

**ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ  
ΙΔΡΥΜΑ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ  
ΣΧΟΛΕΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΘΕΜΑ :**

**« Η ΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΕΦΗΒΩΝ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ  
ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ »**

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ : ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΗΣ ΘΕΟΧΑΡΗΣ**

**ΦΟΙΤΗΤΡΙΕΣ: ΙΓΓΛΕΖΑΚΗ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ  
ΚΑΡΠΑΘΙΩΤΑΚΗ ΟΥΡΑΝΙΑ  
ΚΟΚΚΙΝΟΥ ΓΕΩΡΓΙΑ**



**ΗΡΑΚΛΕΙΟ**

**ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2007**

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1:ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ.....</b>	<b>4</b>
1.1 ΤΑ ΓΥΝΑΙΚΕΙΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ.....	5
1.1.1 ΤΑ ΜΕΓΑΛΑ ΧΕΙΛΗ.....	5
1.1.2 ΤΑ ΜΙΚΡΑ ΧΕΙΛΗ.....	6
1.1.3 Η ΚΛΕΙΤΟΡΙΔΑ.....	6
1.1.4 ΤΟ ΣΤΟΜΙΟ ΤΗΣ ΟΥΡΗΘΡΑΣ.....	7
1.1.5 ΟΙ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΙ ΑΔΕΝΕΣ.....	7
1.1.6 ΤΟ ΤΡΙΧΩΜΑ ΤΟΥ ΕΦΗΒΑΙΟΥ.....	7
1.1.7 Ο ΠΑΡΘΕΝΙΚΟΣ ΥΜΕΝΑΣ.....	8
1.1.8 Ο ΚΟΛΠΟΣ.....	8
1.1.9 Η ΜΗΤΡΑ.....	9
1.1.10 ΟΙ ΣΑΛΠΙΓΓΕΣ.....	10
1.1.11 ΟΙ ΩΟΘΗΚΕΣ.....	11
1.2 ΤΑ ΑΝΔΡΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ.....	12
1.2.1 ΟΙ ΟΡΧΕΙΣ.....	13
1.2.2 ΟΙ ΣΠΕΡΜΑΤΟΔΟΧΟΙ ΚΥΣΤΕΙΣ ΚΑΙ Ο ΠΡΟΣΤΑΤΗΣ.....	13
1.2.3 ΤΟ ΠΕΟΣ.....	14
1.2.4 ΠΑΡΑΓΩΓΗ ΣΠΕΡΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΕΚΣΠΕΡΜΑΤΩΣΗ.....	14
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....</b>	<b>16</b>
2.1 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΣΥΛΛΗΨΗΣ.....	17
2.2 ΟΡΙΖΟΝΤΑΣ ΤΗΝ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ.....	17
2.3 ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΩΝ ΓΕΝΝΗΣΕΩΝ.....	18
2.4 ΟΙ ΣΗΜΕΡΙΝΕΣ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΛΕΓΧΟ ΤΩΝ ΓΕΝΝΗΣΕΩΝ.....	21
2.5 ΕΛΕΓΧΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ - ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ.....	22
2.6 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΜΕΘΟΔΩΝ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ.....	24
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ.....</b>	<b>28</b>
3.1 ΤΟ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΟ ΧΑΠΙ.....	29
3.2 ΤΟ ΣΠΙΡΑΛ.....	38
3.3 ΤΟ ΔΙΑΦΡΑΓΜΑ.....	45
3.4 ΤΑ ΤΡΑΧΗΛΙΚΑ ΚΑΛΥΜΜΑΤΑ.....	50
3.5 ΤΑ ΣΠΕΡΜΑΤΟΚΤΟΝΑ.....	51
3.6 ΜΕΘΟΔΟΙ ΠΟΥ ΣΤΗΡΙΖΟΝΤΑΙ ΣΤΗΝ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ.....	53
3.7 ΠΕΡΙΔΕΣΗ ΤΩΝ ΣΑΛΠΙΓΓΩΝ.....	55
3.8 ΑΠΟΜΑΚΡΥΝΣΗ.....	57
3.9 ΑΝΔΡΙΚΟ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟ.....	58
3.10 ΠΕΡΙΔΕΣΗ ΤΩΝ ΣΠΕΡΜΑΤΙΚΩΝ ΠΟΡΩΝ.....	58
3.11 ΦΥΣΙΚΗ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΘΗΛΑΣΜΟ (LAM).....	59
3.12 ΕΝΕΣΙΜΗ ΟΡΜΟΝΙΚΗ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ.....	60
3.13 ΓΥΝΑΙΚΕΙΟ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟ.....	60
3.14 ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΟΣ ΣΠΟΓΓΟΣ.....	62
3.15 ΚΟΛΠΙΚΟΣ ΔΑΚΤΥΛΙΟΣ.....	63
3.16 ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΑ ΕΜΠΛΑΣΤΡΑ.....	63
3.17 ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟΣ ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ.....	63
3.18 ΧΑΠΙ ΤΗΣ ΕΠΟΜΕΝΗΣ ΜΕΡΑΣ.....	64

<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΜΥΘΟΙ ΚΑΙ ΑΛΗΘΕΙΕΣ ΓΥΡΩ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ ....</b>	<b>66</b>
4.1 ΜΥΘΟΙ ΚΑΙ ΑΛΗΘΕΙΕΣ ΓΥΡΩ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ.....	67
4.2 ΜΥΘΟΙ.....	67
4.3 ΑΛΗΘΕΙΕΣ.....	69
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΠΡΟΚΑΛΟΥΝΤΑΙ ΛΟΓΩ ΕΛΛΕΙΨΗΣ</b>	
<b>ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ.....</b>	<b>76</b>
5.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	77
5.2 ΕΚΤΡΩΣΗ (ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΥΗΣΗΣ).....	78
5.3 ΜΕΘΟΔΟΙ ΕΚΤΡΩΣΗΣ.....	81
5.4 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ.....	82
5.5 ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ.....	84
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΖΩΗ ΚΑΙ ΕΦΗΒΕΙΑ .....</b>	<b>89</b>
6.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	90
6.2 ΔΕΥΤΕΡΕΥΟΝΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΦΥΛΟΥ .....	90
6.3 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΙΔΡΟΥΝ ΣΤΗ ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ ΤΗΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ	
ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΤΩΝ ΕΦΗΒΩΝ .....	93
6.4 ΕΦΗΒΙΚΗ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ.....	95
6.5 ΤΟ ΣΩΜΑ ΤΟΥ ΕΦΗΒΟΥ.....	96
6.6 ΕΦΗΒΕΙΑ ΚΑΙ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΑΓΩΓΗ.....	97
6.7 Ο ΤΡΟΠΟΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΓΙΑ ΘΕΜΑΤΑ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ	
ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ.....	99
6.8 ΠΕΝΤΕ ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΣΤΟΥΣ ΕΦΗΒΟΥΣ.....	102
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....</b>	<b>103</b>
7.1 ΠΕΔΙΟ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	104
7.2 ΔΕΙΓΜΑ ΚΑΙ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	104
7.3 ΣΥΛΛΟΓΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ – ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ.....	104
7.4 ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ.....	105
7.5 ΕΓΚΥΡΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ ΤΟΥ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΕΡΓΑΛΕΙΟΥ.....	106
7.6 ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	106
7.7 Η ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ.....	107
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ – ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....</b>	<b>108</b>
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ – ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	109
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΠΕΡΑΙΤΕΡΩ ΕΡΕΥΝΑ</b>	
<b>.....</b>	<b>130</b>
9.1 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	130
9.2 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΠΕΡΑΙΤΕΡΩ ΕΡΕΥΝΑ.....	132
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....</b>	<b>133</b>
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	134
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ.....	136

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η εφηβεία είναι περίοδος αφύπνισης και αναζητήσεων των παιδιών που προσπαθούν να βρουν διέξοδο και να εκφράσουν τα συναισθήματά τους. Στα πλαίσια αυτών των αναζητήσεων εντάσσεται και η επιθυμία τους να αναπτύξουν στενότερες σχέσεις με άτομα του αντίθετου φύλου. Οι έφηβοι στην σημερινή εποχή μπορούν να ενημερωθούν για τη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση από πολλές πηγές. Το πλήθος των πληροφοριών που δέχονται μέσω των Μ.Μ.Ε. και του διαδικτύου ισοπεδώνουν κάθε είδος ταμπού. Τις περισσότερες φορές όμως αποδεικνύονται επικίνδυνες και παραπλανητικές και αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι οι πληροφορίες δεν προέρχονται από ειδικούς του θέματος. Αποτέλεσμα αυτής της παραπληροφόρησης είναι να οδηγούνται οι έφηβοι σε λανθασμένες επιλογές και να υιοθετούν λάθος σεξουαλικές συμπεριφορές.

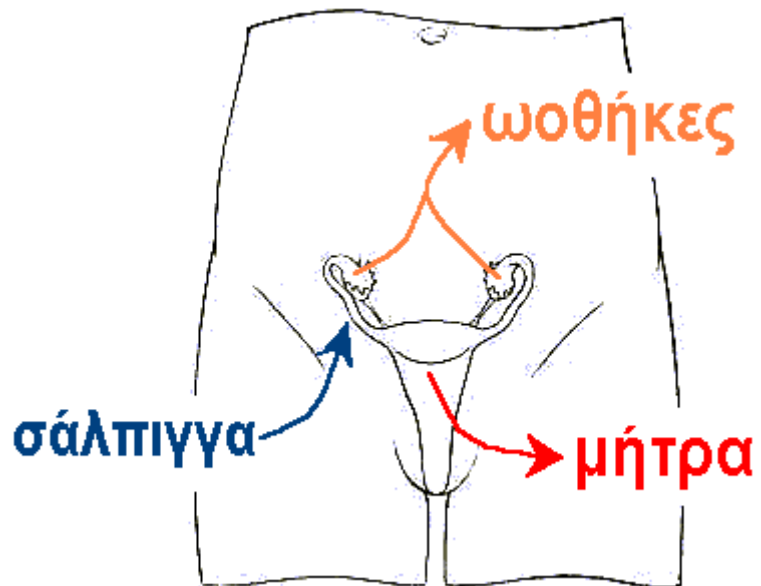
Η πτυχιακή εργασία χωρίζεται σε 8 κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται μια αδρή περιγραφή των γεννητικών οργάνων. Το δεύτερο και τρίτο κεφάλαιο περιλαμβάνουν θέματα αντισύλληψης. Ενώ το τέταρτο κεφάλαιο αναφέρεται στους μύθους και στις αλήθειες γύρω από την αντισύλληψη.

Στο δεύτερο μέρος της πτυχιακής μας που περιλαμβάνει τα υπόλοιπα κεφάλαια μετά τη μεθοδολογία, αναλύονται τα δεδομένα της έρευνας μας που πραγματοποιήθηκε στο Ηράκλειο σε μαθητές Α, Β και Γ λυκείου, καταλήγοντας σε σημαντικά συμπεράσματα που αφορούν την γνώση τους σε θέματα αντισύλληψης και σεξουαλικής συμπεριφοράς.

Ευχαριστούμε θερμά για τη πολύτιμη βοήθεια στη συγγραφή της πτυχιακής τους:

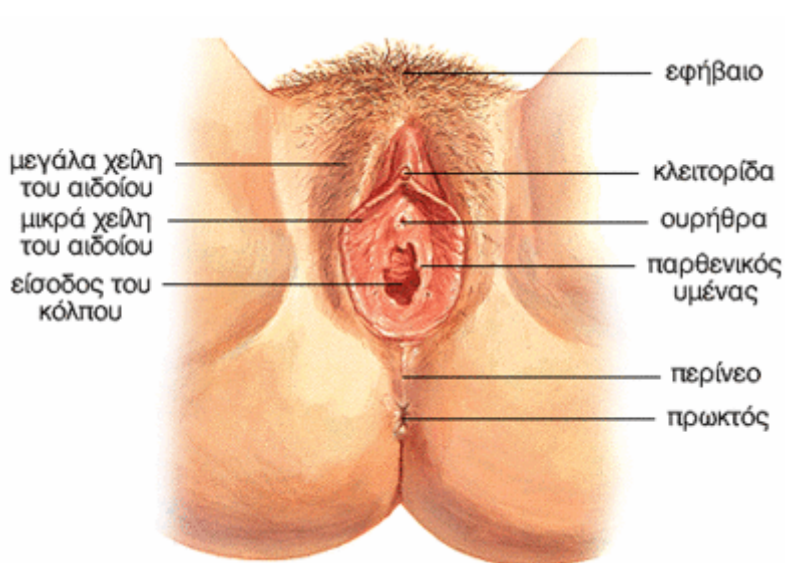
- κ. Κωνσταντινίδη Θεοχάρη
- κ. Κουναλάκη Κωνσταντίνο
- κ. Σφακιανάκη Στυλιανό

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ



## 1.1 ΤΑ ΓΥΝΑΙΚΕΙΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ

Το εξωτερικό και ορατό τμήμα των γυναικείων γεννητικών οργάνων, που βρίσκεται ανάμεσα στους μηρούς, ονομάζεται, αιδοίο, είναι το πιο ευαίσθητο σημείο στην αφή και η πιο ερωτογόνος ζώνη του σώματος. Το μπροστινό μέρος του ορίζεται από το εφηβαίο ή «όρος της Αφροδίτης» και το οπίσθιο, ορίζεται από το περίνεο. Το τρίγωνο του εφηβαίου κρύβει ως ένα σημείο τα μέρη που το αποτελούν και συγκεκριμένα, τα δύο μεγάλα χείλη, την κλειτορίδα, το στόμιο της ουρήθρας, την είσοδο του κόλπου και τους αδένες.



Εικόνα 1.1. Εξωτερικά γεννητικά όργανα

Το γυναικείο σύστημα αναπαραγωγής έχει 4 βασικές λειτουργίες:

- Να παράγει ωθητικές ορμόνες οι οποίες είναι υπεύθυνες για τα χαρακτηριστικά του γυναικείου φύλλου και λειτουργίες της αναπαραγωγής
- Να παράγει το ωάριο καθώς και ένα ευνοϊκό περιβάλλον για να επέλθει η σύλληψη και να παραδώσει το ωάριο στη μήτρα.
- Να τρέφει και να συντηρεί το αναπτυσσόμενο γονιμοποιημένο ωάριο έως το τοκετό.
- Να εκπληρώσει τη παράδοση του προϊόντος σύλληψης.

### 1.1.1 ΤΑ ΜΕΓΑΛΑ ΧΕΙΛΗ

Τα μεγάλα χείλη είναι δύο «μαξιλαράκια» που βρίσκονται αριστερά και δεξιά απ' την είσοδο του κόλπου και απέχουν 7-8 εκατοστά περίπου απ' το όρος της Αφροδίτης μέχρι την

περιοχή του πρωκτού. Είναι καλυμμένα με ελαφρώς ροδαλή επιδερμίδα, δεν περιέχουν σχεδόν καθόλου λίπος, ιδρωτοποιούς ή σμηγματογόνους αδένες, ούτε διαθέτουν τρίχωμα. Γι' αυτό μπορούν να προσβληθούν από δερματολογικές παθήσεις, όπως μια σμηγματογόνος κύστη, που έχει να κάνει με απόφραξη κάποιου πόρου ή κάποιος μικρός δοθήνας (καλόγηρος), που μπορεί να οφείλεται σε μόλυνση του βολβού της τρίχας. Τα μεγάλα χείλη, τα οποία στα μικρά κορίτσια είναι πολύ σφιχτά, ανοίγουν, προοδευτικά με την έναρξη της σεξουαλικής ζωής και τους αλληπάλληλους τοκετούς. Η βασική τους λειτουργία είναι η προστασία του κόλπου από τις εισβολές των μικροβίων και συμβάλουν στη διατήρηση της υγρασίας του.

### **1.1.2 ΤΑ ΜΙΚΡΑ ΧΕΙΛΗ**

Αν παραμεριστούν τα μεγάλα χείλη, θα φανούν δυο μικρές, επιμήκεις πτυχές από πολύ λεπτή σάρκα που περιβάλλουν από εμπρός την κλειτορίδα και σχηματίζουν από πίσω ένα «μαξιλαράκι» που ενώνεται με το εσωτερικό τμήμα των μεγάλων χειλέων. Το χρώμα των μικρών χειλέων διαφέρει από γυναίκα σε γυναίκα (από ανοιχτό ροζ μέχρι και καστανό) ενώ η επιφάνεια τους είναι λεία ως δαντελωτή και ο όγκος τους μπορεί να είναι τέτοιος ώστε να υπερκαλύπτουν τα μεγάλα χείλη. Δεν έχουν καθόλου τρίχωμα, δεν διαθέτουν λιπώδη ιστό, ούτε ιδρωτοποιούς αδένες, ενώ έχουν πάρα πολλά αιμοφόρα αγγεία. Ο ελαστικός ιστός τους, τους επιτρέπει να διαστέλλονται για να διευκολύνουν την διέλευση του βρέφους κατά τον τοκετό.

Είναι πολύ ευαίσθητα στην αφή, λόγω του ότι έχουν άφθονες νευρικές ίνες, ενώ παίζουν ρόλο στη σεξουαλική διέγερση, οπότε και αλλάζουν όψη, διογκώνονται και γίνονται ακόμη πιο κόκκινα. (Παπανικολάου Α. , Παπανικολάου Ν. 1994)

### **1.1.3 Η ΚΛΕΙΤΟΡΙΔΑ**

Θα μπορούσαμε να πούμε ότι είναι ένα πέος σε μικρογραφία, που μπορεί να επιτύχει ακόμα και στύση. Είναι πολύ λεπτή, το συνολικό της μήκος φτάνει τα 3 εκατοστά περίπου, ενώ κρύβεται σχεδόν τελείως από τα μικρά χείλη. Χρειάζεται κάποια προσπάθεια για να αποκαλυφθεί, αφού φαίνεται μόνο η άκρη της που εμφανίζεται με τη μορφή μικρού ροζ κουμπιού, περίπου σαν τη γόμα που βρίσκεται στην άκρη ενός μολυβιού.

Λόγω του πλήθους των νευρικών απολήξεων η κλειτορίδα είναι το βασικό όργανο ηδονής για τη γυναίκα. Ο παραμικρός ερεθισμός της προκαλεί γρήγορα μια αίσθηση ηδονής που

καθώς απλώνεται στην περιοχή της ελάσσονος πυέλου συμβάλει στη διέγερση και την ηδονή. (Shapiro P.J. 2001)

#### **1.1.4 ΤΟ ΣΤΟΜΙΟ ΤΗΣ ΟΥΡΗΘΡΑΣ**

Το στόμιο της ουρήθρας είναι η δίοδος μέσω της οποίας ρέουν τα ούρα που βγαίνουν από την ουροδόχο κύστη. Λόγω του ότι βρίσκεται στο μέσο της απόστασης μεταξύ της κλειτορίδας και της εισόδου του κόλπου, αλλά και η παρουσία του κοντά σε μια ζώνη που συχνά δέχεται επαφές κάθε μορφής, εξηγεί τη σχέση ανάμεσα στη σεξουαλική ζωή και τις ουρολοιμώξεις. (Μιχαλάς Σ. Π. 2000)

#### **1.1.5 ΟΙ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΙ ΑΔΕΝΕΣ**

Είναι σμηγματογόνοι αδένες οι οποίοι είναι διάσπαρτοι στην επιφάνεια των μεγάλων χειλέων και παράγουν μια μορφή λίπους, το σμήγμα, που λιπαίνει το τρίχωμα, καθώς και οι ιδρωτοποιοί αδένες, που εκκρίνουν ιδρώτα. Και τα δύο αυτά είδη αδένων δίνουν στο αιδοίο μια έντονη και ιδιάζουσα μυρωδιά, που αν και προκαλεί την ερωτική διέγερση, ορισμένες γυναίκες προσπαθούν να την καλύψουν. Οι άλλοι αδένες είναι υπεύθυνοι για τη λίπανση του κόλπου κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής. Αυτοί είναι οι αδένες του Skene, που βρίσκονται κοντά στο στόμιο της ουρήθρας καθώς και οι βαρθολίνιοι αδένες που βρίσκονται μέσα στα μεγάλα χείλη. Μερικές φορές οι αδένες αυτοί μολύνονται και προκαλούν την βαρθολινίτιδα. Τότε επιβάλλεται η αφαίρεση τους, χωρίς να υπάρχουν συνέπειες, αφού ο ρόλος τους στη λίπανση του κόλπου είναι στην ουσία μηδαμινός. (Κρεατσάς Κ. 1998)

#### **1.1.6 ΤΟ ΤΡΙΧΩΜΑ ΤΟΥ ΕΦΗΒΑΙΟΥ**

Το τρίχωμα του εφηβαίου (όρος της Αφροδίτης) καλύπτεται από μια περίπου τριγωνική ζώνη με πλούσιο και πυκνό τρίχωμα, το οποίο είναι πάντα σγουρό. Το χρώμα του συμβαδίζει με το χρώμα των μαλλιών και των φρυδιών, αλλά ασπρίζει σε πολύ μεγαλύτερη ηλικία. Η κατανομή αυτού του τριχώματος έχει κληρονομικό χαρακτήρα που ποικίλει ανάλογα με την εθνικότητα. Οι γυναίκες των μεσογειακών χωρών έχουν μεγαλύτερη τριχοφυΐα. Το τρίχωμα φτάνει σχεδόν μέχρι τον ομφαλό, ενώ απλώνεται στην εσωτερική πλευρά των μηρών. Στην Άπω Ανατολή το τρίχωμα αυτό είναι λιγότερο σγουρό και πιο αραιό.



Η τριχοφυΐα στα γεννητικά όργανα οφείλεται στις ανδρικές ορμόνες που μετά την εφηβεία εκκρίνονται απ' τα επινεφρίδια και τις ωοθήκες. (Shapiro P.J. 2001)

### **1.1.7 Ο ΠΑΡΘΕΝΙΚΟΣ ΥΜΕΝΑΣ**

Ο παρθενικός υμένας είναι μια λεπτή ελαστική μεμβράνη, που μέχρι ένα βαθμό κλείνει την είσοδο του κόλπου. Το πάχος κι η ελαστικότητα του ποικίλουν από γυναίκα σε γυναίκα, ενώ η οπή του επιτρέπει τη ροή της περιόδου και τη διείσδυση ενός δακτύλου ή ταμπόν. Η ύπαρξη ενός ανέπαφου υμένα δεν αποτελεί απόδειξη παρθενίας, αλλά και η απουσία του δεν είναι απόδειξη ότι έχει προηγηθεί ολοκληρωμένη σεξουαλική επαφή. Ακόμη και μετά από μια έντονη σεξουαλική ζωή ή και τη γέννηση ενός παιδιού μέσω της φυσικής οδού, μπορεί να υπάρξουν υπολείμματα υμένα με τη μορφή «φράντζας» στην είσοδο του κόλπου.

Για τις νέες κοπέλες ίσως να παίζει το ρόλο κάποιου προστατευτικού εμποδίου κατά των μολύνσεων. Επί αιώνες η παρουσία του δεν είχε παρά συμβολική μόνο αξία για την οποία πολλές γυναίκες πλήρωσαν βαρύ τίμημα. Σήμερα όμως η παρθενία δεν θεωρείται πια ένδειξη αρετής, ούτε εγγύηση αγνότητας παρά μόνο στους μωαμεθανούς, όπου αυτός ο μύθος παραμένει βαθιά ριζωμένος στα ήθη τους. Κατά καιρούς συναντάμε στη διάρκεια γυναικολογικών εξετάσεων ανήσυχες νέες κοπέλες που ύστερα από μια λίγο πολύ ολοκληρωμένη σεξουαλική επαφή θέλουν να μάθουν αν είναι ακόμη παρθένες ή όχι πριν από το γάμο. (Κρεατσάς Κ. 1998)

### **1.1.8 Ο ΚΟΛΠΟΣ**

Ο κόλπος είναι μια ελαστική δίοδος μήκους 8-12 εκατοστών που μέχρι ένα σημείο της παραμένει κλειστή από τον παρθενικό υμένα, συνδέοντας το άνοιγμα του αιδοίου με τη μήτρα. Όταν η γυναίκα στέκεται όρθια, ο κόλπος της δεν είναι ούτε οριζόντιος, ούτε κάθετος, αλλά έχει μια κλίση προς τα πάνω. Αν τα δούμε από την εσωτερική πλευρά, τα τοιχώματα του κόλπου είναι ελαφρώς κόκκινα, μαλακά, ελαστικά, έχουν τη θερμοκρασία του σώματος και τέλος είναι συνεχώς υγρά. Όλες αυτές οι ιδιότητες του επιτρέπουν να διευρύνεται κατά τη συνουσία, για να επιτρέψει τη διέλευση του πέους, καθώς και να επιμηκύνεται αρκετά κάτω απ' την επίδραση της σεξουαλικής διέγερσης. Η ελαστικότητα και η διατασιμότητα του είναι τέτοια που κατά τον τοκετό διαστέλλεται και αποκτά διάμετρο 10-12 εκατοστά διευκολύνοντας έτσι τη διέλευση του βρέφους. Στο βάθος του κόλπου υπάρχει ο

τράχηλος της μήτρας που είναι ένα στρογγυλωπό έδρανο πιο ανθεκτικό. Ο χώρος αυτός είναι κλειστός και τα αντικείμενα που εισάγονται εκεί π.χ. τα ταμπόν, δεν κινδυνεύουν να χαθούν στο εσωτερικό αν ξεχαστούν. Παρ' όλα αυτά εκεί συμβαίνουν συχνές μολύνσεις. Τέλος αντίθετα απ' ότι συνήθως πιστεύεται, διαθέτει σχετικά λίγους αισθητήριους δέκτες. Η βασική ερωτογενής περιοχή της γυναίκας είναι το αιδοίο. (Τακμακίδης Π.1999)

### 1.1.9 Η ΜΗΤΡΑ

Η μήτρα είναι ένα μυώδες, κοίλο όργανο που αποστολή του έχει να φιλοξενεί το γονιμοποιημένο ωάριο σ' όλη τη διάρκεια της ανάπτυξης του. Εξωτερικά μοιάζει με μικρό αχλάδι μήκους 7 και πλάτους 5 εκατοστών, με το μυτερό του μέρος στραμμένο προς τα κάτω.



Εικόνα 1.2. Εσωτερικά γεννητικά όργανα

Τα τοιχώματα της αποτελούνται από πολύ ανθεκτικό και ιδιαίτερα ελαστικό μυϊκό ιστό που της επιτρέπει να προσαρμόζεται ανάλογα με το έμβρυο στη διάρκεια της εγκυμοσύνης και να φτάνει να έχει μήκος 32 και πλάτος 20 εκατοστά. Σε φυσιολογική κατάσταση μπορεί να φιλοξενήσει μια κουταλιά της σούπας νερό, ενώ προς το τέλος της εγκυμοσύνης είναι σε θέση να φιλοξενήσει ένα βρέφος αρκετών κιλών (μερικές φορές μέχρι και 5 κιλά), ένα πλακούντα βάρους 500 γραμμαρίων και 1-2 λίτρα

αμνιακού υγρού. Η μήτρα βρίσκεται ανάμεσα στην ουροδόχο κύστη και το παχύ έντερο, συγκρατείται από τένοντες που τη στηρίζουν και δεν την αφήνουν να κατέβει προς τον κόλπο, ενώ παράλληλα της εξασφαλίζουν μια κάποια ελευθερία κινήσεων, επειδή πρέπει να είναι ευκίνητη για να προσαρμόζεται σ' όλες τις αλλαγές των γειτονικών οργάνων, όπως είναι η ουροδόχος κύστη όταν είναι γεμάτη. Η μήτρα χωρίζεται σε δυο τμήματα:

**α) Στον τράχηλο** μέσω του οποίου επικοινωνεί με τον κόλπο και το εξωτερικό μέρος του σώματος. Αν βυθίσουμε τα δάχτυλα μας μέσα στον κόλπο, θα συναντήσουμε ένα μικρό ελαστικό λοφίσκο που το σχήμα του είναι σαν ένα στρογγυλεμένο κουμπί με διάμετρο 3-4 εκατοστών, ενώ στο κέντρο του υπάρχει ένα πολύ μικρό βαθούλωμα, η τραχηλική οπή (έξω τραχηλικό στόμιο). Το μικροσκοπικό αυτό άνοιγμα που έχει πλάτος ενός καρυδιού είναι ταυτόχρονα ο διάδρομος από τον οποίο ρέει το αίμα της περιόδου, που προέρχεται από τον βλεννογόνο της μήτρας, δηλαδή το εργοστάσιο παραγωγής της λευκής βλέννας (μιας διαφανούς και κολλώδους ουσίας, που εκκρίνεται κατά τη στιγμή της ωορρηξίας από τους αδένες του τραχήλου) κι αποτελεί την δίοδο διέλευσης των σπερματοζωαρίων που αγωνί-

ζονται να φτάσουν στις σάλπιγγες. Κατά τη διάρκεια του τοκετού αυτή η οπή είναι ικανή να διασταλεί προοδευτικά (η διαστολή της υπολογίζεται σε εκατοστά) για να επιτρέψει τη διέλευση του βρέφους. Σε κανονικές συνθήκες, η μορφή του τραχήλου δείχνει το γυναικολογικό παρελθόν της γυναίκας. Έχει σχήμα τελείας και είναι στενός σε όσες γυναίκες δεν έχουν γεννήσει, ενώ είναι πιο πλατύς και επιμήκης στις γυναίκες που έχουν γίνει μητέρες.

**β) Στο κυρίως σώμα,** στο πάνω μέρος του οποίου υπάρχουν δύο μικρά ανοίγματα, ένα δεξιά και ένα αριστερά, με τα οποία επικοινωνεί με τις σάλπιγγες και τις ωοθήκες. Η στάση του κυρίως σώματος της μήτρας είναι διαφορετική απ' αυτή του τραχήλου. Συνήθως γέρνει προς τα εμπρός για να στηριχθεί πάνω στην ουροδόχο κύστη (λέμε ότι είναι προσθοκλινές) αλλά μπορεί να κλίνει και προς τα πίσω, προς την πλευρά του παχέος εντέρου (οπότε είναι οπισθοκλινές). Το εσωτερικό του σώματος της μήτρας είναι κοίλο και σχηματίζει μια τριγωνική κοιλότητα ενώ και αυτό είναι καλυμμένο με βλεννογόνο, ο οποίος ονομάζεται ενδομήτριο. Αυτός ο βλεννογόνος έχει πολλά αιμοφόρα αγγεία και αδένες, ενώ είναι εφοδιασμένος και με άλλες ξεχωριστές ιδιότητες. Κάτω από την επίδραση των γυναικείων ορμονών, παχαίνει σημαντικά κατά τη διάρκεια του εμμήνου κύκλου, καθώς προετοιμάζεται να υποδεχθεί το γονιμοποιημένο ωάριο, του οποίου θα γίνει η φωλιά. Όταν όμως δεν σημειωθεί γονιμοποίηση ο βλεννογόνος αυτός θ' αποσυντεθεί μετά τη μείωση της ποσότητας των ορμονών που κυκλοφορούν μέσα στο αίμα, οπότε θα σημειωθούν αιμορραγίες. Αυτά είναι τα έμμηνα, που αποτελούνται από αίμα και κατάλοιπα του βλεννογόνου. (Παπανικολάου Α. , Παπανικολάου Ν. 1994)

### **1.1.10 ΟΙ ΣΑΛΠΙΓΓΕΣ**

Οι σάλπιγγες είναι δύο δίδυμες δίοδοι με μήκος 10-12 εκατοστά, που η εσωτερική τους διάμετρος είναι λίγο μεγαλύτερη από την τρίχα μιας βούρτσας. Ξεκινούν από τις δύο πλευρές της κορυφής της μήτρας και ενώνονται με την αντίστοιχη ωοθήκη. Τα τοιχώματά τους είναι σχετικά παχιά και διατεινόμενα, αφού διαθέτουν πάρα πολλές μυϊκές ίνες.

Η αποστολή των σαλπίγγων είναι η αναπαραγωγή. Μέσα σ' αυτές γίνεται η γονιμοποίηση κι η μεταφορά του ωαρίου μέχρι τη μήτρα, όπου θα εμφυτευθεί. Με τους κροσσούς της εξόδου της που σαρώνουν την ωοθήκη κατά τη διάρκεια της ωορρηξίας, η κάθε μια σάλπιγγα συλλαμβάνει το ωάριο που έχει εκτιναχθεί από το ώριμο θυλάκιο, πριν αυτό να χαθεί μέσα στο υπογάστριο, και το οδηγεί μέχρι μια απόσταση ίση με το ένα εξωτερικό τρίτο

της, με την βοήθεια παλλόμενων τριχοειδών αγγείων, τα οποία καλύπτουν τα τοιχώματα της. Σ' αυτό το χώρο το ωάριο θα περιμένει ακινητοποιημένο να το συναντήσουν οι στρατιές των σπερματοζωαρίων, που έρχονται από την άλλη άκρη, αφού έχουν διανύσει ολόκληρη τη μήτρα και τα δύο πρώτα τρίτα της κάθε σάλπιγγας.

Αν η συνάντηση ανάμεσα σ' ένα ωάριο και ένα σπερματοζωάριο αποδειχθεί πετυχημένη, το γονιμοποιημένο πια ωάριο αρχίζει τις διαιρέσεις του σε κύτταρα. Στο μεταξύ μεταφέρεται, τρέφεται και προστατεύεται απ' τη σάλπιγγα.

Τα διάφορα υγρά ρεύματα και τα παλλόμενα αγγεία εκτελούν χρέη μεταφορικής ταινίας και το προωθούν αργά (3 εκατ. την ημέρα περίπου) προς την κοιλότητα της μήτρας. Δεν χρειάζεται να πούμε ότι το παραμικρό εμπόδιο ή σύσπαση είναι πιθανό να σταματήσει την πορεία του γονιμοποιημένου ωαρίου, που θα συνεχίσει να μεγαλώνει, αλλά θα παραμένει αιχμάλωτο μέσα σε μια δίοδο που δεν είναι ικανή να το συγκρατήσει παραπάνω από μερικές μέρες. Αυτή η εξωμήτρια κύηση είναι δυστυχώς καταδικασμένη να διακοπεί πριν την ολοκλήρωση της, μια που απειλεί την ακεραιότητα της σάλπιγγας και θέτει σε κίνδυνο τη ζωή της γυναίκας.

Όπως αναφέρει ο Μιχαλάς (2000) μια και μόνη σάλπιγγα σε καλή κατάσταση είναι αρκετή για να επιτρέψει την εγκυμοσύνη. Αν και οι δυο σάλπιγγες έχουν ανεπανόρθωτα αποφραχθεί, σήμερα είναι δυνατό χάρη στις τεράστιες προόδους της τεχνητής γονιμοποίησης να εμφυτευθεί ένα ήδη γονιμοποιημένο ωάριο εκτός του σώματος της γυναίκας κατευθείαν μέσα στη μήτρα.

### **1.1.11 ΟΙ ΩΟΘΗΚΕΣ**

Οι ωοθήκες είναι δύο αδένες που βρίσκονται στην ελάσσονα πύελο, δεξιά κι αριστερά απ' τη μήτρα. Συνδέονται με τη μήτρα μ' ένα σύνδεσμο και με τις σάλπιγγες μ' έναν άλλο ειδικό σύνδεσμο που τις διατηρεί κοντά στην παρυφή τους. Η κάθε μια απ' τις ωοθήκες έχει τον όγκο ενός καρδιού και ζυγίζει 6-8 γραμμάρια περίπου. Το λευκό χρώμα τους έρχεται σε αντίθεση με την κοκκινωπή χροιά ή και ρόδινη των γειτονικών οργάνων. Οι ωοθήκες, λόγω του ότι είναι εξαιρετικά ευκίνητες αλλάζουν θέση με την εγκυμοσύνη, ανάλογα με το πέρασμα του χρόνου ή και με τις τροποποιήσεις που συμβαίνουν στο περιβάλλον τους.

Οι ωοθήκες παίζουν διπλό ρόλο, παράγουν κάθε μήνα από ένα ωάριο (αντίστοιχο του σπερματοζωαρίου στον άντρα) και εκκρίνουν τις γυναικείες ορμόνες. Κατά τη γέννηση της γυναίκας οι ωοθήκες περιέχουν ένα σημαντικό απόθεμα που αποτελείται από 400.000-

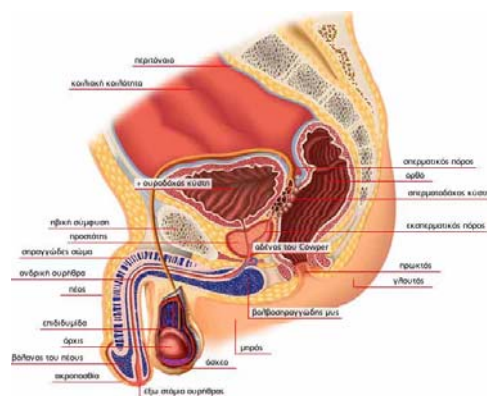
500.000 ωάρια για την κάθε μια ωοθήκη. Η μεγάλη πλειοψηφία όλων αυτών των ωαρίων θα εκφυλιστεί και κατά την εφηβεία η κάθε ωοθήκη θα έχει μόλις 30.000 ωάρια. Αλλά κι αυτός ο αριθμός αφήνει ένα καλό περιθώριο γιατί μόνο 500 ως 600 ωάρια θ' αποβληθούν από κάθε ωοθήκη από την εφηβεία ως την εμμηνόπαυση. Κατά την ενηλικίωση, κάθε 28 ημέρες περίπου ένα θυλακίδιο ωριμάζει και σπάει μετά από 14 ημέρες για ν' απελευθερώσει ένα ωάριο. Αυτό θα γονιμοποιηθεί με το σπερματοζώαριο και έτσι θα σχηματιστεί το πρώτο κύτταρο του βρέφους. Κατά τ' άλλα, η ωοθήκη εκκρίνει τα οιστρογόνα και την προγεστερόνη, που δίνουν στη γυναίκα, τη θηλυκή της εμφάνιση, συντηρούν τα γεννητικά της όργανα κι εξασφαλίζουν την ύπαρξη εμμήνων κύκλων και την καλή εξέλιξη μιας εγκυμοσύνης.

Η διάρκεια της ενεργού ζωής των ωοθηκών είναι περιορισμένη, αρχίζει κατά την εφηβεία αλλά τελειώνει με την εμμηνόπαυση. (Κρεατσάς Κ.1998)

## 1.2 ΤΑ ΑΝΔΡΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ

Το ανδρικό σύστημα αναπαραγωγής επιτελεί τρεις λειτουργίες:

- Την παραγωγή σπέρματος στους όρχεις.
- Τη μεταφορά του σπέρματος μέσω του πέους κατά τη συνουσία.
- Την παραγωγή των ανδρικών γεννητικών ορμονών, η κυριότερη από τις οποίες είναι η τεστοστερόνη, υπεύθυνη για τα ανδρικά χαρακτηριστικά όπως είναι η κατανομή της τριχοφυΐας στο σώμα, η ανδρική «κοψιά» και η βαριά φωνή.



Εικόνα 1.3. Ανδρικά γεννητικά όργανα

### **1.2.1 ΟΙ ΟΡΧΕΙΣ**

Οι δυο όρχεις (ο καθένας έχει μήκος γύρω στα 4 εκ. και πλάτος 2,5 εκ.) βρίσκονται κρεμασμένοι από το όσχεο, ένα δερμάτινο σάκο προσδεδεμένο στο περίνεο, στη βάση του πέους και έξω απ' το σώμα. Κατά την ανάπτυξη του άρρενος εμβρύου, οι όρχεις σχηματίζονται βαθιά μέσα στην πυελική κοιλότητα, για να κατεβούν αργότερα στο όσχεο, μέσα από το κοιλιακό τοίχωμα. Ο κάθε όρχης περιέχει σπερματικά σωληνάκια, στα οποία παράγεται το σπέρμα, και κύτταρα διάμεσου ιστού όπου παράγονται οι ανδρικές ορμόνες. Στο πίσω μέρος του όρχη, στο όσχεο, υπάρχει μια κατασκευή σε σχήμα κόμματος που ονομάζεται επιδιδυμίδα και στην οποία συγκεντρώνεται το σπέρμα σε μικροσκοπικά σωληνάκια για να ολοκληρωθεί η ωρίμανση του. Τα σωληνάκια αυτά ενώνονται για να σχηματίσουν ένα σχετικά μεγάλο σωλήνα που ονομάζεται σπερματικός πόρος και μεταφέρει το σπέρμα στον προστάτη και τις σπερματοδόχους κύστες, στη βάση της ουροδόχου κύστης, βαθιά μέσα στην πυελική κοιλότητα.

Σύμφωνα με τον Kervasdue (1996) η παραγωγή σπέρματος βρίσκεται στο καλύτερο επίπεδο όταν οι όρχεις έχουν θερμοκρασία 1-2 C χαμηλότερη από τη θερμοκρασία του σώματος. Όταν κάνει ζέστη η θερμοκρασία στο εσωτερικό του όρχη μειώνεται χάρη στη δραστηριότητα των ιδρωτοποιών αδένων του δέρματος, ενώ όταν κάνει κρύο ο κρεμαστήρας που περιβάλλει το σπερματικό πόρο σηκώνει τον όρχη κοντύτερα στο υπόλοιπο σώμα για ζεστασιά.

### **1.2.2 ΟΙ ΣΠΕΡΜΑΤΟΔΟΧΟΙ ΚΥΣΤΕΙΣ ΚΑΙ Ο ΠΡΟΣΤΑΤΗΣ**

Ο σπερματικός πόρος ανεβαίνει από τον όρχη ώσπου να περιβάλλει το ηβικό οστό και να σταθεί δίπλα στη βάση της ουροδόχου κύστης, βαθιά μέσα στην πύελο.

Τελειώνει με τη δημιουργία ενός κλάδου που σχηματίζει τη μια από τις δύο σπερματοδόχους κύστες που εκκρίνουν ένα υγρό το οποίο θα αποτελέσει μέρος του σπερματικού υγρού. Από δω και πέρα, ο σπερματικός πόρος ονομάζεται εκσπερματικός πόρος και κατεβαίνει πλέον από τον προστάτη όπου στα περιεχόμενα του πόρου θα προστεθεί κι ένα γαλακτώδες υγρό. Στον προστάτη ο πόρος ενώνεται με την ουρήθρα, η οποία μεταφέρει τα ούρα από την ουροδόχο κύστη. Το τελικό συστατικό για το σπερματικό υγρό εκκρίνεται

από τους δυο βολβουρηθραίους ή κωπήρειους αδένες, στη βάση του πέους. Το σπερματικό υγρό είναι απαραίτητο για τη μεταφορά και τη θρέψη του σπέρματος. Το σπέρμα ωθείται από τη επιδιδυμίδα με μυικές συσπάσεις όταν ο άντρας έχει διεγερθεί σεξουαλικά και μαζί με τα διάφορα συστατικά του σπερματικού υγρού, εκχύνεται μέσω του πέους με τον οργασμό. (Ντολάντζας Θ. 1998)

### **1.2.3 ΤΟ ΠΕΟΣ**

Το πέος στηρίζεται στο ηβικό οστόν και αποτελείται από δέρμα και σηραγγώδη ιστό, με την ουρήθρα στο κέντρο. Στην άκρη του πέους βρίσκεται η βάλανος, ένα ιδιαίτερα ευαίσθητο τμήμα το οποίο διαθέτει άφθονες νευρικές απολήξεις. Στους άνδρες που δεν έχουν υποστεί περιτομή ή φίμωση περιβάλλεται από την ακροποσθία.

Όταν ο άντρας δεν έχει διεγερθεί το πέος κρέμεται χαλαρό, με το δέρμα που το περιβάλλει συρρικνωμένο και πλαδαρό. Κατά τη διάρκεια όμως της συνουσίας, ο σηραγγώδης ιστός κατακλύζεται από αίμα και το πέος ολόκληρο διαστέλλεται, σκληραίνει και το δέρμα τεντώνεται πάνω του, οπότε επιμηκύνεται από 7,5-10 εκ. Η ουρήθρα, η οποία μεταφέρει τα σπερματοζώαρια και το σπερματικό υγρό, μεταφέρει επίσης και τα ούρα από την ουροδόχο κύστη, αλλά μια στιγμή πριν από τον οργασμό, το άνοιγμα της ουροδόχου κύστης κλείνει με μυϊκή σύσπαση, ώστε να προστατεύεται το ευαίσθητο σπέρμα από πιθανή επαφή με ούρα. (Oger P.1996)

### **1.2.4 ΠΑΡΑΓΩΓΗ ΣΠΕΡΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΕΚΣΠΕΡΜΑΤΩΣΗ**

Η υπόφυση στον εγκέφαλο των ανδρών παράγει τις ορμόνες FSH και LH, οι οποίες είναι πανομοιότυπες με εκείνες που παράγονται και στις γυναίκες, ενώ υπάρχει επίσης και παρόμοιο σύστημα ανατροφοδοσίας. Από την άλλη όμως μεριά, η παραγωγή των ανδρικών ορμονών είναι μάλλον συνεχής διαδικασία παρά κυκλική, όπως στις γυναίκες.

Σπερματοζώαρια παράγονται σ' όλη τη διάρκεια της ενήλικης ζωής των αντρών. Αντίθετα με τις γυναίκες των οποίων οι ωοθήκες σταματούν να παράγουν ωάρια όταν φτάνουν στην ηλικία των 45 με 50 ετών, οι άντρες είναι σχετικά γόνιμοι επί πολλά χρόνια μετά απ' αυτή την ηλικία. Σπέρμα παράγεται διαρκώς (μερικές εκατοντάδες σπερματοζώαρια την ημέρα) από ειδικά κύτταρα στα σπερματικά σωληνάκια, μέσα σε κάθε όρχη. Η διαδικασία αυτή που περιλαμβάνει την ωρίμανση του σπέρματος στην επιδιδυμίδα, διαρκεί επτά εβδομάδες και είναι γνωστή σαν σπερματογένεση.

Ένα ώριμο σπερματοζώαριο έχει μικροσκοπικό μέγεθος (μόνο 1/20 του χιλιοστού) και μοιάζει με γυρίνο, με κεφαλή, σώμα και ουρά. Η κεφαλή περιέχει γενετικό υλικό με τη μορφή 23 χρωμοσωμάτων, που θα μπουν και θα γονιμοποιήσουν το ωάριο, καθώς και ειδικά ένζυμα που θα καταστήσουν δυνατή τη διείσδυση του σπερματοζωαρίου στο προστατευτικό περίβλημα του ωαρίου. Το σώμα περιλαμβάνει ειδικές δομές που ονομάζονται μιτοχόνδρια και παρέχουν την ενέργεια που χρειάζεται το σπερματοζώαριο για να κολυμπήσει να συναντήσει το ωάριο. Η ουρά είναι μια επιμήκης, λεπτή δομή που προωθεί το σπερματοζώαριο προς τα μπρος με γρήγορες κινήσεις απ' τη μια πλευρά στην άλλη.

Κάθε εκσπερμάτωση δίνει γύρω στα 3-5ml (1/2-1 κουταλιά του γλυκού περίπου) σπέρμα που περιέχει από 150 ως 750 εκατομμύρια σπερματοζώαρια. Στον οργανισμό ρυθμικές μυϊκές συσπάσεις στη γενετική περιοχή κάνουν τον άντρα να εκσπερματώνει από το πέος στον κόλπο απ' όπου το σπέρμα πηγαίνει στο άνοιγμα του τραχήλου. Η βλέννα που εκκρίνεται από τον τράχηλο σχηματίζει ένα δίκτυο αδιαπέραστο για το σπέρμα, εκτός από τρεις ή τέσσερις μέρες στη μέση του κύκλου της γυναίκας, περίπου στην εποχή της ωορρηξίας. Τα σπερματοζώαρια δεν ζουν περισσότερες από 24 ώρες, εκτός κι αν προστατεύονται και τρέφονται απ' αυτή την υδαρή βλέννη, οπότε μπορούν να ζήσουν μερικές μέρες. (Ντολάντζας Θ. 1998)



## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑ- ΔΡΟΜΗ**



ΤΟ ΠΙΟ ΠΑΛΙΟ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟ

## 2.1 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΣΥΛΛΗΨΗΣ

Για να γίνει η σύλληψη πρέπει, κάτω από τις κατάλληλες συνθήκες, ένα ωάριο και ένα σπερματοζωάριο να συναντηθούν στις σάλπιγγες της γυναίκας και να ενωθούν. Αυτό λέγεται γονιμοποίηση. Το γονιμοποιημένο πλέον ωάριο αρχίζει να πολλαπλασιάζεται και να κατεβαίνει προς τη μήτρα όπου θα πρέπει να υπάρχουν ευνοϊκές συνθήκες για να εμφυτευτεί. Εφόσον το γονιμοποιημένο ωάριο εμφυτευτεί στη μήτρα, αρχίζει η κύηση.

**Ωάριο:** Κατά τη διάρκεια των αναπαραγωγικών χρόνων μιας γυναίκας, κάθε μήνα, γύρω στις 14 μέρες πριν από την επόμενη της περίοδο, ωριμάζει ένα ωάριο. Ο μηνιαίος κύκλος της γυναίκας, ο οποίος ρυθμίζεται από ορμόνες, έχει ως βιολογικό σκοπό την προετοιμασία του σώματος για μια πιθανή εγκυμοσύνη. Το ωάριο αφού ωριμάσει, ελευθερώνεται από τις ωοθήκες και περνά στις σάλπιγγες όπου παραμένει για περίπου 24 ώρες.

Συγχρόνως τα τοιχώματα της μήτρας ετοιμάζονται για να δεχτούν και να θρέψουν ένα γονιμοποιημένο ωάριο. Σε περίπτωση που δεν υπάρξει γονιμοποίηση και εμφύτευση, τα τοιχώματα ατροφούν και αποβάλλονται από το σώμα ως αίμα της περιόδου.

**Σπερματοζωάριο:** Ένας άντρας παράγει εκατομμύρια σπερματοζωάρια. Συγκεκριμένα κάθε εκσπερμάτωση περιέχει περίπου 200 εκατομμύρια σπερματοζωάρια. Από αυτά όμως μόνο ένα θα καταφέρει να φτάσει στο ωάριο που περιμένει στις σάλπιγγες και να το γονιμοποιήσει. Τα σπερματοζωάρια μπορεί να ζήσουν κατά μέσον όρο 72 ώρες στο σώμα της γυναίκας. Κάποτε όμως μπορούν να επιβιώσουν μέχρι και μια βδομάδα. (Αβραμίδης Ο. 1990)

## 2.2 ΟΡΙΖΟΝΤΑΣ ΤΗΝ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ

**Αντισύλληψη** είναι τα προληπτικά μέτρα που χρησιμοποιεί ένα ζευγάρι για να αποφύγει μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. Με άλλα λόγια είναι μέθοδοι, φυσικές ή τεχνητές, που εμποδίζουν τη σύλληψη, δηλαδή τη γονιμοποίηση του ωαρίου από το σπερματοζωάριο.

