

ΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Η Θέση και η Στάση της Νοσηλευτικής στις ψυχολογικές επιπτώσεις του ιού HPV στις πάσχουσες γυναίκες.

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ

Dr. Παπαδημητρίου Μαρία

Καθηγήτρια

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ

Γιαννίμπα Χριστίνα
Κότσικου Ελεονώρα
Φοιτήτριες

ΠΑΤΡΑ 2010

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Αφιέρωση

Πρόλογος

Εισαγωγή

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1 : Κατώτερο γεννητικό σύστημα της γυναίκας

1.1	Ανατομία αιδοίου.....	7
1.2	Ανατομία τραχήλου	7
1.3	Εξωτράχηλος.....	8
1.4	Ενδοτράχηλος.....	9
1.5	Τρία είδη επιθηλίων τραχήλου.....	9

Κεφάλαιο 2 : Ιός ανθρώπινων θηλωμάτων (Human Papilloma Virus)

2.1	Ορισμός του ιού HPV (Ιός των ανθρώπινων θηλωμάτων).....	10
2.1.1	Ορισμός κονδυλωμάτων. Αλήθεια και πλάνες.....	10
2.1.2	Φυσική ιστορία και επιδημιολογία της HPV λοίμωξης στον τράχηλο της μήτρας	12
2.1.3	Κλινική εικόνα- Συμπτωματολογία.....	14
2.1.4	Μορφές του ιού HPV.....	14
2.1.5	Τυποποίηση ιών.....	15
2.1.6	Τρόπος μετάδοσης του ιού HPV	16
2.1.7	Παράγοντες κινδύνου που επηρεάζουν αύξηση ή μείωση συμπτωμάτων	17
2.1.8	Ποσοστά νοσηρότητας – ποσοστά ανάπτυξης Ca τραχήλου μήτρας – Θνησιμότητα.....	17
2.2.	Διαγνωστικές μέθοδοι	18
2.2.1	Θεραπεία	20

2.2.2 Καταστρεπτικές Μέθοδοι.....	20
2.2.3 Αφαιρετικές Μέθοδοι.....	21
2.2.4 Νοσηρότητα και Θνησιμότητα ως συνέπεια της μη τήρησης της θεραπείας.....	21

Κεφάλαιο 3 :Πρόληψη

3.1 Εμβόλια.....	23
3.2 Τεστ Παπανικολάου και νέα μέθοδος (Thin Prep).....	26
3.3 Ο ρόλος κοινοτικού νοσηλευτή στην πρόληψη ασθένειας και προαγωγής υγείας.....	28
3.4 Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας για την εκπαίδευση της νόσου.....	29
3.5 Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας στη Συμβουλευτική ασθενών με μόλυνση HPV και οικογενειακού περιβάλλοντος.....	30
3.6 Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας στην ενημέρωση και εκπαίδευση ασθενών μετά από τη διάγνωση ή θεραπεία.....	31
3.7 Ο ρόλος του ιατρού στην εκπαίδευση και καθοδήγηση του ασθενή.....	32

Κεφάλαιο 4 : Ψυχολογία

4.1 Γενικοί ορισμοί ψυχολογίας	
4.1.1 «Άγχος».....	36
4.1.2 «Κατάθλιψη».....	36
4.1.3 «Φοβία».....	37
4.1.4 «Ένταση».....	37
4.1.5 «Σωματικό εγώ».....	37
4.1.6 «Αίσθημα ενοχής».....	37
4.2 Συναισθήματα ασθενούς κατά την γνωστοποίηση της διάγνωση της μόλυνσης από HPV.....	38
4.3 Συναισθήματα ασθενών πριν και κατά την κολποσκόπηση.....	41
4.4 Συναισθήματα ασθενών μετά την κολποσκόπηση.....	44
4.5 Συναισθήματα ασθενούς κατά την γνωστοποίηση προκαρκινικών ή καρκινικών αλλοιώσεων.....	46
4.6 Εμπόδια σε Συνέχεια θεραπείας ανώμαλων τεστ Παπανικολάου.....	48
4.7 Ψυχολογική υποστήριξη ασθενούς και της οικογένειάς.....	49
4.8 Μορφές ψυχοθεραπείας και Οι χρησιμοποιούμενες εναλλακτικές θεραπείες.....	50

Κεφάλαιο 5: Ηθικά Δεοντολογικά και Νομοθετικά Ζητήματα

5.1	Ιατρικό απόρρητο ως φυσικός κανόνας.....	51
5.2	Ιατρικό απόρρητο ως ηθικός κανόνας.....	52
5.3	Ιατρικό απόρρητο ως δεοντολογική υποχρέωση	53
5.4	Ιατρικό απόρρητο και Ελληνικό Δίκαιο.....	55
5.5	«Κατά συνθήκη» παραβιάσεις του ιατρικού απορρήτου.....	57

Κεφάλαιο 6: Νοσηλευτική Θεραπευτική Προσέγγιση ασθενούς

6.1	Προσέγγιση ασθενούς με βάση, την επίκληση του συναισθήματος	61
6.2	Ο υποστηρικτικός ρόλος του νοσηλευτή στη θεραπευτική συμμαχία.....	61
6.3	Υποστήριξη στην αποδοχή της ασθένειας.....	63
6.4	Η προσωποκεντρική προσέγγιση του ασθενούς.....	64
6.5	Η προσέγγιση του ασθενούς που αμύνεται	64

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Έρευνα : Υλικό και Μέθοδος.....	67
Συζήτηση	135
Συμπεράσματα.....	145
Προτάσεις	146
Περίληψη	147
Βιβλιογραφία	150
Παράρτημα	156

Αφιέρωση ...

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε ιδιαίτερα τον Dr. Σακελλαρόπουλο Γεράσιμο, (μαιευτήρας-γυναικολόγος), για το υλικό που μας έδωσε, την Dr. Παπαδημητρίου Μαρία που μας βοήθησε στο συντονισμό της εργασίας μας, όπως επίσης θα θέλαμε να πούμε ένα μεγάλο «ευχαριστώ» στις γυναίκες που συμπλήρωσαν εθελοντικά τα ερωτηματολόγια, βοηθώντας μας να φέρουμε εις πέρας την έρευνά μας.

Πρόλογος

«Ανοίγω για ακόμη μια φορά το παράθυρο. Η αναπνοή μου θολώνει το τζάμι και από πίσω προσπαθώ να δω τον δρόμο, τον δρόμο απέναντι, αυτόν που σήμερα θα περάσω, γιατί τελικά ΣΗΜΕΡΑ είναι μια άλλη ημέρα. Κοιτάω την ώρα, κάτι αρνητικό πάει να με χαλάσει, το διώχνω γρήγορα, δεν το επιτρέπω. Πάλι «βοήθα, Παναγία μου», κανένα «Δόξα σοι ο Θεός»;

Ανάβω πάλι τσιγάρο, ξανακάνω καφέ. Μου φαίνεται ότι έχω λίγο ιδρώσει και με πονάει το στομάχι. Θα 'ναι από το κάπνισμα, σκέφτομαι. Πρέπει να κερδίσω χρόνο όσο περισσότερο γίνεται. Δε με ενδιαφέρει το παρελθόν, είναι για τα λάθη μου, ούτε το μέλλον, είναι για τους πολιτικούς. Με νοιάζει το τώρα, αυτή η σημαντική στιγμή. Θέλω να βρω τη δύναμη και να ανοίξω την πόρτα μόνη μου χωρίς κανέναν από πίσω μου, να περάσω απέναντι χωρίς καμιά ανθρώπινη παρουσία, ούτε καν το βλέμμα των δικών μου από την πιο μικρή σχισμή...»¹

Εισαγωγή

«Είχαμε μάθει να ξορκίζουμε και όχι να αντιμετωπίζουμε το κακό. Η άγνοια και η ημιμάθεια μας οδηγούν σε κακούς χειρισμούς και δυσκολεύουν την ίαση...»¹

Όπως είναι γνωστό, η νοσηλευτική έρευνα μελετά τις διεργασίες και την πρακτική της νοσηλευτικής φροντίδας και επικεντρώνεται στη συνεχή βελτίωση της νοσηλευτικής πρακτικής. Η νοσηλευτική έρευνα άρχισε με την Florence Nightingale. Ωστόσο, για αρκετά χρόνια, μετά την Nightingale πολύ λίγα βρίσκονται στη νοσηλευτική βιβλιογραφία που να αφορούν νοσηλευτική έρευνα.² Μέσω αυτής της εργασίας, θέλουμε να προάγουμε θετικές πρακτικές υγείας στον πληθυσμό, και να διευρύνουμε τις γνώσεις μας μεταλαμπαδεύοντάς αυτές στους συναδέλφους μας.

Οι χώροι προβληματισμού που ενδιαφέρουν τους νοσηλευτές-ερευνητές είναι τόσοι πολλοί και διαφορετικοί, όσο και τα ενδιαφέροντα των νοσηλευτών, η πολυπλοκότητα των πλαισίων στα οποία ασκούν οι νοσηλευτές, η πολυπλοκότητα της ανθρώπινης φύσης, καθώς και η προσωπικότητα του κάθε νοσηλευτή.²

Το θέμα μας αναφέρεται στις γυναίκες που πάσχουν από τον ιό HPV και την ψυχολογία αυτών. Το θέμα μας είναι αρκετά εξειδικευμένο. Η ειδίκευση δεν είναι μια ιδιορρυθμία της εποχής. Είναι ανάγκη και χρέος. Εκεί όπου άλλοτε υπήρχε μία γνώση, μια επιστήμη, δημιουργήθηκαν, σαν πρώτη ρωμαλέα ρίζα, πολλές επιστήμες. Και από την καθεμιά, από τις πολλές αυτές επιστήμες, απλώθηκαν κλαδιά που αργότερα έγιναν δέντρα ικανά να πετάξουν άλλα κλαδιά. Από στιγμή σε στιγμή η ανθρώπινη γνώση μεγαλώνει, πλήθη βιβλίων στοιβάζονται στις βιβλιοθήκες, πλήθη εργαστηρίων διευκολύνουν τις λεπτομερειακότερες έρευνες, πλήθη επιστημόνων και τεχνικών, κατακτούν τις σκοτεινές επικράτειες του αγνώστου. Έτσι, η ειδίκευση γίνεται αναπόδραστη ανάγκη. Πουθενά δεν αρκεί ο ένας, χρειάζονται οι πολλοί.³

Οι έρευνές μας, έχουν ως σκοπό να προσδιορίσουν τις ψυχολογικές επιπτώσεις του ιού HPV στις πάσχουσες γυναίκες, όπως επίσης να προσδιοριστεί η θέση η στάση και οι γνώσεις του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στις ψυχολογικές επιπτώσεις του ιού στις πάσχουσες. Η έρευνα που αφορά τις πάσχουσες έλαβε χώρα σε νοσοκομεία και ιδιωτικά γυναικολογικά ιατρεία της Αθήνας και συμμετείχαν 84 γυναίκες πάσχουσες από HPV, ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση. Ως όργανο μέτρησης χρησιμοποιήθηκε γραπτό ερωτηματολόγιο, αποτελούμενο από 28 ερωτήσεις.

Η δεύτερη έρευνα έλαβε χώρα σε νοσοκομεία και ιδιωτικές κλινικές της Αθήνας και της Πάτρας και συμμετείχαν 100 συνάδελφοι νοσηλευτές. Ως όργανο μέτρησης χρησιμοποιήθηκε γραπτό ερωτηματολόγιο, αποτελούμενο από 20 ερωτήσεις.

Ο ερευνητικός τομέας που θα ασχοληθούμε είναι κλινικός. Η μέθοδός μας στηρίχθηκε στο περιγραφικό μοντέλο έρευνας με βάση το οποίο περιγράφονται μεταβλητές και συγκρίνονται ομάδες ατόμων για κάποια μεταβλητή.

Επιπλέον χαρακτηρίζεται ως ποσοτική λόγω του ότι οι ψυχοκοινωνικές κλίμακες είναι μέθοδοι αυτοαναφοράς για ποσοτική μέτρηση της έντασης, χαρακτηριστικών, όπως οι ιδιότητες προσωπικότητας, θέσης, ανάγκης και αντιλήψεις.² Υποθέτουμε ότι οι πάσχουσες γυναίκες με ιό HPV δε λαμβάνουν την απαραίτητη ψυχολογική υποστήριξη που θα έπρεπε, όπως επίσης υποθέτουμε ότι αυτές οι γυναίκες αποκομίζουν σοβαρές ψυχολογικές επιπτώσεις καθ' όλη τη διάρκεια της λοίμωξης από HPV (από την ώρα που οι γυναίκες ενημερώνονται για τον ιό που φέρουν, έως και μετά τη θεραπεία).

Επιπλέον, ως σχέδιο έρευνας ορίσαμε την επίσκεψη μας στη Γυναικολογική Κλινική «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ» και συγκεκριμένα το τμήμα κολποσκοπήσεων, καθώς και ιδιωτικά γυναικολογικά ιατρεία της Αθήνας για να μοιράσουμε τα ερωτηματολόγια μας σε ασθενείς γυναίκες που πάσχουν από τον ιό HPV.

Τον πληθυσμό του δείγματος μας, τον επιλέξαμε με βάση ορισμένα κριτήρια. Για την συλλογή των στοιχείων της έρευνάς μας χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο κατάλληλα σχεδιασμένο από την ομάδα με την καθοδήγηση της υπεύθυνης καθηγήτριας το οποίο και απευθυνόταν σε 84 γυναίκες πάσχουσες από HPV. Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

Η νοσηλευτική έρευνα επειδή κατά κανόνα περιλαμβάνει ανθρώπινα υποκείμενα, έχει ιδιαίτερη ευθύνη να εκτελεί ηθικές, αλλά και επιστημονικά πλήρεις μελέτες.

Η ηθική λοιπόν, ονομάζεται εκείνος ο κλάδος της φιλοσοφίας που ενδιαφέρεται για δυο βασικές ερωτήσεις: «Τι είναι σωστό ή καλό;» και «τι θα έπρεπε να κάνω εγώ;». Κατά τη διάρκεια των ερευνητικών διαδικασιών οι ερευνητές ως μέλη μιας επιστημονικής κοινότητας, είναι υποχρεωμένοι να κάνουν διάφορες ηθικές επιλογές.

Η επιστήμη έχει μια ιστορία παραβίασης των δικαιωμάτων των ανθρώπων με το πρόσχημα της επιστημονικής γνώσης. Οι σύγχρονοι κώδικες ηθικής της έρευνας προέρχονται από τον κώδικα της Νυρεμβέργης και τη Διακήρυξη του Ελσίνκι. Το Belmont Report είναι ένας κώδικας ηθικής που υιοθέτησε από την εθνική επιτροπή για την προστασία των ανθρώπινων υποκειμένων, βιοϊατρικής και συμπεριφορικής έρευνας των ΗΠΑ. Τα δικαιώματα των υποκειμένων της έρευνας στηρίζονται στις 3 αρχές που θεσπίστηκαν από το Belmont Report και είναι: α) το δικαίωμα να μην υποστούν βλάβη, β) το δικαίωμα για πλήρη διαφάνεια, γ) το δικαίωμα αυτοαπόφασης, δ) το δικαίωμα για ιδιωτικότητα, ανωνυμία και εμπιστευτικότητα.²

Εμείς στηριζόμενες στα δικαιώματα των υποκειμένων της έρευνας κατά Belmont Report δώσαμε τα ερευνητικά μας ερωτηματολόγια στα υποκείμενα της έρευνας τονίζοντας τους ότι η συμμετοχή τους είναι εθελοντική, καθώς και ότι τα στοιχεία τους θα είναι απόρρητα και για καθαρά δική μας χρήση, ειδικά για την έρευνα. Υπάρχει πλήρης διαφάνεια των αποτελεσμάτων μας ως προς τα υποκείμενα.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1: Κατώτερο γεννητικό σύστημα της γυναίκας

Το κεφάλαιο αυτό, είναι απαραίτητο, για να κατανοήσει κανείς τη διαδικασία καρκινογένεσης, από τους ιούς HPV στον τράχηλο, διότι δίνει βασικές γνώσεις για την καλύτερη κατανόηση της κολποσκόπησης.

1.1 Ανατομία αιδοίου

Το αιδοίο αποτελείται από δύο βαριά χείλη, τα οποία ονομάζονται μεγάλα χείλη του αιδοίου και τις εξωτερικές κατασκευές που περιέχονται σε αυτά. Η έξω επιφάνεια των μεγάλων χειλέων αποτελείται από δέρμα και λίπος και καλύπτεται από το ηβικό τρίχωμα. Η έσω επιφάνεια μοιάζει με βλεννογόνο υμένα. Τα χείλη εκτείνονται από το εφήβαιο, ένα κομμάτι λίπους που καλύπτει την ηβική χώρα, έως το περίνεο. Η λειτουργία των μεγάλων χειλέων, είναι να καλύπτουν και να προστατεύουν την είσοδο του κόλπου.

Στο εσωτερικό των μεγάλων χειλέων βρίσκονται δύο μικρότερα που ονομάζονται μικρά χείλη του αιδοίου. Αυτά τα λεπτότερα χείλη συναντώνται για να φτιάξουν μια μερική καλύπτρα που ονομάζεται ακροπροσθία, και η οποία καλύπτει ένα μικροσκοπικό, στυτικό όργανο, την κλειτορίδα. Αυτή η κατασκευή είναι μια μικρή, επιμήκης μάζα ιστού, νεύρων και μύος, πλούσια τροφοδοτημένη από αιμοφόρα αγγεία και καλυμμένη με βλενώδη υμένα. Οι Βαρθολίνειοι αδένες, εκκρίνουν ένα βλενώδες, λιπαντικό υλικό κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής πράξης. Ένας αδένας βρίσκεται σε κάθε πλευρά της εισόδου του κόλπου. Κάτω από την κλειτορίδα υπάρχουν δύο υπερυψωμένες κορυφές με ένα άνοιγμα ανάμεσά τους, το στόμιο της ουρήθρας. Ακριβώς, κάτω από το στόμιο της ουρήθρας είναι μια πτυχή βλενώδους μεμβράνης όπου ονομάζεται παρθενικός υμένας και προστατεύει το άνοιγμα του κόλπου.⁴

1.2 Ανατομία τραχήλου

Ο τράχηλος είναι ένα από τα δύο κυριότερα μέρη της μήτρας. Το σώμα της μήτρας είναι το τμήμα ακριβώς από πάνω και παρακείμενα του τραχήλου⁵. Το στενότερο τμήμα του σώματος της μήτρας στο χαμηλότερο άκρο, ή ισθμός, είναι ακριβώς πάνω από τον τράχηλο. Ο τράχηλος, ή λαιμός της μήτρας, εκτείνεται από τον ισθμό προς τον κόλπο. Είναι το στενότερο, κυλινδρικό τμήμα της μήτρας, όπου εισέρχεται στον κόλπο διαμέσου των τοιχωμάτων του κόλπου. Στις περισσότερες γυναίκες το μήκος του είναι 2 με 4 εκατοστά. Προηγουμένως ο τράχηλος διαχωρίζεται από την κύστη με λιπώδη ιστό και συνδέεται πλαγίως με το παραμήτριο. Ο τράχηλος λαμβάνει την

προμήθεια αίματός του από το παραμήτριο. Το χαμηλότερο μέρος του τραχήλου εφάπτεται στο θόλο του κόλπου και καλύπτεται με μια βλεννώδη μεμβράνη.

Το ενδοτραχηλικό κανάλι είναι ένα πέρασμα μεταξύ του χαμηλότερου ανοίγματος του τραχήλου και το ανώτερου ανοίγματος. Είναι επενδυμένα με στήλες επιθηλιακών κυττάρων. Ο εξωτράχηλος και ο κόλπος είναι επενδυμένοι με πλακώδη επιθηλιακά κύτταρα. Το σημείο στο οποίο αυτοί οι δύο τύποι των επιθηλιακών κυττάρων συναντιούνται λέγεται ζώνη μετάπλασης. Η ζώνη μετάπλασης είναι το σύνηθες σημείο τραχηλικού καρκινώματος.⁵ Οι ογκογόνοι HPV κατά προτίμηση προσβάλλουν το πρώιμο μεταπλαστικό επιθήλιο στη ζώνη μετάπλασης, δημιουργώντας σε ευαίσθητα άτομα, υποκλινικές φλεγμονές, μερικές εκ των οποίων, θα εξελιχθούν σε προκαρκινικές αλλοιώσεις.⁶

1.3 Εξωτράχηλος

Εξωτράχηλος καλείται το τμήμα του τραχήλου, το οποίο βλέπουμε κατά τη διάρκειας της γυναικολογικής εξέτασης.⁶ Ο εξωτράχηλος καλύπτεται από πλακώδες επιθήλιο όπου φυσιολογικά δεν κερατινοποιείται. Στις ανώτερες στιβάδες του, αναπτύσσεται, ωριμάζει και παράγει γλυκογόνο, ανταποκρινόμενο σε οιστρογονικά ερεθίσματα. Αντίθετα, η προγεστερόνη εμποδίζει την ωρίμανσή του.

Στο ώριμο πολύστοιβο πλακώδες τραχηλικό επιθήλιο διακρίνονται 3 στιβάδες κυττάρων. Πρώτον, η στοιβάδα των βασικών κυττάρων, δεύτερον η διάμεση ζώνη και τρίτον, η επιπολής στοιβάδα.

Η βασική στοιβάδα έχει πάχος 1-2 κυττάρων με λιγιστό κυτταρόπλασμα και ωοειδείς-σφαιρικούς πυρήνες με πυκνή χρωματίνη. Εδώ υπάρχει μιτωτική δραστηριότητα, αλλά απουσιάζουν οι ανώμαλες μιτώσεις.

Η διάμεση ζώνη περιλαμβάνει: πρώτον, τα αμέσως άνωθεν της βασικής στοιβάδας κύτταρα, τα γνωστά ως «παραβασικά», που είναι ελαφρώς μεγαλύτερα λόγω αύξησης του κυτταροπλάσματός τους, και έχουν πιο αραιοχρωματικούς πυρήνες, και δεύτερον τα κύτταρα του υπολοίπου άνω μισού, τα γνωστά και ως «διάμεσα», τα οποία έχουν ακόμη πιο άφθονο κυτταρόπλασμα και ελαφρώς μικρότερους φυσαλλιδώδεις πυρήνες.

Τέλος, η επιπολής στοιβάδα περιλαμβάνει τα τελικώς διαφοροποιημένα πλακώδη αποφολιδούμενα κύτταρα, με μικρούς αποστρογγυλωμένους πυκνωτικούς πυρήνες και άφθονο ηωσινόφιλο κυτταρόπλασμα.

Η ανάπτυξη των κυττάρων του πλακώδους επιθηλίου περιορίζεται στα βασικά και παραβασικά, ενώ η ωρίμανσή τους γίνεται στη διάμεση ζώνη και συνίσταται στην εκσεσημασμένη αύξηση του

κυτταροπλάσματος τους με τη συσσώρευση άφθονου γλυκαγόνου, το οποίο είναι υπεύθυνο, για την κενοτοπιώδη / κοιλοκυτταροειδή εμφάνισή τους.

Διάφορα άλλα κύτταρα δυνατόν να παρατηρηθούν στο πλακώδες επιθήλιο, όπως Langerhans, μελανοφόρα και ενδοκρινή κύτταρα.⁷

1.4 Ενδοτραχήλος

Κατά τη διάρκεια της γυναικολογικής εξέτασης, συνήθως βλέπουμε εκτός από τον εξωτραχήλο, ένα τμήμα του ενδοτραχηλικού σωλήνα, το οποίο αποκαλύπτεται λόγω της διάνοιξης των σκελών του μητροσκοπίου ⁶. Ο ενδοτραχήλος καλύπτεται από μονόστιβο βλεννοεκκριτικό επιθήλιο από κυλινδρικά κύτταρα, με μικρό και σχετικά πυκνό σε χρωματίνη πυρήνα στην βάση τους. Οι μιτώσεις απουσιάζουν σχεδόν πάντα από τα φυσιολογικά ενδοτραχηλικά κύτταρα.

Άλλοι τύποι κυττάρων που παρατηρούνται στο ενδοτραχηλικό επιθήλιο είναι τα κροσσωτά, τα εφεδρικά και τα ενδοκρινή κύτταρα.

Το κυλινδρικό ενδοτραχηλικό επιθήλιο επενδύει συγκλίνουσες πτυχώσεις και διακλαδούμενες καταδύσεις του ενδοτραχηλικού βλεννογόνου, που σχηματίζουν τα καλούμενα «αδένια» του ενδοτραχήλου. ⁷

1.5 Τρία είδη επιθηλίων του τραχήλου

Κατά τη διάρκεια της κολποσκόπησης, διακρίνουμε συνήθως τρία είδη επιθηλίων: α) το ώριμο πλακώδες επιθήλιο, το οποίο βρίσκεται στην εξωτερική περιφέρεια του τραχήλου, δηλαδή προς τους κολπικούς θόλους. β) το κυλινδρικό επιθήλιο που βρίσκεται γύρω από το έξω τραχηλικό στόμιο και γ) το μεταπλαστικό επιθήλιο, το οποίο βρίσκεται μεταξύ των άλλων δύο επιθηλίων και συνιστά την ζώνη μετάπλασης.⁶

Κεφάλαιο 2: Ιός ανθρώπινων θηλωμάτων (Human Papiloma Virus)

2.1 Ορισμός του ιού HPV (Ιός ανθρώπινων θηλωμάτων)

Οι ιοί είναι, οι μικρότεροι σε μέγεθος μολυσματικοί παράγοντες. Το μέγεθός τους κυμαίνεται από 10 nm έως 300 nm. Οι HPV ιοί έχουν διάμετρο 54 nm.

Ο ιός HPV κατατάσσεται στους θηλωματοϊούς. Οι θηλωματοϊοί (Papiloma Viruses), είναι μία μεγάλη οικογένεια ιών που προσβάλλουν το ζωικό βασίλειο. Καλούνται θηλωματοϊοί, διότι, προκαλούν θηλώματα (Papilomas).

Έχουν ειδίκευση για τον ξενιστή. Δηλαδή, υπάρχουν διάφορες ομάδες θηλωματοϊών. Εκ των οποίων: οι Human Papiloma Viruses- HPV προσβάλλουν τον άνθρωπο, οι Bovine Papiloma Viruses προσβάλλουν τα βοοειδή, οι Canine Papiloma Viruses τους σκύλους, οι Cattle Papiloma Viruses τα πρόβατα και οι Rabbit Papiloma Viruses τους λαγούς.

Λόγω της ειδίκευσης ο ιός HPV, δεν προσβάλλει τα ζώα και αντίστροφα οι θηλωματοϊοί των ζώων δεν προσβάλλουν τον άνθρωπο.⁶

Τους ιούς HPV τους διακρίνουμε σε αυτούς που προσβάλλουν το δέρμα και προκαλούν δερματικές βλάβες και σε αυτούς που δημιουργούν κονδυλώματα προσβάλλοντας τους βλεννογόνους. Πάνω από 100 τύποι του ιού περιλαμβάνονται στην οικογένεια των HPV εκ των οποίων 35-40 έχουν, ιδιαίτερη συμπεριφορά στο επιθήλιο του γεννητικού βλεννογόνου⁸

2.1.1 Τι εννοούμε με τον όρο κονδυλώματα. Αλήθεια και πλάνες.

Τα οξυτενή κονδυλώματα ήταν γνωστά από την αρχαιότητα και θεωρούνταν ακόμα και τότε σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα. Το 1930-1940 υπήρχαν επιστημονικές παρατηρήσεις, για θηλωματοϊούς και καρκινώματα στα ζώα. Αξιοσημείωτο είναι ότι 2 αιώνες πριν οι Rigoni και Stern διατύπωσαν την άποψη ότι ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας έχει χαρακτήρα λοιμώδους νοσήματος. Μέχρι και τη δεκαετία 1970-1980 οι πληροφορίες που υπήρχαν για τα κονδυλώματα ήταν πολύ περιορισμένες και όταν αναφέρονταν στον όρο κονδυλώματα εννοούσαν μόνο τα οξυτενή, γνωρίζοντας όμως ότι προκαλούνται από ιό.

Δεν υπήρχαν πληροφορίες για την υποκλινική νόσο, δηλαδή αυτά που δε φαίνονται. Ούτε όμως για την ύπαρξη πολλών ειδών θηλωματοϊών που μολύνουν το κατώτερο γεννητικό σύστημα. Και ότι μερικοί από αυτούς προκαλούν προκαρκινικές αλλοιώσεις και καρκίνο. Το 1975 πρώτος ο zur Hausen διατύπωσε την άποψη ότι ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας προκαλείται από HPV φλεγμονές.⁶

Σήμερα, γνωρίζουμε ότι πάνω από 150 γονότυποι των ιών HPV έχουν περιγραφεί. Το κατώτερο γεννητικό σύστημα βρέθηκε ότι προσβάλλεται περίπου από 40 HPV, οι οποίοι ονομάζονται γεννητικοί τύποι. Οι γεννητικοί τύποι των HPV μεταδίδονται μέσω της σεξουαλικής επαφής. Είναι πιθανό να προκύψουν αλλοιώσεις, εάν το ανοσοποιητικό σύστημα επιτρέψει μετά τη μόλυνση, να ακολουθήσει φλεγμονή. Όπως προαναφέρθηκε, οι αλλοιώσεις που γνωρίζαμε από παλιά, ήταν τα οξυτενή κονδυλώματα. Όμως, τα οξυτενή κονδυλώματα ήταν κλινικώς εμφανείς αλλοιώσεις. Με τα οξυτενή πάντοτε συνυπάρχουν υποκλινικές αλλοιώσεις, οι οποίες με την απλή κλινική εξέταση, δεν είναι ορατές.⁸

Τα οξυτενή κονδυλώματα προκαλούνται σε ποσοστό 91% από τους τύπους 6 και 11, δεν έχουν καμία σχέση με τον καρκίνο, διότι προκαλούν κατά κανόνα, καλοήθεις αλλοιώσεις. Η συχνότητα των οξυτενών κονδυλωμάτων υπολογίζεται περίπου 1% του γενικού πληθυσμού.

Καλοήθεις αλλοιώσεις, είτε αυτές είναι εμφανείς είτε όχι, προκαλούνται από τους καλοήθεις ιούς HPV. Αυτές οι αλλοιώσεις, είναι διεθνώς γνωστές με τον όρο LGSIL (Low Grade Squamous Intraepithelial Lesions- χαμηλού βαθμού ενδοεπιθηλιακές αλλοιώσεις εκ πλακώδους επιθηλίου). Υπάρχει μια εξαίρεση του κανόνα, με τους πολύ σπάνιους όγκους Busche- Lowenstein, που προκαλούνται ακολούθως και αυτοί από τους τύπους 6 και 11 σε ανοσοκατεσταλμένα άτομα, ή σε άτομα με ακροχορδονώδες καρκίνωμα που ακτινοβολήθηκε κατά λάθος⁹

Οι 16,18,31,33,35,39,45,51-59 και 68 τύποι HPV ονομάζονται ογκογόνοι. Αυτοί προκαλούν τόσο υποκλινικές αλλοιώσεις χαμηλού βαθμού (LGSIL) όσο και αλλοιώσεις υψηλού βαθμού, στο κατώτερο γεννητικό σύστημα. (High Grade Squamous Intraepithelial Lesions-HGSIL) (περιλαμβάνουν τους CIN2 και CIN3), (όργανο-στόχος ο τράχηλος της μήτρας).

Σπανιότερα, προκαλούν καρκίνους πρωκτού και πολύ σπάνια καρκίνους πέους.⁶ Στις LGSIL περιλαμβάνονται τα περιστατικά, που χαρακτηρίζονταν πριν ως: HPV- φλεγμονή, επίπεδα κονδυλώματα, αλλά και ελαφρώς δυσπλασίες (CIN1). Η ομάδα των LGSIL δεν είναι ομοιογενής, αφού δεν υπάρχουν LGSIL που προκλήθηκαν από καλοήθεις ιούς HPV και LGSIL που προκλήθηκαν από ογκογόνους τύπους. Από αυτήν την ομάδα μόνο ένα μικρό μέρος, θα εξελιχθεί σε σαφείς προκαρκινικές αλλοιώσεις HGSIL και καρκίνο.

Κονδυλώματα ονομάστηκαν και οι υποκλινικές αλλοιώσεις, διότι εμφάνιζαν ίδια μορφολογικά χαρακτηριστικά στο μικροσκόπιο. Ο όρος επίπεδα κονδυλώματα, χρησιμοποιήθηκε σε αντιδιαστολή με τα οξυτενή, λόγω του ότι δεν προέχουν από την επιφάνεια του δέρματος ή των βλεννογόνων. Δεν έχουν παθολογική εμφάνιση και η διάγνωσή τους βασίζεται στην ιστολογική μελέτη μιας κολποσκοπικά κατευθυνόμενης βιοψίας.

Δημιουργούνται παρεξηγήσεις και απορίες με τον όρο κονδυλώματα για όλες τις HPV αλλοιώσεις, για δύο λόγους: 1) Οι ασθενείς έχουν συνδέσει τον όρο κονδυλώματα με το κλασικό σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα που ήταν συνώνυμο πάντοτε της συφυλίδας, της βλενόρροιας

κ.λ.π. 2) Λανθασμένα οι ασθενείς πιστεύουν ότι «τα κονδυλώματα προκαλούν αδιακρίτως καρκίνο». ⁶

2.1.2 Φυσική ιστορία της HPV λοίμωξης.

Η λοίμωξη από HPV είναι εξαιρετικά συχνό γεγονός, αφορά στο 10% του πληθυσμού παγκοσμίως, αλλά η επιμονή της είναι σπανιότερη και η εξέλιξη της σε τραχηλική αλλοίωση ακόμα πιο σπάνια (λιγότερο από 10% των λοιμώξεων που επιμένουν). ¹⁰

Η λοίμωξη με HPV είναι απαραίτητη για την εμφάνιση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, αλλά και ενός σημαντικού ποσοστού των καρκίνων του κόλπου, του αιδοίου, του πέους και του πρωκτού. ⁸

Όσο περισσότερο επιμένει μια λοίμωξη τόσο ελαττώνονται οι πιθανότητες μελλοντικής κάθαρσής της. Λοιμώξεις που έχουν ήδη επιμείνει για 18 μήνες έχουν 65% πιθανότητα να επιμείνουν περαιτέρω. Το 99,7% των καρκίνων του τραχήλου περιέχουν HPV DNA. Οι τύποι 16 και 18 ευθύνονται για το 70% των καρκίνων του τραχήλου και οι φορείς τους έχουν 200 φορές περισσότερες πιθανότητες να προσβληθούν από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

Η επίδραση της συνύπαρξης πολλών τύπων HPV στη φυσική ιστορία της λοίμωξης δεν είναι απόλυτα σαφής, πιθανολογείται όμως ότι όταν συνυπάρχει λοίμωξη από HPV 16 και άλλο τύπο, η πιθανότητα επιμονής της λοίμωξης από τον HPV 16 αυξάνει. ¹⁰

Η λοίμωξη με ορότυπους χαμηλού κινδύνου συνήθως προκαλεί οξυτενή κονδυλώματα ή βλάβες χαμηλού βαθμού, σπανίως CIN 2 και πολύ σπάνια CIN 3, αλλά οι περισσότερες περιπτώσεις ενδοτραχηλικής νεοπλασίας ανεξάρτητα από τη σοβαρότητά τους οφείλονται σε ογκογόνους τύπους. Η λοίμωξη από ογκογόνους τύπους επιμένει περισσότερο και συνδυάζεται με υψηλόβαθμες βλάβες (HGSIL). Το 50-80% των HGSIL οφείλονται στους τύπους 16 και 18.

Ύστερα από πρόσφατη μετα-ανάλυση φάνηκε ότι το 47% των LGSIL θα υποχωρήσουν μόνες τους. Το 21% θα προχωρήσει σε HGSIL και το 0,15% σε καρκίνο. Λιγότερο συχνά (30-40%) υποχωρούν οι HGSIL και χωρίς θεραπεία εξελίσσονται σε καρκίνο. Συχνή εκδήλωση λοίμωξης από τα χαμηλού κινδύνου στελέχη 6 και 11 αποτελούν τα οξυτενή κονδυλώματα. Η θεραπεία τους είναι δύσκολη και τελικό λόγο στην ίαση έχει το ανοσοποιητικό σύστημα και η αφύπνισή του. ⁸

Τα τρία απαραίτητα βήματα από πλευράς παθογένεσης της καρκινογένεσης, αρχικά είναι η λοίμωξη από τον ιό, στη συνέχεια η επιμονή της λοίμωξης και τέλος, η εξέλιξή της σε προκαρκινική κατάσταση και σπανιότατα σε καρκίνο. ¹⁰ Η μόλυνση του επιθηλίου από τον ιό, υπάρχει περίπτωση να παραμείνει σε λανθάνουσα φάση ή να εξελιχθεί σε φλεγμονή με υποκλινικές ή και κλινικές αλλοιώσεις.

Οποιαδήποτε αλλοίωση που μπορεί να εντοπιστεί στην απλή κλινική εξέταση είναι κλινική νόσος. Τα οξυτενή κονδυλώματα είναι η πιο χαρακτηριστική περίπτωση.

Όταν οι αλλοιώσεις δε φαίνονται με γυμνό μάτι και μπορούμε να τις εντοπίσουμε μόνο με τεχνική βοήθεια, (δηλαδή κολποσκόπιο-μικροσκόπιο) ονομάζονται υποκλινικές.

Εάν στο επιθήλιο δεν υπάρχουν μορφολογικές ούτε μακροσκοπικές, ούτε μικροσκοπικές αλλοιώσεις και απλώς ανιχνεύεται με τεχνικές υβριδισμού το DNA του ιού, τότε έχουμε λανθάνουσα μορφή.

Οι HPV δεν έχουν τη δυνατότητα να πολλαπλασιαστούν από μόνοι τους. Εκμεταλλευόμενοι το γεννητικό μηχανισμό, εισέρχονται στο ανθρώπινο κύτταρο και πολλαπλασιάζονται παράλληλα με αυτό.

Για να επέλθει μόλυνση από τους HPV είναι απαραίτητο να τους δοθεί πρόσβαση στα κύτταρα της βασικής στοιβάδας, γιατί σε αυτή γίνονται οι κυτταρικές διαιρέσεις. Αυτό συμβαίνει εάν και μόνο έχουμε ρήξη της συνέχειας του επιθηλίου, δηλαδή κάποιο τραυματισμό, συνήθως μέσω σεξουαλικής επαφής μέσω του οποίου δίνεται πρόσβαση στον ιό για την είσοδο στην βασική στοιβάδα και αφετέρου διευκολύνεται ο πολλαπλασιασμός του (λόγω του ότι επακολουθεί η διαδικασία της επούλωσης και επομένως αυξάνεται ο αριθμός των κυτταρικών διαιρέσεων για την αποκατάσταση του ιστού).⁶

Ο υποδοχέας για την είσοδο του HPV στα βασικά κύτταρα δεν έχει ακόμα πλήρως ταυτοποιηθεί. Για τη διευκόλυνση της προσκόλλησης και της εισόδου του ιού, παίζουν ρόλο οι α6 ιντεγκρίνες.

Οι ιδιαιτερότητες της ανοσιακής απάντησης στην HPV λοίμωξη στηρίζονται στο γεγονός ότι ο ιός HPV αποφεύγει τη φυσική ανοσία του ξενιστή και παράλληλα καθυστερεί την ενεργοποίηση της ειδικής ανοσιακής απάντησης. Τα δενδριτικά κύτταρα του ξενιστή εκτίθενται σε χαμηλού επιπέδου ιικές πρωτεΐνες, μέσα σε ένα μη φλεγμονώδες περιβάλλον για μια παρατεταμένη χρονική περίοδο. Ως αποτέλεσμα, δεν εγκαθίσταται ισχυρή τοπική ανοσιακή απάντηση στον προσβεβλημένο βλεννογόνο. Σε αυτό το περιβάλλον ανοχής του HPV αντιγόνου, η άμυνα του ξενιστή οπισθοχωρεί ανεπιστρεπτί. Τα εναντίον του HPV δραστικά κύτταρα δεν στρατολογούνται εναντίον της προσβεβλημένης περιοχής, και η δραστηριότητά τους υποβαθμίζεται.

Εάν κατά τη διάρκεια μιας επίμονης HPV λοίμωξης συμβεί απελευθέρωση με μεγάλη πρωτεϊνική έκφραση των υψηλού κινδύνου E6 και E7 και εάν αυτό το γεγονός δεν οδηγήσει σε μια δραστική κυτταροεξαρτώμενη ανοσιακή απάντηση, τότε η εξέλιξη σε ενδοεπιθηλιακές βλάβες και σε διηθητικό καρκίνωμα είναι απρόσκοπτη.

Οι μηχανισμοί διαφυγής του HPV από την ανοσιακή επιτήρηση του ξενιστή αποτελεί ένα πεδίο έντονης επιστημονικής διερεύνησης που παραμένει ακόμα ανοιχτό.⁸

2.1.3 Πώς δημιουργείται – Συμπτωματολογία

Για να υπάρξει κλινική εικόνα, θα πρέπει η οποιαδήποτε αλλοίωση να είναι ορατή δια γυμνού οφθαλμού. Στην περίπτωση όμως του ιού HPV δεν υπάρχουν ορατές αλλοιώσεις. Όταν οι αλλοιώσεις, εντοπίζονται μόνο με τεχνική βοήθεια, δηλαδή δεν γίνονται ορατές δια γυμνού οφθαλμού, τότε αναφέρεται ως υποκλινική νόσος.

Υποψία υποκλινικής νόσου στον τράχηλο της μήτρας, τίθεται συχνά σε ένα τεστ Παπανικολάου, όταν εντοπίζονται κύτταρα με χαρακτηριστικά φλεγμονής από τους ιούς HPV.⁶

Σε ότι αφορά την κλινική εικόνα, τα γιγαντιαία κονδυλώματα (Buschke-Lowenstein) μπορεί να επιμένουν για μήνες ή χρόνια, αλλά στο 1/3 των περιπτώσεων θα αυτοϊαθούν. Από την άλλη πλευρά, πολύ συχνές είναι και οι υποτροπές μετά τη θεραπεία. Τα κονδυλώματα είναι συνήθως ασυμπτωματικά, εκτός ελαχίστων περιπτώσεων που προκαλούν αίσθηση καύσου, κνησμού και έκκριση υγρών, ιδιαίτερα αν εντοπίζονται στην ουρήθρα ή τον πρωκτό.⁸

2.1.4 Μορφές του ιού HPV

Οι ιοί HPV θεωρούνται τεράστιας σημασίας για την ανεξέλεγκτη μετάδοσή τους, αφού προκαλούν τόσο κλινική όσο και υποκλινική λοίμωξη. Πιο συγκεκριμένα, στις λοιμώξεις των βλεννογόνων, το ποσοστό είναι σημαντικά υψηλό, λόγω των υποκλινικών μορφών τους. Οι κλινικές βλάβες είναι εύκολα ορατές και χαρακτηριστικές, ενώ οι λανθάνουσες εντοπίζονται μόνο με την ανίχνευση του γενετικού υλικού του DNA του ιού. Όμως έχει υπολογιστεί ότι το 70% περίπου των παθήσεων, οι οποίες οφείλονται στους ιούς HPV είναι σε λανθάνουσα μορφή.⁸

Μία από τις πιο γνωστές μορφές του ιού HPV, είναι οι μυρμηκίες. Πρόκειται για πολύ συνήθεις δερματικές βλάβες, οι οποίες είναι καλοήθειες και μεταδοτικές. Ανάλογα με τη μορφή και τη θέση προσβολής τις διακρίνουμε, σε: α) κοινές, β) πελματιαίες, γ) ομαλές – νεανικές. Μια άλλη μορφή HPV είναι τα οξυτενή κονδυλώματα, τα οποία είναι θηλωματώδεις εκβλαστήσεις, ρόδινου χρώματος, λευκωπού ή υπόφαιου. Εντοπίζονται στα γεννητικά όργανα ή την περιπρωκτική χώρα, και παραμένουν μεμονωμένες ή συρρέουν σε ομάδες, με χαρακτηριστική αμφο-κρραμβοειδή επιφάνεια. Είναι ασυμπτωματικές βλάβες και μόνο αν επιμολυνθούν παρατηρείται δύσοσμη οροπυώδης έκκριση.

Άλλη μορφή, είναι οι Bowenoid βλατίδωση. αφορά μια κλινική οντότητα σχετικά σπάνια, η οποία μπερδεύεται πολλές φορές με τα κονδυλώματα. Οφείλεται σε διάφορους τύπους των HPV κυρίως όμως στους 16,18 και 33 που είναι ογκογόνοι. Επιπλέον, αυτή η μορφή του HPV χαρακτηρίζεται από μικρές, καστανόφαιες επίπεδες βλατίδες, διαμέτρου 3-5 mm, με λεία επιφάνεια

που συχνά συρρέουν. Εντοπίζονται στην περιγεννητική περιοχή, περιπρωκτικά και στις μηρογεννητικές πτυχές. Ακολούθως υπάρχει μια ακόμα μορφή HPV η οποία είναι η μυρμηκιδής επιδερμοδυσπλασία. Είναι μια σπανιότατη δερματοπάθεια, η οποία εμφανίζεται σε γενετικά προδιατεθειμένα άτομα από την παιδική ηλικία. Η κλινική εικόνα χαρακτηρίζεται από υπερκερατωσικές βλάβες όμοιες με ομαλές μυρμηκίες, ακτινικές ή σμηγματορριακές.^{11 12}

2.1.5 Τυποποίηση ιών

Ο ιός των ανθρώπινων κονδυλωμάτων θεωρείται από τα πιο συχνά σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Γεννητικά κονδυλώματα προκαλούνται από πολλά στελέχη HPV ή κονδυλωμάτων. Αρχικά, η μελέτη του ιού HPV ήταν δύσκολη, γιατί δεν υπήρχε κάποιο συμβατό πειραματόζωο, στο οποίο να μπορεί να μελετηθεί.¹³

Μέχρι σήμερα, έχουν χαρακτηριστεί περισσότεροι από 120 γονότυποι του ιού HPV. Για να θεωρηθεί καινούριος ένας τύπος του ιού HPV, πρέπει η νουκλεοτιδική αλληλουχία E6,E7 και L1 να διαφέρει περισσότερο από 10% από κάθε άλλο τύπο του ιού. Με βάση τον τροπισμό αυτό, γίνεται η διάκριση μεταξύ των δερματικών τύπων HPV, που μολύνουν την επιδερμίδα, και των βλεννογόνων τύπων HPV που μολύνουν το επιθήλιο των γεννητικών οργάνων.

Οι μελέτες *in vitro*, έδειξαν ότι μια ομάδα των ιών του βλεννογόνου, έχουν ογκογεννητικό δυναμικό και είναι σημαντική αιτία παραγωγής καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και γι' αυτό αποκαλούνται *high risk*.(hr). Επιδημιολογικές μελέτες έδειξαν ότι οι hrHPVs είναι οι τύποι 16,18,31,33,35,39,45,51,52,56,58,59,68,73 και 82 και ίσως και οι τύποι 26,53 και 66. Στο φυλογενετικό δέντρο των διαφορετικών τύπων οι hrHPVs βρίσκονται στις ομάδες A5, A6, A7, A9 και A11. Μη ογκογόνοι ή χαμηλού κινδύνου HPVς(lrHPVs) είναι φυλογενετικά διακριτοί από τους hrHPVs και περιέχουν τους τύπους 6,11,40,42,43,44,54,61,70,72,81, και CP 6108.⁸

Οι τύποι 1,2,3 και 4 βρίσκονται συχνότερα σε παρουσία ακροχορδώνων. Οι τύποι 6,11,42,43 και 54 βρίσκονται συχνότερα στα οξυτενή κονδυλώματα και σε μερικές επίπεδες βλάβες του αιδοίου, του κόλπου και του τραχήλου όπως και στη θηλωμάτωση του λάρυγγα. Οι τύποι 5,8 και 14 βρίσκονται στους ενδοεπιθηλιακούς καρκίνους του δέρματος. Οι τύποι 34,45 και 50 βρίσκονται συχνότερα στη νόσο του Bowen, στο πέος και στο αιδοίο. Οι τύποι 7, 9, 10, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 32, 34, 36, 37, 38, 39, 40, 41 και 44 βρίσκονται σε μεμονωμένες βλάβες του δέρματος.

Οι τύποι 16,18,33 και μερικοί λιγότερο συχνοί (31, 35, 39, 45, 51, 52, 56 και 58) βρίσκονται στο διηθητικό καρκίνο του τραχήλου, του κόλπου, του αιδοίου, του πέους και του πρωκτού και στις ενδοεπιθηλιακές νεοπλασίες με την ίδια εντόπιση. Οι τύποι 16 και 18 παρατηρούνται στο 95%

περίπου των περιπτώσεων με κακοήθεις βλάβες του πλακώδους επιθηλίου, ενώ ο τύπος 18 συνδυάζεται επίσης με το αδενοκαρκίνωμα του τραχήλου.¹³

2.1.6 Τρόπος μετάδοσης του ιού HPV

Οι μηχανισμοί του ανοσοποιητικού συστήματος ,ακολουθώντας τη μόλυνση από τον ιό HPV είναι μόλις χαρακτηρισμένοι. Παρ' όλ' αυτά η ένωση του ορού αντισωμάτων με τις πρωτεΐνες του ιού έχει καθιερωθεί. Τα αντισώματα στις αρχικές ιογενείς πρωτεΐνες του ιού αλλά και στα καψίδια του ιού, βρίσκονται σε ένα σημαντικό ποσοστό στους ασθενείς με καλοήθεις και κακοήθεις ασθένειες που σχετίζονται με τον ιό HPV.

Σε έναν μικρό αριθμό ασθενών, ωστόσο, δεν μπορούν να ανιχνευθούν αυτά τα αντισώματα. Δεν είναι σαφές, εάν οφείλεται στο ότι απουσιάζει η ανοσολογική αντίδραση, ή αν απλώς αντανακλά τις διαφορές κατά τη διάρκεια της λοίμωξης στην παρουσία αντιγόνου. Σαφώς η σχετικά χαμηλή ευαισθησία τους τα καθιστά ακατάλληλα για διαγνωστικούς σκοπούς. Ωστόσο, ορισμένες συνδυασμένες δοκιμασίες μπορεί να φτάσουν σε μια υψηλότερη προγνωστική αξία, και συνεπώς μια συγκεκριμένη ασθένεια μπορεί να διαγνωσθεί από ένα μοτίβο θετικών αντιδράσεων. Η ανοσολογική αντίδραση σε ασθενείς με υποκλινικές λοιμώξεις είναι ανεπαρκής, αλλά οι μελέτες αυτές επί του παρόντος έχουν διεξαχθεί σε διαφορετικά εργαστήρια.¹⁴

Οι HPV ιοί μεταδίδονται κυρίως κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής μέσω μικροτραυματισμών, από τους οποίους δίνεται πρόσβαση στα κύτταρα της βασικής στιβάδας, αφού ως γνωστόν ο κυτταρικός πολλαπλασιασμός χρησιμοποιείται από τον ιό HPV, για να πολλαπλασιαστεί και ο ίδιος. Πρέπει επομένως, να μολύνει τα κύτταρα της βασικής στιβάδας του επιθηλίου, αφού αυτά είναι τα κύτταρα που πολλαπλασιάζονται και ανερχόμενα προς την επιφάνεια του επιθηλίου, διαφοροποιούνται και αντικαθιστούν τα υπερκείμενα.^{6,8}

Επίσης μεταδίδονται κατά τη δίοδο του εμβρύου μέσω του μολυσμένου γεννητικού σωλήνα (σπάνιες περιπτώσεις με λαρυγγική θηλωμάτωση νεογνών). Με πρωκτική συνουσία, αν και συδέεται περισσότερο με τους άντρες- ομοφυλόφιλους, ενώ στις γυναίκες η παρουσία του ιού στον πρωκτό, μπορεί να οφείλεται και σε επιμόλυνση από τα υγρά του τραχήλου και του κόλπου⁸. Με αυτό-ενοφθαλμισμό σε διάφορες θέσεις (π.χ. κατά το ξύρισμα, αλλά και το ξύσιμο σε παιδιά και μεγαλύτερα άτομα.). Με στοματική σεξουαλική επαφή (περιπτώσεις θηλωμάτων του στόματος).⁶ Η δακτυλική επαφή με τα γεννητικά όργανα, ή η επαφή του πέους με τα εξωτερικά γεννητικά όργανα, αν και έχει μικρή πιθανότητα μετάδοσης.⁸

2.1.7 Παράγοντες που επηρεάζουν την αύξηση ή τη μείωση συμπτωμάτων

Επιδημιολογικές μελέτες μας έχουν δείξει ότι στην πλειοψηφία των περιπτώσεων ο ιός δεν αναπτύσσει φλεγμονή, διότι δεν του το επιτρέπει το ανοσιακό σύστημα. Δηλαδή η μόλυνση παραμένει σε λανθάνουσα μορφή για ένα χρονικό διάστημα.

Αρκετοί παράγοντες υπάρχουν, που επηρεάζουν την μετάδοση της λοίμωξης από HPV όπως το φορτίο του ιού, συνύπαρξη άλλων σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων, η περιτομή στον άνδρα, η χρήση προφυλακτικού, ανοσολογικοί και διατροφικοί παράγοντες,⁸ το κάπνισμα, εξωγενείς ορμόνες, ανοσοκατασταλτικά φάρμακα.⁶

Άλλα αφροδίσια νοσήματα, και ιδίως η λοίμωξη από χλαμύδια, ίσως επιδρούν με το να προκαλούν φλεγμονή ή τραυματισμό του επιθηλίου του τραχήλου ή τοπική ανοσοκαταστολή. Σε μια μελέτη, φάνηκε, η περιτομή να έχει προστατευτική επίδραση στον άνδρα. Είναι γνωστό, ότι οι σεξουαλικοί σύντροφοι γυναικών με καρκίνο τραχήλου μήτρας, εμφανίζουν χαμηλότερη συχνότητα περιτομής σε σχέση με συντρόφους υγιών γυναικών.⁸

Επίσης, πρωτεύοντα ρόλο παίζει και η ηλικία της γυναίκας, η πολυτοκία, καθώς και η έμμηνος ρύση⁷ που επηρεάζει την ανοσιακή της απάντηση. Κυρίως όμως, σχετίζεται με την άριστη λειτουργία των ογκοκατασταλτικών μηχανισμών.⁶ Αν και είναι πιθανή κάποια ορμονική επίδραση στη λοίμωξη από HPV, στις περισσότερες μελέτες δεν βρέθηκε σταθερή σχέση με την ορμονική αντισύλληψη, όταν έλαβαν υπόψη τη σεξουαλική δραστηριότητα. Πάντως, η εκτοπία του κυλινδρικού επιθηλίου του τραχήλου που προκαλεί η ορμονική αντισύλληψη, μπορεί να παίζει κάποιο ρόλο.

Ο κίνδυνος για εμμένουσα λοίμωξη, είναι μικρότερος, όταν η διατροφή είναι πλούσια σε φρούτα, λαχανικά, βιταμίνες C και E και καροτενοειδή.⁷ Τέλος, η σχέση με το κάπνισμα δεν έχει αποδειχθεί σε όλες τις μελέτες, παρόλο που είναι γνωστές οι ανοσοκατασταλτικές τους επιδράσεις στον τράχηλο.⁸

2.1.8 Ποσοστά νοσηρότητας – ποσοστά ανάπτυξης Ca τραχήλου μήτρας – Θνησιμότητα

Ο επιπολασμός του ιού σε ασυμπτωματικές γυναίκες είναι περίπου 10,41%. Σε όλον τον κόσμο με διακυμάνσεις σε κάθε ήπειρο, (8,8% στην Ευρώπη, έναντι 12,9% στην Αμερική και 22,12% στην Αφρική). Επειδή αυτές οι λοιμώξεις είναι παροδικές, ο κίνδυνος να εκτεθεί μια γυναίκα σε λοίμωξη από ιό HPV σε 3 χρόνια παρακολούθησης φτάνει το 40%. Η λοίμωξη από HPV, εμφανίζεται συχνότερα σε σεξουαλικά δραστήριες έφηβες και νέες γυναίκες. Η λοίμωξη είναι σχετικά συχνή, και σε άτομα με μέτρια σεξουαλική δραστηριότητα.

Αυτό δείχνει το πόσο εύκολο είναι να μεταδοθεί ο ιός, με δερματική επαφή, χωρίς να προκαλούνται συμπτώματα, από καταστροφή ιστών ή συστηματική εξάπλωση. Στην εφηβεία μέχρι το 64% των γυναικών, έχουν λοίμωξη. Σε ηλικία κάτω των 25 ετών, το 36%, ενώ σε ηλικία μεγαλύτερη των 45 ετών, μόνο το 2,8%.

Η συχνότητα εμφάνισης καινούριας λοίμωξης σε ηλικίες 18-35 ετών φτάνουν τα 2,9% και η πιθανότητα λοίμωξης με ογκογόνο τύπο υψηλού κινδύνου, είναι μεγαλύτερη (32%), από αυτή των τύπων χαμηλού κινδύνου (18%). Έχει υπολογιστεί ότι, η πιθανότητα μετάδοσης του ιού HPV σε μία σεξουαλική επαφή είναι περίπου 60%.

Ανάλογα με την ευαισθησία της μεθόδου που χρησιμοποιούμε, για να διαγνώσουμε HPV DNA μόνο το 1/3 έως 1/10 των γυναικών, με θετικό HPV DNA θα εμφανίσει CIN χαμηλού βαθμού. Ο αθροιστικός κίνδυνος, για την εμφάνιση CIN είναι 25-40% για τα 3 πρώτα χρόνια μετά την εμφάνιση θετικού HPV DNA και μετά τα 4 χρόνια υποχωρεί στα επίπεδα κινδύνου του γενικού πληθυσμού. Ο μέσος χρόνος για να υποχωρήσει πλήρως μια HPV λοίμωξη, εξαρτάται αναλόγως από την στρατηγική της παρακολούθησης, αλλά γενικά στο 90% θα έχει ολοκληρωθεί στα 2 χρόνια παρακολούθησης.

Μόλυνση από πολλαπλούς τύπους μπορεί να αυξήσει το ικό φορτίο μιας βλάβης και είναι γνωστό ότι αυτό συμβαίνει στο 20-30% των γυναικών με HPV λοίμωξη.⁸

Εντυπωσιακή μείωση παρατηρήθηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής στον δείκτη θνησιμότητας και στη συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας κατά το χρονικό διάστημα 1950-1970, όπου το ποσοστό τους μειώθηκε κατά 70%.

Ενώ τις δεκαετίες 1970-1995 οι ίδιοι δείκτες παρουσίασαν περισσότερη μείωση κατά 40%. Στις χώρες της Ευρώπης, ο δείκτης θνησιμότητας μειώθηκε την τελευταία εικοσαετία κατά 80% στην Ισλανδία, και 50% και 34% αντίστοιχα στην Φινλανδία και Σουηδία, χώρες με καλά οργανωμένα προγράμματα μαζικού ελέγχου του γυναικείου πληθυσμού.⁷

2.2 Διαγνωστικές μέθοδοι

Είναι βασική αρχή ότι για να επιβεβαιωθεί η διάγνωση μιας μόλυνσης πρέπει να αναγνωρισθεί, ο μολυσματικός παράγοντας.

Ενθαρρυντικά αποτελέσματα, έχει δώσει μια νέα μέθοδος αναζήτησης αντισωμάτων (VLP-Elisa) στον ορό των ασθενών (αντισώματα ενάντια στις ογκοπρωτεΐνες E6 και E7 του HPV 16).

Η διάγνωση της HPV μόλυνσης βασίζεται πρώτον στην ανίχνευση των μορφολογικών αλλαγών, που προκαλεί ο ιός στα κύτταρα και στους ιστούς (έμμεσος τρόπος διάγνωσης) και

δεύτερον στην ανίχνευση του ιϊκού DNA με μεθόδους υβριδισμού και PCR (άμεσος τρόπος διάγνωσης).⁶

Ένας από τους έμμεσους τρόπους διάγνωσης είναι το Τεστ Παπανικολάου, το οποίο είναι μέθοδος μαζικού ελέγχου ρουτίνας του ασυμπτωματικού πληθυσμού, για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Όταν παίρνουμε τεστ Παπανικολάου δεν γνωρίζουμε αν υπάρχουν αλλοιώσεις και αν ναι, πού ακριβώς βρίσκονται. Λαμβάνονται κύτταρα από την επιφάνεια του εξωτραχήλου και από τον ενδοτράχηλο. Στην κυτταρολογική εξέταση που ακολουθεί, εάν βρεθούν κύτταρα με αλλοιώσεις, τίθεται αναλόγως η διάγνωση. Δεν γνωρίζουμε όμως από ποια θέση ακριβώς προέρχονται αυτά τα κύτταρα, όπως δεν γνωρίζουμε και εάν σε κάποια διπλανή θέση υπήρχε σοβαρότερη αλλοίωση και απλώς δεν ελήφθησαν κύτταρα και από εκεί. Σε καμία περίπτωση το τεστ Παπανικολάου δεν έχει διαγνωστική ακρίβεια 100%. Εάν υπάρχουν ύποπτα κύτταρα πρέπει να ακολουθεί περαιτέρω έλεγχος με κολποσκόπηση.^{6,7}

Προκειμένου, να υπερκεραστούν τα προβλήματα του τεστ Παπανικολάου, προτάθηκε μια εναλλακτική μέθοδος επεξεργασίας του υλικού λήψης κατά τεστ Παπανικολάου, με επίστρωση των κυττάρων σε λεπτή μονοεπίπεδη στιβάδα, ή τεχνική υγρής φάσης (THIN PREP).

Αυτή η μέθοδος φαίνεται να υπερτερεί της κλασικής μεθόδου, μετά από σειρά πολυκεντρικών μελετών. Παρέχει περισσότερο και πιο αντιπροσωπευτικό δείγμα. Τα κύτταρα μονιμοποιούνται άμεσα και αποφεύγεται η οξειδωση από τον αέρα, και η απότομη κατακρήμνιση των πρωτεϊνών, απομακρύνει το νεκρωμένο, ή φλεγμονώδες υπόστρωμα και αναμιγνύει ομοιόμορφα τον κυτταρικό πληθυσμό του δείγματος. Καθίσταται δυνατή η λεπτή μονοεπίπεδη επίστρωση κυττάρων. Υπάρχει δυνατότητα αναπαραγωγής των επιχρισμάτων όντας καλύτερης ποιότητας.⁸

Επιπλέον, στο υγρό που απομένει, μπορεί να διενεργηθεί το reflex HPV DNA TESTING. Για τη δευτερογενή ταξινόμηση των γυναικών με διάγνωση ASCUS-AGUS . Εφαρμογή ανοσοκυτταρικών χρώσεων και μεθόδων μοριακής ανάλυσης (PCR) ή Hybrid Capture. Η νέα τεχνική (THIN PREP) είναι αρκετά δαπανηρή και χρειάζεται ιδιαίτερο εξοπλισμό του εργαστηρίου, καθώς και απαιτεί αναθεώρηση των κυτταρομορφολογικών κριτηρίων.¹⁵ Καθιστά απαραίτητη την εκπαίδευση ιατρικού προσωπικού, απαιτεί εκπαίδευση και εξοικείωση των τεχνολόγων και τέλος δε δημιουργεί προβλήματα στην αποθήκευση και διαχείριση του υπολειμματικού υλικού των φιαλιδίων.⁸

Στην κολποσκόπηση εκτός από τον εντοπισμό των αλλοιώσεων, γίνεται και η αξιολόγησή τους, με σκοπό να ληφθεί βιοψία από τις θέσεις εκείνες, στις οποίες οι αλλοιώσεις είναι σοβαρότερες.^{6,7}

Η ιστολογική εξέταση των βιοψιών στο μικροσκόπιο, θα αποδείξει εάν πρόκειται όντως για HPV αλλοίωση ή όχι, όπως και για ποια κατηγορία αλλοιώσεων πρόκειται.

Οι άμεσοι τρόποι αναζήτησης του HPV με μοριακές τεχνικές γίνεται με τον υβριδισμό και την Αλυσιδωτή Αντίδραση Πολυμεράσης (PCR). Με τις μεθόδους υβριδισμού και με την PCR ανιχνεύεται το DNA των HPV. Αυτές οι μέθοδοι χρησιμοποιούνται μόνο για την ύπαρξη λανθάνουσας μόλυνσης.

