

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

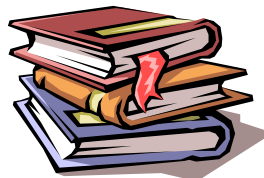
ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: ΓΝΩΣΗ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ ΚΑΙ  
ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΗΣ ΕΤΚΥΜΟΣΥΝΗΣ &  
ΠΩΣ ΕΦΑΡΜΟΖΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ ΑΝΩΤΑΤΟΥ  
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ.

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: ΤΣΙΧΛΑΚΗ ΠΑΤΩΝΑ  
ΧΑΤΖΗΣΟΦΙΑ ΕΙΡΗΝΗ  
ΠΑΠΑΔΑΚΗ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ: ΛΥΔΑΚΗΣ ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ

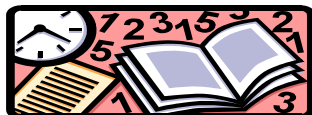
ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2002



ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΠΟΛΥ, ΤΗΝ ΕΛΣΑ ΚΑΙ ΟΛΟΥΣ  
ΟΣΟΥΣ ΒΟΗΘΗΣΑΝ ΣΤΗΝ ΔΙΕΚΠΕΡΑΙΩΣΗ ΤΗΣ  
ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΜΑΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ !!!

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1. -ΤΟ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ-ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΙ  
ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ σελ. 5-9  
-ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ  
-ΠΡΟΛΗΨΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΝ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΩΝ  
ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ. σελ.10-34
2. ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ  
-ΠΟΣΟΣΤΟ ΠΡΟΦΥΛΑΞΗΣ  
-ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΚΑΘΕ ΜΕΘΟΔΟΥ  
σελ.36-75
3. ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΥ ΠΛΑΝΟΥ ΣΤΟ ΘΕΜΑ ΤΗΣ  
ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ (ΗΛΙΚΙΑ, ΕΠΑΡΚΗΣ ή ΟΧΙ).  
-ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ  
-ΓΙΑΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΠΡΟΤΙΜΑΜΕ ΤΗΝ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ ΑΠΟ  
ΤΗΝ ΑΜΒΛΩΣΗ. σελ.77-88
4. -ΤΕΡΜΑΤΙΣΜΟΣ ΕΤΚΥΜΟΣΥΝΗΣ  
-ΕΦΗΒΟΙ & ΣΕΞ-ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ σελ.90-100
5. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ σελ.103-110
6. -ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ σελ.101



# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

*--ΤΟ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ  
-- ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ*



### 1.1 Γενικά στοιχεία ανατομίας & φυσιολογίας των οργάνων

Για να γίνει κατανοητή η διαγνωστική σημειολογία και η παθολογία του γεννητικού συστήματος της γυναίκας θα πρέπει πρώτα να είναι γνωστή η ανατομική κατασκευή των οργάνων αυτών. Για το λόγο αυτό κρίθηκε απαραίτητη η αναφορά, σε βασικές γραμμές, της ανατομίας και φυσιολογίας όλων των οργάνων του γεννητικού συστήματος της γυναίκας. Θα τονιστούν κυρίως οι, πρακτικής σημασίας, ανατομικές λεπτομέρειες των οργάνων και θα επισημανθούν οι σπουδαιότερες λειτουργίες τους.

Τα γεννητικά όργανα της γυναίκας διαιρούνται στα έξω, αυτά που βρίσκονται έξω από την πύελο και στα έσω, αυτά που αναπτύσσονται και παραμένουν μέσα στην κοιλότητα της πυέλου. Σαν όριο αυτής της διαίρεσης λαμβάνεται ο παρθενικός υμένας.

Στα έξω γεννητικά όργανα περιλαμβάνονται, από εμπρός και επάνω προς τα πίσω και κάτω:

Το εφήβαιο ή όρος της Αφροδίτης. Αυτό σχηματίζεται από τριγωνική έπαρση του δέρματος και χωρίζεται από την υπόλοιπη κοιλιακή χώρα, με την ηβική πτυχή, ενώ προς τα κάτω συνεχίζεται προς τα μεγάλα χείλη του αιδοίου. Κάτω από το δέρμα του εφηβαίου υπάρχει άφθονο υποδόριο λίπος, ενώ όλο το δέρμα σκεπάζεται από τρίχες.

Τα μεγάλα χείλη του αιδοίου. Είναι δύο πτυχές του δέρματος με άφθονους σμηγματογόνους και ιδρωτοποιούς αδένες, νεύρα και αγγεία. Το μήκος τους είναι 8-9 εκ. και ανάμεσά τους βρίσκεται η αιδοϊκή σχισμή. Η ένωσή τους σχηματίζει τον πρόσθιο και οπίσθιο σύνδεσμο των μεγάλων χειλέων. Κάτω από τον πρόσθιο σύνδεσμο προβάλλει η κλειτορίδα. Αυτή έχει μήκος 4-6 εκ., παριστάνει το υποτυπώδες πέος της γυναίκας και αποτελείται από τα σκέλη, το σώμα και την βάλανο. Ιστολογικά ο ιστός που την σχηματίζει μοιάζει με τον ιστό των σπαραγγωδών σωμάτων του ανδρικού πέους.

Από την κάτω επιφάνεια της κλειτορίδας αρχίζουν τα μικρά χείλη του αιδοίου ή νύμφαι. Είναι και αυτά πτυχές του δέρματος, έχουν άφθονους σμηγματογόνους αδένες, πορεύονται κατά μήκος των μεγάλων χειλέων μέχρι την κάτω γωνία του αιδοίου, όπου και σχηματίζουν τον σκαφοειδή βόθρο. Τα μικρά χείλη χωρίζονται από τα μεγάλα με την μεσοχείλιο αύλακα και από τον παρθενικό υμένα με την νυμφουϊμενική αύλακα. Ο χώρος που περιλαμβάνεται ανάμεσα στα μικρά χείλη ονομάζονται πρόδρομος του κολεού. Στο επάνω τμήμα του βρίσκεται το έξω στόμιο της

ουρήθρας, ενώ στο κάτω τμήμα υπάρχει η είσοδος του κόλπου που φράσσεται από τον παρθενικό υμένα.

Αυτός αποτελείται από συνδετικό ιστό και, ανάλογα με το σχήμα του τμήματός του, διακρίνεται σε παιδικό, μηνοειδή, κροσσωτό, ηθμοειδή, δίστομο κλπ. Μετά την πρώτη επαφή ο παρθενικός υμένας ρήγνυται, ενώ κατά τον τοκετό καταστρέφεται. Μετά τους τοκετούς παραμένουν μικρά τμήματά του που ονομάζονται μύρτα.

Κοντά στον πρόδρομο του κολεού, και στην έσω επιφάνεια των μικρών χειλέων, προς το κάτω τριτημόριο, βρίσκονται 2 αδένες, οι βαρθολίνειοι. Ο εκφορητικός τους πόρος βρίσκεται στην νυμφοϋμενική αύλακα και το έκκριμά τους εκτοξεύεται κατά την συνουσία, ώστε να υγραίνει την είσοδο του κόλπου. Τέλος, ο χώρος που εκτείνεται από τον σκαφοειδή βόθρο μέχρι τον πρωκτό, ονομάζεται περίνεο.

Έσω γεννητικά όργανα: σε αυτά περιλαμβάνονται ο κόλπος και ο κολεός που είναι σωλήνας ελαστικός, πολύ διατατός, μήκους 7-8 εκ. και βρίσκεται ανάμεσα στο τράχηλο της μήτρας και το αιδοίο. Η μεγάλη διασταλτικότητά του οφείλεται σε ένα σύστημα εγκαρσίων πτυχώσεων που ονομάζονται στύλοι του κολεού. Οι στύλοι αυτοί κάνουν ανώμαλη την επιφάνεια του κόλπου στις άτοκες, ενώ εξαφανίζονται, σχεδόν τελείως, στις πολύτοκες γυναίκες. Στο τμήμα του κόλπου που περιβάλλει τον τράχηλο της μήτρας σχηματίζονται δύο θόλοι, ο πρόσθιος και ο οπίσθιος. Ο δεύτερος είναι περισσότερο βαθύς και μέσα σε αυτόν συγκεντρώνεται το σπέρμα κατά την συνουσία.

Η μήτρα: είναι κοίλο όργανο, με σχήμα απιδιού, προέρχεται από την συνένωση, κατά την ενδομήτρια

διάπλαση, των δυο πόρων του Muller, και βρίσκεται ανάμεσα στην ουροδόχο κύστη και το ορθό, κλεισμένη μέσα στον πλατύ σύνδεσμο.

Το μήκος της εξωτερικής επιφάνειάς της είναι 8 εκ., ενώ το μήκος της κοιλότητάς της φτάνει τα 6-7 εκ. Την χωρίζουμε στον τράχηλο, που ενώνεται με τον κόλπο, στο σώμα και στον πυθμένα. Η κοιλότητά της επικοινωνεί προς τα κάτω με τον κόλπο και προς τα πάνω με τους αυλούς των δύο σαλπίνγων, και διαμέσου αυτών με την περιτοναϊκή κοιλότητα.

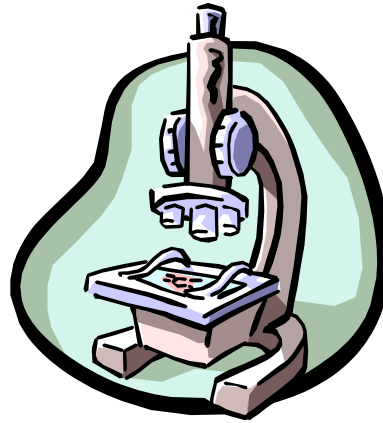
Το τοίχωμά της, αποτελείται από τρία στρώματα ή χιτώνες: τον ορογόνο ή περιμήτριο, προς τα έξω, τον μυϊκό ή μυομήτριο, και τον βλενογόνο ή ενδομήτριο, προς τα μέσα. Το ενδομήτριο αποτελεί το σπουδαιότερο, από λειτουργική άποψη, χιτώνα, γιατί σε αυτόν γίνεται η εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου. Το πάχος και η δομή του αλλάζουν ανάλογα με τις ημέρες του γεννητικού κύκλου της γυναίκας.

Οι σάλπιγγες ή ωαγωγοί: είναι δύο μυώδεις σωλήνες μήκους 11-14 εκ. ο καθένας και στηρίζονται στο πάνω χείλος των πλατιών συνδέσμων. Οι σύνδεσμοι αυτοί είναι δύο, από τις δύο πλευρές της μήτρας και μαζί με τους στρογγυλούς και ιερομητρικούς συνδέσμους συγκρατούν και στηρίζουν την μήτρα μέσα στην πύελο.

Με το ένα άκρο τους οι σάλπιγγες αγγίζουν σχεδόν την αντίστοιχη ωοθήκη, ενώ με το άλλο επικοινωνούν με την κοιλότητα της μήτρας. Περιγραφικά, διακρίνουμε σε κάθε σάλπιγγα 4 τμήματα: το μητρικό ή ενδοτοιχικό, τον ισθμό, την λήκυθο και τον κώδωνα. Τα δύο στόμιά τους ονομάζονται έσω ή μητρικό και έξω ή κοιλιακό.



Οι ωοθήκες: είναι δύο και αποτελούν τους γεννητικούς αδένες της γυναίκας, έχουν σχήμα αμυγδάλου και βρίσκονται στα πλάγια της μήτρας. Εκκρίνουν τις κατεξοχήν ορμόνες της γυναίκας που είναι τα οιστρογόνα και η προγεστερόνη και



παράγουν τα ωοθυλάκια.

Ιστολογικά η κάθε ωοθήκη έχει δύο στιβάδες: την εξωτερική ή φλοιώδη στιβάδα, μέσα στην οποία βρίσκονται τα ωοθυλάκια, και την εσωτερική ή μυελώδη. Ο αριθμός των ωοθυλακίων που βρίσκονται σε κάθε ωοθήκη, φθάνει τις 150.000, αλλά από αυτά ωριμάζουν μόνο 400-500 σε όλη την διάρκεια της γόνιμης ηλικίας της γυναίκας.

## ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ

*-ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ*

*-ΠΡΟΛΗΨΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΝ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΩΝ  
ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ*

### 1.2 Οικογενειακός Προγραμματισμός

Λίγα ίσως, κοινωνικά κινήματα στην ιστορία της ανθρωπότητας έχουν επηρεάσει την ιατρική και τις υπηρεσίες υγείας, μέσα στις τελευταίες δεκαετίες όσο η ανάγκη και η προσφορά για οικογενειακό προγραμματισμό. Τα κίνητρα είναι ποικίλα και από διαφορετική σκοπιά.

Η διεθνείς διακηρύξεις των δικαιωμάτων του ανθρώπου τονίζουν ιδιαίτερα το αναφαίρετο δικαίωμα που έχει κάθε άτομο, το ζεύγος, γυναίκα ή άνδρας, να ρυθμίζει με υπευθυνότητα τη γονιμότητά του. Το βασικό αυτό δικαίωμα ονομάστηκε πολύ εύστοχα «πέμπτη ελευθερία του ατόμου». Σχεδόν όλες οι πολιτισμένες χώρες του κόσμου έχουν αποδεχθεί το γεγονός ότι το άτομο είναι εκείνο που πρέπει να αποφασίζει για τον αριθμό και τα μεσοδιαστήματα που θέλει να αποκτήσει τα παιδιά του. Κάθε χώρα είναι υποχρεωμένη να προσφέρει την αναγκαία ενημέρωση αλλά και τα μέσα για την πραγματοποίηση αυτού του δικαιώματος.

Σε πολλές χώρες το βασικότερο κίνητρο για την οργάνωση του οικογενειακού προγραμματισμού, είναι το «δημογραφικό τους πρόβλημα». Τόσο τα προβλήματα υπερπληθυσμού,

άνισης κατανομής ή υπογεννητικότητας μπορούν ν' αντιμετωπιστούν με την εφαρμογή του οικογενειακού προγραμματισμού αλλά και την παράλληλη λήψη μέτρων κοινωνικών, οικονομικών και επιμορφώσεως του κοινού. Έχει αποδειχθεί ότι και τα πιο ιδανικά και σύγχρονα μέσα σχεδιασμού είναι καταδικασμένα να αποτύχουν χωρίς την ενεργό συμμετοχή του πληθυσμού.

Το κίνητρο για την βελτίωση ή προφύλαξη της σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας αποτελεί σήμερα βασική ανάγκη για υπεύθυνη γονιμότητα. Η σύγχρονη ιατρική σκέψη, με διεθνείς στατιστικές έχει θέσει σαφείς ενδείξεις για την εφαρμογή του οικογενειακού προγραμματισμού. Γυναίκες με πολλά παιδιά, γυναίκες που κάνουν παιδιά σε πολύ μικρή ή μεγάλη ηλικία (κάτω από τα 18 και πάνω από τα 35) και γυναίκες που γεννούν το ένα παιδί κοντά στο άλλο, χωρίς τα απαραίτητα μεσοδιαστήματα (1-2 χρόνια), έχουν επιπτώσεις στην υγεία τους, στην υγεία των παιδιών τους και επομένως επιβαρύνουν την οικογένεια και την κοινωνία.

Είναι επίσης γνωστό ότι, «ορισμένες ασθένειες» της γυναίκας επιβάλλουν προσωρινό ή μόνιμο έλεγχο των γεννήσεων, όπως είναι η ενεργός φυματίωση και κακοήθης νόσος, οι χρόνιες φλεγμονές του ουροποιητικού, ή βαριά υπέρτασική νόσος, ο χρόνιος διαβήτης, σοβαρές διανοητικές διαταραχές κ.ά. Η «παρεμπόδιση μεταβιβάσεως», χρωμοσωμιακών ή άλλων γενετικών ανωμαλιών, αποτελεί άλλοτε απόλυτη, και άλλοτε σχετική ένδειξη ελέγχου των γεννήσεων.

Ο περιορισμός των «εκτρώσεων» με την εφαρμογή του οικογενειακού προγραμματισμού και την λήψη μέτρων

διαφωτίσεως του κοινού, αποτελεί σοβαρό κίνητρο αλλά και σημαντικό μέτρο προφυλακτικής ιατρικής. Η έκτρωση δεν αποτελεί ιδανικό μέσο αντισύλληψης. Παρά την βελτίωση της τεχνολογίας και τον περιορισμό των ακραίων επιπτώσεων της η έκτρωση εξακολουθεί να έχει άμεσες και απώτερες παρενέργειες τόσο στην υγεία της γυναίκας όσο και στην μετέπειτα γονιμότητά της. Η διάτρηση της μήτρας και σηπτικές της επιπλοκές, οι φλεγμονές των γεννητικών οργάνων, η θρομβοφλεβίτιδα, η ενδομητρίωση, η εξωμήτρια εγκυμοσύνη, η χαλάρωση του τραχήλου της μήτρας, οι ενδομητρικές συμφύσεις, η δευτεροπαθής στειρότητα, οι ανωμαλίες του κύκλου, οι επανειλημμένες αποβολές, οι ανωμαλίες του πλακούντα, οι πρόωροι τοκετοί, και η αυξημένη βρεφική θνησιμότητα, αλλά και οι ανωμαλίες ψυχισμού της γυναίκας αποτελούν τις συνηθέστερες επιπτώσεις των εκτρώσεων.

Στην Ελλάδα, η συχνότητα των εκτρώσεων συναγωνίζεται τους υψηλότερους δείκτες διεθνώς. Ξέχωρα από τις νομικές, θρησκευτικές και ηθικές επιπτώσεις, η γνωστή υπογεννητικότητα στον τόπο μας επιτείνεται κατά ένα ποσοστό από την επιδημία των εκτρώσεων και είναι επιτακτική η ανάγκη για τον περιορισμό τους. Η διερεύνηση του νόμου που ψηφίστηκε από την Βουλή των Ελλήνων το 1987, με στόχο την νομιμοποίησή τους, δεν άλλαξε δυστυχώς το καθεστώς των εκτρώσεων στην Ελλάδα. Σήμερα, οι εκτρώσεις εξακολουθούν να γίνονται παράνομα χωρίς καταγραφή και χωρίς την εφαρμογή του γράμματος του νόμου. Έτσι, η επίσημη πολιτεία αγνοεί τον αριθμό των εκτρώσεων στην Ελλάδα, αγνοεί τις επιπτώσεις τους, ενώ

ουδεμία ενημέρωση γίνεται στο ευρύτερο κοινό για τους κινδύνους και τις παρενέργειες των εκτρώσεων.

Το καλύτερο αντίδοτο για την καταπολέμηση της έκτρωσης, είναι η σωστή εφαρμογή των απόψεων του οικογενειακού προγραμματισμού. Η ευρεία εφαρμογή του εκτός από την προσφορά πληροφοριών και μέσων για την πρόληψη της εγκυμοσύνης αντί της εκτρώσεως, αντιμετωπίζει συγχρόνως και τα προβλήματα στειρότητας του ζεύγους. Επιπλέον, η υπεύθυνη και ευρεία διαφώτιση ιατρών, και κοινού από τους φορείς τους, έχει ως αποτέλεσμα να κερδίσει την εμπιστοσύνη του κόσμου και ως εκ τούτου να επηρεάζει τις αναπαραγωγικές τάσεις του πληθυσμού.

Δεν πρέπει επομένως να θεωρείται ως αντίφαση η εφαρμογή των σύγχρονων θέσεων του οικογενειακού προγραμματισμού με την επιδιωκόμενη αύξηση της γεννητικότητας.

Το επίπεδο μορφώσεως, οι ευκαιρίες και οι συνθήκες εργασίες καθώς και η θέση της γυναίκας στην οικογένεια και την δημόσια ζωή, επηρεάζουν και επηρεάζονται από τον αριθμό των παιδιών και τα μεσοδιαστήματα γεννήσεώς τους. Κατά συνέπεια, ένα από τα καλύτερα στηρίγματα που διαθέτει η γυναίκα για να διεκδικήσει και να ασκήσει τα δικαιώματά της ή ακόμα να βελτιώσει την κοινωνική και επαγγελματική της θέση είναι η ελευθερία να προγραμματίζει και να ελέγχει την γονιμότητά της.

Ο οικογενειακός προγραμματισμός δεν αποτελεί ιδιαίτερη φιλοσοφία, αλλά επιτακτική ανάγκη για όλα τα άτομα της αναπαραγωγικής ηλικίας και απευθύνεται σε όλα τα στρώματα του πληθυσμού. Τα μέσα ελέγχου των γεννήσεων,

παλαιά και σύγχρονα, είναι πολλά και διαφέρουν μεταξύ τους στον τρόπο δράσεως, στον τρόπο που χρησιμοποιούνται, στο κόστος, στις παρενέργειες. Απευθύνονται σε υγιή άτομα και γι' αυτό ενώ σε κάθε αρρώστια ο γιατρός αποφασίζει τι φάρμακο θα προτείνει, προκειμένου για τα αντισυλληπτικά η απόφαση του ατόμου ή του ζεύγους παίζει τον αποφασιστικό ρόλο στην εκλογή. Ο ρόλος του γιατρού είναι καθαρά ενημερωτικός και συμβουλευτικός και η υπευθυνότητα εκλογής ανήκει στο άτομο. Μερικές γυναίκες προτιμούν το χάπι, άλλες τα μηχανικά μέσα προφύλαξης-ενδομητρικά σπειράματα, τραχηλικά ή κολπικά διαφράγματα, κολπικές αλοιφές ή δισκία, ανδρικά προφυλακτικά-άλλες πάλι την μέθοδο του ρυθμού ή την περιοδική αποχή από την συνουσία. Σε πολλές χώρες, γυναίκες και άνδρες που έχουν συνήθως συμπληρώσει το επιθυμητό αριθμό παιδιών προτιμούν τις μεθόδους της εθελοντικής μόνιμης στειροποίησης με την απόφραξη των σαλπίνγων ή του σπερματικού πόρου. Οι προτιμήσεις διαφέρουν από άτομο σε άτομο μέσα στην ίδια κοινωνία και σημαντικοί παράγοντες είναι το μορφωτικό επίπεδο, πόσο έντονη είναι η επιθυμία για αντισύλληψη, το επίπεδο υπηρεσιών υγείας και άλλες τοπικές συνθήκες.

Η αντισύλληψη διαφέρει από όλα τα άλλα σχήματα θεραπείας. Εφ' όσον εφαρμόζεται από εκατομμύρια κόσμου, που είναι συνήθως υγιή, εάν υπάρχουν παρενέργειες της μεθόδου, αυτές θα επηρεάσουν μεγάλες μάζες πληθυσμού. Επιπλέον, όταν οι άνθρωποι χρησιμοποιούν φάρμακα, τα παίρνουν όσο διαρκεί η αρρώστια τους και κάτω από άμεση ιατρική παρακολούθηση. Με τα αντισυλληπτικά η ιδιορρυθμία

είναι ότι μπορεί να χρησιμοποιούνται για χρόνια ή για δεκαετίες και εφ' όσον αυτοί που τα χρησιμοποιούν νομίζουν ότι είναι υγιείς , τότε ελάχιστη ή καμία ιατρική επίβλεψη υπάρχει. Είναι γνωστό ότι, παρά την τεράστια τεχνολογική εξέλιξη στον τομέα της αντισύλληψης, το ιδανικό αντισυλληπτικό αποτελεί την ελπίδα του μέλλοντος, οι στόχοι στην αναζήτησή του είναι η ασφάλεια αντισύλληψής, η έλλειψη παρενεργειών, το χαμηλό κόστος, και η ευκολία εφαρμογής του.

Δεν υπάρχει μέθοδος αντισύλληψης, χωρίς παρενέργειες. Οι συχνότητες αυτών των παρενεργειών έχει αποδειχθεί από διεθνείς στατιστικές, ότι είναι μικρότερες από τις επιπτώσεις της ανεξέλεγκτης ή ανεύθυνης γονιμότητας τόσο στις ανεπτυγμένες, όσο και στις αναπτυσσόμενες χώρες. Είναι επίσης μικρότερες από τις επιπτώσεις της εγκυμοσύνης και του τοκετού. Οι παρενέργειες για κάθε μέθοδο είναι γνωστές και ελεγχόμενες, και για κάθε μέθοδο αντισύλληψης υπάρχουν σαφείς ενδείξεις και αντενδείξεις. Επομένως, η αντισύλληψη όταν εφαρμόζεται σωστά και κάτω από άμεση ιατρική φροντίδα, είναι ασφαλής.

Στην Ελλάδα, από παλαιότερες πληθυσμιακές έρευνες, έχει αποδειχθεί ότι το αίσθημα της υπεύθυνης αναπαραγωγής είναι χαμηλό. Επιπλέον, τα μέσα ελέγχου των γεννήσεων, που χρησιμοποιούνται κατά πλειονότητα είναι εκείνα με την μικρότερη αποτελεσματικότητα από πλευράς αντισυλληπτικής ασφάλειας (διακοπή συνουσίας, αποχή από τις γόνιμες μέρες) με αποτέλεσμα την δημιουργία ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, η οποία αναγκαστικά καταλήγει στην έκτρωση.

Η συνεχής ενημέρωση του ιατρικού και παραϊατρικού κοινού στην σύγχρονη αντισυλληπτική τεχνολογία, στις ενδείξεις και αντενδείξεις, στην επιλογή της κατάλληλης μεθόδου για το συγκεκριμένο ζεύγος και στη σωστή αντιμετώπιση των παρενεργειών της αποτελεί το καλύτερο αντίδοτο στον περιορισμό των κινδύνων από την ανεύθυνη χρησιμοποίηση των μεθόδων ελέγχου των γεννήσεων. Η διαφώτιση του κοινού, από τον γιατρό και από όλα τα μέσα δημόσιας προβολής, αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο για την ενεργό συμμετοχή του και την επιτυχία του θεσμού του οικογενειακού προγραμματισμού.





### 1.3 Οι νέοι για τους νέους

Τα νεαρά άτομα, ανεξάρτητα από τις συνθήκες που βρίσκονται, πιστεύουν ότι μπορούν να φτιάξουν ένα καλύτερο κόσμο!



Αμφισβητούν τις αξίες και τις παραδόσεις του παρελθόντος. Μερικές μόνο αποδέχονται ενώ άλλες τις απορρίπτουν. Πάνω απ' όλα, θέλουν να χρησιμοποιήσουν τη δύναμη και ενεργητικότητά τους για να φτιάξουν ένα μελλοντικό κόσμο που τους αποδέχεται περισσότερο από τον σημερινό. Οι νέοι ζητούν υπευθυνότητα και δεν θέλουν να χαράμισουν την ζωή τους. Σε αυτή την προσπάθεια, η δημιουργική τους πνοή και η τάση τους προς την περιπέτεια, τους οδηγεί συχνά σε επικίνδυνες συμπεριφορές. Η πρόκληση είναι να ελαττωθούν αυτοί οι κίνδυνοι με την κατάλληλη βοήθεια και καθοδήγηση και με την βεβαιότητα ότι διαθέτουν τα απαραίτητα εργαλεία για να πάρουν τις σωστές αποφάσεις. Μόνο με την συνεργασία των ίδιων των νέων, μπορεί να ευοδωθεί η πρόκληση που αντιμετωπίζει κάθε γενιά.

Τα πιο σημαντικά εργαλεία είναι η «επιμόρφωση» και η «πληροφόρηση», που οδηγεί στην γνώση, κάτι που λείπει από τους νέους και νέες και ιδιαίτερα στον τομέα της «σεξουαλικότητας», της αντισύλληψης και της επικίνδυνης συμπεριφοράς. Δυστυχώς η πληροφόρηση σε αυτούς τους τομείς έχει αντικατασταθεί από την παραπληροφόρηση της όποιας «παρέας». Πώς αλλιώς να δικαιολογήσουμε ότι 1 στις 10 γεννήσεις διεθνώς γίνονται από νεαρές μητέρες, ότι 500.000 νεαρά άτομα μολύνονται από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και ότι η επιμόλυνση του ιού του AIDS, σε άτομα κάτω των 25 ετών, φτάνει σε 4000 νέες μολύνσεις την μέρα;

Μερικοί πιστεύουν ότι η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση προάγει την σεξουαλική δραστηριότητα των νέων και υποβαθμίζει τις αξίες της οικογένειας. Λάθος! Επίσημες έρευνες, αλλά και οι εμπειρίες δείχνουν το αντίθετο. Όσο αυξάνει η πληροφόρηση στο σεξ και την σεξουαλικότητα τόσο υψηλότερα είναι τα επίπεδα σεξουαλικής αποχής, καθυστέρησης στην έναρξη της σεξουαλικής ζωής, μεγαλύτερης χρήσεως αντισυλληπτικών και ακόμη λιγότερων σεξουαλικών συντρόφων.

