



ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ  
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ  
&  
ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΑΘΗΝΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ



**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΕΡΕΥΝΑ ΣΤΗ ΓΥΝΑΙΚΕΙΑ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ»**

**ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ  
ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΑΠΟΦΑΣΗ  
ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΗΡV**

**Όνομα μεταπτυχιακού/ής φοιτητή/φοιτήτριας :ΖΑΓΚΑ ΧΡΥΣΑΝΘΗ**

**Ιδιότητα :ΜΑΙΑ**

**Α.Μ. :2014297**

**Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:**

- 1.Κα ΠΑΠΠΑ ΚΑΛΛΙΟΠΗ : Επιβλέπων / Επιβλέπουσα
- 2.Κα ΜΙΧΑΛΑ ΣΤΑΥΡΟΥΛΑ
3. Κα ΘΕΟΔΩΡΑ ΜΑΡΙΑΝΝΑ

Αθήνα,03/04/2017

## Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την καθηγήτριά μου Κα Παππά Καλλιόπη κυρίως για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε, και την υπομονή που έκανε κατά τη διάρκεια υλοποίησης της διπλωματικής εργασίας. Όπως επίσης την Κα Μιχαλά Σταυρούλα και την Κα Θεοδωρά Μαριάννα για την πολύτιμη βοήθεια και καθοδήγηση, για την επίλυση διάφορων θεμάτων.

Θα ήθελα επίσης να απευθύνω τις ευχαριστίες μου στην οικογένειά μου η οποία με στήριξε στις σπουδές μου με διάφορους τρόπους.

## Περιεχόμενα

Ευχαριστίες .....	2
Περίληψη .....	5
Abstract .....	7
Γενικό μέρος .....	9
Ο ιός HPV .....	9
Η συχνότητα του HPV μέσα από επιδημιολογικά δεδομένα.....	10
Οι ογκογεννητικές ιδιότητες του ιού HPV .....	13
Ο εμβολιασμός κατά του ιού HPV .....	13
Θετικά αποτελέσματα του εμβολίου.....	15
Γονεικοί παράγοντες που σχετίζονται με τον εμβολιασμό.....	17
Οικονομικοί παράγοντες.....	19
Ειδικό μέρος.....	21
Μεθοδολογία.....	21
Σκοπός μελέτης.....	21
Υποθέσεις της έρευνας .....	21
Συμμετέχοντες .....	22
Διαδικασίες και ερωτηματολόγιο .....	23
Κοινωνικοδημογραφικές και ιατρικές μεταβλητές.....	23
Αυτοαναφορά Υγείας.....	27
Κατάθλιψη, άγχος και στρες .....	27
Έδρα ελέγχου υγείας .....	29
Στατιστική ανάλυση.....	30

Αποτελέσματα.....	31
Δημογραφικά χαρακτηριστικά.....	31
Συναισθηματική κατάσταση (DASS21) .....	36
Στάσεις και οι αντιλήψεις των γονέων αναφορικά με την υγεία και τη νόσο .....	41
Σχέση εμβολιασμού με δημογραφικούς παράγοντες.....	45
Συσχετίσεις μεταξύ των κλιμάκων του DASS21 και του MHLC .....	46
Σύγκριση της κατάστασης της ψυχολογικής υγείας των γονέων, ανάλογα με το αν έχουν εμβολιάσει την κόρη τους, ή όχι.....	47
Σύγκριση των στάσεων και αντιλήψεων των γονέων που έχουν εμβολιάσει τις κόρες τους, με εκείνους που δεν το έχουν κάνει.....	51
Έλεγχος αξιοπιστίας .....	55
Γονείς που έχουν ή πρόκειται να εμβολιάσουν τις κόρες του για τον HPV .....	56
Συζήτηση - Συμπεράσματα.....	57
Προβλήματα.....	59
Προτάσεις .....	60
Βιβλιογραφία .....	62
<i>Ελληνική</i> .....	62
<i>Ξενόγλωσση</i> .....	62
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1.....	69
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ II.....	78

## Περίληψη

**Θεωρητικό Υπόβαθρο:** Σύμφωνα με διάφορες μελέτες, η κινητοποίηση από μέρους των γονέων επιδρά στη πιθανότητα του να έχει δεχθεί κάποιο παιδί τον εμβολιασμό απέναντι στον ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων, γνωστό και ως ιό HPV. Όπως φαίνεται από τη βιβλιογραφία, παράγοντες όπως η παρακίνηση από κάποιον ιατρό, η προγενέστερη μόλυνση του γονέα από τον ιό HPV και τα αντιλαμβανόμενα οφέλη του εμβολιασμού συνδέονται με τη πιθανότητα του να έχει εμβολιαστεί ένα παιδί, ενώ παράλληλα διάφοροι άλλοι παράγοντες δεν έχουν ως τώρα διερευνηθεί. Συνεπώς, ο σκοπός της συγκεκριμένης έρευνας ήταν ο εντοπισμός παραγόντων που συνδέονται με τις στάσεις και τις αποφάσεις για τον εμβολιασμό απέναντι στον ιό HPV σε ένα δείγμα γονέων στην Ελλάδα.

**Μέθοδοι:** Σε δείγμα 123 γονέων ανήλικων θήλεων τέκνων, καταγράφηκαν τα βασικά δημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως η ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης και το φύλο. Διερευνήθηκε πόσοι γονείς έχουν εμβολιάσει την κόρη τους για τον HPV. Επίσης, ελέγχθηκαν ορισμένοι σημαντικοί πιθανοί παράγοντες μη εμβολιασμού. Αξιολογήθηκε το πώς αντιλαμβάνονται οι συμμετέχοντες το επίπεδο της υγείας τους με ένα 10-βάθμιο υποκειμενικό δείκτη (1: καθόλου καλή, 10:άριστη). Επίσης, αξιολογήθηκε η κατάσταση της ψυχολογικής υγείας των γονέων με τη χρήση του ερωτηματολογίου DASS21. Τέλος, αξιολογήθηκαν οι στάσεις και οι αντιλήψεις των γονέων απέναντι στη νόσο βάσει του ερωτηματολογίου MHLC. Διερευνήθηκε πιθανή ύπαρξη σχέσης μεταξύ της εμβολιαστικής συμπεριφοράς των γονέων και δημογραφικούς παράγοντες καθώς και με τις κλίμακες των ερωτηματολογίων DASS21 και MHLC. Επιπλέον, διερευνήθηκε η ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ των κλιμάκων του DASS21 και του MHLC καθώς και με το επίπεδο αντιλαμβανόμενης υγείας των γονέων. Τέλος, πραγματοποιήθηκε ανάλυση αξιοπιστίας για τις 6 επιμέρους κλίμακες των ερωτηματολογίων DASS21 και MHLC.

**Αποτελέσματα:** Στο σύνολο του δείγματος, το 43.9% των γονέων κοριτσιών δηλώνει πως δεν έχει εμβολιάσει το παιδί του για HPV, με το 38.9% να δηλώνει πως σκοπεύει να το κάνει στο μέλλον. Αναφορικά με τους λόγους μη εμβολιασμού, ως βασικότεροι αναδεικνύονται οι μη επαρκείς γνώσεις των γονέων σχετικά με τον εμβολιασμό κατά του HPV (29.6%) και η αντίθεση των γονέων στον εμβολιασμό (22.2%). Βρέθηκε ότι το επίπεδο της κατάστασης της

ψυχολογικής υγείας των γονέων δεν φαίνεται να διαφοροποιείται ανάλογα με την απόφασή τους να εμβολιάσουν την κόρη τους για τον HPV, καθώς δεν σημειώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές των κλιμάκων «Κατάθλιψη», «Άγχος» και «Στρες» του ερωτηματολογίου DASS21 μεταξύ των γονέων που έχουν εμβολιάσει την κόρη τους και αυτών που δεν έχουν. Αναφορικά με τις κλίμακες του ερωτηματολογίου MHLC, βρέθηκε ότι οι γονείς που έχουν επιλέξει να εμβολιάσουν την κόρη τους έχουν, κατά μέσο όρο, ελαφρώς πιο έντονη τάση να συμφωνούν με το ότι η κατάσταση της υγείας τους είναι προϊόν τύχης ( $p=0.009$ ) σε σχέση με τους γονείς που δεν έχουν εμβολιάσει την κόρη τους. Δεν εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των γονέων που έχουν εμβολιάσει και των γονέων που δεν έχουν εμβολιάσει τις κόρες τους για τον HPV για τις άλλες δύο κλίμακες του MHLC. Τέλος, η ανάλυση αξιοπιστίας ανέδειξε υψηλή εσωτερική αξιοπιστία και των τριών κλιμάκων του ερωτηματολογίου DASS21 (Chronbach's  $\alpha > 0.85$ ). Αντίθετα, για το ερωτηματολόγιο MHLC υψηλή εσωτερική αξιοπιστία είχε μόνο η κλίμακα «Τύχη» (Chronbach's  $\alpha = 0.808$ ).

**Συμπεράσματα:** Στο συγκεκριμένο δείγμα δε φάνηκε οι παράγοντες που μελετήθηκαν να έχουν να κάνουν με την απόφαση των γονέων να εμβολιάσουν την κόρη τους με το εμβόλιο του HPV. Περισσότερες μελέτες θα πρέπει να διεξαχθούν, με στόχο την ανάδειξη των πιθανών παραγόντων της καταγεγραμμένης περιορισμένης εμβολιαστικής κάλυψης για τον συγκεκριμένο ιό στην Ελλάδα

## Abstract

### **The investigation of factors that affect the decision on vaccination against HPV**

**Background:** As indicated by several studies, parental motivation is a crucial factor affecting the chance of a child to receive the vaccine against the Human papilloma virus (HPV). Factors such as motivation by a physician, previous HPV infection of the parent and perceived benefits from the immunization have a connection with the children's vaccination status, while other factors which could have a link are currently unexplored. Hence, the aim of this study was to identify factors related to attitudes and decisions towards HPV vaccination in a sample of parents in Greece.

**Methods:** In a total sample of 123 parents of adolescent girls, the basic demographic characteristics such as age, educational level and gender were recorded. We investigated whether the parents vaccinated their daughter for HPV or not. Moreover, probable factors of non-vaccination were examined. The participants' perceived level of health was evaluated with a 10-grade subjective index (1: very bad, 10: excellent). For the assessment of the state of parents' mental health the DASS21 questionnaire was used. Finally, the attitudes and perceptions of the parents towards disease were assessed using the MHLC questionnaire. The possible association between parents' vaccination behavior and demographic factors as well as the scales of DASS21 and MHLC questionnaires was evaluated. Moreover, the associations between the scales of DASS21 and MHLC as well as the parents' perceived health were also examined. Finally, a reliability analysis for the six scales of DASS21 MHLC questionnaires was conducted.

**Results:** In total, 43.9% of the parents stated that they had not vaccinated their child for HPV, with the 38.9% claiming that they intend to do so in the future. Regarding the reasons for non-vaccination, the main reasons were insufficient knowledge of parents about vaccination against HPV (29.6%) as well as their opposition to vaccination (22.2%). We found that parental psychological health did not differ depending on their decision to vaccinate their daughter for HPV, since no statistically significant differences were observed in the three DASS21 scales "depression", "anxiety" and "stress" between parents who vaccinated their daughter and those who did not. Regarding the three scales of the MHLC questionnaire, it was found that parents

who have chosen to vaccinate their daughter had, on average, a slightly more pronounced tendency to agree with the fact that their health condition is a product of chance compared to those who had not vaccinated their daughter ( $p = 0.009$ ). No statistically significant differences in the other two scales of MHLC were observed between the parents who have vaccinated their daughters for HPV and those who did not. Finally, the reliability analysis showed a high internal reliability for all three scales of DASS21 questionnaire (Chronbach's  $\alpha > 0.85$ ). On the contrary, for the MHLC questionnaire, high internal reliability was observed only for the "Chance" scale (Chronbach's  $\alpha = 0.808$ ).

**Conclusions:** In this sample, the factors that were studied did not seem to have connection with the decision of parents to vaccinate their daughter with the HPV vaccine. Further studies should be conducted in order to highlight the possible factors of recorded limited vaccination coverage for this virus in Greece.



## Γενικό μέρος

### Ο ιός HPV

Ο ιός των ανθρώπινων θηλωμάτων (Human Papilloma Virus: HPV) αποτελεί υποομάδα των ιών θηλωμάτων (PVs). Συγκεκριμένα, ο HPV αφορά τα στελέχη των PVs τα οποία προσβάλλουν τον άνθρωπο (Chan et al., 1995; De Villiers et al.,2004; Papachristou et al., 2009; zur Hausen, 1991). Ο HPV είναι ένας DNA ιός διπλής έλικας, με καψίδιο (Papachristou et al., 2009). Το περίβλημα του αποτελείται από 72 καψομερίδια, ενώ κάθε ένα από αυτά αποτελείται από δύο πρωτεΐνες, τις L1 και L2 (Schwartz, 2010).Υπάρχουν συνολικά πάνω από 100 διαφορετικά στελέχη του ιού, ενώ τουλάχιστον 40 από αυτά προσβάλλουν τα γενετικά όργανα του ανθρώπου (Chan et al., 1995; DeVilliers et al.,2004; Papachristou et al., 2009; zur Hausen, 1991).

Συχνά, οι λοιμώξεις από HPV είναι παροδικές (Evander et al.,1995; Hinchliffe et al., 1995). Παρά το γεγονός ότι ο HPV είναι ένας αρκετά διαδεδομένος ιός σε όλο τον κόσμο, στις περισσότερες περιπτώσεις το άτομο που έχει μολυνθεί δεν θα το αντιληφθεί, παρά μόνο μέσω ειδικών εξετάσεων, καθώς, συνήθως η λοίμωξη παραμένει ασυμπτωματική (WHO, 2015).

Παρά του γεγονότος ότι ο HPV είναι συνήθως μια παροδική λοίμωξη, χωρίς συμπτώματα, σε περιπτώσεις χρόνιας λοίμωξης από HPV στα γενετικά όργανα γυναικών μπορεί να προκαλέσει καρκίνο του τραχήλου της μήτρας(WHO, 2015).Επιπλέον, είναι πιθανό να εντοπισθούν αλλοιώσεις στο γενετικό υλικό κυττάρων ενός ατόμου λόγω της λοίμωξης από HPV,ακόμη και πολλά χρόνια μετά την λοίμωξη. Μάλιστα, υπάρχει πιθανότητα καρκινογένεσης λόγω των αλλοιώσεων αυτών, ακόμη και αν η λοίμωξη δεν είναι πλέον ενεργή (Chan et al., 1995; DeVilliers et al.,2004, Evander et al.,1995; Hinchliffe et al., 1995; zurHausen, 1991).

## Η συχνότητα του HPV μέσα από επιδημιολογικά δεδομένα

Ο HPV σήμερα είναι τόσο διαδεδομένος, που σχεδόν όλοι οι σεξουαλικά ενεργοί άνδρες και γυναίκες έρχονται σε επαφή με τον ιό τουλάχιστον μια φορά στη ζωή τους (CDC, 2017). Στις περισσότερες περιπτώσεις ο HPV είναι αυτοιάσιμος και ασυμπτωματικός. Σε ορισμένες περιπτώσεις βέβαια, ο ιός μπορεί να έχει ογκογεννητική ή και καρκινογόνο δράση, με κυρίως υπεύθυνους για αυτό τους τύπους 16 και 18, ή σε άλλες αλλοιώσεις μπορεί να προκαλέσει την εμφάνιση κονδυλωμάτων, χωρίς να μετατρέπονται αυτά τελικά τόσο συχνά σε καρκινώματα (τύποι 6 και 11) (CDC, 2016b)

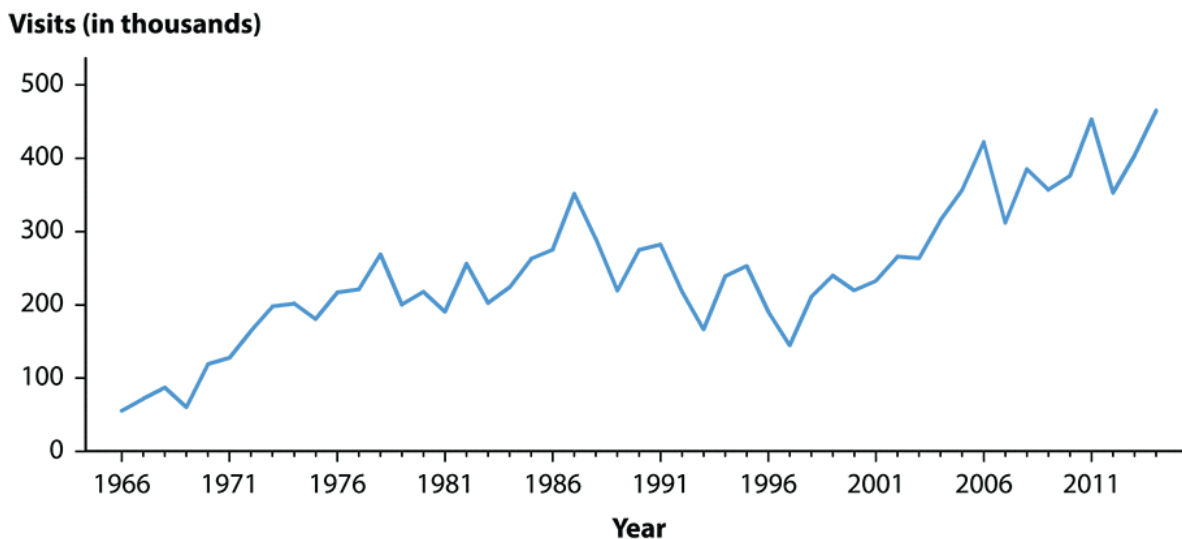
Η HPV λοίμωξη δεν αποτελεί μια κατάσταση που να παρακολουθείται και να ανακοινώνεται σε εθνικό επίπεδο. Αυτό που είναι όμως σε εθνικό επίπεδο ανακοινώσιμο είναι ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας. Σύμφωνα με τον CDC, βάσει δεδομένων για γυναίκες μεταξύ 14 και 34 ετών, ο επιπολασμός των τύπων 6,11,16,18 παρουσίασε μείωση την περίοδο μετά την άφιξη του εμβολίου (2009-2012) και την περίοδο πριν από αυτή (2003-2006), για γυναίκες μεταξύ 14 και 24 ετών. Για γυναίκες μεταξύ 25 και 34 ετών, δεν φάνηκε κάποια σημαντική αλλαγή στον επιπολασμό των συγκεκριμένων τύπων του HPV, ενώ γενικά δεν παρατηρήθηκε σε καμία ηλικιακή ομάδα μεταβολή του επιπολασμού άλλων, μη καλυπτόμενων από το εμβόλιο, τύπων του ιού (CDC, 2016a).

Αναφορικά με τις περιπτώσεις υψηλού βαθμού τραχηλικών ενδοεπιθηλιακών καρκινικών νεοπλασιών, σε τέσσερις γεωγραφικές περιοχές όπου μελετήθηκε η επίπτωση αυτών των καταστάσεων (Alameda County, California; New Haven County, Connecticut; Monroe County, New York; Washington and Multnomah Counties, Oregon), βρέθηκε ότι για τις γυναίκες μεταξύ 18–20 ετών υπήρξε μείωση την περίοδο 2008–2012. Αντίστοιχα ευρήματα προέκυψαν και μέσω ελέγχου ειδικών ηλικιακών ομάδων από διάφορες πηγές (CDC, 2016a).

Τέλος, σύμφωνα με το National Disease and Therapeutic Index (NDTI), φαίνεται ότι οι επισκέψεις σε γιατρούς λόγω κονδυλωμάτων στα γεννητικά όργανα παρουσίασαν αύξηση την περίοδο από τα τέλη της δεκαετίας του 1990 μέχρι το 2014 (Γράφημα1). Αντίθετα, τα έτη 2012 και 2013 να υπήρξε μια μείωση των επισκέψεων για κονδυλώματα στα γεννητικά όργανα, όμως

νέα δεδομένα χρειάζονται ώστε να επιβεβαιωθεί αν όντως αυτή η παρατηρούμενη μείωση θα έχει συνέχεια (CDC, 2016a).

*ΓΡΑΦΗΜΑ 1 Πλήθος επισκέψεων σε γιατρούς/νοσοκομεία λόγω ανάπτυξης κονδυλωμάτων στις Η.Π.Α., ανά έτος για την περίοδο 1966-2014*



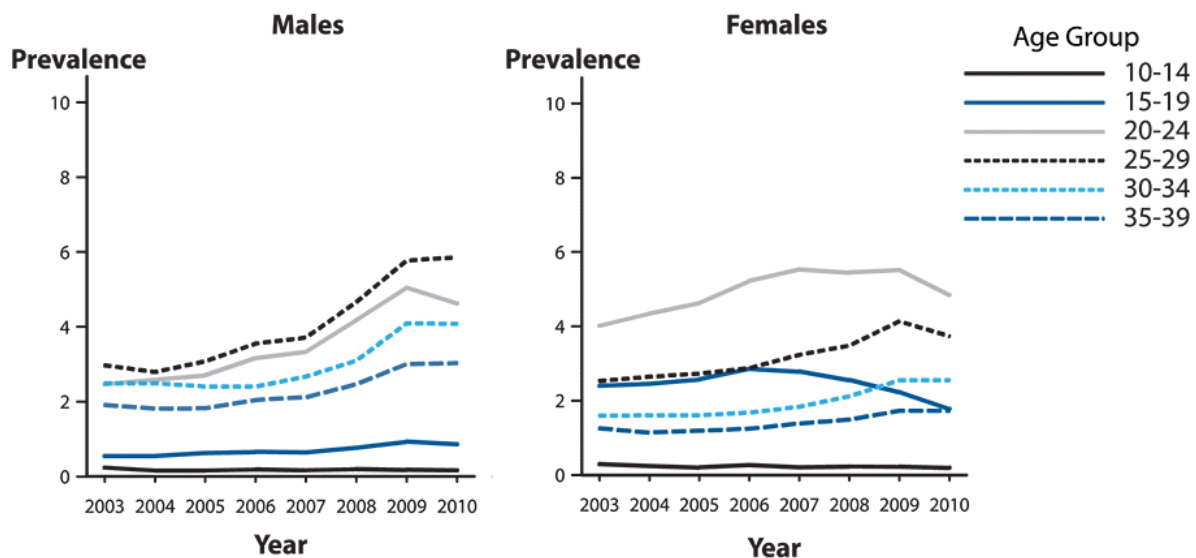
Πηγή: Flagg, Schwartz,&Weinstock (2013).

Την περίοδο 1999–2004 θεωρείται ότι το 5.6% των σεξουαλικά ενεργών ενηλίκων 18–59 ετών δήλωναν ιστορικό διάγνωσης κονδυλωμάτων των γεννητικών οργάνων (CDC, 2016a). Αργότερα, για την περίοδο 2003–2010 και βάσει μεγάλων μελετών κοόρτης στην Αμερική, προέκυψαν πιο ακριβή ευρήματα αναφορικά με τον επιπολασμό των κονδυλωμάτων των γεννητικών οργάνων. Στο Γράφημα παρουσιάζονται αναλυτικά οι τάσεις του επιπολασμού για άνδρες και γυναίκες ανά ηλικιακή ομάδα για αυτή την οκταετία: (Γράφημα 2)

- Για τις γυναίκες 15–19 ετών, ο επιπολασμός ήταν σταθερός την περίοδο 2003–2007, και παρουσίασε σημαντική μείωση την περίοδο 2007–2010.
- Αντίστοιχα, για γυναίκες 20–24 ετών, ο επιπολασμός παρουσίαζε συνεχή αύξηση την περίοδο 2003–2007, ενώ σταθεροποιήθηκε την περίοδο 2007–2010. Μάλιστα τον τελευταίο χρόνο φάνηκε για πρώτη φορά να υπάρχει κάποια μείωση.