Αυτές αποτελούνται από την Southern Blot, την Dot Blot, Filter In Situ Hybridization (FISH), Υβριδισμός In Situ (ISH), Υβριδισμό σε διάλυμα Hybrid Capture-2 Microplate.⁶ Τέλος, άλλη μια μέθοδος που χρησιμοποιείται για την ανίχνευση των προκαρκινικών και καρκινικών αλλοιώσεων του τραχήλου της μήτρας από τον ιό HPV, είναι το HPV DNA TESTING που διακρίνεται από μεγάλη ευαισθησία.⁸

2.2.1 Θεραπεία-Μέθοδοι

Όταν αναφερόμαστε στη θεραπεία των αλλοιώσεων, που προκαλούνται από τους ιούς HPV εννοούμε την αφαίρεση ή την καταστροφή των αλλοιώσεων. Αυτό αφορά τις αλλοιώσεις, που εντοπίζονται σε κόλπο, αιδοίο, περίνεο και περιπρωκτική χώρα.

Όμως, στην περίπτωση του τραχήλου της μήτρας, όταν μιλάμε για θεραπευτική αντιμετώπιση των CIN, εννοούμε την αφαίρεση ή την καταστροφή της ζώνης μετάπλασης μετά των συνοδών αλλοιώσεων. Και αυτό γιατί η ζώνη μετάπλασης αποτελεί το κατ'εξοχήν πρόσφορο έδαφος για καρκινογένεση από τους ογκογόνους ιούς HPV.

Οι επιφανειακοί καυτηριασμοί ή κρυοπηξίες, που δεν καταστρέφουν τις αδενικές κρύπτες σε όλο το βάθος τους, είναι επικίνδυνες πρακτικές για δύο λόγους: πρώτον, είναι δυνατόν να αφεθούν υπολειμματικές αλλοιώσεις και δεύτερον οι αλλοιώσεις αυτές συνήθως καλύπτονται από επουλωτικό επιθήλιο και δεν ελέγχονται.⁶

2.2.2 Καταστρεπτικές Μέθοδοι

Οι καταστρεπτικές μέθοδοι θεραπείας της ζώνης μετάπλασης, είναι πρώτον η κρυοπηξία, και δεύτερον η εξάχνωση με laser.

Η μέθοδος της κρυοπηξίας είναι φθηνή και εύκολη μέθοδος και γίνεται στο ιατρείο χωρίς αναισθησία. Έχει αποτελέσματα σε μικρές αλλοιώσεις που εντοπίζονται στον εξωτράχηλο.

Η μέθοδος της εξάχνωσης με laser, είναι σαφώς καλύτερη από τη μέθοδο της κρυοπηξίας, παρότι χρειάζεται τοπική αναισθησία, αλλά απαιτεί εκπαίδευση και ακριβό εξοπλισμό. Και αυτό για το λόγο ότι η καταστροφή της ζώνης μετάπλασης γίνεται με μεγαλύτερη ακρίβεια και ελέγχεται το βάθος.⁶

2.2.3 Αφαιρετικές Μέθοδοι

Οι αφαιρετικές μέθοδοι της Ζώνης Μετάπλασης, είναι πρώτον η κωνοειδής με νυστέρι, δεύτερον η κωνοειδής με CO2 laser, και τρίτον η εκτομή της Ζώνης Μετάπλασης με loop.

Η μέθοδος της κωνοειδούς με νυστέρι είναι η πιο ακριβή και απαιτεί γενική αναισθησία. Χρησιμοποιείται όλο και σπανιότερα σήμερα. Το πλεονέκτημα της μεθόδου είναι ότι αφαιρείται η Ζώνη Μετάπλασης με ασφάλεια και δίνεται η δυνατότητα της αξιολόγησης των χειρουργικών ορίων στον ενδοτράχηλο. Όμως συχνά αφαιρείται περισσότερος ιστός από ότι χρειάζεται. Δε συνίσταται για γυναίκες που δεν έχουν τεκνοποιήσει καθώς η παραμόρφωση του τραχήλου από τα ράμματα είναι συχνή.

Η μέθοδος της κωνοειδούς με laser απαιτεί ειδική εκπαίδευση του ιατρού και ακριβό εξοπλισμό. Γίνεται με τοπική αναισθησία και κολποσκοπικό έλεγχο. Ο χειρουργικός χρόνος είναι 10 λεπτά. Η Ζώνη Μετάπλασης αφαιρείται εκ του ασφαλούς, όσον αφορά τα χειρουργικά όρια στον εξωτράχηλο, δεν είναι ασφαλής όμως για τα όρια στον ενδοτράχηλο. Όπου υπάρχει υποψία αδενοκαρκινώματος ή όπου θέλουμε να έχουμε αξιολογήσιμα 100% χειρουργικά όρια η κωνοειδής με laser αντενδείκνυται.

Η θερμική βλάβη στον ιστό από την χρήση CO2 Laser είναι πολύ μικρή και ανάλογη του χρόνου έκθεσης του ιστού στην ακτινοβολία.

Τέλος, η μέθοδος αφαίρεσης της Ζώνης Μετάπλασης με LEEP είναι πολύ εύκολη τεχνική στην εκμάθηση και εφαρμογή της. Ο εξοπλισμός είναι πολύ φθηνός, σε σύγκριση με το laser. Υπάρχουν τρεις βασικές επιλογές στη ρύθμιση του ρεύματος.

Η πρώτη επιλογή, όπου επιτρέπει την γρήγορη διατομή του ιστού χωρίς καυτηριασμό και αφαίρεση της Ζώνης Μετάπλασης με το loop και στη συνέχεια καυτηριασμό των αγγείων που αιμορραγούν. Η δεύτερη επιλογή που κόβει και καυτηριάζει συγχρόνως. Αφαιρείται η Ζώνη μετάπλασης υπό κολποσκοπικό έλεγχο και υπάρχει περισσότερη ασφάλεια όσον αφορά τα όρια του εξωτραχήλου.⁶

2.2.4 Νοσηρότητα και Θνησιμότητα ως συνέπεια της μη τήρησης της θεραπείας

Η μη τήρηση θεραπείας έχει εμπλακεί ως συνεργός παράγοντας με δυσμενή αποτελέσματα σε αναδρομικές αναλύσεις προχωρημένης τραχηλικής νόσου. Ο Kinlen και Springs μελέτησε ασθενείς με ανώμαλο τεστ Παπανικολάου που υστερούσε επαρκούς συνέχειας για 2 ή περισσότερα χρόνια. Από τις 60 περιπτώσεις που καθυστερούσαν για συνεχή έλεγχο, 10 ασθενείς είχαν διηθητικό καρκίνωμα, και 23 άλλες είχαν σοβαρές αλλοιώσεις σε επόμενη βιοψία. Από τις

περιπτώσεις διηθητικού καρκινώματος, 5 ασθενείς πέθαναν, από τις οποίες οι 4 παρέλειψαν επισκέψεις, αρνήθηκαν τις επισκέψεις, ή αρνήθηκαν να εξεταστούν, και 1 δεν είχε λάβει κατάλληλη συνεχόμενη φροντίδα.

Σε μια αναδρομική μελέτη, 63 περιπτώσεις πληθυσμού με διηθητικό καρκίνο τραχήλου μήτρας που διαγνώστηκαν στο Portland, Ore οργανισμός συντηρητικής αγωγής εξετάστηκαν. Υπήρχαν 19 περιπτώσεις (30%),στις οποίες διηθητικός καρκίνος αναπτύχθηκε σε ασθενείς οι οποίοι είχαν ανεπαρκή συνέχεια σε προηγούμενα ανώμαλα ευρήματα του τεστ Παπανικολάου.

Σε μια αναδρομική εξέταση που αποτελείτο από 245 Καναδές ασθενείς με διηθητικό καρκίνωμα τραχήλου μήτρας βρέθηκε ότι 31 ασθενείς με ιστορικό ανώμαλων ευρημάτων σε τεστ Παπ δεν είχαν συνέχεια. Ούτε στο Όρεγκον ούτε οι Καναδικές μελέτες επιχείρησαν να διακρίνουν, εάν οι περιπτώσεις ανεπαρκούς συνέχειας οφείλονταν σε αποτυχία από τους επαγγελματίες υγείας να ανακοινώσουν τα αποτελέσματα και να προτείνουν συνέχεια, ή οφείλονταν σε αποτυχία να προτείνουν θεραπεία.

Επιπλέον, σε μια αναδρομική μελέτη που αποτελείτο από 100 περιπτώσεις διηθητικού καρκίνου τραχήλου μήτρας βρέθηκαν 13 περιπτώσεις στις οποίες, κριτικές ιατρικών αρχείων πρότειναν ανεπαρκή συνέχεια σε ανώμαλα ευρήματα του τεστ Παπ.

Οι αρχές κατέληξαν ότι αυστηρή εφαρμογή με πολιτική screening θα μπορούσαν να είχαν βελτιώσει το αποτέλεσμα σε ένα ουσιαστικό ποσοστό των περιπτώσεων. Αυτές οι μελέτες έδωσαν έμφαση στην σημασία της αντιμετώπισης της μη τήρησης θεραπείας και βελτίωσαν τη συνέχεια ασθενών για ανώμαλα ευρήματα σε τεστ Παπ ¹⁵

Κεφάλαιο 3: Πρόληψη

Η πιο συνηθισμένη εικόνα που λαμβάνουμε καθημερινά για την Ιατρική, είναι αυτή της εφαρμοσμένης πλευράς της, που έτσι επιτυγχάνει την θεραπεία νοσημάτων βάσει των παρεμβάσεών της. Έτσι, η ιατρική συνήθως ασχολείται με ασθενείς και όχι με υγιείς, με ίαση και όχι με πρόληψη.

Για τις ειδικότητες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, το κύριο μέλημα είναι ο σχεδιασμός και η εφαρμογή της πρόληψης, σε πληθυσμιακή βάση και όχι η θεραπεία της ήδη εκδηλωμένης νόσου μεμονωμένων περιστατικών που έχει διορθωτικό χαρακτήρα. Η πρόληψη, διαχωρίζεται σε 3 επίπεδα, τα οποία οριοθετούν και 3 διαφορετικά επίπεδα δράσεων.

Πρώτον, η πρωτογενής πρόληψη, η οποία εφαρμόζεται πριν την εμφάνιση της νόσου και πραγματοποιείται με τη διενέργεια εμβολιασμών, την τεχνική πρόληψη, την προφύλαξη καθώς και την αποφυγή έκθεσης σε συγκεκριμένους εξωγενείς νοσογόνους περιβαλλοντικούς παράγοντες.

Δεύτερον, η δευτερογενής πρόληψη που πραγματοποιείται πριν την εκδήλωση της νόσου, εφαρμόζεται με τις μεθόδους του προσυμπτωματικού ελέγχου. Στο επίπεδο αυτό έχουν ξεκινήσει οι αλλοιώσεις, αλλά η έγκαιρη παρέμβαση αποτρέπει την εξέλιξη.

Τρίτον, η τριτογενής πρόληψη που πραγματοποιείται μετά την εκδήλωση της νόσου, συνίσταται στις κλινικές δράσεις-θεραπείες για την καταπολέμηση της νόσου και την επανένταξη του ασθενούς.

Και τέλος, ως τεταρτογενής πρόληψη θα μπορούσε να χαρακτηριστεί η προσπάθεια που καταβάλλεται για την αποφυγή του θανάτου.⁸

3.1 Εμβόλια

Ο καρκίνος τραχήλου της μήτρας είναι η δεύτερη πιο συχνή αιτία κακοήθειας μεταξύ του γυναικείου πληθυσμού, και η τρίτη αιτία θανάτου από καρκίνο στις γυναίκες σε όλον τον κόσμο, αμέσως μετά τον καρκίνο του μαστού, και του πνεύμονα.⁸ Σύμφωνα με επιδημιολογικά στοιχεία ο Καρκίνος Τραχήλου της Μήτρας στις ανεπτυγμένες χώρες αποτελεί μόνο το 3.6% των νέων περιπτώσεων καρκίνου με χαμηλότερη επίσης θνητότητα, λόγω της ύπαρξης διαγνωστικών προγραμμάτων, τα οποία είναι ελλιπή στις αναπτυσσόμενες χώρες.¹⁶

Κάθε χρόνο σημειώνονται περισσότεροι από 250.000 θάνατοι από καρκίνο τραχήλου της μήτρας, ενώ ο αριθμός των νεοδιαγνωσμένων περιπτώσεων φαίνεται να ξεπερνά το μισό

εκατομμύριο. Από αυτά ποσοστό μεγαλύτερο του 80% βλέπουμε να εμφανίζεται στις αναπτυσσόμενες χώρες όπου η επίπτωση της νόσου παρουσιάζει σημαντικά τάσεις αύξησης.

Αν και η θνησιμότητα από τη νόσο έχει μειωθεί μετά την εισαγωγή της κυτταρολογικής εξέτασης κατά Παπανικολάου, ο καρκίνος τραχήλου της μήτρας παραμένει ένα σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας με σημαντικές επιπτώσεις στο γενικότερο φορτίο νοσηρότητας, αλλά και με βαρύτερες ψυχολογικές και κοινωνικοοικονομικές προεκτάσεις για τις προσβεβλημένες γυναίκες.⁸

Η αιτιολογία του Καρκίνου Τραχήλου της Μήτρας είναι η εμμένουσα λοίμωξη από συγκεκριμένους γονότυπους του ιού του θηλώματος των ανθρώπων (HPV), οι οποίοι είναι και υπεύθυνοι για το 99,7% των καρκίνων τραχήλου της μήτρας.¹⁶ Κύριος προδιαθεσικός παράγοντας για τις γυναίκες είναι οι πολλαπλοί σύντροφοι και η πρόωμη έναρξη σεξουαλικής επαφής.⁸ Ο ιός των θηλωμάτων του ανθρώπου αποτελεί σημαντικό πρόβλημα υγείας, αφού είναι το συχνότερο σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα, ενώ η πλειοψηφία των σεξουαλικά ενεργών ατόμων, θα μολυνθεί σε κάποια φάση της ζωής τους χωρίς να το γνωρίζουν, αφού τα περισσότερα στελέχη του προκαλούν ασυμπτωματική λοίμωξη.

Η συχνότητα μόλυνσης είναι μεγαλύτερη σε εφήβους και νεαρούς ενήλικες 15-25 ετών με πρόσφατη έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας και πολλαπλασιάζεται με κάθε νέο ερωτικό σύντροφο, χωρίς η χρήση του προφυλακτικού να προστατεύει απόλυτα.

Οι γονότυποι του HPV χωρίζονται σε δύο υποομάδες, την «χαμηλής επικινδυνότητας» (LR), οι οποίοι προκαλούν τα κονδυλώματα, και την «υψηλής επικινδυνότητας» (HR), οι οποίοι εμπλέκονται στην καρκινογένεση του κατώτερου γεννητικού συστήματος και αναφέρονται σε ποσοστό 99,7% των καρκίνων του τραχήλου της μήτρας.

Οι τύποι ιών HPV 16 και 18, ενοχοποιούνται για το 70-75% των καρκίνων του αναπαραγωγικού συστήματος.¹⁶ Η συσχέτιση των παραπάνω τύπων του HPV με την ανάπτυξη καρκίνου τραχήλου της μήτρας οδήγησε στην ανάπτυξη και κυκλοφορία δύο εμβολίων τα οποία υπόσχονται μακροχρόνια προφύλαξη από τους ιούς οι οποίοι ενοχοποιούνται για την ανάπτυξη καρκίνου (HPV 16 και 18), ενώ το ένα εκ των δύο εμβολίων παρέχει προφύλαξη και για τα κονδυλώματα.

Και τα δύο εμβόλια είναι ανασυνδυσασμένα και χρησιμοποιούν άδεια κάψα η οποία δεν περιέχει χρωμοσωμικό υλικό του ιού (DNA) και άρα δεν είναι μολυσματικά, ενώ μορφολογικά και αντιγονικά είναι ταυτόσημη με την κάψα της L1 πρωτεΐνης του ιού (Virus Like Particles-VLPs).^{8,16} Τα εμβόλια αυτά τα οποία είναι διαθέσιμα, είναι : το Gardasil το οποίο κυκλοφορεί από τη Sanofi Pasteur MSD, είναι τετραδύναμο με προστασία έναντι των γονότυπων 6,11,16 και 18 του HPV και κυκλοφορεί από το 2006.

Στόχο έχει, εκτός από την πρόληψη του καρκίνου της μήτρας και την πρόληψη από κονδυλώματα. Χορηγείται σε 3 δόσεις σε διαστήματα 1,2 και 6 μήνες. Το δεύτερο εμβόλιο είναι το Cervarix το οποίο κυκλοφορεί από την GlaxosmithKline, είναι διδύναμο και παρέχει προστασία έναντι των γονότυπων 16 και 18 του HPV.

Κυκλοφορεί από το 2007 και στόχο έχει την πρόληψη του καρκίνου τραχήλου της μήτρας. Χορηγείται σε τρεις δόσεις σε διαστήματα 0,1 και 2 μήνες.

Παρά το γεγονός ότι τα εμβόλια αυτά συνιστώνται για κορίτσια και γυναίκες 9-26 και 10-26 χρόνων φαίνεται να προσφέρουν μεγαλύτερη προστασία (υψηλότερος τίτλος αντισωμάτων σε κορίτσια ηλικίας μεταξύ 9 έως 15 ετών, όπως δείχνουν έγκυρες επιστημονικές μελέτες.

Η ηλικία επομένως, που συνίσταται ο εμβολιασμός είναι στην αρχή της εφηβείας πριν την έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας των κοριτσιών.⁸ Σεξουαλικά ενεργές γυναίκες οι οποίες δεν έχουν εκτεθεί ποτέ σε γονότυπο του ιού ο οποίος περιλαμβάνεται στο εμβόλιο, μπορούν να λάβουν το εμβόλιο. Το διδύναμο εμβόλιο έχει επιδείξει την παραγωγή άνοσης αντίδρασης σε γυναίκες ηλικίας μέχρι 55 ετών, ενώ το τετραδύναμο εμβόλιο, επέδειξε αποτελεσματικότητα μέχρι και την ηλικία των 45 ετών.

Σημαντικό είναι ο εμβολιαζόμενος πληθυσμός να συνεχίσει τον προσυμπτωματικό έλεγχο, καθώς τα εμβόλια προστατεύουν μόνο από το 70-75% των αντιγόνων «υψηλού κινδύνου» και άρα αυτά τα άτομα βρίσκονται σε κίνδυνο από τους ογκογόνους τύπους του ιού οι οποίοι δεν περιλαμβάνονται στο εμβόλιο.¹⁶

Τα συχνότερα προβλήματα που προκαλεί το εμβόλιο εναντίον του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι ήπια και υποχωρούν γρήγορα. Περιλαμβάνουν πόνο στο σημείο που γίνεται το εμβόλιο (συνήθως στο βραχίονα), χαμηλό πυρετό, αδιαθεσία, πονοκέφαλο, μυαλγίες, ζαλάδες, διάρροια και εξάνθημα. Τέτοιου είδους παρενέργειες είναι συνήθεις και με άλλα εμβόλια.¹⁷

Πολλά από τα ερωτήματα τα οποία παραμένουν είναι η διάρκεια προστασίας, το κόστος, η ασφάλεια του, καθώς δεν είναι ακόμα γνωστή η ανάγκη για επιπλέον αναμνηστικές δόσεις του εμβολίου, ο εμβολιασμός ή όχι των αγοριών, καθώς επίσης και η αντίδραση των γονέων σχετικά με τον εμβολιασμό των παιδιών τους έναντι ενός σεξουαλικού μεταδιδόμενου νοσήματος.

Επίσης, ο εμβολιασμός κοριτσιών εφηβικής ηλικίας μπορεί να τους δώσει τη λανθασμένη εντύπωση ότι τις προστατεύει από όλα τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, γι' αυτό το λόγο θα πρέπει να παρέχονται στα κορίτσια αυτά οι απαραίτητες πληροφορίες καθώς και συμβουλές για ασφαλή σεξουαλική συμπεριφορά.¹⁶ Επιπλέον, αφού το Τεστ Παπανικολάου έχει προσφέρει σημαντικά στη μείωση της θνησιμότητας από καρκίνο, τι μπορεί να προσφέρει ένα εμβόλιο.

Τα αποτελέσματα των κλινικών ερευνών πάντως είναι ελπιδοφόρα και προμηνύουν την σταδιακή μείωση των θανάτων από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, ειδικά σε αναπτυσσόμενες χώρες, όπου δεν υπάρχει η δυνατότητα προσυμπτωματικού ελέγχου και το εμβόλιο φαίνεται να είναι η μόνη επιλογή.¹⁶

Μελέτες φάσεων 2 και 3 για τα εμβόλια έναντι των ιών HPV 16 και 18 πραγματοποιήθηκαν σε δεκάδες χώρες ανά τον κόσμο. Τα αποτελέσματά τους έχουν δοθεί ήδη στη δημοσιότητα. Η ασφάλεια και αποτελεσματικότητα των εμβολίων με ιόμορφα σωματίδια έχουν τεκμηριωθεί σε πολλές ελεγμένες δημοσιεύσεις σε κορυφαία ιατρικά περιοδικά. Αν και η κλινική εμπειρία έχει μόλις ξεπεράσει τα 5 έτη, η τεκμηρίωση για την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια είναι από τις ισχυρότερες στην προληπτική ιατρική.

Αναλογικά, οι απαιτήσεις για τεκμηρίωση είναι πολύ πιο αυστηρές από ό,τι ήταν αυτές που χρησιμοποιήθηκαν για την αξιολόγηση υποψηφίων εμβολίων κατά το παρελθόν.⁸

3.2 Τεστ Παπανικολάου και νέα μέθοδος (Thin Prep)

Έχουν περάσει περισσότερα από 60 χρόνια από τότε που ο Γεώργιος Παπανικολάου, ανακάλυψε την εξέταση που έλαβε και το όνομά του («τεστ Παπανικολάου») αποτελώντας την πλέον επιτυχημένη εξέταση πληθυσμιακού ελέγχου διεθνώς για την πρόληψη κακοήθους νόσου, συγκεκριμένα της πρόληψης του καρκίνου τραχήλου μήτρας.

Έκτοτε, επικράτησε στο δυτικό κόσμο η άποψη ότι ο καρκίνος τραχήλου της μήτρας είναι μεν μια κακοήθης πάθηση, αλλά ουσιαστικά μπορεί να προληφθεί, λόγω της ύπαρξης του τεστ Παπανικολάου.⁸

Εξακολουθεί όμως, να παρατηρείται ένας σημαντικός αριθμός διηθητικών καρκίνων, ακόμα και σε πληθυσμούς που ελέγχονται, λόγω των ψευδώς αρνητικών τεστ, που κυμαίνονται από 5-40%. Από τα ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα του τεστ, το 80% οφείλονται σε κακή λήψη και το 20% σε κακή διάγνωση. Ένα άλλο μικρότερο πρόβλημα του τεστ Παπανικολάου, είναι τα ψευδώς θετικά αποτελέσματα, τα οποία κυμαίνονται από 1-15%. Συνήθως πρόκειται για υπερεκτίμηση των αλλοιώσεων (αλλοιώσεις που θεωρούνται ενδεικτικές HPV μόλυνσης ή LGSIL και στην πραγματικότητα δεν είναι).⁶

Μάλιστα στις χώρες του τρίτου κόσμου όπως Αφρική, Νοτιοανατολική Ασία αποτελεί την υπ' αριθμός 1 αιτία θανάτου γυναικών από καρκίνο. Ιδιαίτερα σημαντικό είναι το γεγονός ότι και στην προηγμένη Ευρώπη περίπου 33.000 γυναίκες εμφανίζουν κάθε χρόνο καρκίνο τραχήλου και από αυτές περίπου οι 15.000 πεθαίνουν από τη νόσο αυτή, δηλαδή περίπου 45 γυναίκες κάθε ημέρα.⁸

Το τεστ δεν πρέπει να λαμβάνεται, εάν έχει προηγηθεί κολπική πλύση, γιατί ο αριθμός των κυττάρων, που συγκεντρώνονται είναι πολύ μικρός. Σεξουαλική δραστηριότητα εντός 24 ωρών, καθώς επίσης και τις ημέρες της εμμήνου ρύσεως (μειωμένος αριθμός κυττάρων και φλεγμονωδών στοιχείων και αίματος, που εμποδίζουν τη διάγνωση).⁶

Με το τεστ Παπανικολάου, μπορούν να διαγνωστούν βλάβες μετά την έναρξη ή και μετά την ολοκλήρωση της διαδικασίας της καρκινογένεσης. Από την άλλη μεριά, η πρωτογενής πρόληψη του καρκίνου στοχεύει στην μείωση της έκθεσης ή στην αναστολή των συνεπειών από την έκθεση του ατόμου σε παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης της νόσου, δηλαδή πριν από την έναρξη της διαδικασίας της καρκινογένεσης.⁸

Το τεστ Παπανικολάου, έχει αποδειχθεί ως η πιο επιτυχημένη μέθοδος για μαζικό έλεγχο ασυμπτωματικού πληθυσμού. Υπολογίζεται ότι στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής έχουν 15.000 νέες περιπτώσεις καρκίνου τραχήλου κάθε χρόνο. Η πλειοψηφία αυτών των περιπτώσεων αφορούν το κομμάτι του πληθυσμού που δεν έκανε ποτέ τεστ Παπανικολάου. Όμως περίπου 4.500 από τις γυναίκες αυτές είχαν κάνει κάποτε τουλάχιστον ένα τεστ Παπανικολάου. Είναι αξιοσημείωτο επίσης ότι 13-31% των γυναικών με διηθητικό καρκίνο, είχε τουλάχιστον ένα αρνητικό τεστ Παπανικολάου εντός της προηγούμενης τριετίας.

Τα ανώτερα στατιστικά στοιχεία χρησίμευσαν ως κίνητρο για τη βελτίωση της τεχνικής του τεστ Παπανικολάου. Είναι αναμφισβήτητο ότι οι ανώτερες περιγραφείσες εξελίξεις στην Κυτταρολογία προσφέρουν ποιότητα (Κυτταρολογία Υγρής Φάσης και Τεχνικές Αυτοματοποιημένης Κυτταρολογίας).

Το θέμα είναι αν η μικρή βελτίωση στη δυνατότητα διάγνωσης (με σκοπό τη μείωση των ψευδώς αρνητικών τεστ), αξίζει τη μεγάλη διαφορά στη δαπάνη. Για παράδειγμα σε κράτη, όπου υπάρχει συγκεκριμένο ποσό, που θα διατεθεί για πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, θεωρείται ότι είναι καλύτερο να ελεγχθούν με το κλασικό (και φθηνό) τεστ περισσότερες γυναίκες, παρά λιγότερες με τη νέα (ακριβή με τα σημερινά τουλάχιστον δεδομένα) τεχνολογία.

Τη λύση στο ανώτερο δίλημμα φαίνεται ότι θα δώσει μελλοντικά ο συνδυασμός του τεστ (συλλογή σε υγρό) με μοριακές τεχνικές.⁶

Μέχρι τις αρχές του 1990 η αυθεντικότητα και η αποτελεσματικότητα του τεστ Παπανικολάου δεν είχε ελεγχθεί με τυφλές κλινικές μελέτες. Υπήρχαν εξαρχής εγγενείς περιορισμοί της μεθόδου, που δεν αξιολογήθηκαν, στο βαθμό που έπρεπε.

Για παράδειγμα, η βιολογική συμπεριφορά του επιθηλίου, η διαδικασία λήψης επιχρίσματος, η χρήση κατάλληλων συσκευών λήψης υλικού, η υποκειμενικότητα στην εκτίμηση των αλλοιώσεων και αρκετά άλλα. Υπό την επίβλεψη της International Academy

Of Cytology, σχεδιάστηκαν και εκτελέστηκαν προγράμματα για τον έλεγχο ή αύξηση της αξιοπιστίας της εξέτασης Παπανικολάου.

Τα προγράμματα αυτά μετά το 1998, εντατικοποιήθηκαν ιδιαίτερα όταν από την FDA(επιτροπή φαρμάκων ΗΠΑ) λήφθηκε η απόφαση ότι η εξέταση κατά Παπανικολάου θεωρείται, εκτός από εξέταση προληπτικού ελέγχου και διαγνωστική δοκιμασία. Βάσει αυτής της απόφασης επαναξιολογήθηκαν οι παρασκευαστικές τεχνικές , οι μέθοδοι λήψης του δείγματος και οι μέθοδοι αξιολόγησης του επιχρίσματος.⁸

Προκειμένου να υπερκεραστούν τα προβλήματα του τεστ Παπανικολάου, προτάθηκε μια εναλλακτική μέθοδος επεξεργασίας του υλικού λήψης κατά τεστ Παπ, με επίστρωση των κυττάρων σε λεπτή μονοεπίπεδη στιβάδα ή τεχνική υγρής φάσης (Thin Prep). Το Thin Prep είναι μια μέθοδος που φαίνεται να υπερτερεί της κλασικής μεθόδου μετά από σειρά πολυκεντρικών μελετών. Παρέχει περισσότερο και πιο αντιπροσωπευτικό δείγμα. Η εταιρεία που ενέκρινε το Thin prep το 1996, ήταν η FDA και λίγο αργότερα το Autocyte Prep ως σύστημα εφαρμογής της νέας μεθόδου επεξεργασίας του τεστ Παπανικολάου.¹⁸

3.3 Ο ρόλος κοινοτικού νοσηλευτή στην πρόληψη και προαγωγή της υγείας

Ο κοινοτικός νοσηλευτής σαν μέλος της υγειονομικής ομάδας, σκοπεύει κατά κύριο λόγο στην πρόληψη με τη διδασκαλία και τη διαφώτιση , συμβάλλει στην εκπαίδευση και ενημέρωση των ασθενών, ώστε να μπορέσουν να κατανοήσουν και να αποδεχθούν τη νόσο ¹⁹, ακόμα διδάσκοντας τις γυναίκες της κοινότητας πώς να επισημάνουν εγκαίρως ανησυχητικά σημεία, παρέχοντας την ανάλογη ενημέρωση για να περιορίσει την εξάπλωση .

Το αντικείμενο φροντίδας του κοινοτικού νοσηλευτή μπορεί να περιλαμβάνει το άτομο, την οικογένεια, αλλά και κάθε κοινωνική ομάδα. Αξιολογεί και αντιμετωπίζει όχι μόνο τις ανάγκες του ατόμου με το συγκεκριμένο πρόβλημα, αλλά συγχρόνως και τις ανάγκες, την επάρκεια και προσαρμογή όλων των μελών που απαρτίζουν την οικογένεια και το περιβάλλον του.^{19,20}

Αυτός είναι και ο βασικός λόγος που πρέπει να ενθαρρύνεται ο γυναικείος πληθυσμός στο να υποβάλλεται συχνά σε έλεγχο

Ο πρώτος τρόπος είναι το τεστ Παπανικολάου που ανιχνεύει προκαρκινικές αλλοιώσεις. Ο δεύτερος τρόπος είναι η πρόληψη δημιουργίας προκαρκινικών βλαβών με την αποφυγή παραγόντων κινδύνου.

Η πρωτογενής πρόληψη της λοίμωξης από ιό HPV περιλαμβάνει επίσης:

- Εκπαιδευτικά προγράμματα σε εφήβους, όπου θα τονίζεται η ισχυρή συσχέτιση του HPV ως σεξουαλικά μεταδιδόμενου νοσήματος με την ανάπτυξη καρκίνου.

- Η ενθάρρυνση καθυστερημένης έναρξης σεξουαλικής δραστηριότητας.
- Η σύσταση χρήσης προφυλακτικού που θα συντελέσει στη μείωση της συχνότητας μετάδοσης του ιού HPV.
- Η σωστή υγιεινή για την πρόληψη χρόνιων κολποτραχηλικών φλεγμονών
- Η διακοπή καπνίσματος.
- Σωστές διατροφικές συνήθειες για την καλή διατήρηση του ανοσολογικού συστήματος
- Επιλογή του σεξουαλικού συντρόφου και όχι εναλλαγή των σεξουαλικών συντρόφων²⁰

Ακόμα ότι, η μετάδοση του ιού γίνεται από άτομο σε άτομο μέσω της σεξουαλικής επαφής, και η μέγιστη συχνότητα εμφανίζεται κυρίως σε γυναίκες ηλικίας 22 – 25 ετών.

Οι σύγχρονες επιδημιολογικές μελέτες επικεντρώνονται κυρίως σε συμπαράγοντες και παράγοντες του ξενιστή, που θα μπορούσαν να εξηγήσουν την φυσική ιστορία της λοίμωξης από HPV. Τέτοιοι παράγοντες είναι το κάπνισμα, η χρήση αντισυλληπτικών, ο αριθμός τοκετών, οι ωκυτοκίνες, η σύγχρονη λοίμωξη από άλλους σεξουαλικά μεταδιδόμενους παράγοντες όπως για παράδειγμα ιοί της ομάδας του έρπητα, χλαμύδια.²⁰

Επίσης, θα πρέπει να επισημαίνεται στις γυναίκες που εμφανίζουν πόνο κατά τη σεξουαλική επαφή και αιμόρροια μετά από αυτή, η αιμόρροια που δεν οφείλεται στην έμμηνο ρύση, καθώς και δύσοσμα ή μη φυσιολογικού χρώματος κολπικά υγρά, να καταφεύγουν αμέσως στο γυναικολόγο τους και να ελεγχθούν με το τεστ Παπανικολάου.

Έτσι, θα ενημερωθεί ο σημερινός έφηβος ή έφηβη και θα προληφθεί σε σημαντικό βαθμό ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας.²⁰

3.4 Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας για την εκπαίδευση της νόσου γενικά

Οι Επαγγελματίες Υγείας, εκπαιδεύοντας τους ασθενείς και τους συντρόφους αυτών, για τη φυσική ιστορία της νόσου ίσως βοηθήσει στο να ελαχιστοποιηθούν οι καχυποψίες. Το υπάρχον stress της διάγνωσης σε συνδυασμό με την παραπληροφόρηση έχει ως αποτέλεσμα τις κατηγορίες και τις αμφιβολίες, οι οποίες μπορεί να έχουν καταστροφικές συνέπειες στις σχέσεις των ασθενών.

Όπως είναι συχνό στην συμβουλευτική της σεξουαλικότητας η νοσηλεύτρια ή ο ιατρός πρέπει να ξεκινήσει τη συζήτηση. Οι περισσότεροι ασθενείς επιθυμούν μια τέτοια εκπαίδευση και συμβουλευτική, όπου να τους δίνεται η δυνατότητα να εκφράσουν τις ανησυχίες τους⁵

Η ασθενής επιβάλλεται να γνωρίζει τη μεγάλη σημασία του προληπτικού ελέγχου. Η εκπαίδευση του οικογενειακού περιβάλλοντος και των συζύγων των γυναικών αυτών, παίζει

σπουδαίο ρόλο στην εξέλιξη της ομαλότερης πορείας της ασθένειας στηρίζοντας ψυχολογικά το πάσχον άτομο.²⁰

3.5 Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας στη Συμβουλευτική ασθενών με μόλυνση HPV και οικογενειακού περιβάλλοντος

Η συμβουλευτική για ασθενείς με μολύνσεις του γεννητικού συστήματος από τον ιό HPV και με ενδοεπιθηλιακές νεοπλασίες, μπορεί να παρέχει την ευκαιρία να γίνονται γνωστές οι ανησυχίες για τη σεξουαλικότητα, τη γονιμότητα, τη σωματική δυσφορία που έχει σχέση με τη θεραπεία, φόβους για τυχόν επανάληψη και τον κίνδυνο του καρκίνου.

Γυναίκες με μακροπρόθεσμο HPV και οι σύντροφοί τους, απαιτούν συνεχή εκπαιδευτική και ψυχολογική υποστήριξη, για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση της διάγνωσης. Υποστηρικτικές ομάδες επίσης μπορεί να βοηθήσουν στην εκπαίδευση του κόσμου, στη μείωση του στίγματος και της απομόνωσης, και στο να μοιραστούν με τους ασθενείς τρόπους αντιμετώπισης του ιού και των διακλαδώσεών του.⁵

Σημαντική βοήθεια επίσης προσφέρουν οι ομάδες αμοιβαίας υποστήριξης με άλλες συν-ασθενείς και με το συντονισμό ενός επαγγελματία ψυχικής υγείας, όπου μέσω της ανταλλαγής κοινών εμπειριών και συναισθημάτων, καλλιεργείται πνεύμα ομαδικότητας που οδηγεί σε ψυχοκοινωνική αποκατάσταση. Η εκπαίδευση του οικογενειακού περιβάλλοντος και των συζύγων των γυναικών αυτών, παίζει σπουδαίο ρόλο στην εξέλιξη της ομαλότερης πορείας της ασθένειας στηρίζοντας ψυχολογικά το πάσχον άτομο.²⁰

Η κάθε γυναίκα πρέπει να γνωρίζει ότι ο ετήσιος προληπτικός έλεγχος είναι απαραίτητος για την πρόληψη του καρκίνου, και πριν γίνει το τεστ Παπανικολάου δεν θα πρέπει να έχει πλυθεί ενδοκολπικά και να έχει σεξουαλικές επαφές 24 ώρες πριν τη λήψη επιχρισμάτων.

Επίσης το τεστ Παπανικολάου δεν πρέπει να λαμβάνεται κατά τη διάρκεια της εμμήνου ρύσεως και σε διάστημα μικρότερο της μίας εβδομάδας από τη διακοπή ενδοκολπικών αντιβιοτικών ή αντιμυκητιασικών παραγόντων. Τα επιχρίσματα πρέπει να λαμβάνονται σε συνδυασμό με πυελική εξέταση και πάντα από το γυναικολόγο ιατρό και όχι από άλλο παραϊατρικό προσωπικό. Στο τεστ, ανιχνεύονται οι HPV ιοί.²⁰

3.6 Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας στην ενημέρωση και εκπαίδευση ασθενών μετά από τη διάγνωση ή θεραπεία

Βασισμένοι στην μειωμένη ποιότητα ζωής παρουσιάζουμε 3 προτάσεις στο πώς οι επαγγελματίες υγείας, μπορούν να καλυτερέψουν την ποιότητα ζωής μετά από ένα ανώμαλο τεστ Παπανικολάου ή μετά από διάγνωση ή μετά τη θεραπεία. Επισημαίνεται στο άμεσο οικογενειακό περιβάλλον, σε δύσκολες περιπτώσεις όπου η ασθενής παρουσιάζει κατάθλιψη, άρνηση και πολλές φορές ακόμη και τάσεις αυτοκτονίας, ότι οι καθαρά ψυχολογικές και ψυχιατρικές παρεμβάσεις μπορούν να βοηθήσουν στην αποκατάσταση και αύξηση της ποιότητας ζωής της.^{7,20}

Ο φόβος, η αυτό-κατηγορία, η αγωνία και το άγχος για τον καρκίνο τραχήλου της μήτρας είναι συνήθης σε γυναίκες που λαμβάνουν αποτελέσματα ενός ανώμαλου τεστ Παπανικολάου ή θετικού DNA τεστ. Τέτοια αποτελέσματα, επιδρούν στην εικόνα του σώματος, την αυτοεκτίμηση, στις σχέσεις με τους συντρόφους και στα σεξουαλικά και αναπαραγωγικά θέματα.^{7,21}

Ο νοσηλευτής, αποτελεί το συνδετικό κρίκο ανάμεσα στον ιατρό και την ασθενή. Είναι το πρόσωπο εκείνο, όπου θα ανακουφίσει τον ψυχικό και σωματικό πόνο, που θα εμπνεύσει το αίσθημα ασφάλειας απέναντι στο περιβάλλον του νοσοκομείου, μειώνοντας έτσι τους φόβους και τις ανησυχίες των γυναικών που πάσχουν.

Έτσι, με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνεται η ομαλή εξέλιξη της θεραπείας και η καλύτερη δυνατή αποκατάστασή της.

Επιπλέον, ένα πολύ σημαντικό σημείο είναι αυτό που αναφέρεται στην πρόληψη των υποτροπών. Η ασθενής επιβάλλεται να γνωρίζει τη μεγάλη σημασία του προληπτικού ελέγχου για την καλή πρόγνωση και πορεία της νόσου, τηρώντας πάντα τις οδηγίες του θεράποντα ιατρού.²⁰

Για να ελαχιστοποιηθούν τα επιβλαβή αποτελέσματα από την επίδραση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και των προκαρκινικών αλλοιώσεων στην ποιότητα ζωής αυτών των γυναικών θα πρέπει να διαχειρίζονται αυτά τα θέματα σαν μέρος ενός συνολικού σχεδίου φροντίδας.

Για να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο τραχήλου της μήτρας θα πρέπει να αναζητήσουν συμβουλευτική και ψυχολογική υποστήριξη και εκπαίδευση για την αυτό-φροντίδα και προσήλωση στη θεραπεία, να συνεχίσουν την ανίχνευση του καρκίνου τραχήλου μήτρας και να κάνουν εμβόλιο εναντίον των ογκογόνων τύπων του ιού.^{7,21}

Κάτι ακόμα που θα πρέπει να τονίζεται από τους νοσηλευτές και είναι βασική προϋπόθεση για την σχέση μεταξύ νοσηλευτή και ασθενούς, είναι η συχνή παρότρυνσή της να αισθάνεται καλά ψυχολογικά και ότι δεν είναι ανάγκη να είναι ηρωίδα και να σκέπτεται θετικά. Αυτό αφενός ενθαρρύνει προσδοκίες ότι η καλύτερη ψυχολογική κατάσταση της θα μεταβάλλει την πρόγνωση, αφετέρου πολλές ασθενείς με αυτή την παρότρυνση επιβαρύνονται και καταπνίγουν τα συναισθήματα θυμού, θλίψης, κλάματος ή ματαιώσης και δεν τα εκφράζουν σε κανένα.

Οι γυναίκες που υποβλήθηκαν σε κάποιας μορφής συντηρητική θεραπεία για ενδοεπιθηλιακή αλλοίωση, πρέπει να παρακολουθούνται μετεγχειρητικά με τη διαγνωστική μέθοδο της κυτταρολογίας και κολποσκόπησης. Οι γυναίκες δε που έχουν υποβληθεί σε πιο ριζική θεραπεία λόγω διηθητικού καρκίνου, υποβάλλονται στο μετεγχειρητικό έλεγχο με : α/α θώρακος, CT άνω-κάτω κοιλίας, καρκινικούς δείκτες με εξέταση αίματος, κυτταρολογική εξέταση κολπικού επιχρίσματος στον χρόνο που θα ορίσει ο ιατρός.²⁰

3.7 Ο ρόλος του ιατρού στην εκπαίδευση και καθοδήγηση του ασθενή.

Ο πρωταρχικός στόχος ενός ιατρού που γνωστοποιεί το αποτέλεσμα του Παπ τεστ σε έναν ασθενή είναι να αναγνωρίσει το άγχος και να ενθαρρύνει τη συνέχεια της θεραπείας. Η μη συμμόρφωση με τη συνέχεια της θεραπείας είναι μια κρίσιμη ανησυχία και βρίσκεται μεταξύ των ομάδων των ασθενών, αλλά είναι υψηλότερη μεταξύ νεότερων, ανύπαντρων, λιγότερης παιδείας γυναικών χαμηλών κοινωνικοοικονομικών τάξεων.²² Δυστυχώς, αυτές που αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο για προκαρκινικές τραχηλικές νόσους δεν είναι μόνο αυτές που έχουν κάνει το πρώτο Παπ τεστ, αλλά και αυτές που δεν τηρούν τη θεραπεία.²³

Επειδή το Παπ τεστ είναι μια εξέταση ρουτίνας και συνήθως με φυσιολογικά ευρήματα, οι ιατροί συχνά έχουν μικρή προσδοκία ευπάθειας ως προς τους ασθενείς τους ή λάθος αίσθηση στο να καθησυχάσουν τους ασθενείς πριν την εξέταση.²⁴ Ίσως είναι χρήσιμη μια προνοητική καθοδήγηση στην οποία οι ασθενείς θα είναι προειδοποιημένοι για τα ενδεχόμενα ανώμαλα ευρήματα από το τεστ Παπ και πάντα ενημερωμένοι για τις διαθέσιμες αποτελεσματικές παρεμβάσεις.²⁵ Είναι επίσης σημαντικό, ο ιατρός να ενημερώσει τους ασθενείς με ανώμαλα ευρήματα του Παπ τεστ ότι σπάνια προμηνύουν καρκίνο.

Η προειδοποίηση μπορεί να μειώσει τις αρχικές αντιδράσεις του σοκ, της δυσπιστίας και της αίσθησης της καταστροφής που μπορεί να εμφανισθεί όταν μία ασθενής, πρωτομαθαίνει ότι το Παπ τεστ της είναι ανώμαλο.

Για την ανακούφιση των ασθενών από το άγχος, είναι χρήσιμη η επικέντρωση στα αντικειμενικά χαρακτηριστικά της απειλής, όπως οι παράγοντες κινδύνου και οι λόγοι για

περαιτέρω διαγνωστική διερεύνηση ή τρόπων θεραπείας.²³ Η παροχή πληροφοριών από τον ιατρό σε ασθενείς, θα πρέπει να φωτίσει συγκεκριμένες απορίες για τις οποίες ανησυχούν.

Αυτές περιλαμβάνουν φόβο καρκίνου, φόβο απώλειας σεξουαλικής ή αναπαραγωγικής λειτουργίας και απέχθεια σε ιατρικές πράξεις. Τα ενημερωτικά φυλλάδια έχουν βρεθεί να είναι πολύ αποτελεσματικά στο να μειώσουν το άγχος και να ενθαρρύνουν θετικές συμπεριφορές.²⁶ Για παράδειγμα, οι γυναίκες που έλαβαν πληροφορίες από ενημερωτικά φυλλάδια μέσω ηλεκτρονικής διεύθυνσης ανέφεραν λιγότερο άγχος από αυτές που δεν έλαβαν τέτοιου είδους πληροφορίες.²⁷

Παρ' όλ' αυτά σε μια προειδοποιητική σημείωση, που παρείχε πληροφορίες αυξήθηκε η γνώση, αλλά δε μειώθηκε το άγχος. Σύντομες, απλές πληροφορίες ίσως είναι πιο αποτελεσματικές στο να μειώσουν το άγχος.²⁸

Μερικοί ασθενείς προτιμούν την αποφυγή και τον περισπασμό σαν μέσα συνεργασίας αγχωδών καταστάσεων. Άρα, η ύπαρξη πληροφοριακού υλικού δεν είναι εγγύηση ότι θα το διαβάσουν, ότι θα το κατανοήσουν, ή ότι θα βοηθήσει την ασθενή.²⁹ Γυναίκες με περισσότερες προτιμήσεις στην εύρεση πληροφοριών τείνουν να έχουν περισσότερες ερωτήσεις κατά τη διάρκεια των επισκέψεων, και οι γυναίκες που απαιτούν γραπτές πληροφορίες τείνουν να προτιμούν περισσότερη φροντίδα. Έχει βρεθεί ότι εκείνες οι γυναίκες που ρώτησαν περισσότερο ανέφεραν υψηλά επίπεδα αυτοπεποίθησης στην φροντίδα τους μετά την εξέταση.

Παρ' όλ' αυτά το επίπεδο γνώσης και η διαφορά της κοινωνικής τάξης επηρεάζει την ισορροπία επικοινωνίας μεταξύ ιατρού-ασθενή. Οι ασθενείς με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο έχει βρεθεί να ρωτούν λιγότερα πράγματα και είναι λιγότερο θετικοί κατά τη διάρκεια των επισκέψεων στις οποίες συζητώνται τα αποτελέσματα τους από τα Παπ τεστ³⁰

Οι ασθενείς θα έχουν δυσκολία κατανόησης των πληροφοριών που λαμβάνουν, εάν ο ιατρός αποτύχει να δώσει ξεκάθαρες συστάσεις.

Ακόμα και όροι όπως κολποσκόπηση και προκαρκινικός, όπου είναι περίπου κοινές μεταξύ των ειδικών, ερμηνεύονται λάθος ή δεν κατανοούνται από τους ασθενείς. Για παράδειγμα, οι ασθενείς ερμηνεύουν τη λέξη προκαρκινικός με το ότι έχουν πρώιμο καρκίνο και ότι τελικά θα πεθάνουν από αυτόν.³¹ Άρα, οι ασθενείς θα πρέπει να ενθαρρύνονται να ρωτούν, αλλά αυτό ίσως να μην είναι επαρκές, στην βεβαίωση ότι καταλαβαίνουν τις λέξεις-κλειδιά.

Είναι χρέος του ιατρού να δώσει κατανοητές εξηγήσεις για ένα ανώμαλο Παπ τεστ ότι δεν είναι επιβεβαίωση για καρκίνο αλλά απλώς δείχνει ένα εύρημα το οποίο απαιτεί περισσότερη διερεύνηση.

Πιο ειδικές, εντατικές προσπάθειες είναι απαραίτητες για ομάδες υψηλού κινδύνου για μη συμμόρφωση λόγω κάποιων εμποδίων. Αυτά τα εμπόδια περιλαμβάνουν μοιρολατρία, απελπισία για τον καρκίνο, μεταφορά δυσκολιών, λησμόνηση, φροντίδα παιδιών, έλλειψη χρόνου, σύγκρουση στην πεποίθηση της υγείας και διαφορές στην κουλτούρα.²³

Μια παρέμβαση που έχει αποδειχθεί επιτυχής είναι η συμβουλευτική μέσω τηλεφώνου. Η κοινωνική υποστήριξη επίσης παίζει ρόλο στο να παραγκωνίζει συναισθήματα άγχους που υπάρχουν όταν λέγεται στην ασθενή ότι το Παπ τεστ είναι ανώμαλο. Η υποστήριξη μπορεί να γίνει, με τη βοήθεια 4 τύπων: είτε συναισθηματική, είτε να παρέχει πληροφορίες ή να παρέχει συμβουλές.³² Στοιχεία που αναστέλλουν την αναζήτηση ψυχολογικής υποστήριξης περιλαμβάνουν την απουσία σταθερού συντρόφου, τον στιγματισμό, καθώς και την αμηχανία που έχουν μερικές ασθενείς κατά την εξήγηση της ανατομίας του σώματος τους, φόβος για σεξουαλική απόρριψη, και έλλειψη ενδιαφέροντος από το σύντροφο προς την ασθενή, έλλειψη ενημέρωσης, ή ανικανότητας του να καταλάβει.

Γι' αυτό προτείνεται από τον ιατρό προς τους ασθενείς να αναζητήσουν θαλωρή και στοργή από τους γονείς, από έμπιστους συντρόφους και φίλους.³³

Όταν οι πληροφορίες για την κολποσκόπηση παρέχονται, το άγχος μειώνεται και βελτιώνεται η συμμόρφωση. Παρ' όλ' αυτά παίζει σημαντικό ρόλο να είναι σωστή η ώρα(έγκαιρη) που θα γίνει η ανταλλαγή πληροφοριών. Παρέχοντας εκπαίδευση στην ασθενή την ώρα της κολποσκόπησης μπορεί να είναι αναποτελεσματικό και χωρίς ουσία.

Για πολλούς ασθενείς, ένα ανώμαλο Παπ τεστ σαν αποτέλεσμα ετήσιας εξέτασης με στοιχειώδη φροντίδα καταλήγει σε παραπομπή ειδικού. Όταν εμπλέκεται η παραπομπή σε ειδικό, οι ασθενείς συχνά εκφράζουν μια προτίμηση να λάβουν κολποσκοπικές πληροφορίες από τον οικογενειακό ιατρό.

Δεν είναι όλες οι πληροφορίες για την κολποσκόπηση αποτελεσματικές όταν παρέχονται εκ των προτέρων. Οι διαδικαστικές πληροφορίες είναι χρήσιμες για να απαντήσουν στις ερωτήσεις των ασθενών για το μήκος, τον χρόνο και τις τεχνικές της κολποσκόπησης.

Κατά την ώρα της εξέτασης, πρέπει να δίνεται έμφαση στις πληροφορίες αίσθησης και συμπεριφοράς. Δίνοντας πληροφορίες αίσθησης βοηθείται η προετοιμασία της ασθενούς στο τι θα δει, τι θα ακούσει, θα αγγίξει, θα γευτεί ή θα μυρίσει.

Από την άλλη, οι πληροφορίες συμπεριφοράς αποτελούνται από συμβουλές για το πώς η ασθενής μπορεί να νιώσει πιο άνετα ή να μειώσει την δυσφορία κατά τη διάρκεια της διαδικασίας.³⁴ Αμέσως μετά την κολποσκόπηση, οι ασθενείς που εξετάστηκαν εξέφρασαν τις εμπειρίες τους σχετικά με αυτή. Ειδικότερη προσοχή έχει αφιερωθεί στις γνώμες τους για το πώς τροποποιούν ή βελτιώνουν την εμπειρία τους. Οι απαντήσεις τους είναι αξιοσημείωτες στο ότι επηρεάστηκαν λίγο κατά τη διαδικασία της κολποσκόπησης. Κυρίως, επιθυμούσαν

από τον ιατρό να τους αφιερώσει περισσότερο χρόνο για τις απαντήσεις που τις έκαναν να ανησυχούν.^{35,36}

Σε ένα σχετικό θέμα, θα ήθελαν περισσότερη προσπάθεια από τον ιατρό να είναι υποστηρικτικός και να δίνει πιο εξατομικευμένη φροντίδα. Ακόμα, οι ασθενείς θα ήταν πιο ωφελημένες, εάν είχαν χρησιμοποιηθεί πιο κατανοητοί τρόποι. Εν κατακλείδι, όλη η διαδικασία θα είχε βελτιωθεί εάν τα αποτελέσματα της κολποσκόπησης μπορούσαν να αναφερθούν κατ' ιδίαν παρά μέσω ταχυδρομείου ή τηλεφωνικού μηνύματος.

Επειδή είναι συχνά συναισθηματικά δύσκολο να αναφέρεις το θέμα της ψυχολογικής αντίδρασης της ασθενούς που έχει ένα ανώμαλο Παπ τεστ και της κολποσκόπησης, γι' αυτό οι ιατροί θα πρέπει να σκεφτούν την χρήση μιας διαθέσιμης αναφοράς κάθε ασθενούς.

Τα ψυχοκοινωνικά αποτελέσματα ενός ερωτηματολογίου σε ανώμαλο Παπ τεστ αποτελείται από 14 είδη ερωτήσεων που επικεντρώνονται σε 4 πτυχές αγωνίας: η αντίδραση στη διαδικασία της κολποσκόπησης, πεποιθήσεις ή συναισθήματα για το ανώμαλο Παπ τεστ και μεταβολές στην αυτό-αντίληψη, ανησυχία για στειρότητα και συνέπειες στις σεξουαλικές σχέσεις³⁶ Αυτή η περίπτωση μπορεί να παράσχει μια μη απειλητική οδό για την αντιμετώπιση ευαίσθητων ανησυχιών.

Περαιτέρω, αναγνωρίζοντας το εύρος της αγωνίας, ο ιατρός μπορεί να στοχεύσει κατάλληλα συμβουλευόντας και εκπαιδεύοντας την ασθενή³⁷. Επειδή το PEAPS-Q μετράει τις αντιδράσεις μετά την κολποσκόπηση, οι απαντήσεις μπορούν να χρησιμοποιηθούν σαν τύπος απολογισμού για την ανακούφιση επίμονου άγχους, ανησυχίας ή παραπληροφόρησης.

Κεφάλαιο 4: Ψυχολογία

«Ξέρω, ξέρω, αν αναρωτηθώ το «γιατί», θα χάσω το παιχνίδι. Έχετε σκεφτεί όμως, ότι όπως ανεξέλεγκτη είναι η αρρώστια, τόσο ανεξέλεγκτα είναι και τα «γιατί» μου; Μπορεί κάποιος να καταλάβει πόση δύναμη κρατιέται ορμητικά μέσα μου; Πόσα αντιφατικά συναισθήματα ματώνουν την ψυχούλα μου και καταργούν τη λογική μου; Πιστεύει κανένας ότι όλα αυτά μπορώ να τα ελέγξω; Όχι υπερανάλυση, μόνον κοινή λογική – το ξέρω και εγώ, πώς μπορώ όμως να το εφαρμόσω;»¹

4.1 Γενικοί ορισμοί ψυχολογίας

4.1.1 «Άγχος»

Το άγχος είναι επώδυνη συναισθηματική εμπειρία εσωτερικής δυσφορίας, χωρίς ειδικό αντικείμενο, απροσδιόριστης προέλευσης, όπου κυριαρχεί αίσθημα επικείμενου κινδύνου.³⁸ Κάποιο συνταρακτικό γεγονός, εξάλλου, μπορεί να προκαλέσει ένα τραυματικό άγχος ή μια αγχώδη κατάσταση.³⁹

Επιπλέον, είναι η επώδυνη και καταθλιπτική αναμονή κάποιου απροσδιόριστου κινδύνου που απειλεί το άτομο με την παρουσία του και που ταυτόχρονα ζει τον ίδιο τον κίνδυνο στο σώμα και στο πνεύμα του (σαν ταχυκαρδία, σαν κόμπο στο λαιμό, σαν σφίξιμο της καρδιάς ή σαν απειλή, σαν φόβο, σαν πανικό, σαν ιδεοληψία, σαν ηθική καταρράκωση, σαν «σβήσιμο» ή σαν τρέλα).

Είναι αυτή η απροσδιόριστη παρουσία του άμεσου και επερχόμενου - με μια δραματική μοιραιότητα - κινδύνου και απειλής που αποτελεί και την ουσία του άγχους, γιατί αφοπλίζει και αδρανοποιεί, μια που το αντικείμενο του είναι απροσδιόριστο.¹

4.1.2 «Κατάθλιψη»

Η κατάθλιψη, είναι μια συναισθηματική διαταραχή, η οποία χαρακτηρίζεται από καταθλιπτική διάθεση (όπως λύπη, απαισιοδοξία, απελπισία, απόγνωση, αισθήματα αναξιοσύνης και ενοχής για πραγματικά ή νομιζόμενα λάθη και σφάλματα, χαμηλή αυτοεκτίμηση) και απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης σε όλες τις δραστηριότητες της ζωής.

Συνήθη συμπτώματα είναι η μεγάλη αλλαγή στην όρεξη για φαγητό, αϋπνία ή υπερυπνία, ψυχοκινητική επιβράδυνση ή διέγερση, κόπωση και έλλειψη ενεργητικότητας, ελαττωμένη

ικανότητα για σκέψη ή συγκέντρωση προσοχής και υποτροπιάζουσες σκέψεις θανάτου ή ιδέες αυτοκτονίας.³⁸

4.1.3 «Φοβία»

Η φοβία, είναι μια αγχώδης διαταραχή, η οποία χαρακτηρίζεται από έναν έντονο, επίμονο και παράλογο φόβο για κάποιο αντικείμενο, χώρο ή κατάσταση που δεν μπορεί να υπερνικηθεί παρά μόνο αποφεύγοντας το φοβικό αντικείμενο.³⁹

4.1.4 «Ένταση»

Η ένταση(“stress” είναι μια σωματική και ψυχολογική κατάσταση πάντα παρούσα στον άνθρωπο ως συνέπεια της ζωής. Εκδηλώνεται ως μη ειδική αντίδραση προς μεταβολές ή απειλές του εσωτερικού ή εξωτερικού περιβάλλοντος. Οι εκδηλώσεις είναι βιολογικές και ψυχολογικές, δομικές ή λειτουργικές, φανερές ή καλυμμένες.

Κατά τη θετική πλευρά, η ένταση βοηθά στην αύξηση κινήτρων για δράση, εμπειριών μάθησης, δημιουργικότητας, ανάπτυξης, παραγωγικότητας και ικανοποίησης. Αντιθέτως, όμως, όταν οι ανάγκες του ατόμου δεν μπορούν να εκπληρωθούν, προκαλείται δυσφορία.³⁸

4.1.5 «Σωματικό εγώ»

Το σωματικό ΕΓΩ είναι τμήμα της αυτοεικόνας που έχει κάθε άνθρωπος για τον ίδιο και είναι συνδεδεμένο με την αντίληψη του ατόμου σχετικά με την αρρενωπότητα ή τη θηλυκότητα του, τη φυσική του αντοχή, τη δύναμη και τις άλλες ιδιαίτερες σωματικές του ικανότητες.²⁰

4.1.6 «Αίσθημα ενοχής»

Με τη λέξη ενοχή θέλουμε να δηλώσουμε το δυσάρεστο συναίσθημα που βιώνει όποιος έχει συνείδηση ότι έχει διαπράξει κάτι κακό. Το κακό μπορεί να οφείλεται σε κάτι που κάναμε ή σε κάτι που παραλείψαμε να κάνουμε, καθένα από τα οποία είχε αρνητική επίδραση είτε σε εμάς προσωπικά, είτε σε κάποιο αγαπημένο μας πρόσωπο.⁴⁰

4.2 Συναισθήματα ασθενούς κατά την γνωστοποίηση της διάγνωση της μόλυνσης από HPV

Παρόλο που το Παπ τεστ είναι στην πραγματικότητα μια "ρουτίνα" και ένα σύνηθες τεστ για σεξουαλικά δραστήριες γυναίκες, είναι ωστόσο μια διαδικασία που μπορεί να επιφέρει ψυχολογικές επιπτώσεις. Υπάρχουν καθιερωμένα στοιχεία ενός ευρέως φάσματος δυνητικών συναισθημάτων, ψυχολογίας, κοινωνικής συμπεριφοράς στη ζωή των γυναικών αυτών και των οικογενειών τους. Οι επαγγελματίες υγείας μπορούν ξεκάθαρα να παίξουν ένα ρόλο στην τροποποίηση της επίδρασης σε μίας φαινομενικά ελάσσονος σημασίας ανώμαλου Παπ τεστ.^{35,41}

Το συναισθηματικό τραύμα είναι μια φράση για να περιγραφεί, τι αρκετές γυναίκες αποκομίζουν σαν εμπειρία ακολουθώντας τη διάγνωση της λοίμωξης γεννητικών οργάνων από τον ιό HPV. Οι προσωπικές και κοινωνιακές εικόνες που συνδέονται με την παρουσία αυτού του ιού στην γεννητική περιοχή συχνά οδηγεί σε πιο συναισθηματικές αναταραχές και διαμάχες. Επιπλέον η σύνδεση συγκεκριμένων τύπων του ιού HPV με καρκίνους του γεννητικού συστήματος μπορεί να οδηγήσει σε συναισθήματα όπως φόβος και ευπάθεια.⁴²

Όταν μια γυναίκα μαθαίνει για ένα ανώμαλο Παπ τεστ, το κυρίαρχο συναίσθημα που αποκτά είναι το άγχος.^{35,41} Η αγωνία είναι ένα αίσθημα αυξημένης ευπάθειας και μια αίσθηση απώλειας ελέγχου. Υπηρετεί να ξυπνήσει το άτομο έναντι μιας απειλής. Ένα λογικό ποσό άγχους θεωρείται υγιές και κατάλληλο εάν κινητοποιεί το άτομο να αναπτύξουν ένα σχέδιο δράσης. Το υπερβολικό άγχος και η υπερβολική ανησυχία παρ' όλ' αυτά καταλήγουν σε αντιδράσεις όπως άρνηση, αποφυγή και αναποφασιστικότητα εκ των οποίων όλα παρεμβαίνουν στην συμμόρφωση.

Αγχωτικές ή απειλητικές ιατρικές καταστάσεις καταλήγουν σε δύο τύπους άγχους. Σε αυτή όπου τα αποτελέσματα σχετίζονται με τη κατανόηση των ασθενών για την ιατρική κατάσταση τους και τείνει να είναι επιφανειακή. Και σε αυτή όπου η αγωνία αυξάνεται όταν περιμένουν να μάθουν για τα ιατρικά αποτελέσματα και τις ιατρικές διαδικασίες και έρχονται αντιμέτωποι με την κολποσκόπηση.