Αντισυλληπτικές μέθοδοι υπάρχουν πολλές. Καμιά δεν είναι τέλεια και καμιά δεν είναι κατάλληλη για όλους. Κάθε άτομο, και κατ' επέκταση κάθε ζευγάρι, θα πρέπει να λάβει υπ' όψη διάφορους παράγοντες για να αποφασίσει.

Όπως αναφέρει ο Μπαγετάτος (2007) ένα άτομο θα πρέπει να υπολογίσει προσωπικούς παράγοντες όπως την ηλικία του, την προσωπικότητά του, τον τρόπο ζωής του κατά την παρούσα φάση, την κατάσταση υγείας και γονιμότητάς του, το σύντροφο και τη σχέση τους καθώς και τις προοπτικές για τεκνοποίηση στο μέλλον. Παράλληλα για να επιλέξει

σωστά θα πρέπει να λάβει υπ' όψη την ευκολία χρήσης της υποψήφιας μεθόδου, την αποτελεσματικότητά της, το κατά πόσο προστατεύει από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, τη σεξουαλική ικανοποίηση των δύο συντρόφων και το κόστος της. Τέλος θα πρέπει να σκεφτεί τις επιπτώσεις μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης σε περίπτωση που η μέθοδος αποτύχει. Όλα αυτά θα πρέπει να ζυγιστούν για να παρθεί η σωστή απόφαση.

### **2.3 ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΩΝ ΓΕΝΝΗΣΕΩΝ**

Ο όρος «έλεγχος των γεννήσεων» που τον χρησιμοποίησε πρώτη η Αμερικανίδα μεταρρυθμίστρια Μάργκαρετ Σάγγκερ το 1914-1915, αναφέρεται σε τρόπους για την πρόληψη της σύλληψης, είτε αυτοί αφορούν τις γυναίκες είτε τους άνδρες, και εκτείνεται σήμερα σε όλες τις μεθόδους ελέγχου της γονιμότητας, συμπεριλαμβανόμενης της έκτρωσης και της στείρωσης. Ο όρος «οικογενειακός προγραμματισμός» εμφανίστηκε την δεκαετία του 1930 και ακολούθησε ο όρος «σχεδιασμένη μητρότητα» που αναφέρεται στις προσπάθειες για ρύθμιση του αριθμού των μελών των οικογενειών. Κατά την πρώτη περίοδο της κίνησης για ιατρικό έλεγχο των γεννήσεων χρησιμοποιήθηκαν επίσης οι όροι «αντισυλληπτικά», «αντισύλληψη», «εκούσια μητρότητα-πατρότητα» και «οικογενειακός προγραμματισμός», καθώς και όροι μαλθουσιανικής και νεομαλθουσιανικής έμπνευσης, όπως «τεχνητή ανάσχεση», «παρεμπόδιση της σύλληψης» και «αποτροπή της σύλληψης».

Η τάση για τον έλεγχο της ανθρώπινης γονιμότητας από τα ίδια τα άτομα ήταν έκδηλη σε όλους τους πολιτισμούς και σε όλες τις εποχές, ακόμη και στις κοινωνίες εκείνες στις οποίες κοινωνικοί και θρησκευτικοί κανόνες ευνοούσαν την απεριόριστη τεκνοποιία. Ως τον 20<sup>ο</sup> αιώνα, οι κυβερνήσεις ενδιαφέρονταν περισσότερο να προτρέπουν προς την τεκνοποιία παρά να ενθαρρύνουν τον περιορισμό της. Οι αρχαιότερες όμως ιατρικές συνταγές για την πρόληψη της σύλληψης περιέχονται σε αρχαίους αιγυπτιακούς παπύρους, και κυρίως στον πάπυρο Πέτρι, που χρονολογείται στο 1850 περίπου π.Χ., και στον πάπυρο Έμπερς του 1550 περίπου π.Χ., στους οποίους περιγράφονται πολλά και διάφορα μέσα αποτροπής της εγκυμοσύνης. Στην αρχαία Ελλάδα και στην Ρώμη ήταν μεγάλο το ενδιαφέρον για ρύθμιση των γεννήσεων. Ο Σωρανός ο Εφέσιος, ένας Έλληνας γυναικολόγος που ασκούσε το επάγγελμά του στην Ρώμη κατά τον 2ο αιώνα μ.Χ., έδωσε στα συγγράμματά του μια διαφωτιστική και λεπτομερειακή έκθεση σχετικά με τις χρησιμοποιούμενες αντισυλληπτικές μεθόδους. Επίσης έκανε σαφή διάκριση ανάμεσα στα αντισυλληπτικά και τα αμβλωτικά (φάρμακα που προκαλούν αποβολή) και τόνιζε ότι η πρόληψη της σύλληψης είναι από ιατρική πλευρά προτιμότερη από τις επανειλημμένες εκτρώσεις. Η αρχαία

αυτή ιατρική γνώση ενσωματώθηκε στα συγγράμματα των γιατρών του Ισλάμ και μεταδόθηκε έτσι σε όλη την Ευρώπη, όπου αποτέλεσε το μεγαλύτερο μέρος της επιστημονικής βάσης σχετικά με την αντισύλληψη ως τα τέλη του 17ου αιώνα. Από τα έργα αυτά και από άλλες μαρτυρίες γίνεται φανερό ότι η αντισύλληψη είχε θέση ως ιατρική κατά την περίοδο αυτή είτε ως μέσο παροχής βοήθειας στις γυναίκες για να διατηρούν την γενική τους υγεία, είτε ως μέσο για να διευκολύνεται η αντιμετώπιση ειδικών ιατρικών προβλημάτων.

Από την εποχή του δοκιμίου για τις αρχές του πληθυσμού του Τόμας Μάλθους, που εκδόθηκε το 1798, ο έλεγχος των γεννήσεων συσχετίζεται όλο και περισσότερο με το πρόβλημα της πληθυσμικής πυκνότητας. Ο Μάλθους, που ήταν κληρικός, υποστήριζε τον περιορισμό των γεννήσεων με την σεξουαλική αποχή και με τον γάμο σε μεγαλύτερη κατά το δυνατόν ηλικία. Και τα δύο αυτά μέτρα απορρίφθηκαν από μεταρρυθμιστές όπως ήταν ο Τζέρεμι Μπένθαμ και ο Φράνσις Πλέις, οι οποίοι, αντίθετα, υποδείκνυαν τέτοια μέτρα προφύλαξης, τα οποία, χωρίς να είναι βλαβερά στην υγεία της γυναίκας και να προσβάλλουν βάνουσα τη γυναικεία ευαισθησία, να είναι ικανά να προλαβαίνουν την σύλληψη και να επιτρέπουν στους νεαρούς άντρες και στις νεαρές γυναίκες να διατηρούν την αγνότητα τους, δίνοντας τους την δυνατότητα να παντρευτούν νωρίς. Το 1831 ο Ρόμπερτ Ντέιλ Όουεν άνοιξε το διάλογο πάνω στο θέμα αυτό στις Η.Π.Α. δημοσιεύοντας το βιβλίο του «ηθική φυσιολογία» την λεπτομερέστερη ίσως έκθεση των τεχνικών μεθόδων αντισύλληψης και έδωσε το βιβλίο του Τσαρλς Νώλτον «οι καρποί της φιλοσοφίας: η ιδιωτική ζωή των νεαρών ανδρικών» που εκδόθηκε το 1832. Εξαιτίας αυτού του βιβλίου ο Νώλτον καταδικάστηκε σε πρόστιμο και φυλακίστηκε για ένα διάστημα.

Στη διάρκεια του Α΄ Παγκοσμίου πολέμου και μετά τη λήξη του, η φεμινιστική δραστηριότητα ενίσχυσε πάλι τους νεομαλθουσιανούς, παρά την επέκταση της νομοθεσίας κατά της αντισύλληψης. Στο Λονδίνο, το 1918 η Μαρί Στόουπς εξέδωσε το βιβλίο «Έγγαμος Έρωτας» και αμέσως κατόπιν το «Συνετή Μητρότητα», που συνδύαζε τον έλεγχο των γεννήσεων με την αρμονία στον γάμο. Το 1921 ίδρυσε κλινική για φτωχές γυναίκες, την οποία ακολούθησε η πρότυπη κλινική του Μαλθουσιανικού Συνδέσμου, που εξελίχθηκε σ' ένα επιχορηγούμενο από το κράτος κέντρο μητρότητας. Το 1922 η Στόουπς ίδρυσε την Εταιρία Εποικοδομητικού Ελέγχου των Γεννήσεων και Φυλετικής Βελτίωσης. Η πίεση προς τον Υπουργό Υγείας για εισαγωγή της παροχής συμβουλών στις μαιευτικές κλινικές αυξανόταν. Το 1927 ιδρύθηκε η ιατρική και επιστημονική Επιτροπή Έρευνας για τον έλεγχο των γεννήσεων, η οποία κατασκεύασε ύστερα από εργαστηριακές έρευνες ένα σπέρμοκτόνο το «Βολπάρ» και καθιέρωσε την δοκιμή των αντισυλληπτικών από ένα συ-

γκεκριμένο κατάλογο. Το 1930, τέλος, ο Υπουργός Υγείας εξουσιοδότησε τις τοπικές υγειονομικές αρχές να παρέχουν συμβουλές σε έγγαμες γυναίκες που είχαν ανάγκη γιατρού και για την ενθάρρυνση του έργου αυτού, ιδρύθηκε το Εθνικό Συμβούλιο Ελέγχου Γεννήσεων.

Η πρόοδος όμως που σημειωνόταν ήταν μικρή και η περίθαλψη περιορισμένη, για τους λόγους αυτούς εξακολουθούσαν να ακμάζουν οι φιλανθρωπικές κλινικές, με μόνη εξαίρεση εκείνην της Μαρί Στόουπς. Το 1938 οι κλινικές αυτές ενώθηκαν στην Ένωση Οικογενειακού Προγραμματισμού.

Το 1980, στις Η.Π.Α., η Αμερικάνικη Ομοσπονδία Προγραμματισμένης Μητρότητας είχε ήδη σε λειτουργία περισσότερα από 700 κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού σε όλη τη χώρα και χρηματοδοτούσε σχετικές επιστημονικές έρευνες και σχολές εκπαίδευσης στον οικογενειακό προγραμματισμό. Η σουηδική εταιρία, που ιδρύθηκε το 1933, είχε κρατική υποστήριξη με νομοθετικά μέτρα, όπως αυτά που προέβλεπαν τη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση στα σχολεία. Η ολλανδική εταιρία έπαιρνε κρατική βοήθεια και είχε περισσότερα από 50 κέντρα. Μια νέα γαλλική εταιρία ιδρύθηκε το 1956, αλλά νόμοι αντίθετοι προς την αντισύλληψη εμπόδισαν την λειτουργία της.

Οι κομμουνιστικές χώρες έχουν καθιερώσει τόσο την έκτρωση όσο και τις υπηρεσίες αντισύλληψης για την προστασία των ατόμων, αναπροσαρμόζοντας κατά καιρούς τα μέτρα αυτά προς την ακολουθούμενη κοινωνική πολιτική. Η Κίνα υιοθέτησε επίσημα τον έλεγχο των γεννήσεων το 1956 με μια πανεθνική εκστρατεία. Το 1958, η πολιτική αυτή άλλαξε, αλλά ο έλεγχος των γεννήσεων διευκολύνεται γενικά σήμερα. Η Κίνα μάλιστα φαίνεται ότι είναι, ανάμεσα στις αναπτυσσόμενες χώρες, εκείνη που έχει σημειώσει την μεγαλύτερη επιτυχία στην παροχή κινήτρων και στο να κάνει όλες τις μεθόδους αντισύλληψης προσιτές στο κοινό.

Το 1980 έφθαναν τις 68 οι χώρες των οποίων οι κυβερνήσεις υποστήριζαν τις σύγχρονες μεθόδους αντισύλληψης και έπαιρναν μέτρα για να γίνουν προσιτές στο κοινό. Κοινωνικές μελέτες έχουν δείξει ότι χρησιμοποιούν αντισυλληπτικά το 90% περίπου των ζευγαριών στις Η.Π.Α., το 80-90% περίπου στην Αγγλία και το 53% περίπου στην Ιαπωνία. (Δερετζής Χ. 2002)

## 2.4 ΟΙ ΣΗΜΕΡΙΝΕΣ ΑΝΤΙΑΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΛΕΓΧΟ ΤΩΝ ΓΕΝΝΗΣΕΩΝ

Υπάρχουν τέσσερις γενικές απόψεις σήμερα στον κόσμο σχετικά με τον οικογενειακό προγραμματισμό:

- Ο άνθρωπος πρέπει να επεμβαίνει στην φυσική αύξηση του πληθυσμού και στη φυσική επιλογή μόνο ως το βαθμό που είναι δυνατό, προσφεύγοντας σε αποχή από την τεκνοποιία ή, όπως λέγεται αλλιώς, στα φυσικά αντισυλληπτικά μέσα.
- Ο άνθρωπος έχει τη δυνατότητα να επιτύχει σε ικανοποιητικό βαθμό, τον αριθμητικό και ευγονικό έλεγχο, απλώς και μόνο με την ατομική, εθελοντική χρήση όλων των παραδεκτών από την ιατρική αντισυλληπτικών και τεχνικών μεθόδων αποβολής, στείρωσης, σεξουαλικής επιλογής και διάγνωση μιας ανωμαλίας στο έμβρυο.
- Ο άνθρωπος πρέπει να χρησιμοποιεί τη μαζική προσωρινή στείρωση, με εξαίρεση τις περιπτώσεις των ατόμων που θα υποβάλουν αίτηση για να αποκτήσουν παιδιά, και αυτό για να επιτευχθεί πιο αποτελεσματικός, έστω και αν θα είναι ακόμη ουσιαστικά εθελοντικός, ατομικός έλεγχος.
- Ο άνθρωπος πρέπει να προσφύγει σε μια σχετικά αυστηρή εφαρμογή κρατικών ελέγχων της αριθμητικής στάθμης, της ποιότητας και της κατανομής των πληθυσμών με την χρησιμοποίηση στείρωτικών παρατεταμένης δράσης ή φαρμάκων που περιορίζουν την γονιμότητα, με αναγκαστική στείρωση, μεθόδους ευγονίας και τα παρόμοια, επειδή, μπροστά στο γεγονός ότι η πληθυσμική αύξηση υπερβαίνει τα όρια της παραγωγικότητας και των παραγωγικών πηγών του κόσμου, η εθελοντική συνεργασία αποδείχεται ανεπαρκής.

Όλες αυτές οι προτάσεις προϋποθέτουν μεγάλης έκτασης προγράμματα εκπαίδευσης και αυξημένη διοικητική αποδοτικότητα. Τα καθαρώς εθελοντικά μέτρα (προτάσεις 1 και 2 παραπάνω) δεν έχουν ακόμα δοκιμαστεί αρκετά, ούτε και με τα γνωστά έστω μέσα αντισύλληψης. Τα πιθανά αποτελέσματα που θα είχαν, αν θα εφαρμοζόταν καθολικά, είναι ίσως δυνατό να υπολογιστούν με την βοήθεια προγραμμάτων στην Ευρώπη, στη Νότια Αμερική, στην Ιαπωνία και σε άλλες χώρες, όπου τα άτομα έχουν προσφύγει στον έλεγχο των γεννήσεων κάτω από τις γενικές οικονομικές και κοινωνικές πιέσεις, μολονότι όχι πάντα σε αρμονία με την κυβερνητική πολιτική στον τομέα αυτό. Γενικά, έχει αποδειχτεί ότι για τις κυβερνήσεις είναι πάντα πιο εύκολο να ενθαρρύνουν τις διάφορες τάσεις παρά να τις ανακόπτουν, παίρνοντας στάση αντίθετη προς το κοινωνικό κλίμα και τις προσωπικές

εμπειρίες. Τα καταναγκαστικά μέτρα (προτάσεις 3 και 4) δημιουργούν σοβαρά ηθικά, πολιτικά και διοικητικά ζητήματα, όπως είναι η στέρηση της ελευθερίας. Οποσδήποτε, τα επιστημονικά μέσα με την μαζική γονιμότητα και τον ευγονικό έλεγχο μπορεί να χρειαστούν πολλά χρόνια ακόμα για να αναπτυχθούν. Μερικά από αυτά θα απαιτούσαν μια κάποια διεθνή συναίνεση, η οποία δεν φαίνεται ακόμα να υπάρχει.

## **2.5 ΕΛΕΓΧΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ - ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ**

« Μητέρα » του οικογενειακού προγραμματισμού θεωρείται μια νοσηλεύτρια από τη Νέα Υόρκη, η Margaret Sanger, η οποία συγκλονίστηκε όταν στις αρχές του 20ου αιώνα, παρακολούθησε από κοντά την ανάρρωση μιας νέας κοπέλας που είχε υποβληθεί σε παράνομη έκτρωση. Όταν αργότερα η κοπέλα αυτή πέθανε σε μια δεύτερη έκτρωση, η Margaret Sanger έκανε σκοπό της ζωής της την ενημέρωση του κοινού για τους κινδύνους των εκτρώσεων και την πρότασή της για τον «Οικογενειακό Περιορισμό», όπως τον ονόμασε τότε. Οργάνωσε μια απίστευτη εκστρατεία ενημέρωσης τυπώνοντας ένα εκατομμύριο φυλλάδια με τον τίτλο Family Limitation, ταξίδεψε στην Ευρώπη για επιμόρφωση και αφού μελέτησε τις δυσκολίες και τις Νομικές επιπτώσεις, άνοιξε το 1916 στο Brooklyn της Νέας Υόρκης την πρώτη κλινική Οικογενειακού προγραμματισμού. Το πιο γνήσιο παιδί αυτής της ιδέας είναι το τόσο κατηγορημένο αλλά και τόσο ωφέλιμο και συγχρόνως τόσο μελετημένο Αντισυλληπτικό χάπι. Η αρχική ιδέα για μια αντισυλληπτική μέθοδο με τη μορφή χαπιού, γεννήθηκε στην Αυστρία το 1920, ενώ το 1938 ανακοινώθηκε η σύνθεση ενός οιστρογόνου της αιθυλοιστραδιόλης που είναι και η βάση όλων των αντισυλληπτικών. Μετά από πολλές έρευνες, νομικές και οικονομικές δυσκολίες, και πάντα με την ενθουσιώδη στήριξη της Margaret Sanger και εταιρειών που χρηματοδότησαν τις έρευνες, κυκλοφόρησε περί το 1960 το πρώτο αντισυλληπτικό χάπι. Στην Ελλάδα τα πρώτα χάπια κυκλοφόρησαν το 1965 με την ονομασία Anovlar και Lyndiol. Τα χάπια αυτά περιείχαν 50 mg. οιστρογόνου, ενώ τα σημερινά χάπια περιέχουν μόνο 20μg. η δόση δηλαδή έχει μειωθεί κατά 25 φορές. Αυτό και μόνο το γεγονός θα έπρεπε να πείσει τις σημερινές κοπέλες για την ασφάλεια και την ωφελιμότητα των αντισυλληπτικών.

Ας δούμε όμως μερικά στατιστικά στοιχεία του 1998 σε σύγκριση με το 1994. Στην Αυστραλία κάνουν χρήση χαπιού το 27.8% των γυναικών 15-44 ετών με αύξηση της χρήσης + 4.1%, στην Δανία 39,8% με αύξηση +34%, στην Ιρλανδία 16,9% με αύξηση +10,5%. Τα ίδια ισχύουν σχεδόν σε όλες τις Ευρωπαϊκές χώρες. Στην Ελλάδα κάνουν χρήση του χα-

πιού **μόνο το 2,4%** των γυναικών αντίστοιχης ηλικίας με μείωση -14,3% σε σχέση με το 1994 και στην Τουρκία, το χρησιμοποιούν μόνο 1,8 % με μείωση -14%. Στην Ελλάδα έχουμε σταθερά τουλάχιστον **100.000 εκτρώσεις τον χρόνο** με μόνο 1,4 παιδιά να γεννιούνται από κάθε Ελληνίδα, την ώρα που στην Τουρκία γεννιούνται τουλάχιστον 2,5 παιδιά ανά γυναίκα.

Στην Αρχαία Ελλάδα η έκτρωση δεν διώκετο εφόσον συμφωνούσε ο σύζυγος, ενώ για την πρόληψη της σύλληψης ο Αριστοτέλης προτείνει ελαιόλαδο ανακατεμένο με κέδρο και αλοιφή μολύβδου ή λιβάνι που έπρεπε να αλειφθεί στην περιοχή του κόλπου «όπου πέφτει ο σπόρος». Ο Ιπποκράτης, καταδικάζοντας την έκτρωση σαν πολύ επικίνδυνη προτείνει:

- Την πρώτη ίσως στην ιστορία έννοια του ενδομητρικού σπειράματος τοποθετώντας μολύβδινο σωλήνα στον κόλπο που είναι σφηνωμένος στον τράχηλο της μήτρας.
- Διάφραγμα εμποτισμένο με λάδι και μέλι.
- Κολπικές πλύσεις με διάλυμα θειικού χαλκού και σιδήρου.
- Προσπάθεια απομάκρυνσης του σπέρματος με πηδήματα και φτέρνισμα (μέθοδο πολύ διαδεδομένη στους λαούς της άπω Ανατολής).

Αξιωματιμότες είναι κι οι αντισυλληπτικές οδηγίες της Ασπασίας που αναφέρεται (για πρώτη φορά στην ιστορία) στην άγονη περίοδο του κύκλου της γυναίκας και συνιστά την χρήση κολπικών πωμάτων. Προφανώς οι γνώσεις αυτές αποτελούσαν τη συγκεντρωμένη εμπειρία του περιβάλλοντός της όταν σε νεαρή ηλικία δούλευε σε οίκο ανοχής.

Η συνισταμένη όλων αυτών των παραγόντων, αλλά κυρίως η ανακάλυψη της «καταναλωτικής» ζωής χωρίς τις έννοιες της παντρείας και των παιδιών (το ίδιο συνέβη αργότερα και στη Ρώμη) οδήγησαν παράλληλα με τη μετανάστευση στις αποικίες, στην ερήμωση της Ελλάδας. Ήταν τέτοια η μείωση του πληθυσμού που όταν ο Φίλιππος ο 5<sup>ος</sup> της Μακεδονίας το αντελήφθη, απαγόρευσε αυστηρά κάθε έλεγχο των γεννήσεων κι ο πληθυσμός μέσα σε μόνο 30 χρόνια αυξήθηκε κατά 50%. Ο οικογενειακός προγραμματισμός στη χώρα μας, μέχρι το 1976 σαν κοινωνικό κίνημα ήταν ανύπαρκτος. Και το παράδοξο, καμία πρόθεση από μέρους της πολιτείας δεν διαφαινόταν προς την κατεύθυνση και προώθηση της ιδέας αυτής.

Έτσι ξεκίνησε η ιδέα της ίδρυσης του Ελληνικού Συνδέσμου Οικογενειακού Προγραμματισμού (Ε.Σ.Ο.Π) ο οποίος ήρθε να καλύψει ένα μικρό υπαρκτό κενό σ' αυτό τον τομέα στη χώρα μας. Συγκεκριμένα, το Νοέμβριο του 1976 μια μικρή ομάδα ευαισθητοποιημέ-



νων ατόμων, ιατρών, κοινωνιολόγων, ψυχολόγων, επαγγελματιών υγείας (επισκεπτών υγείας, μαιών-μαιευτών), συνέταξε το πρώτο καταστατικό, υπέγραψε την ιδρυτική πράξη και εξέλεξε προσωρινό Δ.Σ.

Σήμερα η λειτουργία και η δομή του Ε.Σ.Ο.Π ακολουθεί το καταστατικό της Διεθνούς Ομοσπονδίας Οικογενειακού Προγραμματισμού ( I.P.P.F )

Η πολιτική της I.P.P.F. καθορίζεται από τη γενική συνέλευση των μελών της που γίνεται κάθε χρόνο. Ο ρόλος της είναι να συντονίζει τις προσπάθειες για την προώθηση του Ο.Π. σε παγκόσμια κλίμακα, να συμβουλεύει τις Κυβερνήσεις και τα Ηνωμένα Έθνη σε θέματα που έχουν σχέση με τον Ο.Π. και την υγεία του ατόμου, να βοηθά τις εταιρίες-μέλη σε τεχνικά και επιστημονικά θέματα, και να παρέχει άμεση οικονομική βοήθεια στις οικονομικά ασθενέστερες χώρες. (Σαλάκος Ν. 2006)

## **2.6 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΜΕΘΟΔΩΝ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ**

Για χιλιάδες χρόνια τα ζευγάρια προσπαθούν να ελέγξουν τη γονιμότητα χρησιμοποιώντας διάφορες μεθόδους και τεχνικές, ανάλογα με το κοινωνικό, πολιτισμικό και οικονομικό επίπεδο του κάθε λαού και της εκάστοτε εποχής, με άλλοτε άλλα αποτελέσματα, περισσότερο ή λιγότερο ικανοποιητικά.

Σε αρχαίους αιγυπτιακούς παπύρους που χρονολογούνται μετά το 1850 π.Χ., αναφέρεται ότι οι γυναίκες της ανώτερης κοινωνικής τάξης χρησιμοποιούσαν ουσίες μέσα στον κόλπο, οι οποίες μπορούσαν να δεσμεύσουν ή να φονεύσουν το σπέρμα. Οι ουσίες αυτές περιλάμβαναν κόπρανα κροκοδείλου και αργότερα ελέφαντα, που φαίνεται πως ενεργούσαν ως σπερματοκτόνα. Άλλος αιγυπτιακός πάπυρος του 1550 π.Χ. περιγράφει ενδοκολπικά ταμπόν που είχαν διαποτιστεί με αφέψημα θάμνου ακακίας. Το μείγμα αυτό περιείχε γαλακτικό οξύ, το οποίο ακόμη χρησιμοποιείται στα σπερματοκτόνα τζελ. Επίσης, σε αιγυπτιακά αγαλματίδια πολλών χιλιάδων ετών εμφανίζονται άνδρες που φορούν πεοκαλύπτρες, οι οποίες όμως φαίνεται ότι δεν χρησιμοποιούντο για αντισυλληπτικούς λόγους, αλλά προφανώς, όπως προκύπτει από τα αρχαία κείμενα, πρέπει να υπήρχαν διαθέσιμες και οι αντίστοιχες πεοκαλύπτρες για αντισύλληψη.

## α) Προφυλακτικό

Η προσπάθεια να αποτραπεί μία ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη οδήγησε από αρχαιοτάτων χρόνων στη χρήση διάφορων μεθόδων και υλικών.

Η αρχαιότερη αναπαράσταση χρήσης προφυλακτικού από άνδρα κατά τη διάρκεια σεξουαλικής επαφής χρονολογείται περίπου 12.000 με 15.000 χρόνια πριν, σε σπήλαιο στη Γαλλία. Το αρχαιότερο προφυλακτικό που έχει βρεθεί είναι του 17ου αιώνα, από εντόσθια ζώου, στο Κάστρο του Dudley στην Αγγλία. Οι ιστορικοί εκτιμούν ότι χρησιμοποιείτο κυρίως ως ασπίδα από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα από τους στρατιώτες. Είναι αξιοσημείωτο ότι στο εμπόριο υπάρχουν ακόμη προφυλακτικά από εντόσθια.

Η πρώτη μεγάλη έρευνα για τη χρήση προφυλακτικών τοποθετείται το 15ο αιώνα, όταν ο Ιταλός Gabrielle Fallopius φέρεται να δημιούργησε ένα προϊόν από λινό ύφασμα το οποίο δοκίμασε σε πάνω από 1.000 άνδρες προκειμένου να επιτύχει προστασία από τη σύφιλη.

Μία εκδοχή αυτού του προφυλακτικού φέρεται να χρησιμοποιούσε ο περίφημος Καζανόβα, ενώ το καουτσούκ ήρθε στο προσκήνιο το 1843, όταν ο Charles Goodyear πατένταρε για πρώτη φορά την «ενθείωση» του υλικού, που κάνει το φυσικό καουτσούκ περισσότερο εύκαμπτο και ανθεκτικό. Η εξέλιξη ολοκληρώθηκε το 1880 με το πρώτο προϊόν από latex. Η διαδεδομένη χρήση τους ωστόσο θα αργήσει αρκετές δεκαετίες.

Η κοινωνική αναταραχή που προκάλεσε η διάδοση του βιομηχανικά παραγόμενου πλέον προϊόντος είναι εμφανής στο μεσοπόλεμο. Τα στρατεύματα των ΗΠΑ στον Α' Παγκόσμιο δεν είχαν καμία ενημέρωση, καθώς η συντηρητική πολιτική ηγεσία θεωρούσε κίνητρο ακολασίας την προφύλαξη. Η τεράστια διάδοση της σύφιλης κυρίως, που ακολούθησε, έφερε στροφή 180 μοιρών στον επόμενο μεγάλο πόλεμο. Ενδιάμεσα, οι γυναίκες ακτιβίστριες διεκδίκησαν το δικαίωμα τα προφυλακτικά να διατίθενται όχι μόνο για προστασία από ασθένειες, αλλά και ελεύθερα για οικογενειακό προγραμματισμό.

Ότι πέτυχαν γενιές ακτιβιστών και επιστημόνων, απείλησε να ανατρέψει η σεξουαλική απελευθέρωση της δεκαετίας του 1960, όταν πλέον τα μεταδιδόμενα νοσήματα ήταν ιάσιμα (το AIDS δεν είχε εμφανιστεί) και η αγορά του αγοραίου έρωτα περνούσε κρίση, ωστόσο ο ιός HIV έκανε ξανά σαφές μετά το 1980 ότι το προφυλακτικό είναι απαραίτητος σύντροφος σε κάθε σεξουαλική επαφή με άτομα που δεν θεωρούνται ασφαλή. Η τελευταία εξέλιξη στο θέμα ήταν η έλευση του γυναικείου προφυλακτικού το 1994.

## **β) Ενδομήτρια σπειράματα**

Η ιδέα για την εφαρμογή ενδομήτριων σπειραμάτων έχει τις ρίζες της πολύ παλαιά. Ως πρόγονοι των σύγχρονων ενδομήτριων σπειραμάτων είναι δυνατόν να θεωρηθούν τα χαλίκια που τοποθετούσαν οι Άραβες στη μήτρα των καμηλών, προκειμένου να αποσοβήσουν μία ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη κατά τα μακρινά ταξίδια τους στην έρημο. Η πρώτη αναφορά για χρήση αντισυλληπτικών πεσσών στον άνθρωπο ανευρίσκεται στον 11ο αιώνα από τον Άραβα επιστήμονα Αβικέννα.

Κατά τα τέλη του 19ου αιώνα, στην Ευρώπη, έκαναν την εμφάνισή τους πεσσοί, οι οποίοι ήταν κατασκευασμένοι από διάφορα υλικά όπως ξύλο, γυαλί, έβενο, φίλντισι, άργυρο και χρυσό. Αρχικά η χρησιμοποίηση των πεσσών στόχευε στη θεραπεία της δυσμηνόρροιας και των ανώμαλων θέσεων της μήτρας. Κατά τη χρήση τους όμως παρατηρήθηκε ότι οι πεσσοί διέθεταν αντισυλληπτική και συχνά εκτρωτική δράση. Η παρατήρηση αυτή οδήγησε στην ευρεία χρήση τους ως εκτρωτικών μέσων.

Το 1909 ο Richter σχεδίασε το πρώτο ενδομήτριο σπείραμα που αποτελείται από έναν δακτύλιο κατασκευασμένο από μετάξι και νήμα cut-gut, καθώς και σύρμα από μπρούντζο ή νικελ, το οποίο προεξείχε από το τραχηλικό στόμιο. Αυτό το νήμα αντικαταστάθηκε από τον Prust με cut-gut, λόγω της ενόχλησης που ένοιωθαν οι ερωτικοί σύντροφοι κατά τη σεξουαλική επαφή. Η απουσία αντιβιοτικών και τα αποτελέσματα μελετών εκείνης της εποχής είχαν δημιουργήσει ομολογουμένως σοβαρή ανησυχία τόσο στους ιατρούς, όσο και στις γυναίκες που προτίθετο να χρησιμοποιήσουν σπειράματα, διότι οι επιπλοκές κατά τη χρήση τους ήταν ιδιαίτερα σοβαρές και συχνά θανατηφόρες.

Το 1928, ο Grafenberg σχεδίασε IUD σε σχήμα δακτυλίου, κατασκευασμένο από "γερμανικό άργυρο" (κράμα χαλκού, νικελίου και ψευδαργύρου), το οποίο θεωρείται το πρώτο ουσιαστικά σύγχρονο αντισυλληπτικό σπείραμα. Οι επιπλοκές όμως που είχαν εμφανισθεί μέχρι τότε δημιούργησαν μια έντονα αρνητική προκατάληψη για τα IUDs, ώστε η χρήση τους να προσκρούσει στη δυσπιστία ως προς την ασφάλειά τους, γεγονός που είχε ως αποτέλεσμα την απόρριψή τους από την ιατρική κοινότητα. Το 1934 ο Ota χρησιμοποίησε χρυσούς ή επιχρυσωμένους δακτυλίους με πολύ καλά αποτελέσματα.

Η δεκαετία του '60 αποτελεί ορόσημο στην ιστορία των ενδομήτριων σπειραμάτων, όταν, μετά τις δημοσιεύσεις των πολύ καλών μελετών του Ishihama, χρησιμοποιώντας τον δακτύλιο του Ota, του Oppenheimer και του Grafenberg αναζωπυρώθηκε το παγκόσμιο ενδιαφέρον για τη χρήση των ενδομήτριων αντισυλληπτικών σπειραμάτων.

Στις ΗΠΑ επικρατούσε μέχρι πρόσφατα έντονη επιφυλακτικότητα για τη χρήση των ενδομήτριων σπειραμάτων, λόγω των συχνών πυελικών λοιμώξεων που παρατηρήθηκαν από τη χρήση του σπειράματος Dalcon Shield, το οποίο κυκλοφόρησε το 1970 και απεσύρθη το 1975. Το 1976 κυκλοφόρησε στο εμπόριο ένα σπινάλ με προγεστερόνη. Από τότε τα σπινάλ τελειοποιούνται συνεχώς και οι γυναίκες που τα χρησιμοποιούν γίνονται όλο και πιο πολλές.

### **γ) Αντισυλληπτικό χάπι**

Η σύγχρονη αντισύλληψη στηρίζεται στη γνώση ότι το βασικό φαινόμενο της αναπαραγωγής (η ωορρηξία) μπορεί να ανασταλεί με φαρμακευτικές ουσίες. Πρώτος ο Parkes, το 1929, αναφέρεται στην πιθανή επίδραση της εξωγενούς προγεστερόνης στον γεννητικό κύκλο. Το 1953, οι Pincus και Chang δημοσίευσαν την κλασική εργασία "Η επίδραση της προγεστερόνης και των συναφών προϊόντων στην ωορρηξία του κύκλου, η οποία έγραψε ιστορία και αποτέλεσε την απαρχή του νέου κεφαλαίου της ορμονικής αντισύλληψης. Από το 1950 υπήρχαν διαθέσιμα νέα προγεστεροειδή, μεταξύ των οποίων η νορεθυδρόνη και η νορεθινοδρέλη, που άρχισαν να βρίσκουν κλινική εφαρμογή και τα οποία παρουσίασαν πολύ υψηλότερη προγεσταγόνο δράση από την προγεστερόνη. Το 1960, η ορμονική αντισύλληψη έγινε δεκτή από τη Διεύθυνση Τροφίμων και Φαρμάκων των Η.Π.Α. Το γεγονός αυτό άλλαξε την ιστορία της ανθρωπότητας, γιατί το χάπι πέτυχε να ξεχωρίσει οριστικά το σεξ από τη γονιμότητα και να απελευθερώσει τη γυναίκα. Έτσι, η αντισύλληψη περιήλθε στα χέρια των γυναικών και αποτελεί σήμερα αναφαίρετο προνόμιό τους.

Το 1965 κυκλοφορούσαν στις ΗΠΑ προγεστεροειδή και αντισυλληπτικά χάπια. Το 1967 διαπιστώθηκαν οι πρώτες παρενέργειες του χαπιού με τη μορφή των θρομβοεμβολικών επεισοδίων, μετά τη μελέτη του Βασιλικού Κολεγίου των Ιατρών και άλλες επιδημιολογικές μελέτες. Τότε ξεκίνησε η προσπάθεια για τον περιορισμό των παρενεργειών με τη δραστική περικοπή του περιεχόμενου οιστρογόνου, όπως και η προσπάθεια ανακάλυψης νεότερων προγεστεροειδών ουσιών, όπως η γεστοδένη, η νοργεστιμάτη και η δεσογεστρέλη, που συντέλεσαν αποφασιστικά στη σημαντική βελτίωση των αντισυλληπτικών δισκίων και στην πλήρη σχεδόν εξαφάνιση των ανεπιθύμητων ενεργειών.

Έτσι, τα νέα αντισυλληπτικά χάπια παρουσιάζουν πολλή μεγαλύτερη ασφάλεια και χρησιμοποιούνται από εκατομμύρια γυναικών σε όλο τον κόσμο. Εκτός από την αντισυλληπτική τους δράση έχουν εφαρμογή στη φαρμακευτική ρύθμιση του γεννητικού κύκλου και στη

θεραπευτική αντιμετώπιση των λειτουργικών κύστεων της ωοθήκης. Επίσης, οι γυναίκες που λαμβάνουν το χάπι για πολλά χρόνια δεν φαίνεται να διατρέχουν κανέναν ιδιαίτερο κίνδυνο, γιατί, μετά τη μείωση του περιεχομένου οιστρογόνου, ο κίνδυνος καρκίνου του μαστού έχει περιορισθεί σημαντικά, ενώ μετά τη μακροχρόνια λήψη χαπιού η συχνότητα του καρκίνου του ενδομητρίου και των ωοθηκών έχουν μειωθεί εντυπωσιακά. Στα θετικά επιτεύγματα της ορμονικής αντισύλληψης περιλαμβάνεται η εξαφάνιση της δυσμηνόρροιας, της εξωμητρίου κύησης και ο έλεγχος των μηνορραγιών. (Ιστορία της αντισύλληψης (2007) [www.desires.com](http://www.desires.com) )

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ**



**1 ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΑ ΔΙΣΚΙΑ**



**2 ΑΝΔΡΙΚΟ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟ**



**3 ΓΥΝΑΙΚΕΙΟ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟ**



**4 ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟ ΣΠΕΙΡΑΜΑ**

### **3.1 ΤΟ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΟ ΧΑΠΙ**

Το αντισυλληπτικό χάπι είναι μια μέθοδος αντισύλληψης που λαμβάνεται από το στόμα. Αποτελείται από συνδυασμό δυο ορμονών (οιστρογόνα



και προγεστερόνη) και η συστηματική λήψη του εμποδίζει την ωορρηξία και συνεπώς την εγκυμοσύνη.

Το πρώτο οιστρογόνο-προγεστερονικό χάπι κατασκευάστηκε το 1956 με την πρωτοβουλία του αμερικάνικου βιολόγου Πίνκου. Οι δόσεις ήταν πολύ ισχυρές και συχνά οι γυναίκες δεν μπορούσαν να το ανεχτούν. Από την εποχή εκείνη τα εργαστήρια δεν έπαψαν να το τελειοποιούν περιορίζοντας προοδευτικά την δόση του σε ορμόνες, αλλά διατηρώντας την ίδια αντισυλληπτική αποτελεσματικότητα. Υπάρχουν πολλοί τύποι "χαπιού" που επιτρέπουν μια επιλογή προσαρμοσμένη στη κάθε γυναίκα, όπως θα δούμε στην συνέχεια.

- **Τα οιστρογόνα-προγεστερονικά** Αυτά είναι τα πιο πολύ χρησιμοποιούμενα. Περιέχουν ταυτόχρονα ένα οιστρογόνο και ένα προγεστεροειδές ή ένα προγεσταγόνο (παράγωγο της προγεστερόνης). Οι δύο αυτές ορμόνες προσομοιάζουν πολύ εκείνες που εκκρίνονται από τις ωοθήκες.
- **Τα συνδυασμένα χάπια**, όλα τα δισκία έχουν συντεθεί από ένα οιστρογόνο και ένα προγεσταγόνο αλλά σε δόσεις που ποικίλουν.
- **Τα ομαλής δόσης**: είναι τα πιο σίγουρα από αντισυλληπτικής άποψης περιέχουν 50mg οιστρογόνου ανά δισκίο και ποικίλη δόση προγεστεροειδούς, που ο χαρακτήρας αλλάζει ανάλογα με την μάρκα.
- **Τα μίνι-δόσης**: περιέχουν 30-40mg οιστρογόνου ανά δισκίο και λιγότερο από 1mg προγεσταγόνου. Αν αυτή η δόση αυξάνει στο τέλος του κύκλου, τότε λέμε ότι τα χάπια είναι διφασικά, κι αν η δόση αυξάνει σε τρία στάδια λέμε ότι είναι τριφασικά. Τα τριφασικά παρασκευάσματα είναι εκείνα που περιέχουν τις λιγότερες ορμόνες και επιδιώκουν ν' αναπαράγουν στο μέγιστο τις φυσιολογικές αυξομειώσεις στις εκκρίσεις των ορμονών του οργανισμού.
- **Τα χάπια κατά σειρά**: περιέχουν μόνο οιστρογόνο επί 7-15 ημέρες, ύστερα ένα συνδυασμό οιστρογονο-προγεστερονικό, για τις υπόλοιπες ημέρες. Οι ενδείξεις τους είναι πολύ περιορισμένες (ύστερα από μια θεραπεία ή έκτρωση αν δεν υπάρχουν έμμηνα ή αντίστροφα, μετά από αιμορραγίες από άλλο χάπι) γιατί είναι λιγότερο αποτελεσματικά (98-99% μόνο) και είναι πλούσια σε οιστρογόνα, πράγμα που έχει μειονεκτήματα για τους μαστούς και τον βλεννογόνο της μήτρας.
- **Τα προγεστερονικά μικροχάπια**: δεν περιέχουν παρά ένα μόνο προγεσταγόνο, σε πολύ μικρή δόση. Λιγότερο αποτελεσματικά από τα συνδυασμένα χάπια, δεν επι-

Εικόνα 3.1. Αντισυλληπτικά χάπια

τρέπουν να ξεχαστεί η λήψη τους. Η χρήση τους ενδείκνυται σε γυναίκες με υψηλό αγγειακό κίνδυνο (καρδιοπαθείς, υπέρτασικές, διαβητικές) ή σ' αυτές που θηλάζουν.

- **Τα προγεστερονικά μακράς δόσης:** Χωρίς να μπορούμε να μιλήσουμε για καθαυτό χάπια, μπορούμε να τα χρησιμοποιήσουμε σαν αντισυλληπτικά, πολύ αποτελεσματικά, με τον όρο ότι θα τα παίρνουμε 20 ημέρες το μήνα. Ανάλογα με τον χαρακτήρα και τη δόση τους, ταιριάζουν καλύτερα στις γυναίκες που δεν ανέχονται τα προηγούμενα χάπια ή σ' αυτές που έχουν αγγειακά προβλήματα ή παθήσεις των μαστών.

#### **Τι εννοούμε όταν λέμε "κλίμα" σε σχέση με το χάπι**

Μιλάμε για το οιστρογονικό "κλίμα" που επικρατεί αν το χάπι περιέχει πιο πολλά οιστρογόνα παρά προγεσταγόνα στην σύνθεσή του ή αν το προγεσταγόνο που χρησιμοποιήθηκε είναι αδύνατο.

Μιλάμε για επικράτηση προγεστερονικού "κλίματος" αν το χάπι περιέχει μεγαλύτερη δόση σε προγεσταγόνα ή αν η περιεχόμενη ορμόνη είναι πολύ ισχυρή. Το συνιστούμε σε γυναίκες που έχουν προβλήματα στο στήθος ή έμμηνα με μεγάλη αιμορραγία.

#### **α) ΤΟ ΜΙΝΙ ΧΑΠΙ**

- Παρουσιάζει λιγότερες ανεπιθύμητες παρενέργειες από τα άλλα χάπια, όπως οι πεπτικές διαταραχές, η αύξηση του σωματικού βάρους, και ανακουφίζει από το βάρος που νιώθουμε στις γάμπες και τις ημικρανίες. Επηρεάζει λιγότερο το μεταβολισμό των υδατανθράκων, των λιπιδίων και τους παράγοντες πήξεως, περιορίζοντας θεωρητικά τον κίνδυνο καρδιαγγειακών επεισοδίων. Αλλά, από την άλλη μεριά επιφέρει μια υπερπαραγωγή οιστρογόνων σε σχέση με την ανοχή των μαστών (διόγκωση του στήθους και πόνο) και κατηγορείται ότι δημιουργεί πολυκυστικές ωοθήκες. Είναι λιγότερο αποτελεσματικό σε περίπτωση που θα ξεχαστεί και παρουσιάζει άσχημη αλληλεπίδραση με άλλα φάρμακα που λαμβάνονται ταυτόχρονα.
- Όλες οι γυναίκες δεν μπορούν να λάβουν το χάπι. Ο κάθε γιατρός πρέπει να εξετάζει, μαζί με την ασθενή του το φάσμα των αντενδείξεων του χαπιού.

**Πρέπει να αποφεύγεται η λήψη των παρακάτω φαρμάκων μαζί με το αντισυλληπτικό χάπι**



- Αυτά που μειώνουν την αντισυλληπτική αποτελεσματικότητα και αυξάνουν τον κίνδυνο εγκυμοσύνης όπως η ριμφακίνη (που είναι αντιφυματικό), τα αντιεπιληπτικά (αντισπασμωδικά) και ορισμένα αντιβιοτικά, όπως το Totapen, το Vibramgame, το Tetralysal και το Chloramphenicol.
- Αυτά που παρουσιάζουν ηπατοτοξικότητα, όπως τα αντικαταθλιπτικά και τα αντιυπερτασικά.
- Αυτά που μπορεί να γίνουν πιο τοξικά ή αντίθετα λιγότερο αποτελεσματικά αν ληφθούν μαζί με το συνδυασμένο χάπι, όπως τα ηρεμιστικά, η βιταμίνη Β6, αντιυπερτασικά, τα αντιδιαβητικά που παίρνονται από το στόμα και τα αντιπηκτικά που παίρνονται από το στόμα.

## **β) ΤΟ ΣΥΝΔΥΑΣΜΕΝΟ ΧΑΠΙ**

Το συνδυασμένο χάπι επιδρά σε τρία στάδια προσφέροντας τρία στάδια ασφάλειας.

1. **ΑΝΑΣΤΟΛΗ ΤΗΣ ΩΟΡΡΗΞΙΑΣ.** Ο υποθάλαμος και η υπόφυση δέχονται ικανοποιητικές ποσότητες οιστρογόνων και προγεστερόνης (σε σύνθεση) και έτσι δεν εκκρίνουν γοναδοτροπικές ορμόνες. Καθώς απουσιάζουν "εκ των άνω", οι ωοθήκες περνούν σε κατάσταση ανάπαυσης και σταματούν τη δραστηριότητα τους, δηλαδή την κατά μήνα ωρίμανση ωαρίων.
2. **Η ΑΛΛΑΓΗ ΤΗΣ ΤΡΑΧΗΛΙΚΗΣ ΒΛΕΝΝΑΣ.** Αυτό το υγρό, που είναι διαυγές, εκκρίνεται κατά τη στιγμή της ωορρηξίας από τους αδένες του τραχήλου, για να υποδεχτεί τα σπερματοζώαρια και να τα βοηθήσει ν' ανέβουν ως τη μήτρα. Με το χάπι, το υγρό αυτό γίνεται πηχτό, λιγότερο σε ποσότητα και αδιαπέραστο από τα σπερματοζώαρια, που δεν θα μπορέσουν να το διαπεράσουν.
3. **ΟΙ ΑΛΛΑΓΕΣ ΤΟΥ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ.** Ο βλεννογόνος αυτός γίνεται τόσο λεπτός που η εμφύτευση του ωαρίου στη μήτρα είναι αδύνατη.

### **Τα πλεονεκτήματα του συνδυασμένου χαπιού**

1. Εξασφαλίζει την πιο σίγουρη προστασία από την εγκυμοσύνη. Η αποτελεσματικότητα του πλησιάζει το 100% με τον όρο ότι λαμβάνεται σωστά. Η αναστολή της ωορρηξίας, επιτρέπει την αποφυγή της εγκυμοσύνης είτε ενδομήτριας είτε εξωμήτριας.

2. Εξομαλύνει τις διαταραχές του κύκλου. Οι κύκλοι γίνονται αυτόματα κανονικοί κάθε 28 ημέρες και τα έμμηνα γίνονται σύντομα και ανώδυνα. Ακόμη, εξαφανίζει ολοκληρωτικά τους πόνους που καμιά φορά εμφανίζονται κατά την ωορρηξία ή ακριβώς πριν από τα έμμηνα.
3. Βοηθάει να αποφευχθεί η εμφάνιση λειτουργικών κύστεων στις ωοθήκες, καθώς μπλοκάρει την λειτουργία της και μπορεί να αποτελέσει μια πραγματική θεραπεία της πάθησης που αποκαλείται πολυκυστικές ωοθήκες.
4. Προστατεύει από τον καρκίνο του ενδομητρίου, που συνήθως επέρχεται, σε μια πιο προχωρημένη ηλικία, σε γυναίκες οι οποίες υποβάλλονται για μεγάλο χρονικό διάστημα σε πολύ μεγάλη στάθμη οιστρογόνων στο αίμα. Χάρη στο χάπι, ο βλεννογόνος της μήτρας "επιρεάζεται" από μια μέτρια μόνο ποσότητα ορμονών, που τον εμποδίζει να πολλαπλασιαστεί. Οι γυναίκες που χρησιμοποιούν το χάπι πάνω από 10 έτη κινδυνεύουν 5 φορές λιγότερο από αυτού του είδους το καρκίνο.
5. Μειώνει τον κίνδυνο σαλπινγίτιδας δηλαδή μιας μόλυνσης των σαλπίγγων. Οι γυναίκες που χρησιμοποιούν το χάπι κινδυνεύουν 2 φορές λιγότερο από άλλες να μολυνθούν στην περιοχή αυτή, σε σχέση με εκείνες που χρησιμοποιούν σπιράλ. Αυτό οφείλεται πιθανότατα στο γεγονός ότι η βλέννα που έχει γίνει πιο πυκνή και "μπλοκάρει" την είσοδο των μικροβίων προς την μήτρα και τις σάλπιγγες, επειδή ο τράχηλος είναι πιο κλειστός και επειδή το αίμα των εμμηνών, αληθινό φυτώριο μικροβίων, είναι λιγότερο.
6. Προστατεύει από τον καρκίνο των ωοθηκών, που είναι ο πιο επιθετικός από τους καρκίνους των γεννητικών οργάνων. Αυτή η διαβεβαίωση έχει επαληθευτεί αυτό το συμπέρασμα έχει εξαχθεί από όλες τις έγκυρες επιδημιολογικές μελέτες.
7. Σε πολλές περιπτώσεις εξαλείφει την ακμή. Σ' αυτά τα πλεονεκτήματα ιατρικής μορφής πρέπει να προσθέσουμε και το μικρό κόστος του χαπιού. Ακόμη, το χάπι σέβεται τον αυθορμητισμό των σεξουαλικών σχέσεων και δεν απαιτεί καμία προετοιμασία ή ειδικό χειρισμό.