- Για τις γυναίκες 25–39 ετών, υπήρχε συνεχής αύξηση του επιπολασμού σε όλη τη διάρκεια των 8 ετών.
- Τέλος, ο επιπολασμός των κονδυλωμάτων των γεννητικών οργάνων στους άνδρες όλων των ηλικιακών γκρουπ έδειξε συνεχόμενη αύξηση για όλη την περίοδο των 8 χρόνων

ΓΡΑΦΗΜΑ 2 Επιπολασμός(ανά 1000 ανθρωπόετη) των κονδυλωμάτων των γεννητικών οργάνων στις Η.Π.Α. ανά φύλο και ανά ηλικιακή ομάδα για την περίοδο 2003-2010



Πηγή: Flagg, Schwartz,&Weinstock (2013).

Αξίζει να σημειωθεί ότι η περίοδος μετά το 2006 αποτέλεσε ημερομηνία ορόσημο για τη μείωση του επιπολασμού των κονδυλωμάτων στις γυναίκες, όταν και το εμβόλιο κατά του HPV εγκρίθηκε για πρώτη φορά στις ΗΠΑ (F.D.A., 2006), με τα πρώτα αποτελέσματα να καταγράφονται κιόλας από το 2007 στις γυναίκες και κυρίως στις νεότερες εξ αυτών. Το εύρημα αυτό καταγράφεται ακόμη πιο έντονα, λόγω του ότι δεν υπήρξε αντίστοιχη μείωση στους άνδρες, οι οποίοι δεν εμβολιάζονται για τον HPV ακόμη και σήμερα. Πάντως σήμερα ο εμβολιασμός για τον HPV παραμένει σε χαμηλά επίπεδα, σε σύγκριση με τους στόχους κάλυψης 80% μέχρι το 2020.

## Οι ογκογεννητικές ιδιότητες του ιού HPV

Έχει βρεθεί ότι ο HPV σχετίζεται με την εμφάνιση ορισμένων τύπων καρκίνου. Συγκεκριμένα, πρωτίστως ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας και ο καρκίνος του πρωκτού αλλά και ορισμένοι ακόμη τύπου καρκίνου, όπως ο καρκίνος στην στοματοφαρυγγική κοιλότητα, καθώς και οι καρκίνοι των κατώτερων γενετικών οργάνων σε άνδρες και γυναίκες φαίνεται να σχετίζονται με τον HPV (Lindeberg & Krogdahl, 1999; Martín-Hernán et al., 2013; N.C.I., 2015; Ouhoummane et al., 2013; Schiffman et al., 2007; Walboomers et al., 1999; WHO, 2015).

Πιο αναλυτικά, σχεδόν το σύνολο των περιπτώσεων καρκίνου του τραχήλου της μήτρας παγκοσμίως (99%) έχει συνδεθεί με HPV λοίμωξη (WHO, 2015). Μάλιστα, ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι η δεύτερη πιο συχνή μορφή καρκίνου στις γυναίκες παγκοσμίως, αφού αντιστοιχεί στο 13% όλων των περιστατικών καρκίνου σε γυναίκες. Ένα σημαντικό επιδημιολογικό εύρημα είναι ότι το 85% των θανάτων από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας εντοπίζεται στις λεγόμενες αναπτυσσόμενες χώρες (WHO, 2015). Οι τύποι 16 και 18, προκαλούν το 75% του συνόλου των περιπτώσεων ενώ οι τύποι 31 και 45 προκαλούν άλλο ένα 10% (Oldham, & Dillman., 2009; Snijders et al, 2006). Από τους υπόλοιπους 200 περίπου υπότυπους του ιού που έχουν αναγνωριστεί, ως υψηλού κινδύνου για καρκινογένεση θεωρούνται οι τύποι 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73 και 82 (Munoz et al, 2003).

## Ο εμβολιασμός κατά του ιού HPV

Περί τα μέσα της δεκαετίας του 80, ήταν η πρώτη φορά που ο HPV κατηγορήθηκε για την ογκογόνο δράση του. Μάλιστα, τότε εκφράστηκε η θεωρία ότι συγκεκριμένα στελέχη του ιού μπορούν να προκαλέσουν καρκίνο (Αγοραστός, Βαβίλης & Μπόντης, 2001; zurHausen, 1991). Έτσι, κατά τον zur Hausen (1991), το γενετικό υλικό του HPV, είναι πιθανό να μπορεί εντοπισθεί εντός των καρκινικών κυττάρων. Αν ίσχυε κάτι τέτοιο, τότε θα μπορούσε να ανιχνευτεί με ειδικά εργαλεία. Η συγκεκριμένη θεωρία επιβεβαιώθηκε μετά από μελέτες ετών. Το DNA καρκινικών κυττάρων μελετήθηκε για μια σειρά από στελέχη του HPV. Η μεγάλη ετερογένεια του ιού καθώς και το γεγονός ότι μόνο συγκεκριμένα γονίδια του DNA του

ενσωματώνονται τελικά στο γονιδίωμα του κυττάρου που προσβάλλον κατέστησε την όλη προσπάθεια αρκετά δύσκολη. Μια πρώτη, αρκετά σημαντική ένδειξη που υποστήριζε την θεωρία του zur Hausen (1991) ήταν η επιτυχημένη κλωνοποίηση των υπότυπων 16 και 18 από τον ίδιο το 1984, χρησιμοποιώντας κύτταρα ασθενών που νοσούσαν με καρκίνο (CDC, 2016).

Τα επόμενα χρόνια και μετά από πλήθος ερευνών σε παγκόσμιο επίπεδο, φάνηκε ότι οι υπότυποι 16 και 18 εντοπίζονταν σε περισσότερο από 70% των περιπτώσεων καρκίνου του τραχήλου της μήτρας (Oldham & Dillman, 2009; Snijdersetal, 2006). Σήμερα, το έργο του zur Hausen κρίνεται καθοριστικής σημασίας για την κατανόηση της φυσικής ιστορίας και των μηχανισμών της ογκογεννητικής δράσης του HPV. Έτσι, με αρχή την θεωρία του zur Hausen και αργότερα με την εργαστηριακή επιβεβαίωσή της, άρχισε η διαδικασία προστασίας από τον HPV και η προσπάθεια να βρεθούν νέοι τρόποι για την αποτελεσματική καταπολέμησή του (Michael, 1999).

Στα πλαίσια της προσπάθειας για τον περιορισμό της εξάπλωσης του HPV, το 2006 εγκρίθηκε για πρώτη φορά ένα εμβόλιο το οποίο προστατεύει από τον ιό. Το όνομα του σκευάσματος ήταν Gardasil (MERCK) (F.D.A., 2006). Ένα χρόνο αργότερα, το 2007, το εμβόλιο πήρε την έγκριση και άρχισε να κυκλοφορεί και εντός της Ευρωπαϊκής Ένωσης (E.E.). Σύντομα ενσωματώθηκε και στο Ελληνικό Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών για κορίτσια και γυναίκες από 11 έως 26 ετών.

Η γνώση της δομής του μορίου του ιού, βοήθησε στην ανάπτυξη του εμβολίου. Έτσι, το γεγονός ότι ο HPV είναι ένας ιός με καψίδιο, έδωσε τη δυνατότητα της παρασκευής ενός εμβολίου με τη μέθοδο των VLPs (virus-likeparticles). Κατά τη μέθοδο αυτή, εισάγονται στον οργανισμό μέρη της πρωτεΐνης απότο περίβλημα του ιού, χωρίς όμως να είναι ενεργός ο ίδιος ο ιός. Έτσι, ο οργανισμός παράγει τα απαραίτητα αντισώματα, ώστε όταν ένα πραγματικό μόριο του ιού εισαχθεί στον οργανισμό, να καταπολεμηθεί προτού μολύνει κάποιο κύτταρο. Οι πρωτεΐνες τύπου L1, είναι αδρανείς και βρίσκονται στο εξωτερικό περίβλημα του ιού. Συνεπώς, αν ο οργανισμός μάθει να τις αναγνωρίζει και να επιτίθεται σε αυτές, τότε ο εμβολιασμός είναι επιτυχημένος. Έτσι, με καλλιέργεια ενός κατάλληλα γενετικά τροποποιημένου στελέχους του σακχαρομύκητα *Saccharomyces cerevisiae*, στον οποίο είχε δοθεί η ιδιότητα να μπορεί να παράγει τις συγκεκριμένες πρωτεΐνες, έγινε εφικτή η παρασκευή του Gardasil. Το σκεύασμα στοχοποιούσε τέσσερα από τα κυρίως υπεύθυνα για την καρκινογένεση στελέχη του ιού, τα

6,11,16 και 18. Το συγκεκριμένο σκεύασμα ήταν σε θέση να αποτρέπει μέσω της πρόληψης, μέχρι και το 70% όλων των τραχηλικών καρκίνων και το 90% των κονδυλωμάτων των γενετικών οργάνων (Lowy&Schiller, 2006), ενώ για τα στελέχη του ιού τα οποία καταπολεμά φαίνεται να έχει μέχρι και απόλυτη επιτυχία στην προστασία από καρκινικές και προ-καρκινικές αλλοιώσεις του τραχήλου της μήτρας και από εμφάνιση κονδυλωματωδών βλαβών των γεννητικών οργάνων (Harper et al., 2006; DeVincenzo et al., 2014).

Σήμερα, στην αγορά κυκλοφορούν αρκετά σκευάσματα για τον εμβολιασμό κατά του HPV και από διαφορετικές εταιρίες (Kash et al., 2015). Κάθε σκεύασμα προφυλάσσει από διάφορα στελέχη του ιού, το πλήθος των οποίων εξαρτάται από την εταιρία παραγωγής. Πάντως, όλα τα σκευάσματα έχουν ένα κοινό: προστατεύουν οπωσδήποτε από τα στελέχη 16 και 18, τα οποία είναι και τα κυρίως υπεύθυνα για την καρκινογένεση. Με αρχή την πρώτη κυκλοφορία ενός εμβολίου που προφυλάσσει τον άνθρωπο από τον HPV, το 2006, μέχρι το 2014, ο εμβολιασμός ενάντια στον ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων συμπεριλαμβανόταν στο πρόγραμμα εμβολιασμού τουλάχιστον του γυναικείου πληθυσμού σε 58 χώρες, ενώ πάνω από 100 χώρες είχαν εγκρίνει την κυκλοφορία του. Σήμερα κυκλοφορεί σε ακόμη περισσότερες περιοχές του κόσμου. Στην Ελληνική αγορά, το εμβόλιο κυκλοφορεί με δύο εμπορικές ονομασίες (Gardasil, Cervarix) ενώ καλύπτει επιπλέον τα στελέχη 6 και 11 (Kashetal., 2015).

### **Θετικά αποτελέσματα του εμβολίου**

Ο εμβολιασμός γενικότερα έχει οδηγήσει σε πληθώρα θετικών αποτελεσμάτων τόσο αναφορικά με την υγεία του πληθυσμού όσο και σε επίπεδο οικονομίας των χωρών (Bärnighausen et al., 2014). Ο εμβολιασμός κατά του HPV θεωρείται ότι έχει αποτελέσει ένα πολύ σημαντικό μέσο για τον περιορισμό ή και εξάλειψη ορισμένων μορφών καρκίνου και κυρίως του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και του καρκίνου των γεννητικών οργάνων. Συγκεκριμένα, μέσω του εμβολιασμού εκτιμάται ότι προλαμβάνεται το 70% των περιπτώσεων καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, το 80% του καρκίνου του πρωκτού, το 60% του καρκίνου του κόλπου καθώς και κάποιες περιπτώσεις καρκίνου του στόματος (DeVuystetal., 2009; Thaxton & Waxman, 2015). Επίσης, είναι πιθανό σε ορισμένες περιπτώσεις να προφυλάσσει από την εμφάνιση κονδυλωμάτων και καρκίνου γενικότερα του γεννητικού συστήματος (Takes et al., 2015).

Αναφορικά με το πότε, σε ποια ηλικία δηλαδή, θα πρέπει ένα άτομο να εμβολιασθεί κατά του HPV, θα πρέπει κανείς να ανατρέξει στα αποτελέσματα του εμβολιασμού σε διάφορες χώρες και σε διάφορες ομάδες γυναικών. Έτσι, κατά τα πρώτα τέσσερα χρόνια μετά την εισαγωγή του εμβολίου στο πρόγραμμα βασικού εμβολιασμού στις Η.Π.Α., φάνηκε ότι σε κορίτσια και νεαρές γυναίκες από 14 μέχρι και 19 ετών υπήρξε μείωση μέχρι και 56% στον επιπολασμό των τύπων 6,11,16,18. Ταυτόχρονα, μείωση άνω του 90% παρατηρήθηκε στον επιπολασμό των κονδυλωμάτων των γεννητικών οργάνων στις νεαρές γυναίκες κάτω των 21 ετών. Στην Αυστραλία, αντίστοιχα ήταν τα ευρήματα για γυναίκες 21-30 ετών, με τη μείωση του επιπολασμού να ξεπερνά το 70% (Ali et al., 2013; Markowitz et al., 2013). Στην Δανία, φάνηκε συνεχής μείωση της συχνότητας των κονδυλωμάτων σε νεαρές γυναίκες μετά την εισαγωγή του εμβολίου το 2007, ενώ παρατηρήθηκε σχεδόν πλήρης εξάλειψή τους σε κορίτσια ηλικίας 16-17 ετών (Baandrup et al., 2013; Crowe et al., 2014).

Βέβαια, αν και θεωρείται ότι ο εμβολιασμός θα πρέπει να γίνεται σε νεαρή ηλικία και πριν εκτεθεί μια γυναίκα στον ιό (WHO,2016), υπάρχουν σημαντικές ενδείξεις ότι ο εμβολιασμός μπορεί να προφυλάξει σε κάποιες περιπτώσεις και άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, ή ακόμη και άτομα το οποία έχουν προσβληθεί παλιότερα από τον ιό. Έτσι, αν και σε γυναίκες μη εκτεθειμένες στον ιό HPV, ηλικίας 15-26 ετών, αποδείχθηκε 95-100%, αποτελεσματικό στην μείωση του κινδύνου για νεοπλασίες στον τράχηλο αλλά και εξωτερικές αλλοιώσεις γεννητικών οργάνων που σχετίζονται με τους τύπους 6,11,16,18, θετικά αποτελέσματα φαίνεται να έχει και για άλλες κατηγορίες γυναικών. Σε γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας και συγκεκριμένα από 24 μέχρι 45 ετών, που δεν είχαν εκτεθεί στον ιό, ο εμβολιασμός έδειξε 88,7% αποτελεσματικότητα στην προστασία από τους τύπους 6, 11, 16, 18. Επίσης, ακόμη και σε γυναίκες με παρελθούσα λοίμωξη, ηλικίας 24-45 ετών το εμβόλιο είχε 66,9% αποτελεσματικότητα για τις αλλοιώσεις που οφείλονταν στα ίδια στελέχη του ιού (Castellsague et al., 2011). Επιπρόσθετα, στοιχεία υποστηρίζουν ότι σε γυναίκες με παρελθούσα λοίμωξη με έναν ή περισσότερους από τα τέσσερα πιο επικίνδυνα στελέχη του HPV, το εμβόλιο ήταν μέχρι και απόλυτα αποτελεσματικό στην πρόληψη νέων λοιμώξεων από κάποιο άλλο στέλεχος, καθώς και για την επαναλοίμωξη από το ίδιο στέλεχος. Τέλος, ακόμη και σε γυναίκες οι οποίες έχουν υποβληθεί σε κάποια θεραπευτική παρέμβαση στον τράχηλο της μήτρας, λόγω αλλοιώσεων που οφείλονταν στην HPV λοίμωξη, ο εμβολιασμός φάνηκε ότι ήταν αποτελεσματικός στο να περιορίσει κατά περίπου 80% την συχνότητα εμφάνισης νέων νοσημάτων και αλλοιώσεων στο σύστημα των γεννητικών οργάνων,



για ηλικίες 16-26 ετών. Βέβαια, θα πρέπει να τονισθεί ότι οι γυναίκες αυτές είχαν εμβολιασθεί πριν προβούν στην θεραπευτική παρέμβαση στον τράχηλο της μήτρας (Joura et al., 2012; Munoz et al., 2010; Olsson et al., 2009).

Συνεπώς, η αντίληψη ότι θα πρέπει να εμβολιάζονται για τον HPV μόνο νεαρά κορίτσια και γυναίκες σεξουαλικά μη ενεργές, είναι βέβαιο ότι δεν είναι απολύτως ορθή. Σήμερα, ο εμβολιασμός για τον HPV συστήνεται ως μέρος των εθνικών προγραμμάτων εμβολιασμού όσων χωρών μπορούν να το υποστηρίξουν οικονομικά, ειδικά για τα νεαρά κορίτσια 9 μέχρι 13 ετών (WHO, 2016). Σε κάθε περίπτωση ο εμβολιασμός εξασφαλίζει ανοσολογική κάλυψη τουλάχιστον για οκτώ χρόνια. Τέλος, τα άτομα που έχουν εμβολιασθεί θα πρέπει να εξακολουθούν να πραγματοποιούν τακτικούς ελέγχους με το τεστ Παπανικολάου, ενώ παρά τις όποιες ενδείξεις, επισήμως υποστηρίζεται ότι το εμβόλιο δεν προσφέρει προστασία σε γυναίκες με υπάρχουσα HPV λοίμωξη (WHO, 2016).

Στην Ελλάδα και σύμφωνα με το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών, Παιδιών, Εφήβων και Ενηλίκων του 2015, ο εμβολιασμός για τον HPV συστήνεται σε κορίτσια 11 ως 15 ετών σε δύο δόσεις και σε κορίτσια από 15 μέχρι 18 ετών σε 3 δόσεις, ενώ σε κάθε περίπτωση ο εμβολιασμός θα πρέπει να πραγματοποιείται πριν την έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας. Η ελάχιστη ηλικία στην οποία μπορεί να ξεκινήσει ο εμβολιασμός έχει ορισθεί αυτή των 9 ετών. Σύμφωνα με τα μέχρι τώρα δεδομένα της ελληνικής νομοθεσίας, το εμβόλιο χορηγείται δωρεάν, με δαπάνη του κάθε ασφαλιστικού φορέα επίσης για τις ηλικίες 18-26 ετών, μέχρι τις 31/12/2016 (Υ.Υ.Κ.Α., Πρόγραμμα Εμβολιασμών Παιδιών και Εφήβων, 2015). Από το 2017, η ελληνική πολιτεία κατέβασε την άνω ηλικία πλήρους ασφαλιστικής κάλυψης των κοριτσιών στα 18 έτη (Υ.Υ.Κ.Α., Πρόγραμμα Εμβολιασμών Παιδιών και Εφήβων, 2015).

### **Γονεικοί παράγοντες που σχετίζονται με τον εμβολιασμό**

Τα ανήλικα κορίτσια και μάλιστα σε προεφηβική ηλικία, δηλαδή κάτω των 15 ετών, είναι όπως αναφέρθηκε ο πληθυσμός στον οποίο στοχεύει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO) αναφορικά με τον εμβολιασμό κατά του HPV. Έτσι, είναι πολύ σημαντικό να λαμβάνονται υπόψη οι απόψεις και η αποδοχή του εμβολιασμού από τους ίδιους τους γονείς, καθώς και οι

γνώσεις και οι πεποιθήσεις τους αναφορικά με τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και των μέσων πρόληψής του (Constantine & Jerman, 2007). Παράγοντες όπως η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, οι γνώσεις αναφορικά με τον εμβολιασμό κατά του HPV, καθώς και οι πεποιθήσεις των γονέων αναφορικά με το ενδεχόμενο λοίμωξης από HPV ή εμφάνισης κονδυλωμάτων στις κόρες τους, αποτελούν συχνά πεδίο μελέτης αναφορικά με το αν τελικά οι γονείς εμβολιάζουν ή όχι τις κόρες τους (Constantine & Jerman, 2007; Bianco et al., 2014; Gordon et al., 2011; Kose et al., 2011; Seven et al., 2015).

Έχει φανεί ότι το μορφωτικό επίπεδο των γονέων μπορεί να επηρεάσει την απόφασή τους (Bianco et al., 2014; Kose et al., 2011). Επίσης, το επίπεδο γνώσεων και της ενημέρωσης των γονέων γύρω από τον εμβολιασμό γενικότερα, αλλά και ειδικά αναφορικά με το εμβόλιο του HPV φαίνεται να σχετίζεται με την απόφασή τους να εμβολιάσουν (Bianco et al., 2014; Kose et al., 2011; Seven et al., 2015; Stara et al., 2014). Συγκεκριμένα, ορισμένοι γονείς είναι πιθανό να αγνοούν την ύπαρξη του εμβολίου (Seven et al., 2015; Wang et al., 2015). Ακόμη, είναι πιθανό οι γονείς να μη γνωρίζουν ότι ο HPV είναι ένας ιός ο οποίος μπορεί να αποτελέσει την κύρια αιτία εμφάνισης καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και του πρωκτού, καθώς και άλλων μερών του σώματος (Gordon et al., 2011; Seven et al., 2015; Wang et al., 2015). Επιπρόσθετα, συχνά οι γονείς πιστεύουν ότι η κόρη τους είναι αρκετά μικρή και άρα μη σεξουαλικά ενεργή. Αυτή η πεποίθηση των γονέων, σε συνδυασμό συχνά συγκεκριμένων κοινωνικών προτύπων, κατά τα οποία δεν θεωρείται σωστό μια γυναίκα να έχει σεξουαλικά ενεργή ζωή πριν την ενηλικίωση ή τον γάμο, μπορεί να οδηγήσει σε άρνηση ή καθυστέρηση του εμβολιασμού (Barnack, Reddy & Swain, 2010; Gordon et al., 2011). Τέλος, το πιο συχνά εμφανιζόμενο εμπόδιο αναφορικά με τον εμβολιασμό κατά του HPV, για τους γονείς φαίνεται να είναι η ανησυχία τους αναφορικά με την επικινδυνότητα του εμβολίου και των πιθανών αρνητικών παρενεργειών (Bianco et al., 2014; Constantine & Jerman, 2007; Kose et al., 2011; Seven et al., 2015; Staras et al., 2014).

Είναι λοιπόν γεγονός, ότι μέσω της σωστής ενημέρωσης των γονέων μπορεί να αυξηθεί ο εμβολιασμός των κοριτσιών (Kose et al., 2011; Madhivanan et al., 2015; Seven et al., 2015). Έχει άλλωστε φανεί ότι οι γονείς οι οποίοι γνωρίζουν τόσο για την ύπαρξη όσο και για τα οφέλη του εμβολίου κατά του HPV, παρουσιάζουν αναφορικά με το συγκεκριμένο εμβόλιο τους ίδιους ενδιαρισμούς όπως και γενικότερα για τα άλλα εμβόλια (Staras et al., 2014) και εστιάζουν την προσοχή τους στους πιθανούς κινδύνους και παρενέργειες (Madhivanan et al., 2015). Έτσι, με

την κατάλληλη καθοδήγηση και αφού διευκρινισθούν οι κίνδυνοι και αποσαφηνισθούν οι απορίες τους, είναι πιθανό να επιλέξουν τελικά να εμβολιάσουν τις κόρες τους.

## Οικονομικοί παράγοντες

Πέρα από παράγοντες που αφορούν τη γνώση, την ενημέρωση ή τις αντιλήψεις των γονέων και γενικότερα των ανθρώπων, οι οποίοι μπορούν να επηρεάσουν την εμβολιαστική κάλυψη του πληθυσμού για τον HPV, υπάρχει ακόμη ένας πολύ σημαντικός παράγοντας. Αυτός δεν είναι άλλος από την οικονομική κατάσταση είτε μιας χώρας, ή ακόμη και των επιμέρους ατόμων.

