

**ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**"ΓΝΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΠΡΩΤΟΕΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΤΟΥΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ"**

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΩΝ:

Μπαρακάκη Μαρία ΑΜ: 6566  
Μπερεδήμα Δάφνη-Αθηνά ΑΜ: 6464

Επιβλέπων καθηγητής: ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΗΣ ΘΕΟΧΑΡΗΣ  
ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΕΦΑΡΜΟΓΩΝ ΤΕΙ ΚΡΗΤΗΣ

ΗΡΑΚΛΕΙΟ, ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ 2018

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Για την ολοκλήρωση της παρούσας Πτυχιακής Εργασίας, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τον επιβλέπων καθηγητή κύριο Κωνσταντινίδη για την συνεργασία και την πολύτιμη συμβολή του στην ολοκλήρωση της. Θα θέλαμε επίσης να ευχαριστήσουμε τις οικογένειες μας και τέλος, τους φοιτητές που έλαβαν μέρος και αποτέλεσαν το πεδίο έρευνας μας.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Η σεξουαλική συμπεριφορά των εφήβων και των νέων ενηλίκων είναι ένα θέμα που θα έπρεπε να απασχολεί περισσότερο τον ελληνικό πληθυσμό. Αποτελεί κομβικό σημείο στην ανθρώπινη εξέλιξη, ενώ πολλές φορές μπορεί να χαρακτηριστεί ως επικίνδυνο πεδίο συμπεριφοράς.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η καταγραφή των γνώσεων και των αντιλήψεων για τη σεξουαλική συμπεριφορά των πρωτοετών φοιτητών Νοσηλευτικής του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (Τ.Ε.Ι) Κρήτης.

**Μεθοδολογία:** Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 1017 φοιτητές που εισήχθησαν στο τμήμα Νοσηλευτικής τα ακαδημαϊκά έτη 2009-2017. Η συλλογή δεδομένων έγινε με τη χρήση ανώνυμου ερωτηματολογίου. Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με το πρόγραμμα IBM SPSS 24.0.

**Αποτελέσματα:** Ο μέσος όρος πρώτης σεξουαλικής επαφής αποτελεί τα  $16,9 \pm 1,5$  έτη. Από το σύνολο των ανδρών, οι 138 (81,7%) ήταν σεξουαλικά ενεργοί ενώ από το σύνολο των γυναικών είναι οι 592 (69,8%). Το 14,6% του δείγματος είχε ηλικία πρώτης σεξουαλικής επαφής μεταξύ 11-15 έτη. Το προφυλακτικό αποτελεί την κύρια μέθοδο αντισύλληψης με ποσοστό 90,4%. Το 18,1% του συνόλου θεωρεί τον εαυτό του άριστα ενημερωμένο, ενώ το 74,6% αναφέρει πως έχει καλές γνώσεις σε θέματα αντισύλληψης. Από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα έχει νοσήσει μικρό ποσοστό του πληθυσμού της έρευνας (5,2%). ενώ η έκτρωση δεν φαίνεται να αποτελεί λύση σε περίπτωση ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης.

**Συμπεράσματα:** Οι περισσότεροι φοιτητές είναι ενημερωμένοι σε θέμα σεξουαλικής συμπεριφοράς, με αυξημένα ποσοστά χρήσης αντισυλληπτικών μεθόδων και αντίστοιχα μικρά ποσοστά ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων. Απαιτείται συστηματική προσέγγιση και εκπαίδευση των εφήβων για τη διατήρηση μια υγιούς σεξουαλικής ζωής.

## ABSTRACT

**Introduction:** The sexual behavior of adolescents and young adults is an issue which should be addressed further by the Greek population. It is pivotal point in human development, even though many times it is characterized as a dangerous point of behavior.

**Purpose:** The purpose of this study was to gather and record the knowledge and perception first year nursing students at the Technological Educational Institute of Crete had regarding sexual behavior.

**Methodology:** The study sample consisted of 1017 students who entered the Nursing Program during the academic period 2009-2017. The data was gathered by using an anonymous questionnaire. The IBM SPSS program was used to analyze the data.

**Results:** The average age of the first sexual encounter is  $16,9 \pm 1,5$  years of age. Of the total number of males in the study 138 (81,7%) were sexually active while 592 (69,8%) of the total number of females were sexually active. A total of 14,6% of those sampled were between the ages of 11-15 when they had their first sexual encounter. The condom is the primary means of contraception at 90,4%. Of the total number of participants 18,1% consider themselves extremely well informed on matters of contraception, while 74,6% considered themselves simply well informed. A small percentage (5,2%) reported that they had fallen ill with a Sexually Transmitted Disease. A final finding is that abortion is not considered to be a solution to an unwanted pregnancy.

**Conclusion:** Majority of students are informed on matters of sexual behavior. There is an increased use of contraception whereas there is a small percentage of unwanted pregnancies and sexual transmitted diseases. A systematic approach and the education of adolescents is necessary to sustain a healthy sex life.

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η συγγραφή της πτυχιακής εργασίας έχει ως θέμα τις γνώσεις και τις αντιλήψεις των πρωτοετών φοιτητών νοσηλευτικής για τη σεξουαλική τους συμπεριφορά. Πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια της ολοκλήρωσης του κύκλου των σπουδών μας του ΤΕΙ Κρήτης. Απασχόλησε πλήθος πρωτοετών φοιτητών και το θέμα ερευνάται σε διάρκεια χρόνου και συγκεκριμένα από το 2009 μέχρι και σήμερα. Η σεξουαλικότητα αποτελεί σημαντική δραστηριότητα στη ζωή του ανθρώπου ενώ η σεξουαλική συμπεριφορά αποτελεί κύριο κομμάτι κατά την εφηβεία καθώς είναι περίοδος πειραματισμού και καθορισμού της σεξουαλικής ταυτότητας του ατόμου.

Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στη σεξουαλική συμπεριφορά των εφήβων και των νέων ενηλίκων καθώς και των διαταραχών και των παραγόντων που την επηρεάζουν. Παρουσιάζονται προγράμματα σεξουαλικής αγωγής στην Ελλάδα και άλλοι φορείς που προάγουν τη σεξουαλική υγεία. Στο δεύτερο κεφάλαιο θίγεται το θέμα της αντισύλληψης. Γίνεται μια σύντομη ιστορική ανασκόπηση και μια αναλυτική αναφορά των διαφόρων μεθόδων. Παρακάτω αναγράφεται η αντισύλληψη των διαφόρων θρησκευτών απέναντι την αντισύλληψη ενώ το κεφάλαιο κλείνει με το θέμα της έκτρωσης. Στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα δηλαδή στις βασικές πληροφορίες και στις βασικές παρεμβάσεις και αφού παραθέτονται ένα-ένα, το κεφάλαιο κλείνει με στη πρόληψη και στην αντιμετώπισή τους. Στα κεφάλαια που ακολουθούν, καταγράφονται η μεθοδολογία της έρευνας, τα αποτελέσματα και τα συμπεράσματά αυτής.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	2
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	3
ABSTRACT	4
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	5
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: Σεξουαλική συμπεριφορά εφήβων και νέων ενηλίκων</b>	
1.1	Εισαγωγή 8
1.2	Βιοψυχοκοινωνική ανάπτυξη σεξουαλικότητας 9
1.3	Διαταραχές σεξουαλικής συμπεριφοράς 11
1.3.1	Παράγοντες που επηρεάζουν τη σεξουαλική συμπεριφορά 13
1.4	Προγράμματα σεξουαλικής αγωγής στην Ελλάδα 15
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: Αντισύλληψη</b>	
2.1	Ιστορική ανασκόπηση αντισύλληψης 20
2.2	Αναφορά μεθόδων αντισύλληψης 21
2.2.1	Φυσικές μέθοδοι αντισύλληψης 21
2.2.2	Αντισυλληπτικές μέθοδοι που βασίζονται σε φάρμακα 22
2.2.3	Μόνιμες μέθοδοι αντισύλληψης 24
2.2.4	Μέθοδοι αντισύλληψης με τη βοήθεια μηχανικών μέσων 25
2.3	Θρησκεία και αντισύλληψη 29
2.4	Έκτρωση 31
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ: Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα</b>	
3.1	Εισαγωγή 34
3.2	Βασικές πληροφορίες και νοσηλευτικές παρεμβάσεις για τα ΣΜΝ 35
3.2.1	Βακτήρια 35
3.2.2	Μύκητες 41
3.2.3	Ιοί 42
3.2.4	Παράσιτα 49
3.2.5	Πρωτόζωα 49
3.3	Ο ρόλος του νοσηλευτή για τη πρόληψη και την αντιμετώπιση 50
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ: Μεθοδολογία της έρευνας</b>	
4.1	Σκοπός της έρευνας 51
4.2	Ερευνητικά ερωτήματα 51
4.3	Δείγμα 51
4.4	Τρόπος συλλογής δεδομένων 51
4.5	Χώρος της έρευνας 51
4.6	Δεοντολογία 52
4.7	Πιλοτική μελέτη 52
4.8	Στατιστική ανάλυση 53

<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ: Αποτελέσματα</b>	
5.1 Αποτελέσματα	54
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ: Συζήτηση-Συμπεράσματα</b>	
6.1 Συζήτηση	68
6.2 Συμπεράσματα	70
6.3 Προτάσεις για περαιτέρω έρευνα	71
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b>	72
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ</b>	77

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

### Σεξουαλική συμπεριφορά εφήβων και νέων ενηλίκων

#### 1.1 Εισαγωγή

Το θέμα της σεξουαλικής συμπεριφοράς θεωρείται κύριο θέμα απασχόλησης καθώς αποτελεί μεταίχμιο στην ανάπτυξη και γενικότερα στη ζωή ενός ανθρώπου. Η σεξουαλική δραστηριότητα στην εφηβεία αποτελεί κομβικό σημείο στην ανθρώπινη εξέλιξη, ενώ πολλές φορές μπορεί να χαρακτηριστεί ως επικίνδυνο πεδίο συμπεριφοράς. Στο στάδιο της εφηβείας το άτομο από σεξουαλικά αδρανής, γίνεται σεξουαλικά ενεργός, περίοδος που αποτελεί φάση πειραματισμού και καθορισμού της σεξουαλικής ταυτότητας.

Κατά τη φάση αυτή σημαντικό ρόλο έχει η εκάστοτε κοινωνία με τους κανόνες και τους πολιτισμικούς της γνώμονες. Η σεξουαλικότητα αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της ανθρώπινης συμπεριφοράς και έκφρασης. Στα πλαίσια της ανθρώπινης εξέλιξης η έκφραση της σεξουαλικότητας έχει διαμορφωθεί και είναι ανάλογη των ηθών και των εθίμων- συμπεριφορών της κάθε κοινωνίας. Παρατηρείται ποικιλία στον τρόπο έκφρασης της, η οποία είναι ανάλογη των θρησκειών, του πολιτισμού από χώρα σε χώρα αλλά και από ήπειρο σε ήπειρο. Είναι γενικά αποδεκτό πως η σεξουαλικότητα σμιλεύεται σε ένα κοινωνικοπολιτισμικό περιβάλλον και αντλεί πληροφορίες και κανόνες ανάλογους της κάθε κοινωνίας. Στα πλαίσια της Ελληνικής κοινωνίας για παράδειγμα, θα ήταν πρώτα απαραίτητη αναφορά σε βασικά στοιχεία που διαμορφώνουν τη σεξουαλικότητα στον ελλαδικό χώρο. Η εξέλιξη της οικονομίας της Ελλάδας που πέρασε από τον αγροτικό τομέα χωρίς να προσεγγίσει την βιομηχανική παραγωγή, αποτέλεσε σημαντικό στοιχείο για την διαμόρφωση της κοινωνίας με βασικούς δέκτες τις οικογένειες, γεγονός που οδήγησε στη δημιουργία και αργότερα στην διατήρηση αρκετών στοιχείων συντηρητισμού.

Μια γρήγορη ματιά σε έρευνες που κάνουν την εμφάνιση τους, θα μας οδηγήσουν πολύ γρήγορα στο συμπέρασμα της έλλειψης γνώσης και εκπαίδευσης περί αντισύλληψης, οικογενειακού προγραμματισμού και σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων στους εφήβους της Ελλάδας συγκριτικά με άλλες χώρες του εξωτερικού. Δεν υπάρχει σεξουαλική διαπαιδαγώγηση για σωστή καθοδήγηση στα ελληνικά σχολεία, ενώ το θέμα δεν έχει απενοχοποιηθεί, γεγονός που δυσκολεύει τα παιδιά και τους γονείς να μιλήσουν και να συζητήσουν για το θέμα. Τον τρόπο συμπεριφοράς που τελικά μαθαίνουν τα παιδιά, τον λαμβάνουν από μη ειδικούς φορείς που συχνά οδηγεί σε λανθασμένα πρότυπα και πράξεις. Ο τρόπος συμπεριφοράς των εφήβων ανά τον κόσμο ποικίλει και σημαντικός παράγοντας είναι τα δημογραφικά τους στοιχεία, όπως για παράδειγμα είναι η χώρα διαμονής τους. Παράδειγμα μπορεί να αποτελέσουν οι έφηβες των Σκανδιναβικών χωρών που διαθέτουν μεγαλύτερη εμπειρία και είναι περισσότερο σεξουαλικά ενεργές συγκριτικά με τα αγόρια, γεγονός που έρχεται σε αντίθεση με τον εφηβικό πληθυσμό των μεσογειακών χωρών.

Σε εθνικό επίπεδο παρατηρείται μεγαλύτερη προτίμηση στους κλασικούς τρόπους αντισύλληψης, ενώ το θέμα της σεξουαλικής συμπεριφοράς παρουσιάζει συχνές



αλλαγές ανά τα χρόνια και τις χώρες, γεγονός που απαιτεί συχνή παρακολούθηση και έρευνα (Ηλιάδου και Παλασκά 2008).

Συμφώνα με τον Tremblay (1998), σεξουαλική συμπεριφορά ορίζεται ως το σύνολο των δραστηριοτήτων που εκφράζουν τη σεξουαλικότητά μας. Η σεξουαλική συμπεριφορά του ατόμου είναι μια ακόμη εκδήλωση της κοινωνικής ζωής κι επηρεάζεται ταυτόχρονα από το ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο μέσα στο οποίο εκδηλώνεται. Μέσα σε κάθε κοινωνικό σύνολο, δηλαδή, υπάρχει μια ποικιλία προσωπικών, κοινωνικών και ηθικών πεποιθήσεων, αξιών και αρχών που σχετίζονται με τη σεξουαλικότητα. Με άλλα λόγια, κοινωνικοπολιτισμικοί μηχανισμοί επηρεάζουν και ως ένα σημείο καθορίζουν, τη σεξουαλική μας ζωή μέσα στο γενικότερο πλαίσιο του ζευγαριού, της οικογένειας, του σχολείου και της κοινωνίας μας (Γερούκη 2011).

Η έρευνα αυτή έχει ως επίκεντρο τη σεξουαλική συμπεριφορά των εφήβων και των νέων ενηλίκων της χώρας μας, η οποία αλλάζει με γρήγορους ρυθμούς και αυτό παρατηρείται εύκολα από γενιά σε γενιά. Σε έρευνα των Κοκκέβη και τους συν. σχετικά με τη γενικότερη συμπεριφορά των εφήβων ανά τον κόσμο και συγκεκριμένα στο θέμα της σεξουαλικής συμπεριφοράς φαίνεται ότι η σεξουαλική δραστηριοποίηση των 15χρονων εφήβων στην Ελλάδα, είναι πολύ κοντά στον μέσο όρο. Η σεξουαλική δραστηριότητα των αγοριών αυτής της ηλικίας στην Ελλάδα ξεπερνάει αρκετά τον μέσο όρο ενώ οι δείκτες των κοριτσιών είναι λίγο χαμηλότερες του μέσου όρου.

Το ποσοστό των 15χρονων αγοριών στην Ελλάδα που είχαν έστω και μια σεξουαλική δραστηριότητα κατέχει την 5η υψηλότερη θέση στην κλίμακα σύγκρισης της έρευνας, ενώ είναι διπλάσιο από εκείνο των κοριτσιών το οποίο είναι και το χαμηλότερο από τα ποσοστά των άλλων χωρών (Κοκκέβη και συν. 2010).

## **1.2 Βιοψυχοκοινωνική ανάπτυξη σεξουαλικότητας**

Η μελέτη της ανθρώπινης σεξουαλικότητας είναι περίπλοκο και δύσκολο θέμα. Κατά το 16<sup>ο</sup> αιώνα μελετήθηκε η ανατομία του ανθρώπινου σώματος. Ο Gabriello Fallopio εξέτασε τη σεξουαλική δομή του ανθρώπινου σώματος, ενώ εστίασε στη διαδικασία της σύλληψης και της εγκυμοσύνης. Για πρώτη φορά παρουσιάστηκε ο συνολικός αριθμός των αναπαραγωγικών οργάνων της γυναίκας δίνοντας τον ορισμό φαλοπιαννοί αγωγοί (σάλπιγγες) από το όνομά του. Καθώς παλιά πίστευαν πως οι ασθένειες που προκαλούνταν από τη σεξουαλική συνεύρεση ήταν τιμωρία από τους θεούς ο John Hunter πίστευε πως οι ασθένειες των γεννητικών οργάνων έπρεπε να θεραπευτούν. Για το λόγο αυτό μπήκε στη διαδικασία να τοποθετήσει στο πέος ενός υγιούς άντρα το υγρό της βλεννόρροιας. Όταν το υγιές άτομο νόσησε συνειδητοποίησε πως μπορεί να προφυλαχτεί προληπτικά κρατώντας σε απόσταση τα υγιή άτομα από της εκκρίσεις της βλεννόρροιας. Έτσι διατύπωσε πως οι ασθένειες των γεννητικών οργάνων δεν ήταν τιμωρία, αλλά ασθένειες που θέριζαν τους ανθρώπους εκείνης της εποχής επειδή δεν ήξεραν πώς να προφυλαχτούν.

Ερχόμενοι στη σύγχρονη εποχή, τη δεκαετία του 1970 και 1980 εκδόθηκαν βιβλία για τη σεξουαλική δραστηριότητα, ενώ τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης συντέλεσαν στη σεξουαλική ανάπτυξη. Το 1973 νομιμοποιήθηκε για πρώτη φορά η διαδικασία της έκτρωσης. Με την εμφάνιση του AIDS στις αρχές του 1980 από τους ομοφυλόφιλους και τους αμφιφυλόφιλους είχε ως αποτέλεσμα την αλλαγή της ιδεολογίας της σεξουαλικής συμπεριφοράς κάνοντας ορισμένους πιο επιλεκτικούς στην επιλογή των ερωτικών τους συντρόφων. Η γνώση όμως των αντιλήψεων του ρόλου της κοινωνίας είναι πολύτιμο βοήθημα για την αντίληψη της έκφρασης της σεξουαλικότητας (Βενετίκου και Μπενετάρου 2013).

Με τον όρο βιοψυχοκοινωνική ανάπτυξη, άμεσα θίγονται 3 διαφορετικά επίπεδα της ανθρώπινης ύπαρξης. Από βιολογικής άποψης η σεξουαλική ενέργεια αποτελεί φυσιολογική λειτουργία για τον άνθρωπο, όπως η αναπνοή. Ξεκινά από τον πρώτο σχηματισμό του εμβρύου, με τα χρωμοσώματα και ακολουθεί τα ανερχόμενα στάδια ανάπτυξης ως το αποκορύφωμα που είναι η εφηβική ηλικία. Τότε ξεκινά η παραγωγή των ορμονών και ακολουθεί η έναρξη της αναπαραγωγικής ικανότητας.

Στα πλαίσια της κοινωνίας είναι γνωστό πως η σεξουαλική λειτουργία έχει ως στόχο την αναπαραγωγή του είδους για τη διατήρηση της ανθρωπότητας. Μέσα στα κοινωνικά πλαίσια παρουσιάζεται «η ταυτότητα του φύλου» δηλαδή κατά πόσο ένας άνθρωπος αισθάνεται άνδρας ή γυναίκα, ενώ στη νεανική ηλικία υπάρχει ένα διάστημα, μια αδρανής περίοδος όπου αρχίζει η μορφολογία στο σώμα και τη σεξουαλικότητα που οδηγεί τον άνθρωπο προς την τελική του ταυτότητα. Ωστόσο αν και η σεξουαλική λειτουργία αποτελεί κύριο μέσο αναπαραγωγής, αποτελεί και μέσο έκφρασης συναισθημάτων. Τονώνει την αυτοπεποίθηση του ατόμου ορίζοντας την ταυτότητα του. Η σεξουαλική διαφοροποίηση είναι έντονη από πολύ μικρή ηλικία καθώς το παιδί μαθαίνει να συμπεριφέρεται ανάλογα του φύλου του πριν την ένταξη του σε άλλες κοινωνικές ομάδες (εθνικότητα, θρησκεία κ.ά.).

Παρόλο αυτά η βιολογική ταυτότητα δεν είναι πάντοτε άμεσα συνδεδεμένη με την αντίστοιχα καθορισμένη σεξουαλική ταυτότητα του ατόμου. Μια υγιής σεξουαλική λειτουργία προσφέρει αυτοεκτίμηση στο ανθρώπινο γένος. Η αρρενωπότητα και η καλή αναπαραγωγική δράση τονώνει το αρσενικό, ενώ η παραγωγική γυναίκα νιώθει ολοκλήρωση. Ενώ στα παλαιότερα χρόνια καθώς και σε κάποιες χώρες μικρότερης ανάπτυξης η σεξουαλική ικανοποίηση των γυναικών δεν αποτελούσε ιδιαίτερο μέλημα, στην σύγχρονη εποχή ο γυναικείος οργανισμός έχει την ίδια σημασία με τον οργανισμό του άνδρα. Χωρίς αυτόν η γυναίκα νιώθει ευάλωτη σε ότι αφορά την αυτοεκτίμησή της, γεγονός που ισχύει και στο αντίθετο φύλο.

Στον ψυχολογικό τομέα, κύριο πρόβλημα αποτελεί η εφηβεία καθώς παρατηρούνται σωματικές, ορμονικές μεταβολές στο σώμα των κοριτσιών. Πρόβλημα που ταλανίζει τις έφηβες γυναίκες είναι να δείχνουν αρεστές και να γίνονται αποδεχτές από το αντίθετο φύλο. Στα αγόρια παρατηρείται επίσης απότομη ανάπτυξη του σώματος και ιδιαίτερα των γενετικών οργάνων καθώς παρατηρείται έντονη ευερεθιστικότητα (Ζαχαριουδάκη και συν. 2007).

### 1.3 Διαταραχές σεξουαλικής συμπεριφοράς

Η σεξουαλική συμπεριφορά συνδέεται άμεσα με την ατομική και τη κοινωνική ζωή των ανθρώπων. Ως σεξουαλικές συμπεριφορές ή παραφιλία, ορίζονται οι εκφράσεις της ανθρώπινης σεξουαλικότητας που χαρακτηρίζονται από σεξουαλική διέγερση που προκαλείται από καταστάσεις που δεν σχετίζονται άμεσα με το συνηθισμένο τρόπο σεξουαλικής συνεύρεσης. Φαίνεται πως αποτελούν ψυχολογικές διαταραχές, συμπεριλαμβάνοντας του γενικού πληθυσμού αφορώντας και τα δυο φύλα. Σε μια έρευνα που έγινε στις ΗΠΑ δείχνει πως το 31% των ανδρών και το 43% των γυναικών αντιμετωπίζουν κάποιο είδος σεξουαλικής δυσκολίας κατά τη διάρκεια της ζωής τους περιλαμβάνουν συνήθως διάφορα ερεθίσματα όπως είναι διαταραχές ταυτότητας του φύλου, παιδοφιλία, εθισμός στη πορνογραφία, σαδομαζοχιστικές καταστάσεις καθώς και άλλα (Κουσιάδης 2014). Κάποια από αυτά τα ερεθίσματα μπορούν να προκαλέσουν τραυματισμό ακόμη και θάνατο για αυτό και έχουν παρθεί νόμιμες διαστάσεις. Υπάρχει μια λανθασμένη κοινωνική τάση κατά την οποία οι γυναίκες σπάνια κατηγορούνται για οποιαδήποτε παραφιλία και τα βλέμματα στρέφονται στους άνδρες.

Είναι σημαντικό να τονιστεί πως ο βιασμός θεωρείται έγκλημα ιδιωτικής περιουσίας για αυτό και δεν αποτελεί κομμάτι της παραφιλίας. Οκτώ από τις σημαντικότερες διαταραχές σεξουαλικής συμπεριφοράς αναφέρονται παρακάτω:

1. Παιδοφιλία: Αφορά στη σεξουαλική παρενόχληση ή κακοποίηση των παιδιών. Για τη διάγνωση ενός παιδόφιλου απαιτείται μια περίοδος περίπου έξι μηνών κατά την οποία το άτομο έχει συμπεριλάβει στις σεξουαλικές φαντασιώσεις του ένα παιδί. Προσπαθεί με τον τρόπο του να πείσει το παιδί ότι δεν είναι κακό το να έρθουν σε σεξουαλική επαφή, ενώ το αγγίζει αφήνοντας το γυμνό, αυτοϊκανοποιώντας τον ίδιο μπροστά ή κρυφά από το παιδί. Έρευνες έχουν αποδείξει ότι παιδόφιλοι είναι συνήθως μέλη στενού οικογενειακού κύκλου, παρά κάποιος άγνωστος. Η γυναικεία παιδοφιλία είναι σπάνια αλλά συνδέεται με τη κακοποίηση ενός παιδιού ή εφήβου του οικογενειακού περιβάλλοντος της γυναίκας.
2. Επιδειξιμανία: Μια κατάσταση στην οποία ο άνθρωπος θέλει να εκθέτει τα γεννητικά του όργανα σε δημόσια μέρη. Ο επιδειξιμανής απολαμβάνει την ικανοποίησή του βλέποντας το φόβο, το τρόμο, ακόμα και την αηδία στο βλέμμα των περαστικών. Αναφερόμενες παραφιλίες με την επιδειξιμανία είναι η ηδονοβλεψία, η εφαισιομανία και η παιδοφιλία.
3. Εφαισιομανία: Στην εφαισιομανία ο δράστης πλησιάζει το θύμα σε δημόσιο χώρο με αρκετό κόσμο και αγγίζει τη περιοχή των γεννητικών του οργάνων κάνοντας φαντασιώσεις πως βρίσκεται μαζί του σε σεξουαλική διέγερση. Είναι σπάνιο να βρεθεί γυναίκα εφαισιομανής.
4. Ηδονοβλεψία: Κατά την ηδονοβλεψία το άτομο διεγείρεται με την οπτική επαφή σεξουαλικών συννευρέσεων ή γυμνισμού τρίτων ατόμων κρυφά ή φανερά. Τα θύματα συνήθως είναι γυναίκες ή ζευγάρια.

5. Φετιχισμός: Κατά το φετιχισμό χρησιμοποιούνται αντικείμενα που δε σχετίζονται με τη σεξουαλικότητα ή τα μέρη του σώματος ενός ατόμου ώστε να ενεργοποιηθεί η σεξουαλική διέγερση. Άλλα φετίχ μπορεί να είναι είδη ρουχισμού, είδη υλικών όπως δέρμα και εμφανίζεται συνήθως σε ομοφυλόφιλους αλλά και ετερόφυλους άνδρες.
6. Σεξουαλικός σαδισμός: Η σεξουαλική ανάγκη του ατόμου εκφράζεται με πόνο προς το σεξουαλικό σύντροφο. Ο σεξουαλικός σαδιστής δεν μπορεί αν διενεργηθεί αν δεν φανταστεί να προκαλεί πόνο στο σεξουαλικό του σύντροφο. Κάποιες φορές ο σαδισμός παίρνει εγκληματικές διαστάσεις, καθώς ο δράστης μπορεί να τραυματίσει πολύ σοβαρά ακόμη και θανάσιμα τον σεξουαλικό του σύντροφο.
7. Σεξουαλικός μαζοχισμός: Στο μαζοχισμό τα άτομα αναζητούν έντονα τον πόνο ή τον εξευτελισμό για αυτό και επιλέγουν έναν σαδιστή για σεξουαλικό τους σύντροφο. Η διαταραχή αυτή είναι σοβαρή διότι ο πόνος που αναζητούν είναι πραγματικός και πολύ έντονος και μπορεί να τραυματιστούν σοβαρά ακόμη και να οδηγηθούν σε θάνατο.
8. Τρανσβεστισμός: Ο τρανσβεστισμός χαρακτηρίζεται από τη τάση του ατόμου να ντύνεται με τα ρούχα του αντίθετου φύλου. Παρατηρείται κυρίως στους άνδρες, καθώς οι γυναίκες επηρεασμένες από τη μόδα φορούν κατά καιρούς ανδρικές ενδυμασίες όπως είναι τα κουστούμια. Πολλές φορές το άτομο φοράει δημόσια γυναικεία ρούχα, ενώ όταν είναι μόνο του φαντασιώνεται προκαλώντας την άμεση αυτοϊκανοποίηση του (Ρούσου 2000).

#### • Διαταραχές ταυτότητας φύλου

Στις διαταραχές της σεξουαλικής συμπεριφοράς, υπάγεται και η διαταραχή φύλου. Με τον όρο διαταραχές ταυτότητας φύλου εννοούνται όλες οι καταστάσεις στις οποίες το ανατομικό φύλο ενός ατόμου διαφοροποιείται από την αίσθηση και το ρόλο του φύλου. Ταυτότητα του φύλου είναι η έκφραση του ατόμου που αποκτά όταν συνειδητοποιήσει σε ποιο φύλο ανήκει. Η ανάπτυξη της ταυτότητας του φύλου ξεκινά από μικρή ηλικία με το χρωμοσωμικό συνδυασμό και τελειώνει με τη φυλετική διαφοροποίηση του σώματος.

Τα άτομα με διαταραχή ταυτότητας φύλου είναι σίγουρα ότι ανήκουν στο αντίθετο φύλο και νιώθουν αποξενωμένα από το σώμα και τα γεννητικά τους όργανα και πολλές φορές αναζητούν τρόπους να αλλάξουν τα χαρακτηριστικά του φύλου τους. Για να γίνει η διάγνωση της διαταραχής ταυτότητας το άτομο παρακολουθείται συστηματικά για δύο χρόνια περίπου για να εξακριβωθεί η επιμονή του ατόμου για τα συμπτώματα του. Δεν είναι απαραίτητο όμως τα άτομα να φτάσουν στην εγχείρηση αλλαγής φύλου.

Οι διαταραχές ταυτότητας του φύλου δεν σχετίζονται με την επιθετικότητα. Όμως λόγω του κοινωνικού ρατσισμού κατά καιρούς παρατηρείται θλίψη, θυμός και μια σειρά άλλων αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών που φέρουν στην επιφάνεια την ομοφοβία. Πρόσφατη έρευνα έδειξε ότι στην Ελλάδα το 84% του συνολικού πληθυσμού διαφωνεί με το γάμο μεταξύ ομοφυλόφιλων, ενώ το 89% διαφωνεί με την

υιοθεσία παιδιών από άτομα του ίδιου φύλου, ακόμα και αν πολλοί έχουν άμεσες σχέσεις με ομοφυλοφιλικά άτομα. Τα ποσοστά αυτά κατατάσσουν τη χώρα ανάμεσα στις πιο ομοφοβικές χώρες της Ευρώπης. Για τους λόγους αυτούς ορισμένες φορές δίνεται εξήγηση στις επιθέσεις των ατόμων αυτών με άλλους, πέρα από το ετεροφυλόφιλο προσανατολισμό τους (Καλέμη και συν. 2016).

### **1.3.1 Παράγοντες που επηρεάζουν τη σεξουαλική συμπεριφορά**

#### **Ναρκωτικά**

Ως ναρκωτική ουσία ονομάζεται οποιαδήποτε χημική δομή μεταβάλλει τον τρόπο συμπεριφοράς της σκέψης, της αίσθησης και επηρεάζει τη σωματική ή ψυχική κατάσταση του χρήστη δρώντας στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Τέτοιες ουσίες συνήθως έχουν διεγερτική ή κατασταλτική δράση στον ανθρώπινο οργανισμό. Προκαλούν εθισμό στον άνθρωπο, ενώ η απομάκρυνση του μπορεί να προκαλέσει ποικιλία ψυχωτικών ή φυσικών επεισοδίων. Ναρκωτικές ουσίες αποτελούν η νικοτίνη, η κάνναβη, η ηρωίνη, η μορφίνη, το αλκοόλ που προκαλούν εθισμό, πολλές από αυτές είναι απαγορευμένες και η χρήση τους θεωρείται παράνομη καθώς αλλοιώνουν πολλές εγκεφαλικές διαδικασίες και διαταράσσουν την ομοιόσταση του οργανισμού. Λόγοι που μπορούν να οδηγήσουν έναν νέο στη χρήση τέτοιων ουσιών μπορεί να είναι η επιθυμία τους για διασκέδαση, χαλάρωση, καθώς και η καταπολέμηση του άγχους και της ανίας. Τα ναρκωτικά υπάγονται σε κατηγορίες και αυτές είναι τα κατασταλτικά, τα διεγερτικά, τα παραισθησιογόνα και τα συνθετικά ναρκωτικά.