Κανένας δεν καταλαβαίνει καλύτερα τα κίνητρα των νέων από τους ίδιους τους νέους. Η εμπλοκή νέων στην ανάπτυξη προγραμμάτων, στην στρατηγική και στην υλοποίηση δείχνει να έχουν την καλύτερη απήχηση και ενθουσιώδη αποδοχή. Η συνεργασία με τους νέους για κοινές αποφάσεις προγραμμάτων σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας, έχει ως αποτέλεσμα την μεγαλύτερη κάλυψη των αναγκών τους

ενώ η πληροφόρηση γίνεται σε γλώσσα και με μέσα που εκείνοι καταλαβαίνουν καλύτερα.

Οι κυβερνήσεις με την συνεργασία μη κυβερνητικών φορέων ή οργανισμών θα πρέπει να ανταποκρίνονται στις ειδικές ανάγκες των νέων και να δημιουργούν κατάλληλα προγράμματα που να καλύπτουν αυτές τις ανάγκες. Η δημιουργία των προγραμμάτων θα πρέπει να γίνεται πάντοτε με την συνεργασία των νέων στο σχεδιασμό, όσο και στην υλοποίηση και επανεκτίμηση των υπηρεσιών που προσφέρονται, ενώ συγχρόνως να μην αποξενώνονται οι κατευθύνσεις και υπευθυνότητα των γονέων. Οι νέοι έχουν ανάγκη να ομιλούν, αλλά να ακούγονται στη δική τους γλώσσα.



## 1.4 Γυναίκα και υγεία



Τα τελευταία χρόνια, στον ανεπτυγμένο κόσμο έχει παρατηρηθεί πρόοδος στον τομέα που αφορά την περίθαλψη και την αντιμετώπιση των παθήσεων της γυναίκας. Η καλύτερη ενημέρωση σε θέματα όπως είναι ο οικογενειακός προγραμματισμός, η προφύλαξη από την μόλυνση από τον ιό του AIDS, η χρήση ασφαλέστερων αντισυλληπτικών χαπιών, η έρευνα για την κατασκευή αντισυλληπτικών για άνδρες, έχουν συμβάλει στην μείωση ποσοστών νοσηρότητας και θνησιμότητας στις νεαρές, ειδικά, γυναίκες στις ανεπτυγμένες χώρες.

Εξάλλου υπάρχει ανάπτυξη και ορισμένων άλλων τομέων που αφορούν θέματα υγείας, τα οποία λαμβάνονται υπ' όψιν υπό το πρίσμα του φύλου, όπως είναι για παράδειγμα τα συγκεκριμένα προβλήματα υγείας γυναικών τρίτης ηλικίας.

Ωστόσο οι γυναίκες, σε πολλές χώρες, έχουν μειωμένη πρόσβαση στους χώρους υγείας σε σχέση με τους άνδρες. Συχνά δίνεται λιγότερη προσοχή στα κορίτσια απ' ότι στα αγόρια σε ό,τι αφορά την πρόληψη και θεραπεία των παιδικών ασθενειών. Στην εφηβεία και κατά την διάρκεια όλης της αναπαραγωγικής τους ηλικίας, οι γυναίκες στερούνται

**κατάλληλης συμβουλευτικής και επαρκούς πρόσβασης σε σεξουαλικές και γυναικολογικές υπηρεσίες υγείας.**

**Το αποτέλεσμα είναι να αυξάνεται ο κίνδυνος πρόωρης και ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, μόλυνσης από τον ιό του AIDS και από άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, καθώς και επισφαλών εκτρώσεων αλλά και επιπλοκών στην διάρκεια της κύησης και του τοκετού. Η ανάγκη για να διασφαλιστεί διεθνώς η παροχή κατάλληλης και ποιοτικής ιατρικής φροντίδας και υπηρεσιών υγείας στις γυναίκες.**



## 1.5 Η πρώτη σεξουαλική επαφή

Η σεξουαλικότητα είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την ανθρώπινη ύπαρξη. Ένας από τους κύριους σκοπούς της ύπαρξής μας είναι και η διαιώνιση του είδους. Η σεξουαλικότητα επηρεάζεται από το ορμονικό μας σύστημα. Στην διαμόρφωση της σεξουαλικότητας αυτής συμμετέχουν οι γονείς, οι οικογένειες, η κοινωνία και διάφοροι άλλοι παράγοντες, όπως η κουλτούρα κλπ.

Είναι σίγουρο ότι το κορίτσι που θα φτάσει στην πρώτη σεξουαλική επαφή έχει υποστεί μια αναγκαστική και αθέλητη εκπαίδευση από τους γονείς της. Χωρίς και οι τελευταίοι να το θέλουν, έχουν γίνει αντικείμενο παρατήρησης εκ μέρους του κοριτσιού. Το κορίτσι έχει παρατηρήσει την συμπεριφορά της μητέρας της σαν γυναίκα και του πατέρα της σαν άνδρα, καθώς και την συμπεριφορά που έχουν μεταξύ τους. Οι συμπεριφορές αυτές, αποτελούν μαθήματα για το κορίτσι ως προς το πώς φέρεται ή θα πρέπει να φέρεται ο άνδρας στην γυναίκα. Πολλά προβλήματα μπορεί να προκύψουν αν η κατάσταση αυτή διαταραχθεί.

Κάτι άλλο που είναι απαραίτητο στην εκπαίδευση του κοριτσιού που θα φτάσει στην πρώτη σεξουαλική επαφή, εκτός από τις σωστές ενδο-οικογενειακές σχέσεις, είναι και η σωστή ενημέρωση σχετικά με την σεξουαλική δραστηριότητα. Είναι πολύ σημαντικό, το κορίτσι να είναι καλά ενημερωμένο από τους γονείς σχετικά με το τι περιλαμβάνει η έναρξη της σεξουαλικής ζωής.

## 1.6 Το οικογενειακό περιβάλλον

Στην επίδραση που θα έχει στο νέο κορίτσι η σεξουαλικότητα, συμμετέχει και η σεξουαλική δραστηριότητα και εκπαίδευση στη οικογένεια. Π.χ. σε μια οικογένεια όπου η μητέρα και η μεγαλύτερη αδερφή έχουν αρχίσει νωρίς την σεξουαλική τους ζωή, είναι πολύ πιθανόν να συμβεί και στην μικρότερη αδερφή. Αντίθετα, κορίτσια που προέρχονται από σπίτια στα οποία οι γονείς ασκούν περιοριστική πολιτική, η αρχή της σεξουαλικής δραστηριότητας αργεί να γίνει.

Δεν ξέρουμε τι επίδραση έχει ο χωρισμός ή το διαζύγιο των γονέων στην σεξουαλικότητα των παιδιών. Θεωρείται ότι μπορεί να επιταχύνει την αρχή της σεξουαλικής τους δράσης, πράγμα, όμως, που δεν έχει αποδειχθεί.

Μεγάλη σημασία έχει και η γενική κουλτούρα που επικρατεί στον τόπο, όπως επίσης και ο δεδομένος χρόνος. Όταν υπάρχει μια αυστηρή κουλτούρα, οι ρόλοι του άνδρα και της γυναίκας είναι σαφείς, και οι επιλογές που έχει το κορίτσι περιορισμένες.



## 1.7 Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα

### **ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΑ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΚΑΙ Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥΣ.**

Ως σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα θεωρείται μια ομάδα ασθενειών που προκαλούν φλεγμονές στο γεννητικό σύστημα της γυναίκας και του άνδρα, οφείλονται σε μικρόβια ή ιούς και μεταδίδονται κυρίως με σεξουαλική επαφή. Παλαιότερα ονομάζονταν αφροδίσια νοσήματα, παίρνοντας την ονομασία τους από την Αφροδίτη, την θεά του έρωτα.

Τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα εμφανίζονται συχνότερα στην εφηβική ηλικία καθώς και στα πρώτα στάδια της ώριμης ηλικίας, αφού αυτές οι φάσεις της ζωής παρουσιάζουν και την μεγαλύτερη σεξουαλική δραστηριότητα (16-24 ετών) και την μικρότερη πληροφόρηση. Στις έφηβες κοπέλες μη ορμονική και ανατομική ωρίμανση των γεννητικών οργάνων είναι παράγοντες που αυξάνουν την πιθανότητα προσβολής από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Σημαντικό είναι ότι από τις έρευνες που έχουν γίνει στην Αμερική, τα 2/3 της εμφάνισης των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, επί του συνόλου του πληθυσμού, παρουσιάζεται στην προαναφερθείσα ηλικία (16-24 έτη).

Στον πίνακα 1. εμφανίζονται τα κυριότερα από τα Σ.Μ.Ν., σε ομάδες ανάλογα με το παθογόνο αίτιο (σελ 25).



## Πίνακας 1.

---

### Βακτήρια

- Γονόκοκκος (βλενόρροια)
  - Χλαμύδια
  - Μυκόπλασμα
  - Τρεπτόνημα το ωχρόν (σύφιλη)
  - Αιμόφιλος του κόλπου
- 

### Πρωτόζωα

- Τριχομονάδες
  - Μύκητες
- 

### Μετάζωα

- Φθείρα του εφηβαίου ( η φθειρίαση οφείλεται στην φθείρα του εφηβαίου, που ζει στο δέρμα και στις ρίζες των τριχών. Προκαλεί έντονο κνησμό.
- 

### Ιοί

- Έρπητας γεννητικών οργάνων ( HSVI,II)
  - Οξυτενή κονδυλώματα (HPV) –επίπεδα κονδυλώματα
  - Ηπατίτιδες B-C-D
  - Λοιμώδης μονοπυρήνωση
  - Μεγαλοκυτταροϊός (CMV)
  - Σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (HIV)
-

## 1.8 Παράγοντες κινδύνου

### **ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΤΩΝ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΑ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ**

---

1. Άρνηση χρήσης προφυλακτικού

---

2. Πρώιμη έναρξη σεξουαλικών επαφών

---

3. Πολλαπλοί ερωτικοί σύντροφοι

---

4. Κακή υγιεινή του γεννητικού συστήματος

---

5. Χαμηλό κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο

---

6. Κάπνισμα

---

7. Χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών

---

## 1.9 Γενικές πληροφορίες για το AIDS (HIV)

### **\* ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ ΑΠΟ ΤΟ AIDS, ΤΗΝ ΜΑΣΤΙΓΑ ΤΟΥ ΑΙΩΝΑ**

Η επιδημία του AIDS τερματίζει την δεύτερη δεκαετία της και επαΐοντες της δημόσιας υγείας εξαγγέλουν όλο και καλύτερες στρατηγικές για να πολεμήσουν την θανατηφόρο αρρώστια. Η νέα τεχνολογία προσφέρει φαρμακευτικά σκευάσματα ή μικροβιοκτόνα ή εμβόλια τα οποία είναι αποτελεσματικά εάν χορηγηθούν αμέσως μετά την μόλυνση από τον ιό.

Τα στελέχη του οικογενειακού προγραμματισμού πρέπει να δίνουν έμφαση στην σημασία του «ανδρικού προφυλακτικού» ως του πλέον σημαντικού μέσου όχι μόνο για την προφύλαξη από το AIDS αλλά και για την παρεμπόδιση μολύνσεων από τα «σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα» εφ' όσον έχει αποδειχθεί ότι η παρουσία τους διευκολύνει την μετάδοση του ιού του AIDS. Επίσης, η «συμβουλευτική» πρέπει να τονίζει την σημασία που έχει στην προφύλαξη ο περιορισμός των σεξουαλικών συντρόφων και η έγκαιρη αναγνώριση φορέων και νοσούντων.

Η σύγχρονη έρευνα προβάλλει το γεγονός ότι η έγκαιρη διάγνωση μέσα στις πρώτες εβδομάδες ή τους πρώτους μήνες από την αρχική μόλυνση μπορεί να αποτελέσει σημαντικό παράγοντα στην στρατηγική παρεμπόδισης εξαπλώσεως της νόσου. Σε αυτά τα αρχικά στάδια, τα επίπεδα του ιού είναι υψηλά, το AIDS δεν έχει ακόμα εξασθενήσει τα θύματά του ενώ οι φορείς αρκετά συχνά

συνεχίζουν σεξουαλικές επαφές με συντρόφους υψηλού κινδύνου. Όπως έχει αποδειχθεί, ενώ τα επίπεδα του ιού στο αίμα αμέσως μετά την μόλυνση είναι υψηλά, δεν έχουμε υψηλή πυκνότητα στο κοιλιακό και σπερματικό υγρό. Ανεξάρτητα όμως με την πυκνότητα του ιού, είναι προς το συμφέρον όλων να αναγνωριστούν οι φορείς από πολύ νωρίς, με την ελπίδα ότι θα πειστούν να αλλάξουν συμπεριφορά για να μην μολύνουν άλλους.

Η προσπάθεια παρεμπόδισης της μόλυνσεως στα αρχικά στάδια ενθαρρύνει περισσότερο κόσμο για ασφαλέστερο σεξ. Τονίζεται μάλιστα από τους ειδικούς η σημασία χρησιμοποίησεως του ανδρικού προφυλακτικού «τους πρώτους 3 μήνες» κάθε νέας σχέσεως. Όταν οι νέοι, κυρίως, άνθρωποι ακούν ότι πρέπει να φορούν προφυλακτικό σε όλη τους την ζωή, πανικοβάλλονται. Εάν όμως το χρησιμοποιήσουν για βραχύ χρονικό διάστημα πολλοί το συνηθίζουν και το συνεχίζουν.

Σε γυναικείες ομάδες υψηλού κινδύνου για το AIDS η υπηρεσία δημόσιας υγείας της Νέας Υόρκης προτείνει κατά σειρά προτεραιότητας την χρήση ελαστικού ανδρικού ή γυναικείου προφυλακτικού, με ή χωρίς σπερματοκτόνο αλοιφή, την χρήση διαφράγματος του κόλπου με σπερματοκτόνο ή, τέλος, την χρήση μόνο σπερματοκτόνου. Στην συμβουλευτική των οροθετικών ατόμων οι στόχοι πρέπει να είναι η ευαισθητοποίησή τους ως προς τα ατομικά δικαιώματα, η ψυχολογική βοήθεια να αποφασίσουν να το ανακοινώσουν στο περιβάλλον τους και η ενημέρωσή τους για τους τρόπους και τα μέσα ιατρικής φροντίδας.

Σημαντική πρόοδος έχει επιτευχθεί, εκτός από την προφύλαξη, και στην αναζήτηση καλύτερων τρόπων θεραπείας. Παλαιότερα πιστεύαμε ότι ο ιός εισέρχεται στο σώμα και σύντομα μεταπίπτει σε στάδια υπνώσεως μέχρι η νόσος αναπτυχθεί χρόνια αργότερα. Πρόσφατες έρευνες δείχνουν ότι αμέσως μετά την είσοδό του μολύνει τα κύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος τα οποία τον μεταφέρουν στους λεμφαδένες, όπου εγκαθιστούν σταθμούς αναπαραγωγής εκατομμυρίων αντιγράφων του ιού ημερησίως.

Φυσικά το αναπαραγωγικό σύστημα δίνει την μάχη του με την παραγωγή αντισωμάτων ή την ενεργοποίηση άλλων αμυντικών μηχανισμών για να κατεβάσουν τα επίπεδα κυκλοφορίας του ιού σε κάποια ισορροπία ή σε ένα βασικό κριτικό σημείο. Όσο υψηλότερη είναι η πυκνότητα τόσο ταχύτερη θα είναι και η επέκταση της νόσου. Εάν επομένως, χορηγηθεί η θεραπεία σύντομα θα χαμηλώσει το βασικό αυτό σημείο πυκνότητας του ιού και ασφαλώς θα παραταθεί η ζωή του ατόμου.

Η αποτελεσματική θεραπεία προϋποθέτει σύντομη διάγνωση η οποία, όπως αναφέραμε, παρουσιάζει δυσκολίες τόσο από τις βιολογικές ιδιορρυθμίες του ιού, όσο και από τις υπάρχουσες μεθόδους διαγνώσεως που αναζητούν αντισώματα και όχι τον ιό, ή ακόμη από το ότι μολυσμένα άτομα χρειάζονται με τις υπάρχουσες δοκιμασίες, 6 μήνες από την αρχική μόλυνση για να χαρακτηριστούν ως θετικά.

Η «συνδυασμένη θεραπεία» με 2 ή περισσότερα φάρμακα προσβάλλει τον ιό σε διαφορετικά στάδια του κύκλου της ζωής του με αποτέλεσμα να ελαττώνεται η πυκνότητά του

μέσα στο σώμα, εξασφαλίζοντας συγχρόνως το πλεονέκτημα της μη δημιουργίας αντιστάσεως στα φάρμακα. Τέτοια θεραπεία παρατείνει την ζωή και ελαττώνει την μολυσματικότητα του ατόμου με τελικό στόχο την επιβράδυνση της επιδημίας. Η συνδυασμένη όμως θεραπεία είναι πολυέξοδη και για τις δυνατότητες ακόμη ανεπτυγμένων χωρών.

Σημαντική πρόοδος έχει σημειωθεί στη παρεμπόδιση μόλυνσεως του εμβρύου από την μητέρα είτε με την χορήγηση «ζινταβουδίνης» ή την πλύση του γεννητικού σωλήνα της γυναίκας με μικροβιοκτόνα όπως η «χλωρεξιδίνη» κατά την διάρκεια του τοκετού. Υπάρχουν και άλλα πειραματικά χρησιμοποιούμενα μικροβιοκτόνα με καλά αποτελέσματα, ως και ουσίες που ελαττώνουν την οξύτητα του κόλπου και μπλοκάρουν την μόλυνση με τον ιό.

Η έρευνα στην ανάπτυξη ειδικών «εμβολίων» που παρεμποδίζουν την μετάδοση του ιού έχει προχωρήσει αρκετά όχι όμως σε στάδιο μεγάλων κλινικών δοκιμασιών. Η ανακάλυψη εμβολίου με ταχεία ανοσοποιητική αντίδραση και ελάττωση του επιπέδου του ιού, θα μπορεί να ανακόψει την μετάδοσή του και να σταματήσει τον επιδημικό χαρακτήρα του.



## 1.10 Συμβουλές πρόληψης των Σ.Μ.Ν.

### -ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΑ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

-Εγκυμοσύνη και σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα

#### Εάν το προφυλακτικό σπάσει...

...κατά την διάρκεια της επαφής. Σταματήστε αμέσως και αντικαταστήστε το! Οι άνδρες θα πρέπει να μπορούν να καταλάβουν αν το προφυλακτικό έσπασε κατά την διάρκεια της επαφής. Για να μάθει τι αισθάνεται όταν σπάει το προφυλακτικό, ο άνδρας μπορεί να σπάσει μερικά πάνω στο πέος του.

...και το σπέρμα χυθεί έξω, πλύνετε το σπέρμα με νερό και σαπούνι.

...και, το σπέρμα χυθεί στον κόλπο κατά τις γόνιμες μέρες της γυναίκας, ρωτήστε έναν γιατρό για επείγουσα αντισύλληψη.

Μην αφήνετε την αμηχανία να γίνει κίνδυνος για την υγεία σας. Τελευταία, πολλές γυναίκες όπως και οι άνδρες αγοράζουν και έχουν μαζί τους προφυλακτικά και πολλοί άνθρωποι τα χρησιμοποιούν κάθε φορά που κάνουν έρωτα. Εάν αισθάνεστε αμηχανία να μιλήσετε με τον σύντροφό σας για την χρήση του προφυλακτικού, εξασκηθείτε πριν βρεθείτε σε μια σεξουαλική διέγερση. Τότε επιλέξτε το σωστό χρόνο

για να μιλήσετε. Μην περιμένετε μέχρι που η θέρμη του πάθους σας καταλάβει. Αυτό μπορεί να ανατρέψει τις καλές σας προθέσεις.

Μην δειλιάσετε, να είστε ευθείς. Να είστε ειλικρινείς με τον εαυτό σας γύρω από τα αισθήματά σας και τις προτιμήσεις σας. Συζητώντας με τον σύντροφό σας γύρω από την χρήση του προφυλακτικού, το κάνει πιο εύκολο και για τους δυο. Έτσι θα εξασφαλίσετε έναν πιο απολαυστικό έρωτα.

Μπορεί να είναι δύσκολο να μιλήσετε για το προφυλακτικό. Αυτό γίνεται ευκολότερο αν έχετε ερωτικό δεσμό ο οποίος να σας κάνει να αισθάνεστε όμορφα για σας και τον σύντροφό σας. Σε καμία περίπτωση μην αφήνετε την αμηχανία σας να γίνει κίνδυνος για την υγεία σας.





## **Συμβουλές που βοηθούν στην αποφυγή σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων.**

**Επικοινωνήστε με τον γιατρό σας αμέσως μόλις καταλάβετε ότι μπορεί να έχετε κολλήσει κάποια από αυτά τα νοσήματα. Όσο πιο γρήγορα πάρετε φάρμακα, τόσο πιο γρήγορα θα γίνεται καλά και θα λιγοστεύουν οι πιθανότητες για επιπλοκές. Επίσης κάνετε έλεγχο στους συντρόφους σας και σταματήστε να έχετε σεξουαλικές σχέσεις μέχρι να θεραπευτείτε. Διαφορετικά, εσείς και οι σύντροφοί σας θα ξανακολλήσετε ο ένας τον άλλο.**

**Μερικές συμβουλές που βοηθούν στην αποφυγή κάθε σεξουαλικά μεταδιδόμενου νοσήματος.**

**Εάν πρέπει να κάνετε έρωτα, χρησιμοποιήστε προφυλακτικό!!**

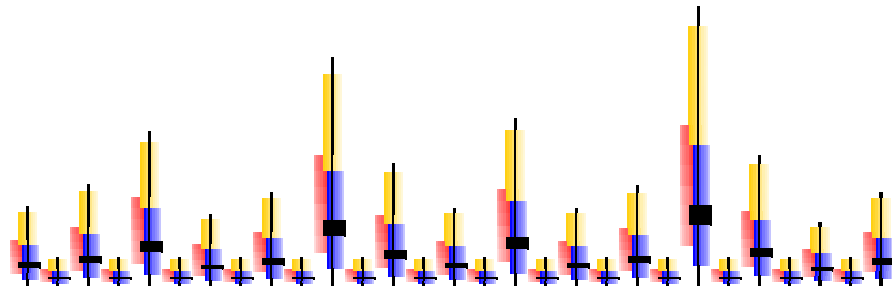
**Μη παίρνετε το ρίσκο!!**

**Το διάφραγμα που χρησιμοποιούν μερικές φορές οι γυναίκες είναι για αντισύλληψη αλλά όχι και για την πρόληψη από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.**

**Κάθε φορά που θα πέφτετε στο κρεβάτι με κάποιον ή κάποια, σκεφτείτε:**

- Πόσο καιρό τον / την γνωρίζετε;**
- Πόσους άλλους συντρόφους είχε αυτός / αυτή πριν από σένα;**
- Χρησιμοποιούσε πάντοτε ασφαλές sex;**

- Τι άλλο κάνει ο σύντροφός σας που θα μπορούσε να τον / την βάλει σε κίνδυνο να έχει κάποιο σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα;
- Κάνοντας έρωτα αυτή τη χρονική στιγμή με αυτόν / αυτήν δικαιολογείται, να βάλετε τον εαυτό σας στον κίνδυνο να κολλήσει μια θανατηφόρο αρρώστια όπως το AIDS;



# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

*ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ*

*--ΠΟΣΟΣΤΟ ΠΡΟΦΥΛΑΞΗΣ*

*--ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ & ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ*

*ΤΗΣ ΚΑΘΕ ΜΕΘΟΔΟΥ*

## 2.1 Η αντισύλληψη στην πορεία του χρόνου

Οι διάφορες μέθοδοι αντισύλληψης αποτέλεσαν από τους αρχαίους χρόνους, αντικείμενο έρευνας. Ανδρικά προφυλακτικά που είχαν ως στόχο την προφύλαξη του ανδρικού μορίου από τα τσιμπήματα εντόμων. Περίεργα εκχυλίσματα που αποτελούσαν περισσότερο μαγεία, παρά ιατρική μέθοδο. Από την αρχή της ιστορίας της, η ανθρωπότητα προσπαθεί να βρει ασφαλείς και αποτελεσματικούς τρόπους αντισύλληψης. Τρόποι, άλλοτε πετυχημένοι, άλλοτε επικίνδυνοι, ωστόσο πάντοτε εφευρετικοί. Η πορεία προς την τέλεια αντισύλληψη περνάει μέσα από ένα πλέγμα δοξασιών, ιατρικών παρατηρήσεων και κοινωνικών αντιλήψεων, το οποίο έγινε ακόμη πιο περίπλοκο με την είσοδο της Χριστιανικής ηθικής. Το αποτέλεσμα είναι ενδεικτικό της περιπλοκότητας της ανθρώπινης φύσης.

Οι πρώτες μαρτυρίες έρχονται από πολύ παλιά. Ιατρικοί πάπυροι περιγράφουν αντισυλληπτικές τεχνικές από το 2700 π.Χ. στην Κίνα και από το 1850 π.Χ. στην Αίγυπτο. Ιστορικά,

οι πρώτες μέθοδοι που δοκιμάστηκαν ήταν οι φυσικές μέθοδοι: Η γαλουχία, η οποία κατά το παρελθόν διαρκούσε 2-3 χρόνια ανέστειλε την ωορρηξία. Η διακοπτόμενη συνουσία και η μέθοδος του ρυθμού είναι επίσης πολύ παλιές μέθοδοι.

Μάλιστα, ο Έλληνας γυναικολόγος Σοράνος, το 2<sup>ο</sup> μ.Χ. αιώνα, δήλωσε για πρώτη φορά, ότι οι γυναίκες είναι γόνιμες κατά την διάρκεια της ωορρηξίας, ωστόσο πίστευε ότι η ωορρηξία συμβαίνει κατά την διάρκεια της περιόδου. Έτσι συνιστούσε στις γυναίκες που δεν θέλουν να συλλάβουν, να έχουν επαφή ανάμεσα στις περιόδους. Το ζήτημα αυτό ξεκαθαρίστηκε μόλις το 1930.

Η αντίληψη για την αντισύλληψη άλλαξε πλήρως χαρακτήρα με την είσοδο του Χριστιανισμού. Στα πρώτα χριστιανικά χρόνια, η χρησιμοποίηση αντισύλληψης, θεωρούνταν πρακτική των ειδωλολατρών και το 94 μ.Χ. στη διδαχή «η διδασκαλία των 12 Αποστόλων», αναφέρεται ότι «υπάρχουν δύο δρόμοι: ο δρόμος της ζωής και ο δρόμος του θανάτου. Στο δρόμο του θανάτου καταδικάζεται η χρήση μαγείας, τα φάρμακα, η έκτρωση και η χρησιμοποίηση φαρμάκων για την θανάτωση του εμβρύου».

