός δείγμα**

Για την συλλογή των στοιχείων της έρευνάς μας χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο που περιείχε 8 κλειστές ερωτήσεις κατάλληλα σχεδιασμένο από την ομάδα με την καθοδήγηση της υπεύθυνης καθηγήτριας το οποίο και απευθυνόταν σε γυναικείο πληθυσμό ηλικίας 18 έως 65 ετών. Το ερωτηματολόγιο αυτό συμπληρώθηκε ανώνυμα από ένα δείγμα που αποτελούταν από 100 άτομα.

### **B. Τόπος και χρόνος έρευνας**

Τα στοιχεία συλλέχθηκαν από τον Σεπτέμβριο έως και τον Νοέμβριο του 2002 στην περιοχή της Αθήνας, του Άργους και της Κεφαλλονιάς.

### **Γ. Συλλογή δεδομένων**

Για να επιτευχθεί υψηλή εγκυρότητα περιεχομένου το ερωτηματολόγιο συντάχθηκε από την ερευνητική ομάδα με βάση ελληνικές και διεθνείς μελέτες. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν με προσωπική συνέντευξη, αφού επισημάνθηκε σε κάθε ερωτώμενο, ότι μπορούσαν να μην απαντήσουν στις ερωτήσεις μας αλλά και ότι ανά πάσα στιγμή μπορούσαν να διακόψουν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, αν δεν αισθάνονταν καλά, ή να δώσουν για συμπλήρωση των απαντήσεων στο μέλος της ερευνητικής ομάδας

που ήταν κοντά τους. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου διαρκούσε περίπου 15 λεπτά της ώρας.

#### **Δ. Κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού δεδομένων**

Κριτήρια εισαγωγής στην έρευνά μας ήταν:

- Το φύλο
- Η ηλικία

Και κριτήρια αποκλεισμού ήταν:

- μη πλήρως συμπληρωμένα ερωτηματολόγια
- ερωτηματολόγια με λανθασμένα συμπληρωμένες απαντήσεις

Τελικά χρησιμοποιήθηκαν τα 100 ερωτηματολόγια από το σύνολο των 105 που διανεμήθηκαν.

#### **Ε. Κωδικοποίηση και Στατιστική Ανάλυση**

Κάθε πιθανή απάντηση σε μία ερώτηση κωδικοποιήθηκε με ένα ακέραιο αριθμό ανάλογα με τον αριθμό των δυνατών απαντήσεων. Έπειτα τα δεδομένα εισήχθησαν στον ηλεκτρονικό υπολογιστή σε μεταβλητές που η κάθε μία αντιπροσώπευε μία ερώτηση.

Το πρόγραμμα που χρησιμοποιήθηκε για την εισαγωγή των κωδικοποιημένων δεδομένων και τη στατιστική επεξεργασία τους ήταν το SigmaStat 1.0 for Windows.

**1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ:** Τα αποτελέσματα που προέκυψαν συντάχθηκαν σε πίνακες στους οποίους αναφέρεται το όνομα της μεταβλητής καθώς και η αντίστοιχη

ερώτηση στην οποία αναφέρεται. Επίσης αναφέρονται οι εξεταζόμενες ομάδες, καθώς και τα ποσοστά που αντιστοιχούν σε αυτές επί του συνόλου.

**2. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ:** Για να διαπιστωθεί αν ορισμένες κατηγορίες ερωτηθέντων έδωσαν διαφοροποιημένες απαντήσεις σε σχέση με κάποιες ερωτήσεις, χρησιμοποιήθηκαν πίνακες με τους οποίους συνδυάζονται οι απαντήσεις των 2 ερωτήσεων που μας ενδιαφέρουν. Κάθε κελί δίνει τον αριθμό και το επόμενο το ποσοστό επί του συνόλου των ερωτηθέντων. Η στατιστική μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο των παρατηρούμενων διαφορών μεταξύ των εξεταζόμενων ομάδων, ήταν το  $\chi^2$  (με ή χωρίς τον διορθωτικό συντελεστή του Yates για την συνέχεια) ή το Fishers exact όπου η αναμενόμενη τιμή της διχοτόμου μεταβλητής ήταν μικρότερη του 5. Στο τέλος των αναγράφονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τον στατιστικό έλεγχο. Πιο συγκεκριμένα τα στατιστικά αποτελέσματα αποτελούνται από: 1) Μέγεθος του δείγματος και βαθμοί ελευθερίας, 2) τιμή της  $\chi^2$ , 3) Πιθανότητα στατιστικής σημαντικότητας (p-value).

Θεωρούμε σαν στατιστικώς σημαντική μία διαφορά ως προς κάποιο χαρακτηριστικό, αν και μόνο αν το αποτέλεσμα που δίνεται από το στατιστικό έλεγχο οδηγεί σε μία πιθανότητα  $p < 0,05$ .

Με βάση τα παραπάνω έχουν εξαχθεί και τα συμπεράσματα από την ερευνά μας τα οποία και αναλύονται στην ΣΥΖΗΤΗΣΗ.

## 1.2 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

### 1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

#### Α. Δημογραφικά στοιχεία

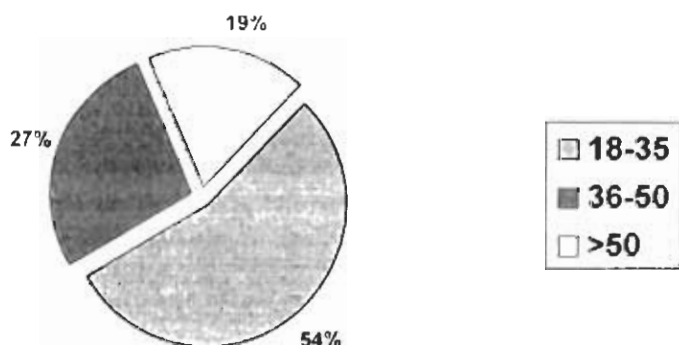
Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά με μορφή πινάκων, ενώ συνήθως ακολουθεί αντίστοιχο σχήμα με ανάλογη γραφική παράσταση των αποτελεσμάτων για σαφέστερη παρουσίαση τους.

**Πίνακας 1 :** Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με την ηλικία.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
18 - 35 ετών	54	54
36-50	27	27
> 50	19	19
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	100	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν ηλικίας μεγαλύτερης των 18 και μικρότερης των 35 ετών.

**Σχήμα 1:** Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με την ηλικία.

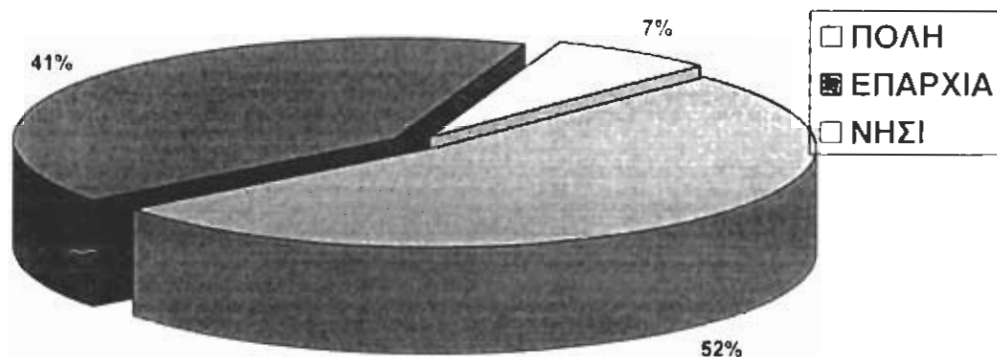


**Πίνακας 2:** Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με την κατοικία

ΔΙΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΠΟΛΗ	52	52
ΕΠΑΡΧΙΑ	41	41
ΝΗΣΙ	7	7
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>100</b>	<b>100 %</b>

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν κάτοικοι πόλεων.

**Σχήμα 2:** Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με την κατοικία



**Πίνακας 3:** Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με την οικονομική κατάστασή τους.

ΔΙΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΚΑΛΗ	33	33
ΑΡΚΕΤΑ ΚΑΛΗ	16	16
ΜΕΤΡΙΑ	42	42

ΧΑΜΗΛΗ	9	9
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	100	100 %

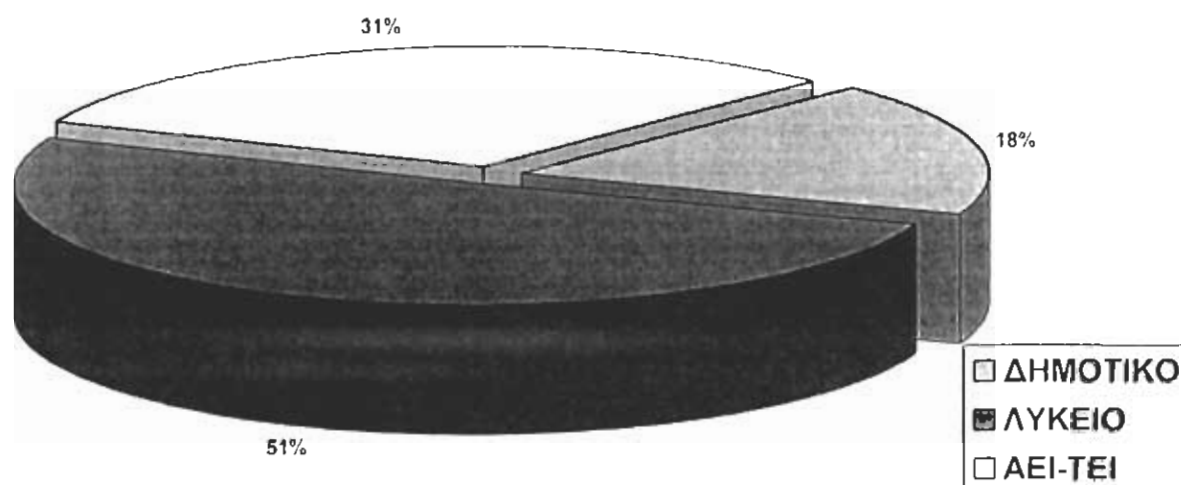
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν κατά την άποψή τους, μέτριας οικονομικής κατάστασης.