#### **Τα μειονεκτήματα του συνδυασμένου χαπιού.**

**Ναυτία:** Αυτό το μειονέκτημα, που έχει καταστεί σπάνιο με τα παρασκευάσματα μικρών δόσεων ερμηνεύει μια ορισμένη ηπατική ή χολική δυσανεξία στο χάπι. Οι ναυτίες αυτές που παρατηρούνται στην αρχή της θεραπείας, στους τρεις πρώτους κύκλους, συνήθως ε-

ξαφανίζονται μόνες τους. Παρατηρούνται το πρωί αμέσως μετά το ξύπνημα ή λίγες ώρες μετά τη λήψη του δισκίου, συνήθως στην αρχή της πλακέτας και υποχωρούν στη συνέχεια.

**Αύξηση του σωματικού βάρους:** Η λήψη βάρους ταυτόχρονα με το χάπι συνδέεται με τα προγεσταγόνα που αυτό περιέχει, και τα οποία έχουν τη τάση να αυξάνουν την όρεξη, αλλά ακόμη και με το οιστρογόνο που ευνοεί τη κατακράτηση νερού. Στα δύο τρίτα των περιπτώσεων για τα χάπια ομαλών δόσεων και σχεδόν στη πλειοψηφία αυτών με ένα μίνι χάπι το βάρος παραμένει σταθερό. Ωστόσο αν η αύξηση βάρους είναι γρήγορη και πάνω από τρία κιλά, ο γιατρός πρέπει να κάνει συμπληρωματικές εξετάσεις για να διαπιστώσει ενδεχόμενη διαταραχή του μεταβολισμού.

- i. **Αιμορραγία:** Εμφανίζεται πιο συχνά με τη λήψη μίνι-χαπιού, αν μάλιστα αυτά είναι και τριφασικά, ενώ μπορεί να εμφανιστούν:
  - Είτε κατά τους πρώτους τρεις μήνες της θεραπείας, οπότε είναι ελάχιστες, διακοπτόμενες και παροδικές.
  - Είτε ύστερα από ένα, δύο ή και περισσότερα ακόμη χρόνια με το χάπι, οπότε είναι έντονες.

Στη πρώτη περίπτωση συνδέονται με μια κακή ισορροπία ανάμεσα στις ορμόνες του χαπιού και του βλεννογόνου της μήτρας. Στη δεύτερη ο βλεννογόνος αιμορραγεί γιατί έχει γίνει πολύ λεπτός. Ένας ή δύο κύκλοι μ' ένα χάπι με περισσότερο οιστρογόνο αρκεί για να τις σταματήσει. Μπορεί ακόμη να πρόκειται για κάποια μόλυνση ή για πολύποδα της μήτρας ή για φλεγμονή που θα χρειαστεί ειδική θεραπεία.

- ii. **“Βαριές” γάμπες και κυρσοί:** Αυτά τα μειονεκτήματα είναι συνηθισμένα σε ορισμένες γυναίκες ακόμη κι αν δεν παίρνουν το χάπι, προπάντων όταν έρχονται οι πρώτες καλοκαιρινές ζέστες. Οξύνονται από ορισμένα χάπια που περιέχουν οιστρογόνα καθώς και από εκείνα που έχουν ισχυρή δόση προγεσταγόνου. Η αίσθηση του πρηξίματος που συνοδεύεται από πόνους είναι η ερμηνεία μιας θρόμβωσης των αγγείων που συνδέεται με τη κατακράτηση νερού και νατρίου, καθώς και μια ένδειξη φλεβικής ανεπάρκειας. Για να διορθωθεί η κατάσταση, αρχικά ακολουθούνται οδηγίες για σωστή διατροφή. Αν οι διαταραχές επιμείνουν πριν την εγκατάλειψη αυτής της αντισύλληψης, πρέπει να ζητηθεί από το γιατρό να δώσει ένα χάπι με πιο μικρή δόση ή ακόμη και φλεβοτονωτικά φάρμακα.
- iii. **Επώδυνη τάση στους μαστούς:** Δεν πρόκειται για κάτι σπάνιο, προπάντων στη διάρκεια των πρώτων κύκλων, ενώ μπορεί να παρατηρηθεί με όλους τους τύπους

των χαπιών, συμπεριλαμβανομένων και των μικροχαπιών με προγεσταγόνα. Δεν έχει σοβαρή παρενέργεια, απλώς μαρτυρεί μια κακή ορμονική ισορροπία του χαπιού πάνω στους μαστούς. Μια απλή αλλαγή χαπιού αρκεί συνήθως για να εξαφανιστούν όλες αυτές οι διαταραχές. Αν όμως παρόλο που θα χρησιμοποιηθεί ένα χάπι με προγεστερονικό κλίμα οι μαστοί εξακολουθούν να είναι πρησμένοι και να πονούν απαιτείται για την ανακούφιση τους μια προγεστερονική θεραπεία.

- iv. **Απουσία εμμήνων κατά το διάστημα της λήψης χαπιού:** Η αμηνόρροια (έλλειψη εμμήνου ρύσεως) επέρχεται καμιά φορά με τη λήψη χαπιών όπου κυριαρχεί το προγεστερονικό κλίμα. Αυτό οφείλεται στο ότι ο βλεννογόνος της μήτρας δεν έχει αρκετά «φυτρώσει» για να μπορέσει να αιμοραγήσει μετά τη διακοπή. Ένα νέο χάπι με κυρίαρχο το οιστρογονικό κλίμα θα χρησιμεύσει σαν λίπασμα για το βλεννογόνο και τα «έμμηνα» θα εμφανιστούν.
- v. **Πονοκέφαλοι (απλοί ή ημικρανίες):** Είναι δύσκολο να ξεχωρίσουμε ποιοι πονοκέφαλοι οφείλονται στο χάπι και ποιοι σε άλλες αιτίες. Ωστόσο είναι γεγονός ότι το καθιστούν υπεύθυνο για πολλές αδιαθεσίες, αλλά συνήθως άδικα. Οι ημικρανίες των εμμήνων εμφανίζονται αποκλειστικά κατά το ενδιαμέσο χρονικό διάστημα της διακοπής, σαν να είχαν προκληθεί από την απότομη κατάρρευση του ποσοστού των ορμονών μέσα στο αίμα. Μπορεί ακόμη να έχουν οξυνθεί από τη λήψη του χαπιού ή αντίθετα να βελτιωθούν. Καμιά φορά οι ημικρανίες αυτές ανακουφίζονται με αδύνατες δόσεις οιστρογόνων στη περίοδο της διακοπής για ν' αποφευχθεί μια πολύ απότομη μεταβολή του επιπέδου των ορμονών ή με το να ληφθούν κάποια αντιημικρανιακά φάρμακα. Οι άλλες ημικρανίες επέρχονται ανά πάσα στιγμή κατά τη διάρκεια της πλακέτας και καμιά φορά είναι αλλεπάλληλες χωρίς να είναι δυνατό να είναι γνωστό τι ακριβώς τις προκαλεί ή αν οφείλονται σε δυσανεξία στο χάπι. Αν οι ημικρανίες εμφανίζονται πραγματικά μαζί με το χάπι κι αν είναι έντονες και αλλεπάλληλες, καλύτερα να γίνει αλλαγή της αντισυλληπτικής μεθόδου, κυρίως αν η γυναίκα καπνίζει, γιατί μπορεί να αποτελούν πρόδρομες ενδείξεις κάποιου αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου.

### **γ) ΤΟ "ΚΑΤΑ ΣΕΙΡΑ" ΧΑΠΙ**

Επενεργεί μόνο πάνω στην ωορρηξία, που την αναστέλλει, αλλά δεν μεταβάλλει ούτε τη βλέννα, που παραμένει σε καλή κατάσταση, τουλάχιστον τις πρώτες οχτώ ημέρες, ούτε το βλεννογόνο της μήτρας, που είναι απόλυτα ικανός να δεχτεί ευνοϊκά ένα ωάριο σε περίπτωση που θα ξεχάσουμε να πάρουμε το χάπι.

## **δ) ΤΟ ΠΡΟΓΕΣΤΕΡΟΝΙΚΟ ΧΑΠΙ**

Δεν επιδρά παρά μόνο πάνω στην βλέννα που την αποξηραίνει και στον βλεννογόνο της μήτρας που τον λεπταίνει. Δεν μπλοκάρει πάντα την ωορρηξία, πράγμα που εξηγεί το ποσοστό αποτυχίας του από 1-3% και την πιθανότητα μιας εξωμήτριας εγκυμοσύνης.

### **Εξετάσεις πριν από την έναρξη λήψης αντισυλληπτικού χαπιού**

Η επιλογή του κατάλληλου αντισυλληπτικού χαπιού προϋποθέτει επίσκεψη σε γιατρό που θα υποβάλλει τη γυναίκα στις παρακάτω εξετάσεις:

- Λήψη του ιατρικού και του γυναικολογικού ιστορικού (π.χ. προβλήματα υγείας, λήψη φαρμάκων κ.λ.)
- Σε γενικές εξετάσεις με βάση την αρτηριακή πίεση και το βάρος του σώματός.
- Σε μια γυναικολογική εξέταση.
- Σε μια εξέταση του στήθους, αναζητώντας τυχόν ανώμαλους όγκους και εκκρίσεις από τις θηλές.

Μετά θα συστήσει μια εργαστηριακή εξέταση αίματος, για να μετρηθεί το ποσοστό των λιπών (χοληστερόλη και τριγλυκερίδια) και του σακχάρου, για να είναι σίγουρος ότι δεν διατρέχεται κανένας κίνδυνος από καρδιαγγειακά επεισόδια.

### **Τα μειονεκτήματα των προγεστερονικών μικροχαπιών**

Παρ' όλο που δεν εγκυμονούν κινδύνους αγγειακών διαταραχών, τα χάπια αυτά έχουν κάποια μειονεκτήματα. Η αντισυλληπτική αποτελεσματικότητά τους είναι μικρότερη από των κλασικών, συνδυασμένων χαπιών (98%), αλλά δεν προστατεύουν καθόλου από την πιθανότητα μιας εξωμήτριας κύησης. Τα «έμμηνα» δεν έρχονται αυτόματα με το τέλος της πλακέτας, αλλά ανά πάσα στιγμή, άλλοτε δυο φορές το μήνα, άλλοτε κάθε δυο ή τρεις μήνες. Καθώς τα μικροχάπια αυτά δε «μπλοκάρουν» τελείως τη δραστηριότητα των ωοθηκών έτσι και η μαστοδυνία καθώς και οι πόνοι της πυέλου που συνδέονται με την ύπαρξη μικρών κύστεων της ωοθήκης είναι πιο συχνοί. Τέλος η λήψη τους θα πρέπει να είναι καθημερινή, σε συγκεκριμένη ώρα, γιατί η αλλαγή του ωαρίου (διαφορά 2-3 ώρες) αυξάνει τους κινδύνους ωορρηξίας και κατά συνέπεια της εγκυμοσύνης.

## **ε) ΤΡΟΠΟΣ ΛΗΨΗΣ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΟΥ ΧΑΠΙΟΥ**

Το "χάπι" είναι ένα αντισυλληπτικό από το στόμα, που πουλιέται μόνο στα φαρμακεία με συνταγή γιατρού και έχει την μορφή πλακέτας 21, 22 ή 28 δισκίων, ανάλογα με την μάρκα. Πάνω αναγράφονται οι μέρες τις εβδομάδας.

Με τα συνδυασμένα χάπια η αρχική λήψη γίνεται την πρώτη ημέρα των εμμήνων με ένα μίνι χάπι και με ένα στάνταρτ χάπι (ένα την ημέρα για 21 ημέρες). Στη συνέχεια, η λήψη διακόπτεται για 7 ημέρες κατά την διάρκεια των οποίων θα έρθουν τα έμμηνα (ή μάλλον η αιμορραγία στέρησης) και μόλις τελειώσει η εβδομάδα, ξεκινάμε μια νέα πλακέτα. Τα χάπια σειράς περιέχουν 21 ή 22 δισκία (η διακοπή είναι έτσι 6 ημέρες και η λήψη τους αρχίζει την πρώτη μέρα των εμμήνων).

Τα προγεστερονικά μικροχάπια πρέπει να παίρνονται κάθε μέρα, χωρίς διακοπή, σε μια προκαθορισμένη και αν είναι δυνατόν πάντα την ίδια ώρα (μην αφήνεται διάστημα μεγαλύτερο από 2-3 ώρες). Τα προγεσταγόνα μεγάλων δόσεων λαμβάνονται γενικά από την πέμπτη ως την εικοστή πέμπτη ημέρα του κύκλου.

Υπάρχουν αποτελέσματα, από το πρώτο κιόλας δισκίο, αν ακολουθηθούν σωστά οι κανόνες λήψης. Δεν υπάρχει κίνδυνος εγκυμοσύνης, κατά την περίοδο διακοπής ανάμεσα σε δύο πλακέτες. Η αντισυλληπτική δράση του χαπιού συνεχίζεται και κατά την περίοδο αυτή.

## **στ) ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΔΗΜΙΟΥΡΓΕΙ ΤΟ ΧΑΠΙ**

Τα προβλήματα αυτά είναι αρκετά σπάνια με τα χάπια που υπάρχουν σήμερα, αν λάβουμε υπόψη μας τις αντενδείξεις, που βασικά είναι αγγειακής μορφής: αρτηριακή θρόμβωση. Αυτά τα προβλήματα δημιουργούνται μόνο με χάπια που περιέχουν ισχυρή δόση οιστρογονο-προγεστερινοειδούς ή με χάπια που περιέχουν ισχυρή δόση προγεσταγόνων.

Οι συνθήκες που πρέπει να συνδυαστούν για να μην εμφανιστούν αυτά τα προβλήματα

- Να μην ανήκει η γυναίκα στην ομάδα γυναικών με αγγειακούς κινδύνους.
- Να έχει ομαλό ποσοστό σακχάρων-λιπιδίων στον οργανισμό της.
- Να εξετάζεται δύο φορές το χρόνο από ένα γιατρό, παρακολουθώντας και την αρτηριακή της πίεση.

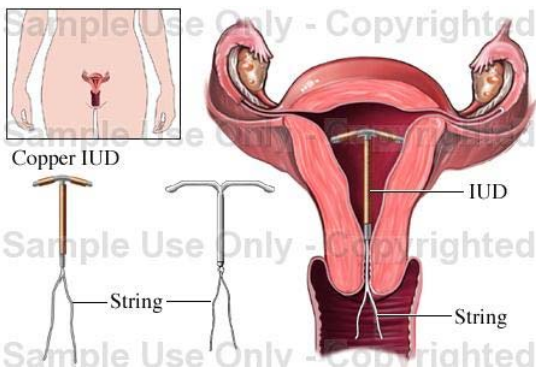
- Να μάθει να διακόπτει το χάπι σε ορισμένες περιστάσεις, όπως μια χειρουργική επέμβαση ή μια παρατεταμένη παραμονή της στο κρεβάτι.

#### Οι γυναίκες που ανήκουν στην ομάδα αγγειακού κινδύνου είναι:

- Αυτές που έχουν ένα ιστορικό από προηγούμενες θρομβοεμβολές των αρτηριών ή των φλεβών.
- Οι υπερτασικές.
- Οι καπνίστριες, που καπνίζουν περισσότερα από 15 τσιγάρα την ημέρα.
- Οι διαβητικές.
- Οι παχύσαρκες.
- Εκείνες που ο οργανισμός τους ευνοεί τις θρομβώσεις, όπως οι καρδιοπαθείς.
- Όσες είναι πάνω από 40 ετών.
- Αυτές που έχουν μεγάλο ποσοστό τριγλυκεριδίων ή χοληστερόλης στο αίμα τους.
- Αυτές που έχουν στο κοντινό συγγενικό τους περιβάλλον σοβαρά και πρόωρα αγγειακά προβλήματα. (Kervasdue A. 1996)

### 3.2 ΤΟ ΣΠΙΡΑΛ

Το σπιράλ είναι ένα μικρό εξάρτημα από πλαστική ύλη, με σχήμα που ποικίλει και μήκος 3-4 εκατοστά, ενώ στην άκρη του κρέμεται μια κλωστή. Τοποθετείται μέσα στη μήτρα από



Εικόνα 3.2. Σπιράλ

το γιατρό. Σπιράλ μπορούν να βάλουν όλες οι γυναίκες που επιθυμούν μια αποτελεσματική αντισύλληψη, αλλά με την προϋπόθεση ότι θα πάρουν υπ' όψιν τους τις αντενδείξεις. Υπάρχουν πολλά «μοντέλα» με παραλλαγές όσον αφορά το σχήμα, τον όγκο, την ευκολία προσαρμογής στη μήτρα, το βάρος του χαλκού ή τις ορμόνες και τη διάρκεια αποτελεσματικότητας τους (18 μήνες

έως 5 χρόνια). Ο γιατρός θα επιλέξει το σπιράλ που ταιριάζει καλύτερα, αφού προηγουμένως εξετάσει την γυναίκα. Αυτό είναι απαραίτητο για την γυναίκα να συμβουλευτεί τουλάχιστον μια φορά το γυναικολόγο της πριν την τοποθέτησή του.

### **Το σπιράλ δεν επιτρέπεται σε άτομα που:**

- Υποφέρουν από μια σοβαρή λοίμωξη των γεννητικών οργάνων, πχ. μια σαλπιγγίτιδα.
- Έχουν μια εξωμήτρια κύηση.
- Παρουσιάζουν μια σημαντική δυσμορφία της μήτρας
- Έχουν κάποιο καρκίνο ή υποψία ότι έχει κάποιας μορφής γυναικολογικό καρκίνο.
- Έχουν ινώματα στο εσωτερικό της μήτρας ή πολύποδες (πρέπει να τους αφαιρέσει πριν χρησιμοποιήσει τα σπιράλ).
- Έχουν αιμορραγίες στα γεννητικά όργανα, για τις οποίες καμιά εξήγηση δεν έχει δοθεί.
- Έχουν ένα καρδιακό νόσημα ικανό να επιφέρει ενδοκαρδίτιδα.
- Έχουν μια αλλεργία στο χαλκό ή αν πάσχει απ' τη νόσο του Wilson (για σπιράλ από χαλκό).

### **Το σπιράλ δεν συνίσταται αν οι γυναίκες που:**

- Πάσχουν από σαλπιγγίτιδα, έστω και θεραπευμένη ή αν παρουσιάζουν υψηλό κίνδυνο για σαλπιγγίτιδες. (αλλεπάλληλες λοιμώξεις, πολλοί ερωτικοί σύντροφοι).
- Δεν έχουν μείνει ποτέ έγκυες.
- Έχουν μήτρα πολύ μικρή ή τους έχει γίνει κακή ραφή.
- Το Pap-test έχει αποκαλύψει ανωμαλίες στα κύτταρα του τραχήλου της μήτρας.
- Έχουν μόλις γεννήσει.
- Πάσχουν από αναιμία ή παθαίνουν εύκολα αιμορραγία.
- Ακολουθούν μια αντιφλεγμονώδη ή αντιπηκτική θεραπεία, που μπορεί να διαρκέσει πολύ.
- Υποφέρουν έστω και προσωρινά από μια μικρή τοπική λοίμωξη.

### **α) ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΣΠΙΡΑΛ**

Λειτουργεί ταυτόχρονα σαν ξένο σώμα και σαν παράγοντας στειρότητας χάρη στο χαλκό που τον περιβάλλει. Σ' επαφή με το βλεννογόνο της μήτρας, επιφέρει μια τοπική φλεγμονώδη αντίδραση που εμποδίζει την εμφύτευση του ωαρίου: Τα μακροφάγα (μια ποικιλία λευκών αιμοσφαιρίων) που κινητοποιούνται στο σημείο αυτό ορμούν για να καταστρέψουν τα σπερματοζωάρια ή το ωάριο που τολμά να παρουσιαστεί στο επίπεδο αυτό. Ακό-



μη, η παρουσία του αυξάνει τη συσταλτικότητα του μυομητρίου (μυϊκού τοιχώματος της μήτρας). Από την άλλη μεριά, ο χαλκός ενισχύει την αποτελεσματικότητα του σπινάλ, ασκώντας μια άμεση τοξική επίδραση πάνω στα σπερματοζώαρια και στο ωάριο και τροποποιώντας την τραχηλική βλέννα, που γίνεται έτσι ένα λιγότερο «φιλικό» περιβάλλον. Αντίθετα με το χάπι, το σπινάλ επιτρέπει την ωορρηξία και το σχηματισμό της τραχηλικής βλέννας. Αντίθετα πάλι από το διάφραγμα και τα σπερμοκτόνα, δεν εμποδίζει τα σπερματοζώαρια ν' ανέβουν πέρα από τον τράχηλο της μήτρας.

## **β) ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΤΟΥ ΣΠΙΡΑΛ**

Για να τοποθετηθεί καλά το σπινάλ, πρέπει να προηγηθούν δυο επισκέψεις στο γυναικολόγο. Κατά την πρώτη επίσκεψη θα γίνουν όλες οι γυναικολογικές εξετάσεις, με σκοπό ν' αναζητηθεί κάποια πιθανή αντένδειξη, να εκμηδενιστεί κάποια παθολογικής μορφής μόλυνση όσο καιρό είναι τοποθετημένο το σπινάλ, να διαπιστωθεί ο όγκος και η θέση της μήτρας και να γίνει ένας χρωματισμός του τραχήλου και του κόλπου γι' ανίχνευση. Αν έχει γίνει καισαρική ο γιατρός μπορεί να ζητήσει μια υστεροσαλιγγιογραφία, αλλά συχνά αυτό δεν είναι αναγκαίο.

Η καλύτερη στιγμή για την τοποθέτηση βρίσκεται ανάμεσα στην τρίτη και δέκατη μέρα των εμμηνών, όταν δεν υπάρχει κανένας κίνδυνος εγκυμοσύνης κι αν είναι δυνατή στο τέλος των εμμηνών για ν' αποφευχθεί μια μόλυνση. Οι μικρές αιμορραγίες που προκαλούνται από την τοποθέτηση θα θεωρηθεί ότι οφείλονται στα έμμηνα και θα γίνουν καλύτερα αποδεκτές. Μερικές μέρες πριν από την τοποθέτηση, τοποθετείται στον κόλπο κάθε βράδυ ένα αντιμικροβιακό υπόθετο που θα συστήνει ο γιατρός και μπορεί να το προμηθευτεί με συνταγή του.

Την ημέρα της τοποθέτησης χρήση ενός σπασμολυτικού υπόθετου 1-2 ώρες πριν την εξέταση. Η τοποθέτηση είναι απλή, γρήγορη και ελάχιστα ή καθόλου επώδυνη. Μετά από μια υστερομέτρηση, με την οποία ο γιατρός θα μετρήσει τη μήτρα με τη βοήθεια ενός λεπτού καθετήρα στο σπινάλ που βρίσκεται σ' ένα πλαστικό σωλήνα, τοποθετείται με πολύ λεπτό τρόπο μέσα από τον τράχηλο της μήτρας. Μετά, μετατοπίζοντας το έμβολο με το οποίο είναι εφοδιασμένος ο «οδηγός» ο γιατρός απελευθερώνει το σπινάλ το οποίο ξεδιπλώνεται μέσα στη μήτρα. Στη συνέχεια ο γιατρός θα αποσύρει τον οδηγό και θα κόψει τις κλωστές σε απόσταση περίπου 3 εκατοστών από τον τράχηλο.

Τις επόμενες μέρες και μετά είναι πιθανόν η γυναίκα να έχει κάποιες μικρές αιμορραγίες, ενώ απαιτείται αποφυγή χρησιμοποίησης ταμπόν περιόδου. Πρέπει να επισκεφθεί το γιατρό μετά τα προσεχή έμμηνα για να επαληθευθεί η παρουσία του σπιράλ, αλλά και για να κοντύνει ο γιατρός τις κλωστές.

### **γ)ΤΑ ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΣΠΙΡΑΛ**

Είναι αποτελεσματικό στο 98-99% των περιπτώσεων. Είναι το πιο αποτελεσματικό αντισυλληπτικό μετά το «χάπι». Τοποθετείται εύκολα, αλλά είναι απαραίτητο ν' ακολουθούμε σχολαστική καθαριότητα και δυο φορές το χρόνο να γίνεται επίσκεψη στο γυναικολόγο της. Είναι μια μη φαρμακευτική μέθοδος που δεν αλλάζει καθόλου την ορμονική ζωή. Ο έμμηνος κύκλος είναι φυσικός. Δεν επηρεάζει το μεταβολισμό και η δράση του είναι καθαρά μηχανική. Δεν έχει καμία δυσμενή επίπτωση στο σωματικό βάρος, στην ένταση και στο μεταβολισμό των σακχάρων και λιπιδίων. Σέβεται τον αυθορμητισμό των σεξουαλικών επαφών και δεν τις ενοχλεί. Ο άντρας δεν μπορεί να το νιώσει γιατί βρίσκεται μέσα στη μήτρα και οι κλωστές δεν είναι ορατές. Στοιχίζει πολύ λίγο και οι επισκέψεις στο γυναικολόγο καλύπτονται από τα ασφαλιστικά ταμεία.

### **Προβλήματα από την χρησιμοποίηση του σπιράλ**

- Απώλειες αίματος εκτός εμμήνων.
- Ασυνήθιστοι πόνοι στο υπογάστριο.
- Κολπικά υγρά, προπάντων αν συνοδεύονται με «καούρα» κατά την ούρηση.
- Εξαφάνιση των κλωστών του σπιράλ.
- Καθυστέρηση των εμμήνων.

Οι αιμορραγίες των εμμήνων είναι πιο έντονες και παρατεταμένες. Αυτό το αρκετά συχνό φαινόμενο συνδέεται με κάποιο μικρό τοπικό τραυματισμό, που δημιουργήθηκε από την παρουσία του σπιράλ. Τα τοιχώματα των αγγείων είναι πιο εύθραυστα, η τοπική ορμονική ατμόσφαιρα αλλάζει, ουσίες απελευθερώνονται σε πιο μεγάλο αριθμό, όπως η ηπαρίνη, η ισταμίνη και προπάντων οι προσταγλανδίνες. Αυτές οι τελευταίες βρίσκονται μέσα στους ιστούς και είναι υπεύθυνες για της συστολές της μήτρας και κατά συνέπεια για τους πόνους που προκαλούνται. Πολύ άφθονα έμμηνα για πάνω από οκτώ μήνες μπορεί να έχουν σαν συνέπεια, αναιμία, εξάντληση και διάφορες διαταραχές.

## **Δ)ΤΑ ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΤΑ ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΣΠΙΡΑΛ ΜΕ ΠΡΟΓΕΣΤΕΡΟΝΗ**

Αυτό το σπιράλ απελευθερώνει σε μόνιμη βάση φυσική προγεστερόνη σε πολύ χαμηλή στάθμη. Τα πλεονεκτήματα του είναι ότι μειώνει σημαντικά την ποσότητα των εμμήνων, τους πόνους του εμμήνου κύκλου και ίσως ακόμη να περιορίζει τον κίνδυνο εμφάνισης σαλπινγίτιδας περισσότερο από άλλα σπιράλ. Όμως παρόλο που μειώνει τη ροή των εμμήνων αυξάνει τη διάρκειά τους, ενώ ο χρόνος της αποτελεσματικότητας του περιορίζεται στους 18 μήνες.

- **ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΕΣ ΕΚΤΟΣ ΤΗΣ ΠΕΡΙΟΔΟΥ ΤΩΝ ΕΜΜΗΝΩΝ.** Τέτοιες αιμορραγίες μπορεί να εμφανιστούν οποτεδήποτε. Συνήθως εμφανίζονται κατά την ωορρηξία ή ακριβώς πριν από την έλευση των εμμήνων και παίρνουν πολλές μορφές: από μια ελαφριά καφετιά κηλίδα ως μια αληθινή αιμορραγία με κόκκινο αίμα. Επειδή το 7-15% των γυναικών, παραπονούνται για πόνους, αυτό είναι μια αιτία εγκατάλειψης του σπιράλ. Η εμφάνιση των αιμορραγιών μαρτυρεί είτε μια περιοδική μη ανοχή του σπιράλ, που έχει σχέση με τις συστολές της μήτρας πάνω του ή μια φλεγμονή του βλεννογόνου της μήτρας ή μια ανεπάρκεια, είτε, με μια αληθινή επιπλοκή, προπάντων αν αυτές οι αιμορραγίες συνοδεύονται από πόνους, μόλυνση της μήτρας ή των σαλπινγίων, εξωμήτρια εγκυμοσύνη, πολύποδες ή ακόμη και αυθόρμητη αποβολή εμβρύου.
- **ΟΙ ΠΟΝΟΙ.** Θεωρητικά, το σπιράλ δεν πρέπει να προκαλεί κανένα πόνο, εκτός κι αν παρουσιαστεί αμέσως μετά την τοποθέτηση του. Ωστόσο, συμβαίνει κάποιες γυναίκες να παραπονούνται για έντονους πόνους κατά την ωορρηξία ή κατά την περίοδο που προηγείται των εμμήνων. Θα πρέπει να οφείλονται σε ανεπάρκεια προγεστερόνης ή σε μια αύξηση της ποσότητας των προσταγλανδινών που απελευθερώνονται.
- **Η ΑΠΩΛΕΙΑ ΤΟΥ ΣΠΙΡΑΛ.** Αυτή η περίπτωση είναι αρκετά σπάνια με τα νέα σπιράλ που κυκλοφορούν σήμερα (μόνο το 4-5% των γυναικών δηλώνουν απώλεια). Μπορεί να σημειωθεί μέσα στους τρεις μήνες που ακολουθούν την τοποθέτηση του, κατά τη διάρκεια ή ακριβώς με την εμφάνιση των εμμήνων.

Είναι κάτι πιο συχνό στις πολύ νέες γυναίκες που δεν έχουν ακόμη αποκτήσει παιδιά ή σ' αυτές που έχουν μεγάλο άνοιγμα τραχηλικού στομίου ή μια δυσμορφία της μήτρας ή όταν το σπιράλ έχει τοποθετηθεί πολύ νωρίς μετά από ένα τοκετό. Στο 20% των περιπτώσεων αυτή η απώλεια περνά απαρατήρητη κι οι γυναίκες είναι απροστάτευτες χωρίς να το ξέρουν.

Μετά από ένα τοκετό πρέπει να περιμένει τουλάχιστον 2-3 μήνες πριν επιδιώξει την τοποθέτηση του σπιράλ. Να μην γίνει επίσκεψη στο γιατρό, 6 εβδομάδες έως 3 μήνες μετά την τοποθέτηση έστω και αν όλα πηγαίνουν καλά. Να συμβουλευτεί οπωσδήποτε το γιατρό της στις ακόλουθες περιπτώσεις:

- Αν δεν νιώθει πια τις κλωστές.
- Οι κλωστές έχουν μακρύνει.
- Νιώθει την παρουσία του σπιράλ.
- Το έχασε και το αντιλήφθηκε.

Αν ο γιατρός δε βλέπει τις κλωστές θα συστήσει ένα υπερηχογράφημα για να βεβαιωθεί για την παρουσία και τη θέση του σπιράλ μέσα στη μήτρα της. Σε περίπτωση αποβολής του σπιράλ μπορεί να ξανακάνει μια προσπάθεια αλλά πάντα να ξέρει ότι ο κίνδυνος από μια νέα αποβολή θα είναι πιο μεγάλος. Μια υστερογραφία είναι πολλές φορές αναγκαία.

Τα πραγματικά προβλήματα έχουν γίνει πολύ σπάνια, μετά τη βελτίωση της ποιότητας των σπιράλ. Ωστόσο η χρησιμοποίηση του αντισυλληπτικού αυτού εγκυμονεί κάποιους κινδύνους που πρέπει να τους γνωρίζει καλά για να τους προλάβει.

- Η ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ. Πρόκειται για μια αποτυχία της μεθόδου, που συμβαίνει σπάνια, αφού δεν επέρχεται παρά μόνο στο 1-2% των γυναικών μέσα σε ένα χρόνο. Το πρόβλημα αυτό ευνοείται από κάποια κακή προσαρμογή του σπιράλ μέσα στη μήτρα, από μετατόπιση του μέσα στη μήτρα, από κακή τοποθέτηση ή ακόμη και από ορισμένα φάρμακα, όπως τα αντιφλεγμονώδη, που μειώνουν την αποτελεσματικότητά του. Μετά από την όποια καθυστέρηση των εμμήνων πρέπει να σκεφτεί και αυτό το ενδεχόμενο.
- Η ΕΞΩΜΗΤΡΙΑ ΚΥΗΣΗ. Ο κίνδυνος εξωμήτριας κύησης όταν φοράει το σπιράλ είναι, ευτυχώς πολύ μικρός, αλλά παρ' όλα αυτά είναι υπαρκτός γιατί το σπιράλ δεν εξασφαλίζει απόλυτη προστασία από την εμφύτευση του ωαρίου μέσα στη σάλπιγγα. Οι γιατροί ερευνούν συστηματικά την περίπτωση αυτή, αν παρατηρηθεί καθυστέρηση εμμήνων που συνοδεύεται από πόνους και αιμορραγίες.
- Η ΔΙΑΤΡΗΣΗ. Πρόκειται για ένα σοβαρό πρόβλημα που συμβαίνει πιο συχνά κατά την τοποθέτηση. Μπορεί, όμως, το σπιράλ να μετακινηθεί και αργότερα έξω από τη μήτρα. Πρέπει τότε να γίνει μια επέμβαση για να αφαιρεθεί.

- Η ΛΟΙΜΩΞΗ. (δηλαδή η φλεγμονή που ακολουθεί τη μόλυνση από κάποιο μικρο-οργανισμό) Το σπιράλ δεν είναι άμεσα υπεύθυνο για τυχόν λοιμώξεις, αλλά φαίνεται ότι ευνοεί τις σαλπγγίτιδες και ιδίως σε γυναίκες που εμφανίζουν κι άλλους παράγοντες για τέτοιους κινδύνους. Είναι η πιο συχνή επιπλοκή αυτής της αντισυλληπτικής μεθόδου.

**Οι γυναίκες που κινδυνεύουν περισσότερο από τη λοίμωξη είναι αυτές που:**

- Έχουν περάσει μια σαλπγγίτιδα ή ενδομητρίτιδα
- Υποφέρουν τακτικά από κάποιες λοιμώξεις των γεννητικών οργάνων με μικρόβια, όπως του γονόκκοκου, της λοίμωξης από χλαμύδια ή μυκόπλασμα.
- Είναι νέες, αλλά δεν έχουν γίνει μητέρες.
- Αλλάζουν συχνά ερωτικό σύντροφο ή έχουν ένα σύντροφο που πάσχει από κάποιες λοιμώξεις
- Οι συνθήκες υγιεινής τους είναι ανεπαρκείς.

**Τα σημάδια που θα μας κάνουν να υποψιαστούμε την ύπαρξη μιας λοίμωξης είναι:**

- Πόνοι χαμηλά στη λεκάνη, που συνοδεύονται με φουσκώματα στο υπογάστριο ή πόνους κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής ή της ούρησης
- Επώδυνες αιμορραγίες.
- Κίτρινα και δύσοσμα υγρά.
- Θερμοκρασία πάνω από 38 βαθμούς.

Δεν είναι απαραίτητο να αφαιρεθεί το σπιράλ σε περίπτωση λοίμωξης. Μια αποτελεσματική θεραπεία με αντιβιοτικά μπορεί να είναι αρκετή αν η λοίμωξη είναι περιορισμένη.

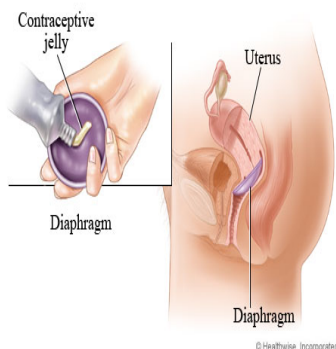
Είναι απολύτως απαραίτητο να εξετάζεται η γυναίκα μια τουλάχιστον φορά το χρόνο και ακόμη καλύτερα κάθε έξι μήνες. Γιατί ακόμη και αν το σπιράλ ταιριάζει απόλυτα, μόνο ο γιατρός μπορεί να δει τον τράχηλο της μήτρας, να κάνει χρωματική ανάλυση, να εξετάσει τη μήτρα και να βεβαιωθεί ότι δεν υπάρχει κανένα πρόβλημα σε εξέλιξη.

Ο χρόνος αλλαγής του σπιράλ εξαρτάται από τη μάρκα του σπιράλ αλλά και από το πόσο το ανέχεται ο οργανισμός. Η διάρκεια αποτελεσματικότητας του είναι κατά μέσο όρο 2-4 χρόνια. Το σπιράλ είναι πολύ εύκαμπτο και η αφαίρεση του είναι ανώδυνη και γίνεται μέ-

σα σε μερικά δευτερόλεπτα, κατά προτίμηση τη στιγμή των εμμήνων. Αρκεί ένα απαλό τράβηγμα της κλωστής απ' το γιατρό με ένα ειδικό εργαλείο.

Το σπιράλ δε συνιστάται στη γυναίκα που δεν έχει κάνει παιδιά επειδή την εκθέτει σ' ένα πιο σοβαρό μολυσματικό κίνδυνο καθώς οι σάλπιγγες της μπορεί να μολυνθούν (σαλπιγγίτιδες) και ν' αντιδρούν αποφρακτικά, πράγμα που δημιουργεί σοβαρό κίνδυνο για κάποια μελλοντική εγκυμοσύνη. Αλλά παρ' όλο που οι γιατροί είναι επιφυλακτικοί, κρατούν και μια πιο εύκαμπτη στάση. Είναι πιθανό να τοποθετήσουν ένα σπιράλ σε μια γυναίκα που δεν μπορεί να πάρει το «χάπι» και επιθυμεί μια σίγουρη αντισύλληψη. Η γυναίκα, πάντως, αυτή πρέπει να επαγρυπνεί περισσότερο. (Oger P. 1996)

### 3.3 ΤΟ ΔΙΑΦΡΑΓΜΑ



Επινοήθηκε στη Γερμανία το 1882 από το Δρα Μενσίγκα και έγινε πολύ γρήγορα δημοφιλές σ' αυτή τη χώρα και ύστερα στην Ολλανδία και στην Αγγλία, αλλά δεν υιοθετήθηκε από τις Αμερικανίδες, παρά μόνο το 1920 ύστερα από πολλούς αγώνες για να μπορέσουν οι αμερικανικές βιομηχανίες να το κατασκευάζουν οι ίδιες, αφού ο νόμος Κόμστοκ απαγόρευε την εισαγωγή αντισυλληπτικών.

Εικόνα 3.3. Διάφραγμα

Στη συνέχεια ο ενθουσιασμός που ξεσηκώθηκε με την εμφάνιση του «χαπιού» και του σπιράλ τα οποία θεωρήθηκαν από την πρώτη στιγμή σαν ιδανικές μέθοδοι αντισύλληψης, αποτελεσματικές και ακίνδυνες, έκανε ξεπερασμένη τη μόδα του διαφράγματος. Οι μόνες γυναίκες που δεν το ξέχασαν ήταν όσες το είχαν συνηθίσει. Στα 1978-1980 ύστερα από την απογοήτευση που προκάλεσαν τα προβλήματα και τα ολέθρια αποτελέσματα από το «χάπι» και το σπειράλ τα οποία προβλήθηκαν ιδιαίτερα από τα μαζικά μέσα ενημέρωσης, το διάφραγμα γνώρισε μια αναβίωση του ενδιαφέροντος και είδε ν' αυξάνεται ο αριθμός των γυναικών που το χρησιμοποιούσαν. Τελικά, πολύ πρόσφατα, το διάφραγμα γνώρισε ένα καινούριο ανταγωνιστή: τις κρέμες, τα ζελέ και τους σπερμοκτόνους σπόγγους, που όλα τους είναι το ίδιο αποτελεσματικά και πιο απλά στη χρήση.

## **α) Χρήση του διαφράγματος**

Το διάφραγμα είναι ένα είδος ευλύγιστου θόλου από καουτσούκ που το πιο σκληρό άκρο του περιέχει ένα ελατήριο ή πολλές μεταλλικές λάμες, οι οποίες του επιτρέπουν να ξαναπάρει τη μορφή του μετά τη χρήση.

Υπάρχει σε δεκαοχτώ σχήματα με διαφορετική αρίθμηση από το 55 ως το 95. Τα νούμερα αυτά αντιστοιχούν στη διάμετρο του σε χιλιοστά. Το διάφραγμα παίζει ρόλο φραγμού ανάμεσα στον τράχηλο της μήτρας και τα σπερματοζώαρια, που δεν μπορούν πια ν' ανέβουν στη μήτρα.

Τοποθετείται μέσα στον κόλπο, τελείως αντίθετα προς τον τράχηλο της μήτρας (το διακρίνουμε σαν μια μπίλια που δημιουργεί προεξοχή μέσα στον κόλπο) που πρέπει να τον καλύπτει απόλυτα, ενώ στηρίζεται προς τα πίσω, στον οπίσθιο θόλο του κόλπου και προς τα εμπρός, στο βοθρίο όπισθεν της ηβικής σύμφυσης, που βρίσκεται ακριβώς πίσω από το ηβικό οστόν.

Το διάφραγμα θα πρέπει να χρησιμοποιείται πριν από κάθε σεξουαλική επαφή, σ' οποιαδήποτε φάση του εμμηνου κύκλου. Πρέπει πάντα να αλείφεται με κρέμα. Αν χρησιμοποιηθεί μόνο του χάνει ένα μεγάλο μέρος της αποτελεσματικότητάς του. Μη τοποθετείται περισσότερο από 4 ώρες πριν από τη σεξουαλική επαφή. Μην αφαιρείται αν δεν περάσουν 4-6 ώρες από τη σεξουαλική επαφή. Σημαντικές οδηγίες για τη χρήση του είναι οι ακόλουθες

- Μην γίνονται κολπικές πλύσεις ούτε λουτρό με συνηθισμένο σαπούνι στη διάρκεια του επιβαλλόμενου μεσοδιαστήματος (πριν και μετά). Να χρησιμοποιείται καλύτερα κάποιο φαρμακευτικό αφρώδες σαπούνι, που δεν καταστρέφει την σπερμοκτόνο ιδιότητα του διαφράγματος. Επίσης ο άντρας θα πρέπει να ξεπλένεται καλά από το σαπούνι που χρησιμοποίησε για να πλυθεί.
- Να χρησιμοποιείται σωστά.
- Την τοποθέτηση και τη αφαίρεση πριν και μετά από κάθε επαφή και μάλιστα μέσα σε κάποια συγκεκριμένα χρονικά πλαίσια (ούτε παραπάνω από τέσσερις ώρες πριν, ούτε πιο πολύ από τέσσερις ώρες μετά).
- Κάποιους χειρισμούς που προϋποθέτουν μια ορισμένη γνώση του σώματος.
- Την πολύ μικρή ελευθερία ή την έλλειψη αυθορμητισμού που επιβάλουμε στη σεξουαλική πράξη ακόμη κι αν είναι δυνατό να «το βάλουμε» από πριν.

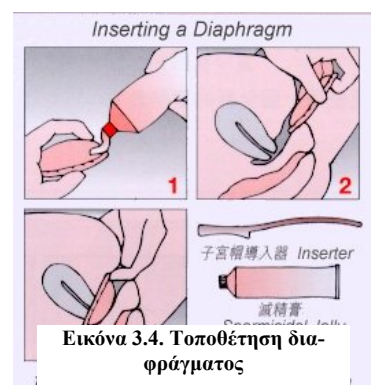
Ένα καλά διατηρημένο διάφραγμα, μπορεί να διατηρηθεί μέχρι ένα χρόνο. Στη συνέχεια θα πρέπει να αλλάζει. Μετά από κάθε χρήση, πρέπει να σαπουνίζεται με χλιαρό ή κρύο νερό, να ξεπλένεται, να στεγνώνεται και να μπαίνει πούδρα πριν τοποθετηθεί στο κουτί του, μακριά από κάθε πηγή θερμότητας. Μετά τη χρήση του είναι καλύτερα να δοκιμάζουμε την κατάστασή του, παρατηρώντας τη διαφάνεια του ή γεμίζοντας το με νερό. Δεν θα πρέπει να έχει τρύπα ή σχισμή.

### **Η αποτελεσματικότητα του περιορίζεται εύκολα αν:**

- Ξεχαστεί σε μια απρόσμενη σεξουαλική επαφή.
- Υπάρχει επιπολαιότητα ή βιασύνη κατά την τοποθέτηση.
- Υπάρχει παραβίαση των κανόνων χρήσης (ξεχαστεί να αλειφθεί με κρέμα ή να ξανά αλειφθεί στην περίπτωση δεύτερης επαφής, πλύση που γίνεται νωρίς, κτλ).
- Μετατοπιστεί κατά τη διάρκεια της επαφής.
- Δεν δοθούν οι απαραίτητες οδηγίες από την πλευρά του γιατρού.
- Μπορεί να προκαλέσει κάποιες ασήμαντες αλλεργικές αντιδράσεις στο καουτσούκ ή τα σπερμοκτόνα. Και τότε αρκεί να το αλλάξει.
- Η ροή του σπερματοκτόνου υγρού μερικές φορές είναι ενοχλητική.
- Μπορεί να ευνοήσει μολύνσεις του ουροποιητικού συστήματος.

### **Πριν τοποθετηθεί πρέπει η γυναίκα να επισκεφτεί το γιατρό της για:**

- Να καθοριστεί το σχήμα που της ταιριάζει, γιατί αν είναι πολύ μικρό υπάρχει κίνδυνος να υποχωρήσει και να μην είναι αποτελεσματικό, ενώ αν είναι πολύ μεγάλο γίνεται ενοχλητικό, μπορεί και επικίνδυνο.
- Να μάθει η γυναίκα πώς τοποθετείται, και πώς να ελέγχει την καλή του θέση και πώς να το βγάζει.





- Να αλείφεται το διάφραγμα με σπερμοκτόνο κρέμα, απλώνοντας την σ' όλη την κυρτή επιφάνεια αποφεύγοντας όμως την προεξοχή, για να μη γλιστρά στο χειρισμό. Μη χρησιμοποιείται ποτέ βαζελίνη.
- Να πιάνεται με τον αντίχειρα και το μεσαίο δάκτυλο για να τοποθετείται πιο εύκολα στον κόλπο. Σκυφτή ή όρθια με το ένα πόδι σ' ένα σκαμνί ή στην άκρη της μπανιέρας, τοποθετείται πιο εύκολα.
- Να τοποθετείται το διάφραγμα όσο πιο βαθιά γίνετε με την κοίλη επικαλυμμένη με κρέμα με την όψη του προς τα εμπρός.
- Αφού έχουν ελεγχθεί τα δυο σημεία στήριξης του, χαλαρώνονται τα άκρα σπρώχνοντας με ένα δάκτυλο την κάτω άκρη της προεξοχής.
- Να ελέγχεται η σωστή θέση, διαπιστώνοντας με το δάκτυλο ότι ο τράχηλος έχει απόλυτα καλυφθεί. Όταν είναι καλά τοποθετημένο δεν υπάρχει αίσθηση να προεξέχει τίποτα.
- Για να αφαιρεθεί, μετατοπίζεται ο δακτύλιος που βρίσκεται ακριβώς πίσω από τη σύμφυση, χρησιμοποιώντας το δείκτη και τραβώντας τον προς τα κάτω. (Δημητριάδου Μ. 2005)

## **β) Τα πλεονεκτήματα του διαφράγματος**

- Το αντισυλληπτικό αποτέλεσμα είναι ολοκληρωτικό και άμεσο.
- Ο βλεννογόνος της μήτρας παραμένει άθικτος.
- Ταιριάζει σε όλες τις γυναίκες και σε όλες τις ηλικίες. Οι αντενδείξεις του είναι καθαρά ανατομικές ή προσωρινές.
- Αποτελεί μια προστασία κατά των σεξουαλικά μεταδιδόμενων ασθενειών. Σε μια εποχή όπου οι ασθένειες αυτές βρίσκονται σε έξαρση, αυτό είναι σημαντικό πλεονέκτημα.
- Σχηματίζει διπλό φραγμό κατά του σπέρματος και των μικροβίων ή ιών που φέρει, μηχανικό αφού καλύπτει τον τράχηλο και χημικό, χάρη στα σπερμοκτόνα, που ταυτόχρονα είναι και βακτηριοκτόνα.

- Υποχρεώνει σε μια καλύτερη κοιλιακή υγιεινή. Παρατηρούνται άλλωστε σ' αυτές που το χρησιμοποιούν, λιγότερες τραχηλίτιδες και λιγότερους καρκίνους του τραχήλου της μήτρας που οφείλονται σε μολύνσεις.
- Επιτρέπει στη γυναίκα που το χρησιμοποιεί να ελέγχει η ίδια την αντισύλληψη της.
- Ταιριάζει πάρα πολύ καλά σε γυναίκες που δεν έχουν πολλές σεξουαλικές επαφές.
- Έχει χαμηλό κόστος αλλά τα σπερμοκτόνα που πρέπει να το επικαλύπτουν, όταν οι σεξουαλικές επαφές είναι πολλές, το κάνουν ακριβό.

### **γ) Πρέπει να αποφεύγεται η χρήση του διαφράγματος:**

- Τις αμέσως επόμενες εβδομάδες μετά τον τοκετό, γιατί ο κόλπος έχει διευρυνθεί κι οι μύες του περινέου δεν έχουν βρει ακόμη την αρχική τονικότητα τους (κατά συνέπεια ίσως χρειαστεί να αλλάξετε μέγεθος αργότερα).
- Πριν από κάθε χειρουργική επέμβαση στα γεννητικά όργανα, κατά την πρώτη αρχή της σεξουαλικής ζωής, γιατί ο κόλπος είναι ακόμη στενός, επίπεδος και πρόκειται αργότερα να διευρυνθεί. Ακόμη, οι χειρισμοί που απαιτεί η τοποθέτηση του δεν είναι εύκολοι από τη γυναίκα σε αυτή την ηλικία.
- Σε περίπτωση τοξικών λοιμώξεων, επανειλημμένων κυστίτιδων, καρκίνου της μήτρας ή του κόλπου.