Γυναίκες με ανώμαλα Παπ τεστ έχει βρεθεί ότι έχουν μεγαλύτερο άγχος σε σύγκριση με τον έλεγχο του εαυτού τους.⁴¹ Σε μερικές περιπτώσεις, το άγχος τους έχει βρεθεί να είναι μεγαλύτερο μεταξύ ασθενών που περιμένουν βιοψία μαστού.⁴³ Οι γυναίκες που αναμένουν ένα φυσιολογικό τεστ Παπ και αντί αυτού έρχονται αντιμέτωπες με ένα παθολογικό εύρημα, αυτό έχει ως αποτέλεσμα την αλλαγή της αυτο-αντίληψης τους και από εκεί που η ψυχολογία τους κατατασσόταν στους υγιείς ανθρώπους πλέον αυτόματα κατατάσσεται στους ασθενείς παρόλο που δεν έχουν συμπτώματα και μέχρι τώρα αισθανόντουσαν υγιείς.⁴⁴

Η αποκάλυψη ενός ανώμαλου Παπ τεστ μπορεί να προκαλέσει αποποίηση προσωπικότητας (π.χ: «αυτό δε συμβαίνει σε εμένα») και χαρακτηρίζεται από δυσπιστία και ήπιες έως μέτριες

αντιδράσεις⁴² Ο πιο συνήθης φόβος είναι αυτός του καρκίνου και ειδικότερα του καρκίνου τραχήλου μήτρας. Ένας δεύτερος φόβος που επικρατεί από ένα ανώμαλο Παπ τεστ είναι η πεποίθηση ότι αποτελεί ένδειξη στειρότητας ή μειωμένης αναπαραγωγικής ικανότητας. Άλλη συνήθη ανησυχία είναι για την ύπαρξη ή όχι απώλειας σεξουαλικής απόκρισης και εάν ενδείκνυται στη θεραπεία ή όχι.

Η ασθενής ίσως κατακλύζεται από αίσθημα ενοχής το οποίο πηγάζει από την πεποίθηση ότι ένα ανώμαλο τεστ είναι η τιμωρία της για την σεξουαλική της ακολασία⁴⁵. Άλλες γυναίκες αντιδρούν στην ιδέα ότι είναι μολυσματικές και ότι ίσως έχουν μολύνει τους συντρόφους τους ή χειρότερα ακόμα μέλη της οικογενείας τους⁴⁶ Οι ασθενείς έχουν επίσης αποδώσει ανώμαλα Παπ τεστ στην τύχη, στην πρόωρη σεξουαλική δραστηριότητα, στη χρήση από του στόματος αντισυλληπτικών δισκίων, εγκυμοσύνη ή προηγούμενες μολύνσεις.²⁵

Οι εις βάθος συνεντεύξεις με πληροφορημένους ασθενείς για το Παπ τεστ τους έχουν αποκαλύψει μια βαθιά ψυχολογική επίδραση. Οι ασθενείς αναφέρουν αναστάτωση ή καλύτερα μια προδοσία του σώματος⁴⁷ Αυτό μπορεί να εξηγηθεί σαν μια ενοχλητική αυτο-εικόνα της ασθενούς η οποία καταλήγει σε μείωση της αυτοπεποίθησής της να αντιμετωπίσει τα ανώμαλα ευρήματα. Συνήθεις περιγραφές περιλαμβάνουν το να βλέπουν τον εαυτό τους λιγότερο ελκυστικό, ακάθαρμο, αμαυρωμένο ή αποτυχημένο.^{25,45}

Σαν μέρος της αποδιοργάνωσης της αυτο-εικόνας τους, οι γυναίκες επίσης αναφέρουν ελάττωση της σεξουαλικής τους ελκυστικότητας. Αυτή η αλλαγή στην αυτο-αντίληψή τους είναι περισσότερο μπερδεμένη με την αβεβαιότητα για το εάν είναι άρρωστες, έχουν καρκίνο, ή μπορούν να θεραπευτούν. Το αίσθημα της προδοσίας του σώματος δημιουργεί μια εσωτερική τάση η οποία μπορεί να ερμηνευθεί σαν θυμός και κατάθλιψη. Για πρώτη φορά στη ζωή τους, πολλές γυναίκες πρέπει να αντιμετωπίσουν την πιθανότητα θανάτου τους.

Οι αρχικές αντιδράσεις στα νέα ενός ανώμαλου Παπ τεστ μπορεί να είναι δύσκολο να κατανοηθούν επειδή κατακλύζονται από το σοκ ενός αναπάντεχου αποτελέσματος.

Συμπτωματικές αντιδράσεις μπορεί να είναι περισσότερο προσβάσιμες. Μεταξύ των συμπτωμάτων που αναφέρονται από τις γυναίκες με ανώμαλα Παπ τεστ είναι η διαταραχή ύπνου, ευερεθιστότητα, κατάθλιψη, κλάμα, εκρήξεις θυμού, αλλαγές στο βάρος, απώλειας ενδιαφέροντος στη σεξουαλική δραστηριότητα καθώς και αναστάτωση στις σεξουαλικές σχέσεις.^{42,48} Οι αντιδράσεις μπορεί επίσης να είναι δύσκολο να αναγνωριστούν καθότι οι ασθενείς μπορεί να είναι απρόθυμες να αποκαλύψουν την ένταση του άγχους τους.²⁴ Η απροθυμία τους να αποκαλύψουν την ένταση του άγχους τους ίσως σχετίζεται με τις αντιδράσεις τους στο πώς τους έγινε η γνωστοποίηση του ανώμαλου Παπ τεστ.

Οι ασθενείς είναι περισσότερο πρόθυμες εάν ο τρόπος που έλαβαν την απάντηση από τον ιατρό ήταν απρόσωπη.²⁷

Η ένταση των αντιδράσεων του ασθενή δεν μπορεί πάντα να εμφανίζεται σαν άμεση απάντηση στα νέα ενός ανώμαλου Παπ τεστ. Οι ασθενείς ίσως έχουν εν εξελίξει παράγοντες κινδύνου οι οποίοι εντείνουν αντιδράσεις, περιλαμβάνοντας ένα ιστορικό ψυχιατρικής διαταραχής ή τεταμένες σχέσεις.²⁵ Ταυτόχρονοι παράγοντες μπορεί να υπάρχουν, όπως εργασία, οικογένεια, επιπλέον προβλήματα υγείας, ευθύνες, οικονομικά προβλήματα, ή περιορισμένη κοινωνική υποστήριξη.

Η διάγνωση της μόλυνσης από τον ιό HPV ή ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας του χαμηλότερου γεννητικού συστήματος μπορεί επίσης να προκαλέσει σημαντική πίεση στις σεξουαλικές σχέσεις. Ερωτήσεις όπως "Πότε το κόλλησα;" και "Ποιος το μετέδωσε σε εμένα" παραμένουν αναπάντητες, αλλά τείνουν να φέρνουν καχυποψίες και αμφιβολίες, οι οποίες μπορεί να οδηγήσουν στο να κατηγορούν τον εαυτό τους ή τους σεξουαλικούς συντρόφους τους. Οι γυναίκες που έχουν μόνο μονογαμικές σχέσεις για πολλά χρόνια ίσως γίνουν καχύποπτες, αναρωτώμενες εάν οι σύντροφοι τους έχουν παραμείνει πιστοί. Οι σύντροφοι ίσως έχουν και αυτοί με τη σειρά τους παρόμοιες αμφιβολίες.⁵

Η επίδραση ενός ανώμαλου Παπ τεστ έχει επίσης δείξει ότι έχει επίμονες συνέπειες. Ακόμα και 3 μήνες μετά από ένα ανώμαλο Παπ τεστ, οι ασθενείς συνεχίζουν να αναφέρουν κλιμακόμενα επίπεδα γενικευμένου άγχους, φόβου για καρκίνο, και διαταραχή διάθεσης, δραστηριότητας, σεξουαλικού ενδιαφέροντος και διαταραχής ύπνου.⁴⁹

Οι περισσότερες γυναίκες συνήθως έχοντας ένα ανώμαλο τεστ Παπανικολάου θεωρούν ότι είναι ενδεικτικό διηθητικού καρκίνου. Αυτός ο φόβος μπορεί να διεισδύσει στην ζωή τους σε βαθμό όπου αυτό ίσως να επηρεάσει τη δεκτικότητα τους σε ιατρικές πράξεις καθώς και να προάγει την ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία του τραχήλου της μήτρας(CIN) σε διηθητικό καρκίνωμα εκ πλακωδών κυττάρων του τραχήλου.⁴⁶

Πρόοδοι στην ανίχνευση και στη θεραπεία προκλινικών εκδηλώσεων του καρκίνου τραχήλου μήτρας έχουν δραματικά μειώσει τα περιστατικά και την θνησιμότητα του. Αυτή η μείωση συνοδεύεται με μια αύξηση στην αναγνώριση των προκαρκινικών καταστάσεων. Με την επίτευξη αυτής της προόδου, η προσοχή επικεντρώθηκε στις ψυχολογικές και συναισθηματικές αντιδράσεις των γυναικών με ανώμαλα Παπ τεστ και στην παραπομπή για κολποσκόπηση. Σήμερα είναι τεκμηριωμένο ότι μια ποικιλία πολύπλοκων ψυχολογικών αντιδράσεων, μπορούν να προκύψουν στην διαδικασία του screening, στη διαδικασία διάγνωσης και στη θεραπεία.^{23,49} Επειδή η νοσηρότητα και θνησιμότητα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας μπορεί να μειωθεί σημαντικά με κατάλληλη παρακολούθηση και θεραπεία, είναι σημαντικό να εντοπιστούν και να ξεπεραστούν τα εμπόδια, για να αποκτήσουμε ιατρική φροντίδα.

Όταν οι ασθενείς ενημερωθούν για το ανώμαλο αποτέλεσμα του Παπ τεστ τους, νιώθουν ευάλωτες, αβέβαιες, φοβισμένες και αγχωμένες.Ο ιατρός και οι άλλοι επαγγελματίες υγείας είναι

υπεύθυνοι να μειώσουν το άγχος των γυναικών αυτών. Παρ' όλ' αυτά πολλοί ασθενείς δεν είναι ενημερωμένοι επαρκώς για τα ανώμαλα Παπ τεστ τους και τις ιδιαιτερότητες της διάγνωσης τους.

Καλά σχεδιασμένα συστήματα πληροφοριών δεν μπορούν να μειώσουν το άγχος των ασθενών, αλλά αντιθέτως μπορούν να αυξήσουν τη συμμετοχή των ασθενών και να διευκολύνουν την τήρηση της θεραπείας τους. Μια σφαιρική άποψη είναι απαραίτητη, καθότι τα εμπόδια για τη συμμόρφωση τους είναι πολλά και περιλαμβάνουν ψυχολογικές, εκπαιδευτικές λογικές και ιατρικές πτυχές.⁴¹

Σε μια έρευνα που διεξήχθη, η απόκριση των ασθενών με ανώμαλο αποτέλεσμα του τεστ Παπ, των επιπλοκών του, και της προτεινόμενης θεραπείας το έλαβαν σαν εμπόδιο. Μια σειρά από μελέτες κυρίως συνέντευξη και ερωτηματολόγιο βασισμένα σε έρευνες ασθενών, διερεύνησαν τις συναισθηματικές και ψυχολογικές συνέπειες ενός ανώμαλου αποτελέσματος Παπ τεστ.

Βρέθηκαν λοιπόν ήπιες, αλλά σημαντικές διαφορές σε συναισθηματικές αποκρίσεις γυναικών με θετικό τεστ Παπανικολάου, όταν τα σύγκριναν με τεστ γυναικών που είχαν φυσιολογικό εύρημα στο τεστ Παπανικολάου. Αυτές οι διαφορές περιλάμβαναν αίσθημα λιγότερο υγιές, λιγότερο χαρωπό και λιγότερο χαλαρωμένο.

Άλλες αποκρίσεις γυναικών όπως αισιοδοξία, ανεξαρτησία και ελκυστικότητα, δεν ήταν σημαντικά διαφορετικές μεταξύ των ομάδων. Γυναίκες που ανησυχούσαν για το αποτέλεσμα πριν το screening σε σχέση με τις γυναίκες που είχαν σοβαρότερη μορφή δυσπλασίας ήταν περισσότερο πιθανό να έχει αρνητικές αντιδράσεις στο ανώμαλο τεστ Παπανικολάου.⁵⁰

4.3 Συναισθήματα ασθενών πριν και κατά την κολποσκόπηση

Οι ασθενείς που αναμένουν να κάνουν κολποσκόπηση έχουν επίσης βρεθεί να έχουν σημαντικά υψηλότερο άγχος από ασθενείς που δε θα υποστούν κολποσκόπηση.⁴¹ Παρόλο που τα επίπεδα άγχους είναι υψηλά και σημαντικά, δεν εμφανίζουν τυπικά κριτήρια για ψυχιατρική διάγνωση.²⁵

Σε μια έρευνα διενεργήθηκε μία τυχαία δοκιμή προκειμένου να αξιολογηθεί η επίδραση της συμβουλευτικής παρέμβασης μέσω τηλεφώνου στην βελτίωση της τήρησης επίσκεψης των ασθενών σε κολποσκοπικές εξετάσεις για ύποπτη αλλοίωση ενδοεπιθηλιακού καρκίνου τραχήλου μήτρας (CIN).

Τα θέματα που λήφθηκαν υπόψη ήταν χαμηλό εισόδημα, μειονότητα γυναικών που έχασαν μια προγραμματισμένη αρχική επίσκεψη για κολποσκόπηση σε μια αστική ιατρική κλινική. Οι ασθενείς ήταν τυχαία καταχωρημένες είτε σε κατάσταση ελέγχου (n=42) ή σε μια κατάσταση συμβουλευτικής μέσω τηλεφώνου(n=48). Το δεκαπέντε λεπτών δομημένο τηλεφώνημα με

συμβουλευτική παρέμβαση απευθυνόταν σε εκπαιδευτικά, ψυχοκοινωνικά και πρακτικά εμπόδια για την τήρηση της κολποσκόπησης.

Από τα αποτελέσματα το πιο σύνηθες αναφερόμενο εμπόδιο για την κολποσκόπηση περιλάμβανε απώλεια κατανόησης του σκοπού της κολποσκόπησης (50%), ανησυχία για το φόβο του καρκίνου (25%) και (23%) λόγω λησμόνησης. Η συμβουλευτική μέσω τηλεφώνου βρέθηκε να είναι υψηλά αποτελεσματική στην αντιμετώπιση αυτών των εμποδίων και βελτίωσης της τήρησης της διαγνωστικής φάσης και συνέχειας αυτής της θεραπείας.

Από τους ασθενείς στην κατάσταση ελέγχου το 43% συμμορφώθηκε με έναν επαναπρογραμματισμό της κολποσκοπικής επίσκεψης συγκρινόμενο με το 67% της κατάστασης συμβουλευτικής μέσω τηλεφώνου. Η λογιστική ανάλυση της παλινδρόμησης έδειξε ότι το αποτέλεσμα τηλεφωνικής συμβουλευτικής ήταν ανεξάρτητο από κοινωνικοδημογραφικής πλευράς(odds ratio=2.6:P μικρότερο από ,003).

Επιπροσθέτως, το 74% των ασθενών οι οποίοι έλαβαν το αρχικό τηλεφώνημα τήρησαν την προτεινόμενη θεραπεία, συγκρινόμενο με το 53% των ασθενών της κατάστασης ελέγχου.

Το συμπέρασμα που βγήκε από τη συγκεκριμένη έρευνα είναι ότι μια σύντομη, καλά δομημένη τηλεφωνική επικοινωνία μπορεί να είναι ένας οικονομικά αποδοτικός μηχανισμός για τη βελτίωση της τήρησης της διαγνωστικής περιόδου και θεραπείας για ποικίλα τεστ screening καρκίνου.⁵¹

Δεν έχει υπάρξει κάποια έρευνα για τη συναισθηματική επίδραση ενός ανώμαλου Παπ τεστ παρόλο που ανέκδοτες αναφορές δείχνουν την πλειοψηφία των γυναικών να έχουν δυνατές συναισθηματικές αντιδράσεις στο γεγονός, και σε μερικές περιπτώσεις, να αρνούνται επόμενες διαγνώσεις και θεραπεία σαν βάση των ανησυχιών τους. Προκειμένου να εξασφαλίσουμε την συμμόρφωση της ασθενούς, είναι αναγκαίο να εντοπίσουμε και να ασχοληθούμε με τις δυσκολίες που αυτές οι ασθενείς έχουν ως εμπειρία.

Σε μια άλλη έρευνα που έγινε 50 γυναίκες που απευθύνθηκαν στο Νοσοκομείο του Πολίτη-Κλινική Δυσπλασία της Οτάβας, για βιοψία κολποσκοπικά με ακόλουθο ανώμαλο Παπ τεστ κλήθηκαν να περιγράψουν τις ανησυχίες τους σχετικά με ανώμαλα τεστ, βαθμολογώντας σε ποσοστό έντασης από το 1-10, και να προτείνουν παρεμβάσεις οι οποίες θα μπορούσαν να τις είχαν βοηθήσει να είναι λιγότερο φοβισμένες.

Σε τέσσερις τομείς ανησυχίας των ασθενών προέκυψε φόβος για καρκίνο (αναφέρθηκε το 100% των ασθενών), φόβος για απώλεια αναπαραγωγικότητας και σεξουαλικής λειτουργικότητας (68%), φόβος για ιατρικές διαδικασίες (65%), και ένας φόβος που εκφράστηκε από πολλές ασθενείς σαν προδοσία του σώματος (62%). Στη βάση αυτών των ευρημάτων, γίνονται προτάσεις για βελτίωση της συναισθηματικής διαχείρισης των CIN ασθενών.⁴⁸

Μια ακόμα έρευνα που διενεργήθηκε, είχε ως θέμα την απόσπαση των παραγόντων που συνδέονται με την αγωνία της κολποσκόπησης. Οι συμμετέχουσες ήταν 302 Λατίνες από την Καραϊβική. Οι γυναίκες αυτές που παραστάθηκαν στην κλινική κολποσκόπησης, είχαν προηγουμένως ενημερωθεί για ένα ανώμαλο τεστ Παπ. Κλήθηκαν λοιπόν να συμπληρώσουν ένα ερωτηματολόγιο, το οποίο μετρούσε την αγωνία χρησιμοποιώντας 14 ομαδοποιημένες ερωτήσεις, σε 4 τομείς.

Η ηλικία κυμαινόταν από 15 έως 65 ετών (Μ.Ο.27 έτη). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το(73%) δηλαδή οι 220 από τις 301 γυναίκες υπόκεινταν για πρώτη φορά σε κολποσκόπηση, το (16,9%), δηλαδή οι 51 από 301 ανέφερε ότι έπασχε από κατάθλιψη, και το (8,4%), δηλαδή οι 25 από τις 298 ανέφεραν ότι κατακλύζονταν από άγχος. Η πλειοψηφία των γυναικών αγωνιούσε στην ιδέα του καρκίνου (166/299,55,6%), στην ιδέα ότι τα αποτελέσματά τους, είναι θετικά σε καρκίνο (164/299, 54,8%) και στην ιδέα ενός ενδεχόμενου θανάτου (150/300, 50%), «ανησυχία για την προοπτική απόκτησης ενός παιδιού» καθώς και «αίσθημα νευρικότητας-ανησυχίας» κατά τη διάρκεια της διαδικασίας.

Νεότερες γυναίκες ηλικίας μικρότερης των 27 ετών έφεραν υψηλότερα επίπεδα ($p < 0,03$) σε όλους τους 4 τομείς. Οι ασθενείς που για πρώτη φορά υπόκεινταν σε κολποσκόπηση είχαν υψηλότερα αποτελέσματα σε όλες τις ερωτήσεις και σε όλους τους τομείς, «ανησυχούσαν για τη μολυσματικότητά τους» και «τις συνέπειες στη σεξουαλική σχέση τους» $p = 0,05$ και $p = 0,005$. Η ισπανική μετάφραση συσχετιζόταν καλά με την Αγγλική, $P_0 = (0,83 - 1,0) \{kappa\} \geq 0,73$ για 13 από τις 14 ερωτήσεις. Ασθενείς με κατάθλιψη ή άγχος και Ισπανοί ομιλητές δεν ήταν περισσότερο αγωνιώδεις από τους ομολόγους.

Το συμπέρασμα που βγήκε από αυτήν την έρευνα ήταν ότι η προοπτική του να έχεις καρκίνο και να πεθάνεις, είναι η μεγαλύτερη πηγή αγωνίας στις Λατίνες ασθενείς που επιχειρούσαν κολποσκόπηση, και όχι η ίδια η διαδικασία. Νεότερες ασθενείς και ασθενείς που για πρώτη φορά υπόκεινταν σε κολποσκόπηση ήταν περισσότερο αγχωμένες από τις προηγούμενες που είχαν εμπειρία.⁵²

Παρόλο που έχουν βελτιωθεί οι προσπάθειες εκπαίδευσης των ασθενών για την ανάγκη ετήσιου Παπ τεστ, οι γυναίκες παραμένουν λιγότερο ενημερωμένες για τη φύση και τον σκοπό της κολποσκόπησης.

Οι ασθενείς είχαν μια αίσθηση γενικής κακουχίας, ήταν φοβισμένες για τη διαδικασία που θα επακολουθούσε, είχαν επίμονη αβεβαιότητα για τη σημασία του Παπ τεστ και ήταν και μπερδεμένες για την διαδικασία της παραπομπής σε κολποσκόπηση⁵³. Σε μελέτες που περιλάμβαναν μειονότητα γυναικών, το 1/4 δεν είχε ιδέα τι είναι η κολποσκόπηση και παραπάνω από τις μισές δεν ήξεραν τι δείχνει το Παπ τεστ ή τι θα μπορούσε να βρεθεί με την κολποσκόπηση.^{33,36}

Υψηλοί αριθμοί γυναικών που είχαν παραπομπή για κολποσκόπηση δεν ήξεραν πού βρίσκεται ο τράχηλος ή την εικόνα ενός Παπ τεστ.³⁶ Πολλές ήταν αυτές που αγνοούσαν αν θα γινόταν παραπάνω από μία βιοψία, ή ότι το κολποσκόπιο εισάγεται από τον κόλπο.

Οι ασθενείς είχαν εκφράσει αβεβαιότητα για τον τι θα συμβεί κατά τη διάρκεια της διαδικασίας, και συγκεκριμένα έχουν εκφράσει ανησυχίες για πόνο ή δυσφορία καθώς επίσης αν η διαδικασία μπορεί να τις καταστήσει σεξουαλικά ανήμπορες ή στείρες.³² Οι ερωτήσεις των ασθενών ήταν: τι θα τους συνέβαινε σωματικά, πόση ώρα θα διαρκούσε, και πόσο θα πονούσε; Και αν θα περιελάμβανε συγκεκριμένες ενέργειες όπως την απόξεση.⁵³ Επίσης, έκαναν ερωτήσεις για την χρήση του κολποσκοπίου.

Παρόλο που η κολποσκόπηση δεν έχει βρεθεί να είναι επώδυνη εμπειρία, σχετίζεται με ήπια σε μέτρια δυσφορία και πόνο. Σχεδόν το 50% των γυναικών που υπέστησαν κολποσκόπηση ανέφεραν να έχουν φοβερή ένταση και σωματική δυσφορία κατά τη διάρκεια της εξεταστικής διαδικασίας.³⁷ Παρ' όλ' αυτά, λίγες μελέτες έχουν εξετάσει συστηματικά το ζήτημα του πόνου. Σε μια μελέτη εφήβων, παρατήρησαν την έκθεση τριών από πέντε συνολικά συμπεριφορών στον πόνο κατά τη διάρκεια της κολποσκόπησης. Η επιμέρους βαθμολογία των κοριτσιών όσον αφορούσε τον πόνο, παρατηρήθηκε σε μια άλλη μελέτη να είναι σημαντικά χαμηλότερη με την χρήση μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων, αλλά όλες οι κοπέλες ανέφεραν ανοχή της διαδικασίας.⁵⁴

Ανησυχία έχει εκφραστεί όσον αφορά την αναμονή του χρόνου για την κολποσκοπική εξέταση η οποία αυξάνει το άγχος και μειώνει τη συμμόρφωση^{41,55} Οι επισκέψεις αμέσως μετά από ανώμαλα τεστ Παπ καταλήγουν να είναι βοηθητικές και να αυξάνουν την ικανοποίηση των ασθενών, εφόσον μεγαλύτερες αναμονές επιτρέπουν ποικιλία προβλημάτων.

Η ολοκλήρωση της κολποσκοπικής εξέτασης έχει βρεθεί να είναι πιο αποτελεσματική, στη μείωση του άγχους.³⁵ Οι καλύτερες σε διάθεση ίσως αποδίδονται στον τερματισμό της εξέτασης, προσδίδοντας ανακούφιση. Έρευνες δείχνουν ότι μέχρι το 1/5 των ασθενών παραμένουν ιδιαίτερα αγχωμένες μετά την κολποσκόπηση ενώ σε άλλες περιπτώσεις ασθενών αυξήθηκαν τα επίπεδα θυμού, καταθλιπτικές σκέψεις και αποφυγή.⁵⁶

4.4 Συναισθήματα ασθενών μετά την κολποσκόπηση

Αυτή η εκτενής μελέτη προχώρησε για να εφοδιάσει μια βάση δεδομένων πάνω στην αυτοεκτίμηση και στην εικόνα σώματος καθώς η ασθενής προχωρεί από την αρχική επίσκεψη στην μετά την επέμβαση, επίσκεψη. Είκοσι ασθενείς που κυμαίνονται σε ηλικία από 15 μέχρι 40 ετών ακολούθησαν μέσω της διάγνωσης και της θεραπείας μια κολποσκοπική βιοψία παρουσιάζοντας

25% CIN1, 45% CIN2, και 30% CIN3. Η ανησυχία για τον καρκίνο παραμέρισε όλες τις άλλες ανησυχίες, μόνο κατά τη διάρκεια της μετά-επέμβασης επίσκεψη, όπου η απώλεια της ελκυστικότητας ήταν υψίστης σημασίας.

Η απώλεια της σεξουαλικής λειτουργίας κατατασσόταν υψηλή σε όλες τις επισκέψεις. Η αυτοεκτίμηση ήταν χαμηλότερη και η αγωνία υψηλότερη κατά τη διάρκεια της αρχικής και της μετά-επέμβασης επισκέψεις. Η θετική εικόνα του σώματος ήταν μεγαλύτερη όταν τα αποτελέσματα της βιοψίας ελήφθησαν κατά τη διάρκεια της μετά-επέμβασης επίσκεψη. Ασθενείς και σεξουαλικοί σύντροφοι εξέθεσαν παρόμοια επίπεδα αγωνίας για την ιατρική κατάσταση. Ψυχολογικές αναπηδήσεις από CIN εμφανίστηκαν ακόμη και πριν τη διάγνωση.⁴⁶

Ο Campion, χρησιμοποιώντας ερωτηματολόγια για να αξιολογήσει τη σεξουαλική συμπεριφορά και τις αποκρίσεις, βρήκε σημαντικές συναισθηματικές αντιδράσεις μετά την κολποσκόπηση και την εξάχνωση με laser σε προδιηθητικό καρκίνο. Με σεβασμό στο τραχηλικό αποτέλεσμα του τεστ πριν τη θεραπεία, δεν βρέθηκαν διαφορές στη σεξουαλική συμπεριφορά ή αποκρίσεις σε γυναίκες με ανώμαλο τεστ Παπ όταν συγκρίθηκε με γυναίκες που είχαν φυσιολογικά κυτταρολογικά ευρήματα.

Μια μελέτη στο Τενεσσί παρατήρησε 20 γυναίκες διαμέσου διάγνωσης και θεραπείας ενδοεπιθηλιακής τραχηλικής νεοπλασίας (CIN), μετρώντας τα συναισθήματα τους. Οι ασθενείς σε αυτή τη μελέτη ανέφεραν υψηλά επίπεδα ανησυχίας για πιθανό καρκίνο, απώλεια σεξουαλικής λειτουργίας, και απώλεια ελκυστικότητας. Ένα ερωτηματολόγιο βασισμένο σε 30 γυναίκες πριν από την κολποσκόπηση για ανώμαλο αποτέλεσμα του τεστ Παπανικολάου βρήκε εξαιρετικά υψηλά επίπεδα άγχους σε αυτές τις γυναίκες.

Ο Boag βρήκε εξαιρετική αύξηση, στη συνολική ψυχιατρική νοσηρότητα, όσον αφορά άγχος, κοινωνική δυσλειτουργία και σωματικά συμπτώματα σε ασθενείς αναφερόμενους για κολποσκόπηση, που είχαν προηγούμενη ιστορία εξάχνωσης με laser, αλλά όχι σε άλλους ασθενείς με ανώμαλα τραχηλικά κυτταρολογικά ευρήματα.

Ο Lerman βρήκε σημαντικές αυξήσεις σε ανησυχίες ως προς τον καρκίνο, δυσλειτουργίες της διάθεσης, καθημερινών δραστηριοτήτων, σεξουαλικού ενδιαφέροντος και διαταραχών ύπνου σε γυναίκες με ανώμαλο Τεστ Παπ. Περισσότερη ανάλυση, βρήκε η σύνδεση μεταξύ διαταραχών διάθεσης και μη τήρησης της κολποσκόπησης.

Ο Palmer καθόρισε ότι η διάγνωση με CIN ήταν ένα τραυματικό γεγονός βασισμένο σε σημαντικές αυξήσεις με άσχημες σκέψεις, αποφυγή και θυμό όπως μετρήθηκαν από το Impact of Events και το State Trait Anger Scales. Παρόμοιες αυξήσεις σε αυτές τις μετρήσεις αγωνίας βρέθηκαν επίσης μετά τη θεραπεία εξάχνωσης με laser, δείχνοντας ότι η θεραπεία για CIN ήταν επίσης τραυματική ή ότι το τραύμα της διάγνωσης με CIN επέμεινε αρκετές εβδομάδες κατά τη φάση της θεραπείας.

Ενώ εργαζόταν για να σχεδιάσει ένα όργανο μέτρησης ψυχοκοινωνικών αποτελεσμάτων από ανώμαλα ευρήματα σε Τεστ Παπ, ο Bennets διεξήγαγε συνεντεύξεις σε βάθος και ομάδες επικέντρωσης για να καθορίσει περιοχές ενδιαφέροντος. Σχεδόν το 20% των συνομιλητών ανέφεραν ότι ανησυχούσαν "αρκετά" ή "πάρα πολύ" για την εμφάνιση του καρκίνου στο σώμα τους, και ένα μεγαλύτερο ποσοστό από 10% ανέφερε παρόμοια επίπεδα άγχους για το αν θα μπορούσαν να φέρουν στον κόσμο ένα μωρό.

Οι περιγραφόμενες εργασίες δεν παρέχουν άμεσες αποδείξεις για αυτές τις απαντήσεις, δημιουργώντας εμπόδιο στη συνεχιζόμενη θεραπεία για δυσπλασία. Σε μερικές μελέτες, οι διαφορές βρέθηκαν μόνο μετά τη θεραπεία για τραχηλική νόσο, προτείνοντας ότι τα αρνητικά συναισθήματα μπορούν να δημιουργήσουν εμπόδιο στην τήρηση των ακολούθων θετικών ευρημάτων του τεστ Παπ.

Οι παραπάνω μελέτες δείχνουν σημαντικές αποκρίσεις στα συναισθήματα όσον αφορά το screening του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και τη θεραπεία, απαντήσεις όπου οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να αναγνωρίσουν στη συνάντησή τους με κάθε ασθενή για να ανακουφίσουν τον ασθενή που υποφέρει έτσι ώστε να βελτιώσει την τήρηση των οδηγιών τους.⁵⁰

4.5 Συναισθήματα ασθενούς κατά την γνωστοποίηση προκαρκινικών ή καρκινικών αλλοιώσεων

Η ψυχολογική κατάσταση της ασθενούς σύμφωνα με την Kubler-Ross στη διάγνωση του καρκίνου έχει την ίδια ισχύ τόσο στην ίδια την ασθενή όσο και για τους συγγενείς της που και στις δύο περιπτώσεις περνούν ανάλογες ψυχικές καταστάσεις.

Το πρώτο στάδιο περιλαμβάνει την άρνηση της πραγματικότητας. Η ασθενής αμφισβητεί την αλήθεια που της ανακοινώνεται. Υποθέτει λάθη των ιατρών, ζητάει άλλες γνώμες, δεν αξιολογεί ενοχλήματα και συμπτώματα, κάνει μακροπρόθεσμους σχεδιασμούς. Σε άλλες περιπτώσεις, βλέπει με αδιαφορία το πρόβλημά της, ως εάν αυτό αφορούσε τρίτο πρόσωπο.

Στην συνέχεια βρίσκεται το δεύτερο στάδιο όπου περιλαμβάνει οργή ή εξέγερση. Η ασθενής επαναστατεί κατά των γεγονότων, συχνά και κατά των ιατρών, είτε για τη διάγνωση, είτε για καθυστέρηση της διάγνωσης. Επαναστατεί ακόμη κατά των οικείων της, κατά της κοινωνίας ή κατά του Θεού.

Στο τρίτο στάδιο περιλαμβάνεται η διαπραγμάτευση ή το παζάρεμα. Η ασθενής, έχοντας αποδεχθεί την πραγματικότητα, προσπαθεί να εξασφαλίσει τις μεγαλύτερες δυνατότητες θεραπείας και τις καλύτερες συνθήκες αντιμετώπισής του. Υπόσχεται αμοιβές και δώρα, προσεύχεται και τάζει στα Θεία, εκφράζει την ευγνωμοσύνη της προς τους οικείους του κ.ο.κ.

Το τέταρτο στάδιο περιλαμβάνει την κατάθλιψη. Η πάσχουσα, έχοντας δει ότι το πρόβλημά της δεν έχει αντιμετωπισθεί επαρκώς και ικανοποιητικά, παρά τη μέχρι τότε θεραπεία και παρά τη δική της συνεργασία και στάση, καταλαμβάνεται από δευτερογενή κατάθλιψη, συχνά και με αυτοκτονικό ιδεασμό, που όμως σπάνια πραγματοποιείται.

Και τέλος, το πέμπτο στάδιο όπου κυριαρχεί η ήρεμη αποδοχή της αλήθειας.

Ένα σημαντικό ενδιαφέροντος ζήτημα είναι οι επιπτώσεις του καρκίνου από την ψυχική σφαίρα. Μια γενικότερη θεώρηση συναφών εργασιών δείχνει ότι κατά προσέγγιση ένας στους δύο ασθενείς θα εμφανίσει ψυχιατρικές επιπτώσεις ως αποτέλεσμα του καρκίνου. Από αυτούς που εμφανίζουν ψυχιατρική νοσηρότητα ποσοστό περί το 70% εμφανίζει συναισθηματικές διαταραχές του τύπου του αντιδραστικού άγχους και της αντιδραστικής κατάθλιψης.

Μείζονα κατάθλιψη εμφανίζει ποσοστό 10-15% των ασθενών, ενώ ανάλογο ποσοστό εμφανίζει οργανικό ψυχοσύνδρομο. Η συνεργασία με τον επαγγελματία λειτουργό ψυχικής υγείας είναι, βεβαίως αυτονόητη. Ιδιαίτερος επιτακτική είναι η ανάγκη διάγνωσης της μείζονας κατάθλιψης.⁴⁰ Κάποιες πλευρές της εμπειρίας με την ασθένεια μπορεί να είναι ψυχολογικά τραυματικές για την ασθενή. Μπορεί να αποφεύγει να ανοίξει συζήτηση με τους άλλους για την υγεία της, επειδή θέλει να μην σκέπτεται το όλο θέμα. Μπορεί να έχει ταραγμένο ύπνο, καθώς ξυπνά έντρομη με αρνητικές σκέψεις για την έκβαση της ασθένειας και δυσάρεστες εικόνες από την περιπέτεια της υγείας της. Η υπενθύμιση και η αναβίωση των τραυματικών εμπειριών της προκαλούν αγχώδη συναισθήματα.

Ανάμεσα στους παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης αγχώδους διαταραχής είναι η προηγούμενη κακή σωματική και ψυχική υγεία, η μικρή κοινωνική υποστήριξη και ο μικρός χρόνος που έχει παρέλθει από την ολοκλήρωση της θεραπείας

Σύμφωνα με την ταξινόμηση των ψυχικών διαταραχών που έχει προτείνει η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία, η διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες εντάσσεται στις αγχώδεις διαταραχές. Αναπτύσσεται σε άτομα στα οποία συνέβησαν διάφορα συγκλονιστικά και ακραία τραυματικά γεγονότα, όπως κάποια σοβαρή ασθένεια.

Η αντίδραση του ατόμου στο γεγονός περιέχει έντονο φόβο, αίσθηση ανημπόριας ή τρόμο. Τα τρία βασικά χαρακτηριστικά της διαταραχής είναι πρώτον η επίμονη αναβίωση του τραυματικού γεγονότος, δεύτερον ένα συναισθηματικό μούδιασμα και μια διαρκής αποφυγή ερεθισμάτων που σχετίζονται ή υπενθυμίζουν το τραυματικό γεγονός και τρίτον συμπτώματα υπερδιέγερσης.

Το άτομο συστηματικά αποφεύγει διάφορα ερεθίσματα τα οποία συνδέονται με το τραυματικό γεγονός. Επίσης παρατηρείται μειωμένη ανταπόκριση στον εξωτερικό κόσμο, ένα ψυχικό μούδιασμα, μια συναισθηματική «αναισθησία» και απάθεια. Αυτή η νάρκωση των συναισθημάτων συχνά αρχίζει αμέσως μετά το τραυματικό συμβάν.

Βιώνει ένα αίσθημα απομάκρυνσης, αποστασιοποίησης ή αποξένωσης από τους άλλους. Μπορεί επίσης να αναφέρει οδυνηρά αισθήματα ενοχής.

Επίσης είναι έντονη η μείωση του ενδιαφέροντος ή της συμμετοχής σε σημαντικές δραστηριότητες της ζωής, που κατά το παρελθόν έδιναν ευχαρίστηση. Το άτομο ακόμη μπορεί να έχει την αίσθηση της βράχυνσης του μέλλοντος όπως για παράδειγμα δεν περιμένει πλέον ότι θα κάνει καριέρα, ούτε ότι θα παντρευτεί ή ότι θα αποκτήσει παιδιά.

Άλλοτε το άτομο μπορεί να διακρίνεται από ευερεθιστότητα ή εκρήξεις θυμού, ή να έχει δυσκολίες στη συγκέντρωση της προσοχής ή στην ολοκλήρωση μιας εργασίας που του έχει ανατεθεί.

⁷ Μια υστερική παράλυση, δυσχεραίνει πολύ ή κάνει να υποφέρει το άτομο, που όμως δεν έχει συνείδηση ότι αυτό μόνο του την προκάλεσε, ασυνείδητος σκοπός του ήταν να χειριστεί κάποιον από τον οποίο εισέπραξε ματαίωση, τελικά όμως φυλακίζεται από ένα λέγειν στο σώμα του, νομίζοντας ότι το σώμα του έχει προσβληθεί από κάποιον εξωτερικό παράγοντα, έναν ιό για παράδειγμα, που οφείλεται σε δική του απροσεξία και το ακινητοποιεί. ⁵⁷

Συχνά είναι τα αισθήματα ενοχής στους ασθενείς για την ίδια τους τη ζωή, για την καθυστερημένη διάγνωση, για την ενδεχόμενη ταλαιπωρία των συγγενών, ενοχές για την ύπαρξη πιθανότητας μετάδοσης του ιού. Ακολουθως και για την οικογένεια της ασθενούς. ⁴⁰

4.6 Εμπόδια σε Συνέχεια θεραπείας ανώμαλων τεστ Παπανικολάου

Ένας αριθμός μελετών έχουν αποπειραθεί να προσδιορίσουν ποιοι παράγοντες σχετίζονται με διαφορές, όσον αφορά την τήρηση της θεραπείας μεταξύ των πληθυσμών. Όπως και άλλες μελέτες σχετικά με την τήρηση συμπεριφοράς, έτσι και αυτές διαφέρουν σε ορισμούς τήρησης, στον αριθμό και τον τύπο των ασθενών, της τοποθεσίας μελέτης.

Επιπλέον, σχεδόν όλες οι μελέτες εξετάζουν τήρηση συμπεριφοράς σε μικρούς πληθυσμούς σε μια μόνο γεωγραφική περιοχή και συνεπώς ίσως δεν έχουν αποτελέσματα που να μπορούν να γενικευθούν. Άλλη εκδοχή περιλαμβάνει μια διαφορά στην επικέντρωση της έρευνας, από αρχικά συναισθηματικού τομέα screening του καρκίνου σε καθορισμένα πρωτόκολλα για να μειώσουν περιστατικά διηθητικού καρκινώματος.

Αυτές οι διαφορές είναι πιθανό υπεύθυνες κατά μέρος για τις ποικίλα συμπεράσματα σε αυτές τις μελέτες. Για παράδειγμα, αρκετοί ερευνητές βρήκαν σχέσεις με μεγαλύτερη ηλικία και υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης με μεγαλύτερη τήρηση, αλλά ο Paskett καθόρισε ότι η προχωρημένη ηλικία και το υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης σχετίζονταν με μια σημαντική απώλεια τήρησης.

Διάφορες μελέτες επικεντρώθηκαν στην στάση και την γνώση των ασθενών με τηρητική συμπεριφορά. Ο Legman χρησιμοποιώντας μια μελέτη προοπτικού σχεδιασμού πήρε συνέντευξη σε

ασθενείς που είχαν απωλέσει αρχικά ραντεβού και προκάλεσε τους λόγους της μη τήρησης. Οι πιο κοινοί λόγοι περιελάμβαναν απώλεια της κατανόησης του σκοπού της κολποσκοπήσης, φόβο για καρκίνο ή θεραπεία, λησμόνηση της επίσκεψης και πρακτικά εμπόδια (έλλειψη χρόνου, χρημάτων, μεταφοράς, ή φροντίδας παιδιών).

Ο Mc Kee ερεύνησε ασθενείς με ανωμαλίες του τεστ Παπ και βρήκε πολλαπλούς παράγοντες που είχαν σχέση με την τήρηση και την μη τήρηση της θεραπείας. Μη ξεχνώντας να ενημερωθεί ο ίδιος για τα αποτελέσματα του τεστ Παπανικολάου και να διορθώσει την γνώση του όχι μόνο με τα σχετιζόμενα αποτελέσματα τήρησης της θεραπείας, αλλά για τα ψυχολογικά εμπόδια όπως ο φόβος για καρκίνο, αίσθημα αμηχανίας κατά τη διάρκεια της πυελικής εξέτασης καθώς και την ανησυχία για τις παρενέργειες της κολποσκοπήσης, που δεν ήταν απόλυτα σχετιζόμενα με την μη τήρηση Θεραπείας.

Συνοπτικά, η ιατρική λογοτεχνία ποικίλει στον σχεδιασμό μελέτης και στην επικέντρωση της έρευνας. Άρα επιχειρεί να καθορίσει τα εμπόδια που δυσχεραίνουν την τήρηση των ασθενών με ανώμαλα ευρήματα του τεστ Παπ. Είναι ξεκάθαρο παρ' όλ' αυτά ότι αποτελεσματική επικοινωνία, υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης και περισσότερες σοβαρές ανωμαλίες στο τεστ Παπ συνδέονται με βελτίωση της τήρησης θεραπείας.⁴⁶

4.7 Ψυχολογική υποστήριξη ασθενούς και της οικογενείας

Οι ψυχολογικές και ψυχιατρικές παρεμβάσεις που ακολουθούνται είναι οι εξής:

Αρχικά, η ιδιότυπη ψυχοθεραπευτική παρέμβαση για άτομα με ανεπτυγμένο θρησκευτικό συναίσθημα αποτελεί η παρουσία ιερέως ή άλλου θρησκευτικού λειτουργού, ιδιαιτέρως αν αυτός είναι ευαισθητοποιημένος σε θέματα Ποιμαντικής Ψυχολογίας.

Εν συνεχεία, οι πιο αξιόπιστες και αποτελεσματικές ψυχολογικές – ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις είναι εκείνες που γίνονται από επαγγελματίες της ψυχικής υγείας, ψυχιάτρους, ψυχολόγους, ψυχοθεραπευτές.⁴⁰

4.8 Μορφές ψυχοθεραπείας και Οι χρησιμοποιούμενες εναλλακτικές θεραπείες

Οι μορφές ψυχοθεραπείας που βοηθάνε, είναι:

Η υποστηρικτική θεραπεία, που έχει σκοπό να ανεβάσει την αυτοεκτίμηση της ασθενούς, να της δημιουργήσει τις κατάλληλες συνθήκες αυτοεπιβεβαίωσης, να την κάνει να ξαναδεί με μια άλλη οπτική γωνία την όλη φοβική διαδικασία και να την ωθήσει σε καινούριες θετικές διεξόδους.

Η θεραπεία συμπεριφοράς, που είναι μια βαθμιαία σταδιακή έκθεση στη βάση της πραγματικότητας ενάντια στο φοβικό αντικείμενο, ή στις φοβικές καταστάσεις. Η θεραπεία συμπεριφοράς μπορεί να είναι ατομική ή και σε ομάδα.

Η γνωσιακή ψυχοθεραπεία, που προσπαθεί να αλλάξει τον τρόπο σκέψης της ασθενούς για οτιδήποτε μπορεί να της δημιουργήσει άγχος, αμηχανία, απόρριψη, ματαίωση.¹ Εναλλακτικές θεραπείες είναι:

- 1) Είναι η χρήση βοτάνων σε αυτοσχέδια – εμπειρικά παρασκευάσματα.
- 2) Η χρήση χημικών ουσιών, ζωικών παρασκευασμάτων, ανόργανων υλικών, και βιολογικών προϊόντων.
- 3) Διατροφικοί χειρισμοί. Αποφυγή ορισμένων τροφών, αυξημένη κατανάλωση άλλων
- 4) Χρήση εμπορικών σκευασμάτων με ιχνοστοιχεία, βιταμίνες σε μεγάλες δόσεις.
- 5) Μέθοδοι που στηρίζονται στη θρησκευτική πίστη. Τάματα. Χρήση προϊόντων που θεωρούνται αγιασμένα ή ευλογημένα. Ομαδική προσευχή. Θρησκευτικές τελετουργίες. Πνευματιστικές συγκεντρώσεις. Μαγικές τεχνικές.
- 6) Μέθοδοι που στηρίζονται σε θρησκευτικοφιλοσοφικές αντιλήψεις. Διάφοροι τύποι γιόγκα. Ανθυποβολή.
- 7) Ανοσοπαρεμβάσεις με γνωστά ή άγνωστα, πραγματικά ή υποθετικά, ανοσορρυθμιστικά σκευάσματα.
- 8) Χρήση οργανωμένων συστημάτων εναλλακτικής ιατρικής όπως ομοιοπαθητική, βελονισμός, πρακτικές ανατολικής προέλευσης όπως η Αγιουβέρδα, Ντασίρα Ναράντα, Τάι τσι τουάν,
- 9) Μέθοδοι που στηρίζονται σε ειδικές μορφές ενέργειας που δεν έχουν αποδειχθεί, όπως η οργόνη του Βίλχελμ Ράιχ, βιοενέργεια, ο βιομαγνητισμός.⁴⁰

Κεφάλαιο 5 : Ηθικά Δεοντολογικά και Νομοθετικά ζητήματα

5.1 Ιατρικό απόρρητο ως φυσικός κανόνας

Κάθε άτομο έχει το θεμελιώδες δικαίωμα προστασίας του απορρήτου της ιδιωτικής του ζωής. Το δικαίωμα αυτό αποκτά βαρύνουσα σημασία όταν πρόκειται για ασθενείς. Γι' αυτό, το ιατρικό απόρρητο αποτελεί σημαντική αρχή στην άσκηση της Ιατρικής, όπου η μη εξουσιοδοτημένη αποκάλυψη πληροφοριών ίσως έχει προσωπικές, κοινωνικές ή νομικές επιπτώσεις.⁵⁸ Ο ασθενής, αποκαλύπτοντας στο γιατρό προσωπικά του στοιχεία, τού μεταβιβάζει ένα μεγάλο μέρος της αυτονομίας του και αυτή η προσφερόμενη αυτονομία πρέπει να διαφυλαχθεί.⁵⁹

Σύμφωνα με ένα νομικό ορισμό, ως ιατρικό απόρρητο θεωρείται κάθε γεγονός που είναι γνωστό σε περιορισμένο μόνο κύκλο προσώπων, τα οποία έχουν συμφέρον ή επιθυμούν να παραμείνει αυτό γνωστό μόνο σε αυτά.⁶⁰ Έτσι, ιατρικό απόρρητο θα πρέπει να θεωρηθεί:

- § Καθετί που ο ασθενής εμπιστεύτηκε στο γιατρό ή στο νοσηλευτή.
- § Καθετί που ο γιατρός ή ο νοσηλευτής πληροφορήθηκε, συνήγαγε, υπέθεσε ή αντιλήφθηκε κατά την άσκηση των καθηκόντων του ή επί ευκαιρία αυτής.
- § Καθετί που είτε είναι μειωτικό, είτε όχι.
- § Η θετική ή αρνητική ακόμη διαπίστωση του γιατρού ή του νοσηλευτή.
- § Κάθε πληροφορία που ο ασθενής επιθυμεί να θεωρείται ως απόρρητη, ακόμη και αν αυτό ήδη φημολογείται.
- § Ακόμη και η είσοδος στο ιατρείο ή τη νοσηλευτική μονάδα.⁶¹

Στην εποχή μας, η διαφύλαξη του ιατρικού απορρήτου κινδυνεύει περισσότερο από άλλοτε και η προστασία του είναι περισσότερο επιβεβλημένη, δεδομένου ότι το δικαίωμα αυτό των ασθενών βρίσκεται, στην πράξη, κάτω από συνεχή απειλή από την αυξανόμενη πολυσύνθετη δομή του συστήματος υγείας.

Η ιατρική επιστήμη αλλά και η οργάνωση των υπηρεσιών υγείας γίνονται όλο και πιο πολύπλοκες. Η γραφειοκρατία αυξάνεται, οι ατομικοί φάκελοι των ασθενών πληθαίνουν, ενώ το περιεχόμενό τους έχει γίνει ιδιαίτερα λεπτομερές. Η φροντίδα υγείας δεν ανήκει μόνο σε ένα πρόσωπο –το γιατρό– αλλά είναι συχνά αντικείμενο ομάδας εργασίας, όπου ο γιατρός, που έχει το ιστορικό, πρέπει να δώσει τις πληροφορίες του φακέλου του ασθενούς και στους άλλους.^{62,63} Ακόμα, τα τελευταία χρόνια, η χρήση ηλεκτρονικών υπολογιστών, οι ανάγκες της επιστημονικής έρευνας, αλλά και πολλές άλλες «κατά συνθήκη» παραβιάσεις θέτουν σε κίνδυνο τη διαφύλαξη του ιατρικού απορρήτου. Στη βιβλιογραφία αναφέρονται συχνά παραδείγματα, όπου μεγάλος αριθμός εργαζομένων του νοσοκομείου έχει άμεση πρόσβαση στο φάκελο του ασθενούς.⁶⁴

5.2 Το ιατρικό απόρρητο ως ηθικός κανόνας

Η προστασία του ιατρικού απορρήτου θεωρείται ένα από τα αρχαιότερα καθήκοντα του γιατρού απέναντι στον ασθενή.⁶⁵ Η ιερότητα αυτής της υποχρέωσης του γιατρού ανάγεται στη σχέση πνευματικού-πιστού. Με τον ίδιο τρόπο, αποτελεί ηθικό αξίωμα ο γιατρός να διαφυλάττει τα μυστικά του ασθενούς. Ήδη, πριν από την εποχή του Ιπποκράτη, όταν τη θεραπευτική ασκούσαν μάγοι ή ιερείς, αλλά και στην Αρχαία Βαβυλώνα, στις παραδόσεις των Σουμερίων και Σιμιτών, στο Ρωμαϊκό Δίκαιο, ακόμα και σε άλλους μακρινούς πολιτισμούς, στη Βραχμανική περίοδο του Ινδικού λαού, στους Μεσαιωνικούς χρόνους, βλέπουμε κυρίαρχο και πολύ έντονο το στοιχείο του ιατρικού απορρήτου.⁶⁶

Η βάση του δικαιώματος του ασθενούς για προστασία του απορρήτου της προσωπικής του ζωής είναι η εμπιστοσύνη που διέπει τη σχέση γιατρού-ασθενούς. Ο ασθενής, εμπιστευόμενος το γιατρό του, θα του αποκαλύψει εμπιστευτικές πληροφορίες για την υγεία του και τον εαυτό του και αξιώνει οι πληροφορίες αυτές να παραμείνουν μυστικές. Ο όρος *εμπιστευτικός* περιγράφει μια εκπεφρασμένη ή εικαζόμενη συμφωνία μεταξύ γιατρού-ασθενούς ότι ο γιατρός δεν θα αποκαλύψει αυτά που του είπε ο ασθενής σε κάποιον που δεν είναι άμεσα εμπλεκόμενος στη θεραπεία του. Σύμφωνα με τον Annas,⁶⁷ η εμπιστευτικότητα (confidentiality), που είναι η βάση του απορρήτου, προϋποθέτει ότι κάτι που θα λεχθεί στο γιατρό, το οποίο ο ασθενής δεν θέλει να μαθευτεί, δεν πρέπει να επαναληφθεί. Όπως το θέτει ο δικηγόρος Parkes,⁶⁸ «Ο ασθενής αναζητά δύο πράγματα στο γιατρό του. Το ένα είναι η επιστημονική του κατάρτιση και το άλλο η απόλυτη εχεμύθειά του. Και τα δύο είναι ισοδύναμα». Η Δάλλα-Βοργιά⁶⁹ αναφέρει τις τρεις αξίες, οι οποίες καταδεικνύουν την ηθική διάσταση του απορρήτου:

- α. Το δικαίωμα του ατόμου στην περιφρούρηση της ιδιωτικής του ζωής (privacy)
- β. Το δικαίωμα του γιατρού στη μυστικότητα (secrecy)
- γ. Η εμπιστοσύνη (confidence) ως βάση της σχέσης γιατρού-ασθενούς.

Οι Phillips και Dawson⁵⁹ προχωρούν περισσότερο και εξηγούν τους τρεις λόγους για τους οποίους ο γιατρός είναι υποχρεωμένος να σεβαστεί το απόρρητο των πληροφοριών που αφορούν τον ασθενή. Ο πρώτος λόγος είναι η ευπαθής θέση (vulnerability) του ασθενούς. Από τη στιγμή που ο ασθενής έρχεται στο γιατρό με φόβο, πόνο ή ανάγκη, ο γιατρός έχει την υποχρέωση να προστατέψει και να σεβαστεί αυτή την ευπάθεια του ασθενούς του. Ο δεύτερος λόγος είναι ότι ο γιατρός ανήκει σ' ένα επάγγελμα με χαρακτήρα συμβουλευτικό (consulting profession) και οι συμβουλές είναι από τη φύση τους ιδιωτικές. Τέλος, ο τρίτος λόγος είναι η αμοιβαία εμπιστοσύνη (confidence) που διέπει τη σχέση γιατρού-ασθενούς.

Η εμπιστοσύνη είναι ουσιαστικό στοιχείο γι' αυτή τη σχέση, όχι μόνο σε ηθικό αλλά και σε πρακτικό επίπεδο. Εάν ο ασθενής δεν νιώθει με απόλυτη εμπιστοσύνη ότι οι πληροφορίες που θα δώσει θα παραμείνουν μυστικές, ίσως αποκρύψει πληροφορίες για την υγεία του και τη ζωή του, που πιθανόν είναι απαραίτητες για τη διάγνωση και τη θεραπεία του. Αυτός ο συλλογισμός περιέχει επίσης ένα άλλο ωφελμιστικό επιχείρημα, που αφορά το συμφέρον της κοινωνίας. Εάν ένα άτομο, π.χ., υποφέρει από κάποιο μεταδοτικό νόσημα και διστάζει να πάει στο γιατρό από φόβο μήπως διαδοθεί αυτή η πληροφορία, τελικά δεν θα ζητήσει ιατρική συμβουλή και έτσι θέτει σε κίνδυνο την υγεία της κοινότητας, δεδομένου ότι, εφόσον δεν θεραπευτεί, θα μεταδίδει τη νόσο.

Επίσης, ασθενείς που φοβούνται μήπως διαρρεύσουν τα μυστικά τους και καταστραφεί η καριέρα τους (π.χ. ομοφυλόφιλοι, ναρκομανείς κ.λ.π.) αποτελούν κίνδυνο για τη δημόσια υγεία για τον ίδιο λόγο.⁷⁰

5.3 Το ιατρικό απόρρητο ως δεοντολογική υποχρέωση

Σε όλα τα κείμενα Ιατρικής και Νοσηλευτικής Δεοντολογίας, από τον Ιπποκρατικό Όρκο μέχρι σήμερα, η τήρηση του ιατρικού απορρήτου αναγνωρίζεται ως καθήκον του γιατρού και δικαίωμα του ασθενούς, ενώ αποτελεί γενική αρχή δικαίου σε όλα τα πολιτισμένα κράτη του κόσμου.

Το πρώτο κωδικοποιημένο κείμενο που αναφέρεται στην υποχρέωση του γιατρού να σέβεται το ιατρικό απόρρητο είναι ο Ιπποκρατικός Όρκος.⁶⁵ Στη συγκεκριμένη παράγραφο αναφέρει: «Όσα κατά τη διάρκεια της θεραπείας θα δω ή θα ακούσω ή, πέρα από τις ασχολίες μου στην καθημερινή ζωή, όσα δεν πρέπει ποτέ να κοινολογούνται στους έξω, θα τα αποσιωπώ, θεωρώντας ότι αυτά είναι μυστικά». Ο Ιπποκρατικός Όρκος θεωρεί το ιατρικό απόρρητο ως απόλυτο καθήκον του γιατρού, δέχθηκε όμως κριτική ότι είναι πατερναλιστικός και διφορούμενος, καθώς αφήνεται στη διακριτική ευχέρεια του γιατρού να αποφασίσει εάν αυτά τα μυστικά μπορούν να ειπωθούν, όπως ο γιατρός «θεωρεί».⁵⁹

Αντίθετα, η «μοντέρνα» επαναδιατύπωση του Ιπποκρατικού Όρκου στη Διακήρυξη της Γενεύης (1948) είναι πιο σαφής ως προς αυτό το καθήκον των γιατρών: «Ο γιατρός πρέπει να διατηρεί μυστικότητα σε όλα όσα γνωρίζει για τους ασθενείς του, εξαιτίας της εχεμύθειας που διέπει τη σχέση τους... ακόμα και μετά το θάνατο του ασθενούς».

Άλλοι κώδικες δεοντολογίας ορίζουν με μεγαλύτερη ακρίβεια την υποχρέωση προστασίας του απορρήτου. Ο Κώδικας Δεοντολογίας της Αμερικανικής Ιατρικής Εταιρίας (American Medical Association), π.χ., λέει ότι «Ο γιατρός δεν μπορεί να αποκαλύψει τα μυστικά που του έχουν εμπιστευτεί οι ασθενείς... εκτός εάν απαιτείται να το κάνει από το νόμο ή αν καθίσταται απαραίτητο για την προστασία τρίτων ή της κοινωνίας». Η Βρετανική Ιατρική Εταιρία (British

Medical Association), στο βιβλίο της Handbook of Medical Ethics, προχωράει ακόμα περισσότερο, ορίζοντας και τις εξαιρέσεις μη τήρησης του απορρήτου, που ισχύουν σε όλα σχεδόν τα κράτη. Συγκεκριμένα, αναφέρει: «Ο γιατρός πρέπει να διατηρεί μυστικότητα σε όλα όσα ξέρει.

Σ' αυτή τη γενική αρχή, όμως, υπάρχουν πέντε εξαιρέσεις, που αποδεσμεύουν το γιατρό από την τήρηση του απορρήτου. Αυτές είναι: όταν ο ασθενής δίνει τη συγκατάθεσή του, όταν πρόκειται για το συμφέρον του ασθενούς, όταν υπερισχύει το καθήκον του γιατρού απέναντι στην κοινωνία, για ερευνητικούς σκοπούς και αφού εγκριθεί από την αρμόδια Επιτροπή Ηθικής για την κλινική έρευνα και όταν οι πληροφορίες απαιτούνται για νομικές διαδικασίες».⁶⁶

Επίσης, νεότερα δεοντολογικά κείμενα αποτρέπουν τους γιατρούς από το να αποθηκεύουν τα προσωπικά στοιχεία των ασθενών σε ηλεκτρονικούς υπολογιστές ή, αν αυτό συμβαίνει, να γίνεται κάτω από αυστηρές προϋποθέσεις. Τέτοια κείμενα είναι η Διακήρυξη της Ευρωπαϊκής Ένωσης των Γενικών Γιατρών για το Ιατρικό Απόρρητο (1979), η Απόφαση της Παγκόσμιας Ιατρικής Ένωσης για τη χρησιμοποίηση των Ηλεκτρονικών Υπολογιστών στην Ιατρική (1983) και η Διεθνής Συνδιάσκεψη Ιατρικών Συλλόγων, που επεξεργάστηκε τις Αρχές της Ευρωπαϊκής Ιατρικής Δεοντολογίας (1987).

Τη διαφύλαξη των ιατρικών αρχείων με ατομική τους ευθύνη και την προστασία απορρήτου ακόμα και από τον εργοδότη τους και τη διοίκηση, προστατεύουν άλλα δύο κείμενα Διεθνών Οργανώσεων, ο Χάρτης του Μισθωτού Γιατρού και ο Χάρτης του Νοσοκομειακού Γιατρού, που υιοθετήθηκαν από τη Γενική Συνέλευση της Διαρκούς Επιτροπής των Γιατρών της ΕΟΚ το 1984 και το 1985, αντίστοιχα.

Επίσης, η προστασία του ιατρικού απορρήτου και ο σεβασμός της ιδιωτικής ζωής των ασθενών αναφέρονται και σε διεθνή κείμενα δεοντολογίας, που αφορούν στα δικαιώματα των ασθενών γενικότερα, όπως η Διακήρυξη της Λισσαβόνας του 1981 για τα Δικαιώματα του Ασθενούς και η επαναδιατύπωσή της το 1995, η πρόταση του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου του 1984 για την κατάρτιση του Ευρωπαϊκού Χάρτη των Δικαιωμάτων του Ασθενούς, καθώς και οι Αρχές για τα Δικαιώματα των Ασθενών, του Περιφερειακού Γραφείου Ευρώπης της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας το 1994.

Από ελληνικής πλευράς, τα δεοντολογικά κείμενα που αφορούν στην προστασία του ιατρικού απορρήτου είναι το άρθρο 23 του ΑΝ 1565/1939 «Περί Κώδικα Ασκήσεως του Ιατρικού Επαγγέλματος», όπου ορίζεται ότι «Ο γιατρός οφείλει να τηρεί απόλυτον εχεμύθεια δια παν ό,τι οίδη, ήκουσεν, έμαθεν ή ηννόησεν εν τη ασκήσει του επαγγέλματος αυτού, και το οποίον αποτελεί απόρρητον του αρρώστου ή των οικείων αυτού, εξαιρέσει των περιπτώσεων καθ' ας ειδικαί διατάξεις νόμων τον υποχρεώνουσιν εις την αποκάλυψιν του απορρήτου τούτου», ενώ στο άρθρο 22 του ίδιου νόμου τίθενται οι προϋποθέσεις για την έκδοση ιατρικών πιστοποιητικών και γνωματεύσεων, με σκοπό την προστασία του απορρήτου.

Επίσης, το ΒΔ της 25-5/6-7-1995 «Περί Κανονισμού Ιατρικής Δεοντολογίας», στο άρθρο 15 ορίζει το γιατρό ως υπεύθυνο για τη διαφύλαξη του απορρήτου των πληροφοριών. Συγκεκριμένα, «Ο ιατρός οφείλει να λαμβάνει πάσαν δυνατήν προφύλαξιν όπως μη αναφέρονται εις τα επαγγελματικά αυτού βιβλία ή επιστημονικά δημοσιεύσεις αποκάλυπτοι ενδείξεις δυνάμεναι να παραβιάσουν το ιατρικόν απόρρητον...» και συνεχίζει ορίζοντας τους όρους έκδοσης οποιουδήποτε εγγράφου, που αφορά τον ασθενή, ενώ στο άρθρο 18 του ίδιου ΒΔ αναφέρεται: «Η αυστηρά τήρησις του ιατρικού απορρήτου αποτελεί υποχρέωσιν παντός ιατρού παρέχοντος την ιατρικήν συνδρομήν μέσω οργανισμών ή ιδρυμάτων δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου πάσης φύσεως και κατηγορίας.