Οικονομικές μελέτες σε πολλές χώρες έχουν διεξαχθεί προκειμένου να ελεγχθεί η σχέση κόστους-απόδοσης του εμβολιασμού των νεαρών κοριτσιών κυρίως για τους τύπους HPV16 και HPV18. Οι μελέτες αυτές συγκρίνουν το μακροπρόθεσμο κόστος μιας χώρας λόγω πρόωρων θανάτων και νοσηλίων για άτομα που ανέπτυξαν καρκίνο λόγω της HPV λοίμωξης, με το συνολικό κόστος της εισαγωγής του εμβολιασμού κατά του HPV στο εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμών της. Τα ευρήματα υποδεικνύουν ότι ο εμβολιασμός νεαρών κοριτσιών για τους τύπους HPV16 και HPV18 έχει πράγματι καλή σχέση κόστους-απόδοσης (Jit, Choi, & Edmunds, 2008; Kim & Goldie, 2008). Μάλιστα, ο εμβολιασμός φαίνεται να είναι οικονομικά αποδοτικός ακόμη και για τις πιο φτωχές χώρες, αν και σε αυτές τις χώρες, σημαντική τροχοπέδη μπορεί να αποτελέσει η αρχική δυσκολία κάλυψης του κόστους (Goldie et al., 2008). Πρόσφατα έχουν υπάρξει οικονομικές μελέτες που υποδεικνύουν ότι ακόμη και ο εμβολιασμός αγοριών στην προεφηβική ηλικία είναι επίσης οικονομικά ανταποδοτικός (Burger et al., 2014).

Παρά τις μελέτες και τη διαφαινόμενη πολύ θετική σχέση κόστους-απόδοσης του εμβολιασμού τουλάχιστον των νεαρών κοριτσιών για τους δύο πιο επικίνδυνους για καρκινογένεση τύπους του HPV (16 και 18), η πληθυσμιακή κάλυψη του εμβολίου ανά χώρα φαίνεται να επηρεάζεται σημαντικά από την οικονομική κατάσταση της χώρας αυτής (Bruni et al., 2016; Goldie et al., 2008). Έτσι, φαίνεται ότι σε περιοχές οικονομικά λιγότερο ανεπτυγμένες η κάλυψη του εμβολίου παραμένει σε ιδιαίτερα χαμηλά επίπεδα (Bruni et al., 2016), ενώ η αποδοτικότητα του εμβολιασμού φαίνεται να είναι μεγαλύτερη για χώρες μέσης οικονομικά κατάστασης, σε σύγκριση με οικονομικά ισχυρές χώρες (Bruni et al., 2016). Δυστυχώς βέβαια, στις χώρες όπου

ο πληθυσμός είναι περισσότερο εκτεθειμένος στον HPV και οι σχετιζόμενες κακοήθειες και οι θάνατοι εξ αυτών είναι υψηλότεροι, οι οικονομίες είναι και οι πιο αδύναμες, ώστε να παραμένει η δυσκολία της εμβολιαστικής κάλυψης. (Bruni et al., 2016).

## Ειδικό μέρος

### Μεθοδολογία

#### Σκοπός μελέτης

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι ο εντοπισμός παραγόντων που συνδέονται με τις στάσεις και τις αποφάσεις αναφορικά με τον εμβολιασμό για τον HPV σε ένα δείγμα γονέων στην Ελλάδα. Ως δευτερεύοντες στόχοι τέθηκαν, η εκτίμηση της εμβολιαστικής κάλυψης των ανήλικων θηλέων τέκνων μέσω του δείγματος και η αξιολόγηση τόσο των γνώσεων όσο και των πεποιθήσεων των γονέων αναφορικά με τον εμβολιασμό κατά του HPV. Επιπρόσθετα, στόχος της μελέτης είναι η διερεύνηση των στάσεων των συμμετεχόντων απέναντι στην υγεία και στη σωστή καθημερινή πρακτική προφύλαξης και θεραπείας γενικότερα.

#### Υποθέσεις της έρευνας

Στα πλαίσια μιας ερευνητικής εργασίας, θα πρέπει να συνταχθούν διάφορες ερευνητικές υποθέσεις, οι οποίες είτε απορρίπτονται είτε υποστηρίζονται από τα δεδομένα. Τα ερευνητικά ερωτήματα στην παρούσα μελέτη, τα οποία συντάχθηκαν έτσι ώστε να συνάδουν με τον σκοπό της μελέτης, είναι τα εξής:

- Το αν οι γονείς έχουν εμβολιάσει την κόρη τους εξαρτάται από διάφορους δημογραφικούς παράγοντες, όπως η ηλικία και το επίπεδο εκπαίδευσης
- Η απόφαση των γονέων για το αν θα εμβολιάσουν τις κόρες τους σχετίζεται με την κατάσταση της ψυχολογικής τους υγείας
- Η απόφαση των γονέων για το αν θα εμβολιάσουν τις κόρες τους σχετίζεται με την υποκειμενική αντιλαμβανόμενη κατάσταση της υγείας τους
- Η απόφαση των γονέων για το αν θα εμβολιάσουν τις κόρες τους σχετίζεται με τις στάσεις και τις πεποιθήσεις τους αναφορικά με την υγεία. Συγκεκριμένα, ανάλογα με το

αν οι γονείς πιστεύουν ότι είναι οι ίδιοι υπεύθυνοι για τη βελτίωση της κατάστασης της υγείας τους και δεν είναι θέμα τύχης, καθώς και αν θεωρούν ότι θα πρέπει να ακολουθούν τις οδηγίες των ειδικών, είναι λιγότερο ή περισσότερο πιθανό να εμβολιάσουν την κόρη τους για τον HPV.

## **Συμμετέχοντες**

Στην παρούσα μελέτη συμμετείχαν συνολικά 123 άτομα, γονείς ανήλικων θηλέων τέκνων. Η συλλογή του δείγματος πραγματοποιήθηκε κατά την περίοδο: Ιούλιος 2016 έως Δεκέμβριος 2016. Το ερωτηματολόγιο δόθηκε σε γονείς από διάφορες περιοχές της Αττικής. Τα ερωτηματολόγια μοιράσθηκαν απευθείας σε γονείς από την ερευνήτρια, ή μέσω του σχολείου όπου πηγαίνουν τα παιδιά τους (ένα γυμνάσιο και ένα λύκειο). Η ερευνήτρια ζήτησε και έλαβε άδεια από τους διευθυντές των σχολείων, από το σύλλογο των καθηγητών καθώς και από το σύλλογο των γονέων, ώστε να επικοινωνήσει με γονείς παιδιών προκειμένου να τους προτείνει να συμμετάσχουν στη μελέτη.

### **Κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού**

Οι γονείς έπρεπε να είχαν ανήλικη κόρη άνω των 12 ετών, να γνώριζαν οι ίδιοι να διαβάζουν και να γράφουν στα Ελληνικά και να μην είναι άνω των 65 ετών. Επιπλέον, το ερωτηματολόγιο μοιράσθηκε σε περισσότερους από τους συμμετέχοντες γονείς. Τέλος, οι γονείς έπρεπε να είναι κάτοικοι Αττικής. Η συμμετοχή στη μελέτη έγινε οικειοθελώς, κατόπιν συναίνεσης.

## Διαδικασίες και ερωτηματολόγιο

Προκειμένου να διερευνηθούν τα ερωτήματα της παρούσας μελέτης, δόθηκε στους γονείς που τελικά δέχθηκαν να συμμετάσχουν ένα ερωτηματολόγιο αυτό-αναφοράς. Οι συμμετέχοντες, εφόσον συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια, τα επέστρεψαν σφραγισμένα (σε αδιαφανή φάκελο), αφήνοντάς τα σε προκαθορισμένο σημείο, ανώνυμα, ώστε να μη γνωρίζει η ερευνήτρια ποιο ερωτηματολόγιο προερχόταν από τον εκάστοτε γονέα. Η διαφύλαξη της ανωνυμίας και η εμπιστευτικότητα, ενθάρρυνε περισσότερους γονείς να συμμετάσχουν στη μελέτη. Στη συνέχεια η ερευνήτρια άνοιξε τους φακέλους και εισήγαγε τα δεδομένα χρησιμοποιώντας κατάλληλη κωδικοποίηση (Robson, 2002), στο πρόγραμμα που χρησιμοποιήθηκε για την στατιστική επεξεργασία και την εξαγωγή των αποτελεσμάτων.

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε αποτελούντο από 3 μέρη. Τα τρία αυτά μέρη παρουσιάζονται αναλυτικά παρακάτω:

- Μέρος 1: Τα βασικά κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων
- Μέρος 2: Έδρα ελέγχου της υγείας (Health Locus of Control: HLC). Το ερωτηματολόγιο αυτό αποτελεί Ελληνική μετάφραση ενός γνωστού και ευρέως χρησιμοποιούμενου εργαλείου για την αξιολόγηση των απόψεων και των πεποιθήσεων των συμμετεχόντων αναφορικά με το κατά πόσο η υγεία τους εξαρτάται ή όχι από την ίδια τους τη συμπεριφορά (Theofilou, 2012; Wallston, Wallston & DeVellis, 1978).
- Μέρος 3: Ερωτηματολόγιο μέτρησης των αρνητικών συναισθημάτων του άγχους, της κατάθλιψης και του στρες (Depression, Anxiety, Stress Scale: DASS21). Το ερωτηματολόγιο αυτό αποτελεί μια πιο συνοπτική παραλλαγή του ερωτηματολογίου DASS42. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο μεταφράστηκε και επικυρώθηκε στα Ελληνικά από τους Lyrakos et al., 2011.

Το κάθε μέρος του ερωτηματολογίου περιγράφεται αναλυτικά στα επόμενα κεφάλαια.

## Κοινωνικοδημογραφικές και ιατρικές μεταβλητές

Το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα μελέτη, σχεδιάστηκε προκειμένου να καταγράψει τα βασικά κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, καθώς και να καταστήσει εφικτό να συλλεχθούν ορισμένες επιπλέον πληροφορίες, αναφορικά με το πώς αντιλαμβάνονται την υγεία τους και ποια είναι η στάση τους απέναντι στον εμβολιασμό. Έτσι, το ερωτηματολόγιο αυτό αποτελούνταν από 11 ερωτήσεις:

- 6 ερωτήσεις αναφορικά με κοινωνικούς και δημογραφικούς παράγοντες: Φύλο, ηλικία, οικογενειακή και οικονομική κατάσταση, επίπεδο εκπαίδευσης και τέλος εθνικότητα
- 3 ερωτήσεις αναφορικά με την κατάσταση της υγείας των συμμετεχόντων: Αντιλαμβανόμενη κατάσταση της υγείας, καπνιστικές συνήθειες και ατομικό ιστορικό HPV λοίμωξης
- 2 ερωτήσεις αναφορικά με την στάση των συμμετεχόντων απέναντι στον εμβολιασμό για τον HPV: Κατάσταση εμβολιασμού παιδιού και αίτια μη εμβολιασμού

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά χρησιμοποιήθηκαν με δύο τρόπους:

- Για την συνοπτική περιγραφή του δείγματος: Αυτό σημαίνει, ότι με τις ερωτήσεις αυτές έγινε περιγραφή κάποιων βασικών χαρακτηριστικών του δείγματος. Ήταν σημαντικό να καταγραφούν αυτά τα χαρακτηριστικά, ώστε εκτός των άλλων να μπορούν τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης να συγκριθούν και να συναξιολογηθούν με ευρήματα άλλων αντίστοιχων μελετών με αντίστοιχα δείγματα στο μέλλον.
- Για τη διερεύνηση παραγόντων που σχετίζονται με την απόφαση εμβολιασμού: Ορισμένα δημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως η ηλικία και το επίπεδο εκπαίδευσης, μπορεί να σχετίζονται με την απόφαση των συμμετεχόντων αναφορικά με τον εμβολιασμό της κόρης τους για τον HPV. Έτσι, με την καταγραφή των χαρακτηριστικών αυτών, κατέστη πιθανώς εφικτή η διερεύνηση τέτοιων επιδράσεων.

### **Αποφάσεις σχετικά με τον εμβολιασμό**

Στο πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου, οι γονείς κλήθηκαν να απαντήσουν, μεταξύ άλλων, αν έχουν εμβολιάσει την κόρη τους με το εμβόλιο του HPV. Ο λόγος που τέθηκε αυτή η ερώτηση ήταν τριπλός:



1. Για να μπορέσει να αξιολογηθεί η εμβολιαστική κάλυψη στο δείγμα
2. Ωστε να διερευνηθεί η επίδραση δημογραφικών παραγόντων καθώς και παραγόντων που σχετίζονται με την ψυχολογική κατάσταση και τις στάσεις και πεποιθήσεις των γονέων αναφορικά με την υγεία, στην απόφασή τους για εμβολιασμό της ανήλικης κόρης τους
3. Σε μια προσπάθεια να καταγραφούν ορισμένοι παράγοντες που αποτρέπουν τους γονείς από το να εμβολιάσουν

Για την τρίτη περίπτωση, απευθύνθηκε μια επιπλέον ερώτηση στους γονείς εκείνους που δεν είχαν εμβολιάσει την κόρη τους, αναφορικά με τον λόγο για αυτή τους την απόφαση.

### **Γνωμοδότηση των ιατρών**

Σύμφωνα με τις οδηγίες του κέντρου πρόληψης νοσημάτων (CDC), το νέο εμβόλιο κατά του HPV, θεωρείται ασφαλές, με λίγες ανεπιθύμητες παρενέργειες που αφορούν κυρίως την διαδικασία εμβολιασμού (τρύπημα με βελόνα) τόσο για ανήλικα κορίτσια από 9 ετών μέχρι νεαρές κοπέλες 26 ετών, όσο και για νεαρά αγόρια (Petrosky et al., 2015). Από την άλλη, η έλλειψη γνώσης και η ανασφάλεια για τον εμβολιασμό του HPV από τους γονείς, αποτελούν συχνούς παράγοντες μη εμβολιασμού των ανήλικων κοριτσιών (Barnack et al., 2010; Seven et al., 2015; Voidāzan et al., 2016). Έτσι, ο ρόλος των γιατρών μπορεί να αποβεί καθοριστικός στην τελική απόφαση των γονέων για το αν θα εμβολιάσουν ή όχι την κόρη τους για τον HPV. Προκειμένου όμως η γνωμοδότηση του γιατρού να αποτελέσει πραγματικό παράγοντα ώθησης των γονέων προς την επιλογή να εμβολιάσουν τα ανήλικα θηλυκά τέκνα τους, θα πρέπει οι ίδιοι οι γονείς να επιθυμούν να συμβουλευθούν τον γιατρό και να ακολουθήσουν τις οδηγίες του για θέματα υγείας. Επίσης είναι σημαντικό οι γονείς να μπορούν να αντιληφθούν ότι, πέραν της τυχαιότητας, οι ίδιες οι επιλογές του ανθρώπου επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας του. Έτσι, θα πρέπει οι γονείς να γνωρίζουν ότι θα πρέπει να λαμβάνουν μέτρα προφύλαξης, ώστε να μη νοσήσουν τόσο από τον HPV όσο και από οποιαδήποτε άλλη λοίμωξη και να μην θεωρούν ότι πρόκειται περί «πεπρωμένου» ή «αναπόφευκτου» το να νοσήσει κανείς (Wallston et al., 1978).

Προκειμένου να αξιολογηθούν αυτοί οι παράγοντες, χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο της Έδρας ελέγχου υγείας (Wallston et al., 1978), το οποίο περιγράφεται αναλυτικά σε επόμενο κεφάλαιο. Έμμεσος στόχος της διερεύνησης των παραγόντων αυτών είναι να αξιολογηθεί το κατά πόσο θα μπορούσε η σωστή ενημέρωση και η έγκαιρη γνωμοδότηση για εμβολιασμό από

τους ιατρούς (είτε πρόκειται για τον παιδίατρο, είτε για κάποιο παθολόγο, είτε για κάποιο γυναικολόγο ή για οποιασδήποτε άλλης ειδικότητας γιατρό) να επηρεάσει πραγματικά τους γονείς αναφορικά με την απόφασή τους να εμβολιάσουν ή όχι τις κόρες τους για τον HPV.

## **Αυτοαναφορά Υγείας**

Στο ερωτηματολόγιο διατυπώνεται μια ερώτηση που καλεί τους συμμετέχοντες να αξιολογήσουν με υποκειμενικό τρόπο, την κατάσταση της υγείας τους, χρησιμοποιώντας μια 10-βάθμια κλίμακα τύπου Likert (1: καθόλου καλή, 10: άριστη). Αυτή η μεταβλητή μπορεί να χρησιμοποιηθεί ώστε να διερευνηθεί αν μπορεί η υποκειμενική αισθανόμενη κατάσταση της υγείας ενός γονέα να επηρεάζει την απόφασή του αναφορικά με τον εμβολιασμό για τον HPV (πχ, ίσως άτομα που θεωρούν τον εαυτό τους υγιή να μη νιώθουν την ανάγκη να εμβολιάσουν την κόρη τους). Επίσης, μπορεί να συγκριθεί η τιμή της μεταβλητής αυτής, με το κατά πόσο οι συμμετέχοντες πιστεύουν και είναι διατεθειμένοι να ακολουθούν τις οδηγίες των ειδικών και γενικότερα κατά πόσο πιστεύουν ότι μπορούν να επηρεάσουν οι ίδιοι την κατάσταση της υγείας τους. Έτσι, θα διερευνηθεί η σχέση της μεταβλητής αυτής, με τους παράγοντες του ερωτηματολογίου της Έδρας Ελέγχου της Υγείας (MHLC), το οποίο περιγράφεται αναλυτικά σε επόμενο κεφάλαιο.

## **Κατάθλιψη, άγχος και στρες**

Συχνά η επιστημονική κοινότητα υποστηρίζει την άποψη ότι η συναισθηματική κατάσταση ενός ατόμου επηρεάζει τον τρόπο που λαμβάνει αποφάσεις και κατ' επέκταση, επηρεάζει τις ίδιες τις αποφάσεις στα διάφορα διλήμματα που μπορεί να αντιμετωπίζει (Bechara, Damasio & Damasio, 2000; Miu, Heilman & Houser, 2008). Έτσι, η απόφαση των γονέων αναφορικά με το αν θα εμβολιάσουν ή όχι τις κόρες τους για τον HPV μπορεί να επηρεάζεται σημαντικά από το πόσο σίγουροι είναι τόσο για την ασφάλεια όσο και για την αναγκαιότητα του εμβολίου. Προκειμένου να διερευνηθεί αν πράγματι η συναισθηματική κατάσταση των γονέων που έλαβαν μέρος στη μελέτη μπορεί να επηρεάσει την απόφασή τους αναφορικά με τον εμβολιασμό της κόρης του, χρησιμοποιήθηκε το DASS21 (Lovibond & Lovibond, 1995; Lyrakos et al., 2011).

Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο αποτελείται συνολικά από 21 ερωτήσεις 4-βάθμιας κλίμακας τύπου Likert (0: Δεν ίσχυσε καθόλου για μένα, 1: Ίσχυε για μένα σε έναν ορισμένο βαθμό, ή για μικρό χρονικό διάστημα, 2: Ίσχυε για μένα σε έναν ιδιαίτερο βαθμό, ή για μεγάλο χρονικό διάστημα, 3: Ίσχυε για μένα πάρα πολύ, ή τις περισσότερες φορές), όπου . Το DASS21 αποτελεί ένα εργαλείο μέσω του οποίου μπορούν να αξιολογηθούν μια σειρά συμπτωμάτων που θεωρούνται κοινότυπα τόσο σε καταστάσεις κατάθλιψης όσο και υψηλού άγχους (Lyraκος et al., 2011). Οι 21 ερωτήσεις του ερωτηματολογίου ομαδοποιούνται σε 3 επιμέρους ισοπληθείς παράγοντες (Αναλυτικά το ερωτηματολόγιο παρατίθεται στο Παράρτημα):

- Κατάθλιψη (Depression): Ερωτήσεις 3, 5, 10, 13, 16, 17, 21 του ερωτηματολογίου DASS21
- Άγχος (Anxiety): Ερωτήσεις 2, 4, 7, 9, 15, 19, 20 του ερωτηματολογίου DASS21
- Στρες (Stress): Ερωτήσεις 1, 6, 8, 11, 12, 14, 18 του ερωτηματολογίου DASS21

Για κάθε μία από αυτές τις κατηγορίες, θα πρέπει να υπολογισθεί μια κλίμακα (score). Συγκεκριμένα, ο υπολογισμός για τις κλίμακες είχε ως εξής:

- Αθροίζουμε τις απαντήσεις κάθε ατόμου, στις ερωτήσεις που αφορούν την εκάστοτε ομάδα
- Πολλαπλασιάζουμε το κάθε άθροισμα από αυτά με το 2
- Τελικά, αυτά αποτελούν τις 3 κλίμακες αξιολόγησης του DASS21

Τα ευρήματα αξιολογούνται και παρουσιάζονται βάσει του Πίνακα 1

*ΠΙΝΑΚΑΣ 1*

<b>Σοβαρότητα</b>	<b>Κατάθλιψη</b>	<b>Άγχος</b>	<b>Στρες</b>
<b>Φυσιολογική</b>	0-9	0-7	0-14
<b>Ήπια</b>	10-13	8-9	15-18
<b>Μέτρια</b>	14-20	10-14	19-25
<b>Σοβαρή</b>	21-27	15-19	26-33
<b>Εξαιρετικά σοβαρή</b>	28+	20+	23+

Εφόσον υπολογισθούν και αξιολογηθούν οι επιμέρους παράγοντες του DASS21, θα διερευνηθεί πιθανή ύπαρξη κάποιας σχέσης της ψυχολογικής κατάστασης των συμμετεχόντων γονέων με την στάση τους απέναντι στον εμβολιασμό της κόρης τους. Συνεπώς, θα ελεγχθεί αν τα άτομα που έχουν εμβολιάσει την κόρη τους παρουσιάζουν διαφορετικά επίπεδα Κατάθλιψης ή/και Άγχους ή /και Στρες, σε σύγκριση με τους γονείς που δεν έχουν εμβολιάσει.

### **Έδρα ελέγχου υγείας**

Προκειμένου να διερευνηθούν οι στάσεις και οι αντιλήψεις των γονέων αναφορικά με την υγεία και τη νόσο, χρησιμοποιήθηκε το πολυδιάστατο ερωτηματολόγιο της Έδρας Ελέγχου Υγείας (Wallston et al., 1978). Το ερωτηματολόγιο αυτό (Multidimensional Health Locus of Control: MHLC) αποτελεί μια διευρυμένη παραλλαγή του αντίστοιχου μονοδιάστατου εργαλείου (Health Locus of Control: HLC). Το αρχικό ερωτηματολόγιο αποτελούνταν από 11 ερωτήσεις. Το διευρυμένο, το οποίο και χρησιμοποιείται ευρέως, αποτελείται συνολικά από 18 ερωτήσεις. Στο εργαλείο αυτό χρησιμοποιούνται ερωτήσεις κλειστού τύπου με 6-βάθμια κλίμακα τύπου Likert (1: Διαφωνώ πολύ, 6: Συμφωνώ πολύ). Οι επιμέρους διαστάσεις/παράγοντες του ερωτηματολογίου αποτελούνται από 6 ερωτήσεις η κάθε μία και διαμορφώνονται ως εξής (Το ερωτηματολόγιο παρατίθεται στο Παράρτημα με τον τίτλο: ΚΕΝΤΡΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ) :

- Εσωτερική εστίαση ελέγχου υγείας (Internal Health Locus of Control): Οι ερωτήσεις που αφορούν αυτό τον παράγοντα (Ερωτήσεις: 1, 6, 8, 12, 13, 17) σχεδιάστηκαν ώστε να μπορεί να αξιολογηθεί το κατά πόσο το άτομο πιστεύει ότι είναι το ίδιο υπεύθυνο για την κατάσταση της υγείας του και άρα με την στάση του απέναντι στη θεραπεία και την πρόληψη μπορεί να καθορίσει σε σημαντικό βαθμό το επίπεδο της υγείας του
- Ισχύς των άλλων (Powerful others): Αξιολογεί το κατά πόσο ένα άτομο ακολουθεί τις απόψεις άλλων που θεωρούνται «ισχυροί», ή ειδικοί, όπως οι γιατροί (Ερωτήσεις 3, 5, 7, 10, 14, 18). Άτομα που πιστεύουν ότι πρέπει να ακολουθούν τις απόψεις των «ισχυρών», σε ότι έχει να κάνει με την υγεία τους, ίσως ακολουθούν πιο πιστά μια θεραπεία (Wallston et al., 1978)
- Τύχη (Chance): Τέλος, ο παράγοντας αυτός αξιολογεί το κατά πόσο τα άτομα πιστεύουν ότι η κατάσταση της υγείας τους είναι καθαρά προϊόν της τύχης και ότι δε μπορούν να

κάνουν τίποτα για να το αλλάξουν (Ερωτήσεις 2, 4, 9, 11, 15, 16). Άτομα με υψηλές τιμές στην κλίμακα του δείκτη της τύχης είναι ίσως πιθανότερο να μην ακολουθήσουν μια προτεινόμενη θεραπεία, ή μια οδηγία πρόληψης όπως ο εμβολιασμός (Wallston et al., 1978).