Κατά την διάρκεια των Πατερικών χρόνων, με πρώτο τον Κλήμη τον Αλεξανδρέα («η αντισύλληψη είναι έξω από την ανθρώπινη φύση, την οποία θα πρέπει αναλαμβάνουμε σαν οδηγό μας») και κυριότερο εκφραστή τον Αγ. Αυγουστίνο («ο άνθρωπος, ακόμη και στο γάμο του, θα πρέπει να ελέγχει τα ερωτικά του ένστικτα και η μοιχεία και έκτρωση αποτελούν μέγιστα αμαρτήματα») η αντισύλληψη κατατάχθηκε στα σοβαρά αμαρτήματα. Στους μεσαιωνικούς χρόνους η Δυτική Εκκλησία καταδίκασε σε τακτά χρονικά διαστήματα την

αντισύλληψη με αποκορύφωμα τον Πάπα Σίξτο τον 5<sup>ο</sup> ο οποίος με μια σειρά από νόμους καταδίκασε την αντισύλληψη και την έκτρωση με αφορισμό.

Η ιατρική έρευνα απαγορεύτηκε και ο άνθρωπος κατέφυγε σε μια σειρά από μέτρα, που ως επί το πλείστον ήταν κρυφά και βασίζονταν στις κοινωνικές δοξασίες και προλήψεις.

Έτσι διαλύματα όπως λάδι ελιάς, πολτός από ρόδι, τζίντζερ και εκχύλισμα καπνού τοποθετούνταν συχνά πάνω ή γύρω από το αιδοίο, με στόχο την εξουδετέρωση του σπέρματος. Συχνή ήταν η εφαρμογή στον κόλπο, κοπριάς από πουλιά μαζί με μέλι ή διάφορων ρετσινιών από δέντρα, πριν την έναρξη της συνουσίας.

Η ιστορία των αντισυλληπτικών από το στόμα είναι το ίδιο παράξενη με τα μίγματα. Πολλές γυναίκες έπιναν λάδι ελιάς, μίγματα με χυμούς φρούτων, ούρα ζώων μαζί με υδράργυρο, αρσενικό ή στρυχνίνη. Ο Σοράνος συμβούλευε τις γυναίκες να πίνουν το υγρό που χρησιμοποιούσαν οι σιδεράδες για να παγώνουν τα μέταλλα. Συνιστούσε επίσης οι γυναίκες να πηδούν μπρος πίσω 7 φορές μετά την συνουσία. Στην Ευρώπη, μια γυναίκα για να μείνει έγκυος, θα έπρεπε να γυρίσει τον τροχό ενός μήλου 4 φορές κατά τα μεσάνυχτα.

Οι πλύσεις έγιναν ιδιαίτερα δημοφιλείς μετά τον 18<sup>ο</sup> αιώνα. Μάλιστα οι Γαλλίδες εταίρες χρησιμοποιούσαν σύριγγα, μερικές φορές με όξινο νερό, για ενδοκολπικές πλύσεις.

Οι σπερματικοί φραγμοί από τον μεσαίωνα και μετά χρησιμοποιήθηκαν ευρέως. Θαλάσσια σφουγγάρια βουτηγμένα σε ξύδι ή στο χυμό λεμονιού ακόμα και κομμάτια ξύλου, τοποθετούνταν στο στόμιο του τραχήλου. Στην πιο

εκλεπτυσμένη Ανατολή οι γυναίκες κάλυπταν τον τράχηλο με χαρτί αλειμμένο με λάδι.

Τα ενδομήτρια σπειράματα αποδίδονται στους Άραβες. Συνήθιζαν να τοποθετούν ειδικά χαλίκια στην μήτρα της καμήλας για να μην μείνει έγκυος κατά την διάρκεια του μακρινού ταξιδιού στην έρημο.

Όσον αφορά την ανδρική πρόληψη, το ανδρικό προφυλακτικό ανακαλύφτηκε ως ιδέα από τους αρχαίους Αιγυπτίους, οι οποίοι φορούσαν ένα ύφασμα γύρω από το πέος τους, με στόχο την αποφυγή τσιμπημάτων των εντόμων.

Τον 17<sup>ο</sup> αιώνα, δερμάτινο προφυλακτικό κατασκευάστηκε για τον βασιλιά Κάρολο τον Β. Το πρώτο ελαστικό προφυλακτικό ανακαλύφτηκε από τον Charles Goodyear τον 19<sup>ο</sup> αιώνα.

Σήμερα υπάρχει μια πλειάδα αντισυλληπτικών μέσων. Το αντισυλληπτικό χάπι και το ανδρικό αντισυλληπτικό έχουν καταξιωθεί. Το μέλλον στρέφεται πλέον στο ανδρικό χάπι και στο γυναικείο προφυλακτικό.



## 2.2 Η γέννηση μιας ιδέας – το «χάπι»

Στις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα η Margaret Sanger, ήταν νοσοκόμα στην Νέα Υόρκη. Μια νέα κοπέλα, η Sadie Sachs, προσπαθούσε να αναρρώσει από μια παράνομη έκτρωση, με την βοήθεια της Margaret Sanger. Όταν η νοσοκόμα ρώτησε τον γιατρό πως θα μπορούσε η κοπέλα να αποφύγει μια δεύτερη εγκυμοσύνη, ο γιατρός απάντησε ότι θα έπρεπε να στείλει τον άνδρα της να κοιμάται στην σοφίτα!

Αργότερα, όταν η άτυχη Sadie Sachs πέθανε κατά τη διάρκεια μιας δεύτερης έκτρωσης, η Margaret Sanger αφιέρωσε τη ζωή της σε μια απίστευτη εκστρατεία για τον οικογενειακό προγραμματισμό. Τύπωσε και διένειμε 1.000.000 φυλλάδια με τον τίτλο «Οικογενειακός Περιορισμός», επισκέφτηκε την Ευρώπη για επιμόρφωση και, στη συνέχεια, άνοιξε την πρώτη κλινική Οικογενειακού προγραμματισμού, στο Brooklyn των ΗΠΑ, το 1916, αντιμετωπίζοντας με αξιοθαύμαστη δύναμη τις τεράστιες νομικές και άλλες δυσκολίες και διώξεις που υπέστη.

Η ιδέα για μια μέθοδο αντισύλληψης με τη μορφή φαρμάκου που θα λαμβάνεται από το στόμα γεννήθηκε για πρώτη φορά το 1920, από τον Ludwig Haberlandt στην Αυστρία. Το 1938, οι επιστήμονες Waiter Hohlweg και Hans Herloff, που εργαζόταν στη φαρμακευτική εταιρεία Schering, τη μεγαλύτερη παραγωγό αντισυλληπτικών στον κόσμο, ανακοίνωσαν τη σύνθεση στο εργαστήριο ενός οιστρογόνου, της αιθινυλοιστραδιόλης που αποτελεί σήμερα το οιστρογόνο όλων των αντισυλληπτικών. Ένα χρόνο αργότερα, ένας



χημικός στην Πενσυλβάνια των ΗΠΑ, ο Russell Marker, συνέθεσε πρώτος ένα τύπο προγεστερόνης. Στη δεκαετία του 1950, όταν πλέον οι ορμόνες μπορούσαν να παραχθούν βιομηχανικά με προσιτό κόστος, η ιδέα του ορμονικού αντισυλληπτικού άρχισε να παίρνει σάρκα και οστά.

Στη φάση αυτή, ο ενθουσιασμός της Margaret Sanger και η γενναιοδωρία της Paige McCormack της International Harvesters, πίεσαν επιστήμονες στη Βοστώνη να αρχίσουν τις σχετικές έρευνες. Η επιστημονική τριάδα των John Rock, Gregory Pincus και M.C. Chang ανακάλυψε την ορμονική αντισύλληψη, αλλά γρήγορα αναγκάστηκε να μεταφέρει τις δραστηριότητές της από τη Μασαχουσέτη στο Πουέρτο Ρίκο, για να αποφύγει τις νομικές κυρώσεις, αφού κάθε σκέψη για οικογενειακό προγραμματισμό ήταν παράνομη στη Μασαχουσέτη μέχρι και τις αρχές της δεκαετίας του 1960. Ήδη, όμως, τα αντισυλληπτικά ήταν μια κατάκτηση των γυναικών και η επιστημονική πρόοδος υπήρξε πλέον ραγδαία.



## 2.3 Γιατί εφαρμόζεται η αντισύλληψη;

Βάσει διεθνών στατιστικών έχει διαπιστωθεί ότι κάθε στιγμή, το 1/3 των γυναικών της αναπαραγωγικής ηλικίας, είτε προσπαθούν να πετύχουν μια εγκυμοσύνη, είτε βρίσκονται σε κατάσταση εγκυμοσύνης. Τα υπόλοιπα 2/3 των γυναικών διατρέχουν τον κίνδυνο μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης.

Είναι φανερό ότι οι στόχοι της ρύθμισης της γονιμότητας είναι πολλαπλοί, όπως:

- Μείωση του χάσματος ανάμεσα στον επιθυμητό και τον πραγματικό αριθμό των παιδιών
- Βελτίωση της μητρικής και παιδικής ηλικίας
- Κοινωνικοί και οικονομικοί λόγοι
- Η εφηβική εγκυμοσύνη είναι υψηλού κινδύνου εμπειρία για το έφηβο κορίτσι.

-Ποια είναι η καλύτερη μέθοδος αντισύλληψης;

Για την εκλογή μιας αντισυλληπτικής μεθόδου καθοριστικό ρόλο παίζουν δύο παράγοντες:

- Η αποτελεσματικότητα της μεθόδου, και
- Παρενέργειες ή επιπλοκές μεθόδου

Σημαντικό ρόλο στην επιλογή μιας μεθόδου έχει ο γυναικολόγος με τα διάφορα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού, όπου εξατομικεύεται κάθε περίπτωση.

## 2.4 Είδη αντισυλληπτικών μεθόδων

Η αντισύλληψη χωρίζεται στην ορμονική αντισύλληψη (χάπι-χάπι της επόμενης μέρας-RU 486) και στην αντισύλληψη με τις μεθόδους φραγμού (προφυλακτικό, σπόμενος, σπερματοκτόνες αλοιφές κ.ά.). η έλλειψη αντισυλληπτικών μεθόδων μπορεί να οδηγήσει σε μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. Η εγκυμοσύνη στην εφηβεία είναι υψηλού κινδύνου και συνυπάρχει συνήθως με κοινωνικά και ψυχολογικά προβλήματα της νεαρής μητέρας.

---

### ΑΝΔΡΕΣ

#### ΦΡΑΓΜΟΥ

- Προφυλακτικό

#### ΑΛΛΟ

- Διακεκομμένη επαφή

### ΓΥΝΑΙΚΕΣ

#### ΟΡΜΟΝΙΚΗ

- Από το στόμα (χάπι-χάπι της επόμενης ημέρας-RU 486)
- Ενέσιμα (1-προγεστερινοειδή, 2-προγεστερινοειδή)
- Εμφυτεύματα

#### ΚΟΛΠΙΚΗ

- Σπόμενος
- Αλοιφές

## ΑΛΛΟ

- Σπιράλ
  - Μέθοδος ρυθμού
- 

-Ερωτήματα που τίθενται στην επιλογή μιας αντισυλληπτικής μεθόδου:

- Αν η αντισυλληπτική μέθοδος θα είναι μόνιμη ή αναστρέψιμη
- Πόσο αποτελεσματική είναι η μέθοδος;

Με βάση την παραπάνω ερώτηση, οι αντισυλληπτικές μέθοδοι, χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες:

- **ΥΨΗΛΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ:** όλες οι μόνιμες μέθοδοι, τα ενδομήτρια σπειράματα, τα συνδυασμένα αντισυλληπτικά χάπια, και τα χάπια που περιέχουν μόνο προγεσταγόνο.
- **ΜΕΤΡΙΑΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ:** προφυλακτικό (ανδρικό και γυναικείο), διάφραγμα, κολπικός σπόγγος, σπερματοκτόνες κρέμες ή υπόθετα, τραχηλικό κύπελλο.
- **ΧΑΜΗΛΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ:** διακοπτόμενη συνουσία, περιοδική αποχή ανάλογα με τις επικίνδυνες μέρες του κύκλου.
- Το τρίτο και σημαντικότερο ερώτημα είναι η αξιολόγηση της γυναίκας και κατά πόσο είναι σε θέση να εφαρμόσει πιστά την συγκεκριμένη μέθοδο, ούτως ώστε να επιτύχουμε την μέγιστη δυνατή αποτελεσματικότητάς της.

## **ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ**

---

Για να αποφύγουμε μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, που θα οδηγήσει, με μαθηματική ακρίβεια, σε μια έκτρωση, χρησιμοποιούμε διάφορες μεθόδους που ονομάζονται αντισυλληπτικές.

Ποιες όμως είναι αυτές; Ποια είναι τα πλεονεκτήματά τους και ποια τα μειονεκτήματά τους; Η σωστή ενημέρωση χρειάζεται πάντα και στην περίπτωση αυτή ακόμα περισσότερο, αφού μπορούμε να εξασφαλίσουμε, όλοι μας, μια όμορφη ερωτική ζωή.

---

Αυτές είναι:

- ❖ Αντισυλληπτικά χάπια
- ❖ Χάπι της επόμενης ημέρας
- ❖ RU 486
- ❖ Ενέσιμα (1-προγεστερινοειδή, 2-προγεστερινοειδή)
- ❖ Εμφυτεύματα (που περιέχουν προγεστερινοειδή)
- ❖ Προφυλακτικό (ανδρικό και γυναικείο)
- ❖ Διάφραγμα
- ❖ Διακεκομμένη συνουσία
- ❖ Κολπικός σπύγγος, σπερματοκτόνες αλοιφές και υπόθετα, τραχηλικό κύπελλο
- ❖ Ενδομήτριο σπιράλ
- ❖ Μέθοδος ρυθμού (με θερμόμετρο και ημερολογιακά)
- ❖ Στείρωση (ανδρική- βαζεκτομή και γυναικεία)
- ❖ Κολπικές πλύσεις- θηλασμός
- ❖ \*Υποδερμική μέθοδος / Ενέσιμη μέθοδος (δεν υπάρχουν στην Ελλάδα)

➤ **ΤΟ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΟ ΧΑΠΙ**

(Συνδυασμένα αντισυλληπτικά COC's)

**Μέθοδος δράσης:**

Κατά πρώτο λόγο προκαλεί αναστολή της ωορρηξίας αναστέλλοντας την μεσοκύκλια αιχμή της LH που αποτελεί προϋπόθεση για να επιτευχθεί η ωορρηξία. Κατά δεύτερο λόγο, η προγεστερόνη που περιέχεται από την αρχή στα συνδυασμένα αντισυλληπτικά προκαλεί μεταβολές στο ενδομήτριο και κυρίως στην τραχηλική βλέννα, που δεν ευνοούν την διέλευση των σπερματοζωαρίων και κατ' επέκταση, την γονιμοποίησή τους.

**Πλεονεκτήματα:**

- Υψηλό ποσοστό επιτυχίας αντισυλληπτικής δράσης (πάνω από 98%) με σωστή χρήση
- Ελαττώνει τον κίνδυνο για καλοήθεις νεοπλασίες του μαστού
- Ελαττώνει τον κίνδυνο ενδομητρίωσης
- Ελαττώνει την δυσμηνόρροια, το προεμμηνορρυσιακό σύνδρομο, ακμή, αναιμία λόγω αυξημένης εμμήνου ρύσεως
- Προστατεύει από τον καρκίνο των ωοθηκών και του ενδομητρίου
- Προστατεύει την δημιουργία καλοθών κυστών στις ωοθήκες

- Χρησιμοποιείται στην θεραπεία ανωμαλιών του καταμήνιου κύκλου, του συνδρόμου των πολυκυστικών ωοθηκών και της ενδομητρίωσης
- Ελαττώνει το ποσοστό των πυελικών φλεγμονών (PID)

#### **Μειονεκτήματα:**

- Η αποτελεσματικότητα εξαρτάται από την καθημερινή χρήση
- Αλλαγή στο λιπιδαιμικό προφίλ
- Μικρή αύξηση του ποσοστού θρομβοεμβολικών επεισοδίων ειδικά σε βαριές καπνίστριες και γυναίκες με προϋπάρχουσα διαταραχή στην πήκτικότητα του αίματος
- 1-5% των γυναικών που κάνουν χρήση αυτών των αντισυλληπτικών, αναπτύσσουν υπέρταση και υποχωρεί όταν τα σταματήσουν
- μικρή προδιάθεση για εξωμήτρια κύηση
- μικρή αύξηση κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου ή προκαρκινικών νεοπλασιών στον τράχηλο της μήτρας, λόγω της ανοσοκαταστολής που επιφέρουν
- Αύξηση του ποσοστού χολολιθιάσεων, ηπατοκυτταρικού καρκίνου και χολοστατικού ίκτερου
- Αποτελούν πιθανούς τερατογόνους παράγοντες για το αναπτυσσόμενο έμβρυο
- Κατά την διάρκεια της γαλουχίας ελαττώνουν την ποιότητα και την ποσότητα του γάλακτος

### **Ανεπιθύμητες ενέργειες:**

- Συμπτώματα όμοια με της εγκυμοσύνης (ναυτία, κατακράτηση υγρών, τάση στους μαστούς) συνήθως του 2-3 πρώτους μήνες από την χρήση
- Μερικές γυναίκες αναφέρουν πτώση της libido, κακοδιάθεση και σε σπάνιες περιπτώσεις κατάθλιψη
- Ορισμένες αναφέρουν αύξηση της όρεξης, ενώ δεν είναι σπάνιες αυτές που αναφέρουν ελάττωση της όρεξης και χάσιμο βάρους
- Από το γεννητικό σύστημα, αιμορραγία είναι πολύ συχνή, ιδιαίτερα του 3 πρώτους μήνες. Αμηνόρροια σπανίως μπορεί να εμφανιστεί, και κυρίως σχετίζεται με την κύηση
- Από το νευρικό σύστημα επιδείνωση των ημικρανιών και της κεφαλαλγίας σε γυναίκες με τέτοιο ιστορικό
- Λιπαρό δέρμα, αύξηση της ακμής, και τριχόπτωση κυρίως με τα, πρώτης και δεύτερης γενιάς, αντισυλληπτικά δισκία, που περιέχουν προγεσταγόνα με μεγάλη αρρενοποιητική δράση

### **Αντενδείξεις:**

#### **▪ ΑΠΟΛΥΤΕΣ**

- ✓ Πρόσφατο ή παλαιότερο θρομβοεμβολικό επεισόδιο, εγκεφαλικό επεισόδιο, έμφραγμα μυοκαρδίου ή στεφανιαία ανεπάρκεια
- ✓ Καρκίνος μαστού, ήπατος, γεννητικού συστήματος
- ✓ Ηπατική ανεπάρκεια
- ✓ Κύηση σε εξέλιξη



- **ΣΧΕΤΙΚΕΣ**
  - ✓ Καπνίστρια πάνω από 35 ετών
  - ✓ Σακχαρώδης διαβήτης
  - ✓ Υπέρταση
  - ✓ Αδιάγνωστη κολπική αιμόρροια
  
- **ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΑ ΧΑΠΙΑ ΠΟΥ ΠΕΡΙΕΧΟΥΝ ΜΟΝΟ ΠΡΟΓΕΣΤΕΡΟΝΗ (POP's)**

**Μηχανισμός δράσης:**

Αναστολή ωοθηλακιορρηξίας όπως και τα συνδυασμένα αντισυλληπτικά ωχρινοποιητικού τύπου, αλλαγές στο γεννητικό σύστημα (ενδομήτριο, τραχηλική βλέννα) που δεν βοηθούν την γονιμοποίηση και εμφύτευση του ωαρίου.

**Πλεονεκτήματα:**

- Υψηλή αποτελεσματικότητα
- Μπορούν να χορηγηθούν σε γυναίκες που έχουν αντένδειξη για κάποιο λόγο να πάρουν οιστρογόνα, γιατί δεν εμπεριέχουν τους κινδύνους από την οιστρογονική δράση των συνδυασμένων αντισυλληπτικών (θρομβοεμβολικά επεισόδια, καρκινογένεση)
- Μπορούν να χρησιμοποιηθούν αμέσως μετά τον τοκετό χωρίς καμιά παρενέργεια για το έμβρυο και τον θηλασμό

### **Μειονεκτήματα:**

- Αποτελεσματικότητα εξαρτώμενη από την καθημερινή χρήση που είναι δύσκολο σε ορισμένες γυναίκες, ιδίως έφηβες, να συμμορφωθούν
- Σχετική αύξηση του κινδύνου για εξωμήτρια κύηση
- Αυξημένη συχνότητα λειτουργικών ωοθηκικών κύστεων

### **Ανεπιθύμητες ενέργειες:**

- Διαταραχές εμμηνορρυσίας
- Μερικές γυναίκες συνεχίζουν να έχουν κανονικούς ωορρηκτικούς κύκλους, παρά την καθημερινή, χωρίς διακοπή, λήψη του προγεστερονικού σκευάσματος
- Μπορεί να κάνουν τις παρενέργειες των συνδυασμένων αντισυλληπτικών αλλά σε πολύ μικρότερο βαθμό

### **Αντενδείξεις:**

- Αδιάγνωστη κολπική αιμόρροια
- Καρκίνος γεννητικών οργάνων
- Ενεργός ηπατική βλάβη

### **Η σημερινή πραγματικότητα**

Τα αντισυλληπτικά έκλεισαν ήδη 40 χρόνια κυκλοφορίας και αποτελούν ένα από τα περισσότερο μελετημένα φάρμακα. Σήμερα το χάπι είναι η ευρύτερα διαδεδομένη αντισυλληπτική μέθοδος και υπολογίζεται ότι τα χρησιμοποιούν καθημερινά πάνω από 150 εκατομμύρια γυναίκες σε όλο τον κόσμο. Τα 3/4 αυτών των γυναικών είναι κάτω των 30 ετών. Στην

Ευρώπη, τα αντισυλληπτικά προτιμούν περισσότερο οι ανύπαντρες και οι νέες γυναίκες, αλλά αποτελούν επίσης την πιο δημοφιλή μέθοδο αντισύλληψης και μεταξύ παντρεμένων γυναικών.

Σύμφωνα, λοιπόν, με τα πλέον πρόσφατα διαθέσιμα στοιχεία, τα αντισυλληπτικά είναι η προτιμότερη μέθοδος αντισύλληψης στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες. Στην Γερμανία χρησιμοποιούνται από το 52% των σεξουαλικά ενεργών γυναικών, στην Γαλλία από το 40% και στην Αγγλία από το 36%. Δυστυχώς, στην χώρα μας το ποσοστό είναι πολύ χαμηλό (της τάξεως του 3%) ενώ, αντίθετα, έχουμε ένα από τα υψηλότερα ποσοστά εκτρώσεων στην Ευρώπη. Μάλιστα η έκτρωση χαρακτηρίζεται, ειρωνικά, ως η δημοφιλέστερη μέθοδος αντισύλληψης στην Ελλάδα.

➤ **ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ-ΧΑΠΙ ΤΗΣ ΕΠΟΜΕΝΗΣ ΜΕΡΑΣ!**

- ✓ Τι είναι το «χάπι της επόμενης μέρας»;

Είναι ένα σκεύασμα επείγουσας αντισύλληψης. Περιέχει μια συνθετική ορμόνη που χρησιμοποιείται εδώ και χρόνια σε αντισυλληπτικά δισκία, αλλά για πρώτη φορά τυποποιείται στην κατάλληλη περιεκτικότητα και δοσολογία ειδικά, για επείγουσα αντισύλληψη.

- ✓ Γιατί ονομάζεται «χάπι της επόμενης μέρας»;

Ονομάζεται έτσι γιατί δεν αποτελεί ούτε αντικαθιστά καθιερωμένες αντισυλληπτικές μεθόδους, αλλά ο ρόλος του αρχίζει όταν αυτές δεν έχουν εφαρμοστεί ή υπάρχουν υπόνοιες ότι έχουν αποτύχει. Τα στενά χρονικά περιθώρια αποτελεσματικότητάς του (έως 72 ώρες μετά την επαφή, δηλαδή τρεις μέρες), συμβάλλουν επίσης στην ονομασία αυτή.

- ✓ Πώς δρα το «χάπι της επόμενης μέρας»;

Θεωρείται ότι η δραστική ουσία που περιέχει το χάπι της επόμενης μέρας εμποδίζει την ωορρηξία ή την διέλευση των σπερματοζωαρίων και του ωαρίου μέσα από τις σάλπιγγες. Επίσης πιστεύεται ότι εμποδίζει την εμφύτευση του ωαρίου στην μήτρα αλλάζοντας το ενδομήτριο. Το χάπι επείγουσας αντισύλληψης δεν είναι αποτελεσματικό όταν έχει αρχίσει εμφύτευση και για το λόγο αυτό δεν μπορεί να διακόψει ή να επηρεάσει με οποιοδήποτε τρόπο μια εγκυμοσύνη.

- ✓ Πότε πρέπει να λαμβάνεται το «χάπι της επόμενης μέρας»;

Το χάπι της επείγουσας αντισύλληψης, μπορεί να ληφθεί όχι μόνο την επόμενη μέρα της σεξουαλικής επαφής, αλλά μέσα σε τρεις ημέρες μετά από μια επαφή χωρίς ή ανεπαρκή μέτρα αντισύλληψης. Συστήνεται βέβαια να λαμβάνεται το

συντομότερο δυνατόν μετά τη επαφή, μια και όσο νωρίτερα ληφθεί τόσο πιο υψηλή είναι η αποτελεσματικότητά του.

- ✓ Πόσα δισκία απαιτούνται;

Η μέθοδος επείγουσας αντισύλληψης απαιτεί την λήψη 2 δισκίων. Το πρώτο δισκίο πρέπει να λαμβάνεται εντός τριών ημερών μετά την σεξουαλική επαφή χωρίς προφυλακτικά μέτρα και όσο νωρίτερα γίνει η λήψη του τόσο αποτελεσματικότερη είναι η μέθοδος. Το δεύτερο δισκίο πρέπει να ληφθεί 12-24 ώρες μετά την λήψη του πρώτου. Η αποτελεσματικότητα της μεθόδου αυτής είναι και έως και 95% αν το πρώτο δισκίο ληφθεί την επόμενη μέρα της σεξουαλικής επαφής.

- ✓ Από ποια ηλικία μπορεί να ληφθεί το «χάπι επείγουσας αντισύλληψης»;

Μπορεί να ληφθεί από κάθε γυναίκα που βρίσκεται σε αναπαραγωγική ηλικία. Η χρήση πριν την εμφάνιση της εμμηνου ρύσεως δεν ενδείκνυται.

- ✓ Ποιες είναι οι ανεπιθύμητες ενέργειες που μπορεί να εμφανιστούν μετά την λήψη του χαπιού;

Πιο συνηθισμένη είναι η ναυτία και ένα απλό μέτρο αντιμετώπισής της είναι η λήψη του δισκίου να γίνει αφού έχετε φάει. Ανάλογα με την περίπτωση, άλλες ανεπιθύμητες ενέργειες μπορεί να είναι:

- Έμμετοι σε ένα πολύ μικρό ποσοστό γυναικών (προσοχή: εάν κάνετε εμμετό μέσα στις 3 επόμενες ώρες από την λήψη ενός δισκίου, αυτό θα πρέπει να ληφθεί εκ νέου αμέσως)
- Πονοκέφαλος
- Πόνοι στην κοιλιακή χώρα
- Ευερέθιστοι μαστοί
- Αίσθημα κόπωσης
- Κηλίδες αίματος

✓ Σε τι διαφέρει το «χάπι επείγουσας αντισύλληψης» από τα εκτρωτικά χάπια;

Το χάπι της επόμενης μέρας, σε αντίθεση με την ουσία mifepristone (RU 486), δεν επιδρά όταν η εγκυμοσύνη έχει ήδη αρχίσει, δηλαδή δεν μπορεί να επηρεάσει τη πορεία της εγκυμοσύνης. Αντίθετα η ουσία αυτή, ως αντιπρογεστερονική ουσία, δεσμεύει τους υποδοχείς της προγεστερόνης ώστε να μην υπάρχει αρκετή για να συνεχιστεί η εγκυμοσύνη. Για το λόγο αυτό η mifepristone λειτουργεί ως εκτρωτικό σε αρχικό στάδιο της εγκυμοσύνης.