#### **Κατασταλτικά ναρκωτικά**

Στα κατασταλτικά ναρκωτικά κατατάσσονται τα βαρβιτουρικά, τα απιοειδή, το αλκοόλ και η ηρωίνη που μειώνουν τον καρδιακό ρυθμό, τον ρυθμό της αναπνοής, και καταστέλλουν τη μυϊκή λειτουργία. Σε μεγάλες ποσότητες μπορεί να οδηγήσουν το άτομο σε κώμα ή και να προκαλέσουν μέχρι και θάνατο.

#### Αλκοόλ

Το αλκοολούχο ποτό παρουσιάζει μεγάλη συγκέντρωση οινοπνεύματος και αποτελεί το παλαιότερο ψυχοδιεγερτικό φάρμακο στον κόσμο. Εισέρχεται στον ανθρώπινο οργανισμό από τη στοματική κοιλότητα φτάνοντας στο κατώτερο γαστρο-οισοφαγικό σύστημα με κατάληξη το στομάχι όπου εκεί προκαλεί έντονη παραγωγή γαστρικού υγρού. Το ποσοστό αλκοόλης που περιέχει το κάθε ποτό, ο ρυθμός κατανάλωσης του, ο ρυθμός που ο οργανισμός το μεταβάλλει, το φύλο, το βάρος και η διάθεση είναι παράγοντες που επηρεάζουν την ποσότητα συγκέντρωσης στο αίμα του ατόμου και την εμφάνιση επιπτώσεων.

### Ηρωίνη

Η ηρωίνη είναι οπιοειδές ναρκωτικό και όπως όλα τα οπιούχα δρουν στα κέντρα του εγκεφάλου με τελική επίδραση στην επιβράδυνση της δραστηριότητας του ΚΝΣ. Τα οπιοειδή προκαλούν κάποια σωματικά προβλήματα, ενώ η χρόνια χρήση τους μπορεί να οδηγήσει σε αλλεργική αντίδραση με οξύ πνευμονικό οίδημα, αναπνευστική επιβράδυνση με δύσπνοια και οξεία δηλητηρίαση (Περβολαράκη και Τζουτζομήτρου 2010).

### **Διεγερτικά ναρκωτικά**

Οι νέοι πιθανότατα κάνουν χρήση διεγερτικών ουσιών για εγρήγορση και ενέργεια, καθώς αντίθετα από τα κατασταλτικά διεγείρουν το νευρικό σύστημα του ανθρώπου. Ενώ υπάρχει η γενικότερη εντύπωση πως τέτοιου είδους ουσίες προσφέρουν στον οργανισμό ενέργεια η πραγματικότητα διαφέρει. Η δράση τους κάνει τον ανθρώπινο οργανισμό να ξεοδεύει πιο γρήγορα την ήδη υπάρχουσα ενέργεια του. Σε μικρές ποσότητες μπορεί να φανούν αποτελεσματικά χωρίς ανεπιθύμητες δράσεις. Μετά την λήψη ενός διεγερτικού ναρκωτικού είναι απαραίτητος ο χρόνος ανάπαυσης, αφού το σώμα έχει ξοδέψει πιθανότατα ένα πολύ μεγάλο ποσοστό από την ενέργεια που είχε. Μετά τη δράση των ουσιών αυτών ακολουθεί αίσθημα πτώσης αδυναμίας η και κατάθλιψης ενώ πολλοί προσπαθώντας να αποφύγουν αυτή την φάση προχωρούν στην επόμενη δόση, ενέργεια που σύντομα οδηγεί σε εθισμό.

### Κοκαΐνη

Από το τέλος του 19<sup>ου</sup> αιώνα η συνηθέστερη οδός χορήγησης της ήταν ενδορρινική, αργότερα εμφανίστηκε σε μορφή που μπορούσε να καπνιστεί. Στο πέρασμα του χρόνου φάνηκε ότι υπήρχαν και άλλοι τρόποι όπως αυτός της κρυσταλοποίησης της που ονομάστηκε «κρακ». Η μορφή αυτή αποτέλεσε ιδιαίτερα εθιστική καθώς η μικρή της διάρκεια εξωθούσε τους χρήστες στη συχνή και μεγάλη χρήση της. Η κοκαΐνη προκαλεί το αίσθημα της εφορίας και την αύξηση της αυτοπεποίθησης καθώς σου προσφέρει ενέργεια και σε εξωθεί σε εκτέλεση δραστηριοτήτων για μεγάλο χρονικό διάστημα. Προκαλεί αύξηση σφυγμών, παλμών, γρήγορη αναπνοή, υψηλή θερμοκρασία, διαστολή κόρης, εφίδρωση και χλόμιασμα.

### Ινδική κάνναβη

Είναι φυτό της κεντρικής Ασίας που καλλιεργούνταν από τα αρχαία χρόνια για διάφορες χρήσεις. Η κάνναβη και τα παράγωγα της μπορεί να προκαλέσει απώλεια συγκέντρωσης, σύγχυση, αναστάτωση καθώς και αγωνία και πανικό. Συγκριτικά με άλλες ναρκωτικές ουσίες της ίδιας κατηγορίας έχει μικρή τοξικότητα και πολλές φορές είναι ωφέλιμη για την θεραπεία χρόνιων παθήσεων όμως σε πολλές χώρες είναι παράνομη. Η μαριχουάνα και τα παράγωγα της οδηγούν τον χρήστη σε αίσθηση χαλάρωσης και σε διέγερση των αισθήσεων (Περβολαράκη και Τζουτζομήτρου 2010).

### **Παραισθησιογόνα ναρκωτικά**

Οι ουσίες αυτές προκαλούν οπτικό-ακουστικές παραισθήσεις καθώς επηρεάζουν το άτομο στον τρόπο αντίληψης και τη ψυχική του διάθεση. Μπορεί να προέρχονται από τη φύση (μαγικά μανιτάρια) ή από χημική ένωση. Χρησιμοποιούνται για ευφορία αλλά πολλές φορές και ως αφροδισιακό. Η επίδραση μπορεί να επηρεαστεί από την διάθεση και το περιβάλλον, ενώ σωματικά επιδρά συνεχώς και επίμονα αφού διεγείρει το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (ΚΝΣ).

#### Διαιθυλαμίδιο του λυσεργικού οξέος

Το διαιθυλαμίδιο του λυσεργικού οξέος (Lysergic acid diethylamide) γνωστό και με το ακρωνύμιο LSD είναι ένα παραισθησιογόνο ναρκωτικό που προέρχεται από τη φύση. Συγκεκριμένα προέρχεται από μύκητα και είναι μια λευκή κρυσταλλική σκόνη με πολύ μεγάλη δράση. Για τη χορήγηση της είναι απαραίτητη η αραίωση ενώ η δράση της είναι βραχεία και ξεκινά με ώρα μετά την λήψη του παρασκευάσματος. Εντός 3 ωρών κορυφώνεται η δράση του και διαρκεί ως και 15 ώρες. Αυτό που προκαλεί δεν έχει συγκεκριμένες δράσεις, αλλά εξαρτάται από την προσωπικότητα και τη διάθεση του χρήστη καθώς και από τις προσδοκίες και το περιβάλλον από το οποίο πλαισιώνεται.

#### Μαγικά μανιτάρια

Περιέχουν ψιλοχιμβίνη όπως πολλές παραισθησιογόνους ουσίες που έχουν παρόμοια δράση με την ουσία του LSD. Μπορούν να φαγωθούν ή να βραστούν. Προκαλούν ευφορία, χαρά και παραισθήσεις. Η δράση τους είναι σχετικά άμεση ενώ διάρκεια από 4-9 ώρες, Έχει αποδειχθεί ότι δεν προκαλείται εθισμός από την ουσία.

### **Συνθετικά ναρκωτικά**

Τα συνθετικά ναρκωτικά είναι εκείνες οι ουσίες που παράγονται από ήδη υπάρχουσες ναρκωτικές ουσίες.

#### Μεθυλενιοδιοξυμεθαμφεταμίνη

Η Μεθυλενιοδιοξυμεθαμφεταμίνη γνωστή και ως MDMA έχει σαν βασικό χαρακτηριστικό της, την αμφεταμίνη ενώ μπορεί να την ακούσουμε και με τον όρο ecstasy. Η πρώτη χρήση τους έγινε από γιατρούς με σκοπό την ψυχοθεραπεία καθώς αυξάνουν τη διάθεση, προκαλούν συμπάθεια, εξωστρέφεια και εφορία. Σε αρκετές περιπτώσεις προκαλεί αύξηση θερμοκρασίας, καρδιακού ρυθμού, αρτηριακής πίεσης. Η χορήγηση του γίνεται από το στόμα και η δράση του δεν ξεπερνά τις 5 ώρες (Περβολαράκη και Τζουτζομήτρου 2010).

## **1.4 Προγράμματα σεξουαλικής αγωγής στην Ελλάδα**

Ως αρχή θα ήταν σωστό να οριστεί τι είναι η σεξουαλική υγεία πράγμα δύσκολο αφού η έννοια της σεξουαλικής υγείας μπορεί να χαρακτηριστεί σαν μια αξία που επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες και μεταβάλλεται στην πορεία του χρόνου. Ίσως θα μπορούσε να οριστεί με την αρνητική της έννοια πχ. την απουσία Σ.Μ.Ν η

μίας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης ενώ άλλες φορές με την θετική της έννοια όπως είναι η ευχαρίστηση και η πληρότητα που μπορεί να προκαλέσει. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας επισήμανε το 1986 την δυσκολία του ορισμού της περίπλοκης αυτής έννοιας ενώ το 2002 επαναδιατύπωσε τον ορισμό της σεξουαλικής υγείας ορίζοντας την ως μια κατάσταση σωματικής, συναισθηματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας σε σχέση με την σεξουαλικότητα και χαρακτηρίζεται από:

- Απουσία νόσου, δυσλειτουργίας και αναπηρίας.
- Θετική και με σεβασμό προσέγγιση της σεξουαλικότητας και των σεξουαλικών σχέσεων.
- Δυνατότητα για ασφαλείς σεξουαλικές εμπειρίες χωρίς εξαναγκασμό, διακρίσεις και βία.
- Σεβασμό για τα σεξουαλικά δικαιώματα όλων των ανθρώπων.

Όπως γίνεται εμφανές σε όποιον προσπαθήσει να ψάξει για το ποιοι είναι οι φορείς προαγωγής της σεξουαλικής υγείας στην Ελλάδα φαίνεται πως δεν υπάρχει κάποιος επίσημος φορέας που θα μπορέσει να διδάξει τους τρόπους μιας υγιής σεξουαλικής συμπεριφοράς τόσο σε ανήλικους όσο και στους ενήλικους Έλληνες.

Η Ελλάδα στο θέμα της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης κρατάει μια στάση αρκετά συντηρητική απέναντι στη διεύρυνση της γνώσης περί της σεξουαλικής υγείας, έχοντας όμως ξεκινήσει προσπάθειες για την προαγωγή της. Ωστόσο μικρές ενδείξεις σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης έχουν κάνει την εμφάνισή τους καθώς κοινωνικοί φορείς, ιδρύματα και άνθρωποι των γραμμάτων και της επιστήμης πρωτοστάτησαν διοργανώνοντας ημερίδες και σεμινάρια με κύριο σκοπό και θέμα την σεξουαλική αγωγή με περιορισμένη όμως την συμμετοχή εφήβων. Προγράμματα με αυτό το σκοπό από το εξωτερικό φάνηκε να έχουν μεγάλη απήχηση όμως προκάλεσαν αντιδράσεις και σύντομα διακόπηκαν. Η οικογένεια αποτελεί τον κύριο μέσο αγωγής για την σεξουαλική συμπεριφορά όμως δεν μπορεί να φανεί αρκετή. Στα πανεπιστήμια και στα παιδαγωγικά τμήματα φαίνεται να υπάρχουν μαθήματα σχετικά με το θέμα, ενώ Περιφερειακά Επιμορφωτικά Κέντρα (Π.Ε.Κ) κάνουν αξιότιμες προσπάθειες, πραγματοποιώντας διημερίδες διάφορων οργανισμών.

Έτσι μπορούμε να καταλάβουμε ότι οι έφηβοι και οι νέοι ενήλικες λαμβάνουν τις γνώσεις και την εκπαίδευση πάνω στο θέμα από ανεπίσημους-μη ειδικούς φορείς όπως είναι οι γονείς, οι φίλοι, το διαδίκτυο και γενικά από τα Μ.Μ.Ε. Σε αντίθεση έρχονται τα ευρωπαϊκά πρότυπα, όπου σε πολλές χώρες έχουν εντάξει τη σεξουαλική αγωγή στα σχολεία και παραδίδεται στα παιδιά από εξειδικευμένο προσωπικό υγείας (Thistle and Ray 2002).

Φαίνεται λοιπόν πως η σεξουαλική αγωγή είναι μια διαδικασία δια βίου ενδιαφέροντος και προβληματισμού εξέχουσας σημασίας, καθώς διαμορφώνει συμπεριφορές πεποιθήσεις και αξίες. Αναφέρεται σε θέματα σεξουαλικής ανάπτυξης, αναπαραγωγικής υγείας, διαπροσωπικών σχέσεων και οικειότητας. Επίσης, πραγματεύεται θέματα αυτό-αντίληψης και εικόνας του σώματος, καθώς και θέματα που αφορούν τους ρόλους των φύλων. Αγγίζει τις βιολογικές, κοινωνικοπολιτικές και πνευματικές διαστάσεις της σεξουαλικότητας, που σχετίζονται με τον πνευματικό και



το συναισθηματικό τομέα καθώς και την ευρύτερη επίδραση της συμπεριφοράς (Συμβούλιο Πληροφοριών και Σεξουαλικής Αγωγής των Η.Π.Α. SIECUS).

Η σεξουαλική αγωγή υπάγεται στο πλαίσιο της αγωγής υγείας η οποία ορίζεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό υγείας ως μια διαδικασία εκμάθησης μέσα από την οποία ένα άτομο υιοθετεί μια συμπεριφορά που είναι ωφέλιμη για την υγεία (Γερούκη 2014).

### Οικογενειακός προγραμματισμός

Ο οικογενειακός προγραμματισμός (ΟΠ) δίνει το δικαίωμα στο ζευγάρι να αποφασίσει πότε θα αποκτήσει παιδιά και πόσα παιδιά θα αποκτήσει. Η δημιουργία της οικογένειας θεωρείται ατομική υπόθεση κάθε ανθρώπου. Για να εξασφαλιστεί η υγεία στην οικογένεια θα πρέπει να είναι αποτέλεσμα ελεύθερων αποφάσεων των ζευγαριών. Παλαιότερα η έννοια του ΟΠ είχε συνδεθεί με τον έλεγχο των γεννήσεων. Στον ΟΠ τα μέλη της οικογένειας ενημερώνονται ώστε να μπορεί να καταστήσει την αναπαραγωγή συνειδητή. Ο έλεγχος των γεννήσεων όμως δεν αποσκοπεί εκεί καθώς επικεντρώνεται στο πως θα αυξήσει ή ελαττώσει τις γεννήσεις ανάλογα με τις πληθυσμιακές ανάγκες κάθε χώρας ξεχωριστά.

Στις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα η Margaret Sanger ίδρυσε τον Οικογενειακό Περιορισμό (Ο.Π.) όπως ονόμασε τότε, όταν ήταν μπροστά στην ανάρρωση μιας κοπέλας που είχε υποβληθεί σε παράνομη έκτρωση. Αργότερα η κοπέλα αυτή πέθανε στη διαδικασία μια δεύτερης έκτρωσης και η Margaret Sanger τύπωσε 1 εκατομμύριο φυλλάδια που αφορούσαν την ενημέρωση του κοινού για τους κινδύνους των εκτρώσεων. Αφού ταξίδεψε στην Ευρώπη για μελέτες κατάφερε τελικά να ιδρύσει το 1916 τη πρώτη κλινική ΟΠ με έδρα το Brooklyn στη Νέα Υόρκη. Κατά τον Β' παγκόσμιο πόλεμο ο ΟΠ επεκτάθηκε προοδευτικά στην Ευρώπη, Ασία και Βόρεια Αμερική. Το 1946 οργανώθηκε ένα συνέδριο στη Στοκχόλμη και συμφωνήθηκε πως πρέπει να προωθηθεί η σωματική και η πνευματική υγεία του ανθρώπου, της οικογένειας και της κοινωνίας σε ένα ενωμένο κόσμο. Στην Ελλάδα δε θεσμοθετήθηκε γρήγορα ο ΟΠ όπως σε άλλες χώρες. Ο Λούρος Ν. ήταν ο πρώτος που κατάφερε τελικά να ιδρύσει την ελληνική εταιρία ΟΠ στην Ελλάδα το 1973 με κέντρο το μαιευτήριο Αλεξάνδρα (Αυγενάκη και συν. 2009)

Βασικός στόχος του ΟΠ είναι να δώσει στο ζευγάρι τα μέσα να ρυθμίσει το μέγεθος της οικογένειας μετά από σωστή ενημέρωση. Επιπλέον βοηθά τα ζευγάρια να πετύχουν ορισμένους σκοπούς, όπως η αποφυγή ανεπιθύμητων γεννήσεων και η δημιουργία επιθυμητών, ο καθορισμός αριθμών παιδιών στην οικογένεια και ο καθορισμός διαστημάτων μεταξύ κυήσεων (Πάλτογλου 2009)

Ο ΟΠ μπορεί να ωφελήσει και να προστατέψει τα παιδιά μια οικογένειας. Τα παιδιά που γεννιούνται σύντομα από μια προηγούμενη κύηση έχουν μεγάλες πιθανότητες να γεννηθούν πρόωρα. Οι ανήλικες μητέρες γεννούν πρόωρα μωρά που έχουν πολλές πιθανότητες να πεθάνουν το πρώτο μήνα της ζωής τους. Για τα νεογνά που γεννούνται από μητέρες με τέσσερα ή παραπάνω παιδιά, υπάρχει κίνδυνος να πεθάνουν. Με τη βοήθεια του ΟΠ μπορεί να ελαττωθεί η νεογνική θνησιμότητα με τη πληροφόρηση της χρήσης της αντισύλληψης ώστε να αποφευχθεί η τεκνοποίηση.

Καθώς η αντισύλληψη συμβάλει στη μείωση της γονιμότητας, επιτυγχάνεται η μείωση της πίεσης που ασκούν οι πληθυσμοί σε κοινωνικό ή οικονομικό επίπεδο. Ο πληθυσμός της γης θα διπλασιαστεί τα επόμενα 43 χρόνια, όμως με την εφαρμογή του ΟΠ θα μπορούσε να ανασταλεί η αύξηση και να σταθεροποιηθεί ο πληθυσμός (Αυγενάκη και συν. 2009).

### Σχολείο

Η σεξουαλική αγωγή αναγνωρίζεται από το ελληνικό υπουργείο υγείας ως εργαλείο εκπαίδευσης το οποίο προσφέρει πληροφορίες απέναντι στις υπεύθυνες στάσεις και συμπεριφορές. Η εκπαίδευση ως προς τη σεξουαλική υγεία έχει ως στόχο τη χρήση της αντισύλληψης όταν οι μαθητές έρθουν κάποια στιγμή στο μέλλον σε σεξουαλική συνεύρεση. Μετά τη δεκαετία του 70' διαμορφώθηκαν προγράμματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης στα σχολεία και με τον τρόπο αυτό διατήρησαν χαμηλά τα ποσοστά ανεπιθύμητων εγκυμοσύνων. Παραδείγματα τέτοιων χωρών είναι η Ολλανδία, όπου ο μέσος όρος των μαθητών που χρησιμοποίησαν αντισυλληπτική μέθοδο ανέρχεται στο 84%. Η πλειοψηφία των Ευρωπαϊκών χωρών έχουν εντάξει στο εκπαιδευτικό τους πρόγραμμα τη σεξουαλική αγωγή. Τα προγράμματα σεξουαλικής αγωγής διδάσκονται είτε ως διδακτέα ύλη, είτε μέσω των δραστηριοτήτων project και έχουν ως στόχο τη κατανόηση των ζητημάτων που αφορούν τη σεξουαλικότητα, ταξινομώντας τα θέματα ανάλογα με τη τάξη στην οποία θα διδαχθούν.

Έρευνες υποστηρίζουν ότι τα προγράμματα σεξουαλικής αγωγής στα σχολεία επιδρούν θετικά στη σεξουαλική υγεία των μαθητών, καθώς το σχολείο αποτελεί για πολλούς μαθητές πηγή πληροφόρησης διαφόρων ζητημάτων και συγκεκριμένα της σεξουαλικότητας. Αυτό που έχει αρνητικές επιπτώσεις είναι η λανθασμένη ή η ανεπαρκής πληροφόρηση απέναντι στη σεξουαλικότητα. Με τον τρόπο αυτό οι νέοι μπορεί να δραστηριοποιηθούν σεξουαλικά πριν την ώρα τους, μη σκεπτόμενοι τον εαυτό τους αλλά και τον σύντροφο τους, χωρίς να έχουν επίγνωση των συνεπειών. Επιπλέον μπορεί να έρθουν σε θέση να αντιμετωπίσουν μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη επειδή δεν πληροφορήθηκαν σωστά ή καθόλου για τις αντισυλληπτικές μεθόδους. Ξέχωρα όμως από αυτά μπορεί να έρθουν αντιμέτωποι με μια σεξουαλικά μεταδιδόμενη ασθένεια και να αγνοήσουν τον κίνδυνο που μπορεί να προκαλέσει στην υγεία τους (Γερούκη 2011).

Στην Ελλάδα τέλος, η σεξουαλική αγωγή παρουσιάζεται ως ένα κομμάτι της αγωγής υγείας στη πρωτοβάθμια εκπαίδευση. Ανήκει στις λίγες χώρες που το μάθημα της σεξουαλικής αγωγής δεν διδάσκεται χωρίς να είναι απαγορευμένο και διδάσκεται μόνο με πρωτοβουλία των εκπαιδευτικών με εθελοντική συμμετοχή των μαθητών. Πολλοί εκπαιδευτικοί όμως αποφεύγουν την πραγματοποίηση των προγραμμάτων σεξουαλικής αγωγής στο σχολείο διότι πιστεύουν πως δεν υπάρχει κατάλληλο εκπαιδευτικό υλικό. Επιπλέον θεωρούν πως χρειάζονται επιμόρφωση πάνω σε τέτοια ζητήματα, ενώ τέλος πιστεύουν ότι το υπουργείο Παιδείας δεν κάνει ξεκάθαρη τη πρόθεση του για τους στόχους των προγραμμάτων αυτών. Με τον τρόπο αυτό μεγάλη πλειοψηφία των μαθητών της χώρας μας δεν είναι ενημερωμένοι για τη σωστή

σεξουαλική συμπεριφορά. Έτσι οι γνώσεις τους σχετικά με το θέμα προέρχονται από άλλους φορείς όπως είναι το διαδίκτυο, η τηλεόραση, τα περιοδικά και τέλος από την οικογένεια τους (Αθανασίου και Χαρδάκη 2013).

### Οικογένεια

Καθώς στην Ελλάδα οι φορείς διαπαιδαγώγησης όσον αφορά στην σεξουαλική συμπεριφορά είναι ελάχιστοι ως και ανύπαρκτοι, ο ρόλος της οικογένειας μπορεί να χαρακτηριστεί ως ο πιο βασικός. Αυτό καθίσταται δύσκολο καθώς οι γονείς πολλές φορές δεν θεωρούν τον εαυτό τους ικανό για να διδάξουν στο παιδί τους τρόπους της σεξουαλικής συμπεριφοράς. Το βάρος της σημασίας αυτής είναι μεγάλο καθώς είναι ένας ιδιαίτερα ευαίσθητος τομέας που μπορεί να επηρεάσει τον έφηβο εφόρου ζωής. Από την άλλη πλευρά το παιδί μην έχοντας ακόμα απενοχοποιήσει τον όρο σεξ, θεωρεί άβολη την συζήτηση αυτή γύρω από το θέμα και αποφεύγει τις ερωτήσεις που το απασχολούν. Έτσι λανθασμένα στρέφονται σε μη ειδικούς φορείς όπως είναι η παρέα και τα ΜΜΕ που πολλές φορές προβάλλουν λάθος σεξουαλικά πρότυπα και απόψεις. Το πρώτο πράγμα που πρέπει να κάνει το ζευγάρι σαν γονείς είναι ο καθορισμός και η ενημέρωση σε θέματα που αφορούν την οικογενειακή ψυχική και σεξουαλική υγεία στο πλαίσιο της οικογένειας. Τα παιδιά αφού αποκτήσουν τη σεξουαλική τους ταυτότητα, αλλά και πριν, κατά την διαμόρφωση αυτής (εφηβεία) χρειάζεται υγιή πρότυπα που συνήθως αντλούν από τα κοντινά οικογενειακά τους πρόσωπα και ταυτίζονται με αυτά.

Η δεύτερη φάση έχει τη μορφή συμβουλευτικής διαπαιδαγώγησης και προσέγγισης. Χρειάζεται ο γονέας να ψάξει και να μάθει τεχνικές για την σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των νέων εφήβων. Σε αυτό το σημείο ο γονιός θα πρέπει να ξεπεράσει τον εαυτό του, πολλοί από τους σημερινούς γονείς έχουν μεγαλώσει στα πλαίσια συντηρητικής σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης. Ζούσαν σε μία περίοδο όπου συχνά υπήρχε απόκρυψη της αλήθειας ή λάθος ιδεολογικές πάνω στο θέμα. Με λίγα λόγια θα ήταν σωστή συμβουλευτική αυτή συζήτηση να ξεκινήσει με την απενοχοποίηση της ανθρώπινης σεξουαλικότητας με υπεύθυνο και σοβαρό διάλογο. Έτσι θα επιτευχθεί η ομαλή προσαρμογή του εφήβου στον αυτοκαθορισμό τους. Οι συμβουλές πάνω στο θέμα του σεξ πρέπει να είναι σαφής, καθώς θίγει ένα πρωτόγνωρο φάσμα για τον έφηβο (Μουρτοπαλλά και Παναγιωτακοπούλου 2009).

## ΔΕΥΤΕΡΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

### Αντισύλληψη

#### 2.1 Ιστορική ανασκόπηση της αντισύλληψης

Το θέμα της αντισύλληψης, συνοδεύει το ανθρώπινο γένος από την αρχαιότητα. Ακόμα και τότε που η επιστήμη της ιατρικής δεν είχε κάνει φανερά την εμφάνιση της, σε διάφορους πολιτισμούς της ανθρωπότητας, φαίνεται να υπάρχει προσπάθεια για την αποφυγή πιθανής εγκυμοσύνης. Όταν ακόμα δεν υπήρχε πληθώρα υλικών μέσων, οι άνθρωποι ικανοποιούσαν τις ανάγκες του με υλικά που τους παρείχε η φύση.

Σε ντοκουμέντα αναφερόμενα στην αρχαία Αίγυπτο (1550π.Χ , 1850 π.Χ), αναφέρονται μέθοδοι για έλεγχο γεννήσεων με διάφορους φυσικούς μηχανισμούς. Τέτοιοι ήταν η χρήση μελιού, φύλλων ακακίας και λιναριού που εμποδίζουν το σπέρμα να εισέλθει στον κόλπο, ενώ ακόμα αναφέρεται η χρήση προφυλακτικού μέσα από «Το βιβλίο της γένεσης» φαίνεται πως η διακοπτόμενη συνουσία θεωρούνταν και τότε μια μέθοδο αντισύλληψης (Lipsey et all 2005, Eberhard and Nieschlag 2010).

Στην αρχαία Ελλάδα παρουσιάζεται έντονη η χρήση του σύλφιου, ενός φυτού που φαίνεται να ήταν αποτελεσματικό ως προς την αντισύλληψη. Μάλιστα ήταν τόσο μεγάλο το ποσοστό επιτυχίας του που λόγω της ζήτησης του η τιμή του έφτανε να ξεπερνά εκείνη του ασημιού. Η περιορισμένη όμως διαθεσιμότητα του και η δύσκολη καλλιέργεια του, το έκανε σύντομα να εξαφανιστεί.

Το 77 μ.Χ. συντάχθηκε μια σειρά σπουδαίων βιβλίων αναφερόμενη στην ευρύτερη επιστημονική γνώση από τον ρωμαίο συγγραφέα και ιστορικό Πλίνιο. Αυτή η σειρά αποτελεί και την αρχαιότερη πλήρως σωζόμενη συστηματική εγκυκλοπαιδική εργασία της ανθρωπότητας, η οποία παραθέτει μια λίστα εκείνης της εποχής και αναφέρει πλήθος βοτάνων που προκαλούσαν στειρώση (Unspesified 2001).

Στην μεσαιωνική Ευρώπη η οποιαδήποτε προσπάθεια αντισύλληψης θεωρούνταν μη επιτρεπτή και ανήθικη, γεγονός που φαίνεται από τα μεγάλα ποσοστά πολύτεκνων οικογενειών. Παρ' όλα αυτά υπάρχουν πηγές που φανερώνουν πως ακόμα και τότε οι γυναίκες προσπαθούσαν να ελέγξουν το πλήθος των γεννήσεων χρησιμοποιώντας ρίζες κρίνου και απήγανο. Η διακοπτόμενη συνουσία ήταν γνωστή μέθοδος αντισύλληψης και για της γυναίκες εκείνης της εποχής φαίνεται όμως τελικά ότι πολλές από αυτές κατέφευγαν στη βρεφοκτονία (McTavish and Lianne 2007).

Στις αρχές του 18ου αιώνα, κατά την Ιταλική Αναγέννηση γίνεται αναφορά ενός καλύμματος φτιαγμένο από δέρμα προβάτου για την αποφυγή εγκυμοσύνης. Ωστόσο οι πρώτες μέθοδοι αντισύλληψης άρχισαν να είναι διαθέσιμες από τον 20<sup>ο</sup> αιώνα και μετά. Οι προσπάθειες για αντισύλληψη ,συνοδευόμενες με την εμφάνιση και την συνεχή εξέλιξη της ιατρικής, αναπτύχθηκαν και παρουσιάζουν ποικιλία ανάλογη της ιατροεπιστημονικής ανάπτυξης (Cuomo and Amy 2010).

Η ελλιπής οικονομική δυνατότητα για έρευνα, οι κυβερνητικές ρυθμίσεις και τα συμφέροντα των φαρμακευτικών εταιριών καταστέλλουν την προσπάθεια ανακάλυψης νέων μεθόδων αντισύλληψης. Ωστόσο οι ήδη υπάρχουσες

αντισυλληπτικές μέθοδοι ολοένα και αναπτύσσονται, ενώ αρχίζουν να εμφανίζονται καινούριες μέθοδοι (Lowdermilk 2010).

Έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τον Κωνσταντινίδη και συν. τα ακαδημαϊκά έτη 2009-2011 σε ένα πλήθος 358 φοιτητών αποτελούμενο από 54 φοιτητές και 304 φοιτήτριες, έγινε φανερό πως οι πρωτοετείς φοιτητές του τμήματος Νοσηλευτικής στο ΤΕΙ ηρακλείου χρησιμοποιούν στην πλειοψηφία τους κάποια αντισυλληπτική μέθοδο. Τα ποσοστά στα αγόρια ήταν 95,5% ενώ στα κορίτσια 97,7% ποσοστά που οδηγούν στο συμπέρασμα πως αρκετά μεγάλος αριθμός του πληθυσμού αυτού χρησιμοποιεί και γνωρίζει μεθόδους αντισύλληψης και προφύλαξης (97,3%) (Κωνσταντινίδης και συν. 2012).

## **2.2 Αναφορά μεθόδων αντισύλληψης**

Υπάρχει μεγάλη ποικιλία αντισυλληπτικών μεθόδων ανάλογη των ανθρώπινων αναγκών και διαφέρουν μεταξύ τους ως προς τα ποσοστά αποτελεσματικότητας τους. Υπάρχουν μέθοδοι αντισύλληψης που αφορούν τόσο τους άντρες όσο και τις γυναίκες. Ωστόσο μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε μόνιμες και προσωρινές. Οι μέθοδοι αντισύλληψης μπορούν να χωριστούν σε ορμονικές, χειρουργικές και σε αυτές που μια γυναίκα ή ένας άνδρας πρέπει πάντα να θυμάται να παίρνει ή σε αυτές που έχουν μακρά δράση και χρειάζονται ανανέωση κάθε λίγες εβδομάδες ή και ποτέ. Μπορούν επίσης να χωριστούν με βάση τον βαθμό αποτελεσματικότητας τους ώστε να γίνει ευκολότερη η κατάταξη.