Η κλίμακα για κάθε έναν από τους τρεις αυτούς παράγοντες είναι το άθροισμα των επιμέρους ερωτήσεων που τους αποτελούν. Δεν ορίζεται συνολική κλίμακα MHLC.

## Στατιστική ανάλυση

Αρχικά, υπολογίστηκαν τα βασικά μέτρα θέσης και διασποράς (μέσος όρος, διάμεσος, τυπική απόκλιση, ελάχιστη και μέγιστη τιμή) για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών της έρευνας. Αντίστοιχα, για τις κατηγορικές μεταβλητές υπολογίστηκαν οι απόλυτες συχνότητες και τα ποσοστά (%). Για τον έλεγχο της πιθανής διαφοροποίησης της μέσης τιμής μιας μεταβλητής ανάμεσα σε 2 επίπεδα μιας κατηγορικής μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε το t-test 2 ανεξάρτητων δειγμάτων (2 independent samples t-test). Αντίστοιχα, για τον έλεγχο της πιθανής διαφοροποίησης της μέσης τιμής μιας μεταβλητής μεταξύ περισσότερων από 2 επιπέδων μιας κατηγορικής μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση διασποράς κατά ένα παράγοντα (one way ANOVA). Πριν τη διεξαγωγή οποιουδήποτε ελέγχου για τους μέσους, αξιολογήθηκε η κατανομή των συνεχών μεταβλητών του ερωτηματολογίου, ως προς την κανονικότητά τους και τη συμμετρία τους (Kim, 2013; Robson, 2002). Τέλος, για την αξιολόγηση της αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου υπολογίστηκε ο συντελεστής εσωτερικής συνάφειας Cronbach's alpha ( $\alpha$ ). Ο συντελεστής Cronbach's alpha χρησιμοποιείται για να αξιολογήσει την αξιοπιστία ενός εργαλείου μέτρησης και μπορεί να εφαρμοστεί σε μία υποκλίμακα ενός ερωτηματολογίου, αλλά και στο σύνολο ενός εργαλείου που μετράει την ίδια έννοια (Cronbach, 1951). Αξιολογεί την εσωτερική συνοχή (internal consistency) του εργαλείου μετρήσεις και είναι ένας δείκτης που δείχνει το κατά πόσο διαφορετικές προτάσεις/ ερωτήσεις (items) μετρούν την ίδια έννοια (μεταβλητή). Μια κλίμακα θεωρείται αξιόπιστη όταν η τιμή του συντελεστή είναι μεγαλύτερη του 0.7.

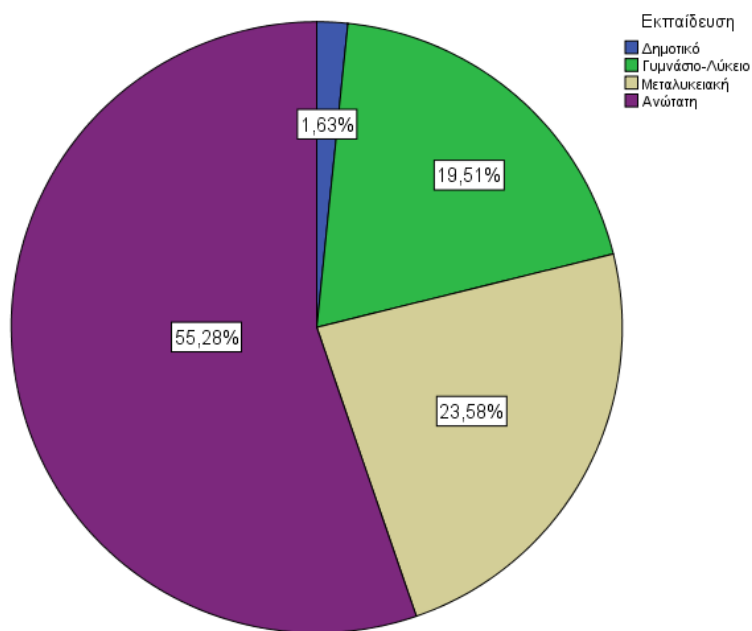
Συνεπώς, στην παρούσα μελέτη διεξήχθη ποσοτική ανάλυση με χρήση δομημένου ερωτηματολογίου. Όλες οι στατιστικές αναλύσεις καθώς και ο υπολογισμός μέτρων θέσης, διασποράς ή άλλων στατιστικών δεικτών έγινε με χρήση του προγράμματος IBM SPSS22.

## Αποτελέσματα

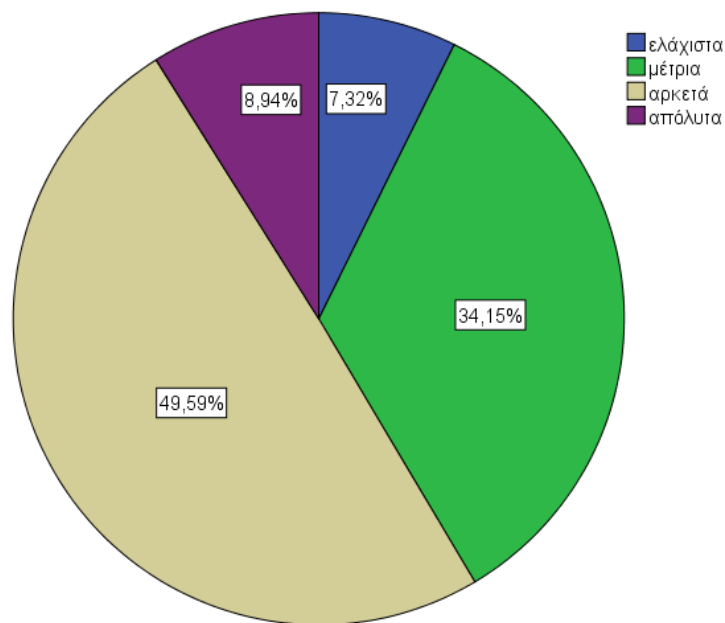
### Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Συνολικά στη μελέτη συμμετείχαν 123 γονείς ανήλικων θήλεων τέκνων. Από αυτούς η πλειοψηφία ήταν μητέρες (92.7%) και κατά κύριο ήταν Ελληνικής εθνικότητας (92.7%). Επίσης, οι περισσότεροι συμμετέχοντες γονείς ήταν μεταξύ 36 και 55 ετών (88.6%). Αντίστοιχα, οι περισσότεροι γονείς δήλωσαν έγγαμοι (74%), ενώ οι άγαμοι αντιστοιχούσαν μόλις στο 5.7% του δείγματος. Μόνο το 28.7% των συμμετεχόντων δήλωσαν καπνιστές, ενώ το 23.8% δήλωσαν πρώην καπνιστές. Ακολούθως, βρέθηκε ότι πάνω από τους μισούς συμμετέχοντες έχουν λάβει ανώτατη εκπαίδευση (Διάγραμμα 1). Τέλος, αναφορικά με το εισόδημα, μόλις το 8.9% δήλωσε ότι είναι απόλυτα ικανοποιημένο, ενώ το υψηλότερο ποσοστό δήλωσε ότι είναι αρκετά ικανοποιημένο (Διάγραμμα 2). Αναλυτικά τα περιγραφικά χαρακτηριστικά των δημογραφικών παραγόντων παρουσιάζονται στον Πίνακα 2.

Διάγραμμα 1 Κατανομή του δείγματος, ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης.



Διάγραμμα 2 Κατανομή του δείγματος, ανάλογα με την ικανοποίηση από το συνολικό εισόδημα



ΠΙΝΑΚΑΣ 2 Περιγραφικά στοιχεία του δείγματος, N=123.

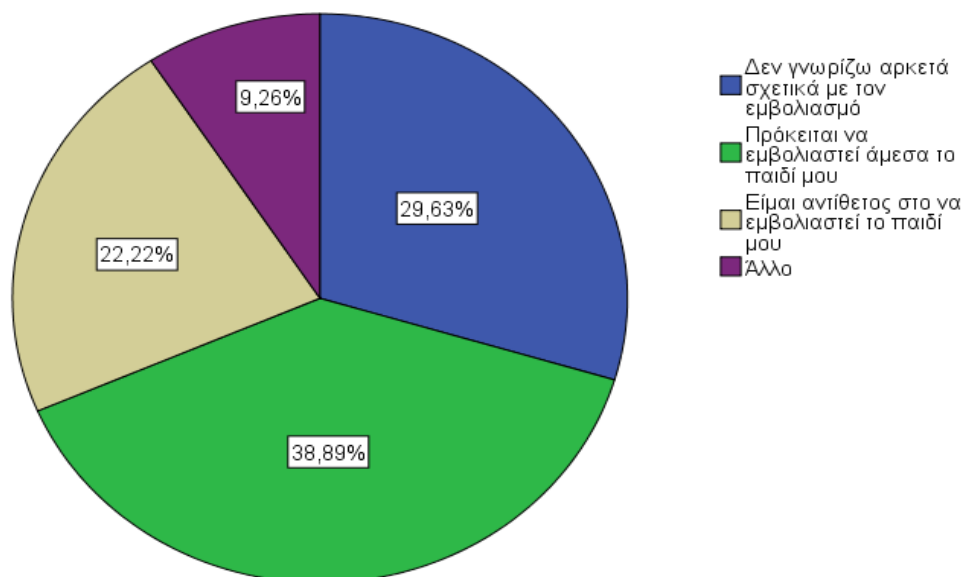
		Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Φύλο	Άνδρας	9	7.3
	Γυναίκα	114	92.7
Ηλικία	25-35	8	6.5
	36-45	53	43.1
	46-55	56	45.5
	56-60	6	4.9
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμος	91	74
	Άγαμος	7	5.7
	Διαζευγμένος	20	16.3
	Χήρος/α	5	4.1
Εθνικότητα	Ελληνική	114	92.7
	Όχι Ελληνική	8	6.5



Εκπαίδευση	Δημοτικό	2	1.6
	Γυμνάσιο/Λύκειο	24	19.5
	Μεταλυκειακή	29	23.6
	Ανώτατη	68	55.3
Ικανοποίηση των αναγκών από το συνολικό εισόδημα	Ελάχιστα	9	7.3
	Μέτρια	42	34.1
	Αρκετά	61	49.6
	Απόλυτα	11	8.9
Κάπνισμα	Όχι καπνιστής	58	47.5
	Πρώην καπνιστής	29	23.8
	Καπνιστής	35	28.7

Από το σύνολο των γονέων, το 35% δήλωσε ότι έχουν μολυνθεί οι ίδιοι στο παρελθόν από κάποιο ΣΜΝ. Αντίστοιχα, πάνω από τους μισούς δήλωσαν ότι έχουν εμβολιάσει την κόρη τους για τον HPV, αν και το 43.9% δεν είχε εμβολιάσει. Από εκείνους που δεν είχαν εμβολιάσει την κόρη τους, το 38.9% δήλωσε ότι πρόκειται να την εμβολιάσουν στο μέλλον (Διάγραμμα 3). Οι πιο σημαντικοί παράγοντες μη εμβολιασμού ήταν η μη επαρκείς γνώσεις των γονέων σχετικά με τον εμβολιασμό κατά του HPV (29.6%) και η αντίθεση των γονέων στον εμβολιασμό (22.2%). Αναλυτικά τα περιγραφικά χαρακτηριστικά των παραπάνω ερωτήσεων παρουσιάζονται στον Πίνακα 3.

Διάγραμμα 3 Κατανομή του δείγματος, ανάλογα με την αιτία μη εμβολιασμού της κόρης για τον HPV (N=54)

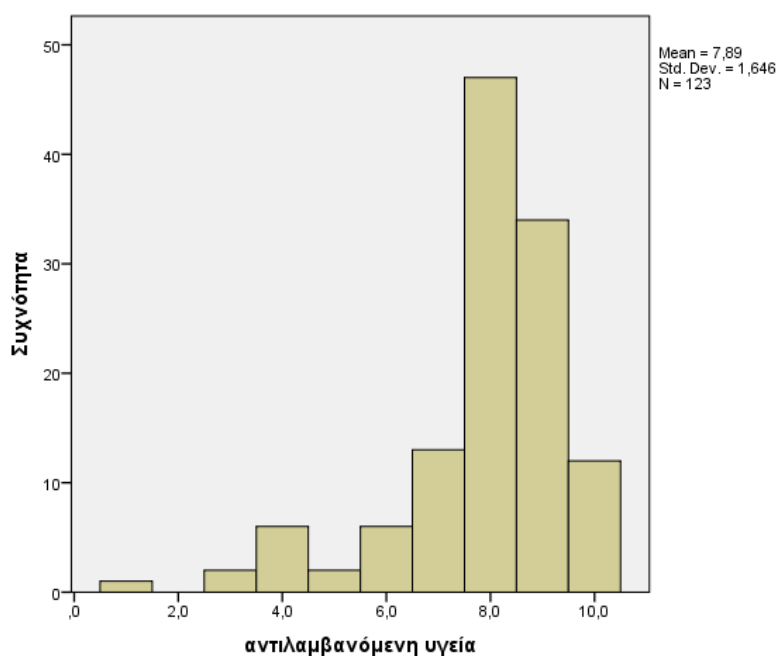


ΠΙΝΑΚΑΣ 3 Συχνότητες και ποσοστά για τις ερωτήσεις που αφορούν τον εμβολιασμό της κόρης για τον HPV.

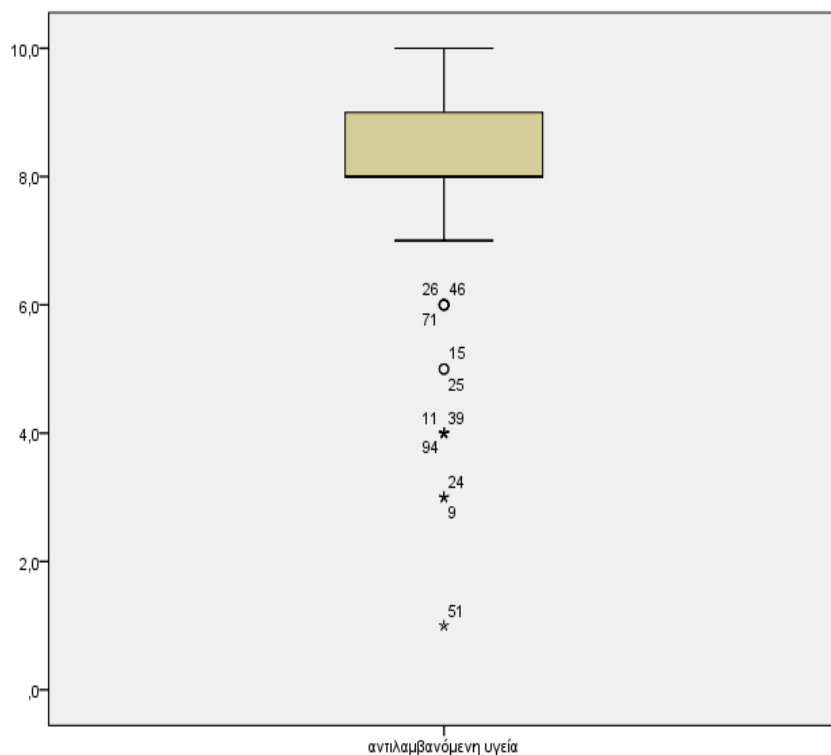
		Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Έχετε μολυνθεί ο ίδιος από κάποιο ΣΜΝ;	Ναι	43	35
	Όχι	80	65
Έχετε εμβολιάσει την κόρη σας για τον HPV;	Ναι	69	56.1
	Όχι	54	43.9
Αν όχι, ποιος ήταν ο κυριότερος λόγος;	Δεν γνωρίζω αρκετά σχετικά με τον εμβολιασμό	16	29.6
	Πρόκειται να εμβολιαστεί άμεσα το παιδί μου	21	38.9
	Είμαι αντίθετος στο να εμβολιαστεί το παιδί μου	12	22.2
	Άλλος λόγος	5	9.3

Τέλος, αναφορικά με το επίπεδο της υγείας των γονέων, όπως το αντιλαμβάνονται οι ίδιοι, βρέθηκε ότι κατά μέσο όρο νιώθουν σχετικά υγιείς ( $M= 7.89$ ,  $T.A.= 1.65$ ). Αναλυτικά, η κατανομή του δείγματος στη συγκεκριμένη ερώτηση παρουσιάζεται στο Διάγραμμα 4. Σημειώνεται ότι μόλις 3 άτομα δήλωσαν ως επίπεδο αντιλαμβανόμενης υγείας τιμές μεταξύ 1 και 3 (Διάγραμμα 5). Τα άτομα αυτά αποτελούν ακραίες περιπτώσεις για τη συγκεκριμένη μεταβλητή, συνεπώς θα εξαιρεθούν από τις επόμενες αναλύσεις.

*Διάγραμμα 4 Ιστόγραμμα συχνοτήτων για το επίπεδο αντιλαμβανόμενης υγείας (εύρος τιμών: 1-10) των γονέων του δείγματος ( $N=123$ )*



Διάγραμμα 5 Θηκόγραμμα αναφορικά με το επίπεδο αντιλαμβανόμενης υγείας (εύρος τιμών: 1-10) των γονέων του δείγματος (N=123)



### Συναισθηματική κατάσταση (DASS21)

Αναφορικά με τη συναισθηματική κατάσταση των συμμετεχόντων γονέων, τα περιγραφικά μέτρα για το σύνολο των 21 αντικειμένων του ερωτηματολογίου DASS21 παρουσιάζονται στον Πίνακα 4.

*ΠΙΝΑΚΑΣ 4 Περιγραφικά μέτρα (μέσος όρος M, τυπική απόκλιση T.A., ελάχιστη-μέγιστη τιμή) για τα 21 επιμέρους αντικείμενα του ερωτηματολογίου DASS21.*

	M	T.A.	Ελάχιστο-Μέγιστο
Δεν μπορούσα να ηρεμήσω τον εαυτό μου	0.52	0.81	0-3
Ένωθα ότι το στόμα μου ήταν ξηρό	0.26	0.56	0-2
Δεν μπορούσα να βιώσω κανένα θετικό συναίσθημα	0.33	0.61	0-3
Δυσκολευόμουν ν' ανασάνω (π.χ., υπερβολικά γρήγορη αναπνοή, κόψιμο της ανάσας μου χωρίς να έχω κάνει σωματική προσπάθεια )	0.22	0.45	0-2
Μου φάνηκε δύσκολο να αναλάβω την πρωτοβουλία	0.44	0.59	0-2
Είχα την τάση να αντιδρώ υπερβολικά στις καταστάσεις	0.72	0.83	0-3
Αισθάνθηκα τρεμούλα (πχ στα χέρια)	0.20	0.51	0-3
Αισθανόμουν συχνά νευρικότητα	0.74	0.80	0-3
Ανησυχούσα για τις καταστάσεις στις οποίες θα μπορούσα να πανικοβληθώ και να φανώ ανόητος στους άλλους	0.37	0.62	0-2
Ένωσα ότι δεν είχα τίποτα να προσμένω με	0.30	0.60	0-3
Βρήκα τον εαυτό μου να νιώθει ενοχλημένος	0.74	0.80	0-3
Μου ήταν δύσκολο να χαλαρώσω	0.77	0.89	0-3
Ένωθα μελαγχολικός και απογοητευμένος	0.59	0.78	0-3
Δεν μπορούσα να ανεχτώ οτιδήποτε με κρατούσε από το να συνεχίσω με αυτό που έκανα	0.5	0.78	0-3
Ένωσα πολύ κοντά στον πανικό	0.38	0.76	0-3
Τίποτα δεν μπορούσε να με κάνει να νιώσω	0.34	0.61	0-3
Ένωσα ότι δεν άξιζα πολύ ως άτομο	0.24	0.52	0-3
Ένωσα ότι ήμουν αρκετά ευερέθιστος	0.63	0.80	0-3
Αισθανόμουν την καρδιά μου να χτυπάει χωρίς να έχει προηγηθεί σωματική άσκηση (ταχυπαλμία, αρρυθμία)	0.47	0.74	0-3
Ένωσα φοβισμένος χωρίς να υπάρχει λόγος	0.29	0.59	0-3
Ένωσα πως η ζωή δεν είχε νόημα	0.13	0.44	0-3

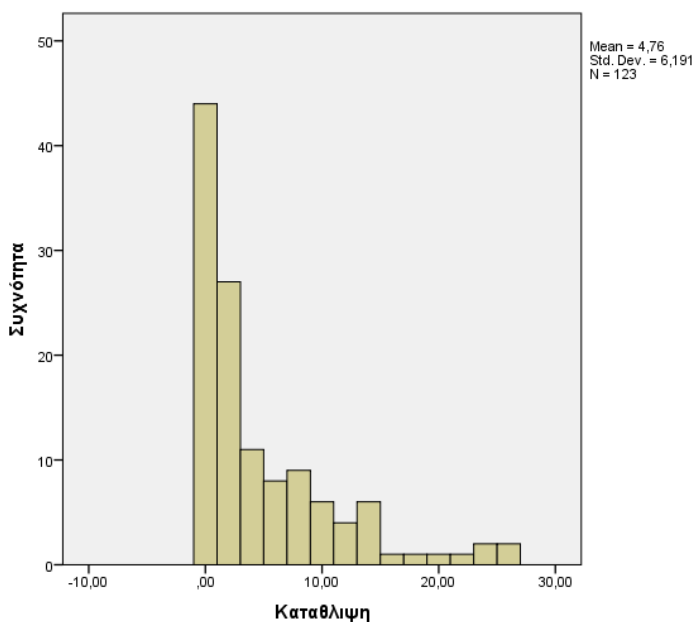
Πιο συγκεκριμένα, τα ευρήματα για τις επιμέρους κλίμακες που αφορούν το επίπεδο της Κατάθλιψης, του Άγχους και του Στρες, παρουσιάζονται στον Πίνακα 5. Οι τρεις επιμέρους αυτές κλίμακες μπορούν να πάρουν τιμές μεταξύ του 0 και του 63.