Ο ιατρός υποχρεούται να τηρεί αυστηρώς και απαρεγκλίτως το ιατρικόν απόρρητον. Οιαδήποτε δήλωσις αντικειμένη προς την αρχήν του επαγγελματικού απορρήτου αποφεύγεται...» και συνεχίζει ότι από την υποχρέωση αυτή απαλλάσσονται –και μόνο απέναντι στους εντολείς τους και το αντικείμενο της εντολής– όσοι ασκούν υπηρεσία ελέγχου, επιθεώρησης ή πραγματογνωμοσύνης.

71,72

5.4 Ιατρικό απόρρητο και Ελληνικό Δίκαιο

Σύμφωνα με την Ελληνική Νομοθεσία, όλα τα στοιχεία που αφορούν τους ασθενείς είναι εμπιστευτικά. Το Ελληνικό Δίκαιο προστατεύει το ιατρικό απόρρητο ως μερικότερη έκφραση του απαραβίαστου της προσωπικότητας και του δικαιώματος σεβασμού του ασθενούς, μέσα από το Σύνταγμα, την Ευρωπαϊκή Σύμβαση Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων, η οποία ισχύει και ως εθνικό δίκαιο από το 1974 (ΝΔ 53/1974), τον Ποινικό (371) και τον Αστικό Κώδικα (57 επ., 914 επ., 932 επ.), την ισχύουσα Ιατρική Δεοντολογία (άρθρα 22 και 23 του ΑΝ 1565/1939 και τα άρθρα 15 και 18 του ΒΔ 25-5/6-7-1955), το Νόμο 2071/1992, καθώς και από τους πειθαρχικούς κανονισμούς των Ιατρικών Συλλόγων και Νοσοκομείων.

Ο γιατρός ή ο νοσηλευτής που παραβιάζει το ιατρικό απόρρητο είναι δυνατό να υπέχει ποινική, αστική ή πειθαρχική ευθύνη.

Την ποινική ευθύνη προβλέπει ρητά το άρθρο ΠΚ 371, με τίτλο «Παραβίαση Επαγγελματικής Εχεμύθειας», στο οποίο ορίζεται ότι:

«1. Κληρικοί, δικηγόροι και κάθε είδους νομικοί παραστάτες, συμβολαιογράφοι, γιατροί, μαίες, νοσοκόμοι, φαρμακοποιοί και άλλοι, στους οποίους κάποιος εμπιστεύονται, συνήθως λόγω του επαγγέλματός τους ή της ιδιότητάς τους, ιδιωτικά απόρρητα, καθώς και οι βοηθοί των προσώπων αυτών, τιμωρούνται με χρηματική ποινή ή με φυλάκιση μέχρι ενός έτους αν φανερώσουν ιδιωτικά

απόρρητα, που τους εμπιστεύτηκαν ή που τα έμαθαν λόγω του επαγγέλματός τους ή της ιδιότητάς τους.

2. Όμοια τιμωρείται όποιος, μετά το θάνατο ενός από τα πρόσωπα της παραγράφου 1 και απ' αυτή την αιτία, γίνεται κάτοχος εγγράφων ή σημειώσεων του νεκρού σχετικών με την άσκηση του επαγγέλματός του ή της ιδιότητάς του και από αυτά φανερώνει ιδιωτικά απόρρητα.

3. Η ποινική δίωξη γίνεται μόνο με έγκληση.

4. Η πράξη δεν είναι άδικη και μένει ατιμώρητη, αν ο υπαίτιος απέβλεπε στην εκπλήρωση ιδιαίτερου καθήκοντός του ή στη διαφύλαξη εννόμου ή για άλλο λόγο δικαιολογημένου ουσιώδους συμφέροντος δημοσίου ή του ίδιου ή κάποιου άλλου, το οποίο δεν μπορούσε να διαφυλαχθεί διαφορετικά».

Οι προϋποθέσεις για την εφαρμογή της παραπάνω διάταξης είναι οι ακόλουθες:

- Δόλος συνιστάμενος στη γνώση ότι πρόκειται περί ιδιωτικού απορρήτου
- Ανακοίνωση (πράξη ή παράλειψη, π.χ. η πλημμελής επιτήρηση αρχείου)
- Έγκληση αυτού που υπέστη τη ζημιά από την ανακοίνωση.

Σύμφωνα με τη διάταξη της παραγράφου 4 του 371 ΠΚ άρθρου, η παραβίαση του απορρήτου δικαιολογείται και αίρεται ο άδικος χαρακτήρας της πράξης, όταν ο γιατρός που παραβαίνει την υποχρέωσή του για την τήρηση του απορρήτου αποβλέπει στην:

Εκπλήρωση ιδιαίτερου καθήκοντος: Ο γιατρός είναι υποχρεωμένος να ανακοινώσει ορισμένα γεγονότα (γεννήσεις, θανάτους ή μολυσματικές νόσους) (Νόμος 344/1967). Επίσης, η υποχρέωση τήρησης του απορρήτου αίρεται για τους γιατρούς που κατέχουν θέσεις επιθεωρητή, πραγματογνώμονα ή ελεγκτή.^{71,72}

Διαφύλαξη εννόμου ή για άλλο λόγο δικαιολογημένου ουσιώδους συμφέροντος: Ο γιατρός μπορεί να ανακοινώσει το απόρρητο, όταν αποσκοπεί στην αποτροπή εγκληματικών πράξεων ή παράδοση του δράστη στις αρχές ή προκειμένου να διαφυλάξει τη Δημόσια Υγεία αποκαλύπτοντας στις αρχές μεταδοτική νόσο από την οποία πάσχει ο ασθενής. Επίσης, όταν ο γιατρός διεκδικεί την αμοιβή του, όταν προσπαθεί να πείσει το Δικαστήριο ότι δεν είναι ένοχος για έγκλημα που κατηγορείται ή κάθε φορά που προσπαθεί να διαφυλάξει δημόσιο ή ιδιωτικό συμφέρον.⁷³

Ο Νόμος 2071/92 για τον εκσυγχρονισμό και την οργάνωση του ΕΣΥ, με το άρθρο 47 προστατεύει, μεταξύ άλλων, το δικαίωμα του ασθενούς για προστασία του απορρήτου των πληροφοριών που τον αφορούν. Συγκεκριμένα, ορίζει ότι: «Ο ασθενής έχει το δικαίωμα, στο μέτρο και στις πραγματικές συνθήκες που αυτό είναι δυνατό, προστασίας της ιδιωτικής του ζωής. Το απόρρητο των πληροφοριών και του περιεχομένου των εγγράφων που τον αφορούν, του φακέλου των ιατρικών σημειώσεων και ευρημάτων, πρέπει να είναι εγγυημένο».

Εκτός ή παράλληλα από την ποινική, ο γιατρός μπορεί να υπέχει και αστική ευθύνη κατ' εφαρμογή των διατάξεων του Αστικού Κώδικα. Σύμφωνα με το άρθρο 57 ΑΚ, αναγνωρίζεται και προστατεύεται το δικαίωμα του ατόμου στην ίδια του την προσωπικότητα, στοιχείο της οποίας αποτελεί και το απόρρητο της ιδιωτικής του ζωής.⁶⁹ Σε περίπτωση παραβίασης αυτού του δικαιώματος θα ζητηθεί άρση της προσβολής στο μέλλον (π.χ. σε περίπτωση επίδειξης ή δημοσίευσης μιας φωτογραφίας ή ακτινογραφίας του ασθενούς, χωρίς την άδειά του ή την κάλυψη των χαρακτηριστικών του).

Τα άρθρα 914 και 932 ΑΚ ορίζουν την αποζημίωση που θα υποχρεωθεί να καταβάλει ο γιατρός για την κάλυψη της ζημίας του ασθενούς.

Σύμφωνα με τη νομοθεσία, ο γιατρός υποχρεούται να καταθέσει τη μαρτυρία του, όταν αυτή του ζητηθεί από το Δικαστήριο. Όμως και πάλι ειδικός νόμος ορίζει τη μη εξέταση του γιατρού ως μάρτυρα για πληροφορίες που αφορούν τον ασθενή. Ο γιατρός οφείλει μεν να εμφανιστεί και να ορκιστεί, αλλά εξαιρείται από την υποχρέωση κατάθεσης. Το άρθρο 212 του Κώδικα Ποινικής Δικονομίας ορίζει: «(α) Επί ποινής ακυρότητας της διαδικασίας δεν εξετάζονται ούτε εν τη προδικασία ούτε εν τη κυρία διαδικασία... (γ) οι γιατροί, οι φαρμακοποιοί και οι βοηθοί αυτών και αι μαίαι, ως προς τα διαπιστευθέντα αυτοίς κατά την ενάσκησιν του επαγγέλματός των, εκτός όπου ειδικός νόμος υποχρεοί τούτους εις αναγγελίαν προς την αρχήν».

Σε περίπτωση όμως που ο γιατρός δεν επιθυμεί να εμπλακεί σε δικαστικές διαδικασίες, ίσως προτάξει ως δικαιολογία την υποχρέωσή του για προστασία του ιατρικού απορρήτου. Τότε, το Δικαστήριο συνήθως απευθύνεται στον τοπικό Ιατρικό Σύλλογο, που γνωμοδοτεί ως προς το ποια στοιχεία συνιστούν το απόρρητο, ποια όχι και αναλόγως επιβάλλει στο γιατρό την κατάθεση ενώπιόν του. Όμως, σε περίπτωση ποινικής δίωξης εναντίον του γιατρού, ο Ποινικός Κώδικας προβλέπει την παραβίαση του απορρήτου, για να κατοχυρώσει στο γιατρό το δικαίωμα υπεράσπισης του εαυτού του.

Επίσης, εκτός από την ποινική και την αστική, ο γιατρός μπορεί να φέρει ταυτόχρονα και πειθαρχική ευθύνη απέναντι στον αρμόδιο Ιατρικό Σύλλογο ή την αρμόδια πειθαρχική αρχή του νοσηλευτικού ιδρύματος.⁷⁴

5.5 «Κατά συνθήκη» παραβιάσεις του ιατρικού απορρήτου

Το ιατρικό απόρρητο βάλλεται από πολλές πλευρές στα σύγχρονα κοινωνικά συστήματα, τόσο που μας κάνει να αναρωτιόμαστε αν όντως ισχύει η πεποίθηση του Siegler⁷⁴ ότι «η αρχή του ιατρικού απορρήτου, όπως περιγράφεται στους Κώδικες Ηθικής... είναι τώρα πεπαλαιωμένη, φθαρμένη και χωρίς χρησιμότητα». Ο Black,⁷⁵ επίσης, αμφισβητεί την απολυτότητα αυτής της

αρχής στην καθημερινή υγειονομική πραγματικότητα, τόσο ηθικά όσο και κοινωνικά. Οι παρακάτω περιπτώσεις δείχνουν το μη απόλυτο χαρακτήρα της αρχής του απορρήτου, ως ηθικής και δεοντολογικής αρχής, που θεωρούνται δικαιολογημένες παραβιάσεις για την επίτευξη της κοινωνικής και οργανωτικής λειτουργίας της Πολιτείας.⁷¹

α. *Ηλεκτρονικός φάκελος του ασθενούς.* Η χρήση υπολογιστών για την τήρηση στοιχείων των ασθενών είναι πολύ χρήσιμη, δεδομένου ότι μπορεί να αποθηκεύσει τεράστιες ποσότητες πληροφοριών, να δώσει άμεση απάντηση στο γιατρό ή τον ασθενή και να προσφέρει πιο αποδοτική διαχείριση των δεδομένων. Όμως, μπορεί να αποτελέσει και απειλή για το δικαίωμα σεβασμού της ιδιωτικής ζωής του ασθενούς και της προστασίας του ιατρικού απορρήτου. Έτσι, το δίλημμα που γεννάται και απασχολεί όλο και περισσότερο τους αρμόδιους φορείς, τους ασθενείς αλλά και διεθνείς οργανισμούς, είναι: Μπορούμε να θυσιάσουμε το δικαίωμα του ασθενούς για προστασία της ιδιωτικής του ζωής για χάρη του οφέλους που προκύπτει από τους ηλεκτρονικούς φακέλους.⁷⁶ Μέχρι να υπάρξει σχετική ρυθμιστική νομοθεσία, το θέμα αυτό παραμένει σε εκκρεμότητα, θέτοντας σε δοκιμασία την εμπιστοσύνη των ασθενών και τη διαφύλαξη της αρχής του απορρήτου.

β. *Έρευνα.* Για την προαγωγή της ιατρικής επιστήμης και για την πρόληψη των ασθενειών διεξάγονται έρευνες, που θέτουν σε κίνδυνο τη διαφύλαξη του απορρήτου, δεδομένου ότι για τις επιδημιολογικές έρευνες κυρίως χρειάζεται να συγκεντρωθούν πληροφορίες από τους φακέλους των ασθενών και να εξεταστούν αντιπροσωπευτικά δείγματα πληθυσμών.⁷⁷ Στην περίπτωση αυτή και ο ερευνητής και ο γιατρός που έχει περιθάψει τον ασθενή πειθαρχούν στους κανόνες του επαγγελματικού απορρήτου και της κοινής επαγγελματικής ηθικής.⁷⁸ Τα τελευταία χρόνια απαιτείται έγκριση των ερευνητικών πρωτοκόλλων από τις Επιτροπές Δεοντολογίας, ώστε να προστατεύεται το απόρρητο των πληροφοριών με τον καλύτερο δυνατό τρόπο.

γ. *Θεσμός των κοινωνικών και ιδιωτικών ασφαλίσεων και πρόνοιας.* Για την εφαρμογή αυτού του θεσμού, όταν υπάρχει ο ασφαλιστικός κίνδυνος, ο οποίος συνίσταται στη βλάβη της υγείας του δικαιούχου ή τρίτου ή ακόμα στην αιτία θανάτου τρίτου προσώπου, καταβάλλεται στο δικαιούχο χρηματική αποζημίωση. Για να αποδειχθεί όμως ο επερχόμενος ασφαλιστικός κίνδυνος, διακινείται ένας μεγάλος όγκος πληροφοριών, που αφορούν την κατάσταση της υγείας του δικαιούχου, στον οποίο έχει πρόσβαση επίσης μεγάλος αριθμός προσώπων. Έτσι, με την εξάπλωση του θεσμού της ασφάλισης, διαφαίνεται να υπάρχει κοινωνική αποδοχή για την αναγκαιότητα της αποκάλυψης του ιατρικού απορρήτου με σκοπό την εκπλήρωση του ασφαλιστικού δικαιώματος του δικαιούχου ασθενούς.^{79,80,81} Παρόμοιος κίνδυνος για το ιατρικό απόρρητο προέρχεται και από τους ενδιάμεσους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας, όπως οι Οργανισμοί Διατήρησης της Υγείας (HMOs), που αναλαμβάνουν τη φροντίδα του ασθενούς.⁸²

δ. *Δημόσια έγγραφα.* Ο πολίτης καταθέτει σε υπηρεσίες έγγραφα (πιστοποιητικά, βεβαιώσεις κ.λπ.), που έχουν σχέση με την υγεία του, για την επιδίωξη οποιουδήποτε έννομου συμφέροντος. Συχνά, οι ασθενείς ζητούν απ' το γιατρό με αίτησή τους –αποδεσμεύοντας έτσι το γιατρό από το καθήκον τήρησης της μυστικότητας– να τους χορηγήσουν έκθεση για την κλινική τους κατάσταση, που θα καταθέσουν στον εργοδότη τους, στο δικηγόρο τους ή στον ασφαλιστή τους, στην αστυνομία και τα λοιπά, δημοσιοποιώντας όμως προσωπικά τους στοιχεία σχετικά με την υγεία τους.^{58,79}

ε. *Οργάνωση και λειτουργία του νοσοκομείου.* Η γραφειοκρατία, η πολυπλοκότητα και ο όγκος των εργασιών που υπάρχουν σε ένα νοσοκομείο επιτρέπουν την παραβίαση του ιατρικού απορρήτου. Πολλές άλλες κατηγορίες προσωπικού –εκτός από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό– χειρίζονται τα έγγραφα και το φάκελο του ασθενούς (λογιστήριο, γραφείο κίνησης, γραμματεία, αρχείο φακέλων, εργαστήρια και τα λοιπά). Σε έρευνα που έκανε Αμερικανός γιατρός, διαπίστωσε ότι 25–100 άτομα επαγγελματιών υγείας και διοικητικού προσωπικού είχαν πρόσβαση στο φάκελο των ασθενών.⁶⁴ Είναι προφανές ότι ο σύγχρονος τρόπος θεραπείας, που απαιτεί τη συνεργασία μεταξύ γιατρών και μιας μεγάλης ομάδας άλλων επαγγελματιών, συνεπάγεται διακίνηση των πληροφοριών.⁸³ Στο νοσοκομείο, εκτός από τη θεραπεία και την έρευνα, γίνεται και η εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας, νοσηλευτριών, επισκεπτών υγείας, διοικητικών υπαλλήλων κ.ά., οι οποίοι έχουν πρόσβαση στα στοιχεία του ασθενούς. Στην περίπτωση που αυτά τα άτομα δεν καθοδηγούνται από κάποιον κώδικα ηθικής, η προστασία του απορρήτου απειλείται. Τέλος, οι αλλαγές στις κοινωνικές αξίες κάνουν λιγότερο ευαίσθητους τους γιατρούς και τους άλλους επαγγελματίες υγείας στις πληροφορίες που ο ασθενής θέλει να παραμείνουν εμπιστευτικές.

στ. *Υποδομή του νοσοκομείου.* Τα παλιά αλλά και τα σύγχρονα νοσοκομεία φιλοξενούν συνήθως περισσότερους από έναν ασθενή στο ίδιο δωμάτιο. Τα πολύ προσωπικά θέματα του ασθενούς συχνά συζητώνται μεγαλόφωνα στο κρεβάτι του και όλες οι εξετάσεις γίνονται παρουσία των άλλων ασθενών, με συνέπεια να βάλλεται για μία ακόμα φορά η προστασία της ιδιωτικής ζωής του ασθενούς.⁷⁵ Άτομα που εργάζονται στις υπηρεσίες υγείας δυσκολεύονται να καταλάβουν πώς αισθάνονται οι ασθενείς εκείνη την ώρα και ότι μερικοί ασθενείς χρειάζονται περισσότερη διακριτικότητα σ' αυτό το θέμα από άλλους.^{84,85} Έτσι, αρκετές φορές ο ασθενής νιώθει ντροπή και ταπείνωση.⁸⁶

ζ. *Ασθενής και οικογένεια.* Γενικά, όταν ο ασθενής είναι λογικός και υπεύθυνος, ο γιατρός πρέπει να παίρνει την άδειά του σχετικά με το ποιον θα ενημερώσει από τα μέλη της οικογένειάς του, τι πληροφορίες θα δώσει, σε ποια έκταση και ούτω καθεξής. Αυτό είναι ένδειξη σεβασμού του δικαιώματος του ασθενούς για προστασία του ιατρικού απορρήτου και ο γιατρός που δεν το τηρεί οδηγεί σε σημαντική κάμψη το ιατρικό απόρρητο.

η. *Μέσα μαζικής ενημέρωσης.* Πολλές φορές, τα μέσα μαζικής ενημέρωσης (τηλεοπτικά κανάλια, ραδιόφωνο, εφημερίδες, περιοδικά) αναφέρονται σε περιστατικά ασθενών χωρίς μέριμνα για την τήρηση του ιατρικού απορρήτου και συνήθως χωρίς τη συγκατάθεση του ίδιου του ασθενούς.⁸⁷ Ο Lock⁸⁸ αναφέρει ότι, εκτός από τους δημοσιογράφους, το απόρρητο καταρρίπτεται – ιδιαίτερα μετά το θάνατο του ασθενούς– και από μια άλλη κατηγορία, τους βιογράφους σημαντικών προσώπων (πολιτικών, καλλιτεχνών και τα λοιπά.). Στην περίπτωση αυτή, περιγράφεται λεπτομερειακά η κατάσταση της υγείας των ανωτέρω προσώπων και οι σχετικές πληροφορίες συνήθως δίνονται από τους θεράποντες γιατρούς τους.

θ. *Φορολογικές αρχές.* Η φορολογική νομοθεσία στην Ελλάδα υποχρεώνει το γιατρό σε επίδειξη καρτελών, αποδείξεων και άλλων εγγράφων στις φορολογικές υπηρεσίες, που περιέχουν το όνομα και στοιχεία για τη διάγνωση και τη θεραπεία των ασθενών (άρθρο 45 του ΠΔ 99/77 για τον Κώδικα Φορολογικών Στοιχείων και από το άρθρο 13 του ΠΔ 356/86 για την τροποποίηση αυτού). Το βιβλίο ασθενών προσβάλλει ευθέως το ιατρικό απόρρητο, ενώ τα διάτρητα συνταγολόγια εμμέσως. Έτσι, παραβιάζονται από το ίδιο το κράτος συνταγματικά δικαιώματα των ασθενών.^{73,79}

Κεφάλαιο 6: Νοσηλευτική Θεραπευτική Προσέγγιση ασθενούς

6.1 Προσέγγιση ασθενούς με βάση, την επίκληση του συναισθήματος

Κάθε ασθένεια ορίζεται μέσα σε συγκεκριμένο αντικειμενικό πλαίσιο με βασικό του κριτήριο, την αναγνώριση και καταγραφή σημείων και συμπτωμάτων. Ιατρικό γεγονός αποτελεί το ότι ένας ασθενής υποφέρει από μια νόσο, όμως κάθε άτομο που πάσχει από οποιαδήποτε νόσο χρειάζεται να αντιμετωπίσει και τα συναισθήματα που τη διέπουν.

Στην ψυχική σφαίρα των ασθενών κυρίαρχο ρόλο έχουν τα συναισθήματα. Πίσω από κάθε σκέψη κρύβεται ο φόβος.⁸⁹ Όταν πάσχουμε, είμαστε συναισθηματικά ευαίσθητοι λόγω του ότι, η πνευματική μας ευεξία στηρίζεται στην ψευδαίσθηση της προσωπικής μας μη προσβολής. Η ασθένεια, έρχεται να διαψεύσει την ψευδαίσθηση και θέτει υπό αίρεση το αξίωμα ότι ο ιδιωτικός μας χώρος είναι ασφαλής. Ξαφνικά νοιώθουμε αβοήθητοι, ευάλωτοι και αδύναμοι.

Το άγχος είναι μια διαταραχή που πηγάζει από τις πιέσεις της ζωής, είναι ίσως το συναίσθημα με την μεγαλύτερη επιστημονική βαρύτητα σε ό,τι αφορά τη σύνδεσή του με την έναρξη της ασθένειας και με την πορεία της ανάρρωσης. Οι συσσωρευμένες δε ενδείξεις των αρνητικών παθολογικών επιπτώσεων του θυμού, του άγχους και της κατάθλιψης είναι εντυπωσιακές.

Η διαπίστωση που είναι τεκμηριωμένη από έρευνες ότι δεν είναι τόσο η ασθένεια όσο η ψυχολογική πίεση και οι πεποιθήσεις που έχει το άτομο για την υγεία, αποτελώντας τους βασικούς δείκτες για το κατά πόσο ένα άτομο που αντιμετωπίζει ένα πρόβλημα υγείας θα απευθυνθεί για βοήθεια σε γιατρό ή όχι.

Επίσης το κοινωνικό περιβάλλον μπορεί να παίζει καταλυτικό ρόλο στην εμφάνιση ενός ψυχοπνευστικού παράγοντα, μπορεί επίσης να συμβάλλει στη καλύτερη ψυχολογική προσαρμογή σε αυτό, μέσω ενός υποστηρικτικού πλαισίου που θα μπορούσε να προσφέρει. Οι πιο σημαντικές πηγές παροχής κοινωνικής υποστήριξης αναφέρονται στο οικογενειακό περιβάλλον, όπως επίσης το φιλικό περιβάλλον του οποίου ο ρόλος παίρνει ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο όταν η οικογένεια δεν χαρακτηρίζεται από διαπροσωπικές σχέσεις.⁸⁹

6.2 Ο υποστηρικτικός ρόλος του νοσηλευτή στη θεραπευτική συμμαχία

Ο νοσηλευτής θα κληθεί να αναλάβει έναν αντίστοιχο υποστηρικτικό ρόλο όταν γίνει αυτό θα πρέπει να λάβει υπόψη του όχι μόνο τα αντικειμενικά αιτήματα των ασθενών αλλά και τις υποκειμενικές τους αποχρώσεις. Η έλλειψη προσοχής στη συναισθηματική πραγματικότητα της ασθένειας παραγκωνίζει τις πολλές ενδείξεις που επιβεβαιώνουν ότι η συναισθηματική κατάσταση

των ανθρώπων μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την ευπάθειά τους προς τις ασθένειες και την πορεία της ανάρρωσής τους.⁹⁰

Οι επαγγελματίες υγείας σύμφωνα με έρευνες, που δεν εμπιστεύονταν τις ικανότητές τους, είχαν κουραστεί ή βαρεθεί, γίνονταν αμυντικοί ή επικριτικοί και δεν ήταν σε θέση να προσφέρουν στοργή και υποστήριξη στον ασθενή. Αυτό φαίνεται να έχει άμεση σύνδεση με τα χαμηλά επίπεδα της θεραπευτικής συμμαχίας.⁹¹

Τα πιο πολύτιμα χαρακτηριστικά του θεραπευτή που προάγουν τη εδραίωση της θεραπευτικής συμμαχίας βάση μελετών είναι η συναίσθηση, η θαλπωρή και η ειλικρίνεια.

Η συναίσθηση αναφέρεται στην ικανότητα του νοσηλευτή να κατανοεί τα συναισθήματα που θέλει να εκφράσει ο ασθενής και να κάνει έκδηλη την κατανόηση αυτή. Η θαλπωρή φαίνεται στην κατανόηση των ανθρώπων όπως είναι, καθώς και στην ικανότητα να χειριστούν εποικοδομητικά τα προβλήματά τους. Ένας νοσηλευτής πρέπει να στηρίζει το έργο του στην ειλικρίνεια και στην επικοινωνία και αυτό στηρίζεται στο ότι οι άνθρωποι δεν ανοίγονται σε άτομα που θεωρούν αναξιόπιστα. Η καλλιέργεια της θετικής σκέψης ενισχύει τις ψυχικές δυνάμεις του ασθενούς χωρίς αυτό βέβαια να σημαίνει ότι ένα θετικό συναίσθημα είναι θεραπευτικό ή ότι το γέλιο ή η ευτυχία μπορούν να θεραπεύσουν από μόνα τους μια σοβαρή ασθένεια. Το όφελος των θετικών συναισθημάτων φαίνεται ανεπαίσθητο, αλλά μπορεί να ξεχωρίσει ανάμεσα στο πλήθος των περίπλοκων μεταβλητών που επηρεάζουν την πορεία μια ασθένειας.

Το γιατί μια αισιόδοξη ή απαισιόδοξη άποψη θα πρέπει να έχει επιπτώσεις την υγεία, είναι ένα ζήτημα ανοιχτό σε πολλές και διάφορες ερμηνείες. Μια θεωρία υποστηρίζει ότι η απαισιόδοξια οδηγεί στην κατάθλιψη, η οποία με τη σειρά της παρεμποδίζει την αντίσταση του ανοσοποιητικού συστήματος σε μολύνσεις και κακοήθειες. Άλλοι προτάσσουν ως επιχείρημα το γεγονός ότι οι απαισιόδοξοι εγκαταλείπουν τον εαυτό τους και δίνουν γενικά πολύ λιγότερη σημασία στον υγιεινό τρόπο ζωής.

Ο ασθενής προσέρχεται στο νοσοκομείο με την πεποίθηση και την ελπίδα ότι θα γίνει καλά. Η ολοκληρωμένη νοσοκομειακή φροντίδα που επιδιώκει τόσο την σωματική, όσο και την ψυχική υγεία του ασθενούς προϋποθέτει κατ' αρχήν την ύπαρξη μιας διεπιστημονικής ομάδας αποτελούμενης από ιατρικό, νοσηλευτικό και άλλο εξειδικευμένο προσωπικό. Η στάση του θεράποντος ιατρού ως συντονιστή, η συνεργασία όλων και η αμοιβαία αναγνώριση και ο σεβασμός του έργου του καθενός εξασφαλίζουν την ομαλή λειτουργία της ομάδας και κατά συνέπεια την ολιστική αντιμετώπιση του πάσχοντα. Η γνώμη που έχει ο θεραπευόμενος για την αξιοπιστία την ελκυστικότητα και την επιστημονική αυθεντία του θεραπευτή του επηρεάζει την ποιότητα της θεραπευτικής σχέσης.

6.3 Υποστήριξη στην αποδοχή της ασθένειας

Πολλές διαφορετικές απόψεις έχουν ειπωθεί για να εξηγήσουν πώς αλλάζει σε ένα άτομο η επίγνωση και η αποδοχή της ασθένεια ως στρεσογόνου κατάστασης , από την στιγμή που μαθαίνει ότι νοσεί και καθ' όλη τη διάρκεια της εξέλιξής της. Ο Freud, χρησιμοποίησε τον όρο «μηχανισμοί άμυνας», για να αναφερθεί στις στρατηγικές τις οποίες οι άνθρωποι χρησιμοποιούν για να αντιμετωπίσουν το άγχος, οι οποίες είναι κυρίως ασυνείδητες. Αυτές οι εστιαζόμενες στο συναίσθημα στρατηγικές δεν μεταβάλλουν την στρεσογόνο κατάσταση, απλά αλλάζουν τον τρόπο με τον οποίο ο ασθενής την καταλαβαίνει ή την σκέπτεται.

Ο Freud θεωρούσε την «απόθεση» τον βασικότερο και πιο σημαντικό μηχανισμό άμυνας. Πως μπορεί όμως η απόθεση ή η καταστολή να επηρεάσει αρνητικά τη σωματική υγεία: Άνθρωποι που προσπαθούν να καταστείλουν τις σκέψεις τους μπορεί, στην πραγματικότητα, να αναμασούν στο μυαλό τους περισσότερο τις αρνητικές σκέψεις και τα αρνητικά συναισθήματα από τους ανθρώπους που εκφράζουν τις σκέψεις και τα συναισθήματά τους στους άλλους. Αρκετές μελέτες έδειξαν ότι η προσπάθεια να καταστείλουμε τις σκέψεις μας στην ουσία μας κάνει να σκεπτόμαστε πιο συχνά από όσο όταν δεν προσπαθούμε να τις καταστείλουμε .

Επίσης, η πράξη της καταστολής η απόθεσης των σκέψεων μπορεί να είναι αμιγώς επιβαρυντική και να έχει αρνητικές επιπτώσεις στο σώμα η συνεχής απόθεση των σκέψεων και η επίβλεψη προκειμένου αυτές να μην επιστρέψουν, μπορεί να απαιτεί σωματική ενέργεια και να οδηγεί σε χρόνια διέγερση που είναι επιζήμια για το σώμα. Η προφορική έκφραση φόβων και συναισθημάτων μπορεί να τα κάνει πιο συγκεκριμένα και επομένως, πιο εύκολα στην αντιμετώπισή τους.⁹² Το να μιλάμε για μια τραυματική εμπειρία, μας βοηθά να εξοικειωθούμε με αυτήν έτσι ώστε να μην μας δημιουργούνται τόσο έντονα αρνητικά συναισθήματα κάθε φορά που τη σκεπτόμαστε .Όταν η εξωτερική πραγματικότητα είναι πολύ δυσάρεστη ένα άτομο μπορεί να παρουσιάσει άρνηση. Μερικές φορές η άρνηση των συναισθημάτων μπορεί να κρίνεται καλύτερη σε σχέση με την αντιμετώπισή τους , σε περιόδους έντονης κρίσης η άρνηση μπορεί να δώσει χρόνο στο άτομο να αντιμετωπίσει τα γεγονότα σταδιακά.

Ο ασθενής είναι πολύ πιθανό να αμφισβητήσει την ορθότητα της διάγνωσης, να απευθυνθεί σε διάφορους γιατρούς ή θεραπευτές η να μουν στη διαδικασία επαναλαμβανόμενων εξετάσεων για να διαψεύσουν τα αποτελέσματα. Η άρνηση μπορεί να διαρκέσει από μερικά λεπτά μέχρι το υπόλοιπο της ζωής τους. Η βαθμιαία εγκατάλειψη της άρνησης και η προσφυγή σε λιγότερο ριζικούς μηχανισμούς άμυνας επηρεάζεται από το τρόπο που έγινε η ανακοίνωση, τον χρόνο που έχει για να αναγνωρίσει την εξέλιξη της νόσου και το κατά πόσο κατά τη διάρκεια της ζωής του υπήρξε προετοιμασία για στρεσογόνες καταστάσεις.⁹³ Δεν ωφελεί να αποτραβήξουμε βίαια τον ασθενή από το στάδιο της άρνησης . Αντίθετα πρέπει να αφουγκραζόμαστε την συμβολική γλώσσα

που χρησιμοποιεί και να μοιραζόμαστε της αγωνίες του ή να επικοινωνούμε μαζί του με την δική του συμβολική γλώσσα.

Η άρνηση αντικαθίσταται από συναισθήματα οργής και θυμού. Όταν όλοι οι άλλοι γύρω τους είναι υγιείς και οι ίδιοι νοσούν το ερώτημα που γεννιέται είναι «γιατί εγώ ;» Ο θυμός μπορεί να απευθύνεται σε πρόσωπα του στενού οικογενειακού περιβάλλοντος ή ακόμα και στο προσωπικό του νοσοκομείου. Το υγειονομικό προσωπικό δυσκολεύεται να μην εμπλακεί σε παιχνίδι προσωπικής ανταπόδοσης οργής όταν έρχεται αντιμέτωπο με τους ασθενείς. Η συναίσθηση και όχι η κριτική ή εχθρική στάση είναι αυτή που θα δημιουργήσει το αναγκαίο πλαίσιο ανεκτικότητας αλληλοσεβασμού, αποδοχής, κατανόησης επιτρέποντας τον ασθενή να απελευθερωθεί από τα συναισθήματα θυμού που τον βαραίνουν και να παρουσιάσει την θετική πλευρά του χαρακτήρα του. Ο ασθενής έχει ανάγκη από τα λόγια μας, από στοργή, παρηγοριά, φροντίδα, ελπίδα, αλλά και από τη σιωπή μας.⁹⁴

6.4 Η προσωποκεντρική προσέγγιση του ασθενούς

Η θεωρία του ασθενούς σαν πρόσωπο σημαίνει την αντιμετώπισή του όπως ήταν πριν την ασθένεια και την εξέταση της νόσου αναφορικά με αυτόν. Ο ευαισθητοποιημένος νοσηλευτής οφείλει να εγκαταλείψει του ατομικούς περιορισμούς για να υιοθετήσει όλο και περισσότερο τον τρόπο προσωπικής προσέγγισης που απορρέει από τον προσωπικό του κόσμο και τα ιδανικά του. Αυτός είναι ένας τρόπος θετικής και ευεργετικής προσέγγισης του πάσχοντα συνάπτοντας σχέσεις εμπιστοσύνης και αγάπης. Οι ασθενείς πρέπει να φτάσουν στο σημείο να αισθάνονται προσέγγιση στηριγμένη στη μοναδικότητα τους από το γιατρό ή το νοσηλευτή και με ευαισθησία μπροστά στις ιδιαίζουσες καταστάσεις τους και τις ιδιαίτερες προσωπικές τους ανάγκες.⁹⁵

6.5 Η προσέγγιση του ασθενούς που αμύνεται

Όταν ο επαγγελματίας υγείας βλέπει τη ζωή και τον άνθρωπο από την περιορισμένη σκοπιά μιας αντικειμενικής θεώρησης μειώνει αποφασιστικά την ικανότητα του να αντιλαμβάνεται τους πιο ισχυρούς κραδασμούς που περιέχουν τα μηνύματα εκείνων με τους οποίους επιχειρεί να θεμελιώσει ένα θεραπευτικό διάλογο. Η ικανότητα έκφρασης σε κάποιον που μας ακούει είναι μια εκδήλωση που τη νοιώθουμε απαραίτητη, όμως δεν είναι και τόσο απλό να εμφανίσουμε ό,τι ακριβώς είμαστε και να παραδεχτούμε το ποιοι είμαστε σε τρίτους⁹⁵.

Έτσι η συνειδητή ή ασυνείδητη συναίσθηση της προσωπικής «κατάντιας» κάνει τον ασθενή να φοβάται την αποκάλυψη και να μην έχει εμπιστοσύνη στο νοσηλευτή. Με αυτό τον τρόπο χτίζει

γύρω του αμυντικούς τοίχους και κρυπτογραφεί τα μηνύματά του. Ωστόσο, στοιχεία που συνθέτουν την μη λεκτική επικοινωνία μας αποκαλύπτουν συχνά πτυχές της προσωπικότητας του που εκούσια ή ακούσια επιδιώκει να διατηρήσει στην αφάνεια είτε γιατί κάποιιοι κανόνες συμπεριφοράς το επιβάλλουν, είτε επειδή δεν είναι αρκετά ώριμος και ειλικρινής για να τις αποκαλύψει.

Η συνειδητοποίηση αυτού του γεγονότος μπορεί να βοηθήσει στην κατανόηση των γύρω μας και στην προσπάθεια για ερμηνεία όχι μόνο στο τι μας λένε αλλά και στο τι θέλουν να μας πουν . Αυτό σημαίνει ότι ο νοσηλευτής πρέπει να βρίσκεται σε ένα ανώτερο στάδιο ωριμότητας από τον ασθενή διότι δέχεται όλα τα αρνητικά στοιχεία του ασθενούς και κατά συνέπεια αν δεν έχει αποθέματα εσωτερικής ωριμότητας και δύναμης θα τον καταβάλουν χωρίς να είναι σε θέση να βοηθήσει.

Ο επαγγελματίας υγείας μπορεί να διατηρήσει την συμπάθεια του για τον συνομιλητή του ασθενή σε πείσμα της κακής συμπεριφοράς του τελευταίου από την στιγμή που είναι σε θέση να γνωρίζει ότι ο συνομιλητής του δεν έχει επίγνωση των κινήτρων που τον οδηγούν σε μια ορισμένη συμπεριφορά. Η διάθεση του νοσηλευτή να «ακούει» τον ασθενή μπορεί να οδηγήσει τον ασθενή να εκφραστεί και να μεταδώσει στον θεραπευτή του κάτι ουσιαστικό.⁹⁶

Ο ασθενής έχει ανάγκη ουσιαστικά την ακρόαση .Όλοι οι ψυχαναλυτές βεβαιώνουν ότι το να μπορεί να εκφράσει κάποιος τον πόνο του την αγωνία του και να γίνει ακουστός είναι ένα βασικό στοιχείο της θεραπείας του και ένα βήμα αν όχι προς την ίαση τουλάχιστον το λιγότερο προς την ανακούφιση του πόνου ή προς μια μεγαλύτερη ικανότητα να την αναλάβει.

Όμως αν και δεν υπάρχουν περιορισμοί από τους δεοντολογικούς κώδικες υπάρχει περιορισμός χρόνου, ο οποίος είναι γενικότερο πρόβλημα της σύγχρονης ζωής. Η διάθεση χρόνου μας κοστίζει πάντα και ο λόγος είναι ότι πρέπει να δώσουμε κάτι από τον εαυτό μας. Σπουδαία λοιπόν πλευρά της φιλανθρωπίας μας αποτελεί η διάθεσή μας να διαθέσουμε χρόνο στους ασθενείς μας όπως και το να αποποιούμαστε τον εαυτό μας προς όφελος των άλλων.⁹⁷

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΡΕΥΝΑ 1η

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ

Ο σκοπός της εισαγωγής μιας ερευνητικής έκθεσης είναι να κάνει γνωστό στους συναδέλφους μας, το ερευνητικό πρόβλημα της έρευνας και το πλαίσιο μέσα στο οποίο διατυπώθηκε.

Το θέμα μας είναι οι ψυχολογικές επιπτώσεις του ιού HPV στις πάσχουσες γυναίκες και οι υποθέσεις μας είναι πρώτον, ότι οι γυναίκες που πάσχουν από ιό HPV δεν λαμβάνουν την κατάλληλη ψυχολογική υποστήριξη και δεύτερον, ότι είναι απαραίτητο να τους συσταθεί ψυχολογική υποστήριξη από κάποιον ειδικό.

Η μελέτη αυτή είναι σημαντική, γιατί μπορεί να συνεισφέρει στην υπάρχουσα βάση γνώσης και να βελτιώσει τη νοσηλευτική εξάσκηση, όπως επίσης και να βελτιώσει τις συνθήκες καλύτερης αντιμετώπισης των ασθενών.

A. Σχεδιασμός της έρευνας

Η μέθοδός μας στηρίχθηκε στο περιγραφικό μοντέλο έρευνας με βάση το οποίο περιγράφονται μεταβλητές και συγκρίνονται ομάδες ατόμων για κάποια μεταβλητή^{98,99}

B. Πληθυσμός - Δείγμα

Για την συλλογή των στοιχείων της έρευνάς μας χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο κατάλληλα σχεδιασμένο από την ομάδα με την καθοδήγηση της υπεύθυνης καθηγήτριας το οποίο και απευθυνόταν σε 84 γυναίκες πάσχουσες από HPV. Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

Ως όργανο μέτρησης χρησιμοποιήθηκε γραπτό ερωτηματολόγιο, αποτελούμενο από 45 ερωτήσεις εκ των οποίων 6 ήταν ανοικτού τύπου και οι υπόλοιπες κλειστού τύπου. Από αυτές 11 είναι διχοτομικές (ΝΑΙ-ΟΧΙ) και οι υπόλοιπες εναλλακτικών απαντήσεων.

Γ. Τόπος και χρόνος έρευνας

Τα στοιχεία συλλέχθηκαν από τον Οκτώβριο έως και τον Δεκέμβριο του 2009 σε νοσοκομεία και ιδιωτικά γυναικολογικά ιατρεία της Αθήνας.

Δ. 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.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου διαρκούσε περίπου 20 λεπτά της ώρας.

Ε. Κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού δεδομένων

Κριτήρια εισαγωγής στην έρευνά μας ήταν:

- Γυναίκες που πάσχουν από HPV

και κριτήρια αποκλεισμού ήταν:

- μη πλήρως συμπληρωμένα ερωτηματολόγια

Τελικά χρησιμοποιήθηκαν όλα τα ερωτηματολόγια από αυτά που διανεμήθηκαν.

ΣΤ. Ζητήματα Βιοηθικής

Ακολουθήθηκε πιστά ο κώδικας της Νυρεμβέργης και η διακήρυξη του Ελσίνκι για την προστασία των ανθρώπων από κάθε μορφής έρευνας με βάση τα δικαιώματα που έχει κανείς (να μην υποστεί κάποια βλάβη φυσική, συγκινησιακή κλπ, πλήρους διαφάνειας, ανωνυμίας και εχεμύθειας και αυτοδιάθεσης).

Για το λόγο αυτό πριν αρχίσει η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου (κλειστού τύπου με δυνατότητες πολλαπλών απαντήσεων), εξηγήσαμε το σκοπό της έρευνάς μας, επιδιώκαμε τη μη παρεμπόδιση της φυσιολογικής ζωής και της παρεχόμενης εργασίας, σημειώναμε ότι το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και το δείγμα (δηλαδή τα συμμετέχοντα πρόσωπα) τυχαίο, και τον φορέα της έρευνας - σχολή της φοίτησής μας. Αναλυτικά το ερωτηματολόγιο παρατίθεται στο Παράρτημα της παρούσας έρευνας.

Ζ. 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 SPSS.

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 σύνολα των απαντήσεων.

Έτσι, οι μεν μετρήσιμες μεταβλητές παρουσιάζονται με το μέσο όρο (mean value) των μετρήσεων τους, την τυπική απόκλιση (standard deviation), την ελάχιστη (min value) και τη μέγιστη (max value) τιμή, οι δε μη μετρήσιμες μεταβλητές (βαθμωτές, διχοτομικές ή κατηγορικές) παρουσιάζονται με τη συχνότητα (απόλυτος αριθμός) εμφάνισης της απάντησης καθώς και με τη σχετική συχνότητα (ποσοστιαία αναλογία) εμφάνισης της κάθε τιμής της μεταβλητής.

Ο έλεγχος της κανονικότητας ή μη των κατανομών των παρατηρήσεων, τόσο στο σύνολο του δείγματος όσο και στις διάφορες υποομάδες, έγινε με τη μέθοδο των Kolmogorov - Smirnov.⁹⁹

2. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ:

Για να διαπιστωθεί αν ορισμένες κατηγορίες ερωτηθέντων έδωσαν διαφοροποιημένες απαντήσεις σε σχέση με κάποιο χαρακτηριστικό, χρησιμοποιήθηκαν πίνακες με τους οποίους συνδυάζονται οι απαντήσεις των 2 ερωτήσεων (πίνακες διπλής εισόδου) που μας ενδιαφέρουν. Κάθε κελί δίνει τον αριθμό και το επόμενο το ποσοστό επί του συνόλου των ερωτηθέντων.

Ο στατιστικός έλεγχος που χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο των διαφορών που παρατηρήθηκαν μεταξύ των εξεταζόμενων ομάδων ήταν το χ^2 -test (Chi-square test με ή χωρίς το διορθωτικό παράγοντα κατά Yates).

Για τον έλεγχο των συσχετίσεων μεταξύ των διαφόρων παραμέτρων χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman (R), ο οποίος είναι συντελεστής συσχέτισης για μη παραμετρικές μεταβλητές. Οι τιμές που μπορεί να λάβει ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman ανήκουν στο διάστημα [-1, +1]. Η τιμή +1 ή -1 αντιστοιχεί σε τέλεια συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών (θετική ή αρνητική), ενώ η τιμή 0 αντιστοιχεί σε πλήρη έλλειψη συσχέτισης μεταξύ των δύο υπό εξέταση μεταβλητών. Θετικές τιμές του συντελεστή συσχέτισης δηλώνουν πως οι δύο μεταβλητές αυξάνονται ή μειώνονται με τον ίδιο τρόπο (ταυτόχρονα), ενώ αρνητικές τιμές του συντελεστή συσχέτισης δηλώνουν πως όταν η μία μεταβλητή αυξάνει η άλλη ελαττώνεται.

Κατά τη στατιστική ανάλυση και επεξεργασία των δεδομένων οι διαφορές και συσχετίσεις που προκύπτουν θεωρούνται στατιστικά σημαντικές αν και μόνο αν αντιστοιχούν σε πιθανότητα $p < 0,05$ (όπως αυτή προκύπτει από τον αντίστοιχο κάθε φορά στατιστικό έλεγχο).

Για τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων της έρευνάς μας χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS για Windows.

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

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

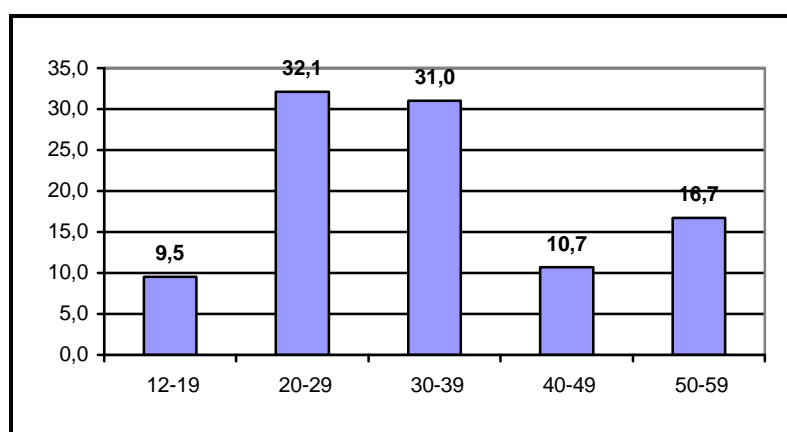
Στην έρευνα έλαβαν μέρος 84 γυναίκες πάσχουσες από HPV. Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

Από την ανάλυση και στατιστική επεξεργασία των δεδομένων μας προέκυψαν τα ακόλουθα:

Πίνακας 1: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την ηλικία.

Ηλικία	12-19	8
		9.5%
20-29	27	
	32.1%	
30-39	26	
	31.0%	
40-49	9	
	10.7%	
50-59	14	
	16.7%	
Total	84	
	100.0%	

Σχήμα 1: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την ηλικία.

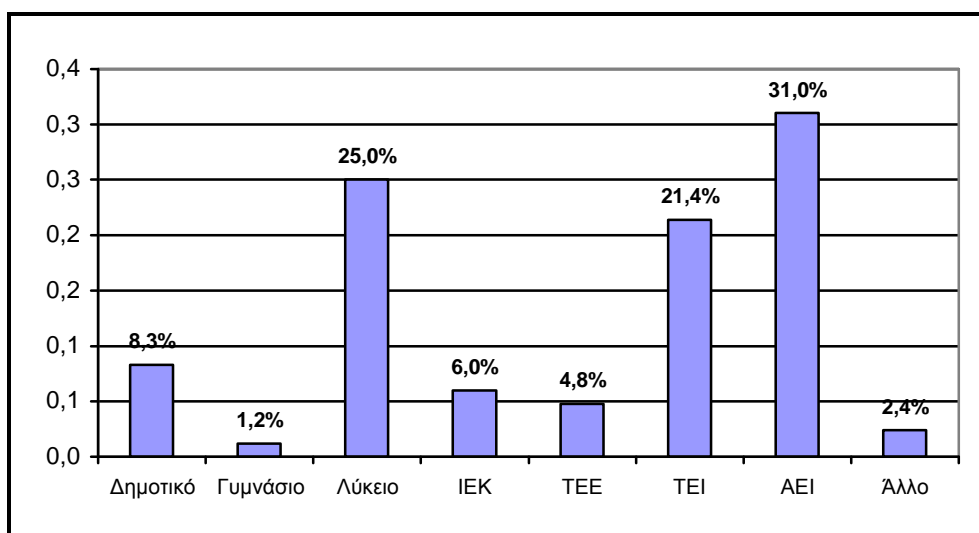


Το μεγαλύτερο ποσοστό των πασχουσών από HPV (27 άτομα – ποσοστό 32,1%) ήταν 20-29 ετών και 26 ακόμα (ποσοστό 31,0%) ήταν 30-39 ετών. Από τις υπόλοιπες το 16,7% (14 άτομα) ήταν 50-59 ετών, το 10,7% (9 άτομα) ήταν 40-49 ετών και το υπόλοιπο 9,5% (8 άτομα) ήταν 12-19 ετών (Πίνακας 1, Σχήμα 1).

Πίνακας 2: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το μορφωτικό επίπεδο.

Μόρφωση	Αριθμός	Ποσοστό
Δημοτικό	7	8,3%
Γυμνάσιο	1	1,2%
Λύκειο	21	25,0%
IEK	5	6,0%
ΤΕΕ	4	4,8%
ΤΕΙ	18	21,4%
ΑΕΙ	26	31,0%
Άλλο	2	2,4%
Total	84	100,0%

Σχήμα 2: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το μορφωτικό επίπεδο.

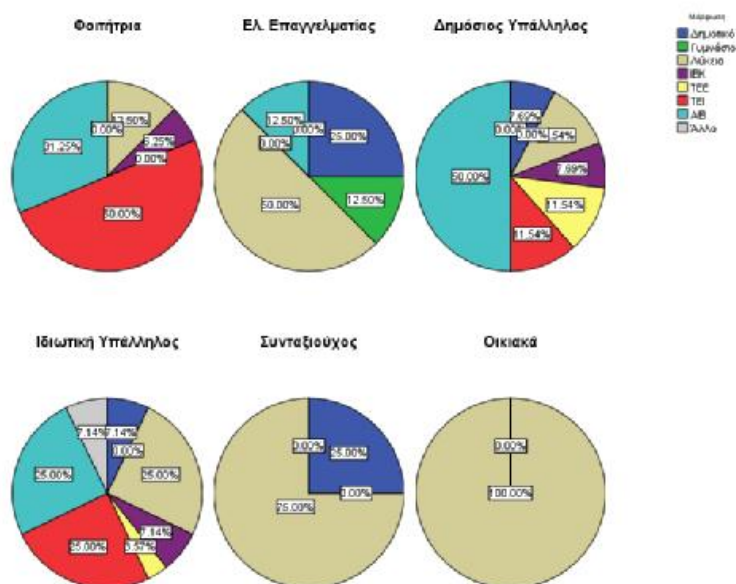


Το μεγαλύτερο ποσοστό των πασχουσών από HPV (26 άτομα – ποσοστό 31,0%) ήταν απόφοιτες ΑΕΙ και 21 ακόμα (ποσοστό 25,0%) ήταν απόφοιτες λυκείου. Από τις υπόλοιπες το 21,4% (18 άτομα) ήταν απόφοιτες ΤΕΙ και οι υπόλοιπες ήταν με μικρότερα ποσοστά στις υπόλοιπες βαθμίδες εκπαίδευσης (Πίνακας 2, Σχήμα 2).

Πίνακας 3: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το επάγγελμα.

Επάγγελμα	Φοιτήτρια	16
		19.0%
	Ελ. Επαγγελματίας	8
		9.5%
	Δημόσιος Υπάλληλος	26
		31.0%
	Ιδιωτική Υπάλληλος	28
		33.3%
	Συνταξιούχος	4
		4.8%
Οικιακά	2	
	2.4%	
Total	84	
	100.0%	

Σχήμα 3: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το επάγγελμα και του μορφωτικού επιπέδου αυτών.

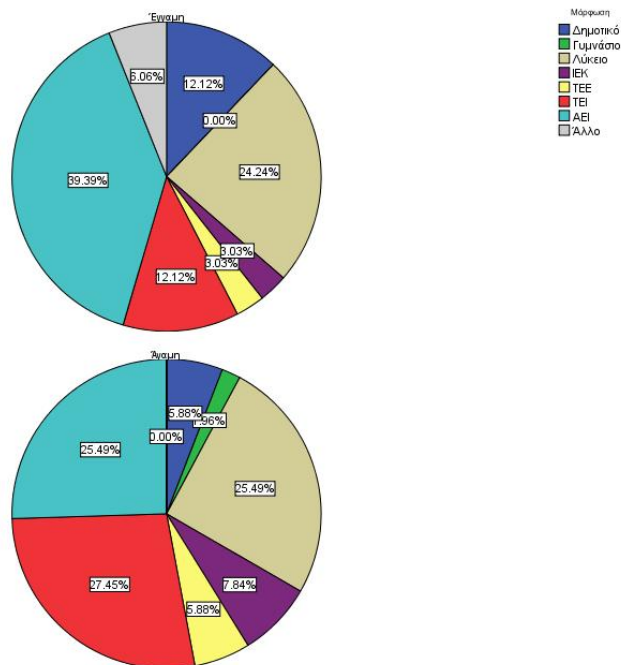


Το μεγαλύτερο ποσοστό των πασχουσών από HPV (28 άτομα – ποσοστό 33,3%) ήταν ιδιωτικές υπάλληλοι και 26 ακόμα (ποσοστό 31,0%) ήταν δημόσιοι υπάλληλοι. Από τις υπόλοιπες το 19,0% (16 άτομα) ήταν φοιτήτριες και οι υπόλοιπες ήταν με μικρότερα ποσοστά σε άλλες κατηγορίες επαγγελματιών (Πίνακας 3, Σχήμα 3).

Πίνακας 4: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την οικογενειακή κατάσταση.

Οικογενειακή Κατάσταση	Έγγαμη	33
		39.3%
	Άγαμη	51
		60.7%
Total	84	
	100.0%	

Σχήμα 4: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την οικογενειακή κατάσταση και του μορφωτικού επιπέδου αυτών.



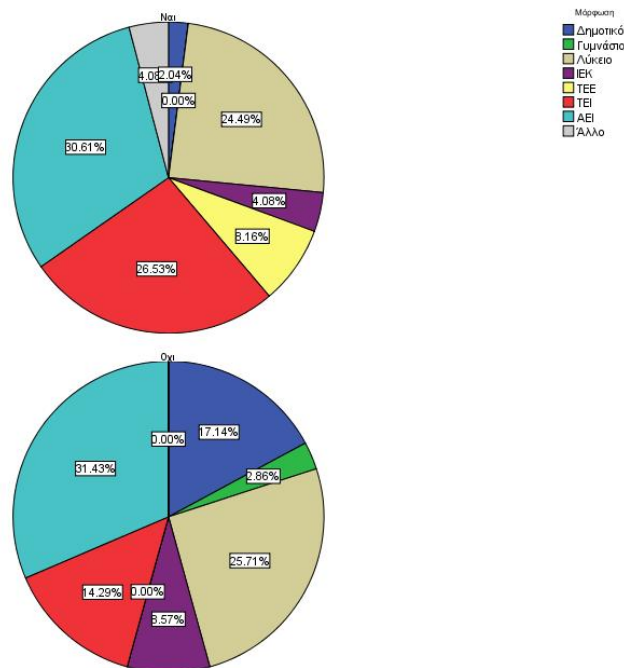
Το μεγαλύτερο ποσοστό των πασχουσών από HPV (51 άτομα – ποσοστό 60,7%) ήταν άγαμες ενώ το υπόλοιπο 39,3% (33 άτομα) ήταν έγγαμες (Πίνακας 4, Σχήμα 4).

Πίνακας 5: Σχέση του μορφωτικού επιπέδου των ερωτηθέντων και του εάν γνώριζαν τον HPV πριν μολυνθούν.

		Μόρφωση Crosstabulation								
		Μόρφωση								
		Δημοτικό	Γυμνάσιο	Λύκειο	IEK	ΤΕΕ	ΤΕΙ	ΑΕΙ	Άλλο	Total
Γνωρίζετε τον HPV πριν μολυνθείτε;	Ναι	1	0	12	2	4	13	15	2	49
		14.3%	.0%	57.1%	40.0%	100.0%	72.2%	57.7%	100.0%	58.3%
	Όχι	6	1	9	3	0	5	11	0	35
		85.7%	100.0%	42.9%	60.0%	.0%	27.8%	42.3%	.0%	41.7%
	Total	7	1	21	5	4	18	26	2	84
		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

$$(\chi^2 = 16,254, df = 7, p < 0,05)$$

Σχήμα 5: Σχέση του μορφωτικού επιπέδου των ερωτηθέντων και του εάν γνώριζαν τον HPV πριν μολυνθούν.



Το μεγαλύτερο ποσοστό των πασχουσών από HPV (49 άτομα – ποσοστό 58,3%) γνώριζαν τον HPV πριν μολυνθούν ενώ το υπόλοιπο 41,7% (35 άτομα) δεν το γνώριζαν (Πίνακας 5, Σχήμα 5).

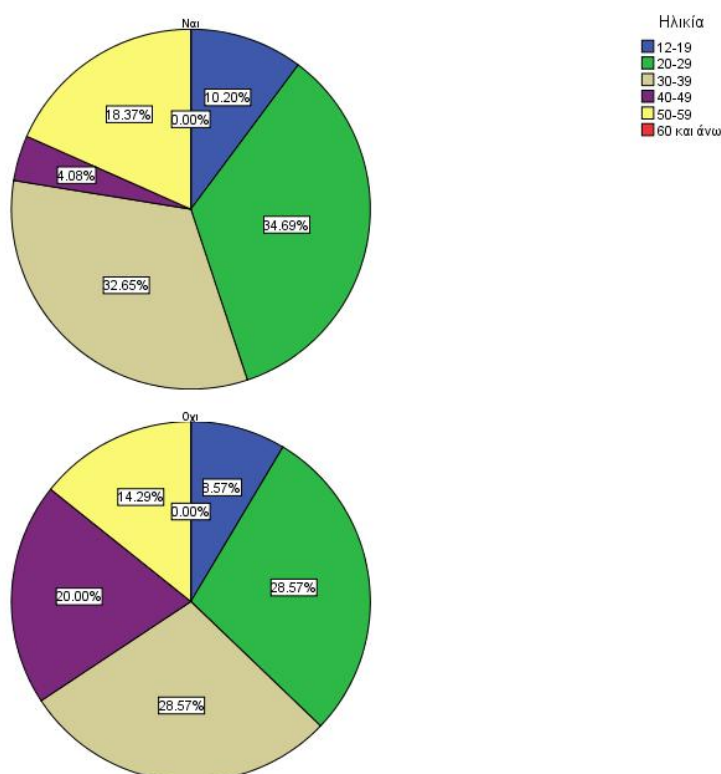
Σε πολύ μεγαλύτερα ποσοστά οι πάσχουσες από HPV με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο (απόφοιτες ΑΕΙ 57,7%, απόφοιτες ΤΕΙ 72,2% απόφοιτες ΤΕΕ 100,0%) γνώριζαν τον HPV πριν μολυνθούν έναντι αυτών με μικρότερο μορφωτικό επίπεδο (Λύκειο 57,1%, Γυμνάσιο 0,0%, Δημοτικό 14,3%) (Πίνακας 5, Σχήμα 5). Οι διαφορές που παρατηρούνται είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2 = 16,254, df = 7, p < 0,05$).

Πίνακας 6: Σχέση της ηλικίας των ερωτηθέντων και του εάν γνώριζαν τον HPV πριν μολυνθούν.

Γνωρίζετε τον HPV πριν μολυνθείτε; * Ηλικία Crosstabulation							
		Ηλικία					
		12-19	20-29	30-39	40-49	50-59	Total
Γνωρίζετε τον HPV πριν μολυνθείτε;	Ναι	5	17	16	2	9	49
		62.5%	63.0%	61.5%	22.2%	64.3%	58.3%
	Όχι	3	10	10	7	5	35
		37.5%	37.0%	38.5%	77.8%	35.7%	41.7%
	Total	8	27	26	9	14	84
		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

($\chi^2 = 5,438$, $df = 4$, NS)

Σχήμα 6: Σχέση της ηλικίας των ερωτηθέντων και του εάν γνώριζαν τον HPV πριν μολυνθούν.

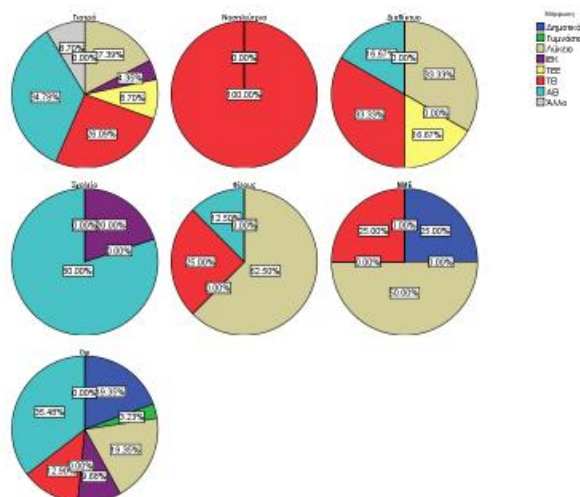


Σε παρόμοια ποσοστά οι πάσχουσες από HPV οποιουδήποτε ηλικιακού διαστήματος γνώριζαν τον HPV πριν μολυνθούν σε ποσοστά άνω του 60% (εκτός αυτών στο διάστημα 40-49 ετών που γνώριζαν τον HPV σε μικρότερο ποσοστό 22,2%) (Πίνακας 6, Σχήμα 6). Οι (μικρές) διαφορές που παρατηρούνται δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2 = 5,438$, $df = 4$, NS).

Πίνακας 7: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την πηγή της γνώσης για τον HPV πριν μολυνθούν.

Αν ναι, από που;	Γιατρό	23
		27.4%
	Νοσηλεύτρια	1
		1.2%
	Διαδίκτυο	12
		14.3%
	Σχολείο	5
		6.0%
	Φίλους	8
	9.5%	
MME	4	
	4.8%	
Όχι	31	
	36.9%	
Total	84	
	100.0%	

Σχήμα 7: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την πηγή της γνώσης για τον HPV πριν μολυνθούν και του μορφωτικού επιπέδου αυτών.