### **2.2.1 Φυσικές μέθοδοι αντισύλληψης**

#### **Διακοπτόμενη συνουσία**

Η μέθοδος της διακοπτόμενης συνουσίας αποτελεί μία από τις αρχαιότερες μεθόδους αντισύλληψης που θεωρείται μη αποτελεσματική, καθώς χρησιμοποιείται λιγότερο από 3% του πληθυσμού των ΗΠΑ ως κύρια μορφή αντισύλληψης, ενώ αντίθετα παγκοσμίως χρησιμοποιείται περισσότερο από κάθε άλλο είδος αντισύλληψης. Στη περίπτωση αυτή, ο άντρας έχει το περισσότερο έλεγχο, καθώς απομακρύνει το πέος από το κόλπο κατά την εκσπερμάτωση. Από πολλούς θεωρείται απογοητευτική καθώς ακόμη και χωρίς εκσπερμάτωση διαφεύγουν στο κόλπο μικρές ποσότητες σπέρματος που μπορούν να οδηγήσουν σε εγκυμοσύνη. Ένα άλλο μειονέκτημα της συγκεκριμένης μεθόδου είναι ότι δεν παρέχει ασφάλεια στα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα με αποτέλεσμα να δημιουργείται άγχος στο ζευγάρι κάτι το οποίο τους στερεί τη σεξουαλική ευχαρίστηση. Έρευνες έχουν αποδείξει πως η μέθοδος αυτή ευθύνεται για διάφορα προβλήματα όπως κατακράτηση ούρων στο προστάτη. Από την άλλη όμως το γεγονός ότι δεν υπάρχει ιατρική παρακολούθηση και οικονομική επιβάρυνση για πολλούς θεωρείται πλεονέκτημα, για αυτό και εφαρμόζεται από πολλά ζευγάρια. Κατά αυτόν τον τρόπο εξασφαλίζεται η αίσθηση της προσωπικής υποθέσεως σε ένα πρόβλημα που το ζευγάρι θέλει να κρατήσει απόλυτα προσωπικό χωρίς να ζητήσει την επιβάρυνση τρίτων (<http://www.healthyliving.gr> 2014).

Σε σχετική έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε πληθυσμό 358 φοιτητών και φοιτητριών του ΤΕΙ Κρήτης του τμήματος νοσηλευτικής φάνηκε πως το 11,4% των φοιτητών και το 14,1% των φοιτητριών έχουν χρησιμοποιήσει την διακοπόμενη συνουσία ως μέθοδο αντισύλληψης με το συνολικό ποσοστό να φτάνει το 13,6% (Κωνσταντινίδης και συν. 2012).

### **Κολπικές πλύσεις**

Είναι και αυτό μια από τις αρχαιότερες μεθόδους που αν και μη αποτελεσματική χρησιμοποιείται ακόμη στις μέρες μας. Εφαρμόζονται πλύσεις αμέσως μετά την επαφή με ειδικά διαλύματα όπως είναι το ξύδι ή το νερό με λεμόνι τα οποία θεωρούνται αντισηπτικά και σπερματοκτόνα. Καταγράφονται μεγάλα ποσοστά αποτυχίας με τη συγκεκριμένη μέθοδο καθώς όπως έχει υπολογιστεί τα σπερματοζώρια εισβάλουν μέσα στη σάλπιγγα μέσα σε πέντε λεπτά χωρίς να είναι απαραίτητη η διαδικασία της εκσπερμάτωσης κάνοντας με τον τρόπο αυτό την μέθοδο αυτή αναποτελεσματική (Κατσιωτάκη και Χωμάτα 2009).

### **Θερμομετρική μέθοδος**

Η γυναίκα κάθε πρωί μετρά τη θερμοκρασία της πριν σηκωθεί από το κρεβάτι. Τη μέρα της ωορρηξίας η θερμοκρασία αυξάνεται κατά μισό βαθμό κελσίου που οφείλεται στην έκκριση της προγεστερόνης από το ωχρό σωματίο. Επομένως η γυναίκα πρέπει να αποφύγει την επαφή τις δυο-τρεις μέρες μετά την αύξηση της θερμοκρασίας. Επειδή μπορεί να παρατηρηθεί αύξηση της θερμοκρασίας από κάποια ιογενή λοίμωξη ή δραστηριότητα της γυναίκας δεν αποτελεί αποτελεσματικό τρόπο αντισύλληψης με ποσοστό αποτυχίας 20-30% (Κατσιωτάκη και συν. 2009).

## **2.2.2 Αντισυλληπτικές μέθοδοι που βασίζονται σε φάρμακα.**

### **Είδη αντισυλληπτικών δισκίων**

Ανάλογα με την σύνθεση τους τα αντισυλληπτικά διακρίνονται σε μονοφασικά, διφασικά και τριφασικά.

#### Μονοφασικά.

Είναι τα πιο διαδεδομένα. Έχουν σταθερή δόση και των δυο ορμονών σε όλη τη διάρκεια του κύκλου δηλαδή το οιστρογόνο και το προγεσταγόνο βρίσκονται στην ίδια αναλογία.

#### Διφασικά.

Περιέχουν δύο διαφορετικές δόσεις των ορμονών, δηλαδή στη περίπτωση αυτή το οιστρογόνο και το προγεσταγόνο δεν βρίσκονται στην ίδια αναλογία

### Τριφασικά

Περιέχουν τρεις διαφορετικές δόσεις των ορμονών χωρισμένες σε τρεις φάσεις του κύκλου και μεταβάλλουν τη ποσότητα της προγεστερόνης και ενίοτε των οιστρογόνων. Θεωρήθηκε ότι τα αντισυλληπτικά αυτά θα μπορούν να μιμηθούν περισσότερο τις ορμονικές μεταβολές κατά τη διάρκεια του κύκλου, καθώς ελαττώνουν τη συνολική δόση ορμονών σε κάθε εμμηνορυσιακό κύκλο, χωρίς όμως να θυσιάζεται η αντισυλληπτική αποτελεσματικότητά τους.

### **Ορμονικά αντισυλληπτικά χάπια επείγουσας αντισύλληψης.**

Τα πρώτα αντισυλληπτικά δισκία που βγήκαν στην αγορά των ΗΠΑ το 1960 και το 1961 περιείχαν δυο έως και πέντε φορές περισσότερο οιστρογόνο και πέντε έως δέκα φορές περισσότερο προγεσταγόνο. Οι δόσεις τους μειώθηκαν γρήγορα λόγω ανησυχίας για την ασφάλεια τους και επειδή η μείωση των δόσεων δεν ελάττωσε την αποτελεσματικότητά τους. Έτσι τα πρώτα αντισυλληπτικά δισκία που κυκλοφορούν μέχρι και σήμερα περιέχουν από 20-50mg οιστρογόνο (Πιούκα και συν. 2008)

Το 1960 εφευρέθηκε το πρώτο αντισυλληπτικό χάπι με την ονομασία Enovid. Τα αντισυλληπτικά χάπια αποτελούσαν τη κύρια μέθοδο αντισύλληψης στις ΗΠΑ αφού χρησιμοποιήθηκε από 10,7 εκατομμύρια γυναίκες. Σε μια άλλη έρευνα διαπιστώθηκε ότι τα αντισυλληπτικά χάπια αποτελούν τη συνηθέστερη μορφή αντισύλληψης από τους έφηβους των ΗΠΑ. Κύριοι μηχανισμοί των χαπιών από το στόμα είναι η αναστολή της ωορρηξίας και οι αλλαγές στη βλέννη του τραχήλου της μήτρας εμποδίζοντας την διείσδυση των σπερματοζωαρίων. Τα μονοφασικά δισκία περιέχουν σταθερές δόσεις οιστρογόνων και προγεστερόνης που αποτελεί μια ασφαλή και αποτελεσματική επιλογή.

Η λήψη του δισκίου δεν σχετίζεται με τη σεξουαλική πράξη καθώς με τα αντισυλληπτικά ρυθμίζεται με ακρίβεια ο κύκλος των γυναικών. Η λήψη των ορμονικών αντισυλληπτικών χαπιών αποτρέπουν την κύηση και μπορεί να ξεκινήσει με τρεις τρόπους όπως είναι η ταχεία λήψη του δισκίου της ίδιας μέρας, λήψη δισκίου τη πρώτη μέρα του εμμηνορυσιακού κύκλου και της πρώτης Κυριακής μετά την έναρξη της έμμηνης ρύσης.

Ξέχωρα όμως από τα ορμονικά αντισυλληπτικά χάπια, υπάρχουν και τα χάπια επείγουσας ανάγκης ή αλλιώς το χάπι της επόμενης ημέρας. Σκοπός της επείγουσας αντισύλληψης είναι να αποτρέψει την εγκυμοσύνη σε περίπτωση που άλλες μέθοδοι αντισύλληψης, όπως το προφυλακτικό, αποτύχουν. Δεν θεωρείται αποτελεσματικό όσο άλλοι μέθοδοι αντισύλληψης και δεν μπορεί να προφυλάξει το ζευγάρι από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Για να έχει αποτελεσματικότητα το χάπι πρέπει αν λαμβάνεται αμέσως μετά την επαφή. Η πιθανότητα εγκυμοσύνης είναι πολύ μικρή αλλά σε καμία περίπτωση μηδενική (Jobstet 1999).

## 2.2.3 Μόνιμες μέθοδοι αντισύλληψης

### Στείρωση-αγγειεκτομή

Από τις πιο αποτελεσματικές μεθόδους μπορούμε να αναφέρουμε την στείρωση-αγγειεκτομή η οποία αφορά τον άνδρα. Η πρώτη πειραματική προσπάθεια έγινε το 1785 ενώ πραγματοποιήθηκε επιτυχώς για πρώτη φορά το 1899. Συνολικά πενήντα εκατομμύρια άνδρες έχουν κάνει αγγειεκτομή. Θεωρείται μια από τις πιο αποτελεσματικές και μόνιμες μεθόδους αντισύλληψης καθώς ακόμα και σήμερα σε τέσσερις χώρες όπως το Ηνωμένο βασίλειο, Ηνωμένες πολιτείες, Ινδία και Κίνα τα ζευγάρια χρησιμοποιούν την αγγειεκτομή ως τη καλύτερη και πιο αποτελεσματική μέθοδο αντισύλληψης. Παρά το γεγονός όμως ότι η αγγειεκτομή θεωρείται από τις ασφαλέστερες και πιο αποτελεσματικές μεθόδους αντισύλληψης, έχει παραμεληθεί από μεγάλο ποσοστό του κόσμου, καθώς έχει αυξηθεί η διαθεσιμότητα άλλων μεθόδων. Ακόμα και σήμερα το 4-15% των ανθρώπων της Ταϊλάνδης, της Νότιας Κορέας και της Νέας Ζηλανδίας, η αγγειεκτομή θεωρείται πρώτη αντισυλληπτική μέθοδος. Η διαδικασία της αγγειεκτομής θεωρείται μόνιμη, επειδή η αντιστροφή της αγγειεκτομής είναι δαπανηρή και συχνά δεν επαναφέρει τον κανονικό αριθμό των σπερματοζωαρίων του ατόμου ή και την κινητικότητα του σπέρματος στα επίπεδα προ της αγγειεκτομής. Πρέπει να τονιστεί όμως ότι η αγγειεκτομή δεν έχει καμία επίδραση στα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

Κατά τη διαδικασία της αγγειεκτομής γίνεται τοπικό μούδιασμα στη περιοχή του οσχέου με τη χρήση αναισθησίας και έπειτα με τη βοήθεια ενός νυστεριού γίνονται δύο τομές στις δύο πλευρές του οσχέου. Ο χειρουργός φέρει κάθε σπερματικό πόρο στην επιφάνεια για εκτομή των σπερματικών αγγείων και στη συνέχεια σφραγίζονται με καυτηριασμό ή ακόμα και με σύραψη. Εκτός από αυτόν τον παραδοσιακό τρόπο, υπάρχουν και άλλοι τρόποι που γίνεται η αγγειεκτομή όπως αναισθησία χωρίς βελόνα, χωρίς νυστέρι, με ανοιχτά άκρα και τέλος αγγειεκτομή με clip (Liskin and Pile 1983).

Είναι αναγκαίο, τέλος, να αναφέρονται οι επιπλοκές μετά από την χειρουργική επέμβαση που αφορούν τη μόλυνση, τους μώλωπες, και την αιμορραγία στο όσχεο που φέρει σαν αποτέλεσμα τη δημιουργία αιματώματος. Ο πόνος μετά από τη αγγειεκτομή κυμαίνεται μεταξύ 15% και 33% των ασθενών, μια χρόνια και εξουθενωτική κατάσταση που δημιουργείται από την αφαίρεση του σπερματικού πόρου. Μπορεί να εμφανίζεται μόνο σε συγκεκριμένους χρόνους όπως είναι μετά την επαφή, η οποία μπορεί να συνεχιστεί κανονικά μια εβδομάδα μετά την χειρουργική επέμβαση, την εκσπερμάτωση και την φυσική άσκηση (Κριαρά και Μάλλιου 2014).

### Απολίνωση σαλπίνγων

Η γυναικεία στείρωση μπορεί να γίνει σε οποιαδήποτε φάση του εμμηνοπαυσιακού κύκλου. Μπορεί να εκτελεσθεί με δύο τρόπους όπως είναι η διακοιλιακή και η διατραχηλική. Τοπικό αναισθητικό τοποθετείται στη περιοχή και ο ιατρός εισάγει έναν καθετήρα στη περιοχή του κόλπου και ύστερα στον τράχηλο και τοποθετεί μικρά εμφυτεύματα σε κάθε σάλπιγγα. Με τον τρόπο αυτό δημιουργείται



ένας ουλώδης ιστός προκειμένου να αποφράξουν οι σάλπιγγες και να διασφαλιστεί ύστερα η αποφυγή της σύλληψης. Η μετεγχειρητική δυσφορία που προκαλείται από τον σπασμό των σαλπίγγων αντιμετωπίζεται με τη χρήση ενός αναλγητικού.

Πρέπει να τονιστεί ότι η γυναίκα και ο σύντροφος της πρέπει να χρησιμοποιήσουν κάποιον άλλον τρόπο αντισύλληψης μέχρι να επιβεβαιωθεί η απόφραξη της σάλπιγγας η οποία χρειάζεται έως και τρεις μήνες.

Η αναστροφή της στειροποίησης της γυναίκας είναι πραγματοποιήσιμη αλλά είναι δαπανηρή και δύσκολη καθώς απαιτείται ξανά χειρουργική επέμβαση. Έρευνες έχουν δείξει ότι το ποσοστό αποτυχίας της γυναικείας στείρωσης με την απολίνωση των σαλπίγγων υπολογίζεται μικρότερο από 1%, ενώ οι κίνδυνοι για ανεπιθύμητη κύηση υπολογίζονται από 1% έως και 7% (Lowdermilk 2010).

## **2.2.4 Μέθοδοι αντισύλληψης με την βοήθεια μηχανικών μέσων.**

### **Ανδρικό προφυλακτικό**

Το προφυλακτικό είναι ένα αντικείμενο που φτιάχνεται από λατέξ και χρησιμοποιείται κατά τη σεξουαλική επαφή με σκοπό την αποφυγή εγκυμοσύνης και μετάδοσης ΣΜΝ. Η απαρχή της χρήσης του προφυλακτικού ανάγεται στους ρωμαϊκούς χρόνους και αφορά στη χρήση ουροδόχων κύστεων ζώων. Χάρη στον Cbrielle Fallorio καταφέρνουμε να έχουμε τη πρώτη εικόνα του προφυλακτικού που κατασκευαζόταν από λινό ύφασμα καλύπτοντας το μέγεθος και το σχήμα του ανδρικού μορίου. Στην Ελλάδα τα πρώτα προφυλακτικά κυκλοφόρησαν μετά τη περίοδο της κατοχής προς τα τέλη της δεκαετίας 1940. Ενώ οι πρώτες ύλες εισάγονταν από το εξωτερικό, οι συσκευασίες του ολοκληρώνονταν στην Ελλάδα. Υπολογίζεται ότι το 50% των έγγαμων και το 75% του συνόλου των ζευγαριών παγκοσμίως χρησιμοποιούν το προφυλακτικό ως μέσο αντισύλληψης, ενώ η Ιαπωνία παρουσιάζει τη μεγαλύτερη κατανάλωση προφυλακτικών αφού χρησιμοποιείται από το ¼ του συνολικού πληθυσμού (Δαρδαβέσης 2005). Ισπανόφωνοι έφηβοι που δεν είχαν λάβει σεξουαλική εκπαίδευση, είχαν χαμηλότερες πιθανότητες χρήσης προφυλακτικού, ενώ αντίθετα Αφροαμερικανοί έφηβοι που είχαν πιο θετική στάση απέναντι στα προφυλακτικά, είχαν μεγαλύτερες πιθανότητες χρήσεις προφυλακτικών (Jennifer, 2008). Η χρήση του προφυλακτικού αποτελεί σε κάθε περίπτωση αξιόπιστο μέτρο ελέγχου των ανεπιθύμητων κυήσεων που έχει λάβει στη σύγχρονη εποχή διαστάσεις αναγκαιότητας λόγω πανδημίας του AIDS και των προβλημάτων που τη συνοδεύουν (Δαρδαβέσης 2005).

Σε σχετικά πρόσφατη έρευνα στην Ελλάδα σε φοιτητές, το 92% στου συνόλου χρησιμοποιούν το ανδρικό προφυλακτικό σαν μέθοδο αντισύλληψης (Κωνσταντινίδης και συν. 2012).

### **Κολπική καλύπτρα**

Με ελάχιστες διαφορές από το κολπικό διάφραγμα η κολπική καλύπτρα αποτελεί μια συσκευή τραχηλικού φραγμού. Η μόνη διαφορά μεταξύ των 2 είναι ότι η τραχηλική καλύπτρα είναι μικρότερη από το κολπικό διάφραγμα και δεν καλύπτει ανώτερα

τμήματα των κολπικών τοιχωμάτων. Έχει μικρότερη αποτελεσματικότητα από το προφυλακτικό και δεν παρέχει προστασία από τα ΣΜΝ.

### **Κολπικός σπόγγος**

Ο κολπικός σπόγγος είναι ένα μικρό σφουγγάρι εμπλουτισμένο από σπερματοκτόνο που με τη βοήθεια των δακτύλων εισέρχεται βαθιά μέσα στο κόλπο πριν από την επαφή. Ο σπόγγος πρώτα βρέχεται με νερό και μετά τοποθετείται στο κόλπο ώστε να καλύψει το τράχηλο και με τη βοήθεια μιας κλωστής που φέρει, αφαιρείται από αυτόν. Είναι μια αποτελεσματική μέθοδος μέχρι και την ώρα της αφαίρεσης του που δεν είναι παραπάνω από 24 ώρες. Από την άλλη όμως, αν και είναι αποτελεσματικότερος από τα σπερματοκτόνα, εμφανίζει μειονεκτήματα αλλεργικών αντιδράσεων και το σύνδρομο τοπικής καταπληξίας από σταφυλόκοκκο και δεν παρέχει προστασία από τα ΣΜΝ (Μιχαλάς, 2000). Επιπλέον είναι δύσχρηστη ως προς τη τοποθέτηση και την αφαίρεση του, για αυτό και τοποθετείται περισσότερο από γυναίκες που αδυνατούν να χρησιμοποιήσουν κάποια άλλη πιο αποτελεσματική αντισυλληπτική μέθοδο (Κρεάτσας, 1998).

### **Κολπικά σπερματοκτόνα**

Τα κολπικά σπερματοκτόνα είναι μη ιοντικά επιφανειοδραστικά απορρυπαντικά διαλύματα που ακινητοποιούν τα σπερματικά υγρά. Στα κολπικά σπερματοκτόνα μπορούμε να συναντήσουμε μία από τις δυο βασικές χημικές ουσίες. Οι ουσίες αυτές είναι η  $\text{monoxynol-9}$  ή  $\text{octoxynol}$ . Τα αναφερόμενα σπερματοκτόνα είναι διαθέσιμα σε μορφή κρέμας, gel, αφρώδες αερόλυμα, δισκία και μορφή μεμβράνης ή και υπόθετου. Σε πειραματικές μελέτες φάνηκε ωστόσο, πως το αφρώδες αερόλυμα παρουσίασε καλύτερη διασπορά στον κόλπο από ότι η γέλη ή η κρέμα, πράγμα που δηλώνει και μεγαλύτερη επιτυχία ως προς το αποτέλεσμα.

Αυτή η μέθοδος αντισύλληψης δεν έχει μεγάλο ποσοστό αποτελεσματικότητας, όμως το ποσοστό αυτό μπορεί να αυξηθεί σημαντικά όταν συνδυαστεί με άλλες τεχνικές όπως την χρήση προφυλακτικού ή διαφράγματος. Το ποσοστό αποτυχίας τους φτάνει έως και το 30% ανά έτος. Συμφώνα με αυτά τα στοιχεία μπορούμε να πούμε ότι τα κολπικά σπερματογόνα μπορούν να χρησιμοποιηθούν, χωρίς τον συνδυασμό με άλλη μέθοδο αντισύλληψης, από υπογόνιμα ζευγάρια, από ζευγάρια στην εμμηνόπαυση ή από ζευγάρια που δεν επιθυμούν μια απόλυτα ελεγχόμενη συνουσία.

Ωστόσο τα κολπικά σπερματοκτόνα παρόλο που σκοτώνουν τα σπερματοζώαρια, δεν είναι ικανά να αντιμετωπίσουν τις διαφορές μόλυνσης μέσω της σεξουαλικής επαφής, αντιθέτως μπορούν να την υποβοηθήσουν καθώς μπορεί να προκαλέσουν ερεθισμούς στη γενετική περιοχή (Κατσιώτη και Χωματά 2009).

### **Αντισυλληπτική ενδομήτρια συσκευή**

Το 1909 έκαναν την πρώτη τους εμφάνιση τα ενδομήτρια ελάσματα με υποστηρικτική τους τον Richard Richter. Τότε ήταν φτιαγμένο από εύκαμπτο δακτύλιο, από μετάξι και σύρμα ασημένιο ή χρυσό. Ο Ernest Grafenberg το 1959 έδωσε μια δεύτερη ευκαιρία στη μέθοδο αυτή. Ωστόσο δεν υπήρξε αρκετή υποστήριξη.

Ο Oppenheimer μετά από 20 χρόνια εμπειρίας με τη συγκεκριμένη μέθοδο, κατάφερε να την φέρει και πάλι στην επιφάνεια. Στο συνέδριο το 1962 που πραγματοποιήθηκε ειδικά για το θέμα, τέθηκε ικανό να ξεκινήσει να το χρησιμοποιείται ευρέως παρ' ότι ήταν γνωστές κάποιες αντενδείξεις.

Η αντισυλληπτική ενδομήτρια συσκευή (ΑΕΣ) είναι μία συσκευή που τοποθετείται εντός της μήτρας και έτσι η δράση της είναι αντισυλληπτική. Αφαιρείται με τη βοήθεια ενός τμήματος, συνήθως από πολυαιθυλένιο, που βρίσκεται στο κάτω μέρος της.

Τα πρώτα ενδομήτρια σπειράματα (IUD's-Intrauterine devices) ήταν αδρανή σπειράματα, αποτελούμενα από ένα στέλεχος πολυαιθυλενίου. Το στέλεχος αυτό, χάρη στην ευκαμψία του μπορούσε εύκολα να τοποθετηθεί μέσω ενός προωθητή, στη μήτρα (Lipps Loop)

Τα ΑΕΣ που χρησιμοποιούνται σήμερα αποτελούνται και αυτά από το βασικό στέλεχος πολυαιθυλενίου που περιβάλλεται από χαλκό, άργυρο, και με ανοξειδωτο χάλυβα με επικρατέστερα τα τελευταία. Πλέον το μέγεθος του είναι μικρότερο και παράλληλα ευκολότερη και η εφαρμογή τους. Μπορούμε λοιπόν να τα ταξινομήσουμε σε:

- ΑΕΣ πρώτης γενιάς, με σύρμα χαλκού με επιφάνεια  $200\text{mm}^2$  .
- ΑΕΣ δεύτερης γενιάς, με σύρμα χαλκού επιφάνειας  $250\text{mm}^2$  (Multiload Cu-250).
- ΑΕΣ τρίτης γενιάς με σύρμα χαλκού επιφάνειας  $375\text{mm}^2$  (Multiload Cu-370).
- Ορμονικές ΑΕΣ όπως η Progrstasert, με σχήμα T, που περιέχει 36mg προγεστερόνης. Η ορμονική αυτή ΑΕΣ καλύπτει την συγκεκριμένη ανάγκη για αντισύλληψη για 15-24 μήνες, παρέχοντας ημερησίως μικρές ποσότητες ουσίας.

Οι δράσεις τους κυρίως έχουν ως αποτέλεσμα την αναστολή της οοθυλλακιωρηξίας, προκαλούν αποκλεισμό των προγεστερονικών και ιστρογονικών υποδοχέων, ενζυμικές μεταβολές ενδομητρίου, αλλαγή σύστασης εκκρίματος της ενδομητρικής κοιλότητας, ατροφία των αδένων του ενδομητρίου, αλλοίωση τραχηλικής βλέννας κάνοντάς την αδιαπέραστη για τα σπερματοζώαρια. Μπορεί να προκαλέσουν μορφολογικές μεταβολές στο βλεννογόνο της σάλπιγγας, όπως και την καταστολή της αναγέννησης των μικροκροσσών, την ανάπτυξη των εκκριτικών κοκκίων και των εκκριτικών κυττάρων του βλεννογόνου της σάλπιγγας (ενδοσαλπιγγίου), μπορεί επίσης να μειώσουν την ικανότητα του σπέρματος για γονιμοποίηση. Τέλος, μειώνουν τη πυκνότητα των προσταγλανδινών του ενδομητρίου, την ποσότητα της εμμήνου ρύσης και την κινητικότητα του μυομητρίου, επομένως πλεονεκτούν στις αιμορραγίες και τις επώδυνες συσπάσεις.

Έχει μεγάλο ποσοστό επιτυχίας, με χαμηλή ετήσια δαπάνη, είναι μια μέθοδος αναστρέψιμη, ενώ δεν προκαλεί συστηματικές μεταβολές στον μεταβολισμό ούτε επηρεάζει την σεξουαλική πράξη. Αποτελεί μια εύκολη μέθοδο με χρόνιο αποτέλεσμα και δεν χρειάζεται καθημερινή εγρήγορση. Παρόλα αυτά μπορεί να προκαλέσει διάτρηση στην μήτρα καθώς και στα επακόλουθα όργανα που βρίσκονται κοντά στην περιοχή. Ίσως να προκαλέσει πόνο και μη φυσιολογική αιμορραγία,

μολύνσεις και σαλπινγίτιδα. Έχει συμβεί εκβολή της συσκευής με αποτέλεσμα μια κύηση, σε αυτή την περίπτωση ίσως προκύψει πιθανή αποβολή και μόλυνση. Υπάρχουν περιπτώσεις όπου γυναίκες δεν μπορούν να συμφιλιωθούν με την ιδέα ενός ξένου σώματος στον οργανισμό τους. Τέλος δεν προσφέρει καμία προστασία απέναντι στα ΣΜΝ (Κατσιώτη και Χωματά 2009, Λάμπρου και Θεοδωροπούλου 2005).

### **Κολπικός δακτύλιος**

Θεωρείται νέος τρόπος αντισύλληψης ο οποίος τοποθετείται από την ίδια τη γυναίκα. Παραμένει για τρεις εβδομάδες και έπειτα αφαιρείται, ενώ ένας νέος δακτύλιος προστίθεται μια εβδομάδα αργότερα. Μέσω του δακτυλίου απελευθερώνονται δυο ουσίες, η αιθυνυλοιστραδιόλη και η ετονογεστρέλη ώστε να μειωθούν με αυτόν τον τρόπο οι ορμονικές αλλαγές κατά την εμμηνόπαυση. Δεν φαίνεται να υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ του δακτυλίου και των άλλων τρόπων αντισύλληψης (Παπαδόπουλος και συν. 2007).

Είναι αποδεκτό από πολλούς χρήστες καθώς θεωρείται αποτελεσματικός τρόπος αντισύλληψης με εξαιρετικό έλεγχο του κύκλου. Σε μία έρευνα αναφέρονται χαμηλές συχνότητες ανεπιθύμητων ενεργειών μετά τη χρήση του δακτυλίου. Το 80% των ερωτηθέντων γυναικών βρήκαν ικανοποιητική τη συγκεκριμένη αντισυλληπτική μέθοδο ενώ το 90% θα το συνιστούσε κι σε άλλους χρήστες (Thom et al. 2002).

### **Αντισυλληπτικό αυτοκόλλητο**

Το διαδερμικό αυτοκόλλητο έχει τη μορφή patch και προσαρμόζεται σε κάποιο σημείο της επιφάνειας του δέρματος. Ο οργανισμός απορροφά τις ορμονικές ουσίες που παρέχονται από το αυτοκόλλητο. Αναλυτικότερα οι ουσίες που παρέχονται από την συγκεκριμένη μέθοδο είναι τεχνητές ορμόνες και αυτές είναι 6mg προγεστερόνης (norelgestromin) και 0,75mg οιστρογόνου (ethinylestradiol), εκ των οποίων απελευθερώνονται ημερησίως στον οργανισμό 150μg και 20μg αντίστοιχα. Το αυτοκόλλητο έχει εβδομαδιαία δράση και συνιστάται να μη ξεπερνά τις 3εβδομάδες χρήσης αν δεν ακολουθεί μια εβδομάδα αποχής της χρήσης του. Σε κλινική δοκιμή που πραγματοποιήθηκε σε 1672 γυναίκες ηλικίας 18-45 ετών, μετά το πέρας μιας περιόδου δοκιμής 6 ή 13 εμμηνορρυσιακών κύκλων, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η αποτυχημένη δράση του επιθέματος δεν ξεπέρασε το ποσοστό του 0,4%. Στην δράση, στις φαρμακολογικές ιδιότητες και στο ποσοστό αποτελεσματικότητας, μοιάζει πολύ στη μέθοδο του αντισυλληπτικού χαπιού αν και το αυτοκόλλητο δεν απαιτεί καθημερινή εγρήγορση από την ενδιαφερόμενη. Φαρμακολογικοί έλεγχοι έδειξαν ωστόσο ότι οι γυναίκες που πραγματοποίησαν χρόνια χρήση του αυτοκόλλητου έχουν αυξημένη επίπτωση θρομβοεμβολικής νόσου, ενώ είναι άξιο αναφοράς ότι δεν αποτελεί μέθοδο προστασίας από ΣΜΝ (Παπαδοπούλου και συν. 2007).

### **Αντισυλληπτικά εμφυτεύματα**

Τα Αντισυλληπτικά εμφυτεύματα είναι μια μακροπρόθεσμη μέθοδος και περιλαμβάνει μια ράβδο που το σχήμα και το μέγεθος μοιάζει με αυτό της οδοντογλυφίδας, η οποία εισάγεται με ευκολία μέσα στο δέρμα του βραχίονα της

γυναίκας. Απελευθερώνεται προγεστερόνη, μια ορμόνη που διασπά τη κανονική λειτουργία των ωοθηκών και παράγει μια βλέννα που μπλοκάρει το σπέρμα. Παρέχουν αντισύλληψη για 3-5 χρόνια. Κατά την εισαγωγή του πραγματοποιείται τοπική αναισθησία κατά τις πρώτες μέρες της εμμηνορρυσίας για αυτό θεωρείται μια μέθοδος απλή και γρήγορη.

Η χρήση των αντισυλληπτικών εμφυτευμάτων έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια επειδή εξασφαλίζουν πολλά πλεονεκτήματα το σημαντικότερο από τα οποία είναι πως είναι 99% ασφαλές. Έτσι η γυναίκα δε χρειάζεται να θυμάται να χρησιμοποιεί κάποιου άλλου είδους αντισυλληπτική μέθοδο, ούτε να καταφύγει σε στείρωση, ενώ αν αλλάξει γνώμη μπορεί εύκολα να το αφαιρέσει.

Για τις περισσότερες γυναίκες όμως το αντισυλληπτικό εμφύτευμα προκαλεί κάποιες παρενέργειες, καθώς το σώμα προσαρμόζεται σε αυτό. Ωστόσο αυτές τείνουν να εξαφανίζονται με τον καιρό και δε θέτουν κινδύνους για την υγεία. Για παράδειγμα, πολλές γυναίκες παρατηρούν αιμορραγία τους πρώτους έξι μήνες, ενώ άλλες έχουν άστατη περίοδο. Έχουν παρατηρηθεί κύστες στις ωοθήκες μετά την τοποθέτηση αντισυλληπτικών εμφυτευμάτων, αύξηση σωματικού βάρους, πονοκεφάλους, ναυτία, κόπωση, ευαισθησία στους μαστούς, αλλαγή στη σεξουαλική τους επιθυμία. Για τους λόγους αυτούς, δεν πρέπει να χρησιμοποιείται από γυναίκες οι οποίες έχουν καρκίνο σε κάποιο γυναικολογικό όργανο, καρδιολογικές δυσλειτουργίες ή αν πάσχουν από κάποια ηπατική νόσο.