**Πίνακας 4:** Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με την εκπαίδευσή τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΔΗΜΟΤΙΚΟ	18	18
ΛΥΚΕΙΟ	51	51
ΑΕΙ-ΤΕΙ	31	31
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	100	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν απόφοιτοι Λυκείου.

**Σχήμα 3:** Γραφική παράσταση της κατανομής 100 ερωτηθέντων σε σχέση με την εκπαίδευσή τους.



## Β. Απαντήσεις ερωτηματολογίου

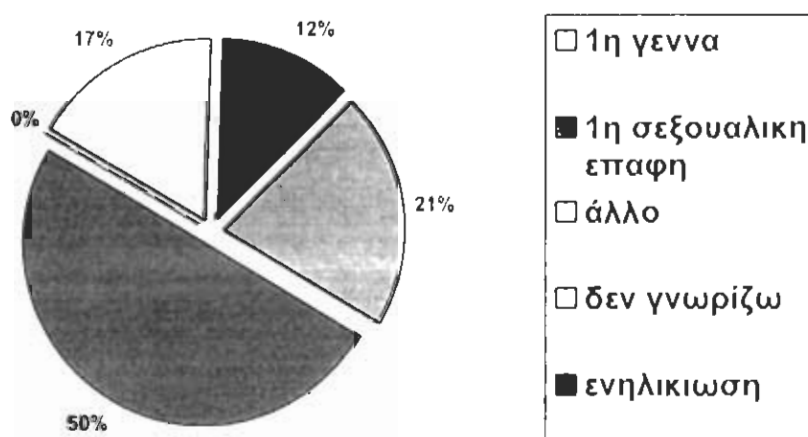
### ΕΡΩΤΗΣΗ 1

**Πίνακας 1:** Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν γνωρίζουν πότε γίνεται για πρώτη φορά το Test-Pap.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΕΝΗΛΙΚΙΩΣΗ	12	12
1 <sup>η</sup> ΓΕΝΝΑ	21	21
1 <sup>η</sup> ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΕΠΑΦΗ	50	50
ΆΛΛΟ	0	0
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	17	17
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ότι πρέπει να υποβληθούν στην εξέταση μετά την 1<sup>η</sup> σεξουαλική επαφή.

**Σχήμα 1:** Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με τις γνώσεις τους για την έναρξη εξέτασης με Test-Pap





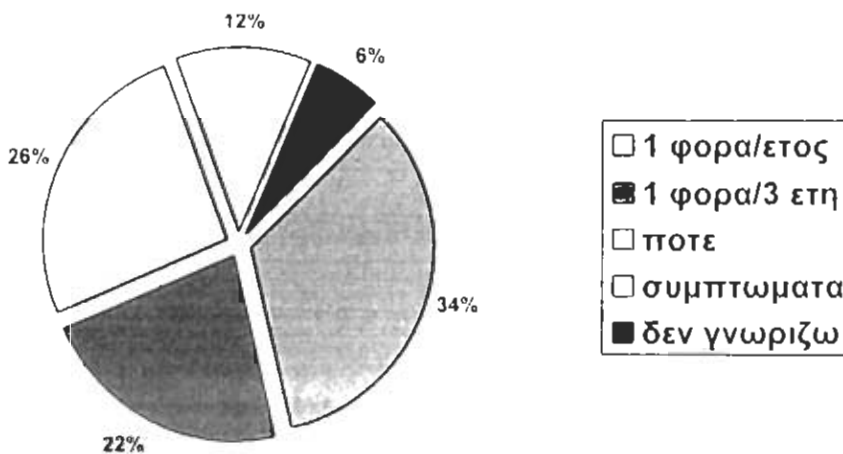
## ΕΡΩΤΗΣΗ 2

**Πίνακας 2:** Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το πόσο συχνά κάνουν Test-Pap.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
1 ΦΟΡΑ / ΕΤΟΣ	34	34
1 ΦΟΡΑ / 3 ΕΤΗ	22	22
ΠΟΤΕ	26	26
ΟΤΑΝ ΝΙΩΣΩ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	12	12
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	6	6
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα κάνουν Test-Pap 1 φορά κάθε χρόνο.

**Σχήμα 2:** Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με την συχνότητα της εξέτασης.



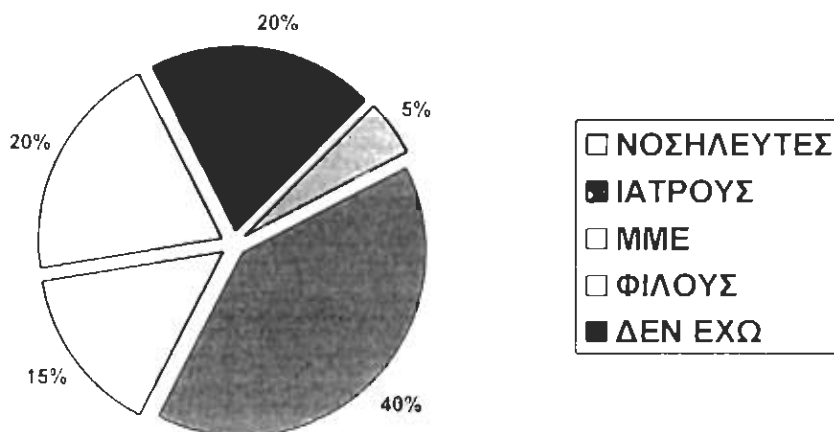
### ΕΡΩΤΗΣΗ 3

**Πίνακας 3:** Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με τις πηγές πληροφόρησής τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ	5	5
ΙΑΤΡΟΥΣ	40	40
ΜΜΕ	15	15
ΦΙΛΟΥΣ	20	20
ΔΕΝ ΕΧΩ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ	20	20
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ενημερώνονται από τους γιατρούς τους.

**Σχήμα 3:** Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με την ενημέρωσή.



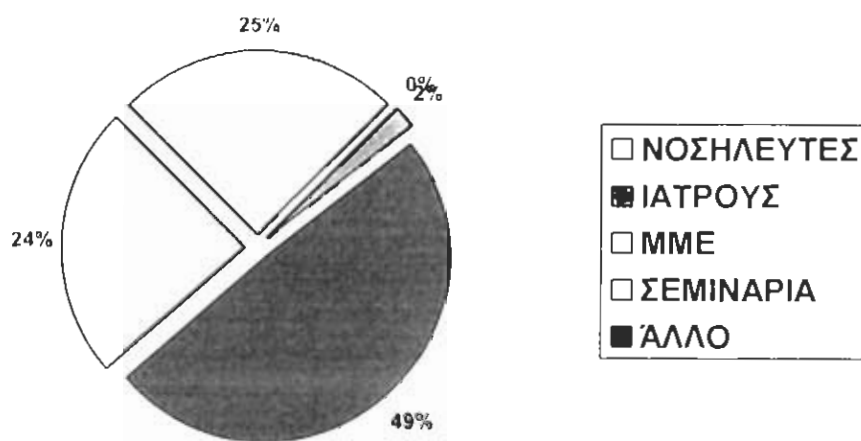
#### ΕΡΩΤΗΣΗ 4

**Πίνακας 4:** Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το από πού θα ήθελαν να ενημερώνονται σχετικά με την πρόληψη της νόσου.

ΔΙΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ	2	2
ΙΑΤΡΟΥΣ	49	49
ΜΜΕ	24	24
ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ- ΣΥΖΗΤΗΣΕΙΣ	25	25
ΆΛΛΟ	0	0
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θα ήθελαν να ενημερώνονται για την πρόληψη κυρίως από τους ιατρούς τους.