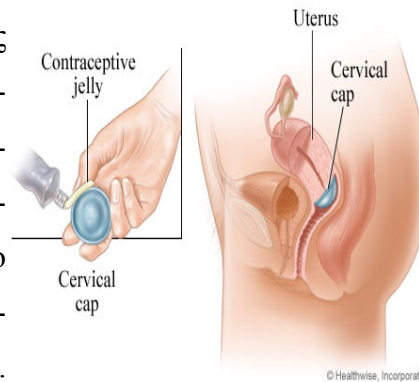
### **Ο γιατρός μπορεί να αποτρέψει τη χρήση του αν:**

- Ο τράχηλος της μήτρας έχει μια παρέκκλιση ή είναι πολύ πίσω.
- Οι μύες του κόλπου είναι πολύ χαλαροί.
- Ο κόλπος είναι πολύ στενός ή πολύ πλατύς, χωρίς σημεία στήριξης για να το συγκρατήσουν, πράγμα που συμβαίνει συχνά στις νέες κοπέλες.
- Η μήτρα έχει πρόπτωση.

Σύμφωνα με διεθνείς μελέτες το ποσοστό αποτυχίας του είναι πολύ υψηλό (12% των γυναικών μέσα σ' ένα χρόνο), αλλ' αυτό το ποσοστό δεν έχει υπολογιστεί με βάση την κακή χρήση του. Αν οι κανόνες χρήσης γίνουν σεβαστοί, τότε το ποσοστό αποτυχίας πέφτει στο 3% σ' ένα χρόνο δηλαδή έχουμε 97% αποτελεσματικότητα. Μπορεί λοιπόν να θεωρηθεί σαν εξαιρετο αντισυλληπτικό.

### 3.4 ΤΑ ΤΡΑΧΗΛΙΚΑ ΚΑΛΥΜΜΑΤΑ

Ανακαλύφθηκε πριν από εκατό χρόνια. Η αποτελεσματικότητά του στηρίζεται στην ίδια την αρχή μ' αυτή του διαφράγματος. Εμποδίζει την είσοδο των σπερματοζωαρίων καλύπτοντας τον τράχηλο της μήτρας. Το τραχηλικό κάλυμμα είναι ένα αρκετά ανθεκτικό κύπελλο από καουτσούκ, που καλύπτει τον τράχηλο, όπως μια δακτυλήθρα καλύπτει το δάκτυλο. Συγκρατείται εκεί, όπως μια βεντούζα κι όχι στηριγμένο σε δυο σημεία, όπως το διάφραγμα. Απαιτεί ακόμη το συνδυασμό ενός σπερματοκτόνου, για να είναι αποτελεσματικό.



Εικόνα 3.5. Χρήση τραχηλικού καλύμματος

Υπάρχει σε τέσσερα διαφορετικά μεγέθη. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι ο τράχηλος να είναι υγιής.

Η αποτελεσματικότητά κυμαίνεται από 70-85%. Το κάλυμμα μπορεί να τοποθετηθεί στον τράχηλο της γυναίκας μερικές ώρες πριν τη σεξουαλική επαφή, οπότε δεν επεμβαίνει στη διαδικασία του σεξ. Πρέπει να παραμείνει εκεί 8 ώρες μετά την επαφή για να δράσει το σπερματοκτόνο και συνολικά μπορεί να παραμείνει μέχρι και 48 ώρες. Το κάλυμμα, όπως και το διάφραγμα, πρέπει να δοθεί από γιατρό. Μπορεί να υπάρχει κάποια δυσκολία στην τοποθέτησή του. Γυναίκες με μη φυσιολογικά αποτελέσματα στο τεστ Παπανικολάου και γυναίκες με ιστορικό συνδρόμου τοξικού σοκ (TSS) δεν μπορούν να το χρησιμοποιήσουν. (Αβραμίδης Ο. 1990)

#### **Ποια τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματά τους έναντι του διαφράγματος**

- Τοποθετείται απλά και μπορεί να μείνει στη θέση του πιο πολύ.
- Φαίνεται να προκαλεί λιγότερους ερεθισμούς από το διάφραγμα.
- Είναι λιγότερο αποτελεσματικό από το διάφραγμα και καμιά φορά, ο άντρας το νιώθει κατά τη σεξουαλική επαφή.
- Η αφαίρεσή του είναι πιο δύσκολη. (Μπαγετάτος Γ. 2007)

### 3.5 ΤΑ ΣΠΕΡΜΑΤΟΚΤΟΝΑ

Το σπερματοκτόνο είναι ένα χημικό παρασκεύασμα που καταστρέφει ή ακινητοποιεί με οριστικό τρόπο τα σπερματοζώαρια και που αλείφεται στο βάθος του κόλπου. Τα σπερμοκτόνα έχουν τη μορφή κρέμας σε σωληνάριο, βαζάκια ή σε απλές δόσεις, υπόθετα διαλυόμενα, κύπελλα και σε ταμπόν (σφουγγάρια). Πωλούνται χωρίς συνταγή στα φαρμακεία. Τα πιο αποτελεσματικά είναι κατιονικοί παράγοντες, από τους οποίους το πιο πολυχρησιμοποιημένο είναι το χλωριούχο βενζαλκόνιο. Υπάρχουν δυο τύποι σπερματοκτόνων:

- Αυτά που πρέπει να χρησιμοποιούνται κατά προτίμηση μαζί με ένα διάφραγμα ή τραχηλικό κάλυμμα ή με ανδρικό προφυλακτικό.
- Αυτά που είναι αποτελεσματικά έστω και αν χρησιμοποιηθούν μόνα τους.

#### **Χρήση του σπερματοκτόνου**

Πρέπει να χρησιμοποιείται πριν από κάθε σεξουαλική επαφή, σ' οποιαδήποτε φάση του εμμήνου κύκλου. Τοποθετείτε στο βάθος του κόλπου, πάνω στον τράχηλο, κατά προτίμηση κατά μήκος του. Σε περίπτωση αλλεπάλληλων επαφών πρέπει να χρησιμοποιείται κάθε φορά σπερμοκτόνο. Η κάθε δόση σπερμοκτόνου περιέχει ακριβώς ό,τι χρειάζεται για να καταστρέψει τα σπερματοζώαρια που περιέχονται σε μια εκσπερμάτωση.

Πρέπει να αποφεύγεται κάθε κολπική πλύση ή αφρόλουτρο ή μπάνιο με κοινό σαπούνι λίγη ώρα πριν τοποθετηθεί το σπερμοκτόνο καθώς και οχτώ ώρες μετά την επαφή, γιατί αυτά τα σαπούνια καταστρέφουν τη δραστική βάση του προϊόντος.

#### **Η ταχύτητα δράσης ποικίλλει από μάρκα σε μάρκα:**

- Γρήγορη δράση για τις κρέμες και τα ζελέ.
- Αργή δράση για τα υπόθετα (10 λεπτά).

Επίσης ανάλογα με το προϊόν που χρησιμοποιείται διαφέρει και η αποτελεσματικότητα:

- 4 ώρες για τα υπόθετα.
- 8-10 ώρες για τα ζελέ και τις κρέμες.

Αυτός ο τρόπος αντισύλληψης δεν ενδείκνυται κατά τις διακοπές σε παραθαλάσσια μέρη. Η επίπτωση των θαλάσσιων λουτρών πάνω στα σπερματοκτόνα δεν είναι ακόμη γνωστή και ο κίνδυνος εγκυμοσύνης πολύ μεγάλος.

## **Πλεονεκτήματα των σπερματοκτόνων**

- Ταιριάζουν σε όλες τις γυναίκες, ανεξάρτητα από την ηλικία τους. Δεν εμφανίζουν καμιά αντένδειξη, εκτός κι αν χρησιμοποιούνται παράλληλα κολπικά αντισηπτικά και αντιμυκητιασικά υπόθετα.
- Είναι τελείως ατοξικά. Οι αλλεργίες είναι σπάνιες κι είναι αρκετό, στην περίπτωση αυτή, ν' αλλάξει το προϊόν. Επίσης δεν είναι επικίνδυνα για το έμβρυο ακόμη και στην περίπτωση που θα προέκυπτε κάποια εγκυμοσύνη.
- Δεν έχουν καμιά επίπτωση πάνω στη λειτουργία των οργάνων αναπαραγωγής. Η δράση τους είναι καθαρά εξωτερική και κατά συνέπεια η απομάκρυνση τους άμεση και ολική.
- Δεν προϋποθέτουν ιατρική συνταγή ή ιδιαίτερη εκμάθηση της χρήσης τους, παρ' όλο που συνιστάται μια ιατρική εξέταση, έστω για το γυναικολογικό ιστορικό.
- Προστατεύουν από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, λόγω της αντισηπτικής τους δράσης. Είναι αποτελεσματικά κατά των γονοκόκκων, των χλαμυδίων, του μυκοπλάσματος και των τριχομονάδων και κατά του ιού του AIDS αλλά δεν είναι αποτελεσματικά κατά του έρπητα και της σύφιλης.

## **Μειονεκτήματα των σπερματοκτόνων**

- Η μικρότερη αποτελεσματικότητα τους (κατά μέσο όρο 95-96%) τα τοποθετεί στην τέταρτη θέση, κάτω απ' τα διαφράγματα.
- Η τιμή τους είναι αρκετά υψηλή και δεν καλύπτονται από τα ασφαλιστικά ταμεία.
- Κάποιοι ερεθισμοί και ενοχλήσεις εμφανίζονται σε λιγότερο από το 10% των περιπτώσεων.
- Η υποχρέωση να τοποθετούνται στη διάρκεια μιας ερωτικής επαφής ή λίγη ώρα πριν, με κίνδυνο να χαλάσει η «ζεστή» ερωτική ατμόσφαιρα.
- Το γεγονός ότι ρέουν προς τα έξω μετά την κάθε σεξουαλική επαφή.
- Η αδυναμία του μάνιου με κανονικό σαπούνι πριν και μετά τη χρήση τους, και του μάνιου στη θάλασσα ή σε πισίνα, πράγμα που περιορίζει τη χρήση τους το καλοκαίρι. (Ντολάντζας Θ. 1998)

### **3.6 ΜΕΘΟΔΟΙ ΠΟΥ ΣΤΗΡΙΖΟΝΤΑΙ ΣΤΗΝ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ**

Οι μέθοδοι που στηρίζονται στην παρατήρηση αποκαλούνται ακόμη και μέθοδοι περιοδικής εγκράτειας επειδή στηρίζονται στην παρατήρηση και στην καταγραφή της ωορρηξίας. Αποτελούν τις μόνες μεθόδους του οικογενειακού προγραμματισμού που επιτρέπει η καθολική εκκλησία. Θεωρούνται φυσικές μέθοδοι, επειδή δεν απαιτούν παρέμβαση κανενός αντικειμένου-φραγμού, κανενός χημικού προϊόντος, καθώς αυτές οι τελευταίες μέθοδοι παρεμποδίζουν το έργο της φύσης. Το ζευγάρι θα πρέπει να παίρνει υπόψη του αυτή τη φυσική πραγματικότητα και να μάθει ν' αναλαμβάνει τις ευθύνες του πριν υιοθετήσει αυτή τη λύση.

Για να γίνουν καλύτερα κατανοητές αυτές οι μέθοδοι, πρέπει να είναι γνωστό ότι, όποια και αν είναι η διάρκεια και η κανονικότητα στον ρυθμό των γυναικείων κύκλων, πάντα η διάρκεια της πρώτης φάσης του κάθε κύκλου είναι που μπορεί να ποικίλλει, ενώ η διάρκεια της δεύτερης φάσης είναι περίπου σταθερή και δεν ξεπερνά ποτέ της 16 ημέρες. Ακόμα πρέπει να αναφερθεί ότι είναι μέθοδοι αρκετά πολύπλοκες, καταναγκαστικές, με πολλές προϋποθέσεις για να είναι αποτελεσματικές και υποχρεώνουν σε μακρόχρονη αποχή αν χρησιμοποιηθούν μεμονωμένα. Απευθύνονται σε γυναίκες που η ωοθηκική λειτουργία τους είναι καλά ρυθμισμένη, που γνωρίζουν την φυσιολογία τους και γενικά σε μια συγκεκριμένη κατηγορία ζευγαριών με βαθιά θρησκευτικές και ηθικές πεποιθήσεις, που είναι ικανά να αντιμετωπίζουν τη σεξουαλική πράξη εγκεφαλικά και αισθηματικά μαζί.

#### **3.6.1 Η ΜΕΘΟΔΟΣ ΟΤΖΙΝΟ-ΚΝΑΟΥΣ**

Οφείλει το όνομα της σε δυο γιατρούς, ένα Ιάπωνα και ένα Γερμανό. Κι οι δύο επινόησαν μεθόδους υπολογισμού που μοιάζουν πολύ, μια που στηρίζονται στην παρατήρηση του γυναικείου κύκλου.

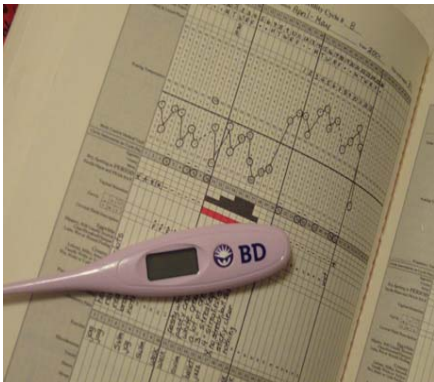
Σε μια ιδανική κατάσταση, η γυναίκα έχει ωορρηξία την 14ημέρα του κύκλου που την τοποθετούμε ανάμεσα στη 12<sup>η</sup> και στη 16<sup>η</sup> ημέρα.

Αν ληφθεί υπόψη το γεγονός ότι τα σπερματοζώαρια μπορούν να επιβιώσουν 3 ημέρες μέσα στις σάλπιγγες, δηλαδή επαφή 3 μέρες πριν την ωορρηξία μπορεί να οδηγήσει σε γονιμοποίηση κι ότι το ωάριο μπορεί να είναι γονιμοποιήσιμο επί δύο ημέρες, δηλαδή τις δύο μέρες που ακολουθούν την ωορρηξία, θα πρέπει να θεωρήσουμε ότι η γόνιμη περίοδος εκτείνεται δίνοντας της ένα περιθώριο ασφαλείας δύο ημερών, από την 10<sup>η</sup> ως την 17<sup>η</sup> ημέρα κάθε κύκλου. Οι σεξουαλικές επαφές θα είναι ασφαλείς όλες τις άλλες μέρες.

Αυτή είναι η ιδανική περίπτωση, αλλά δυστυχώς, αδύνατο να προβλεφθεί από την αρχή. Καμιά γυναίκα δεν έχει, στη διάρκεια της γενετήσιας ζωής της, κύκλους τόσο κανονικούς. Κατά συνέπεια θα πρέπει να παρατηρηθούν οι κύκλοι επί ένα χρόνο, για να είναι γνωστή η διάρκειά του πιο μακροχρόνιου και του πιο σύντομου και ύστερα να ξαναγίνουν οι υπολογισμοί μας σύμφωνα μ' αυτά τα δεδομένα. Κάτι τέτοιο επιμηκύνει ακόμη περισσότερο την περίοδο αποχής. Η μέθοδος αυτή είναι ξεπερασμένη ως προς την αρχική της μορφή και δεν έχει πια παρά μόνο ιστορικό ενδιαφέρον. Δεν μπορεί να είναι παρά κατά προσέγγιση αποτελεσματική, άρα μη εφαρμόσιμη, όχι μόνο από τις πολύ νέες γυναίκες, που η ωοθηκική τους λειτουργία τους είναι, οπωσδήποτε, μη κανονική, αλλά και από τις γυναίκες που η ορμονική λειτουργία τους σταθερά υπόκειται σε διακυμάνσεις όπως σε κάποιο συναισθηματικό σοκ κτλ.

### 3.6.2 Η ΜΕΘΟΔΟΣ ΤΩΝ ΘΕΡΜΟΚΡΑΣΙΩΝ

Η βασική της αρχή στηρίζεται πάνω στην πιθανότητα καθορισμού της ημερομηνίας της ωορρηξίας ή καλύτερα της ωορρηξιακής περιόδου. Η ωορρηξία επέρχεται την ημέρα του πιο χαμηλού σημείου, που προηγείται της ανόδου θερμοκρασίας, η οποία αντιστοιχεί στην έκκριση της προγεστερόνης. Μόνο που αυτή η ημερομηνία μπορεί να υπολογιστεί κατά προσέγγιση, αφού η ωορρηξία μπορεί να εμφανιστεί, ακόμη κατά την περίοδο της θερμοκρασίας. Από την άλλη μεριά το ωάριο μπορεί να επιβιώσει 48 ώρες.



Εικόνα 3.6. Μέτρηση θερμοκρασίας

Έτσι και εδώ ακόμα πρέπει να δώσουμε ένα περιθώριο ασφάλειας. Μ' αυτή την πρόχειρη μέθοδο λοιπόν η σίγουρη περίοδος δεν είναι παρά μόνο δέκα μέρες, οι δέκα που προηγούνται των εμμήνων.

Εφαρμόζεται παίρνοντας τη πρωκτική θερμοκρασία κάθε πρωί και την ίδια ώρα επί 2-3 λεπτά. Πρέπει να σημειώνεται σε μια καμπύλη ειδική για αυτό το σκοπό, αρχίζοντας από την πρώτη μέρα του κύκλου που αντιστοιχεί στην πρώτη μέρα των εμμήνων.

Απευθύνεται στις γυναίκες που έχουν συνήθως κανονικούς ωορρηξιακούς κύκλους, 26 και 30 ημερών, που δεν εργάζονται την νύκτα κι έχουν πολύ λίγες ευκαιρίες να σηκώνονται την νύκτα.

### **Μειονεκτήματα αυτής της μεθόδου**

Τα μειονεκτήματα αυτής της μεθόδου είναι πολλά, αν το ζευγάρι δεν χρησιμοποιεί παρά μόνο αυτή την μέθοδο και δεν θέλει ν' αντιμετωπίσει κανένα κίνδυνο. Είναι μια αυστηρή μέθοδος γιατί ακόμη και στην περίπτωση ενός κύκλου 28 ημερών, η επιτρεπόμενη περίοδος εκτός των εμμηνών, δεν είναι παρά 10 ημέρες. Και η περίοδος αυτή γίνεται ακόμη πιο σύντομη στις γυναίκες που έχουν μακροχρόνιους κύκλους ή μη ωορρηξιακούς ή κάποια ανεπάρκεια σε προγεστερόνη. Είναι μια μέθοδος καταναγκαστική, αφού η θερμοκρασία πρέπει οπωσδήποτε να λαμβάνετε και να καταγράφετε καθημερινά, χωρίς να ξεχαστεί. Δεν είναι αποτελεσματική παρά μόνο αν υπάρχει σεβασμός στους κανόνες χρήσης της κι ακόμη στο 90% μόνο, αφού ένα γεγονός, όπως κάποιο συνάχι ή μια γρίπη ή ένα ξαφνικό πρωινό ξύπνημα, μπορούν να κάνουν την θερμοκρασία ν' ανέβει. Από την άλλη μεριά, συμβαίνει κάποτε αυτή η θερμοκρασία να παραμένει ολοκληρωτικά μη ερμηνεύσιμη σ' ένα ορισμένο αριθμό γυναικών.

### **Πλεονεκτήματα αυτής της μεθόδου**

Ορισμένα είναι φανερά. Είναι τελείως αβλαβής σαν μέθοδος. Είναι άμεσα αναστρέψιμη, το κόστος της είναι ανύπαρκτο και το πιο σημαντικό είναι ότι επιτρέπει στην γυναίκα να μάθει και ν' αναγνωρίζει την φυσιολογία της.

### **3.6.3 Η ΜΕΘΟΔΟΣ ΜΠΙΛΙΝΓΚΣ**

Η μέθοδος αυτή βασίζεται στην παρακολούθηση των κολπικών εκκρίσεων κατά την διάρκεια του κύκλου και ιδιαίτερα στην παρακολούθηση της τραχηλικής βλέννας, η οποία δείχνει αυτό που συμβαίνει στις ωοθήκες. Πραγματικά κατά την ωορρηξιακή περίοδο, οι αδένες του τραχήλου εκκρίνουν βλέννα με μορφή διάφανου αστραφτερού υγρού που μοιάζει με ασπράδι αβγού, δημιουργώντας μια εντύπωση υγρασίας στη γυναίκα. Εκτός από αυτή την περίοδο, κατά την οποία η γυναίκα γονιμοποιείται, τα υγρά αυτά είναι λιγότερα, πιο πυκνά και θολά. Πρέπει ν' αποφεύγονται οι επαφές με την εμφάνιση της βλέννας και ως την 3<sup>η</sup> ημέρα που παρατηρείται η μέγιστη ποσότητα (Αλεξανδράκης Γ. 2007).

### **3.7 ΠΕΡΙΔΕΣΗ ΤΩΝ ΣΑΛΠΙΓΓΩΝ**

Το δέσιμο των σαλπγγων είναι μια αντισυλληπτική μέθοδος όπως όλες οι άλλες. Από την μια μεριά είναι μη αναστρέψιμη και από την άλλη υπάρχουν νόμοι που την απαγορεύουν εκτός και αν υπάρχει περίπτωση θεραπευτικής ανάγκης, συγκεκριμένης και περιορισμέ-



νης. Απαιτεί μια χειρουργική στις σάλπιγγες για να εμποδιστεί η γονιμοποίηση δηλαδή η συνάντηση των σπερματοζωαρίων με το ωάριο.

Η μέθοδος αυτή μπορεί να εφαρμοστεί, κατά προτεραιότητα, από γυναίκες που η ζωή και η υγεία του απειλείται από μια εγκυμοσύνη, σ' αυτές που υποφέρουν από αρρώστιες οι οποίες απαγορεύουν την εγκυμοσύνη ή που είναι επικίνδυνες για τη μετάδοση μιας κληρονομικής ασθένειας. Τέλος σ' αυτές που είναι ήδη μητέρες και δεν ανέχονται καμία άλλη σίγουρη αντισυλληπτική μέθοδο. Ύστερα από ώριμη σκέψη με την συγκατάθεση του γιατρού μπορεί να εφαρμοστεί σε μια γυναίκα που δεν θέλει παιδιά.

### **Διαδικασία**

Η επιλογή της χειρουργικής τεχνικής και της οδού μέσω της οποίας θα υλοποιηθεί, ανήκει στο γιατρό. Για να πραγματοποιήσει το δέσιμο των σαλπίγγων ο γιατρός κάνει μ' αυτή την σάλπιγγα ένα μικρό κόμπο, που τον δένει ή τον κόβει για ακόμη μεγαλύτερη σιγουριά. Η επέμβαση μπορεί να γίνει με πολλούς τρόπους.

- ΜΕΣΩ ΤΟΥ ΥΠΟΓΑΣΤΡΙΟΥ(λαπαροτομία): γίνεται κάτω από ολική αναισθησία. Η ασθενής παραμένει στο νοσοκομείο μια εβδομάδα κι η ανάρρωση εξαρτάται από την επέμβαση που έγινε.
- ΜΕΣΩ ΤΗΣ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΟΔΟΥ: η τομή γίνεται στο βάθος του κόλπου. Ο γιατρός δένει τα άκρα των σαλπίγγων αφού πρώτα αφαιρέσει ένα τμήμα τους. Αυτή η τεχνική- που απαιτεί πιο λεπτούς χειρισμούς- έχει το πλεονέκτημα να μην αφήνει εξωτερικά σημάδια τομής, αλλά εγκυμονεί πιο μεγάλους κινδύνους μόλυνσης τους επόμενους μήνες. Είναι απαραίτητο η γυναίκα να μην έχει σεξουαλικές επαφές για 4-6 εβδομάδες για να δοθεί η ευκαιρία στις πληγές να επουλωθούν.
- ΜΕ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΗΣΗ: σήμερα η λαπαροσκόπηση γίνεται κάτω από ολική αναισθησία. Ο γιατρός εισάγει μέσω μιας μικρής τομής στο ύψος του ομφαλού ένα σωλήνα εφοδιασμένο μ' ένα οπτικό όργανο, που του επιτρέπει να δει τις σάλπιγγες. Μέσα από ένα μικροσκοπικό άνοιγμα περνάει τα όργανα με τα οποία θα δράσει πάνω στις σάλπιγγες. Πιάνει την κάθε σάλπιγγα μ' ένα μεταλλικό ή πλαστικό κλιπ ή μ' ένα δακτύλιο για να φράξει ολοκληρωτικά το πέρασμα. Πάντα κάτω από λαπαροσκόπηση, ορισμένοι χειρουργοί χρησιμοποιούν την ηλεκτροπληξία: ένα τμήμα της σάλπιγγας καυτηριάζεται με την βοήθεια ηλεκτρικού ρεύματος για να διακοπή η τροχιά της.

- **ΜΕ ΥΣΤΕΡΟΣΚΟΠΗΣΗ:** Η απόφραξη των σαλπίνγων μπορεί να γίνει ακόμη και με υστεροσκόπηση. Εισάγεται στη μήτρα ένα μικρό εργαλείο εφοδιασμένο μ' ένα οπτικό σύστημα που επιτρέπει στο γιατρό να δει την είσοδο των σαλπίνγων. Μπορεί οπότε πολύ εύκολα να τις αποφράξει με κόλλα ή μικροταμπόν από σιλικόνη ή πολυαιθυλένιο. Στην συνέχεια αν η γυναίκα το επιθυμεί, τα ταμπόν μπορούν να αφαιρεθούν, για να επιτευχθεί μια εγκυμοσύνη.

### **Ποια πλεονεκτήματα έχει η στείρωση**

Αντίθετα από τον άντρα που έχει υποστεί στείρωση, η αποτελεσματικότητά της είναι άμεση. Αμέσως μόλις τελειώσει η εγχείρηση, η γυναίκα δεν κινδυνεύει να μείνει έγκυος. Είναι η μέθοδος που εξασφαλίζει την μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα. Το ποσοστό αποτυχίας της δεν φτάνει παρά το 0,4%. Είναι μόνιμη και δεν συνοδεύεται από εξαναγκασμό ή αγωνία για την αντισύλληψη. Ακόμη δεν παρεμβαίνει στη φυσική ορμονική ισορροπία.

### **Ποια είναι τα μειονεκτήματα**

Είναι μια μέθοδος σχεδόν μη αναστρέψιμη ή τουλάχιστον πρέπει να την αντιμετωπίζουμε σαν τέτοια. Οι τεχνικές αποκατάστασης αποδείχθηκαν μέχρι τώρα απογοητευτικές. Η επέμβαση, όπως κάθε χειρουργική επέμβαση, εγκυμονεί κάποιους κινδύνους: κατά την αναισθησία- οι οποίοι σήμερα είναι ελάχιστοι- αλλά και τον κίνδυνο μιας μόλυνσης αν πραγματοποιηθεί μέσω της κοιλιακής οδού. (Μπαρινός Μ. 1992)

## **3.8 ΑΠΟΜΑΚΡΥΝΣΗ**

Η απομάκρυνση ήταν ανέκαθεν η πιο διαδεδομένη μέθοδος αποφυγής μιας εγκυμοσύνης, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι το ποσοστό αποτυχίας της δεν είναι υψηλό (περίπου 25%). Αυτό σημαίνει ότι σ' ένα χρόνο η μία στις τέσσερις γυναίκες θα μείνει έγκυος. Αυτή η μέθοδος χρησιμοποιείται σήμερα από πολλά ζευγάρια, την τελευταία στιγμή, όταν δεν έχουν προβλέψει τίποτε άλλο.

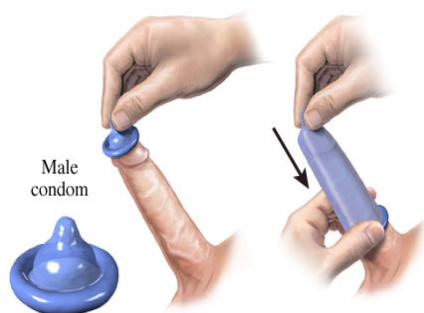
Συνιστάται στην διακοπή της επαφής λίγο πριν την εκσπερμάτωση δηλαδή πριν το σπέρμα χυθεί μέσα στον κόλπο. Μόλις ο άντρας νιώσει ότι φτάνει στο σημείο κορύφωσης του οργασμού του, αποτραβιέται για να εκσπερματώσει έξω από τον κόλπο (Αβραμίδης Ο. 1990).

### 3.9 ΑΝΔΡΙΚΟ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟ

Το ανδρικό προφυλακτικό είναι μία πλαστική θήκη μήκους 16 cm περίπου από πολύ λεπτό και ανθεκτικό υλικό, που χρησιμοποιείται εδώ και πολλά χρόνια σ' όλο τον κόσμο. Αν και το περιφρονούν οι άντρες από τότε που τελειοποιήθηκαν οι γυναικείες αντισυλληπτικές μέθοδοι, έχει αρχίσει να ξαναγίνεται της μόδας, καθώς υπάρχει μια έξαρση των σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων και του AIDS.

#### Χρησιμοποίηση του ανδρικού προφυλακτικού

Το προφυλακτικό φοριέται πάνω στο πέος όταν βρίσκεται σε στύση πριν από την διείσδυση στον κόλπο, πιέζοντας το για να φύγει ο αέρας που τυχόν έχει μείνει μέσα. Ύστερα το τεντώνουμε ως την βάση του πέους φροντίζοντας να μην είναι ζαρωμένο, αλλά ούτε και πολύ τεντωμένο. Αποφεύγουμε να το αγγίξουμε με τα νύχια, ενώ αφήνουμε ένα μικρό κε-



Εικόνα 3.7. Τοποθέτηση ανδρικού προφυλακτικού

νό, πίσω από την κεφαλή (να το προφυλακτικό δεν διαθέτει ειδική υποδοχή για το σπέρμα). Αμέσως μετά την εκπερμάτωση ο άντρας οφείλει να αποτραβιέται χωρίς βιασύνη πριν από την χαλάρωση του πέους κρατώντας το καλά στην θέση του ώστε ν' αποφευχθεί η διαρροή σπέρματος ή να γλιστρήσει το προφυλακτικό μέσα στον κόλπο. Είναι μιας χρήσεως και πρέπει να αλλάζεται σε κάθε επαφή.

Αν το προφυλακτικό παραμείνει μέσα στον κόλπο κατά την διάρκεια της επαφής πρέπει αμέσως να τραβηχτεί έξω. Αυτό μπορεί να είναι δύσκολο σε γυναίκες που έχουν κόλπο πολύ μακρύ. Η γυναίκα πρέπει να κάτσει σκυφτή, γιατί έτσι περιορίζεται το μήκος του κόλπου. Και με την έξοδο του απαιτείται κάποια αντισύλληψη της επόμενης μέρας για την αποφυγή μιας εγκυμοσύνης (Σαλάκος Ν. 2006).

### 3.10 ΠΕΡΙΔΕΣΗ ΤΩΝ ΣΠΕΡΜΑΤΙΚΩΝ ΠΟΡΩΝ

Είναι για τον άντρα το αντίστοιχο του δεσίματος των σαλίγγων στη γυναίκα. Συνιστάται το δέσιμο των πόρων παροχής που είναι οι οδοί απ' όπου περνούν τα σπερματοζώαρια συνδέοντας τους όρχεις, οι οποίοι τα παράγουν με το προστάτη που εκκρίνει το υγρό μέσα στο οποίο αιωρούνται.

Η επέμβαση αυτή γίνεται συνήθως με τοπική αναισθησία και διαρκεί περίπου 15 λεπτά. Συνίσταται σε μια τομή του δέρματος της κάθε πλευράς των όρχεων, για να τμηματοποιηθούν κι' ύστερα να δεθούν οι ελεύθερες άκρες των δύο πόρων. Είναι μια επέμβαση ελάχιστα επώδυνη κι ο άντρας μπορεί να ξαναρχίσει κανονικά τις δραστηριότητες του μετά από 1-2 ημέρες.

Πρόκειται για μια σύντομη επέμβαση, τελείως ακίνδυνη που δεν απαιτεί ούτε ολική αναισθησία, ούτε νοσηλεία στο νοσοκομείο, ούτε έχει καμία επίπτωση στη σεξουαλική ζωή. Είναι αποτελεσματική και απαλλάσσει οριστικά από κάθε άγχος για αντισύλληψη.

Παρ' όλο που επιτυγχανόμενη στείρωση είναι οριστική, δεν είναι και άμεση. Αντίθετα με τη γυναίκα που δεν παράγει παρά ένα ωάριο το μήνα, ο άντρας διατηρεί ένα σημαντικό απόθεμα σπερματοζωαρίων, που προοδευτικά θα αποβληθούν με την εκσπερμάτωση. Ο άνδρας, λοιπόν, παραμένει γόνιμος για ένα ακόμη μήνα τουλάχιστο, κάποτε και πιο πολύ και το ζευγάρι οφείλει να παίρνει αντισυλληπτικά μέτρα σ' όλη αυτή τη περίοδο. Όπως και με το δέσιμο των σαλπίνγων, η περίδεση των σπερματικών πόρων δεν είναι και αυτή αναστρέψιμη. Θεωρητικά είναι απολύτως πιθανό να γίνει σύνδεση και πάλι στους δύο πόρους και ν' αποκατασταθεί η διέλευση των σπερματοζωαρίων, αλλά δύο δυσκολίες μειώνουν σοβαρά τις πιθανότητες επιτυχίας. Οι πόροι έχουν υποφέρει απ' αυτήν την πρώτη επέμβαση και παρουσιάζουν συχνά αδιόρθωτους τραυματισμούς. Από την άλλη μεριά, η περίδεση ευνοεί το σχηματισμό αντισωμάτων κατά των σπερματοζωαρίων μέσα στο αίμα. Το σπέρμα χάνει τότε ένα μεγάλο μέρος της γονιμοποιητικής του ικανότητας. (Μπιμπή Μ. 2003)

### **3.11 ΦΥΣΙΚΗ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΘΗΛΑΣΜΟ (LAM)**

Σε γυναίκες που θηλάζουν τα νεογέννητά τους η εμμηνορρυσία δεν επαναρχίζει για μήνες. Αυτό συμβαίνει γιατί ο θηλασμός επηρεάζει την παραγωγή των ορμονών που παράγει φυσιολογικά η γυναίκα. Για να είναι ο θηλασμός μια αξιόπιστη αντισυλληπτική μέθοδος πρέπει η γυναίκα να θηλάζει πολύ συχνά κατά τη διάρκεια της ημέρας.

Η αποτελεσματικότητα στις περιπτώσεις που η περίοδος δεν έχει επανέλθει, ο θηλασμός είναι η μόνη μέθοδος διατροφής του μωρού και το μωρό είναι κάτω από 6 μηνών, είναι 98% τους πρώτους δύο μήνες και 70-80% μετά.

#### **Πλεονεκτήματα της μεθόδου**

- Δεν υπάρχουν επιπλοκές.

- Δεν στοιχίζει τίποτα.
- Δεν επεμβαίνει στη σεξουαλική επαφή.
- Ο θηλασμός είναι χωρίς αμφιβολία ωφέλιμος και για το νεογνό.

### Μειονεκτήματα της μεθόδου

- Είναι μέθοδος προσωρινή. Από τη στιγμή που η περίοδος επιστρέφει η αποτελεσματικότητα μειώνεται κατά πολύ.
- Πρέπει να τηρείται αυστηρά το πρόγραμμα θηλασμού του μωρού.
- Δεν προσφέρει προστασία κατά των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων. (Εταιρία οικογενειακού προγραμματισμού 1998)

## 3.12 ΕΝΕΣΙΜΗ ΟΡΜΟΝΙΚΗ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ



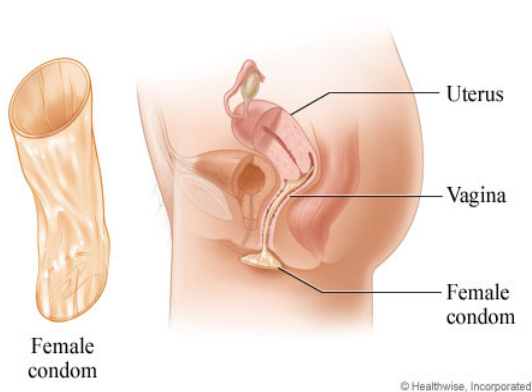
Εικόνα 3.8. Ενέσιμη ορμονική αντισύλληψη

Η ένεση αυτή περιέχει συνθετικές ορμόνες παρόμοιες με αυτές που παράγει φυσιολογικά το σώμα της γυναίκας. Υπάρχουν ενέσεις που περιέχουν μόνο προγεστερόνη (π.χ. Depo-Provera) και ενέσεις που περιέχουν προγεστερόνη και οιστρογόνα (π.χ. Lunelle). Η δράση τους έγκειται στην αναστολή της ωορρηξίας, στη σκλήρυνση του βλεννογόνου του τραχήλου της μήτρας και στην ατροφία των τοιχωμάτων της μήτρας. Δηλαδή εμποδίζει την ωρίμανση των ωαρίων, τη διείσδυση των σπερματοζωαρίων και την εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου αντίστοιχα. Έχει αποτελεσματικότητα πάνω από 99%. Το μεγαλύτερο πλεονέκτημα της μεθόδου είναι η ευκολία στη χρήση μια που η ένεση αυτή γίνεται με μια απλή επίσκεψη στο γιατρό κάθε λίγους μήνες. Το μειονέκτημα, για πολλές από τις γυναίκες που το χρησιμοποιούν, είναι το ότι προκαλεί ακανόνιστες περιόδους. (Kervasdue A. 1996)

## 3.13 ΓΥΝΑΙΚΕΙΟ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟ

Το προφυλακτικό για γυναίκες είναι σχεδιασμένο για να εφαρμόζει για όλες τις γυναίκες και είναι κατάλληλο για όλες τις ηλικίες. Το γυναικείο προφυλακτικό είναι μια εναλλακτική λύση στη θέση του προφυλακτικού που χρησιμοποιείται και εφαρμόζεται στον άνδρα. Εάν χρησιμοποιηθεί ορθά το προφυλακτικό για γυναίκες, είναι αποτελεσματικό στην πρόληψη της εγκυμοσύνης και μπορεί να είναι ένας φραγμός στη μετάδοση των ασθενειών που μεταδίδονται διαμέσου του σεξ. Το γυναικείο προφυλακτικό έχει μήκος 14

εκατοστών, έχει μορφή κυλινδρικής θήκης που εφαρμόζει χαλαρά στον κόλπο και έχει λιπαντική ουσία. Η τοποθέτησή του στον κόλπο γίνεται πιο εύκολη χάρις σε μαλακό δακτύλιο που μπορεί να αφαιρεθεί. Στο εξωτερικό μέρος βρίσκεται ένας μεγάλος εύκαμπτος δακτύλιος, ο οποίος καλύπτει το άνοιγμα του κόλπου και το αιδοίο. Με τον τρόπο αυτό προσφέρει επιπρόσθετη ασφάλεια. Το γυναικείο προφυλακτικό είναι περισσότερο αποτελεσματικό σε σύγκριση με το διάφραγμα ή το τραχηλικό κάλυμμα. Η αποτελεσματικότητά του εξαρτάται όπως και στην περίπτωση του ανδρικού προφυλακτικού από την ορθή χρήση. Η ορθή χρήση, που αφορά την εισαγωγή του στον κόλπο και στη συνέχεια τη χρήση του κατά τη συνουσία, χρειάζεται εξάσκηση. Η συνεργασία του άνδρα και της γυναίκας είναι καθοριστική για την αποτελεσματικότητά του γυναικείου προφυλακτικού. Το γυναικείο προφυλακτικό μπορεί να συμβάλει ουσιαστικά στην καταπολέμηση της μάστιγας των σεξουαλικά μεταδιδόμενων ασθενειών. Οι ασθένειες αυτές όπως η γονόρροια, τα χλαμύδια, η σύφιλις, το AIDS, οι τριχομονάδες και άλλες βρίσκονται σε έξαρση. Οι έρευνες έχουν δείξει ένα πολύ μεγάλο ποσοστό αποδοχής και ικανοποίησης από τη χρήση του γυναικείου προφυλακτικού, τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες. Τα ζευγάρια το βρίσκουν συνήθως εύκολο στη χρήση του και το προτιμούν περισσότερο από το ανδρικό προφυλακτικό. Οι άνδρες προτιμούν το γυναικείο προφυλακτικό. Ο λόγος είναι διότι δεν τους περιορίζει και δεν εφαρμόζει σφιχτά γύρω από το πέος όπως το ανδρικό προφυλακτικό.



Εικόνα 3.9. Γυναικείο προφυλακτικό

© Healthwise, Incorporated

### Τα σημαντικότερα του πλεονεκτήματα είναι:

- Το κυριότερο πλεονέκτημα του γυναικείου προφυλακτικού είναι ότι πρόκειται για μια αντισυλληπτική μέθοδο που βρίσκεται υπό τον πλήρη έλεγχο της γυναίκας.
- Μπορεί να τοποθετηθεί στον κόλπο ακόμη και 8 ώρες πριν από μια σεξουαλική επαφή.
- Επειδή είναι μαλακό και εύκαμπτο, δεν προκαλεί πόνο κατά την εισαγωγή ή την εξαγωγή του από τον κόλπο.
- Είναι κατασκευασμένο από πολουρεθάνη και όχι από λατέξ. Η πολουρεθάνη, σε αντίθεση με το λατέξ, είναι καλός αγωγός της θερμότητας. Για το λόγο αυτό το σεξ κάτω από τις συνθήκες αυτές προσφέρει μεγαλύτερη άνεση και ευχαρίστηση.

- Είναι δυνατό και ανθεκτικό, δεν έχει καμία μυρωδιά και μπορεί να χρησιμοποιηθεί με οποιαδήποτε λιπαντική κρέμα.
- Μπορεί να χρησιμοποιηθεί και κατά τη διάρκεια της περιόδου.
- Δεν είναι απαραίτητο για τον άνδρα να έχει μια πλήρη στύση για να καταστεί δυνατή η χρήση του. Με το ανδρικό προφυλακτικό είναι αναγκαίο να υπάρχει μια πλήρης στύση για να μπορεί να γίνει η τοποθέτηση του σωστά και η διατήρησή του στη θέση του.
- Μετά από την εκσπερμάτωση ο άνδρας δεν είναι υποχρεωμένος να αποτραβηχτεί αμέσως.
- Προσφέρει μεγαλύτερη προστασία στον κόλπο και στο αιδοίο και έτσι προστατεύει περισσότερο από τις μολυσματικές ασθένειες που μεταδίδονται διαμέσου του σεξ.

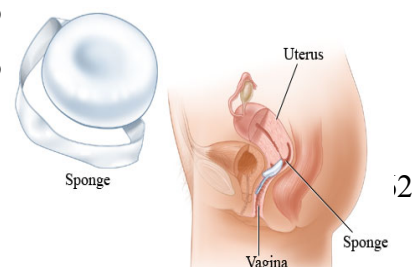
### Μειονεκτήματα

- Η εφαρμογή του στον κόλπο είναι χαλαρή
- Κατά τη διάρκεια της συνουσίας κάνει ένα θόρυβο όπως το τρίξιμο
- Υπάρχει η πιθανότητα κατά τη διάρκεια της συνουσίας να σπρωχτεί προς τα μέσα, εντός του κόλπου
- Υπάρχει ο κίνδυνος το πέος να εισέλθει εντός του κόλπου περνώντας δίπλα από το γυναικείο προφυλακτικό και έτσι στην ουσία αυτό να μη χρησιμοποιηθεί

Τα κύρια σημεία που είναι σημαντικά για το γυναικείο προφυλακτικό είναι ότι πρόκειται για μια αποτελεσματική μέθοδο αντισύλληψης, επιτρέπει το σεξ με ασφάλεια μειώνοντας τους κινδύνους των σεξουαλικά μεταδιδόμενων ασθενειών και είναι υπό τον έλεγχο της γυναίκας. Είναι μίας χρήσης μόνο. Εάν χρησιμοποιηθεί ξανά, η προστασία που προσφέρει εναντίον των ασθενειών και για μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, μειώνεται. Τέλος όπως και για τα άλλα μέσα αντισύλληψης, η επιτυχία του εξαρτάται από τη σωστή και επιμελή χρήση τους. (Νέο πιο εύχρηστο γυναικείο προφυλακτικό (2002) [www.health.in.gr](http://www.health.in.gr))

### 3.14 ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΟΣ ΣΠΟΓΓΟΣ

Είναι ένα σφουγγάρι το οποίο κατά την κατασκευή έχει εμποτιστεί με σπερματοκτόνο ουσία. Μπαίνει στον κόλπο όπου απελευθερώνει τη σπερματοκτόνο ουσία. Δρα με δύο



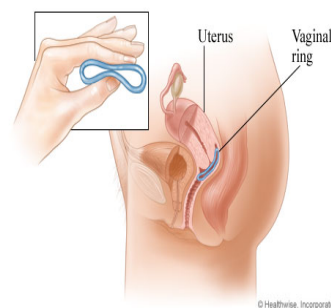
Εικόνα 3.10 Αντισυλληπτικός σπόγγος

τρόπους, φράζει την είσοδο της μήτρας εμποδίζοντας τη διέλευση του σπέρματος, ενώ ταυτόχρονα το σπερματοκτόνο σκοτώνει ή ακινητοποιεί τα σπερματοζώαρια.

Μπορεί να μπει στον κόλπο αρκετές ώρες πριν τη σεξουαλική επαφή και μπορεί να μείνει εκεί μέχρι και 12 ώρες μετά. Συνολικά μπορεί να παραμείνει στον κόλπο μέχρι 24 ώρες. Η αποτελεσματικότητά του είναι γύρω στο 85%. Τα πλεονεκτήματα είναι ότι η χρήση του είναι αρκετά απλή και ότι η δράση του αναστρέφεται εύκολα. Μπορεί δε να προστατεύσει σε κάποιο βαθμό και από ορισμένα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Ορισμένες γυναίκες όμως μπορεί να είναι αλλεργικές στη σπερματοκτόνο ουσία. (Oger P. 1996)

### 3.15 ΚΟΛΠΙΚΟΣ ΔΑΚΤΥΛΙΟΣ

Η μέθοδος αυτή είναι καινούρια. Πρόκειται για ένα μαλακό δακτύλιο από σιλικόνη ο οποίος περιέχει προγεστερόνη και οιστρογόνα. Τοποθετείται ψηλά στον κόλπο όπου παραμένει για τρεις εβδομάδες, οπότε αφαιρείται για μια εβδομάδα. Με άλλα λόγια η δράση του είναι παρόμοια με αυτή των άλλων ορμονικών μεθόδων αλλά με λιγότερες σωματικές επιπλοκές αφού η εφαρμογή του είναι τοπική. (Ντολάντζας Θ. 1998)



Εικόνα 3.11. Κολπικός δακτύλιος

### 3.16 ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΑ ΕΜΠΛΑΣΤΡΑ

Πρόκειται για μια μέθοδο αρκετά καινούρια. Τα έμπλαστρα (τσιρότα) κολλιούνται στο δέρμα και αφήνονται εκεί για 2 εβδομάδες. Δρουν με το να απελευθερώνουν σταθερές ποσότητες ορμόνης στο σώμα. Τα έμπλαστρα θεωρούνται πολύ αποτελεσματικά και βολικά μια που είναι άμεσα αναστρέψιμα. Ένα πιθανό μειονέκτημά τους είναι η αλλεργία στο υλικό του εμπλάστρου. (Μπαρινός Μ. 1992)

### 3.17 ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟΣ ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ

Αυτή είναι μια μέθοδος που άρχισε να χρησιμοποιείται πριν από λίγα χρόνια στο εξωτερικό. Είναι μέθοδος που εμπίπτει στις φυσικές μεθόδους αντισύλληψης. Πρόκειται για μικρούς ηλεκτρονικούς υπολογιστές γονιμότητας που υποδεικνύουν τις γόνιμες μέρες με διάφορους τρόπους, για παράδειγμα μετρώντας τη βασική θερμοκρασία ή τις αλλαγές στην τραχηλική



Εικόνα 3.12. Ηλεκτρονικός υπολογιστής γονιμότητας



βλέννα. Ένα άλλο είδος υπολογιστή, που κυκλοφορεί στην αγορά με την ονομασία Persona, προβλέπει τις γόνιμες μέρες χρησιμοποιώντας μια βάση δεδομένων από μετρήσεις της ωχρινοποιητικής ορμόνης (LH) στα ούρα, από χιλιάδες γυναίκες. Μια από τις λειτουργίες της ορμόνης αυτής είναι η πρόκληση της ωορρηξίας. Η γυναίκα λαμβάνει 8 φορές το μήνα ένα δείγμα ούρων. Στο δείγμα αυτό βουτά μια ειδική λωρίδα η οποία μετρά τα επίπεδα της ορμόνης. Η μέτρηση στη λωρίδα διαβάζεται από τον υπολογιστή ο οποίος στη συνέχεια υποδεικνύει αν η μέρα είναι γόνιμη ή όχι.

Το πλεονέκτημα είναι ότι η γυναίκα υποβοηθείται στον ακριβή υπολογισμό των γόνιμων της ημερών. Τα κυριότερα μειονεκτήματα είναι το κόστος του υπολογιστή και των αντιδραστηρίων και το γεγονός ότι η μέθοδος είναι αξιόπιστη μόνο για γυναίκες με σταθερούς μηνιαίους κύκλους. (Oger P. 1996)

### **3.18 ΧΑΠΙ ΤΗΣ ΕΠΟΜΕΝΗΣ ΜΕΡΑΣ**

Το χάπι της επόμενης μέρας είναι καθορισμένες δόσεις αντισυλληπτικών χαπιών που όταν ληφθούν έγκαιρα μπορούν να αποτρέψουν μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. Οι ορμόνες που περιέχονται στο χάπι δρουν με το να εμποδίζουν την ωορρηξία, τη γονιμοποίηση ή την εμφύτευση, ανάλογα με τη φάση του κύκλου που βρίσκεται η γυναίκα. Στην περίπτωση όμως που το γονιμοποιημένο ωάριο έχει προλάβει να εμφυτευτεί στη μήτρα τότε το χάπι της επόμενης δεν μπορεί να δράσει. Η γυναίκα πρέπει να πάρει τα χάπια το συντομότερο δυνατό μέσα σε διάστημα 72 ωρών από τη σεξουαλική επαφή. Συγκεκριμένα η γυναίκα παίρνει μία δόση του χαπιού μέσα σε 72 ώρες και 12 ώρες μετά παίρνει και τη δεύτερη δόση. Η περίοδος της γυναίκας μπορεί να έρθει κανονικά, λίγο πιο πριν ή και λίγο αργότερα. Η αποτελεσματικότητα εξαρτάται από το πόσο σύντομα θα πάρει η γυναίκα το χάπι και κυμαίνεται από 90-98%.