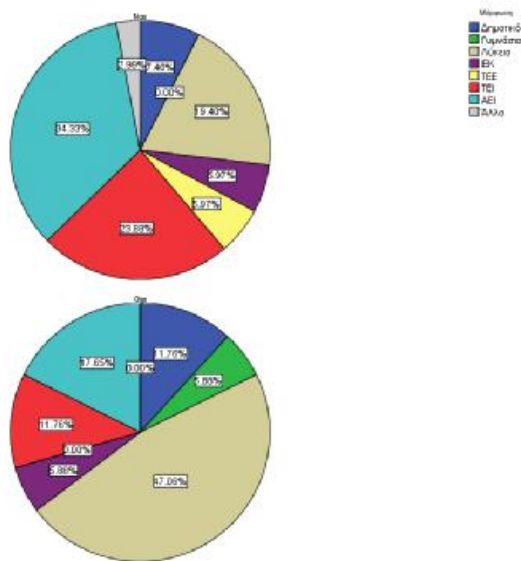
Το μεγαλύτερο ποσοστό των πασχουσών που γνώριζαν για τον HPV (23 άτομα – ποσοστό 27,4%) τον έμαθαν από κάποιο γιατρό και 12 ακόμα (ποσοστό 14,3%) από το διαδίκτυο. Από τις υπόλοιπες το 9,5% (8 άτομα) τον έμαθαν από φίλους, το 6,0% (5 άτομα) από το σχολείο, το 4,8% (4 άτομα) από ΜΜΕ και μόνο το 1,2% (1 άτομα) τον έμαθαν από κάποια νοσηλεύτρια (Πίνακας 7, Σχήμα 7).

Πίνακας 8: Σχέση του μορφωτικού επιπέδου των ερωτηθέντων και του εάν μετά την έναρξη της σεξουαλικής τους επαφής υποβαλλόντουσαν συχνά σε Παπ τεστ.

		Παπ τεστ; * Μόρφωση Crosstabulation								
		Μόρφωση								
		Δημοτικό	Γυμνάσιο	Λύκειο	IEK	ΤΕΕ	ΤΕΙ	ΑΕΙ	Άλλο	Total
Παπ τεστ;	Ναι	5	0	13	4	4	16	23	2	67
		71.4%	.0%	61.9%	80.0%	100.0%	88.9%	88.5%	100.0%	79.8%
	Όχι	2	1	8	1	0	2	3	0	17
		28.6%	100.0%	38.1%	20.0%	.0%	11.1%	11.5%	.0%	20.2%
Total		7	1	21	5	4	18	26	2	84
		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

($\chi^2 = 12,061$, $df = 7$, $p=0,099$ (NS))

Σχήμα 8: Σχέση του μορφωτικού επιπέδου των ερωτηθέντων και του εάν μετά την έναρξη της σεξουαλικής τους επαφής υποβαλλόντουσαν συχνά σε Παπ τεστ.



Το μεγαλύτερο ποσοστό των πασχουσών από HPV (67 άτομα – ποσοστό 79,8%) μετά την έναρξη της σεξουαλικής τους επαφής υποβαλλόντουσαν συχνά σε Παπ τεστ ενώ το υπόλοιπο 20,2% (17 άτομα) δεν υποβαλλόταν συχνά (Πίνακας 8, Σχήμα 8).

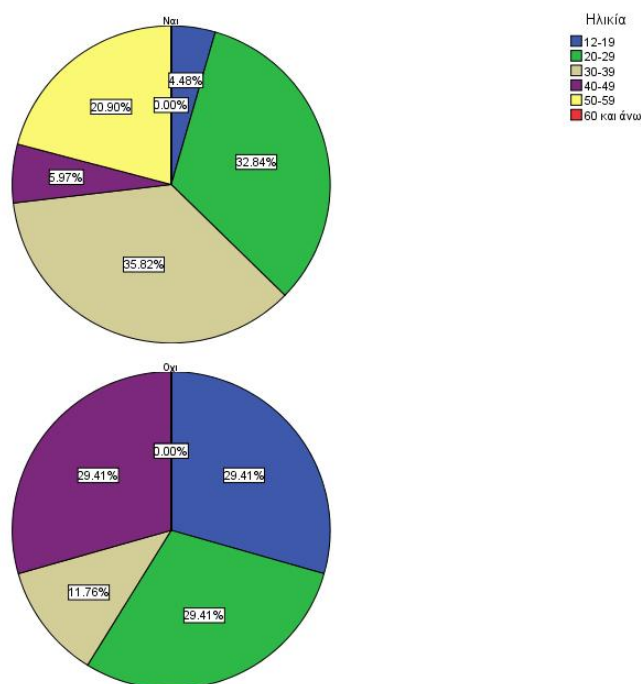
Σε παρόμοια ποσοστά οι πάσχουσες από HPV οποιουδήποτε μορφωτικού επιπέδου μετά την έναρξη της σεξουαλικής τους επαφής υποβαλλόντουσαν συχνά σε Παπ τεστ σε ποσοστά άνω του 80%, εκτός των αποφοίτων Λυκείου που το έκαναν σε ποσοστό 61,9%, των αποφοίτων γυμνασίου που δεν το έκαναν καθόλου και των αποφοίτων δημοτικού που το έκαναν σε ποσοστό 71,4% (Πίνακας 8, Σχήμα 8). Οι διαφορές που παρατηρούνται δεν είναι (οριακά) στατιστικά σημαντικές ($\chi^2 = 12,061$, $df = 7$, $p=0,099$ (NS))

Πίνακας 9: Σχέση της ηλικίας των ερωτηθέντων και του εάν μετά την έναρξη της σεξουαλικής τους επαφής υποβαλλόντουσαν συχνά σε Παπ τεστ.

		Παπ τεστ; * Ηλικία Crosstabulation					
		Ηλικία					
		12-19	20-29	30-39	40-49	50-59	Total
Παπ τεστ;	Ναι	3	22	24	4	14	67
		37.5%	81.5%	92.3%	44.4%	100.0%	79.8%
	Οχι	5	5	2	5	0	17
		62.5%	18.5%	7.7%	55.6%	.0%	20.2%
Total		8	27	26	9	14	84
		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

($\chi^2 = 21,943$, $df = 4$, $p < 0,0001$)

Σχήμα 9: Σχέση της ηλικίας των ερωτηθέντων και του εάν μετά την έναρξη της σεξουαλικής τους επαφής υποβαλλόντουσαν συχνά σε Παπ τεστ.

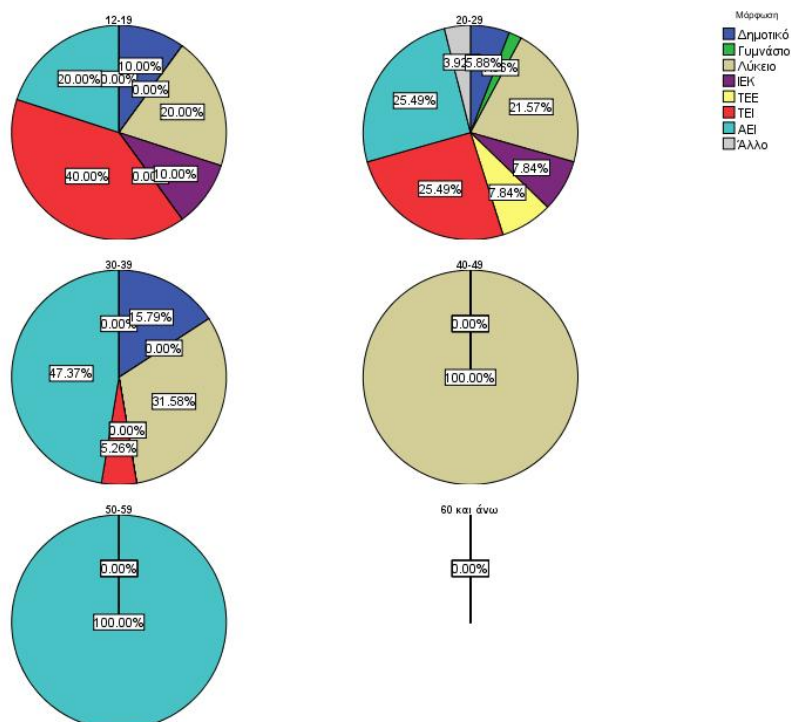


Σε πολύ μεγαλύτερα ποσοστά οι πάσχουσες από HPV σε όλα τα ηλικιακά διαστήματα μετά την έναρξη της σεξουαλικής τους επαφής υποβαλλόντουσαν συχνά σε Παπ τεστ σε ποσοστά άνω του 80% (οι πάσχουσες 20-29 ετών σε ποσοστό 81,5%, οι πάσχουσες 30-39 ετών σε ποσοστό 92,3% και το σύνολο των πασχουσών 50-59 ετών) έναντι αυτών με ηλικία 40-49 ετών που υποβαλλόντουσαν συχνά σε Παπ τεστ σε ποσοστό 44,4% και αυτών με ηλικία 12-19 που υποβαλλόντουσαν συχνά σε Παπ τεστ σε ποσοστό 37,5% (Πίνακας 9, Σχήμα 9). Οι διαφορές που παρατηρούνται είναι στατιστικά πάρα πολύ σημαντικές ($\chi^2 = 21,943$, $df = 4$, $p < 0,0001$).

Πίνακας 10: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς σε τι ηλικία τους γνωστοποιήθηκε ότι μολύνθηκαν από HPV.

Ηλικία γνωστοποίησης;	12-19	10
20-29	51	60.7%
30-39	19	22.6%
40-49	2	2.4%
50-59	2	2.4%
Total	84	100.0%

Σχήμα 10: Σχέση του μορφωτικού επιπέδου των ερωτηθέντων και του σε τι ηλικία τους γνωστοποιήθηκε ότι μολύνθηκαν από HPV.

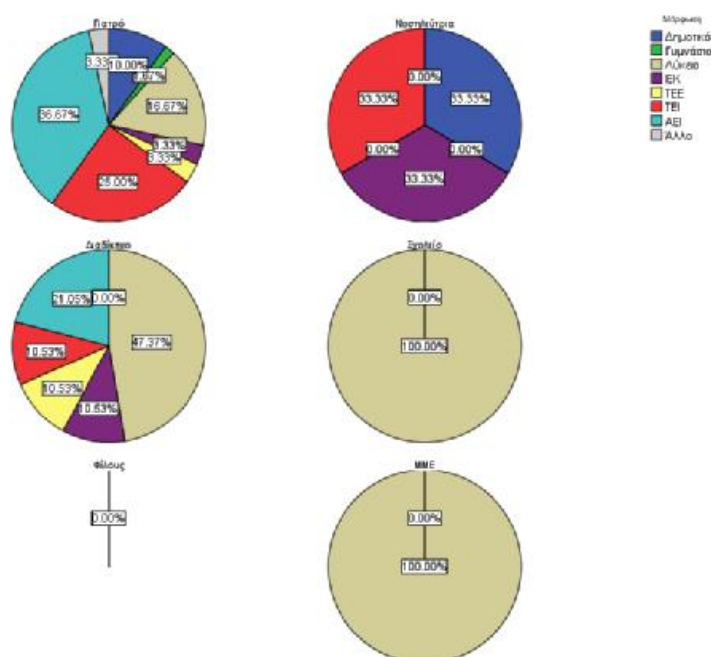


Το μεγαλύτερο ποσοστό των πασχουσών τους γνωστοποιήθηκε η μόλυνση από HPV (51 άτομα – ποσοστό 60,7%) σε ηλικία 20-29 ετών, και 19 ακόμα (ποσοστό 22,6%) το έμαθαν σε ηλικία 30-39 ετών. Από τις υπόλοιπες το 11,9 (10 άτομα) το έμαθαν σε ηλικία 12-19 ετών και οι υπόλοιπες σε ηλικία άνω των 40 ετών (Πίνακας 10, Σχήμα 10).

Πίνακας 11: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το από πού έλαβαν περισσότερες πληροφορίες για τον ιό HPV αφότου έγινε η διάγνωση.

Πληροφορίες;	Γιατρό	60
		71.4%
	Νοσηλεύτρια	3
		3.6%
	Διαδίκτυο	19
		22.6%
	Σχολείο	1
		1.2%
MME	1	
	1.2%	
Total	84	
	100.0%	

Σχήμα 11: Σχέση του μορφωτικού επιπέδου των ερωτηθέντων και από πού έλαβαν περισσότερες πληροφορίες για τον ιό HPV αφότου έγινε η διάγνωση.

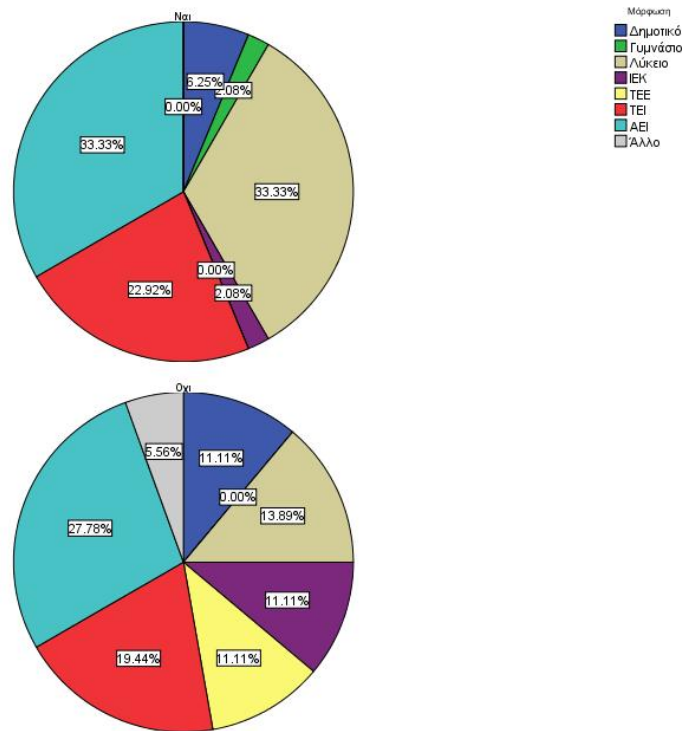


Το μεγαλύτερο ποσοστό των πασχουσών (60 άτομα – ποσοστό 71,4%) έλαβαν περισσότερες πληροφορίες για τον ιό HPV αφότου έγινε η διάγνωση από κάποιο γιατρό και 19 ακόμα (ποσοστό 22,6%) από το διαδίκτυο. Από τις υπόλοιπες το 3,6% (3 άτομα) έλαβαν περισσότερες πληροφορίες για τον ιό HPV από κάποια νοσηλεύτρια και οι υπόλοιποι από το σχολείο ή από MME (Πίνακας 11, Σχήμα 11).

Πίνακας 12: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν πιστεύουν ότι με την γνωστοποίηση των αποτελεσμάτων του Παπ Τεστ θα έπρεπε ταυτόχρονα να τους είχε συσταθεί ψυχολογική υποστήριξη.

Ψυχολόγος;	Ναι	48
		57.1%
	Όχι	36
		42.9%
Total	84	
	100.0%	

Σχήμα 12: Σχέση του μορφωτικού επιπέδου των ερωτηθέντων και εάν πιστεύουν ότι με την γνωστοποίηση των αποτελεσμάτων του Παπ Τεστ θα έπρεπε ταυτόχρονα να τους είχε συσταθεί ψυχολογική υποστήριξη.

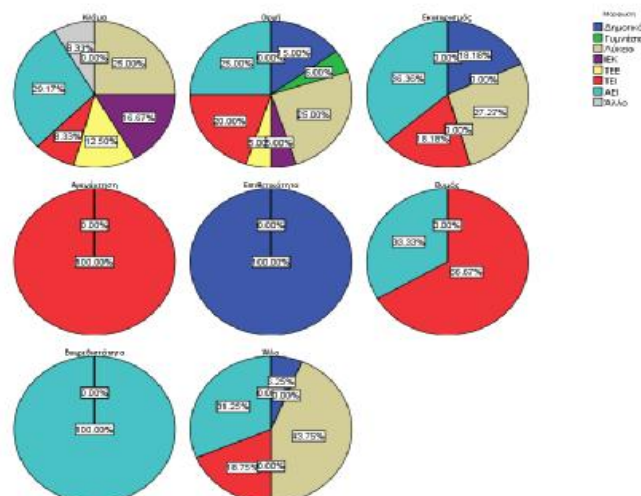


Το μεγαλύτερο ποσοστό των πασχουσών (48 άτομα – ποσοστό 57,1%) πιστεύει ότι με τη γνωστοποίηση των αποτελεσμάτων του Παπ Τεστ θα έπρεπε ταυτόχρονα να τους είχε συσταθεί ψυχολογική υποστήριξη ενώ οι υπόλοιπες 42,9% (36 άτομα) πιστεύουν ότι δεν θα έπρεπε (Πίνακας 12, Σχήμα 12).

Πίνακας 13: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το ποιες ήταν οι αντιδράσεις τους κατά την ημέρα της γνωστοποίησης των αποτελεσμάτων του Παπ Τεστ με το οποίο έμαθαν ότι μολύνθηκαν από τον ιό HPV.

Αντιδράσεις;	Κλάμα	24
		28.6%
	Οργή	20
		23.8%
	Εκνευρισμός	11
		13.1%
	Αγανάκτηση	1
		1.2%
	Επιθετικότητα	1
		1.2%
Θυμός	9	
	10.7%	
Ευερεθιστότητα	2	
	2.4%	
Άλλο	16	
	19.0%	
Total	84	
	100.0%	

Σχήμα 13: Σχέση του μορφωτικού επιπέδου των ερωτηθέντων και του ποιες ήταν οι αντιδράσεις τους κατά την ημέρα της γνωστοποίησης των αποτελεσμάτων του Παπ Τεστ με το οποίο έμαθαν ότι μολύνθηκαν από τον ιό HPV



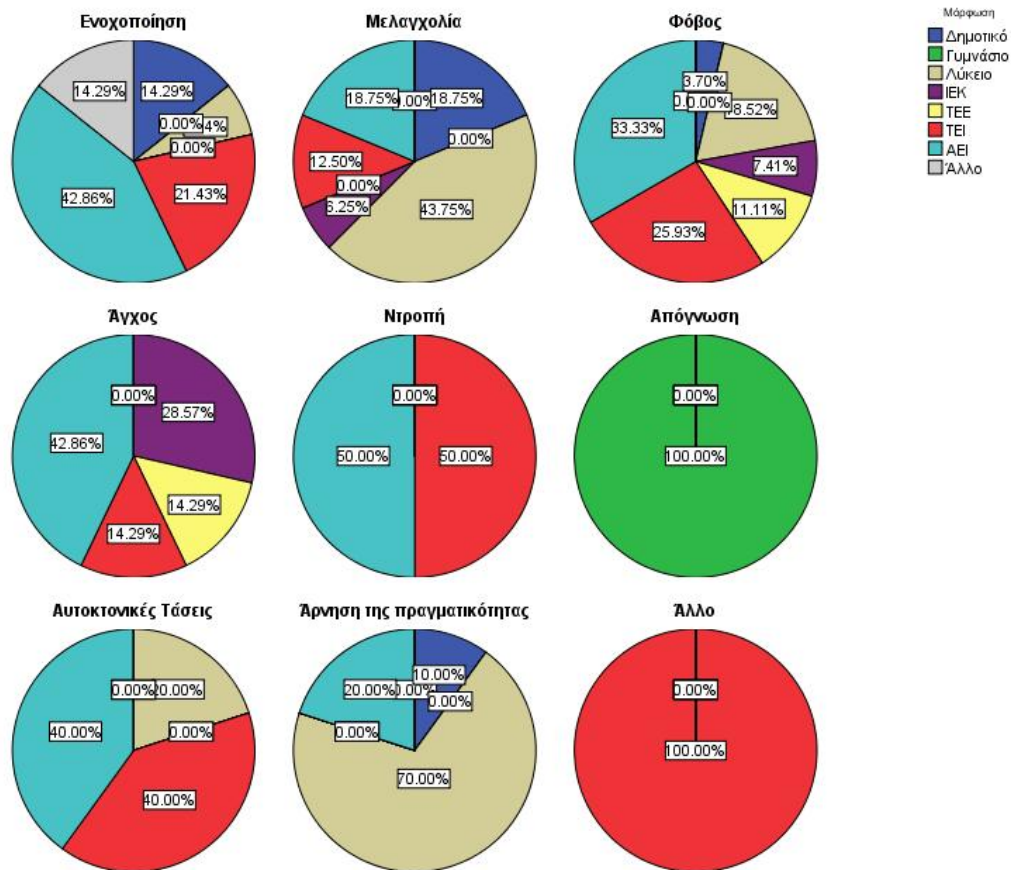
Το μεγαλύτερο ποσοστό των πασχουσών (24 άτομα – ποσοστό 28,6%) οι αντιδράσεις τους κατά την ημέρα της γνωστοποίησης των αποτελεσμάτων του Παπ Τεστ με το οποίο έμαθαν ότι

μολύνθηκαν από τον ιό HPV ήταν το κλάμα και 20 ακόμα (ποσοστό 23,8%) η οργή. Από τις υπόλοιπες το 19,0% (16 άτομα) οι αντιδράσεις τους ήταν «κάτι άλλο», στο 13,1% (11 άτομα) ο εκνευρισμός, στο 10,7% (9 άτομα) ο θυμός και για τις υπόλοιπες η ευερεθιστικότητα, η αγανάκτηση και η επιθετικότητα (Πίνακας 13, Σχήμα 13).

Πίνακας 14: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το ποια ήταν τα συναισθήματά τους κατά την ημέρα της γνωστοποίησης των αποτελεσμάτων του Παπ Τεστ με το οποίο έμαθαν ότι μολύνθηκαν από τον ιό HPV.

Συναισθήματα;	Ενοχοποίηση	14
		16.7%
	Μελαγχολία	16
		19.0%
	Φόβος	27
		32.1%
	Άγχος	7
		8.3%
	Ντροπή	2
		2.4%
	Απόγνωση	1
		1.2%
	Αυτοκτονικές Τάσεις	5
		6.0%
Άρνηση της πραγματικότητας	10	
	11.9%	
Άλλο	2	
	2.4%	
Total	84	
	100.0%	

Σχήμα 14: Σχέση του μορφωτικού επιπέδου των ερωτηθέντων και του ποια ήταν τα συναισθήματά τους κατά την ημέρα της γνωστοποίησης των αποτελεσμάτων του Παπ Τεστ με το οποίο έμαθαν ότι μολύνθηκαν από τον ιό HPV



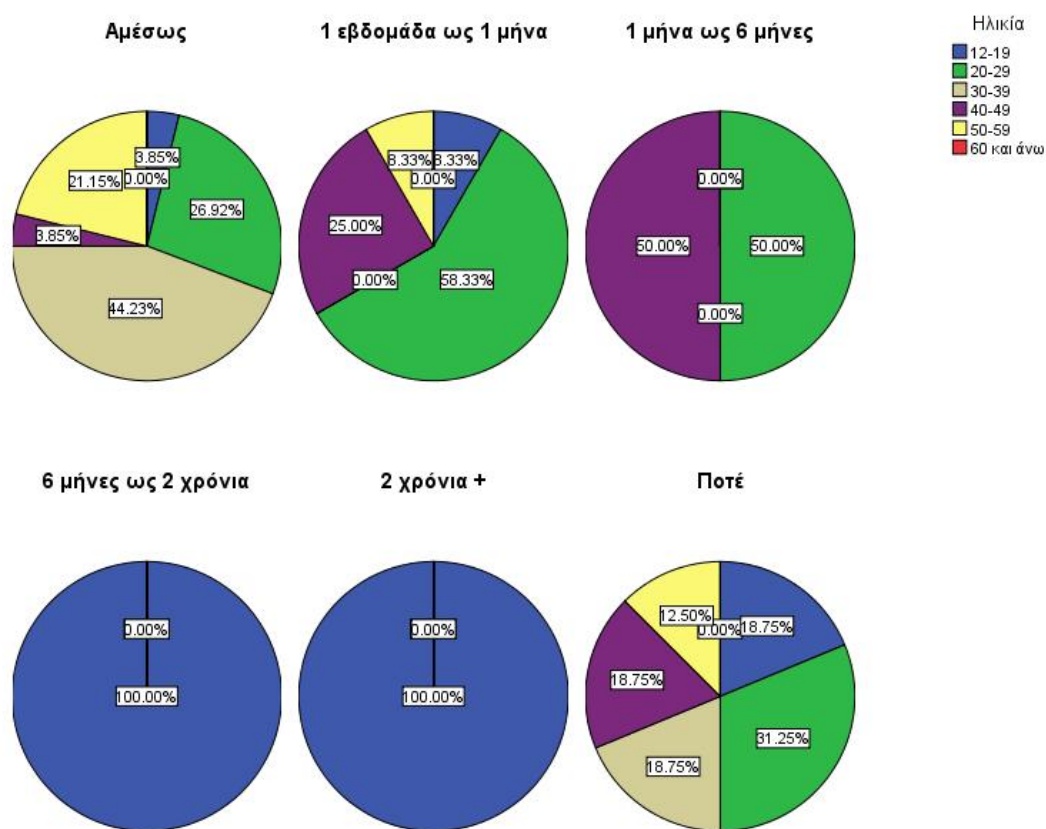
Το μεγαλύτερο ποσοστό των πασχουσών (27 άτομα – ποσοστό 32,1%) τα συναισθήματά τους κατά την ημέρα της γνωστοποίησης των αποτελεσμάτων του Παπ Τεστ με το οποίο έμαθαν ότι μολύνθηκαν από τον ιό HPV ήταν ο φόβος, το 19,0% αυτών (16 άτομα) ήταν η μελαγχολία και 14 ακόμα (ποσοστό 16,7%) η ενοχοποίηση. Από τις υπόλοιπες το 11,9% (10 άτομα) τα συναισθήματά τους ήταν άρνηση της πραγματικότητας, στο 8,3% (7 άτομα) ήταν άγχος, στο 6,0% (5 άτομα) αυτοκτονικές τάσεις και για τις υπόλοιπες ήταν ντροπή, «κάτι άλλο» και απόγνωση (Πίνακας 14, Σχήμα 14).

Πίνακας 15: Σχέση της ηλικίας των ερωτηθέντων και σε τι διάστημα από τη διάγνωση και μετά ενημέρωσαν το σύντροφό τους.

		Ενημέρωση συντρόφου; * Ηλικία Crosstabulation					
		Ηλικία					
		12-19	20-29	30-39	40-49	50-59	Total
Ενημέρωση συντρόφου;	Αμέσως	2	14	23	2	11	52
		25.0%	51.9%	88.5%	22.2%	78.6%	61.9%
	1 εβδομάδα ως 1 μήνα	1	7	0	3	1	12
		12.5%	25.9%	.0%	33.3%	7.1%	14.7%
	1 μήνα ως 6 μήνες	0	1	0	1	0	2
		.0%	3.7%	.0%	11.1%	.0%	2.4%
	6 μήνες ως 2 χρόνια	1	0	0	0	0	1
		12.5%	.0%	.0%	.0%	.0%	1.2%
	2 χρόνια +	1	0	0	0	0	1
		12.5%	.0%	.0%	.0%	.0%	1.2%
	Ποτέ	3	5	3	3	2	16
		37.5%	18.5%	11.5%	33.3%	14.3%	19.0%
	Total	8	27	26	9	14	84
		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Αρνητική είναι η συσχέτιση της ηλικίας και του διαστήματος από τη διάγνωση και μετά που οι πάσχουσες ερωτηθείσες ενημέρωσαν το σύντροφό τους (Πίνακας 15) που σημαίνει ότι οι ερωτηθείσες πάσχουσες μικρότερης ηλικίας καθυστερούν περισσότερο να ενημερώσουν το σύντροφό τους έναντι των μεγαλύτερων. Η συσχέτιση όμως δεν είναι (οριακά) στατιστικά σημαντική ($R=-0,202$, $df = 84$, $p=0,066$ (NS)).

Σχήμα 15: Σχέση της ηλικίας των ερωτηθέντων και σε τι διάστημα από τη διάγνωση και μετά ενημέρωσαν το σύντροφό τους.

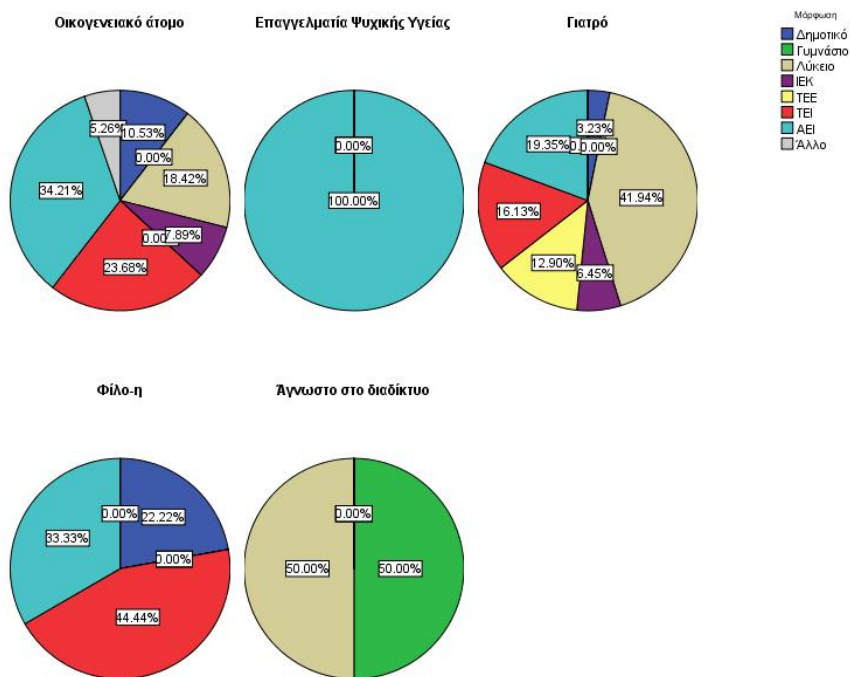


Το μεγαλύτερο ποσοστό των πασχουσών (52 άτομα – ποσοστό 61,9%) ενημέρωσαν το σύντροφό τους αμέσως μετρά τη διάγνωση και άλλα 12 ακόμα (ποσοστό 14,7%) μέσα σε ένα μήνα. Από τις υπόλοιπες το 19,0% (16 άτομα) δεν ενημέρωσαν καθόλου το σύντροφό τους και οι υπόλοιπες σε κάποιο διάστημα από 1 μήνα μετά έως και σε πάνω από 2 χρόνια μετά (Πίνακας 15, Σχήμα 15).

Πίνακας 16: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το ποιο άτομο εμπιστεύθηκαν πρώτο όταν έμαθαν ότι μολύνθηκαν από τον ιό HPV.

Ποιον εμπιστευτήκατε πρώτα;	Οικογενειακό άτομο	38	45.2%
	Επαγγελματία Ψυχικής Υγείας	3	3.6%
	Γιατρό	31	36.9%
	Φίλο-η	9	10.7%
	Άγνωστο στο διαδίκτυο	2	2.4%
	Total	84	100.0%

Σχήμα 16: Σχέση του μορφωτικού επιπέδου των ερωτηθέντων και του ποιο άτομο εμπιστεύθηκαν πρώτο όταν έμαθαν ότι μολύνθηκαν από τον ιό HPV.



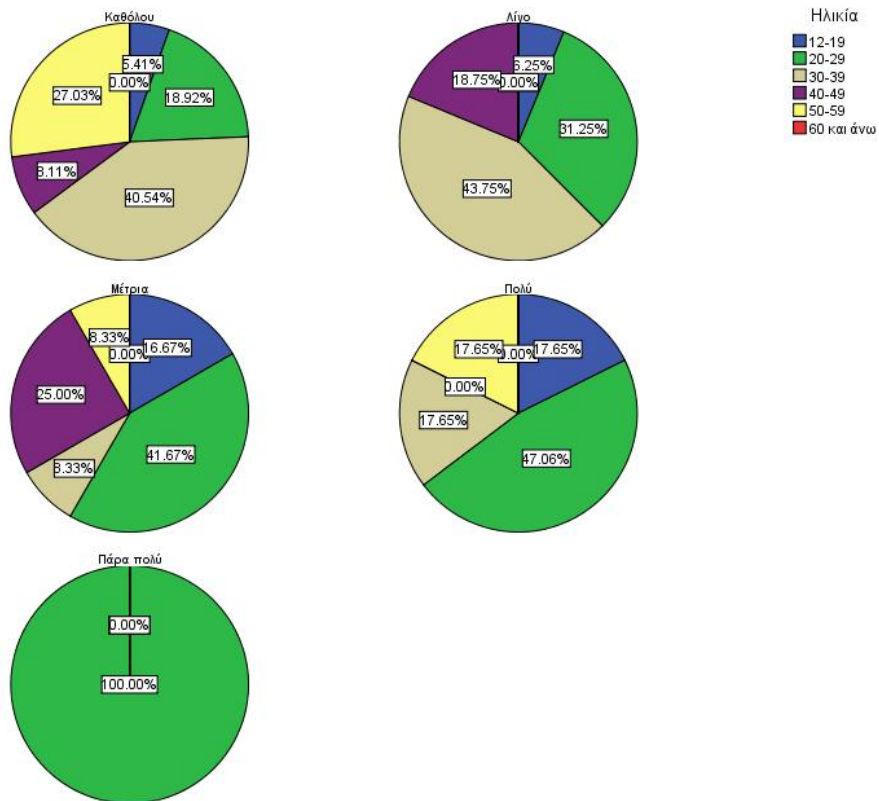
Το μεγαλύτερο ποσοστό των πασχουσών (38 άτομα – ποσοστό 45,2%) το άτομο που εμπιστεύθηκαν πρώτο όταν έμαθαν ότι μολύνθηκαν από τον ιό HPV ήταν άτομο της οικογένειας και 31 ακόμα (ποσοστό 36,9%) κάποιο γιατρό. Από τις υπόλοιπες το 10,79% (9 άτομα) εμπιστεύθηκαν πρώτο κάποιο φίλο/η και οι υπόλοιπες κάποιο άτομο ψυχικής υγείας ή κάποιο άγνωστο στο διαδίκτυο (Πίνακας 16, Σχήμα 16).

Πίνακας 17: Σχέση της ηλικίας των ερωτηθέντων και του πόσο επηρεάστηκε η σεξουαλική δραστηριότητα.

Σεξουαλική ζωή; * Ηλικία Crosstabulation							
		Ηλικία					
		12-19	20-29	30-39	40-49	50-59	Total
Σεξουαλική ζωή;	Καθόλου	2	7	15	3	10	37
		25.0%	25.9%	57.7%	33.3%	71.4%	44.0%
	Λίγο	1	5	7	3	0	16
		12.5%	18.5%	26.9%	33.3%	.0%	19.0%
	Μέτρια	2	5	1	3	1	12
		25.0%	18.5%	3.8%	33.3%	7.1%	14.3%
	Πολύ	3	8	3	0	3	17
		37.5%	29.6%	11.5%	.0%	21.4%	20.2%
	Πάρα πολύ	0	2	0	0	0	2
		.0%	7.4%	.0%	.0%	.0%	2.4%
	Total	8	27	26	9	14	84
		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Ισχυρά αρνητική είναι η συσχέτιση της ηλικίας και το πόσο επηρεάστηκε η σεξουαλική δραστηριότητα των πασχουσών που ερωτήθηκαν (Πίνακας 17) που σημαίνει ότι στις ερωτηθείσες πάσχουσες μικρότερης ηλικίας έχει επηρεαστεί περισσότερο η σεξουαλική δραστηριότητα έναντι των μεγαλύτερων. Η συσχέτιση που παρατηρείται είναι στατιστικά πολύ σημαντική ($R = -0,324$, $df = 84$, $p < 0,01$).

Σχήμα 17: Σχέση της ηλικίας των ερωτηθέντων και του πόσο επηρεάστηκε η σεξουαλική δραστηριότητα.

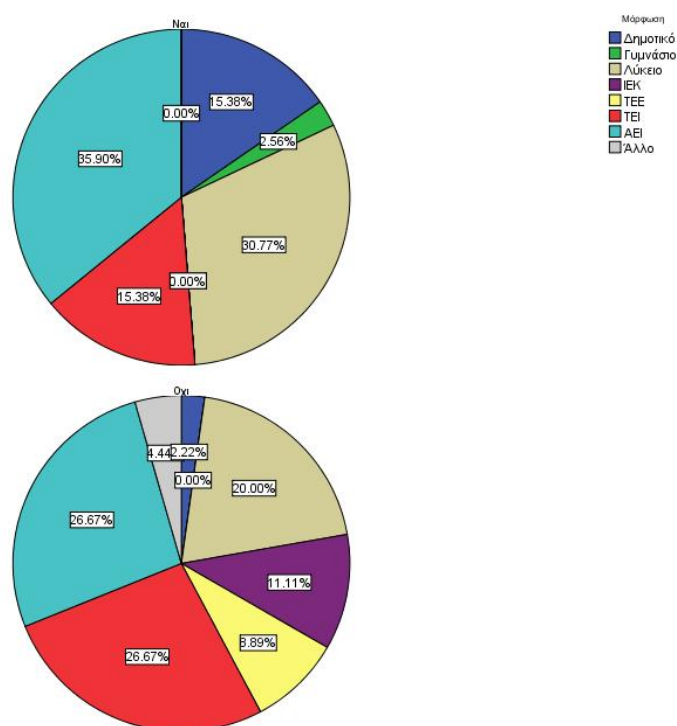


Το μεγαλύτερο ποσοστό των πασχουσών (53 άτομα – ποσοστό 63,0%) δήλωσαν ότι η σεξουαλική τους ζωή δεν έχει επηρεαστεί ή έχει επηρεαστεί λίγο, άλλα 12 (ποσοστό 14,3%) δήλωσαν ότι έχει επηρεαστεί μέτρια ενώ αντίθετα το 22,6% (19 άτομα) δήλωσαν ότι έχει επηρεαστεί είτε πολύ είτε πάρα πολύ η σεξουαλική τους ζωή (Πίνακας 17, Σχήμα 17).

Πίνακας 18: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν έχουν παιδιά.

Έχετε παιδιά;	Ναι	39
		46.4%
	Όχι	45
		53.6%
Total	Total	84
		100.0%

Σχήμα 18: Σχέση του μορφωτικού επιπέδου των ερωτηθέντων και του εάν έχουν παιδιά.

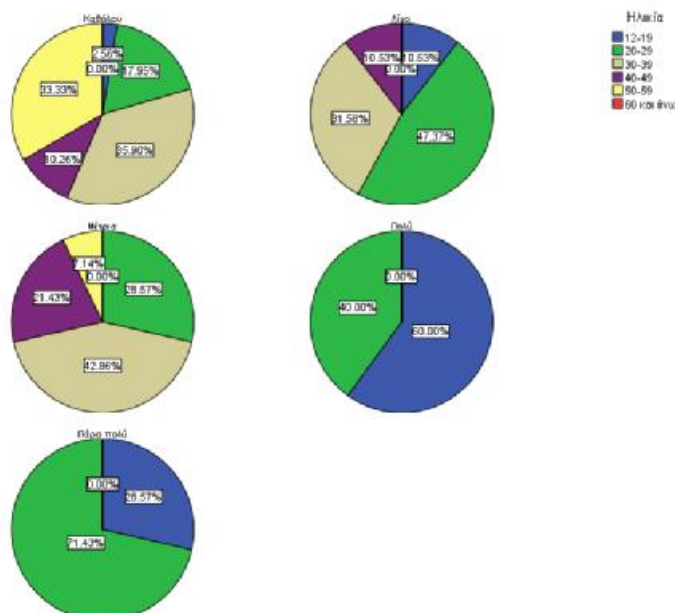


Το μεγαλύτερο ποσοστό των πασχουσών (45 άτομα – ποσοστό 53,6%) δήλωσαν ότι δεν έχουν παιδιά ενώ το υπόλοιπο 46,4% (39 άτομα) δήλωσε ότι έχει (Πίνακας 18, Σχήμα 18).

Πίνακας 19: Σχέση της ηλικίας των ερωτηθέντων και του πόσο θα τις φόβιζε μια ενδεχόμενη εγκυμοσύνη.

		Φόβος Εγκυμοσύνης; * Ηλικία Crosstabulation					
		Ηλικία					
		12-19	20-29	30-39	40-49	50-59	Total
Φόβος Εγκυμοσύνης:	Καθόλου	1	7	14	4	13	39
		12.5%	25.9%	53.8%	44.4%	92.9%	46.4%
	Λίγο	2	9	6	2	0	19
		25.0%	33.3%	23.1%	22.2%	.0%	22.6%
	Μέτρια	0	4	6	3	1	14
		.0%	14.8%	23.1%	33.3%	7.1%	16.7%
	Πολύ	3	2	0	0	0	5
		37.5%	7.4%	.0%	.0%	.0%	6.0%
Πάρα πολύ	2	5	0	0	0	7	
	25.0%	18.5%	.0%	.0%	.0%	8.3%	
Total	8	27	26	9	14	84	
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Σχήμα 19: Σχέση της ηλικίας των ερωτηθέντων και του πόσο θα τις φόβιζε μια ενδεχόμενη εγκυμοσύνη.



Το μεγαλύτερο ποσοστό των πασχουσών (58 άτομα – ποσοστό 69,0%) δήλωσαν ότι δεν θα τις φόβιζε μια ενδεχόμενη εγκυμοσύνη είτε θα τις φόβιζε λίγο, άλλα 14 (ποσοστό 16,7%) δήλωσαν

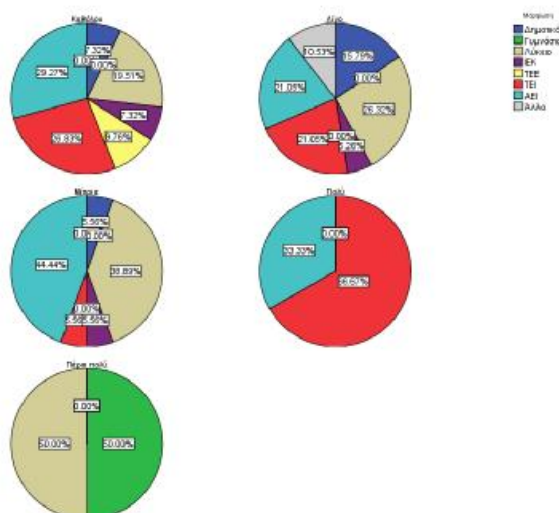
ότι θα τις φόβιζε μέτρια ενώ αντίθετα το 14,3% (12 άτομα) δήλωσαν ότι θα τις φόβιζε μια ενδεχόμενη εγκυμοσύνη είτε πολύ είτε πάρα πολύ (Πίνακας 19, Σχήμα 19).

Πάρα πολύ ισχυρά αρνητική είναι η συσχέτιση της ηλικίας και το πόσο θα φόβιζε τις πάσχουσες που ερωτήθηκαν μια ενδεχόμενη εγκυμοσύνη (Πίνακας 19), που σημαίνει ότι στις ερωτηθείσες πάσχουσες μικρότερης ηλικίας τις φοβίζω πολύ περισσότερο το ενδεχόμενο μιας εγκυμοσύνη έναντι των μεγαλύτερων. Η συσχέτιση που παρατηρείται είναι στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ($R = -0,488$, $df = 84$, $p < 0,0001$).

Πίνακας 20: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν έχουν ήδη παιδιά εάν έχει επηρεασθεί η μεταξύ τους σχέση από τη διάγνωση και μετά.

Παιδιά επηρεάστηκαν;	Καθόλου	18
		21.4%
Λίγο	Μέτρια	6
		7.1%
Πολύ	Πάρα πολύ	11
		13.1%
Δεν έχω	Total	2
		2.4%
		2
		2.4%
		45
		53.6%
		84
		100.0%

Σχήμα 20: Σχέση του μορφωτικού επιπέδου των ερωτηθέντων και του εάν έχουν ήδη παιδιά εάν έχει επηρεασθεί η μεταξύ τους σχέση από τη διάγνωση και μετά.



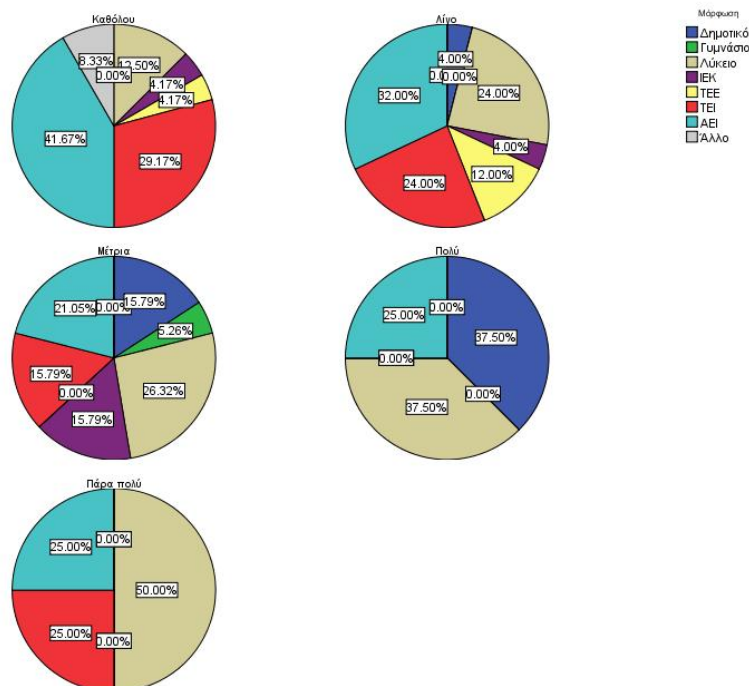
Το μεγαλύτερο ποσοστό των πασχουσών (24 άτομα – ποσοστό 28,5%) δήλωσαν ότι δεν έχει επηρεασθεί η σχέση μεταξύ αυτών και των παιδιών τους από τη διάγνωση και μετά είτε ότι έχει επηρεαστεί λίγο, άλλα 11 (ποσοστό 13,1%) δήλωσαν ότι έχει επηρεαστεί μέτρια ενώ αντίθετα μόνο το 4,8% (4 άτομα) δήλωσαν ότι έχει επηρεαστεί είτε πολύ είτε πάρα πολύ η σχέση μεταξύ αυτών και των παιδιών τους και 45 άτομα (ποσοστό 53,6%) δήλωσαν ότι δεν έχουν παιδιά (Πίνακας 20, Σχήμα 20).

Πίνακας 21: Σχέση του μορφωτικού επιπέδου των ερωτηθέντων και του πόσο έχει επηρεαστεί η επαγγελματική τους ζωή.

Δουλειά Επηρεάστηκε; * Μόρφωση Crosstabulation

		Μόρφωση								
		Δημοτικό	Γυμνάσιο	Λύκειο	ΙΕΚ	ΤΕΕ	ΤΕΙ	ΑΕΙ	Άλλο	Total
Δουλειά επηρεάστηκε;	Καθόλου	3	0	8	3	4	11	12	0	41
		42.9%	.0%	38.1%	60.0%	100.0%	61.1%	48.0%	.0%	49.4%
	Λίγο	3	0	5	1	0	4	4	2	19
		42.9%	.0%	23.8%	20.0%	.0%	22.2%	16.0%	100.0%	22.9%
	Μέτρια	1	0	7	1	0	1	8	0	18
		14.3%	.0%	33.3%	20.0%	.0%	5.6%	32.0%	.0%	21.7%
	Πολύ	0	0	0	0	0	2	1	0	3
		.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	11.1%	4.0%	.0%	3.6%
	Πάρα πολύ	0	1	1	0	0	0	0	0	2
		.0%	100.0%	4.8%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	2.4%
	Total	7	1	21	5	4	18	25	2	83
		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Σχήμα 21: Σχέση του μορφωτικού επιπέδου των ερωτηθέντων και του πόσο έχει επηρεαστεί η επαγγελματική τους ζωή.



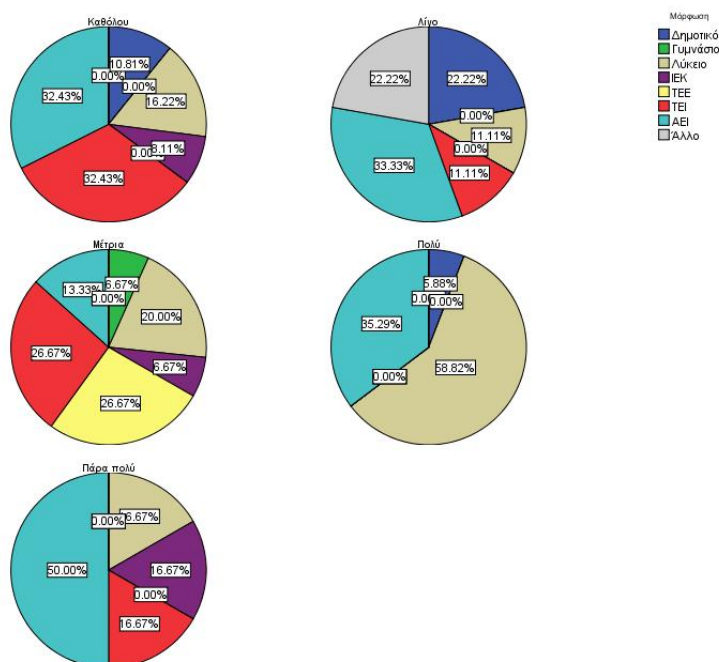
Το μεγαλύτερο ποσοστό των πασχουσών (60 άτομα – ποσοστό 72,3%) δήλωσαν ότι δεν έχει επηρεαστεί η επαγγελματική τους ζωή είτε ότι έχει επηρεαστεί λίγο, άλλα 18 (ποσοστό 21,7%) δήλωσαν ότι έχει επηρεαστεί μέτρια ενώ αντίθετα το 6,0% (5 άτομα) δήλωσαν ότι έχει επηρεαστεί η επαγγελματική τους ζωή είτε πολύ είτε πάρα πολύ (Πίνακας 21, Σχήμα 21).

Δεν υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στο μορφωτικό επίπεδο και στο πόσο έχει επηρεαστεί η επαγγελματική ζωή των πασχουσών που ερωτήθηκαν αν και η αρνητική συσχέτιση του μορφωτικού επιπέδου και το πόσο έχει επηρεαστεί η επαγγελματική ζωή των πασχουσών που ερωτήθηκαν (Πίνακας 21), σημαίνει ότι στις ερωτηθείσες πάσχουσες μικρότερου μορφωτικού επιπέδου έχει επηρεαστεί περισσότερο η επαγγελματική τους ζωή έναντι αυτών με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο. Η συσχέτιση που παρατηρείται δεν είναι στατιστικά σημαντική ($R = -0,130$, $df = 84$, NS).

Πίνακας 22: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν σε περιόδους έντονου άγχους έχουν παρατηρήσει έξαρση των HPV συμπτωμάτων.

Έξαρση συμπτωμάτων κάτω από έντονο στρες;	Καθόλου	24
		28.6%
	Λίγο	25
		29.8%
	Μέτρια	19
		22.6%
	Πολύ	8
		9.5%
	Πάρα πολύ	8
		9.5%
	Total	84
		100.0%

Σχήμα 22: Σχέση του μορφωτικού επιπέδου των ερωτηθέντων και του εάν σε περιόδους έντονου άγχους έχουν παρατηρήσει έξαρση των HPV συμπτωμάτων.



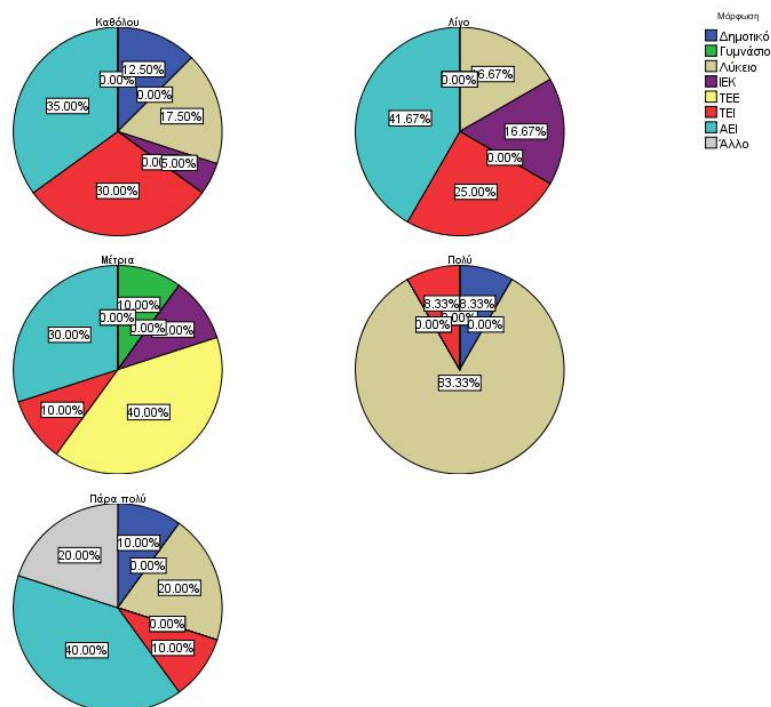
Το μεγαλύτερο ποσοστό των πασχουσών (49 άτομα – ποσοστό 58,4%) δήλωσαν ότι δεν έχουν παρατηρήσει έξαρση των HPV συμπτωμάτων σε περιόδους έντονου άγχους. είτε ότι έχουν παρατηρήσει λίγο, άλλα 19 (ποσοστό 22,6%) δήλωσαν ότι έχουν παρατηρήσει μέτρια έξαρση των

HPV συμπτωμάτων ενώ αντίθετα το 19,0% (16 άτομα) δήλωσαν ότι έχουν παρατηρήσει έξαρση των HPV συμπτωμάτων είτε πολύ είτε πάρα πολύ (Πίνακας 22, Σχήμα 22).

Πίνακας 23: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν κάπνιζαν πριν τη διάγνωση της HPV μόλυνσης.

Καπνίζατε πριν τον HPV	Καθόλου	
		37
	Λίγο	
	9	10.7%
	Μέτρια	
	15	17.9%
	Πολύ	
	17	20.2%
	Πάρα πολύ	
	6	7.1%
Total	84	100.0%

Σχήμα 23: Σχέση του μορφωτικού επιπέδου των ερωτηθέντων και του εάν κάπνιζαν πριν τη διάγνωση της HPV μόλυνσης.



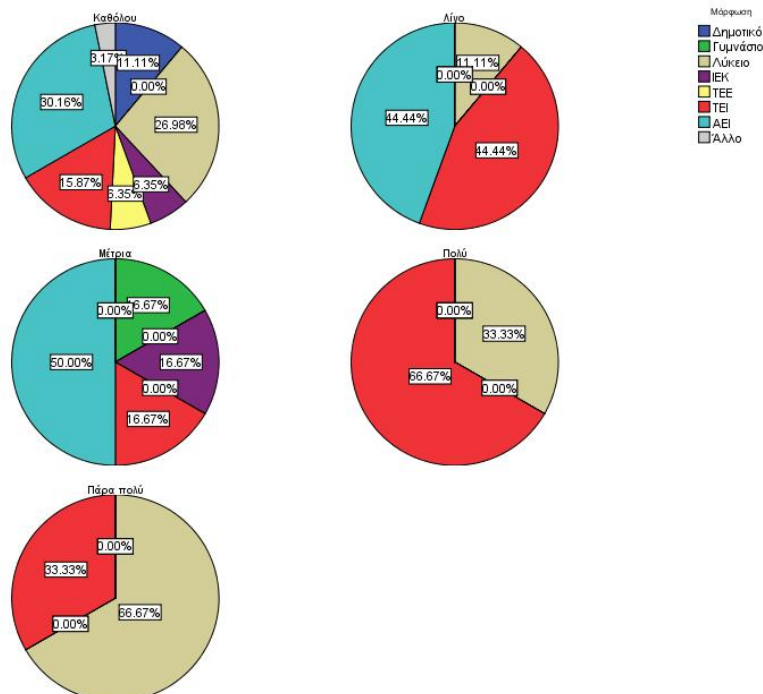
Το μεγαλύτερο ποσοστό των πασχουσών (37 άτομα – ποσοστό 44,0%) δήλωσαν ότι δεν κάπνιζαν πριν τη διάγνωση της HPV μόλυνσης, άλλα 24 (ποσοστό 28,6%) δήλωσαν ότι κάπνιζαν

είτε λίγο είτε μέτρια ενώ το υπόλοιπο 27,3% (23 άτομα) δήλωσαν ότι κάπνιζαν είτε πολύ είτε πάρα πολύ πριν τη διάγνωση της HPV μόλυνσης (Πίνακας 23, Σχήμα 23).

Πίνακας 24: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν καπνίζουν τώρα.

Τώρα καπνίζετε;	Καθόλου	40
		47.6%
Λίγο	Μέτρια	12
		14.3%
Πολύ	Πάρα πολύ	10
		11.9%
Total		12
		14.3%
		10
		11.9%
		84
		100.0%

Σχήμα 24: Σχέση του μορφωτικού επιπέδου των ερωτηθέντων και του εάν καπνίζουν τώρα.



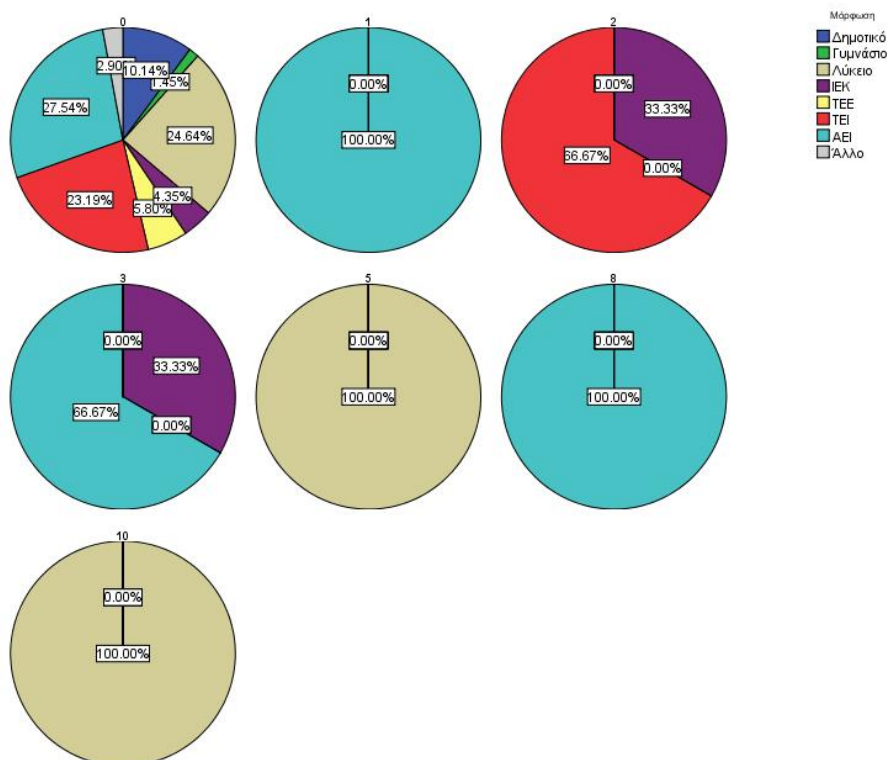
Το μεγαλύτερο ποσοστό των πασχουσών (40 άτομα – ποσοστό 47,6%) δήλωσαν ότι ούτε τώρα καπνίζει, άλλα 22 (ποσοστό 26,2%) δήλωσαν ότι καπνίζουν τώρα είτε λίγο είτε μέτρια ενώ το

υπόλοιπο 26,2% (22 άτομα) δήλωσαν ότι καπνίζουν τώρα είτε πολύ είτε πάρα πολύ (Πίνακας 24, Σχήμα 24).

Πίνακας 25: Κιλά που πήραν μετά τη διάγνωση της HPV μόλυνσης.

Κιλά που πήραν μετά τη διάγνωση της HPV μόλυνσης	N=340
Μέσος όρος	0,87
Τυπική απόκλιση	2,22
Ελάχιστο	0
Μέγιστο	10

Σχήμα 25: Σχέση της ηλικίας των ερωτηθέντων και του πόσα κιλά πήραν μετά τη διάγνωση της HPV μόλυνσης.

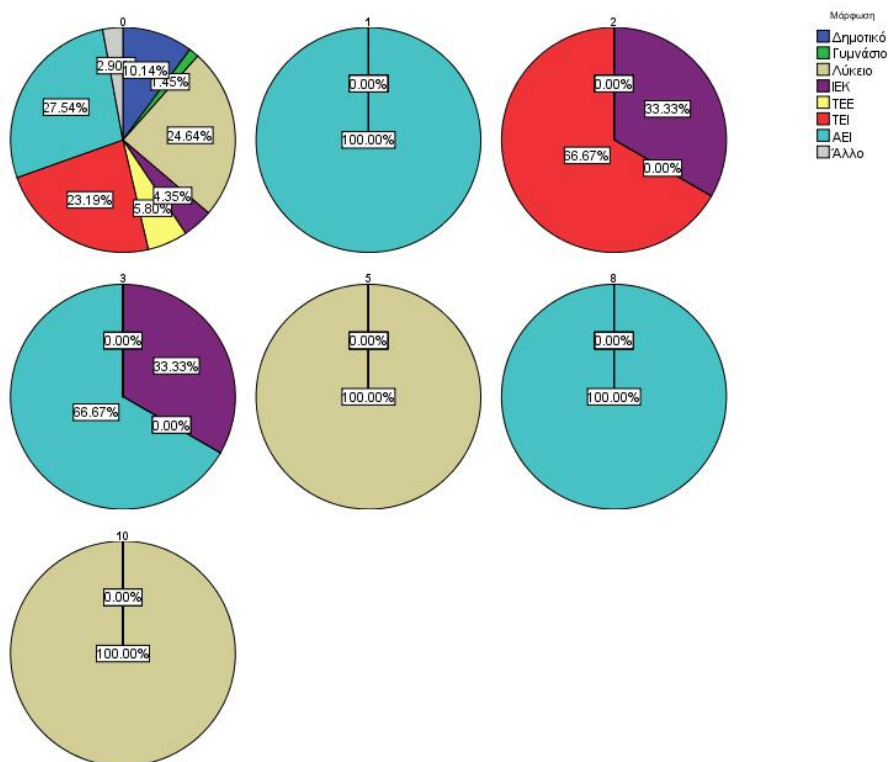


Τα κιλά που πήραν μετά τη διάγνωση της HPV μόλυνσης οι πάσχουσες ερωτηθείσες κυμάνθηκαν μεταξύ 0 και 10 κιλά με μέσο όρο τα 0,87 κιλά και τυπική απόκλιση τα 2,22 κιλά (Πίνακας 25, Σχήμα 25).

Πίνακας 26: Κιλά που έχασαν μετά τη διάγνωση της HPV μόλυνσης.

Κιλά που έχασαν μετά τη διάγνωση της HPV μόλυνσης	N=340
Μέσος όρος	0,86
Τυπική απόκλιση	2,36
Ελάχιστο	0
Μέγιστο	15

Σχήμα 26: Σχέση της ηλικίας των ερωτηθέντων και του πόσα κιλά έχασαν μετά τη διάγνωση της HPV μόλυνσης.

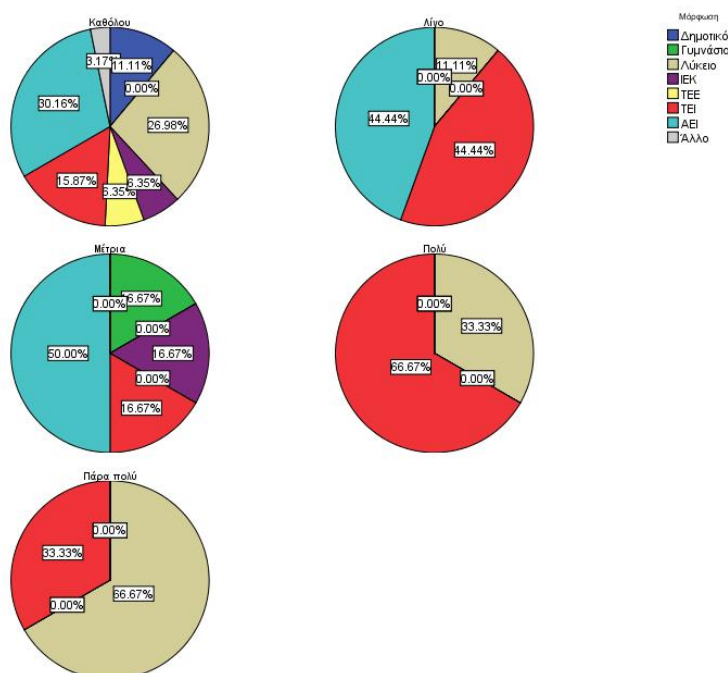


Τα κιλά που έχασαν μετά τη διάγνωση της HPV μόλυνσης οι πάσχουσες ερωτηθείσες κυμάνθηκαν μεταξύ 0 και 15 κιλά με μέσο όρο τα 0,86 κιλά και τυπική απόκλιση τα 2,36 κιλά (Πίνακας 26).