**Σχήμα 4:** Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με την πηγή της ενημέρωσης που θα επιθυμούσαν.



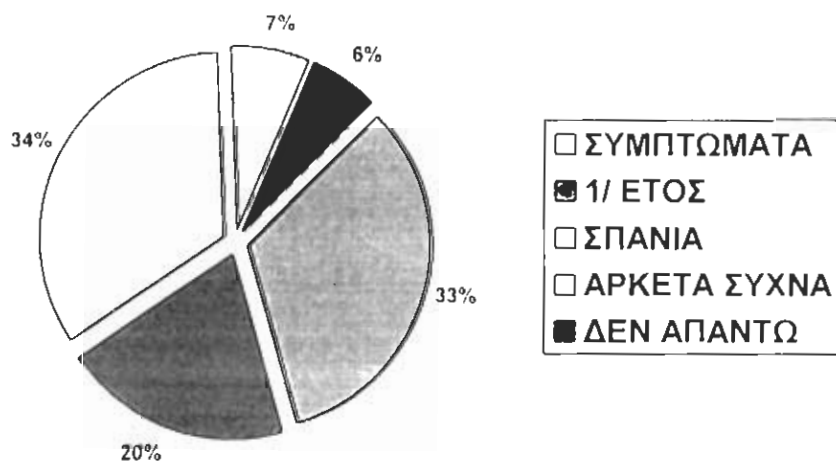
## ΕΡΩΤΗΣΗ 5

**Πίνακας 5:** Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με τη συχνότητα επίσκεψης στον γυναικολόγο τους .

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΟΤΑΝ ΝΙΩΣΩ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	33	33
1 ΦΟΡΑ / ΕΤΟΣ	20	20
ΣΠΑΝΙΑ	34	34
ΑΡΚΕΤΑ ΣΥΧΝΑ	7	7
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	6	6
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα επισκέπτονται τον γυναικολόγο τους σπάνια και μόνο όταν νιώσουν συμπτώματα κάποιας ασθένειας

**Σχήμα 5:** Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με τη συχνότητα επίσκεψης στον γυναικολόγο τους.



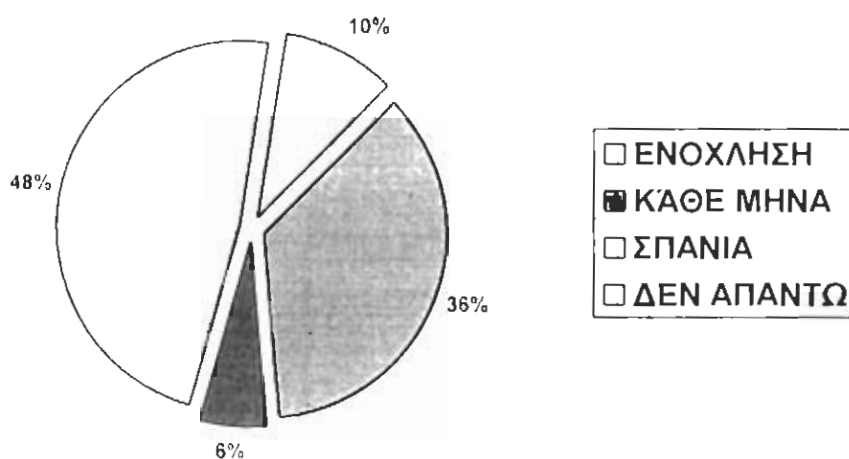
## ΕΡΩΤΗΣΗ 6

**Πίνακας 6:** Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν κάνουν συχνά αυτοεξέταση μαστού.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΟΤΑΝ ΝΙΩΣΩ ΕΝΟΧΛΗΣΗ	36	36
ΚΑΘΕ ΜΗΝΑ	6	6
ΣΠΑΝΙΑ	48	48
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	10	10
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα κάνουν αυτοεξέταση μαστού σπάνια.

**Σχήμα 6:** Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν κάνουν συχνά αυτοεξέταση μαστού.



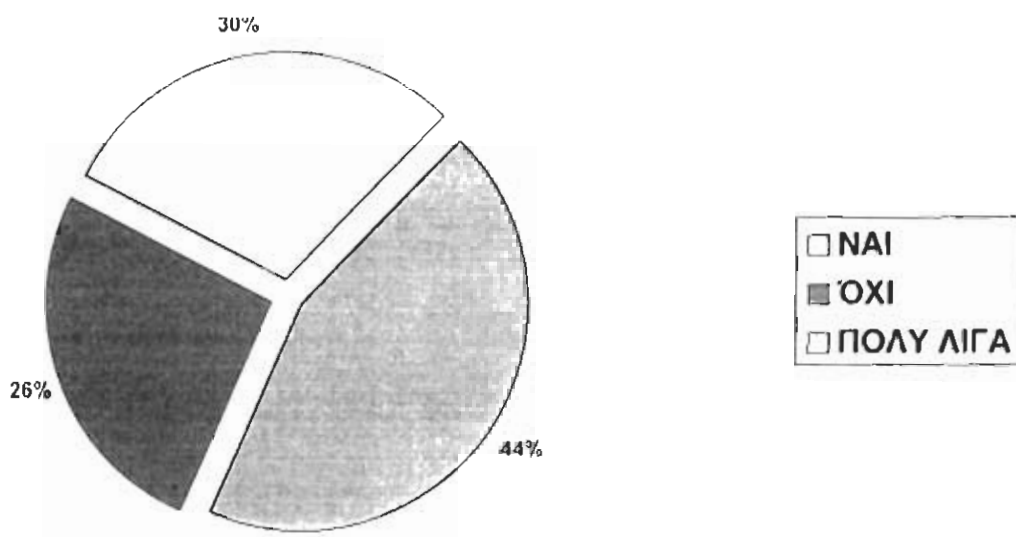
## ΕΡΩΤΗΣΗ 7

**Πίνακας 7:** Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν γνωρίζουν τους κινδύνους αν δεν επισκέπτονται συχνά τον γιατρό τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΝΑΙ	44	44
ΟΧΙ	26	26
ΠΟΛΥ ΛΙΓΑ	30	30
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα **ΓΝΩΡΙΖΟΥΝ** τους κινδύνους από την μη συχνή επίσκεψη στον γυναικολόγο τους.

**Σχήμα 7:** Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με την γνώση των κινδύνων από την μη επίσκεψη στον γυναικολόγο.



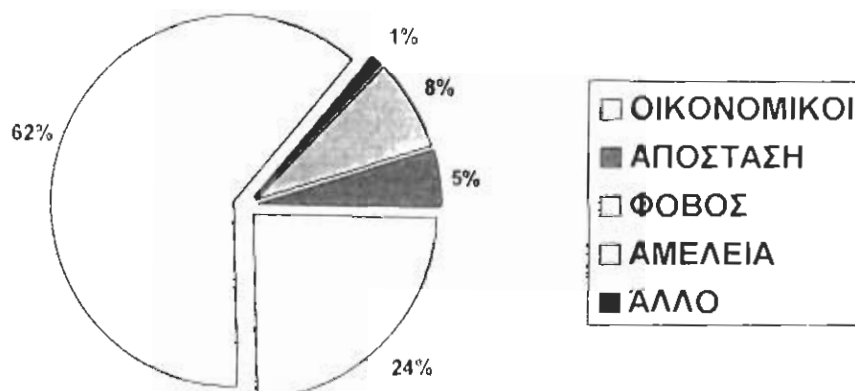
## ΕΡΩΤΗΣΗ 8

**Πίνακας 8:** Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το ποιος είναι ο λόγος που δεν επισκέπτονται συχνά τον ιατρό τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ	8	8
ΑΠΟΣΤΑΣΗ	5	5
ΦΟΒΟΣ	24	24
ΑΜΕΛΕΙΑ	62	62
ΆΛΛΟ	1	1
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα δεν επισκέπτονται τον ιατρό τους λόγω αμέλειας.

**Σχήμα 8:** Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με τους λόγους που δεν επισκέπτονται συχνά τον ιατρό τους.



## 2. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΕΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ

**Πίνακας 1.α:** Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της γνώσης για την πρώτη φορά του τεστ και της ηλικίας τους (Ερώτηση 1).

Αριθμός	ΕΝΗΛΙΚΙΩΣΗ	1 <sup>η</sup> ΓΕΝΝΑ	1 <sup>η</sup> ΣΕΞ. ΕΠΑΦΗ	ΑΛΛΟ	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	ΣΥΝΟΛΟ
18-35	6	15	20	0	13	54
36-50	4	6	15	0	2	27
> 50	2	0	15	0	2	19
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	12	21	50	0	17	100

ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ	ΤΙΜΗ $\chi^2$	P
8	14.1	0.02

Στις απαντήσεις μεταξύ ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της γνώσης για την πρώτη φορά τεστ και της ηλικίας τους διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορές και έτσι συμπεραίνουμε ότι η ηλικία παίζει αποφασιστικό ρόλο στις γνώσεις των ερωτηθέντων. Οι περισσότερες γυναίκες όλων των ηλικιών γνωρίζουν ότι πρέπει να γίνεται μετά την πρώτη σεξουαλική επαφή.

**Πίνακας 1.β :** Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της συχνότητας του τεστ και της ηλικίας τους (Ερώτηση 2 ).

Αριθμός	1/ ΕΤΟΣ	1/ 3 ΕΤΗ	ΠΟΤΕ	ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	ΣΥΝΟΛΟ
18-35	24	10	13	4	3	54
36-50	5	7	10	3	2	27
> 50	5	5	3	5	1	19
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	34	22	26	12	6	100



<b>ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ</b>	<b>ΤΙΜΗ Χ<sup>2</sup></b>	<b>P</b>
8	11.9	<b>0.19</b>

Στις απαντήσεις μεταξύ ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της συχνότητας του τεστ και της ηλικίας τους δεν διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορές. Οι περισσότερες γυναίκες ηλικίας 18 – 35 ετών κάνουν το Test Pap 1 φορά το χρόνο ενώ οι μεγαλύτερες γυναίκες σε μεγάλο ποσοστό δεν το έχουν κάνει ποτέ.

**Πίνακας 1.γ:** Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ των πηγών ενημέρωσης και της ηλικίας τους (Ερώτηση 3).