#### **Πλεονεκτήματα**

Παρέχει μια έκτακτη λύση σε περίπτωση σεξουαλικής επαφής χωρίς μέτρα προφύλαξης ή μετά από αποτυχία της τακτικής μεθόδου αντισύλληψης.

#### **Μειονεκτήματα**

- Δεν είναι μέθοδος που μπορεί να χρησιμοποιείται συστηματικά.
- Πρέπει οπωσδήποτε να λαμβάνεται υπό την επιτήρηση γιατρού.

- Μπορεί να προκαλέσει ναυτία και εμετούς γι' αυτό πρέπει πάντα να λαμβάνεται μαζί με αντιεμετικό χάπι.
- Δεν μπορεί να προστατεύσει από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.
- Γυναίκες που για ιατρικούς λόγους δεν μπορούν να χρησιμοποιήσουν το αντισυλληπτικό χάπι, δεν μπορούν να πάρουν ούτε το χάπι της επόμενης μέρας. (Kervasdue A. 1996)

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΜΥΘΟΙ ΚΑΙ ΑΛΗΘΕΙΕΣ ΓΥΡΩ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ



## 4.1 ΜΥΘΟΙ ΚΑΙ ΑΛΗΘΕΙΕΣ ΓΥΡΩ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ

Στις μέρες μας γίνεται πολύς λόγος για την αντισύλληψη, δυστυχώς όμως οι πληροφορίες σχετικά με το θέμα, ακόμα και από ειδικούς, δεν είναι πάντα ακριβείς, ενώ παράλληλα διάφορες παρανοήσεις δημιουργούν σύγχυση στους έφηβους. Αυτό συμβαίνει διότι πάρα πολλοί έφηβοι, αν όχι όλοι, έχουν σαν πηγή πληροφόρησης τις συζητήσεις με συνομήλικους τους γύρω από το θέμα, το διαδίκτυο και τα Μ.Μ.Ε (μέσα μαζικής ενημέρωσης). Σ' αυτό το κεφάλαιο θα αναφερθούμε σε πολλές λανθασμένες απόψεις που πιστεύουν οι έφηβοι σχετικά με την αντισύλληψη και θα ξεκαθαρίσουμε τους μύθους της αντισύλληψης από τις αλήθειες της.

## 4.2 ΜΥΘΟΙ

- **Μια γυναίκα δεν μπορεί να μείνει έγκυος κατά την διάρκεια των εμμήνων.**

Σύλληψη μπορεί να υπάρξει ακόμη και κατά την διάρκεια της εμμηνου ρύσης, αν ο κύκλος είναι βραχύς (π.χ. 21-22 ημέρες). Δεδομένου ότι η ωορρηξία λαμβάνει χώρα 14 ημέρες (+/- 2 ημέρες) πριν την επόμενη περίοδο, γίνεται φανερό ότι η προηγούμενη έμμηνος ρύση δεν θα έχει ολοκληρωθεί (θα υπάρχει ακόμη αιμορραγία) όταν θα συμβεί η ωορρηξία που θα οδηγήσει σε εγκυμοσύνη ή στην επόμενη έμμηνο ρύση. Προφανώς, εάν ο κύκλος είναι σταθερός και μεγαλύτερος των 28 ημερών, λογικά δεν πρέπει να προκύψει εγκυμοσύνη μετά από επαφή κατά την διάρκεια της εμμηνου ρύσης. Βέβαια, κανείς δεν μπορεί να αποκλείσει την διαταραχή του κύκλου έστω και αν υπάρχουν μικρές πιθανότητες για ένα τέτοιο ενδεχόμενο.

- **Αν μια γυναίκα μείνει έγκυος ενώ έχει περίοδο, δεν θα συνεχιστεί η περίοδος της.**

Μετά από σεξουαλική επαφή σε εποχή εμμηνου ρύσης, η τρέχουσα "περίοδος" συνεχίζεται κανονικά, είτε υπάρξει γονιμοποίηση είτε όχι. Άλλωστε, η γονιμοποίηση μπορεί να συμβεί πολλές ημέρες μετά την επαφή

- **Μια γυναίκα δεν μπορεί να έχει περίοδο ενώ είναι ήδη έγκυος.**

Μια γυναίκα μπορεί να μείνει έγκυος ενώ έχει περίοδο. Η περίοδος δεν αποκλείει 100% μια εγκυμοσύνη. Μπορεί να προκύψει επόμενη έμμηνος ρύση ακόμη και στην περίπτωση εγκυμοσύνης, διότι η μήτρα έχει συνηθίσει να ακολουθεί τον κύ-

κλο των εμμήνων ρύσεων. Δεν είναι σπάνιο η έμμηνος ρύση να διακόπτεται κατά τον τρίτο μήνα την κύηση και όχι αμέσως.

- **Ένας άνδρας δεν μπορεί να αφήσει έγκυο μια γυναίκα αν δεν έχει οργασμό.**

Αν και είναι αλήθεια ότι με την εκσπερμάτιση απελευθερώνεται η μερίδα του λέοντος του σπέρματος, ωστόσο υπάρχει πάντα η πιθανότητα να ξεφύγει ικανή ποσότητα σπέρματος λίγο πριν από την εκσπερμάτιση με αποτέλεσμα να μείνει έγκυος η γυναίκα.

- **Μια γυναίκα δεν μπορεί να μείνει έγκυος από την πρώτη επαφή.**

Η γυναίκα που έχει ωορρηξία και υγιείς σάλπιγγες, μπορεί κάλλιστα να μείνει έγκυος ανεξαρτήτως ηλικίας και σεξουαλικού ιστορικού.

- **Μια γυναίκα δεν μένει έγκυος αν κάνει ντους αμέσως μετά το σεξ.**

Μετά τη συνουσία το σπέρμα μπαίνει στον τράχηλο οπότε δεν μπορεί να εξολοθρευτεί από το νερό.

- **Μια γυναίκα δεν μένει έγκυος τις μη γόνιμες μέρες.**

Εφόσον κάθε κύκλος περιόδου είναι διαφορετικός, είναι σχεδόν αδύνατον να προβλέψει κανείς ποιες είναι οι «ασφαλείς» μέρες. Άλλωστε, το σπέρμα μπορεί να επιβιώσει για αρκετές μέρες μέσα στο γυναικείο σώμα οπότε μια γυναίκα που έκανε σεξ λίγες μέρες πριν από την ωορρηξία μπορεί κάλλιστα να μείνει έγκυος.

- **Τα αντισυλληπτικά χάπια αυξάνουν το βάρος.**

Αυτό ίσχυε πράγματι με τα πρώτα χάπια που περιείχαν μεγάλες δόσεις οιστρογόνων. Τα σημερινά χάπια μπορεί να προκαλέσουν μόνο μια παροδική κατακράτηση υγρών που μεταφράζεται σε 1-1,5 κιλό. Είναι αλήθεια όμως ότι η διαίτα αδυνατίσματος δεν αποδίδει τόσο στις γυναίκες που παίρνουν το χάπι.

- **Τα αντισυλληπτικά χάπια προκαλούν καρκίνο.**

Γυναίκες με χρήση αντισυλληπτικών παθαίνουν λιγότερο συχνά καρκίνο των ωοθηκών και καρκίνο του ενδομητρίου. Τα χάπια δεν σχετίζονται με τον καρκίνο του τραχήλου ενώ δεν έχει αποδειχθεί ότι προκαλούν καρκίνο του μαστού.

- **Τα αντισυλληπτικά χάπια προκαλούν στειρότητα.**

Λανθασμένη άποψη. Μόλις μια γυναίκα σταματήσει τη λήψη του χαπιού, οι ωοθήκες της επαναλειτουργούν κανονικά.

- **Δεν πρέπει να παίρνουν αντισυλληπτικά οι νέες κοπέλες.**  
Οι έρευνες και οι προσπάθειες για τη βελτίωση των αντισυλληπτικών έγιναν για να προστατεύσουν κυρίως τις νέες γυναίκες που στο τέλος έχουν και λιγότερους από τους λεγόμενους επιβαρυντικούς παράγοντες όπως παχυσαρκία, κηρσοί, σακχαρώδης διαβήτης κλπ. Αυτό δεν σημαίνει ότι οι μεγαλύτερες γυναίκες δεν μπορούν να πάρουν το χάπι.
- **Τα αντισυλληπτικά χάπια προκαλούν κατάθλιψη.**  
Είναι μια σπάνια ανεπιθύμητη παρενέργεια που συμβαίνει κυρίως σε άτομα που έχουν προδιάθεση στην κατάθλιψη. Στη χώρα μας η παρενέργεια αυτή είναι πολύ σπανιότερη σε σχέση με τις Βόρειες χώρες.
- **Το σπιράλ μπορεί να χαρακτηριστεί αντισυλληπτικό.**  
Το σπιράλ δεν μπορεί να χαρακτηριστεί αντισυλληπτικό, αφού, είναι ένα μηχανικό στοιχείο που τοποθετείται στη μήτρα για να προκαλέσει στειρώση. Όμως, το κάθε "σπιράλ" είναι πρακτικά και ένα μέσο άμβλωσης. Μάλιστα τα πρώιμα τεστ εγκυμοσύνης αποδεικνύουν ότι οι γυναίκες που έχουν "σπιράλ" μπορούν να έλθουν σε κατάσταση εγκυμοσύνης περισσότερες φορές το χρόνο από άλλες γυναίκες που δεν έχουν. Εκείνο το οποίο κάνει το "σπιράλ", είναι να εμποδίζει το έμβρυο να εμφυτευτεί στην μήτρα υποχρεώνοντας το σε θάνατο, σε ηλικία μιας εβδομάδος.
- **Το χάπι της επόμενης μέρας είναι αποκλειστικά εκτρωτικό.**  
Ασφαλώς το «χάπι της επόμενης ημέρας» δεν είναι ένα αποκλειστικά εκτρωτικό σκεύασμα όπως π.χ. το RU486, όμως το ένα από τα δυο πράγματα που μπορεί να κάνει είναι να εμποδίσει την εγκατάσταση του τυχόν γονιμοποιηθέντος ωοκυττάρου στο ενδομήτριο. Άρα δεν μπορεί να χαρακτηριστεί ως σκεύασμα αποκλειστικά αντισυλληπτικό (1. Μπιμπή Μ. 2003 2. Δημητριάδου Μ. 2005).

### 4.3 ΑΛΗΘΕΙΕΣ

Έρευνα, που πραγματοποιήθηκε από την Κοινοπραξία στη Μεγάλη Βρετανία για τη Μελέτη της Εφηβείας σε 3.000 μαθητές της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης 15-18 ετών, έδειξε το μέγεθος της άγνοιας μεγάλης μερίδας εφήβων σε μη ασφαλή σεξουαλική συμπεριφορά.

Συγκεκριμένα:

- Στην πρώτη σεξουαλική επαφή του 39%, ο ένας από τους δύο συντρόφους προχώρησε στην ολοκλήρωση της σχέσης χωρίς να το επιθυμεί ιδιαίτερα.
- Σχεδόν ένας στους τρεις έκαναν έρωτα για πρώτη φορά για «αρνητικούς λόγους», όπως π.χ. για να ευχαριστήσουν τον άλλο ή για να «μη μείνουν πίσω» σε σύγκριση με τους φίλους τους.
- Το 58% των κοριτσιών και το 39% των αγοριών είχαν τουλάχιστον μία σεξουαλική επαφή χωρίς προφυλακτικό.
- Το 51% των κοριτσιών και το 37% των αγοριών είχαν συχνές σεξουαλικές επαφές χωρίς προστασία.
- Οκτώ στους δέκα εφήβους έχουν την πρώτη τους επαφή είτε μεθυσμένοι είτε υπό πίεση είχε χωρίς μέτρα αντισύλληψης.
- Δύο στους πέντε εύχονται να είχαν περιμένει περισσότερο προτού προχωρήσουν.
- Μόνο 20% όταν κάνουν σεξ για πρώτη φορά χρησιμοποιούν προφυλακτικό, έχουν σταθερή σχέση ή προχωρούν όταν αισθάνονται ότι είναι η κατάλληλη στιγμή.

Επίσης, το Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής (Ι.Κ.Π.Ι ) πραγματοποίησε πανελλήνια έρευνα με συμμετοχή ατόμων 16-45 ετών. Παραθέτουμε μερικά από τα πιο εντυπωσιακά στοιχεία της έρευνας αυτής.

- 7 στους 10 νέους ηλικίας 16-24 ετών πιστεύουν ότι ο άνδρας είναι εκείνος που πρέπει να χρησιμοποιεί κάποια αντισυλληπτική μέθοδο.
- Στις ηλικίες 16-45 ετών εξακολουθούν να πιστεύουν το ίδιο 6 στους 10 ερωτηθέντες. Αυτό σημαίνει ότι 6 στις 10 γυναίκες αφήνουν το θέμα της αντισύλληψης στον άνδρα ενώ μόνο 1 στις 10 γυναίκες χρησιμοποιεί η ίδια αντισύλληψη.
- Στην Ελλάδα μόνο 3,5% των γυναικών παίρνουν αντισυλληπτικό χάπι. Το χειρότερο είναι ότι μόνο 5 στους 10 άνδρες χρησιμοποιούν προφυλακτικό.
- 2 στους 10 χρησιμοποιούν την διακεκομμένη συνουσία, δηλαδή την πιο αναξιόπιστη αντισυλληπτική μέθοδο.
- 8 στις 10 γυναίκες ηλικίας 16-24 ετών δεν έχουν επισκεφτεί Γυναικολόγο και δεν έχουν ενημερωθεί υπεύθυνα για την αντισύλληψη.

Μετά απ' τα στοιχεία αυτά, δεν είναι περίεργο το ότι οι τεχνητές διακοπές κύησης είναι τόσο πολλές στην Ελλάδα.

## **ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΣΕ ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ**

- Μια έφηβη μπορεί να φέρει σε πέρας με επιτυχία τη φυσιολογική λειτουργία της κυοφορίας και του τοκετού με την κατάλληλη ψυχολογική και ιατρική υποστήριξη, αλλά και με την κατάλληλη διατροφή, μια που και ο δικός της οργανισμός βρίσκεται ακόμη σε φάση ανάπτυξης.
- Μια εγκυμοσύνη όπου η μητέρα βρίσκεται ακόμα στην εφηβική ηλικία, χρειάζεται διαρκή ιατρική παρακολούθηση.
- Μια έκτρωση σε εφηβική ηλικία είναι ένα γεγονός καταστρεπτικό από κάθε άποψη, ψυχολογική αλλά και σωματική πολλές φορές.
- Το «χάπι της επόμενης ημέρας» μπορεί συχνά να έχει εκτροπική δράση, και με την ορμονική αναστάτωση που προκαλεί, δεν είναι ότι καλύτερο για τον γυναικείο οργανισμό, πόσο μάλλον για τον οργανισμό μιας έφηβης που αναπτύσσεται ακόμη.
- Όταν το σεξ λαμβάνει χώρα μεταξύ νέων πρώιμης εφηβικής ηλικίας δημιουργεί πολλά προβλήματα, τα οποία δεν μπορούν να αντισταθμιστούν από την ηδονή που παρέχει.

## **ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ**

- Το αντισυλληπτικό δισκίο από το στόμα είναι σίγουρο (100% αποφυγή κύησης), ασφαλές, οικονομικό, με απόλυτη επιστροφή της γονιμότητας μετά τη διακοπή του. Στις τέσσερις δεκαετίες που χρησιμοποιείται από περίπου 70 εκατομμύρια γυναίκες ετησίως ανά τον κόσμο, έχει εξελιχθεί και συνεχώς επανεκτιμάται εις τρόπον, ώστε να εξασφαλίζεται η αξία του. Έχει υποστεί τη σκληρότερη κριτική για ανεπιθύμητες ενέργειες υπαρκτές, όπως ο κίνδυνος θρόμβωσης και ο στόχος των εταιρειών παραγωγής είναι η διαρκής βελτίωση του. Σήμερα κυκλοφορεί ένα αντισυλληπτικό 4ης γενιάς με ελαχιστοποιημένο τον κίνδυνο θρόμβωσης και αυξημένες τις ευεργετικές δράσεις στην ακμή και την υπερτρίχωση, οι οποίες μαζί με τις διαταραχές του κύκλου απασχολούν πολύ συχνά τις νεαρές έφηβες. Παραμένει



όμως, όσο οξύμωρο και αν ακούγεται, επιβεβλημένο να χρησιμοποιείται με παράλληλη προφύλαξη από τα ΣΜΝ.

- Τα αντισυλληπτικά υποδόρια εμφυτεύματα βραχείας ή μακράς διάρκειας δεν διαφέρουν ουσιωδώς από τη φαρμακολογική δράση του γνωστού από του στόματος αντισυλληπτικού, αλλά στοχεύουν στην καλύτερη συμμορφωσιμότητα στην αγωγή. Δεν έχουν επικρατήσει για διάφορους λόγους, όπως είναι η επεμβατική τοποθέτησή τους και οι πιθανές τοπικές δερματικές αντιδράσεις. Η παρερχόμενη ασφάλεια είναι ίδια.
- Τα ενδομήτρια προθέματα με ή χωρίς ορμονική δράση (IUD) δεν ενδείκνυνται για τις έφηβες διότι ενέχουν τον κίνδυνο ανιούσης φλεγμονής (ενδομητρίτιδα, σαλπινγίτιδα). Το ποσοστό ασφαλείας είναι περίπου 96% και διπλασιάζουν τον κίνδυνο εξωμητρικής κύησης.
- Τα κολπικά διαφράγματα και οι σπόγγοι με σπερματοκτόνα έχουν σημαντική δυσανεξία από το ζευγάρι και δυσκολία πρακτικής εφαρμογής. Η ασφάλειά τους δεν υπερβαίνει το 80% και ο κίνδυνος μόλυνσης είναι υπαρκτός.
- Το ελαστικό προφυλακτικό για τους άνδρες παρέχει μεγάλη ασφάλεια για την αποφυγή μολύνσεων και σπάνια χάνει την ασφάλεια αντισύλληψης. Έχει αρνητικό στοιχείο τη μείωση της σεξουαλικής απόλαυσης, γεγονός που θαρραλέα αντιλέγουν τα νεαρά ζευγάρια που διακατέχονται από τη νοοτροπία της απόλυτης ικανοποίησης. Αυτό όμως δεν είναι ισχυρό επιχείρημα και εύκολα καταρρίπτεται ύστερα από επαρκή ενημέρωση.

## **ΟΙ ΔΗΜΟΦΙΛΕΣΤΕΡΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΝΤΑΙ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

Οι δημοφιλέστερες μέθοδοι που χρησιμοποιούνται σήμερα στη χώρα μας είναι οι εξής:

α) Μέθοδοι που στηρίζονται στη φυσιολογία της γυναίκας όπως είναι:

- η αποχή κατά τις γόνιμες ημέρες
- η παρατεταμένη γαλουχία (μέθοδος που εφαρμοζόταν κυρίως παλαιότερα)
- η διακεκομμένη συνουσία

β) Μέθοδοι που βασίζονται σε μηχανικά μέσα όπως:

- μέθοδοι φραγμού (ανδρικό και γυναικείο προφυλακτικό)
- στειροποίηση στον άνδρα (απολίνωση σπερματικών πόρων) ή στη γυναίκα (απολί-  
νωση σαλπίνγων)
- ενδομητριάκα σπειράματα
- ορμονική αντισύλληψη

Από τις παραπάνω επεμβατικές είναι η τοποθέτηση του I.U.D. (ενδομητρικού σπειράμα-  
τος) με την έννοια ότι για την τοποθέτησή του πιθανόν να χρειαστεί τοπική αναισθησία  
και ίσως μικρού βαθμού διαστολή του έξω και έσω τραχηλικού στομίου. Επεμβατική μέ-  
θοδος είναι και η στειροποίηση του άνδρα (μέθοδος καθόλου διαδομένη στην Ελλάδα),  
αλλά και της γυναίκας. Η στειροποίηση στη γυναίκα γίνεται είτε λαπαροσκοπικά είτε με  
λαπαροτομία.

Η συνεχής χορήγηση των κολπικών διαφραγμάτων (τραχηλικής καλύπτρας) δεν ενδείκνυ-  
ται διότι σύμφωνα με μελέτες προκαλούν συχνά ουρολοιμώξεις. Ερεθισμό στον κόλπο  
μπορεί κάποιες φορές να προκαλέσουν τα προφυλακτικά.

## **ΠΡΟΤΙΜΑΤΕ ΤΟ "ΧΑΠΙ ΤΗΣ ΕΠΟΜΕΝΗΣ ΜΕΡΑΣ" ΑΠΟ ΜΕΓΑ- ΛΕΣ ΔΟΣΕΙΣ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΩΝ**

Πάντα προτιμούμε το "χάπι της επόμενης μέρας" από τις μεγάλες δόσεις αντισυλληπτικών  
για δύο λόγους:

- 1) Οι μεγάλες δόσεις αντισυλληπτικών έχουν αυξημένες πιθανότητες να προκαλέσουν  
παρενέργειες και
- 2) Το "χάπι της επόμενης μέρας" έχει μικρή δοσολογία με πολύ υψηλά ποσοστά απο-  
τελεσματικότητας.

## **ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΕΚΤΡΩΤΙΚΟΥ ΧΑΠΙΟΥ ΜΕ ΤΟ ΧΑΠΙ ΤΗΣ ΕΠΟΜΕ- ΝΗΣ ΜΕΡΑΣ**

Τα δύο χάπια έχουν εντελώς διαφορετική σύσταση. Περιέχουν δηλαδή διαφορετικές ουσί-  
ες. Επιπλέον το "χάπι της επόμενης μέρας" χορηγείται στην προσπάθεια μας να προκαλέ-  
σουμε τέτοιες μεταβολές στη μήτρα, τις ωθήκες και την τραχηλική βλέννη ώστε να εμπο-  
διστεί η γονιμοποίηση του ωαρίου από το σπερματοζώαριο. Το "εκτρωτικό χάπι" χορηγεί-  
ται όταν πλέον έχει διαπιστωθεί η εγκυμοσύνη και προσπάθεια να προκαλέσει έκτρωση,

δηλαδή αποβολή του εμβρύου από τη μήτρα ώστε να αποφύγουμε την επέμβαση. Το "εκτρωτικό χάπι" για πολλούς και διαφόρους λόγους δεν "μπήκε" στην ελληνική αγορά.

## **ΕΝΔΕΛΕΙΓΜΕΝΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΓΙΑ ΚΑΘΕ ΓΥΝΑΙΚΑ**

Η μέθοδος αντισύλληψης έχει άμεση σχέση με το κληρονομικό, ατομικό, γυναικολογικό και μαιευτικό ιστορικό της γυναίκας, από την ηλικία της και από το αν έχει τεκνοποιήσει ή όχι. Το κάπνισμα επίσης παίζει σημαντικό ρόλο. Γίνεται προσεκτική λήψη του ιστορικού της γυναίκας, εξετάζεται γυναικολογικά και γίνεται ψηλάφηση μαστών και συνιστώνται κάποιες εργαστηριακές εξετάσεις. Στις νεαρής ηλικίας γυναίκες που δεν έχουν τεκνοποιήσει προτιμάται η χορήγηση αντισυλληπτικού χαπιού. Μια γυναίκα που είναι 35 ετών και έχει ήδη κάνει τον επιθυμητό αριθμό παιδιών θα μπορούσε άνετα να χρησιμοποιήσει το I.U.D (κλασσικό σπирάλ). Επίσης αυτή η γυναίκα θα μπορούμε με τη σύμφωνη γνώμη του συζύγου της και κατόπιν συνεννόησης με τον μαιευτήρα της να υποβληθεί σε απολίνωση των σαλπίνγων της με την ευκαιρία της τελευταίας της καισαρικής τομής. Αν μπορεί να ανταπεξέλθει στα έξοδα μιας λαπαροσκοπικής επέμβασης μπορεί να αποφασίσει τη λαπαροσκοπική απολίνωση των σαλπίνγων ή να γίνει αυτή με την ευκαιρία κάποιας λαπαροσκόπησης. Μια γυναίκα που έχει περιστασιακές σχέσεις έχει περισσότερη ανάγκη από μεθόδους φραγμού όπως είναι το ανδρικό ή το γυναικείο προφυλακτικό με την προϋπόθεση ότι γίνεται σωστά η τοποθέτηση και η χρήση του. Συμπληρωματικά σε περίπτωση ανάγκης μπορεί να χρησιμοποιήσει μια επιπλέον μέθοδο πχ. το χάπι της "επόμενης μέρας" σε περίπτωση που σπάσει το προφυλακτικό.

## **ΔΕΥΤΕΡΕΥΟΝΤΑ ΟΦΕΛΗ ΓΙΑ ΤΗ ΓΥΝΑΙΚΑ ΠΟΥ ΠΡΟΚΥΠΤΟΥΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΜΕΘΟΔΩΝ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ**

Τα δευτερεύοντα οφέλη (πρωτεύον είναι η μη σύλληψη) για τη γυναίκα είναι πολλά και σημαντικά. Οι γυναίκες προφυλάσσονται από:

- Εξωμήτριες κυήσεις σε ποσοστό 90%,
- Καρκίνο των ωοθηκών σε ποσοστό 40%,
- Καλοήθειες καταστάσεις του μαστού όπως είναι οι κύστες και τα ινοαδενώματα σε ποσοστό 40%,
- Κύστες των ωοθηκών σε ποσοστό 40-80%,

- Πυελικές φλεγμονές σε ποσοστό 50%,
- Ινομώματα (μετά από πενταετή χρήση) κατά 17%,
- Μητρορραγίες κατά 50%,
- Σιδηροπενική αναιμία (η πιθανότητα εμφάνισης ελαττώνεται σε ποσοστό 50%).
- Βελτιώνεται η δυσμηνόρροια σε ποσοστό 40% και
- Ελαττώνεται το ποσό του αποβαλλόμενου αίματος κατά τη διάρκεια της περιόδου.  
(1. Παπαδοπούλου Α. 2006 2. Δημητριάδου Μ. 2005))

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5:  
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΠΡΟΚΑΛΟΥ-  
ΝΤΑΙ ΛΟΓΩ ΕΛΛΕΙΨΗΣ ΑΝΤΙΣΥΛ-  
ΛΗΨΗΣ**



## 5.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η 30ή Μαρτίου είναι αφιερωμένη στην αντισύλληψη, ένα μείζον ζήτημα που ανέκαθεν απασχολούσε τους εκπροσώπους και των δύο φύλων. Η ανάγκη της αντισύλληψης προέκυψε πρωτίστως ως μέτρο οικογενειακού προγραμματισμού και εκ των υστέρων προέκυψαν και κάποια οφέλη αναφορικά με τον περιορισμό των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων.

Η έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας των νέων κοριτσιών σε μικρότερες ηλικίες, με μεγάλο αριθμό εναλλασσόμενων συντρόφων, τις τελευταίες κυρίως δεκαετίες, οδήγησε σε έκρηξη των ανεπιθύμητων κυήσεων κατά τη διάρκεια της εφηβείας.

Η αποφυγή ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης υπήρχε πάντοτε ως ένα σοβαρό ατομικό και ιατρικό πρόβλημα, όπως φαίνεται στον όρκο του Ιπποκράτη σαν απαγόρευση χρήσεως εκτρωτικών μέσων. Το ερώτημα που τίθεται είναι εάν τα νεαρά αυτά κορίτσια έχουν επαρκή πληροφόρηση για τους παράλληλους κινδύνους που ενέχει αυτή η δραστηριότητα τους. Η πείρα από την καθημερινή καταγραφή των γεγονότων είναι μάλλον αρνητική. Περίπου πριν από τέσσερα χρόνια είχε πραγματοποιηθεί μια δημοσκόπηση σχετική με το θέμα, η οποία αποκάλυπτε ότι η χρήση του αντισυλληπτικού δισκίου είναι πολύ χαμηλή και του ελαστικού προφυλακτικού απογοητευτική. Εύλογα διερωτάται κανείς αν τόσες δαπανηρές διαφημίσεις και επισημάνσεις από τα ΜΜΕ για τη χρήση ελαστικού προφυλακτικού ήταν αναποτελεσματικές; Η απάντηση είναι «ναι». Η ερμηνεία αυτής της αρνητικής συμμόρφωσης οφείλεται στο ότι η χρήση του προφυλακτικού προτάθηκε σαν μέθοδος αποφυγής μόλυνσης από τον ιό του HIV (AIDS). Η θέση των νεαρών κοριτσιών στο γιατί δεν χρησιμοποιούν ελαστικό προφυλακτικό είναι ότι δεν ανήκουν σε άτομα αυξημένου κινδύνου (χρήστες ουσιών, ομοφυλόφιλοι), έχουν μονογαμική σχέση στη συγκεκριμένη χρονική φάση και μερικά ζευγάρια αναφέρουν ότι έχουν υποβληθεί σε εξέταση για να ελέγξουν αν είναι φορείς του ιού. Το πόση ασφάλεια έχει αυτός ο έλεγχος ας το απαντήσουν πιο ειδικοί. Ένα όμως είναι βέβαιο, ότι ο έλεγχος για HIV δεν καλύπτει τα υπόλοιπα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (ΣΜΝ), από τους ιούς του ανθρώπινου Θηλώματος (HPV), τους ιούς του έρπητα και της ηπατίτιδας, τα μυκοπλάσματα, τα χλαμύδια, και πολλά άλλα κοινά μικρόβια, τα οποία δρουν καταστροφικά στο γεννητικό σύστημα, κυρίως του κοριτσιού, και ενίοτε στη γενικότερη υγεία.

## **5.2 ΕΚΤΡΩΣΗ (ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΥΗΣΗΣ)**

Διακοπή κύησης ή έκτρωση, ονομάζεται η διαδικασία με την οποία τερματίζεται μια εγκυμοσύνη, συνήθως σε αρχικά στάδια. Η νομοθεσία επιτρέπει τη διακοπή κύησης μέχρι την 12 εβδομάδα κύησης (12 εβδομάδες μετά την τελευταία ωορρηξία ή 14 εβδομάδες μετά την έναρξη της τελευταίας περιόδου). Το όριο αυτό είναι τεχνητό και δε βασίζεται σε κάποιο συγκεκριμένο χαρακτηριστικό της εγκυμοσύνης. Υπάρχει μεγάλη διαφωνία σχετικά με τη ρύθμιση αυτή (η οποία είναι διεθνής). Πολέμιοι της έκτρωσης βασίζονται στον ισχυρισμό πως το έμβρυο υπάρχει ως οντότητα και διαθέτει ψυχή ήδη από τη στιγμή της σύλληψης, ενώ άλλοι θέτουν το όριο αυτό στη στιγμή που αρχίζει να χτυπάει η καρδιά του εμβρύου. Σε εγκυμοσύνη σε πιο προχωρημένη εβδομάδα κύησης, η διακοπή επιτρέπεται μόνο για ιατρικούς ή ιατροδικαστικούς λόγους (βιασμός, ανωμαλίες του εμβρύου, κίνδυνος για τη ζωή της γυναίκας).

Στο εξωτερικό, το θέμα της διακοπής μιας κύησης εξετάζεται πολύ πιο σοβαρά απ' ό τι στην Ελλάδα. Πριν την επέμβαση είναι απαραίτητο η έγκυος να επισκεφθεί έναν ειδικό συμβουλευτικό σταθμό, και η επίσκεψη πρέπει να πραγματοποιηθεί τρεις ημέρες πριν τη διακοπή της εγκυμοσύνης. Στους συμβουλευτικούς αυτούς σταθμούς συζητούνται οι λόγοι που οδήγησαν τη γυναίκα στην απόφαση να διακόψει την εγκυμοσύνη, και παρουσιάζονται οι δυνατότητες που μπορεί να προσφέρει το κράτος (οικονομική υποστήριξη, αναζήτηση σπιτιού, συνέχιση σπουδών κλπ). Σε ανήλικες κοπέλες παρίσταται απαραίτητα ένας γονέας ή κηδεμόνας. Εάν η έγκυος εμμένει στην απόφασή της και η εγκυμοσύνη είναι μικρότερη των 12 εβδομάδων (όπως τις ορίσαμε στην αρχή), τότε η διακοπή της εγκυμοσύνης μπορεί να γίνει σε οργανωμένο τμήμα νοσοκομείου ή κλινικής.

Στην Ελλάδα δυστυχώς η έκτρωση εφαρμόζεται ως μια μορφή «αντισύλληψης» μετά από μια απερισκεψία και μη χρησιμοποίησης μιας σωστής αντισυλληπτικής μεθόδου. Υπάρχουν γυναίκες που έχουν κάνει έκτρωση 5,6,10 ή και παραπάνω φορές. Το έτος 2000, στη χώρα μας είχαμε περίπου 98.000 γεννήσεις και κάτι παραπάνω από 200.000 εκτρώσεις. Αν σε αυτές προσθέσουμε και εκείνες που έγιναν σε ιδιωτικά ιατρεία ή κλινικές και δε δηλώθηκαν, φαίνεται το τεράστιο πρόβλημα που παύει να είναι πλέον ιατρικό και καθίσταται πλέον κοινωνικό.

## **ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ**

Οι πιθανές επιπλοκές που μπορεί να συμβούν σε μια έκτρωση είναι πολλές και πολύ σοβαρές. Τις περισσότερες φορές δε συμβαίνουν, αλλά εάν συμβούν είναι δυσάρεστες.

**1. Διάτρηση της μήτρας** με τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται. Αυτό συμβαίνει συχνότερα απ' ό,τι σε συνηθισμένες αποξέσεις, διότι η μήτρα που εγκυμονεί έχει πιο μαλακά τοιχώματα. Μια απλή διάτρηση μπορεί να αντιμετωπιστεί με αντιβιοτικά, αλλά μια διάτρηση που θα προκαλέσει μεγάλη αιμορραγία ή τραυματισμό άλλων οργάνων όπως ουροδόχου κύστης ή εντέρου πρέπει να αντιμετωπιστεί με άμεση λαπαροτομία (διάνοιξη της κοιλιάς) και μπορεί να οδηγήσει μέχρι και σε αφαίρεση της μήτρας.

**2. Μολύνσεις.** Αν και τα χειρουργικά εργαλεία που χρησιμοποιούνται είναι αποστειρωμένα και η όλη διαδικασία γίνεται υπό αυστηρούς κανόνες αντισηψίας, επειδή ο κόλπος περιέχει σχεδόν πάντα μικρόβια, δεν μπορεί να αποκλειστεί η περίπτωση μιας ανιούσας λοίμωξης που θα προσβάλει το ενδομήτριο. Το πρόβλημα επιτείνεται εάν η λοίμωξη επεκταθεί στις σάλπιγγες, οπότε και μπορεί να προκαλέσει ΣΤΕΙΡΩΣΗ. Η παράμετρος αυτή είναι πολύ σοβαρή και πρέπει να λαμβάνεται υπ' όψη ιδιαίτερα από νέες κοπέλες που μπορεί να μην έχουν ξανά τη δυνατότητα να μείνουν έγκυες.

**3. Μεγαλύτερο ποσοστόν αυτόματων αποβολών** (απώλειας του κυήματος) σε μελλοντικές εγκυμοσύνες. Επειδή γίνονται χειρισμοί στον τράχηλο που αποτελεί την είσοδο και την έξοδο από τη μήτρα, αυτός μπορεί να μην επουλωθεί σωστά να μην επανέλθει στην αρχική του κατάσταση. Σε μια επόμενη επιθυμητή εγκυμοσύνη, η πιθανή ανεπάρκεια του τραχήλου θα οδηγήσει σε μεγαλύτερο ποσοστό σε αυτόματη αποβολή.

**4. Τοπική φλεγμονή** μπορεί να προκληθεί εξαιτίας των απαραίτητων χειρισμών στον τράχηλο για την πραγματοποίηση της έκτρωσης, η οποία να προκαλέσει ουλώδη ρίκνωση στον τράχηλο που μπορεί να αποτελέσει στο μέλλον αιτία στειρότητας.

#### **5. Απαραίτητη είναι η επίσκεψη σε μικρό διάστημα στο γυναικολόγο**

- Για να αποκλειστεί η περίπτωση να έχει συσσωρευθεί αίμα στη μήτρα και
- Για να αποκλειστεί η πιθανότητα μιας ταυτόχρονης εξωμήτριας κύησης.

Για να αποφευχθεί η σπάνια αλλά πολύ επικίνδυνη αυτή κατάσταση, ίσως θα ήταν σκόπιμο 2-3 ημέρες μετά τη διακοπή κύησης να γίνει μια απλή μέτρηση μιας ορμόνης στο αίμα που λέγεται β-χωριακή γοναδοτροπίνη (β-HCG). Σε περίπτωση που η τιμή της ορμόνης αυτής εξακολουθεί να είναι υψηλή, πρέπει ο γυναικολόγος σας να ψάξει την αιτία.

**6. Πιθανές επιπλοκές από την αναισθησία** όπως αλλεργική αντίδραση στα φάρμακα.

**7. Ψυχολογικές επιπτώσεις στη γυναίκα** (αίσθημα ενοχής, δέσιμο με το έμβryo, αβεβαιότητα για μια ενδεχόμενη μελλοντική εγκυμοσύνη, αναθεώρηση της σχέσης με το σύντροφο).



Η διακοπή της κύησης λοιπόν πρέπει να πάψει να αποτελεί μια «μέθοδο» αντισύλληψης, όπως συμβαίνει έως σήμερα. Από τη στιγμή που ξεκινούν οι ερωτικές επαφές, ανεξαρτήτως ηλικίας, πρέπει να ακολουθηθεί μια σωστή μέθοδος αντισύλληψης. Ο γυναικολόγος θα μπορέσει να σας συμβουλεύσει για το ποια μέθοδος είναι η πλέον ενδεδειγμένη για εσάς.

## **ΜΕΘΟΔΟΙ ΕΚΤΡΩΣΗΣ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΕΜΒΡΥΟΥ ΣΤΗΝ ΜΗΤΡΑ**

Παρ' ότι αυτές οι μέθοδοι δεν προκαλούν την αφαίρεση του εμβρύου από την μήτρα (διότι το γονιμοποιημένο ωάριο δεν έχει ακόμα εμφυτευθεί εκεί), πρέπει να συμπεριληφθούν στις μεθόδους έκτρωσης, διότι προξενούν την διακοπή της νέας ζωής του γονιμοποιημένου ωαρίου και την αποβολή του. Συνεπώς, πρέπει να θεωρηθεί εσφαλμένος και ο όρος "επίγουσα αντισύλληψη" που συνήθως χρησιμοποιείται για το χάπι της επόμενης ημέρας, εφ' όσον δεν πρόκειται για αντισύλληψη.

**Λεβο-νοργεστρέλη:** (πρώτες 48 ώρες) Το «χάπι της επόμενης ημέρας», με την εμπορική ονομασία Norlevo, είναι ένα ορμονικό παρασκεύασμα με βάση τη λεβο-νοργεστρέλη που είναι ορμόνη η λήψη της οποίας:

α) καθιστά μη πρόσφορο το ενδομήτριο στην εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου και

β) δρα αρνητικά στην επίτευξη ωοθυλακιορρηξίας.

Έτσι αποφεύγεται η κύηση, υπό την προϋπόθεση να ληφθεί το χάπι μέσα σε χρονικό διάστημα 48 ωρών από την πιθανή σύλληψη. Ας σημειωθεί ότι εν γένει δεν εμποδίζει την σύλληψη και γι' αυτό δεν μπορεί να καταταγεί στα αντισυλληπτικά.

**Ενδομήτριο σπείραμα (σπιράλ):** (πρώτες 48 ώρες) Είναι συνθετικό και τοποθετείται στην μήτρα όπου και παραμένει μόνιμα. Έχει διάρκεια ζωής, ανάλογα με τον τύπο 1-5 έτη. Πολλοί νομίζουν ότι είναι ένα κοινό αντισυλληπτικό, όμως δεν εμποδίζει την σύλληψη αλλά, όπως και το χάπι της επόμενης ημέρας, εμποδίζει την εμφύτευση του ήδη γονιμοποιημένου ωαρίου στην μήτρα.

## 5.3 ΜΕΘΟΔΟΙ ΕΚΤΡΩΣΗΣ

### A) Στο πρώτο στάδιο της κύησης

**Απόξεση με αναρρόφηση [D&C]:** (εβδ. 6 έως 16) Ένας σωλήνας μεγάλης αναρροφητικής ικανότητας εισάγεται μέσω του τραχήλου στη μήτρα. Το αγέννητο παιδί σχίζεται σε κομμάτια από την ισχύ της αναρρόφησης. Τα μέρη του κομματιασμένου εμβρύου και ο πλακούντας αναρροφώνται σε ένα δοχείο. Πιθανές επιπλοκές είναι η μόλυνση, η ρήξη του τραχήλου και η διάτρηση της μήτρας.

**Mifepristone:** (εβδ. 5 έως 7) Η χημική ουσία αυτή, γνωστή και ως RU-486, προκαλεί τον θάνατο του εμβρύου παρεμβαίνοντας στη λειτουργία του πλακούντα και προκαλώντας τη λιμοκτονία του εμβρύου. Στη συνέχεια χρησιμοποιείται το φάρμακο Prostaglandin (βλ. παρακάτω) για την αποβολή του εμβρύου. Αυτή η μέθοδος πραγματοποιείται εντός αρκετών ημερών. Στις περισσότερες περιπτώσεις προκαλείται στη γυναίκα έντονη αιμορραγία τουλάχιστον για εννέα ημέρες, αλλά μερικές γυναίκες αιμορραγούν περισσότερο από τέσσερις εβδομάδες. Το Mifepristone μόλις έχει αρχίσει να χρησιμοποιείται στις ΗΠΑ. Οι μακροπρόθεσμες παρενέργειες δεν είναι ακόμα γνωστές.

**Methotrexate:** (εβδ. 5 έως 9) Αν και δεν είναι εγκεκριμένο από την FDA (στις ΗΠΑ) γι' αυτή τη χρήση, μια ένεση με methotrexate θανατώνει το αγέννητο παιδί παρεμβαίνοντας στη διαδικασία ανάπτυξης (διαίρεση των κυττάρων). Μερικές ημέρες μετά, η γυναίκα λαμβάνει υπόθετα με το φάρμακο Prostaglandin (misoprostol) για να αποβάλει το έμβρυο. Η έκτρωση γίνεται στο σπίτι. Απαιτούνται τρεις επισκέψεις σε γιατρό για την ολοκλήρωση της διαδικασίας.

### B) Σε προχωρημένο στάδιο κύησης

**Εμβρυοτομή [D&E]:** (εβδ. 13 έως 20) Ο τράχηλος διαστέλλεται, με τη χρήση κατάλληλης λαβίδας, ο "γιατρός" που εκτελεί την έκτρωση κομματιάζει το παιδί και το σύρει έξω, μέλος προς μέλος. Το παιδί επανασυναρμολογείται για να εξασφαλιστεί ότι δεν έχουν παραμείνει στη μήτρα κομμάτια του εμβρύου. Πιθανές επιπλοκές είναι η μόλυνση, η ρήξη του τραχήλου και η διάτρηση της μήτρας.

**Prostaglandin:** (εβδ. 16 έως 38) Το χημικό αυτό, που καλείται επίσης misoprostol, προκαλεί πρώιμους πόνους και τοκετό, και διατίθεται υπό μορφή υποθέτων ή ενέσεων. Η γεννήσεις ζωντανών βρεφών είναι συνήθεις. Πιθανοί κίνδυνοι: σπασμοί, έμετος και ανακοπή καρδιάς.

**Ένεση με Digoxin:** (εβδ. 20 έως 32) Το θανατηφόρο αυτό χημικό εγχέεται με ένεση κατ' ευθείαν στην καρδιά του βρέφους. Ακολουθεί πρόκληση τοκετού με το prostaglandin.

**Έκτρωση με άλας:** (εβδ. 16 έως 32+) Μια μακριά βελόνα εισάγεται στην κοιλιά της γυναίκας και εγχέεται ένα διάλυμα άλατος στο αμνιακό υγρό. Το άλας δηλητηριάζει το παιδί, καίγοντας τους πνεύμονες και το δέρμα του. Εντός 24 ωρών γεννάται ένα νεκρό βρέφος. Η μέθοδος αυτή δεν χρησιμοποιείται πολύ συχνά για έκτρωση λόγω των σοβαρών κινδύνων υγείας που υφίστανται για τη γυναίκα.

**Υστεροτομή:** (εβδ. 24 έως 38) Όπως συμβαίνει με την καισαρική τομή, γίνεται μια τομή στην κοιλιά της γυναίκας. Το βρέφος στη συνέχεια αφήνεται να πεθάνει από παραμέληση. Αυτή η επέμβαση έχει τους ίδιους κινδύνους για την υγεία όπως και η καισαρική τομή.

**D&X:** (εβδ. 20 έως 32+) Είναι επίσης γνωστή ως "έκτρωση μερικής γέννησης". Πρόκειται για μια επικίνδυνη μέθοδο έκτρωσης που χρησιμοποιείται στα τελευταία στάδια της έκτρωσης και έχει χαρακτηριστεί ως "κακή ιατρική" από την Αμερικανική Ιατρική Ένωση. Η επέμβαση συνίσταται στο τράβηγμα του βρέφους ώστε να εξέλθουν πρώτα τα πόδια στο κανάλι εξόδου του παιδιού, ενώ το κεφάλι παραμένει στη μήτρα. Αυτός που εκτελεί την έκτρωση ανοίγει μια οπή στο πίσω μέρος του κρανίου για να αφαιρέσει τον εγκέφαλο με ένα καθετήρα αναρρόφησης. Το κεφάλι συρρικνώνεται και έτσι καθίσταται δυνατή η έξοδος ολόκληρου του παιδιού.

## **5.4 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ**

Οι γυναίκες που υποβάλλονται σε έκτρωση αντιμετωπίζουν σοβαρούς κινδύνους:

- Διάτρηση της μήτρας
- Ρήξη τραχήλου
- Εμφάνιση προδρομικού πλακούντα
- Μελλοντική εξωμήτρια κύηση
- Ενδομητρίτιδα
- Ενδοτραχηλίτιδα
- Πυελική φλεγμονή
- Δευτεροπαθή αμηνόρροια ή στειρώση

- Ενδομήτριες συμφύσεις
- Ανεπάρκεια εσωτερικού τραχηλικού στομίου
- Αυξημένη περιγεννητική νοσηρότητα και θνησιμότητα
- Καθ' ἑξιν αποβολές
- Πρώιμους τοκετούς

Μελέτες έδειξαν ότι ο κίνδυνος καρκίνου του μαστού διπλασιάζεται για τις γυναίκες που κάνουν έκτρωση στην πρώτη εγκυμοσύνη και πολλαπλασιάζεται με δύο ή περισσότερες εκτρώσεις. Ο αυξημένος κίνδυνος καρκίνου του μαστού, αν και έχει τεκμηριωθεί καλά, δεν αποκαλύπτεται συνήθως στις γυναίκες που επιζητούν την έκτρωση.

Η έκτρωση ενέχει πολλούς κινδύνους για την σωματική υγεία, που γίνονται πιο σύνθετοι για περισσότερες από μία εκτρώσεις και για εκτρώσεις που γίνονται στα τελευταία στάδια της κύησης. Πολλές γυναίκες μπορεί να υποστούν βλάβες στο αναπαραγωγικό τους σύστημα χωρίς να το διαπιστώσουν και μόνο μετά από χρόνια να ανακαλύψουν ότι είναι στείρες ή κάτι ακόμα χειρότερο. Η έκτρωση μπορεί να κάνει τις επόμενες κυήσεις περισσότερο επικίνδυνες, συντελώντας έτσι στην αύξηση της θνησιμότητας των μητέρων κατά τις επιθυμητές κυήσεις. Κάθε γυναίκα που σκέπτεται την έκτρωση θα πρέπει να λάβει υπ' όψιν την πιθανότητα να υποστεί βλάβες στην υγεία της.

Η άμβλωση είναι μια επέμβαση που επηρεάζει και ψυχολογικά γενικά τους εμπλεκόμενους σ' αυτήν. Το πρώτο πρόσωπο που επηρεάζεται ψυχολογικά είναι η μητέρα, μέσα στο σώμα της οποίας λαμβάνει χώρα η άμβλωση, και η οποία μπορεί να έχει και σωματικές επιπτώσεις που να επιτείνουν τα ψυχολογικά της προβλήματα.

Όμως δεν είναι η μητέρα το μόνο πρόσωπο που επηρεάζεται. Ο πατέρας επηρεάζεται εξίσου, αν φυσικά γνωρίζει το γεγονός. Οι γιατροί, που εκτελούν αυτές τις επεμβάσεις και είναι έτσι άμεσα εμπλεκόμενοι, εμφανίζουν κι αυτοί ποικίλα συνειδησιακά προβλήματα, όπως και οι γονείς της μητέρας ή του πατέρα του εμβρύου.

Έχει αναφερθεί περίπτωση φοιτητή, ο οποίος είχε ενισχύσει οικονομικά συμφοιτητριά του να κάνει άμβλωση (σε παιδί που δεν ήταν δικό του) και στη συνέχεια παρουσίαζε κρίσεις κάθε φορά που περνούσε από παιδότοπους.