Πίνακας 27: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν θεωρούν πως απομονώθηκαν από τους οικείους τους από τη διάγνωση και μετά.

Μετά τη διάγνωση απομονωθήκατε;	Καθόλου	63
		75.0%
	Λίγο	9
		10.7%
	Μέτρια	6
		7.1%
	Πολύ	3
		3.6%
	Πάρα πολύ	3
		3.6%
	Total	84
		100.0%

Σχήμα 27: Σχέση του μορφωτικού επιπέδου των ερωτηθέντων και του εάν θεωρούν πως απομονώθηκαν από τους οικείους τους από τη διάγνωση και μετά.

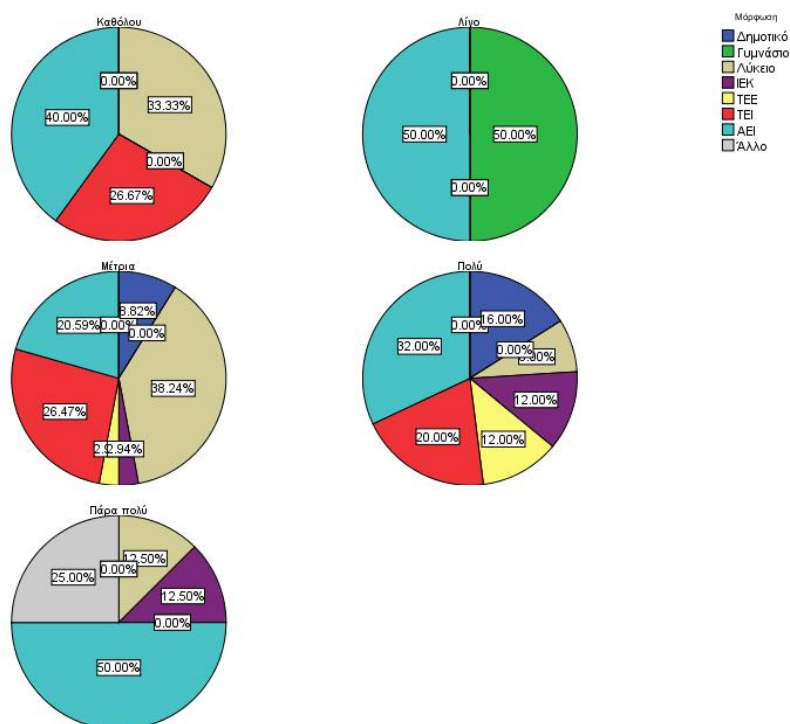


Το σύνολο σχεδόν των πασχουσών (72 άτομα – ποσοστό 85,7%) δήλωσαν ότι δεν θεωρούν πως απομονώθηκαν από τους οικείους τους από τη διάγνωση και μετά είτε θεωρούν ότι έχουν απομονωθεί λίγο, άλλα 6 (ποσοστό 7,1%) θεωρούν ότι έχουν απομονωθεί μέτρια ενώ μόνο το 7,2% (6 άτομα) θεωρούν ότι έχουν απομονωθεί είτε πολύ είτε πάρα πολύ (Πίνακας 27, Σχήμα 27).

Πίνακας 28: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν θεωρούν ότι κοιμούνται άνετα μετά τη διάγνωση της HPV λοίμωξης.

Κοιμάστε άνετα μετά τον HPV;	Καθόλου	15
		17.9%
	Λίγο	2
		2.4%
	Μέτρια	34
		40.5%
	Πολύ	25
	29.8%	
Πάρα πολύ	8	
	9.5%	
Total	84	
	100.0%	

Σχήμα 28: Σχέση του μορφωτικού επιπέδου των ερωτηθέντων και του εάν θεωρούν ότι κοιμούνται άνετα μετά τη διάγνωση της HPV λοίμωξης.

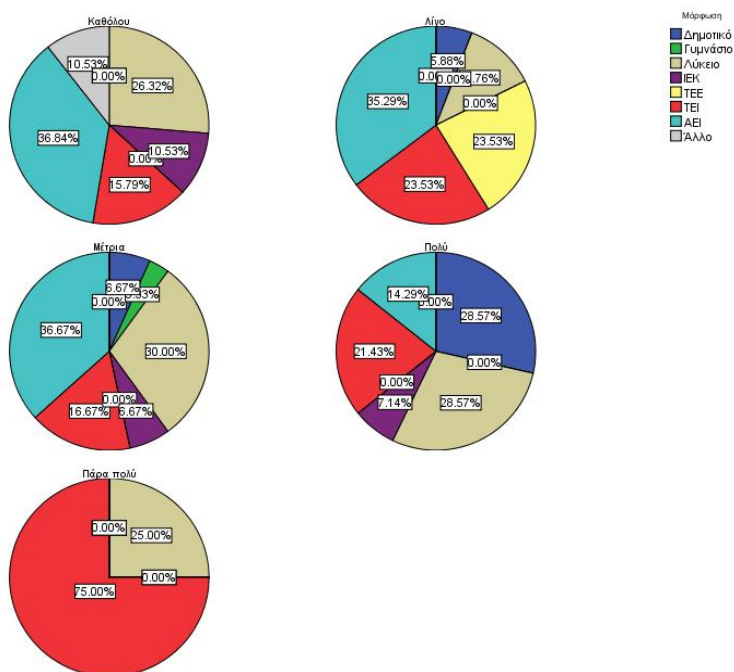


Το μεγαλύτερο ποσοστό των πασχουσών (34 άτομα – ποσοστό 40,5%) θεωρούν ότι κοιμούνται μέτρια άνετα μετά τη διάγνωση της HPV λοίμωξης, άλλα 17 (ποσοστό 20,3%) θεωρούν ότι είτε κοιμούνται καθόλου είτε λίγο άνετα ενώ αντίθετα το 39,3% (33 άτομα) θεωρούν ότι είτε κοιμούνται πολύ είτε πάρα πολύ άνετα μετά τη διάγνωση της HPV λοίμωξης (Πίνακας 28, Σχήμα 28).

Πίνακας 29: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το πόσο συχνά αισθάνονται κόπωση κατά τη διάρκεια της ημέρας.

Κόπωση μετά τον HPV;	Καθόλου	19
		22.6%
	Λίγο	17
		20.2%
	Μέτρια	30
		35.7%
	Πολύ	14
		16.7%
	Πάρα πολύ	4
		4.8%
	Total	84
		100.0%

Σχήμα 29: Σχέση του μορφωτικού επιπέδου των ερωτηθέντων και του πόσο συχνά αισθάνονται κόπωση κατά τη διάρκεια της ημέρας.

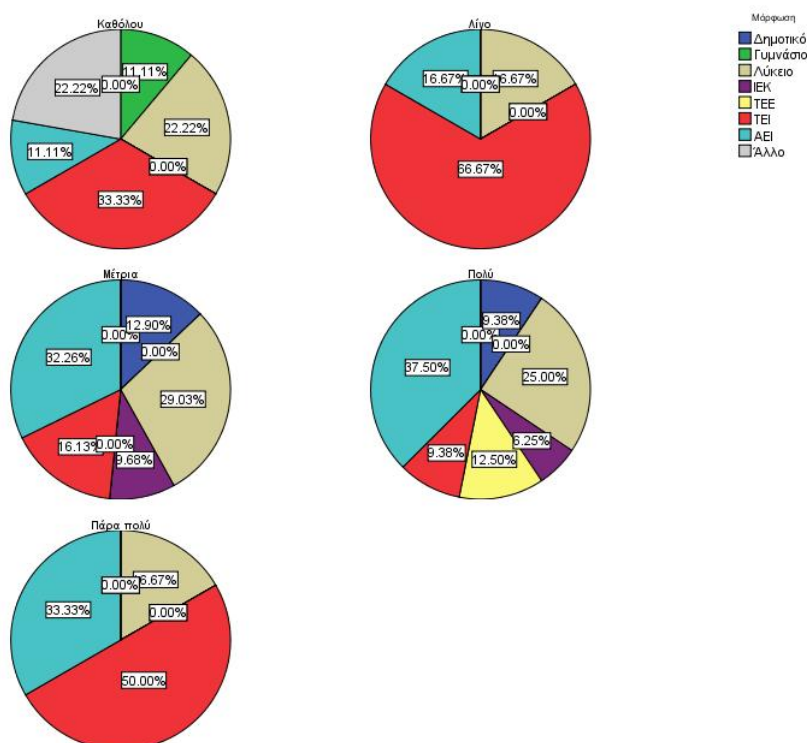


Το μεγαλύτερο ποσοστό των πασχουσών (36 άτομα – ποσοστό 42,8%) θεωρούν ότι αισθάνονται είτε καθόλου είτε λίγο συχνά κόπωση κατά τη διάρκεια της ημέρας, άλλα 30 (ποσοστό 35,7%) θεωρούν ότι αισθάνονται μέτρια συχνά κόπωση ενώ αντίθετα το 21,5% (18 άτομα) θεωρούν ότι είτε αισθάνονται πολύ είτε πάρα πολύ κόπωση κατά τη διάρκεια της ημέρας (Πίνακας 29, Σχήμα 29).

Πίνακας 30: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν θα χαρακτήριζαν τον ύπνο τους ήρεμο.

Ήρεμος ύπνος;	Καθόλου	9
		10.7%
	Λίγο	6
		7.1%
	Μέτρια	31
		36.9%
	Πολύ	32
	38.1%	
	Πάρα πολύ	6
		7.1%
	Total	84
		100.0%

Σχήμα 30: Σχέση του μορφωτικού επιπέδου των ερωτηθέντων και του εάν θα χαρακτήριζαν τον ύπνο τους ήρεμο.

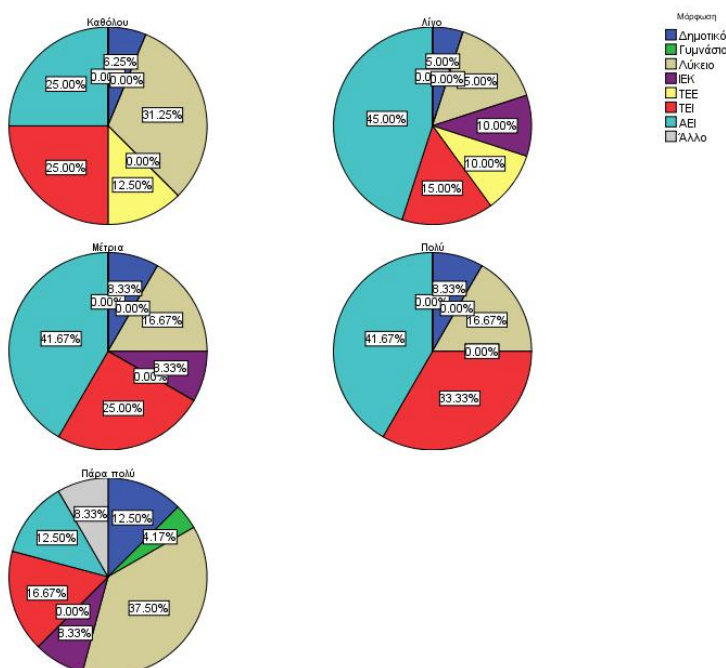


Το μεγαλύτερο ποσοστό των πασχουσών (38 άτομα – ποσοστό 45,2%) θα χαρακτήριζαν τον ύπνο τους είτε πολύ είτε πάρα πολύ ήρεμο, άλλα 31 (ποσοστό 36,9%) θα τον χαρακτήριζαν μέτρια ήρεμο ενώ αντίθετα το 17,8% (15 άτομα) θα χαρακτήριζαν τον ύπνο τους είτε καθόλου είτε λίγο ήρεμο (Πίνακας 30, Σχήμα 30).

Πίνακας 31: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν φοβούνται για υποτροπή της νόσου σε καρκίνο τραχήλου μήτρας.

Φοβία υποτροπής σε καρκίνο;	Καθόλου	16
		19.0%
	Λίγο	20
		23.8%
	Μέτρια	12
		14.3%
	Πολύ	12
	14.3%	
Πάρα πολύ	24	
	28.6%	
Total	84	
	100.0%	

Σχήμα 31: Σχέση του μορφωτικού επιπέδου των ερωτηθέντων και του εάν φοβούνται για υποτροπή της νόσου σε καρκίνο τραχήλου μήτρας.

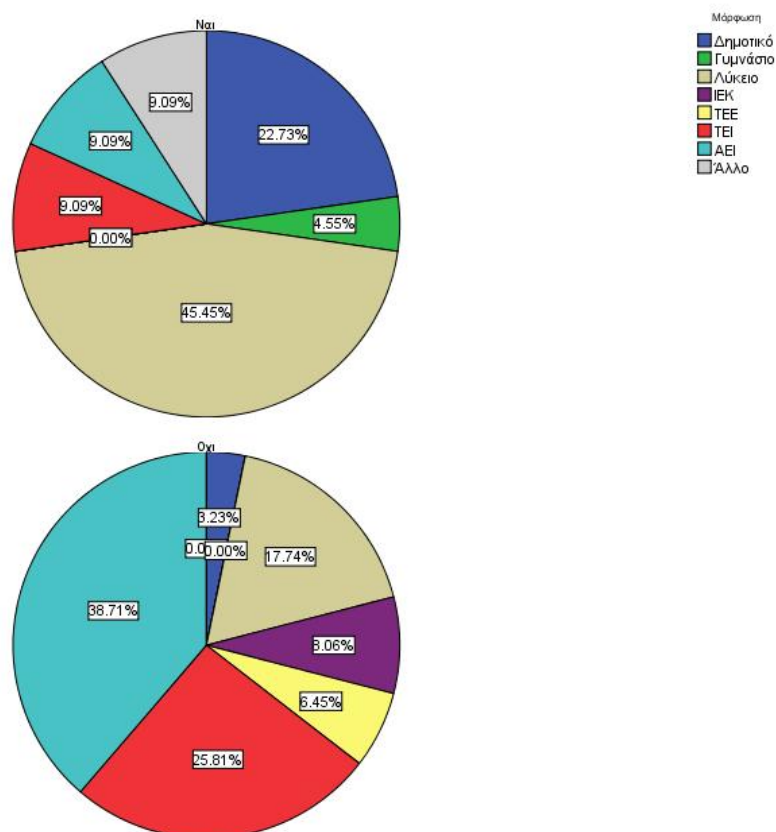


Μοιρασμένα είναι τα ποσοστά των απόψεων των πασχουσών από HPV όσον αφορά το φόβο για υποτροπή της νόσου σε καρκίνο τραχήλου μήτρας. Έτσι, το 42,8% (36 άτομα) φοβάται είτε καθόλου είτε λίγο για υποτροπή της νόσου και ίδιου αριθμού άτομα είτε φοβούνται πολύ είτε πάρα πολύ και άλλα 12 (ποσοστό 14,3%) φοβούνται μέτρια για υποτροπή της νόσου σε καρκίνο τραχήλου μήτρας (Πίνακας 31, Σχήμα 31).

Πίνακας 32: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν από τη διάγνωσή τους και ύστερα απευθύνθηκαν σε κάποιον ιερέα.

Συναντήσατε ιερέα μετά τον HPV;	Ναι	22
		26.2%
	Όχι	62
		73.8%
Total	84	
	100.0%	

Σχήμα 32: Σχέση του μορφωτικού επιπέδου των ερωτηθέντων και του εάν από τη διάγνωσή τους και ύστερα απευθύνθηκαν σε κάποιον ιερέα.

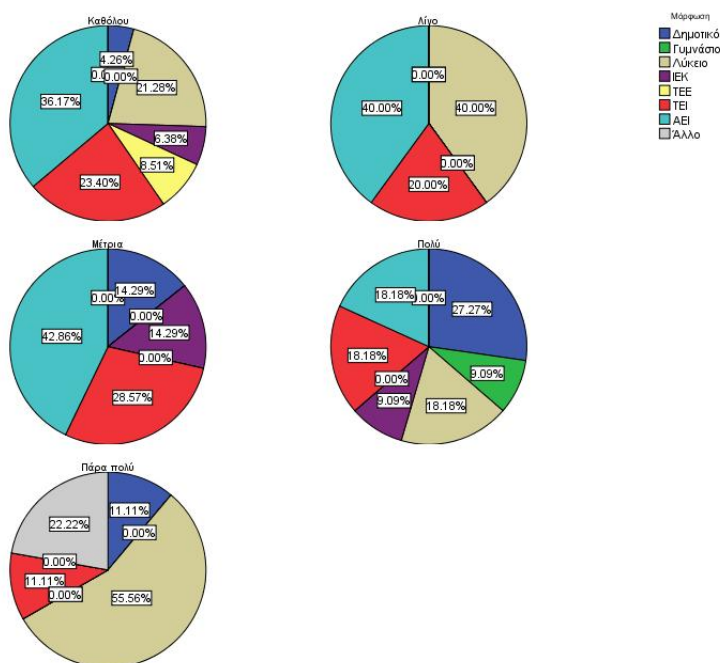


Το μεγαλύτερο ποσοστό των πασχουσών (62 άτομα – ποσοστό 73,8%) δήλωσαν ότι από τη διάγνωσή τους και ύστερα δεν έχουν απευθυνθεί σε κάποιον ιερέα ενώ το υπόλοιπο 26,2% (22 άτομα) δήλωσε ότι έχει (Πίνακας 32, Σχήμα 32).

Πίνακας 33: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν θεωρούν ότι έχουν έρθει πιο κοντά στη θρησκεία από τη γνωστοποίηση της HPV μόλυνσης και μετά.

Πιο κοντά στη Θρησκεία;	Καθόλου	47	56.0%
	Λίγο	10	11.9%
	Μέτρια	7	8.3%
	Πολύ	11	13.1%
	Πάρα πολύ	9	10.7%
	Total	84	100.0%

Σχήμα 33: Σχέση του μορφωτικού επιπέδου των ερωτηθέντων και του εάν θεωρούν ότι έχουν έρθει πιο κοντά στη θρησκεία από τη γνωστοποίηση της HPV μόλυνσης και μετά.



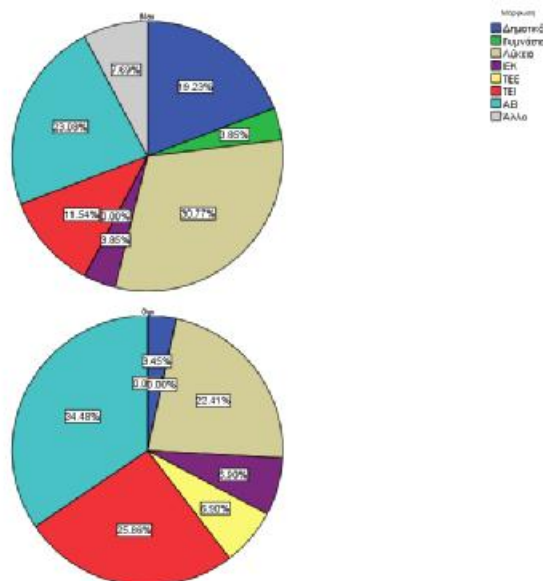
Το μεγαλύτερο ποσοστό των πασχουσών (57 άτομα – ποσοστό 67,9%) θεωρούν ότι είτε δεν έχουν έρθει είτε έχουν έρθει λίγο πιο κοντά στη θρησκεία από τη γνωστοποίηση της HPV μόλυνσης και μετά, άλλα 7 (ποσοστό 8,3%) θεωρούν ότι έχουν έρθει μέτρια ενώ το υπόλοιπο 23,8% (20 άτομα) θεωρούν ότι είτε έχουν έρθει πολύ είτε πάρα πολύ πιο κοντά στη θρησκεία (Πίνακας 33, Σχήμα 33).

Πίνακας 34: Σχέση του μορφωτικού επιπέδου των ερωτηθέντων και του εάν έχουν χρησιμοποιήσει εναλλακτικές μεθόδους πλην της Ιατρικής για την αντιμετώπιση του ιού HPV.

Εναλλακτικές τεχνικές για τον HPV; * Μόρφωση Crosstabulation										
		Μόρφωση								
		Δημοτικό	Γυμνάσιο	Λύκειο	IEK	ΤΕΕ	ΤΕΙ	ΑΕΙ	Άλλο	Total
Εναλλακτικές τεχνικές για τον HPV;	Ναι	5	1	8	1	0	3	6	2	26
		71.4%	100.0%	38.1%	20.0%	.0%	16.7%	23.1%	100.0%	31.0%
	Οχι	2	0	13	4	4	15	20	0	58
		28.6%	.0%	61.9%	80.0%	100.0%	83.3%	76.9%	.0%	69.0%
	Total	7	1	21	5	4	18	26	2	84
		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

($\chi^2 = 17,107$, $df = 7$, $p < 0,05$)

Σχήμα 34: Σχέση του μορφωτικού επιπέδου των ερωτηθέντων και του εάν έχουν χρησιμοποιήσει εναλλακτικές μεθόδους πλην της Ιατρικής για την αντιμετώπιση του ιού HPV.



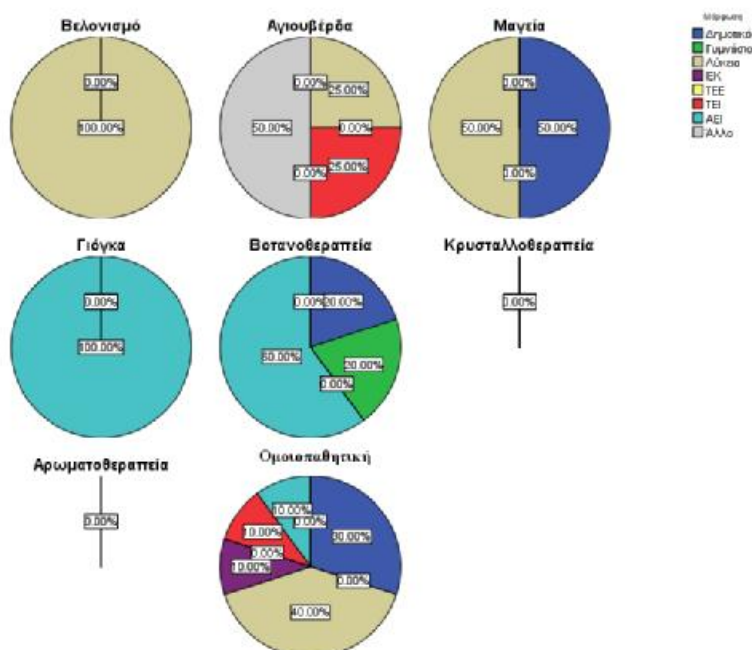
Το μεγαλύτερο ποσοστό των πασχουσών από HPV (67 άτομα – ποσοστό 79,8%) δήλωσε ότι δεν έχουν χρησιμοποιήσει εναλλακτικές μεθόδους πλην της Ιατρικής για την αντιμετώπιση του ιού HPV ενώ το υπόλοιπο 20,2% (17 άτομα) δήλωσε ότι έχει (Πίνακας 34, Σχήμα 34).

Σε παρόμοια ποσοστά οι πάσχουσες από HPV οποιουδήποτε μορφωτικού επιπέδου δήλωσαν ότι δεν έχουν χρησιμοποιήσει εναλλακτικές μεθόδους πλην της Ιατρικής για την αντιμετώπιση του ιού HPV, εκτός των αποφοίτων Δημοτικού που δήλωσαν ότι το έχουν κάνει σε ποσοστό 71,4% και των αποφοίτων γυμνασίου που το έχουν κάνει στο σύνολό τους (Πίνακας 34, Σχήμα 34). Οι διαφορές που παρατηρούνται είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2 = 17,107$, $df = 7$, $p < 0,05$).

Πίνακας 35: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το ποιας εναλλακτικής μεθόδου πλην της Ιατρικής έχουν χρησιμοποιήσει για την αντιμετώπιση του ιού HPV.

Ποιές;	Βελονισμό	2
		8.3%
Αγιουβέρδα		4
		16.7%
Μαγεία		2
		8.3%
Γιόγκα		1
		4.2%
Βοτανοθεραπεία		5
		20.8%
Ομοιοπαθητική		10
		41.7%
Total		24
		100.0%

Σχήμα 35: Σχέση του μορφωτικού επιπέδου των ερωτηθέντων και ποιας εναλλακτικής μεθόδου πλην της Ιατρικής έχουν χρησιμοποιήσει για την αντιμετώπιση του ιού HPV.



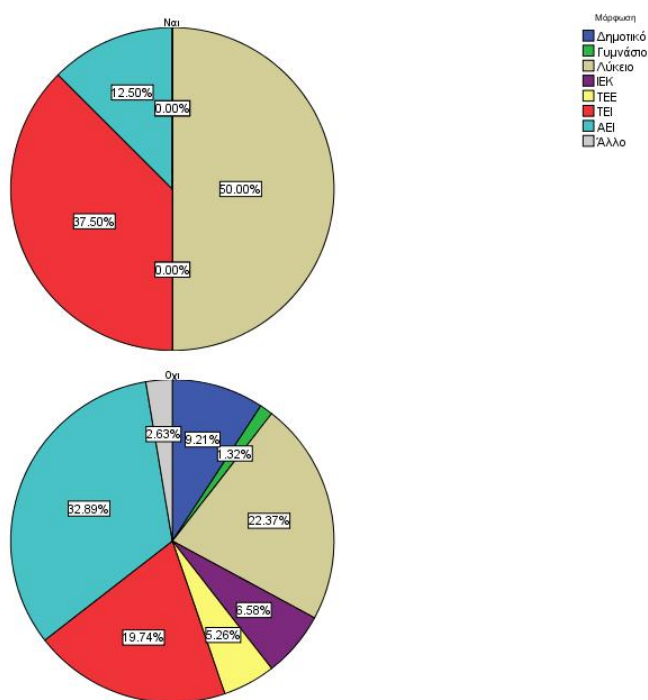
Το μεγαλύτερο ποσοστό των πασχουσών (10 άτομα – ποσοστό 41,7%) έχουν χρησιμοποιήσει την ομοιοπαθητική ως εναλλακτική μέθοδο πλην της Ιατρικής για την αντιμετώπιση του ιού HPV, άλλα 5 (ποσοστό 20,8%) έχουν χρησιμοποιήσει τη βοτανοθεραπεία, άλλα 4 (ποσοστό 16,7%) την

αγιουβέρδα και ακολουθούν οι υπόλοιπες εναλλακτικές μέθοδοι με μικρότερα ποσοστά (Πίνακας 35, Σχήμα 35).

Πίνακας 36: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν θα συμμετείχαν σε κάποιο ιατρικό πείραμα με αναμφίβολα αποτελέσματα.

Συμμετοχή σε ιατρικό πείραμα;	Ναι	8
		9.5%
	Όχι	76
		90.5%
Total		84
		100.0%

Σχήμα 36: Σχέση του μορφωτικού επιπέδου των ερωτηθέντων και του εάν θα συμμετείχαν σε κάποιο ιατρικό πείραμα με αναμφίβολα αποτελέσματα.

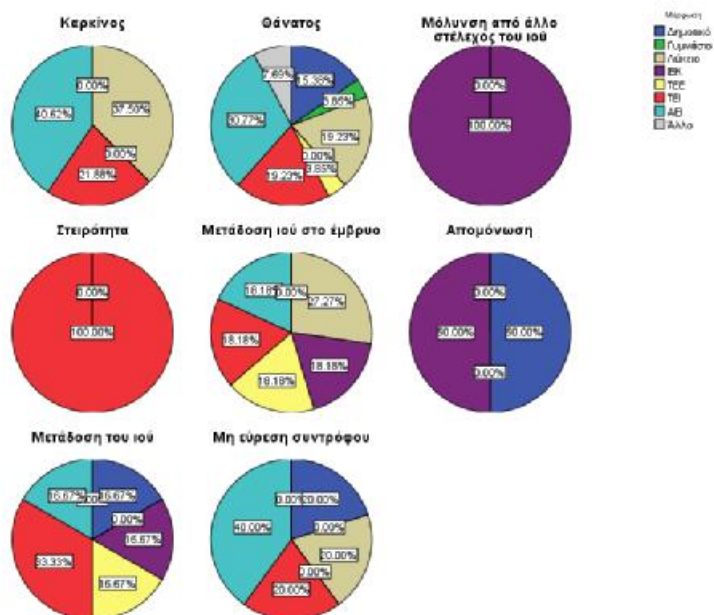


Το σύνολο σχεδόν των πασχουσών (76 άτομα – ποσοστό 90,5%) δήλωσαν ότι δεν θα συμμετείχαν σε κάποιο ιατρικό πείραμα με αναμφίβολα αποτελέσματα ενώ το υπόλοιπο 9,5% (8 άτομα) δήλωσε ότι θα συμμετείχε (Πίνακας 36, Σχήμα 36).

Πίνακας 37: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το ποιες είναι οι μεγαλύτερες φοβίες τους από τη διάγνωση του ιού HPV και μετά.

Φοβίες μετά τον HPV;	Καρκίνος	32
		38.1%
	Θάνατος	26
		31.0%
	Μόλυνση από άλλο στέλεχος του ιού	1
		1.2%
	Στεριότητα	1
		1.2%
	Μετάδοση ιού στο έμβρυο	11
		13.1%
Απομόνωση	2	
	2.4%	
Μετάδοση του ιού	6	
	7.1%	
Μη εύρεση συντρόφου	5	
	6.0%	
Total	84	
	100.0%	

Σχήμα 37: Σχέση του μορφωτικού επιπέδου των ερωτηθέντων και ποιες είναι οι μεγαλύτερες φοβίες τους από τη διάγνωση του ιού HPV και μετά.

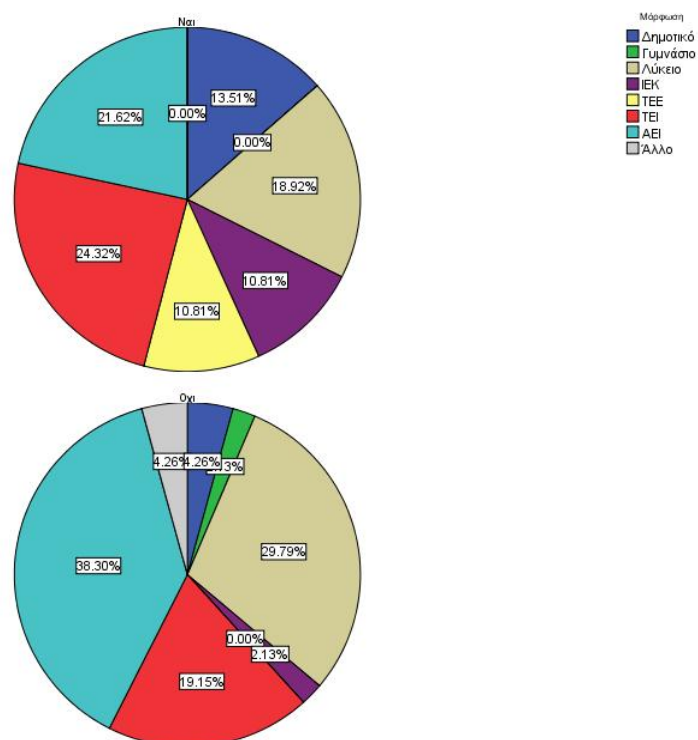


Το μεγαλύτερο ποσοστό των πασχουσών (32 άτομα – ποσοστό 38,1%) θεωρούν τον καρκίνο ως τη μεγαλύτερη φοβία τους από τη διάγνωση του ιού HPV και μετά και 26 ακόμα (ποσοστό 31,0%) το θάνατο. Άλλα 11 (ποσοστό 13,1%) θεωρούν τη μετάδοση του ιού στο έμβρυο ως τη μεγαλύτερη φοβία τους και ακολουθούν άλλες φοβίες με μικρότερα ποσοστά (Πίνακας 37, Σχήμα 37).

Πίνακας 38: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν γνωρίζουν τι είναι το DNA Testing.

Γνωρίζετε το DNA Testing;	Ναι	37
		44.0%
	Όχι	47
		56.0%
	Total	84
		100.0%

Σχήμα 38: Σχέση του μορφωτικού επιπέδου των ερωτηθέντων και του εάν γνωρίζουν τι είναι το DNA Testing

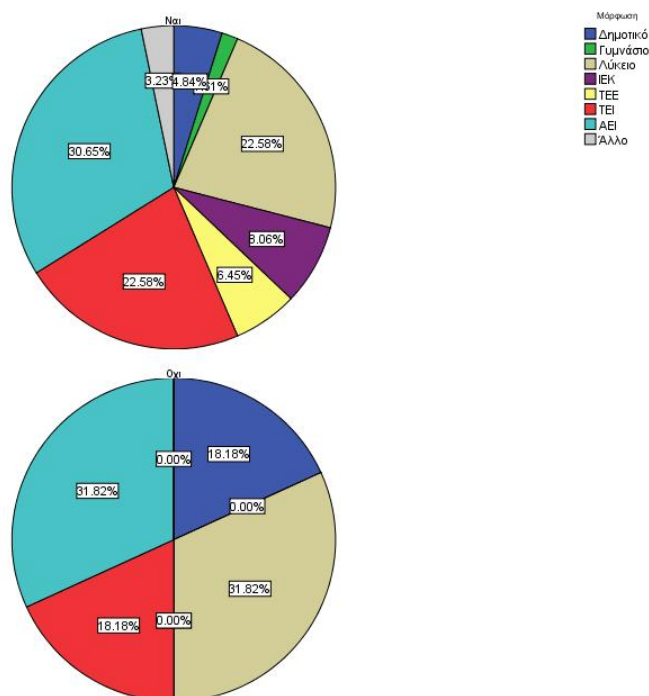


Το μεγαλύτερο ποσοστό των πασχουσών (47 άτομα – ποσοστό 56,0%) δήλωσαν ότι δεν γνωρίζουν τι είναι το DNA Testing ενώ το υπόλοιπο 44,0% (37 άτομα) δήλωσε ότι γνωρίζει (Πίνακας 38, Σχήμα 38).

Πίνακας 39: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν θα ήθελαν να μάθουν από ποιο στέλεχος του ιού έχουν προσβληθεί εάν είχαν τη δυνατότητα.

Γνώση στελέχους μόλυνσης θα θέλατε;	Ναι	62
		73.8%
	Όχι	22
		26.2%
Total		84
		100.0%

Σχήμα 39: Σχέση του μορφωτικού επιπέδου των ερωτηθέντων και του εάν θα ήθελαν να μάθουν από ποιο στέλεχος του ιού έχουν προσβληθεί εάν είχαν τη δυνατότητα.

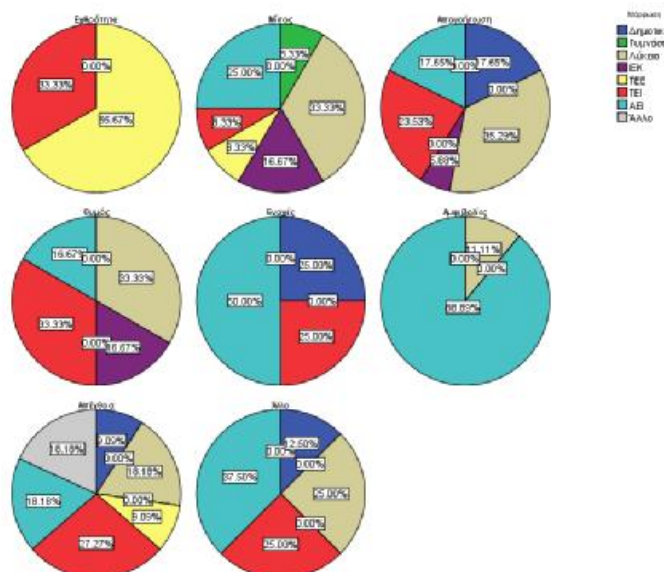


Το μεγαλύτερο ποσοστό των πασχουσών (62 άτομα – ποσοστό 73,8%) προφανώς δήλωσαν ότι θα ήθελαν να μάθουν από ποιο στέλεχος του ιού έχουν προσβληθεί εάν είχαν αυτή τη δυνατότητα ενώ το υπόλοιπο 26,2% (22 άτομα) δήλωσε ότι δεν θα ήθελε (Πίνακας 39, Σχήμα 39).

Πίνακας 40: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το ποια είναι τα αισθήματα για το σύντροφο – φίλο που τους μετέδωσε τον ιό του HPV.

Συναισθήματα για το άτομο που σας τον μετέδωσε;	Εχθρότητα	3
		3.6%
	Μίσος	12
		14.3%
	Απογοήτευση	17
		20.2%
	Θυμός	12
		14.3%
	Ενοχές	4
		4.8%
Αμφιβολίες	9	
	10.7%	
Απέχθεια	11	
	13.1%	
Άλλο	16	
	19.0%	
Total	84	
	100.0%	

Σχήμα 40: Σχέση του μορφωτικού επιπέδου των ερωτηθέντων και του ποια είναι τα αισθήματα για το σύντροφο – φίλο που τους μετέδωσε τον ιό του HPV.

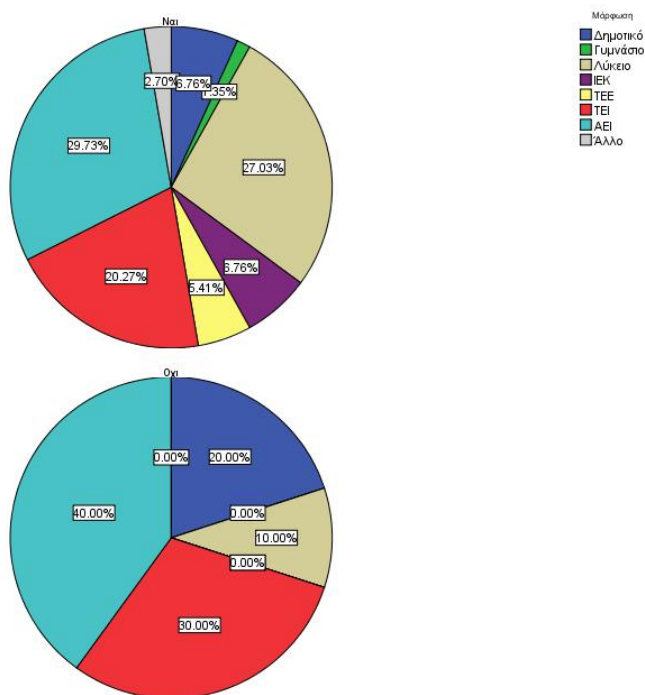


Το μεγαλύτερο ποσοστό των πασχουσών (17 άτομα – ποσοστό 20,2%) αισθάνονται απογοήτευση για το σύντροφο – φίλο που τους μετέδωσε τον ιό του HPV και κάποια άλλα συναισθήματα (16 άτομα – ποσοστό 19,0%). Άλλα 12 (ποσοστό 14,3%) αισθάνονται μίσος και θυμό για το σύντροφο – φίλο που τους μετέδωσε τον ιό, άλλα 11 (ποσοστό 13,1%) αισθάνονται απέχθεια και άλλα 9 (ποσοστό 10,7%) αισθάνονται αμφιβολίες ενώ ακολουθούν και άλλα συναισθήματα με μικρότερα ποσοστά (Πίνακας 40, Σχήμα 40).

Πίνακας 41: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν αυτή την στιγμή που μιλάμε, είναι ήδη φορείς του ιού HPV, εάν θα συμβούλευαν άλλους ανθρώπους για τον ιό ώστε να προσέχουν.

Συμβουλές σε άλλους για τον HPV;	Ναι	74
		88.1%
	Όχι	10
		11.9%
Total	84	
	100.0%	

Σχήμα 41: Σχέση του μορφωτικού επιπέδου των ερωτηθέντων και εάν αυτή την στιγμή που μιλάμε, είναι ήδη φορείς του ιού HPV, εάν θα συμβούλευαν άλλους ανθρώπους για τον ιό ώστε να προσέχουν.

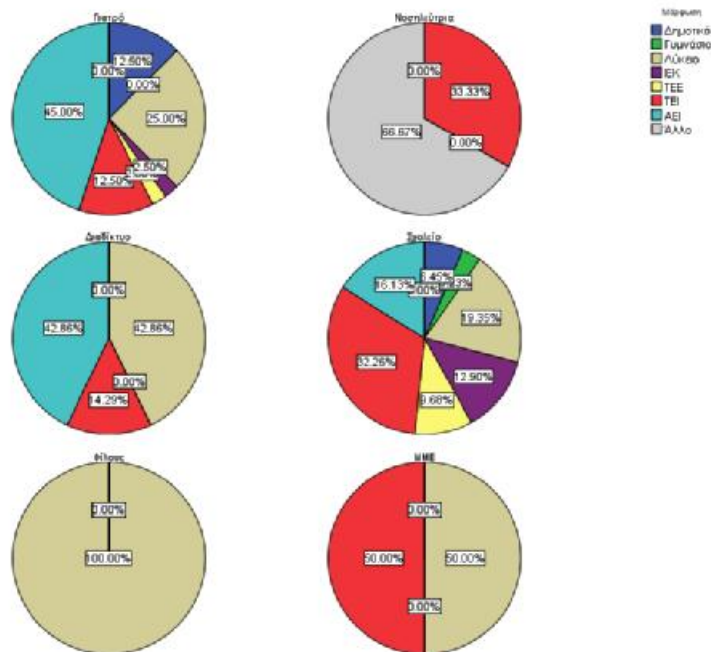


Το μεγαλύτερο ποσοστό των πασχουσών (74 άτομα – ποσοστό 88,1%) δήλωσαν ότι θα συμβούλευαν άλλους ανθρώπους για τον ιό ώστε να προσέχουν, ακόμα και εάν αυτή τη στιγμή που μιλάμε, είναι ήδη φορείς του ιού HPV ενώ το υπόλοιπο 11,9% (10 άτομα) δήλωσε ότι δεν θα το έκανε (Πίνακας 41, Σχήμα 41).

Πίνακας 42: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το από ποιόν θα επιθυμούσαν πριν την έναρξη της σεξουαλικής τους ζωής να γνώριζαν περισσότερα για τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα (ΣΜΝ).

Αν ναι, από που;	Γιατρό	40
		47.6%
	Νοσηλεύτρια	3
		3.6%
	Διαδίκτυο	7
		8.3%
	Σχολείο	31
		36.9%
	Φίλους	1
		1.2%
	ΜΜΕ	2
		2.4%
	Total	84
		100.0%

Σχήμα 42: Σχέση του μορφωτικού επιπέδου των ερωτηθέντων και του από ποιόν θα επιθυμούσαν πριν την έναρξη της σεξουαλικής τους ζωής να γνώριζαν περισσότερα για τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα (ΣΜΝ).

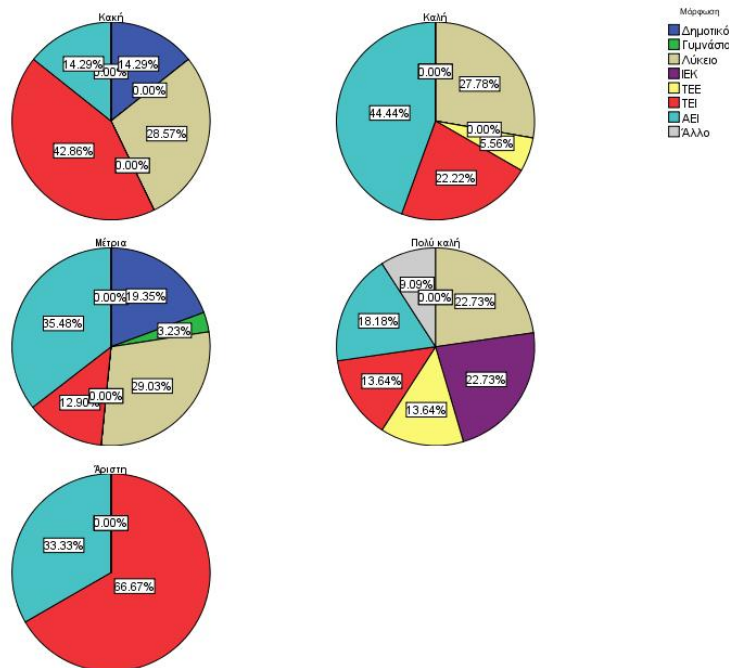


Το σύνολο των πασχουσών προφανώς δήλωσε ότι θα επιθυμούσαν πριν την έναρξη της σεξουαλικής τους ζωής να γνώριζαν περισσότερα για τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα (ΣΜΝ). Τη γνώση αυτή θα ήθελαν να την πάρουν σύμφωνα με το μεγαλύτερο ποσοστό των πασχουσών (40 άτομα – ποσοστό 47,6%) από κάποιο γιατρό και άλλα 31 (ποσοστό 36,9%) να την πάρουν στο σχολείο και ακολουθούν άλλοι που θα μπορούσαν να προσφέρουν τη γνώση αυτή με μικρότερα ποσοστά (Πίνακας 42, Σχήμα 42).

Πίνακας 43: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν θεωρούν ότι η ενημέρωσή τους όσον αφορά τον ιό HPV είναι επαρκής.

Ενημέρωση για τον HPV είναι;	Πολύ κακή	7
		8.3%
Κακή		18
		21.4%
Μέτρια		31
		36.9%
Πολύ καλή		22
		26.2%
Άριστη		6
		7.1%
Total		84
		100.0%

Σχήμα 43: Σχέση του μορφωτικού επιπέδου των ερωτηθέντων και του εάν θεωρούν ότι η ενημέρωσή τους όσον αφορά τον ιό HPV είναι επαρκής.

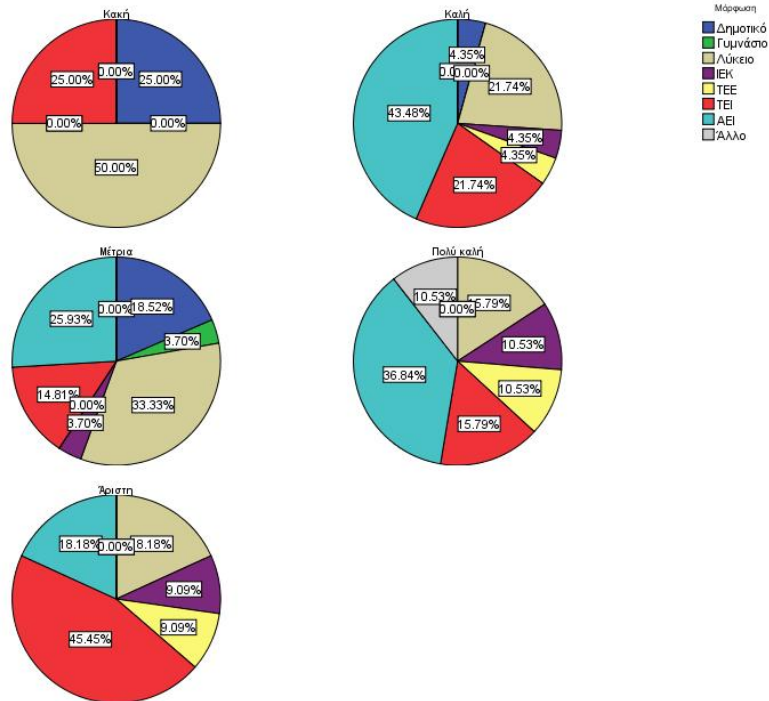


Το μεγαλύτερο ποσοστό των πασχουσών (31 άτομα – ποσοστό 36,9%) θεωρούν ότι η ενημέρωσή τους όσον αφορά τον ιό HPV είναι μέτρια και άλλα 28 (ποσοστό 33,3%) θεωρούν την ενημέρωσή τους είτε πολύ καλή είτε άριστη ενώ αντίθετα το υπόλοιπο 29,7% (25 άτομα) θεωρούν ότι η ενημέρωσή τους όσον αφορά τον ιό HPV είναι είτε πολύ κακή είτε κακή (Πίνακας 43, Σχήμα 43).

Πίνακας 44: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν θεωρούν ότι η αντιμετώπισή τους όσον αφορά τον ιό HPV είναι επαρκής.

Αντιμετώπιση σας για HPV;	Πολύ κακή	4
		4.8%
	Κακή	23
		27.4%
	Μέτρια	27
		32.1%
Πολύ καλή	19	
	22.6%	
Άριστη	11	
	13.1%	
Total	84	
	100.0%	

Σχήμα 44: Σχέση του μορφωτικού επιπέδου των ερωτηθέντων και του εάν θεωρούν ότι η αντιμετώπισή τους όσον αφορά τον ιό HPV είναι επαρκής.



Το μεγαλύτερο ποσοστό των πασχουσών (31 άτομα – ποσοστό 36,9%) θεωρούν ότι η αντιμετώπισή τους όσον αφορά τον ιό HPV είναι είτε πολύ καλή είτε άριστη ενώ άλλα 27 (ποσοστό 32,1%) θεωρούν την ενημέρωσή τους τόσο μέτρια όσο και είτε πολύ κακή είτε κακή (Πίνακας 44, Σχήμα 44).

ΕΡΕΥΝΑ 2η

Η μελέτη αυτή έχει σκοπό να διερευνήσει την γνώση και τη στάση των εργαζομένων όσον αφορά τον ιό HPV και κυρίως τις ψυχολογικές του επιπτώσεις

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ.

Με την παρούσα μελέτη επιχειρήθηκε μια περιγραφική έρευνα, με τη συμβολή συναδέλφων νοσηλευτών, Νοσοκομείων Αττικής και Πατρών. Για την συλλογή των στοιχείων διανεμήθηκαν ανώνυμα ερωτηματολόγια, με ερωτήσεις κλειστού τύπου, κλειστού τύπου με δυνατότητα εναλλακτικής απάντησης και ερωτήσεις ανοιχτού τύπου. Ανακτήθηκαν 100 ερωτηματολόγια την χρονική περίοδο Οκτωβρίου έως και Δεκεμβρίου 2009, από τα οποία συμπληρώθηκαν 98 ερωτηματολόγια από τους ίδιους τους εργαζόμενους και αποτέλεσαν την υποκειμενική εκτίμηση για την έρευνά μας.

Το ερωτηματολόγιο που περιλαμβάνεται στο παράρτημα της εργασίας δομήθηκε ως εξής:

- Ø Ενότητα 1 (ερωτήσεις 1-4) : Συλλέγονται γενικά δημογραφικά στοιχεία του δείγματος (φύλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο, έτη προϋπηρεσίας).
- Ø Ενότητα 2 (ερωτήσεις 5-14) : Διερευνάται η γνώση των εργαζομένων σε ότι αφορά τον ιό Ηρν την πρόληψη, τα συμπτώματα, την μεταδοτικότητά του, τους τρόπους μετάδοσης και θεραπείας.
- Ø Ενότητα 3 (ερωτήσεις 15-20) : Διερευνείται η στάση των εργαζομένων απέναντι στις ψυχολογικές επιπτώσεις του ιού και η κρίση τους όσον αφορά την κατάρτισή τους.

Επειδή η επιλογή των εργαζομένων στο κάθε τμήμα είναι τυχαία, γίνεται η παραδοχή ότι ο πληθυσμός αποτελεί δείγμα στο εργατικό δυναμικό των νοσοκομείων. Βάση αυτής της παραδοχής διενεργούνται στατιστικοί έλεγχοι στο δείγμα. Το επίπεδο σημαντικότητας 0,05 θεωρείται ότι είναι το επίπεδο των σημαντικών διαφορών. Η στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων έγινε με το πακέτο στατιστικής επεξεργασίας SPSS version 13. Επίσης ερευνήθηκε η ύπαρξη πιθανών συσχετίσεων μεταξύ διαφόρων στηλών απαντήσεων με χρήση του κριτηρίου Pearson.

Η παρουσίαση των αποτελεσμάτων έγινε με χρήση του προγράμματος Excel του πακέτου Office 2000 της Microsoft.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.

Γενικά Δημογραφικά στοιχεία.

Τα δημογραφικά στοιχεία που συνδέονται με το ερωτηματολόγιο αφορούν το φύλο, την ηλικία και το μορφωτικό επίπεδο. Τα αποτελέσματα εμφανίζονται στον κάτωθι πίνακα.

Πίνακας 1. Κατανομές Δημογραφικών Στοιχείων

A/A	Ερώτηση			
1	Φύλο	N	%	
		Άνδρας	14	14,0
		Γυναίκα	84	84,0
		Δεν απάντησαν	2	2,0
2	Ηλικία	Έως 29	36	36,0
		30- 39	22	22,0
		40 – 49	28	28,0
		50 και άνω	4	4,0
		Δεν απάντησαν	10	10,0
		3	Τίτλοι σπουδών	Απόφοιτος ΤΕΕ
Απόφοιτος ΙΕΚ	19			19,0
Πτυχιούχος ΤΕΙ- ΑΤΕΙ	47			47,0
Πτυχιούχος ΑΕΙ	6			6,0
Δεν απάντησαν	3			3,0

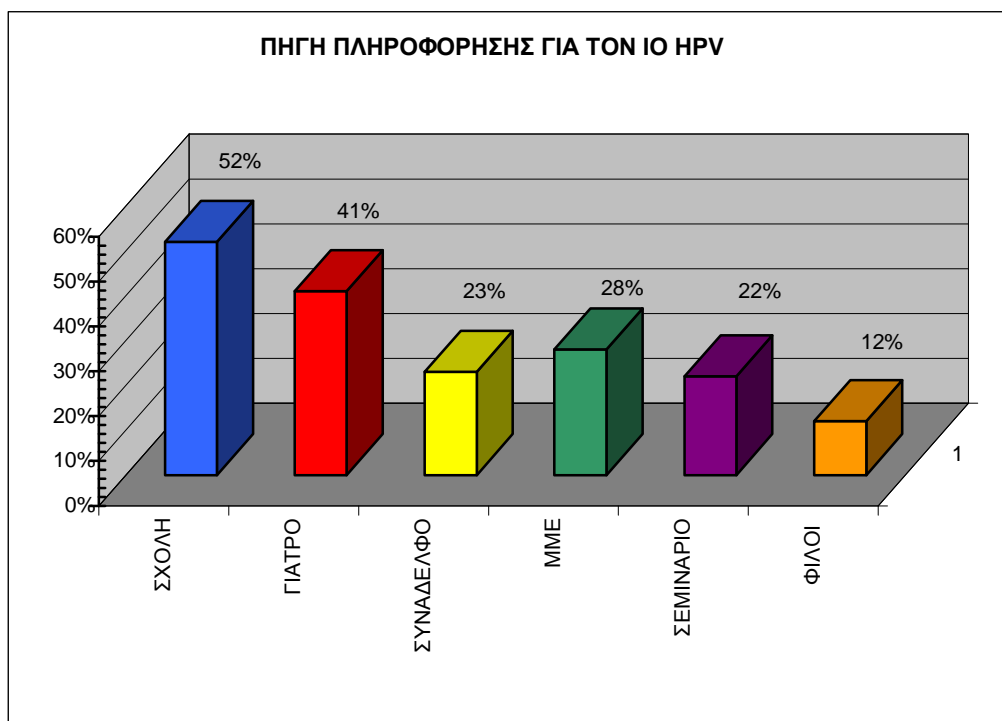
N= πλήθος απαντήσεων , % = ποσοστό επί του συνόλου

Από τους εργαζόμενους που συμμετείχαν στην έρευνα το 14,0% είναι άνδρες και το 84,0% γυναίκες, ενώ δύο δεν απάντησαν.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των εργαζομένων (36%) είναι ηλικίας έως 29 ετών και σημαντικό ποσοστό (28%) από 40 έως 49 ετών. Το 10% δεν δήλωσε την ηλικία του. Το 47% έχουν πτυχίο Τεχνολογικής Εκπαίδευσης, μόνο 6% Ανώτατης Εκπαίδευσης, 25% Επαγγελματικής Σχολής, ενώ 3% δεν απάντησε.

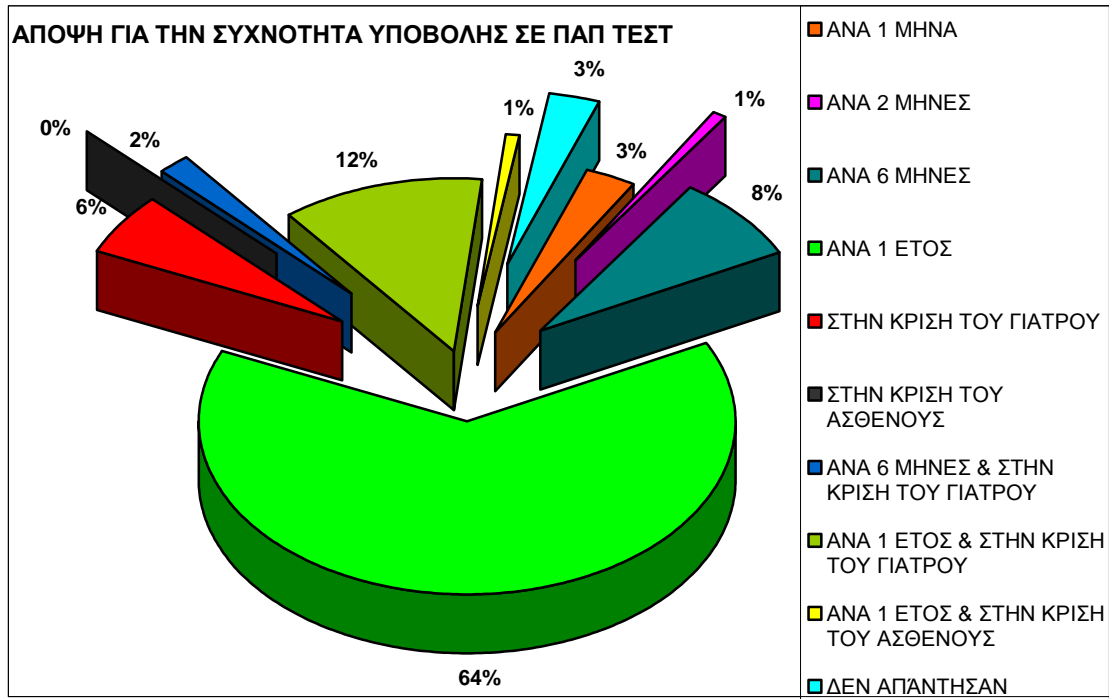
Γνώση για τον ιό Ηπν

Από τους εργαζόμενους που συμμετείχαν στην έρευνα ένα συντριπτικό ποσοστό το 90% δήλωσε ότι γνωρίζει για τον ιό HPV, μόνο το 8% δήλωσε άγνοια, ενώ 2% δεν απάντησε. Στο γράφημα 1 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα που αφορούν την πηγή πληροφόρησης για τον ιό όπως δηλώθηκαν από τους εργαζομένους.



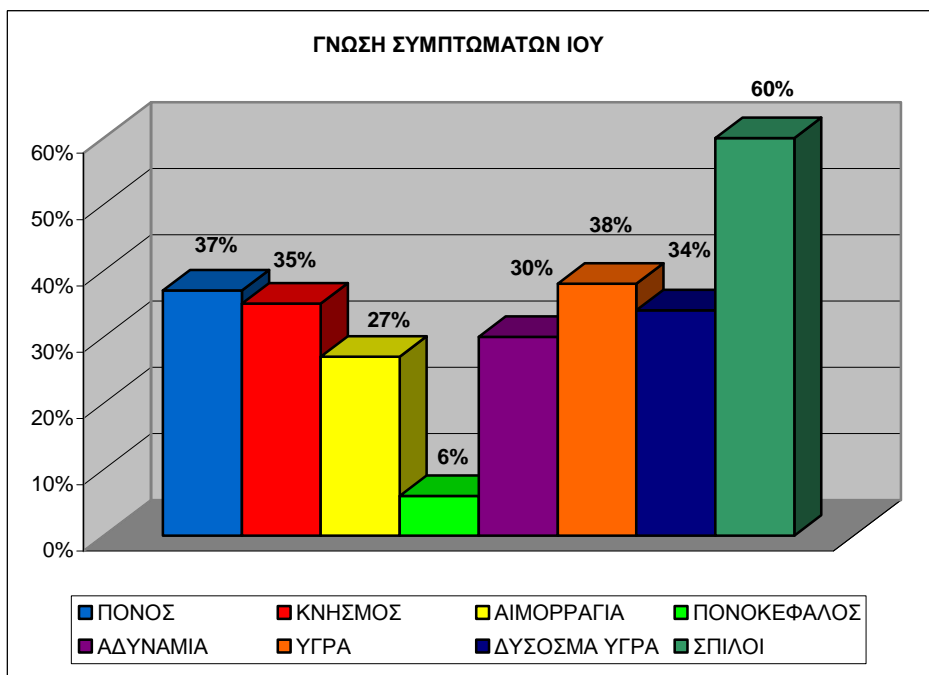
Γράφημα 1 Κατανομή αποτελεσμάτων για την πηγή πληροφόρησης για τον ιό HPV.

Μόνο το 52% των εργαζομένων δηλώνει ότι πληροφορήθηκε για τον ιό στο χώρο εκπαίδευσής του, το 42% ότι είχε πληροφόρηση από γιατρό, ενώ ένα σημαντικό ποσοστό συμπεριλαμβάνει στις πηγές πληροφόρησης τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης. Σημειώνεται ότι το 22% συμπεριλαμβάνει σχετικό σεμινάριο στις πηγές πληροφόρησης.



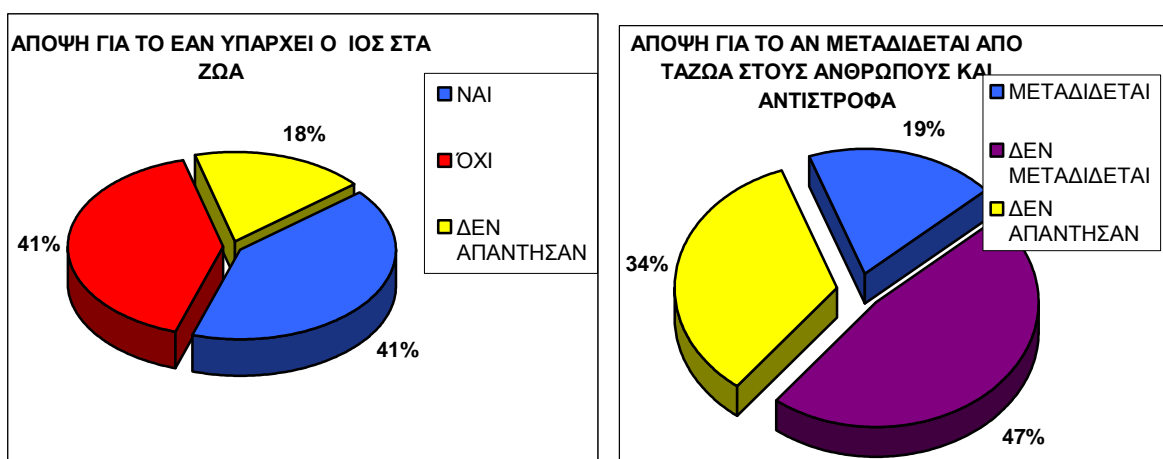
Γράφημα 2 Κατανομή αποτελεσμάτων για την συχνότητα υποβολής σε Παπ Τεστ.

Στο γράφημα 2 παρουσιάζεται η άποψη για την συχνότητα υποβολής των γυναικών σε Παπ τεστ. Αξιοσημείωτο είναι ότι το 64% αναγνωρίζει την ανάγκη υποβολής σε Παπ τεστ ανά έτος, αλλά μόνο 12% αναγνωρίζει ότι πρέπει να γίνεται ανά έτος και όποτε κρίνει ο γιατρός απαραίτητο. Σημαντική είναι η διασπορά των ποσοστών στις ποικίλες εναλλακτικές απαντήσεις ενώ το 3% δεν έδωσε καμιά απάντηση.