#### ➤ **RU 486 (MIFEPRISTONE)**

Δίνεται σε περιπτώσεις διακοπής εγκυμοσύνης, που σε συνδυασμό με προσταγλανδίνη δρα στην μήτρα, προκαλώντας ισχυρές συσπάσεις και έντονη αιμορραγία. Όμως, χορηγείται μόνο υπό νοσοκομειακή παρακολούθηση, λόγω σοβαρών παρενεργειών, που μπορεί να προκληθούν.

## ➤ **ΕΛΑΣΤΙΚΟ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟ ΚΑΙ ΔΙΑΦΡΑΓΜΑ**

Ονομάζονται και μέθοδοι φραγμού, γιατί η τοποθέτησή τους εμποδίζει την ένωση του σπερματοζωαρίου με το ωάριο. Το ποσοστό αποτυχίας τους είναι περίπου 12%. Το προφυλακτικό είναι ανδρικό και γυναικείο και είναι μιας χρήσεως, σε αντίθεση με το διάφραγμα, που είναι πολλαπλών χρήσεων, αλλά δεν είναι δημοφιλές στις Ελληνίδες, γιατί πρέπει να διδαχθούν την σωστή τοποθέτησή του στον κόλπο, να το αλείψουν με μια σπερματοκτόνο αλοιφή και αφού παραμείνει μετά την χρήση στον κόλπο για περίπου 6-8 ώρες, πρέπει να φυλαχτεί για την επόμενη ερωτική επαφή. Το πλεονέκτημα των μεθόδων αυτών είναι ότι, είναι ακίνδυνες και δεν χρειάζονται την παρέμβαση του γιατρού στη ζωή του ζευγαριού.

Προφυλάσσουν από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και είναι η πιο ενδεδειγμένη μέθοδος αντισύλληψης για τους εφήβους, που έχουν περιστασιακές επαφές ή πολλαπλούς συντρόφους.

**Αιτίες περιορισμού χρήσεως:**

- ✓ Άρνηση αγοριού για αντισυλληπτική υπευθυνότητα
- ✓ Άγνοια τεχνικής χρησιμοποίησής του
- ✓ Ελάττωση αισθητικότητας
- ✓ Κόστος
- ✓ Θρησκευτικοί λόγοι

### Πλεονεκτήματα:

- ✓ Προφύλαξη από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα
- ✓ Πιθανή προφύλαξη από καρκίνο (κακοήθεια τραχήλου της μήτρας)
- ✓ Καλό ποσοστό αντισύλληψης όταν χρησιμοποιείται σωστά
- ✓ Δεν έχει παρενέργειες

### Οδηγίες σωστής αγοράς και χρήσης τους:

#### 1) προφυλακτικό:

- ✓ με σφραγίδα έγκρισης από την Ευρωπαϊκή Ένωση
- ✓ με ημερομηνία λήξεως και αριθμό παρτίδας
- ✓ σε αδιαφανή αεροστεγή συσκευασία
- ✓ από σημεία πώλησης με σωστές συνθήκες αποθήκευσης και μεταφοράς

#### 2) χρήση με προσοχή στην τοποθέτηση και αφαίρεση:

- ✓ όχι «προκαταρκτικά» χωρίς προφυλακτικό
- ✓ τοποθέτηση σε στύση
- ✓ εξαγωγή αέρα πριν τοποθετηθεί
- ✓ αφαίρεση προφυλακτικού σε στύση μετά το πέρας της πράξης

#### ➤ ΔΙΑΚΕΚΟΜΜΕΝΗ ΣΥΝΟΥΣΙΑ

Δεν είναι τόσο ασφαλής, αφού το ποσοστό αποτυχίας φτάνει στο 30-35%. Επιπλέον προκαλεί ψυχολογικά προβλήματα και άσηπτη παραμητρίτιδα με πόνο στην



επαφή. Σήμερα δεν συστήνεται παρά μόνο αν αντενδείκνυνται όλες οι άλλες μέθοδοι.

➤ **ΣΠΕΡΜΑΤΟΚΤΟΝΑ (ΚΟΛΠΙΚΟΣ ΣΠΟΓΓΟΣ, ΚΟΛΠΙΚΕΣ ΑΛΟΙΦΕΣ ΚΑΙ ΥΠΟΘΕΤΑ, ΤΡΑΧΗΛΙΚΟ ΚΥΠΕΛΛΟ)**

Είναι υπόθετα ή αλοιφές, που περιέχουν ουσίες, οι οποίες σκοτώνουν τα σπερματοζωάρια. Το ποσοστό αποτυχίας τους είναι περίπου 12-14%. Τοποθετούνται στον κόλπο 10 λεπτά πριν την σεξουαλική επαφή και παρέχουν αντισύλληψη για επαφή μιας ώρας. Οι κολπικοί σπόγγοι παρουσιάζουν παρόμοια ποσοστά αποτυχίας με εκείνα του τραχηλικού κυπέλλου, δηλαδή 26% σε πολύτοκες και μόνο 9% σε άτοκες. Μπορεί να παραμείνει για 24 ώρες σε περίπτωση επαναλαμβανόμενων επαφών. Το τραχηλικό κύπελλο δεν επηρεάζει τυχόν τραχηλική δυσπλασία και μπορεί να παραμείνει για πάνω από 48 ώρες. Τέλος, οι σπερματοκτόνες κρέμες / αλοιφές (και υπόθετα) κυκλοφορούν στο εμπόριο με διάφορες μορφές όπως, κρέμες, gel, υπόθετα, foam, film. Έχουν σχετικά μεγάλο ποσοστό αποτυχίας και συνίστανται να χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό με κάποια άλλη μέθοδο φραγμού (προφυλακτικό, διάφραγμα κλπ.).

➤ **ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΑ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΑ (ΣΠΙΡΑΛ)**

Τα ενδομήτρια σπειράματα είναι μια από τις λιγότερο συχνά προτεινόμενες μεθόδους αντισύλληψης στα νεαρά κορίτσια. Είναι συσκευές μαλακές, εύκαμπτες, από πλαστικό, που τοποθετούνται στην κοιλότητα της μήτρας. Συνήθως

προτείνονται σε γυναίκες που δεν δύνανται να ακολουθήσουν άλλες αντισυλληπτικές μέθοδοι, ή που παρουσιάζουν πνευματική καθυστέρηση ή είναι πολύτοκες. Διαχωρίζονται σε ορμονικά, που περιέχουν προγεστερόνη και σε μη ορμονικά, που περιέχουν χαλκό (copper). Παράγονται σε διάφορα μεγέθη (μικρό - μεσαίο - μεγάλο). Η δράση τους είναι σπερματοκτόνος. Για την τοποθέτησή τους λαμβάνονται προληπτικά μέτρα, όπως γυναικολογική εξέταση (έλεγχος γεννητικών οργάνων), η καλλιέργεια κολπικού υγρού και η λήψη τεστ Παπανικολάου. Επίσης λαμβάνεται ένα καλό γυναικολογικό ιστορικό.

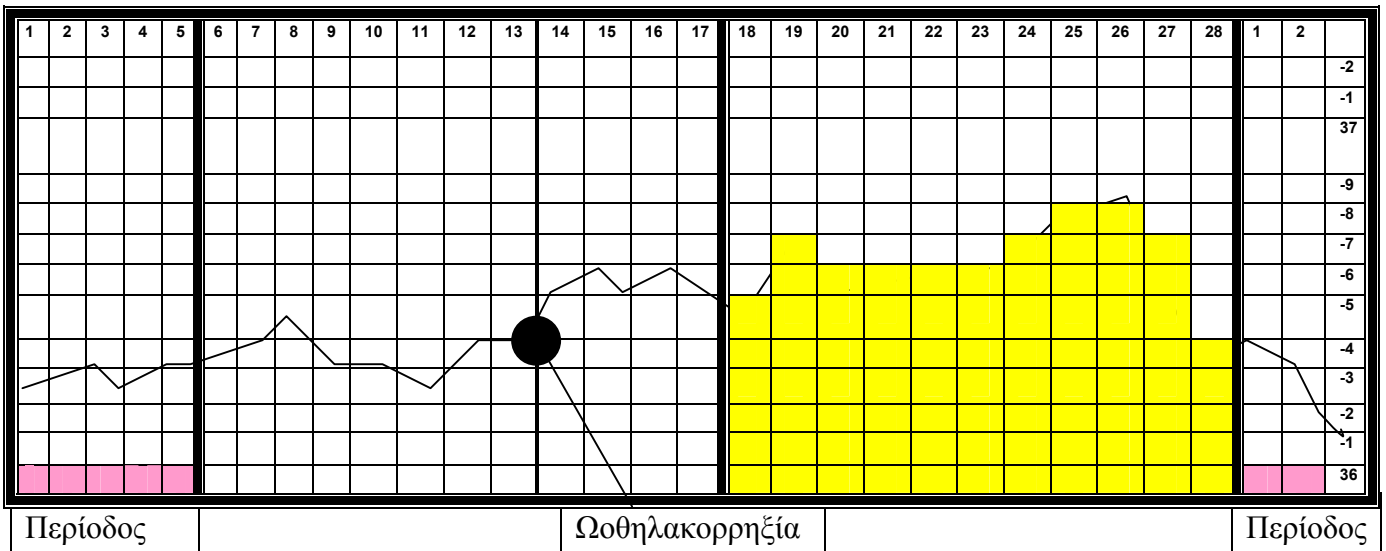
#### **Αντενδείξεις:**

- Πυελικές φλεγμονές
- Συγγενείς ανωμαλίες γεννητικού συστήματος
- Βαριές μηνομητρορραγίες
- Δυσμηνόρροια
- Ιστορικό εξωμήτριου κύησης
- Άτομα με ανεξέλεγκτη σεξουαλική συμπεριφορά

#### **Μειονεκτήματα:**

- Αύξηση εμμήνου ρύσεως – αναιμία
- Δυσμηνόρροια 4,0%-14,7%
- Κύηση 1,5%-5%
- Αποβολή σπειράματος
- Εξωμήτριος κύηση 0,1%-1%
- Πυελικές φλεγμονές
- Διάτρηση μήτρας

## ➤ ΜΕΘΟΔΟΣ ΡΥΘΜΟΥ



**ΑΝΑΣΦΑΛΗΣ**

**ΑΣΦΑΛΗΣ**

Βάση του τύπου προσδιορίζονται οι γόνιμες μέρες του κύκλου. Θεωρητικά προσδιορίζονται από τον τύπο «14 - +» ως οι γόνιμες μέρες δηλαδή στο μέσον του κύκλου. Όμως, η ωθηλακορρηξία είναι δυνατόν να συμβεί με απόκλιση από τον τύπο, με αποτέλεσμα να υπάρξει εγκυμοσύνη. Γι' αυτό το λόγο παρατηρείται ποσοστό αποτυχίας, 25%, στη συγκεκριμένη μέθοδο.

Ποσοστό αποτυχίας:

με θερμόμετρο: 0,8%

ημερολογιακά: 15%-20%

## ➤ ΣΤΕΙΡΩΣΗ (ΑΝΔΡΙΚΗ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΕΙΑ)

### 1. ΑΝΔΡΙΚΗ ΣΤΕΙΡΩΣΗ ή ΒΑΖΕΚΤΟΜΗ

Επιτυγχάνεται με εγχείρηση, κόβοντας την οδό που οδηγεί τα σπερματοζωάρια από τους όρχεις στο πέος. Μετά την επέμβαση και κατά την διάρκεια της σεξουαλικής επαφής, θα υπάρχει πάντοτε η εκροή σπέρματος.

Ποσοστό αποτυχίας: 0,15%

**Πλεονεκτήματα:**

- ✓ Μόνιμη
- ✓ Υψηλή αντισυλληπτική αποτελεσματικότητα
- ✓ Σχετικά απλή διαδικασία να γίνει

**Μειονεκτήματα:**

- ✓ Δύσκολη τεχνική, με αμφίβολα αποτελέσματα, αν ο άνδρας επιθυμήσει να αποκτήσει την γονιμότητά του ξανά (μικροχειρουργική).
- ✓ Σε 2% περίπου άμεσες επιπλοκές μετά την επέμβαση, κυρίως φλεγμονή, αιμάτωμα, επιδιδυμίτιδα.
- ✓ Μακροχρόνιος κίνδυνος για ανάπτυξη καρκίνου του προστάτη, χωρίς να έχει επιβεβαιωθεί απόλυτα.
- ✓ Μικρό ποσοστό επανασυραγγοποίησης, συνήθως μέσα στις 6 πρώτες εβδομάδες.

## 2. ΓΥΝΑΙΚΕΙΑ ΣΤΕΙΡΩΣΗ

Με την τομή ή ραφή των σαλπίνγων, το ωάριο εμποδίζεται να φτάσει στην μήτρα. Αυτό επιτυγχάνεται με χειρουργικό τρόπο. Η μέθοδος αυτή είναι μόνιμη και συνεπώς πρέπει να γίνεται μόνο όταν το ζευγάρι δεν θέλει άλλα παιδιά.

Ποσοστό αποτυχίας: κάτω από 0,15%

### Πλεονεκτήματα:

- ✓ Μόνιμη
- ✓ Υψηλή αντισυλληπτική αποτελεσματικότητα

### Μειονεκτήματα:

- ✓ Συγκρινόμενη με ανδρική στειροποίηση περισσότερο δαπανηρή (είτε γίνει με ανοιχτή είτε με λαπαροσκοπική μέθοδο) με περισσότερες επιπλοκές και υψηλότερο ποσοστό αποτυχίας
- ✓ Δύσκολη τεχνική και δαπανηρή με αμφίβολα αποτελέσματα, αν η γυναίκα επιθυμήσει να αποκτήσει την γονιμότητά της ξανά (μικροχειρουργική)
- ✓ Έμμεσες επιπλοκές από την επέμβαση, φλεγμονές και περιστασιακά αιμορραγία
- ✓ Αύξηση του κινδύνου για εξωμήτριο κύηση σε περίπτωση αποτυχίας της μεθόδου

➤ **ΚΟΛΠΙΚΕΣ ΠΛΥΣΕΙΣ ΚΑΙ ΘΗΛΑΣΜΟΣ**

Η πλύση του κόλπου αμέσως μετά την σεξουαλική πράξη, για την απομάκρυνση του σπέρματος, αποτελεί ανασφαλή μέθοδο αντισύλληψης. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι, τα σπερματοζωάρια 2 λεπτά μετά την εκσπερμάτωση, έχουν φτάσει μέσα στον τράχηλο της μήτρας.

Ποσοστό αποτυχίας: 40%

Η παράταση του θηλασμού και η καθυστέρηση της περιόδου μετά τον τοκετό δεν προσφέρουν ασφάλεια στην παρεμπόδιση της σύλληψης.

Ποσοστό αποτυχίας: 60%

➤ **\*ΥΠΟΔΕΡΜΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ**

Με την υποδερμική μέθοδο, μικροσκοπικές κάψουλες που περιέχουν ορμόνες, τοποθετούνται κάτω από το δέρμα του βραχίονα, ποσότητα ορμόνης απελευθερώνεται βαθμιαία ώστε να παρέχεται αντισυλληπτική προστασία, για περίπου 5 χρόνια. Δρα εμποδίζοντας την απελευθέρωση του ωαρίου.

Ποσοστό αποτυχίας: 0,6%-1,5%

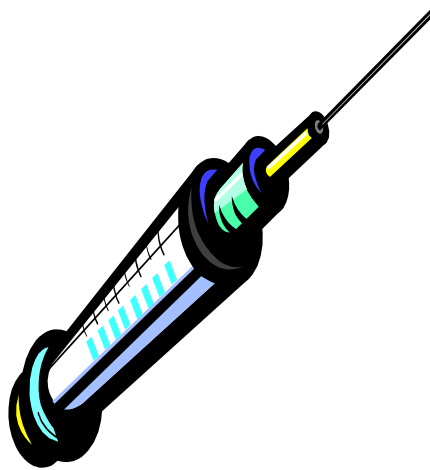
➤ **\*ΕΝΕΣΙΜΗ ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ**

Η μέθοδος περιλαμβάνει μια ενδομυϊκή ένεση, όπου απελευθερώνεται ποσότητα ορμονών και απορροφάται σταδιακά. Δρα εμποδίζοντας την απελευθέρωση του ωαρίου.

Με την ενέσιμη μέθοδο αντισύλληψης επιτυγχάνεται αντισυλληπτική προστασία για διάστημα 1-6 μηνών.

Ποσοστό αποτυχίας: 0-3.6%

*\*δεν κυκλοφορούν στην Ελλάδα*



Μέθοδοι αντισύλληψης υπάρχουν πολλές, λίγες όμως, είναι οι αξιόπιστες. Εκείνη που σε καμία περίπτωση δεν αποτελεί μέθοδο αντισύλληψης είναι «λύση» της τελευταίας καταφυγής είναι η έκτρωση που εκτός από ψυχολογικές και κοινωνικές αναστολές μπορεί να γεννήσει στην γυναίκα και κινδύνους υγείας (στείρωση, διακοπή της περιόδου, ενδομητρίωση κλπ.). Η σύγχρονη γυναίκα, που έχει δικαίωμα στην χαρά του έρωτα, μπορεί να επιλέξει την μέθοδο αντισύλληψης που της ταιριάζει.



**Συχνότητα εγκυμοσύνης  
(ανά 100 γυναίκες / χρόνια)  
ανάλογα με την μέθοδο αντισύλληψης**

<b>ΜΕΘΟΔΟΣ</b>	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ</b>
Μέθοδος ρυθμού με θερμ.	0.8
Ημερολογιακά	15-20
Ανδρικό προφυλακτικό	3-5
Γυναικείο προφυλακτικό	3-5
Διάφραγμα	6-10
Ενδομητρικές προθέσεις	2
Αντισυλληπτικός σπώγγος	10
Το «χάπι»	0.1-0,4
Υποδερμική μέθοδος	0,6-1,5
Ενέσιμη μέθοδος	0-3,6
Στείρωση άνδρα / γυναίκας	κάτω από 0.15
Διακεκομμένη επαφή	20-30
Κολπικές πλύσεις	40
Θηλασμός	60





## 2.5 Αυτοκόλλητη αντισύλληψη

Για πολλές γυναίκες τα αντισυλληπτικά δισκία αποτελούν ένα καθημερινό πονοκέφαλο. Θα πρέπει να μην το ξεχνούν, έτσι ώστε η πιθανότητα εγκυμοσύνης να είναι ελάχιστη. Ωστόσο, μέσα στη βιασύνη και το άγχος της καθημερινότητας, αυτό συμβαίνει αρκετά συχνά, με αποτέλεσμα εμφάνιση ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης σε ποσοστό που κυμαίνεται στο 1-2%. Η χρήση των πρώτων αυτοκόλλητων αντισυλληπτικών, είναι πολύ πιθανόν να περιορίσει το φαινόμενο αυτό στο άμεσο μέλλον. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα εκτεταμένης έρευνας που έγινε στην Αμερική και στον Καναδά, το συγκεκριμένο αυτοκόλλητο θα διοχετεύει στο γυναικείο οργανισμό τις απαραίτητες ορμόνες ώστε να περιορίζεται στο ελάχιστο η πιθανότητα εγκυμοσύνης.

Στη μελέτη που πραγματοποιήθηκε στον Καναδά και στις ΗΠΑ και διήρκεσε πάνω από 2 χρόνια, μελετήθηκαν 1400 γυναίκες, οι οποίες χωρίστηκαν σε 2 ομάδες: η μία χρησιμοποιούσε το αυτοκόλλητο αντισυλληπτικό και η άλλη αντισυλληπτικά δισκία.

Η ομάδα που χρησιμοποιούσε το αυτοκόλλητο, το τοποθετούσε σε κάποιο σημείο του κορμού, του χεριού ή των γλουτών μια φορά την εβδομάδα για τρεις εβδομάδες. Στη συνέχεια έκανε διακοπή για μια εβδομάδα.

Τα αποτελέσματα ήταν 1% περίπου ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες στην ομάδα του αυτοκόλλητου και 2% στην ομάδα του χαπιού. Ωστόσο, η σημαντική διαφορά φάνηκε στη

συνέπεια ως προς τη χρήση των δύο μεθόδων: το 88% των γυναικών χρησιμοποιούσαν το αυτοκόλλητο με συνέπεια, έναντι μόλις του 78% των γυναικών που ελάμβαναν το αντισυλληπτικό δισκίο. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες (κυρίως αιμορραγία) ήταν παρόμοιες και στις δύο ομάδες.

Η έρευνα στηρίχθηκε σε προηγούμενες μελέτες, οι οποίες είχαν δείξει ότι οι ορμόνες που διοχετεύονται στον οργανισμό μέσω του δέρματος, φτάνουν στα ίδια επίπεδα με αυτά των ορμονών που λαμβάνονται μέσω του δισκίου. Μάλιστα, υπάρχει ήδη η εμπειρία από την χρησιμοποίηση διαδερμικών αυτοκόλλητων ορμονικών σκευασμάτων για την πρόληψη της οστεοπόρωσης μετά την εμμηνόπαυση.

Το γεγονός αυτό, σε συνδυασμό με το δεδομένο ότι οι περισσότερες ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες σε γυναίκες που λαμβάνουν αντισυλληπτικά δισκία, οφείλονται σε αμέλεια των γυναικών στη λήψη του χαπιού, οδήγησε τους επιστήμονες στην εξέταση πιο εύκολων στη χρήση μεθόδων. Η ευκολία στην χρήση, η καλή συνεργασία των γυναικών και η ισοδύναμη αποτελεσματικότητα, είναι τα πλεονεκτήματα του συγκεκριμένου σκευάσματος.



## 2.6 Νέα μέθοδος αντισύλληψης με μια ένεση κάθε μήνα

Ο Αμερικανικός Οργανισμός Τροφίμων και Φαρμάκων, ενέκρινε την χρήση του Lunelle, ενός νέου αντισυλληπτικού, σε ενέσιμη μορφή, που χρειάζεται να χορηγείται μόνο μια φορά τον μήνα. Η αποτελεσματικότητα του φαρμάκου, αν χρησιμοποιηθεί σωστά, σύμφωνα με τις οδηγίες της χρήσης, είναι 99%. Το διάστημα που μεσολαβεί μεταξύ των 2 ενέσεων

δεν πρέπει να ξεπερνά τις 33 ημέρες, αλλά επειδή είναι σε ενέσιμη μορφή, η μηνιαία επίσκεψη σε κάποιο νοσοκομείο ιατρείο είναι απαραίτητη.

Το νέο προϊόν, περιέχει οιστρογόνα και προγεστερόνη, όπως και τα αντισυλληπτικά που χορηγούνται από το στόμα. Έτσι η χρήση του αντενδείκνυται σε ορισμένες περιπτώσεις όπως είναι η πιθανή εγκυμοσύνη, η ύπαρξη θρομβοφλεβίτιδας ή ιστορικό θρομβοεμβολικών επεισοδίων, σε αγγειακές διαταραχές του εγκεφάλου ή των στεφανιαίων, σε ηπατοπάθειες, σε σακχαρώδη διαβήτη ή υπέρταση, σε καπνίστριες άνω των 35 ετών, σε ορισμένες μορφές καρκίνου και κολπική αιμόρροια άγνωστης αιτιολογίας. Στις γυναίκες που χρησιμοποιούν το Lunelle, συστήνεται η διακοπή του καπνίσματος.

Η εταιρεία που κατασκευάζει το νέο αντισυλληπτικό, πιστεύει πως η επιτυχία του Lunelle θα στηριχτεί στο γεγονός ότι οι περισσότερες γυναίκες δεν θεωρούν βολική την καθημερινή λήψη του αντισυλληπτικού δισκίου. Με την χρήση του Lunelle οι γυναίκες εξακολουθούν να έχουν περίοδο κάθε μήνα, ενώ κανονική ωορρηξία επιτυγχάνεται σε 2-4 μήνες ,μετά την διακοπή του. Επισημαίνεται τέλος, ότι περισσότερες από τις μισές γυναίκες, έμειναν έγκυες σε λιγότερο από 6 μήνες, μετά την διακοπή του.

## 2.7 Βελτιωμένο αντισυλληπτικό

Ερευνητές στην Αμερική ανακοίνωσαν την δημιουργία ενός νέου αντισυλληπτικού χαπιού, το οποίο θα επιτρέπει στις γυναίκες να έχουν περίοδο 4 φορές τον χρόνο, ενώ

ταυτόχρονα θα μειώσει τον αριθμό των ανεπιθύμητων κυήσεων σε γυναίκες που επιθυμούν μακροχρόνια αντισύλληψη.

Το νέο χάπι που περιέχει αιθινυλοιστραδιόλη και λεβονοργεστρέλη, δυο ορμόνες που χρησιμοποιούνται συχνά στα συμβατικά αντισυλληπτικά, έχει ήδη δοκιμαστεί με εξαιρετική ασφάλεια και αποτελεσματικότητα και αναμένεται να τεθεί σε κυκλοφορία σε λιγότερο από 3 χρόνια.

Σύμφωνα με τους ερευνητές, ένα από τα μεγαλύτερα πλεονεκτήματα του νέου αντισυλληπτικού είναι ότι λαμβάνεται συνεχώς για 84 ημέρες και όχι για 21 ημέρες με διακοπή 7-9 ημερών όπως τα συμβατικά αντισυλληπτικά, μειώνοντας την εμφάνιση εμμηνορρυσίας από 13 σε 4 φορές το χρόνο!

## 2.8 Έρχεται το πρώτο ανδρικό αντισυλληπτικό

Μια ομάδα Βρετανών επιστημόνων ανακοίνωσε σε διεθνές συνέδριο στο Εδιμβούργο ότι σε λίγα χρόνια θα υπάρχει διαθέσιμο το ανδρικό αντισυλληπτικό χάπι. Το χάπι περιέχει την ανδρική ορμόνη τεστοστερόνη και την ουσία δεσογεστρέλη. Ο συνδυασμός αυτός προκαλεί προσωρινή διακοπή παραγωγής σπέρματος.

Το χάπι χορηγήθηκε σε 60 άνδρες στην Σκοτία και στην Σαγκάη της Κίνας και απεδείχθη 100% ασφαλές και δραστικό. Σε όλους τους άνδρες που έλαβαν το χάπι παρουσιάστηκε αζωοσπερμία, δηλαδή εξαφάνιση των σπερματοζωαρίων από το σπέρμα τους. Ας σημειωθεί ότι φυσιολογικά κάθε άνδρας παράγει 1000 σπερματοζωάρια το λεπτό.

Φυσικά δεν αναμένεται το ανδρικό χάπι να αντικαταστήσει το γυναικείο, που θα παραμείνει η πιο δημοφιλής μέθοδος αντισύλληψης. Όμως πιστεύεται ότι θα αποτελεί μια λύση για τις περιπτώσεις εκείνες που δεν θα είναι εφικτή η λήψη του χαπιού από τις γυναίκες, εξαιτίας υπέρτασης ή άλλων παρενεργειών.

## 2.9 Ορμονική αντισύλληψη στον άνδρα

Τρεις από τις τέσσερις αντισυλληπτικές μεθόδους που χρησιμοποιούνται σήμερα από τον άνδρα- διακοπή συνουσίας-ανδρικό προφυλακτικό-μέθοδος ρυθμού ή αποφυγή συνουσίας στις γόνιμες μέρες της γυναίκας-είναι οι περισσότερο διαδεδομένες μέθοδοι αντισύλληψης του ζεύγους διεθνώς και επιπλέον χρησιμοποιούνται από τον άνθρωπο αρκετές εκατοντάδες χρόνια. Η 4<sup>η</sup> μέθοδος, άρχισε να εφαρμόζεται περίπου 20 χρόνια πριν και είναι η «απόφραξη του σπερματικού πόρου στον άνδρα – βαζεκτομή» που ξεκίνησε ως χειρουργική επέμβαση και σήμερα έχει επικρατήσει ως μη επεμβατική μέθοδος αποφράξεως.