*ΠΙΝΑΚΑΣ 5: Περιγραφικά μέτρα (μέσος όρος M, τυπική απόκλιση T.A., ελάχιστη-μέγιστη τιμή) για τις 3 κλίμακες του ερωτηματολογίου DASS21.*

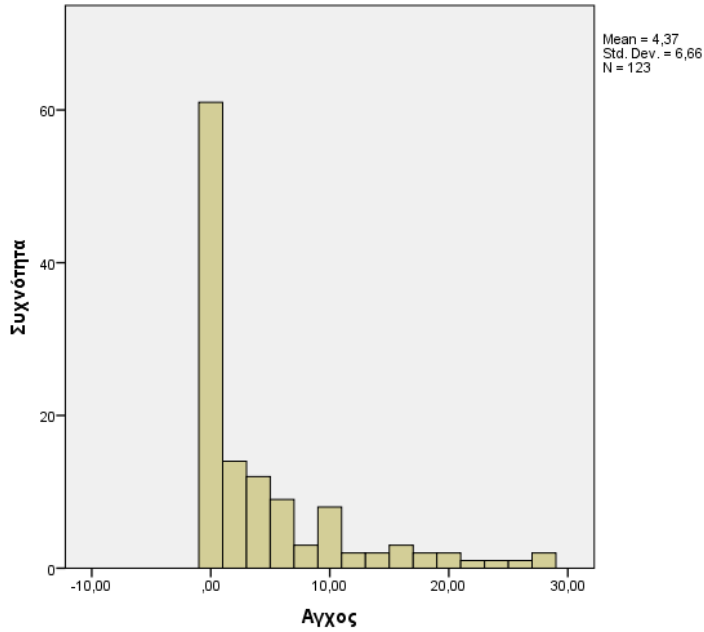
	M	T.A.	Ελάχιστο-Μέγιστο
Κατάθλιψη	4.76	6.19	0-26
Άγχος	4.37	6.66	0-28
Στρες	9.22	9.18	0-36

Στα Διαγράμματα 6,7 και 8 παρουσιάζεται η κατανομή των συγκεκριμένων κλιμάκων. Σε όλες τις τρεις κατηγορίες, η κατανομή παρουσιάζει έντονη δεξιά ασυμμετρία. Έτσι, οι περισσότεροι γονείς του δείγματος δεν εμφανίζουν υψηλές τιμές κατάθλιψης, άγχους ή στρες, αν και υπάρχει ένα μικρό ποσοστό με αρκετά υψηλά επίπεδα και στους τρεις παραπάνω παράγοντες.

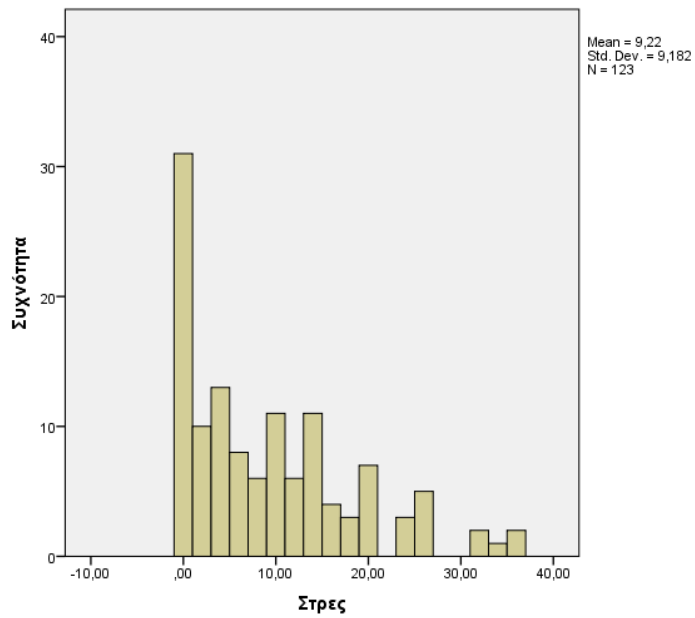
*Διάγραμμα 6: Ιστόγραμμα συχνότητων για την κλίμακα «Κατάθλιψη» του ερωτηματολογίου DASS21, στο σύνολο των γονέων του δείγματος (N=123).*



Διάγραμμα 7: Ιστόγραμμα συχνοτήτων για την κλίμακα «Άγχος» του ερωτηματολογίου DASS21, στο σύνολο των γονέων του δείγματος (N=123).



Διάγραμμα 8 Ιστόγραμμα συχνοτήτων για την κλίμακα «Στρες» του ερωτηματολογίου DASS21, στο σύνολο των γονέων του δείγματος (N=123).



Τέλος, στον Πίνακα 6 παρουσιάζονται οι συχνότητες και τα ποσοστά (ανά επίπεδο σοβαρότητας) για τους τρεις παράγοντες του DASS21, ώστε να διαφανεί καλύτερα και να αξιολογηθεί η ψυχο-συναισθηματική κατάσταση των ατόμων του δείγματος. Βρέθηκε ότι σε κάθε περίπτωση, το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων μπορεί να χαρακτηριστεί ως «φυσιολογικό». Αναφορικά με το επίπεδο κατάθλιψης, η κατάσταση για το 88.6% του δείγματος ήταν φυσιολογική ή ήπια, ενώ για το 4.1% η κατάσταση ήταν σοβαρή. Αντίστοιχα, αναφορικά με το επίπεδο άγχους, η κατάσταση του 80.4% των συμμετεχόντων ήταν φυσιολογική ή ήπια, ενώ για το 9.8% ήταν σοβαρή ή εξαιρετικά σοβαρή. Τέλος, αναφορικά με το επίπεδο του Στρες, η κατάσταση για το 83.7% ήταν φυσιολογική ή ήπια, ενώ για το 8.1% ήταν σοβαρή ή εξαιρετικά σοβαρή. Συνεπώς, στο δείγμα της παρούσας μελέτης συμμετείχαν και γονείς οι οποίοι κατά την περίοδο συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου βίωναν πολύ υψηλά επίπεδα άγχους και στρες και παρουσίαζαν ελαφρώς πιο ήπια συμπτώματα κατάθλιψης, οι οποίοι είναι πιθανό να χρειάζονταν βοήθεια από ειδικό.

*ΠΙΝΑΚΑΣ 6: Συχνότητες και τα ποσοστά (ανά επίπεδο σοβαρότητας) για τους τρεις παράγοντες του DASS21, στο σύνολο των γονέων του δείγματος (N=123).*

Σοβαρότητα	Κατάθλιψη		Άγχος		Στρες	
	N	%	N	%	N	%
<b>Φυσιολογική</b>	99	80.5	96	78	96	78
<b>Ήπια</b>	10	8.1	3	2.4	7	5.7
<b>Μέτρια</b>	9	7.3	12	9.8	10	8.1
<b>Σοβαρή</b>	5	4.1	5	4.1	7	5.7
<b>Εξαιρετικά σοβαρή</b>	0	0	7	5.7	3	2.4



## Στάσεις και οι αντιλήψεις των γονέων αναφορικά με την υγεία και τη νόσο

Για την διερεύνηση και αξιολόγηση των στάσεων και των αντιλήψεων των γονέων του δείγματος, αναφορικά με την υγεία και τη νόσο χρησιμοποιήθηκε το πολυδιάστατο ερωτηματολόγιο της Έδρας Ελέγχου Υγείας (MHLC). Στον Πίνακα 7 παρουσιάζονται τα βασικά περιγραφικά μέτρα για το σύνολο των αντικειμένων του ερωτηματολογίου MHLC.

*ΠΙΝΑΚΑΣ 7 Περιγραφικά μέτρα (μέσος όρος M, τυπική απόκλιση T.A., ελάχιστη-μέγιστη τιμή) για τα 18 επιμέρους αντικείμενα του ερωτηματολογίου MHLC.*

	M	T.A.	Ελάχιστο-Μέγιστο
Όταν αρρωσταίνω, η δική μου συμπεριφορά είναι αυτή που καθορίζει το πόσο γρήγορα θα ξαναγινώ καλά.	4.42	1.31	1-6
Ότι και να κάνω, αν είναι ν' αρρωστήσω, θ' αρρωστήσω.	2.96	1.71	1-6
Η τακτική επαφή με τον γιατρό μου είναι ο καλύτερος τρόπος για μένα ν' αποφεύγω τις ασθένειες.	3.98	1.68	1-6
Τα περισσότερα πράγματα που επηρεάζουν την υγεία μου συμβαίνουν τυχαία.	3.29	1.31	1-6
Όποτε δεν αισθάνομαι καλά, θα πρέπει να συμβουλευόμαι κάποιον ειδικό για ιατρικά θέματα.	4.25	1.56	1-6
Εγώ έχω τον έλεγχο της υγείας μου.	4.14	1.38	1-6
Η οικογένεια μου παίζει ρόλο στο κατά πόσον αρρωσταίνω ή παραμένω υγιής.	2.90	1.65	1-6
Όταν αρρωσταίνω, θεωρώ ότι εγώ φταίω.	2.98	1.40	1-6
Η τύχη καθορίζει σ' ένα σημαντικό βαθμό το πόσο σύντομα θ' αναρρώσω από μια αρρώστια.	2.36	1.67	1-6
Άτομα του ιατρικού περιβάλλοντος ελέγχουν την υγεία μου.	3.23	1.81	1-6

Η καλή κατάσταση της υγείας μου είναι σε μεγάλο βαθμό ζήτημα καλής τύχης.	2.46	1.46	1-6
Ο σπουδαιότερος παράγοντας που επηρεάζει την υγεία μου είναι το τι κάνω εγώ.	4.55	1.08	1-6
Εάν φροντίσω τον εαυτό μου, μπορώ ν' αποφύγω τις ασθένειες.	4.59	1.13	1-6
Όταν αναρρώνω από μια ασθένεια, είναι συνήθως γιατί αλλά άτομα (π.χ. γιατροί, νοσοκόμες, οικογένεια, φίλοι) μ' έχουν φροντίσει καλά.	3.72	1.43	1-6
Ότι και να κάνω, το πιο πιθανό είναι ότι θ' αρρωστήσω.	2.23	1.44	1-6
Εάν είναι γραφτό, θα παραμείνω υγιής.	2.55	1.68	1-6
Εάν ενεργήσω σωστά, θα μπορέσω να παραμείνω υγιής.	4.55	0.99	1-6
Όσον αφορά στην υγεία μου, το μόνο που μπορώ να κάνω είναι αυτό που μου λέει ο γιατρός μου.	4.39	1.35	1-6

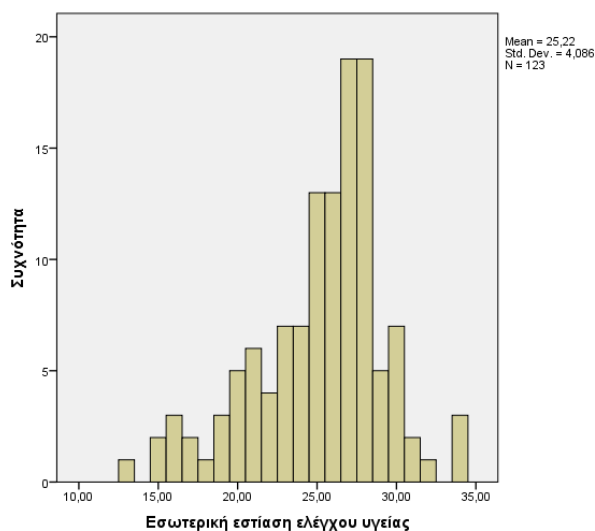
Στον πίνακα 8 παρουσιάζονται τα βασικά περιγραφικά μέτρα θέσης και διασποράς για τους τρεις άξονες του MHLC. Η κλίμακα για κάθε έναν από αυτούς τους άξονες λαμβάνει τιμές μεταξύ του 6 και του 36. Έτσι, αναφορικά με την Εσωτερική εστίαση ελέγχου υγείας (Internal Health Locus of Control), βρέθηκε ότι κατά μέσο όρο το δείγμα τείνει να συμφωνεί ότι το ίδιο το άτομο είναι υπεύθυνο για την κατάσταση της υγείας του και άρα με την στάση του απέναντι στη θεραπεία και την πρόληψη μπορεί να καθορίσει σε σημαντικό βαθμό το επίπεδο της υγείας του (M=25.22). Αντίστοιχα, αναφορικά με τον παράγοντα «Ισχύς των άλλων» (Powerful others), κατά μέσο όρο οι συμμετέχοντες τείνουν να ακολουθούν τις απόψεις άλλων που θεωρούνται «ισχυροί», ή ειδικοί (M=22.47), αν και υπάρχουν σημαντικά περιθώρια βελτίωσης. Τέλος, αναφορικά με τον παράγοντα «Τύχη» (Chance), οι συμμετέχοντες κατά μέσο όρο τείνουν να μη διαφωνούν με το ότι η κατάσταση της υγείας τους είναι καθαρά προϊόν της τύχης.

*ΠΙΝΑΚΑΣ 8 Περιγραφικά μέτρα (μέσος όρος M, τυπική απόκλιση T.A., ελάχιστη-μέγιστη τιμή) για τους 3 επιμέρους άξονες του ερωτηματολογίου MHLC.*

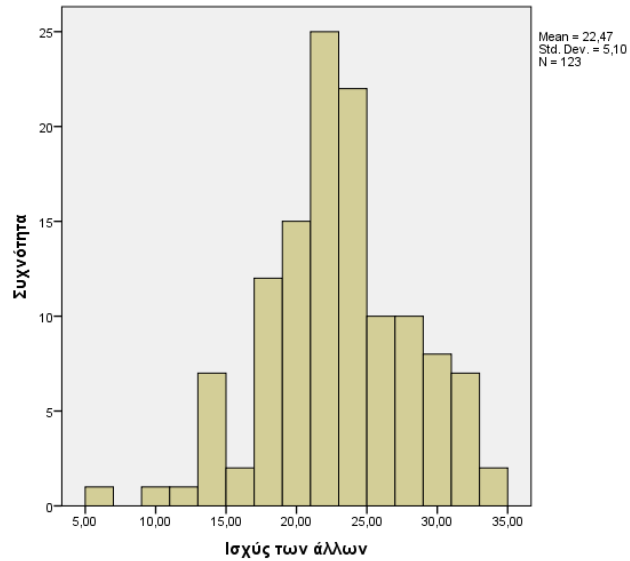
	M	T.A.	Ελάχιστο-Μέγιστο
Εσωτερική εστίαση ελέγχου υγείας	25.22	4.04	13-34
Ισχύς των άλλων	22.47	5.10	6-34
Τύχη	15.86	6.67	6-34

Στα Διαγράμματα 9, 10 και 11 παρουσιάζεται η κατανομή του δείγματος για τους συγκεκριμένους τρεις άξονες του MHLC. Για τον παράγοντα «Εσωτερική εστίαση ελέγχου» και τον παράγοντα «ισχύς των άλλων», η κατανομή παρουσιάζει σχετικά ικανοποιητική συμμετρία. Για τον παράγοντα «Τύχη», υπάρχει ήπια δεξιά ασυμμετρία.

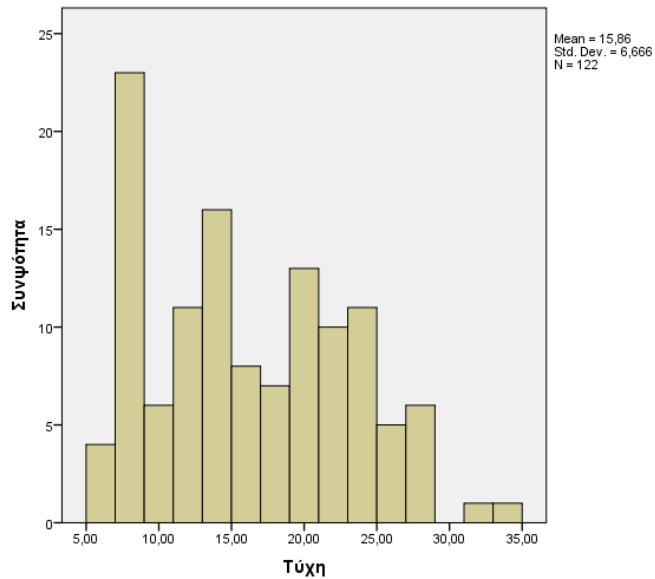
*Διάγραμμα 9 Ιστόγραμμα συχνοτήτων για την κλίμακα «Εσωτερική εστίαση ελέγχου υγείας» του ερωτηματολογίου MHLC, στο σύνολο των γονέων του δείγματος (N=123).*



Διάγραμμα 10 Ιστόγραμμα συχνοτήτων για την κλίμακα «Ισχύς άλλων» του ερωτηματολογίου MHLC, στο σύνολο των γονέων του δείγματος (N=123).



Διάγραμμα 11 Ιστόγραμμα συχνοτήτων για την κλίμακα «Τύχη» του ερωτηματολογίου MHLC, στο σύνολο των γονέων του δείγματος (N=122).



## Σχέση εμβολιασμού με δημογραφικούς παράγοντες

Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα ευρήματα αναφορικά με τη διερεύνηση πιθανών παραγόντων που μπορεί να σχετίζονται με το αν οι γονείς έχουν εμβολιάσει ή όχι την κόρη τους. Πραγματοποιήθηκε έλεγχος Χ τετράγωνο, ώστε να διαπιστωθεί αν οι κατανομές των δημογραφικών χαρακτηριστικών και του αν οι γονείς έχουν εμβολιάσει την κόρη τους εμφανίζουν στατιστικά σημαντική εξάρτηση. Σε καμία περίπτωση δεν προέκυψε στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα. Έτσι, τα δεδομένα της παρούσας μελέτης δε μπορούν να υποστηρίξουν την άποψη ότι το αν ένας γονέας έχει εμβολιάσει την κόρη του μπορεί να εξαρτάται από την ηλικία του, από το επίπεδο εκπαίδευσης, από το αν καπνίζει, από το επίπεδο ικανοποίησης των αναγκών του από το συνολικό του εισόδημα και τέλος από το αν έχει νοσήσει στο παρελθόν ο ίδιος από κάποιο ΣΜΝ.

*ΠΙΝΑΚΑΣ 9 Εξάρτηση του εμβολιασμού ή μη της κόρης από συγκεκριμένα δημογραφικά χαρακτηριστικά.*

	Εμβολιασμός κόρης		p-value
	Όχι	Ναι	
<b>Ηλικία</b>			
25-35	5 (9.3%)	3 (4.3%)	0.71
36-45	22 (40.7%)	31 (44.9%)	
46-55	24 (44.4%)	32 (46.4%)	
56-60	3 (5.6%)	3 (4.3%)	
<b>Εκπαιδευτικό επίπεδο</b>			
Δημοτικό	0 (0%)	2 (2.9%)	0.58
Γυμνάσιο/ Λύκειο	10 (18.5%)	14 (20.3%)	
Μεταλυκειακή	12 (22.2)	17 (24.6%)	
Ανώτατη	32 (59.3%)	36 (52.2%)	
<b>Κάλυψη των αναγκών από το συνολικό εισόδημα</b>			
Ελάχιστα	5 (9.4%)	3 (4.3%)	0.54
Μέτρια	18 (34%)	24 (34.8%)	

Αρκετά	24 (45.3%)	37 (53.6%)	
Απόλυτα	6 (11.3%)	5 (7.2%)	
<b>Κάπνισμα</b>			
Όχι	25 (47.2%)	33 (47.8%)	
Πρώην καπνιστής	14 (26.4%)	15 (21.7%)	0.80
Ναι	14 (26.4%)	21 (30.4%)	
<b>Προηγούμενη μόλυνση από HPV</b>			
Όχι	33 (61.1%)	47 (68.1%)	0.42
Ναι	21 (38.9%)	22 (31.9%)	

## Συσχετίσεις μεταξύ των κλιμάκων του DASS21 και του MHLC

Στον Πίνακα 10 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου ύπαρξης συσχέτισης μεταξύ των επιμέρους κλιμάκων του ερωτηματολογίου DASS21 και του ερωτηματολογίου MHLC. Βρέθηκε ήπια θετική στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του παράγοντα «Τύχη» του MHLC και του παράγοντα «Άγχος» του DASS21 ( $r=0.265$ ,  $p\text{-value}=0.003$ ). Έτσι, τα άτομα με υψηλότερο επίπεδο άγχους αναμένεται να έχουν περισσότερο την τάση να πιστεύουν ότι η κατάσταση της υγείας τους είναι καθαρά προϊόν της τύχης. Αντίστοιχα, βρέθηκε ήπια θετική στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του παράγοντα «Τύχη» του MHLC και του παράγοντα «Στρες» του DASS21 ( $r=0.233$ ,  $p\text{-value}=0.01$ ). Έτσι, τα άτομα με υψηλότερο επίπεδο στρες αναμένεται να έχουν περισσότερο την τάση να πιστεύουν ότι η κατάσταση της υγείας τους είναι καθαρά προϊόν της τύχης. Δεν βρέθηκε κάποια άλλη στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των σκορ αυτών.

Τέλος ελέγχθηκε αν υπάρχει κάποια συσχέτιση μεταξύ του αντιλαμβανόμενου επιπέδου υγείας τόσο με την κατάσταση της ψυχολογικής υγείας, όσο και με τις στάσεις και αντιλήψεις των γονέων για τη νόσο. Στον Πίνακα 10 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα. Υπάρχει ήπια αρνητική στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του παράγοντα «Τύχη» το MHLC και του επιπέδου αντιλαμβανόμενης υγείας ( $r=-0.259$ ,  $p\text{-value}=0.004$ ). Έτσι, τα άτομα που αισθάνονται πιο υγιή έχουν την τάση τα διαφωνούν με το ότι η υγεία τους είναι προϊόν τύχης.

*ΠΙΝΑΚΑΣ 10: Έλεγχος συσχέτισης μεταξύ των κλιμάκων του DASS21 και του MHLC (Συντελεστής συσχέτισης Pearson).*

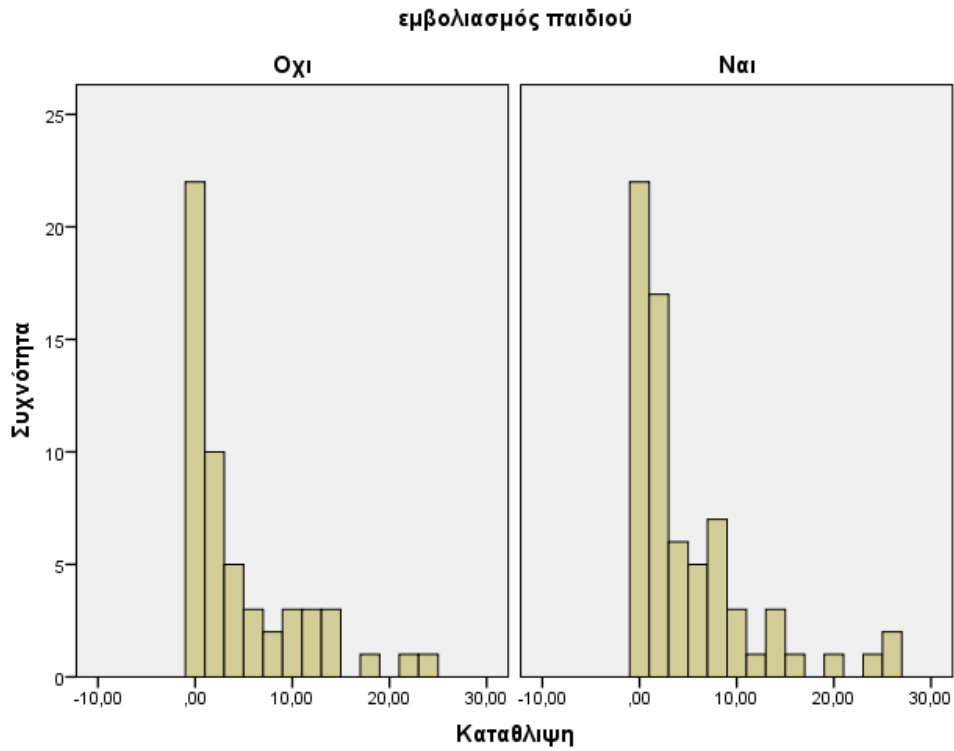
	Κατάθλιψη	Άγχος	Στρες	Αντιλαμβανόμενη υγεία
Εσωτερική εστίαση ελέγχου υγείας	-0.141 (0.12)	-0.124 (0.17)	-0.032 (0.73)	0.065 (0.48)
Ισχύς των άλλων	-0.013 (0.89)	-0.022 (0.81)	0.032 (0.72)	-0.011 (0.91)
Τύχη	0.10 (0.27)	0.265 (0.003)	0.233 (0.01)	-0.259 (0.004)
Αντιλαμβανόμενη υγεία	-0.19 (0.038)	-0.242 (0.008)	-0.156 (0.089)	-

### **Σύγκριση της κατάστασης της ψυχολογικής υγείας των γονέων, ανάλογα με το αν έχουν εμβολιάσει την κόρη τους, ή όχι**

Προκειμένου να διαπιστωθεί αν ένας παραμετρικός έλεγχος και συγκεκριμένα, η σύγκριση μέσω όρων δύο ανεξάρτητων δειγμάτων με το κριτήριο t (t-test) είναι κατάλληλη μέθοδος ώστε να συγκριθούν τα επίπεδα της κατάστασης της ψυχολογικής υγείας των γονέων ανάλογα με το αν έχουν εμβολιάσει την κόρη τους για HPV ή όχι, αξιολογήθηκε η κατανομή των κλιμάκων του DASS21. Ως προϋπόθεση του ελέγχου είναι η κατανομή των υπό σύγκριση μεταβλητών να είναι συμμετρική, να προσεγγίζει δηλαδή στην κανονική κατανομή. Βέβαια, ακόμη και αν οι υπό σύγκριση μεταβλητές παρουσιάζουν κάποια ασυμμετρία, αλλά προς την ίδια κατεύθυνση, τότε ο παραμετρικός έλεγχος ευσταθεί και πάλι (Russo, 2004).