<b>Αριθμός</b>	<b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ</b>	<b>ΙΑΤΡΟΙ</b>	<b>ΜΜΕ</b>	<b>ΦΙΛΟΙ</b>	<b>ΟΧΙ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ</b>	<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>
<b>18-35</b>	3	27	7	12	5	54
<b>36-50</b>	2	10	5	5	5	27
<b>&gt; 50</b>	0	3	3	3	10	19
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	5	40	15	20	20	100

<b>ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ</b>	<b>ΤΙΜΗ Χ<sup>2</sup></b>	<b>P</b>
8	19.5	<b>0.01</b>

Στις απαντήσεις μεταξύ ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ των πηγών ενημέρωσης και της ηλικίας τους διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορές. Οι περισσότερες γυναίκες ηλικίας 18 – 50 ετών ενημερώνονται από τους γιατρούς τους ενώ οι περισσότερες γυναίκες ηλικίας μεγαλύτερης των 50 χρόνων δεν έχουν ενημέρωση.

**Πίνακας 1.δ :** Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της επιθυμίας ενημέρωσης και της ηλικίας τους (Ερώτηση 4).

Αριθμός	ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ	ΙΑΤΡΟΙ	ΜΜΕ	ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ	ΑΛΛΟ	ΣΥΝΟΛΟ
18-35	1	24	15	14	0	54
36-50	0	16	5	6	0	27
> 50	1	9	4	5	0	19
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	2	49	24	25	0	100

ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ	ΤΙΜΗ Χ <sup>2</sup>	P
6	3.22	0.78

Στις απαντήσεις μεταξύ ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της επιθυμίας ενημέρωσης και της ηλικίας τους δεν διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορές. Οι περισσότερες γυναίκες όλων των ηλικιών επιθυμούν να ενημερώνονται από τους γιατρούς τους. Πιθανόν αυτό να συμβαίνει γιατί τους θεωρούν πιο αξιόπιστους και πιο ειδήμονες.

**Πίνακας 1.ε :** Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της συχνότητας επισκέψεων στο γυναικολόγο και της ηλικίας τους (Ερώτηση 5).

Αριθμός	ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΣΥΜΠΤΩΜΑ	1/ΕΤΟΣ	ΣΠΑΝΙΑ	ΣΥΧΝΑ	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	ΣΥΝΟΛΟ
18-35	11	10	25	4	4	54
36-50	9	4	9	3	2	27
> 50	13	6	0	0	0	19
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	33	20	34	7	6	100

<b>ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ</b>	<b>ΤΙΜΗ Χ<sup>2</sup></b>	<b>P</b>
8	23.8	0.003

Στις απαντήσεις μεταξύ ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της συχνότητας επισκέψεων στο γυναικολόγο και της ηλικίας τους διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορές. Οι περισσότερες γυναίκες ηλικίας 18 – 50 ετών πηγαίνουν σπάνια στο γυναικολόγο τους ενώ οι περισσότερες γυναίκες ηλικίας 50 ετών και άνω πηγαίνουν στο γιατρό τους όταν νιώσουν κάποια συμπτώματα.

**Πίνακας 1. στ:** Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της συχνότητας αυτοεξέτασης μαστού και της ηλικίας τους (Ερώτηση 6).

<b>Αριθμός</b>	<b>ΕΝΟΧΛΗΣΗ</b>	<b>1/ΜΗΝΑ</b>	<b>ΣΠΑΝΙΑ</b>	<b>ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ</b>	<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>
<b>18-35</b>	20	3	27	4	54
<b>36-50</b>	11	3	10	3	27
<b>&gt; 50</b>	5	0	11	3	19
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	36	6	48	10	100

<b>ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ</b>	<b>ΤΙΜΗ Χ<sup>2</sup></b>	<b>P</b>
6	5.25	0.52

Στις απαντήσεις μεταξύ ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της συχνότητας αυτοεξέτασης μαστού και της ηλικίας τους δεν διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορές. Οι περισσότερες γυναίκες όλων των ηλικιών κάνουν σπάνια αυτοεξέταση μαστού.

**Πίνακας 1.ζ:** Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της γνώσης των κινδύνων της μη επίσκεψης στον ιατρό και της ηλικίας τους (Ερώτηση 7).

Αριθμός	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΛΙΓΑ ΠΡΑΓΜΑΤΑ	ΣΥΝΟΛΟ
18-35	29	10	15	54
36-50	16	7	5	27
> 50	0	9	10	19
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	44	26	30	100

ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ	ΤΙΜΗ $\chi^2$	P
4	19.8	<b>0.006</b>

Στις απαντήσεις μεταξύ ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της γνώσης των κινδύνων της μη επίσκεψης στον ιατρό και της ηλικίας τους διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορές. Οι περισσότερες γυναίκες ηλικίας 18 – 50 ετών γνωρίζουν τους κινδύνους της μη επίσκεψής τους στο γιατρό, ενώ οι περισσότερες γυναίκες άνω των 50 ετών γνωρίζουν λίγα πράγματα.

**Πίνακας 1.η:** Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ του λόγου της μη επίσκεψης στον ιατρό και της ηλικίας τους (Ερώτηση 8).

Αριθμός	ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ	ΑΠΟΣΤΑΣΗ	ΦΟΒΟΣ	ΑΜΕΛΕΙΑ	ΑΛΛΟ	ΣΥΝΟΛΟ
18-35	4	2	15	22	1	54
36-50	3	2	6	16	0	27
> 50	1	1	3	14	0	19
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	8	5	24	62	1	100

ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ	ΤΙΜΗ Χ <sup>2</sup>	P
8	4.98	0.75

Στις απαντήσεις μεταξύ ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ του λόγου της μη επίσκεψης στον ιατρό και της ηλικίας τους δεν διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορές. Οι περισσότερες γυναίκες όλων των ηλικιών δεν επισκέπτονται συχνά το γιατρό τους λόγω αμέλειας.

**Πίνακας 2.α:** Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της γνώσης για την πρώτη φορά του τεστ και του τόπου διαμονής τους (Ερώτηση 1).

Αριθμός	ΕΝΗΛΙΚΙΩΣΗ	1 <sup>η</sup> ΓΕΝΝΑ	1 <sup>η</sup> ΣΕΞ. ΕΠΑΦΗ	ΑΛΛΟ	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	ΣΥΝΟΛΟ
ΠΟΛΗ	8	16	17	0	2	52
ΕΠΑΡΧΙΑ	3	4	30	0	4	41
ΝΗΣΙ	1	1	3	0	1	7
ΣΥΝΟΛΟ	12	21	50	0	17	100

ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ	ΤΙΜΗ Χ <sup>2</sup>	P
6	14.6	0.02

Στις απαντήσεις μεταξύ ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της γνώσης για την πρώτη φορά τεστ και του τόπου διαμονής τους διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορές. Οι περισσότερες γυναίκες ανεξαρτήτως του τόπου διαμονής τους γνωρίζουν ότι το Test Pap πρέπει να γίνεται μετά την πρώτη σεξουαλική επαφή.

**Πίνακας 2.β :** Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της συχνότητας του τεστ και του τόπου διαμονής τους (Ερώτηση 2 ).

Αριθμός	1/ ΕΤΟΣ	1/3 ΕΤΗ	ΠΟΤΕ	ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	ΣΥΝΟΛΟ
ΠΟΛΗ	18	10	15	6	3	52
ΕΠΑΡΧΙΑ	16	8	11	4	2	41
ΝΗΣΙ	0	4	0	2	1	7
ΣΥΝΟΛΟ	34	22	26	12	6	100

ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ	ΤΙΜΗ $\chi^2$	P
8	11.6	0.17

Στις απαντήσεις μεταξύ ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της συχνότητας του τεστ και του τόπου διαμονής τους δεν διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορές. Οι περισσότερες γυναίκες που ζουν σε πόλη ή επαρχία κάνουν το Test Pap 1 φορά το χρόνο, ενώ αυτές που ζουν σε νησιά 1 φορά στα 3 χρόνια.

**Πίνακας 2.γ:** Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ των πηγών ενημέρωσης του τόπου διαμονής τους (Ερώτηση 3 ).

Αριθμός	ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ	ΙΑΤΡΟΙ	ΜΜΕ	ΦΙΛΟΙ	ΟΧΙ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ	ΣΥΝΟΛΟ
ΠΟΛΗ	2	27	6	5	12	52
ΕΠΑΡΧΙΑ	2	12	5	7	8	41
ΝΗΣΙ	1	1	4	1	0	7
ΣΥΝΟΛΟ	5	40	15	20	20	100

ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ	ΤΙΜΗ Χ <sup>2</sup>	P
8	15.5	0.06

Στις απαντήσεις μεταξύ ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ των πηγών ενημέρωσης και της ηλικίας τους δεν διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορές. Οι περισσότερες γυναίκες που ζουν σε πόλη ή επαρχία θέλουν να ενημερώνονται από τους γιατρούς τους ενώ αυτές που ζουν σε νησί από τα Μ.Μ.Ε. Πιθανόν αυτό να συμβαίνει γιατί είναι πιο εύκολη η πρόσβαση στα Μ.Μ.Ε.

**Πίνακας 2.ε:** Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της συχνότητας επισκέψεων στο γυναικολόγο και του τόπου διαμονής τους (Ερώτηση 5).

Αριθμός	ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΣΥΜΠΤΩΜΑ	1/ΕΤΟΣ	ΣΠΑΝΙΑ	ΣΥΧΝΑ	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	ΣΥΝΟΛΟ
ΠΟΛΗ	22	9	16	1	4	52
ΕΠΑΡΧΙΑ	9	10	15	5	2	41
ΝΗΣΙ	2	1	3	1	0	7
ΣΥΝΟΛΟ	33	20	34	7	6	100

ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ	ΤΙΜΗ Χ <sup>2</sup>	P
8	8.8	0.35

Στις απαντήσεις μεταξύ ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της συχνότητας επισκέψεων στο γυναικολόγο και του τόπου διαμονής τους δεν διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορές. Οι περισσότερες γυναίκες που ζουν σε πόλη πηγαίνουν στο γιατρό τους μετά από κάποιο σύμπτωμα, ενώ οι περισσότερες γυναίκες που ζουν σε επαρχία ή νησί πηγαίνουν σπάνια.