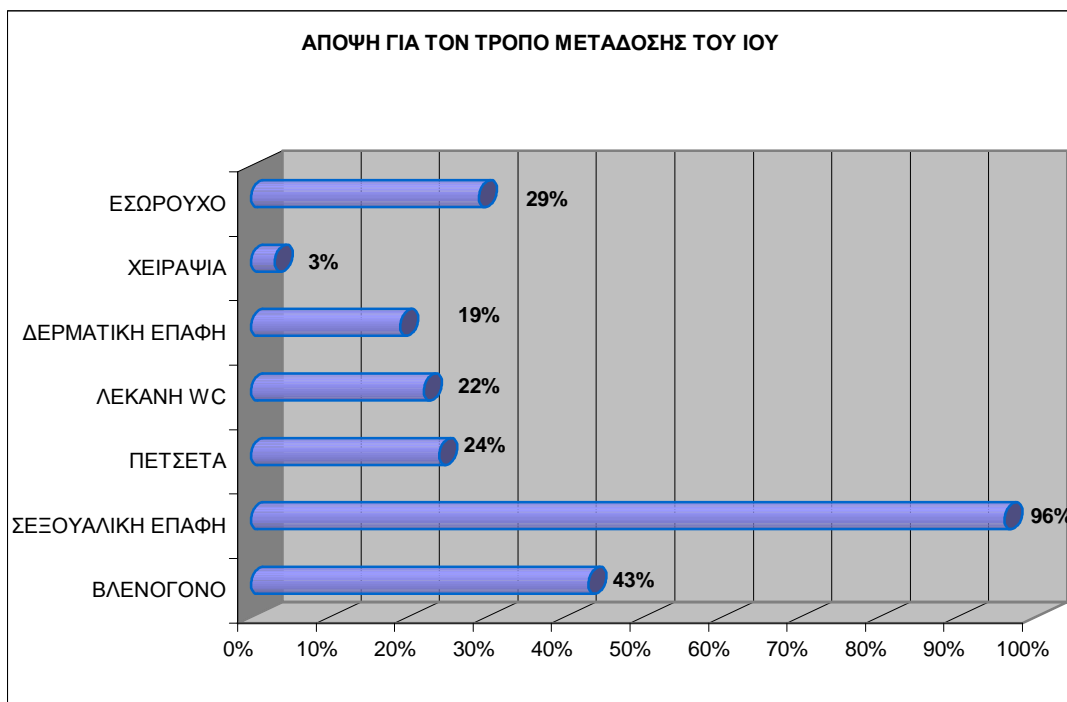
Γράφημα 3 Κατανομή αποτελεσμάτων για την γνώση των συμπτωμάτων του ιού.

Στην ερώτηση για την αναγνώριση των συμπτωμάτων του ιού το 60% συμπεριέλαβε τους μικρούς σπίλους ως γνώριμο σύμπτωμα του ιού. Ο πόνος, ο κνησμός και η αιμορραγία αναγνωρίστηκαν σε ποσοστό 37%, 35% και 27% αντίστοιχα ενώ η έκκριση υγρών 38% και δύσοσμων υγρών 34%. Ο πονοκέφαλος αναγνωρίστηκε ως σύμπτωμα από το 6% του δείγματος. Αναλυτικά τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στο γράφημα 3



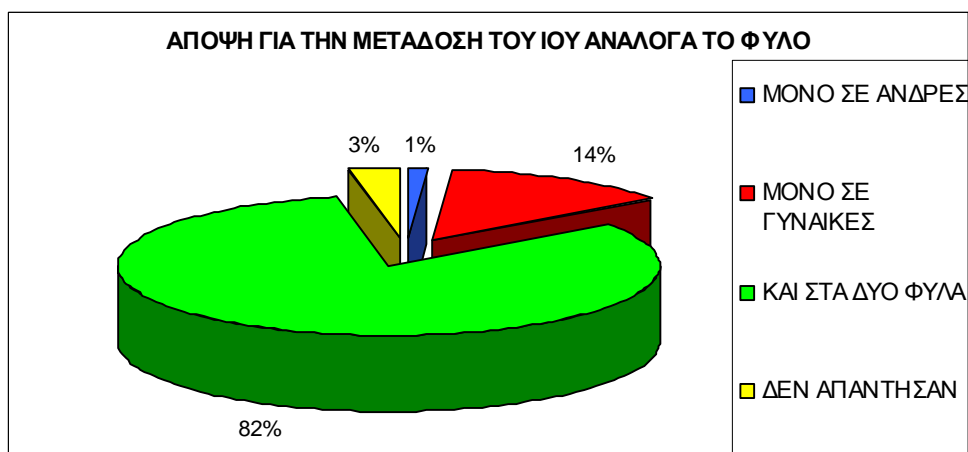
Γράφημα 4 Κατανομή αποτελεσμάτων για την άποψη για την ύπαρξη του ιού στα ζώα και την δυνατότητα μετάδοσης του ιού μεταξύ ζώου και ανθρώπου.

Στο γράφημα 4 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των ερωτήσεων που αφορούν την άποψη για την ύπαρξη του ιού στα ζώα και την δυνατότητα μετάδοσης του ιού μεταξύ ζώου και ανθρώπου. Συγκεκριμένα οι απόψεις για την ύπαρξη του ιού διαμοιράζονται με ποσοστό 41%, ενώ το 18% των εργαζομένων δεν απάντησε. Πάντως το 47% πιστεύει ότι δεν μεταδίδεται από τα ζώα στον άνθρωπο και αντίστροφα ενώ ένα σημαντικό ποσοστό 34% δεν εξέφρασε καμία άποψη

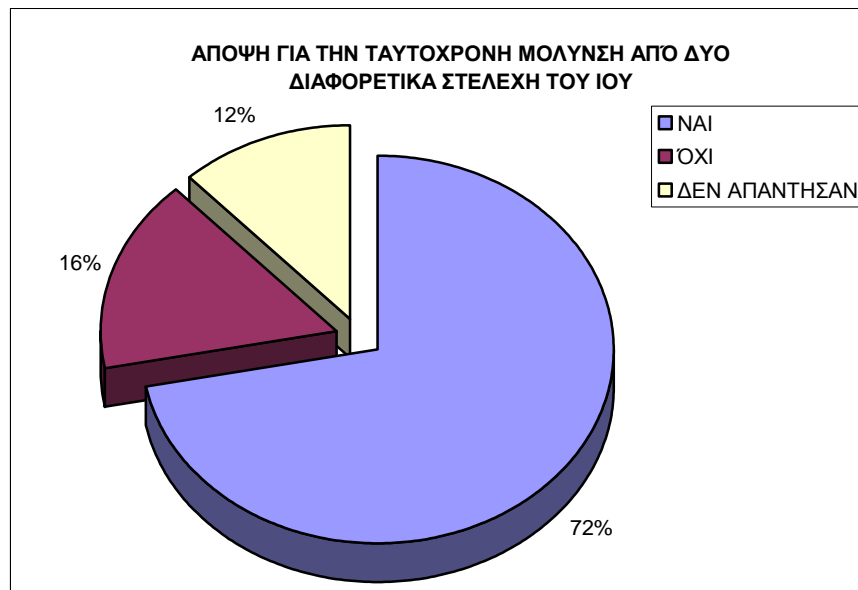


Γράφημα 5 Κατανομή αποτελεσμάτων για την άποψη για τον τρόπο μετάδοσης του ιού HPV.

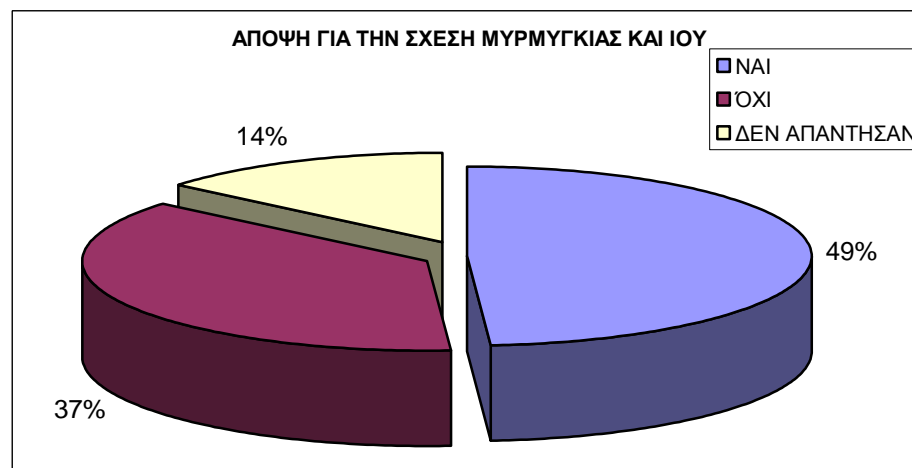
Σε ότι αφορά τον τρόπο μετάδοσης του ιού το 96% αναγνωρίζει σαν τρόπο μετάδοσης την σεξουαλική επαφή ενώ το 43% γενικά την βλενογονική επαφή. Στις υπόλοιπες επιλογές τα ποσοστά αναγνώρισης κυμαίνονται από 19% έως 29%, όπως φαίνεται και στο γράφημα 5 ενώ ένα 3% θεωρεί την χειραψία ως τρόπο μετάδοσης του ιού HPV.



Γράφημα 6 Κατανομή αποτελεσμάτων για την μετάδοση του ιού HPV ανάλογα το φύλο.

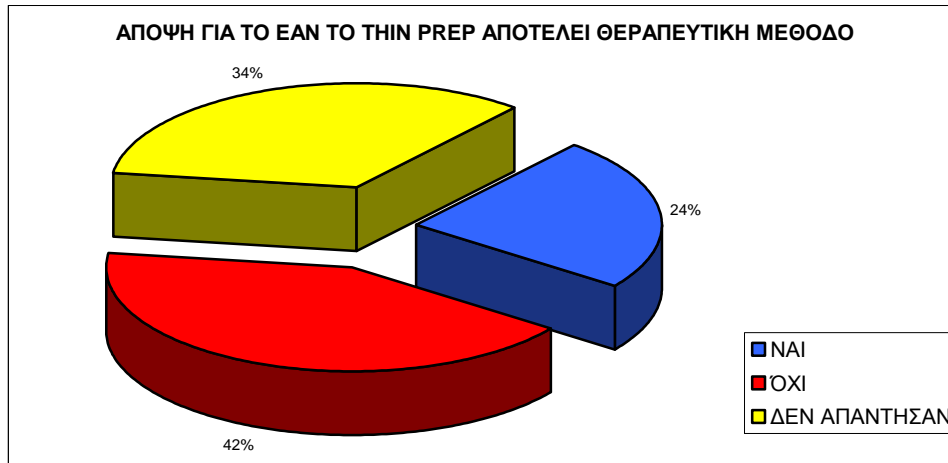


Γράφημα 7 Κατανομή αποτελεσμάτων για την ταυτόχρονη μόλυνση από δύο διαφορετικά στελέχη του ιού HPV.



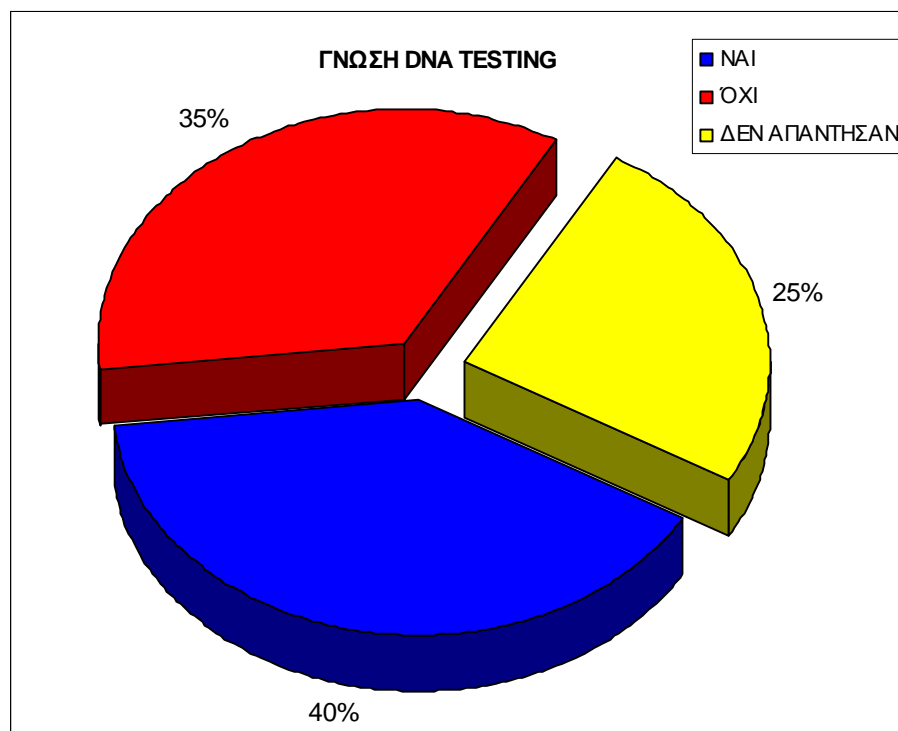
Γράφημα 8 Κατανομή αποτελεσμάτων για συσχέτιση στελέχους του ιού με την μυρμηγκιά.

Συνεχίζοντας αξίζει να αναφερθεί ότι σε σχετική ερώτηση το 82% δηλώνει ότι ο ιός μεταδίδεται και στα δύο φύλλα. Παρατηρούμε ότι το 1% δηλώνει πως ο ιός μεταδίδεται μόνο σε άνδρες. Το 72% επίσης δηλώνει ότι ασθενείς που έχουν μολυνθεί ήδη από ένα στέλεχος του ιού μπορούν να μολυνθούν ταυτόχρονα και από άλλο, και το 49% ότι η μυρμηγκιά οφείλετε σε κάποιο στέλεχος του ιού. Αναλυτικά τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στα γραφήματα 6,7 και 8 αντίστοιχα.



Γράφημα 9 Κατανομή αποτελεσμάτων για το εάν το Thin Prep αποτελεί μέθοδο θεραπείας του ιού.

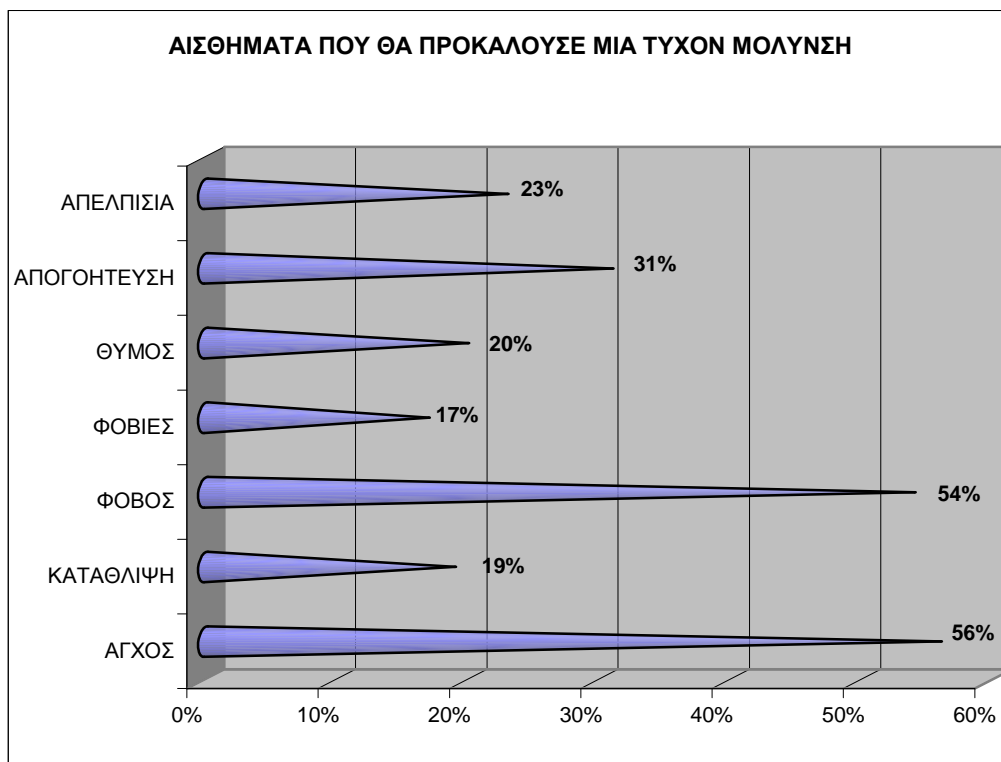
Τέλος σε ότι αφορά την θεραπεία του ιού το 24% δηλώνει ότι το Thin Prep αποτελεί μέθοδο θεραπείας του ιού, το 42% πως όχι ενώ το 34% δεν απάντησε.



Γράφημα 10 Κατανομή αποτελεσμάτων για το εάν γνωρίζουν τι είναι το DNA TESTING.

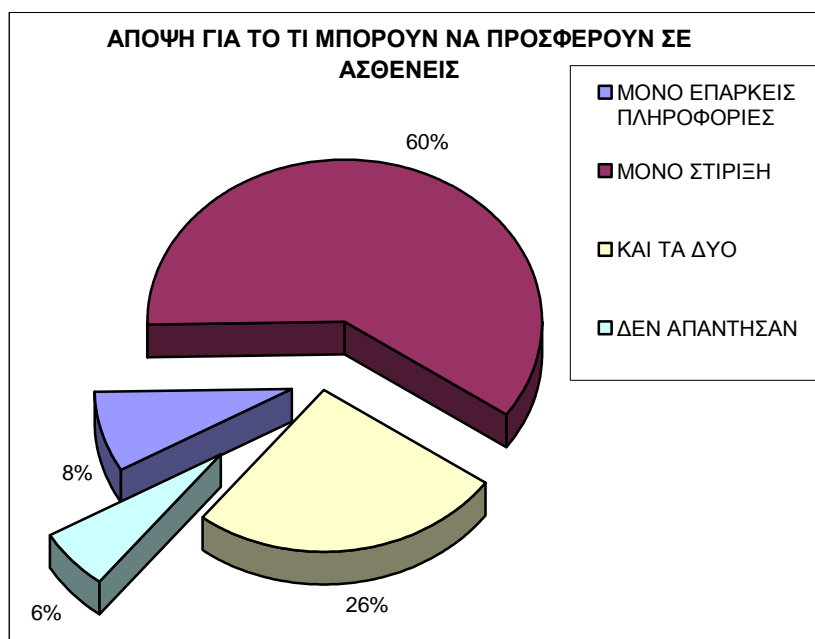
Μόνο το 40% δηλώνει ότι γνωρίζει τι είναι το DNA TESTING, το 35% δηλώνει άγνοια ενώ το 25% δεν απάντησε.

Στάση εργαζομένων

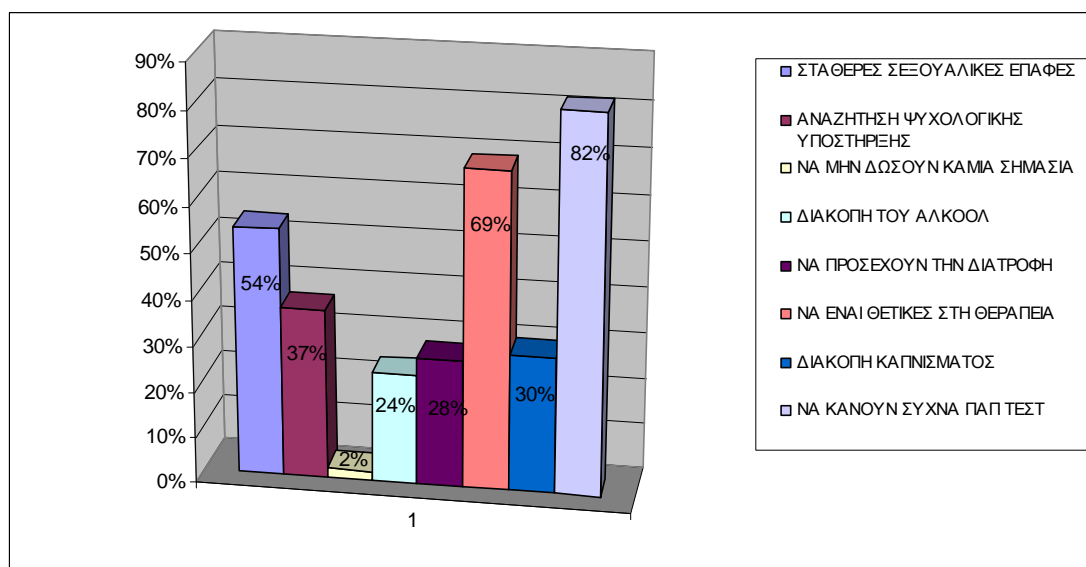


Γράφημα 11 Κατανομή αποτελεσμάτων για τα πιθανά συναισθήματα σε περίπτωση μόλυνσης.

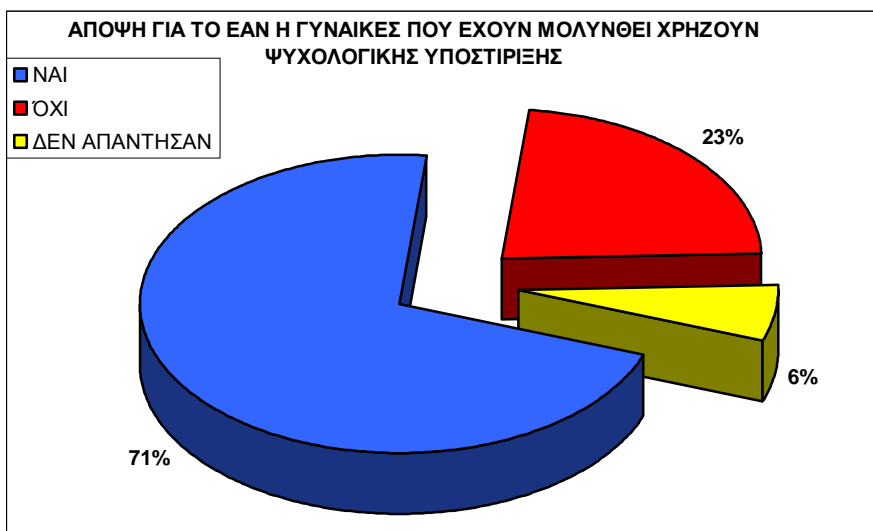
Σε ερώτηση που αφορά τα συναισθήματα που θα είχε ένας νοσηλευτής ή νοσηλεύτρια σε περίπτωση μόλυνσης από τον ιό HPV, ο φόβος και το άγχος έχουν το μεγαλύτερο ποσοστό, 54% και 56% αντίστοιχα και ακολουθεί η απογοήτευση με ποσοστό 31%. Αναλυτικά τα αποτελέσματα του ερωτήματος παρουσιάζονται στο γράφημα 11.



Γράφημα 12 Κατανομή αποτελεσμάτων για το τι μπορούν να προσφέρουν σε ασθενείς. Σε σχετική ερώτηση το 60% των νοσηλευτών και νοσηλεύτριών απάντησε ότι μπορεί να προσφέρει μόνο στήριξη σε γυναίκες που πάσχουν, το 8% μόνο επαρκείς πληροφορίες σε ότι αφορά τον ιό, το 26% πιστεύει ότι μπορεί να προσφέρει και τα δύο, ενώ το 6% δεν απάντησε. (γράφημα 12).

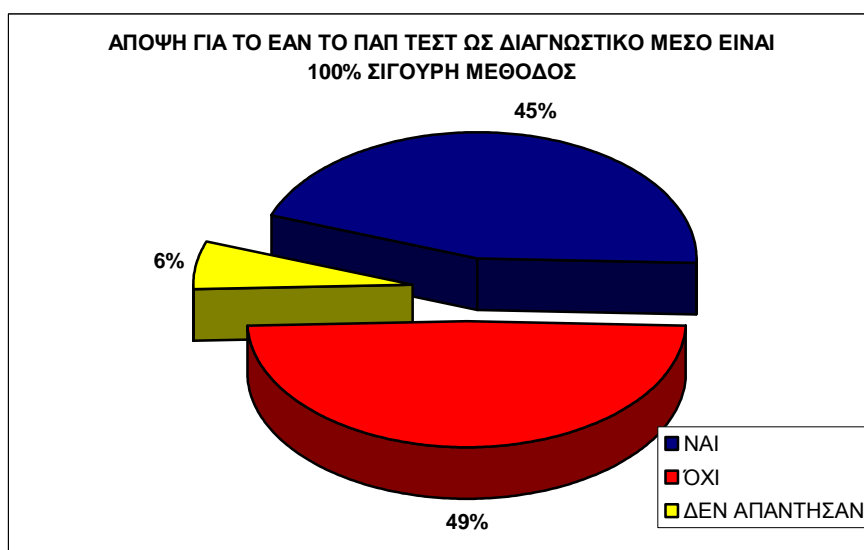


Γράφημα 13 Κατανομή αποτελεσμάτων για τις πιθανές συμβουλές προς τους πάσχοντες. Η δημοφιλέστερη συμβουλή που θα έδιναν οι νοσηλευτές ή νοσηλεύτριες του δείγματος σε πάσχουσες από τον ιό γυναίκες είναι να κάνουν συχνά Παπ Τεστ (82%), ενώ ακολουθούν με 69% να είναι θετικές στη θεραπεία και με 54% να έχουν σταθερές σεξουαλικές επαφές. Ένα 2% θα τις συμβούλευε να μην δώσουν καμία σημασία. Τα αναλυτικά αποτελέσματα παρουσιάζονται στο γράφημα 13.



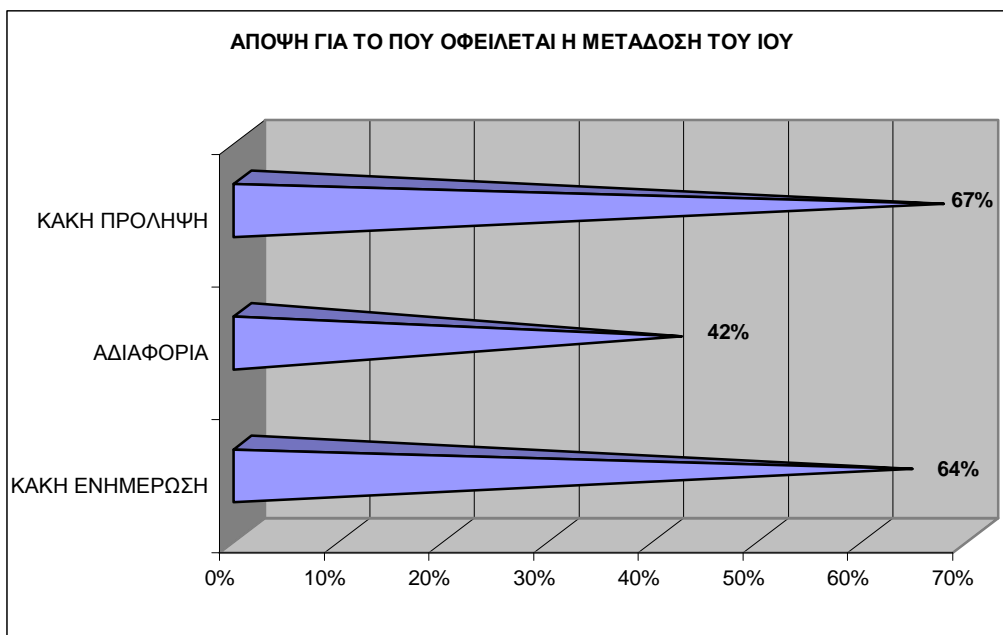
Γράφημα 14 Κατανομή απόψεων για το εάν οι γυναίκες που έχουν μολυνθεί χρήζουν ψυχολογικής υποστήριξης.

Σε σχετικό ερώτημα οι περισσότεροι νοσηλευτές/τριες πιστεύουν ότι οι γυναίκες που έχουν μολυνθεί χρήζουν ψυχολογικής υποστήριξης (71%) ενώ το 6% δεν απάντησε (γράφημα 14).



Γράφημα 15 Κατανομή απόψεων για το εάν το Παπ τεστ αποτελεί 100% σίγουρη διαγνωστική μέθοδο.

Στην ερώτηση αν το Παπ τεστ είναι 100% σίγουρη διαγνωστική μέθοδος οι απόψεις είναι μοιρασμένες με το 49% να απαντάει αρνητικά και το 45% θετικά (γράφημα 15) .



Γράφημα 16 Κατανομή απόψεων για το που οφείλεται η μετάδοση του ιού.

Τέλος η κακή πρόληψη (67%) και η κακή ενημέρωση (64%) θεωρούνται από το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος ως βασικές αιτίες μετάδοσης του ιού, όπως φαίνεται και στο γράφημα 16.

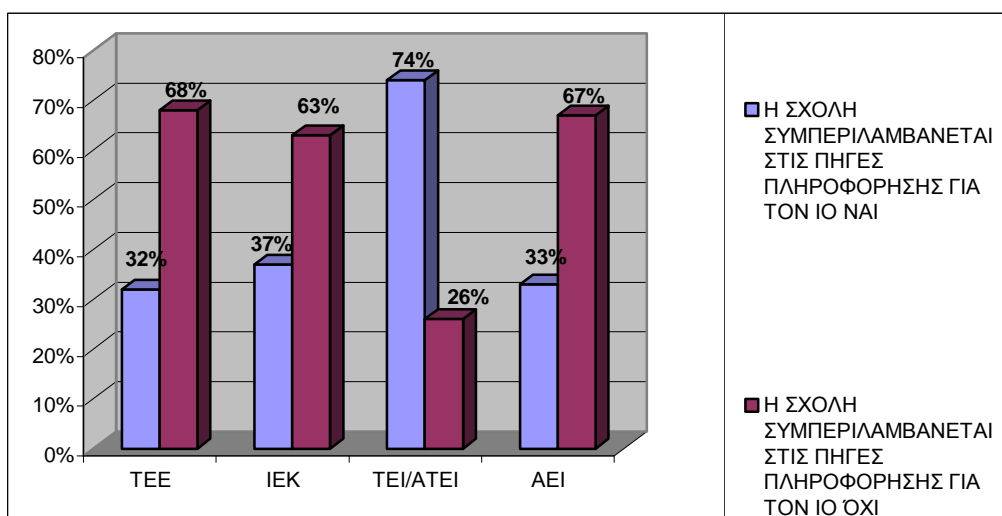
Συσχετισμοί.

Με την παρούσα μελέτη επιχειρήθηκε μια περιγραφική έρευνα, του συγκεκριμένου εργασιακού χώρου. Εντούτοις διενεργήθηκαν έλεγχοι για την συσχέτιση των αποτελεσμάτων ανά μεταβλητή με χρήση του κριτηρίου Pearson. Το επίπεδο σημαντικότητας 0,05 θεωρείται ότι είναι το επίπεδο των σημαντικών διαφορών. Λόγω του πλήθους και της ποικιλίας των μεταβλητών έγινε επιλογή σε αυτές που θεωρήθηκαν πιο σημαντικές και αναμενόταν συσχέτιση.

Αρχικά ελέγχθηκε αν το επίπεδο εκπαίδευσης συσχετίζεται με το εάν στις πηγές πληροφόρησης για τον ιό συμπεριλαμβανόταν ή όχι η σχολή εκπαίδευσης και κάποιο πιθανό σεμινάριο. Από τον έλεγχο προέκυψε ότι το επίπεδο εκπαίδευσης συσχετίζεται με τις περιπτώσεις που στις πηγές πληροφόρησης για τον ιό συμπεριλαμβανόταν η σχολή εκπαίδευσης αλλά όχι με αυτές που συμπεριλαμβανόταν και κάποιο πιθανό σεμινάριο, με συντελεστή συσχέτισης ($P=0,027$). Συγκεκριμένα, από τους αποφοίτους ΤΕΙ/ΑΤΕΙ το 74% είχε συμπεριλάβει την σχολή στις πηγές πληροφόρησης για τον ιό ενώ σε ότι αφορά τους απόφοιτους ΤΕΕ, ΙΕΚ και ΑΕΙ αυτό το δηλώνει μόνο ένας στους τρεις περίπου. Αναλυτικά τα αποτελέσματα φαίνονται στον πίνακα 2.

Πίνακας 2.

	Η ΣΧΟΛΗ ΣΥΜΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΕΤΑΙ ΣΤΙΣ ΠΗΓΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΙΟ		P
	ΝΑΙ	ΌΧΙ	
ΤΕΕ	32%	68%	
ΙΕΚ	37%	63%	
ΤΕΙ/ΑΤΕΙ	74%	26%	0,027
ΑΕΙ	33%	67%	



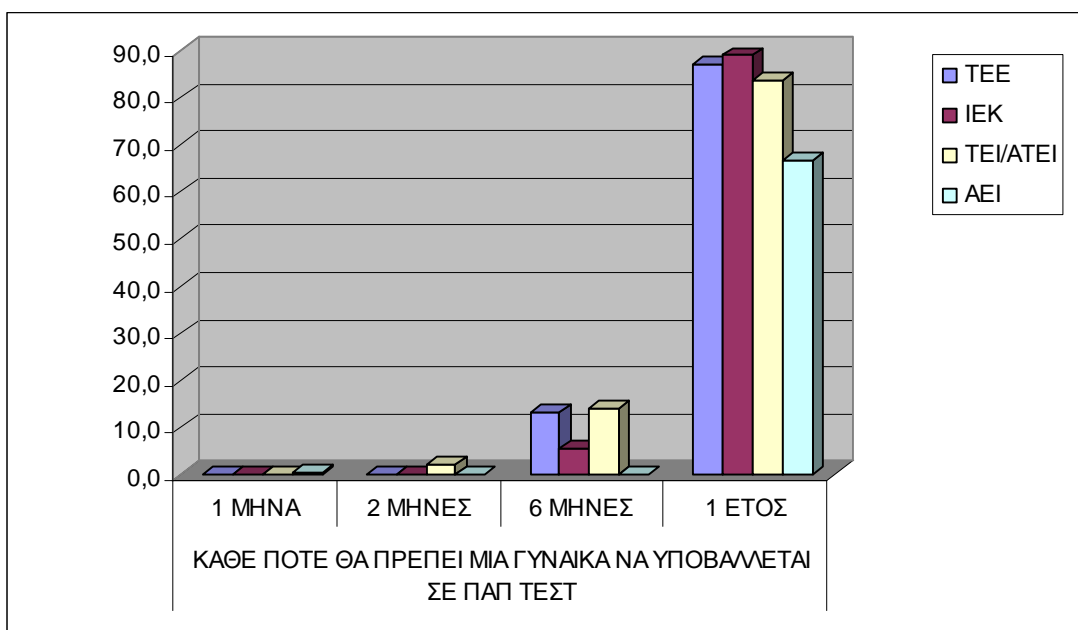
Επίσης παρατηρήθηκε και συσχέτιση μεταξύ όσων είχαν συμπεριλάβει την σχολή σαν πηγή πληροφόρησης για τον ιό και όσων είχαν συμπεριλάβει και το πιθανό σεμινάριο ($P=0,027$). Συγκεκριμένα μόνο το 12% του δείγματος είχε συμπεριλάβει και τα δύο ως πηγή πληροφόρησης για τον ιό.

Πίνακας 3.

	ΚΑΘΕ ΠΟΤΕ ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΜΙΑ ΓΥΝΑΙΚΑ ΝΑ ΥΠΟΒΑΛΛΕΤΑΙ ΣΕ ΠΑΠ ΤΕΣΤ				P
	1 ΜΗΝΑ	2 ΜΗΝΕΣ	6 ΜΗΝΕΣ	1 ΕΤΟΣ	
ΤΕΕ	0,0%	0,0%	13,0%	87,0%	
ΙΕΚ	5,6%	0,0%	5,6%	88,9%	
ΤΕΙ/ΑΤΕΙ	0,0%	2,3%	14,0%	83,7%	0,029
ΑΕΙ	33,3%	0,0%	0,0%	66,7%	

Παρατηρήθηκε ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου εκπαίδευσης και της ερώτησης για την συχνότητα υποβολής σε Παπ Τεστ, αλλά μόνο στις απαντήσεις που περιλάμβαναν χρονικό προσδιορισμό ($P=0,029$). Δεν παρατηρήθηκε ισχυρή συσχέτιση με τις επιλογές «Όποτε ο γιατρός

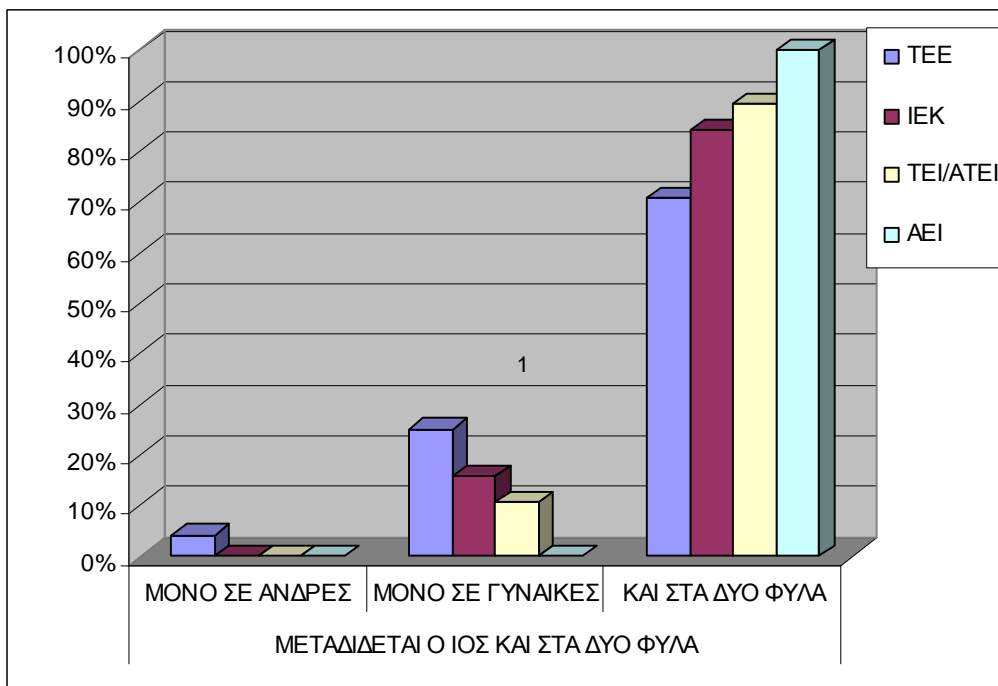
κρίνει απαραίτητο», «Όποτε η ασθενής κρίνει απαραίτητο» και «ποτέ» (P=0,739), πιθανόν λόγω του μικρού δείγματος. Τα αποτελέσματα της παρουσιάζονται στον πίνακα 3.



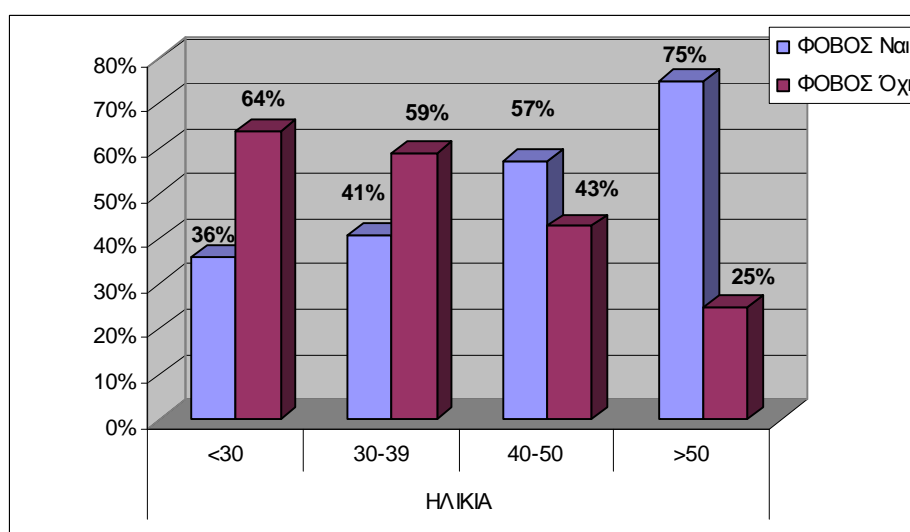
Πίνακας 4

	ΜΕΤΑΔΙΔΕΤΑΙ Ο ΙΟΣ ΚΑΙ ΣΤΑ ΔΥΟ ΦΥΛΑ			P
	ΜΟΝΟ ΣΕ ΑΝΔΡΕΣ	ΜΟΝΟ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΚΑΙ ΣΤΑ ΔΥΟ ΦΥΛΑ	
ΤΕΕ	4,2%	25,0%	70,8%	
ΙΕΚ	0,0%	15,8%	84,2%	
ΤΕΙ/ΑΤΕΙ	0,0%	10,6%	89,4%	0,017
ΑΕΙ	0,0%	0,0%	100,0%	

Ελέγχθηκε επίσης αν συσχετίζεται το φύλο και το επίπεδο εκπαίδευσης με την άποψη για την μετάδοση του ιού στα δύο φύλα. Από τον έλεγχο προέκυψε ότι το φύλο δεν εμφάνισε ισχυρή συσχέτιση (P=0,62), αντίθετα υπήρχε συσχέτιση με το επίπεδο εκπαίδευσης (P= 0,017). Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πίνακα 4.



Σε έλεγχο που έγινε για το εάν συσχετίζεται το φύλο, το επίπεδο εκπαίδευσης και η ηλικία με τα πιθανά αισθήματα που θα ένιωθε αν είχε μολυνθεί ένας νοσηλευτής/τρια από τον ιό δεν εμφανίστηκαν ισχυρές συσχετίσεις με βάση το παρόν δείγμα. Συσχέτιση βρέθηκε μόνο μεταξύ της ηλικίας και του αισθήματος του φόβου ($P=0,044$) και τάσεις σε σχέση με τα αισθήματα του άγχους ($P=0,264$), των φοβιών ($P=0,23$), της απογοήτευσης ($P=0,33$) και της απελπισίας ($P=0,29$). Συγκεκριμένα για τον φόβο προέκυψε ότι οι μεγαλύτερες ηλικίες συμπεριλαμβάνουν τον φόβο στα πιθανά συναισθήματα σε μεγαλύτερο ποσοστό. Αυτό χαρακτηριστικά φαίνεται στο γράφημα 20



Γράφημα 20 Κατανομή του αισθήματος του φόβου σε σχέση με την ηλικία σε περίπτωση μόλυνσης από τον ιό.

Τέλος, ελέγχθηκε η πιθανότητα συσχετισμού του φύλου, της ηλικίας και του επιπέδου εκπαίδευσης με την άποψη, για το εάν οι γυναίκες που έχουν μολυνθεί από τον ιό HPV χρήζουν ψυχολογικής υποστήριξης, όπως και για το που οφείλεται η μετάδοση του ιού και δεν βρέθηκε καμιά ισχυρή συσχέτιση στο παρόν δείγμα

ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΕΡΕΥΝΑΣ ΤΩΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΩΝ ΕΠΙΠΤΩΣΕΩΝ ΤΟΥ ΙΟΥ HPV ΣΤΙΣ ΠΑΣΧΟΥΣΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ.

Από την ανασκόπηση βιβλιογραφίας κλινικής έρευνας που δημοσιεύτηκε στο British journal of cancer το 2006 και ασχολείται και αυτή με τις ψυχολογικές επιπτώσεις των μη φυσιολογικών παπ τεστ με ιο Hpv φάνηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό 42% ήταν γυναίκες ηλικίας 20-29 ετών .
100,101

Στη δική μας έρευνα το μεγαλύτερο ποσοστό των πασχουσών από HPV (27 άτομα – ποσοστό 32,1%) ήταν επίσης 20-29 ετών και 26 ακόμα (ποσοστό 31,0%) ήταν 30-39 ετών. Από τις υπόλοιπες το 16,7% (14 άτομα) ήταν 50-59 ετών, το 10,7% (9 άτομα) ήταν 40-49 ετών και το υπόλοιπο 9,5% (8 άτομα) ήταν 12-19 ετών. Είναι πολύ πιθανό, λόγω του νεαρού της ηλικίας τους και επομένως της μειωμένης αντίληψης του κινδύνου που διακατέχει τις νεαρότερες ηλικίες και της άγνοιας οι γυναίκες ηλικίας 20-29 να είναι πιο ευάλωτες στη μόλυνση από τον ιό και στη διασπορά του. Το μεγαλύτερο ποσοστό των πασχουσών από HPV (26 άτομα – ποσοστό 31,0%) ήταν απόφοιτες ΑΕΙ και 21 ακόμα (ποσοστό 25,0%) ήταν απόφοιτες λυκείου. Από τις υπόλοιπες το 21,4% (18 άτομα) ήταν απόφοιτες ΤΕΙ και οι υπόλοιπες ήταν με μικρότερα ποσοστά στις υπόλοιπες βαθμίδες εκπαίδευσης Το μεγαλύτερο ποσοστό των πασχουσών από HPV (28 άτομα – ποσοστό 33,3%) ήταν ιδιωτικές υπάλληλοι και 26 ακόμα (ποσοστό 31,0%) ήταν δημόσιοι υπάλληλοι. Από τις υπόλοιπες το 19,0% (16 άτομα) ήταν φοιτήτριες και οι υπόλοιπες ήταν με μικρότερα ποσοστά σε άλλες κατηγορίες επαγγελματιών. Το μεγαλύτερο ποσοστό των πασχουσών από HPV (51 άτομα – ποσοστό 60,7%) ήταν άγαμες ενώ το υπόλοιπο 39,3% (33 άτομα) ήταν έγγαμες Το μεγαλύτερο ποσοστό των πασχουσών από HPV (49 άτομα – ποσοστό 58,3%) γνώριζαν τον HPV πριν μολυνθούν ενώ το υπόλοιπο 41,7% (35 άτομα) δεν το γνώριζαν. Σε πολύ μεγαλύτερα ποσοστά οι πάσχουσες από HPV με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο (απόφοιτες ΑΕΙ 57,7%, απόφοιτες ΤΕΙ 72,2% απόφοιτες ΤΕΕ 100,0%) γνώριζαν τον HPV πριν μολυνθούν έναντι αυτών με μικρότερο μορφωτικό επίπεδο (Λύκειο 57,1%, Γυμνάσιο 0,0%, Δημοτικό 14,3%) Οι διαφορές που παρατηρούνται είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2 = 16,254$, $df = 7$, $p < 0,05$).v. Σε παρόμοια ποσοστά οι πάσχουσες από HPV οποιουδήποτε ηλικιακού διαστήματος γνώριζαν τον HPV πριν μολυνθούν σε ποσοστά άνω του 60% (εκτός αυτών στο διάστημα 40-49 ετών που γνώριζαν τον HPV σε μικρότερο ποσοστό 22,2%) Οι (μικρές) διαφορές που παρατηρούνται δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2 = 5,438$, $df = 4$, NS). Το μεγαλύτερο ποσοστό των πασχουσών που γνώριζαν για τον HPV (23 άτομα – ποσοστό 27,4%) τον έμαθαν από κάποιο γιατρό και 12 ακόμα (ποσοστό 14,3%) από το διαδίκτυο. Από τις υπόλοιπες το 9,5% (8 άτομα) τον έμαθαν από φίλους, το 6,0% (5 άτομα) από το σχολείο, το 4,8% (4 άτομα) από ΜΜΕ και μόνο το 1,2% (1 άτομα) τον έμαθαν από κάποια νοσηλεύτρια Το μεγαλύτερο ποσοστό των πασχουσών από HPV (67 άτομα – ποσοστό 79,8%) μετά

την έναρξη της σεξουαλικής τους επαφής υποβαλλόντουσαν συχνά σε Παπ τεστ ενώ το υπόλοιπο 20,2% (17 άτομα) δεν υποβαλλόταν συχνά

Σε παρόμοια ποσοστά οι πάσχουσες από HPV οποιουδήποτε μορφωτικού επιπέδου μετά την έναρξη της σεξουαλικής τους επαφής υποβαλλόντουσαν συχνά σε Παπ τεστ σε ποσοστά άνω του 80%, εκτός των αποφοίτων Λυκείου που το έκαναν σε ποσοστό 61,9%, των αποφοίτων γυμνασίου που δεν το έκαναν καθόλου και των αποφοίτων δημοτικού που το έκαναν σε ποσοστό 71,4%. Οι διαφορές που παρατηρούνται δεν είναι (οριακά) στατιστικά σημαντικές ($\chi^2 = 12,061$, $df = 7$, $p=0,099$ (NS)) Σε πολύ μεγαλύτερα ποσοστά οι πάσχουσες από HPV σε όλα τα ηλικιακά διαστήματα μετά την έναρξη της σεξουαλικής τους επαφής υποβαλλόντουσαν συχνά σε Παπ τεστ σε ποσοστά άνω του 80% (οι πάσχουσες 20-29 ετών σε ποσοστό 81,5%, οι πάσχουσες 30-39 ετών σε ποσοστό 92,3% και το σύνολο των πασχουσών 50-59 ετών) έναντι αυτών με ηλικία 40-49 ετών που υποβαλλόντουσαν συχνά σε Παπ τεστ σε ποσοστό 44,4% και αυτών με ηλικία 12-19 που υποβαλλόντουσαν συχνά σε Παπ τεστ σε ποσοστό 37,5%. Οι διαφορές που παρατηρούνται είναι στατιστικά πάρα πολύ σημαντικές ($\chi^2 = 21,943$, $df = 4$, $p<0,0001$). Το μεγαλύτερο ποσοστό των πασχουσών τους γνωστοποιήθηκε η μόλυνση από HPV (51 άτομα – ποσοστό 60,7%) σε ηλικία 20-29 ετών, και 19 ακόμα (ποσοστό 22,6%) το έμαθαν σε ηλικία 30-39 ετών. Από τις υπόλοιπες το 11,9% (10 άτομα) το έμαθαν σε ηλικία 12-19 ετών και οι υπόλοιπες σε ηλικία άνω των 40 ετών Το μεγαλύτερο ποσοστό των πασχουσών (60 άτομα – ποσοστό 71,4%) έλαβαν περισσότερες πληροφορίες για τον ιό HPV αφότου έγινε η διάγνωση από κάποιο γιατρό και 19 ακόμα (ποσοστό 22,6%) από το διαδίκτυο. Από τις υπόλοιπες το 3,6% (3 άτομα) έλαβαν περισσότερες πληροφορίες για τον ιό HPV από κάποια νοσηλεύτρια και οι υπόλοιποι από το σχολείο ή από ΜΜΕ Το μεγαλύτερο ποσοστό των πασχουσών (48 άτομα – ποσοστό 57,1%) πιστεύει ότι με τη γνωστοποίηση των αποτελεσμάτων του Παπ Τεστ θα έπρεπε ταυτόχρονα να τους είχε συσταθεί ψυχολογική υποστήριξη ενώ οι υπόλοιπες 42,9% (36 άτομα) πιστεύουν ότι δεν θα έπρεπε

Το μεγαλύτερο ποσοστό των πασχουσών (24 άτομα – ποσοστό 28,6%) οι αντιδράσεις τους κατά την ημέρα της γνωστοποίησης των αποτελεσμάτων του Παπ Τεστ με το οποίο έμαθαν ότι μολύνθηκαν από τον ιό HPV ήταν το κλάμα και 20 ακόμα (ποσοστό 23,8%) η οργή. Από τις υπόλοιπες το 19,0% (16 άτομα) οι αντιδράσεις τους ήταν «κάτι άλλο», στο 13,1% (11 άτομα) ο εκνευρισμός, στο 10,7% (9 άτομα) ο θυμός και για τις υπόλοιπες η ευερεθιστότητα, η αγανάκτηση και η επιθετικότητα Το μεγαλύτερο ποσοστό των πασχουσών (27 άτομα – ποσοστό 32,1%) τα συναισθήματά τους κατά την ημέρα της γνωστοποίησης των αποτελεσμάτων του Παπ Τεστ με το οποίο έμαθαν ότι μολύνθηκαν από τον ιό HPV ήταν ο φόβος, το 19,0% αυτών (16 άτομα) ήταν η μελαγχολία και 14 ακόμα (ποσοστό 16,7%) η ενοχοποίηση. Από τις υπόλοιπες το 11,9% (10 άτομα) τα συναισθήματά τους ήταν άρνηση της πραγματικότητας, στο 8,3% (7 άτομα) ήταν άγχος, στο 6,0% (5 άτομα) αυτοκτονικές τάσεις και για τις υπόλοιπες ήταν ντροπή, «κάτι άλλο» και

απόγνωση. Το μεγαλύτερο ποσοστό των πασχουσών (52 άτομα – ποσοστό 61,9%) ενημέρωσαν το σύντροφό τους αμέσως μετρά τη διάγνωση και άλλα 12 ακόμα (ποσοστό 14,7%) μέσα σε ένα μήνα. Από τις υπόλοιπες το 19,0% (16 άτομα) δεν ενημέρωσαν καθόλου το σύντροφό τους και οι υπόλοιπες σε κάποιο διάστημα από 1 μήνα μετά έως και σε πάνω από 2 χρόνια μετά. Αρνητική είναι η συσχέτιση της ηλικίας και του διαστήματος από τη διάγνωση και μετά που οι πάσχουσες ερωτηθείσες ενημέρωσαν το σύντροφό τους (Πίνακας 15) που σημαίνει ότι οι ερωτηθείσες πάσχουσες μικρότερης ηλικίας καθυστερούν περισσότερο να ενημερώσουν το σύντροφό τους έναντι των μεγαλύτερων. Η συσχέτιση όμως δεν είναι (οριακά) στατιστικά σημαντική ($R=-0,202$, $df = 84$, $p=0,066$ (NS)).

Το μεγαλύτερο ποσοστό των πασχουσών (38 άτομα – ποσοστό 45,2%) το άτομο που εμπιστεύθηκαν πρώτο όταν έμαθαν ότι μολύνθηκαν από τον ιό HPV ήταν άτομο της οικογένειας και 31 ακόμα (ποσοστό 36,9%) κάποιο γιατρό. Από τις υπόλοιπες το 10,79% (9 άτομα) εμπιστεύθηκαν πρώτο κάποιο φίλο/η και οι υπόλοιπες κάποιο άτομο ψυχικής υγείας ή κάποιο άγνωστο στο διαδίκτυο. Το μεγαλύτερο ποσοστό των πασχουσών (53 άτομα – ποσοστό 63,0%) δήλωσαν ότι η σεξουαλική τους ζωή δεν έχει επηρεαστεί ή έχει επηρεαστεί λίγο, άλλα 12 (ποσοστό 14,3%) δήλωσαν ότι έχει επηρεαστεί μέτρια ενώ αντίθετα το 22,6% (19 άτομα) δήλωσαν ότι έχει επηρεαστεί είτε πολύ είτε πάρα πολύ η σεξουαλική τους ζωή. Ισχυρά αρνητική είναι η συσχέτιση της ηλικίας και το πόσο επηρεάστηκε η σεξουαλική δραστηριότητα των πασχουσών που ερωτήθηκαν που σημαίνει ότι στις ερωτηθείσες πάσχουσες μικρότερης ηλικίας έχει επηρεαστεί περισσότερο η σεξουαλική δραστηριότητα έναντι των μεγαλύτερων. Η συσχέτιση που παρατηρείται είναι στατιστικά πολύ σημαντική ($R = -0,324$, $df = 84$, $p<0,01$). Το μεγαλύτερο ποσοστό των πασχουσών (45 άτομα – ποσοστό 53,6%) δήλωσαν ότι δεν έχουν παιδιά ενώ το υπόλοιπο 46,4% (39 άτομα) δήλωσε ότι έχει (58 άτομα – ποσοστό 69,0%) δήλωσαν ότι δεν θα τις φόβιζε μια ενδεχόμενη εγκυμοσύνη είτε θα τις φόβιζε λίγο, άλλα 14 (ποσοστό 16,7%) δήλωσαν ότι θα τις φόβιζε μέτρια ενώ αντίθετα το 14,3% (12 άτομα) δήλωσαν ότι θα τις φόβιζε μια ενδεχόμενη εγκυμοσύνη είτε πολύ είτε πάρα πολύ.

Διακρίνουμε στην έρευνα μας πως είναι πάρα πολύ ισχυρά αρνητική η συσχέτιση της ηλικίας και το πόσο θα φόβιζε τις πάσχουσες που ερωτήθηκαν μια ενδεχόμενη εγκυμοσύνη, που σημαίνει ότι στις ερωτηθείσες πάσχουσες μικρότερης ηλικίας τις φοβίζει πολύ περισσότερο το ενδεχόμενο μιας εγκυμοσύνης έναντι των μεγαλύτερων. Η συσχέτιση που παρατηρείται είναι στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ($R = -0,488$, $df = 84$, $p<0,0001$). Σε άλλες μελέτες φαίνεται ότι το άγχος αυξάνεται στις γυναίκες που ανησυχούν για το εάν και κατά πόσο είναι ικανές να κάνουν παιδιά στο μέλλον και σε εκείνες που αποφασίζουν να καθυστερήσουν μια ενδεχόμενη εγκυμοσύνη. Οι γυναίκες που πάσχουν από τον ιό Hpv και ανησυχούν για την γονιμότητά τους βρέθηκε ότι μπορεί να υπάρχει συσχέτιση με το φόβο που τους δημιουργεί η σκέψη μιας ακόλουθης θεραπείας.^{101,102}

Το μεγαλύτερο ποσοστό των πασχουσών (24 άτομα – ποσοστό 28,5%) δήλωσαν ότι δεν έχει επηρεασθεί η σχέση μεταξύ αυτών και των παιδιών τους από τη διάγνωση και μετά είτε ότι έχει επηρεαστεί λίγο, άλλα 11 (ποσοστό 13,1%) δήλωσαν ότι έχει επηρεαστεί μέτρια ενώ αντίθετα μόνο το 4,8% (4 άτομα) δήλωσαν ότι έχει επηρεαστεί είτε πολύ είτε πάρα πολύ η σχέση μεταξύ αυτών και των παιδιών τους και 45 άτομα (ποσοστό 53,6%) δήλωσαν ότι δεν έχουν παιδιά. Το μεγαλύτερο ποσοστό των πασχουσών (60 άτομα – ποσοστό 72,3%) δήλωσαν ότι δεν έχει επηρεαστεί η επαγγελματική τους ζωή είτε ότι έχει επηρεαστεί λίγο, άλλα 18 (ποσοστό 21,7%) δήλωσαν ότι έχει επηρεαστεί μέτρια ενώ αντίθετα το 6,0% (5 άτομα) δήλωσαν ότι έχει επηρεαστεί η επαγγελματική τους ζωή είτε πολύ είτε πάρα πολύ.

Δεν υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στο μορφωτικό επίπεδο και στο πόσο έχει επηρεαστεί η επαγγελματική ζωή των πασχουσών που ερωτήθηκαν αν και η αρνητική συσχέτιση του μορφωτικού επιπέδου και το πόσο έχει επηρεαστεί η επαγγελματική ζωή των πασχουσών που ερωτήθηκαν, σημαίνει ότι στις ερωτηθείσες πάσχουσες μικρότερου μορφωτικού επιπέδου έχει επηρεαστεί περισσότερο η επαγγελματική τους ζωή έναντι αυτών με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο.

Η συσχέτιση που παρατηρείται δεν είναι στατιστικά σημαντική ($R = -0,130$, $df = 84$, NS). Βάση μελέτης που δημοσιεύτηκε στο *British journal of cancer* το 2006 βρέθηκε μικρή σχετικά συσχέτιση όσον αφορά το άγχος και την αύξηση συμπτωμάτων.¹⁰⁰ Το μεγαλύτερο ποσοστό των πασχουσών (49 άτομα – ποσοστό 58,4%) δήλωσαν ότι δεν έχουν παρατηρήσει έξαρση των HPV συμπτωμάτων σε περιόδους έντονου άγχους. είτε ότι έχουν παρατηρήσει μικρή διαφορά, άλλα 19 άτομα (ποσοστό 22,6%) δήλωσαν ότι έχουν παρατηρήσει μέτρια έξαρση των HPV συμπτωμάτων ενώ αντίθετα το 19,0% (16 άτομα) δήλωσαν ότι έχουν παρατηρήσει έξαρση των HPV συμπτωμάτων είτε πολύ είτε πάρα πολύ. Βάση της δικής μας έρευνας διαπιστώνουμε ότι υπάρχει συσχέτιση άγχους και έξαρσης συμπτωμάτων.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των πασχουσών (37 άτομα – ποσοστό 44,0%) δήλωσαν ότι δεν κάπνιζαν πριν τη διάγνωση της HPV μόλυνσης, άλλα 24 (ποσοστό 28,6%) δήλωσαν ότι κάπνιζαν είτε λίγο είτε μέτρια ενώ το υπόλοιπο 27,3% (23 άτομα) δήλωσαν ότι κάπνιζαν είτε πολύ είτε πάρα πολύ πριν τη διάγνωση της HPV μόλυνσης. Το μεγαλύτερο ποσοστό των πασχουσών (40 άτομα – ποσοστό 47,6%) δήλωσαν ότι ούτε τώρα καπνίζει, άλλα 22 (ποσοστό 26,2%) δήλωσαν ότι καπνίζουν τώρα είτε λίγο είτε μέτρια ενώ το υπόλοιπο 26,2% (22 άτομα) δήλωσαν ότι καπνίζουν τώρα είτε πολύ είτε πάρα πολύ. Μια πιθανή εξήγηση του ευρήματος μπορεί να στηρίζεται στο ότι οι καπνιστές πιστεύουν ότι το κάπνισμα αυξάνει τον κίνδυνο για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

Τα κιλά που πήραν μετά τη διάγνωση της HPV μόλυνσης οι πάσχουσες ερωτηθείσες κυμάνθηκαν μεταξύ 0 και 10 κιλά με μέσο όρο τα 0,87 κιλά και τυπική απόκλιση τα 2,22 κιλά. Τα κιλά που έχασαν μετά τη διάγνωση της HPV μόλυνσης οι πάσχουσες ερωτηθείσες κυμάνθηκαν μεταξύ 0 και 15 κιλά με μέσο όρο τα 0,86 κιλά και τυπική απόκλιση τα 2,36 κιλά. Το σύνολο σχεδόν των πασχουσών (72 άτομα – ποσοστό 85,7%) δήλωσαν ότι δεν θεωρούν πως απομονώθηκαν από τους οικείους τους από τη διάγνωση και μετά είτε θεωρούν ότι έχουν απομονωθεί λίγο, άλλα 6 (ποσοστό 7,1%) θεωρούν ότι έχουν απομονωθεί μέτρια ενώ μόνο το 7,2% (6 άτομα) θεωρούν ότι έχουν απομονωθεί είτε πολύ είτε πάρα πολύ.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των πασχουσών (34 άτομα – ποσοστό 40,5%) θεωρούν ότι κοιμούνται μέτρια άνετα μετά τη διάγνωση της HPV λοίμωξης, άλλα 17 (ποσοστό 20,3%) θεωρούν ότι είτε κοιμούνται καθόλου είτε λίγο άνετα ενώ αντίθετα το 39,3% (33 άτομα) θεωρούν ότι είτε κοιμούνται πολύ είτε πάρα πολύ άνετα μετά τη διάγνωση της HPV λοίμωξης. Το μεγαλύτερο ποσοστό των πασχουσών (36 άτομα – ποσοστό 42,8%) θεωρούν ότι αισθάνονται είτε καθόλου είτε λίγο συχνά κόπωση κατά τη διάρκεια της ημέρας, άλλα 30 (ποσοστό 35,7%) θεωρούν ότι αισθάνονται μέτρια συχνά κόπωση ενώ αντίθετα το 21,5% (18 άτομα) θεωρούν ότι είτε αισθάνονται πολύ είτε πάρα πολύ κόπωση κατά τη διάρκεια της ημέρας. Το μεγαλύτερο ποσοστό των πασχουσών (38 άτομα – ποσοστό 45,2%) θα χαρακτήριζαν τον ύπνο τους είτε πολύ είτε πάρα πολύ ήρεμο, άλλα 31 (ποσοστό 36,9%) θα τον χαρακτήριζαν μέτρια ήρεμο ενώ αντίθετα το 17,8% (15 άτομα) θα χαρακτήριζαν τον ύπνο τους είτε καθόλου είτε λίγο ήρεμο. Μοιρασμένα είναι τα ποσοστά των απόψεων των πασχουσών από HPV όσον αφορά το φόβο για υποτροπή της νόσου σε καρκίνο τραχήλου μήτρας. Έτσι, το 42,8% (36 άτομα) φοβάται είτε καθόλου είτε λίγο για υποτροπή της νόσου και ίδιου αριθμού άτομα είτε φοβούνται πολύ είτε πάρα πολύ και άλλα 12 (ποσοστό 14,3%) φοβούνται μέτρια για υποτροπή της νόσου σε καρκίνο τραχήλου μήτρας. Το μεγαλύτερο ποσοστό των πασχουσών (62 άτομα – ποσοστό 73,8%) δήλωσαν ότι από τη διάγνωση τους και ύστερα δεν έχουν απευθυνθεί σε κάποιον ιερέα ενώ το υπόλοιπο 26,2% (22 άτομα) δήλωσε ότι έχει. Το μεγαλύτερο ποσοστό των πασχουσών (57 άτομα – ποσοστό 67,9%) θεωρούν ότι είτε δεν έχουν έρθει είτε έχουν έρθει λίγο πιο κοντά στη θρησκεία από τη γνωστοποίηση της HPV μόλυνσης και μετά, άλλα 7 (ποσοστό 8,3%) θεωρούν ότι έχουν έρθει μέτρια ενώ το υπόλοιπο 23,8% (20 άτομα) θεωρούν ότι είτε έχουν έρθει πολύ είτε πάρα πολύ πιο κοντά στη θρησκεία. Το μεγαλύτερο ποσοστό των πασχουσών από HPV (67 άτομα – ποσοστό 79,8%) δήλωσε ότι δεν έχουν χρησιμοποιήσει εναλλακτικές μεθόδους πλην της Ιατρικής για την αντιμετώπιση του ιού HPV ενώ το υπόλοιπο 20,2% (17 άτομα) δήλωσε ότι έχει. Σε παρόμοια ποσοστά οι πάσχουσες από HPV οποιουδήποτε μορφωτικού επιπέδου δήλωσαν ότι δεν έχουν χρησιμοποιήσει εναλλακτικές μεθόδους πλην της Ιατρικής για την αντιμετώπιση του ιού HPV, εκτός των αποφοίτων Δημοτικού που δήλωσαν ότι το έχουν κάνει σε ποσοστό 71,4% και των αποφοίτων γυμνασίου που το έχουν

κάνει στο σύνολό τους. Οι διαφορές που παρατηρούνται είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2 = 17,107$, $df = 7$, $p < 0,05$).