Στο Διάγραμμα 12 παρουσιάζεται η κατανομή της κλίμακας της «Κατάθλιψης» για τους γονείς που έχουν εμβολιάσει την κόρη τους και για εκείνους που δεν έχουν εμβολιάσει. Και στις δύο ομάδες γονέων, η κλίμακα της κατάθλιψης παρουσιάζει έντονη δεξιά ασυμμετρία. Συνεπώς, ο έλεγχος μέσω όρων δύο ανεξάρτητων δειγμάτων, ενδείκνυται για την ανάδειξη πιθανής διαφοροποίησης του επιπέδου της κατάθλιψης των γονέων, ανάλογα με την απόφασή τους αναφορικά με τον εμβολιασμό της κόρης τους για τον HPV.

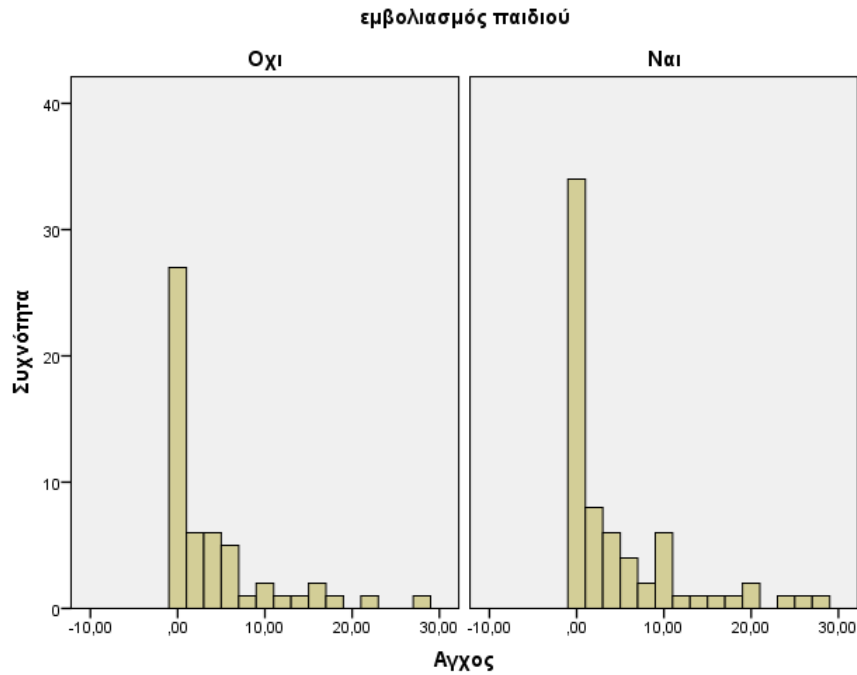
Διάγραμμα 12 Ιστόγραμμα συχνοτήτων για την κλίμακα «Κατάθλιψη» για τους γονείς που έχουν εμβολιάσει και για εκείνους που δεν έχουν τις κόρες για HPV



Στο Διάγραμμα 13 παρουσιάζεται η κατανομή της κλίμακας του «Άγχους» για τους γονείς που έχουν εμβολιάσει την κόρη τους και για εκείνους που δεν έχουν εμβολιάσει. Και στις δύο ομάδες γονέων, η κλίμακα του άγχους παρουσιάζει έντονη δεξιά ασυμμετρία. Συνεπώς, ο έλεγχος μέσω δύο ανεξάρτητων δειγμάτων, ενδείκνυται για την ανάδειξη πιθανής διαφοροποίησης του επιπέδου του άγχους των γονέων, ανάλογα με την απόφασή τους αναφορικά με τον εμβολιασμό της κόρης τους για τον HPV.

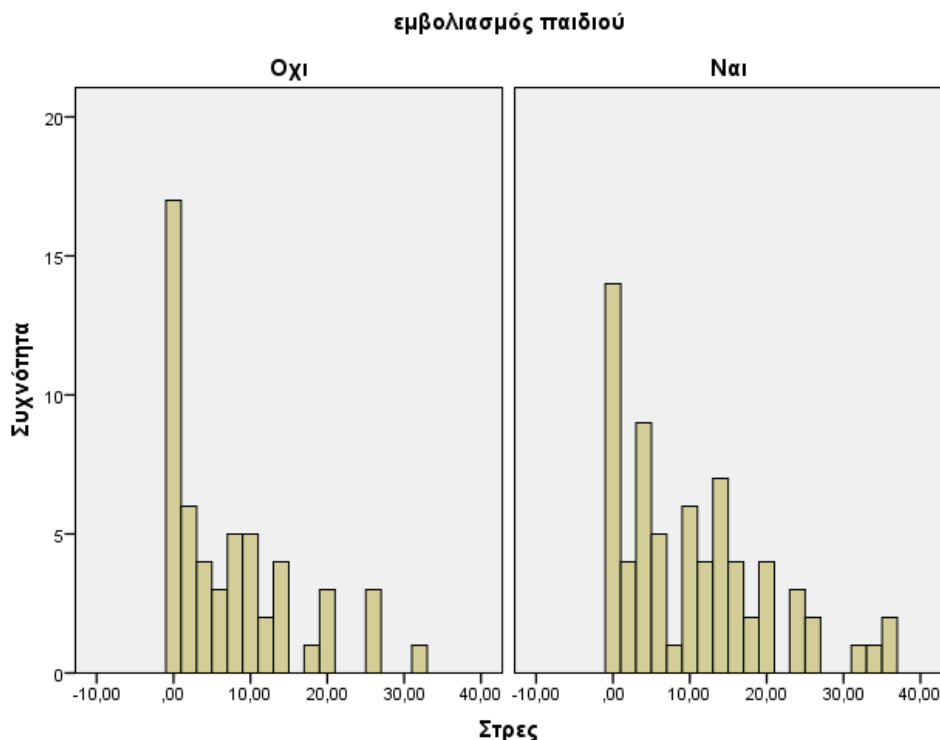


Διάγραμμα 13 Ιστόγραμμα συχνοτήτων για την κλίμακα «Άγχος» για τους γονείς που έχουν εμβολιάσει και για εκείνους που δεν έχουν τις κόρες για HPV



Στο Διάγραμμα 14 παρουσιάζεται η κατανομή της κλίμακας του «Στρες» για τους γονείς που έχουν εμβολιάσει την κόρη τους και για εκείνους που δεν έχουν εμβολιάσει. Και στις δύο ομάδες γονέων, η κλίμακα του στρες παρουσιάζει έντονη δεξιά ασυμμετρία. Συνεπώς, ο έλεγχος μέσω δύο ανεξάρτητων δειγμάτων, ενδείκνυται για την ανάδειξη πιθανής διαφοροποίησης του επιπέδου του στρες των γονέων, ανάλογα με την απόφασή τους αναφορικά με τον εμβολιασμό της κόρης τους για τον HPV.

Διάγραμμα 14 Ιστόγραμμα συχνοτήτων για την κλίμακα «Στρες» για τους γονείς που έχουν εμβολιάσει και για εκείνους που δεν έχουν τις κόρες για HPV



Στον Πίνακα 11 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της σύγκρισης μέσω όρων δύο ανεξάρτητων δειγμάτων για τις τρεις κλίμακες του DASS21, μεταξύ της ομάδας των γονέων που έχουν εμβολιάσει και της ομάδας των γονέων που δεν έχουν εμβολιάσει την κόρη τους για τον HPV. Δεν σημειώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές των κλιμάκων «Κατάθλιψη», «Άγχος» και «Στρες» του DASS21, μεταξύ των δύο ομάδων γονέων. Έτσι, το επίπεδο της κατάστασης της ψυχολογικής υγείας των γονέων στο δείγμα της παρούσας μελέτης δεν προκύπτει ότι διαφέρει ανάλογα με την απόφασή τους να εμβολιάσουν την κόρη τους για τον HPV.

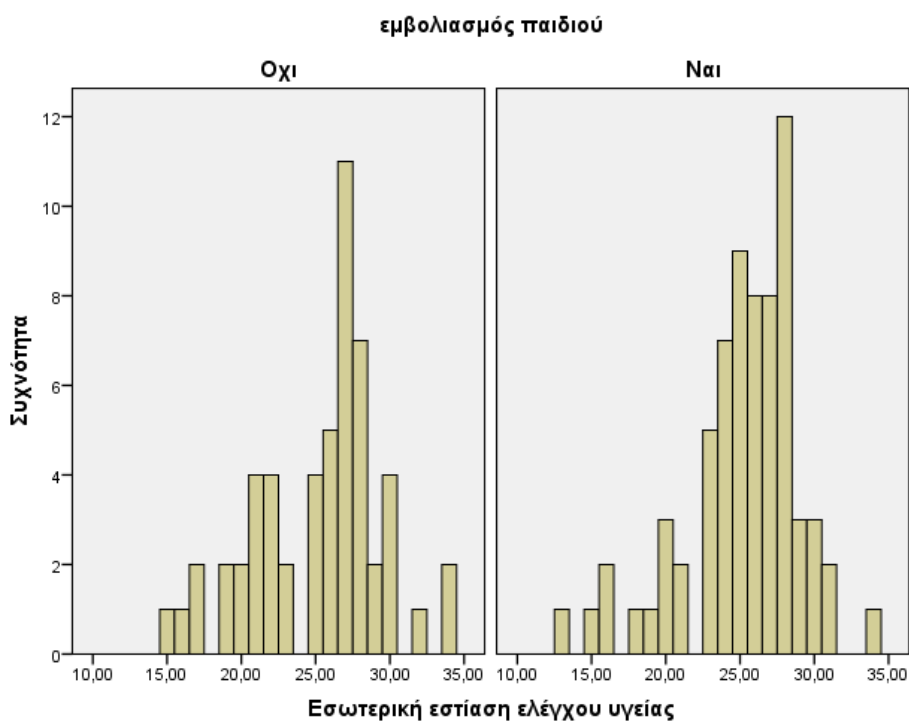
*ΠΙΝΑΚΑΣ 11 Σύγκριση μέσων όρων μεταξύ δύο ανεξάρτητων δειγμάτων για τις τρεις κλίμακες του ερωτηματολογίου DASS21*

	Κατάσταση εμβολιασμού κόρης				p-value
	Όχι		Ναι		
	M	T.A.	M	T.A.	
Κατάθλιψη	4.56	6.05	4.93	6.34	0.74
Άγχος	4.07	6.31	4.61	6.96	0.66
Στρες	7.48	8.29	10.58	9.67	0.06

### **Σύγκριση των στάσεων και αντιλήψεων των γονέων που έχουν εμβολιάσει τις κόρες τους, με εκείνους που δεν το έχουν κάνει**

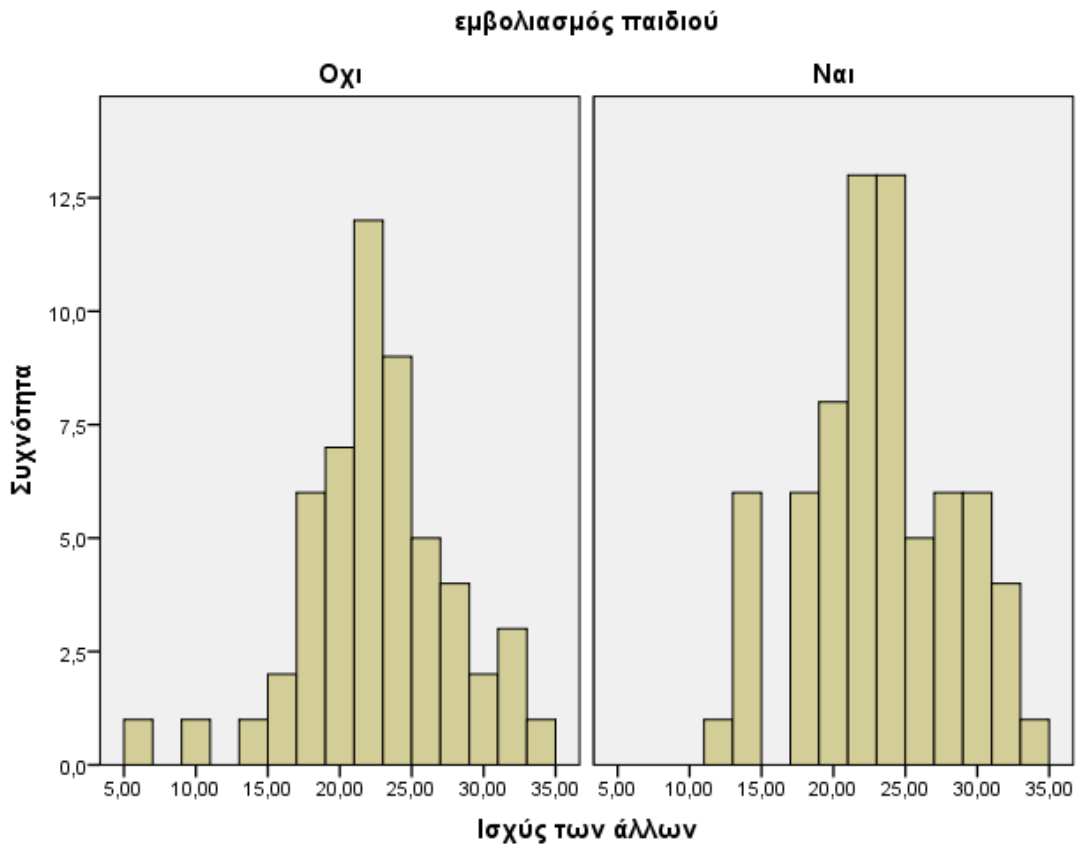
Στο Διάγραμμα 15 παρουσιάζεται η κατανομή της κλίμακας του «Εσωτερική εστίαση ελέγχου υγείας» για τους γονείς που έχουν εμβολιάσει την κόρη τους και για εκείνους που δεν έχουν εμβολιάσει. Και στις δύο ομάδες γονέων, η κλίμακα «Εσωτερική εστίαση ελέγχου υγείας» παρουσιάζει πολύ ήπια αριστερή ασυμμετρία. Συνεπώς, ο έλεγχος μέσω όρων δύο ανεξάρτητων δειγμάτων, ενδείκνυται για την ανάδειξη πιθανής διαφοροποίησης του επιπέδου της συγκεκριμένης κλίμακας, ανάλογα με την απόφασή των συμμετεχόντων γονέων αναφορικά με τον εμβολιασμό της κόρης τους για τον HPV.

Διάγραμμα 15 Ιστόγραμμα συχνοτήτων για την κλίμακα «Εσωτερική εστίαση κατάστασης της υγείας» για τους γονείς που έχουν εμβολιάσει και για εκείνους που δεν έχουν τις κόρες για HPV



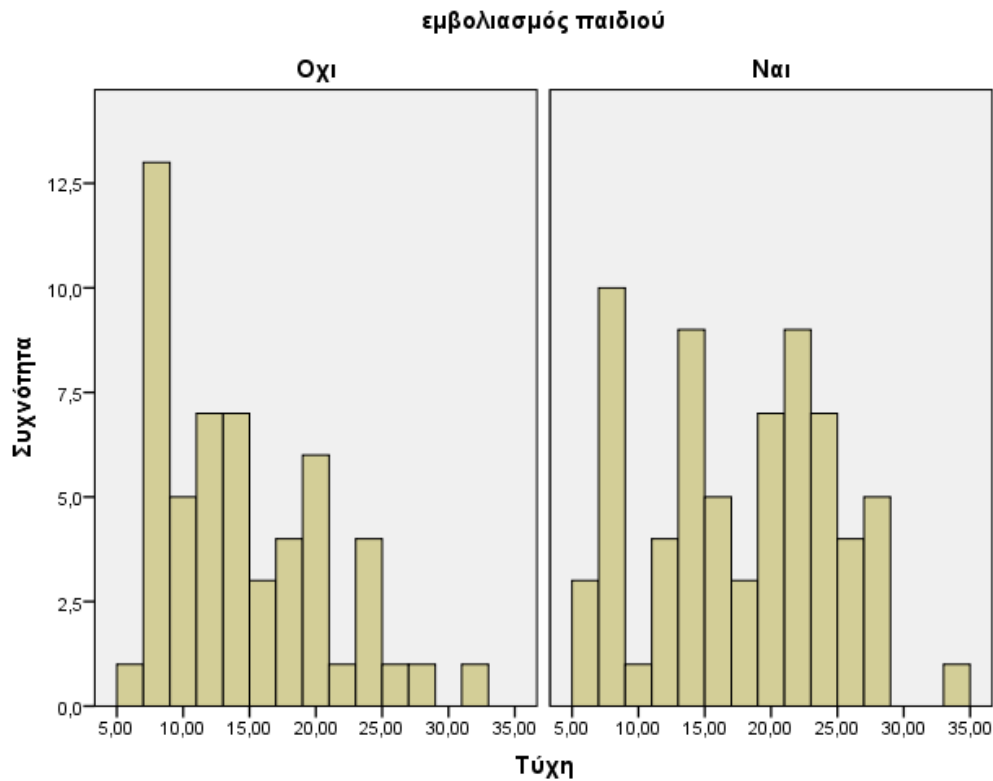
Στο Διάγραμμα 16 παρουσιάζεται η κατανομή της κλίμακας του «Ισχύς των άλλων» για τους γονείς που έχουν εμβολιάσει την κόρη τους και για εκείνους που δεν έχουν εμβολιάσει. Και στις δύο ομάδες γονέων, η κλίμακα «Ισχύς των άλλων» δεν παρουσιάζει σημαντική ασυμμετρία. Συνεπώς, ο έλεγχος μέσω των δύο ανεξάρτητων δειγμάτων, ενδείκνυται για την ανάδειξη πιθανής διαφοροποίησης του επιπέδου της συγκεκριμένης κλίμακας, ανάλογα με την απόφαση των συμμετεχόντων γονέων αναφορικά με τον εμβολιασμό της κόρης τους για τον HPV.

Διάγραμμα 16 Ιστόγραμμα συχνοτήτων για την κλίμακα «Ισχύς των άλλων» για τους γονείς που έχουν εμβολιάσει και για εκείνους που δεν έχουν τις κόρες για HPV



Τέλος, στο Διάγραμμα 17 παρουσιάζεται η κατανομή της κλίμακας του «Τύχη» για τους γονείς που έχουν εμβολιάσει την κόρη τους και για εκείνους που δεν έχουν εμβολιάσει. Και στις δύο ομάδες γονέων, η κλίμακα «Τύχη» δεν παρουσιάζει σημαντική ασυμμετρία. Συνεπώς, ο έλεγχος μέσω των όρων δύο ανεξάρτητων δειγμάτων, ενδείκνυται για την ανάδειξη πιθανής διαφοροποίησης του επιπέδου της συγκεκριμένης κλίμακας, ανάλογα με την απόφαση των συμμετεχόντων γονέων αναφορικά με τον εμβολιασμό της κόρης τους για τον HPV.

Διάγραμμα 17 Ιστόγραμμα συχνοτήτων για την κλίμακα «Τύχη» για τους γονείς που έχουν εμβολιάσει και για εκείνους που δεν έχουν τις κόρες για HPV



Στον Πίνακα 12 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της σύγκρισης μέσω όρων δύο ανεξάρτητων δειγμάτων για τις τρεις κλίμακες του MHLC, μεταξύ της ομάδας των γονέων που έχουν εμβολιάσει και της ομάδας των γονέων που δεν έχουν εμβολιάσει την κόρη τους για τον HPV. Βρέθηκε ότι οι γονείς που έχουν επιλέξει να εμβολιάσουν την κόρη τους έχουν, κατά μέσο όρο, ελαφρώς πιο έντονη τάση να συμφωνούν με το ότι η κατάσταση της υγείας τους είναι προϊόν τύχης ( $p\text{-value}=0.009$ ). Δεν εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των γονέων που έχουν εμβολιάσει και των γονέων που δεν έχουν εμβολιάσει τις κόρες τους για τον HPV, για τις άλλες δύο κλίμακες του MHLC.

ΠΙΝΑΚΑΣ 12 Σύγκριση μέσων όρων μεταξύ δύο ανεξάρτητων δειγμάτων για τους τρεις άξονες του ερωτηματολογίου MHLC

	Κατάσταση εμβολιασμού κόρης				p-value
	Όχι		Ναι		
	M	T.A.	M	T.A.	
Εσωτερική εστίαση ελέγχου υγείας	25.22	4.32	25.22	3.92	0.99
Ισχύς των άλλων	22.09	5.24	22.77	5.01	0.47
Τύχη	14.11	5.97	17.25	6.90	0.009

Τέλος, πραγματοποιήθηκε σύγκριση μέσων όρων δύο ανεξάρτητων δειγμάτων, ώστε να διαπιστωθεί αν το μέσο επίπεδο αντιλαμβανόμενης υγείας διέφερε μεταξύ εκείνων που έχουν εμβολιάσει και εκείνων που δεν έχουν εμβολιάσει την κόρη τους (Πίνακας 13). Το επίπεδο αντιλαμβανόμενης υγείας δεν φάνηκε να διαφέρει στατιστικά σημαντικά ανάλογα με την απόφαση εμβολιασμού των γονέων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 13

	Κατάσταση εμβολιασμού κόρης				p-value
	Όχι		Ναι		
	M	T.A.	M	T.A.	
Αντιλαμβανόμενη υγεία	8.08	1.65	7.99	1.19	0.72

### Έλεγχος αξιοπιστίας

Στον Πίνακα 14 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης αξιοπιστίας για τις κλίμακες του ερωτηματολογίου DASS21. Βρέθηκε ότι η εσωτερική αξιοπιστία του ερωτηματολογίου DASS21, για όλους τους επιμέρους άξονες, ήταν πολύ ικανοποιητική. Συνεπώς, τα άτομα φαίνεται ότι απάντησαν αξιόπιστα στις επιμέρους ερωτήσεις και ο ερευνητής μπορεί να εμπιστευτεί τα αποτελέσματα του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου.

ΠΙΝΑΚΑΣ 14 Αποτελέσματα της ανάλυσης αξιοπιστίας για τις κλίμακες του ερωτηματολογίου DASS21.