**Πίνακας 2.στ:** Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της γνώσης των κινδύνων της μη επίσκεψης στον ιατρό και του τόπου διαμονής τους (Ερώτηση 7).

Αριθμός	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΛΙΓΑ ΠΡΑΓΜΑΤΑ	ΣΥΝΟΛΟ
ΠΟΛΗ	30	13	9	52
ΕΠΑΡΧΙΑ	12	10	19	41
ΝΗΣΙ	2	3	2	7
ΣΥΝΟΛΟ	44	26	30	100

ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ	ΤΙΜΗ Χ <sup>2</sup>	P
4	11.9	0.02

Στις απαντήσεις μεταξύ ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της γνώσης των κινδύνων της μη επίσκεψης στον ιατρό και του τόπου διαμονής τους διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορές. Οι περισσότερες γυναίκες που ζουν στην πόλη γνωρίζουν τους κινδύνους της μη επίσκεψης στον ιατρό, ενώ οι περισσότερες γυναίκες που ζουν σε επαρχία ή νησί γνωρίζουν λίγα πράγματα.

**Πίνακας 2.ζ:** Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ του λόγου της μη επίσκεψης στον ιατρό και του τόπου διαμονής τους (Ερώτηση 8).

Αριθμός	ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ	ΑΠΟΣΤΑΣΗ	ΦΟΒΟΣ	ΑΜΕΛΕΙΑ	ΑΛΛΟ	ΣΥΝΟΛΟ
ΠΟΛΗ	3	2	4	42	1	52
ΕΠΑΡΧΙΑ	3	2	16	20	0	41
ΝΗΣΙ	2	1	4	0	0	7
ΣΥΝΟΛΟ	8	5	24	62	1	100



ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ	ΤΙΜΗ Χ <sup>2</sup>	P
8	27.6	0.0006

Στις απαντήσεις μεταξύ ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ του λόγου της μη επίσκεψης στον ιατρό και του τόπου διαμονής τους διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορές. Οι περισσότερες γυναίκες που ζουν σε πόλη ή επαρχία δεν επισκέπτονται συχνά το γιατρό τους από αμέλεια, ενώ οι περισσότερες που ζουν σε νησί για ψυχολογικούς λόγους (φόβοι) και για οικονομικούς λόγους.

**Πίνακας 3.α :** Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ γνώσης τους για την έναρξη των εξετάσεων και της μόρφωσής τους (Ερώτηση 1).

Αριθμός	ΕΝΗΛΙΚΙΩΣΗ	1 <sup>η</sup> ΓΕΝΝΑ	1 <sup>η</sup> ΣΕΞ. ΕΠΑΦΗ	ΑΛΛΟ	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	ΣΥΝΟΛΟ
ΔΗΜΟΤΙΚΟ	4	7	0	0	7	18
ΛΥΚΕΙΟ	5	8	28	0	10	51
ΑΕΙ	3	6	22	0	0	31
ΣΥΝΟΛΟ	12	21	50	0	17	100

ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ	ΤΙΜΗ Χ <sup>2</sup>	P
6	27.9	0.001

Στις απαντήσεις μεταξύ ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της γνώσης τους για την έναρξη των εξετάσεων και της μόρφωσής τους διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορές. Οι περισσότερες γυναίκες δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης γνωρίζουν ότι το Test Pap γίνεται μετά την πρώτη σεξουαλική

επαφή, ενώ οι περισσότερες γυναίκες που έχουν τελειώσει το δημοτικό πιστεύουν ότι πρέπει να γίνεται μετά την πρώτη γέννα.

**Πίνακας 3.β :** Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της συχνότητας του τεστ και της μόρφωσής τους (Ερώτηση 2).

Αριθμός	1/ ΕΤΟΣ	1/ 3 ΕΤΗ	ΠΟΤΕ	ΣΥΜΠΙΤΩΜΑΤΑ	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	ΣΥΝΟΛΟ
ΔΗΜΟΤΙΚΟ	0	8	7	0	3	18
ΛΥΚΕΙΟ	22	9	10	7	3	51
ΑΕΙ	12	5	9	5	0	31
ΣΥΝΟΛΟ	34	22	26	12	6	100

ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ	ΤΙΜΗ Χ <sup>2</sup>	P
8	22	0.004

Στις απαντήσεις μεταξύ ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της και της μόρφωσής τους μεταξύ της συχνότητας του τεστ διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορές. Οι περισσότερες γυναίκες δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης κάνουν το Test Pap μία φορά το χρόνο, ενώ οι περισσότερες που έχουν τελειώσει το δημοτικό κάνουν το Test Pap 1 φορά στα 3 χρόνια.

**Πίνακας 3.γ:** Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της πηγής ενημέρωσής τους και της μόρφωσής τους (Ερώτηση 3 ).

Αριθμός	ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ	ΙΑΤΡΟΙ	ΜΜΕ	ΦΙΛΟΙ	ΟΧΙ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ	ΣΥΝΟΛΟ
ΔΗΜΟΤΙΚΟ	1	2	4	6	5	18

<b>ΛΥΚΕΙΟ</b>	3	20	7	10	11	51
<b>ΑΕΙ</b>	1	18	4	4	4	31
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	5	40	15	20	20	100

<b>ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ</b>	<b>ΤΙΜΗ Χ<sup>2</sup></b>	<b>P</b>
8	11	<b>0.19</b>

Στις απαντήσεις μεταξύ ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της και της μόρφωσής τους της πηγής ενημέρωσης τους δεν διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορές. Οι περισσότερες γυναίκες δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης ενημερώνονται από τους γιατρούς τους, ενώ οι περισσότερες γυναίκες που έχουν τελειώσει το δημοτικό ενημερώνονται από φίλους.

**Πίνακας 2.δ:** Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της συχνότητας επισκέψεων στον γυναικολόγο και της μόρφωσής τους (Ερώτηση 5).

Αριθμός	ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΣΥΜΠΤΩΜΑ	1/ΕΤΟΣ	ΣΠΑΝΙΑ	ΣΥΧΝΑ	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	ΣΥΝΟΛΟ
<b>ΔΗΜΟΤΙΚΟ</b>	5	6	3	2	2	18
<b>ΛΥΚΕΙΟ</b>	20	8	15	4	4	51
<b>ΑΕΙ</b>	8	6	16	1	0	31
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	33	20	34	7	6	100

<b>ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ</b>	<b>ΤΙΜΗ Χ<sup>2</sup></b>	<b>P</b>
8	12.1	<b>0.15</b>

Στις απαντήσεις μεταξύ ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ

της συχνότητας επισκέψεων στον γυναικολόγο και της μόρφωσής τους δεν διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορές. Οι περισσότερες γυναίκες απόφοιτες δημοτικού και λυκείου πηγαίνουν στο γιατρό τους μετά από κάποιο σύμπτωμα, ενώ οι περισσότερες γυναίκες απόφοιτες των Α.Ε.Ι. πηγαίνουν σπάνια.

**Πίνακας 3.ε:** Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της συχνότητας αυτοεξέτασης του μαστού και της μόρφωσής τους (Ερώτηση 6).

Αριθμός	ΕΝΟΧΛΗΣΗ	1/ΜΗΝΑ	ΣΠΑΝΙΑ	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	ΣΥΝΟΛΟ
ΔΗΜΟΤΙΚΟ	10	2	3	3	18
ΛΥΚΕΙΟ	16	4	26	5	51
ΑΕΙ	10	0	19	2	31
ΣΥΝΟΛΟ	36	6	48	10	100

ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ	ΤΙΜΗ $\chi^2$	P
6	11.4	0.07

Στις απαντήσεις μεταξύ ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της συχνότητας αυτοεξέτασης του μαστού και της μόρφωσής τους διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορές. Οι περισσότερες γυναίκες απόφοιτες λυκείου και Α.Ε.Ι. κάνουν σπάνια αυτοεξέταση μαστού, ενώ οι περισσότερες γυναίκες που έχουν τελειώσει το δημοτικό κάνουν αυτοεξέταση μαστού όταν νιώσουν κάποιο σύμπτωμα.

**Πίνακας 3.στ:** Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της γνώσης των κινδύνων από την επίσκεψη στον γιατρό και της μόρφωσής τους (Ερώτηση 7).

Αριθμός	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΛΙΓΑ ΠΡΑΓΜΑΤΑ	ΣΥΝΟΛΟ
ΔΗΜΟΤΙΚΟ	3	7	8	18
ΛΥΚΕΙΟ	29	10	12	51
ΑΕΙ	12	9	10	31
ΣΥΝΟΛΟ	44	26	30	100

ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ	ΤΙΜΗ Χ <sup>2</sup>	P
4	9.25	0.06

Στις απαντήσεις μεταξύ ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της και της μόρφωσής τους της γνώσης των κινδύνων από την επίσκεψη στον γιατρό διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορές. Οι περισσότερες γυναίκες απόφοιτες λυκείου και Α.Ε.Ι. γνωρίζουν τους κινδύνους από τη μη επίσκεψη στο γιατρό τους, ενώ οι περισσότερες απόφοιτες δημοτικού γνωρίζουν λίγα πράγματα.