Το μεγαλύτερο ποσοστό των πασχουσών (10 άτομα – ποσοστό 41,7%) έχουν χρησιμοποιήσει την ομοιοπαθητική ως εναλλακτική μέθοδο πλην της Ιατρικής για την αντιμετώπιση του ιού HPV, άλλα 5 (ποσοστό 20,8%) έχουν χρησιμοποιήσει τη βοτανολογία, άλλα 4 (ποσοστό 16,7%) την αγιουβέρδα και ακολουθούν οι υπόλοιπες εναλλακτικές μέθοδοι με μικρότερα ποσοστά. Το σύνολο σχεδόν των πασχουσών (76 άτομα – ποσοστό 90,5%) δήλωσαν ότι δεν θα συμμετείχαν σε κάποιο ιατρικό πείραμα με αναμφίβολα αποτελέσματα ενώ το υπόλοιπο 9,5% (8 άτομα) δήλωσε ότι θα συμμετείχε. Το μεγαλύτερο ποσοστό των πασχουσών (32 άτομα – ποσοστό 38,1%) θεωρούν τον καρκίνο ως τη μεγαλύτερη φοβία τους από τη διάγνωση του ιού HPV και μετά και 26 ακόμα (ποσοστό 31,0%) το θάνατο. Άλλα 11 (ποσοστό 13,1%) θεωρούν τη μετάδοση του ιού στο έμβρυο ως τη μεγαλύτερη φοβία τους και ακολουθούν άλλες φοβίες με μικρότερα ποσοστά. Με έρευνα που έγινε σε Βρετανίδες, Ινδές, Πακιστανές και Αφρικανές πάσχουσες από Hpv στην Αγγλία φάνηκε ότι οι γυναίκες υπέστησαν σοκ, ανησυχίες και φόβους όταν ενημερώθηκαν ότι ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας οφείλεται σε αυτό το σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα.¹⁰⁴ Το μεγαλύτερο ποσοστό των πασχουσών (47 άτομα – ποσοστό 56,0%) δήλωσαν ότι δεν γνωρίζουν τι είναι το DNA Testing ενώ το υπόλοιπο 44,0% (37 άτομα) δήλωσε ότι γνωρίζει.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των πασχουσών (62 άτομα – ποσοστό 73,8%) προφανώς δήλωσαν ότι θα ήθελαν να μάθουν από ποιο στέλεχος του ιού έχουν προσβληθεί εάν είχαν αυτή τη δυνατότητα ενώ το υπόλοιπο 26,2% (22 άτομα) δήλωσε ότι δεν θα ήθελε. Συγκρίνοντας τα αποτελέσματα του DNA Testing με αυτά της επιλογής της γνώσης ή της άγνοιας του στελέχους του ιού που έχουν προσβληθεί οι πάσχουσες μπορούμε να υποθέσουμε ότι δεν επαρκεί η ενημέρωση που λαμβάνουν από τους επαγγελματίες υγείας. Το μεγαλύτερο ποσοστό των πασχουσών (17 άτομα – ποσοστό 20,2%) αισθάνονται απογοήτευση για το σύντροφο – φίλο που τους μετέδωσε τον ιό του HPV και κάποια άλλα συναισθήματα (16 άτομα – ποσοστό 19,0%). Άλλα 12 (ποσοστό 14,3%) αισθάνονται μίσος και θυμό για το σύντροφο – φίλο που τους μετέδωσε τον ιό, άλλα 11 (ποσοστό 13,1%) αισθάνονται απέχθεια και άλλα 9 (ποσοστό 10,7%) αισθάνονται αμφιβολίες ενώ ακολουθούν και άλλα συναισθήματα με μικρότερα ποσοστά. Και σε αυτό το σημείο μπορούμε να υποθέσουμε ότι οι πληροφορίες που έχουν λάβει από τους επαγγελματίες υγείας δεν είναι επαρκείς. Επειδή αν είχαν ενημερωθεί σωστά θα έπρεπε να γνωρίζουν ότι δεν μπορούν να είναι σίγουρες για το πότε κόλλησαν τον ιό και από ποιον. Το μεγαλύτερο ποσοστό των πασχουσών (74 άτομα – ποσοστό 88,1%) δήλωσαν ότι θα συμβούλευαν άλλους ανθρώπους για τον ιό ώστε να προσέχουν, ακόμα και εάν αυτή τη στιγμή που μιλάμε, είναι ήδη φορείς του ιού HPV ενώ το υπόλοιπο 11,9% (10 άτομα) δήλωσε ότι δεν θα το έκανε.

Το σύνολο των πασχουσών προφανώς δήλωσε ότι θα επιθυμούσαν πριν την έναρξη της σεξουαλικής τους ζωής να γνώριζαν περισσότερα για τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα (ΣΜΝ). Τη γνώση αυτή θα ήθελαν να την πάρουν σύμφωνα με το μεγαλύτερο ποσοστό των πασχουσών (40 άτομα – ποσοστό 47,6%) από κάποιο γιατρό και άλλα 31 (ποσοστό 36,9%) να την πάρουν στο σχολείο και ακολουθούν άλλοι που θα μπορούσαν να προσφέρουν τη γνώση αυτή με μικρότερα ποσοστά. Το μεγαλύτερο ποσοστό των πασχουσών (31 άτομα – ποσοστό 36,9%) θεωρούν ότι η ενημέρωσή τους όσον αφορά τον ιό HPV είναι μέτρια και άλλα 28 (ποσοστό 33,3%) θεωρούν την ενημέρωσή τους είτε πολύ καλή είτε άριστη ενώ αντίθετα το υπόλοιπο 29,7% (25 άτομα) θεωρούν ότι η ενημέρωσή τους όσον αφορά τον ιό HPV είναι είτε πολύ κακή είτε κακή. Το μεγαλύτερο ποσοστό των πασχουσών (31 άτομα – ποσοστό 36,9%) θεωρούν ότι η αντιμετώπισή τους όσον αφορά τον ιό HPV είναι είτε πολύ καλή είτε άριστη ενώ άλλα 27 (ποσοστό 32,1%) θεωρούν την αντιμετώπισή τους τόσο μέτρια όσο και είτε πολύ κακή είτε κακή.^{103,104}

ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΕΡΕΥΝΑΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΓΝΩΣΤΙΚΟ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ

Από τους εργαζόμενους που συμμετείχαν στην έρευνα το 14,0% είναι άνδρες και το 84,0% γυναίκες, ενώ δύο δεν απάντησαν.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των εργαζομένων (36%) είναι ηλικίας έως 29 ετών και σημαντικό ποσοστό (28%) από 40 έως 49 ετών. Το 10% δεν δήλωσε την ηλικία του. Το 47% έχουν πτυχίο Τεχνολογικής Εκπαίδευσης, μόνο 6% Ανώτατης Εκπαίδευσης, 25% Επαγγελματικής Σχολής, ενώ 3% δεν απάντησε. Από τους εργαζόμενους που συμμετείχαν στην έρευνα ένα συντριπτικό ποσοστό το 90% δήλωσε ότι γνωρίζει για τον ιό HPV, μόνο το 8% δήλωσε άγνοια, ενώ 2% δεν απάντησε.

Μόνο το 52% των εργαζομένων δηλώνει ότι πληροφορήθηκε για τον ιό στο χώρο εκπαίδευσής του, το 42% ότι είχε πληροφόρηση από γιατρό, ενώ ένα σημαντικό ποσοστό συμπεριλαμβάνει στις πηγές πληροφόρησης τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης. Σημειώνεται ότι το 22% συμπεριλαμβάνει σχετικό σεμινάριο στις πηγές πληροφόρησης. Αξιοσημείωτο είναι ότι το 64% αναγνωρίζει την ανάγκη υποβολής σε Παπ τεστ ανά έτος, αλλά μόνο 12% αναγνωρίζει ότι πρέπει να γίνεται ανά έτος και όποτε κρίνει ο γιατρός απαραίτητο.

Σημαντική είναι η διασπορά των ποσοστών στις ποικίλες εναλλακτικές απαντήσεις ενώ το 3% δεν έδωσε καμιά απάντηση. Στην ερώτηση για την αναγνώριση των συμπτωμάτων του ιού το 60% συμπεριέλαβε τους μικρούς σπίλους ως γνώριμο σύμπτωμα του ιού.

Ο πόνος, ο κνησμός και η αιμορραγία αναγνωρίστηκαν σε ποσοστό 37%, 35% και 27% αντίστοιχα ενώ η έκκριση υγρών 38% και δύσοσμων υγρών 34%.

Ο πονοκέφαλος αναγνωρίστηκε ως σύμπτωμα από το 6% του δείγματος. Τα αποτελέσματα των ερωτήσεων που αφορούν την άποψη για την ύπαρξη του ιού στα ζώα και την δυνατότητα μετάδοσης του ιού μεταξύ ζώου και ανθρώπου, πιο συγκεκριμένα οι απόψεις για την ύπαρξη του ιού διαμοιράζονται με ποσοστό 41%, ενώ το 18% των εργαζομένων δεν απάντησε.

Πάντως το 47% πιστεύει ότι δεν μεταδίδεται από τα ζώα στον άνθρωπο και αντίστροφα ενώ ένα σημαντικό ποσοστό 34% δεν εξέφρασε καμία άποψη.

Σε ό,τι αφορά τον τρόπο μετάδοσης του ιού το 96% αναγνωρίζει σαν τρόπο μετάδοσης την σεξουαλική επαφή ενώ το 43% γενικά την βλεννογονική επαφή. Στις υπόλοιπες επιλογές τα ποσοστά αναγνώρισης κυμαίνονται από 19% έως 29%,5 ενώ ένα 3% θεωρεί την χειραγία ως τρόπο μετάδοσης του ιού HPV.

Συνεχίζοντας αξίζει να αναφερθεί ότι σε σχετική ερώτηση το 82% δηλώνει ότι ο ιός μεταδίδεται και στα δύο φύλα. Παρατηρούμε ότι το 1% δηλώνει πως ο ιός μεταδίδεται μόνο σε άνδρες. Το 72% επίσης δηλώνει ότι ασθενείς που έχουν μολυνθεί ήδη από ένα στέλεχος του ιού

μπορούν να μολυνθούν ταυτόχρονα και από άλλο, και το 49% ότι η μυρμηγκιά οφείλεται σε κάποιο στέλεχος του ιού.

Τέλος σε ό,τι αφορά την θεραπεία του ιού το 24% δηλώνει ότι το Thin Prep αποτελεί μέθοδο θεραπείας του ιού, το 42% πως όχι ενώ το 34% δεν απάντησε. Μόνο το 40% δηλώνει ότι γνωρίζει τι είναι το DNA TESTING, το 35% δηλώνει άγνοια ενώ το 25% δεν απάντησε. Σε ερώτηση που αφορά τα συναισθήματα που θα είχε ένας νοσηλευτής ή νοσηλεύτρια σε περίπτωση μόλυνσης από τον ιό HPV, ο φόβος και το άγχος έχουν το μεγαλύτερο ποσοστό, 54% και 56% αντίστοιχα και ακολουθεί η απογοήτευση με ποσοστό 31%.

Σε σχετική ερώτηση το 60% των νοσηλευτών και νοσηλευτριών απάντησε ότι μπορεί να προσφέρει μόνο στήριξη σε γυναίκες που πάσχουν, το 8% μόνο επαρκείς πληροφορίες σε ότι αφορά τον ιό, το 26% πιστεύει ότι μπορεί να προσφέρει και τα δύο, ενώ το 6% δεν απάντησε. Η δημοφιλέστερη συμβουλή που θα έδιναν οι νοσηλευτές ή νοσηλεύτριες του δείγματος σε πάσχουσες από τον ιό γυναίκες είναι να κάνουν συχνά Παπ Τεστ (82%), ενώ ακολουθούν με 69% να είναι θετικές στη θεραπεία και με 54% να έχουν σταθερές σεξουαλικές επαφές. Ένα 2% θα τις συμβούλευε να μην δώσουν καμία σημασία στον ιό. Σε σχετικό ερώτημα οι περισσότεροι νοσηλευτές πιστεύουν ότι οι γυναίκες που έχουν μολυνθεί χρήζουν ψυχολογικής υποστήριξης (71%) ενώ το 6% δεν απάντησε.

Στην ερώτηση αν το Παπ τεστ είναι 100% σίγουρη διαγνωστική μέθοδος οι απόψεις είναι μοιρασμένες με το 49% να απαντάει αρνητικά και το 45% θετικά. Τέλος η κακή πρόληψη (67%) και η κακή ενημέρωση (64%) θεωρούνται από το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος ως βασικές αιτίες μετάδοσης του ιού. Με την παρούσα μελέτη επιχειρήθηκε μια περιγραφική έρευνα, του συγκεκριμένου εργασιακού χώρου.

Εντούτοις διενεργήθηκαν έλεγχοι για την συσχέτιση των αποτελεσμάτων ανά μεταβλητή με χρήση του κριτηρίου Pearson. Το επίπεδο σημαντικότητας 0,05 θεωρείται ότι είναι το επίπεδο των σημαντικών διαφορών. Λόγω του πλήθους και της ποικιλίας των μεταβλητών έγινε επιλογή σε αυτές που θεωρήθηκαν πιο σημαντικές και αναμενόταν συσχέτιση.

Αρχικά ελέγχθηκε αν το επίπεδο εκπαίδευσης σχετίζεται με το εάν στις πηγές πληροφόρησης για τον ιό συμπεριλαμβανόταν ή όχι η σχολή εκπαίδευσης και κάποιο πιθανό σεμινάριο. Από τον έλεγχο προέκυψε ότι το επίπεδο εκπαίδευσης σχετίζεται με τις περιπτώσεις που στις πηγές πληροφόρησης για τον ιό συμπεριλαμβανόταν η σχολή εκπαίδευσης αλλά όχι με αυτές που συμπεριλαμβανόταν και κάποιο πιθανό σεμινάριο, με συντελεστή συσχέτισης ($P=0,027$).

Συγκεκριμένα από τους αποφοίτους ΤΕΙ/ ΑΤΕΙ το 74% είχε συμπεριλάβει την σχολή στις πηγές πληροφόρησης για τον ιό ενώ σε ότι αφορά τους απόφοιτους ΤΕΕ, ΙΕΚ και ΑΕΙ αυτό το δηλώνει μόνο ένας στους τρεις περίπου. Επίσης παρατηρήθηκε και συσχέτιση μεταξύ όσων είχαν συμπεριλάβει την σχολή σαν πηγή πληροφόρησης για τον ιό και όσων είχαν συμπεριλάβει και το

πιθανό σεμινάριο ($P=0,027$). Συγκεκριμένα μόνο το 12% του δείγματος είχε συμπεριλάβει και τα δύο ως πηγή πληροφόρησης για τον ιό.

Παρατηρήθηκε ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου εκπαίδευσης και της ερώτησης για την συχνότητα υποβολής σε Παπ Τεστ, αλλά μόνο στις απαντήσεις που περιλάμβαναν χρονικό προσδιορισμό ($P=0,029$). Δεν παρατηρήθηκε ισχυρή συσχέτιση με τις επιλογές «Όποτε ο γιατρός κρίνει απαραίτητο», «Όποτε η ασθενής κρίνει απαραίτητο» και «ποτέ» ($P=0,739$), πιθανόν λόγω του μικρού δείγματος.

Ελέγχθηκε επίσης αν συσχετίζεται το φύλο και το επίπεδο εκπαίδευσης με την άποψη για την μετάδοση του ιού στα δύο φύλα. Από τον έλεγχο προέκυψε ότι το φύλο δεν εμφάνισε ισχυρή συσχέτιση ($P=0,62$), αντίθετα υπήρχε συσχέτιση με το επίπεδο εκπαίδευσης ($P=0,017$).

Σε έλεγχο που έγινε για το εάν συσχετίζεται το φύλο, το επίπεδο εκπαίδευσης και η ηλικία με τα πιθανά αισθήματα που θα ένιωθε αν είχε μολυνθεί ένας νοσηλευτής από τον ιό δεν εμφανίστηκαν ισχυρές συσχετίσεις με βάση το παρόν δείγμα. Συσχέτιση βρέθηκε μόνο μεταξύ της ηλικίας και του αισθήματος του φόβου ($P=0,044$) και τάσεις σε σχέση με τα αισθήματα του άγχους ($P=0,264$), των φοβιών ($P=0,23$), της απογοήτευσης ($P=0,33$) και της απελπισίας ($P=0,29$). Συγκεκριμένα για τον φόβο προέκυψε ότι οι μεγαλύτερες ηλικίες συμπεριλαμβάνουν τον φόβο στα πιθανά συναισθήματα σε μεγαλύτερο ποσοστό. Τέλος, ελέγχθηκε η πιθανότητα συσχετισμού του φύλου, της ηλικίας και του επιπέδου εκπαίδευσης με την άποψη, για το εάν οι γυναίκες που έχουν μολυνθεί από τον ιό HPV χρήζουν ψυχολογικής υποστήριξης, όπως και για το που οφείλεται η μετάδοση του ιού και δεν βρέθηκε καμιά ισχυρή συσχέτιση στο παρόν δείγμα.

Συμπεράσματα

Ένα σημαντικό ποσοστό των νοσηλευτών έχουν σχετικά καλή κατάρτιση σε ό,τι αφορά τον ιό HPV, ενώ υπάρχει και ένα μεγάλο ποσοστό, που νομίζει ότι έχει κατάρτιση. Οι πάσχουσες του ιού HPV χρήζουν ψυχολογικής υποστήριξης και αυτό συμπεραίνεται διαμέσου και των δυο ερευνών.

Παρόλο που ο αιώνας μας χαρακτηρίζεται από ιατρικά επιτεύγματα και ιατρικά <<Θαύματα>>, ο κλάδος των επαγγελματιών υγείας ασχολείται κυρίως με την ίαση και όχι με την πρόληψη. Αυτό σαν άποψη πηγάζει μέσα από τις δυο έρευνες που πραγματοποιήσαμε. Δεν υφίσταται η απαραίτητη παροχή πληροφοριών και γνώσεων, ούτε ως προς το κοινό για να προλαμβάνει πιθανή μόλυνση από κάποιο στέλεχος του ιού, ούτε ως προς τους ασθενείς, πρώτον για να αποφύγουν να μεταδώσουν τον ιό, δεύτερον για να αποφύγουν πιθανή επιμόλυνση από άλλο στέλεχος του ιού και τρίτον για να μπορέσουν να προφυλάξουν τον οργανισμό τους από τα συμπτώματα του ιού. Το πιο σημαντικό είναι ότι δεν παρέχεται η απαραίτητη κατάρτιση στο νοσηλευτικό προσωπικό έτσι ώστε να μπορεί να συνδράμει παρέχοντας πρωτογενή κάλυψη στον πληθυσμό. Επίσης παρατηρούμε ότι δεν υπάρχει εν δυνάμει ψυχολογική υποστήριξη στις πάσχουσες και ότι οι επαγγελματίες υγείας επικεντρώνονται στην σωματική ίαση, παραβλέποντας έναν πολύ βασικό τομέα, τον τομέα που ασχολείται με την ψυχή των ασθενών. Το νοσηλευτικό προσωπικό καλούμε να λάβει την θέση μιας ασθενούς που μόλις προσβλήθηκε από τον ιό HPV, παρουσίασε αισθήματα φόβου, άγχους, απογοήτευσης και απελπισίας και αμέσως μετά μας δήλωσε ότι οι πάσχουσες χρήζουν ψυχολογικής υποστήριξης. Παρατηρούμε ότι υπάρχει άμεση συσχέτιση με τα αισθήματα που παρουσιάζουν οι γυναίκες που πάσχουν από τον ιό HPV.

Προτάσεις

- ▼ Στο πέρας της εργασίας μας και μέσω όλων των γνώσεων που αποκτήσαμε θα μπορούσαμε να προτείνουμε, καταρχήν στους συναδέλφους μας, νοσηλευτές να μην θεωρούν ποτέ ότι οι γνώσεις τους είναι επαρκείς και να κοιτούν να ενημερώνονται διαρκώς, μέσω σεμιναρίων, του διαδικτύου ελληνικής και ξένης βιβλιογραφίας ή από όποια άλλη έγκυρη πηγή μπορούν, για να είναι ικανοί να προάγουν πρωτογενή κάλυψη και στήριξη στον πληθυσμό.
- ▼ Στην εποχή μας το διαδίκτυο έχει διεισδύσει στην πραγματικότητα όλων μας οπότε θα μπορούσαμε να παρέχουμε επαρκείς πληροφορίες και καθοδήγηση όσον αφορά τον τομέα της υγείας μέσω ενός προγράμματος σχεδιασμένου σωστά από ειδικούς και με την βοήθεια όσων από εμάς μπορούμε να την προσφέρουμε.
- ▼ Επειδή ο αιώνας μας χαρακτηρίζεται από την εξειδίκευση καλό θα ήταν αφού λαμβάνουμε γενικές γνώσεις να μπορούμε να εξειδικεύουμε την περαιτέρω επαγγελματική μας εξέλιξη.
- ▼ Θα πρέπει να κοιτούμε έναν ασθενή σαν ολότητα, ψυχή και σώμα. Όταν βλέπουμε σημάδια διαταραχής της ψυχικής ισορροπίας των ασθενών είναι πρόπον να τον παραπέμπουμε σε επαγγελματία ψυχικής υγείας.
- ▼ Και τέλος καλό θα ήταν να προάγουμε την κοινοτική νοσηλευτική στην χώρα μας έτσι ώστε να προλαμβάνουμε και όχι να θεραπεύουμε.

Περίληψη

Σκοπός της έρευνάς μας είναι να προσδιορίσουμε τις ψυχολογικές επιπτώσεις του ιού HPV στις πάσχουσες γυναίκες, και να προσδιοριστεί η θέση, η στάση και οι γνώσεις του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στις ψυχολογικές επιπτώσεις του ιού στις πάσχουσες. Η έρευνα που αφορά τις πάσχουσες έλαβε χώρα σε νοσοκομεία και ιδιωτικά γυναικολογικά ιατρεία της Αθήνας και συμμετείχαν 84 γυναίκες πάσχουσες από HPV, ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση. Ως όργανο μέτρησης χρησιμοποιήθηκε γραπτό ερωτηματολόγιο, αποτελούμενο από 28 ερωτήσεις.

Η δεύτερη έρευνα έλαβε χώρα σε νοσοκομεία και ιδιωτικές κλινικές της Αθήνας και της Πάτρας και συμμετείχαν 100 νοσηλεύτριες. Ως όργανο μέτρησης χρησιμοποιήθηκε γραπτό ερωτηματολόγιο, αποτελούμενο από 20 ερωτήσεις. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν από τον Οκτώβριο έως και τον Δεκέμβριο του 2009 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.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου διαρκούσε περίπου 20 λεπτά της ώρας.

Το πρόγραμμα που χρησιμοποιήθηκε για την εισαγωγή των κωδικοποιημένων δεδομένων και τη στατιστική επεξεργασία τους ήταν το SPSS.

Ο στατιστικός έλεγχος που χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο των διαφορών ήταν το χ^2 . Κατά τη στατιστική ανάλυση και επεξεργασία των δεδομένων οι διαφορές και συσχετίσεις που προκύπτουν θεωρούνται στατιστικά σημαντικές αν και μόνο αν αντιστοιχούν σε πιθανότητα $p < 0,05$.

Αποτελέσματα: Το επίπεδο εκπαίδευσης συσχετίζεται με τις περιπτώσεις που στις πηγές πληροφόρησης για τον ιό συμπεριλαμβανόταν η σχολή εκπαίδευσης αλλά όχι με αυτές που συμπεριλαμβανόταν και κάποιο πιθανό σεμινάριο, με συντελεστή συσχέτισης ($P=0,027$). Συγκεκριμένα, από τους αποφοίτους ΤΕΙ/ΑΤΕΙ το 74% είχε συμπεριλάβει την σχολή στις πηγές πληροφόρησης για τον ιό ενώ σε ότι αφορά τους απόφοιτους ΤΕΕ, ΙΕΚ και ΑΕΙ αυτό το δηλώνει μόνο ένας στους τρεις περίπου.

Επίσης παρατηρήθηκε και συσχέτιση μεταξύ όσων είχαν συμπεριλάβει την σχολή σαν πηγή πληροφόρησης για τον ιό και όσων είχαν συμπεριλάβει και το πιθανό σεμινάριο ($P=0,027$). Συγκεκριμένα μόνο το 12% του δείγματος είχε συμπεριλάβει και τα δύο ως πηγή πληροφόρησης για τον ιό.

Επιπλέον, παρατηρήθηκε ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου εκπαίδευσης και της ερώτησης για την συχνότητα υποβολής σε Παπ Τεστ, αλλά μόνο στις απαντήσεις που περιλάμβαναν χρονικό προσδιορισμό ($P=0,029$).

Συσχέτιση βρέθηκε μόνο μεταξύ της ηλικίας και του αισθήματος του φόβου ($P=0,044$) και τάσεις σε σχέση με τα αισθήματα του άγχους ($P=0,264$), των φοβιών ($P=0,23$), της απογοήτευσης ($P=0,33$) και της απελπισίας ($P=0,29$). Συγκεκριμένα, για τον φόβο προέκυψε ότι οι μεγαλύτερες ηλικίες συμπεριλαμβάνουν τον φόβο στα πιθανά συναισθήματα σε μεγαλύτερο ποσοστό.

Σε πολύ μεγαλύτερα ποσοστά οι πάσχουσες από HPV με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο (απόφοιτες ΑΕΙ 57,7%, απόφοιτες ΤΕΙ 72,2% απόφοιτες ΤΕΕ 100,0%) γνώριζαν τον HPV πριν μολυνθούν έναντι αυτών με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο (Λύκειο 57,1%, Γυμνάσιο 0,0%, Δημοτικό 14,3%).

Οι διαφορές που παρατηρούνται είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2 = 16,254$, $df = 7$, $p < 0,05$). Σε πολύ μεγαλύτερα ποσοστά οι πάσχουσες από HPV σε όλα τα ηλικιακά διαστήματα μετά την έναρξη της σεξουαλικής τους επαφής υποβαλλόντουσαν συχνά σε Παπ τεστ σε ποσοστά άνω του 80% (οι πάσχουσες 20-29 ετών σε ποσοστό 81,5%, οι πάσχουσες 30-39 ετών σε ποσοστό 92,3% και το σύνολο των πασχουσών 50-59 ετών έναντι αυτών με ηλικία 40-49 ετών που υποβαλλόντουσαν συχνά σε Παπ τεστ σε ποσοστό 44,4% και αυτών με ηλικία 12-19% που υποβαλλόντουσαν συχνά σε Παπ τεστ σε ποσοστό 37,5%). Οι διαφορές που παρατηρούνται είναι στατιστικά πάρα πολύ σημαντικές ($\chi^2 = 21,943$, $df = 4$, $p < 0,0001$).

Πάρα πολύ ισχυρά αρνητική είναι η συσχέτιση της ηλικίας και το πόσο θα φόβιζε τις πάσχουσες που ερωτήθηκαν μια ενδεχόμενη εγκυμοσύνη, που σημαίνει ότι στις ερωτηθείσες πάσχουσες μικρότερης ηλικίας τις φοβίζω πολύ περισσότερο το ενδεχόμενο μιας εγκυμοσύνη έναντι των μεγαλύτερων. Η συσχέτιση που παρατηρείται είναι στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ($R = -0,488$, $df = 84$, $p < 0,0001$).

Οι πάσχουσες από HPV οποιουδήποτε μορφωτικού επιπέδου δήλωσαν ότι δεν έχουν χρησιμοποιήσει εναλλακτικές μεθόδους πλην της Ιατρικής για την αντιμετώπιση του ιού HPV, εκτός των αποφοίτων Δημοτικού που δήλωσαν ότι το έχουν κάνει σε ποσοστό 71,4% και των αποφοίτων γυμνασίου που το έχουν κάνει στο σύνολό τους. Οι διαφορές που παρατηρούνται είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2 = 17,107$, $df = 7$, $p < 0,05$). Οι πάσχουσες του ιού Hpv χρήζουν ψυχολογικής υποστήριξης και αυτό συμπεραίνεται διαμέσου της πραγματοποίησης και των δυο ερευνών.

Συμπερασματικά, οι γυναίκες που πάσχουν από τον ιό Hpv χρήζουν ψυχολογικής υποστήριξης και δεν λαμβάνουν επαρκείς πληροφορίες από τους επαγγελματίες υγείας. Παρόλο που ο αιώνας μας χαρακτηρίζεται από ιατρικά επιτεύγματα και ιατρικά <<Θαύματα>>, ο κλάδος των επαγγελματιών υγείας ασχολείται κυρίως με την ίαση και όχι με την πρόληψη Η θέση της

νοσηλευτικής είναι υποστηρικτική και οι γνώσεις των νοσηλευτών ανεπαρκείς. Δεν υπάρχει εν δυνάμει ψυχολογική υποστήριξη στις πάσχουσες και οι επαγγελματίες υγείας επικεντρώνονται στην σωματική ίαση, παραβλέποντας έναν πολύ βασικό τομέα, τον τομέα που ασχολείται με την ψυχή των ασθενών.

Βιβλιογραφία

1. Σούρας Δ, Φοβοφοβίες, Ανάλυση, επίτομος, Εκδόσεις Κάκτος, Αθήνα, 2006,σ. 58
2. Σαχίνη-Καρδάση Α, Μεθοδολογία έρευνας, Β' Έκδοση, επίτομος, Γ' επανέκδοση, ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα, 2004
3. Παναγιωτόπουλου Ι, Ο σύγχρονος άνθρωπος, Επίτομος, Εκδόσεις των φίλων, Αθήνα,1997
4. Shapiro P. J, Μαιευτική και Γυναικολογική Νοσηλευτική, Επιμέλεια: Γεωργιόπουλος Α, Μετάφραση Σιορφανέ Α, Επανεκδοση, Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα, 2001, σ.27
5. Almadrones Lois A, Colvin-Huff Beth: A gynecologic Oncology Nursing Perspective:Psychosocial implications Women and Cancer: Second Edition
6. Μορτάκης Α, Μόλυνση από τους ιούς HPV, επίτομος, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, 1999
7. Δοντάς Ν, Μπεσμπέας Σ, Πατηράκη Ε, Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής και Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας, επίτομος, Αθήνα, 2004
8. Αγοραστός Θ, Βαβίλης Δ, Μπόντης Ι.Ν, Λοίμωξη από τον ιό ανθρώπινων θηλωμάτων, Επίτομος, Εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 2008
9. Pfister H,: The role of human papillomavirus in Anogenital cancer. Obstet Gynecol Clin N Amer 1996;23:579-598
10. Αγοραστός Θ, 2^ο Εκπαιδευτικό Σεμινάριο με Πρακτική Άσκηση στην Κολποσκόπηση, 7-8/11/08
11. Κανιτάκης Κ, Δερματολογία-αφροδισιολογία, επίτομος, εκδόσεις αφοι Σάκκουλα, Θεσσαλονίκη, 1975, σ.128
12. Χρυσομάλλης Φ, Δερματολογία-αφροδισιολογία, επίτομος, εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 2005
13. Κουρούνης Γ, Παθολογία τραχήλου μήτρας- Κολποσκόπηση, Επιμέλεια Αφοι Μιχαηλίδη Ε, Β' Έκδοση, Αθήνα, 1991
14. Gissmann L, Immunologic responses to human papillomavirus infections, 1996
15. Wilbur D, Dudeshter B, Angel C et al: Use of thin layer preparations for gynecologic smears with emphasis on the cytomorphology of high grade intraepithelial lesions and carcinoma diagn, cytopathol 1996;14:201-11
16. Μιχαήλ Κ, Τα εμβόλια για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, 1/09, Νοσηλευτικό Δελτίο ΕΣΝΕ, Εκδόσεις Βήτα, τεύχος 146, σ. 4
17. *British Medical Journal*, Are condoms the answer to rising rates of non-HIV sexually transmitted infection? 01/08

18. *Αγοραστός Θ, Μπόντης Ι.Ν*, Πρόληψη και γυναικολογική ογκολογία, Εκδόσεις University studio Press, Θεσσαλονίκη, 2003
19. *Κυριακίδου Θ.Ε*, Κοινωνική Νοσηλευτική, επίτομος, έκδοση 5^η, εκδόσεις Ταβιθά, Αθήνα, 2004, σ.77,81
20. *Δοντάς Ν, Μπεσμπέας Σ, Πατηράκη Ε*, Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής Ογκολογίας και Ψυχο-ογκολογίας, Β' τόμος, Αθήνα, 2002
21. *Thomas J, Herzog and Jason D Wright*, Gynecologic Oncology: Impact of intraepithelial neoplasia diagnosis and treatment on self-esteem and body image, Volume 107, Issue 3, December 2007, Pages 572-577
22. *Michillutte R, Disecker RA, Young LD, et al*, Non compliance in screening follow-up among family planning clinic patients with cervical dysplasia. *Prev Med* 1985;14:248.
23. *Miller S, Michel W, O'Leary A, et al*, From Human Papilomavirus (HPV) to cervical cancer: psychosocial processes in infection, detection and control. *Ann Behav Med* 1996;18:219
24. *Somerset M, Peters TJ*, Intervening to reduce anxiety for women with mild dyskaryosis: Do we know what works and why? *J Adv Nurs* 1998;28:563
25. *Gath Dh, Hallam N, Minors-Wallis L, et al*, Emotional reactions in women attending a UK colposcopy clinic. *J Epidemiol Community Health* 1995;49:79
26. *Paskett ED, White E, Carter WB, et al*, Improving follow-up after an abnormal Pap smear: A randomized control trial. *Prev Med* 1990;19:630
27. *Wilkinson C, Jones JM, McBride J*, Anxiety caused by abnormal results of cervical smear tests: A controlled trial *Br Med J* 1990;300:440
28. *Marteau TM, Kidd J, Cuddleford L*, Reducing anxiety in women referred for colposcopy using an information booklet. *Br J Health Psych* 1996;1:181
29. *Richardson PH, Doherty I, Wolfe CD, et al*, Evaluation of cognitive-behavioral counseling for the distress associated with an abnormal cervical smear result. *Br J Health Psych* 1997;2:327
30. *Barsevick AM, Johnson J*, Preference for information and involvement, information seeking and emotional responses of women undergoing colposcopy. *Res Nurs Health* 1990;13:1
31. *Herzoga J. Thomas, Wright D. Jason*, The impact of cervical cancer on quality of life- The components and means for management aColumbia University, Obstetrics and Gynecology Department, 161 Fort Washington Ave, 8th Floor, Room 838, New York, NY 10032, USA,25 October 2007
32. *Miller SM, Siejak KK, Schroeder CM, et al*, Enhancing adherence following abnormal Pap smears among low-income minority women: A preventive telephone counseling strategy. *J Natl Cancer inst* 1997;89:703

33. *Massad LS, Meyer P, Hobbs J*, Knowledge of cervical cancer screening among women attending urban colposcopy clinics. *Cancer Detect prevent* 1997;21:103
34. *Barsevick AM, Lauver D*, Women's information needs about colposcopy. *Image* 1990;22:23
35. *Bell S, Porter M, Kitchner H et al*, Psychological Response to cervical screening. *Prev Med* 1995;24:610
36. *Nugent LS, Tamlyn-Leaman K*, The colposcopy experience: What do women know? *J Adv Nurs* 1992;17:514
37. *Stinnet BA*, Use of the psychosocial effects of abnormal Pap smears questionnaire (PEAPS-Q) in a community hospital colposcopy clinic. *J Lower Genital tract Dis* 2000;4:34
38. *Ραγιά Α Χρ*, Νοσηλευτική ψυχικής υγείας, επίτομος, 6^η έκδοση, Εκδόσεις Παπανικολάου ABEE, Αθήνα, 2007, σ.193,204,283
39. *Χαρτοκόλλης Π*, Εισαγωγή στην Ψυχιατρική, επίτομος, 2^η έκδοση, Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα, 1991, σ.77,89
40. *Ρηγάτος Α.Γ*, Θέματα ψυχοκοινωνικής ογκολογίας, επίτομος, Εκδόσεις Ascent ΕΠΕ, Αθήνα, 2007
41. *Nujgent Ls, Tamlyn-Leaman K, Isa N*, Anxiety and the colposcopy experience. *Clin Nurse Res* 1993;2:267
42. *Lerman C, Miller S, Scarborough R, et al*, Adverse psychological consequences of positive cytologic cervical screening. *Am J Obstet Gynecol* 1991;165:658
43. *Scott DW*, Anxiety, critical thinking and information processing during and after breast biopsy. *Nurse Res* 1983;32:24
44. *Posner T*, Ethical issues and the individual woman in cancer screening programs. *J Adv Health Nurse Care* 1993;2:55
45. *Lehr S, Lee M*, The psychosocial and sexual trauma of a genital HPV infection. *Nurs Pract Forum* 1990;1:25
46. *Mc Donald TW, Neutens Jj, Fiscer LN, et al*, Impact of cervical intraepithelial neoplasia diagnosis. *Gynecol on col* 1989;34:345
47. *Rajoram S, Hill J, Rave C, et al*, biographical disruption: The case of an abnormal Pap Smear. *Health Care Woman Internat* 1997;18:521
48. *Beresford J, Gervaise P*: The emotional impact of abnormal Pap smears on patients' referral for colposcopy. *Colposcopy Gynecol Laser Surg* 1986;2:83
49. *Lane DS*, Impliance with refferals from a cancer screening project. *J Fam Pract* 1983;17:811
50. *Medscape today*, Adherence to Care Plan in Women With Abnormal Pap Smears: Adverse emotional consequences of an abnormal Papanikolaou Smears, *J Am Board Fam Med*. 2001;14(2) © 2001 American Board of Family Medicine

51. *Lerman C, Hanjani P, Caputo C, Miller S, Delmoor E, Nolte S and Engstrom P*, Telephone counseling improves adherence to colposcopy among lower-income minority women, *Journal of Clinical Oncology*, article Vol 10, 330-333, 1992
52. *Valdini, Anthony MD, MS; Esielionis, Paul MD*, Measurement of Colposcopy-Associated Distress Using the Psychosocial Effects of Having an Abnormal , *Official Journal of Lower Genital Tract Disease* , ¼
53. *Tomaino-Brunner C, Freda MC, Runowicz CD*, "I hope I don't have cancer": Colposcopy and minority women. *Oncol Nurs Forum* 1996;23:39
54. *Rodney WM, Huff M, Euans D, et al*, Colposcopy in family practice: Pilot studies of pain prophylaxis and patient volume. *Fam Pract Res J* 1992;12:91
55. *Jones MH, Singer A, Jenkins D*, The mildly abnormal cervical smear: Patient anxiety and choice of management. *J Royal Soc Med* 1996;89:257
56. *Palmer AG, Tucker S, Warren R, et al*, Understanding women's response to treatment for cervical cancer intraepithelial neoplasia. *Br J Clin Psych* 1993;32:101
57. *Turek L, Smith E* , The Genetic Program of Genital Human Papilomaviruses in infection and Cancer. *Obstet Gynecol Clin N Amer* 1996;23:735-758
58. *2007Duncan AS, Dunstan GR, Welbourn RB (eds)*, *Dictionary of Medical Ethics*. 2nd ed. Darton, Longman & Todd, London, 1981
59. *Phillips M, Dawson J*, *Doctor's Dilemmas*, 2nd ed. The Harvester Press, Brighton, 1985
60. *Γάφος Η*, *Ποινικό Δίκαιο: Ειδικό μέρος. Τεύχος Ε'*, Αθήνα, 1965
61. *Παπαευαγγέλου-Κορκοντζέλου Ε*, *Νομοθεσία στη Νοσηλευτική-Ανθρώπινα Δικαιώματα. Σημειώσεις Διδασκαλίας*, Αθήνα, 1994
62. *James S*, Gossip, stories and friendship: Confidentiality in midwifery practice. *Nurs Ethics* 1995, 2:294-302
63. *Rushton Ch, Infante Mc*, Keeping secrets: The ethical and legal challenges. *Pediatr Nurs* 1995, 21:479-482
64. *Gillon R*, *Philosophical Medical Ethics*. 2nd ed. John Wiley & Sons, Chichester, 1986
65. *Κατσάς Γ*, *Στοιχεία Ιατρικής Δεοντολογίας. Ιατρικόν Απόρρητον-Ιατρική Ευθύνη. Γ' Έκδοσις. Χ. Περγάμαλης*, Αθήναι, 1940
66. *Macara A*, Confidentiality-A Decrepit Concept, Discussion Paper. *J R Soc Med* 1984, 77:577-584
67. *Annas G*, *The Rights of Hospital Patients*. Avon Books, New York, 1975
68. *Parkes R*, The Duty of Confidence. *Br Med J* 1982, 285:1142- 1143
69. *Δάλλα-Βοργιά Π*, *Απόρρητο και Ιατρική Έρευνα: Νομικά και Ηθικά Θέματα κατά τη Χρήση Ιατρικών Στοιχείων στην Επιδημιολογική Έρευνα. Διατριβή Διδακτορίας*, Αθήνα, 1983

70. *Engelhardt Trisram H*, The Foundations of Bioethics. Oxford University Press, New York, 1986
71. *Κουτσελίνης Α, Μιχαλοδημητράκης Μ*. Ιατρική Ευθύνη, Επίτομος, Εκδόσεις Gutenberg, Έκδοση 1^η, Αθήνα, 1984
72. *Θεοδώρου Δ*, Ιατρικό Απόρρητο. Περιοδικό ΥΓΕΙΑ, Ιούνιος-Ιούλιος:77–88, Αθήνα 1995
73. *Πολίτης Χ*, Χάρτης Υποχρεώσεων του γιατρού. Ιατρικό Βήμα 1989, Φεβρουάριος:27–33
74. *Siegler M*, Confidentiality in Medicine: A Decrepit Concept. N Engl J Med 1982, 307:1518–1521
75. *Black D*, Absolute Confidentiality? In: Gillon R (ed) Principles of Health Care Ethics. John Wiley & Sons, Chichester, 1994:479–488
76. *Wright B, Bhugra D, Booth SJ*, Computers, communication and confidentiality: Tales of Baron Munchausen. J Accid Emerg Med 1996, 13:18–20
77. *Bernard*, Η Βιοηθική. Μετάφραση Σπανού Ε. Εκδόσεις Π. Τραυλός–Ε. Κωσταράκη, 1996
78. *Downie RS, Calman KC*, Υγής Σεβασμός: Η Ηθική στη Φροντίδα Υγείας. Μετάφραση Παπαγιάννης Γ, Παπαοικονόμου-Αποστολοπούλου Α. Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσα, 1997
79. *Λιαρόπουλος Α*, Νομοθεσία στη Νοσηλευτική και Διεθνείς Οργανισμοί. Σημειώσεις Διδασκαλίας, Αθήνα, 1992
80. *Lavender H*, Should insurance companies have access to patients' medical records? Access should be denied. Br Med J 1996, 313: 286–287
81. *Smee Ph*, Should insurance companies have access to patients medical records? Denying access would do more harm than good. Br Med J 1996, 313:287
82. *Schwartz P*, Medical ethics under managed care, Int J Fertil Menopaus Stud 1996, 41:124–128
83. *Davidson JR, Davidson T*, Confidentiality and managed care: Ethical and legal concerns. Health Soc Work 1996, 21:208–215
84. *Sawada NO, Correia FA, Mendes IA, Coleta JA*, Personal and territorial space of the patients: A nursing ethics question. Med Law 1996, 15:261–270
85. *Sitzia J, Fitt J, Buckingham R*, Patient satisfaction on a medical day ward: A comparison of nurse-led and physician-led services. Int J Qual Health Care 1996, 8:175–185
86. *Lazare A*, Shame and humiliation in the medical encounter. Arch Intern Med 1987, 147:1653–1658
87. *Smith R*, Commentary: The importance of patients' consent for publication. Br Med J 1996, 313:16
88. *Lock S*, A question of confidence: An editor's view. Br Med J 1984, 288:123–126
89. *Ποταμιανός Γ*, Δοκίμια στην ψυχολογία της υγείας. 1995, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα

90. *Goleman D*, Emotional Intelligence, 1995, Bantam Books, New York
91. *Στάλικας Α, Μερτίκας Ι*, Η θεραπευτική Συμμαχία. 2004, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα
92. *Atkison R, Smith E*, Εισαγωγή στην Ψυχολογία του Hilgard. 2004, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα
93. *Herstein R, Murray C*, The bell curve. 1994, Free Press New York
94. *Larchet J C*, Le chretien devant la maladie, la souffrance et la mort, 2002, Editions DU Cerf, Paris
95. *Alder H*, NLP 1994, Αλκυών, Αθήνα
96. *Cloud H, Townsend J*. Όρια Ζωής. 2003 Έλαφος, Αθήνα
97. *Φάρος Φ*, Διάλογος. 1996. Ακρίτας, Αθήνα
98. *Cohen, L., Manion, L.*, «Μεθοδολογία Εκπαιδευτικής Έρευνας», επίτομος, Εκδόσεις: Έκφραση, Αθήνα. 1997
99. *Σαχίνη-Καρδάση, Α.*, «Μεθοδολογία Έρευνας- Εφαρμογές στο χώρο της Υγείας», Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα, 2004
100. *Beekman ATF, de Beurs E, van Balkom AJLM, Deeg DJH, van Dyck R, van Tilburg W* (2000) Anxiety and depression in later life: co-occurrence and communality of risk factors. *Am J Psychiatry* 157: 89–95
101. *Bell S, Porter M, Kitchener H, Fraser C, Fisher P, Mann E* (1995) Psychological response to cervical screening. *Prev Med* 24: 610–616
102. *McDonald TW, Neutens JJ, Fischer LM, Jessee D* (1989) Impact of cervical intraepithelial neoplasia diagnosis and treatment on self-esteem and body image. *Gynecol Oncol* 34: 345–349
103. *Quilliam S* (1990) Positive smear. The emotional issues and what can be done. *Health Educ J* 49: 19–20
104. *Daley AJ* (2002) Exercise therapy and mental health in clinical populations: is exercise therapy a worthwhile intervention? *Adv Psychiatr Treat* 8: 262–270

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ

ΤΜΗΜΑ: ΣΕΥΠ
ΣΧΟΛΗ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΟΜΑΔΑ ΦΟΙΤΗΤΡΙΩΝ

ΓΙΑΝΝΙΜΠΙΑ ΧΡΙΣΤΙΝΑ
ΚΟΤΣΙΚΟΥ ΕΛΕΟΝΩΡΑ

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ

ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΜΑΡΙΑ

Είμαστε φοιτήτριες του ΑΤΕΙ Πατρών του τμήματος Νοσηλευτικής και διεξάγουμε μία έρευνα με θέμα: « **Η θέση και στάση της νοσηλευτικής στις ψυχολογικές επιπτώσεις του ιού HPV στις πάσχουσες γυναίκες**».

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου είναι εθελοντική και οι πληροφορίες που θα μας δώσετε θα παραμείνουν απόρρητες, καθώς και τα αποτελέσματα της έρευνάς μας θα σας γνωστοποιηθούν εφόσον το επιθυμείτε.

Παρακαλούμε εάν είναι δυνατόν οι απαντήσεις-πληροφορίες που θα μας δώσετε να είναι ειλικρινείς διότι τα ανακριβή αποτελέσματα θα δώσουν ένα αναξιόπιστο αποτέλεσμα.

Σας ευχαριστούμε για την κατανόηση και την ευγενή συνεργασία σας.

*Διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου
(e-mail): _____

ή αριθμός τηλεφώνου _____

*(Προαιρετικά εάν και εφόσον θέλετε να σας ενημερώσουμε για τα αποτελέσματα).

Νοσοκομείο στο οποίο Εργάζεστε: _____

1) Φύλο: Άνδρας Γυναίκα

2) Ηλικία:

3) Απόφοιτος :

ΤΕΕ

ΙΕΚ

ΤΕΙ

ΑΤΕΙ

ΑΕΙ

4) Χρόνια προϋπηρεσίας _____

5) α) Γνωρίζετε τον ιό HPV;

Ναι

Όχι

β) Αν ναι από πού;

Σχολή

Γιατρό

Συνάδελφο

ΜΜΕ

Σεμινάριο

Φίλους

6) Κατά την έναρξη της σεξουαλικής ζωής κάθε πότε μια γυναίκα θα πρέπει να υποβάλλεται σε Παπ τεστ;

- 1 μήνα
- 2 μήνες
- 6 μήνες
- 1 έτος
- Όποτε ο γιατρός το κρίνει απαραίτητο
- Όποτε η ασθενής το κρίνει απαραίτητο
- Ποτέ

7) Όποια συμπτώματα από τα παρακάτω του ιού γνωρίζετε παρακαλώ κυκλώστε τα

- Πόνος
- Κνησμός
- Αιμορραγία
- Πονοκέφαλος
- Αδυναμία
- Έκκριση υγρών
- Έκκριση δύσσομων υγρών
- Μικροί Σπίλοι

8 α) Ο ιός HPV υπάρχει και στα ζώα;

Ναι Όχι

β) Αν ναι γνωρίζετε αν από το ζώο μεταδίδεται στον άνθρωπο και αντίστροφα;
(Επιλέξτε όποιο θεωρείτε σωστό)

Μεταδίδεται

Δε μεταδίδεται

Μεταδίδεται μόνο από τον άνθρωπο στα ζώα

Μεταδίδεται μόνο από τα ζώα στον άνθρωπο

9) Ποιοι είναι οι τρόποι μετάδοσης του ιού HPV;

- Βλενογονική επαφή
- Σεξουαλική επαφή
- Πετσέτα
- Λεκάνη τουαλέτας
- Δερματική επαφή
- Με χειραψία
- Εσώρουχο

10) Ο ιός HPV είναι ιός που μεταδίδεται:

Μόνο σε άντρες

Μόνο σε γυναίκες

Και στα δύο φύλα

11) Οι ασθενείς που έχουν μολυνθεί ήδη από ένα στέλεχος του ιού μπορούν να μολυνθούν ταυτόχρονα και από άλλο στέλεχος του ιού;

Ναι

Όχι

12) Η μυρμυγκιά οφείλεται σε κάποιο στέλεχος του ιού HPV;

Ναι

Όχι

13) Το Thin Prep αποτελεί μέθοδο θεραπείας;

Ναι

Όχι

14) Γνωρίζετε τι είναι το DNA TESTING;

Ναι

Όχι

15) Αν εσείς ως νοσηλεύτης-τρια είχατε μολυνθεί πώς θα αισθανόσασταν;

Άγχος

Κατάθλιψη

Φόβος

Φοβίες

Θυμός

Απογοήτευση

Απελπισία

16) Θεωρείτε ότι είστε σε θέση αν χρειαστεί να δώσετε επαρκείς πληροφορίες και επαρκή στήριξη όσον αφορά τον ιό HPV σε γυναίκες που ήδη πάσχουν;

Μόνο επαρκείς πληροφορίες

Μόνο στήριξη

Και τα δύο

17) Τι θα συμβουλεύατε τις γυναίκες που ήδη έχει διαγνωστεί ότι πάσχουν από τον ιό HPV;

να διατηρούν σταθερές σεξουαλικές επαφές,

να ζητήσουν ψυχολογική υποστήριξη,

- να μην δώσουν καμιά σημασία στον ιό,
- να διακόψουν το αλκοόλ,
- να προσέχουν τη διατροφή τους
- να είναι θετικές στη θεραπεία που θα ακολουθήσει
- να διακόψουν το κάπνισμα,
- να κάνουν συχνά Παπ τεστ

18) Πιστεύετε ότι οι γυναίκες που έχουν μολυνθεί από τον ιό HPV χρήζουν ψυχολογικής υποστήριξης;

Ναι Όχι

19) Το τεστ Παπ ως διαγνωστικό μέσο είναι 100% σίγουρη μέθοδος;

Ναι Όχι

20) Πού νομίζετε ότι οφείλεται η μετάδοση του ιού HPV;

- Στη μη σωστή ενημέρωση
- Σε αδιαφορία
- Στη μη σωστή λήψη μέτρων (πρόληψη)

Ευχαριστούμε πολύ

ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ

ΤΜΗΜΑ: ΣΕΥΠ
ΣΧΟΛΗ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΟΜΑΔΑ ΦΟΙΤΗΤΡΙΩΝ

ΓΙΑΝΝΙΜΠΑ ΧΡΙΣΤΙΝΑ
ΚΟΤΣΙΚΟΥ ΕΛΕΟΝΩΡΑ

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ

ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΜΑΡΙΑ

Είμαστε φοιτήτριες του ΑΤΕΙ Πατρών του τμήματος Νοσηλευτικής και διεξάγουμε μία έρευνα με θέμα: « **Η θέση και στάση της νοσηλευτικής στις ψυχολογικές επιπτώσεις του ιού HPV στις πάσχουσες γυναίκες**».

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου είναι εθελοντική και οι πληροφορίες που θα μας δώσετε θα παραμείνουν απόρρητες, καθώς και τα αποτελέσματα της έρευνάς μας θα σας γνωστοποιηθούν εφόσον το επιθυμείτε.

Παρακαλούμε εάν είναι δυνατόν οι απαντήσεις-πληροφορίες που θα μας δώσετε να είναι ειλικρινείς διότι τα ανακριβή αποτελέσματα θα δώσουν ένα αναξιόπιστο αποτέλεσμα.

Σας ευχαριστούμε για την κατανόηση και την ευγενή συνεργασία σας.

Γυναικολογική κλινική: _____

Ηλικία 12-19, 20-29, 30-39, 40-49, 50-59,
 60 και άνω

Κυκλώστε αυτή που συμβαδίζει με την ηλικία σας

Επάγγελμα: _____

Μορφωτικό επίπεδο: Δημοτικό Γυμνάσιο Λύκειο ΙΕΚ ΤΕΕ
 ΤΕΙ ΑΕΙ

Άλλο: _____

Κυκλώστε ένα ή και περισσότερα

Θρήσκευμα: _____

Οικογενειακή κατάσταση: α) Έγγαμη β) Άγαμη

Εθνικότητα: _____

*Διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου
(e-mail) : _____

*Διεύθυνση κατοικίας: _____

*Πόλη: _____

*Τ.Κ.: _____

*Κινητό τηλέφωνο: _____

*Σταθερό τηλέφωνο: _____

*Τηλέφωνο εργασίας: _____

* (προαιρετικές εάν και εφόσον θέλετε να σας ενημερώσουμε για τα αποτελέσματα).

Επιλέξτε τις απαντήσεις, σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να είναι παραπάνω από μία.

1α) Γνωρίζατε τον ιό HPV πριν μολυνθείτε;

α) Ναι β) Όχι

1β) Αν ναι, από πού;

Γιατρό Νοσηλεύτρια Διαδίκτυο Σχολείο φίλους
MME

2) Μετά την έναρξη της σεξουαλικής σας επαφής υποβαλλόσασταν συχνά σε Παπ τεστ;

Ναι β) Όχι

3) Σε τι ηλικία σας γνωστοποιήθηκε ότι μολυνθήκατε;

12-19, 20-29, 30-39, 40-49, 50-59,
60 και άνω

4) Αφότου έγινε η διάγνωση περισσότερες πληροφορίες για τον ιό HPV λάβατε από:

Γιατρό Νοσηλεύτρια Διαδίκτυο Σχολείο φίλους
MME

5) Πιστεύετε ότι με την γνωστοποίηση των αποτελεσμάτων του Παπ Τεστ θα έπρεπε ταυτόχρονα να σας συσταθεί ψυχολογική υποστήριξη;

Ναι Όχι

6 α) Ποιες ήταν οι αντιδράσεις σας κατά την ημέρα της γνωστοποίησης των αποτελεσμάτων του Παπ Τεστ σας με το οποίο μάθατε ότι μολυνθήκατε από τον ιό HPV;

- Κλάμα
- Οργή
- Εκνευρισμός
- Αγανάκτηση
- Επιθετικότητα
- Θυμός
- Ευερεθιστότητα
- Άλλο: _____

6 β) Ποια ήταν τα συναισθήματά σας κατά την ημέρα της γνωστοποίησης των αποτελεσμάτων του Παπ Τεστ σας με το οποίο μάθατε ότι μολυνθήκατε από τον ιό HPV;

- Ενοχοποίηση ατόμων ή του εαυτού σας
- Μελαγχολία
- Φόβος
- Άγχος
- Ντροπή
- Απόγνωση
- Αυτοκτονικές τάσεις
- Άρνηση της πραγματικότητας
- Άλλο: _____

7) Σε τι διάστημα από τη διάγνωση και μετά ενημερώσατε το σύντροφό σας;

- Αμέσως 6 μήνες έως 2 χρόνια
- 1 εβδομάδα έως 1 μήνα 2 χρόνια +...
- 1 μήνα έως 6 μήνες Ποτέ

8) Ποιο άτομο εμπιστευθήκατε πρώτο;

- Άτομο οικογενειακού περιβάλλοντος
- Επαγγελματία ψυχικής υγείας
- Γιατρό
- Φίλο-η
- Κάποιον άγνωστο από το διαδίκτυο

9) Η σεξουαλική σας δραστηριότητα έχει επηρεασθεί;

- Καθόλου Λίγο Μέτρια Πολύ Πάρα πολύ

10 α) Έχετε παιδιά; Ναι Όχι

10 β) Θα σας φόβιζε μια ενδεχόμενη εγκυμοσύνη;

Καθόλου Λίγο Μέτρια Πολύ Πάρα
πολύ

10 γ) Αν έχετε ήδη παιδιά έχει επηρεασθεί η μεταξύ σας σχέση από τη διάγνωση και μετά;

Καθόλου Λίγο Μέτρια Πολύ Πάρα
πολύ

11) Η επαγγελματική σας ζωή έχει επηρεασθεί;

Καθόλου Λίγο Μέτρια Πολύ Πάρα πολύ

12) Σε περιόδους έντονου άγχους παρατηρήσατε έξαρση των HPV συμπτωμάτων;

Καθόλου Λίγο Μέτρια Πολύ Πάρα πολύ

13 α) Καπνίζατε πριν τη διάγνωση της HPV μόλυνσης;

Καθόλου Λίγο Μέτρια Πολύ Πάρα πολύ

13 β) Τώρα καπνίζετε;

Καθόλου Λίγο Μέτρια Πολύ Πάρα
πολύ

14 α) Πόσα κιλά πήρατε μετά την διάγνωση της HPV μόλυνσης___

14 β) Πόσα κιλά χάσατε μετά την διάγνωση της HPV μόλυνσης___

15) Θεωρείτε πως απομονωθήκατε από τους οικείους σας από τη διάγνωση και μετά;

Καθόλου Λίγο Μέτρια Πολύ
Πάρα πολύ

16) Θεωρείτε ότι κοιμάστε μετά τη διάγνωση της HPV λοίμωξης:

Καθόλου Λίγο Μέτρια Πολύ Πάρα
πολύ

17) Πόσο συχνά αισθάνεστε κόπωση κατά τη διάρκεια της ημέρας;

Καθόλου Λίγο Μέτρια Πολύ Πάρα
πολύ

18) Θα χαρακτηρίζατε τον ύπνο σας ήρεμο;

Καθόλου Λίγο Μέτρια Πολύ Πάρα
πολύ

19) Φοβάστε για υποτροπή της νόσου σε καρκίνο τραχήλου μήτρας;

Καθόλου Λίγο Μέτρια Πολύ Πάρα
πολύ

20 α) Από τη διάγνωσή σας και ύστερα απευθυνθήκατε σε κάποιον ιερέα;

Ναι Όχι

20 β) Θα θεωρούσατε ότι έχετε έρθει πιο κοντά στην θρησκεία από την γνωστοποίηση της HPV μόλυνσης και μετά;

Καθόλου Λίγο Μέτρια Πολύ Πάρα
πολύ

21) Έχετε χρησιμοποιήσει εναλλακτικές μεθόδους πλην της Ιατρικής για την αντιμετώπιση του ιού HPV;

Ναι Όχι

Αν ναι κυκλώστε ένα ή περισσότερα από τα παρακάτω:

- α) Βελονισμό ε) βοτανοθεραπεία
β) Αγιουβέρδα στ) Κρυσταλλοθεραπεία
γ) Μαγεία ζ) Αρωματοθεραπεία
δ) Γιόγκα η) Άλλο: _____

22) Θα λαμβάνατε μέρος σε κάποιο Ιατρικό πείραμα με αναμφίβολα αποτελέσματα;

Ναι Όχι

23) Ποιες είναι οι μεγαλύτερες φοβίες σας από τη διάγνωση και μετά;

- α) Καρκίνος
β) Θάνατος
γ) Ενδεχόμενη μόλυνση από άλλο στέλεχος του ιού
δ) Φόβος στειρότητας
ε) Φόβος μετάδοσης του ιού στο έμβρυο
στ) Απομόνωση
ζ) Μετάδοση του ιού
η) Μη εύρεση συντρόφου

24 α) Γνωρίζετε τι είναι το DNA Testing;

Ναι Όχι

24 β) Αν είχατε τη δυνατότητα να μάθετε από ποιο στέλεχος του ιού έχετε προσβληθεί, θα θέλατε να μάθετε ποιο είναι αυτό;

Ναι Όχι

25) Ποια τα αισθήματα για τον σύντροφο σας – φίλο σας που σας μετέδωσε τον ιό του HPV

- α) Εχθρότητα ζ) Απέχθεια
β) Μίσος η) Άλλο: _____
γ) Απογοήτευση
δ) Θυμός
ε) Ενοχές
στ) Αμφιβολίες

26) Αν αυτή την στιγμή που μιλάμε, είστε ήδη φορέας του ιού HPV, θα συμβουλευάτε άλλους ανθρώπους για τον ιό ώστε να προσέχουν;

Ναι Όχι

27) Θα επιθυμούσατε πριν την έναρξη της σεξουαλικής σας ζωής να γνωρίζατε περισσότερα για τα Σ.Μ.Ν (Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα);

Ναι Όχι

Αν ναι από πού;

Γιατρό Νοσηλεύτρια Διαδίκτυο Σχολείο φίλους

MME

28 α) Θεωρείτε ότι η ενημέρωσή σας όσον αφορά τον ιό HPV είναι επαρκής;

Κακή Καλή Μέτρια Πολύ καλή Άριστη

β) Θεωρείτε ότι η αντιμετώπισή σας όσον αφορά τον ιό HPV είναι επαρκής;

Κακή Καλή Μέτρια Πολύ καλή Άριστη

Ευχαριστούμε πολύ