Η ορμονική αντισύλληψη στον άνδρα έχει επικεντρωθεί στην χορήγηση ορμονικών σκευασμάτων με στόχο την αναστολή απελευθέρωσης των ορμονών αποφύσεως οι οποίες είναι υπεύθυνες για την παραγωγή σπερματοζωαρίων στον όρχι. Αρκετές κλινικές μελέτες έχουν γίνει την τελευταία δεκαετία σε σχετικά μικρό αριθμό ανδρών.

Τα αποτελέσματα αναστολής είναι ικανοποιητικά, η αποδοχή από τους άνδρες που μελετήθηκαν αλλά και από τις

γυναίκες τους υπήρξε ικανοποιητική, χωρίς ουσιαστικές παρενέργειες. Η γονιμότητα επανέρχεται μετά από 6-12 μήνες από την διακοπή χορήγησης.

«Η αποδοχή» των σύγχρονων αυτών μεθόδων στον άνδρα, αποτελεί σημαντική παράμετρο προώθησης της έρευνας. Γι' αυτό σε κάθε κλινική δοκιμασία διεξάγεται συγχρόνως έρευνα αποδοχής της μεθόδου.

Είναι εύκολο να δεχθεί κανείς την άποψη ότι, οι άνδρες είναι ευχαριστημένοι να αφήνουν την υπευθυνότητα αντισύλληψης στην γυναίκα και ότι οι γυναίκες προτιμούν να διατηρούν τον έλεγχο της δικής τους γονιμότητας. Η αντίληψη όμως αυτή είναι αντίθετη με το γεγονός ότι παρά την στροφή του ισοζυγίου από τις ανδρικές στις γυναικείες αντισυλληπτικές μεθόδους το 1/3 των μεθόδων που επικρατούν σήμερα στην παγκόσμια κοινότητα είναι ελεγχόμενες από τον άνδρα.

Πολλοί φαίνεται, να συμφωνούν ότι μέσα στην πρώτη δεκαετία του 21<sup>ου</sup> αιώνα θα έχουν σταθεροποιηθεί οι ορμονικές μέθοδοι στον άνδρα, με επίκεντρο τις ενέσιμες μορφές μακράς διάρκειας. Πάντως, τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες λένε, «καιρός ήταν πια!».

## 2.10 Η αντισύλληψη στα νεαρά άτομα

Το 1/5 του παγκόσμιου πληθυσμού, άνω του 1 δισεκατομμυρίου ατόμων, είναι μεταξύ 10-19 ετών. Κάθε χρόνο περίπου 15 εκατομμύρια κορίτσια κάτω των 20 ετών, γίνονται μητέρες. Στις αναπτυσσόμενες χώρες, 20-60% αυτών των κυήσεων είναι ανεπιθύμητες, καταλήγουν σε ανασφαλείς

εκτρώσεις και έχουν τον υψηλότερο κίνδυνο επιπλοκών υγείας πέρα των συναισθηματικών, οικονομικών και μορφωτικών συνεπειών.

Επιπλέον, εκατομμύρια νεαρών ατόμων κάθε χρόνο, 1 στους 20 εφήβους, μολύνονται από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Το ήμισυ των μολύνσεων με AIDS ανήκει στην κατηγορία των νεαρών ατόμων. Κορίτσια ηλικίας 15-19 ετών έχουν το υψηλότερο ποσοστό γονοκοκκικών λοιμώξεων (βλεννόροιας) με δεύτερο υψηλό ποσοστό αγόρια της ίδιας ηλικίας.

Από πολλές μελέτες έχει αποδειχθεί ότι τα νεαρά κορίτσια καθυστερούν περίπου ένα χρόνο από την έναρξη της σεξουαλικής τους δραστηριότητας μέχρι την χρησιμοποίηση κάποιας αντισυλληπτικής μεθόδου και μάλιστα, έπειτα από την πρώτη τους εγκυμοσύνη που συνήθως οδηγείται σε έκτρωση. Έλλειψη σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης, άμεσης και προσιτής πληροφόρησης, σύγχρονων μέσων προφυλάξεων από ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη ή από τα Σ.Μ.Ν., αποτελούν κοινό τόπο για τις αναπτυσσόμενες και τις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες.

Η σωστή συμβουλευτική βοηθάει σημαντικά στην επιλογή της κατάλληλης αντισυλληπτικής μεθόδου. Το νεαρό της ηλικίας και η έλλειψη βιο-ιατρικών αιτιών δεν σημαίνουν ότι κάθε νεαρό άτομο μπορεί να χρησιμοποιήσει όλες τις προσφερόμενες μεθόδους. Σημαντικοί παράγοντες πρέπει να αναλυθούν και η απόφαση επιλογής να είναι αποτέλεσμα διαλόγου μεταξύ του ενδιαφερόμενου ατόμου ή ζεύγους και του ειδικού. Κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες, τρόπο ζωής, αριθμό σεξουαλικών συντρόφων και ιατρικό ιστορικό

θα πρέπει να αναλυθούν στην συζήτηση. Η συμβουλευτική πρέπει, επίσης, να περιλαμβάνει πληροφορίες, για την σεξουαλικότητα, τις ιδιαιτερότητες του ζεύγους, ως και τις δυσκολίες επικοινωνίας ή σεξουαλικής απειρίας.



### 2.11 Αντισύλληψη μετά τα 40!

Γυναίκες και άνδρες μετά τα 40 εξακολουθούν να είναι γόνιμοι και σεξουαλικά ενεργοί και μάλιστα οι μισές γυναίκες μπορούν να μείνουν έγκυες μέχρι την 5<sup>η</sup> δεκαετία της ζωής τους. Οι κίνδυνοι, όμως, εγκυμοσύνης και του τοκετού σε αυτή την δεκαετία της γυναίκας, είναι 50 φορές μεγαλύτεροι από εκείνων των γυναικών, από 20-30 χρόνων. Μετά τα 40 υποβόσκουν στις γυναίκες χρόνια νοσήματα όπως η υπέρταση, ο διαβήτης και τα καρδιακά νοσήματα που σε περίπτωση εγκυμοσύνης θέτουν σε κίνδυνο την ζωή της γυναίκας. Πριν και μετά τον τοκετό υπάρχουν αυξημένοι κίνδυνοι αιμορραγιών. Οι κίνδυνοι να γεννηθούν παιδιά με γενετικές ανωμαλίες είναι επίσης πολλαπλάσιοι εκείνων των



νέων γυναικών, ενώ η περιγεννητική θνησιμότητα είναι μεγάλη.

Οι γυναίκες που φτάνουν τα 40 «αφήνονται» απροστάτευτες σεξουαλικά και έχουν την ψευδαίσθηση ότι «τώρα πια», μετά από τόσα χρόνια που πέρασαν από τότε που έκαναν τα παιδιά τους ή χρησιμοποιούσαν αντισυλληπτικά, ήρθε ο καιρός να ελευθερωθούν. Μεγάλο λάθος, διότι ναι μεν η γονιμότητα αρχίζει να εκπίπτει μετά τα 35, αλλά μεταξύ 40-45 ετών οι μισές γυναίκες μπορούν να συλλάβουν. Δεν είναι περίεργο, επομένως, να βλέπουμε οι άνω των 40, που συλλαμβάνουν να προτρέχουν με έκπληξη στον γιατρό και ασφαλώς να χαρακτηρίζουν την εγκυμοσύνη «ανεπιθύμητη» και να καταλήγουν στην έκτρωση. Δεν είναι επομένως «άξιον απορίας» ότι, το υψηλότερο ποσοστό εκτρώσεων, πλην της ομάδας ηλικιών 19 ετών και κάτω, αντιστοιχεί στις ηλικίες 40-44 ετών.

Η επιλογή της κατάλληλης αντισυλληπτικής μεθόδου δεν είναι εύκολη διότι θα πρέπει να συνεκτιμηθούν σημαντικοί παράγοντες, όπως είναι «η υγεία της γυναίκας» διότι π.χ. γυναίκες μετά τα 40 με υπέρταση, διαβήτη, ιστορικό καρδιαγγειακής νόσου, καπνίστριες και υπέρβαρες δεν πρέπει να χρησιμοποιήσουν μεθόδους ορμονικής αντισύλληψης. Η ανεξήγητη κολπική αιμόρροια θα πρέπει να διερευνηθεί, διότι μπορεί να αποτελεί σύμπτωμα ενδομητρίου ή ωοθηκικού καρκίνου, παθήσεων οι οποίες, στατιστικά, είναι συχνότερες όσο η γυναίκα πλησιάζει την εμμηνόπαυση. Οι άνδρες, επίσης, παίζουν σημαντικό ρόλο βοηθώντας τις συντρόφους τους στην επιλογή ή εφόσον αποδέχονται οι ίδιοι την χρησιμοποίηση κάποιας ανδρικής

μεθόδου, όπως είναι το προφυλακτικό, η στείροποίηση ή η μέθοδος του ρυθμού και ακόμη η διακοπή της συνουσίας ή αποτράβηγμα του ανδρός. Είναι γνωστό ότι οι δύο τελευταίες μέθοδοι έχουν χαμηλό ποσοστό επιτυχίας, αλλά για πολλά ζευγάρια αποτελούν την μόνη αποδεκτή προφύλαξη από την εγκυμοσύνη.

Η περι-εμμηνοπαυσιακή γυναίκα επιλέγει συνήθως μόνιμες μεθόδους όπως είναι η στείροποίηση, χειρουργική απολίνωση των σαλπίγγων, εφόσον έχει συμπληρώσει τον αριθμό των παιδιών της. Στην Ελλάδα η επιλογή αυτή είναι περιστασιακή και σπάνια, ενώ στην υπόλοιπη Ευρώπη και στην Αμερική το 47% των γυναικών 40-44 ετών επιλέγουν την στείροποίηση, η οποία φαίνεται να προφυλάσσει την γυναίκα από καρκίνο των ωοθηκών.

## 2.12 Αντισύλληψη στην Ελλάδα

Η Ελλάδα έχει ένα από τους χαμηλότερους δείκτες κατανάλωσης αντισυλληπτικών δισκίων στην Ευρώπη.

Από πρόσφατα στατιστικά στοιχεία πωλήσεων συμπεριλαμβανομένου και του Gynofen-35, ο δείκτης εξακολουθεί να παραμένει χαμηλός, της τάξεως 2,4% και συγκεκριμένα το 1997 έγιναν 855.805 πωλήσεις, το 1998 856.618 και το 1999 864.466. Εάν συγκρίνουμε τον αριθμό πωλήσεων μεταξύ των ετών 1994-1998 υπάρχει φθίνουσα πορεία του 14,3%.

Είναι, επίσης, ενδιαφέρον να συγκριθεί το 2,4% της Ελλάδας, με το μέσο όρο αποδοχής του χαπιού στην Ευρώπη που είναι 24,3%. Έχουμε τον 3<sup>ο</sup> μικρότερο δείκτη αποδοχής

μεταξύ των Ευρωπαϊκών χωρών, όπου ο χαμηλότερος είναι 0,9% και αντιστοιχεί στην Ρωσία και ο υψηλότερος 47,1% της Ολλανδίας.

Η κατανάλωση ενδομήτριων σπειραμάτων είναι επίσης πολύ σταθερή και πολύ μικρή, της τάξεως των 30.000 κάθε χρόνο.



# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

# ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ

Η περιέργεια πάντοτε αποτελούσε αποκλειστικό προνόμιο του ανθρώπινου νου, ενώ έμφυτη ήταν η διάθεσή του να μαθαίνει, να γνωρίζει τα πράγματα και τον κόσμο. Ο άνθρωπος, λοιπόν, ανέκαθεν αναζητούσε την περιπέτεια της γνώσης, με απώτερο σκοπό την λύτρωση από την αρρώστια της άγνοιας και της νέκρωσης του πνεύματος, πάντοτε όμως, ακολουθώντας την σεμνότητα και την μετριοφροσύνη. Ή τουλάχιστον αυτό το παράδειγμα όφειλε να ακολουθήσει.

Ο άνθρωπος, όμως, από τη φύση του έχει μια τάση έπαρσης, υπερβολής και εγωισμού, με αποτέλεσμα πολλές φορές να σαστίζει και να παίρνει «λάθος δρόμο» προς την γνώση και πληροφόρηση. Ο πιο μισητός, μάλιστα, εχθρός της γνώσης και της σωστής πληροφόρησης του κοινού πάντα αποτελούσε η παραπληροφόρηση, καθιστώντας έτσι ανέφικτη την συμμετοχή των ατόμων στον κόσμο της γνώσης. Η σωστή, λοιπόν, και επαρκής πληροφόρηση του κοινού πάνω σε μείζονα θέματα της ανθρωπότητας, θεμελιώνεται στις βασικές αρχές της αλήθειας και γνώσης, που οφείλει κάθε άνθρωπος να αφομοιώνει κατά την εξέλιξή του, μέσα στο πέρασμα του χρόνου.

## **-ΕΛΕΓΧΟΣ ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ-ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΝΕΩΝ**

Τα νεαρά άτομα ηλικίας 15-19 ετών ανέρχονται σε ένα δισεκατομμύριο και αποτελούν το 1/5 του παγκόσμιου πληθυσμού. Σύμφωνα με ανακοίνωση της Δημόσιας Σχολής Υγείας του Πανεπιστημίου Johns Hopkins, 15 εκατομμύρια νεαρά κορίτσια κάτω των 20 ετών τεκνοποιοούν κάθε χρόνο, αριθμός που αντιστοιχεί στο 20% όλων των γεννήσεων διεθνώς.

Η γονιμότητα σε αυτή την ομάδα ηλικιών 15-19 ετών, έχει σημαντικές διαφορές από χώρα σε χώρα. Σε αναπτυσσόμενες χώρες το ποσοστό γεννητικότητας είναι μεγαλύτερο και όπως είναι φυσικό οι περισσότερες εγκυμοσύνες είναι ανεπιθύμητες.

Παρ' ότι σήμερα περισσότερο από ποτέ οι γυναίκες γνωρίζουν τις σύγχρονες αντισυλληπτικές μεθόδους, εξακολουθεί να υπάρχει ένα τεράστιο χάσμα ανάμεσα στη διάθεση και τη χρήση. Τα ταμπού, η ελλιπής ενημέρωση και γνώση των γυναικών για το σώμα τους αλλά και η έλλειψη αυτονομίας στον καθορισμό του οικογενειακού προγραμματισμού είναι τα κυριότερα εμπόδια.

Η έκτρωση θεωρείται δυστυχώς ως μια αποδεκτή, για να μην πούμε ως κυριότερη μέθοδος αντισύλληψης σε πολλές χώρες. Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας το ποσοστό των θανάτων που οφείλονται σε επικίνδυνες εκτρώσεις ανέρχεται στο 13% της συνολικής μητρικής θνησιμότητας διεθνώς-περίπου 80.000 θάνατοι ετησίως. Αυτοί οι θάνατοι θα μπορούσαν να είχαν αποφευχθεί με την

διασφάλιση της δυνατότητας πρόσβασης των γυναικών στην πληροφόρηση και σε κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού, όπως επίσης και με την κατάλληλη αντιμετώπιση των επιπλοκών της έκτρωσης.

Αρκετές χώρες ανέλαβαν δράση γι' αυτό το θέμα όπως, η Ρωσία, η Ινδία, η Νέα Ζηλανδία, όπου διανέμονται δωρεάν 2 ποικιλίες αντισυλληπτικών χαπιών. Επιπλέον είναι εξίσου αναγκαίο να αναγνωριστεί η αναγκαιότητα της αύξησης της συμμετοχής των ανδρών στην αναπαραγωγική υγιεινή φροντίδα και στον οικογενειακό προγραμματισμό καθώς και η αναγκαιότητα εξάλειψης της πλάνης ότι πρόκειται κυρίως για γυναικεία προβλήματα.



- ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ ΤΟΥ ΕΦΗΒΙΚΟΥ ΚΟΙΝΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ  
ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ (ΕΠΑΡΚΗΣ Η ΟΧΙ, ΗΛΙΚΙΑ) ΚΑΙ ΤΟ  
SEX.

- ΓΙΑΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΠΡΟΤΙΜΑΤΕ ΤΗΝ  
ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ ΑΠ' ΤΗΝ ΕΚΤΙΨΩΣΗ;

### 3.1 Τι είναι η εφηβεία;

Σύμφωνα με τον ορισμό της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (WHO) η <<εφηβεία>> περιλαμβάνει ,ηλικίες μεταξύ 10 και 19 ετών. Ακόμα μεταξύ 15-24 ετών αναφέρονται ως <<νέοι (youth) >>. Ενώ οι έφηβοι και οι νέοι αποτελούν ιδιαίτερη ομάδα (10-24 ετών) με την ονομασία <<νεαρά άτομα>> (Young people).

Τι χαρακτηρίζει την εφηβεία:

1. Ταχεία σωματική αύξηση και ανάπτυξη.
2. Σωματική, κοινωνική και ψυχολογική ωριμότητα διαχρονικά.
3. Σεξουαλική ωριμότητα και ξεκίνημα σεξουαλικής δραστηριότητας.
4. Δοκιμή εμπειριών για πρώτη φορά.
5. Συχνή έλλειψη γνώσεων και δεξιοτήτων για υγιείς επιλογές.
6. Τρόπος σκέψης όπου οι άμεσες ανάγκες τείνουν να έχουν προτεραιότητα έναντι μακρόπννων διαδικασιών.



7. Ξεκίνημα συμπεριφορών που μπορούν να γίνουν συνήθειες τρόπου ζωής και να καταλήξουν σε ασθένειες μετά από πολλά χρόνια.

### 3.2 SEX

Το σεξ δεν είναι παιχνίδι. Μπορεί να σημαίνει διαφορετικά πράγματα σε διαφορετικούς ανθρώπους. Μπορεί να είναι έκφραση αγάπης και τρυφερότητας. Μπορεί να είναι κάτι που σε διασκεδάζει όταν γίνεται με τον άνθρωπο που σε ελκύει. Μπορεί να είναι ιερό ή κάτι που γίνεται μόνο μέσα στο γάμο. Για πολλούς το σεξ δεν είναι κάτι σημαντικό. Δεν επιθυμεί ο καθένας να έχει σεξ ή να νομίζει ότι πρέπει να έχει σεξ. Πολλοί άνθρωποι στεναχωριούνται με την ιδέα του σεξ, άλλοι νομίζουν ότι εάν δεν έχουν στερούνται κάτι σημαντικό, ενώ άλλοι που έχουν φοβούνται την εγκυμοσύνη ή τις αρρώστιες που συνδέονται με το σεξ. Το να αποφασίσεις τι σημαίνει το σεξ για σένα, δεν είναι πάντοτε εύκολο. Αλλά, εφόσον γνωρίζεις πώς να το κρατήσεις ασφαλές ( χωρίς επιπτώσεις) είναι κάτι που δεν πρέπει να φοβάσαι καθόλου. Εάν γνωρίζεις τι σημαίνει το σεξ για σένα, τότε μπορεί να είναι κάτι άγριο και συναρπαστικό, κάτι τρυφερό και ρομαντικό και πάνω απ' όλα κάτι ευχάριστο και ανταποδοτικό.

### 3.3 Sex:το σκέφτηκες καλά?

Όχι στην πρόωγη έναρξη της σεξουαλικής ζωής των εφήβων είναι το μήνυμα διαφημιστικής εκστρατείας που θα

ξεκινήσει μέχρι το τέλος του έτους και θα στοιχίσει 2 εκατομμύρια στερλίνες στην Βρετανική κυβέρνηση! Απώτερος στόχος της καμπάνιας αυτής είναι να μειώσει τα ποσοστά εφηβικής εγκυμοσύνης της χώρας, τα οποία είναι από τα υψηλότερα της Ευρώπης, καθώς 90.000 κοπέλες κάτω των 19 ετών μένουν έγκυες κάθε χρόνο. Για τον σκοπό αυτό έχουν δαπανηθεί τα τρία τελευταία χρόνια στην Αγγλία 60 εκατομμύρια στερλίνες, δηλαδή πάνω από 30 δισεκατομμύρια δραχμές.

Η κυβέρνηση θα προσπαθήσει να πείσει τις νεαρές αγγλίδες να μην ενδίδουν εύκολα στις πιέσεις που δέχονται για σεξουαλική επαφή και να τις ενημερώσει για τα προβλήματα που κρύβονται πίσω από την εφηβική εγκυμοσύνη. Επίσης θα υπάρχουν αναφορές στην αντισύλληψη και στα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

Η Υπουργός Δημόσιας Υγείας Yvette Cooper δηλώνει στους Times του Λονδίνου ότι το μήνυμα θα περνάει ξεκάθαρα στις νεαρές Αγγλίδες και πως θα αναρτηθούν στα σχολεία αφίσσες που θα προειδοποιούν: Sex: το σκέφτηκες καλά; ( Sex: Are You Thinking About It Enough?)

Η εκστρατεία αυτή έχει βρεί ποικίλλες αντιδράσεις. Η Diane Lea ( The Family Planning Association) δηλώνει ευτυχής με την απόφαση της κυβέρνησης, πιστεύοντας ότι πρόκειται για μια προσπάθεια καλά οργανωμένη και μελετημένη, που θα επηρεάσει θετικά τους εφήβους.

Από την άλλη πλευρά το συμβουλευτικό ινστιτούτο για θέματα εγκυμοσύνης British Pregnancy Advisory Scheme (BPAS) θεωρεί ότι τα ποσά που δαπανώνται θα ήταν πλέον αποδοτικά, αν χρησιμοποιούνταν σε ενημέρωση σε θέματα

αντισύλληψης, βοηθώντας έτσι τους σεξουαλικά ενεργούς νέους να αποφύγουν την ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη.

### 3.4 Η Άσκηση της Εφηβικής Ιατρικής στην Ελλάδα.

Οι καταβολές της Εφηβικής Ιατρικής στην Ελλάδα είναι σχετικά πρόσφατες. Με εξαίρεση την εφηβική γυναικολογία και παιδοψυχιατρική δεν υπήρχε, μέχρι το 1992, ουδεμία άλλη σοβαρή προσπάθεια για σφαιρική ιατρική αντίληψη στους εφήβους της Χώρας.

Η ίδρυση της Ελληνικής Εταιρείας Εφηβικής Ιατρικής το 1992 οροθετεί και την απαρχή της ουσιαστικής ευαισθητοποίησης στην ιδιαιτερότητα της ιατρικής φροντίδας των εφήβων. Το 1/5 του πληθυσμού της χώρας, που αντιπροσωπεύουν οι έφηβοι, στερείται της αναγκαίας υποδομής για μια σύγχρονη προσφορά υγειονομικών υπηρεσιών.

Ελλιπής εκπαίδευση, έλλειψη ενδιαφέροντος, περιορισμένος χρόνος, μη ικανοποιητική αμοιβή αναφέρονται από τους ιατρούς και είναι οι τέσσερις ουσιαστικότεροι παράγοντες, εμπόδια για την άσκηση της εφηβικής ιατρικής στην Ελλάδα.

Προστίθεται και η ανυπαρξία ιατρείων και θαλάμων αποκλειστικά για τους εφήβους και ακόμα νομοθεσία και διατάξεις που καθιστούν απαγορευτική την άσκηση της εφηβικής ιατρικής σε οργανισμούς και ιδρύματα.

Η εκπαίδευση στην εφηβική ιατρική θεωρείται ελλιπής όχι μόνο στη διάρκεια των σπουδών στην ιατρική σχολή αλλά

και στα χρόνια της ειδικότητας και στην συνεχιζόμενη εκπαίδευση, στον Ελληνικό ιδιαίτερο χώρο.

44% των ιατρών ( παιδίατροι, παθολόγοι, γενικοί ιατροί) θεωρούν την εκπαίδευσή τους ανεπαρκή στην εφηβική ιατρική και μόνο 1/3 του συνόλου των ερωτηθέντων εξέφρασαν την επιθυμία να βελτιώσουν τις γνώσεις τους. Γενικά, το ποσοστό των εφήβων που παρακολουθούν οι παιδίατροι ανέρχεται μόνο στο 21% του συνόλου, ενώ οι παθολόγοι και οι γενικοί ιατροί παρακολουθούν το 42% του εφηβικού πληθυσμού.

Παιδίατροι και παθολόγοι δεν αισθάνονται άνετα να συζητήσουν και να αντιμετωπίσουν μεταξύ άλλων προβλήματα της σεξουαλικότητας, διαταραχές της διατροφής, παχυσαρκία, κατάχρηση ουσιών, να διαγνώσουν έγκαιρα κατάθλιψη ή ψυχιατρικά προβλήματα γενικότερα.

Μεταξύ των θεμάτων τα οποία είναι πρώτα σε ενδιαφέρον για το 85-90% των εφήβων που προέρχονται στον ιατρό, είναι η άσκηση, η ανάπτυξη, τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, η αντισύλληψη, η ακμή και η κατάθλιψη. Το ποσοστό της συζήτησης των θεμάτων αυτών, στην πράξη, ανέρχεται μόνο στο 30% των επισκέψεων.

Προκειμένου να βελτιωθεί η αγωγή υγείας στους εφήβους είναι αναγκαίο όχι μόνο η παροχή των υπηρεσιών να παρέχεται από εκπαιδευμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό αλλά και να υπάρχει εύκολη πρόσβαση, συντονισμός των διαφόρων υπηρεσιών ( ψυχολογικών, κοινωνικών, εργαστηριακών ) και οι υπηρεσίες αυτές να είναι οικονομικώς προσιτές για τους εφήβους και τις οικογένειές τους.

Στην άσκηση της εφηβικής ιατρικής ουσιαστικός είναι ο χώρος του ιατρού που οφείλει να είναι συμβατός με την εφηβεία, η συμπλήρωση του ψυχοκοινωνικού ιστορικού από τον έφηβο, η προσέγγιση του ιατρού, η στάση του βοηθητικού προσωπικού και η εχεμύθεια. Εχεμύθεια είναι απόλυτος εκτός από καταστάσεις που άμεσα αφορούν την ζωή και την ύπαρξη του εφήβου και στις περιπτώσεις αυτές οι γονείς θα ενημερωθούν ανάλογα.

### 3.5 Η Τεχνητή Έκτρωση

Η τεχνητή έκτρωση αποτελεί την πιο απαράδεκτη μέθοδο ρύθμισης του μεγέθους της οικογένειας και γενικότερα της ρύθμισης της γονιμότητας της γυναίκας.

Θα μπορούσε να είναι αποδεκτή επέμβαση, μόνον σαν αποτέλεσμα αποτυχίας εφαρμογής μιας επίσημα αποδεκτής αντισυλληπτικής αγωγής.

Στον τόπο μας κάθε χρόνο γίνονται περίπου 300.000 Τεχνητές Εκτρώσεις κατ' εκτίμηση την τελευταία εξαετία έχει μειωθεί ο αριθμός αυτός.

Δηλαδή σε κάθε τοκετό αντιστοιχούν περίπου 3 από αυτές. Εκτός από τη μεγάλη οικονομική επιβάρυνση, η Τεχνητή Έκτρωση συνδέεται με πολύ σοβαρές ψυχολογικές και σωματικές επιπλοκές. Οι επιπλοκές αυτές περιλαμβάνουν:

1. Άμεσους και πολύ σοβαρούς κινδύνους από τη νάρκωση.
2. Άμεσους και πολύ σοβαρούς κινδύνους που υπάρχουν κατά την επέμβαση, όπως είναι: η διάτρηση της μήτρας, η κάκωση του εντέρου, της ουροδόχου κύστης κ.λπ.

3. Στείρωση. Η επιπλοκή αυτή οφείλεται συνήθως σε φλεγμονές που αποφράσσει τις σάλπιγγες ή καταστρέφει το ενδομήτριο. Η θεραπεία της επιπλοκής αυτής είναι πολύ δύσκολη και πολλές φορές η στείρωση είναι οριστική ( δεν θεραπεύεται). Το γεγονός ότι κάποιες γνωστές σας έχουν κάνει επανειλημμένες εκτρώσεις, χωρίς να πάθουν στείρωση, είναι τυχαίο.