**Πίνακας 4.α:** Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της συχνότητας του τεστ και της οικονομικής τους κατάστασης (Ερώτηση 2).

Αριθμός	1/ ΕΤΟΣ	1/3 ΕΤΗ	ΠΟΤΕ	ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	ΣΥΝΟΛΟ
ΚΑΛΗ	6	8	16	0	3	33
ΑΡΚΕΤΑ ΚΑΛΗ	1	2	6	0	7	16
ΜΕΤΡΙΑ	1	10	26	0	5	42
ΧΑΜΗΛΗ	4	1	3	0	2	9
ΣΥΝΟΛΟ	12	21	50	0	17	100

ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ	ΤΙΜΗ Χ <sup>2</sup>	P
-------------------	---------------------	---

9	24	0.004
---	----	-------

Στις απαντήσεις μεταξύ ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της συχνότητας του τεστ και της οικονομικής τους κατάστασης διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορές. Το μεγαλύτερο ποσοστό γυναικών με μέτρια και καλή οικονομική κατάσταση απάντησαν ότι δεν έχουν κάνει ποτέ Test Pap. Ενώ αξιοσημείωτο είναι ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών με χαμηλή οικονομική κατάσταση κάνουν Test Pap μία φορά το χρόνο. Άρα συμπεραίνουμε ότι η οικονομική κατάσταση δεν παίζει ρόλο στη συχνότητα του Test Pap.

**Πίνακας 4.β :** Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της πηγής ενημέρωσης τους και της οικονομικής τους κατάστασης (Ερώτηση 3).

Αριθμός	ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ	ΙΑΤΡΟΙ	ΜΜΕ	ΦΙΛΟΙ	ΟΧΙ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ	ΣΥΝΟΛΟ
ΚΑΛΗ	1	11	4	8	9	33
ΑΡΚΕΤΑ ΚΑΛΗ	3	0	4	5	4	16
ΜΕΤΡΙΑ	1	25	3	7	6	42
ΧΑΜΗΛΗ	0	4	4	0	1	9
ΣΥΝΟΛΟ	5	40	15	20	20	100

ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ	ΤΙΜΗ Χ <sup>2</sup>	P
12	31	0.002

Στις απαντήσεις μεταξύ ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της και της οικονομικής τους κατάστασης της πηγής ενημέρωσης τους διαπιστώνονται στατιστικά

σημαντικές διαφορές. Το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών όλων των οικονομικών τάξεων ενημερώνεται από τους γιατρούς τους για τον προσυμπτωματικό έλεγχο του καρκίνου της μήτρας. Πιθανόν αυτό να συμβαίνει γιατί θεωρούν τους γιατρούς ότι έχουν περισσότερο κύρος στη γνώση.

**Πίνακας 4.γ :** Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της συχνότητας επίσκεψης στον γιατρό τους και της οικονομικής τους κατάστασης (Ερώτηση 5).

Αριθμός	ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΣΥΜΠΤΩΜΑ	1/ΕΤΟΣ	ΣΠΑΝΙΑ	ΣΥΧΝΑ	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	ΣΥΝΟΛΟ
ΚΑΛΗ	6	3	21	2	1	33
ΑΡΚΕΤΑ ΚΑΛΗ	4	4	2	3	3	16
ΜΕΤΡΙΑ	20	10	9	1	2	42
ΧΑΜΗΛΗ	3	3	2	1	0	9
ΣΥΝΟΛΟ	33	20	34	7	6	100

ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ	ΤΙΜΗ $\chi^2$	P
12	31.7	0.002

Στις απαντήσεις μεταξύ ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της συχνότητας επίσκεψης στον γιατρό τους και της οικονομικής τους κατάστασης διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορές. Το μεγαλύτερο ποσοστό γυναικών με καλή οικονομική κατάσταση επισκέπτονται σπάνια το γυναικολόγο τους, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό γυναικών με μέτρια και χαμηλή οικονομική κατάσταση επισκέπτονται το γιατρό τους αφού νοιώσουν κάποια συμπτώματα. Εδώ παρατηρείται ότι η οικονομική κατάσταση δεν παίζει ρόλο στη συχνότητα επίσκεψης στο γιατρό τους.

**Πίνακας 4.δ:** Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ των λόγων για την μη επίσκεψη στον ιατρό του συχνά και της οικονομικής τους κατάστασης (Ερώτηση 8).

Αριθμός	ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ	ΑΠΟΣΤΑΣΗ	ΦΟΒΟΣ	ΑΜΕΛΕΙΑ	ΑΛΛΟ	ΣΥΝΟΛΟ
ΚΑΛΗ	2	1	9	21	0	33
ΑΡΚΕΤΑ ΚΑΛΗ	3	2	2	9	0	16
ΜΕΤΡΙΑ	3	2	10	26	1	42
ΧΑΜΗΛΗ	0	0	3	6	0	9
ΣΥΝΟΛΟ	8	5	24	62	1	100

ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ	ΤΙΜΗ $\chi^2$	P
12	8.6	0.73

Στις απαντήσεις μεταξύ ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ των λόγων για την μη επίσκεψη στον ιατρό του συχνά και της οικονομικής τους κατάστασης δεν διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορές. Το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών ανεξαρτήτως οικονομικής κατάστασης δεν επισκέπτεται το γυναικολόγο τους εξαιτίας της αμέλειας. Εδώ παρατηρείται ότι ακόμα και οι γυναίκες χαμηλής οικονομικής κατάστασης δεν επισκέπτονται συχνά το γιατρό τους από αμέλεια και όχι από οικονομικούς λόγους ή εξαιτίας της απόστασης όπως θα ήταν αναμενόμενο.



### 1.3 ΔΥΣΗΤΗΣΗ

Η παρούσα ερευνητική μελέτη διεξήχθη με σκοπό να εκφραστούν οι απόψεις των γυναικών, αιτιολογία με την ηλικία τους, το κοινωνικό και μορφωτικό τους επίπεδο, την οικονομική τους κατάσταση και του τόπου διαμονής τους. Συγκεκριμένα επιδιώκουμε: να διαπιστώσουμε αν οι γυναίκες γνωρίζουν τη χρησιμοποίηση του Test-Pap και συμμετέχουν στο συγκεκριμένο προληπτικό έλεγχο, να διαπιστώσουν οι γυναίκες ενημέρωσής τους καθώς και οι ανασταθμικοί παράγοντες για τη συγκεκριμένη εξέταση.

Αρκετές έρευνες έγιναν στο παρελθόν για τον προληπτικό έλεγχο του καρκίνου της μήτρας σύμφωνα με μια έρευνα που έγινε στο Τ.Ε.Ι. Λαρίδας το 2000 σχετικά με την αυτοεξέταση μαστού σε δείγμα 85 φοιτητριών ηλικίας 20-30 ετών έδειξε ότι το 65% των φοιτητριών ήφεναν τον ρόλο που γίνεται η εξέταση και είχαν δικιά αυτοεξέταση μαστού σε αντίθεση με τη δική μας έρευνα που οι γυναίκες ηλικίας 20-30 ετών είχαν ελάχιστη αυτοεξέταση μαστού. Όσον αφορά την ενημέρωσή τους η ίδια έρευνα έδειξε ότι το 25% ενημερώνεται από τα Μ.Μ.Ε. ενώ το 45% από τη έχοσή τους (Νοσηλεύτρια). Η δική μας έρευνα έδειξε όμως ότι οι γυναίκες σε ποσοστό 27% ενημερώνονται από τον γιατρό ενώ ένα 12% από φίλους.

Μια άλλη έρευνα που έγινε στη μεγάλη πόλη της Πελοποννήσου σχετική με το Test-Pap και τον προληπτικό έλεγχο του καρκίνου της μήτρας σε 200 γυναίκες έδειξε ότι το 80% των γυναικών είναι ενήμερες για το Test-Pap και συμμετέχουν εαυτοί. Οι μεγαλύτερες σε ηλικία κάλυψαν το συγκεκριμένο έλεγχο ατόμη και σε μεγαλύτερη ηλικία απ'ότι απαιτείται ενώ οι μεγαλύτερες σε ηλικία το αποφεύγουν κυρίως για γυνολογικούς ρόλους. Η δική μας έρευνα έδειξε ότι το 50% των ερωτηθέντων γυναικών γνωρίζει για τη χρήση του Test-Pap και το 34% συμμετέχει εαυτοί. Οι μικρότερες σε ηλικία σε ποσοστό 24% κάλυψαν το συγκεκριμένο έλεγχο όσο ηλικία απαιτείται ενώ οι μεγαλύτερες σε ποσοστό 14% το αποφεύγουν λόγω αμέλειας.

## ~~1.3 ΣΥΖΗΤΗΣΗ~~

Τα αποτελέσματα σχετικά με το πότε πρέπει να γίνεται πρώτη φορά το Test Pap έδειξε ότι 50% των γυναικών γνωρίζουν ότι πρέπει να γίνεται μετά την πρώτη σεξουαλική επαφή, ενώ ένα 21% απάντησαν ότι γίνεται μετά την πρώτη γέννα. Στην ίδια ερώτηση παρατηρούμε ότι όσο μεγαλύτερη βαθμίδα εκπαίδευσης έχουν τόσο περισσότερο ενημερωμένες είναι για την έναρξη του Test Pap. Όσον αφορά τον τόπο διαμονής παρατηρείται ότι οι περισσότερες γυναίκες που ζουν σε επαρχία γνωρίζουν ότι πρέπει να γίνεται μετά την πρώτη σεξουαλική επαφή, ενώ ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό γυναικών που ζουν στην πόλη υποστηρίζει ότι πρέπει να γίνεται μετά την πρώτη γέννα.