Μελέτες αποκάλυψαν σοβαρές επιπτώσεις στην ψυχική υγεία στις γυναίκες που υποβάλλονται σε έκτρωση, σε βαθμό που οι ειδικοί έχουν εντάξει τα συμπτώματα σε ειδική κατηγορία της μετατραυματικής αγχώδους διαταραχής, το «μετεκτροτικό σύνδρομο»:

- 44% παρουσιάζουν νευρικές διαταραχές
- 36% διαταραχές ύπνου
- 30% - 50% προβλήματα στη σεξουαλική ζωή
- 25% Επισκέπτονται ψυχίατρο
- 60% αναφέρουν ιδεασμό αυτοκτονίας, το 28% από αυτές επιχειρεί αυτοκτονία
- Προβλήματα σχετικά με παιδιά που γεννούν μελλοντικά: αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, εξασθένηση των μητρικών δεσμών, αυξημένες πιθανότητες κακοποίησης και κατάληξης τού ζευγαριού στο χωρισμό ή το διαζύγιο. (1. Kervasdue A. 1996 2. Αλεξανδράκης Γ. 2007)

## 5.5 ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Οι ασθένειες που μεταδίδονται μέσω του σεξ, αυξάνονται με πολύ γρήγορο ρυθμό. Οι νέοι επηρεάζονται περισσότερο από τη δραματική αύξηση των ασθενειών αυτών. Οι νέες γυναίκες είναι η ομάδα η οποία πλήττεται περισσότερο από την ανησυχητική αυτή κατάσταση που παρατηρείται σε παγκόσμιο επίπεδο. Σε ορισμένες Ευρωπαϊκές χώρες το πρόβλημα έχει πάρει διαστάσεις εθνικής επιδημίας. Στο Ηνωμένο Βασίλειο όπου η πολιτική ηγεσία θεωρεί πλέον ότι πρόκειται για μια κρίση, το ποσοστό των σεξουαλικά μεταδιδόμενων ασθενειών έχει διπλασιαστεί κατά τα τελευταία 10 χρόνια. Εκτός από την αύξηση του αριθμού των περιπτώσεων μόλυνσης με τον ιό HIV που προκαλεί το AIDS, παρατηρείται μια θεαματική αύξηση ασθενειών όπως η σύφιλης και η γονόρροια. Αύξηση παρουσιάζει επίσης η μόλυνση με τα χλαμύδια, τα οποία εκτός των άλλων είναι υπεύθυνα για το 33% των περιπτώσεων στειρότητας στις γυναίκες. Οι λόγοι της ανεπιθύμητης αυτής κατάστασης είναι η αδιαφορία που δείχνουν όλοι αλλά περισσότερο οι νέοι για τους κινδύνους που έχει το σεξ χωρίς προφυλακτικά μέτρα. Το γεγονός ότι η ηλικία έναρξης των σεξουαλικών σχέσεων έχει γίνει μικρότερη, είναι ένας σημαντικός παράγοντας που ευνοεί τη μετάδοση των ασθενειών αυτών. Παράλληλα όταν κάποιος διαπιστώσει ότι έχει μολυνθεί από ένα παράγοντα που μεταδόθηκε διαμέσου του σεξ, πολύ συχνά παραμελεί να ενημερώσει για το γεγονός αυτό, τον ή τους ερωτικούς συντρόφους που πιθανόν να έχει. Το αποτέλεσμα είναι η αλυσίδα της μετάδοσης, να μην διακόπτεται και όλο περισσότεροι να προσβάλλονται με απρόβλεπτες συνέπειες.

Είναι σημαντικό να είναι γνωστά τα πιο συχνά προειδοποιητικά σημεία μιας σεξουαλικά μεταδιδόμενης ασθένειας ούτως ώστε εάν κάποιος τα παρατηρήσει ή εάν έχει οποιαδήποτε αμφιβολία να ζητήσει βοήθεια από το γιατρό του. Τα σημεία και συμπτώματα είναι διαφορετικά ανάλογα με τον τύπο της ασθένειας που έχει μεταδοθεί διαμέσου του σεξ. Είναι σημαντικό για κάποιον, έστω και εάν μόνο υποψιάζεται ότι έχει προσβληθεί από μια τέτοια ασθένεια, να ζητήσει ιατρική βοήθεια ή και να κάνει τα κατάλληλα τεστ. Πρέπει να τονιστεί ότι σε αρκετές περιπτώσεις, άτομα που έχουν μολυνθεί πιθανόν να μην παρουσιάσουν συμπτώματα. Για το λόγο αυτό, έστω και η υποψία ότι κάποιος μολύνθηκε, θα πρέπει να τον οδηγεί στο γιατρό για έλεγχο προτού παρουσιάσει επιπλοκές ή μεταδώσει την ασθένεια σε κάποιον άλλο.

#### **Ελαχιστοποίηση κινδύνου:**

- Η χρήση προφυλακτικού κρίνεται απαραίτητη σε παγκόσμιο επίπεδο, ως το κυριότερο μέτρο προφύλαξης, όχι μόνο κατά του AIDS αλλά και των υπολοίπων σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων.
- Η αποφυγή συχνής αλλαγής ερωτικών συντρόφων συμβάλει στην ελάττωση των κινδύνων.
- Η προσοχή στη χρήση αντικειμένων ατομικής υγιεινής (σφουγγάρια, πετσέτες) καθώς και η προσοχή κατά τη χρήση δημόσιων ουρητηρίων.
- Η επίσκεψη σε γιατρό, αμέσως μόλις παρατηρηθούν ενοχλήσεις όπως ασυνήθιστες εκκρίσεις, πληγή ή εξόγκωμα στα γεννητικά όργανα και λήψη θεραπευτικής αγωγής, συνήθως και από τους δύο συντρόφους, ώστε να αποφευχθεί επαναμόλυνση.

#### **Τα συχνότερα σημεία που παρουσιάζουν οι άνδρες είναι:**

- Εκκρίσεις από το πέος: Εκκρίσεις που έχουν χρώμα όπως τον πύο ή ακόμη διαυγή υγρά που εξέρχονται από την ουρήθρα
- Πόνος ή κάψιμο κατά τη διούρηση
- Συχνουρία: Είναι η ανάγκη για επείγουσες ή συχνές διουρήσεις περισσότερο από ότι συνήθως
- Εξελκώσεις στο πέος ή σε άλλα σημεία της γεννητικής ή πρωκτικής περιοχής

Η ύπαρξη τέτοιων συμπτωμάτων δεν σημαίνει υποχρεωτικά ότι κάποιος άνδρας έχει προσβληθεί από σεξουαλικά μεταδιδόμενη ασθένεια. Όμως ασθένειες όπως η γονόρροια, τα

χλαμύδια, η τριχομονίαση, η σύφιλης και ο έρπης των γεννητικών οργάνων μπορούν να προκαλέσουν τα σημεία αυτά.

### **Στις γυναίκες τα συχνότερα σημεία λοίμωξης από ΣΜΝ είναι:**

**Εκκρίσεις από τον κόλπο:** Μια αλλαγή στην ποσότητα, το χρώμα και την οσμή των υγρών που χάνει συνήθως μια γυναίκα από τον κόλπο. Συνήθως οι κολπικές εκκρίσεις είναι διαυγείς ή λευκές. Εάν γίνουν κίτρινες ή πράσινες με μια έντονη μυρωδιά όπως για παράδειγμα μυρωδιά χαλασμένου ψαριού, μπορεί αυτό να είναι δείκτης βακτηριδιακής κολπίτιδας. Άλλες ανώμαλες πυώδεις εκκρίσεις μπορεί να παρουσιαστούν σε κολπίτιδες από μήκυτες. Οι κολπίτιδες από βακτηρίδια ή από μύκητες μπορούν να μεταδοθούν διαμέσου του σεξ αλλά μπορούν και να αναπτυχθούν ανεξάρτητα από σεξουαλική επαφή. Η παρουσία εκκρίσεων από τον κόλπο συνοδεύει τις μολύνσεις από τριχομονάδες, χλαμύδια και γονόρροια

**Πόνος κατά τη διούρηση:** Πόνος ή κάψιμο όταν εξέρχονται τα ούρα (δυσουρία). Ανάγκη για συχνότερη η πιο επείγουσα διούρηση παρά ότι συνήθως. Οι ουρολοιμώξεις είναι πολύ συχνές στις γυναίκες. Για το λόγο αυτό η ύπαρξη των πιο πάνω σημείων δεν σημαίνει κατ' ανάγκη ότι η γυναίκα έχει προσβληθεί από ασθένεια που μεταδόθηκε από το σεξ. Όμως η γονόρροια, τα χλαμύδια, οι τριχομονάδες και ο έρπης των γεννητικών οργάνων μπορούν να προκαλέσουν δυσουρία

**Έλκη στην περιοχή των γεννητικών οργάνων:** Ο έρπης των γεννητικών οργάνων όπως και η σύφιλη μπορούν να προκαλέσουν έλκη στη γεννητική και πρωκτική περιοχή

**Πόνος κατά τη σεξουαλική επαφή:** Οι σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες είναι συχνή αιτία δυσπαρευνίας. Η δυσπαρευνία είναι μια παθολογική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από πόνο κατά τη σεξουαλική επαφή. Ο πόνος εμφανίζεται απότομα κατά την είσοδο του πέους στον κόλπο ή κατά την εισχώρηση ή ακόμη κατά τις ωθήσεις του πέους.

**Η δυσπαρευνία** λόγω σεξουαλικά μεταδιδόμενων ασθενειών συνοδεύεται και από ανώμαλες εκκρίσεις από τον κόλπο, απώλεια αίματος, δυσουρία ή ακόμη από έλκη των γεννητικών οργάνων

**Ανώμαλες αιμορραγίες από τον κόλπο:** Η απώλεια αίματος μεταξύ των περιόδων, ιδιαίτερα όταν οι απώλειες αυτές ακολουθούν μια σεξουαλική επαφή, μπορεί να είναι δείκτες μια ασθένειας λόγω σεξ. Η γονόρροια και τα χλαμύδια είναι από τις συχνότερες αιτίες που προκαλούν ανώμαλες αιμορραγίες από τον κόλπο. Σίγουρα υπάρχουν και άλλες αιτίες που προκαλούν απώλεια αίματος από τον κόλπο. Όταν όμως οι απώλειες αυτές συνοδεύονται

από δυσουρία, άλλες εκκρίσεις από τον κόλπο και δυσπαρευνία τότε πρέπει ο γιατρός να ψάξει για την παθολογική αιτία που είναι υπεύθυνη.

**Πίνακας 1 Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα**

Ασθένεια	Πορεία της μόλυνσης	Θεραπεία
<b>AIDS</b> Ιός: HIV	Στην αρχή χωρίς συμπτώματα, στη συνέχεια παρατηρείται αύξηση των ευκαιριακών λοιμώξεων, τελικά ολική κατάρρευση του ανοσοποιητικού συστήματος (βλ κεφάλαιο 1.5).	Δεν υπάρχει. Μερικά φάρμακα (AZT) βελτιώνουν τα συμπτώματα.
<b>Γονόρροια</b> Βακτήριο: Neisseria gonorrhoeae	Η βακτηριακή τοξίνη μπορεί να προκαλέσει κοκκίνισμα και πρήξιμο στο σημείο της μόλυνσης . Συμπτώματα στους άνδρες- πόνος κατά την ούρηση και έκκριση πύου. Στο 70% των γυναικών που πάσχουν, δεν εμφανίζονται συμπτώματα Μπορεί να προσβάλει την επιδιδυμίδα (στους άνδρες) ή τις σάλπιγγες και τις ωοθήκες (στις γυναίκες) προκαλώντας στειρώση. Μπορεί να προκαλέσει προβλήματα ακόμα και στις βαλβίδες της καρδιάς. τις αρθρώσεις και τις μήνιγγες.	Πενικιλίνη ή άλλο αντιβιοτικό αν διαπιστωθεί στέλεχος ανθεκτικό στην πενικιλίνη.
<b>Σύφιλη</b> Βακτήριο: Treponema pallidum	Τα βακτήρια εισέρχονται από μικρές πληγές και κυκλοφορούν σε όλο το σώμα Το πρώτο σύμπτωμα είναι μια ανώδυνη πληγή στο σημείο της μόλυνσης η οποία κλείνει σε μερικές εβδομάδες (αυξημένη μολυσματικότητα κατά το διάστημα αυτό). Κατά το δεύτερο στάδιο εμφανίζεται ένα εξάνθημα σε όλο το σώμα και συμπτώματα όμοια με αυτά της γρίπης ενώ το τελευταίο στάδιο, το οποίο μπορεί να διαρκέσει μέχρι και 20 χρόνια, περιλαμβάνει την εμφάνιση ανοιχτών πληγών σε διάφορα μέρη του σώματος, προβλήματα στο συκώτι, τα οστά ή τον σπλήνα, σοβαρή εγκεφαλική βλάβη και στα 5 - 10% των περιπτώσεων.	Πενικιλίνη



<b>Έρπης γεννητικών οργάνων</b> Ιός: Herpes simplex (2)	Μικρά, επώδυνα έλκη εμφανίζονται στα γεννητικά όργανα ακολουθούμενα από συμπτώματα όμοια με αυτά της γρίπης. Επανεμφανίζεται περιοδικά, μπορεί να προκαλέσει προβλήματα στο έμβρυο ή στο νεογέννητο, μπορεί να αυξήσει την προδιάθεση για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας στις γυναίκες.	Καμιά μόνιμη θεραπεία. Μερικά φάρμακα μειώνουν τη συχνότητα και την ένταση των συμπτωμάτων.
<b>Τριχομονάδες</b> Πρωτόζωο: Trichomonas	Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν κνησμό, πόνο και εκκρίσεις. Μπορεί να μεταδοθεί από μολυσμένα καθίσματα τουαλέτας. Στους άνδρες μπορεί να μην προκαλούνται συμπτώματα.	Ειδικά φάρμακα.
<b>Καντιντίαση</b> Μύκητας: Candida albicans	Ερεθισμός, πόνος, εκκρίσεις, ιδιαίτερα συνηθισμένο στις γυναίκες, μπορεί να είναι και ασυμπτωματικό στους άνδρες.	Ειδικά φάρμακα.
<b>Χλαμύδια</b> Βακτήριο: Chlamydia trachomatis	Εκκρίσεις και πόνος κατά την ούρηση, μπορεί όμως να μην παρουσιάζονται συμπτώματα. Είναι η πιο συνηθισμένη αιτία μη γονοκοκκικής ουρηθρίτιδας στους άνδρες. Στις γυναίκες μπορεί να προκαλέσει γενικευμένη φλεγμονή στα αναπαραγωγικά όργανα, και τελικά στειρότητα.	Δοξυκυκλίνη, τετρακυκλίνες (αντιβιοτικά).
<b>Κονδυλώματα</b> ιός: κάποια στελέχη του HPV	Μικρά εξογκώματα στα εξωτερικά ή εσωτερικά γεννητικά όργανα. Μπορεί να αυξήσει την προδιάθεση για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας στις γυναίκες.	Δύσκολη αντιμετώπιση, Αφαιρούνται με χειρουργικές τεχνικές

(1. Μπαρινός Μ. 1992 2. Δερετζής Χ. 2002)

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΖΩΗ ΚΑΙ ΕΦΗΒΕΙΑ**



## 6.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ηβη είναι η περίοδος της ζωής μας κατά την οποία τα γεννητικά μας όργανα αναπτύσσονται πλήρως. Η λέξη αυτή έχει αρχαία ελληνική προέλευση και σημαίνει την ηλικία κατά την οποία ο άνθρωπος είναι έτοιμος για τη διαδικασία της αναπαραγωγής και της ενηλικίωσης.

Μερικές φορές, αντί για τη λέξη «ήβη», χρησιμοποιείται η λέξη «εφηβεία», που και αυτή έχει αρχαία ελληνική προέλευση. Η εφηβεία είναι ένα στάδιο ψυχοσυναισθηματικών αλλαγών που μεσολαβεί ανάμεσα στη παιδική και την ενήλικη ζωή. Ένα άτομο που βρίσκεται στην εφηβεία δεν είναι ούτε παιδί ούτε ενήλικος αλλά κάτι ενδιάμεσο. Η εφηβεία ως γνωστό αποτελεί μεταβατική περίοδο κατά την οποία το σώμα μεταμορφώνεται και παράλληλα αρχίζει να αναπτύσσεται με έντονους ρυθμούς, η σεξουαλικότητα.

**Ο βασικός στόχος της ήβης** είναι η επίτευξη των ενήλικων βιολογικών χαρακτηριστικών, κυρίως της αναπαραγωγικής ικανότητας και έχει διάρκεια 2-4 χρόνια.

**Ο βασικός στόχος της εφηβείας** είναι η διαμόρφωση της ταυτότητας του ΕΓΩ, δηλαδή η αίσθηση εσωτερικής ομοιομορφίας και συνέχειας και έχει διάρκεια 8 χρόνια περίπου. Στο σώμα του έφηβου συντελείτε μια ραγδαία μεταμόρφωση. Είναι η περίοδος κατά την οποία το παιδί ολοκληρώνει κατά το ήμισυ τη φυσική του ανάπτυξη. Αποκαλύπτεται δηλαδή ο σωματότυπος του έφηβου και της έφηβης. Είναι η περίοδος κατά την οποία το κεντρικό νευρικό σύστημα πυροδοτεί την έκκριση αυξητικών ορμονών οι οποίες επηρεάζουν τόσο το ύψος, όσο και το βάρος. Αναπτύσσονται τα δευτερεύοντα χαρακτηριστικά του φύλου.

Ο έφηβος χαρακτηρίζεται από μεγάλο ενδιαφέρον για τα σεξουαλικά θέματα και συχνά αναλαμβάνει σεξουαλικούς ρόλους. (Tiefer L. 1982)

## 6.2 ΔΕΥΤΕΡΕΥΟΝΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΦΥΛΟΥ

### **i. Η παραγωγή των ορμονών προκαλεί σημαντικές αλλαγές στα δύο φύλα**

#### **A) Αγόρια**

- Τριχοφυΐα στην περιοχή των γεννητικών οργάνων
- Τρίχωση στο πρόσωπο (μουστάκια και γένια), στις μασχάλες, στο στήθος, στα πόδια και στα χέρια
- Μεταβολή της φωνής (πιο βαριά και πιο βραχνή)

- Διεύρυνση των ώμων.
- Παραγωγή ιδρώτα με χαρακτηριστική οσμή και λίπους στο πρόσωπο.

Για τα αγόρια η εφηβεία ξεκινάει ανάμεσα στα 11 και τα 14 χρόνια τους.

## **B) Κορίτσια**

- Ανάπτυξη των μαστών.
- Τριχοφυΐα στο εφηβαίο.
- Τριχωτό χνούδι στο πρόσωπο.
- Τρίχωση στις μασχάλες, στα χέρια.
- Εναπόθεση λίπους στο δέρμα και στους γλουτούς.
- Μικρή αλλαγή της φωνής.
- Παραγωγή ιδρώτα με χαρακτηριστική οσμή.

Για πολλά κορίτσια η εφηβεία ξεκινάει κάπου ανάμεσα στα 10 και τα 13 τους χρόνια. Οι αλλαγές αυτές συχνά ξαφνιάζουν τα αγόρια και τα κορίτσια. Για πρώτη φορά αυξάνεται ο όγκος και η σκληρότητα του πέους στα αγόρια (στύση). Κατά τη διάρκεια του ύπνου παράγονται στον άνδρα μια ή δυο αυτόματες στύσεις. Ο ακούσιος ερεθισμός των γεννητικών οργάνων κατά τη διάρκεια του ύπνου λέγεται ονειρώξη. Μερικές φορές στην ήβη οι στύσεις αυτές συνοδεύονται και από αυτόματη εκσπερμάτιση (δηλαδή έξοδο του σπέρματος από το πέος). Κάθε χάιδεμα ή τρίψιμο των γεννητικών οργάνων (κυρίως του πέους και της κλειτορίδας) με σκοπό την ηδονή λέγεται αυνανισμός και θεωρείται ένα φυσιολογικό στάδιο της σεξουαλικής ωρίμανσης του εφήβου.

Ένα έως τρία χρόνια από την έναρξη της ήβης εμφανίζεται στα κορίτσια η πρώτη περίοδος ή έμμηνη ρύση ή εμμηνορρυσία, δηλαδή η περιοδική ανά μήνα περίπου αιμόρροια από την κοιλότητα της μήτρας. Σε κάθε κύκλο το γεννητικό σύστημα της γυναίκας προετοιμάζεται για την πιθανότητα μιας εγκυμοσύνης. Ένα ωοθυλάκιο μεγαλώνει , ενώ στο εσωτερικό του ωριμάζει ένα ωάριο.

### **ii. Τι θεωρείται κανονική περίοδος**

Η περίοδος φυσιολογικά εμφανίζεται για πρώτη φορά στη γυναίκα στην ηλικία των 12 έως 16 ετών. Η «κανονική περίοδος», δηλαδή αυτό που στην ιατρική ορολογία λέγεται εμμηνορρυσιακός κύκλος χαρακτηρίζεται από τρεις παραμέτρους:

Από το διάστημα που μεσολαβεί από την αρχή της μιας μέχρι την αρχή της επόμενης περιόδου, που στις περισσότερες γυναίκες είναι 28 ημέρες, μπορεί όμως να είναι και 23 ημέρες ή και έως 33 ημέρες. Από το χρόνο διάρκειας της περιόδου, που συνήθως κρατάει 3-5 ημέρες αλλά θεωρείται φυσιολογικός αν κρατήσει μέχρι και 8 ημέρες.

Από την ποσότητα αίματος, που είναι και το πιο δύσκολα μετρήσιμο. Εργαστηριακά έχει υπολογισθεί ότι η ποσότητα του αίματος που χάνει η γυναίκα σε μια περίοδο δεν ξεπερνάει τα 100 ml αίματος ημερησίως.

### **iii. Διαταραχές κύκλου**

Οι διαταραχές του κύκλου είναι διαφόρων μορφών, οι πιο συχνές είναι: η αμηνόρροια δηλαδή απουσία της έμμηνης ρύσης, η μητρορραγία δηλαδή η παρουσία του αίματος σε χρόνο που δεν περιμένουμε περίοδο και είναι πιο πολλή από τη κανονική περίοδο, η μηννορραγία δηλαδή η αυξημένη απώλεια αίματος κατά τη διάρκεια της περιόδου, η αραιομηνόρροια δηλαδή η εμφάνιση της περιόδου κάθε 40-80 μέρες, η συχνομηνόρροια δηλαδή η εμφάνιση της περιόδου κάθε 14-22 μέρες.

### **iv. Συναισθήματα**

Κατά την περίοδο αυτή αναπτύσσονται ισχυρά συναισθήματα. Το σεξ είναι και η σεξουαλική επιθυμία, η Libido, δηλαδή η ενέργεια της ερωτικής ενόρμησης. Σεξουαλική επιθυμία σημαίνει να νιώθεις κάποιον να σε τραβάει πολύ δυνατά, να σε μαγνητίζει. Τα εφηβικά βιώματα και ο εφηβικός έρωτας χαρακτηρίζονται από ιδιαίτερη ένταση

- Ο έφηβος έχει την πεποίθηση ότι η πρώτη φορά είναι και η τελευταία
- Αν δεχθεί απόρριψη μπορεί να αισθάνεται απελπισμένος
- Ο έφηβος δεν μπορεί να φανταστεί ότι θα αγαπήσει άλλον άνθρωπο

**Ο έφηβος και η έφηβη:** Νιώθουν την ανάγκη να έχουν μια σεξουαλική επικοινωνία. Η σεξουαλική επικοινωνία συμβαίνει όταν ένα θηλυκό και ένα αρσενικό αισθάνονται ερεθισμό και έλξη ο ένας για τον άλλον. Το σεξ είναι επικοινωνία. (Σαλάκος Ν. 2006)

### **6.3 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΙΔΡΟΥΝ ΣΤΗ ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ ΤΗΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΤΩΝ ΕΦΗΒΩΝ**

- Η οικογενειακή ζωή στα πρώτα χρόνια της ζωής του, ασκεί σημαντική επίδραση. Αν και στις περισσότερες οικογένειες δε γίνεται σεξουαλική διαπαιδαγώγηση, είναι προφανές ότι τα παιδιά δέχονται μη λεκτικά μηνύματα, αλλά και προσλαμβάνουσες παραστάσεις από την οικογένεια για ποικίλα άλλα σχετικά θέματα όπως π.χ. το γυμνό, τα χάδια, τη σχέση αγάπης κλπ.

Οι νεαροί έφηβοι συνήθως δυσκολεύονται να κάνουν ερωτήσεις στους γονείς ή να προκαλέσουν συζητήσεις γύρω από τα σεξουαλικά θέματα που τους απασχολούν, λόγω της αμηχανίας που επικρατεί στην οικογένεια. Συχνά οι ίδιοι οι γονείς, εξαιτίας των δικών τους αναστολών, την έλλειψη κατανόησης, την άγνοια ή ακόμα και την έλλειψη διαθέσιμου χρόνου, δεν καταφέρνουν να βοηθήσουν τον έφηβο ως προς την εξοικείωση με την ανατομία και φυσιολογία των γεννητικών οργάνων και ως προς τη σωστή ενημέρωση.

- Ένας άλλος σημαντικός παράγοντας που διαμορφώνει την σεξουαλική συμπεριφορά των εφήβων είναι οι συνομήλικοι τους και τα πρότυπα που προβάλλονται, δημιουργώντας το άγχος να ανταποκριθούν σ' αυτά. Στη σημερινή κοινωνία βέβαια, όλοι είμαστε εκτεθειμένοι στην επίδραση των ΜΜΕ πολύ περισσότερο όμως οι έφηβοι.. Στις διαφημίσεις η σεξουαλικότητα εμφανίζεται ολοένα και συχνότερα με σκοπό την προώθηση των πωλήσεων προϊόντων που πολλά από αυτά απευθύνονται στους εφήβους.

Επιπλέον, η σεξουαλική συμπεριφορά εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την ωριμότητα και το στάδιο ψυχοκοινωνικής εξέλιξης του εφήβου. Έτσι παρατηρείται μεγάλη διακύμανση ανάλογα με την προσωπικότητα, τη γνωστική και ηθική ανάπτυξή του.

Στην πρώιμη εφηβεία (10-14 ετών) ο νεαρός έφηβος λαμβάνει αυθαίρετες αποφάσεις χωρίς να υπολογίζει το κόστος. Χαρακτηρίζεται από περιέργεια για το σώμα του αρχίζοντας να το γνωρίζει, να το εξερευνά και να το συγκρίνει. Επίσης τον διακρίνει ντροπή και αμηχανία για τα σεξουαλικά θέματα. Πολλοί έφηβοι αισθάνονται ένοχοι γιατί ονειρεύονται κι έχουν φαντασιώσεις. Θεωρούν πολύ σημαντικό και συνεχώς επιζητούν να επιβεβαιώνονται ότι αυτά που σκέφτονται κι αισθάνονται, είναι φυσιολογικά. Οποιαδήποτε ανωμαλία ή διαταραχή σε σχέση με τα σεξουαλικά θέματα, θα ωθήσει τον έφηβο στην απόσυρσή κι απομόνωση από τους συνομήλικούς τους, συνοδευόμενος από αισθήματα ντροπής και αμηχανίας.

Στη μέση και προχωρημένη εφηβεία (15-21 ετών) οι έφηβοι απομακρύνονται σταδιακά από την επίδραση της οικογένειας, εξερευνώντας και αναζητώντας την ταυτότητάς τους. Οι συνομήλικοι αποκτούν συνεχώς μεγαλύτερη επιρροή ενώ οι επαγγελματίες υγείας αισθάνονται ανήμποροι να επηρεάσουν τον έφηβο στις αποφάσεις του. Ωστόσο, πρέπει όλοι να θυμόμαστε ότι ναι μεν οι συνομήλικοι έχουν την δυνατότητα να επηρεάσουν άμεσα τον έφηβο, πάντα όμως σε ένα πλαίσιο που έχει ήδη διαμορφωθεί από τα προηγούμενα χρόνια, από τις επιρροές της οικογένειας και της κοινωνίας γενικότερα.

Γενικά οι έφηβοι στην σημερινή κοινωνία, αισθάνονται περισσότερο ελεύθεροι να δοκιμάσουν καινούργιους τρόπους ζωής. Γι' αυτήν την άποψη και στάση ζωής υπάρχουν πολλές δικαιολογίες.

Για μερικούς η σεξουαλική επαφή είναι τρόπος επικοινωνίας, αποτελεί ένα βήμα προς την ανάπτυξη της σχέσης και δεν είναι το αποτέλεσμα αυτής, πιστεύοντας ότι η σεξουαλική σχέση είναι κάτι «φυσιολογικό» ενώ η λεκτική ή άλλου είδους προσπάθεια για επικοινωνία, είναι πολλές φορές ανεπιτυχής και περισσότερο επίπονη. Για άλλους η σεξουαλική σχέση αντιπροσωπεύει την εμπιστοσύνη και την φροντίδα σε μία σχέση, άλλοι αισθάνονται ότι και μόνο ως ευχαρίστηση είναι αποδεκτή, ενώ άλλοι κρίνουν τη σεξουαλική τους συμπεριφορά σαν ένα μέρος της συνεχούς αναζήτησης νέων εμπειριών.

Ορισμένοι έφηβοι μπορεί να χρησιμοποιούν τη σεξουαλική σχέση ως φυγή από τη μοναξιά κι από διάφορου είδους πιέσεις. Κάποια άλλη ομάδα εφήβων χρησιμοποιεί τις σεξουαλικές σχέσεις ως πρόκληση προς τους γονείς ή προς την κοινωνία γενικότερα που τη θεωρούν απαθή και αδιάφορη. Πολύ συχνά συμβαίνει να χρησιμοποιούνται οι σεξουαλικές σχέσεις ως ανταμοιβή ή τιμωρία.

#### **ΕΠΕΙΔΗ Ο ΕΦΗΒΟΣ ΚΑΙ Η ΕΦΗΒΗ ΑΓΩΝΙΖΟΝΤΑΙ ΓΙΑ:**

- Να συμβιβαστούν με τη νέα εικόνα του σώματός τους.
- Να διαμορφώσουν την οριστική εικόνα του εαυτού τους.
- Να αντιμετωπίσουν τις νέες απαιτήσεις.
- Να τοποθετηθούν στις νέες προσδοκίες των ανθρώπων.
- Να αναγνωρίσουν τις προσωπικές τους επιθυμίες
- Να διαμορφώσουν σαφέστερη εικόνα για τη σεξουαλικότητά τους

- Να δημιουργήσουν νέου τύπου σχέσεις και με τα δύο φύλα
- Να προετοιμασθούν κατάλληλα για τις επαγγελματικές τους προοπτικές

#### **ΕΙΝΑΙ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ ΝΑ ΓΝΩΡΙΖΟΥΝ ΟΤΙ:**

- Πρέπει να περιμένουν να μεγαλώσουν ώστε να είναι αρκετά υπεύθυνοι μέχρι να έχουν σεξουαλική επαφή.
- Δεν είναι υποχρεωμένοι να κάνουν σεξουαλική επαφή, αν δεν το επιθυμούν οι ίδιοι.
- Σε μια σχέση που περιλαμβάνεται η σεξουαλική επαφή υπάρχουν συνήθως πολύπλοκα συναισθήματα.
- Η σεξουαλική επαφή μπορεί να οδηγήσει σε εγκυμοσύνη.
- Κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής μπορεί να μεταδοθούν τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, αν δεν έχουν ληφθεί οι απαραίτητες προφυλάξεις. (Κρέτσας Γ., Σαλάκος Ν. 2003)

#### **6.4 ΕΦΗΒΙΚΗ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ**

Η σεξουαλική δραστηριότητα των εφήβων έχει αυξηθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια με αποτέλεσμα να υπερδιπλασιαστούν οι κυήσεις στην εφηβεία και επομένως οι εκτρώσεις.

Η εφηβική εγκυμοσύνη έχει χαρακτηριστεί επιδημία. Οι τραγικές διαστάσεις αυτού του προβλήματος γίνονται ιδιαίτερα φανερές, αν αναλογιστεί κανείς τον αντίκτυπο που έχει μία εγκυμοσύνη σ' ένα κορίτσι εφηβικής ηλικίας. Το λιγότερο που μπορεί να της συμβεί είναι οι δραστικές αλλαγές στην ζωή της οι οποίες θα επηρεάσουν συνειδητά όχι μόνο την ίδια αλλά και την οικογένεια της και τα αγαπημένα της πρόσωπα.

**Η εφηβική εγκυμοσύνη δημιουργεί τεράστια κοινωνικά, ψυχολογικά και οικονομικά προβλήματα λόγω του ότι:**

- α) σπάνια οι έφηβες είναι προετοιμασμένες συναισθηματικά και κοινωνικά να ανταπεξέλθουν στις ανάγκες ενός παιδιού,
- β) η εγκυμοσύνη διακόπτει την εκπαίδευσή τους ή την επαγγελματική τους κατάρτιση και μπορεί να προκαλέσει αποξένωση από την οικογένεια και τους φίλους,
- γ) το μεγαλύτερο ποσοστό των κυήσεων συμβαίνει εκτός γάμου.



## **ΠΟΙΟΙ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΛΟΓΟΙ ΠΟΥ ΟΙ ΕΦΗΒΕΣ ΦΘΑΝΟΥΝ ΣΕ ΑΝΕΠΙ- ΘΥΜΗΤΗ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ (Παπαδοπούλου Λ. 2006)**

- α) Συχνά αισθάνονται ντροπή και αμηχανία να ζητήσουν συμβουλές και καθοδήγηση για την αντισύλληψη με τη σκέψη ότι ενδέχεται να το ανακαλύψουν οι γονείς τους.
- β) Άλλες δείχνουν απροθυμία λόγω του ότι η αντισύλληψη παρεμβαίνει στον αυθορμητισμό και στη "φυσικότητα" της πράξης ή γιατί δε θέλουν να παραδεχτούν στον εαυτό τους ότι επιθυμούν ή έχουν σχεδιάσει σεξουαλική επαφή.
- γ) Ωστόσο σε πολλές περιπτώσεις οι έφηβες αρνούνται την αντισύλληψη διότι έχουν υποσυνείδητη επιθυμία να συλλάβουν. Ιδιαίτερα αυτό συμβαίνει σε προβληματικές μοναχικές έφηβες που πιστεύουν ότι έχοντας ένα μωρό, θα νιώσουν την αγάπη που τους λείπει.
- δ) Τέλος, η πιο συχνή αιτία και αυτή που μπορεί να προληφθεί, είναι η έλλειψη των απαραίτητων γνώσεων για την σεξουαλικότητα και τις μεθόδους αντισύλληψης.

## **6.5 ΤΟ ΣΩΜΑ ΤΟΥ ΕΦΗΒΟΥ**

Το σώμα του εφήβου αλλάζει τόσο γοργά στα 11 και 16 του χρόνια, που θα χρειαστεί ίσως λίγο καιρό για να αισθανθεί άνετα μ' αυτό. Όλο το σχήμα του σώματός του αλλάζει: τα κορίτσια αναπτύσσουν στενή μέση και ευρύτερους γοφούς ενώ τα' αγόρια φαρδαίνουν στους ώμους. Ακόμη και το σχήμα του προσώπου αλλάζει. Η μύτη και το σαγόκι γίνονται πιο προτεταμένα και το μέτωπο ψηλότερο. Ίσως να μην αισθάνεται σαν ενήλικας ή να μην είναι έτοιμος για να έχει σώμα ενηλίκου. Και καθώς οι άνθρωποι διαφέρουν πολύ μεταξύ τους, ίσως να ανησυχεί επειδή οι αλλαγές που παρατηρεί στον εαυτό του δεν είναι ακριβώς αυτό που περίμενε ή αυτό που παρατήρησε στους φίλους του.

Όλες αυτές οι αλλαγές προέρχονται από τις ορμόνες. Πρόκειται για χημικές ουσίες που παράγονται από τους αδένες (όπως ο θυρεοειδής για αγόρια και κορίτσια, οι ωοθήκες στα κορίτσια και οι όρχεις στα αγόρια) και οι οποίες επηρεάζουν όχι μόνο την ανάπτυξη αλλά και τη διάθεσή του. Πολλοί έφηβοι έχουν παρατηρήσει ότι τη μία χρονιά μπορεί να ψηλώσουν επτά πόντους και την επόμενη ελάχιστα, ή ότι το δέρμα τους είναι τέλειον τον ένα μήνα και γεμάτο κηλίδες τον άλλο. Οι αλλαγές αυτές μπορεί να είναι απρόβλεπτες και ίσως να αναστατώνουν, αλλά είναι εντελώς φυσιολογικές. Όσο μεγαλώνει ο έφηβος, οι αλλαγές θα αυξάνονται ή δε θα είναι πια τόσο δραστικές. (Tiefer L. 1982)

## **6.6 ΕΦΗΒΕΙΑ ΚΑΙ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΑΓΩΓΗ**

Ένας έφηβος στη σημερινή εποχή μπορεί να ενημερωθεί για το σεξ από πολλές και διάφορες πηγές. Ο καλύτερος τρόπος, όμως, για να πληροφορηθεί σωστά είναι να συζητάει με τους γονείς του. Για πάρα πολλά χρόνια οι προηγούμενες γενιές σχεδόν δεν τολμούσαν να μιλήσουν καθόλου για τον έρωτα και το σεξ. Συνήθως, τα παιδιά αντλούσαν πληροφορίες από τα μεγαλύτερα αδέρφια που δήθεν «ήξεραν» ή από άλλους συνομήλικούς τους. Σπάνια υπήρχαν οικογένειες που συζητούσαν με τα παιδιά τους για την περίοδο της γυναίκας, την εγκυμοσύνη, τη σεξουαλική επαφή κλπ. Βεβαίως, σήμερα τα πράγματα έχουν αλλάξει. Οι πληροφορίες για το σεξ δίνουν και παίρνουν μέσω των Μ.Μ.Ε., ισοπεδώνοντας κάθε είδος ταμπού. Δυστυχώς, όμως, τις περισσότερες φορές αυτού του είδους η πληροφόρηση αποδεικνύεται επικίνδυνη, αλλά και παραπλανητική. Το πιο σίγουρο είναι ότι στη σημερινή εποχή το σεξ δεν αποτελεί πλέον «απόκρυφο μυστικό».

### **Η ΠΡΩΤΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΕΠΙΘΥΜΙΑ**

Στην αρχή της εφηβείας οι σεξουαλικές ανάγκες ικανοποιούνται με τον αυνανισμό. Οι έφηβοι αντιμετωπίζουν για πρώτη φορά σε αυτή την ηλικία τον έρωτα και μάλιστα στη μεγαλύτερή του ένταση. Οι έφηβοι είναι εκτεθειμένοι σε εσφαλμένες πληροφορίες τις περισσότερες φορές. Παρόλο που σήμερα οι συζητήσεις γύρω από το σεξ είναι αυξημένες και αναλύουν πράγματα και θαύματα σε λεπτομέρειες, οι έφηβοι ουσιαστικά παραμένουν αβοήθητοι και ημιμαθείς.

Σημαντικό ρόλο παίζει και το φύλο. Τα κορίτσια ωριμάζουν δύο χρόνια νωρίτερα από τα αγόρια και επίσης είναι πιο ευαίσθητα. Για τα κορίτσια η σεξουαλική επιθυμία συνδέεται με το συναίσθημα, ενώ αντίθετα τα αγόρια πιστεύουν ότι το σεξ και το συναίσθημα είναι δύο ξεχωριστά πράγματα.

Όπως έχει αναφερθεί προηγουμένως, στην αρχή της εφηβείας, οι σεξουαλικές ανάγκες ικανοποιούνται με τον αυνανισμό, που είναι ο πιο ακίνδυνος και ο πιο φυσιολογικός τρόπος ικανοποίησης. Όσο αφορά στις αλλαγές στη σωματική ανάπτυξη είναι έντονα φανερές και επιδρούν άμεσα στη συμπεριφορά του έφηβου. Η επιθυμία για σεξ αρχίζει να γεννιέται σιγά - σιγά, ενώ παράλληλα δε λείπουν τα πονηρά πειράγματα. Επίσης, δεν μπορούμε να απαντήσουμε με βεβαιότητα εάν υπάρχει η ιδανική ηλικία για την πρώτη σεξουαλική επαφή. Από την άλλη μεριά, όμως, τεράστια σημασία έχει αν είναι ψυχολογικά έτοιμος και

ώριμος ο νέος να προχωρήσει στην πρώτη του σεξουαλική εμπειρία. Τόσο στα αγόρια όσο και στα κορίτσια, είναι σημαντικό να μάθουν να αγαπούν, να γνωρίσουν το σώμα τους και τη λειτουργία του, να νιώσουν άνετα μαζί του προτού προχωρήσουν σε κάποια σεξουαλική επαφή.

Σε αυτό ακριβώς το σημείο καλούνται οι γονείς να αναλάβουν ένα ακόμη εκπαιδευτικό ρόλο. Η συζήτηση και ο διάλογος είναι το πρώτο και καθοριστικό στάδιο ενημέρωσης. Αυτό προϋποθέτει ο κάθε γονιός να επιστρατεύσει το θάρρος του και φυσικά να αποκομίσει τις πιο σωστές γνώσεις γύρω από το σεξ, έτσι ώστε να αναπτυχθεί μία υγιής επικοινωνία μεταξύ γονιών και εφήβων που να επιλύει και να απαντά κάθε ερώτηση και απορία του έφηβου.

Πρώτα από όλα οι γονείς πρέπει να ξεκαθαρίσουν στα παιδιά τους ότι η σεξουαλική επιθυμία και πράξη δεν είναι κάτι για το οποίο πρέπει να νιώθουν άσχημα και να ντρέπονται, αλλά μία πέρα για πέρα φυσιολογική συμπεριφορά οπότε όποιου είδους ενοχές έχουν δημιουργηθεί θα πρέπει να εξουδετερωθούν. Επίσης, πρέπει να ξεκαθαρίσουμε ότι μία ερωτική σχέση δε βασίζεται μόνο στο σεξ, αλλά και σε μία γκάμα συναισθημάτων παράλληλα με τον αυθορμητισμό και την ειλικρίνεια. Περισσότερο να αναφέρω ότι φοβίες και ταμπού γύρω από το σεξ πρέπει να πεταχτούν στα σκουπίδια. Τέλος, οι έφηβοι πρέπει επίσης να μάθουν να αναλαμβάνουν τις ευθύνες τους απέναντι στη σωματική τους υγεία και να προστατεύονται από διάφορες ασθένειες, ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες και επιπόλαιες σεξουαλικές επαφές.

## **ΠΡΩΤΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΕΠΑΦΗ**

Η πρώτη σεξουαλική ή η πρώτη ερωτική επαφή; Ένα φαινομενικά εύκολο ερώτημα που χρίζει προβληματισμού και συζήτησης. Σεξουαλική επαφή είναι η φυσική ένωση του αρσενικού και του θηλυκού σαν επακόλουθα της αναζήτησης της ικανοποίησης του έμφυτου ενστίκτου, ή της ανάγκης απόκτησης απογόνων. Η ερωτική επαφή είναι κάτι το πιο βαθύ, που εμπερικλείει και μια πνευματική και ψυχική έλξη πέραν της φυσικής έλξης.

Όλοι οι άνθρωποι ξεκινούν την ερωτική τους ζωή χωρίς να διαθέτουν την ανάλογη πείρα. Για όλους τους ανθρώπους υπάρχει η πρώτη φορά. Πολύ συχνά ο νέος άνθρωπος πληροφορείται τα μυστικά του σεξ από αυτοαποκαλούμενους έμπειρους φίλους, οι οποίοι όμως είναι πολύ πιθανό να έχουν κατασκευάσει τις εμπειρίες τους στη φαντασία τους και μόνο. Άλλωστε, οι έρευνες δείχνουν ότι η σημαντικότερη πηγή πληροφόρησης των νέων ανθρώπων

πων γύρω από το σεξ είναι οι συνομήλικοι και οι φίλοι. Επιπλέον δεν είναι ακριβείς και οι πληροφορίες από το περιβάλλον τους που αφορούν την ηλικία και τις δυσκολίες της πρώτης ερωτικής επαφής.

## **Η ΗΛΙΚΙΑ ΤΗΣ ΠΡΩΤΗΣ ΦΟΡΑΣ**

Η ηλικία της πρώτης σεξουαλικής επαφής αλλάζει με τις εποχές και επηρεάζεται κυρίως από κοινωνικά φαινόμενα. Πριν από μερικές δεκαετίες και σύμφωνα με μετρήσεις που πραγματοποιήθηκαν τη δεκαετία 1960 – 1970 η ηλικία της πρώτης σεξουαλικής επαφής ήταν για τις χώρες της Δυτικής Ευρώπης γύρω στα δεκαέξι (16) χρόνια. Η δεκαετία αυτή συμπίπτει χρονικά με τα χρόνια της λεγόμενης «σεξουαλικής επανάστασης». Όμως οι σημαντικές κοινωνικές αλλαγές των τελευταίων δεκαετιών και η εμφάνιση θανατηφόρων σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων τα τελευταία είκοσι χρόνια αύξησαν τη μέση ηλικία της πρώτης φοράς στο σεξ στα δεκαοκτώ (18) χρόνια περίπου. (Σαλάκος Ν. Δεληγεώρογλου Ε. 2000)

## **6.7 Ο ΤΡΟΠΟΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΓΙΑ ΘΕΜΑΤΑ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ**

Είναι πολύ σημαντικό για τους γονείς να μιλούν, να διαφωτίζουν και να επιμορφώνουν τα παιδιά τους για θέματα που αφορούν την αγάπη, την οικειότητα και τις σεξουαλικές σχέσεις.

Ο ρόλος των γονιών για τα ευαίσθητα αυτά θέματα είναι πρωταρχικός διότι μπορούν δημιουργώντας τις κατάλληλες συνθήκες να περάσουν προς τα παιδιά τους τα σωστά μηνύματα που θα τα βοηθήσουν και θα τα προστατεύουν για ολόκληρη ζωή.

Όμως, είναι πράγματι γεγονός, ότι πολλοί γονείς δεν νιώθουν άνετα να μιλούν για τα θέματα αυτά και έτσι αποφεύγουν ή αναβάλλουν μια τέτοια συζήτηση με τα παιδιά τους. Το ποια στάση θα κρατήσουν τα παιδιά απέναντι στις σεξουαλικές σχέσεις, καθώς φτάνουν σε ηλικία όπου θα είναι πλέον ώριμα για σεξουαλική επαφή, εξαρτάται από το είδος της σεξουαλικής αγωγής που έχουν λάβει κατά την παιδική τους ηλικία. Σεξουαλική αγωγή σημαίνει όχι μόνο ενημέρωση για τη βιολογική πλευρά, αλλά και διαπαιδαγώγηση στις ηθικές πλευρές του σεξ, στις υποχρεώσεις που έχουν οι άνθρωποι ο ένας απέναντι στον άλλον, καθώς και στα ιδανικά και στις αξίες που πρέπει να διέπουν μια σχέση, όπως είναι ο αμοιβαίος σεβασμός, η υπευθυνότητα και η αγάπη.

Τα παιδιά και οι έφηβοι χρειάζονται αυτήν την πληροφόρηση και καθοδήγηση από τους γονείς τους, για να πάρουν τις ορθές και υγιείς αποφάσεις σχετικά με τη σεξουαλική τους συμπεριφορά. Τα όσα βλέπουν και ακούν στο σύγχρονο περιβάλλον που ζούμε τους προκαλούν σύγχυση, υπερβολικές εντυπώσεις και ερεθισμούς. Και αυτό γιατί η σεξουαλικότητα σε αυτή την ηλικία ταυτίζεται με την ανακάλυψη του σώματος και του εαυτού και αποτελεί μια πράξη αυτοϊκανοποίησης και εφησυχασμού. Όταν οι γονείς προσπαθούν να καταστείλουν αυτήν τη συμπεριφορά χρησιμοποιώντας είτε τιμωρίες είτε απειλές, ωθούν το παιδί στο να πιστέψει πως οτιδήποτε σχετικό με τα γεννητικά του όργανα είναι κακό. Εάν όμως αυτό το συναίσθημα επικρατήσει, ενδέχεται να επηρεαστεί αρνητικά η σεξουαλικότητά του κατά την ενήλικη ζωή. Επομένως, είναι σκόπιμο να επιτρέψουμε στο παιδί να εξερευνήσει το σώμα του, χωρίς να δίνουμε στον αυτοερωτισμό του περισσότερη προσοχή από όση χρειάζεται.

Η συζήτηση για θέματα σχετικά με το σεξ μπορεί να είναι δύσκολη για τους γονείς και για τα παιδιά. Οι γονείς όμως πρέπει να ανταποκρίνονται στις ανάγκες πληροφόρησης και περιέργειας των παιδιών τους. Ανάλογα με το επίπεδο αυτής της ανάγκης και ζήτησης πρέπει να προσφέρουν όση πληροφόρηση χρειάζεται το παιδί τους.

Τα παιδιά έχουν διαφορετικά επίπεδα περιέργειας και κατανόησης και αυτό εξαρτάται από την ηλικία τους και από το επίπεδο ωρίμανσης τους. Όσο μεγαλώνουν σε ηλικία τα παιδιά, τόσο πιο συχνά θα ρωτούν λεπτομέρειες για το σεξ. Αρκετά παιδιά έχουν το δικό τους λεξιλόγιο για θέματα του σεξ. Είναι σημαντικό οι γονείς να βρουν τις λέξεις που χρησιμοποιούν τα παιδιά τους και με τις οποίες αυτά νιώθουν άνετα. Μιλώντας με αυτό τον τρόπο η συζήτηση γίνεται πιο εύκολη.

**Ένα πεντάχρονο παιδί** θα είναι ευχαριστημένο με απλές απαντήσεις, όπως για παράδειγμα την απλή ερμηνεία ότι τα παιδιά δημιουργούνται από ένα σπόρο ο οποίος μεγαλώνει σε ειδικό χώρο μέσα στη μητέρα του. Αντιλαμβάνεται ότι ο πατέρας του βοηθά με το δικό του σπόρο, τον οποίον συνδυάζει με αυτόν της μητέρας του και έτσι το παιδί αρχίζει να μεγαλώνει.

**Ένα οκτάχρονο παιδί** μπορεί να χρειάζεται περισσότερες επεξηγήσεις. Μπορεί να θέλει να μάθει πώς φθάνει ο σπόρος του πατέρα του στον σπόρο της μητέρας του.

**Ένα εντεκάχρονο παιδί** μπορεί να θέλει να μάθει περισσότερα. Σε τέτοια περίπτωση οι γονείς μπορούν να βοηθήσουν εξηγώντας πως ένας άνδρας και μια γυναίκα ερωτεύονται και πως μπορεί να αποφασίσουν μετά να έχουν μεταξύ τους μια σεξουαλική σχέση.

Είναι πολύ σημαντικό οι γονείς να μιλούν και να τονίζουν τις ευθύνες και τις συνέπειες που έρχονται μαζί με μια σεξουαλικά ενεργό ζωή. Η εγκυμοσύνη, οι σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες και τα αισθήματα σχετικά με την σεξουαλική επαφή, είναι σημαντικά θέματα που πρέπει να αναπτυχθούν. Οι έφηβοι έχουν διαφορετικές αντιλήψεις και ανάγκες. Αντιλαμβάνονται και τοποθετούν τον έρωτα και το σεξ μέσα στα πλαίσια των σχέσεων των συναντήσεων και γνωριμιών.

Η ανοικτή επικοινωνία και συζήτηση με τους γονείς όπως επίσης και η παροχή σωστής πληροφόρησης αυξάνει τις πιθανότητες ότι οι έφηβοι θα αναβάλουν τη σεξουαλική επαφή και θα χρησιμοποιήσουν τις κατάλληλες μεθόδους αντισύλληψης όταν θα αρχίσουν την σεξουαλική τους ζωή.

Ο τρόπος με τον οποίο θα αντιμετωπίσει ένα άτομο τη σεξουαλικότητά του κατά τα διάφορα στάδια της ζωής του, εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση που έλαβε σε όλη τη διάρκεια των παιδικών του χρόνων. Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση δεν αναφέρεται μόνο σε ζητήματα σεξουαλικών σχέσεων αλλά και σε ευρύτερα θέματα, όπως η εικόνα του εαυτού, η αυτοεκτίμηση, οι κανόνες ηθικής, ο αμοιβαίος σεβασμός και η αγάπη. Οι αξίες των γονέων μεταδίδονται μέσα από τα λόγια τους, αλλά κυρίως μέσα από τη στάση τους και το ζωντανό παράδειγμα που δίνουν στα παιδιά τους.