Τα στατιστικά στοιχεία σχετικά με την αποτελεσματικότητα αυτής της μεθόδου είναι πολύ ενθαρρυντικά, ωστόσο είναι αναγκαίο να σημειωθεί πως δεν δίνει προστασία από τα ΣΜΝ, επομένως η χρήση του προφυλακτικού είναι απαραίτητη (Κασσιωτάκη και Χωματά 2009).

### **2.3 ΘΡΗΣΚΕΙΑ ΚΑΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ**

Το θέμα της αντισύλληψης είναι ένα θέμα που συμβαδίζει με τις θρησκευτικές πεποιθήσεις του κάθε πολιτισμού. Έτσι οι θρησκευτικές απόψεις περί του θέματος ποικίλλουν και καθορίζουν το τρόπο που αντιμετωπίζει ο κάθε λαός το θέμα της αντισύλληψης.

- **Χριστιανισμός**

Γύρω από το θέμα της αντισύλληψης έχουν γραφτεί πάρα πολλά και έχουν γίνει πολλές συζητήσεις σε διεθνή κλίμακα. Ανάλογες απόψεις διατυπώθηκαν και μέσα στο χώρο της χριστιανικής θεολογίας ως και στο χώρο διαφόρων χριστιανικών εκκλησιών.

Ο χριστιανισμός θεωρεί πως κύριος σκοπός του γάμου είναι η αναπαραγωγή για αυτό και η συνουσία δεν θεωρείται ανήθικη, ακόμη και αν πίστευαν πολλοί πως το κύριο χριστιανικό μήνυμα για τη σεξουαλικότητα ήταν αρνητικό. Η σύλληψη του Ιησού έγινε χωρίς να προηγηθεί κάποια σεξουαλική πράξη, ενώ γεννήθηκε από μια παρθένα. Ενώ υμνούσε την οικογένεια και εκθείαζε το γάμο, δεν πραγματεύτηκε θέματα σχετικά με τη σεξουαλικότητα.

Σκοπός των αντισυλληπτικών μέσων είναι η αποφυγή της εγκυμοσύνης. Στο χριστιανισμό αποτελεί παρεξήγηση η ταύτιση της ερωτικής σχέσης προς τη τεκνοποιία μέσα το γάμο. Δεν αποδέχεται την αναπαραγωγή ως ικανοποίηση και το θέμα αντισύλληψη θεωρείται αμαρτία. Συγκεκριμένα τονίζει πως από τη στιγμή που η ανθρώπινη φύση είναι υγιής δεν πρέπει κανείς να παρεμβαίνει με οποιαδήποτε μέσα. Πιο συγκεκριμένα τα χάπια, που θεωρούνται σαν αντισυλληπτικά, θεωρείται πως παρεμβαίνει στις βιολογικές λειτουργίες του οργανισμού.

Τέλος, επειδή κατά το χριστιανισμό μια σχέση αγάπης έχει τη προσφορά της θυσίας και της ηδονής, είναι κατά των αντισυλληπτικών μεθόδων που προκαλούν ερωτική αναστολή και για το λόγο αυτό δεν δικαιολογείται η χρήση τους.

- **Ισλαμισμός**

Για το Ισλάμ κρίνεται από τη κρίση του ζεύγους το μέγεθος της οικογένειας. Ο Μωάμεθ, ο οποίος δημιούργησε κατά τον 7<sup>ο</sup> αιώνα τον Ισλαμισμό, άσκησε επιρροή στους πιστούς του σε σεξουαλικά ζητήματα. Με το τρόπο αυτό λοιπόν, δίνεται στον άνδρα το δικαίωμα να παντρευτεί έως 4 γυναίκες, ενώ μπορεί να έχει όσες ερωτικές δούλες θέλει. Απαγορεύει με κάθε τρόπο την αντισύλληψη και την έκτρωση δια ποινής θανάτου.

- **Ινδουισμός**

Σύμφωνα με τον ινδουισμό το κυρίαρχο στοιχείο για κάθε άτομο είναι το κάρμα του, η ενσάρκωση του σε αυτό τον κόσμο σε κάτι τελείως μοναδικό για κάθε άτομο. Έρχεται σε μεγάλη αντιπαράθεση με τις υπόλοιπες θρησκείες καθώς προσπαθεί να ενσωματώσει τη σεξουαλικότητα στην ανθρώπινη ζωή, με σκοπό ο άνθρωπος να φτάσει στη μοναδική ολοκλήρωση.

- **Ιουδαϊσμός**

Ενώ σαν θρησκεία ο ιουδαϊσμός, έχει μια αυστηρά περιορισμένη ηθική στο θέμα της σεξουαλικότητας, δεν είναι απάνθρωπη. Η παλαιά διαθήκη πρόσταζε το λαό να πολλαπλασιάζεται και να καρποφορεί. Πράξεις όπως ο αυνανισμός, η διακοπόμενη συνουσία ή η ομοφυλοφιλία θεωρούνταν αμαρτία. Σε ένα σύνολο από γραπτές ερμηνείες της βίβλου από τον Ταλμούδ που θίγει καθημερινά ζητήματα, προκύπτει η πεποίθηση ότι ο ιουδαϊσμός ορίζει τη σεξουαλικότητα ως ένα δώρο του θεού. Η σεξουαλική δραστηριότητα θεωρείται αποδεκτή μόνο υπό τα πλαίσια γάμου. Η αναπαραγωγή και σε αυτή τη θρησκεία αποτελεί ιερό κομμάτι και υποχρέωση για τους πιστούς ενώ γάμος, η οικογένεια / αναπαραγωγή, η σεξουαλικότητα και η αγάπη, αντιμετωπίζονται σαν σύνολο και όχι ως μεμονωμένες πράξεις. Η αντισύλληψη μπορεί να θεωρηθεί αποδεκτή, πλέον, μόνο από την γυναίκα και αφού έχει ήδη αποκτήσει 2-4 παιδιά (Βενετικού, Μπενετάτου 2013, Κουκά και συν. 2006).

- **Καθολικισμός**

Ο καθολικισμός τοποθετεί την αναπαραγωγή ως μόνο σκοπό της σεξουαλικής πράξης. Πολλοί καθολικοί ιερείς διέδιδαν με φανατισμό την μονογαμία για τον

άνδρα, όπου πραγματοποιούσε σεξουαλικές πράξεις αυστηρώς περιορισμένες, με πρώτο και κύριο στόχο την αναπαραγωγή του είδους. Μία επιτυχημένη σύλληψη και εν συνεχεία ένας απόγονος, θεωρείται δώρο θεού για το ζευγάρι. Η φυσική αντισύλληψη θεωρείται πλέον αποδεκτή όμως δεν αναφέρεται από το δόγμα (Βενετικού, Μπενετάτου 2013, Κουκά και συν. 2006).

- **Βουδισμός**

Στον βουδισμό υπερισχύει μια εντελώς διαφορετική νοοτροπία η οποία αποδέχεται σε μεγάλο βαθμό την αγαμία. Πιστεύουν ακράδαντα στο κάρμα και αποδέχονται οποιαδήποτε πράξη έχει στόχο την εκπλήρωση αυτού. Ο σεβασμός για τη ζωή είναι σημαντικός, όμως η δημιουργία οικογένειας δεν έχει τόσο μεγάλη σημασία (Βενετικού, Μπενετάτου 2013, Κουκά και συν. 2006).

- **Προτεσταντισμός**

Ο προτεσταντισμός έδειξε μεγάλη ανεκτικότητα και ελαστικότητα σε θέματα που αφορούν την σεξουαλικότητα. Μπορεί να ειπωθεί πως οι απόψεις τους ταξινομούνται σε συντηρητικές, μετριοπαθείς και φιλελεύθερες. Θεωρεί την αναπαραγωγή ευλογία όταν αυτή πραγματοποιείται μέσα στα πλαίσια αγάπης και επιτρέπει την σεξουαλικότητα όταν πλαισιώνεται με τα δεσμά του γάμου. Έχει ως προτεραιότητα τη σωστή διαπαιδαγώγηση, και φαίνεται να δίνει λιγότερη σημασία στον αριθμό της αναπαραγωγής (Βενετικού και Μπενετάτου 2013, Κουκά και συν. 2006).

## **2.4 Έκτρωση**

Έκτρωση ή αλλιώς άμβλωση ονομάζεται η απομάκρυνση ενός επικείμενου εμβρύου από τα τοιχώματα της μήτρας, πριν το έμβρυο γίνει βιώσιμο έξω από τη μήτρα, δηλαδή πριν την 28<sup>η</sup> εβδομάδα περίπου (Δετοράκης 1983). Η διαδικασία αυτή πραγματεύεται από εξειδικευμένο ιατρικό προσωπικό (γυναικολόγο), σε περίπτωση που η γυναίκα το επιθυμεί. Για τη μείωση κινδύνου της ζωής της μητέρας η διαδικασία της άμβλωσης δεν πραγματοποιείται πριν την 6<sup>η</sup> εβδομάδα της κύησης, ενώ προτιμάται ως το ανώτατο όριο η 22<sup>η</sup> εβδομάδα. Ιδανικό θα ήταν η άμβλωση να πραγματοποιείται πριν το έμβρυο κάνει αισθητή τη παρουσία του και αυτό με σκοπό την αποφυγή των ψυχολογικών ή παθολογικών προβλημάτων της μητέρας. Η τεχνητή διακοπή κύησης αποτελεί σημαντικό κίνδυνο για μια γυναίκα από τη στιγμή που πραγματοποιείται αλλά και μετά από αυτήν.

Σε όλα τα χρόνια της ιστορίας έχει καταγραφεί ότι οι διάφοροι πληθυσμοί αυξάνονταν και μειώνονταν με τρόπους που είναι αδύνατο να αποδοθούν αποκλειστικά σε φυσικά αίτια. Παράδειγμα αποτελεί η μείωση του πληθυσμού που σημειώθηκε στη πρώιμη ρωμαϊκή αυτοκρατορία παρά την ευημερία που υπήρχε. Ένα τέτοιο γεγονός υποδηλώνει ότι οι άνθρωποι στις παλαιότερες κοινωνίες προσπάθησαν να ρυθμίσουν τη γονιμότητα τους. Αυτό πραγματοποιείται πιθανότατα με τη μέθοδο των αμβλώσεων και της αντισύλληψης καθώς και με πρακτικές εγκατάλειψης και παιδοκτονίας.

Ο πάπυρος Εμπέρ (1510-1500) περιέχει αρκετές αναφορές αμβλώσεων και αντισύλληψης. Κατά τη διάρκεια της ρωμαϊκής αυτοκρατορίας πολλοί συγγραφείς αναφέρονται στην άμβλωση. Ο Ιπποκράτης (460-377 π.Χ.) μίλησε για απαγόρευση χρήσεως εκτρωτικών μέσων, το οποίο χρησιμοποιήθηκε για καιρό από αντιπάλους των αμβλώσεων, υποστηρίζοντας πως ο πατέρας της ιατρικής αντιτάχθηκε στην άμβλωση. Τελικά φάνηκε μετά από μελέτες βασιζόμενες στα λεγόμενα του Ιπποκράτη, πως ζητούσε την απαγόρευση μιας συγκεκριμένης τεχνικής που θεωρούσε επικίνδυνη για τη γυναίκα, ενώ δε τη καταδίκασε γενικά. Αυτό φαίνεται επίσης και σε περιγραφές του ίδιου στις οποίες πρότεινε διάφορες τεχνικές για άμβλωση. Ωστόσο τα παραπάνω στοιχεία αποτελούν τις πρώτες καταγραφές των εκτρώσεων. Έχει μεγάλη ιστορία, όμως σκόπιμα έχει παραμεριστεί καθώς αποτελεί κοινωνικό ζήτημα έντονα αμφιλεγόμενο (Joffe 2009).

Η πανδημία των μη ασφαλών αμβλώσεων απασχολεί έντονα τη δημόσια υγεία και τα ανθρώπινα δικαιώματα. Αποτελεί θέμα υγείας που απειλεί τις γυναίκες του αναπτυσσόμενου κόσμου. Κάθε χρόνο πραγματοποιούνται περίπου 20 εκατομμύρια αμβλώσεις από μη ειδικό προσωπικό και ακατάλληλο περιβάλλον. Περίπου το 97% των επικίνδυνων εκτρώσεων πραγματοποιούνται στις αναπτυσσόμενες χώρες, ενώ εκτιμάται ότι 68 χιλιάδες γυναίκες πεθαίνουν από μια αποτυχημένη άμβλωση ενώ εκατομμύρια γυναίκες εμφανίζουν επιπλοκές πολλές από τις οποίες είναι και μόνιμες. Βασικότερες αιτίες θανάτου μπορούν να προκληθούν από αιμορραγία, μόλυνση και δηλητηρίαση (Grimes et al). Στις ΗΠΑ η θνησιμότητα που σχετίζεται με την άμβλωση μειώθηκε δραματικά μετά την εθνική νομιμοποίηση, φτάνοντας τελικά σε 0,6 θανάτους ανά 100 χιλιάδες περιπτώσεις άμβλωσης.

Με τη πάροδο του χρόνου η διαδικασία της έκτρωσης εξελίχθηκε ανάλογα της επιστήμης και πραγματώνεται με διάφορες τεχνικές ανάλογα με την επιθυμία ή τη κατάσταση της μητέρας. Μέθοδοι:

1. Διαστολή τραχηλικού στομίου: Σε αυτή τη μέθοδο γίνεται τοπική αναισθησία με τη γυναίκα τοποθετημένη σε γυναικολογική θέση. Πραγματοποιείται κολποδιαστολή με το ομώνυμο εργαλείο ενώ με τα κατάλληλα εργαλεία γίνεται απόξεση για την κένωση της μήτρας. Πιθανές επιπλοκές είναι η αιμορραγία, διάτρηση της μήτρας, η μόλυνση ενώ χρόνιες επιπλοκές μπορεί να είναι η σύμφυση του ενδομητρίου, ανεπάρκεια έσω τραχηλικού στομίου και απόφραξη σαλπίνγων.
2. Διαστολή του τραχηλικού στομίου: Όπως και στη προηγούμενη μέθοδο, γίνεται διαστολή του τραχήλου. Στη περίπτωση αυτή, το έμβryo διαιρείται με αιχμηρό αντικείμενο και αργότερα γίνεται η αναρρόφησή του με ειδικό σωλήνα. Προτιμάται περισσότερο καθώς μειώνεται ο κίνδυνος για τραυματισμό του ενδομητρίου.
3. Φαρμακολογικοί μέθοδοι: Κύρια ουσία που χρησιμοποιείται για την αποβολή είναι η μεφιπριστόνη και χορηγείται από το στόμα. Ενδείκνυται σε κυήσεις μικρότερη των έξι εβδομάδων και η επιτυχία της κυμαίνεται στο 85%. Πιθανόν να προκαλέσει αιμορραγία και να ακολουθήσει διαγνωστική απόξεση. Πιθανές παρενέργειες είναι η ναυτία, οι εμετοί, οι κολικοί και η αιμορραγία. Δεν σχετίζεται με το χάπι της επόμενης ημέρας.



4. Ενδοφλέβια χορήγηση ωκυτοκίνης: Αυτή η μέθοδος μπορεί να εφαρμοστεί μετά τις 12 εβδομάδες της κύησης και προκαλεί πόνους και διαστολή του τραχήλου της μήτρας. Σε περιπτώσεις αποτυχίας επαναλαμβάνεται ή αντικαθίσταται από άλλη μέθοδο. Παρενέργειες είναι οι διαταραχές στους ηλεκτρολύτες ή σπανιότερα η ρήξη της μήτρας.
5. Η χορήγηση των προσταγλανδίνων: Ο τρόπος χορήγησης είναι από το στόμα, ενδοφλέβια ως κολπικό υπόθετο ή τραχηλικά δισκία. Χρησιμοποιείται σε περιπτώσεις νεκρών εμβρύων. Παρενέργειες είναι το κοιλιακό άλγος, οι εμετοί, η ταχυκαρδία και ο βρογχόσπασμος.
6. Υστερεκτομή: Πραγματοποιείται από την 24<sup>η</sup> έως την 38<sup>η</sup> εβδομάδα. Είναι όμοια της καισαρικής μόνο που το έμβρυο εξάγεται πρόωρα και θανατώνεται ή αφήνεται να πεθάνει.

Τέλος, στην Ελλάδα το ποσοστό των εκτρώσεων κατέχει από τα υψηλότερα ποσοστά στην Ευρώπη και παράλληλα η χρήση αντισυλληπτικών κυμαίνεται σε χαμηλά ποσοστά. Το 2001 μία στις τέσσερις γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας παρουσιάζει ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη που κατέληξε σε έκτρωση και πιο συγκεκριμένα σε ηλικία 16-24 ήταν μία στις δέκα γυναίκες, ενώ σε ηλικία 35-45 μία στις τρεις (Καπνουλιά και συν. 2007).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

### Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα (ΣΜΝ)

#### 3.1 Εισαγωγή

Ως ΣΜΝ ορίζεται οποιαδήποτε ασθένεια ή μόλυνση που μπορεί να μεταδοθεί από άνθρωπο σε άνθρωπο μέσω της σεξουαλικής επαφής. Με τον όρο σεξουαλική επαφή συμπεριλαμβάνεται το κολπικό, το στοματικό και το πρωκτικό σεξ. Ο όρος σεξουαλικές μεταδιδόμενες λοιμώξεις είναι πλέον πιο αποδεκτός, καλύπτοντας έτσι διαφορετικές έννοιες. Υπάρχουν άτομα που έχουν προσβληθεί από μία λοίμωξη, ενώ άλλα που μεταφέρουν την ασθένεια χωρίς να έχουν νοσήσει. Ωστόσο τα ΣΜΝ δεν έχουν τη σεξουαλική επαφή ως μοναδικό τρόπο μετάδοσης μπορούν επίσης να μεταδοθούν μέσω κοινής χρήσης ενδοφλέβιων συσκευών ή μέσω της μολυσμένης μητέρας στο έμβρυο. Τα ΣΜΝ δεν αποτελούν πρόσφατη ανακάλυψη καθώς ταλανίζουν την ανθρωπότητα από την αρχαιότητα. Παρουσιάζουν μεγάλη εξέλιξη κατά τον 20<sup>ο</sup> αιώνα όπου και αποτελούν μείζον ιατρο-κοινωνικό πρόβλημα. Κορυφαίο ΣΜΝ μπορεί να θεωρηθεί η σύφιλη που υπήρξε αιτία πολλών θανάτων τα χρόνια εκείνα. Θεωρούνταν κατάρα θεού καθώς ήταν αθεράπευτη. Κατά τη περίοδο του `Α παγκοσμίου πολέμου το 25% των στρατιωτών παρουσίαζε μόλυνση από σύφιλη ή βλεννόρροια. Μετά την ανακάλυψη των αντιβιοτικών, τα ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας μειώθηκαν κατακόρυφα. Πλέον υπάρχει πρόληψη έναντι των ΣΜΝ, ενώ σε περιπτώσεις που ο οργανισμός έχει προσβληθεί, υπάρχουν μέθοδοι θεραπείας ή καταστολής.

Τα πιο διαδεδομένα ΣΜΝ είναι η σύφιλη, η γονόρροια, τα χλαμύδια, ο έρπητας των γεννητικών οργάνων, οι κολπίτιδες, το HPV, οι ηπατίτιδες και τέλος ο HIV που πήρε τη μορφή επιδημίας και αποτέλεσε το αποκορύφωμα των ΣΜΝ τη δεκαετία του 1980. Για λόγους ευκολίας μπορούν να παρουσιαστούν σε κατηγορίες με βάση τη προέλευση τους, δηλαδή λοίμωξη από βακτήρια, μύκητες, ιούς, πρωτόζωα και παράσιτα. Παράγοντες που μπορεί να θεωρηθούν ότι σχετίζονται με την εμφάνιση των ΣΜΝ είναι οι πόλεμοι, η μετανάστευση, η φτώχεια, οι συνθήκες υγιεινής, η ανάπτυξη υπηρεσιών υγείας, η διαπαιδαγώγηση, η πρόληψη, οι τρόποι διάγνωσης και η θεραπεία. Άλλα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά που επηρεάζουν τη μετάδοση των ΣΜΝ είναι η ηλικία, το φύλο, η φυλή, η εθνικότητα, η οικογενειακή κατάσταση, ο τόπος διαμονής, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση, οι συνήθειες, η σεξουαλική συμπεριφορά και η πρώτη σεξουαλική επαφή. Με την ανάπτυξη της επιστήμης τα περισσότερα ΣΜΝ είναι πλέον ιάσιμα, ενώ σε άλλα ακόμα και σήμερα αναμένεται ανάπτυξη της πρόληψης και της αντιμετώπισης.

## **3.2 Βασικές πληροφορίες και νοσηλευτικές παρεμβάσεις για τα ΣΜΝ**

Τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα μπορούν να χωριστούν για την διευκόλυνση της αναφοράς τους σε κατηγορίες ανάλογες των ξενιστών που τα προκαλούν. Οι κατηγορίες και τα νοσήματα αναλυτικότερα είναι τα εξής:

### **3.2.1 Βακτήρια**

Πολλά από τα πιο γνωστά Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα προέρχονται από βακτήρια και είναι τα εξής:

#### **Μαλακό έλκος**

Είναι μια βακτηριακή σεξουαλικά μεταδιδόμενη λοίμωξη που χαρακτηρίζεται από επώδυνα έλκη στα γεννητικά όργανα. Το μαλακό έλκος μπορεί να μεταδοθεί αποκλειστικά μέσω της σεξουαλικής επαφής. Προκαλείται από τον Gram-αρνητικό streptobacillus *Haemophilus ducreyi*. Η νόσος αυτή είναι διαδεδομένη περισσότερο στις χαμηλές κοινωνικοοικονομικές ομάδες και στις θερμές και υγρές χώρες και ιδιαίτερα στην Αφρική, Νότια Αμερική και Άπω ανατολή.

Ο *H. ducreyi* εισέρχεται στο δέρμα μέσω εκδορών που πραγματεύεται κατά τη σεξουαλική επαφή. Ο χρόνος επώασης είναι 2-6 μέρες και σε άλλες περιπτώσεις 1-14. Μια τοπική αντίδραση των ιστών οδηγεί στην ανάπτυξη μιας ερυθριματώδους βλάβης. Μετά από μια σεξουαλική επαφή και σε διάστημα 2 έως 5 ημερών, εμφανίζονται ένα και περισσότερα μικρά σπυριά στη γεννητικά όργανα και συγκεκριμένα στο χαλινό και στη βάλανο στους άνδρες και στις γυναίκες κάνει την εμφάνιση του στα χείλη του αιδίου, στη κλειτορίδα και στη περιπρωκτική περιοχή. Σπάνια εμφανίζεται στο στήθος και στο στόμα. Τα έλκη είναι πολλά σε αριθμό λόγω του αυτενοφαλισμού και είναι επώδυνα. Επιπρόσθετα, συνοδεύονται από σύστοιχο αδενίτιδα κατά την οποία προσβάλλονται αδένες, είναι μαλθακοί επώδυνοι φλεγμονώδοι, συμφοιόμενοι με το υποκείμενο δέρμα και προέχουν εμφανείς φλεγμονες. Αντίθετα μπορούν να σχηματίσουν συριγγώδεις πόρους από τους οποίους εξέρχεται πύον (Χρυσομάλλης 2005).

Η κλινική εικόνα του έλκους είναι συνήθως αρκετή ώστε να προκύψει ασφαλής διάγνωση και επιβεβαιώνεται με τη λήψη δείγματος από κάποιο από τα έλκη, το οποίο αφού χρωματιστεί κατάλληλα εξετάζεται κάτω από το μικροσκόπιο για την ανίχνευση των οργανισμών. Η θεραπεία τους συνιστάται στη χορήγηση αντιβιοτικών (Στρατίκη και Φέγγα 2009).

Η χρήση του προφυλακτικού, η περιποίηση των γεννητικών ελκών και η θεραπεία των ασθενών βοηθούν στη πρόληψη και μετάδοση της νόσου. Κανονικά πρέπει να αποφεύγεται η σεξουαλική επαφή μέχρι να επουλωθούν οι πληγές. Η πρόγνωση είναι εξαιρετικά εύκολη με τη κατάλληλη θεραπεία (Χρυσομάλλης 2005).

#### **Κοκκίωμα βουβωνικό.**

Το βουβωνικό κοκκίωμα είναι μια χρόνια κοκκιωματώδης νόσος των γεννητικών οργάνων της περιγεννητικής περιοχής. Αίτιο της νόσου είναι το *Calymmatobacterium granulomantis*. Κρούσματα της νόσου εκδηλώνονται σε τροπικές περιοχές των Ινδιών

της νοτίου Αμερικής, των νήσων του νότιου Ειρηνικού και των ακτών της Δυτικής Αφρικής. Μερικές φορές παρουσιάζονται κρούσματα στις εύκρατες χώρες, τα οποία οφείλονται σε επισκέπτες των αναφερθέντων χωρών, ενώ σε άλλες περιοχές ο αριθμός των περιπτώσεων της νόσου είναι περιορισμένος.

Ενώ η μετάδοση γίνεται από το μολυσμένο σεξουαλικό σύντροφο, έρευνες έχουν δείξει ότι το 4,4% των παιδιών της Νέας Γουινέας, μια περιοχή στην οποία η νόσος είναι συνήθης, διαπιστώθηκε πως έφεραν δερματικές βλάβες της νόσου και πιθανολογείται ότι η μόλυνση προκύπτει όταν τα παιδιά κάθονται στα γόνατα των γονέων ή συγγενών που νοσούν. Για το λόγο αυτό αμφισβητείται η σημασία της σεξουαλικής επαφής για τη μετάδοση της νόσου.

Ο χρόνος επώασης κυμαίνεται από 7 έως 30 μέρες και οι βλάβες είναι ερυθρές και ανώδυνες βλατίδες οι οποίες εξελκώνονται και σχηματίζεται ένα έλκος με διάμετρο έως 4 cm του οποίου η βάση έχει βαθύ κόκκινο χρώμα. Η επέκταση της νόσου στη βουβωνική περιοχή έχει ως αποτέλεσμα τη διάχυτη εξοίδηση του υποδόριου ιστού που δίνει την εντύπωση βουβωνικής λεμφαδενίτιδας. Περιοχές εντόπισης της λοίμωξης είναι συνήθως το δέρμα, ο βλεννογόνος των εξωτερικών οργάνων, και η περιπρωκτική περιοχή, ενώ σπάνια μπορεί να εμφανιστεί στο στόμα, τα χείλη, το φάρυγγα και το πρόσωπο.

Συμπτώματα εκδήλωσης της συστηματικής νόσου παρατηρούνται στα οστά, το ήπαρ και τις αρθρώσεις (Γρηγοράτου 2006).

## **Σύφιλη**

Η σύφιλη είναι ένα σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα που οφείλεται στο βακτήριο *ωχρά σπειροχαίτη*. Παρόλο που έχουν περάσει πολλά χρόνια από την ανακάλυψη της πενικιλίνης η *ωχρά σπειροχαίτη* εξακολουθεί να είναι ευαίσθητη στο αντιβιοτικό αυτό. Μεταδίδεται με την επαφή του δέρματος, των βλεννογόνων ακόμα και των εκκρίσεων (σπέρμα, κολπικά υγρά, σάλιο) του μολυσμένου ατόμου. Επιπλέον η μετάδοση μπορεί να γίνει και με την μετάγχιση αίματος αν το μολυσμένο άτομο βρίσκεται σε αρχικό στάδιο της νόσου, ενώ πιο σπάνια μεταδίδεται μέσω αντικειμένων.

Η νόσος θεωρείται από τις αρχαιότερες και επιθετικές ασθένειες της εποχής με την εμφάνιση της να υπολογίζεται κατά τον 5.000-3.000 π.Χ. Έρευνες δείχνουν πως η σύφιλη πρωτοεμφανίστηκε στην Αμερική, ενώ στη χώρα μας υπήρχε η νόσος «αφροδίσια πανούκλα» που φαίνεται να ήταν μια μορφή σύφιλης. Στη συνέχεια η σύφιλη εμφανίζεται κατά τον 15<sup>ο</sup> αιώνα προκαλώντας παγκόσμια επιδημία, καθώς μεταδίδονταν από χώρα σε χώρα.

Το όνομά της πάρθηκε από έναν φιλόσοφο ποιητή ο οποίος καταγράφει σε ποίημα του πως ο πρωταγωνιστής με το όνομα Syphillius προσβάλλεται από μια σοβαρή ασθένεια. Έτσι η νόσος έγινε γνωστή με το όνομα Syphillis από το όνομα του βοσκού.

Οι κλινικές εκδηλώσεις της νόσου κάνουν την εμφάνιση του πρώτη φορά στο τέλος του 16<sup>ου</sup> αιώνα και γίνονται προσπάθειες θεραπείας με υδράργυρο. Κατά τη διάρκεια του Α' και Β' παγκοσμίου πολέμου τα κρούσματα της νόσου αυξάνονται σημαντικά. Κατά τη διάρκεια του μεσοπολέμου χρησιμοποιήθηκαν περισσότερα

διαγνωστικά τεστ για την ανακάλυψη της ασθένειας με τη βοήθεια του αρσενικού στοιχείου. Τα κρούσματα μπορεί να μειώθηκαν δεν έφτασαν όμως ποτέ το σημείο της εξάλειψης. Με την εμφάνιση του AIDS κατά το έτος του 1980-1990 λόγω του φόβου της καινούριας ασθένειας που προκάλεσε επιδημία τα κρούσματα της νόσου της σύφιλης μειώθηκαν, διότι αυξήθηκε η χρήση του προφυλακτικού.

Ερχόμενοι στα σημερινά επιδημιολογικά στοιχεία οι ηλικίες 20-39 πάσχουν περισσότερο από ότι οι ηλικίες 15-19 ενώ μικρότεροι επιπολασμοί παρατηρήθηκαν σε ηλικίες 40-49. Η αναλογία των πασχών ανδρών φαίνεται να είναι 2:1 ενώ των γυναικών 4:1.

Η ωχρά σπειροχάιτη είναι το βακτηρίδιο το οποίο προκαλεί τη σύφιλη όπως προαναφέρθηκε και ανήκει στο γένος των τρεπονημάτων. Πρόκειται για ένα βακτηρίδιο 6-15mm και πάσχουν 0,2mm. Έχει χαρακτηριστική κινητικότητα για αυτό διακρίνεται εύκολα από ένα μικροσκόπιο. Είναι ευαίσθητο σε κρύο ή ζέστη, στη ξηρασία και σε αρκετά αντιβιοτικά.

Η σύφιλη μπορεί να ταξινομηθεί σε:

- i. Επίκτητη ή συγγενή, ανάλογα με το αν μεταδόθηκε στον άνθρωπο κατά τη διάρκεια της ζωής του ή αν μεταδόθηκε από τη μητέρα στο έμβρυο.
- ii. Η επίκτητη σύφιλη χωρίζεται σε πρωτογενείς, δευτερογενείς, λανθάνουσα και τριτογενείς ανάλογα με την εξέλιξη που έχει ως θεραπεία.
- iii. Λανθάνουσα σύφιλη, που χαρακτηρίζεται από θετικές οροαντιδράσεις χωρίς δερματικές εκδηλώσεις και διακρίνεται και όψιμη σύφιλη.

#### Πρωτογόνος σύφιλη:

Διαρκεί περίπου 60 ημέρες ενώ κάποιες φορές η διάρκεια της φτάνει τις 120. Φαίνεται να έχει διάμετρο 5-10mm και κάνει την εμφάνιση κυρίως στα γεννητικά όργανα αλλά και στο πρωκτό, το πρόσωπο, τη στοματική κοιλότητα και τα δάκτυλα. Μια κόκκινη κοιλίδα κάνει την εμφάνιση της στο σημείο της μόλυνσης η οποία θεραπεύεται αυτόματα σε 1-5 εβδομάδες (Δημάκου και Κατσίκας 2016).

#### Δευτερογόνος σύφιλη:

Πρόκειται για μια πολυσυστηματική λοίμωξη η οποία προσβάλλει όλα τα όργανα και έχει πολυμορφικές εκδηλώσεις. Διαρκεί από 2 έως 10 εβδομάδες. Ένα από τα γενικά συμπτώματα της δευτερογενούς σύφιλη είναι το εξάνθημα της, η συφλίου. Πρόκειται για διάσπαρτα εξανθήματα που υποτροπιάζουν συχνά κάνοντας ξανά την εμφάνιση τους σε διαστήματα μηνών. Ο ασθενής εμφανίζει συμπτώματα που μοιάζουν με αυτά της γρίπης όπως πυρετός, κεφαλαλγία και απώλεια βάρους.

#### Λανθάνουσα σύφιλη:

Πρόκειται για μια κατάσταση κατά την οποία ο ασθενής, ενώ είναι μολυσμένος και οι εξετάσεις του απαντούν θετικά στο βακτήριο της σύφιλης, δεν φέρει συμπτώματα. Διακρίνεται σε πρώιμη, η οποία αρχίζει ένα χρόνο μετά την έναρξη της πρωτογόνου σύφιλης και σε όψιμη που διαρκεί περισσότερο από 4 χρόνια. Εκδηλώνεται σε ασθενείς που υποβάλλεται σε ατελή θεραπεία ή σε περιπτώσεις των ασθενών που λάμβαναν αντιβιοτικά για άλλη αιτία μόλυνσης.