Στην ερώτηση για το πόσο συχνά κάνουν Test Pap, 34% απάντησαν μια φορά το χρόνο, ενώ αξιοσημείωτο είναι ότι το 26% δεν έχουν κάνει ποτέ. Αυτό παρατηρείται κυρίως σε ηλικίες 36 και άνω ετών, οι οποίες δεν κάνουν τον προσυμπτωματικό έλεγχο από αμέλεια και γιατί δεν έχουν ενημέρωση. Οι περισσότερες που ζουν σε πόλεις και επαρχία κάνουν το Test Pap 1 φορά το χρόνο, ενώ αυτές που ζουν σε νησί δεν το κάνει καμία όσο συχνά χρειάζεται. Αξιοσημείωτο είναι ότι ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό γυναικών που ζουν στην πόλη δεν έχει κάνει ποτέ Test Pap.

Στην ερώτηση για τις πηγές ενημέρωσής τους το 40% απάντησαν ότι ενημερώνονται από γιατρούς, ενώ ένα 20% από φίλους και 20% δεν έχουν ενημέρωση. Εδώ παρατηρούμε ότι οι μικρότερες ηλικίες ενημερώνονται από γιατρούς, ενώ σε μεγαλύτερες ηλικίες δεν υπάρχει ενημέρωση. Επίσης παρατηρείται ότι στις βαθμίδες της ανώτερης εκπαίδευσης η ενημέρωση προέρχεται από γιατρούς, ενώ στις κατώτερες βαθμίδες ενημερώνονται από φίλους και γνωστούς. Το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών που ζουν σε πόλη και επαρχία ενημερώνονται από τους γιατρούς τους, ενώ αυτές που ζουν σε νησί ενημερώνονται από τα Μ.Μ.Ε. πιθανόν αυτό να συμβαίνει γιατί δεν έχουν τη δυνατότητα να πάνε συχνά στο γιατρό τους. Ακόμη ένα ποσοστό γυναικών που ζουν σε πόλη δεν έχουν ενημέρωση πιθανόν από αμέλεια.

Στην ερώτηση από πού θα θέλανε να ενημερώνονται σχετικά με την πρόληψη

της νόσου το 41% απάντησε από γιατρούς, το 25% από σεμινάρια και συζητήσεις, ενώ μόνο το 2% απάντησε από νοσηλευτές. Πιθανόν αυτό να συμβαίνει εξαιτίας της απόλυτης εμπιστοσύνης που δείχνει το δείγμα απέναντι στους γιατρούς και της έλλειψης εμπιστοσύνης απέναντι στο νοσηλευτικό προσωπικό. Απ' αυτό επισημαίνεται η έλλειψη ουσιαστικής συμβολής του νοσηλευτικού προσωπικού στον τόμεα της πρόληψης.

Στην ερώτηση για τη συχνότητα επίσκεψης στο γυναικολόγο τους, το 34% απάντησε ότι πηγαίνει σπάνια και το 33% όταν νοιώσει κάποιο σύμπτωμα. Αξιοσημείωτο όμως είναι ότι γνωρίζουν τους κινδύνους από τη μη συχνή επίσκεψη στο γυναικολόγο τους σε ποσοστό 44%, παρόλα αυτά δεν πηγαίνουν στο γιατρό τους από αμέλεια σε ποσοστό 62%. Οι περισσότερες γυναίκες που ζουν σε πόλη πηγαίνουν στο γυναικολόγο όταν νοιώσουν κάποια συμπτώματα, ενώ αρκετές απ' αυτές που ζουν σε επαρχία και νησί πηγαίνουν σπάνια. Αυτό πιθανόν να συμβαίνει εξαιτίας της ελλιπούς ενημέρωσής τους και από ψυχολογικούς λόγους.

Στην ερώτηση για το πόσο συχνά κάνουν αυτοεξέταση μαστού, 48% απάντησε σπάνια, 36% όταν νοιώσουν κάποια ενόχληση και μόνο 6% κάθε μήνα. Εδώ δεν παρατηρείται κάποια διαφορά ανάλογα με την ηλικία, τη μόρφωση, την οικονομική τους κατάσταση.

Οι περισσότερες γυναίκες που ζουν σε πόλη γνωρίζουν για τους κινδύνους της μη επίσκεψής τους στο γιατρό, ενώ αρκετές απ' αυτές που ζουν σε επαρχία και νησί γνωρίζουν λίγα πράγματα. Αυτό πιθανόν να συμβαίνει εξαιτίας της ελλιπούς ενημέρωσής τους σε θέματα υγείας. Εδώ φαίνεται και η έλλειψη της Πρωτοβάθμιας πρόληψης εκ μέρους των νοσηλευτών.

Ακόμη το μεγαλύτερο ποσοστό γυναικών που ζουν σε πόλη δεν πηγαίνει στον γιατρό τους από αμέλεια αν και γνωρίζει τους κινδύνους που συνεπάγεται αυτό. Ενώ γυναίκες που ζουν σε επαρχία και νησί δεν επισκέπτονται συχνά το γυναικολόγο τους εξαιτίας ψυχολογικών παραγόντων (φόβους) και για οικονομικούς λόγους. Αυτό μας δείχνει την έλλειψη ενημέρωσης στην επαρχία.

## 1.4 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα συμπεράσματα που εξάγονται από την παρούσα έρευνα είναι τα ακόλουθα:

1. Από τους ερωτηθέντες το μεγαλύτερο ποσοστό (54%) ανήκει στις ηλικίες 18 – 35 ετών.
2. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (52%) ζει σε πόλη.
3. Από τους ερωτηθέντες το μεγαλύτερο ποσοστό (42%) είναι, κατά την άποψή τους, μέτριας οικονομικής κατάστασης.
4. Οι περισσότεροι ερωτηθέντες (51%) στην παρούσα έρευνα είναι απόφοιτοι Λυκείου.
5. Οι περισσότεροι ερωτηθέντες (50%) γνωρίζουν ότι πρέπει να υποβληθούν στην εξέταση μετά την πρώτη σεξουαλική επαφή.
6. Επίσης το μεγαλύτερο ποσοστό (34%) κάνουν Test Pap 1 φορά κάθε χρόνο.
7. Οι περισσότεροι ερωτηθέντες (40%) ενημερώνονται από τους γιατρούς τους.
8. Το μεγαλύτερο ποσοστό (49%) στην παρούσα έρευνα θα ήθελαν να ενημερώνονται κυρίως από τους γιατρούς και μόνο το 2% από τους νοσηλευτές.
9. Το μεγαλύτερο ποσοστό (34%) επισκέπτονται το γυναικολόγο τους σπάνια και μόνο όταν νοιώσουν κάποια συμπτώματα.
10. Το μεγαλύτερο ποσοστό (48%) κάνουν σπάνια αυτοεξέταση μαστού και μόνο 6% κάθε μήνα.
11. Οι περισσότεροι ερωτηθέντες (44%) γνωρίζουν τους κινδύνους από τη μη συχνή επίσκεψη στο γυναικολόγο τους.
12. Το μεγαλύτερο ποσοστό (62%) δεν επισκέπτονται το γιατρό τους λόγω αμέλειας.

## 1.5 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Ανακεφαλαιώνοντας τα συμπεράσματα της εργασίας αυτής, θα προσπαθήσουμε να κάνουμε μερικές προτάσεις που αφορούν την αποτελεσματικότερη ενημέρωση των γυναικών στον προσυμπτωματικό έλεγχο του καρκίνου της μήτρας.

Ο πληθυσμός είναι αρκετά ενημερωμένος για τη χρήση του Test Pap και για τους κινδύνους της μη χρήσης του, παρόλα αυτά πηγαίνει σπάνια στο γιατρό. Η ενημέρωσή του προέρχεται κυρίως από γιατρούς, ενώ οι νοσηλευτές βλέπουμε ότι δεν έχουν ουσιαστικό ρόλο όσον αφορά την πρόληψη. Πρέπει λοιπόν να διευρυνθεί ουσιαστικά ο ρόλος των νοσηλευτών και εκτός νοσοκομείου, όπως στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Αυτό θα γίνει με την ενεργό συμμετοχή των νοσηλευτών σε προγράμματα ενημέρωσης του κοινού, σεμινάρια και συζητήσεις που αφορούν την πρόληψη και τον προσυμπτωματικό έλεγχο. Αυτό μπορεί να γίνει σε Κέντρα Υγείας και αν η προσέλευση δεν είναι επαρκής, να επεκταθεί ακόμη και κατ' οίκον.

Επίσης η καλύτερη οργάνωση του νοσοκομείου θα συμβάλλει στη μεγαλύτερη προσέλευση των ατόμων για προσυμπτωματικό έλεγχο όπως το Test Pap.

Τέλος θα πρέπει το κράτος να μεριμνήσει ώστε όλες οι γυναίκες ανεξαρτήτως ασφάλειας να τους παρέχεται δωρεάν η εξέταση (Test Pap) ώστε να υπάρχει μεγαλύτερη προσέλευση και στις κατώτερες οικονομικά τάξεις.