4. Χρόνια φλεγμονή στις σάλπιγγες, η οποία εκτός της στείρωσης προκαλεί χρόνια ενοχλήματα που κάποτε-κάποτε αναζωπυρώνονται και μεταπίπτουν σε οξεία φάση με θορυβώδη συμπτωματολογία.

5. Επανειλημμένες αυτόματες εκτρώσεις (αποβολές), προώρους τοκετούς και αιμορραγίες σε επόμενες επιθυμητές κυήσεις.

Όλες αυτές οι επιπλοκές έχουν σαν αποτέλεσμα την επιβάρυνση της περιγεννητικής νοσηρότητας και θνησιμότητας.

**Πριν αποφασίσετε την τεχνητή Έκτρωση σκεφτείτε ότι:**

- Θα είχατε αποφύγει τη δυσάρεστη αυτή θέση σας, αν εφαρμόζατε μια οποιαδήποτε αποδεκτή αντισυλληπτική μέθοδο. Έντυπο ενημερωτικό υλικό και οδηγίες είναι εύκολο να τα βρείτε στα Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού. Όπου δεν έχουν αρχίσει ακόμα να λειτουργούν Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού, μπορείτε να ζητήσετε συμβουλευτική από τα εξωτερικά Μαιευτικά- Γυν/κά Ιατρεία των Κρατικών νοσ/μείων, τα Κέντρα Υγείας, και τις υπηρεσίες του Π.Ι.Κ.Π.Α. της περιοχής σας.

- Ίσως αυτή η εγκυμοσύνη σας, που ζητάτε να διακόψετε, θα είναι η τελευταία σας ευκαιρία να αποκτήσετε ένα παιδί.

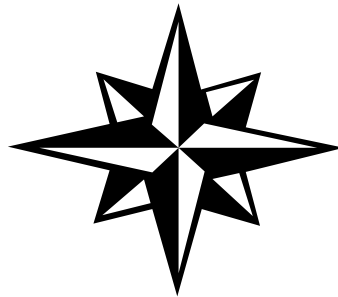
- Η Νομιμοποίηση της τεχνητής έκτρωσης με το Νόμο 1609/86 σας διασφαλίζει όχι μόνο το δικαίωμα να αποφασίζετε εσείς και όπως θέλετε για το αυτό, αλλά κατά κύριο λόγο: να σας καταστήσει ένα υπεύθυνο ενημερωμένο άτομο, ώστε αυτή σας η επέμβαση- εάν τελικά υλοποιηθεί- να είναι η τελευταία.

3.6 Τελευταία στη χρήση αντισυλληπτικών, πρώτη στις εκτρώσεις (Η Ελλάδα).

Στον παρακάτω πίνακα δίνεται το ποσοστό των ερωτικά ενεργών γυναικών που χρησιμοποιούν “ χάπι ” στις ευρωπαϊκές χώρες. Η Ελλάδα, κατέχει, δυστυχώς την τελευταία θέση κι αυτό είναι μια σοβαρή ένδειξη κοινωνικής καθυστέρησης, αφού συνδυάζεται με ένα εξαιρετικά υψηλό αριθμό εκτρώσεων.

<b>ΧΩΡΑ</b>	<b>1995%</b>
<u>Ολλανδία</u>	<u>42,9</u>
<u>Βέλγιο</u>	<u>39,6</u>
<u>Γαλλία</u>	<u>34,6</u>
<u>Πορτογαλία</u>	<u>29,6</u>
<u>Γερμανία</u>	<u>29,4</u>
<u>Σουηδία</u>	<u>27,9</u>
<u>Αγγλία</u>	<u>27,5</u>
<u>Αυστρία</u>	<u>24,1</u>

<u>Ελβετία</u>	<u>23,8</u>
<u>Δανία</u>	<u>22,1</u>
<u>Φιλανδία</u>	<u>20,9</u>
<u>Ιρλανδία</u>	<u>16,5</u>
<u>Ιταλία</u>	<u>14,8</u>
<u>Ισπανία</u>	<u>11,4</u>
<u>ΕΛΛΑΔΑ</u>	<u>2,8</u>





# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

- *ΤΕΡΜΑΤΙΣΜΟΣ ΕΤΚΥΜΟΣΥΝΗΣ – ΑΜΒΛΩΣΗ*
- *ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΙΑΠΛΑΙΑΤΩΤΗΣΗ – ΕΦΗΒΟΙ + ΣΕΧ*

#### 4.1 Η έκτρωση και ο νόμος.

Πρόσφατη ανασκόπηση των νόμων που σχετίζονται με την έκτρωση σε 152 χώρες με πληθυσμό άνω του ενός εκατομμυρίου δείχνει ότι σήμερα το 61% του κόσμου ζει σε χώρες όπου η προκλητή έκτρωση επιτρέπεται χωρίς περιορισμούς ή με ευρεία βάση ενδείξεων, ενώ το 25% σε χώρες όπου ισχύει απόλυτη απαγόρευση. Και σ' αυτές, όμως, τις χώρες επιτρέπεται η έκτρωση όταν κινδυνεύει η ζωή της γυναίκας. Ακόμη και σε χώρες με πολύ φιλελεύθερους νόμους η έκτρωση περιορίζεται σύμφωνα με τις εβδομάδες της κυήσεως.

Η γενικότερη θεώρηση του περί εκτρώσεων νόμων δείχνει να υπάρχει η τάση απελευθερώσεώς των σε διεθνές επίπεδο αντίθετα με ότι συνέβαινε πριν το 1985. Η επίτευξη υπηρεσιών εκτρώσεων επηρεάζεται όχι μόνο από τους υπάρχοντες νόμους στη συγκεκριμένη χώρα, αλλά και από τον τρόπο ερμηνείας ή επιβολής των ή ακόμη από τη θέση της ιατρικής κοινότητας στο πρόβλημα των εκτρώσεων.

## 4.2 Οι εκτρώσεις διεθνώς.

Σε ευρεία πρόσφατη μελέτη του αριθμού και των τάσεων που επικρατούν στις “ νόμιμες εκτρώσεις” διεθνώς, αναδεικνύονται ενδιαφέροντα στοιχεία χρήσιμα σε όσους ασχολούνται με αυτόν τον τομέα. Η μελέτη έγινε από το υλικό των εθνικών ή άλλων επίσημων στατιστικών στοιχείων σε 54 χώρες και υπολογίσθηκε ο δείκτης εκτρώσεων σε κάθε 1000 γυναίκες ηλικίας 15- 44 ετών, για την περίοδο 1975 μέχρι 1996. Ανάμεσα στις 54 χώρες δεν συμπεριλαμβάνεται η Ελλάδα, για τους γνωστούς λόγους ανυπαρξίας επίσημων στοιχείων στην ίδια περίοδο στον τόπο μας.

Το σημαντικότερο ίσως στοιχείο των αποτελεσμάτων είναι η πρόσφατη ταχεία πτώση και συνεχιζόμενη τάση πτώσεως του δείκτη των εκτρώσεων στην Ανατολική και Κεντρική Ευρώπη αλλά και στις χώρες που απαρτίζουν σήμερα τη Σοβιετική Ένωση. Ο δείκτης έπεσε από 28- 47% σε χώρες της Ρωσίας με αξιόπιστα στατιστικά στοιχεία και 18-65% σε άλλες χώρες της Ρωσίας με λιγότερο πλήρη στοιχεία. Οι εκτρώσεις έχουν επίσης περιορισθεί στη Βουλγαρία, Ουγγαρία, Τσεχία και Σλοβενία. Σε αναπτυγμένες χώρες όπως η Δανία, η Ιταλία, η Φιλανδία και η Ιαπωνία έχει ελαττωθεί ο δείκτης σε ποσοστό 40-50%. Σε λίγες μόνο ανεπτυγμένες χώρες ο δείκτης αυξάνει, όπως στον Καναδά, τη Ν. Ζηλανδία και τη Σκωτία.

Μεταξύ των αναπτυσσόμενων χωρών, με αξιόπιστα στατιστικά στοιχεία, η Κίνα, η Ν. Κορέα, η Τυνησία και η

Τουρκία, έχουν τάση ελαττώσεως του δείκτη των εκτρώσεων σε αντίθεση με την Κούβα και το Βιετνάμ όπου ο δείκτης αυξάνει. Γενικότερα, σε γυναίκες άνω των 40 ετών ο δείκτης εκτρώσεων περιορίζεται σε ποσοστό χαμηλότερο του 10%, ενώ στην εφηβεία σημειώνονται οι υψηλότεροι δείκτες. Στις ανεπτυγμένες χώρες με υψηλούς δείκτες εκτρώσεων, επικρατεί η τάση ταχείας ελαττώσεως εφόσον χρησιμοποιούνται σε ευρεία κλίμακα δραστικά αντισυλληπτικά. Η νομιμοποίηση των εκτρώσεων και η παροχή υπηρεσιών, με στόχο τον έλεγχο της γονιμότητας, δεν οδηγεί σε αύξηση του αριθμού των εκτρώσεων όπως εσφαλμένα πιστεύεται.

#### 4.3 Περισσότερες από 150.000 εκτρώσεις κάθε χρόνο στην Ελλάδα.

Οι Έλληνες, δεν αντιμετωπίζουν προβλήματα αναπαραγωγής και σεξουαλικής συμπεριφοράς, κάτι που αποδεικνύεται και από τις περίπου 150.000 εκτρώσεις, που γίνονται κάθε χρόνο στη χώρα μας. Παρά το γεγονός ότι τα τελευταία χρόνια οι εκτρώσεις στην Ελλάδα έχουν μειωθεί, ωστόσο μεγάλος αριθμός εκτρώσεων εξακολουθεί να γίνεται τόσο σε γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας όσο και σε εφήβους. Τα παραπάνω στοιχεία καθώς και άλλα ενδιαφέρονται επιδημιολογικά δεδομένα για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα αλλά και τις μεθόδους αντισύλληψης που χρησιμοποιούνται στην Ελλάδα, παρουσιάσθηκαν από την Β΄ Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών του Αρετাইείου Νοσοκομείου.

Σε ότι αφορά τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, φαίνεται ότι η συχνότητά τους έχει μειωθεί τα τελευταία χρόνια στη χώρα μας. Τα κρούσματα ηπατίτιδας Α και Β έχουν παρουσιάσει σημαντική μείωση τα τελευταία 20 χρόνια, ενώ η ηπατίτιδα C, έπειτα από μια περίοδο έξαρσης την περασμένη δεκαετία, άρχισε σταδιακά να μειώνεται. Το ίδιο ισχύει τόσο για τη σύφιλη όσο και τη γονόρροια. Το AIDS εξακολουθεί να πλήττει μεγάλο αριθμό ατόμων, ιδιαίτερα ανδρών, ενώ ένα μεγάλο ποσοστό γυναικών με ενεργό σεξουαλική ζωή, το οποίο φθάνει ως και το 30% έχει μολυνθεί από τον ιό HPV, ο οποίος προκαλεί τη δημιουργία των οξυτενών κονδυλωμάτων, ωστόσο δεν είναι γνωστό ακόμη το αντίστοιχο ποσοστό για τους άνδρες.

Σε ότι αφορά την αντισύλληψη, η μέθοδος που χρησιμοποιούν οι περισσότερες γυναίκες, είναι η χρήση αντισυλληπτικών χαπιών, με ποσοστό 32%, ακολουθεί η τοποθέτηση ενδομητρίου σπειράματος, με ποσοστό 30%, ενώ η χρήση προφυλακτικού, προτιμάται περίπου από το 15% των γυναικών, Τέλος, το 25% των γυναικών, επιλέγει κάποια άλλη μέθοδο αντισύλληψης. Επίσης, όπως αναφέρεται στην έρευνα, φαίνεται ότι όλο και περισσότερα ζευγάρια, επιλέγουν να τεκνοποιήσουν σε μεγαλύτερη ηλικία, ενώ σημαντική αύξηση παρουσιάζουν οι εγκυμοσύνες που πραγματοποιούνται με τη βοήθεια μεθόδων υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

#### **4.4 Έφηβες: Ομάδα υψηλού κινδύνου για εκτρώσεις**

Σημαντική αύξηση παρουσιάζει ο αριθμός των εφήβων που καταφεύγουν στην έκτρωση προκειμένου να αποφύγουν μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, γεγονός που αποδίδεται τόσο στη μείωση της ηλικίας έναρξης της σεξουαλικής δραστηριότητας όσο και στην έλλειψη σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης. Οι έφηβες υψηλού κινδύνου, είναι συνήθως μεταξύ 16-18 ετών, άγαμες, έχουν δυσκολία πρόσβασης στα Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού και προέρχονται από κατώτερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα. Τα παραπάνω στοιχεία δόθηκαν στη δημοσιότητα σε συνέντευξη τύπου της Εταιρείας Οικογενειακού Προγραμματισμού, με αφορμή τη συμπλήρωση 40 χρόνων κυκλοφορίας του αντισυλληπτικού χαπιού.

Ο πρόεδρος της Εταιρείας, καθηγητής Μαιευτικής - Γυναικολογίας του Πανεπιστημίου Κρήτης κ. Ε. Κουμαντάκης, επεσήμανε ότι ο ανορθόδοξος τρόπος με τον οποίο η Ελληνίδα ελέγχει την αναπαραγωγικότητά της και η έλλειψη προγραμματισμού για τον αριθμό των παιδιών που επιθυμεί να αποκτήσει, οδηγούν σε προκλητές εκτρώσεις με όλες τις πιθανές επιπλοκές τους.

Αυτό έχει σαν συνέπεια τόσο ψυχολογικές και οργανικές βλάβες στην ίδια τη γυναίκα, αλλά και τον αιφνίδιο ανισοσκελισμό μεταξύ γεννήσεων και θανάτων, επιτείνοντας το ήδη σοβαρό δημογραφικό πρόβλημα στη χώρα μας.

Ο Γεν. Γραμματέας της Εταιρείας Οικογενειακού Προγραμματισμού Μαιευτήρας- Γυναικολόγος κ. Ν. Σαλάκος

τόνισε ότι σε πρόσφατη έρευνα στις Η.Π.Α., το 40% της εφηβικής εγκυμοσύνης αφορούσε νεαρές κάτω των 17 ετών. Από αυτές 30% καταλήγουν σε έκτρωση και 14% αποβάλουν. Το 40% των εφήβων που έκαναν διακοπή κύησης, στατιστικά θα προβούν και σε δεύτερη, ενώ αξίζει να σημειωθεί ότι το 75% των κυήσεων στην εφηβεία ήταν ανεπιθύμητες.

Τα στοιχεία αυτά αποδεικνύουν ότι υπάρχει έλλειψη ενημέρωσης σε μεθόδους αντισύλληψης ή λαθεμένη επιλογή μεθόδου. Επεσήμανε μάλιστα ότι οι αντισυλληπτικές μέθοδοι που πρέπει να χρησιμοποιήσουν οι έφηβοι διαφέρουν από εκείνες των ενηλίκων.

Θα πρέπει όμως να επισημάνουμε ότι γυναίκες με βεβαρημένο ιατρικό ιστορικό, όπως με θρομβοφλεβίτιδα, όγκους στο στήθος, υπερβολικά παχύσαρκες ή με καρδιολογικά προβλήματα δεν θα πρέπει να χρησιμοποιούν το χάπι.

#### 4.5 Σεξουαλική διαπαιδαγώγηση. Προϋποθέσεις για την εφαρμογή της.

Στην εποχή της πληροφορικής, η κοινωνική δραστηριότητα επηρεάζεται από τον τρόπο διάδοσης πληροφοριών. Αυτό αφορά και την σεξουαλική δραστηριότητα. Σε πολλές περιπτώσεις, ιδιαίτερα στην συγκεκριμένη, εξακολουθεί να θεωρείται ταμπού ενώ η πληροφορία μπορεί να φτάσει τον αποδέκτη είτε ατελής, είτε διαστρεβλωμένη. Για τον λόγο αυτό προβάλλει επιτακτική η ανάγκη σωστής ενημέρωσης, ιδιαίτερα στους νέους. Το πρόβλημα της πληροφόρησης εστιάζεται σε δύο κυρίως

θέματα: 1) Τι είδους πληροφορίες θα πρέπει να παρέχουμε; 2) ποιος θα αναλάβει αυτό το δύσκολο έργο; Κατά την γνώμη μας , όσο αφορά το πρώτο ερώτημα , η προσπάθεια θα πρέπει να επικεντρωθεί σε θέματα που αφορούν την ανατομία, την λειτουργία του γεννητικού συστήματος , την υγιεινή την αντισύλληψη , τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και ποιο λειτουργικά τις ανθρώπινες σχέσεις και την επικοινωνία και την σεξουαλική δραστηριότητα. Ως προς το δεύτερο θέμα , τα άτομα που θα αναλάβουν το δεύτερο θέμα , τα άτομα που θα αναλάβουν αυτό το έργο θα πρέπει να έχουν καλή γνώση του αντικειμένου και να είναι σε θέση να παρέχουν αντικειμενική ενημέρωση χωρίς προσωπικές δοξασίες, υποκειμενικές εξηγήσεις , απαγορεύσεις η προτροπές. Μέσω ενός προγράμματος σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης , το οποίο θα έχει πολλαπλές προεκτάσεις και αποτελέσματα μπορεί να επιτευχθεί αυτό που για την κάθε χώρα αποτελεί κύριο στόχο, π.χ. η πρόληψη ενός τεράστιου αριθμού εκτρώσεων, ο έλεγχος της γονιμότητας , η βελτίωση της επικοινωνίας και η ποιο ορθολογική κατανομή του κοινωνικού περιβάλλοντος.

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Αποτελεί ένα χαρακτηριστικό πρόβλημα της εποχής μας 'όχι η έλλειψη πληροφόρησης γιατί <<βομβαρδιζόμαστε>> από κάθε είδους πληροφόρησης , αλλά το πώς θα φτάσει αυτή η πληροφόρηση στο άτομο- αποδέκτη, για να μπορέσει αυτό να την ταξινομήσει και να την εφαρμόσει. Έχουμε λοιπόν σήμερα πρόβλημα ως προς την παροχή της πληροφόρησης, ως προς τον τρόπο πληροφόρησης , στο πώς θα φτάσει αυτή η παραπέρα , ελλιπής ή



διαστρεβλωμένη. Γιατί σαφώς με αυτόν τον τρόπο επηρεάζεται το κοινωνικό γίνεσθαι.

Η παρούσα εργασία ασχολείται με την πληροφόρηση και συγκεκριμένα με την ενημέρωση – διαπαιδαγώγηση των νέων πάνω σε ένα θέμα ταμπού: την σεξουαλικότητα.

Και επειδή το θέμα είναι πολύπλευρο και μεγάλης έκτασης , θα επικεντρώσουμε την παρουσίαση πάνω στην σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των εφήβων και βασικά στο τι θα έπρεπε κατά την γνώμη μας αυτή να συμπεριλαμβάνει από πλευράς θεμάτων , καθώς και στο ποιες προϋποθέσεις πρέπει να θεωρηθούν δεδομένες για την εγκυψη ποιότητας ως προς την παροχή της διαπαιδαγώγησης .

### ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ

Βασική προϋπόθεση για την εφαρμογή της είναι η επίγνωση της αναγκαιότητας της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης στους νέους . Αυτό το θέμα βρίσκει έκφραση και στον ελληνικό ημερήσιο τύπο. Ενδεικτικά αναφέρονται μερικά δημοσιεύματα , που αποδίδουν τη διάσταση του προβλήματος

Ο ελληνικός τύπος αντανakλά και απηχεί το ζητούμενο και επιθυμητό από ένα μεγάλο μέρος της κοινωνίας μας: την επαρκή και καλύτερη ενημέρωση που <<έλαβαν >> οι γονείς τους .

Το θεωρητικό υπόβαθρο και τα δεδομένα , που έχουν σχέση με την σεξουαλικότητα και τους τρόπους εκδήλωσης της από πρακτικής πλευράς, έχουν συνοπτικά ως εξής :

A) η σεξουαλικότητα θεωρείται αναπόσπαστο τμήμα του γενικότερου <<είναι >> ενός ανθρώπου και συμβάλει στην ισοροπία και στην ολοκλήρωση του .

**Β) η σεξουαλικότητα είναι έκφραση και δυναμική επικοινωνία ανεξάρτητα από το πώς βιώνεται.**

**Γ) ένα μέρος μόνο των νέων θα ήθελε να ενημερώνεται για θέματα σεξουαλικότητας από τους γονείς. Οι γονείς από την πλευρά τους σε ικανό ποσοστό αδυνατούν να παράσχουν ικανού βαθμού πληροφόρησης ή θα προτιμούσαν να αναλάβει κάποιος άλλος φορέας αυτό το έργο.**

**Δ) η τάση των νέων για σεξουαλική ενημέρωση στη χώρα μας αρχίζει γύρω στα 10 με 12 και παρέχεται συνήθως από φίλους. Αυτό βέβαια δεν είναι πρόβλημα μόνο στη χώρα μας, όπως φαίνεται και από μελέτες, π.χ. η Γερμανία.**

**Ε) στην Ελλάδα ο μέσος όρος ηλικίας, όπου έχει σημειωθεί η πρώτη σεξουαλική επαφή (για τις μεγάλες πόλεις) η ηλικία ως τα 18.**

**Στ) στη χώρα μας έχουμε ένα δυσανάλογα υψηλό, για τον πληθυσμό, ποσοστό διακοπών κύησης το χρόνο. Από αυτές το 9% αφορά κοπέλες ως τα 18 χρόνια.**

**Από όλα τα παραπάνω επιγραμματικά στοιχεία γίνεται σαφές, ότι είναι δεδομένη η αναγκαιότητα για πιο συστηματική διαπαιδαγώγηση ειδικότερα των νέων, σε θέματα σεξολογίας. Η αναγκαιότητα αυτή γίνεται επιτακτική και επιβεβλημένη, και από θεωρητική-φιλοσοφική σκοπιά, θεώρησης του θέματος, αλλά και από πρακτική, όπως συνάγεται από τα δεδομένα που προαναφέρθηκαν.**

**Η εφηβική ηλικία είναι μια μεταβατική περίοδος, όπου το σώμα αλλάζει και η σεξουαλικότητα αρχίζει να αναπτύσσεται πιο έντονα από πριν. Πολλές ανησυχίες, ανασφάλειες και ερωτήματα δημιουργούνται, που περιμένουν απάντηση, ενημέρωσης. Μια νέα αίσθηση για το γένος, το φύλο, τον**

ρόλο αρχίζει να γίνεται αισθητή. Ως το πιο βασικό ερώτημα σε αυτή την ηλικία προβάλλει το: «είναι φυσιολογικό αυτό που μου συμβαίνει;».

Το βασικό, λοιπόν, μήνυμα για το αγόρι και το κορίτσι στην εφηβική ηλικία είναι να μάθει, να νιώσει άνετα σε ότι αφορά θέματα που έχουν σχέση με την ανατομία και λειτουργία του σώματός του, τον βιολογικό του προορισμό. Χρειάζεται λοιπόν ανοικτή επικοινωνία με το παιδί-έφηβο, για να μπορέσει να λειτουργήσει αυτό πιο άνετα. Όπου έχει «διακοπεί» η επικοινωνία, κατακάθονται ταμπό, προκαταλήψεις και το επακόλουθο μπορεί να είναι διαταραχές.

#### **ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΗΣΗ**

Τα θέματα που θα έπρεπε να συμπεριλαμβάνει η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση, όπως αναπτύσσονται στη συνέχεια μαζί με την αναγκαιότητα για την ανάπτυξή τους, είναι τα εξής:

**A) ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΩΝ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ**

**B) ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ**

**Γ) ΥΓΙΕΙΝΗ**

**Δ) ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ**

**Ε) ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΑ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ**

**ΣΤ) ΑΝΘΡΩΠΙΝΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ**

#### **4.6 Έφηβοι και σεξ.**

Από όλα τα γεγονότα της ανάπτυξης του εφήβου, το πιο έντονο είναι η αύξηση των σεξουαλικών ορμών και τα νέα και συχνά μυστηριώδη συναισθήματα και σκέψεις που τις

συνοδεύουν. Ένα σημαντικό πρόβλημα, για αγόρια και κορίτσια σε αυτό το στάδιο, είναι να μπορέσουν να εναρμονίσουν την σεξουαλικότητα με τις άλλες πλευρές της αίσθησης του εαυτού που μόλις αναπτύσσεται, χωρίς πολλές συγκρούσεις και άγχος. Στην σύγχρονη κοινωνία, όπου οι ρόλοι των φύλων συνέχεια αλλάζουν και όπου υπάρχει ένα περίεργο κράμα ελευθερίας και σεμνοτυφίας, αυτό δεν είναι και τόσο εύκολο.

Παρ' όλες τις διαφορές μεταξύ τους, κοινά θέματα απασχολούν αγόρια και κορίτσια σχετικά με το σεξ. Θέλουν να ξέρουν για πρακτικά θέματα, όπως ο αυνανισμός, η συνουσία, η σύλληψη και ο έλεγχος των γεννήσεων. Ακόμα πιο σημαντικό, θέλουν να ξέρουν πως θα τοποθετήσουν το σεξ μέσα στα πλαίσια των αξιών τους και πως θα έχουν ικανοποιητικές και εποικοδομητικές σχέσεις με τους άλλους και του ίδιου και του αντίθετου φύλου.

Μέσω, λοιπόν, ενός προγράμματος επιμόρφωσης των νέων σε θέματα σεξουαλικής αγωγής θα μπορούσαν να επιτευχθούν βασικοί στόχοι απαραίτητοι για την χώρα μας και το κοινωνικό σύνολο: η αποτροπή του μεγάλου αριθμού διακοπών κύησης και ο καλύτερος έλεγχος της γονιμότητας, η βελτίωση των σχέσεων επικοινωνίας και η ορθολογικότερη διάπλαση του κοινωνικού μας συνόλου.



# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

**ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ**

**ΜΕΡΟΣ**

## **A. Ορισμός του σεξ από τους φοιτητές**

Τι εννοούμε με την φράση «έκανα σεξ»; Σε πρόσφατο άρθρο του περιοδικού JAMA δημοσιεύθηκε μελέτη που έγινε αιτία να εκδιωχθεί ο παλαίμαχος Διευθυντής Συντάξεως του περιοδικού.

Η μελέτη περιελάμβανε τις απαντήσεις ειδικού ερωτηματολογίου, προς 600 φοιτητές Πανεπιστημίων από 29 πολιτείες της Αμερικής. Στο ερωτηματολόγιο υπήρχε μια σειρά από ερωτήσεις σχετικά με διαφορετικές σεξουαλικές συμπεριφορές. Ερωτήθηκαν οι φοιτητές ποιες από τις καταχωρούμενες συνιστούν κατά την γνώμη τους, σεξ. Τι εννοούσε ο φοιτητικός πληθυσμός με την φράση «έκανα σεξ».

Όλοι σχεδόν απάντησαν ότι ο ορισμός του σεξ είναι η πεοκολπική συνουσία. Ποσοστό 15% απάντησαν ότι η πεοπρωκτική συνουσία δεν συνιστούσε σεξ. Είναι, επίσης, ενδιαφέρον ότι μόνο το 40% των φοιτητών δήλωσε ότι η στοματική επαφή με τα γεννητικά όργανα, συνιστούσε σεξ.

---

---

## **B. Μεθοδολογία Έρευνας**

Η επιλογή του θέματος της πτυχιακής μας εργασίας ήταν κάτι που μας απασχολούσε από την έναρξη της φοίτησής μας στο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης.

Το συγκεκριμένο θέμα, το επιλέξαμε έπειτα από ώριμη σκέψη. Η αλήθεια είναι ότι η αντισύλληψη, η επιλογή της κατάλληλης μεθόδου αντισύλληψης και η πρόληψη μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, πάντοτε αποτελούσε ένα καυτό, επίκαιρο ζήτημα, ιδιαίτερα σε κοινωνίες που τις αποτελούν νεαρά άτομα, όπως είναι μια φοιτητική κοινωνία. Σκεφτήκαμε, λοιπόν, να ερευνήσουμε κατά πόσο γνωρίζουν οι σημερινοί νέοι να προφυλάσσονται κατά την ερωτική επαφή, ερωτώντας τους παράλληλα αν είχαν γευτεί την εμπειρία μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και τις τυχόν αντιδράσεις τους, σε μια τέτοια περίπτωση.