### Τριτογόνος σύφιλη:

Οι ασθενείς που δεν θεραπεύτηκαν μετά από μήνες ή έτη από τη σύφιλη μετατοπίζονται στο στάδιο της τριτογόνου σύφιλης. Στο στάδιο αυτό είναι δύσκολο να καταπολεμηθεί ο οργανισμός. Η τριτογόνος σύφιλη είναι σπανία στις μέρες μας καθώς οι ασθενείς λαμβάνουν αντιβιοτικά για άλλες αιτίες. Στο στάδιο αυτό μπορεί να προσβληθούν πολλά όργανα τα οποία διακρίνονται σε τρεις τύπους: κοκκιώματα, νευροσύφιλη και καρδιαγγειακή σύφιλη.

- i. Κοκκιώματα: Δημιουργούνται κοκκιώματα στους ιστούς, επειδή μικρός αριθμός σπειροχαιτών βρίσκεται μέσα σε αυτούς. Προσβάλλεται το δέρμα, οι βλεννογόνοι, τα οστά ενώ μπορεί να εμφανιστούν σε όλα τα όργανα.
- ii. Νευροσύφιλη: Διακρίνεται σε πρώιμη και όψιμη. Η πρώιμη προσβάλλει κυρίως αγγεία ως ασυμπτωματική νευροσύφιλη, οξεία συφιλιδική μηνιγγίτιδα, μηνιγγο-αγγειακή σύφιλη. Από την άλλη, η όψιμη νευροσύφιλη προσβάλλει τον εγκέφαλο ή το νωτιαίο μυελό και προκαλεί γενικευμένη παράλυση και φθορά του νωτιαίου μυελού και οπτική ατροφία.

Κλασική θεραπεία της σύφιλης αποτελεί μια ενδομυϊκή ένεση 2,4 μονάδων βενζαθενικής πενικιλίνης. Αν ο ασθενής φαίνεται να είναι αλλεργικός στη πενικιλίνη τότε χορηγούνται 100 mg δοξυκυκλίνης per os δυο φορές την ημέρα για δυο εβδομάδες. Τέλος, πρέπει να τονιστεί ότι όταν η θεραπεία δεν έχει γίνει με πενικιλίνη πρέπει να γίνεται έλεγχος του εγκεφαλονωτιαίου υγρού (ENY) κατά την τελευταία εξέταση (Καραβασίλη 2016).

Πρέπει να λαμβάνονται όλα τα μέτρα για τη πρόληψη των ΣΜΝ. Για την πρόληψη της συγγενούς σύφιλης πρέπει να γίνεται έλεγχος σε όλες τις έγκυες από την αρχή μέχρι το τέλος της κύησης. Αν ο ασθενής νοσηλεύεται πρέπει να λαμβάνονται όλες οι προστασίες από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό για την αποφυγή μετάδοσης της ασθένειας.

### **Χλαμύδια**

Τα χλαμύδια αποτελούν ένα από τα συχνότερα ΣΜΝ μεγάλης επικινδυνότητας. Το βακτήριο που προσβάλλει τον οργανισμό ονομάζεται *Chlamydia Trachomatis* και τα συμπτώματα που προκαλεί, μπορούν να εμφανιστούν από την πρώτη κιόλας βδομάδα της προσβολής του οργανισμού (1εως και 4 εβδομάδες). Τα χλαμύδια μπορούν να μεταδοθούν με τη σεξουαλική επαφή είτε αυτή είναι κολπική, είτε πρωκτική, είτε στοματική.

Κύρια συμπτώματα είναι ο πόνος κατά την διάρκεια της σεξουαλικής πράξης, ο πόνος και η καυστική αίσθηση κατά την διάρκεια της ούρησης, πόνος στην κοιλιακή χώρα που μπορεί να συνοδευτεί από ρίγος και πυρετό και πολλά κολπικά υγρά καθώς, αίμα και φλεγμονές στην περιοχή. Σπανιότερα, σε μια γυναίκα μπορεί να προκαλέσει μακράς διάρκειας παθολογική κατάσταση που ονομάζεται φλεγμονώδης νόσος της πυέλου, όπως και βαθρολινίτιδα και ουρηθρικό σύνδρομο. Κατά την εγκυμοσύνη υπάρχει περίπτωση μόλυνσης του εμβρύου προκαλώντας του επιπεφυκίτιδα ή και λοίμωξη του αναπνευστικού του συστήματος. Στους άνδρες παρουσιάζει συχνά υδατικές εκκρίσεις, κνησμό στο εσωτερικό του πέους, καυστική

αίσθηση κατά την ούρηση, πόνο και πρήξιμο στους όρχεις και φλεγμονές. Και στα δύο γένη είναι πολύ πιθανό να προκαλέσει στειρότητα.

Για την ακριβή διάγνωση της και την αποφυγή σύγχυσης της με άλλο βακτήριο, ο καταλληλότερος τρόπος εξέτασης της είναι η μικροσκοπική εξέταση των εκκριμάτων αλλά και η εξέταση ούρων. Η αντιμετώπιση της γίνεται πάντα με συνταγή γιατρού για την χορήγηση του κατάλληλου αντιβιοτικού. Είναι απαραίτητο να ληφθεί χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής και από τα δύο μέλη του ζευγαριού για την αποφυγή αναμετάδοσης της νόσου. Ιδανικός χρόνος υποχώρησης είναι μία με δύο εβδομάδες μετά τη λήψη των αντιβιοτικών.

Το νόσημα μπορεί να χαρακτηριστεί ύπουλο καθώς 50% των ανδρών και 90% των γυναικών ενώ είχαν προσβληθεί από χλαμύδια, δεν έφεραν συμπτώματα. Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αύξηση κρουσμάτων που σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία φτάνουν το 10%-30% (Κατσιγιάννη 2014, Παπαγιάννη και Σπετσιωτάκη 2007).

### **Γονοκοκκική ουρηθρίτιδα (Γονόρροια ή Βλεννόρροια).**

Η γονόρροια ή βλεννόρροια είναι ένα από τα κοινά σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, υπεύθυνο για αυτό το νόσημα είναι το βακτήριο *Neisseria Gonorrhoeae* (Ναισέρια). Ο γονόκοκκος είναι αρνητικός κατά gram καφεοειδής διπλόκοκκος και παρουσιάζει στην εξωτερική του στιβάδα προεκβολές/τριχίδια που το βοηθούν να προσκολλάται στις διάφορες επιφάνειες. Όπως έχει αποδειχθεί, τα τριχίδια αυτά δεν είναι ωφέλιμα μόνο για την εγκατάστασή τους, φαίνεται πως βοηθούν επίσης στην εξάπλωση και την ανθεκτικότητα του βακτηρίου, καθώς εμποδίζουν την φαγοκυττάρωση που εκτελείται από τα λευκά αιμοσφαίρια.

Η παθογόνος δράση του οφείλεται επίσης στην έκκριση ενός ενζύμου που έχει τη δυνατότητα διάσπασης της IgA. Έχει φανεί πως η ομάδα αίματος B, παρουσιάζει μεγαλύτερη ευαισθησία στο συγκεκριμένο βακτήριο ενώ η φυσιολογική χλωρίδα του κόλπου, η περιεκτικότητα των κολπικών εκκριμάτων σε IgA και η μεγάλη συγκέντρωση προγεστερόνης στο αίμα, αποτελούν προστατευτικούς παράγοντες για τον οργανισμό μιας γυναίκας απέναντι στον γονόκοκκο. Υπάρχει πιθανότητα εξάπλωσης στο ανώτερο γενετικό σύστημα και αυτό μπορεί να γίνει μέσω της εμμηνορρυσίας, λόγω της αλλαγής του Ph και της τραχηλικής βλέννας που υποβοηθούν την διασπορά. Μπορεί να γίνει με τη διαστολή του τραχήλου, την παλινδρόμηση της έμμηνης ρύσης και μέσω σπερματικών υγρών κατά τη σεξουαλική επαφή. Οι αντισυλληπτικές συσκευές δείχνουν να πολλαπλασιάζουν σε πολύ μεγάλο βαθμό τις πιθανότητες μόλυνσης από γονόκοκκο ενώ τα αντισυλληπτικά δισκία φαίνεται να βοηθούν στον περιορισμό της εξάπλωσης του. Στους άνδρες τα συμπτώματα είναι δυσουρία με κίτρινη πυώδη έκκριση και επώδυνη σκλήρυνση του πέους. Μπορεί να προκαλέσει επίσης προστατίτιδα, επιδιδυμίτιδα, φλεγμονή ουροδόχου κύστης και κυστίτιδα. Στις γυναίκες μπορεί να εμφανίσει εκκρίματα από την ουρήθρα ή και τον κόλπο, συχνουρία, δυσουρία, υπογαστρικό άλγος, ευαισθησία των Bartholinian αδένων, πυρετό και συμπτώματα φλεγμονής της πυέλου, ενώ και στα δύο φύλα προκαλεί πρωκτίτιδα με πόνους και πυώδες έκκριμα και φαρυγγίτιδα με ερύθημα.

Η διάγνωση της γίνεται στους άνδρες με τη χρώση Gram που είναι ιδιαίτερα ακριβής ενώ στις γυναίκες γίνεται συλλέγοντας ουρηθρικά, τραχηλικά ή πρωκτικά δείγματα. Η θεραπεία τους γίνεται πλέον με συγκεκριμένα αντιβιοτικά καθώς έχουν αναπτύξει ανθεκτικότητα σε πολλά είδη αντιβιοτικών (Νεοφύτου 2005).

### **Μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα (ΜΓΟ).**

Η γονοκοκκική ουρηθρίτιδα αποτελεί μία οξεία ή χρόνια φλεγμονή στη περιοχή της ουρήθρας η οποία οφείλεται σε μικρόβια και ιούς εκτός του *Neisseria gonorrhoeae*. Μπορεί επίσης να οφείλεται σε χημικό τραυματισμό ενώ έχουν υπάρξει περιπτώσεις που προκλήθηκε φλεγμονή από φαρμακευτική αγωγή για συστηματική νόσο ή αλλεργία. Στις γυναίκες συνήθως δεν παρουσιάζονται συμπτώματα, καθώς η ουρήθρα μολύνεται μόνο σε λίγες περιπτώσεις. Συνήθως το όργανο που μολύνεται είναι ο τράχηλος και μόλυνση ίσως εξαπλωθεί από εκεί και το αμυντικό σύστημα της γυναίκας να την εξουδετερώσει.

Λίγα χρόνια παλαιότερα ήταν γνωστή ως σαπροφυτική ουρηθρίτιδα ή λευκόρροια, ενώ σήμερα μπορεί να την ακούσουμε και ως μη ειδική ουρηθρίτιδα.

Οι 3 κύριοι αιτιολογικοί παράγοντες είναι ο μικροοργανισμός *Chlamydia trachomatis* (20-40%). Είναι εκείνος που συνδέεται συχνότερα με τη Μ.Γ.Ο λόγω της ανεπτυγμένης διαγνωστικής εξέτασης τις τελευταίες δύο δεκαετίες.

Δεύτερος ο *Ureoplasma urelyticum* (15-25%), ενώ τρίτος ο *Mycoplasma ureolyticum* (12-50%) με άλλους μικροοργανισμούς να ακολουθούν (Πανιάρρα και Παπαβασιλείου 2007).

### **Εξελκωτικό κοκκίωμα**

Η μεταδοτικότητα αυτής της νόσου κυμαίνεται σε χαμηλά επίπεδα, ενώ η σεξουαλική συνεύρεση με μολυσμένο άτομο δεν απειλεί το υγιές μέλος. Δεν έχει σαφές χρονικό διάστημα επώασης αλλά φαίνεται να κυμαίνεται στις 1 με 10 εβδομάδες.

Η δράση του εντοπίζεται δερματικά ή εξωτερικά του βλεννογόνου των γενετικών οργάνων, ενώ μπορεί να τη συναντήσουμε στην περιοχή του πρωκτού, του στόματος, στον φάρυγγα αλλά και στο πρόσωπο. Ξεκινάει με μικρές ενδείξεις όπως π.χ. μία φυσαλίδα και καταλήγει σε ένα επιφανειακό έλκος με κόκκινο χρώμα. Η διάγνωση της γίνεται με τη λήψη βιοψίας από τη μολυσμένη περιοχή (Στρατίκη και Φεγγά 2009).



### 3.2.2 Μύκητες

Άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα μπορούν να προκληθούν από μύκητες, τα πιο γνωστά παραθέτονται από κάτω και είναι τα εξής:

#### **Καντιντίαση**

Η καντιντίαση στις γυναίκες προκαλείται από τους ζυμομύκητες. Είναι η λοίμωξη των γεννητικών οργάνων, η οποία οφείλεται στους ζυμομύκητες του γένους *Candida Albicans*. Η *Candida* μεταδίδεται εύκολα με τη σεξουαλική επαφή και από μια σειρά άλλων τρόπων μετάδοσης όπως είναι η υγρασία του περιβάλλοντος ή τα μπάνια στη θάλασσα, τα συνθετικά εσώρουχα που δημιουργούν εφίδρωση και τέλος η μετάδοση από το πρωκτό. Στις γυναίκες είναι εύκολο να μεταδοθεί από το έντερο στο κόλπο επειδή τα μικρόβια ζουν παρασιτικά στο έντερο και μπορούν εύκολα να εισχωρήσουν από το πρωκτό στο κόλπο της γυναίκας (Κατσαμπάς, 2007).

Η καντιντίαση στους άνδρες παρουσιάζεται στη βάλανο σα στρογγυλές μικροραβδώσεις γνωστή και ως βαλανοποσθίτιδα. Εμφανίζουν έντονο κνησμό, πόνο, καμιά φορά πυρετό και το έκκριμα που παρουσιάζει είναι ημίλευκο με δυσάρεστη οσμή. Η διάγνωση της νόσου στους άνδρες γίνεται με αιμοκαλλιέργεια ή καλλιέργεια επιχρίσματος της βαλάνου ή με κλινική εικόνα.

Στις γυναίκες από την άλλη, η καντιντίαση είναι γνωστή ως αιδιοκολπίτιδα. Μπορεί να υπάρχει έντονη ξηρότητα, αίσθημα κνησμού όπου σταδιακά θα γίνεται πιο έντονη καθώς και εκκρίσεις από το κόλπο που θα απελευθερώνεται. Είναι ένα λευκοκίτρινο υγρό με δυσάρεστη οσμή. Η διάγνωση της νόσου στις γυναίκες γίνεται με κλινική εικόνα, ή με εργαστηριακές εξετάσεις (Χανιώτης, 2002).

Για τις γυναίκες ο σωστός καθαρισμός και στέγνωμα της περιοχής αποτελεί τη κατάλληλη θεραπεία. Τέλος μπορούν να χορηγηθούν υπόθετα ή κατάλληλες κολπικές κρέμες (Σταμπλιάκα 2017).

#### **Κολπική μυκητίαση.**

Ο μύκητας της *cadida albicans* αποτελεί το κύριο αίτιο της κολπικής μυκητίασης (90%). Μία γυναίκα που έχει προσβληθεί από τον συγκεκριμένο μύκητα, μπορεί να παρατηρήσει συμπτώματα όπως έντονο κνησμό στον κόλπο και στο αιδοίο, επίσης εμφανίζει εκκρίσεις άοσμου λευκού παχύρευστου υγρού, και μπορεί να υπάρξουν επώδυνες ασυνέχειες στο δέρμα της μολυσμένης περιοχής. Ο μύκητας αυτός μπορεί να μεταδοθεί από την γυναίκα στον άνδρα και σε αυτή την περίπτωση ο άνδρας νοσεί και τα συμπτώματα που παρουσιάζει είναι κνησμός, ακροπρόσθια και στη βάλανο του πέους ενώ μπορεί να υπάρξει ουρηθρικό έκκριμα. Σπανιότερα έχει παρατηρηθεί παρουσία μικρών ελκών στη βάλανο.

Η διάγνωση γίνεται μέσω της λήψης δείγματος του εκκριματικού υγρού ενώ η θεραπεία πραγματοποιείται με μυκητοκτόνα δισκία ή αλοιφές, η κολπική τοποθέτηση των οποίων γίνεται με τη βοήθεια ενός προωθητήρα. Η διάρκεια της θεραπείας δεν είναι συγκεκριμένη, καθώς διαφέρει ανάλογα τη φαρμακευτική αγωγή. Σε περιπτώσεις υποτροπής (5%) στις γυναίκες χορηγείται *ketokonazole* και η λήψη του γίνεται από το στόμα (Λίλη και Ευθυμίου 2012).

### 3.2.3 Ιοί

Οι ιοί αποτελούν εξίσου σημαντικό κίνδυνο καθώς τα πιο γνωστά και συχνότερα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα προέρχονται από ιούς, αυτά είναι:

#### **Ηπατίτιδα**

Ο γενικός όρος της ηπατίτιδας αναφέρει τη μεγάλη σημασία του ήπατος για τη σωστή λειτουργία του οργανισμού καθώς αυτή διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στον μεταβολισμό. Βοηθάει στην πήξη του αίματος, στη παραγωγή απαραίτητων ουσιών ωφέλιμων για το ανοσοποιητικό σύστημα και την απομάκρυνση τοξικών ουσιών και φαρμάκων. Αν το ήπαρ προσβληθεί από ιούς, φάρμακα ή άλλα αίτια μπορεί να υποστεί φλεγμονή ή και νέκρωση. Αυτή την κατάσταση ονομάζουμε ηπατίτιδα.

#### Ηπατίτιδα Β (HBV)

Είναι ένα συχνό φαινόμενο στο τομέα της δημόσιας υγείας. Περίπου το 18% των ανθρώπων που έχουν μολυνθεί από τον ιό έχουν χρόνια λοίμωξη. Αυτό το ποσοστό φέρει μεγάλες πιθανότητες κίρρωσης ή και ηπατοκυτταρικού καρκίνου, αιτία που είναι υπεύθυνη για 1 εκατομμύριο θανάτους ετησίως.

Η ηπατίτιδα Β μπορεί να μεταδοθεί:

- i. Μέσω της σεξουαλικής επαφής.
- ii. Μέσω κοινής χρήσης ενδοφλέβιων υλικών.
- iii. Από τη μολυσμένη μητέρα στο έμβρυο.
- iv. Τρύπημα από βελόνα (ιατρονοσηλευτικό προσωπικό).
- v. Παλιότερα μπορούσε να συμβεί και μέσω της μετάγγισης αίματος ή κάποιων παραγόντων του.

Άτομα μεγάλου κινδύνου αποτελούν:

- i. Άτομα που δεν χρησιμοποιούν προφυλακτικό κατά την σεξουαλική επαφή.
- ii. Άτομα που λαμβάνουν ενδοφλέβιες ναρκωτικές ουσίες.
- iii. Επαγγελματίες υγείας.
- iv. Νεογνά με μολυσματικές μητέρες.
- v. Μέλη οικογένειας το πάσχοντα.

Η εμφάνιση των συμπτωμάτων μπορεί να γίνει μέσα σε 45-180 ημέρες. Η οξεία ηπατίτιδα παρουσιάζει εμφάνιση ίκτερου και συναντάται σε περίπου 10% των περιπτώσεων σε παιδιά 5 ετών ενώ 30-50% σε ενήλικες. Οι υπόλοιπες περιπτώσεις συνήθως δεν εμφανίζουν κάποιο σύμπτωμα. Ένας άνθρωπος που έχει τον ιό πάνω από 6 μήνες θεωρείται φορέας. Στην περίπτωση αυτή ο άνθρωπος δεν νοσεί όμως μπορεί να μεταδώσει τον ιό σε άλλους. Ωστόσο ένας ασθενής που νοσεί από ηπατίτιδα πρέπει να είναι συνέχεια υπό την επίβλεψη γιατρού καθώς η νόσος μπορεί να επηρεάσει το ήπαρ.

Η χρήση αλκοόλ επιταχύνει την εξέλιξη της ηπατικής νόσου και οδηγεί στην κίρρωση. Για την διάγνωση της υπάρχουν ειδικές εξετάσεις που δείχνουν αν ο ιός υπάρχει στον οργανισμό και αν υπάρχει σε τι στάδιο είναι. Σε περίπτωση χρόνιας ηπατίτιδας μπορεί να πραγματοποιηθεί βιοψία του ήπατος. Είναι μια ανώδυνη τεχνική εξέτασης που διαρκεί μόνο λίγα λεπτά.

## Ηπατίτιδα C

Περίπου 170 εκατομμύρια άνθρωποι νοσούν από τον ιό της ηπατίτιδας C ενώ 3-4 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις εμφανίζονται ετησίως. Στην Ελλάδα περίπου 2% έχει χρόνια λοίμωξη από ηπατίτιδα C.

Μπορεί να πραγματοποιηθεί μετάδοση:

- i. Μέσω μετάγγισης αίματος.
- ii. Εν μέσω εργασιακού ατυχήματος από επαγγελματίες υγείας.
- iii. Από τη μητέρα στο έμβρυο.
- iv. Ανεπαρκώς αποστειρωμένα εργαλεία.
- v. Ενδοφλέβια ναρκωτικά.
- vi. Συμβίωση με άτομο μολυσμένο σε περίπτωση κοινής χρήσης προσωπικών αντικειμένων.
- vii. Μετάδοση μέσω σεξουαλικής επαφής.

Στην ηπατίτιδα C η μετάδοση μέσω σεξουαλικής επαφής είναι σπανιότερη σε άτομα με σταθερούς συντρόφους (1%). Ωστόσο άτομα με πολλαπλούς συντρόφους αυξάνουν την πιθανότητα μετάδοσης. Κατά την οξεία μόλυνση και σε συνύπαρξη με ερπητική λοίμωξη των γεννητικών οργάνων οι πιθανότητες αυξάνονται.

Από τη στιγμή της μόλυνσης μέχρι τη στιγμή της εμφάνισης των συμπτωμάτων, μπορεί να χρειαστούν από 30-90 ημέρες. Το 25-35% των ατόμων με οξεία ηπατίτιδα C έχει συμπτώματα όπως κόπωση, αδυναμία, ανορεξία ή και ίκτερο. Μόνο το 15-25% των ασθενών θα μπορέσουν να αποβάλουν τον ιό (2-6 μήνες) ενώ οι υπόλοιποι πρόκειται να αναπτύξουν οξεία ηπατίτιδα C χωρίς κάποιο σύμπτωμα. Κατά μέσο όρο 13 χρόνια μεσολαβούν για την ανάπτυξη συμπτωμάτων.

Το 5-15% θα εμφανίσουν κίρρωση μετά από 20-30 χρόνια. Ένα μικρό ποσοστό του 3% θα πεθάνει από τις επιπτώσεις της χρόνιας ηπατικής νόσου. Η συνύπαρξη ηπατίτιδας B ή του AIDS, όπως και η χρήση αλκοόλ πρόκειται να επιταχύνουν την εμφάνιση κίρρωσης (Δημάκου και Κατσίκης 2016).

## **Μολυσματική τέρμινθος.**

Αποτελεί είδος δερματοπάθειας και οφείλεται σε διηθητό ιό. Ταξινομείται στην οικογένεια των poxvirus. Μεταδίδεται και με την σεξουαλική επαφή σε περίπτωση που έχει προσβληθεί η περιοχή των γεννητικών οργάνων. Είναι λευκά ογκίδια που παρουσιάζονται διάσπαρτα σε μέγεθος φακής και μέσα περιέχεται παχύρρευστη μάζα αποτελούμενη από νεκρά κύτταρα και ιούς. Για την θεραπεία γίνεται καυτηριασμός μετά από τοπική αναισθησία ή άνοιγμα μεμονωμένα με λαβίδα και τοποθέτηση alcohol loole 2%, 2 φορές την ημέρα για περίπου μια εβδομάδα (Βαμβουκάκη και συν. 2004).

## **Έρπητας των γεννητικών οργάνων (HSV)**

Ο έρπητας των γεννητικών οργάνων είναι μια σεξουαλικά μεταδιδόμενη ασθένεια που οφείλεται στον ιό του απλού έρπητα τύπου 1, που προκαλεί κυρίως τον επιχείλιο έρπητα και τύπου 2 που αποτελεί κύρια αιτία του έρπητα των γεννητικών οργάνων. Η αύξηση των στοματογεννητικών επαφών στους νέους, προκαλεί αύξηση των

περιπτώσεων με έρπητα γεννητικών οργάνων, θεωρώντας την επαφή αυτή ασφαλέστερη. Μπορεί εκτός από τη σεξουαλική επαφή να μεταφερθεί από τη μητέρα στο παιδί κατά τη κύηση και το τοκετό που μπορεί να οδηγήσει το νεογνό σε θάνατο.

Ο ιός εισέρχεται στο σώμα από μικροτραυματισμούς του δέρματος ή του βλεννογόνου και πολλαπλασιάζεται στα επιθηλιακά κύτταρα προκαλώντας τη καταστροφή αυτών και τη δημιουργία φυσαλίδων. Στη συνέχεια ο ιός εισέρχεται στα περιφερικά αισθητικά νεύρα και μεταφέρεται με αυτό τον τρόπο στα γάγγλια του νωτιαίου μυελού. Ο ιός μπορεί ανά διαστήματα να πολλαπλασιάζεται ή να μεταφέρεται με τα περιφερικά αισθητικά νεύρα πίσω στο δέρμα ή στη βλεννογόνο των γεννητικών οργάνων.

Η εικόνα του έρπητα αλλάζει από ασθενή σε ασθενή. Μετά τη μετάδοση οι ασθενείς παραμένουν ασυμπτωματικοί ενώ αργότερα αισθάνονται έναν κνησμό και άλγος, δυσουρία, πυρετό και τέλος κεφαλαλγία. Τα συμπτώματα μπορούν να διαρκέσουν από 2 έως 3 εβδομάδες και να αποτελούνται από συρρέουσες φυσαλίδες που μεταπίπτουν σε φλύκταινες και καταλήγουν σε ελκωτικές βλάβες, οι οποίες αργότερα θα επουλωθούν και δε θα αφήσουν κάποια ουλή. Η διάγνωση του έρπητα πρέπει να γίνεται με τη βοήθεια των εργαστηριακών ελέγχων αλλά καθίσταται δύσκολη λόγω των πολλών κλινικών εκδηλώσεων. Διαγιγνώσκεται με καλλιέργεια εκκρίσεων από τις αρχικές βλάβες.

Οι ασθενείς λαμβάνουν αντιικά από το στόμα από τη πρώτη κιόλας εβδομάδα. Εάν η κατάσταση του ασθενούς κριθεί κρίσιμη, απαιτείται αναγκαία η ενδονοσοκομειακή νοσηλεία με ενδοφλέβιες χορηγήσεις ασυκλοβίρης μέχρι να βελτιωθεί. Εάν παρατηρηθεί ανάκαμψη της υγείας του ασθενή σε λιγότερο από 10 μέρες, τότε η αγωγή του συνεχίζεται μέχρι να συμπληρωθούν οι μέρες αυτές (Νικολαΐδου και Κατσάμπας 2009).

### **Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (AIDS: Acquired Immunodeficiency Syndrome)**

Ο χαρακτηρισμός του ως σύνδρομο, υποδηλώνει τη παρουσία ενός συνόλου κλινικών συμπτωμάτων. Αποτέλεσμα της νόσου είναι η αποδυνάμωση του οργανισμού, δηλαδή ανοσολογική κατάπτωση. Ο προσβεβλημένος οργανισμός αδυνατεί να αναγνωρίσει και να καταπολεμήσει του ερχόμενου ιού. Τέλος, χαρακτηρίζεται επίκτητος και όχι κληρονομικός καθώς αποκτάται κατά τη διάρκεια της ζωής ενός ανθρώπου.

Ο ιός που την προκαλεί είναι ο HIV (Human immunodeficiency virus) που προσβάλλει το ανοσοποιητικό σύστημα του ξενιστή οργανισμού. Αναπαράγεται μέσω των T-λεμφοκυττάρων και το χαρακτηριστικό του συγκεκριμένου ιού είναι η ταχύτητα και η δυνατότητα του για μετάλλαξη και εξάπλωση μέσω της κυκλοφορίας του αίματος.

Κλινικά έκανε για πρώτη φορά την εμφάνιση του το 1981 στις ΗΠΑ. Ως πρώτα κρούσματα της συγκεκριμένης νόσου ήταν χρήστες ενδοφλέβιων ουσιών και ομοφυλόφιλοι άνδρες, οι όποιοι εμφάνιζαν συμπτώματα πνευμονίας από πνευμονοκύστη (PCP) η οποία θεωρείται σπάνια λοίμωξη που συναντάται συνήθως

από άτομα με χαμηλό ανοσοποιητικό σύστημα. Στη συνέχεια το 1983 διάφορες ερευνητικές ομάδες απομόνωσαν τον ιό και παρατήρησαν την μορφή και τα χαρακτηριστικά του. Τότε παρατηρήθηκε μεγάλη ομοιότητα με τους T-λεμφοκύτταρικούς ιούς. Το 1986 παρά τις διάφορες ονομασίες που του είχαν αποδοθεί, πήρε τελικά το όνομα HIV.

Η προέλευση του ιού προέρχεται από μη ανθρώπινο πρωτεύοντα θηλαστικό ον (μέσω ζωνοσίας) όπως φάνηκε στις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα. Ο HIV-1 φαίνεται να είναι μετεξέλιξη του ιού της ανοσοανεπάρκειας του πιθήκου (SIV), ιός που μόλυνε τους άγριους χιμπατζήδες.

Φαίνεται πως οι άνθρωποι που ασχολούνταν με την πώληση του κρέατος και το κυνήγι μολύνονταν από τον SIV, ιός που μπορούσε να κατασταλεί από τον ανθρώπινο οργανισμό.

Η δομή του είναι σφαιρική με διάμετρο 10, έχει πυρήνα και περιβάλλεται από κυτταρική μεμβράνη. Παρουσιάζει μικρές προεκβολές που αποτελούν τους αντιγόνους υποδοχείς για τη σύνδεση τους με τα κύτταρα στόχους.

Ο ιός αυτός παρασιτεί στα ανθρώπινα κύτταρα όπου τα χρησιμοποιεί ως ξενιστές και εκεί ζει και πολλαπλασιάζεται, έτσι μολύνει γενικά τα κύτταρα που υπάρχουν για να τον καταπολεμήσουν. Το αποτέλεσμα που προκύπτει είναι πως για να προέλθει η καταστροφή του ιού πρέπει να καταστραφούν τα μολυσμένα κύτταρα. Την στιγμή που ο ιός εγκαθίσταται στον οργανισμό χρησιμοποιεί τα όργανα του ανθρώπινου σώματος για τον πολλαπλασιασμό και την εξάπλωση του. Τα T-λεμφοκύτταρα δηλαδή ο βασικός στόχος του ιού HIV πολλαπλασιάζονται γρήγορα με κάθε είσοδο ενός ξενιστή. Αν τα T-λεμφοκύτταρα είναι μολυσμένα, από το και κάθε μολυσμένο T-λεμφοκύτταρο, θα παραχθούν άλλα δύο μολυσμένα T-λεμφοκύτταρα τα οποία με τη σειρά τους θα πολλαπλασιαστούν κ.ο.κ.

Το 2013 έκαναν την εμφάνιση τους 107 νέες περιπτώσεις AIDS. Με το 85,6% να αποτελείται από άνδρες, το 32,8% από αυτούς ήταν ομοφυλόφιλοι ενώ το 30,3% ήταν χρήστες ενδοφλεβίων ναρκωτικών, στην πλειονότητα τους το πλήθος αποτελούνταν από ανθρώπους άνω των 30 ετών.

Ο ιός του HIV βρίσκεται σε μεγάλες ποσότητες:

- i. Στο αίμα.
- ii. Στο σπέρμα.
- iii. Στα κοιλικά υγρά.
- iv. Στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό.
- v. Στο μητρικό γάλα.

Από όπου και μεταδίδεται.

Ωστόσο σε μικρές ποσότητες συναντάται επίσης:

- i. Στο σάλιο.
- ii. Στα δάκρια.
- iii. Στα ούρα.
- iv. Στον ιδρώτα.
- v. Στα βρογχικά εκκρίματα.

Παρόλα αυτά φαίνεται πως δεν μεταδίδεται με τα παραπάνω βιολογικά υγρά.

Εκτός του οργανισμού, ο ιός καταπολεμάται με απλούς τρόπους όπως την υψηλή θερμοκρασία (αποστείρωση), το οινόπνευμα, τη χλωρίνη, οι κοινές ηλεκτρικές συσκευές (πλυντήριο πιάτων και πλυντήριο ρούχων) που αδρανοποιούν τον ιό. Το φτέρνισμα, ο βήχας, η χειραψία, οι ασπασμοί, η τυχαία επαφή, η κοινή χρήση σκευών, δεν αποτελούν κίνδυνο μετάδοσης.