	Πλήθος αντικειμένων	Chronbach's a
Κατάθλιψη	7	0.860
Άγχος	7	0.889
Στρες	7	0.907

Στον Πίνακα 15 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης αξιοπιστίας για τις κλίμακες του ερωτηματολογίου MHLC. Καταρχάς, βρέθηκε ότι οι συμμετέχοντες γονείς απάντησαν με αξιοπιστία στα αντικείμενα του παράγοντα «Τύχη». Αντιθέτως, η τιμή του δείκτη αξιοπιστίας Chronbach's a ήταν αρκετά χαμηλή τόσο για τον παράγοντα «Εσωτερική εστίαση ελέγχου υγείας» ( $\alpha=0.554$ ), όσο και για τον παράγοντα «Ισχύς των άλλων» ( $\alpha=0.504$ ). Αυτό σημαίνει ότι η εσωτερική αξιοπιστία του ερωτηματολογίου MHLC για τους συγκεκριμένους δύο παράγοντες δεν είναι ικανοποιητική, με αποτέλεσμα να μπορούν να προκύψουν αμφιβολίες για το αν οι αντίστοιχες δύο κλίμακες αξιολογούν αξιόπιστα το μέγεθος που διατείνονται ότι αξιολογούν.

ΠΙΝΑΚΑΣ 15 Αποτελέσματα της ανάλυσης αξιοπιστίας για τις κλίμακες του ερωτηματολογίου MHLC

	Πλήθος αντικειμένων	Chronbach's a
Εσωτερική εστίαση ελέγχου υγείας	6	0.554
Ισχύς των άλλων	6	0.504
Τύχη	6	0.808

### Γονείς που έχουν ή πρόκειται να εμβολιάσουν τις κόρες του για τον HPV

Όπως αναφέρθηκε και στην αρχή των αποτελεσμάτων, ένα σημαντικό μέρος των γονέων που δεν είχαν εμβολιάσει την κόρη τους για τον HPV δήλωσαν ότι πρόκειται να το κάνουν. Έτσι, υπάρχει πιθανότητα οι γονείς αυτοί να έχουν περισσότερα κοινά με την ομάδα των γονέων που έχουν εμβολιάσει την κόρη τους, παρά με εκείνους που δεν το έχουν κάνει για συγκεκριμένους λόγους. Έτσι, πραγματοποιήθηκαν όλες οι παραπάνω επιμέρους συγκρίσεις και για την δεύτερη αυτή ομαδοποίηση των γονέων. Δεν προέκυψε κάποιο διαφορετικό αποτέλεσμα. Έτσι, τα αποτελέσματα αυτά παρατίθενται συνοπτικά στο Παράρτημα 1.



## Συζήτηση - Συμπεράσματα

Η παρούσα εργασία αφορά την περιοχή της Αττικής. Το δείγμα των 123 γονέων αποτελούνταν κυρίως από γυναίκες (92.7%), ηλικίας κυρίως μεταξύ 36-55 ετών, ενώ 1 στους 2 συμμετέχοντες είχαν λάβει ανώτατη εκπαίδευση, ενώ μόλις 1 στους 5 είχαν λάβει μόνο μέχρι δευτεροβάθμια εκπαίδευση. Έτσι, το παρόν δείγμα δεν μπορεί να θεωρηθεί ως αντιπροσωπευτικό του ελληνικού τόσο λόγω μικρού μεγέθους όσο και λόγω των υπόλοιπων δημογραφικών χαρακτηριστικών των γονέων. Βέβαια, τα όποια ευρήματα προέκυψαν σίγουρα αξίζει να διερευνηθούν περαιτέρω.

Αξιολογήθηκε το επίπεδο αντιλαμβανόμενη υγείας των συμμετεχόντων γονέων. Πάνω από τους 8 στους 10 γονείς ανέφεραν γενικά καλό μέχρι και εξαιρετικό επίπεδο υγείας (άνω του 5). Βέβαια, υπήρξαν 3 περιπτώσεις γονέων οι οποίοι δεν αισθάνονταν καθόλου υγιείς. Αξίζει να σημειωθεί ότι λιγότεροι από 1 στους 3 γονείς δήλωσαν καπνιστές, ενώ ένα πολύ σημαντικό ποσοστό και δη, περίπου 1 στους 4, δήλωσαν ότι είχαν υπάρξει καπνιστές και κατά την περίοδο διεξαγωγής της μελέτης είχε διακόψει τη συγκεκριμένη συνήθεια.

Αναφορικά με το βασικό ερώτημα της παρούσας μελέτης, η εμβολιαστική κάλυψη στο δείγμα μόλις που ξεπέρασε το 50%. Έτσι, μόλις 1 στους δύο γονείς δήλωσαν ότι έχουν εμβολιάσει την κόρη τους με το εμβόλιο για τον HPV. Το ποσοστό αυτό είναι χαμηλό, εφόσον είναι γνωστό ότι το εμβόλιο χορηγείται δωρεάν και ότι γενικά προτείνεται στους γονείς να εμβολιάσουν τα παιδιά τους σε νεαρή ηλικία (Υ.Υ.Κ.Α., Πρόγραμμα Εμβολιασμών Παιδιών και Εφήβων, 2015). Ως κάπως ενθαρρυντικό βέβαια μπορεί να αξιολογηθεί το γεγονός ότι σχεδόν 4 στους 10 γονείς που δεν είχαν εμβολιάσει την κόρη τους κατά την περίοδο διεξαγωγής της μελέτης, δήλωσαν ότι προτίθενται να το κάνουν στο μέλλον.

Οι σημαντικότεροι λόγοι για τους οποίους οι γονείς δεν έχουν εμβολιάσει τα παιδιά τους και ταυτόχρονα ούτε προτίθενται να το κάνουν στο μέλος, βρέθηκε ότι ήταν η έλλειψη γνώσεων σχετικά με τον εμβολιασμό και η αντίθεσή τους με τον εμβολιασμό του παιδιού. Συνεπώς, είναι πιθανό ότι με σωστή ενημέρωση των γονέων είτε μέσα από τα σχολεία, είτε με άλλους τρόπους, θα μπορούσε να διευρυνθεί η εμβολιαστική κάλυψη για τον HPV.

Μελετήθηκε αν το να έχει μολυνθεί κάποιος γονέας ο ίδιο με κάποιο ΣΜΝ στο παρελθόν μπορεί να σχετίζεται με την απόφασή του να εμβολιάσει την κόρη του. Όμως δεν φάνηκε κάτι τέτοιο να μπορεί να υποστηριχθεί από τα δεδομένα.

Η κατάσταση της ψυχολογικής υγείας των γονέων αξιολογήθηκε με το ερωτηματολόγιο DASS21. Οι περισσότεροι γονείς παρουσίαζαν φυσιολογικές τιμές, ή πολύ ήπια αυξημένες, τόσο αναφορικά με τα επίπεδα κατάθλιψης, όσο με τα επίπεδα άγχους και στρες που φαίνεται να βιώνουν. Βέβαια, υπήρξαν και ελάχιστες περιπτώσεις γονέων, η ψυχολογική κατάσταση των οποίων κρίνεται ως εξαιρετικά σοβαρή, αναφορικά κυρίως με το αισθανόμενο άγχος και στρες. Δεν φάνηκε όμως η κατάσταση της ψυχικής υγείας των γονέων να διαφέρει ανάλογα με την απόφασή τους να εμβολιάσουν ή όχι.

Οι στάσεις και οι αντιλήψεις των γονέων αναφορικά με την υγεία και τη νόσο αξιολογήθηκε με το πολυδιάστατο ερωτηματολόγιο της Έδρας Ελέγχου Υγείας (MHLC). Γενικά βρέθηκε ότι οι συμμετέχοντες αναγνωρίζουν ότι οι ίδιοι είναι υπεύθυνοι για την υγεία τους, ότι θα πρέπει να ακολουθούν τη γνώμη και τις οδηγίες των ειδικών και ότι δεν είναι η τύχη αυτή που είναι υπεύθυνη για την υγεία τους. Έτσι, ίσως θα περιμέναμε να παρατηρηθεί υψηλότερο ποσοστό εμβολιαστικής κάλυψης, καθώς, σύμφωνα με τη μελέτη των Constantine & Jerman (2007) οι απόψεις και η αποδοχή του εμβολιασμού από τους ίδιους τους γονείς, καθώς οι πεποιθήσεις τους αναφορικά με τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας μπορούν ίσως να επηρεάσουν την απόφασή τους να εμβολιάσουν την κόρη τους.

Σε συνέχεια του παραπάνω, διερευνήθηκε αν η απόφαση των γονέων να εμβολιάσουν την κόρη τους εξαρτάται από το μορφωτικό τους επίπεδο. Δεν υποστηρίζεται μια τέτοια άποψη από τα δεδομένα, σε αντίθεση με τα ευρήματα άλλων μελετών, όπως αυτή των Constantine & Jerman, (2007), των Bianco et al. (2014) και των Seven et al. (2015). Σε αυτό είναι πιθανό να συνετέλεσε το γεγονός ότι γενικά οι συμμετέχοντες της παρούσας μελέτης είχαν υψηλό μορφωτικό επίπεδο. Βέβαια, κάτι τέτοιο θα πρέπει να διερευνηθεί περαιτέρω, καθώς μπορεί όντως στην Ελλάδα και δη στην Αττική, το μορφωτικό επίπεδο των γονέων θα μπορούσε να μην αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την απόφαση των γονέων να εμβολιάσουν την κόρη τους για τον HPV.

Τέλος αξιολογήθηκε αν η κατάσταση της ψυχικής υγείας και οι στάσεις και αντιλήψεις των γονέων απέναντι στη νόσο σχετίζονται. Βρέθηκε ότι ο παράγοντας «Τύχη» του MHLC και το

«Στρες» του DASS21 παρουσιάζουν ήπια θετική συσχέτιση. Συνεπώς, γονείς που ήταν πιο αγχωμένοι φαίνεται ότι ίσως βλέπουν την τύχη ως βασική αιτία για την υγεία ενός ατόμου. Τέλος η στατιστική ανάλυση μέσω του δείκτη cronbachs'a, δείχνει πως οι απαντήσεις των γονέων του δείγματος, είναι στατιστικά αξιόπιστη για όλους τους παράγοντες του DASS21. Αντιθέτως, δεν ισχύει κάτι τέτοιο για τους δύο πρώτους άξονες το MHLC, δηλαδή για τον άξονα «Εσωτερική εστίαση ελέγχου υγείας» και για τον άξονα «Ισχύς των άλλων». Το εύρημα αυτό ίσως μπορεί να δώσει ως ένα βαθμό μια ερμηνεία για το γεγονός ότι δεν φάνηκαν οι στάσεις και οι αντιλήψεις των γονέων να διαφέρουν ανάλογα με την απόφασή τους να εμβολιάσουν ή όχι την κόρη τους. Ίσως, λοιπόν, να μην έχουν αξιολογηθεί σωστά οι συγκεκριμένοι δύο άξονες. Θα πρέπει στο μέλλον να επαναξιολογηθεί η αξιοπιστία του συγκεκριμένου μεταφρασμένου ερωτηματολογίου σε μεγάλο δείγμα Ελλήνων, ώστε να επιβεβαιωθεί ότι είναι αξιόπιστο και ίσως να διορθωθεί, αν τυχόν φανεί ότι κάτι τέτοιο είναι απαραίτητο.

## Προβλήματα

Στην παρούσα μελέτη σημειώθηκαν αρκετά προβλήματα και δυσκολίες, τα οποία δεν μπορούσαν να ξεπεραστούν στα σχετικά στενά πλαίσια μιας διπλωματικής εργασίας, τόσο εξαιτίας του απαιτούμενου προσωπικού χρόνου του ερευνητή όσο και λόγω των περιορισμένων πόρων.

Αναφορικά με τον σχετικά περιορισμένο αριθμό ερωτηματολογίων, η φύση των ερωτήσεων, οι οποίες αφορούσαν συχνά ορισμένα ευαίσθητα δεδομένα, καθώς και το γεγονός ότι η μελέτη αφορούσε έστω και έμμεσα, στα ανήλικα τέκνα, είναι πιθανό να απέτρεψε ορισμένους γονείς από το να συμμετάσχουν τελικά. Έγινε πολύ μεγάλη προσπάθεια από την ερευνήτρια να συλλεχθούν όσο το δυνατό περισσότερα ερωτηματολόγια. Αξίζει να σημειωθεί ότι, προκειμένου μην υπάρξουν προβλήματα κατά τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, η ερευνήτρια ενημέρωσε αναλυτικά τους πιθανούς συμμετέχοντες γονείς για το τι ακριβώς θέλει από αυτούς σε κάθε μία ερώτηση, ενώ τους προέτρεψε να απαντήσουν με ειλικρίνεια σε όλες τις ερωτήσεις,

διαβεβαιώνοντάς τους ότι οι απαντήσεις τους είναι εμπιστευτικές και καθιστώντας την διαδικασία συλλογής μερικώς τυφλή.

Κάποιοι σημαντικοί παράγοντες που δεν αξιολογήθηκαν, αλλά θα έπρεπε να αξιολογηθούν ήταν η ηλικία της κόρης και οι γνώσεις των γονέων αναφορικά με το εμβόλιο για τον HPV συγκεκριμένα. Ο πρώτος παράγοντας είναι σημαντικός, διότι στην Ελλάδα υπάρχουν συγκεκριμένη κατώτατη ηλικία για την οποία το εμβόλιο καλύπτεται μέσω της ασφάλισης. Για το δεύτερο, αν και γενικότερα οι στάσεις και αντιλήψεις των γονέων για τη νόσο θα μπορούσαν να επηρεάσουν την απόφασή τους να εμβολιάσουν, σύμφωνα με άλλες μελέτες, οι γνώσεις τους για τον HPV και για τους τρόπους προφύλαξης από τη μόλυνση από τον ιό είναι αυτές που αποτελούν πιθανό παράγοντα που επηρεάζει την απόφαση των γονέων αναφορικά με το αν θα εμβολιάσουν την κόρη τους (Constantine & Jerman, 2007; Bianco et al., 2014; Gordon et al., 2011; Kose et al., 2011; Seven et al., 2015; Stara et al., 2014)

## Προτάσεις

Ο έλεγχος της εξάπλωσης του ιού HPV, και η μείωση της επίπτωσης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, απέχει πολύ από το να θεωρηθεί ικανοποιητικός. Όπως φαίνεται τόσο από τα ευρήματα της παρούσας έρευνας όσο και από πληθώρα άλλων αντίστοιχων μελετών στην Ελλάδα μα και σε πολλές άλλες χώρες, στο θέμα του εμβολιασμού υπάρχουν πολλά που πρέπει να γίνουν ώστε να αλλάξει η συμπεριφορά των γονέων. Οι γνώσεις, οι στάσεις και οι πεποιθήσεις τους απέναντι στον εμβολιασμό καθώς και η λειτουργία των αρμόδιων φορέων είναι κατά πάσα πιθανότητα η το πιο σημαντικό εργαλείο στη λύση αυτού του προβλήματος.

Πρώτα από όλα, σε άμεση συνάρτηση με τα ευρήματα, πρέπει να γίνει παρέμβαση των φορέων υγείας στο θέμα της ενημέρωσης των γονέων, σχετικά με τον εμβολιασμό. Η άγνοια για τον τρόπο δράσης και τις όποιες παρενέργειες του εμβολίου δείχνει πως με ένα επαρκώς μελετημένο πρόγραμμα εκπαιδευτικής παρέμβασης σε διάφορους χώρους και πληθυσμούς θα μπορούσε να αυξηθεί την εμβολιαστική κάλυψη. Έτσι προγράμματα ενημέρωσης σε τοπικό και εθνικό επίπεδο, μπορεί να γίνουν από την πολιτεία, από αρμόδιους και επίσημους φορείς υγείας και από επαγγελματίες υγείας των κατά τόπους υγειονομικών μονάδων, προς μαθητές και μαθήτριες σχολείων, φοιτητές και φοιτήτριες σχολών τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, συλλόγους γονέων και

κηδεμόνων, και προς άλλες ομάδες του πληθυσμού αναφοράς αλλά και σε ατομικό επίπεδο στα πλαίσια των επισκέψεων στις μονάδες υγείας.

## Βιβλιογραφία

### Ελληνική

Αγοραστός, Θ., Βαβίλης, Δ., Μπόντης, Ι. (2008). *Λοίμωξη από τον ιό των Ανθρώπινων Θηλωμάτων (H.P.V.)*. University Studio Press.

Σταλίκας, Α., Τριλίβα, Σ., Ρούσση, Π. (2012). *Τα ψυχομετρικά εργαλεία στην Ελλάδα*. Εκδόσεις Πεδίο.

### Ξενόγλωσση

Ali, H., Donovan, B., Wand, H., Read, T. R., Regan, D. G., Grulich, A. E., ...& Guy, R. J. (2013). Genital warts in young Australians five years into national human papillomavirus vaccination programme: national surveillance data. *Bmj*, 346, f2032.

Baandrup, L., Blomberg, M., Dehlendorff, C., Sand, C., Andersen, K. K., & Kjaer, S. K. (2013). Significant decrease in the incidence of genital warts in young Danish women after implementation of a national human papillomavirus vaccination program. *Sexually transmitted diseases*, 40(2), 130-135.

Barnack, J.L., Reddy, D.M., Swain, C. (2010). Predictors of parents' willingness to vaccinate for human papillomavirus and physicians' intentions to recommend the vaccine. *Womens Health Issues*, 20(1):28-34.

Bärnighausen, T., Bloom, D.E., Cafiero-Fonseca, E.T., O'Brien, J.C. (2014). Valuing vaccination. *Proc Natl AcadSci U S A*, 111(34):12313-9.

Bechara, A., Damasio, H., Damasio, A.R. (2000). Emotion, decision making and the orbitofrontal cortex. *Cereb Cortex*, 10(3):295-307.

Bianco, A., Pileggi, C., Iozzo, F., Nobile, C.G., Pavia, M. (2014). Vaccination against human papilloma virus infection in male adolescents: knowledge, attitudes, and acceptability among parents in Italy. *Hum VaccinImmunother*, 10(9):2536-42.

Bruni, L., Diaz, M., Barrionuevo-Rosas, L., Herrero, R., Bray, F., Bosch, F. X., ...& Castellsagué, X. (2016). Global estimates of human papillomavirus vaccination coverage by region and income level: a pooled analysis. *The Lancet Global Health*, 4(7), e453-e463.

Burger, E. A., Sy, S., Nygård, M., Kristiansen, I. S., & Kim, J. J. (2014). Prevention of HPV-related cancers in Norway: cost-effectiveness of expanding the HPV vaccination program to include pre-adolescent boys. *PLoS One*, 9(3), e89974.

Castellsague, X., Munoz, N., Pitisuttithum, P., Ferris, D., Monsonego, J., Ault, K., ...& Bryan, J. (2011). End-of-study safety, immunogenicity, and efficacy of quadrivalent HPV (types 6, 11, 16, 18) recombinant vaccine in adult women 24–45 years of age. *British journal of cancer*, 105(1), 28-37.

Center for Disease Control and Prevention (2017). *Genital HPV Infection Fact Sheet*. Available at: <https://www.cdc.gov/std/hpv/stdfact-hpv.htm>

Center for Disease Control and Prevention (2016a). *Other Sexually Transmitted Diseases*. Available at: <https://www.cdc.gov/std/stats15/other.htm#hpv>

Center for Disease Control and Prevention (2016b). *Human Papillomavirus (HPV) Infection*. Available at: <https://www.cdc.gov/std/tg2015/hpv.htm>

Chan, S. Y., Delius, H., Halpern, A. L., & Bernard, H. U. (1995). Analysis of genomic sequences of 95 papillomavirus types: uniting typing, phylogeny, and taxonomy. *Journal of virology*, 69(5), 3074-3083.

Constantine, N. A., & Jerman, P. (2007). Acceptance of human papillomavirus vaccination among Californian parents of daughters: a representative statewide analysis. *Journal of Adolescent Health*, 40(2), 108-115.

Cronbach, L.J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3): 297–334.

Crowe, E., Pandeya, N., Brotherton, J. M., Dobson, A. J., Kisely, S., Lambert, S. B., & Whiteman, D. C. (2014). Effectiveness of quadrivalent human papillomavirus vaccine for the

prevention of cervical abnormalities: case-control study nested within a population based screening programme in Australia. *Bmj*, 348, g1458.

De Vincenzo, R., Conte, C., Ricci, C., Scambia, G., & Capelli, G. (2014). Long-term efficacy and safety of human papillomavirus vaccination. *International journal of women's health*, 6, 999.

De Villiers, E. M., Fauquet, C., Broker, T. R., Bernard, H. U., & zur Hausen, H. (2004). Classification of papillomaviruses. *Virology*, 324(1), 17-27.

De Vuyst, H., Clifford, G. M., Nascimento, M. C., Madeleine, M. M., & Franceschi, S. (2009). Prevalence and type distribution of human papillomavirus in carcinoma and intraepithelial neoplasia of the vulva, vagina and anus: A meta-analysis. *International Journal of Cancer*, 124(7), 1626-1636.

Evander, M., Edlund, K., Gustafsson, Å., Jonsson, M., Karlsson, R., Rylander, E., & Wadell, G. (1995). Human papillomavirus infection is transient in young women: a population based cohort study. *Journal of Infectious Diseases*, 171(4), 1026-1030.

Flagg EW, Schwartz R, Weinstock H. Prevalence of anogenital warts among participants in private health plans in the United States, 2003–2010: potential impact of human papillomavirus vaccination. *Am J Public Health* 2013;103(8):1428–35.

Food and Drug Administration of U.S. (2006). FDA Licenses New Vaccine for Prevention of Cervical Cancer and Other Diseases in Females Caused by Human Papilloma Virus. Retrieved 20/12/2016.

Goldie, S. J., O'shea, M., Campos, N. G., Diaz, M., Sweet, S., & Kim, S. Y. (2008). Health and economic outcomes of HPV 16, 18 vaccination in 72 GAVI-eligible countries. *Vaccine*, 26(32), 4080-4093.

Gordon, D., Waller, J., Marlow, L.A. (2011). Attitudes to HPV vaccination among mothers in the British Jewish community: reasons for accepting or declining the vaccine. *Vaccine*, 29(43):7350-6.

Harper, D. M., Franco, E. L., Wheeler, C. M., Moscicki, A. B., Romanowski, B., Roteli-Martins, C. M., ...& HPV Vaccine Study group. (2006). Sustained efficacy up to 4· 5 years of a bivalent



L1 virus-like particle vaccine against human papillomavirus types 16 and 18: follow-up from a randomised control trial. *The Lancet*, 367(9518), 1247-1255.

Hinchliffe, S. A., Van Velzen, D., Korporaal, H., Kok, P. L., & Boon, M. E. (1995). Transience of cervical HPV infection in sexually active, young women with normal cervicovaginal cytology. *British journal of cancer*, 72(4), 943.

Jit, M., Choi, Y. H., & Edmunds, W. J. (2008). Economic evaluation of human papillomavirus vaccination in the United Kingdom. *Bmj*, 337, a769.

Joura, E. A., Garland, S. M., Paavonen, J., Ferris, D. G., Perez, G., Ault, K. A., ...&Haupt, R. M. (2012). Effect of the human papillomavirus (HPV) quadrivalent vaccine in a subgroup of women with cervical and vulvar disease: retrospective pooled analysis of trial data. *Bmj*, 344, e1401.

Kash, N., Lee, M. A., Kollipara, R., Downing, C., Guidry, J., &Tyring, S. K. (2015). Safety and efficacy data on vaccines and immunization to human papillomavirus. *Journal of clinical medicine*, 4(4), 614-633.

Kim, J. J., & Goldie, S. J. (2008). Health and economic implications of HPV vaccination in the United States. *New England Journal of Medicine*, 359(8), 821-832.

Kim, H.Y. (2013). Statistical notes for clinical researchers: assessing normal distribution (2) using skewness and kurtosis. *Restor Dent Endod*, 38 (1): 52-4.