#### Γ. Καθορισμός του πληθυσμού της έρευνας

Έπειτα από σκέψη, καταλήξαμε στο συμπέρασμα ότι η συγκέντρωση του υλικού θα γινόταν μέσω ερωτηματολογίων, που θα απευθύνονταν σε φοιτητές του Τ.Ε.Ι. Κρήτης. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου θα γινόταν με προαιρετική συναίνεση του φοιτητή.

#### Δ. Μέθοδος συλλογής πληροφοριών

Η συλλογή, λοιπόν, των πληροφοριών έγινε μέσω συμπλήρωσης ειδικού ερωτηματολογίου, που περιέχει ερωτήσεις προσωπικής άποψης και γνώσης. Οι απαντήσεις συλλέχθηκαν με την μέθοδο προσωπικής συνέντευξης, σε διάστημα 3 μηνών.



# ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΘΕΜΑ: ΓΝΩΣΗ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ ΚΑΙ  
ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ & ΠΩΣ  
ΕΦΑΡΜΟΖΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ ΑΝΩΤΑΤΟΥ  
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ.

Αριθμός μητρώου: \_\_\_\_\_

Ηλικία: \_\_\_\_\_

Φύλο: Άρρεν \_\_\_\_\_ Θήλυ \_\_\_\_\_

Έτος φοίτησης: \_\_\_\_\_

Σχολή / τμήμα: \_\_\_\_\_

Τόπος καταγωγής: \_\_\_\_\_

Έγγαμος -η: Ναι \_\_\_\_\_ Όχι \_\_\_\_\_

Αριθμός τέκνων \_\_\_\_\_

Επιθυμώ να απαντήσω: Ναι \_\_\_\_\_ Όχι \_\_\_\_\_

1. Κατά την γνώμη σας, είναι αποδεκτές οι προγραμμαίες  
σχέσεις; Ναι \_\_\_\_\_ Όχι \_\_\_\_\_

2. Είναι θεμιτή και αναγκαία η χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων; Ναι\_\_\_\_\_ Όχι\_\_\_\_\_

3. Ποιες αντισυλληπτικές μεθόδους γνωρίζετε;

A) Διακεκομμένη επαφή      ΝΑΙ      ΟΧΙ

B) Αντισυλληπτικά χάπια      ΝΑΙ      ΟΧΙ

Γ) Ενδομήτριο σπιράλ      ΝΑΙ      ΟΧΙ

4. Ποια από τις παραπάνω μεθόδους αντισύλληψης (ερώτηση 3) είναι πιο ασφαλής (κυκλώστε την απάντηση);

A)      B)      Γ)

5. Ποια είναι τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα που μπορούν να προληφθούν με την χρήση του προφυλακτικού (βάλτε X δίπλα από κάθε απάντησή σας);

-AIDS\_\_\_\_\_

-Τοξοπλάσμωση\_\_\_\_\_

-Γονόρροια\_\_\_\_\_

-Σύφιλη\_\_\_\_\_

-Έρπητας\_\_\_\_\_

-Ηπατίτιδα\_\_\_\_\_

-Ουρολοίμωξη\_\_\_\_\_

6. Από ποια ηλικία άρχισε η δική σας σεξουαλική ζωή;

\_\_\_\_\_

7. Πόσους ερωτικούς συντρόφους είχατε τα δύο τελευταία χρόνια (κάντε ένα X);

0- \_\_\_\_\_

1- \_\_\_\_\_

2- \_\_\_\_\_

πάνω από 2- \_\_\_\_\_

8.Είχατε επαρκή ενημέρωση, πριν την πρώτη σας σχέση, για τους τρόπους αντισύλληψης; **\*\*βαθμολογείστε την απάντησή σας με κλίμακα 0-5, όπου:**

0:καθόλου ενημέρωση

1:μη ικανοποιητική ενημέρωση

2:ελλιπής ενημέρωση

3:ικανοποιητική ενημέρωση

4:αρκετά καλή ενημέρωση

5:πλήρη ενημέρωση

9. Έχετε χρησιμοποιήσει αντισυλληπτική μέθοδο; **ΝΑΙ ΟΧΙ**

10. Αν ναι, ποια μέθοδο χρησιμοποιείτε συνήθως (κυκλώστε);

A) διακεκομμένη επαφή και παροδικά προφυλακτικό

B) πάντα προφυλακτικό

Γ) αντισυλληπτικά χάπια

Δ) ενδομήτριο σπιράλ

11. Στην τωρινή προσωπική σας σχέση, ο άνδρας ή η γυναίκα επιδιώκει την χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων;

A) ο άνδρας

B) η γυναίκα

Γ) και οι δύο

Δ) κανένας

12. Είχατε ποτέ εμπειρία ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης (ως ζευγάρι);      ΝΑΙ      ΟΧΙ

13. Εάν ναι, επιλέχθηκε η λύση της άμβλωσης;  
                         ΝΑΙ      ΟΧΙ

14. Εάν σας τύχαινε περίπτωση ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, θα προχωρούσατε στην λύση της άμβλωσης, και γιατί;

ΝΑΙ,

γιατί \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ΟΧΙ,

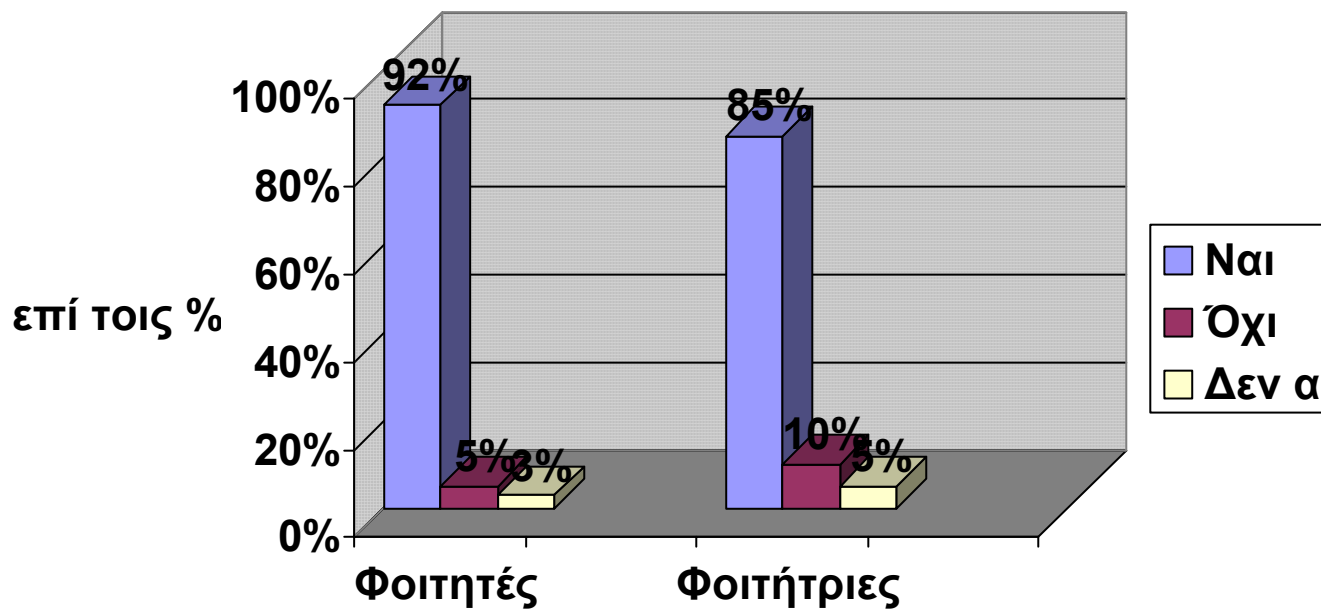
γιατί \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

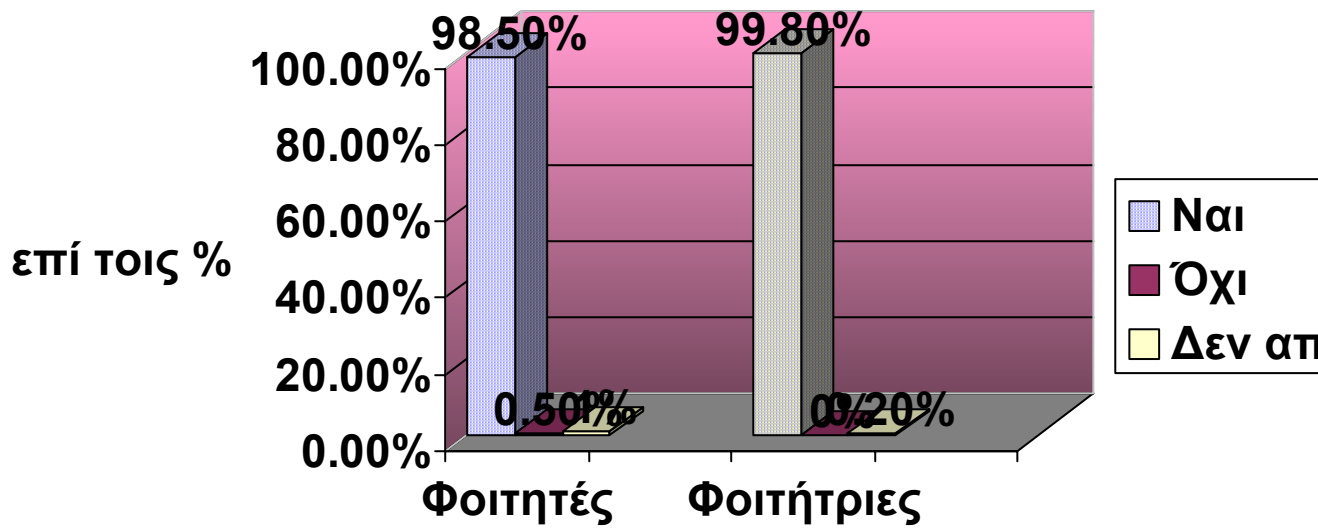
Ευχαριστούμε πολύ για την πολύτιμη συνεργασία σας!!!



ΕΡΩΤΗΣΗ 1: «Κατά την γνώμη σας, είναι αποδεκτές οι προγαμιαίες σχέσεις;»

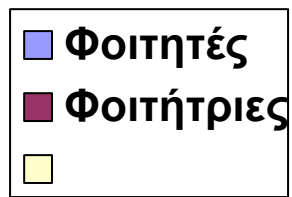


ΕΡΩΤΗΣΗ 2: «Είναι θεμιτή και αναγκαία η χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων;»

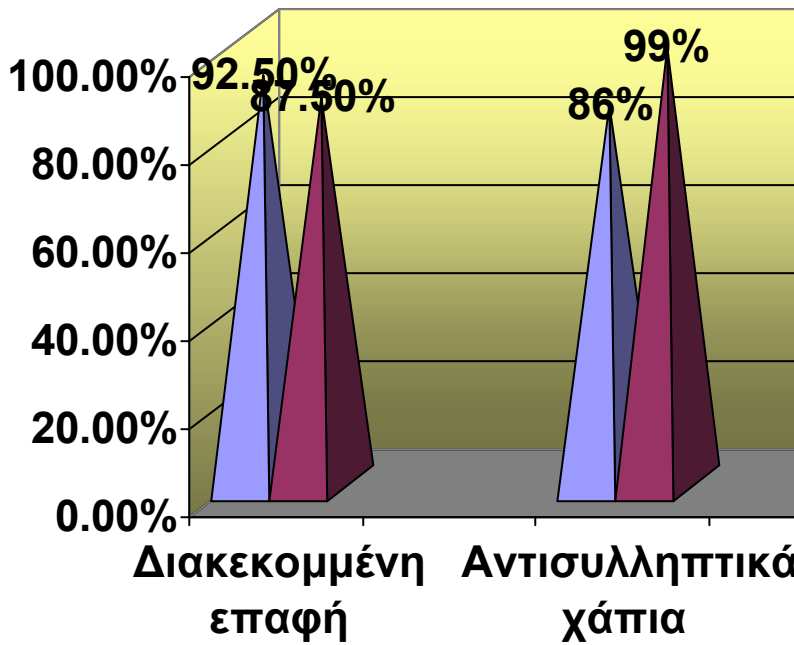


*ΕΡΩΤΗΣΗ 3: «Ποιες από τις παρακάτω αντισυλληπτικές μεθόδους γνωρίζετε;»*

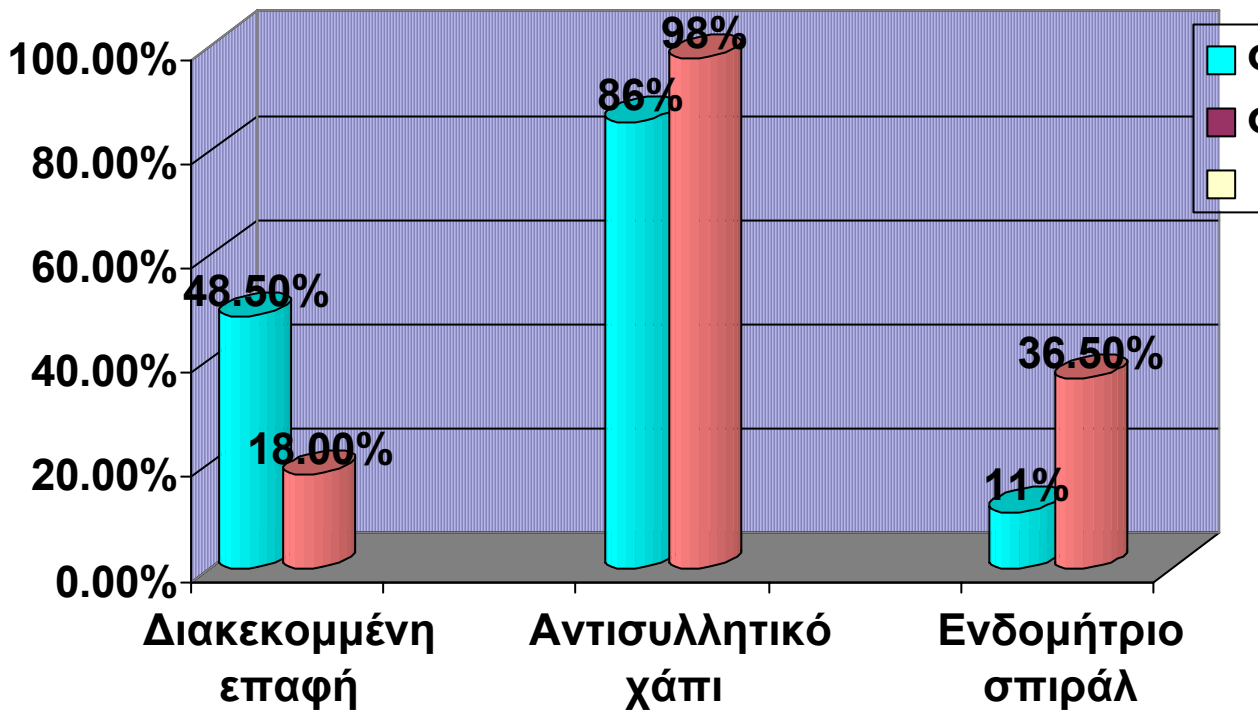
**(διακεκομμένη επαφή, χάπι, ενδομήτριο σπιράλ)**



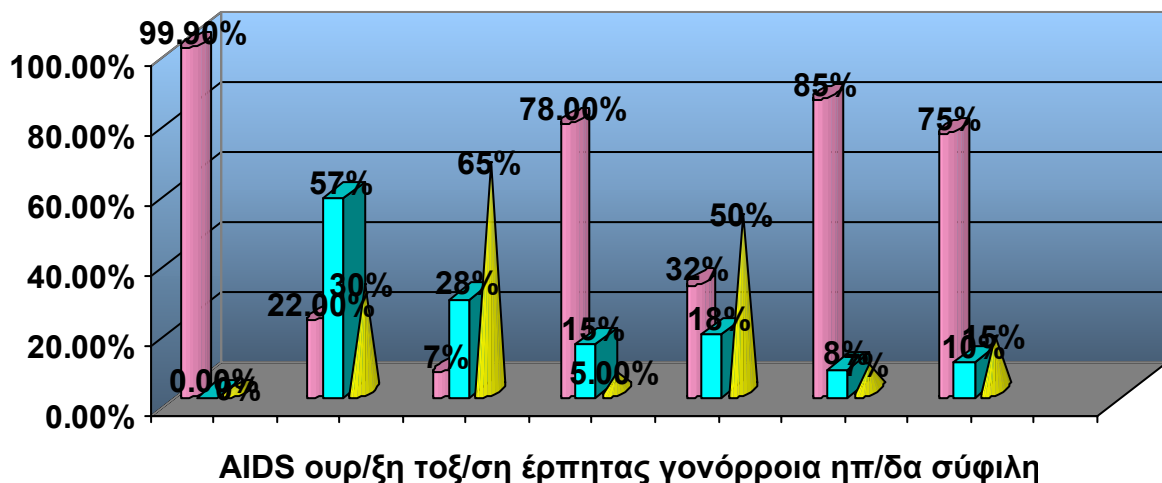
επί τοις %



ΕΡΩΤΗΣΗ 4: «Ποια από τις μεθόδους αυτές, θεωρείτε ότι είναι η πιο ασφαλής;»

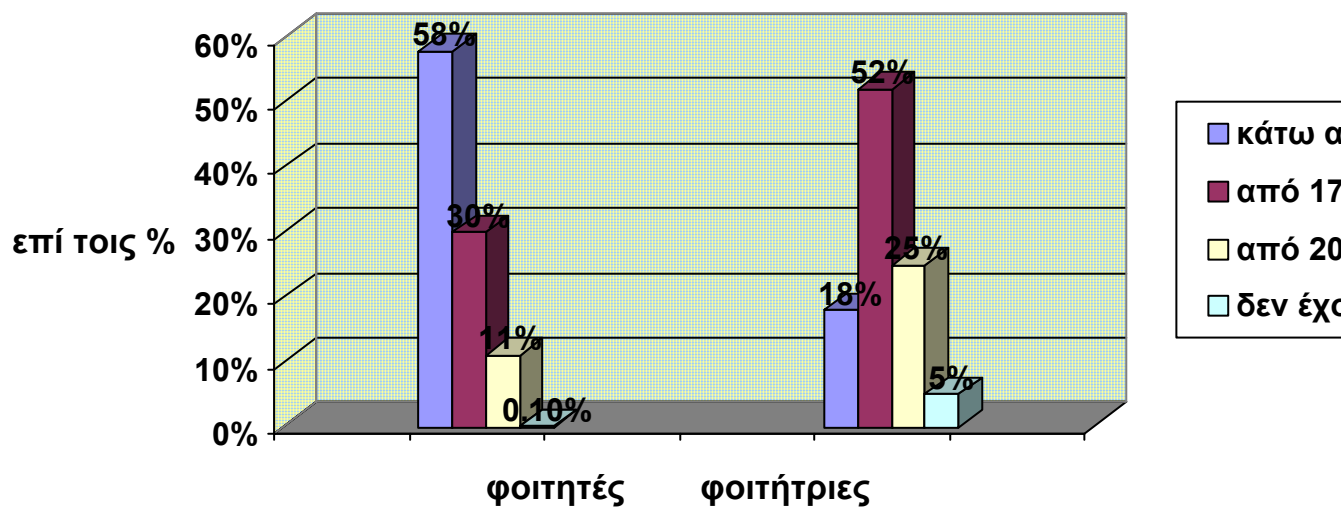


**ΕΡΩΤΗΣΗ 5: «Ποια είναι τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, που μπορούν να προληφθούν με την χρήση του προφυλακτικού;» (AIDS, ουρολοίμωξη, τοξοπλάσμωση, έρπητας, γονόρροια, ηπατίτιδα, σύφιλη)**

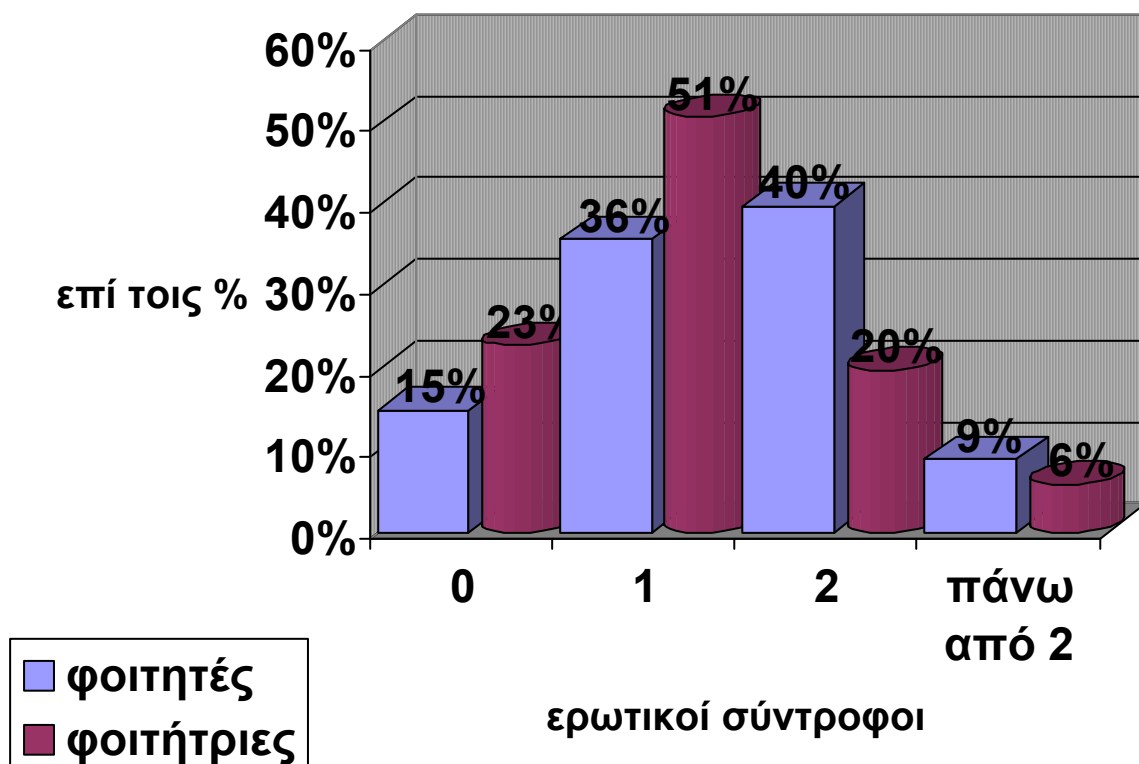


**ΕΡΩΤΗΣΗ 6: « Από ποια ηλικία άρχισε η σεξουαλική σας ζωή;»**

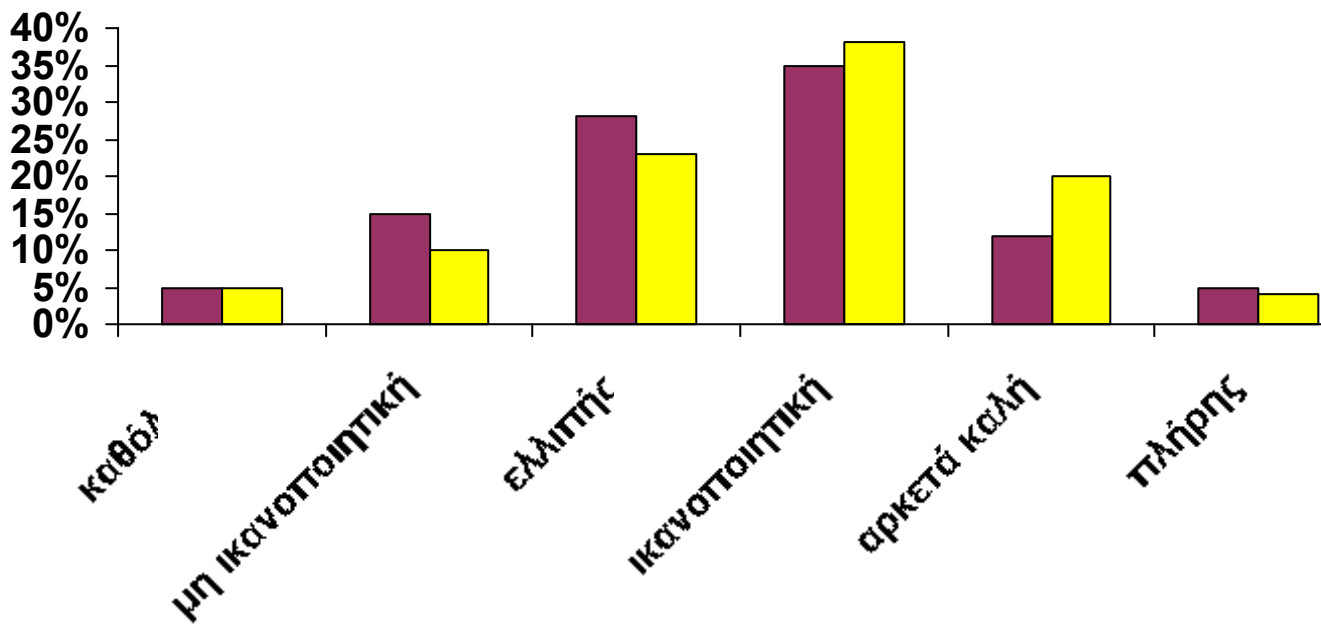




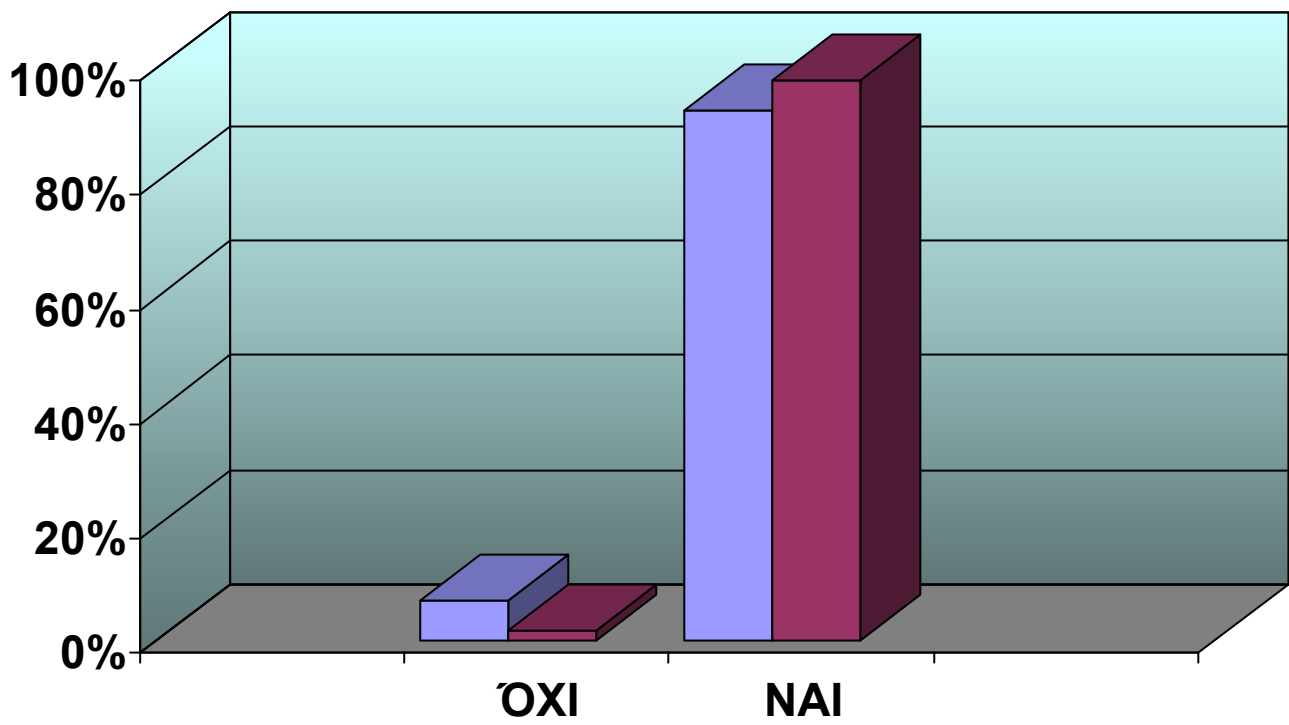
ΕΡΩΤΗΣΗ 7: «Πόσους ερωτικούς συντρόφους είχατε τα τελευταία δύο χρόνια;»