Για να υποστεί κάποιος μόλυνση χρειάζεται «εμβολιασμό» μεγάλης ποσότητας του ιού όπως:

- i. Σεξουαλική επαφή.
- ii. Κοινή χρήση ενδοφλέβιου υλικού.
- iii. Από την μητέρα στο έμβρυο.
- iv. Μέσω αμυχών.

Επομένως άτομα υψηλού κινδύνου αποτελούν:

- i. Οι ομοφυλόφιλοι- αμφιφυλόφιλους άνδρες.
- ii. Οι Χρήστες ενδοφλεβίων ναρκωτικών.
- iii. Οι Πολυμεταγγιζόμενοι.
- iv. Οι κάτοικοι περιοχών όπου η νόσος ενδημεί.
- v. Τα άτομα με πολυγαμικές σχέσεις.
- vi. Οι ερωτικοί σύντροφοι με ΣΕΑΑ.
- vii. Τα παιδιά ασθενών με ΣΕΑΑ.
- viii. Οι ιερόδουλες και τους πελάτες τους.

Η εξέλιξη της νόσου χωρίζεται σε 4 στάδια, και η κατάταξη της γίνεται με βάση την εμφάνιση των συμπτωμάτων.

### 1<sup>ο</sup> στάδιο

Τα συμπτώματα που μπορεί να παρουσιάσει το μολυσμένο άτομο, κυμαίνονται από τα συμπτώματα της απλής γρίπης μέχρι και τον πυρετό, τον πονοκέφαλο, την αδιαθεσία, ή τα διογκωμένα λεμφογάγγλια στον λαιμό και την βουβωνική χώρα. Συνήθως συνδέονται με κάποια άλλη ίωση, ενώ το άτομο σε αυτή την φάση είναι ιδιαίτερα “μολυσματικό”.

### 2<sup>ο</sup> στάδιο

Το στάδιο αυτό χαρακτηρίζεται ως ασυμπτωματικό και η χρονική του διάρκεια κυμαίνεται ανά περίπτωση, παράλληλα ο ιός συνεχίζει να καταστρέφει τα κύτταρα του προσβεβλημένου οργανισμού.

### 3<sup>ο</sup> στάδιο

Σε αυτό το στάδιο οι ασθενείς εμφανίζουν γάγγλια, τα οποία είναι πολλαπλά επιφανειακά ογκώδη και ευαίσθητα στη αφή χωρίς όμως να συνδέονται με άλλα συμπτώματα. Η προσβολή, στη φάση αυτή, περνάει σε άλλο επίπεδο το οποίο πλέον χαρακτηρίζεται συμπτωματικό. Το πρώτο καιρό οι ασθενείς εμφανίζουν μολύνσεις που αποκαλούνται ευκαιριακές. Αυτές μπορούν να είναι οξείες (πνευμονική φυματίωση) ή χρόνιες και εξασθενούν τον οργανισμό (στοματική καντιντίαση) μη ειδικά συμπτώματα είναι πυρετός ή διάρροια μεγάλης διάρκειας.

#### 4<sup>ο</sup> στάδιο

Σε αυτή τη φάση ο οργανισμός παρουσιάζει ευκαιριακές λοιμώξεις, εγκεφαλοπάθειες, κακοήθεις όγκους, αγγειοσαρκώματωση (karosi's sarcoma), λεμφώματα κ.α. Ωστόσο δεν είναι απαραίτητα να παρουσιαστούν και τα 4 στάδια (Βασιλείου 2014).

#### Διάγνωση

Οι ανιχνευόμενοι δείκτες στο αίμα είναι το ιικό RNA, το αντιγόνο p24, και τα αντισώματα έναντι των ιικών αντιγόνων. Σήμερα χρησιμοποιούνται ανοσοαντιδραστής 4<sup>ης</sup> γενιάς που ανιχνεύουν και τους δυο τύπους HIV. Οι ανοσοαντιδραστής 4<sup>ης</sup> γενιάς χρειάζονται λιγότερες μέρες για την ανίχνευση του ιού από τη στιγμή που προσβλήθηκε ο οργανισμός ενώ εμφανίζουν πολύ υψηλές τιμές ευαισθησίας κατά 100% και παρουσιάζουν έως και 99,93% ειδικότητας.

Ο έλεγχος της νόσου μπορεί να γίνει σε κέντρα αναφοράς AIDS, σε κέντρα ελέγχου AIDS, σε μικροβιολογικά εργαστήρια σε νοσοκομεία και σε κέντρα παρακολούθησης πολυμεταγχιζόμενων ατόμων

#### Θεραπεία

Το 2013 στην Ελλάδα 3531 άνθρωποι βρέθηκαν μολυσμένοι από τον ιό (2976 άνδρες, 555 γυναίκες) ωστόσο ο αριθμός των θανάτων το έτος εκείνο ανήλθε στα 40 άτομα με τον ανδρικό φίλο να επικρατεί. Το ποσοστό των θανάτων ξεκίνησε να μειώνεται το 1997 όταν έκανε για πρώτη φορά την εμφάνιση της η HAART που καθυστερεί την εξέλιξη της νόσου.

Η φαρμακευτική αγωγή σήμερα μπορεί να έχει διάφορες προσεγγίσεις. Μπορεί να έχει στόχο την καταπολέμηση των λοιμώξεων ή των κακοηθειών, την διακοπή ανάπτυξης και πολλαπλασιασμού του ιού μέσω αντικών, όπως και προσπάθεια για ενίσχυση του ανοσοποιητικού. Τέλος υπάρχει ελπίδα για μελλοντική ανάπτυξη εμβολίου για πρόληψη από τον HIV (Βασιλείου 2014).

#### **Ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV)**

Ο ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV) είναι ένας από τους συνηθέστερους σεξουαλικά μεταδιδόμενους ιούς. Έχουν αναγνωρισθεί περισσότερα από 200 υπότυποι του ιού των θηλωμάτων από τους οποίους οι 120 προσβάλλουν τον ανθρώπινο οργανισμό ενώ οι 40 από αυτούς είναι σεξουαλικά μεταδιδόμενοι. Ο HPV σχετίζεται με μια σειρά κλινικών εκδηλώσεων από απλές μέχρι και τον καρκίνο. Όσες εκδηλώσεις οφείλονται στον HPV είναι συνήθως καλοήθεις και δεν εξελίσσονται σε νόσο (Γιακουμάτου 2013).

Κάποιες μορφές του HPV μπορεί να προκαλέσουν κονδυλώματα, ένα πρόβλημα που παρατηρείται παγκοσμίως, ενώ άλλες μπορεί να προκαλέσουν μόλυνση. Τα κονδυλώματα γεννητικών οργάνων αποτελούν μια μόνο εκδήλωση από το ευρύ φάσμα κλινικών νοσημάτων που σχετίζονται με τον HPV. Αποτελείται από διπλή έλικα DNA εσωτερικά και την κάψα εξωτερικά. Ο ιός μολύνει τα επιθηλιακά κύτταρα και πολλαπλασιάζονται αλλάζοντας το σχήμα τους προς καλοήθεις όγκους όπως οι μυρμηγκιές. Οι λοιμώξεις που προκαλούνται από τον HPV παρατηρούνται

πιο συχνά σε ενήλικες ενώ εμφανίζονται σε νέους ενήλικες και οδηγούν σε σημαντικά ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας (Τσίπρα και συν. 2015).

Ολόκληρο το γεννητικό σύστημα είναι ευπαθές στη λοίμωξη από HPV. Τα κονδυλώματα πρωτοεμφανίζονται στο πίσω μέρος του κόλπου ασυμπτωματικά, εξαπλώνονται στα γειτονικά όργανα και πιο σπάνια μπορεί να προσβάλλει και το τράχηλο που μπορεί να αναγνωρισθεί μέσω του test-pap. Με το πέρασμα των ημερών προκαλεί έντονο κνησμό, αιμορραγία ενώ αποβάλλεται συχνά από κολπικό έκκριμα. Ο τοκετός κατά τη περίοδο της κύησης μπορεί να απειληθεί από απόφραξη ή εκτεταμένη αιμορραγία ενώ η εμφάνιση του ιού στα παιδιά είναι πιο σπάνια. Είναι επίσης δύσκολο η μετάδοση να γίνει από τη μητέρα στο παιδί, ή μέσω της κοινής χρήσης της τουαλέτας. Όπως προαναφέρθηκε, ο συνηθέστερος τρόπος μετάδοσης είναι η σεξουαλική επαφή καθώς ο ιός εισβάλλει μέσω των σχισμών που βρίσκονται στο βλεννογόνο των γεννητικών οργάνων. Επιπλέον, άλλος συχνός αλλά σοβαρός τρόπος μετάδοσης είναι μέσω της δερματικής επαφής (Greganti, Marscalls 2012).

Το κάπνισμα είναι μια άλλη αιτία που επηρεάζει την ανάπτυξη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Οι Roura et al, 2014 σε μια έρευνα, απέδειξαν πως το κάπνισμα συνέβαλε στην επιδείνωση της τραχηλικής νεοπλασίας για τα άτομα που κάπνιζαν και είχαν διαγνωσθεί με λοίμωξη από τον HPV. Επιπλέον συμπέραναν πως η μείωση του κινδύνου από τον HPV σχετίστηκε με τη διακοπή του καπνίσματος. Είναι σημαντικό να τονιστεί πως το κάπνισμα επηρεάζει πολλούς τύπους καρκίνων και επιδεινώνει άλλες παθολογικές εκδηλώσεις.

Μπορεί κανείς να θεωρήσει αβέβαιη τη πορεία των κονδυλωμάτων λόγω την αύξησης του μεγέθους τους, την εξάπλωση και την υποτροπίαση τους. Έτσι πρέπει να καθοριστεί συστηματική εξέταση μία με δύο φορές την εβδομάδα για την παρακολούθηση και την εξάλειψη τους. Γενικά η πλειονότητα των κύτταρο-καταστρεπτικών θεραπειών είναι επώδυνη. Μια από τις θεραπευτικές μεθόδους που προτείνουν σε ασθενείς με HPV είναι η καυτηρίαση και η κρυοθεραπεία των κονδυλωμάτων οι οποίες εφαρμόζονται ξεχωριστά σε κάθε κονδύλωμα για περίπου 30-60 sec. Η ποδοφυλλίνη αποτελεί μια θεραπεία για την εξάλειψη των κονδυλωμάτων που βρίσκονται στο πέος και στο αιδοίο αντίστοιχα. Σε περίπτωση που δεν εφαρμοστεί σωστά από τον θεράποντα γιατρό μπορεί να προκαλέσει ογκογονικότητα. Επιπλέον μια μορφή κρέμας εφαρμόζεται στις κολπικές βλάβες και στην ουρήθρα αλλά η λανθασμένη εφαρμογή της μπορεί να προκαλέσει δερματίτιδα. Αντικά φάρμακα όπως η ιντερφερόνη χορηγούνται ενδομυϊκώς ή ενδοφλεβίως τρεις φορές εβδομαδιαίως. Η πρόοδος συνεχίζεται με την εμφάνιση των προφυλακτικών αλλά και των θεραπευτικών εμβολίων. Τα εμβόλια αυτά περιέχουν σώματα που μοιάζουν με τον HPV και αποτελούνται από ειδική ιική πρωτεΐνη ώστε να προσφέρει προστασία στη μόλυνση (Greganti, Marchall 2012).

Το Gardasil που εγκρίθηκε στις 8 Ιουνίου 2006, είχε ως στόχο τη καταπολέμηση του ιού και μπορούσε να χορηγηθεί σε γυναίκες αλλά και σε κορίτσια προστατεύοντας τα από τους δυο πιο ήμερους τύπους του HPV (Πουλάκα 2014).



### 3.2.4 Παράσιτα

Τα παράσιτα μπορούν να προκαλέσουν στον άνθρωπο, μέσω της σεξουαλικής επαφής, τα εξής σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα:

#### **Ψείρες του εφηβαίου**

Οι ψείρες του εφηβαίου εντοπίζονται κυρίως στις τριχωτές περιοχές του σώματος και μεταφέρονται συνήθως με τη σεξουαλική επαφή. Είναι μικρά παρασιτικά έντομα με μέγεθος 1,5 έως 2 εκατοστά που τρέφονται με ανθρώπινο αίμα. Έχουν καφέ χρώμα και προκαλούν έντονη φαγούρα καθώς κολλούν έντονα πάνω στο δέρμα. Τα αυγά τους εντοπίζονται συνήθως στις ρίζες των τριχών, και εντοπίζονται λόγω της κινητικότητάς τους.

Υπάρχουν αποτελεσματικές θεραπείες για την εξάλειψη των ψειρών του εφηβαίου και είναι παρόμοιες με αυτές των ψειρών της κεφαλής με ειδικά σαμπουάν και σπρέι από τα φαρμακεία. Ο ασθενής πρέπει να είναι πιστός στις οδηγίες που δίνονται για την βελτίωση του (Ζαχαριάδη και συν. 2007).

#### **Ψώρα**

Η ψώρα οφείλεται σε παράσιτα του δέρματος (*sarcoptes scabiei* var *hominis*). Τα ακάρεα αυτά ζουν παρασιτικά στο ανθρώπινο δέρμα ανοίγοντας αμυγχές οπού ζουν και αναπαράγονται. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν έντονο και επώδυνο κνησμό με ώρες έξαρσης κυρίως το βράδυ. Παρουσιάζεται έντονη ερυθρότητα με βλατίδες.

Η νόσος αυτή δεν έχει γένος ούτε κοινωνική τάξη. Η μετάδοση της γίνεται μέσω στενής επαφής και σεξουαλικής πράξης. Από τη στιγμή της μόλυνσης μέχρι την στιγμή της εμφάνισης των συμπτωμάτων μπορεί να χρειαστεί από 2 έως και 6 εβδομάδες ενώ σε περιπτώσεις επαναμόλυνσης η χρονική περίοδος εμφάνισης συμπτωμάτων ίσως και να είναι μικρότερη (1-4 εβδομάδες).

Η θεραπεία είναι απλή και γίνεται με παρασιτοκτόνα σκευάσματα. Σε περίπτωση ανυποχώρητων συμπτωμάτων μετά από 2 εβδομάδες θεραπείας, χρειάζεται συμβουλή ιατρού (Κατσιγιάννη 2014).

### 3.2.5 Πρωτόζωα

Ενώ από τα πρωτόζωα μπορούν να προκληθούν τα εξής:

#### **Τριχομοναδική κολπίτιδα**

Είναι ένα σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα από το πρωτόζωο *Trichomonas vaginalis* το οποίο παρασιτεί στο γεννητικό σύστημα. Η λοίμωξη προκαλείται από το κόλπο ή την ουρήθρα. Διαγιγνώσκεται διότι το άτομο που νοσεί από τριχομοναδική κολπίτιδα αισθάνεται έντονο κνησμό, παρατηρεί έντονες κολπικές εκκρίσεις και πιο σπάνια νιώθει εκκρίσεις κάτω από την κοιλιακή χώρα. Καθώς τα συμπτώματα μπορεί να υποτροπιάσουν, όλες οι γυναίκες πρέπει να εξετασθούν. Οι τριχομονάδες μπορεί να εντοπισθούν με το test-pap ή με ειδική ανάλυση των κολπικών εκκρίσεων (Νικολαΐδου και συν. 2009).

### **3.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή για τη πρόληψη και την αντιμετώπιση**

Η νοσηλευτική αποτελεί τέχνη και επιστήμη που ασχολείται με την υγεία και τη καθημερινή και λεπτομερή φροντίδα των ατόμων μέσα στα πλαίσια της οικογένειας και της κοινότητας με σκοπό τη πρόληψη, τη διατήρηση και την αποκατάσταση της υγείας σε όλο το φάσμα των βιοψυχοκοινωνικών λειτουργιών της. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεί κύριο μέλημα για την επιστήμη της νοσηλευτικής και έχει ως στόχο τη κινητοποίηση και ευαισθησία του πληθυσμού σε ότι έχει να κάνει με το θέμα της υγείας. Έτσι, ο ρόλος της νοσηλευτικής επικεντρώνεται στο συμβουλευτικό κομμάτι καθώς και στη προσπάθεια συμμετοχής στη πρόληψη και την αγωγή υγείας. Απαραίτητη θεωρείται η δημιουργία επαγγελματικής υγειονομικής ομάδας με στόχο τη μέριμνα και τη βοήθεια στο άτομο ώστε να γίνει με το καλύτερο δυνατό τρόπο τουλάχιστον σε επίπεδο υγείας.

Η άμεση επαφή του συμβουλευτικού νοσηλευτή με το πληθυσμό, του επιτρέπει να είναι ο πλέον πιο ικανός να περάσει μηνύματα υγείας στο πληθυσμό πιο εύκολα και αποτελεσματικά. Στη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, ο νοσηλευτής μπορεί να απευθυνθεί σε σύνολα ανθρώπων προσφέροντας εκπαίδευση και πληροφόρηση. Κατά τη διαδικασία της πληροφόρησης, ο νοσηλευτής παρέχει στο εκάστοτε σύνολο ανθρώπων πληροφορίες μεμονωμένα για κάθε ΣΜΝ, πώς εγκαθίσταται και αναπτύσσεται στον οργανισμό και ποια τα συμπτώματα του. Σκοποί της εκπαίδευσης είναι η διδασχία τεχνικών προφύλαξης για την αποφυγή μόλυνσης από ΣΜΝ και θεραπείας. Τα σύνολα αυτά μπορεί να είναι η οικογένεια, τα σχολεία, οι επαγγελματικοί χώροι, πολιτιστικοί και αθλητικοί σύλλογοι, στρατός και φυλακές.

Η δευτερογενής πρόληψη εμφανίζεται μετά την εκδήλωση της νόσου. Οι εξετάσεις που συντέλεσαν στην διάγνωση της νόσου στα πρώιμα στάδια, όπως οι εξετάσεις αίματος, με σκοπό την ανίχνευση της ασθένειας, αποτελούν δευτερογενή πρόληψη. Οποιαδήποτε παρέμβαση με σκοπό την έγκαιρη ίαση υπόκειται σε αυτή την κατηγορία επίσης. Στην τριτογενή πρόληψη στόχος αποτελεί ο περιορισμός της ανάπτυξης της νόσου σε ασθενείς που έχουν προσβληθεί από μη θεραπεύσιμο ΣΜΝ, με κύριο μέλημα την καλύτερη δυνατή ποιότητα ζωής με μόνο στόχο την αξιοπρεπή επιβίωση. Η τριτογενής πρόληψη δεν αρκείται μόνο στην χορήγηση φαρμακευτικών αγωγών αλλά έχει ως στόχο την ψυχολογική στήριξη και αποκατάσταση την ψυχικής υγείας του ασθενή και του οικογενειακού περιβάλλοντος που τον πλαισιώνει.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

### Μεθοδολογία της έρευνας.

#### 4.1 Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η καταγραφή των γνώσεων και των αντιλήψεων για τη σεξουαλική συμπεριφορά των πρωτοετών φοιτητών νοσηλευτικής του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (ΤΕΙ) Κρήτης.

#### 4.2 Ερευνητικά ερωτήματα

1. Ποια είναι η σεξουαλική συμπεριφορά των πρωτοετών φοιτητών Νοσηλευτικής;
2. Ποια είναι η σημασία που δίνεται στη πρόληψη από τους φοιτητές;
3. Ποιες είναι οι εμπειρίες φοιτητών από τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα;
4. Ποιες είναι οι συχνότερες μέθοδοι αντισύλληψης που χρησιμοποιούν οι φοιτητές;
5. Ποια είναι η στάση τους σχετικά με την ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη;
6. Με ποιους τρόπους ενημερώνονται οι φοιτητές για θέματα υγείας, αντισύλληψης και σεξουαλικής συμπεριφοράς;

#### 4.3 Δείγμα

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 1017 πρωτοετείς φοιτητές (16,6% φοιτητές και 83,4% φοιτήτριες) που εισήχθησαν στο τμήμα Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Κρήτης τα ακαδημαϊκά έτη 2009-2017.

#### 4.4 Χώρος της έρευνας

Η έρευνα έχει πραγματοποιηθεί σε πρωτοετείς φοιτητές του τμήματος Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Κρήτης.

#### 4.5 Τρόπος συλλογής δεδομένων

Η συλλογή των δεδομένων έχει γίνει με τη χρήση ανώνυμου ερωτηματολογίου που καταγράφει πληροφορίες για τη σεξουαλική συμπεριφορά φοιτητών φοιτητριών και αποτελείται από 27 ερωτήσεις και περιλαμβάνει:

- 5 ερωτήσεις για το δημογραφικό δείγμα.
- 2 ερωτήσεις που αφορούν τη πρόληψη.
- 3 ερωτήσεις αξιολόγησης και τον τρόπο ενημέρωσης.
- 8 ερωτήσεις σχετικά με την σεξουαλική συμπεριφορά του δείγματος της έρευνας.
- 9 ερωτήσεις για τις εμπειρίες και τις απόψεις σχετικά με το θέμα.

Το ερωτηματολόγιο αυτό χρησιμοποιήθηκε μετά από άδεια του κ. Κωνσταντινίδη Θ. ο οποίος ήταν ο δημιουργός του. Αποτελεί ένα υποσύνολο ενός μεγαλύτερου ερωτηματολογίου που καταγράφει γενικότερα τη σεξουαλική συμπεριφορά των νέων.

Ο χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου υπολογίζεται σε 10 λεπτά. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου στη παρούσα έρευνα έχει κάποια πλεονεκτήματα:

- Χρειάζεται λιγότερο χρόνο για τη διαχείριση και τη διεξαγωγή των συμπερασμάτων.
- Διατηρείται η ανωνυμία των φοιτητών κάτι που θα μπορούσε να επηρεάσει αρνητικά αν επιλέγαμε άλλου είδους ερευνητικό εργαλείο συλλογής δεδομένων.
- Παρέχονται γρήγορα αποτελέσματα με χαμηλό κόστος.
- Είναι κατάλληλη για την επίλυση όλων, σχεδόν, των προβλημάτων (Malhotra and Birks 2000).

#### **4.6 Δεοντολογία**

Τα κύρια βασικά θέματα στην εκτέλεση της έρευνας βασίστηκαν στις θεμελιώδεις αρχές ηθικής, οι οποίες σύμφωνα με το Belmont Report είναι η αρχή οφέλους και μη βλάβης, η αρχή σεβασμού για την ανθρώπινη αξιοπρέπεια και η αρχή δικαιοσύνης.

Η συμμετοχή φυσικών προσώπων στην έρευνα ήταν εθελοντική αλλά αναγκαία. Τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα και δεν περιέχουν προσωπικά στοιχεία ασθενών ή φυσικών προσώπων από τα οποία θα μπορούσαν να αποκαλυφθεί με οποιοδήποτε τρόπο η ταυτότητα των συμμετεχόντων. Οι απαντήσεις ήταν απόλυτα εμπιστευτικές και μόνο τα μέλη της ερευνητικής ομάδας είχαν πρόσβαση σε αυτές. Οι απαντήσεις χρησιμοποιήθηκαν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς και συγκεκριμένα θα τύχουν ποσοτικής ή/και ποιοτικής επεξεργασίας συνολικά. Καμία μεμονωμένη πληροφορία σχετικά με οποιοδήποτε νοσοκομείο ή φυσικό πρόσωπο δεν δημοσιεύτηκε, παρά μόνο τα τελικά αποτελέσματα της έρευνας. Η ανωνυμία των συμμετεχόντων και το προσωπικό απόρρητο τηρήθηκε στο ακέραιο καθόλη τη διάρκεια της έρευνας αλλά και μετά το πέρας αυτής, και δέσμευσε τα μέλη της ερευνητικής ομάδας.

#### **4.7 Πιλοτική μελέτη**

Στο πλαίσιο της πιλοτικής εφαρμογής του ερωτηματολογίου δόθηκε σε δείγμα 10 φοιτητών. Από την αξιολόγηση των απαντήσεών τους έγιναν μόνο μικρής έκτασης αλλαγές στη διατύπωση μιας ερώτησης. Οι φοιτητές ρωτήθηκαν για τα παρακάτω:

1. Θεωρείτε ότι όλες οι ερωτήσεις είναι ξεκάθαρες, κατανοητές και εύκολες στο να απαντηθούν; Αν όχι, ποια ερώτηση δεν καταλαβαίνετε;
2. Ο τρόπος που είναι σχεδιασμένο το ερωτηματολόγιο, είναι εύκολος για την χρήση του;
3. Έχετε κάποια δυσκολία στο να καταλάβετε κάποια ερώτηση;
4. Τι άλλο πιστεύετε ότι θα μπορούσε να διορθωθεί σε αυτό το ερωτηματολόγιο;

Από την επεξεργασία των δεδομένων δεν διαπιστώθηκαν ασάφειες και δυσκολίες στην κατανόησή του.

#### **4.8 Στατιστική Ανάλυση**

Η ανάλυση των δεδομένων της μελέτης έγινε με το πρόγραμμα IBM SPSS 24.0. Αξιοποιήθηκαν δεδομένα  $n=1017$  από το σύνολο των 1026 φοιτητών & φοιτητριών που συμμετείχαν στην έρευνα. Εννιά φοιτητές και φοιτήτριες δεν συμμετείχαν στην συμπλήρωση της ενότητας των σεξουαλικών συμπεριφορών και αποκλείστηκαν από την παρούσα ανάλυση. Αρχικά έγινε υπολογισμός κατανομών συχνοτήτων των χαρακτηριστικών των φοιτητών και των φοιτητριών και έλεγχος διαφοράς μεταξύ τους μέσω της μεθόδου  $\chi^2$ . Μεταξύ φύλων έγιναν επίσης συγκρίσεις και στις κατανομές συχνοτήτων μέσω 95% διαστημάτων εμπιστοσύνης (95%ΔΕ) που υπολογίστηκαν με τεχνικές επαναληπτικών δειγμάτων bootstraps. Με την εφαρμογή πολυωνυμικών μοντέλων 2<sup>ου</sup> βαθμού έγινε εκτίμηση της διαχρονικής εξέλιξης στα χρόνια της έρευνας (2009-2017) της ηλικίας έναρξης σεξουαλικών επαφών μεταξύ φοιτητών/φοιτητριών.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

### 5.1 Αποτελέσματα

Σύμφωνα με τα δημογραφικά στοιχεία που συλλέχθηκαν και παραθέτονται στον **πίνακα 1** που ακολουθεί, η μελέτη αφορά τα έτη 2009-2017. Πεδίο έρευνας αποτέλεσαν 1017 πρωτοετείς φοιτητές-φοιτήτριες του τμήματος νοσηλευτικής του ΑΤΕΙ Κρήτης. Από αυτούς οι 169 (16,6%) ήταν άνδρες ενώ οι υπόλοιποι 848 (83,4%) ήταν γυναίκες. Τα περισσότερα άτομα του δείγματος αφορούσαν τις ηλικίες 17-18 (58,6%), 19-20 (29,3%), ακολουθούν ηλικίες 21-25 (5%) και τέλος 26-49 που αποτέλεσαν το 7,1%. Από αυτούς, οι 950 (96,8%) ζουν σε αστικές περιοχές, ενώ οι υπόλοιποι 31 (3,2%) ζουν σε αγροτικές περιοχές. Κατά τη διάρκεια της μελέτης μεγαλύτερη συμμετοχή φάνηκε να υπάρχει τα έτη 2010, με 144 (14,2%), το 2011 με 162 (15,9%) άτομα, το 2012 με δείγμα 136 (15,3%) και τελικά το 2013-2014 με 127 (12,5%) και 113 (11,1%) αντίστοιχα. Τέλος όσον αφορά στο μορφωτικό επίπεδο του πατέρα το 50,4% έχει τελειώσει το γυμνάσιο-λύκειο, ενώ για τις μητέρες, το ποσοστό ανέρχεται στο 54,3%.

Ο **πίνακας 2** αναφέρεται στους 730 (71,8%) που έχουν ολοκληρωμένες σεξουαλικές σχέσεις. Από το σύνολο των ανδρών, οι 138 (81,7%) ήταν σεξουαλικά ενεργοί ενώ από το σύνολο των γυναικών είναι οι 592 (69,8%), ποσοστά που διαφέρουν στατιστικώς σημαντικά μεταξύ τους. Ο μέσος όρος ηλικίας της πρώτης σεξουαλικής επαφής των ανδρών ήταν τα  $16,4 \pm 1,5$  έτη, με το 63,2% να γίνεται μέσα στα πλαίσια μίας σχέσης, ενώ στατιστικά σημαντική διαφορά παρατηρείται στο μέσο όρος ηλικίας της πρώτης σεξουαλικής επαφής των γυναικών, που φτάνει τα  $17,0 \pm 1,5$  έτη με το 97,1% να είναι μέσα στα πλαίσια μίας σχέσης. Από τη μελέτη προκύπτει πως το 50,7% των ανδρών προτίμησε συντρόφους ίδιας ηλικίας, ενώ το 65,1% των γυναικών συνευρέθηκε με άτομο μεγαλύτερης ηλικίας. Τέλος, από το σύνολο των ατόμων που απάντησαν θετικά στην ολοκλήρωση σεξουαλικών σχέσεων, το 95,5% έκανε χρήση κάποιας μεθόδου αντισύλληψης.

Στο **σχήμα 1** παρουσιάζεται η διαχρονική εξέλιξη της ηλικίας έναρξης σεξουαλικών επαφών, όπου τα αγόρια φαίνεται να ξεκινούν περίπου ένα έτος νωρίτερα από τα κορίτσια, αν και υπάρχουν αποκλίσεις.

Στον **πίνακα 3** είναι άξιο αναφοράς να παρατηρηθεί η στατιστικά σημαντική διαφορά της πρώτης σεξουαλικής επαφής ανάλογα με το φύλο και το σχετικά μεγάλο ποσοστό φοιτητών (22,1%) και φοιτητριών (12,9) που έχουν σεξουαλικές σχέσεις πριν τα 15 έτη..