## 1.6 ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Αφού έγινε μια εκτενής και περιεκτική ανάλυση της συμβολής του προσυμπτωματικού ελέγχου (Test Pap) στην πρόληψη του καρκίνου της μήτρας, είδαμε το πόσο σημαντική είναι η χρήση του.

Τα συμπεράσματα από τη έρευνα συνοψίζονται στα εξής:

- Αρκετοί γνωρίζουν για την πρόληψη του καρκίνου της μήτρας και για τους κινδύνους που συνεπάγονται αν δεν επισκέπτονται συχνά το γιατρό τους, λίγοι όμως προβαίνουν στην απαραίτητη εξέταση.
- Η ενημέρωση αν και γίνεται από τους γιατρούς που τους θεωρούν έμπιστους, λίγοι είναι αυτοί που στο τέλος τους επισκέπτονται για προσυμπτωματικό έλεγχο.
- Τέλος βλέπουμε ότι οι νοσηλευτές δεν παίζουν ουσιαστικό ρόλο στην ενημέρωση των γυναικών.

## 1.7 SUMMARY

Since an extensive and concise analysis has been done on the influence of the test – pap to the prevention of the uterine cancer, we realized the significance of its use.

The conclusions of our research are the following:

- Many women know about the prevention of the uterine cancer as well as the dangers that may appear if they don' t often visit their doctor. However, only a few of them do the necessary test.

- Even if women are informed by their doctors who are considered to be trustworthy, only a few of them visit them for the test – pap.
- Finally, we realize that nurses do not play an essential role to the women' s information of the uterine cancer.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αγοραστός Θ., Μπόντης Ι.: «Καρκινογένεση στο γυναικείο γεννητικό σύστημα», Εκδόσεις University Studio, Θεσσαλονίκη 1997, σελ. 3, 125 – 127, 199 – 200.
2. Κατράκης Γ.: «Πρόληψη, Έγκαιρη διάγνωση και Διαφυγή απ' τον καρκίνο», Βιβλίο Δεύτερο, Τεύχος Πρώτο, Αθήνα 1980, σελ. 18 – 19.
3. Παπανικολάου Α.: «Γυναικολογία», Έκδοση 3<sup>η</sup>, Εκδόσεις Παρισιανός, Αθήνα 1994, σελ. 242 – 244, 250 – 252, 254 – 255, 258, 262 – 264, 266 – 267, 269.
4. Τριχοπούλου Α. και Τριχόπουλος Δ.: «Προληπτική Ιατρική», Εκδόσεις Παρισιανός, Αθήνα 1986, σελ.51.
5. Γούμενου Α., Ματαλλιωτάκης Ι., Νεονάκη Μ., Κουμαντάκης Ε.: «Laser στη Γυναικολογία», Μαιευτική και Γυναικολογία, Τόμος ΙΒ, Τεύχος 4, Οκτώβριος – Δεκέμβριος 1998, σελ.305 – 306.
6. Σταματόπουλος Π., Κασάπης Μ., Ασημακόπουλος Ε., Μανταλενάκης Σ.: «Αντιμετώπιση προδιηθητικών βλαβών του τραχήλου της μήτρας με CO<sub>2</sub> Laser», Μαιευτική και Γυναικολογία, Τόμος ΙΙ, Τεύχος 4, Αθήνα 1999, σελ.397.
7. TREVOR WESTON M.D. MRCGP: «Άτλας Ανατομίας», Μετάφραση: Σοκοδήμος Α., Εκδόσεις Κισσός, Αθήνα 1992, σελ. 136 – 138.
8. Αγοραστός Θ., Βαβίλης Δ., Μπόντης Ι.: «Πρόληψη του γυναικείου καρκίνου», Εκδόσεις University Studio, Θεσσαλονίκη 1999, σελ. 119 – 123, 144.
9. <http://www.unborn/body.htm>
10. <http://www.addgr.com/org/hc/leatnap.htm>



11. Πούγκουρα Π.: «Μαιευτική – Γυναικολογία», Αθήνα 1998, σελ. 24 – 41.
12. Malin Dollinger, Ernest Rosenbourn, Greg Cable: «Ο Καρκίνος», Εκδόσεις Κάτοπτρο, Αθήνα 1998, σελ. 630 – 637.
13. Κουρούνης Γ.: «Παθολογία τραχήλου μήτρας – κολποσκόπηση», Β' Έκδοση, Αθήνα 1991, σελ. 158, 161, 288, 247.
14. Παπαλουκάς Α.: «Εγχειρίδιο Γυναικολογίας και Μαιευτικής», Τόμος Α, Εκδόσεις University Studio, Θεσσαλονίκη 1998, σελ. 41 – 48.
15. <http://users.otenet.gr/~navar/cervix.htm>
16. Χαραλαμπίδης Γ.: «Κολποσκόπηση», Εκδόσεις Life and Woman, Θεσσαλονίκη 1996, σελ. 106 – 107.
17. <http://www.cancergroup.com/em13.html>
18. <http://www.wednet.gr/agogi/traxilos.htm>, Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής.
19. Μαλαρινού Μ. – Κωνσταντινίδου Σ.: «Νοσηλευτική, Παθολογική, Χειρουργική», Τόμος Β, Εκδόσεις Ταβιθά, Αθήνα 1995, σελ. 113, 153 – 154.
20. Σαχίνη Άννα, Καρδάση – Πάνου Μαρία: «Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική», Τόμος 1, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1996, σελ. 115 – 116.
21. Νικολούδη Π.: «Η συμβολή νοσηλεύτη στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση αρρώστου με καρκίνο», Νοσηλευτική, Μάιος 2000, Εύβοια, σελ. 174 – 175.

22. Ραγιά Αφρ.: «Ψυχοκοινωνική νοσηλευτική προσέγγιση αρρώστων με Ca», Νοσηλευτική, Μάιος 1997, σελ.96.
23. Πηλίχου Αικ. – Μποτζούρη Ουρ.: «Ο ρόλος του νοσηλευτή στη φροντίδα αρρώστου με καρκίνο και στην οικογένειά του», Νοσηλευτική, Εύβοια 2000, σελ. 175.
24. Μπατσολάκη Μ., Σαλατά Α., Μαρινέρας Χρ.: «Test Pap – Στάσεις και απόψεις του γυναικείου πληθυσμού», Νοσηλευτική, Εύβοια 2000, σελ.180.

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

# ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

## ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΗΤΡΑΣ – ΠΡΟΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Οι ερωτήσεις απαντώνται ανώνυμα και η έρευνα γίνεται για επιστημονικούς λόγους.

Δείγμα: 18 – 65 ετών

- **Ηλικία:** 18 – 35   
35 - 50   
50 και άνω
- **Τόπος διαμονής:** Πόλη   
Επαρχία   
Νησί
- **Οικονομική κατάσταση:** Καλή   
Αρκετά καλή   
Μέτρια   
Χαμηλή
- **Μόρφωση:** Δημοτικό   
Λύκειο   
Πανεπιστημιακή

## ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

1. Γνωρίζετε πότε πρέπει να γίνεται πρώτη φορά Test – Pap;

- α) Στην ενηλικίωση
- β) Μετά την 1<sup>η</sup> γέννα
- γ) Μετά την πρώτη σεξουαλική επαφή
- δ) Άλλο.....
- ε) Δεν ξέρω – δεν απαντώ


**2. Πόσο συχνά κάνετε Test – Pap;**

- α) 1 φορά το χρόνο
- β) 1 φορά στα 3 χρόνια
- γ) Δεν έχω κάνει ποτέ
- δ) Όταν νοιώσω κάποια συμπτώματα
- ε) Δεν ξέρω – δεν απαντώ


**3. Από πού ενημερώνεστε σχετικά με την πρόληψη του καρκίνου της μήτρας;**

- α) Από το νοσηλευτικό προσωπικό
- β) Από το ιατρικό προσωπικό
- γ) Από τα Μ.Μ.Ε.
- δ) Από φίλους
- ε) Δεν έχω ενημέρωση


**4. Από πού θα θέλατε να ενημερώνεστε σχετικά με την πρόληψη του καρκίνου της μήτρας;**

- α) Από το νοσηλευτικό προσωπικό
- β) Από το ιατρικό προσωπικό
- γ) Από σεμινάρια και συζητήσεις σχετικά με το θέμα
- δ) Από φίλους
- ε) Δεν έχω ενημέρωση


**5. Πόσο συχνά πηγαίνετε στο γυναικολόγο σας;**

- α) Όταν νοιώσω κάποιο σύμπτωμα
- β) Μια φορά το χρόνο
- γ) Σπάνια
- δ) Αρκετά συχνά
- ε) Δεν ξέρω - δεν απαντώ


**6. Πόσο συχνά κάνετε αυτοεξέταση μαστού;**

- α) Όταν νοιώσω κάποια ενόχληση
- β) Κάθε μήνα
- γ) Σπάνια
- δ) Δεν ξέρω - δεν απαντώ


**7. Γνωρίζετε για τους κινδύνους που μπορεί να αντιμετωπίσετε στο μέλλον αν δεν επισκέπτεστε συχνά το γιατρό σας;**

- α) Ναι
- β) Όχι
- γ) Πολύ λίγα πράγματα


**8. Για ποιο λόγο δεν επισκέπτεστε συχνά το γιατρό σας;**

- α) Για οικονομικούς λόγους
- β) Λόγο απόστασης
- γ) Λόγο ψυχολογικών παραγόντων (φόβος)
- δ) Από αμέλεια
- ε) Άλλο.....