Το ερώτημα που συνήθως θέτουν οι γονείς είναι πότε πρέπει να αρχίσει η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση. Η καταλληλότερη στιγμή φαίνεται να είναι όταν ρωτήσει το ίδιο το παιδί. Οι πληροφορίες ή οι υπερβολικές λεπτομέρειες που δίνονται χωρίς να έχει προλάβει το παιδί να αναρωτηθεί, δεν μπορούν να αφομοιωθούν και τις πιο πολλές φορές το αφήνουν αδιάφορο.

Οι απαντήσεις θα πρέπει να είναι ξεκάθαρες και ακριβείς, σε γλώσσα που αντιστοιχεί στην ηλικία του παιδιού. Καλό είναι να αποφεύγονται τα μικροψέματα και οι απλοποιημένες θεωρίες που συνήθως χρησιμοποιούνται για τα μικρότερα παιδιά, καθώς γίνονται πιστευτές και είναι δύσκολο να ανασκευαστούν αργότερα. Ο άλλος χώρος στον οποίο παρέχεται σεξουαλική διαπαιδαγώγηση είναι το σχολείο. Μάλιστα, είναι ίσως ο πλέον κατάλληλος για την περίοδο της εφηβείας.

Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση ξεκινά από την πρώιμη παιδική ηλικία και διαρκεί όλη τη ζωή. Μπορεί να γίνει με ή χωρίς την καθοδήγηση των γονέων. Αν το παιδί αφηθεί μόνο του, θα διαμορφώσει τις δικές του απόψεις με βάση πληροφορίες που θα πάρει από την αυλή του σχολείου ή από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Κινδυνεύει να κατασκευάσει θε-

ωρίες λανθασμένες, γελοίες ή τρομακτικές, οι οποίες κατ' ανάγκη θα επηρεάσουν τη μετέπειτα σεξουαλική συμπεριφορά του. Η συνεπής και απαλλαγμένη από προκαταλήψεις συμμετοχή των γονέων θα επιτρέψει τόσο την υγιή αντιμετώπιση των ζητημάτων της σεξουαλικότητας όσο και τη μετάδοση των οικογενειακών ηθικών αξιών.

**Όταν οι γονείς μιλούν με τα παιδιά ή τους έφηβους τους, είναι σε αρκετές περιπτώσεις βοηθητικό, να κάνουν τα ακόλουθα:**

- πρέπει να ενθαρρύνουν τα παιδιά να μιλούν και να κάνουν ερωτήσεις
- πρέπει να χρησιμοποιούν λέξεις κατανοητές και εύκολες
- πρέπει να υπάρχει ειλικρίνεια στην έκφραση των απόψεων του καθενός για θέματα που αφορούν τις αξίες και τις ανησυχίες

Είναι σημαντικό να τονίζεται στις συζητήσεις η σημασία των ευθυνών που προκύπτουν από τις επιλογές και τις αποφάσεις. Οι γονείς πρέπει να βοηθούν τα παιδιά τους να κατανοούν σωστά τα υπέρ και τα κατά των επιλογών τους

Συμπερασματικά θα θέλαμε να τονίσουμε ότι η ανάπτυξη ενός ανοικτού, ειλικρινούς και συνεχούς διαλόγου μεταξύ των γονιών και των παιδιών τους, για τα θέματα που αφορούν το σεξ, την υπευθυνότητα και τις επιλογές μπορεί να αποτελέσει μια ουσιαστική βοήθεια για τα παιδιά και τους νέους για να διαφωτιστούν και ενημερωθούν για το σεξ με ένα τρόπο θετικό και υγιή. (Βαρβόγλη Λ. 2001)

## **6.8 ΠΕΝΤΕ ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΣΤΟΥΣ ΕΦΗΒΟΥΣ**

- Να προσπαθήσουν να γεφυρώσουν το χάσμα με τους γονείς και τους μεγαλύτερους από αυτούς. Να ζητούν τη συμβουλή και τη συμπαράστασή τους.
- Να απευθυνθούν σε ειδικούς για να τους ενημερώσουν για τα σοβαρά ζητήματα.
- Να φροντίζουν για τη δική τους προσωπική ολοκλήρωση μέσα από τα μαθήματα και τις ποικίλες υγιείς δραστηριότητες.
- Πρέπει να καταλάβουν ότι οι ολοκληρωμένες σχέσεις δεν είναι απαραίτητες στους εφηβικούς έρωτες, αφού πολλοί από αυτούς δεν είναι ούτε συναισθηματικά ώριμοι.
- Να αγαπάνε τη ζωή και να θέλουν να τη ζήσουν με ασφάλεια, υγεία και αξιοπρέπεια.

# **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ**



## **7.1 ΠΕΔΙΟ ΜΕΛΕΤΗΣ**

Τα ερωτηματολόγια διανεμηθήκαν σε 3 φροντιστήρια δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης στο Ηράκλειο Κρήτης. Η συμπλήρωση τους πραγματοποιήθηκε στον προαύλιο χώρο των φροντιστηρίων κατά την διάρκεια των διαλειμμάτων έπειτα από την έγκριση των ιδιοκτητών. Το κάθε φροντιστήριο αποτελούνταν από 7-10 τμήματα τάξης Α, Β και Γ λυκείου και στο κάθε τμήμα μετείχαν 6-12 μαθητές.

## **7.2 ΔΕΙΓΜΑ ΚΑΙ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ**

Το δείγμα της μελέτης αποτελείτο από μαθητές ηλικίας 15-20 ετών και τάξης φοίτησης Α, Β και Γ λυκείου. Επιλέχθηκε με την μέθοδο της δειγματοληψίας ευκολίας. Επιλέχθηκαν δηλαδή οι μαθητές που σε τυχαίες ημέρες βρέθηκαν στα συγκεκριμένα φροντιστήρια.

Το δείγμα μας ήταν 243 μαθητές ηλικίας 15-20 ετών. Από τους 243 μαθητές οι 135 ήταν κορίτσια και τα 108 αγόρια. Οι μαθητές της Α λυκείου ήταν 54, της Β λυκείου 100 και της Γ λυκείου 80. Η διάρκεια της συλλογής των δεδομένων ήταν 9 εβδομάδες. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων από τους μαθητές κράτησε 3 εβδομάδες σε κάθε φροντιστήριο.

## **7.3 ΣΥΛΛΟΓΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ – ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ**

Για την συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ανώνυμο ερωτηματολόγιο που δημιουργήθηκε από την ερευνητική ομάδα με βάση τη μελέτη της ελληνικής και της ξένης βιβλιογραφίας.

Η επιλογή του ανώνυμου ερωτηματολογίου ως κυρίου τρόπου συλλογής των δεδομένων αντί για συνέντευξη προτιμήθηκε για την εξασφάλιση ίδιων συνθηκών για όλους τους μαθητές. Σε μια έρευνα με συνέντευξη υπάρχει το πρόβλημα του φαινομένου της προκατάληψης και της μεροληψίας, που οφείλεται στη συμπεριφορά που επιδεικνύει ο ερευνητής κατά τη διαδικασία συλλογής των δεδομένων. Οι αντιδράσεις του ερευνητή είναι δυνατόν να επηρεάσουν τους μαθητές στις απαντήσεις που θα δώσουν στα εκάστοτε ερωτήματα, ενώ αντίθετα η ανωνυμία δίνει την ευχέρεια στους μαθητές να δώσουν ειλικρινείς απαντήσεις. Επίσης απαιτείται ελάχιστος χρόνος συμπλήρωσης και εξυπηρετεί τη συλλογή δεδομένων σε ένα φροντιστήριο όπου υπάρχουν πολλοί μαθητές και ελάχιστος χρόνος.

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 14 ερωτήσεις και 5 ενότητες. Στην πρώτη ενότητα καταγράφονται τα δημογραφικά στοιχεία που σχετίζονται με την ηλικία το φύλο και την

τάξη φοίτησης (ερωτήσεις 1-3). Στην δεύτερη ενότητα διερευνάται κυρίως η σεξουαλική ζωή των μαθητών (ερωτήσεις 4-5). Στη τρίτη ενότητα διερευνώνται οι μέθοδοι αντισύλληψης και πρόληψης ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και τι γνωρίζουν για αυτές οι μαθητές (ερωτήσεις 6-7). Η τέταρτη ενότητα αναφέρεται στην σεξουαλική συμπεριφορά των μαθητών και τις μεθόδους αντισύλληψης και πρόληψης ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης που χρησιμοποιούν (ερωτήσεις 8-11 μαζί με τα υποερωτήματά τους). Στην πέμπτη ενότητα διερευνώνται θέματα που αφορούν τη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των εφήβων, αν την βρίσκουν επαρκή και αν πρέπει να μπει ο οικογενειακός προγραμματισμός στα σχολεία (ερωτήσεις 12-14).

Όσον αφορά τα είδη των ερωτήσεων και των υποερωτημάτων τους που χρησιμοποιήθηκαν ήταν 9 ερωτήσεις κλειστού τύπου 7 ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής και 5 ερωτήσεις ανοικτές αλλά σύντομης απάντησης. Ο χρόνος που απαιτήθηκε για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ήταν περίπου 4 λεπτά. Η ερευνητική ομάδα αφιέρωνε όσο χρόνο χρειαζόταν για διευκρινήσεις στους μαθητές σχετικά με τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων και στη συνέχεια απομακρυνόταν ώστε να μην επηρεάζεται η κρίση των μαθητών λόγω της παρουσίας της ομάδας και για να διασφαλιστεί το απόρρητο των πληροφοριών. Οι μαθητές μπορούσαν να απευθυνθούν για οποιαδήποτε διευκρίνιση στην ερευνητική ομάδα κατά την διάρκεια της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου.

#### **7.4 ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ**

Στην πιλοτική μελέτη που πραγματοποιήθηκε μετά την σύνταξη του ερωτηματολογίου ζητήθηκε από τρεις μαθητές και τρεις μαθήτριες (ανά δύο, Α, Β και Γ λυκείου) να διαβάσουν το ερωτηματολόγιο και να απαντήσουν στις παρακάτω ερωτήσεις:

- Θεωρείτε πως το θέμα του ερωτηματολογίου διερευνά τις ανάγκες των εφήβων σχετικά με θέματα αντισύλληψης και σεξουαλικής αγωγής;
- Πιστεύετε ότι οι συμμαθητές σας θα συναντήσουν κάποιες δυσκολίες στην απάντηση των ερωτήσεων;
- Είναι οι ερωτήσεις αρκετά ξεκάθαρες και αν όχι ποιες σας δυσκολεύουν;
- Πιστεύετε ότι το ερωτηματολόγιο μπορεί να συμπληρωθεί χωρίς περαιτέρω διευκρινήσεις;

- Ο τρόπος που είναι σχεδιασμένο το ερωτηματολόγιο είναι εύκολο για τη χρήση του;
- Τι άλλο πιστεύετε ότι θα μπορούσε να συμπληρωθεί σ' αυτό το ερωτηματολόγιο;

Από την επεξεργασία των δεδομένων δεν διαπιστώθηκαν δυσκολίες στην κατανόηση του. Το ερωτηματολόγιο μας βελτιώθηκε σε 2 σημεία, στην προσθήκη 4 υποερωτήσεων στις ερωτήσεις 9, 11 και 13 που αφορούν τη βελτίωση των συγκεκριμένων ερωτήσεων για την αξιοπιστία της έρευνας. Με αυτές τις τελικές βελτιώσεις καταλήξαμε στην τελική έκδοση του ερωτηματολογίου, το οποίο χρησιμοποιήθηκε για τη συλλογή των δεδομένων.

## **7.5 ΕΓΚΥΡΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ ΤΟΥ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΕΡΓΑΛΕΙΟΥ**

Για την εγκυρότητα και την αξιοπιστία της συλλογής δεδομένων της έρευνας δημιουργήθηκε ένα ερωτηματολόγιο έπειτα από μελέτη της βιβλιογραφίας για τη σεξουαλική ζωή και τις σεξουαλικές συνήθειες των εφήβων και τις μεθόδους αντισύλληψης και πρόληψης ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης που γνωρίζουν. Ζητήθηκε επίσης η γνώμη 6 μαθητών λυκείων και των 3<sup>ων</sup> τάξεων στα πλαίσια της πιλοτικής έρευνας, οι οποίοι βρήκαν αρκετά κατανοητό και προσιτό το ερωτηματολόγιο που δημιουργήθηκε από την ερευνητική ομάδα. Παράλληλα ρωτήθηκαν και 3 καθηγητές λυκείου για απορίες συνήθειες που έχουν οι μαθητές τους.

## **7.6 ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Όσον αφορά τη δεοντολογία της έρευνας εφαρμόστηκαν οι αρχές δεοντολογίας που ορίζονται από την αναφορά του Belmont (1976) για τα δικαιώματα των υποκειμένων μιας έρευνας. Ελήφθησαν υπόψη σε όλα τα στάδια της έρευνας, η αρχή του οφέλους και μη βλάβης, η αρχή του σεβασμού για την ανθρώπινη αξιοπρέπεια, η αρχή της δικαιοσύνης και της τήρησης του απορρήτου. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε μετά από υποβολή και έγκριση του ερευνητικού πρωτοκόλλου στο συμβούλιο του τμήματος νοσηλευτικής της σχολής ΣΕΥΠ του ΑΤΕΙ Ηρακλείου Κρήτης και κατόπιν των υπευθύνων κάθε φροντιστηρίου. Πριν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου μαθητές ενημερώθηκαν προφορικά απ' την ερευνητική ομάδα για τη φύση του θέματος της έρευνας, το σκοπό που εξυπηρετεί η συγκεκριμένη

έρευνα, την εθελοντικότητα συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου και την τήρηση των απόρρητων στοιχείων των μαθητών.

## **7.7 Η ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ**

Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα EXCEL του MICROSOFT OFFICE. Η ανάλυση των δεδομένων έγινε σε δύο στάδια. Σε πρώτο στάδιο, έγινε η καταμέτρηση των ερωτηματολογίων και των μεμονωμένων απαντήσεων κάθε ερώτησης. Αρκετές ερωτήσεις απαιτούσαν από τον ερωτηθέντα να διαλέξει πάνω από μια απάντηση και άλλες απαιτούσαν να τις αναπτύξει ο ίδιος. Στο δεύτερο στάδιο μεταφέρθηκαν οι τιμές των δεδομένων που προέκυψαν απ' την διαδικασία του πρώτου σταδίου σε καρτέλα του EXCEL, όπου από εκεί επιλέχθηκαν μέσω της διαδικασίας του προγράμματος του EXCEL και απεικονίστηκαν σε διαγράμματα. Τα διαγράμματα που χρησιμοποιήθηκαν για την ανάλυση των δεδομένων, ήταν «πίτες» και ράβδοι, κάθετοι και οριζόντιοι. Παρόλο που το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 14 ερωτήσεις, ο αριθμός των διαγραμμάτων είναι 22 λόγω ότι συμπεριλήφθηκαν και κάποια υποερωτήματα των αρχικών 14ων ερωτήσεων του.

## **7.8 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Οι βασικοί περιορισμοί της έρευνας ήταν :

- Η αδυναμία της διανομής των ερωτηματολογίων σε δημόσια σχολεία από το γραφείο δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης θεωρώντας ότι το θέμα της έρευνας δεν συνάγει με τις γνώσεις των μαθητών με το θέμα.
- Δυσκολία στην αποδοχή από τους ιδιοκτήτες των φροντιστηρίων του αιτήματός μας για την διανομή των ερωτηματολογίων στους μαθητές, παρόλο το γεγονός ότι σαφώς δεν θα αναφερόταν το όνομα των φροντιστηρίων και η συμπλήρωση θα γινόταν στο διάλειμμα και με τη σύμφωνη γνώμη των ερωτηθέντων.
- Θα μπορούσε επίσης να θεωρηθεί περιορισμός της μελέτης και το γεγονός ότι ορισμένοι μαθητές θεωρούσαν το θέμα ιδιαίζων και δυσκολεύονταν να απαντήσουν κάποιες ερωτήσεις παρόλο που ήταν ανώνυμο.

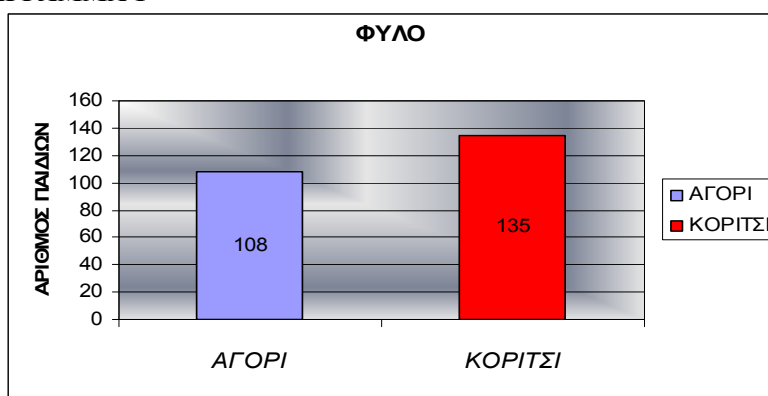
## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ – ΣΥΖΗΤΗΣΗ**

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ – ΣΥΖΗΤΗΣΗ

**ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Φύλο μαθητών**

ΦΥΛΟ	ΜΑΘΗΤΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Αγόρια	108	44,4 %
Κορίτσια	135	55,6 %

**ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1**



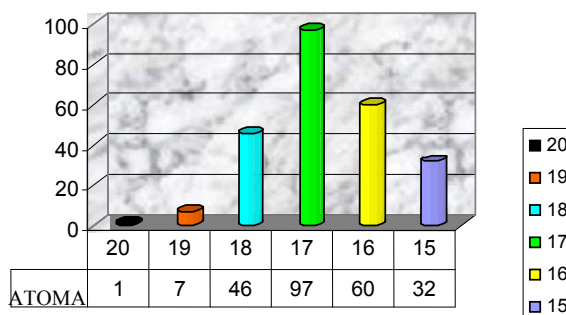
Από τον πίνακα 1 και το παραπάνω διάγραμμα φαίνεται ότι το δείγμα μας αποτελείται από 243 μαθητές εκ' των οποίων οι μισοί περίπου (108 μαθητές, 44,4%) είναι αγόρια και οι άλλοι μισοί περίπου (135 μαθήτριες, 55,6%) είναι κορίτσια.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Ηλικιακή κατανομή**

ΗΛΙΚΙΑ	ΜΑΘΗΤΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
20	1	0,6 %
19	7	2,8 %
18	46	18,9 %
17	97	39,9 %
16	60	24,7 %
15	32	13,1 %

**ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2**

### ΤΙ ΗΛΙΚΙΑ ΕΧΕΤΕ;

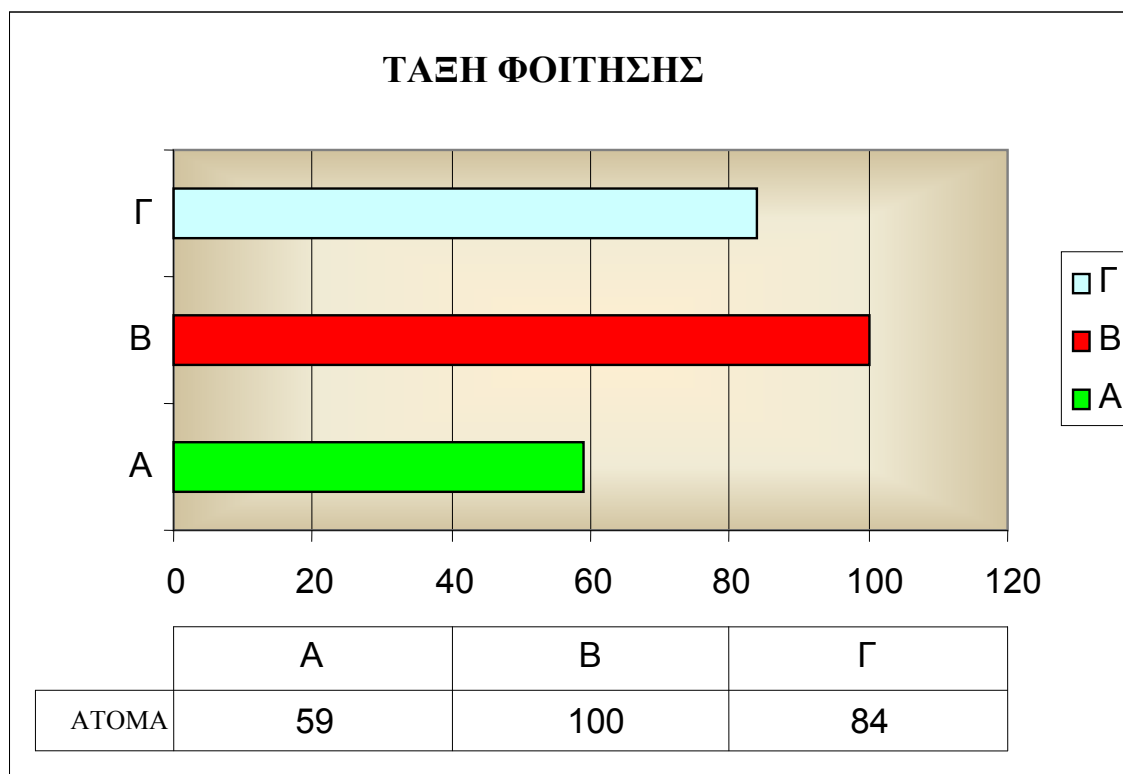


Σύμφωνα με τον πίνακα 2 η πλειοψηφία των μαθητών που έλαβαν μέρος στην έρευνα ήταν 17 ετών (39,9%) και 16 ετών (24,7%)

**ΠΙΝΑΚΑΣ 3: Τάξη φοίτησης**

ΤΑΞΗ ΦΟΙΤΗΣΗΣ	ΜΑΘΗΤΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Α' λυκείου	59	24,2 %
Β' λυκείου	100	41,1 %
Γ' λυκείου	84	34,7 %

**ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3**

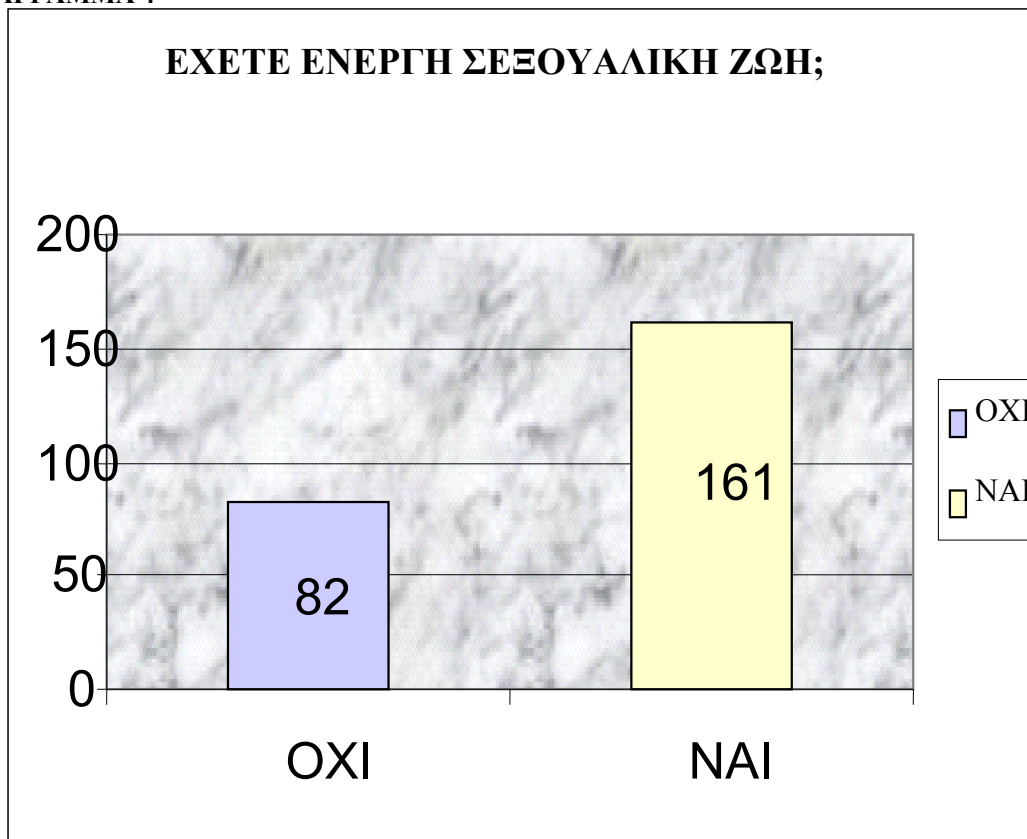


Σύμφωνα με το παραπάνω διάγραμμα 3 η μεγάλη πλειοψηφία των ατόμων Β και Γ λυκείου (75,8 %) οφείλεται στο γεγονός ότι προετοιμάζονται για τις πανελλήνιες εξετάσεις.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 4: Καταγραφή της ύπαρξης σεξουαλικής ζωής**

<b>ΕΧΕΤΕ ΕΝΕΡΓΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΖΩΗ ;</b>		
	<b>ΜΑΘΗΤΕΣ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>
ΝΑΙ	161	66,2 %
ΟΧΙ	82	33,8 %

**ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4**



Απ' τα στοιχεία του πίνακα 4 φαίνεται ότι ένα μεγάλο ποσοστό μαθητών (66,2%) έχουν ενεργή σεξουαλική ζωή και αντιστοιχεί στους 161 μαθητές από τους 243 που είναι το δείγμα. Δηλαδή 2 στους 3 μαθητές απαντούν θετικά.

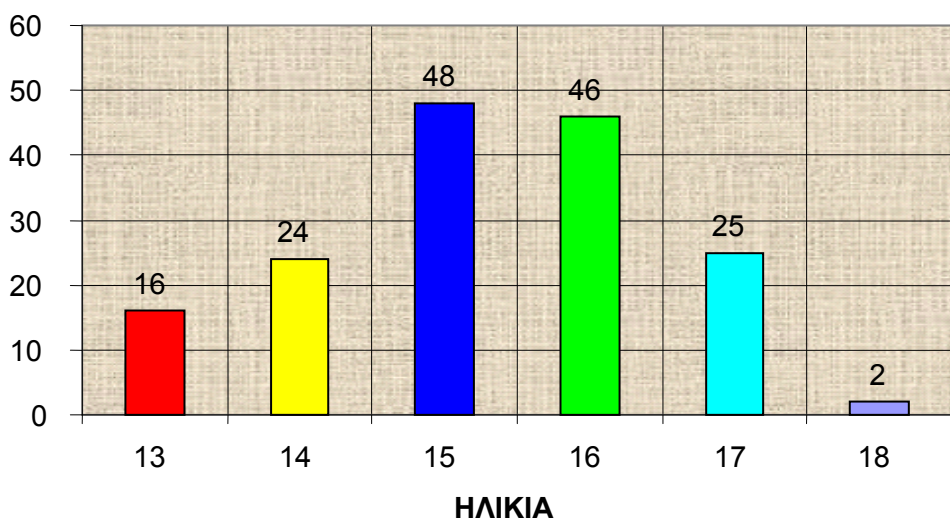
**ΠΙΝΑΚΑΣ 5: Ηλικία έναρξης πρώτης σεξουαλικής επαφής**



ΗΛΙΚΙΑ	ΜΑΘΗΤΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ	Αγόρια	Κορίτσια
13	16	9,9 %	10 (11,9 % )	6 (08,1 % )
14	24	14,9 %	15 (17,8 % )	9 (11,6 % )
15	48	29,8 %	28 (33,3 % )	20 (25,9 % )
16	46	28,5 %	25 (29,7 % )	21 (27,3 % )
17	25	15,5 %	5 (0,9 % )	20 (25,9 % )
18	2	0,4%	1 (0,37 % )	1 (01,2%)

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5

### ΣΕ ΠΟΙΑ ΗΛΙΚΙΑ ΑΡΧΙΣΑΤΕ ΤΗΝ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΖΩΗ;



Συγκρίνοντας τα στοιχεία του πίνακα 4 με τα στοιχεία του πίνακα 5 φαίνεται ότι οι έφηβοι όχι μόνο έχουν ενεργή σεξουαλική ζωή κατά ένα μεγάλο ποσοστό αλλά ξεκινούν και από πάρα πολύ νεαρή ηλικία. Όπως απεικονίζεται στο διάγραμμα 5 ένα ποσοστό 54,6% έχει έναρξη σεξουαλικής ζωής μέχρι τα 15, ενώ από το σύνολο του δείγματος μόνο οι 73 (44,4%) δεν είχαν ακόμη σεξουαλικές σχέσεις μέχρι την ηλικία των 15.

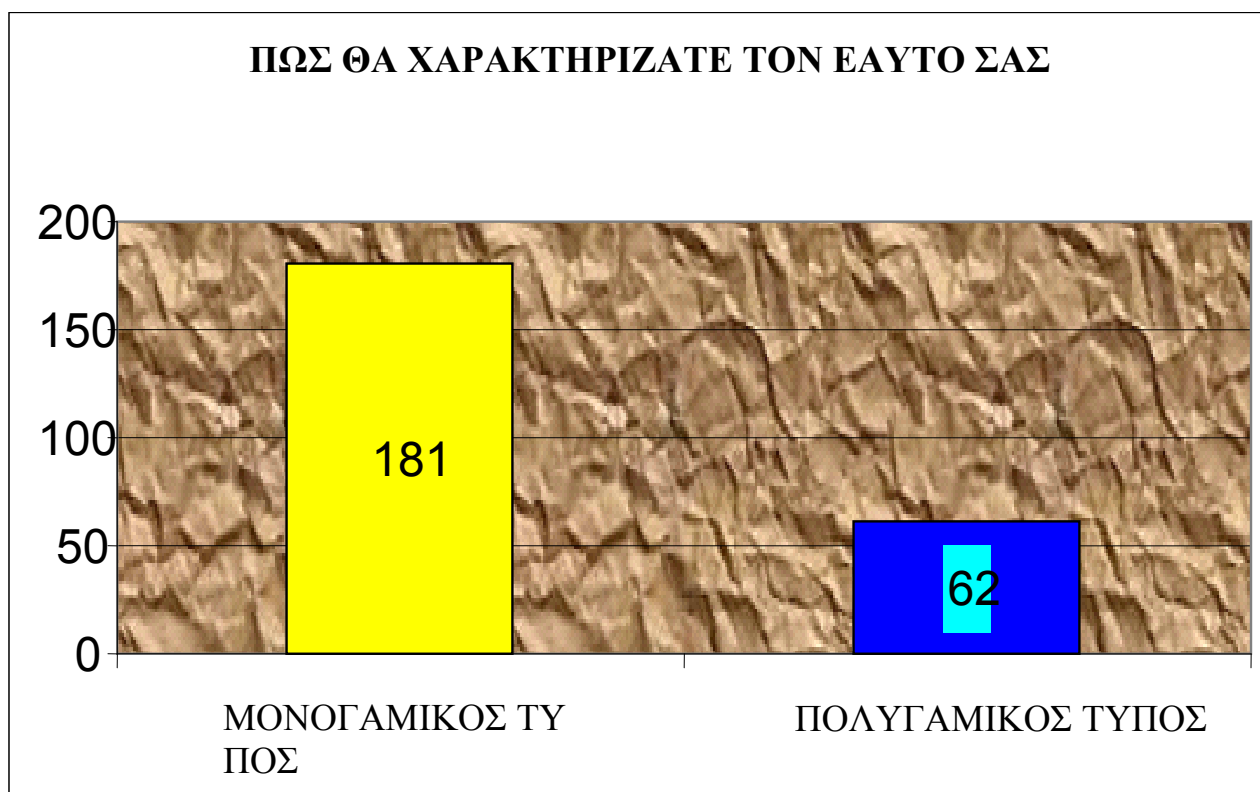
Φαίνεται επίσης ότι 35 κορίτσια από τα 77 (45,6%) έχουν ενεργή σεξουαλική ζωή μέχρι τα 15. 53 αγόρια (63,3 %) στην ηλικία από 13 έως 15 απάντησαν θετικά, δηλαδή 2 στα 3 αγόρια περίπου, ξεκινούν τη σεξουαλική επαφή μέχρι τα 15.

Από την άλλη πλευρά για τις ηλικίες 16 έως 18, 42 κορίτσια απάντησαν θετικά (54,4%). Τα αγόρια στις αντίστοιχες ηλικίες είναι 31 (36,7%) .Συμπερασματικά , φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των αγοριών στο δείγμα μας ξεκινούν πριν τα 15 τους να έχουν σεξουαλική επαφή, ενώ τα κορίτσια στο μεγαλύτερο ποσοστό τους ξεκινούν μετά τα 15

**ΠΙΝΑΚΑΣ 6: Κατανομή των μαθητών σε σχέση με το χαρακτηριστικό «μονογαμικός πολυγαμικός τύπος»**

<b>ΠΩΣ ΘΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΖΕΤΕ ΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΣΑΣ</b>		
	<b>ΜΑΘΗΤΕΣ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>
Μονογαμικός τύπος	181	74,4%
Πολυγαμικός τύπος	62	25,6 %

**ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6**



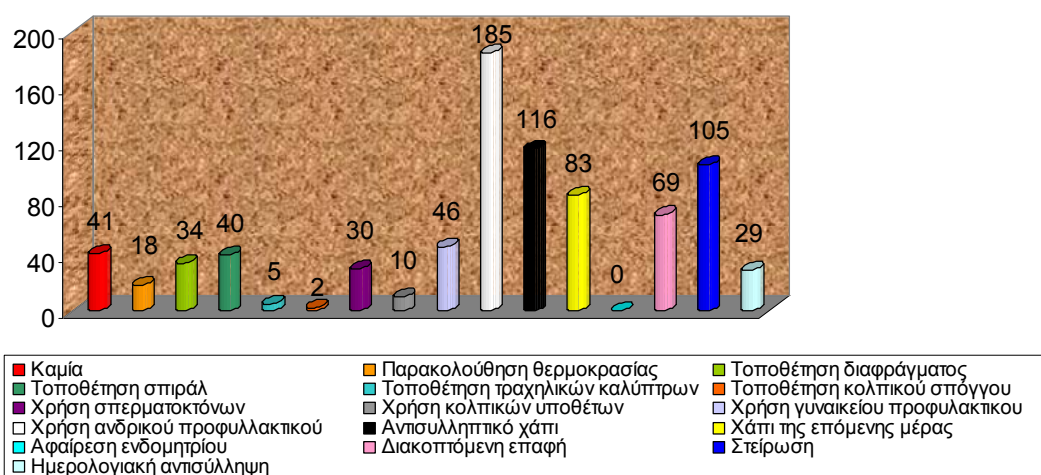
Αν και σε προηγούμενο πίνακα φαίνεται ότι οι έφηβοι της περιοχής Ηρακλείου έχουν σεξουαλική σχέση από μικρή σχετικά ηλικία, σημαντικό είναι το γεγονός ότι (πίνακα 6) το 74,4 % των εφήβων παρουσιάζει τον εαυτό του ως μονογαμικό τύπο. Υπάρχει δηλαδή έντονα το συναισθηματικό στοιχείο σ' αυτή την ηλικία που «δένει» τους εφήβους.

## ΠΙΝΑΚΑΣ 7: Οι μέθοδοι αντισύλληψης που γνωρίζουν οι έφηβοι

ΠΟΙΕΣ ΜΕΘΟΔΟΥΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ		
	ΜΑΘΗΤΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Καμία	41	16,8%
Παρακολούθηση θερμοκρασίας	18	7,4 %
Τοποθέτηση διαφράγματος	34	13,9 %
Τοποθέτηση σπιράλ	40	16,4 %
Τοποθέτηση τραχηλικών καλύπτρων	5	2,05 %
Τοποθέτηση κοιλιακού σπόγγου	2	0,8 %
Χρήση σπερματοκτόνων	30	12,3 %
Χρήση κοιλιακών υποθέτων	10	4,1 %
Χρήση γυναικείου προφυλακτικού	46	18,9 %
Χρήση ανδρικού προφυλακτικού	185	76,13%
Αντισυλληπτικό χάπι	116	47,7 %
Χάπι της επόμενης μέρας	83	34,15%
Αφαίρεση ενδομητρίου	0	0 %
Διακοπτόμενη επαφή	69	28,3 %
Στείρωση	105	43,2 %
Ημερολογιακή αντισύλληψη	29	11,9 %

### ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 7

ΠΟΙΕΣ ΜΕΘΟΔΟΥΣ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ;



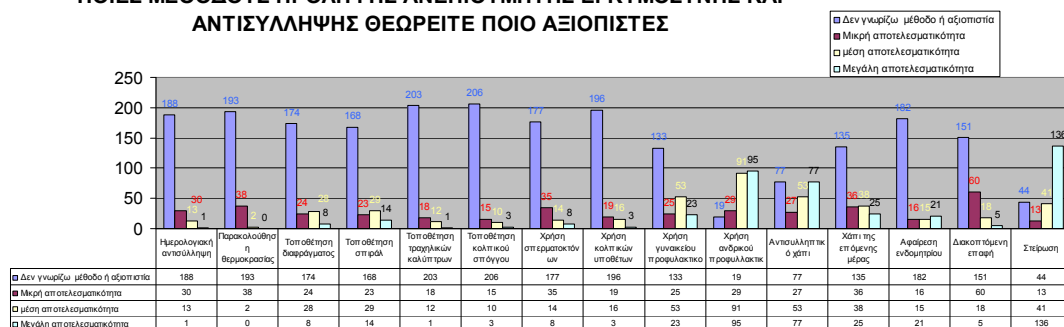
Σύμφωνα με το παραπάνω διάγραμμα οι τρεις σημαντικότερες μέθοδοι πρόληψης ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και αντισύλληψης που αναφέρουν οι μαθητές ότι γνωρίζουν είναι 1) η χρήση ανδρικού προφυλακτικού (76,13 %), 2) το αντισυλληπτικό χάπι (47,7 %) και 3) το χάπι της επόμενης μέρας (34,15 %). Αξίζει επίσης να αναφερθεί ότι 41 μαθητές απάντησαν ότι δεν γνωρίζουν καμία αντισυλληπτική μέθοδο.

## ΠΙΝΑΚΑΣ 8: Μέθοδοι που θεωρούν οι έφηβοι ως πιο αξιόπιστες

ΠΟΙΕΣ ΜΕΘΟΔΟΥΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΠΙΟ ΑΞΙΟΠΙΣΤΗ	1(δεν γνωρίζω μέθοδο ή αξι-οπιστία)	2 (μικρή α-ποτελεσματι-κότητα)	3 (μέση α-ποτελεσμα-τικότητα)	4 (μεγάλη αποτελεσμα-τικότητα)
ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΘΕΡΜΟ-ΚΡΑΣΙΑΣ	200 (82,3%)	41 (16,8%)	2 (0,9%)	0 (0%)
ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΔΙΑΦΡΑΓΜΑ-ΤΟΣ	174 (71,6%)	32 (13,1%)	28 (11,5%)	9 (3,8%)
ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΣΠΙΡΑΛ	172 (70,7%)	24 (9,8%)	29 (11,9%)	18 (7,6%)
ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΤΡΑΧΗΛΙΚΩΝ ΚΑΛΥΠΤΡΩΝ	212 (87,2%)	18 (7,4%)	12 (4,9%)	1 (0,5%)
ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΚΟΛΠΙΚΟΥ ΣΠΟΓΓΟΥ	206 (84,7%)	15 (6,1%)	19 (7,8%)	3 (1,4%)
ΧΡΗΣΗ ΣΠΕΡΜΑΤΟΚΤΟΝΩΝ	177 (72,8%)	35 (13,1%)	23 (9,4%)	8 (4,7%)
ΧΡΗΣΗ ΚΟΛΠΙΚΩΝ ΥΠΟΘΕ-ΤΩΝ	200 (82,3%)	19 (7,8%)	20 (8,2%)	4 (1,7%)
ΧΡΗΣΗ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΥ ΠΡΟΦΥ-ΛΑΚΤΙΚΟΥ	133 (54,7%)	34 (13,9%)	53 (21,8%)	23 (9,6%)
ΧΡΗΣΗ ΑΝΔΡΙΚΟΥ ΠΡΟΦΥ-ΛΑΚΤΙΚΟΥ	19 (7,8%)	29 (11,9%)	91 (37,4%)	104 (42,9%)
ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΟ ΧΑΠΙ	77 (31,6%)	27 (11,1%)	53 (21,8%)	86 (35,5%)
ΧΑΠΙ ΤΗΣ ΕΠΟΜΕΝΗΣ ΜΕΡΑΣ	115 (47,3%)	38 (15,6%)	27 (11,1%)	63 (26%)
ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΥ	243 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
ΔΙΑΚΟΠΤΟΜΕΝΗ ΕΠΑΦΗ	151 (62,1%)	60 (24,6%)	18 (7,4%)	14 (5,9%)
ΣΤΕΙΡΩΣΗ	40 (16,4%)	13 (5,3%)	41 (16,8%)	149 (61,5%)
ΗΜΕΡΟΛΟΓΙΑΚΗ ΑΝΤΙΣΥΛ-ΛΗΨΗ	185 (76,1%)	30 (12,3%)	24 (9,9%)	4 (1,7%)

### ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8

ΠΟΙΕΣ ΜΕΘΟΔΟΥΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΠΙΟ ΑΞΙΟΠΙΣΤΕΣ

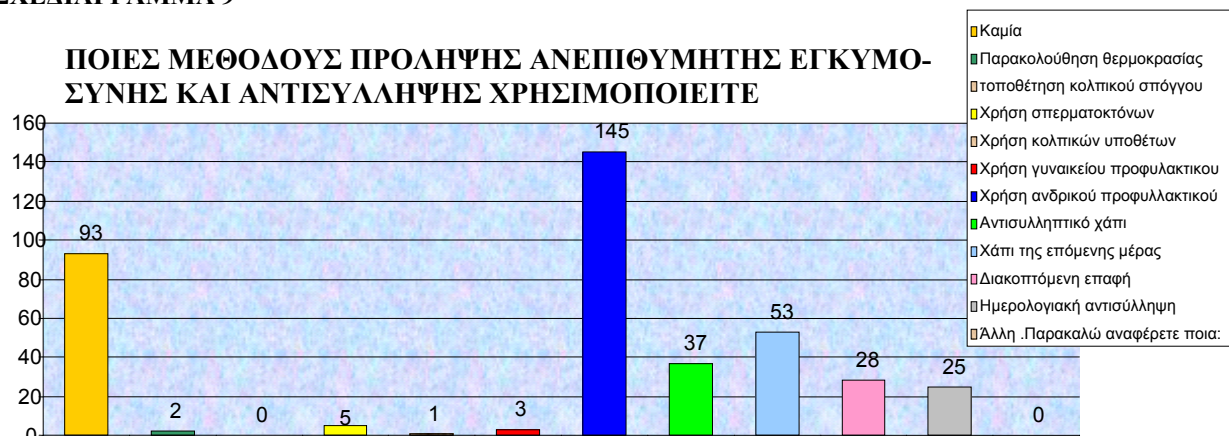


Τα αποτελέσματα που εκρέουν από το διάγραμμα 7 είναι ότι η μεγαλύτερη πλειοψηφία του δείγματος, 149 άτομα, θεωρεί ορθώς ως πιο αξιόπιστη μέθοδο αντισύλληψης την στείρωση, την οποία ακολουθεί η χρήση του ανδρικού προφυλακτικού με 104 άτομα να πιστεύουν σε αυτήν. Επίσης παρατηρείται η χαμηλότερη αξιοπιστία στις μεθόδους παρακολούθησης πιστεύοντας σε αυτό 200 άτομα και στην διακοπτόμενη επαφή 151 άτομα.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 9: Μέθοδοι πρόληψης ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και αντισύλληψης που χρησιμοποιούν οι έφηβοι**

<b>ΠΟΙΕΣ ΜΕΘΟΔΟΥΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΕΙΤΕ</b>		
	<b>ΜΑΘΗΤΕΣ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>
ΚΑΜΙΑ	93	57,7 %
ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΘΕΡΜΟΚΡΑΣΙΑΣ	2	1,2 %
ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΔΙΑΦΡΑΓΜΑΤΟΣ	0	0 %
ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΣΠΙΡΑΛ	0	0 %
ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΤΡΑΧΥΛΙΚΩΝ ΚΑΛΥΠΤΡΩΝ	0	0 %
ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΚΟΛΠΙΚΟΥ ΣΠΟΓΓΟΥ	0	0 %
ΧΡΗΣΗ ΣΠΕΡΜΑΤΟΚΤΟΝΩΝ	5	3,1 %
ΧΡΗΣΗ ΚΟΛΠΙΚΩΝ ΥΠΟΘΕΤΩΝ	1	0,6 %
ΧΡΗΣΗ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΥ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟΥ	3	1,8 %
ΧΡΗΣΗ ΑΝΔΡΙΚΟΥ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟΥ	145	90 %
ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΟ ΧΑΠΙ	37	22,9 %
ΧΑΠΙ ΤΗΣ ΕΠΟΜΕΝΗΣ ΜΕΡΑΣ	53	32,9 %
ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΥ	0	0 %
ΔΙΑΚΟΠΤΟΜΕΝΗ ΕΠΑΦΗ	28	17,3 %
ΣΤΕΙΡΩΣΗ	0	0 %
ΗΜΕΡΟΛΟΓΙΑΚΗ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ	25	15,5 %

**ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 9**



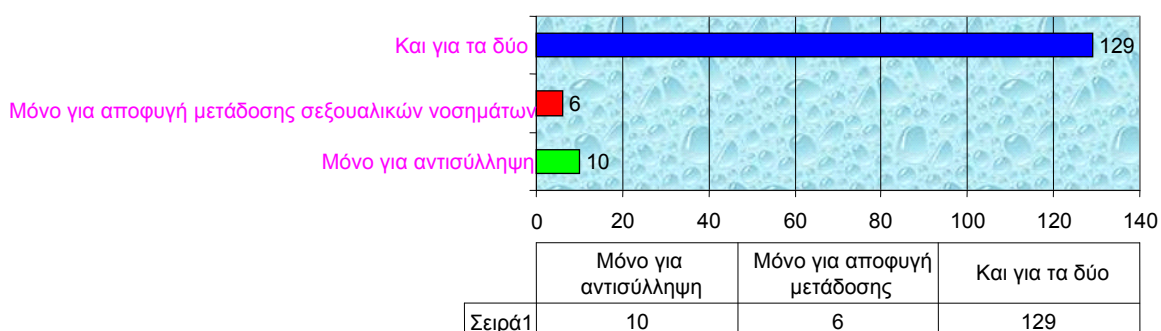
Σύμφωνα με τον πίνακα 9, 145 μαθητές του δείγματος μας χρησιμοποιούν ως μέτρο αντισύλληψης τη χρήση ανδρικού προφυλακτικού, ακολουθούν 53 χρησιμοποιώντας το χάπι της επόμενης ημέρας, το δε αντισυλληπτικό χάπι το χρησιμοποιούν ως μέσο αντισύλληψης μόνο 37 άτομα και ακολουθούν η διακεκομμένη επαφή και η ημερολογιακή αντισύλληψη. Αξιοσημείωτο και τραγικό είναι το γεγονός ότι 93 έφηβοι δεν χρησιμοποιούν καμία αντισυλληπτική προστασία στις επαφές τους.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 10: Αναφερόμενος λόγος χρήσης προφυλακτικού**

ΑΝ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΕΙΤΕ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟ ΓΙΑ ΠΙΟ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΛΟΓΟΥΣ ΤΟ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΕΙΤΕ		
	ΜΑΘΗΤΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ	10	6,8 %
ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΑΠΟ ΦΥΓΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΝ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ	6	4,3 %
ΚΑΙ ΓΙΑ ΤΑ ΔΥΟ	129	88,9 %

**ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 10**

**Αν χρησιμοποιείτε προφυλακτικό, για ποιους απο τους παρακάτω λόγους το χρησιμοποιείτε;**



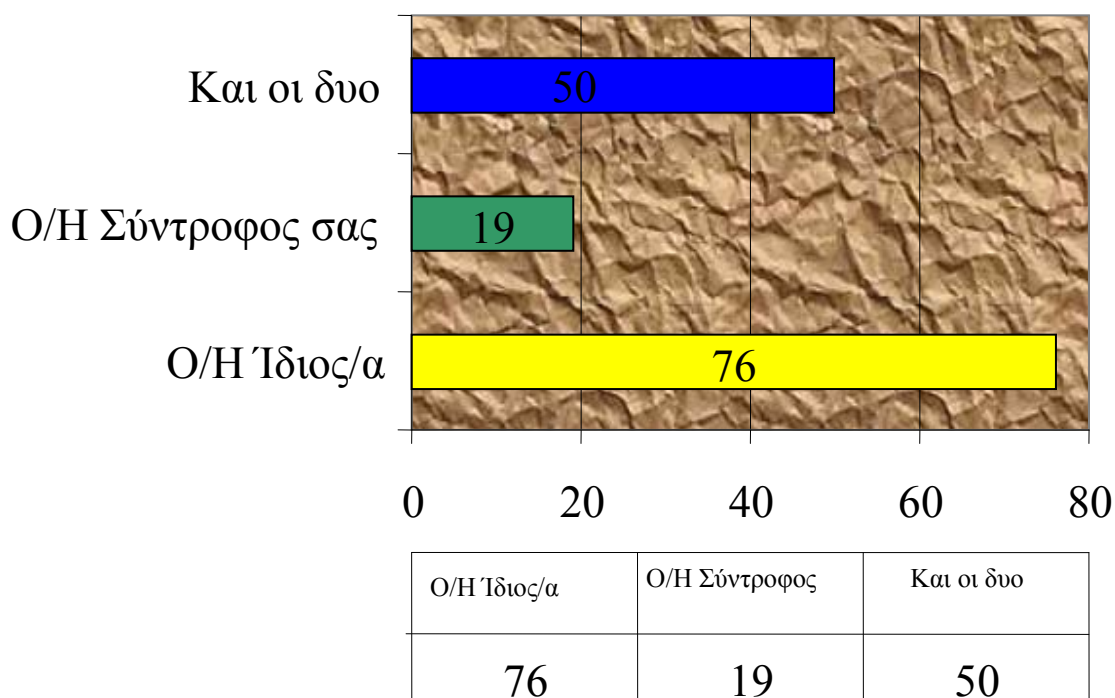
Από τον πίνακα 10 διακρίνουμε ότι τα περισσότερα άτομα που χρησιμοποιούν προφυλακτικό (145 άτομα) το χρησιμοποιούν όχι μόνο για αντισύλληψη αλλά και για προστασία από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. 38 άτομα του δείγματός μας το χρησιμοποιεί μόνο για αντισύλληψη, μη γνωρίζοντας προφανώς, τη δυνατότητα που παρέχει για αποφυγή σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων.