**Πίνακας 1.** Δημογραφικά χαρακτηριστικά 1017 πρωτοετών φοιτητών και φοιτητριών της μελέτης της περιόδου 2009/17.

<i>χαρακτηριστικά</i>		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Φύλο</b>	<i>Φοιτητές</i>	169	16,6
	<i>Φοιτήτριες</i>	848	83,4
<b>Ηλικία, χρόνια</b>	<i>17-18</i>	596	58,6
	<i>19-20</i>	298	29,3
	<i>21-25</i>	51	5,0
	<i>26-49</i>	72	7,1
	<i>μέση ηλικία±τυπ.αποκλ. (εύρος)</i>	19,9±4,9 (17-49)	
<b>Περιοχή μόνιμης κατοικίας</b>	<i>Αστική</i>	950	96,8
	<i>Αγροτική</i>	31	3,2
<b>Έτος έναρξης σπουδών</b>	<i>2009</i>	48	4,7
	<i>2010</i>	144	14,2
	<i>2011</i>	162	15,9
	<i>2012</i>	156	15,3
	<i>2013</i>	127	12,5
	<i>2014</i>	113	11,1
	<i>2015</i>	95	9,3
	<i>2016</i>	84	8,3
	<i>2017</i>	88	8,7
<i>Εκπαίδευση γονέων</i>			
<b>Πατέρα</b>	<i>χωρίς μόρφωση</i>	6	0,6
	<i>έως δημοτικό</i>	247	24,6
	<i>Γυμνάσιο –Λύκειο</i>	507	50,4
	<i>Μεταλυκειακή σχολή</i>	90	9,0
	<i>ΑΕΙ, ΤΕΙ</i>	155	15,4
	<i>μέσος χρόνος±τυπική απόκλιση</i>	11,3±3,5	
<b>Μητέρα</b>	<i>χωρίς μόρφωση</i>	7	0,7
	<i>έως δημοτικό</i>	196	19,3
	<i>Γυμνάσιο –Λύκειο</i>	551	54,3
	<i>Μεταλυκειακή σχολή</i>	106	10,5
	<i>ΑΕΙ, ΤΕΙ</i>	154	15,2
	<i>μέσος χρόνος±τυπική απόκλιση</i>	11,6±3,3	
<b>Και των δύο</b>	<i>μέσος χρόνος±τυπική απόκλιση</i>	11,4±2,9	

**Πίνακας 2.** Σεξουαλικές σχέσεις των πρωτοετών φοιτητών και φοιτητριών της μελέτης.

			Φοιτητές	Φοιτήτριες	Σύνολο
			n (%)		
<b>Με ολοκληρωμένες σεξουαλικές σχέσεις</b>			138 (81,7)	592 (69,8)	730 (71,8)
		p -value <sup>1</sup>	0,002		
<b>Μέση ηλικία πρώτης σεξουαλικής επαφής (±ΤΑ)</b>		<i>Χρόνια</i>	16,4±1,5	17,0±1,5	16,9±1,5 <sup>3</sup>
		p -value <sup>2</sup>	<0,001		
<b>Η πρώτη σεξουαλική επαφή ήταν:</b>	<i>μιας βραδιάς που κράτησε κάποιο χρονικό διάστημα</i>		50 (36,8)	17 (2,9)	67 (9,3)
		p -value <sup>1</sup>	86 (63,2)	565 (97,1)	651 (90,7)
			<0,001		
<b>Ο/Η σύντροφος ήταν:</b>	<i>Συνομήλικος/η</i>		70 (50,7)	189 (32,4)	259 (35,9)
	<i>Μικρότερος/η σε ηλικία</i>		15 (10,9)	15 (2,6)	30 (4,2)
	<i>Μεγαλύτερος/η σε ηλικία</i>		53 (38,4)	380 (65,1)	433 (60,0)
		p -value <sup>1</sup>	<0,001		
<b>Χρήση αντισύλληψης (προφυλακτικό) κατά την 1<sup>η</sup> σεξουαλική επαφή</b>	<b>μεθόδου</b>	<i>Ναι</i>	122 (93,1)	539 (96,1)	661 (95,5)
		<i>Όχι</i>	9 (6,9)	22 (3,9)	31 (4,5)
		p -value <sup>1</sup>	0,142		

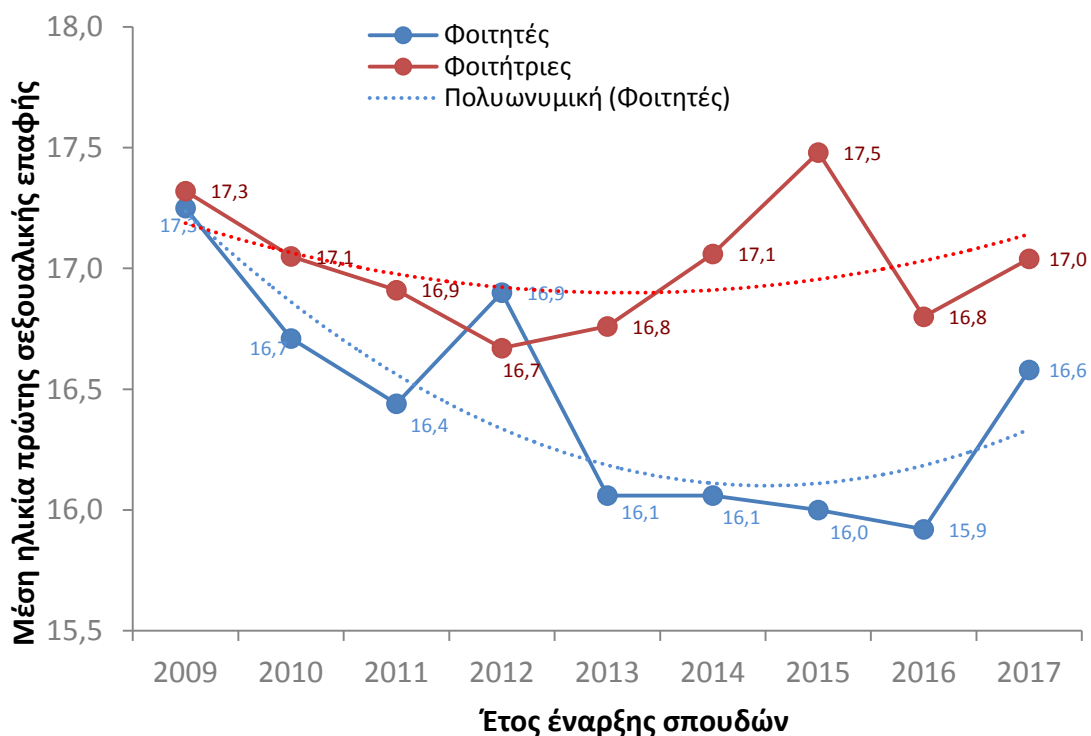
<sup>1</sup> Έλεγχος  $\chi^2$ .

<sup>2</sup> Έλεγχος Student t.

<sup>3</sup> Εύρος ηλικιών 11 έως 25 έτη.



**Σχήμα 1.** Διαχρονική εξέλιξη της ηλικίας έναρξης σεξουαλικών επαφών μεταξύ φοιτητών/φοιτητριών της μελέτης.



**Πίνακας 3.** Ηλικία έναρξης σεξουαλικών σχέσεων των πρωτοετών φοιτητών και φοιτητριών της μελέτης.

			Φοιτητές	Φοιτήτριες	Σύνολο
			n (%)		
<b>Ηλικία πρώτης σεξουαλικής επαφής, χρόνια</b>	11-15		30 (22,1)	75 (12,9)	105 (14,6)
	16-17		82 (60,3)	325 (55,7)	407 (56,6)
	18+		24 (17,6)	183 (31,4)	207 (28,8)
		p -value	0,001		

Έλεγχος  $\chi^2$ .

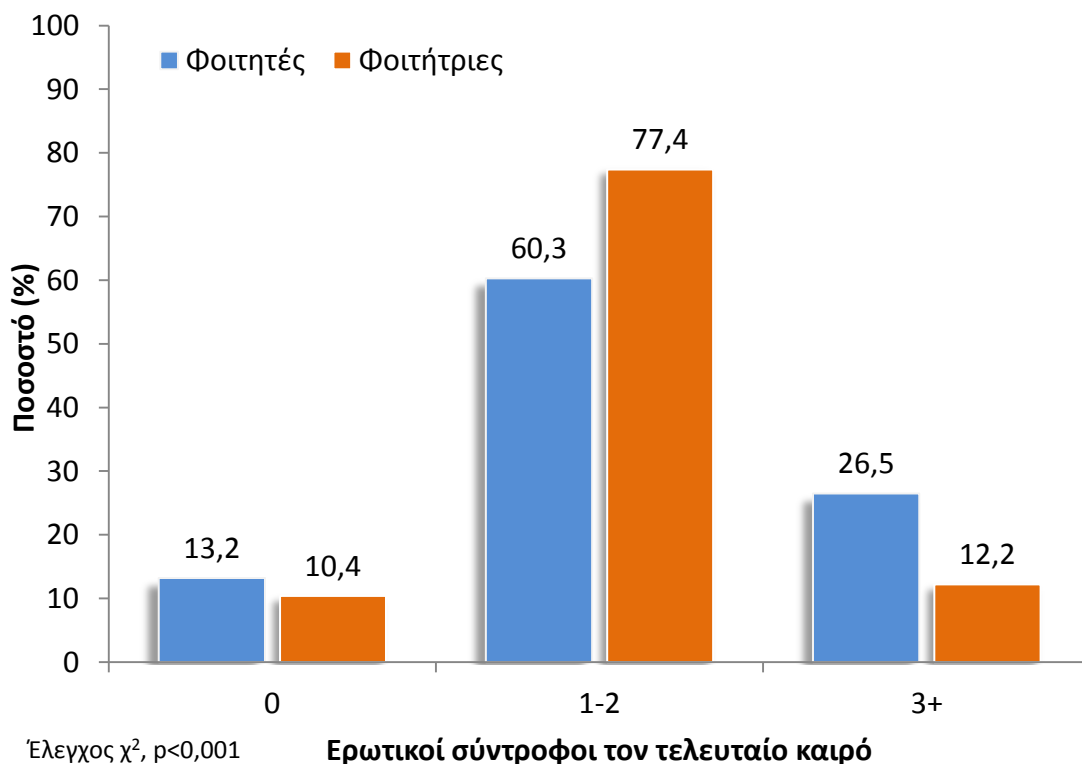
Στο **σχήμα 2** φαίνεται πως από το σύνολο των ερωτηθέντων φοιτητών το 60,3% έχει συννευρεθεί με 1-2 συντρόφους το τελευταίο καιρό, ενώ το 26,5% με 3 ή περισσότερους. Από την άλλη στο σύνολο των φοιτητριών, οι 77,4% συννευρέθηκαν με 1-2 συντρόφους το τελευταίο διάστημα ενώ το 12,2% με 3 ή περισσότερους.

Στο **σχήμα 3** γίνεται εμφανής η προτίμηση του προφυλακτικού σαν κύρια μέθοδο αντισύλληψης, με ποσοστό 90,4%. Αναφέρεται η διακεκομμένη συνουσία με 13,2% όπως και άλλες μέθοδοι αντισύλληψης με μικρότερα ποσοστά. Τέλος, με ποσοστό 7,2% φαίνεται η επιλογή των φοιτητών-φοιτητριών, να μην χρησιμοποιήσουν καμία αντισυλληπτική μέθοδο.

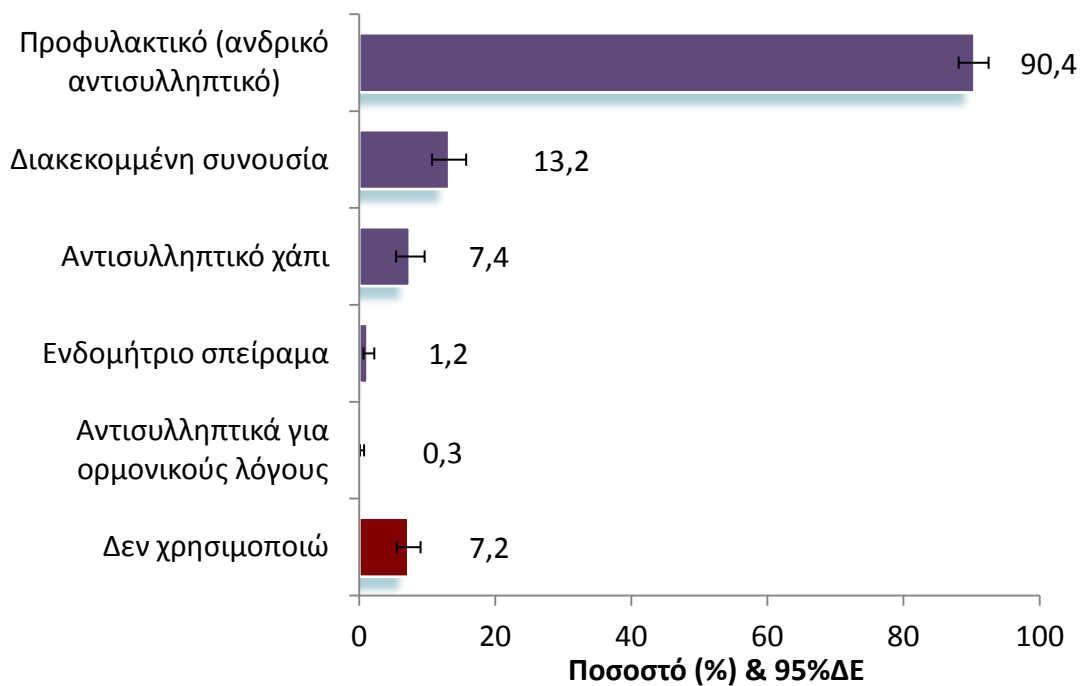
Οι αναφερόμενες κύριες χρήσεις αντισυλληπτικών μεθόδων, κατά την κρίση των φοιτητών-φοιτητριών είναι η αποφυγή ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης (54,5%) και η προστασία από Σ.Μ.Ν (87,1%). Και τα δύο παραπάνω απασχόλησαν το 44,7% ενώ μικρότερα ποσοστά φοιτητών- φοιτητριών απάντησαν άλλες αιτίες με λιγότερα ποσοστά .

Στον **πίνακα 4** εμφανίζεται το σύνολο των φοιτητών-φοιτητριών που απάντησαν στην ερώτηση, αν είχαν νοσήσει από κάποιο αφροδίσιο νόσημα( Οι 37 (5,2%) είχαν νοσήσει από κάποιο αφροδίσιο νόσημα, τα συνηθέστερα των οποίων είναι τα κονδυλώματα με 55,6% και ο ιός του έρπητα με 19,4% καθώς αναφέρονται και άλλα στον πίνακα με μικρότερα ποσοστά.

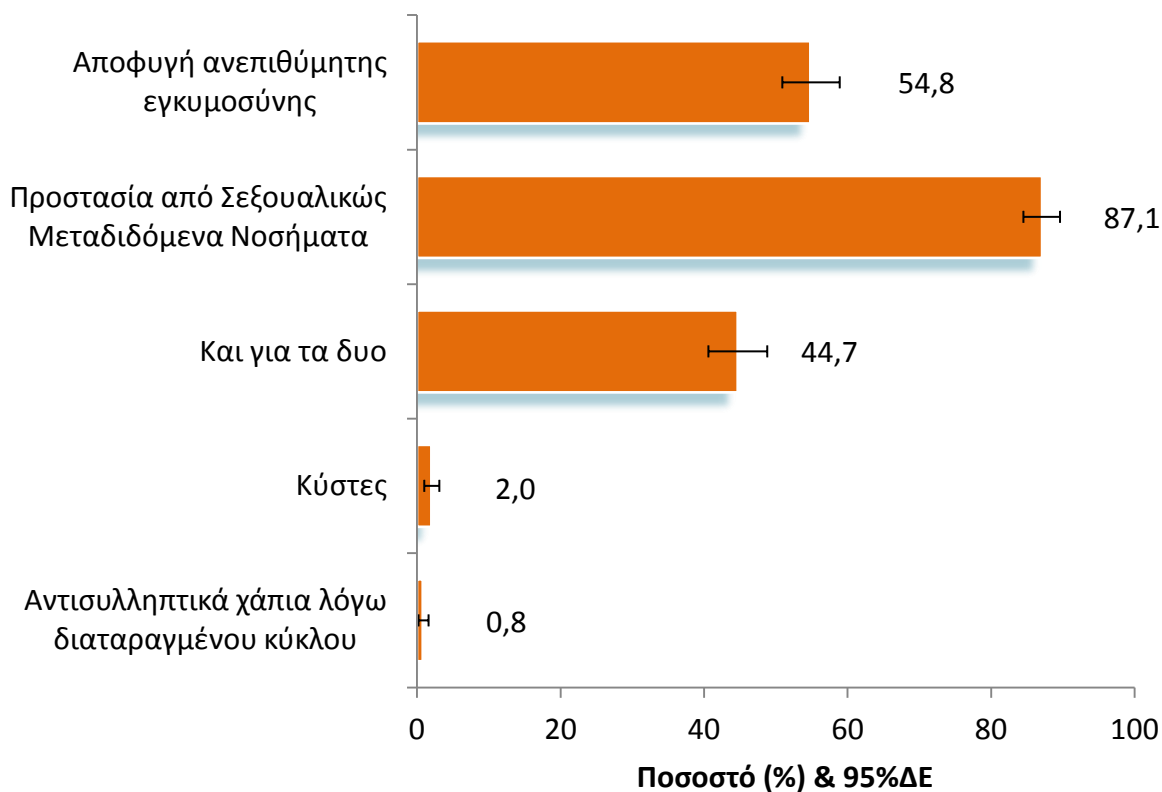
**Σχήμα 2.** Αριθμός ερωτικών συντρόφων μεταξύ φοιτητών/φοιτητριών της μελέτης.



**Σχήμα 3.** Αντισυλληπτική μέθοδος που χρησιμοποιούν οι φοιτητές και φοιτήτριες της μελέτης.



**Σχήμα 4.** Αιτίες χρήσης αντισυλληπτικών μεθόδων που χρησιμοποιούν οι φοιτητές και φοιτήτριες της μελέτης.



**Πίνακας 4.** Απαντήσεις των πρωτοετών φοιτητών και φοιτητριών της μελέτης στην ερώτηση «Έχετε νοσήσει από κάποιο αφροδίσιο νόσημα; (π.χ. βλεννόρροια, σύφιλη, κ.λπ.)».

		Φοιτητές	Φοιτήτριες	Σύνολο
		n (%)		
Έχετε νοσήσει από κάποιο αφροδίσιο νόσημα:	ναι	6 (4,5)	31 (5,4)	37 (5,2)
	όχι	127 (95,5)	544 (94,6)	671 (94,8)
p -value		0,681		
νόσημα	κονδυλώματα	3	17	20 (55,6)
	ιός του έρπητα	1	6	7 (19,4)
	τραχηλίτιδα	-	1	1 (2,8)
	ascus	-	1	1 (2,8)
	μύκητες	1	4	5 (13,8)
	ουρεόπλασμα	0	2	2 (5,6)

Έλεγχος  $\chi^2$ .

Από το σύνολο των ερωτηθέντων με ολοκληρωμένες σεξουαλικές σχέσεις, 28 φοιτήτριες έχουν αντιμετωπίσει περιπτώσεις ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης. Από το σύνολο αυτό, 27 άτομα έχουν προχωρήσει σε διαδικασία έκτρωσης. Ωστόσο οι κύριες αιτίες που οδήγησαν σε ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη φαίνεται να είναι η ελλιπής αντισύλληψη (33,3%), η ελλιπής ενημέρωση (19%) κ.α, όπως φαίνεται και στον πίνακα, με λιγότερα ποσοστά (πίνακας 5).

Σε υποθετική ερώτηση που αφορά και τους 1017 φοιτητές, σχετικά με την ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, στον πίνακα 6 που υπάρχει παρακάτω, το 59,5% δήλωσε πως δεν θεωρεί την έκτρωση ως λύση.

Στον πίνακα 7 καταγράφονται οι απόψεις σχετικά με την αξιολόγηση των γνώσεων τους σε θέματα αντισύλληψης. Όπως προκύπτει το 18,1% του συνόλου θεωρεί τον εαυτό του άριστα ενημερωμένο, ενώ το 74,6% αναφέρει πως έχει καλές γνώσεις, το 26,6% και το 7,7% θεωρούν καλές και μέτριες τις γνώσεις τους πάνω στο θέμα, αντίστοιχα.

Στο σχήμα 5 αναφέρονται οι πιο διαδεδομένες μέθοδοι αντισύλληψης που κατέγραψαν οι φοιτητές, κύριες των οποίων αποτέλεσαν το προφυλακτικό (98,8%), το αντισυλληπτικό χάπι (95,4%), τα ενδομήτρια σπειράματα (72%) και τη διακεκομμένη συνουσία (54,4%). Επιπλέον, λιγότεροι απάντησαν και άλλες μεθόδους αντισύλληψης που αναγράφονται στο σχήμα.

**Πίνακας 5.** Απαντήσεις των πρωτοετών φοιτητών και φοιτητριών της μελέτης στην ερώτηση «Έχει συμβεί σε εσάς ή στη σύντροφό σας κάποια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη;».

		Φοιτητές	Φοιτήτριες	Σύνολο
		n (%)		
<i>Ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη</i>	<i>ναι</i>	4 (2,9)	28 (4,8)	32 (4,4)
	<i>όχι</i>	133 (97,1)	588 (95,2)	691 (95,6)
		<i>p -value</i> 0,341		
<i>σε ηλικία</i>	<i>μέση τιμή (τυπ. απ.)</i>			21,1 (5,2)
<i>φορές</i>	<i>1</i>			25 (80,6)
	<i>2+</i>			6 (19,4)
<i>έκτρωση</i>	<i>ναι</i>			27 (87,1)
<i>γνώση των γονιών</i>	<i>ναι</i>			14 (45,1)
<i>αιτία ανεπ. εγκυμ.</i>	<i>έλλειψη αντισύλληψης</i>			7 (33,3)
	<i>προβλήματα οικογένειας</i>			1 (4,8)
	<i>ελλιπής ενημέρωση μητέρα</i>			4 (19,0)
	<i>χωρισμός</i>			1 (4,8)
	<i>η πρώιμη ηλικία</i>			3 (14,3)
	<i>απερισκεψία</i>			3 (14,3)
	<i>κακή εκτίμηση γόνιμων ημερών</i>			1 (4,8)

Έλεγχος  $\chi^2$ .

**Πίνακας 6.** Απαντήσεις του συνόλου των πρωτοετών φοιτητών και φοιτητριών της μελέτης στην ερώτηση «Αν είχατε κάποια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη θα επιλέγατε τη λύση της έκτρωσης;».

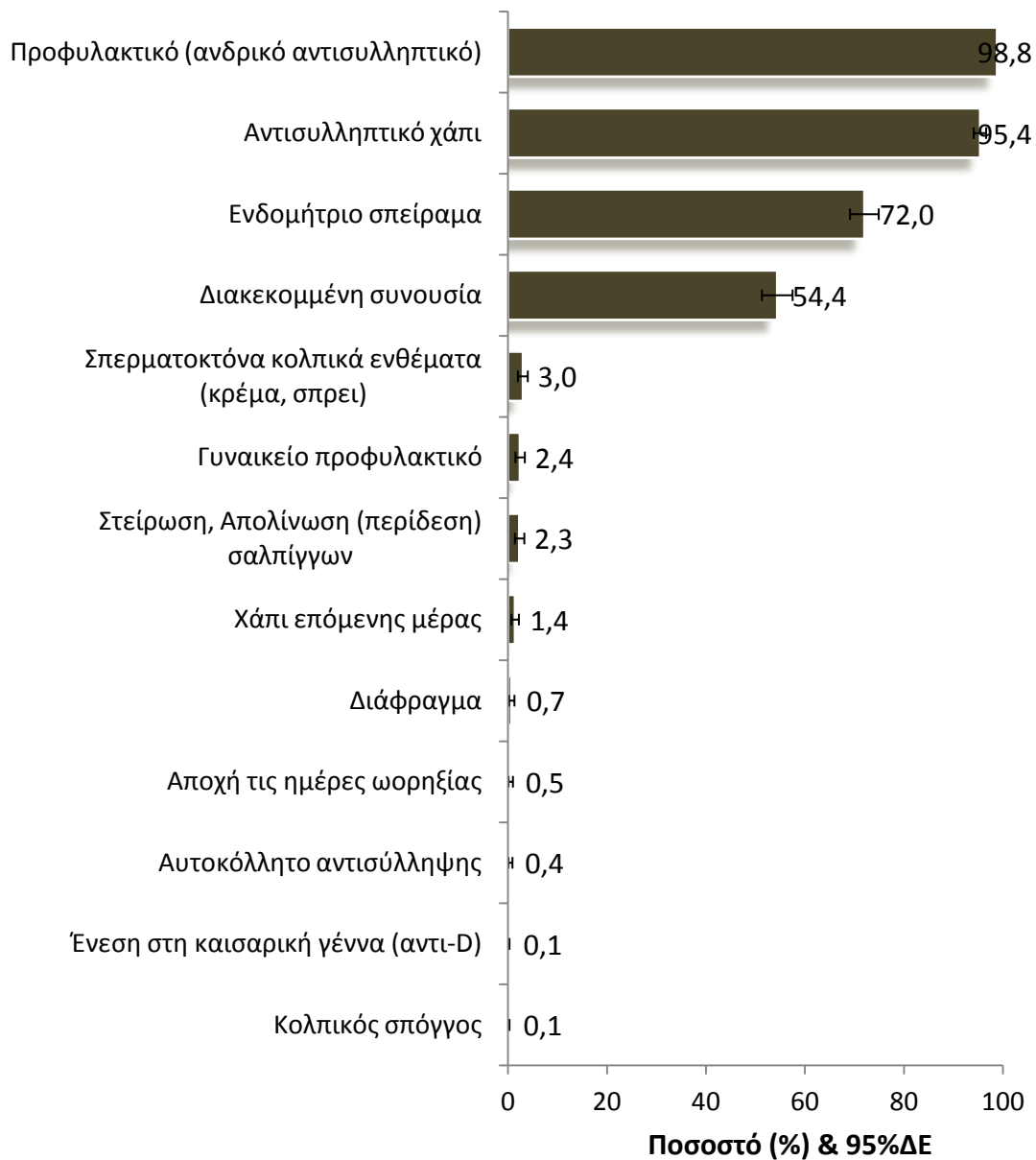
			Φοιτητές	Φοιτήτριες	Σύνολο
			n (%)		
Έκτρωση ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη	σε	ναι	60 (40,5)	314 (39,4)	374 (39,7)
		όχι	86 (58,1)	476 (59,9)	562 (59,5)
		δεν γνωρίζει	1 (0,7)	4 (0,5)	5 (0,5)
		ανάλογα	-	1 (0,1)	1 (0,1)
		ίσως	1 (0,7)	1 (0,1)	2 (0,2)

**Πίνακας 7.** Απαντήσεις του συνόλου των πρωτοετών φοιτητών και φοιτητριών της μελέτης στην ερώτηση «Πώς θα βαθμολογούσατε τις γνώσεις σας σε θέματα αντισύλληψης;».

			Φοιτητές	Φοιτήτριες	Σύνολο
			n (%)		
<b>Βαθμολογία γνώσεων</b>		άριστες	30 (19,2)	148 (17,9)	178 (18,1)
		πολύ καλές	77 (49,4)	390 (47,2)	467 (47,6)
		καλές	41 (26,3)	220 (26,6)	261 (26,6)
		μέτριες	8 (5,1)	68 (8,2)	76 (7,7)
		p -value	0,595		

Έλεγχος  $\chi^2$ .

**Σχήμα 5.** Απαντήσεις του συνόλου των πρωτοετών φοιτητών και φοιτητριών της μελέτης στην ερώτηση «Ποιες αντισυλληπτικές μεθόδους γνωρίζετε;».



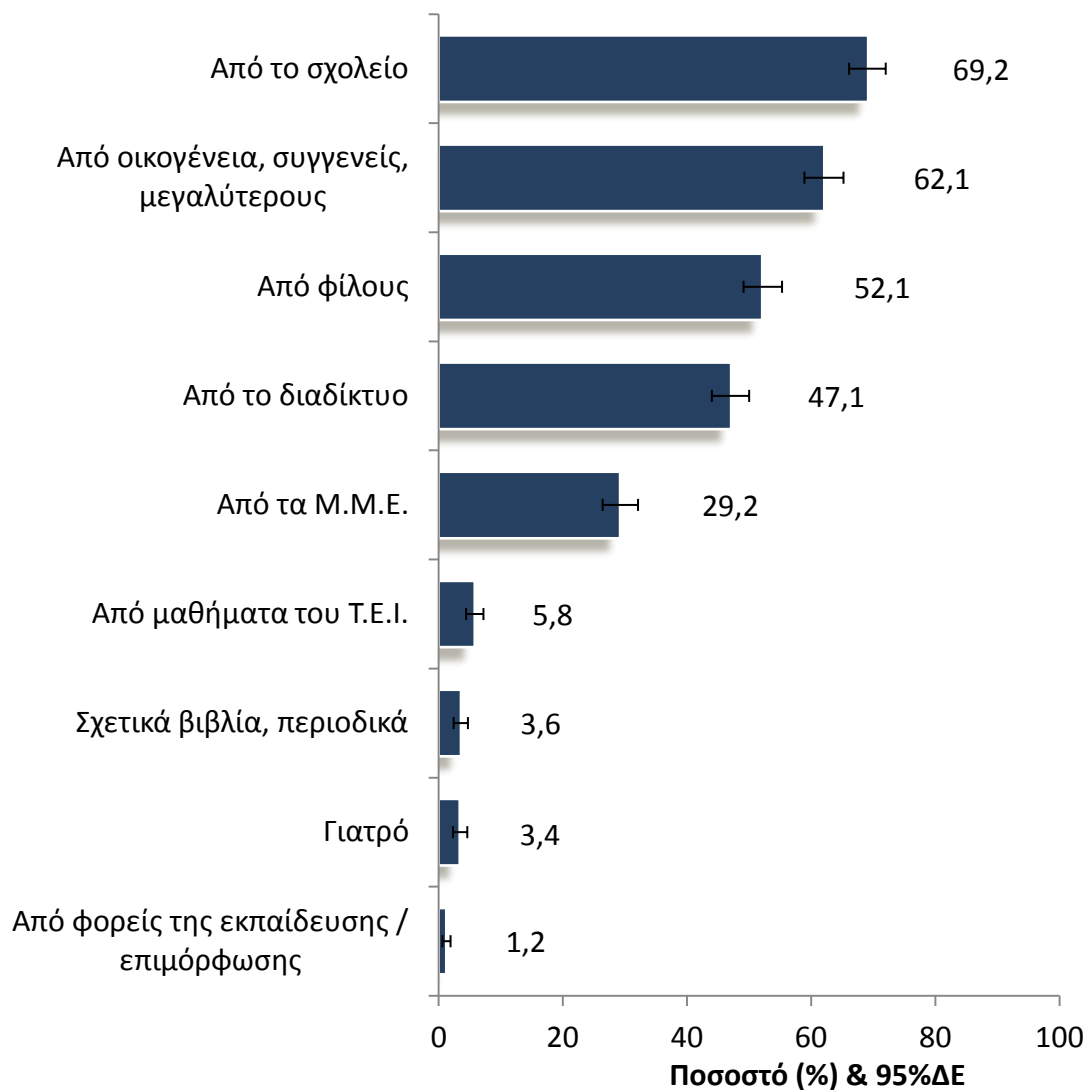
Σχετικά με την ενημέρωση των φοιτητών-φοιτητριών σε θέματα αντισύλληψης και ομαλής σεξουαλικής ζωής, σύμφωνα με το **σχήμα 6**, το 69,2% ανέφεραν ότι έχουν λάβει τις γνώσεις τους από το σχολείο, το 62,1% από οικογένεια, συγγενείς και μεγαλύτερους. Λίγο περισσότερο από τους μισούς (52,1%) ανέφεραν ως πηγή ενημέρωσης τους φίλους ενώ το 47,1% των ερωτηθέντων μίλησαν για το διαδίκτυο. Με μικρότερα ποσοστά παρουσιάζονται τα Μ.Μ.Ε, τα Τ.Ε.Ι, σχετικά βιβλία και περιοδικά και τέλος, ο γιατρός και άλλοι φορείς εκπαίδευσης που αναφέροντα αναλυτικότερα στο σχήμα.

Στην ερώτηση «ποια Σ.Μ.Ν. γνωρίζετε», το 90,1% έχει αναφέρει το AIDS, ενώ σημαντικά λιγότεροι (58,9%) ανέφεραν τη σύφιλη καθώς το 32,6% μίλησαν για την ηπατίτιδα. Με λιγότερα ποσοστά έχουν αναφερθεί τα κονδυλώματα (19,1%), τα χλαμύδια (17,4%), η βλεννόρροια (15,5%), η γονοκοκκική ουρηθρίτιδα (14,2%) και άλλα με αρκετά μικρότερα ποσοστά.

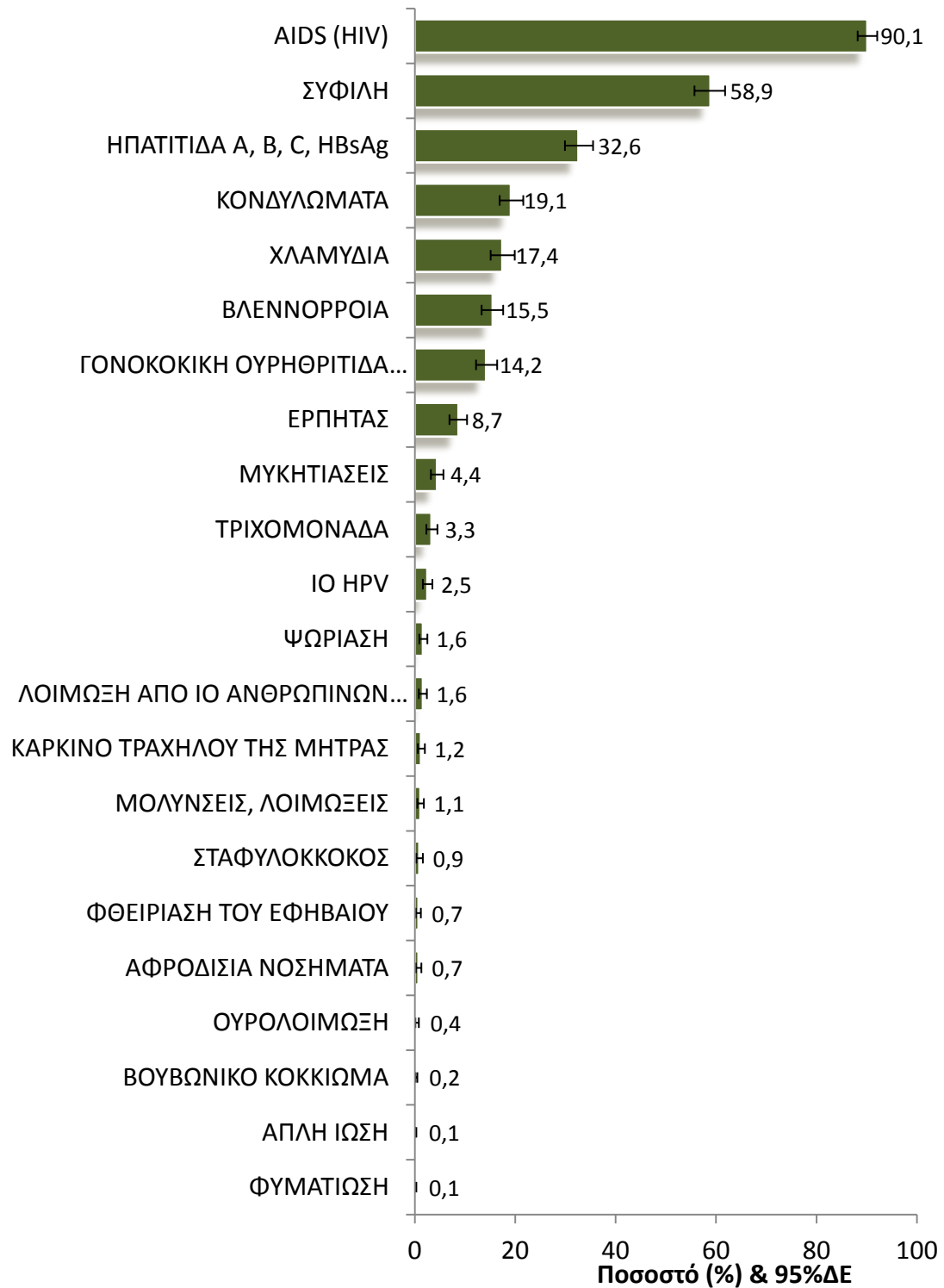
Σε ερώτηση που αφορά τη πρόληψη και συγκεκριμένα, τη συχνότητα επίσκεψης στον γυναικολόγο, φαίνεται ότι το 31,2% από το σύνολο των ερωτηθέντων (1017, ακολουθεί συστηματική εξέταση ανά έτος, αντίθετα ένα ιδιαίτερα μεγάλο ποσοστό που φτάνει το 23,7% δεν τον έχει επισκεφτεί ποτέ, όπως αναγράφεται στο σχήμα 8. Από την άλλη, στο πίνακα 8 από τις γυναίκες που έχουν ολοκληρωμένες σεξουαλικές επαφές, μεγάλο ποσοστό (43,9%) ομολογεί ότι επισκέπτεται το γυναικολόγο της, μόνο όταν διαπιστώσει κάποιο πρόβλημα. Ωστόσο, τα περισσότερα ποσοστά του πίνακα 8. παρουσιάζουν στατιστικώς σημαντικές διαφορές.