Kornfeld, J., Byrne, M.M., Vanderpool, R., Shin, S., Kobetz, E. (2013). HPV knowledge and vaccine acceptability among Hispanic fathers. *J Prim Prev*, 34(1-2):59-69.

Kose, D., Erkorkmaz, U., Cinar, N., Altinkaynak, S. (2014). Mothers' knowledge and attitudes about HPV vaccination to prevent cervical cancers. *Asian Pac J Cancer Prev*, (17):7263-6.

Kruiroongroj, S., Chaikledkaew, U., Thavorncharoensap, M. (2014). Knowledge, acceptance, and willingness to pay for human papilloma virus (HPV) vaccination among female parents in Thailand. *Asian Pac J Cancer Prev*, 15(13):5469-74.

Lindeberg, H., Krogdahl, A. (1999). Laryngeal cancer and human papillomavirus: HPV is absent in the majority of laryngeal carcinomas. *Cancer Lett*, 146(1):9-13.

- Lovibond, S.H. & Lovibond, P.F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. (2nd. Ed.) Sydney: Psychology Foundation.
- Lyrakos, G.N., Arvaniti, C., Smyrnioti, M., Kostopanagiotou, G. (2011). P03-561: Translation and validation study of the depression anxiety stress scale in the Greek general population and in a psychiatric patient's sample. *Eur Psychiatry*, 26: 1731.
- Markowitz, L. E., Hariri, S., Lin, C., Dunne, E. F., Steinau, M., McQuillan, G., & Unger, E. R. (2013). Reduction in human papillomavirus (HPV) prevalence among young women following HPV vaccine introduction in the United States, National Health and Nutrition Examination Surveys, 2003–2010. *Journal of Infectious Diseases*, jit192.
- Madhivanan, P., Li, T., Srinivas, V., Marlow, L., Mukherjee, S., Krupp, K. (2014). Human papillomavirus vaccine acceptability among parents of adolescent girls: obstacles and challenges in Mysore, India. *Prev Med*, 64:69-74.
- Martín-Hernán, F., Sánchez-Hernández, J.G., Cano, J., Campo, J., del Romero, J. (2013). Oral cancer, HPV infection and evidence of sexual transmission. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 18(3):e439-44.
- Michael, C. W. (1999). The Papanicolaou smear and the obstetric patient: a simple test with great benefits. *Diagnostic cytopathology*, 21(1), 1-3.
- Miu, A.C., Heilman, R.M., Houser, D. (2008). Anxiety impairs decision-making: psychophysiological evidence from an Iowa Gambling Task. *Biol Psychol*, 77(3):353-8.
- Muñoz, N., Bosch, F. X., de Sanjosé, S., Herrero, R., Castellsagué, X., Shah, K. V., ...& Meijer, C. J. (2003). Epidemiologic classification of human papillomavirus types associated with cervical cancer. *New England Journal of Medicine*, 348(6), 518-527.
- National Cancer Institute (2015). HPV and Cancer. Available at: <https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/infectious-agents/hpv-fact-sheet#q2>
- Oldham, R. K., & Dillman, R. O. (Eds.). (2009). *Principles of cancer biotherapy*. Springer Science & Business Media.

- Olsson, S. E., Kjaer, S. K., Sigurdsson, K., Iversen, O. E., Hernandez-Avila, M., Wheeler, C. M., ... & García, P. (2009). Evaluation of quadrivalent HPV 6/11/16/18 vaccine efficacy against cervical and anogenital disease in subjects with serological evidence of prior vaccine type HPV infection. *Human vaccines*, 5(10), 696-704.
- Ouhoumane, N., Steben, M., Coutlée, F., et al. (2013). Squamous anal cancer: patient characteristics and HPV type distribution. *Cancer Epidemiol*, 37(6):807-12.
- Papachristou, E., Sypsa, V., Paraskevis, D., Gkekas, A., Politi, E., Nicolaidou, E., ...&Petrikkos, G. (2009). Prevalence of different HPV types and estimation of prognostic risk factors based on the linear array HPV genotyping test. *Journal of medical virology*, 81(12), 2059-2065.
- Petrosky, E., Bocchini, J.A., Hariri, S., et al. (2015). Use of 9-valent human papillomavirus (HPV) vaccine: updated HPV vaccination recommendations of the advisory committee on immunization practices. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 64(11):300-4.
- Robson, C. (2002). *Real World Research: A Resource for Social Scientists and Practitioner-Researchers*. Malden, MA: Blackwell.
- Russo, R. (2004). *Statistics for the behavioural sciences: an introduction*. Psychology Press.
- Schiffman, M., Castle, P.E., Jeronimo, J., Rodriguez, A.C., Wacholder, S. (2007). Human papillomavirus and cervical cancer. *Lancet*, 370(9590):890-907.
- Schwartz, J. L. (2010). HPV vaccination's second act: promotion, competition, and compulsion. *American journal of public health*, 100(10), 1841-1844.
- Seven, M., Güvenç, G., Şahin, E., Akyüz, A. (2015). Attitudes to HPV Vaccination among Parents of Children Aged 10 to 13 Years. *J PediatrAdolescGynecol*, 28(5):382-6.
- Snijders, P. J., Steenbergen, R. D., Heideman, D. A., & Meijer, C. J. (2006). HPV-mediated cervical carcinogenesis: concepts and clinical implications. *The Journal of pathology*, 208(2), 152-164.

- Staras, S.A., Vadaparampil, S.T., Patel, R.P., Shenkman, E.A. (2014). Parent perceptions important for HPV vaccine initiation among low income adolescent girls. *Vaccine*, 32(46):6163-9.
- Takes, R. P., Wierzbicka, M., D'Souza, G., Jackowska, J., Silver, C. E., Rodrigo, J. P., ...&Ferlito, A. (2015). HPV vaccination to prevent oropharyngeal carcinoma: What can be learned from anogenital vaccination programs?. *Oral oncology*, 51(12), 1057-1060.
- Thaxton, L., & Waxman, A. G. (2015). Cervical cancer prevention: immunization and screening 2015. *Medical Clinics of North America*, 99(3), 469-477.
- Theofilou, P. (2012). Self-esteem in Greek dialysis patients: The contribution of health locus of control. *Iranian Journal of Kidney Diseases* 6(2): 136–140
- Voidăzan, S., Tarcea, M., Morariu, S.H., Grigore, A., Dobreanu, M. (2016). Human Papillomavirus Vaccine - Knowledge and Attitudes among Parents of Children Aged 10-14 Years: a Cross-sectional Study, Tîrgu Mureş, Romania. *Cent Eur J Public Health*, 24(1):29-38.
- Walboomers, J.M., Jacobs, M.V., Manos, M.M., et al. (1999). Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. *J Pathol*, 189(1):12-9.
- Wallston, K.A., Wallston, B.S., DeVellis, R. (1978). Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales. *Health Educ Monogr*, 6: 160-170.
- Wang, W., Ma, Y., Wang, X., et al. (2015). Acceptability of human papillomavirus vaccine among parents of junior middle school students in Jinan, China. *Vaccine*, 33(22):2570-6.
- WHO (2015). Human papillomavirus vaccines: WHO position paper, October 2014-Recommendations. *Vaccine*, 26, 33(36), pp. 4383-4. Retrieved from <http://www.who.int/wer/2014/wer8943.pdf?ua=1>
- zurHausen, H. (1991). Human papillomaviruses in the pathogenesis of anogenital cancer. *Virology*, 184(1), 9-13.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.1: Έλεγχος για ύπαρξη σχέσης ανάμεσα στην ηλικία της μητέρας και της πρόθεσης εμβολιασμού της κόρης.

### Crosstab

Count

		Πρόθεση εμβολιασμού		Total
		δεν έχω εμβολιάσει	έχω, ή, πρόκειται να εμβολιάσω	
Ηλικία	25-35	0	8	8
	36-45	13	40	53
	46-55	18	38	56
	56-60	2	4	6
Total		33	90	123

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4.011 <sup>a</sup>	3	.260
Likelihood Ratio	6.043	3	.110
Linear-by-Linear Association	2.997	1	.083
N of Valid Cases	123		

a. 3 cells (37.5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.61.

*ΠΙΝΑΚΑΣ 1.2: Έλεγχος για ύπαρξη σχέσης ανάμεσα στο εκπαιδευτικό επίπεδο της μητέρας και της πρόθεσης εμβολιασμού της κόρης.*

**Crosstab**

Count

		Πρόθεση εμβολιασμού		Total
		δεν έχω εμβολιάσει	έχω, ή, πρόκειται να εμβολιάσω	
Εκπαίδευση	Δημοτικό	0	2	2
	Γυμνάσιο-Λύκειο	9	15	24
	Τεχνική σχολή-ΙΕΚ	6	23	29
	ΑΕΙ/ΤΕΙ	18	50	68
Total		33	90	123

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2.687 <sup>a</sup>	3	.442
Likelihood Ratio	3.140	3	.370
Linear-by-Linear Association	.174	1	.676
N of Valid Cases	123		

a. 2 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .54.

*ΠΙΝΑΚΑΣ 1.3: Έλεγχος για ύπαρξη σχέσης ανάμεσα στο κατά πόσο το συνολικό εισόδημα της μητέρας καλύπτει τις ανάγκες της και της πρόθεσης εμβολιασμού της κόρης.*

**Crosstab**

Count

	Πρόθεση εμβολιασμού		Total
	δεν έχω εμβολιάσει	έχω, ή, πρόκειται να εμβολιάσω	
Κατά πόσο το συνολικό σας ελάχιστο εισόδημα καλύπτει τις ανάγκες σας;			
μέτρια	4	4	8
αρκετά	12	30	42
απόλυτα	12	49	61
	4	7	11
Total	32	90	122

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4.395 <sup>a</sup>	3	.222
Likelihood Ratio	4.152	3	.245
Linear-by-Linear Association	1.033	1	.309
N of Valid Cases	122		

a. 2 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.10.

*ΠΙΝΑΚΑΣ 1.4: Έλεγχος για ύπαρξη σχέσης ανάμεσα στις καπνιστικές συνήθειες της μητέρας και της πρόθεσης εμβολιασμού της κόρης.*

**Crosstab**

Count

		Πρόθεση εμβολιασμού		Total
		δεν έχω εμβολιάσει	έχω, ή, πρόκειται να εμβολιάσω	
Κάπνισμα	Όχι	18	40	58
	Πρόην	6	23	29
	Καπνιστής	8	27	35
Total		32	90	122

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1.358 <sup>a</sup>	2	.507
Likelihood Ratio	1.363	2	.506
Linear-by-Linear Association	.910	1	.340
N of Valid Cases	122		





a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11.54.

b. Computed only for a 2x2 table

**ΠΙΝΑΚΑΣ 1.6:** Αποτελέσματα t-test ανεξάρτητων δειγμάτων για τον έλεγχο της πιθανή διαφοροποίησης των 3 κλιμάκων του ερωτηματολογίου DASS21 (Κατάθλιψη, Άγχος, Στρες) και των 3 κλιμάκων του ερωτηματολογίου MHLC (Εσωτερική εστίαση ελέγχου υγείας, Ισχύς των άλλων, Τύχη) ανάμεσα στις μητέρες που έχουν εμβολιάσει ή πρόκειται να εμβολιάσουν τις κόρες τους και σε αυτές που δεν έχουν τις εμβολιάσει.

**Group Statistics**

Πρόθεση εμβολιασμού		N	Mean	Std. Deviation
Καταθλιψη	δεν έχω εμβολιάσει	33	5.8182	6.89862
	έχω, ή, πρόκειται να εμβολιάσω	90	4.3778	5.90482
Άγχος	δεν έχω εμβολιάσει	33	4.5455	6.78735
	έχω, ή, πρόκειται να εμβολιάσω	90	4.3111	6.64957
Στρες	δεν έχω εμβολιάσει	33	8.8485	8.80384
	έχω, ή, πρόκειται να εμβολιάσω	90	9.3556	9.36082
Εσωτερική εστίαση ελέγχου υγείας	δεν έχω εμβολιάσει	33	25.1212	4.53981
	έχω, ή, πρόκειται να εμβολιάσω	90	25.2556	3.93361
Ισχύς των άλλων	δεν έχω εμβολιάσει	33	21.4848	6.05765
	έχω, ή, πρόκειται να εμβολιάσω	90	22.8333	4.68622
Τύχη	δεν έχω εμβολιάσει	33	13.5455	4.79642
	έχω, ή, πρόκειται να εμβολιάσω	89	16.7191	7.06944

**Independent Samples Test**

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means
		F	Sig.	t
Καταθλιψη	Equal variances assumed	2.303	.132	1.145
	Equal variances not assumed			1.065
Αγχος	Equal variances assumed	.059	.808	.172
	Equal variances not assumed			.171
Στρες	Equal variances assumed	.694	.406	-.270
	Equal variances not assumed			-.278
Εσωτερική εστίαση ελέγχου υγείας	Equal variances assumed	2.081	.152	-.161
	Equal variances not assumed			-.151
Ισχύς των άλλων	Equal variances assumed	1.514	.221	-1.303
	Equal variances not assumed			-1.158
Τύχη	Equal variances assumed	11.085	.001	-2.381
	Equal variances not assumed			-2.829

**Independent Samples Test**

		t-test for Equality of Means		
		df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
Καταθλιψη	Equal variances assumed	121	.255	1.44040
	Equal variances not assumed	50.199	.292	1.44040
Αγχος	Equal variances assumed	121	.864	.23434
	Equal variances not assumed	55.993	.865	.23434
Στρες	Equal variances assumed	121	.787	-.50707
	Equal variances not assumed	60.303	.782	-.50707
Εσωτερική εστίαση υγείας ελέγχου	Equal variances assumed	121	.872	-.13434
	Equal variances not assumed	50.663	.881	-.13434
Ισχύς των άλλων	Equal variances assumed	121	.195	-1.34848
	Equal variances not assumed	46.775	.253	-1.34848
Τύχη	Equal variances assumed	120	.019	-3.17365
	Equal variances not assumed	84.400	.006	-3.17365

**Independent Samples Test**

		t-test for Equality of Means		
		Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
			Lower	Upper
Καταθλιψη	Equal variances assumed	1.25831	-1.05075	3.93156

	Equal variances not assumed	1.35261	-1.27613	4.15694
Αγχος	Equal variances assumed	1.36069	-2.45950	2.92819
	Equal variances not assumed	1.37379	-2.51770	2.98639
Στρες	Equal variances assumed	1.87566	-4.22044	3.20629
	Equal variances not assumed	1.82272	-4.15269	3.13854
Εσωτερική εστίαση ελέγχου υγείας	Equal variances assumed	.83491	-1.78726	1.51858
	Equal variances not assumed	.89245	-1.92630	1.65761
Ισχύς των άλλων	Equal variances assumed	1.03482	-3.39719	.70022
	Equal variances not assumed	1.16447	-3.69138	.99441
Τύχη	Equal variances assumed	1.33313	-5.81315	-.53415
	Equal variances not assumed	1.12191	-5.40453	-.94276

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

### Πίνακας κοινωνιοδημογραφικών, ιατρικών και σχετικών με την εργασία χαρακτηριστικών

Ηλικία: ....

Φύλο: άνδρας  γυναίκα

Οικογενειακή κατάσταση: άγαμος/η  έγγαμος/η  διαζευγμένος/η  χήρος/α

Εθνικότητα: Έλληνας  μετανάστης

Εκπαιδευτικό επίπεδο: δημοτικό  γυμνάσιο-λύκειο

τεχνική σχολή-ΙΕΚ  ανώτατη εκπαίδευση (ΑΕΙ, ΤΕΙ)

Κατά πόσο το συνολικό σας εισόδημα καλύπτει τις ανάγκες σας: καθόλου  άχιστα  
μέτρια  αρκετά  απόλυτα

Πόσο θα βαθμολογούσατε την αντιλαμβανόμενη κατάσταση της υγείας σας? κυκλώστε ένα από τα παρακάτω

Καθόλου καλή - 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 – Άριστη

Καπνιστική κατάσταση: Πρώην Καπνιστής  Μη καπνιστής  Νυν καπνιστής

Έχετε μολυνθεί ο ίδιος από σεξουαλικά μεταδιδόμενα στελέχη του ιού HPV?

Ναι

Όχι

Κατάσταση εμβολιασμού παιδιού:

A) Το παιδί μου έχει εμβολιαστεί ενάντια στον ιό HPV

B) Το παιδί μου δεν έχει εμβολιαστεί ενάντια στον ιό HPV

Αν απαντήσατε στην παραπάνω ερώτηση Β παρακαλούμε να απαντήσετε στην ακόλουθη ερώτηση, αλλιώς παραβλέψτε τη

Ποιός θα λέγατε πως είναι ο κυριότερος λόγος για τον οποίο το παιδί σας δεν έχει εμβολιαστεί

A) Δεν γνωρίζω αρκετά σχετικά με τον εμβολιασμό

B) Πρόκειται να εμβολιαστεί άμεσα το παιδί μου

Γ) Είμαι αντίθετος στο να εμβολιαστεί το παιδί μου

Δ) Άλλος λόγος, (παρακαλούμε αναφερθείτε εκτενέστερα).....

# DASS21

Greek translation and Validation

George N. Lyrakos et all 2011

Παρακαλώ διαβάστε κάθε δήλωση και κυκλώστε έναν αριθμό 0 ..1 ..2 ή 3 που προσδιορίζει πόσο η δήλωση σας αντιπροσώπευσε κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας. Δεν υπάρχει καμία σωστή ή λανθασμένη απάντηση. Μην ξοδέψετε πάρα πολύ χρόνο σε οποιαδήποτε δήλωση.

Βαθμολογήστε σύμφωνα με την ακόλουθη κλίμακα:

0 Δεν ίσχυσε καθόλου για μένα

1 Ίσχυε για μένα σε έναν ορισμένο βαθμό, ή για μικρό χρονικό διάστημα.

2 Ίσχυε για μένα σε έναν ιδιαίτερο βαθμό, ή για μεγάλο χρονικό διάστημα.

3 Ίσχυε για μένα πάρα πολύ, ή τις περισσότερες φορές.

1	Δεν μπορούσα να προσέσω τον εαυτό μου	0	1	2	3
2	Ένιωθα ότι το στόμα μου ήταν ξηρό	0	1	2	3
3	Δεν μπορούσα να βιώσω κανένα θετικό συναίσθημα	0	1	2	3
4	Δυσκολευόμουν ν' ανασάνω (π.χ., υπερβολικά γρήγορη αναπνοή, κόψιμο της ανάσας μου χωρίς να έχω κάνει σωματική προσπάθεια )	0	1	2	3
5	Μου φάνηκε δύσκολο να αναλάβω την πρωτοβουλία να κάνω κάποια πράγματα	0	1	2	3
6	Είχα την τάση να αντιδρώ υπερβολικά στις καταστάσεις που αντιμετώπιζα	0	1	2	3
7	Αισθάνθηκα τρεμούλα (πχ στα χέρια)	0	1	2	3
8	Αισθανόμουν συχνά νευρικότητα	0	1	2	3



9	Ανησυχούσα για τις καταστάσεις στις οποίες θα μπορούσα να πανικοβληθώ και να φανώ ανόητος στους άλλους	0	1	2	3
10	Ένωσα ότι δεν είχα τίποτα να προσμένω με ενδιαφέρον	0	1	2	3
11	Βρήκα τον εαυτό μου να νιώθει ενοχλημένος	0	1	2	3
12	Μου ήταν δύσκολο να χαλαρώσω	0	1	2	3
13	Ένωθα μελαγχολικός και απογοητευμένος	0	1	2	3
14	Δεν μπορούσα να ανεχτώ οτιδήποτε με κρατούσε από το να συνεχίσω με αυτό που έκανα	0	1	2	3
15	Ένωσα πολύ κοντά στον πανικό	0	1	2	3
16	Τίποτα δεν μπορούσε να με κάνει να νιώσω ενθουσιασμό	0	1	2	3
17	Ένωσα ότι δεν άξιζα πολύ ως άτομο	0	1	2	3
18	Ένωσα ότι ήμουν αρκετά ευερέθιστος	0	1	2	3
19	Αισθανόμουν την καρδιά μου να χτυπάει χωρίς να έχει προηγηθεί σωματική άσκηση (ταχυπαλμία, αρρυθμία)	0	1	2	3
20	Ένωσα φοβισμένος χωρίς να υπάρχει λόγος	0	1	2	3
21	Ένωσα πως η ζωή δεν είχε νόημα	0	1	2	3

## Έδρα ελέγχου της υγείας

Παρακαλώ απαντήστε προσεκτικά αλλά μην σπαταλάτε πολύ χρόνο σε κάθε ερώτηση. Όσο μπορείτε, προσπαθήστε ν' απαντήσετε σε κάθε ερώτηση ανεξάρτητα από το τί απαντήσατε στις άλλες. Όταν αποφασίζετε την απάντησή σας προσπαθήστε να μην επηρεάζεστε από τις προηγούμενες επιλογές σας. Είναι σημαντικό ν' απαντήσετε σύμφωνα με τις πραγματικές σας απόψεις και όχι σύμφωνα με τις απόψεις που νομίζετε ότι θα έπρεπε να έχετε ή που νομίζετε ότι εμείς θα θέλαμε να έχετε.

1	2	3	4	5	6
Διαφωνώ πολύ	Διαφωνώ ως ένα βαθμό	Διαφωνώ λίγο	Συμφωνώ λίγο	Συμφωνώ ως ένα βαθμό	Συμφωνώ πολύ

HL1. Όταν αρρωσταίνω, η δική μου συμπεριφορά είναι αυτή που καθορίζει το πόσο γρήγορα θα ξαναγινώ καλά.	
HL2. Ότι και να κάνω, αν είναι ν' αρρωστήσω, θ' αρρωστήσω.	
HL3. Η τακτική επαφή με τον γιατρό μου είναι ο καλύτερος τρόπος για μένα ν' αποφεύγω τις ασθένειες.	
HL4. Τα περισσότερα πράγματα που επηρεάζουν την υγεία μου συμβαίνουν τυχαία.	
HL5. Όποτε δεν αισθάνομαι καλά, θα πρέπει να συμβουλευόμαι κάποιον ειδικό για ιατρικά θέματα.	
HL6. Εγώ έχω τον έλεγχο της υγείας μου.	
HL7. Η οικογένεια μου παίζει ρόλο στο κατά πόσον αρρωσταίνω ή παραμένω υγιής.	
HL8. Όταν αρρωσταίνω, θεωρώ ότι εγώ φταίω.	
HL9. Η τύχη καθορίζει σ' ένα σημαντικό βαθμό το πόσο σύντομα θ' αναρρώσω από μια αρρώστια.	
HL10. Άτομα του ιατρικού περιβάλλοντος ελέγχουν την υγεία μου.	
HL11. Η καλή κατάσταση της υγείας μου είναι σε μεγάλο βαθμό ζήτημα καλής τύχης.	
HL12. Ο σπουδαιότερος παράγοντας που επηρεάζει την υγεία μου είναι το τι κάνω εγώ.	
HL13. Εάν φροντίσω τον εαυτό μου, μπορώ ν' αποφύγω τις ασθένειες.	
HL14. Όταν αναρρώνω από μια ασθένεια, είναι συνήθως γιατί αλλά άτομα (π.χ. γιατροί, νοσοκόμες, οικογένεια, φίλοι) μ' έχουν φροντίσει καλά.	
HL15. Ότι και να κάνω, το πιο πιθανό είναι ότι θ' αρρωστήσω.	
HL16. Εάν είναι γραφτό, θα παραμείνω υγιής.	

<b>HL17. Εάν ενεργήσω σωστά, θα μπορέσω να παραμείνω υγιής.</b>	
<b>HL18. Όσον αφορά στην υγεία μου, το μόνο που μπορώ να κάνω είναι αυτό που μου λέει ο γιατρός μου.</b>	