### ΠΙΝΑΚΑΣ 11: Εφοδιασμός προφυλακτικού

ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΕΙΤΕ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟ ΤΟ ΠΡΟΜΗΘΕΥΕ- ΣΤΕ		
	ΜΑΘΗΤΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Ο/Η ΙΔΙΟΣ/Α	76	52,4 %
Ο/Η ΣΥΝΤΡΟΦΟΣ ΣΑΣ	19	13,2 %
ΚΑΙ ΟΙ ΔΥΟ	50	34,4 %

### ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 11

#### ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΕΙΤΕ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟ ΤΟ ΠΡΟΜΗΘΕΥΕΣΤΕ:



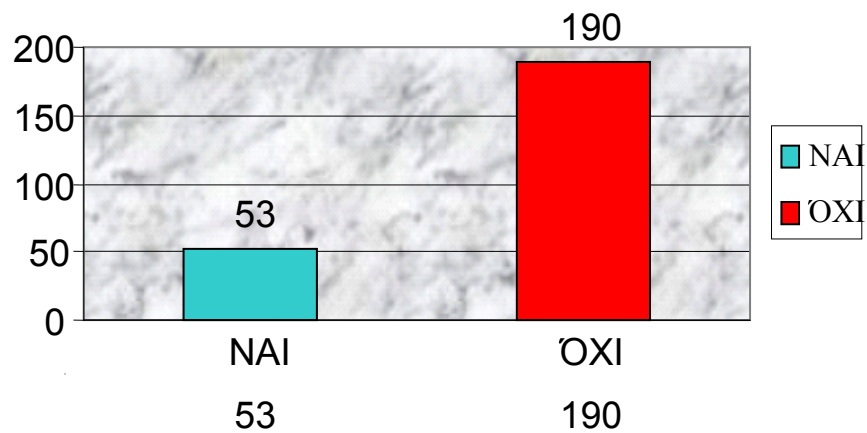
Σύμφωνα με τα στοιχεία του πίνακα 11 αντιλαμβανόμαστε ότι από τα 145 άτομα που χρησιμοποιούν προφυλακτικό τα 76 άτομα το προμηθεύονται μόνοι τους ή και οι δύο ενδιαφέρονται για αυτό. Αυτό σημαίνει ότι οι έφηβοι δίνουν σημαντικό ρόλο στην αντισύλληψη και δεν επαναπαύονται στον σύντροφο τους.

## ΠΙΝΑΚΑΣ 12: Χρήση χαπιού της επόμενης μέρας

ΕΧΕΤΕ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΕΙ ΠΟΤΕ ΤΟ ΧΑΠΙ ΤΗΣ ΕΠΟΜΕΝΗΣ ΜΕΡΑΣ;		
	ΜΑΘΗΤΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	53	21,8 %
ΟΧΙ	190	78,2 %

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 12

### ΕΧΕΤΕ ΠΟΤΕ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΕΙ ΤΟ ΧΑΠΙ ΤΗΣ ΕΠΟΜΕΝΗΣ ΜΕΡΑΣ ;



Στον 12ο πίνακα που αναφέρετε στο χάπι της επόμενης μέρας απεικονίζεται ένα 21,8% να έχει πραγματοποιήσει λήψη του χαπιού της επόμενης μέρας τουλάχιστον μια φορά στην ζωή του. Πρέπει να επισημανθεί ότι το χάπι της επόμενης μέρας δεν είναι μέθοδος αντισύλληψης αλλά αποφυγή εγκυμοσύνης και η λήψη του από τους έφηβους οφείλεται στην ελλιπή τους ενημέρωση.

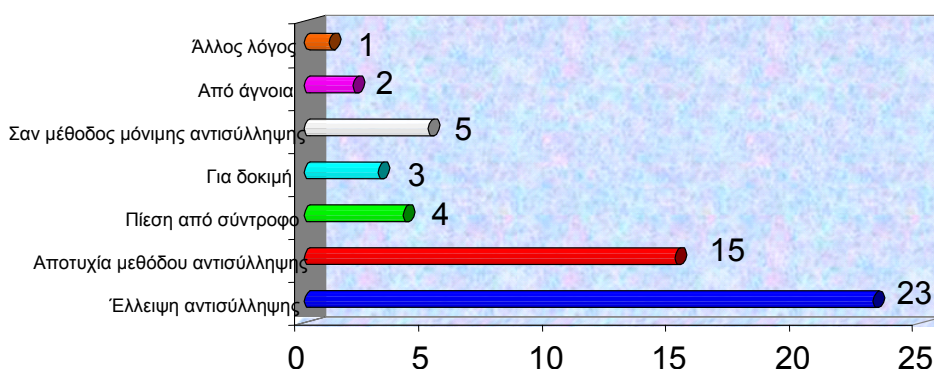


### ΠΙΝΑΚΑΣ 13: Αιτίες λήψης χαπιού της «επόμενης μέρας»

ΠΟΙΟΣ ΗΤΑΝ Ο ΛΟΓΟΣ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΑΤΕ ΤΟ ΧΑΠΙ ΤΗΣ ΕΠΟΜΕΝΗΣ ΜΕΡΑΣ		
	ΜΑΘΗΤΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΕΛΛΕΙΨΗ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ	23	43,4 %
ΑΠΟΤΥΧΙΑ ΜΕΘΟΔΟΥ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ	15	28,3 %
ΠΙΕΣΗ ΑΠΟ ΣΥΝΤΡΟΦΟ	4	7,5 %
ΓΙΑ ΔΟΚΙΜΗ	3	5,7 %
ΣΑΝ ΜΕΘΟΔΟ ΜΟΝΙΜΗΣ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ	5	9,4 %
ΑΠΟ ΑΓΝΟΙΑ	2	3,8 %
ΑΛΛΟΣ ΛΟΓΟΣ	1	1,9 %

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 13

### ΠΟΙΟΣ ΗΤΑΝ Ο ΛΟΓΟΣ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΑΤΕ ΤΟ ΧΑΠΙ ΤΗΣ ΕΠΟΜΕΝΗΣ ΜΕΡΑΣ;

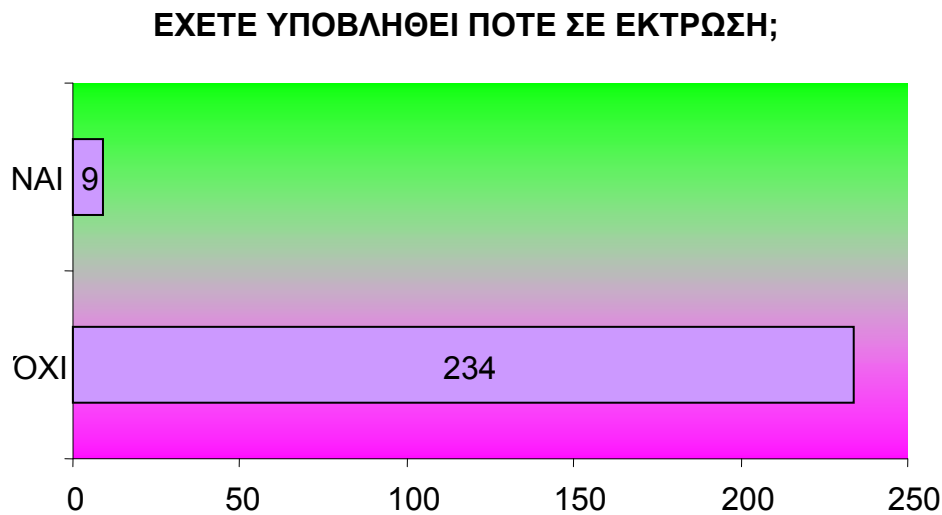


Συγκρίνοντας τα στοιχεία του πίνακα 12 με του πίνακα 13 αντιλαμβανόμαστε ότι από τα 53 άτομα που έκαναν χρήση του χαπιού της επόμενης ημέρας, τα 23 ήταν λόγω έλλειψης αντισύλληψης και τα 15 άτομα λόγω αποτυχίας μεθόδου αντισύλληψης. Το αξιοσημείωτο γεγονός που φαίνεται από το διάγραμμα είναι ότι το χάπι της επόμενης μέρας χρησιμοποιείται από μικρή ευτυχώς ομάδα ατόμων σαν αντισυλληπτική μέθοδο και όχι ως επείγουσα αντισύλληψη. Επίσης αναφέρθηκε σαν λόγος λήψης του αντισυλληπτικού χαπιού η αγνοία, η περιέργεια των εφήβων προς αυτό ακόμα και λόγω πίεσης από το σύντροφο για μία τυχόν εγκυμοσύνη.

#### ΠΙΝΑΚΑΣ 14: Καταγραφή εκτρώσεων

ΕΧΕΤΕ ΥΠΟΒΛΗΘΕΙ ΠΟΤΕ ΣΕ ΕΚΤΡΩΣΗ;		
	ΜΑΘΗΤΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	9	3,7 %
ΟΧΙ	234	96,3 %

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 14



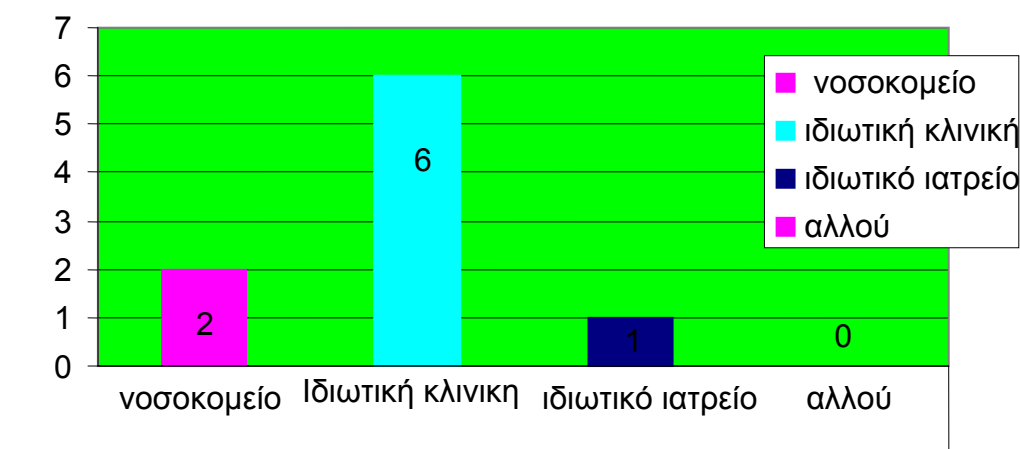
Εννέα άτομα έχουν υποβληθεί σε έκτρωση, γεγονός σημαντικό αν λάβουμε υπόψιν ότι εδώ αναφερόμαστε σε μία χειρουργική επέμβαση με πολλές σοβαρές επιπλοκές, τόσο σωματικές όσο και ψυχικές, ειδικά στα άτομα αυτής της ηλικίας, και όχι ως μια απλή μέθοδο πρόληψης μίας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 15: Μέρος που έγινε η έκτρωση**

ΑΝ ΑΠΑΝΤΗΣΕΤΕ ΝΑΙ ΑΥΤΗ ΕΓΙΝΕ:		
	ΜΑΘΗΤΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	2	22,2 %
ΣΕ ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	6	66,6 %
ΣΕ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ	1	11,2 %

**ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 15**

**ΠΟΥ ΕΓΙΝΕ Η ΕΚΤΡΩΣΗ;**



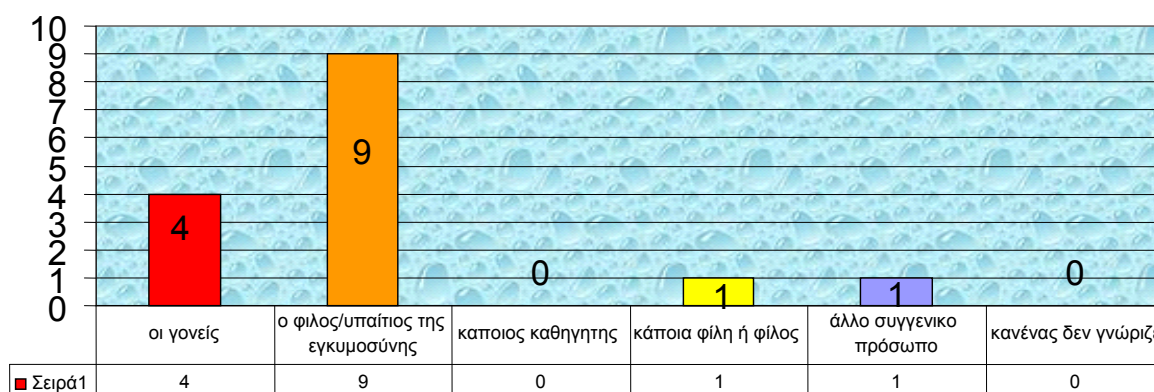
Στον πίνακα 15 φαίνεται ότι οι περισσότερες εκτρώσεις (6, 6,66%) έχουν γίνει σε ιδιωτική κλινική. Είναι προφανής η προτίμηση διαχείρισης του θέματος από μία ιδιωτική κλινική παρά ένα δημόσιο νοσοκομείο πιθανόν για λόγους απορρήτου, αν και οι πραγματικοί λόγοι απαιτούν περαιτέρω έρευνα.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 16: Άτομο που ήταν ενημερωμένα για την έκτρωση**

ΠΟΙΟΣ ΗΤΑΝ ΕΝΗΜΕΡΟΣ ΑΥΤΗΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ		
	ΜΑΘΗΤΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΟΙ ΓΟΝΕΙΣ	4	44,4 %
Ο ΦΙΛΟΣ / ΥΠΑΙΤΙΟΣ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ	9	100 %
ΚΑΠΟΙΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ	0	0 %
ΚΑΠΟΙΑ ΦΙΛΗ Ή ΦΙΛΟΣ	1	11,1%
ΑΛΛΟ ΣΥΓΓΕΝΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΟ	1	11,1 %
ΚΑΝΕΝΑΣ ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΕ	0	0 %

**ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 16**

**ΠΟΙΟΣ ΗΤΑΝ ΕΝΗΜΕΡΟΣ ΑΥΤΗΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ;**



Συγκρίνοντας τον πίνακα 14 με τα δεδομένα του πίνακα 16 τα αποτελέσματα που προκύπτουν είναι ότι και στις 9 περιπτώσεις έκτρωσης ο υπαίτιος αυτής της κατάστασης ήταν ενημερος και μόνο 4 παιδιά είχαν μιλήσει για αυτό το πρόβλημα στους γονείς τους. Οι έφηβοι ευτυχώς μοιράζονται την ανησυχία τους και το αναφέρουν σε κάποιο άτομο χωρίς να περιλαμβάνονται σε αυτούς οι καθηγητές.

### ΠΙΝΑΚΑΣ 17: Επαρκής ενημέρωση αντισύλληψης

ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΥΠΑΡΧΕΙ ΕΠΑΡΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ		
	ΜΑΘΗΤΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	34	13,9 %
ΟΧΙ	209	86,1 %

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 17

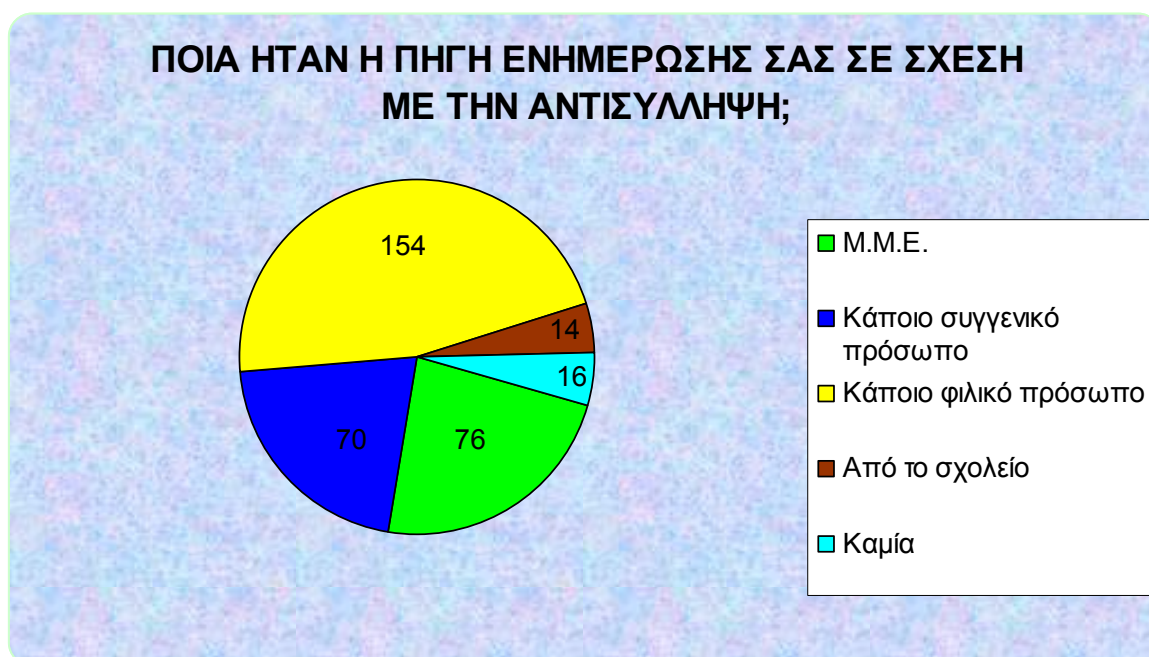


Είναι ξεκάθαρο στο διάγραμμα του πίνακα 17 ότι οι έφηβοι αναγνωρίζουν το σοβαρό πρόβλημα της έλλειψης σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης στα σχολεία αναφέροντας ότι δεν είναι επαρκώς ενημερωμένοι σε ποσοστό 86,1 % κρατώντας τους στο σκοτάδι της παραπληροφόρησης.

### ΠΙΝΑΚΑΣ 18: Πηγή ενημέρωσης για την αντισύλληψη

ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΠΗΓΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΣΑΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΑΝΤΙ-ΣΥΛΛΗΨΗ		
	ΜΑΘΗΤΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΜΙΑ	16	11,2 %
Μ.Μ.Ε.	76	31,2 %
ΚΑΠΟΙΟ ΦΙΛΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΟ	70	28,8 %
ΚΑΠΟΙΟ ΣΥΓΓΕΝΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΟ	154	63,3 %
ΑΠΟ ΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ	14	5,7 %

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 18

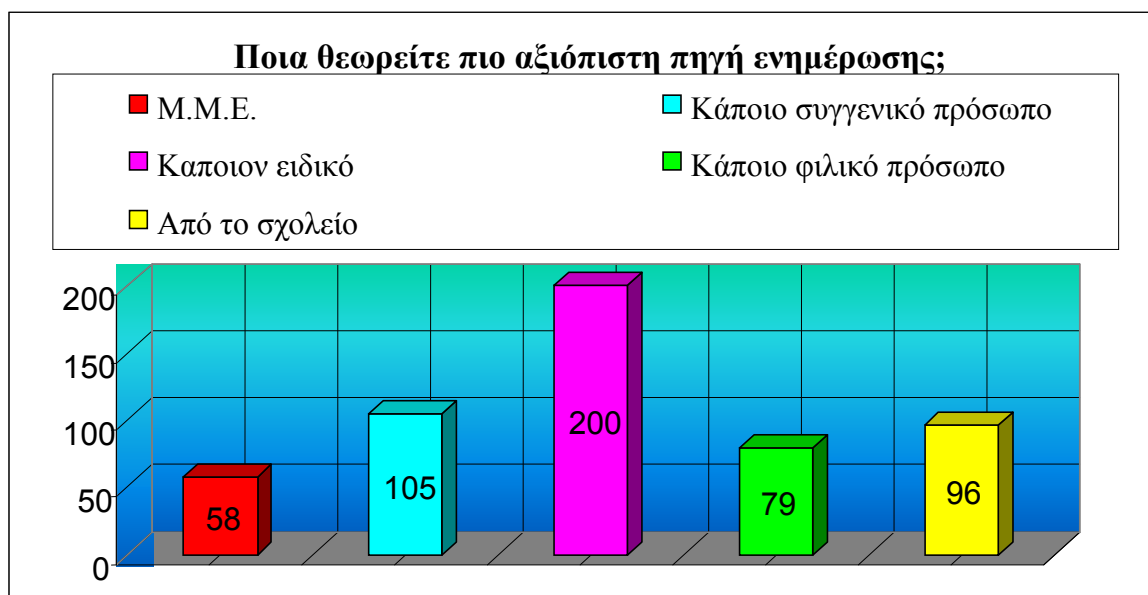


Είναι ξεκάθαρο ότι κύρια πηγή ενημέρωσης των εφήβων πάνω στο θέμα σε ποσοστό 63,3 είναι κάποιο συγγενικό πρόσωπο, το 31,2% τα Μ.Μ.Ε. και μόλις το 6,5% είχε κάποια ενημέρωση από το σχολείο. Το υπόλοιπο ποσοστό είχε σαν πηγή ενημέρωσης κάποιο φιλικό πρόσωπο και αναφερόμαστε στο 29% του δείγματός μας.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 19: Αξιόπιστη πηγή ενημέρωσης**

<b>ΠΟΙΑ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΠΙΟ ΑΞΙΟΠΙΣΤΗ ΠΗΓΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ</b>		
	<b>ΜΑΘΗΤΕΣ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>
Μ.Μ.Ε.	58	23,8 %
ΚΑΠΟΙΟ ΦΙΛΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΟ	79	32,5 %
ΚΑΠΟΙΟ ΣΥΓΓΕΝΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΟ	105	43,2 %
ΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ	96	39,5 %
ΚΑΠΟΙΟΝ ΕΙΔΙΚΟ	200	82,3 %

**ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 19**

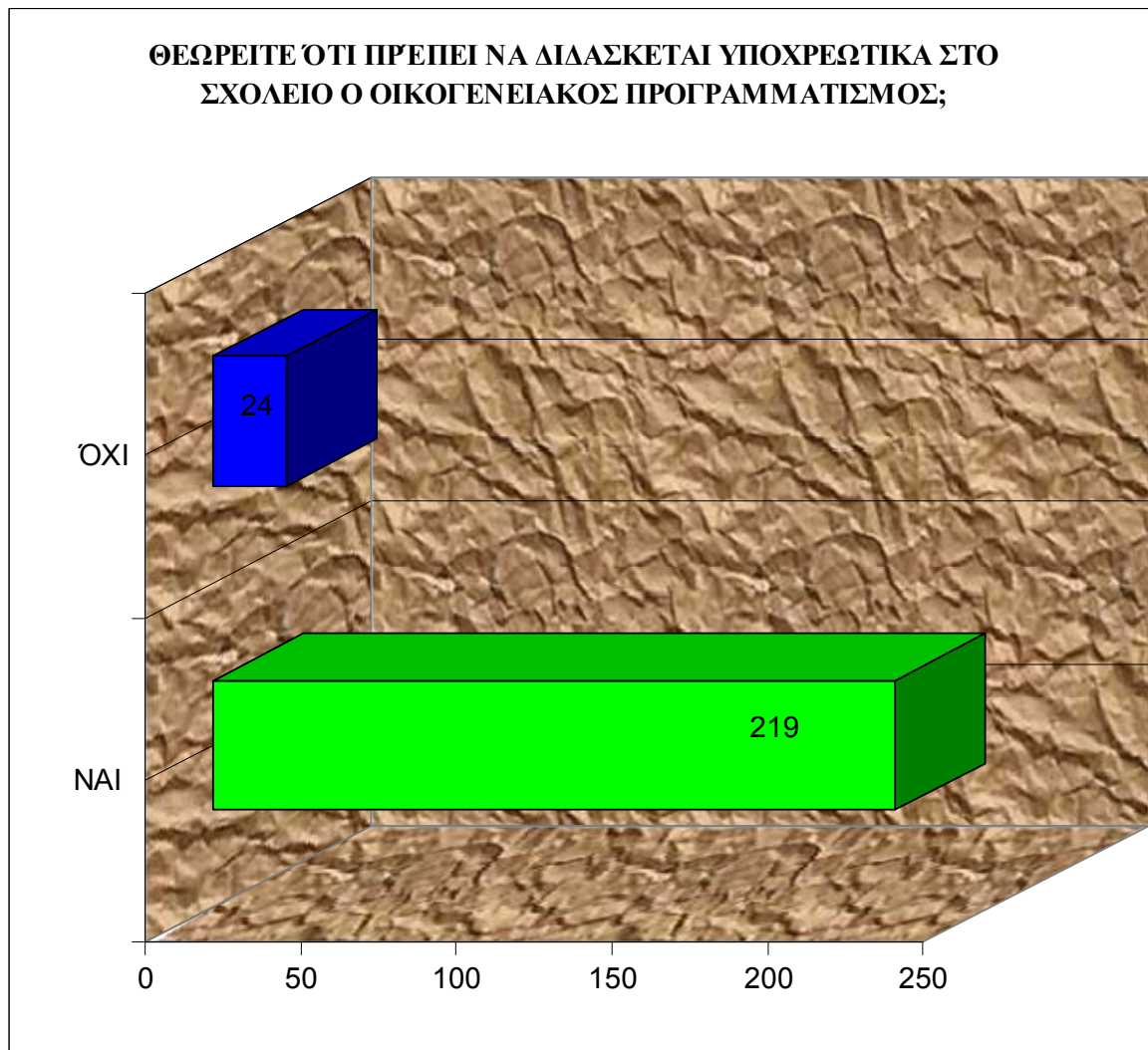


Σύμφωνα με τον πίνακα 19 οι έφηβοι αναγνωρίζουν ότι πιο αξιόπιστη πηγή ενημέρωσης για την αντισύλληψη είναι κάποιος ειδικός σε αριθμό που αντιπροσωπεύει 200 ερωτηθέντες από το σύνολό τους, αμέσως μετά στρέφονται σε κάποιο συγγενικό πρόσωπο (105 ερωτηθέντων) του δείγματος. Τελευταία επιλογή αξιόπιστης πηγής εμφανίζονται τα Μ.Μ.Ε. με μόλις 58 άτομα να τα θεωρούν αξιόπιστα. Πρέπει να αναφερθεί βέβαια ότι και το σχολείο θεωρείται σύμφωνα με το διάγραμμα 19 αξιόπιστη πηγή ενημέρωσης όπως και κάποιο φιλικό τους πρόσωπο. Σε σύγκριση με τον πίνακα 18 φαίνεται ότι παρ' όλο που θεωρούν πιο αξιόπιστη πηγή κάποιον ειδικό η κύρια πηγή ενημέρωσης τους ήταν κάποιο συγγενικό πρόσωπο σε ποσοστό 63,3 % και αμέσως μετά σε ποσοστό 28,8 % κάποιο φιλικό πρόσωπο που όπως φαίνεται από το πίνακα 19 το θεωρούν πιο αξιόπιστη πηγή ενημέρωσης το 32,5 % του δείγματος.

## ΠΙΝΑΚΑΣ 20: Οικογενειακός προγραμματισμός στο σχολείο

ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΔΙΔΑΣΚΕΤΑΙ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΑ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ Η ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ ΚΑΙ Ο ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ;		
	ΜΑΘΗΤΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	219	90,1 %
ΟΧΙ	24	9,9 %

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 20



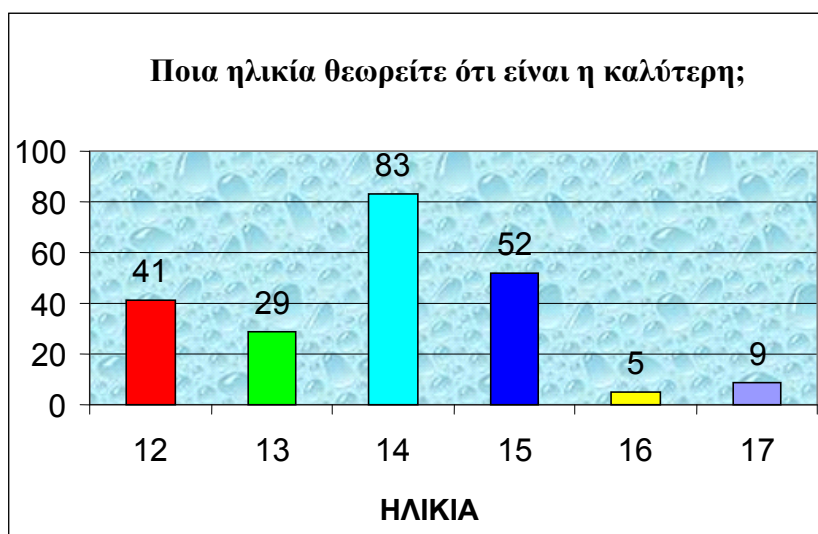
Η αναγνώριση των εφήβων του προβλήματος της έλλειψης σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης σε αυτούς γίνεται αισθητή από τα στοιχεία του πίνακα 17. Στο πίνακα 20 φαίνεται ότι η συντριπτική πλειοψηφία των εφήβων (90,1 %) ζητούν την υποχρεωτική διδασκαλία της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης.



**ΠΙΝΑΚΑΣ 21: Ηλικία έναρξης σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης**

ΑΝ ΑΠΑΝΤΗΣΕΤΕ ΝΑΙ ΠΟΙΑ ΗΛΙΚΙΑ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΚΑΛΥΤΕΡΗ		
	ΜΑΘΗΤΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΗΛΙΚΙΑ 12 ΕΤΩΝ	41	18,7 %
ΗΛΙΚΙΑ 13 ΕΤΩΝ	29	13,2 %
ΗΛΙΚΙΑ 14 ΕΤΩΝ	83	37,8 %
ΗΛΙΚΙΑ 15 ΕΤΩΝ	52	23,7 %
ΗΛΙΚΙΑ 16 ΕΤΩΝ	5	2,5 %
ΗΛΙΚΙΑ 17 ΕΤΩΝ	9	4,1 %

**ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 21**

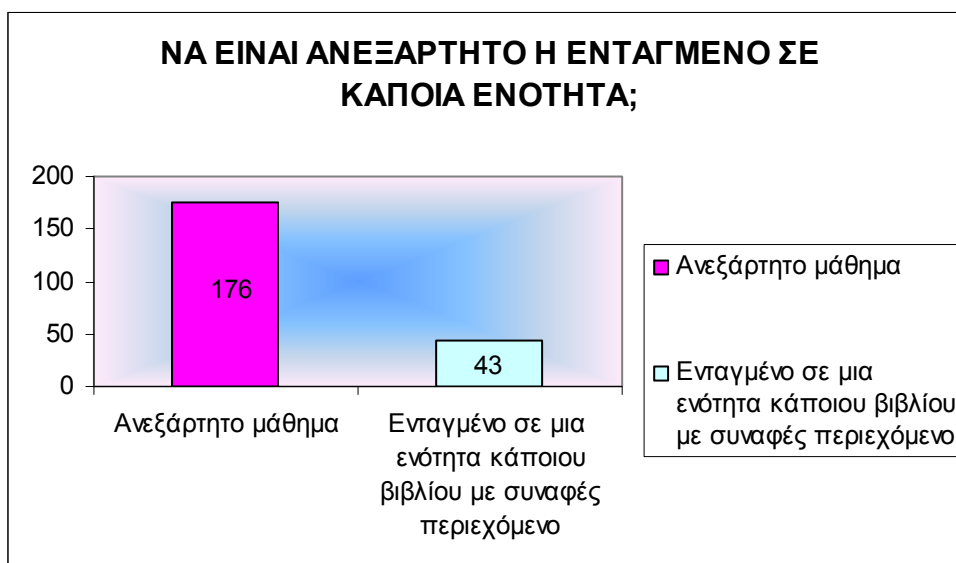


Κοιτώντας ταυτόχρονα τον πίνακα 18 και 19 καταλαβαίνουμε ότι οι έφηβοι όχι μόνο ζητούν να διδάσκεται η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση αλλά την ζητάνε και σε πολύ μικρή ηλικία που όμως αυτοί θεωρούν κατάλληλη. Το 37,8 % ζητάει να αρχίσει το παιδί την σεξουαλική διαπαιδαγώγηση από την ηλικία των 14 ετών, η ηλικία αυτή είναι καταλληλότερη για τους μαθητές του Ηρακλείου γιατί όπως φαίνεται και στο πίνακα 5 τα άτομα που είχαν ενεργή σεξουαλική ζωή μέχρι τα 15 είναι 54,6 %. Αμέσως επόμενο ποσοστό είναι το 23,7 % που πιστεύει ότι η κατάλληλη ηλικία για την έναρξη της διαπαιδαγώγησης είναι η ηλικία των 15 ετών. Ακολουθεί η ηλικία των 12 ετών με ποσοστό υποστήριξης 18,7 %.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 22: Διδασκαλία οικογενειακού προγραμματισμού**

<b>ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΙΝΑΙ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΟ ΜΑΘΗΜΑ Η ΝΑ ΑΠΟΤΕΛΕΙ ΕΝΟΤΗΤΑ ΣΕ ΠΑΡΕΜΦΕΡΗ ΜΑΘΗΜΑΤΑ</b>		
	<b>ΜΑΘΗΤΕΣ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>
ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΟ ΜΑΘΗΜΑ	176	80,3 %
ΕΝΤΑΓΜΕΝΟ ΣΕ ΜΙΑ ΕΝΟΤΗΤΑ ΚΑΠΟΙΟΥ ΒΙΒΛΙΟΥ ΜΕ ΣΥΝΑΦΕΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ	43	19,7 %

**ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 22**



Αναλύοντας τα δεδομένα του πίνακα 22 και συγκρίνοντας τα με τους πίνακες 21 και 20 καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι η πλειοψηφία των ερωτηθέντων μαθητών (176 μαθητές, 80,3 %) εκτός ότι θέλουν να αρχίσει από νωρίς η ενημέρωσή τους γύρω από το θέμα, προτιμούν να είναι και ένα ανεξάρτητο μάθημα.

# **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΠΕΡΑΙΤΕΡΩ ΕΡΕΥΝΑ**

## **9.1 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

- Τα 2/3 των 243 μαθητών λυκείου του δείγματος μας έχουν ενεργή σεξουαλική ζωή. Από αυτούς το 54,6 % έχει σεξουαλικές σχέσεις πριν από την ηλικία των 15 ετών, με κυρίαρχη ομάδα τα αγόρια (63,3 %). Τα κορίτσια σε μεγαλύτερο ποσοστό (54,4%) έχουν σεξουαλική επαφή μεταξύ 16-18 ετών
- Οι έφηβοι της μελέτης μας παρουσιάζουν τον εαυτό τους ως μονογαμικό τύπο, δείχνοντας ότι υπάρχει το συναισθηματικό στοιχείο που «ενώνει» τους έφηβους.
- Οι τρεις σημαντικότερες μέθοδοι πρόληψης της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και αντισύλληψης που αναφέρουν οι μαθητές ότι γνωρίζουν είναι:
  - i. Το ανδρικό προφυλακτικό (76,13 %)
  - ii. Το αντισυλληπτικό χάπι (47,7 %)
  - iii. Το χάπι της επόμενης μέρας (34,2 %)
- Οι έφηβοι γνωρίζουν τη χαμηλή αξιοπιστία των μεθόδων παρακολούθησης και της διακοπτόμενης επαφής αλλά υπάρχουν αρκετοί (41 άτομα) που δεν γνωρίζουν καμία αντισυλληπτική μέθοδο.
- Η πλειοψηφία των μαθητών που έχουν σεξουαλικές σχέσεις χρησιμοποιούν το ανδρικό προφυλακτικό το οποίο προμηθεύονται συνήθως οι ίδιοι ή και οι δύο έφηβοι ενδιαφέρονται γι' αυτό (86,8 %). Υπάρχει όμως ένας τραγικός αριθμός εφήβων (93 άτομα) που δεν χρησιμοποιούν καμία μέθοδο αντισυλληπτικής προστασίας.
- 21,8 % των εφήβων έχει χρησιμοποιήσει το χάπι της «επόμενης μέρας» που δεν είναι μέθοδος αντισύλληψης αλλά αποφυγής εγκυμοσύνης. Από αυτά τα 53 άτομα, τα 23 το χρησιμοποίησαν λόγω έλλειψης αντισύλληψης και τα 15 άτομα λόγω αποτυχίας της μεθόδου αντισύλληψης.
- 9 άτομα έχουν υποβληθεί σε έκτρωση, προτιμώντας κυρίως την ιδιωτική κλινική (66,6 %) για τη χειρουργική επέμβαση. Το αγόρι συνυπαίτιος της κατάστασης ήταν ενήμερος σε όλες τις περιπτώσεις, ενώ οι γονείς στο 50 % περίπου των περιπτώσεων.
- Οι έφηβοι αναγνωρίζουν το σοβαρό πρόβλημα της έλλειψης σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης (ποσοστό 86,1 %) και ζητούν την υποχρεωτική διδασκαλία του οικογενειακού προγραμματισμού στα σχολεία (90,1 %) ως ανεξάρτητο μάθημα (80,3 %). Αναγνωρίζουν επίσης τη σημασία του «ειδικού» στην σωστή ενημέρωσή τους γι'

αυτά τα θέματα, παρ' όλο που ενημέρωση τους γίνεται κυρίως από κάποιο συγγενικό πρόσωπο (63,3 %) και από τα Μ.Μ.Ε. (31,2 %).

## **9.2 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΠΕΡΑΙΤΕΡΩ ΕΡΕΥΝΑ**

Η πτυχιακή μας εργασία έδειξε με εύγλωττο τρόπο ότι οι έφηβοι έχουν ελλιπή σεξουαλική διαπαιδαγώγηση. Θέματα που θα μπορούσαν να ερευνηθούν σε μελλοντικές έρευνες είναι:

- i. Σε τι ποσοστό επιδρούν οι καθηγητές και τα βιβλία στην διαμόρφωση της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης εφήβων σε σχολείο Β' βάθμιας εκπαίδευσης;
- ii. Τα αποτελέσματα της έρευνας μας μπορούν να αποδειχτούν σε μια τυχαία δειγματοληψία σε περισσότερα σχολεία Β' βάθμιας εκπαίδευσης σε άλλες περιοχές του Ηρακλείου ή της Ελλάδος.
- iii. Με ποια μεθοδολογία θα μπορούσε να εισαχθεί ένα μάθημα σχέσεων των δύο φύλων στην Β' βάθμια εκπαίδευση και πιο θα ήταν το βέλτιστο περιεχόμενο του σε σχέση με τις ανάγκες των μαθητών;

# **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αλεξανδράκης Γ., "Οικογενειακός προγραμματισμός". Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο <http://www.body.gr/alex/index.html> (30/6/2007).
- Αλεξανδράκης Γ., "Αντισύλληψη στην Ελλάδα το πρόβλημα παραμένει". Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο <http://www.body.gr/alex/index.html> (5/7/2007).
- Αβραμίδης Ο., (1990). (Επιμ.) Ιατρική εγκυκλοπαίδεια της γυναίκας "Encyclopedia of pregnancy and birth" Αθήνα Εκδόσεις "ΑΛΚΥΩΝ".
- Βαρβόγλη Λ., (2001) "Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των εφήβων". Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://health.in.gr/news/article.asp?lngArticleID=31071> (26/02/2007).
- Δεληγεώρογλου Ε., Σαλάκος Ν., (2000) "Η αντισύλληψη στην εφηβεία" Θέματα μαιευτικής – γυναικολογίας 4: 373-375.
- Δερετζής Χ. , "Οικογενειακός προγραμματισμός" θέματα υγείας Εφημερίδα "Η-ΩΣ" 30/3/2002.
- Δημητριάδου Μ., "Τι είναι αντισύλληψη, τι δεν είναι, και άλλα ερωτήματα" Ιατρικά θέματα, Εφημερίδα "ΕΛΕΥΘΕΡΟΤΥΠΙΑ" 15/3/2005.
- Δημητριάδου Μ., "Σχετικά με την αντισύλληψη: Οι αλήθειες και τα ψέματα" Ιατρικά Εφημερίδα "ΘΕΜΑ" 8/5/2005.
- Κρεατσάς Κ., (1998). "Σύγχρονη γυναικολογία και μαιευτική" Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης.
- Κρετσάς Γ., Σαλάκος Ν., (2003) "Σεξουαλική αγωγή και σχέσεις των δυο φύλλων" Ελληνικά γράμματα, 154 – 174.
- Μιχαλάς Σ. Π, (2000). "Επίτομη μαιευτική και γυναικολογία" Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνος.
- Μπαγετάτος Γ., (2007). "Κυριότερες μέθοδοι αντισύλληψης". Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: [www.bagetakos.gr/birth.control/antisilipsi.html](http://www.bagetakos.gr/birth.control/antisilipsi.html) (26/02/2007).
- Μπαρινός Μ., (1992). "Σεξουαλική αγωγή και υγεία" Αθήνα "Εταιρία οικογενειακού προγραμματισμού".
- Μπιμπή Μ., (2003). "Αντισύλληψη: Δικαίωμα και καθήκον" Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο <http://health.in.gr/news/narticle.asp?arcode=19896> (15/6/2007).
- Ντολάντζας Θ., (1998). "Προληπτική Ιατρική" Αθήνα Εκδόσεις "Κορωναίου".
- Παπαδοπούλου Λ., "Εφηβικό σεξ: Η ακροβασία της άγνοιας" Εφημερίδα "ΕΛΕΥΘΕΡΟΤΥΠΙΑ" 27/5/2006.

- Παπανικολάου Α., Παπανικολάου Ν., (1994) "Γυναικολογία" 3η έκδοση Εκδόσεις Παρισιάνος.
- Σαλάκος Ν., "Σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία των νέων – τύχη ή επιλογή;" Πρακτικά 4ου πανελληνίου συνεδρίου οικογενειακού προγραμματισμού Αθήνα 2006.
- Τοκμακίδης Π., (1999). "Μαιευτική και Γυναικολογία" εκδόσεις αδελφών Κυριακίδη Α.Ε.
- Εταιρεία οικογενειακού προγραμματισμού, (1988). "Δέκα χρόνια παρουσίας και δράσης στον οικογενειακό προγραμματισμό", 13 – 22.
- "Ιστορία της αντισύλληψης" Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο <http://desires.com/1.6/sex/Museum/museum1.html> (24/7/2007).
- " Νέο πιο εύρηστο γυναικείο προφυλακτικό" (2002) Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο <http://health.in.gr/news/narticle.asp?arcode=17603> (2/7/2007)
- Kervasdué A., (1996). "Ιατρική της γυναίκας, εγκυκλοπαίδεια για σωματική και συναισθηματική υγεία" Αθήνα Εκδόσεις Κισσός.
- Oger P., (1996). "Ιατρικό λεξικό" Αθήνα Εκδόσεις Φυκίρης.
- Shapiro P. J., (2001). "Μαιευτική και Γυναικολογική Νοσηλευτική" Αθήνα Εκδόσεις Έλλην.
- Tiefer L., (1982). "Η Ανθρώπινη σεξουαλικότητα" Αθήνα Εκδόσεις Αθ. Ψυχογιός.



## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

### Α.Τ.Ε.Ι. ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ

### ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

- ✓ **ΦΥΛΟ:** Αγόρι  Κορίτσι
- ✓ **ΗΛΙΚΙΑ:**
- ✓ **ΤΑΞΗ ΦΟΙΤΗΣΗΣ:** Α Τάξη  Β Τάξη  Γ Τάξη
- ✓ **Έχετε ενεργή σεξουαλική ζωή;**  
Όχι  Ναι  Αν απαντήσετε **ναι** σε ποια ηλικία αρχίσατε;
- ✓ **Πως θα χαρακτηρίζατε τον εαυτό σας;**  
Μονογαμικός τύπος  Πολυγαμικός τύπος

### ΠΟΙΕΣ ΜΕΘΟΔΟΥΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ:

Καμία	<input type="checkbox"/>
Παρακολούθηση θερμοκρασίας	<input type="checkbox"/>
Τοποθέτηση διαφράγματος	<input type="checkbox"/>
Τοποθέτηση σπιράλ	<input type="checkbox"/>
Τοποθέτηση τραχηλικών καλύπτρων	<input type="checkbox"/>
Τοποθέτηση κολπικού σπόγγου	<input type="checkbox"/>
Χρήση σπερματοκτόνων	<input type="checkbox"/>
Χρήση κολπικών υποθέτων	<input type="checkbox"/>
Χρήση γυναικείου προφυλακτικού	<input type="checkbox"/>
Χρήση ανδρικού προφυλακτικού	<input type="checkbox"/>
Αντισυλληπτικό χάπι	<input type="checkbox"/>
Χάπι της επομένης μέρας	<input type="checkbox"/>
Αφαίρεση ενδομητρίου	<input type="checkbox"/>
Διακοπτόμενη επαφή	<input type="checkbox"/>
Στείρωση	<input type="checkbox"/>
Ημερολογιακή αντισύλληψη	<input type="checkbox"/>

### ΠΟΙΑ ΜΕΘΟΔΟ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

**ΚΑΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΠΙΟ ΑΞΙΟΠΙΣΤΗ:**

(1=δεν γνωρίζω μέθοδο ή αξιοπιστία -- 2=μικρη αποτελεσματικότητα -- 3= μέση αποτελεσματικό-τητα 4= μεγάλη αποτελεσματικότητα)

Ημερολογιακή αντισύλληψη	<input type="checkbox"/>
Παρακολούθηση θερμοκρασίας	<input type="checkbox"/>
Τοποθέτηση διαφράγματος	<input type="checkbox"/>
Τοποθέτηση σπιράλ	<input type="checkbox"/>
Τοποθέτηση τραχηλικών καλύπτρων	<input type="checkbox"/>
Τοποθέτηση κολπικού σπόγγου	<input type="checkbox"/>
Χρήση σπερματοκτόνων	<input type="checkbox"/>
Χρήση κολπικών υποθέτων	<input type="checkbox"/>
Χρήση γυναικείου προφυλακτικού	<input type="checkbox"/>
Χρήση ανδρικού προφυλακτικού	<input type="checkbox"/>
Αντισυλληπτικό χάπι	<input type="checkbox"/>
Χάπι της επομένης μέρας	<input type="checkbox"/>
Αφαίρεση ενδομητρίου	<input type="checkbox"/>
Διακοπτόμενη επαφή	<input type="checkbox"/>
Στείρωση	<input type="checkbox"/>

**ΠΟΙΑ ΜΕΘΟΔΟ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΕΙΤΕ:**

Καμία	<input type="checkbox"/>
Παρακολούθηση θερμοκρασίας	<input type="checkbox"/>
Τοποθέτηση κολπικού σπόγγου	<input type="checkbox"/>
Χρήση σπερματοκτόνων	<input type="checkbox"/>
Χρήση κολπικών υποθέτων	<input type="checkbox"/>
Χρήση γυναικείου προφυλακτικού	<input type="checkbox"/>
Χρήση ανδρικού προφυλακτικού	<input type="checkbox"/>
Αντισυλληπτικό χάπι	<input type="checkbox"/>
Χάπι της επομένης μέρας	<input type="checkbox"/>
Διακοπτόμενη επαφή	<input type="checkbox"/>
Ημερολογιακή αντισύλληψη	<input type="checkbox"/>
Άλλη. Παρακαλώ αναφέρατε ποια:	<input type="checkbox"/>

**ΑΝ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΕΙΤΕ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟ ΓΙΑ ΠΟΙΟΥΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΛΟΓΟΥΣ ΤΟ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΕΙΤΕ:**

Μόνο για αντισύλληψη

Μόνο για αποφυγή μετάδοσης σεξουαλικών νοσημάτων

Και για τα δύο

**ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΕΙΤΕ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟ  
ΤΑ ΠΡΟΜΗΘΕΥΕΣΤΕ :**

Ο/Η ΙΔΙΟΣ/Α

Ο/Η ΣΥΝΤΡΟΦΟΣ ΣΑΣ

**ΕΧΕΤΕ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΕΙ ΠΟΤΕ ΤΟ ΧΑΠΙ ΤΗΣ ΕΠΟΜΕΝΗΣ  
ΜΕΡΑΣ (ή η σύντροφος σας):**

ΝΑΙ

ΟΧΙ

**ΑΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΤΕ ΝΑΙ ΠΟΙΟΣ ΗΤΑΝ Ο ΛΟΓΟΣ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟ-  
ΠΟΙΗΣΑΤΕ ΤΟ ΧΑΠΙ ΤΗΣ ΕΠΟΜΕΝΗΣ ΜΕΡΑΣ:**

Έλλειψη αντισύλληψης

Αποτυχία μεθόδου αντισύλληψης

Μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε:

Πίεση από σύντροφο

Για δοκιμή

Σαν μέθοδος μόνιμης αντισύλληψης

Από άγνοια

Άλλος λόγος:

**ΕΧΕΤΕ ΥΠΟΒΛΗΘΕΙ ΠΟΤΕ ΣΕ ΕΚΤΡΩΣΗ:**

ΝΑΙ

ΟΧΙ

**ΑΝ απαντήσετε ναι:**

α) αυτή έγινε σε νοσοκομείο  ιδιωτική κλινική  ιδιωτικό ιατρείο  άλ-  
λο

**Ποιος ήταν ενήμερος αυτής της κατάστασης;**

Οι γονείς  ο φίλος/ υπαίτιος της εγκυμοσύνης  κάποιος καθηγητής

κάποια φίλη ή φίλος  άλλο συγγενικό πρόσωπο  κανένας δεν γνώριζε

**ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΥΠΑΡΧΕΙ ΕΠΑΡΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ;**

ΝΑΙ  ΟΧΙ

**ΠΟΙΑ ΗΤΑΝ Η ΠΗΓΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΣΑΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ;**

ΜΜΕ  Κάποιο φιλικό πρόσωπο   
Κάποιο συγγενικό πρόσωπο  Από το σχολείο

**ΠΟΙΑ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΠΙΟ ΑΞΙΟΠΙΣΤΗ ΠΗΓΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ;**

ΜΜΕ  Κάποιο φιλικό πρόσωπο   
Κάποιο συγγενικό πρόσωπο  Από το σχολείο   
Κάποιον ειδικό

**Θεωρείτε ότι πρέπει να διδάσκεται υποχρεωτικά στο σχολείο η αντισύλληψη και ο οικογενειακός προγραμματισμός;**

Όχι  Ναι

**Αν απαντήσατε ΝΑΙ ποια ηλικία θεωρείτε ότι είναι η καλύτερη;**

**Αν απαντήσατε ΝΑΙ θα πρέπει να είναι ανεξάρτητο μάθημα ή να αποτελεί ενότητα σε παρεμφερή μαθήματα π.χ. στο μάθημα της βιολογίας**

Ανεξάρτητο μάθημα

Ενταγμένο σε μια ενότητα κάποιου βιβλίου με συναφές περιεχόμενο