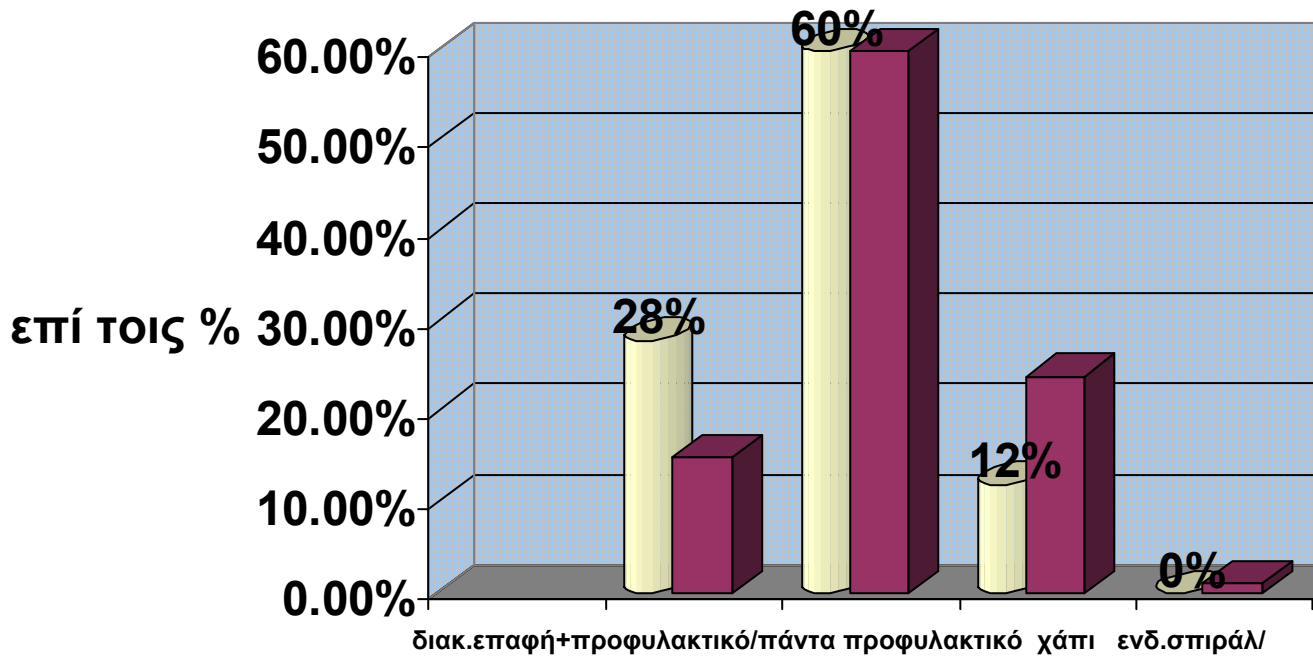
ΕΡΩΤΗΣΗ 8: «Είχατε επαρκή ενημέρωση, πριν την πρώτη σας σεξουαλική επαφή, για τους τρόπους αντισύλληψης;»



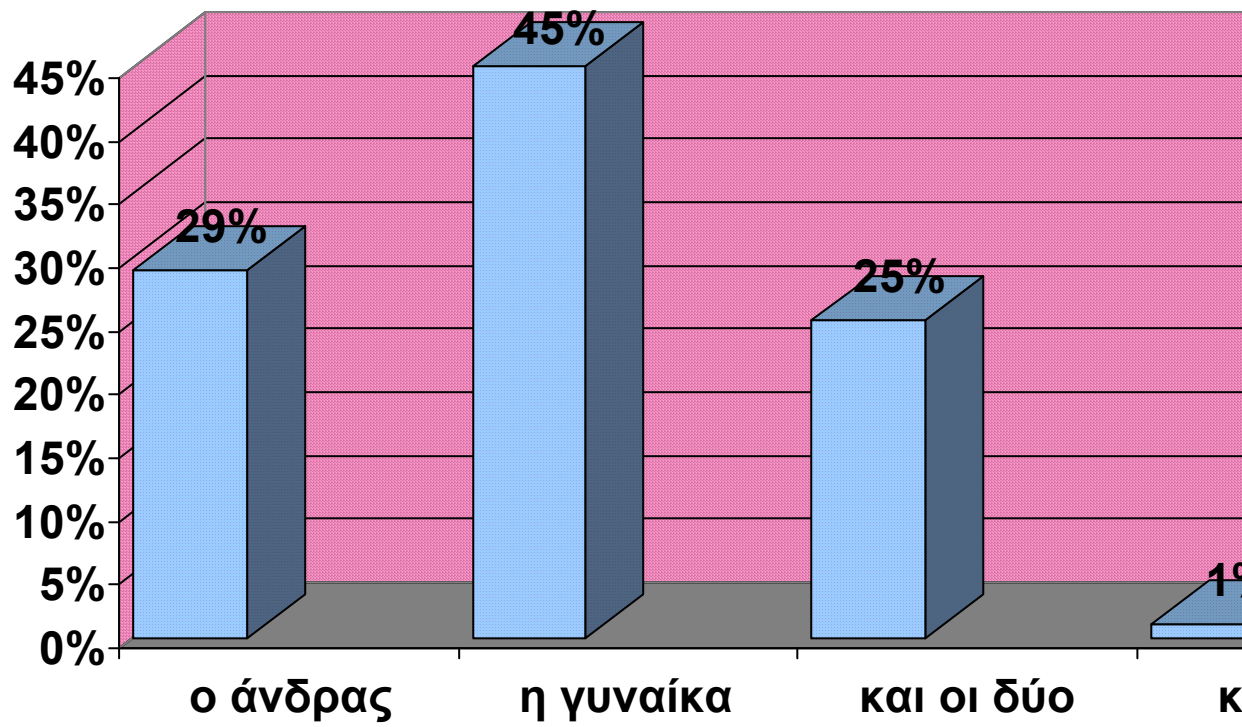
ΕΡΩΤΗΣΗ 9: «Έχετε χρησιμοποιήσει αντισυλληπτική μέθοδο;»



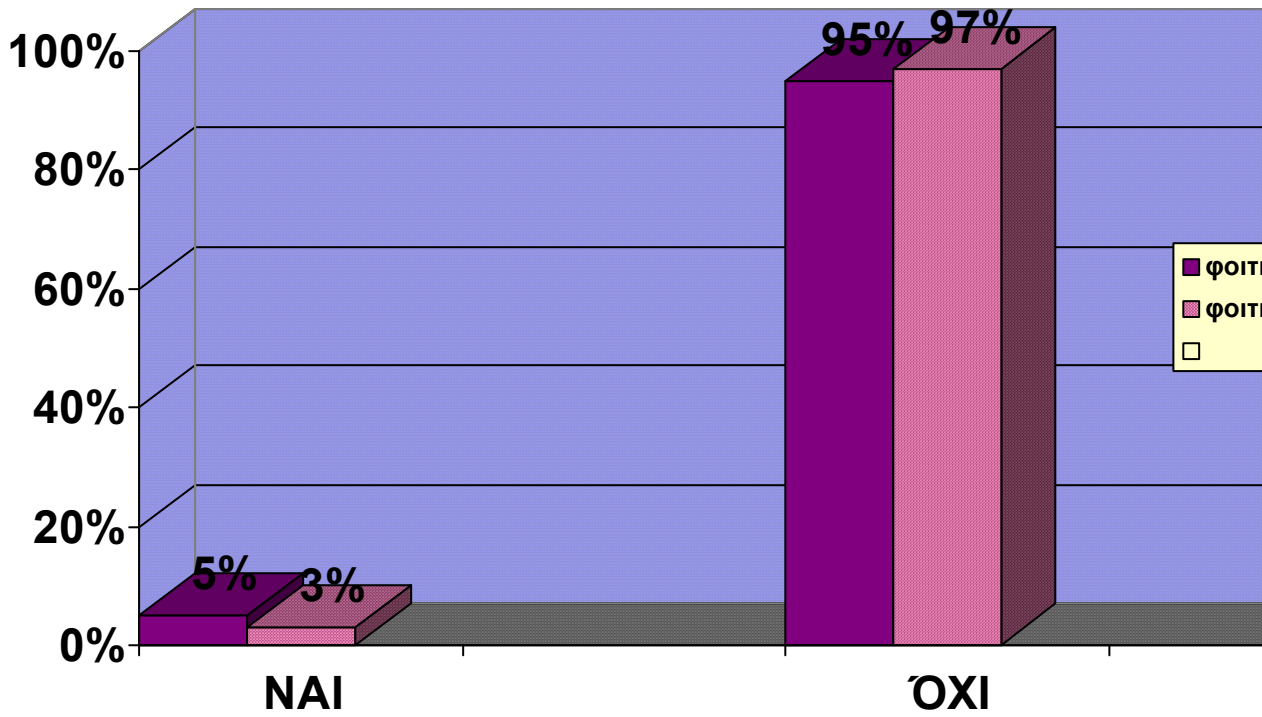
**ΕΡΩΤΗΣΗ 10:** «Αν ναι, ποια μέθοδο χρησιμοποιείτε συνήθως(διακεκομμένη επαφή, πάντα προφυλακτικό, αντισυλληπτικά χάπια, ενδομήτριο σπιράλ);



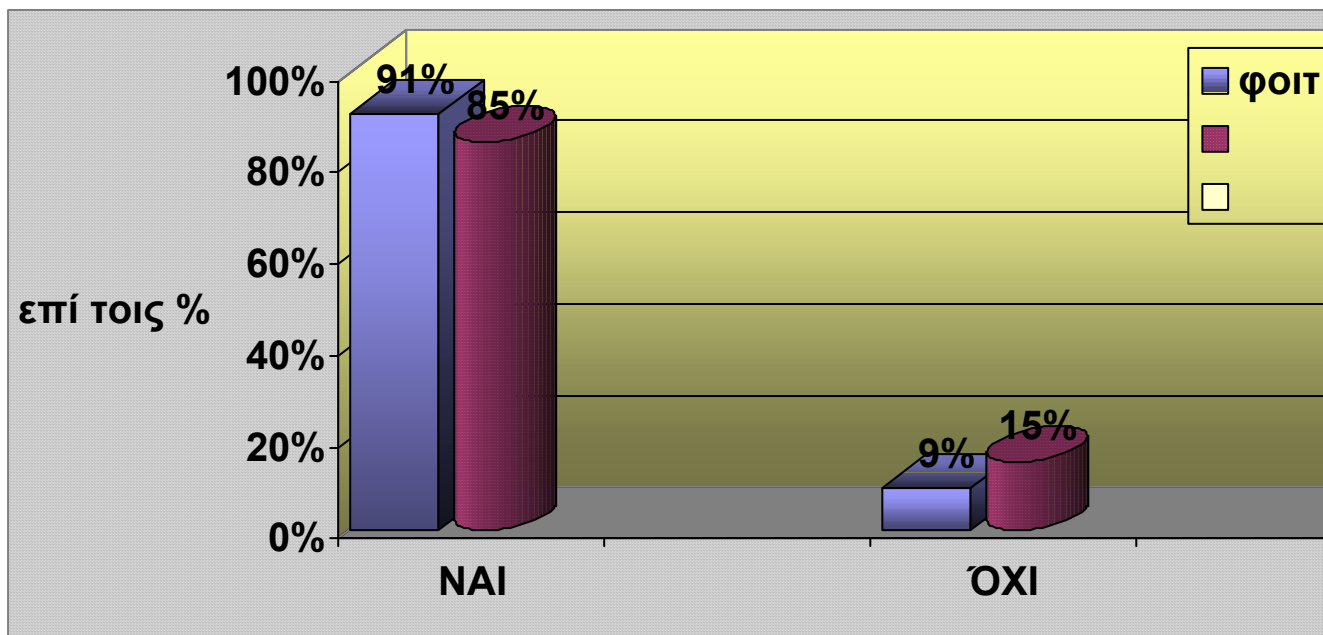
**ΕΡΩΤΗΣΗ 11:** «Στην τωρινή σας σχέση, ο άνδρας ή η γυναίκα επιδιώκει την χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων;»



ΕΡΩΤΗΣΗ 12: «Είχατε ποτέ εμπειρία ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης (ως ζευγάρι);»

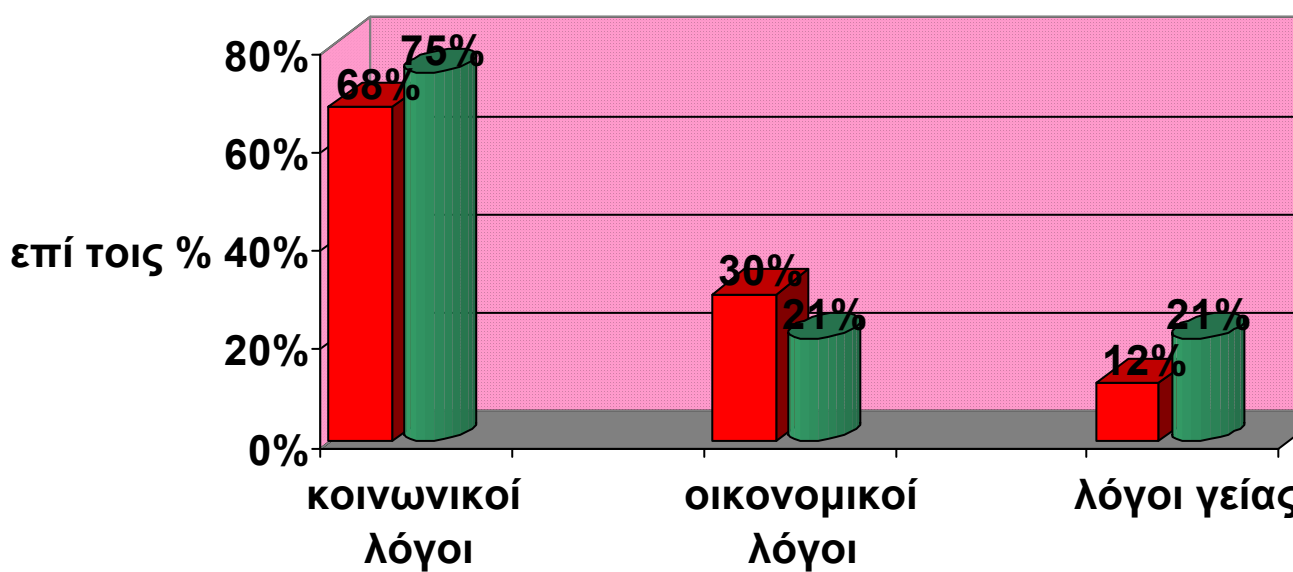


ΕΡΩΤΗΣΗ 13: «Αν ναι, επιλέχθηκε η λύση της άμβλωσης;»

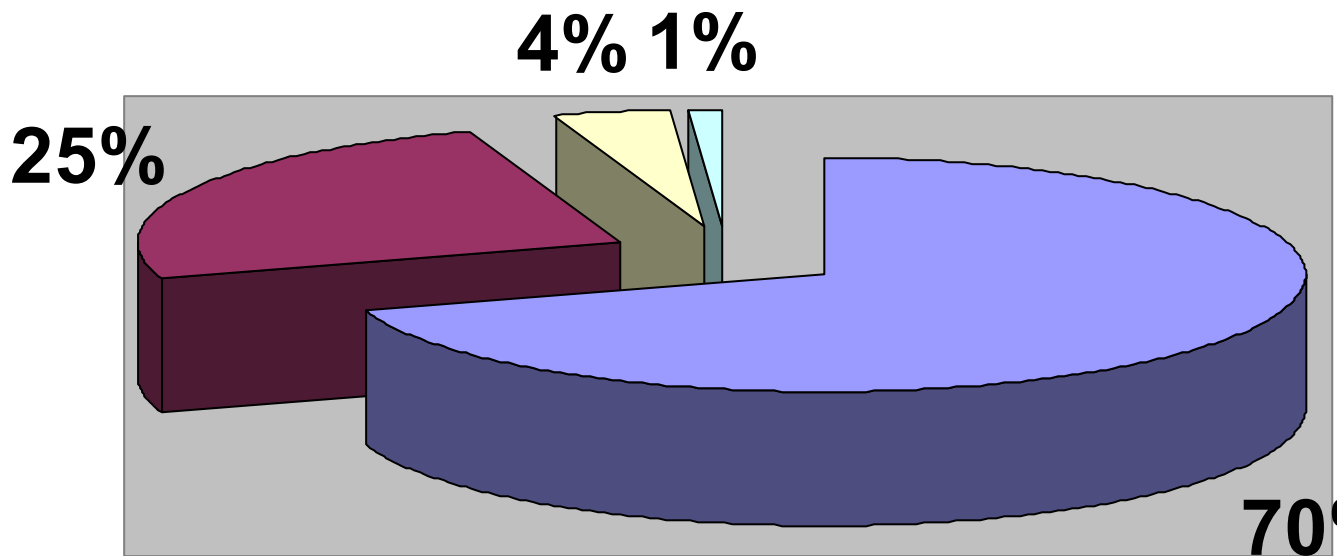


ΕΡΩΤΗΣΗ 14: «Εάν σας τύχαινε περίπτωση ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, θα προχωρούσατε στην λύση της άμβλωσης και γιατί;»

### ΝΑΙ, θα επέλεγα την άμβλωση

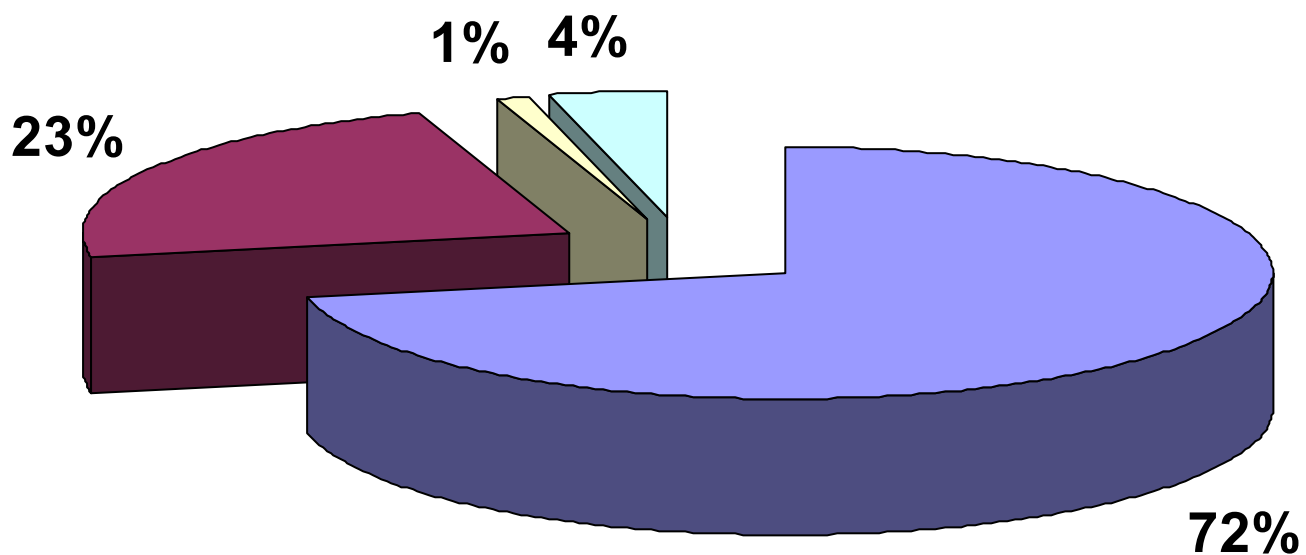


ΟΧΙ, δεν θα επέλεγα την άμβλωση (φοιτη





## ΟΧΙ, δεν θα επέλεγα την άμβλωση(φοιτήτρι



ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ ΜΑΣ, ΠΟΥ ΔΙΕΞΗΧΘΗ ΣΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ, ΣΕ 300 ΠΕΡΙΠΟΥ ΦΟΙΤΗΤΕΣ, ΚΑΤΑΛΗΞΑΜΕ ΣΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

## ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Σχετικά με την έρευνα, η οποία πραγματοποιήθηκε σε δείγμα 300 ατόμων, ηλικίας 18 μέχρι 25 χρονών, με ερωτηματολόγια που συμπληρώθηκαν από τους ίδιους, είχαμε τα παρακάτω αποτελέσματα:

- ✓ Από την ανάλυση δεδομένων παρατηρήσαμε ότι, το μεγαλύτερο ποσοστό των φοιτητών κατατάσσονται υπέρ των προγαμιαίων σχέσεων και θεωρούν αναγκαία και θεμιτή την χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων (μ.ό. 95% των φοιτητών), ενώ ένα πολύ μικρό ποσοστό αντιτίθενται στην άποψη αυτή.
- ✓ Σε σχετική ερώτηση για το αν οι φοιτητές γνωρίζουν την «διακεκομμένη επαφή, το αντισυλληπτικό χάπι και το ενδομήτριο σπιράλ» ως αντισυλληπτικές μέθοδοι διαπιστώσαμε ότι, η ενημέρωσή τους γύρω από τις δύο πρώτες μεθόδους έφτανε σε υψηλό ποσοστό (μ.ό.93%) ενώ, για το ενδομήτριο σπιράλ γνώριζαν ελάχιστοι άνδρες-φοιτητές (23.5%) και μόνο το 53% των γυναικών-φοιτητριών, από τις οποίες (αντισυλληπτικές μέθοδοι) το σύνολο των φοιτητών θεωρεί ότι το αντισυλληπτικό χάπι είναι η πιο ασφαλής αντισυλληπτική προστασία (μ.ό. 90%).
- ✓ Θεωρήσαμε απαραίτητο το ερωτηματολόγιό μας να περιλαμβάνει ερωτήματα που όχι μόνο διερευνούν τις σεξουαλικές δραστηριότητες των φοιτητών, αλλά και που να ελέγχουν το επίπεδο των γνώσεών τους

πάνω σε θέματα, όπως είναι η πρόληψη των ατόμων από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Έτσι, τους απευθύναμε ερώτημα σχετικά με τις γνώσεις τους πάνω στην χρήση του προφυλακτικού και στην πρόληψη από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Διαπιστώσαμε ότι το μέγιστο ποσοστό των φοιτητών γνωρίζει ότι η συγκεκριμένη αντισυλληπτική μέθοδος προλαμβάνει από νοσήματα όπως το AIDS, ηπατίτιδα, έρπητας, σύφιλη, ενώ μικρή ήταν η μερίδα που γνώριζε ότι με την χρήση του προφυλακτικού προλαμβάνεται η γονόρροια. Η ουρολοίμωξη και η τοξοπλάσμωση, είναι νοσήματα που δεν μεταδίδονται σεξουαλικά και επομένως δεν προλαμβάνονται με το προφυλακτικό, όπως πιστεύει το 15% του διερωτηθέντος φοιτητικού πληθυσμού.

- ✓ Η σεξουαλική δραστηριότητα των διερωτηθέντων φαίνεται να ξεκίνησε νωρίς στους άνδρες (59%, στην ηλικία κάτω από τα 17 χρόνια) και στην ενηλικίωση στις γυναίκες (52%, ηλικίας από 17-20). Σχετικά λίγοι ήταν εκείνοι που ισχυρίζονταν ότι δεν είχαν ξεκινήσει ακόμα τις ολοκληρωμένες σχέσεις.
- ✓ Από την έρευνα επίσης φαίνεται ότι οι γυναίκες είναι πιο σταθερές στη σχέση τους απ' ότι οι άνδρες, αφού το 51% αυτών είχε 1 ερωτικό σύντροφο τα τελευταία 2 χρόνια, ενώ μόνο το 36% των ανδρών διατηρούσε μόνο μια ερωτική σχέση το ίδιο διάστημα. Αξιοσημείωτο, επίσης, είναι ότι τα νεαρά άτομα σήμερα αποφεύγουν την συχνή εναλλαγή ερωτικών συντρόφων σε μικρά χρονικά διαστήματα, αφού μόνο

το 7.5% των φοιτητών ισχυρίστηκαν ότι είχαν πάνω από 2 ολοκληρωμένες σχέσεις το 2000-2001.

- ✓ Οι περισσότεροι βέβαια, θεωρούν ότι έχουν ικανοποιητική ενημέρωση γύρω από τους τρόπους αντισύλληψης χωρίς αυτό να είναι αληθινό και αξιόπιστο.
- ✓ Σχεδόν το 100% του φοιτητικού κόσμου παραδέχτηκε ότι έχει χρησιμοποιήσει αντισυλληπτική μέθοδο, με μεγαλύτερη προτίμηση στην χρήση του προφυλακτικού, ως ασφαλέστερη προστασία.
- ✓ Η γυναίκα αποδεικνύεται να είναι η λογικότερη και η πιο προσεκτική των 2 σε μια σχέση, αφού το 45% αυτών παραδέχεται ότι επιδιώκει την χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων, ενώ ο άνδρας φαίνεται να παρασύρεται περισσότερο από το «συναίσθημα» παρά την λογική, εφ' όσον μόνο το 29% «θυμάται να πάρει προστασία».
- ✓ Την εμπειρία ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης (ως ζευγάρι) είχε το 5% των ανδρών και το 3% των γυναικών, ενώ το 90% αυτών παραδέχτηκε ότι επέλεξαν σαν λύση σε αυτό τους το δίλλημα την άμβλωση.
- ✓ Βέβαια το 15% των φοιτητριών που εγκυμονούσε επέλεξαν για διάφορους λόγους να κρατήσουν το παιδί.
- ✓ Τέλος, τοποθετήσαμε τους φοιτητές σε μια υποθετική κατάσταση για το αν θα προχωρούσαν στην λύση της άμβλωσης, σε περίπτωση ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, κατά την οποία:

- ✓ Το 71% των φοιτητών που θα επέλεγαν την έκτρωση, θα το έκαναν για κοινωνικούς λόγους (κατακραυγή του κόσμου, οικογενειακές συγκρούσεις), ενώ το 71% αυτών που δεν θα επέλεγαν την άμβλωση, δε θα το έκαναν περισσότερο για κοινωνικούς, ηθικούς και θρησκευτικούς λόγους.

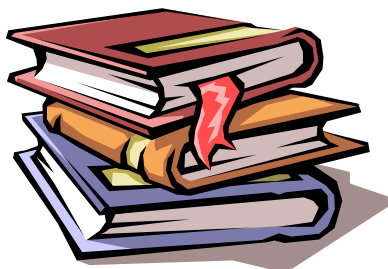
**Η ΑΜΒΛΩΣΗ ΕΙΝΑΙ Η ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΗ ΜΙΑΣ**

**ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΣΥΝΕΠΩΣ**

**ΕΙΝΑΙ ΕΓΚΛΗΜΑ !!!**

# ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- **Μαμπούλου Α. Μιχάλη, «Μαιευτική και Γυναικολογία», University studio Press, Θεσσαλονίκη, 1991.**
- **Παπανικολάου Ν., Παπανικολάου Α., «Γυναικολογία», Επιστημονικές εκδόσεις «Γρηγόριος Παρισιανός», Αθήνα, 1994.**
- **Γενική Γραμματεία Ισότητας, Υπουργείο Προεδρίας της Κυβέρνησης, «Σύλληψη και αντισύλληψη», Αθήνα.**
- **Συλλογή πληροφοριών από διάφορες διευθύνσεις του INTERNET.**





**TEMOX**