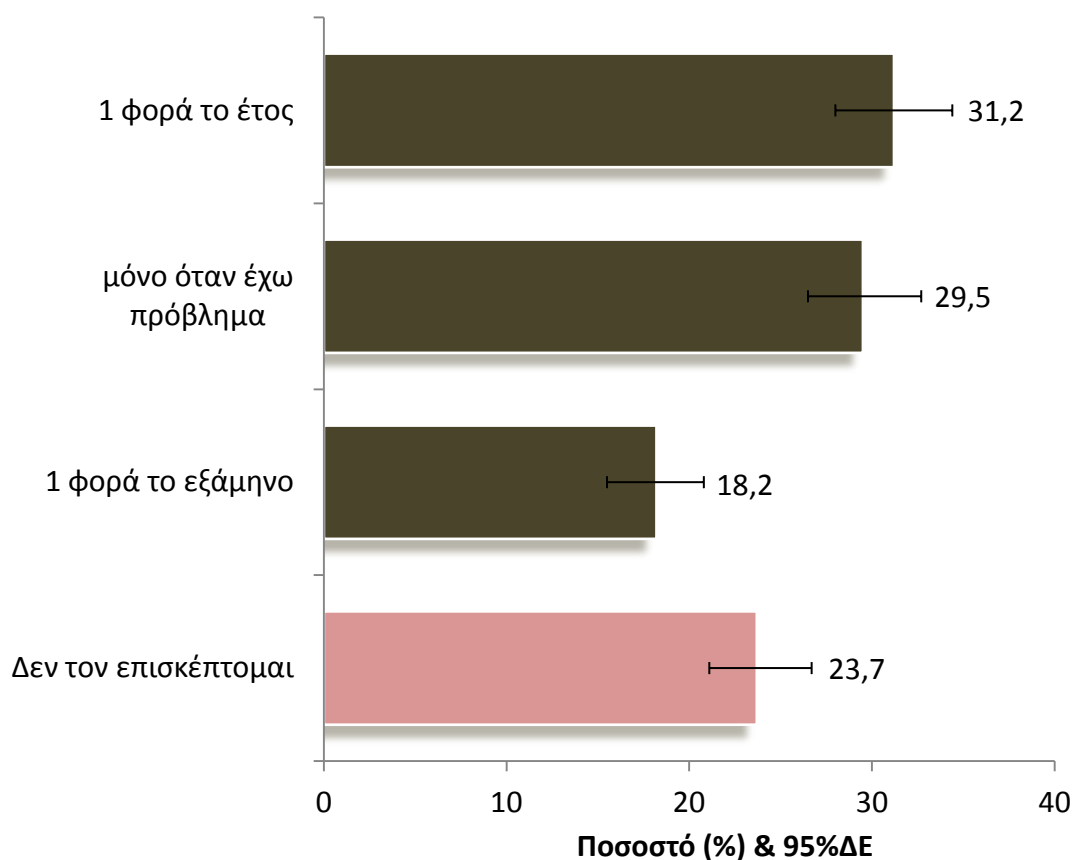
**Σχήμα 6.** Απαντήσεις του συνόλου των πρωτοετών φοιτητών και φοιτητριών της μελέτης στην ερώτηση «Από πού κυρίως έχετε ενημερωθεί για θέματα αντισύλληψης και ομαλής σεξουαλικής ζωής;».



**Σχήμα 7.** Απαντήσεις του συνόλου των πρωτοετών φοιτητών και φοιτητριών της μελέτης στην ερώτηση «Ποια σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα γνωρίζετε; (Αναφέρετε 3 σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα)».



**Σχήμα 8.** Απαντήσεις του συνόλου των πρωτοετών φοιτητριών της μελέτης στην ερώτηση «Κάθε πότε επισκέπτεστε τον γυναικολόγο;».



**Πίνακας 8.** Συχνότητα επισκέψεων σε γυναικολόγο από τις πρωτοετείς φοιτήτριες της μελέτης και ως προς τις ολοκληρωμένες σεξουαλικές τους σχέσεις.

	Με ολοκληρωμένες σεξουαλικές σχέσεις		p -value
	ναι	όχι	
<i>Κάθε πότε επισκέπτονται τον γυναικολόγο</i>	n (%)		
1 φορά το εξάμηνο	121 (20,8)	31 (12,3)	0,003
1 φορά το έτος	210 (36,0)	51 (20,2)	<0,001
μόνο όταν έχει πρόβλημα	136 (23,3)	111 (43,9)	<0,001
Δεν τον επισκέπτονται	130 (22,3)	68 (26,9)	0,153

Έλεγχος  $\chi^2$ .

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

### 6.1 Συζήτηση

Η πλειοψηφία του δείγματος (71,8%) έχει ολοκληρωμένες σεξουαλικές επαφές, ενώ ο μέσος όρος ηλικίας πρώτης σεξουαλικής επαφής διαφέρει σημαντικά ως προς το φύλο με συνολικό μέσο όρο ηλικίας τα 16,9. Αυτό το αποτέλεσμα έρχεται να επιβεβαιώσει μία έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 4 λύκεια της Αθήνας, σε 378 μαθητές ηλικίας 15-18. Η συγκεκριμένη έρευνα έδειξε πως η πλειοψηφία των εφήβων (58,2%) ήταν σεξουαλικά ενεργοί και πως η ηλικία που φαίνεται να αποτελεί το μέσο όρο πρώτης σεξουαλικής επαφής είναι τα 16 έτη (30%), αποτέλεσμα που συμφωνεί με τα δικά μας ερευνητικά αποτελέσματα. Στην ίδια έρευνα αναφέρεται πως ένα 5% πραγματοποίησε την πρώτη του σεξουαλική επαφή πριν την συμπλήρωση των 14 ετών που είναι μικρότερο από τους εφήβους της παρούσας μελέτης (Μπαρμπαγιάννη και Ζυγά 2011).

Σε άλλη έρευνα που πραγματοποίησε το Ελληνικό Σεξουαλικό Ινστιτούτο σε συνεργασία με τη Μαιευτική και Γυναικολογική κλινική του πανεπιστημίου Πατρών, που αναφέρεται στη πτυχιακή της Κατσαρής, απασχόλησε το 2002 239 άνδρες και 247 γυναίκες ηλικίας 20-25 ετών από τα Τ.Ε.Ι και τις ιδιωτικές σχολές της Αθήνας και της Πάτρας. Τα στοιχεία αυτά έρχονται να προστεθούν στα δικά μας αποτελέσματα καθώς παρουσιάζεται πως το 76,3% των γυναικών είχαν ολοκληρωμένες σεξουαλικές επαφές και ο μέσος όρος πρώτης σεξουαλικής επαφής ήταν τα 18,8 έτη (Ελληνικό σεξολογικό Ινστιτούτο 2002). Παρόμοια αποτελέσματα υπήρξαν και στον ανδρικό πληθυσμό του δείγματος που από τους 88,4% των σεξουαλικά ενεργών, ο μέσος όρος ηλικίας της πρώτης σεξουαλικής επαφής αποτέλεσαν τα 18,2 έτη. Τα ευρήματα αυτά έρχονται να συμπληρώσουν επόμενο συμπέρασμα που προκύπτει από την έρευνα μας καθώς είναι δεδομένα παλαιότερων χρόνων.

Αναφέρονται επίσης έρευνες που διεξήχθησαν στην Δανία (Nielsen et al. 2009) και σε πανεπιστήμιο της Γλασκώβης (Parkers et al 2009) που φανερώνει πως το 76% και το 54% αντίστοιχα είχε χρησιμοποιήσει προφυλακτικό κατά την πρώτη του σεξουαλική επαφή. Φαίνεται να διαφέρει ωστόσο σημαντικά το 95,5% της χρήσης προφυλακτικού κατά την πρώτη σεξουαλική επαφή που προκύπτει από τη παρούσα έρευνα.

Εν μέρει τα ευρήματα των προηγούμενων συμπερασμάτων δεν φαίνεται να διαφωνούν με την κλίμακα της διαχρονικής εξέλιξης με θέμα τη πρώτη σεξουαλική επαφή που παρατηρείται στη παρούσα εργασία. Αν τοποθετήσουμε με χρονολογική σειρά τα παραπάνω ευρήματα των προηγούμενων συμπερασμάτων που αφορούν τον ελλαδικό χώρο, θα παρατηρήσουμε μία καθοδική πορεία που συμφωνεί με τα αποτελέσματα της έρευνας μας. Το 2002 η έρευνα που πραγματοποιήθηκε από το Ελληνικό σεξολογικό Ινστιτούτο δείχνει υψηλότερο μέσο όρο πρώτης σεξουαλικής επαφής (18 έτη περίπου), ενώ σε επόμενη έρευνα το 2011 που πραγματοποιήθηκε στα 4 λύκεια της Αθήνας, ο μέσος όρος κατέβηκε στα 16 έτη (Κάτσαρη 2009). Για το λόγο αυτό φαίνεται να συμφωνεί με τα ερευνητικά μας αποτελέσματα που

παρουσιάζουν πως ο μέσος όρος ηλικίας της πρώτης σεξουαλικής επαφής μικραίνει ανά τα χρόνια με κάποιες αποκλίσεις.

Από την παρούσα έρευνα, προκύπτει ακόμα πως ένα μικρό ποσοστό (7,2%) δεν χρησιμοποιεί καμία μέθοδο αντισύλληψης. Αντίθετα στην πτυχιακή της Μπαξεβάνη που απασχόλησε ενήλικους νέους 18-45 σημαντικό ποσοστό δεν χρησιμοποιεί προφυλακτικό ενώ παρατηρείται πως οι άνδρες λαμβάνουν λιγότερα μέτρα σε θέματα ασφάλειας και πρόληψης κατά την σεξουαλική τους επαφή. Πιο ειδικά το 1/5 δεν χρησιμοποιεί καθόλου προφυλακτικό (Μπαξεβάνη 2014).

Ωστόσο η παραπάνω έρευνα φαίνεται να συμφωνεί με την δική μας ως προς τις γνώσεις των ερωτηθέντων για τα Σ.Μ.Ν αφού και από τις δύο μελέτες γίνεται αντιληπτό πως το 93% και το 90,1% που προέρχεται από την παρούσα πτυχιακή, γνωρίζουν το AIDS ως Σ.Μ.Ν ενώ και στις δύο περιπτώσεις υπάρχει ελλιπής γνώση για άλλα Σ.Μ.Ν (Μπαξεβάνη 2014). Ως προς τη γνώση των φοιτητών για Σ.Μ.Ν. παρατηρήθηκε πως οι φοιτητές δεν γνώριζαν όλα τα νοσήματα. Πιο συγκεκριμένα σχεδόν όλοι οι φοιτητές γνωρίζουν το AIDS αρκετά λιγότεροι τη σύφιλη, την ηπατίτιδα και τα κονδυλώματα ενώ ελάχιστοι γνωρίζουν όλα τα υπόλοιπα. Σε έρευνα βρέθηκε πως η ηλικία και το εκπαιδευτικό επίπεδο των ατόμων αποτελούν παράγοντες που επηρεάζουν τη γνώση των ατόμων. Πιο συγκεκριμένα φοιτητές μεταπτυχιακού επιπέδου είχαν καλύτερη ενημέρωση για τη γνώση των Σ.Μ.Ν. (Παπαγιάννη και Σπετσιωτάκη 2007).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας το 5,2% έχει προσβληθεί από κάποιο ΣΜΝ όπως είναι τα κονδυλώματα που αποτελούν και το πιο συχνό από αυτά ενώ δεν φαίνεται να υπάρχουν παρόμοιες έρευνες που αναφέρουν ποσοστά νοσηρότητας από Σ.Μ.Ν σε εφήβους.

Σύμφωνα με έρευνα που παραθέτει η Δημουλά και συν. προκύπτουν αρκετά υψηλά τα ποσοστά εκτρώσεων στη Ελλάδα. Η γενική γραμματαία ισότητας των φύλων το 2013 παρουσιάζει ως γεγονός πως ο αριθμός των εκτρώσεων στην Ελλάδα είναι 150.000 ετησίως, αριθμός που πλησιάζει εκείνο των γεννήσεων. Ακόμα, υπάρχουν μη επίσημες έρευνες που παρουσιάζουν ακόμα υψηλότερα ποσοστά εκτρώσεων ως και το διπλάσιο από εκείνο των γεννήσεων (Κάδη και συν. 2015). Τα στοιχεία αυτά δεν συμφωνούν με τα ευρήματα μας στην παρούσα έρευνα καθώς το ποσοστό που προκύπτει από τα δικά μας αποτελέσματα είναι μόλις το 4,4% (Δημουλά και συν. 2007).

Όσον αφορά την επιλογή της έκτρωσης, το 59,5% δήλωσε πως ήταν κατά. Αντίστοιχη έρευνα που διεξήχθη σε φοιτητές των κοινωνικών και των θετικών επιστημών από ΤΕΙ και το πανεπιστήμιο Κρήτης Ηρακλείου κι Ρεθύμνου, η πλειοψηφία των φοιτητών τείνουν να είναι κατά των εκτρώσεων (Καπνουλά και συν. 2007). Παρόμοια αποτελέσματα βρέθηκαν και σε έρευνα που διεξήχθη σε φοιτητές του Αριστοτέλειου πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης του τμήματος Ιατρικής, όμως στην ίδια έρευνα το 55% αποδέχονται την έκτρωση σε ειδικές περιπτώσεις.

Οι λόγοι που οδήγησαν τους φοιτητές σε ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη φαίνεται να είναι η έλλειψη κάποιας αντισυλληπτικής μεθόδου και η ανεπαρκής ενημέρωση σε θέματα αντισύλληψης. Πολλές είναι οι έρευνες που επιβεβαιώνουν αυτήν την άποψη καθώς ένα σημαντικό ποσοστό δεν χρησιμοποιεί κάποια μέθοδο αντισύλληψης

(33,3%). Οι περισσότερες έρευνες που έχουν διεξαχθεί στην Ελλάδα συμφωνούν στο ότι οι ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες είναι αποτέλεσμα ανεπαρκούς ενημέρωσης σε θέματα αντισύλληψης και λανθασμένης αντίληψης απέναντι στην αντισύλληψη (Καλαιτζίδη και συν. 2014).

Οι φοιτητές απάντησαν πως ήταν ενημερωμένοι σε θέματα αντισύλληψης. Κύρια πηγή ενημέρωσης ανέφεραν πως ήταν το σχολείο (69,2%) ενώ ακολουθούν η οικογένεια, οι φίλοι και το διαδίκτυο με μεγάλα ποσοστά και τα βιβλία ο γιατρός τους τα μαθήματα στο ΤΕΙ με μικρότερα. Σε άλλες έρευνες επιβεβαιώνεται πως οι φοιτητές έδειξαν πως είχαν ικανοποιητική ενημέρωση για τους τρόπους αντισύλληψης (Τσιχλάκη και συν. 2002). Σε έρευνα που διεξήχθη στο Διδυμότειχο το 2012 οι φοιτητές ανέφεραν πως κύρια πηγή ενημέρωσης αποτελεί η οικογένεια (30,7%), ακολουθεί το σχολείο, οι φίλοι, και τέλος τα ΜΜΕ (Λιακόπουλος και Μπάρδα 2012). Παρατηρούνται παρόμοια αποτελέσματα με μικρές διαφορές ως προς τη κατάταξη τους.

Όσον αφορά την επίσκεψη των φοιτητριών στο γυναικολόγο, μεγάλο ποσοστό ήταν εκείνο το οποίο απάντησε πως δεν επισκέπτεται το γυναικολόγο τους ενώ ένα μικρό ποσοστό (43,9%) θα τον επισκεφτεί μόνο εάν υπάρχει κάποιο πρόβλημα. Σε έρευνα που βρέθηκε, παρατηρήθηκε πως επιβεβαιώνεται το αποτέλεσμα αυτό καθώς μικρότερο ποσοστό (19,7%) απάντησε πως θα επισκευτεί το γυναικολόγο μόνο όταν εμφανιστεί κάποιο πρόβλημα ενώ το 56,7% θα τον επισκεφτεί συστηματικά κάθε χρόνο (Μπατίστατου 2012).

## 6.2 Συμπεράσματα

Τα βασικά συμπεράσματα της παρούσας έρευνας είναι πως η πλειοψηφία του δείγματος έχει ολοκληρωμένες σεξουαλικές επαφές με μέσο όρο τα 16,9 έτη. Ωστόσο με μικρές αποκλίσεις φαίνεται πως ο μέσος όρος μικραίνει σταδιακά ανά τα έτη. Με εξαίρεση ένα μικρό ποσοστό φοιτητών χρησιμοποιεί κάποια μέθοδο αντισύλληψης με πιο διαδεδομένη αυτή του προφυλακτικού. Παρ' όλα αυτά υπάρχει ένα μικρό ποσοστό που έχει προσβληθεί από κάποιο σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα ενώ υπάρχουν και περιπτώσεις ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης εκ των οποίων το 4,4% κατέφυγε σε διαδικασία έκτρωσης. Αυτό ήταν αποτέλεσμα ελλιπούς ενημέρωσης και ανεπάρκειας αντισυλληπτικών μέτρων. Καθώς οι φοιτητές φαίνεται να ενημερώνονται από ειδικούς φορείς όπως είναι το σχολείο, με μεγάλα ποσοστά παρουσιάζονται ως κύριες πηγές και μη ειδικοί φορείς όπως είναι το διαδίκτυο οι φίλοι και άλλα. Συνεπώς παρατηρείται άγνοια για αρκετά θέματα όσον αφορά τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Οι φοιτητές φαίνεται να μην ασχολούνται με θέματα πρόληψης καθώς δεν επισκέπτονται το γιατρό συστηματικά παρά μόνο όταν υπάρχει κάποιο πρόβλημα.

### 6.3 Προτάσεις για περαιτέρω έρευνα

Προτάσεις για τη λύση των προβλημάτων που τίθενται στη παρούσα πτυχιακή θα μπορούσε να είναι αρχικά η εκπαίδευση στα σχολεία. Θα ήταν ιδανικό να ξεκινά σε παιδιά μικρής ηλικίας με πρώτη επαφή τις τελευταίες τάξεις του δημοτικού. Κύριο μέλημά της θα πρέπει να είναι η ανάπτυξη κριτικής σκέψης, το αίσθημα υπευθυνότητας και η απόκτηση γνώσεων που θα αφορά την πρόληψη. Να προσφέρει εκμάθηση με σκοπό την αποφυγή μιας ανεπιθύμητης πρώτης σεξουαλικής επαφής καθώς και σωστή καθοδήγηση για την εφαρμογή μεθόδων αντισύλληψης που θα προλαμβάνει τον κίνδυνο από Σ.Μ.Ν. ή ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη ενώ θα έχει και στόχο την ελάφρυνση από τυχόν από συναισθηματική φόρτιση που μπορεί να έχει δημιουργηθεί από μια σχέση ή από χωρισμό.

Ιδανική λύση θα ήταν να καθιερωθεί η σεξουαλική αγωγή σε μάθημα όπως στο εξωτερικό και αν αυτό δεν μπορεί να υλοποιηθεί θα πρέπει τουλάχιστον να καθιερωθεί ένα σχέδιο για συνεχιζόμενη εκπαίδευση σε κάθε σχολείο με σκοπό την ενημέρωση για τα παραπάνω από επαγγελματίες υγείας. Περαιτέρω έρευνες που θα μπορούσαν να διεξαχθούν αφορούν στη διερεύνηση της διαχείρισης της μαστιγας των εκτρώσεων και των τρόπων πρόληψης της, καθώς και τη δημιουργία βιβλίων σχετικά με το θέμα και αντίστοιχα με το εκπαιδευτικό υπόβαθρο των εκπαιδευομένων (μαθητών και διδασκόντων).

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

- Αθανασίου Ε., Χαρδάκη Α., (2012, 2013). έφηβοι-σχολείο-σεξουαλική αγωγή.
- Αυγενάκη Μ., Γενιτσαρίδη Ε., Ζαμπουλάκη Μ., (2009). Οικογενειακός προγραμματισμός υπογονημότητα και ο ρόλος της ομάδας υγείας.
- Βαμβουκάκη Μ., Μονιάκη Β., Πολλαπάνη Ε., (2004). Αφροδίσια νοσήματα και AIDS. Πώς τα αντιμετωπίζουν οι νέοι σήμερα.
- Βασιλείου Ε., (2014). Σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας και η πορεία του μέχρι σήμερα. Το AIDS και η μελλοντική αντιμετώπισή του.
- Βενετίκου Σ.Μ., Μπενετάτου Κ., (2013). Η ανθρώπινη σεξουαλικότητα στην ιστορική της εξέλιξη- διαπολιτισμικές προσεγγίσεις. Το βήμα του Ασκληπιού.
- Βόλτση Ε., Λαμπρινάκου Μ., Λιόπα Μ., Ρεκλείτη Μ., Σαρίδη Μ., Σουλιώτης Κ., (2014). Στάσεις και γνώσεις των γυναικών απέναντι στα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα σε σχέση με τη σεξουαλική τους υγεία και τον προληπτικό γυναικολογικό έλεγχο. Το βήμα το Ασκληπιού. 13(2):177-201.
- Γερούκη Μ., (2011). Η σεξουαλική αγωγή στο σχολείο. Εκδόσεις Μαράθια, Αθήνα.
- Γιακουμάτου Α., (2013). Αντι-HPV εμβολιασμός: οι στρατηγικές προωθήσεις και η αποδοχή του από τις φοιτήτριες ελληνικών ανώτατων εκπαιδευτικών ιδρυμάτων.
- Γκοτζαμάνης Κ., Παπαθανασίου Ζ., (2000). Σεξουαλική αγωγή Διαφυλικές σχέσεις, Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων. 1:79, 2:11, Αθήνα.
- Γρήβελη Χ., (2008). Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.
- Γρηγοράτου Χ., (2006). Αφροδίσια νοσήματα. Διαθέσιμο στη ιστοσελίδα: [http://www.army.gr/files/File/epitheorisi/200602\\_%CE%91%CE%A6%CE%A1%CE%9F%CE%94%CE%99%CE%A3%CE%99%CE%91%20%CE%9D%CE%9F%CE%A3%CE%97%CE%9C%CE%91%CE%A4%CE%91.pdf](http://www.army.gr/files/File/epitheorisi/200602_%CE%91%CE%A6%CE%A1%CE%9F%CE%94%CE%99%CE%A3%CE%99%CE%91%20%CE%9D%CE%9F%CE%A3%CE%97%CE%9C%CE%91%CE%A4%CE%91.pdf) . προσπελάστηκε στις 15/11/2017.
- Δαρδαβέσης Ι.Θ., (2008). Το ανδρικό προφυλακτικό ως μέσο αντισύλληψης και προστασίας από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, (53):12-15.
- Δετοράκης Γ., (1983). Οικογενειακός προγραμματισμός, Πατάκη, Αθήνα.
- Δημάκου Α., Κατσίκας Θ., (2016). Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και πρόληψη.
- Ελληνικό σεξολογικό Ινστιτούτο, (2002). Ερωτικό προφίλ Νεοελλήνων. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.sexmedic.gr/> . Προσπελάστηκε στις 20/1/18.



- Ζαχαριάδη Ν., Ραμπάκη Ε., ΣΑριδάκη Χ., (2007). Γνώσεις και στάσεις φοιτητών του ΑΤΕΙ Ηρακλείου σε θέματα αντισύλληψης και σεξουαλικής συμπεριφοράς.
- Ηλιάδου Μ. Χ., Παλασκά Ε. (2008) Σεξουαλική συμπεριφορά. Hellenic journal of nursing. 47(4):497–506. Αθήνα.
- Ιατράκης Γ., (2013). Κολπικό διάφραγμα- τραχηλική καλύπτρα, Γυναικολογία, εκδόσεις Δεσμός, Αθήνα.
- Καδή Χ., Κάντζαρη Α., Προβιά Μ., (2015). Οι γνώσεις, οι στάσεις και οι αντιλήψεις των σπουδαστών του Τ.Ε.Ι. Δυτικής Ελλάδος και των κατοίκων της Πάτρας για την αντισύλληψη και την έκτρωση.
- Καλαιτζίδη Ι., Κουρίδη Ε., Μακρυπόδη Α., (2014). Οι γνώσεις, οι στάσεις και οι αντιλήψεις των φοιτητών του ΤΕΙ Κρήτης για την αντισύλληψη και την έκτρωση.
- Καλέμη Γ., Τζινάκου Γ., Κουρουπάκη Δ., Δουζένης Α., (2016). Διαταρέχες ταυτότητας και επιθετικότητα. Εγκέφαλος, (53):33-39.
- Καπνουλιά Α., Πιτσικάκη Μ., Φλόκα Β., (2007). Τοποθέτηση των φοιτητών απέναντι στην έκτρωση και παράγοντες που επηρεάζουν τη στάση τους.
- Καραβασίλη Ε., (2016). Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και κύηση.
- Κατσαμπάς Δ.Α., (2007). Μαθήματα δερματολογίας, αφροδισιολογίας, Αθήνα, Πασχαλίδης.
- Κάτσαρη Β., (2009). Σεξουαλική συμπεριφορά και τρόπος ζωής των νέων.
- Κατσιγιάννη Ε., (2014). Η διερεύνηση των γνώσεων και των στάσεων των φοιτητών Θεσσαλίας σχετικά με τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και τους τρόπους πρόληψης.
- Κατσιώτη Α.Α., Χωματά Α., (2009). Μέθοδοι αντισύλληψης.
- Καυγά-Πάλτογλου Α., Σταθοπούλου Χ. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://hypatia.teiath.gr/xmlui/bitstream/handle/11400/4052/%CE%A0%CF%81%CE%BF%CE%B1%CE%B3%CF%89%CE%B3%CE%AE%20%CF%84%CE%B7%CF%82%20%CF%83%CE%B5%CE%BE%CE%BF%CF%85%CE%B1%CE%BB%CE%B9%CE%BA%CE%AE%CF%82%20%CF%85%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%82%20%CF%84%CF%89%CE%BD%20%CE%BD%CE%AD%CF%89%CE%BD.pdf?sequence=1>  
Προσπελάστηκε στις 9/11/2017.
- Κοκκεβή Α., Ξανθάκη Μ., Φωτίου Α., Κανάβου Ε., (2010). Οι έφηβοι στην Ελλάδα σε σύγκριση με τους συνομήλικους τους στις χώρες της έρευνας HBSC. Έφηβοι, συμπεριφορές & υγεία.
- Κούκα Κ., Μουπάκη Ε., Σαλκιτζή Ε., (2006). Αντισύλληψη –μέθοδοι αντισύλληψης στην εφηβεία.
- Κουμπής Χ., Αντισύλληψη. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://drkoumpis.com/%CE%B1%CE%BD%CF%84%CE%B9%CF%83%CF%8D%CE%BB%CE%BB%CE%B7%CF%88%CE%B7/>. Προσπελάστηκε στις 10/11/2017.

- Κουρτέση Λ.Θ., Σταυρόπουλος Π.Γ., Κατσάμπας Α.Δ., (2011). Προσεγγίζοντας τη συφιλιδική λοίμωξη: κλασσικές και σύγχρονες θεραπευτικές προτάσεις. *Θεραπευτική*, 22(1):14-20.
- Κουσιάδης Ε., (2014). Η ψυχοπαθολογία της σεξουαλικότητας. Εκδόσεις Μαστορίδης, Θεσσαλονίκη, Α μέρος 1:18.
- Κούτα Χ., Η εκπαίδευση για τη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία στα πλαίσια της Ευρωπαϊκής πολιτικής. Βιβλιογραφική ανασκόπηση 2(2):52-56.
- Κρεάτσας Κ.Γ., (1998). Σύγχρονη γυναικολογία και μαιευτική, Πασχαλίδης, Αθήνα, 178-184
- Κωνσταντινίδης Θ., Σκανδαλάκη Ν., Τζαγκαράκη Ε., Λιναρδάκης Μ., (2012). Σεξουαλική συμπεριφορά και πρακτικές αντισύλληψης φοιτητών νοσηλευτικής. *Αρχεία ελληνικής ιατρικής* 29(6):710-719.
- Λάμπρου Θεοδωροπούλου Δ., (2005). Οικογενειακός προγραμματισμός και αντισύλληψη.
- Λιακόπουλος Ζ., Μπάρδα Σ., (2012). Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των νέων σήμερα.
- Λιλή Σ., Ευθυμίου Ε., (2012). Οικογενειακός προγραμματισμός και δημόσια Υγεία.
- Μάλλιου Κρυαρά Σ., (2014). Όλοι οι μέθοδοι αντισύλληψης. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <https://www.emedi.gr>. Προσπελάστηκε στις 4/12/17.
- Μιχαλάς Π.Σ., (2000). Επιτομή μαιευτικής και γυναικολογίας, επιστημονικές εκδόσεις Γρ. Παρισιάνος.
- Μουρτοπαλλά Α., Παναγιωτοκοπούλου Α., (2009). Σεξουαλική διαπαιδαγώγηση στην εφηβεία.
- Μπαξιβάνη Α., (2014). Αφροδίσια νοσήματα και AIDS. Πως το αντιμετωπίζουν οι νέοι σήμερα.
- Μπαταλαμά Γ., (2016). Αντισυλληπτικές συσκευές τραχηλικού φραγμού, Θεσσαλονίκη.
- Μπαρμπαγιάννη Ε., Ζυγά Σ., (2011)η εφηβική σεξουαλικότητα στο προσκίνηιο. Μελέτη και προβλεψιμότητα της χρήσης προφυλακτικού μέσω της θεωρίας της προσχεδιασμένης συμπεριφοράς. Το βήμα του Ασκληπιού 10(2).
- Μπατιστάτου Χ., (2012). Γνώση, στάση και πρακτική γυναικών για τον προληπτικό έλεγχο κατά του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας με τη μέθοδο του test-pap.
- Νεοφύτου Μ., (2005). Γονόρροια: γνώσεις στάσεις και συμπεριφορά μαθητών σχολείου.
- Νικολαΐδου Η., Κατσαμπάς Α., (2009). Έρπης γεννητικών οργάνων. Νεώτερα δεδομένα. Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, 20(1):48-52.
- Ξεκαρδάκης Γ., Πελέκου Α., Σιώλου Ε., (2009-2010). Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

- Πάλτογλου Γ., (2005). Είναι ο οικογενειακός προγραμματισμός μια υποειδικότητα της Μαιευτικής και Γυναικολογίας; Μετάφραση: Πάλτογλου Γ., Αθήνα, 72, 399-401.
- Πανιάρα Μ., Παπαβασιλείου Ι., (2007). Τα αφροδίσια νοσήματα και οι προοπτικές καταπολέμησης τους.
- Παπαγιάννη Δ., Σπετσιωτάκη Β., (2007). Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα & ενημέρωση των φοιτητών και των σπουδαστών.
- Παπαδοπούλου Ν., Δαμπαλά Κ., Τσαλίκης Τ., Μπόντης Ι., (2007). Περιεμμηνοπαυσιακή αντισύλληψη. Ελληνική μαιευτική και γυναικολογία, 19(3):257-263.
- Πρεβέζας Χ., Σύφιλη. Α' μέρος, 6-14.
- Περβολαράκη Α., Τζουτζομήτρου Ο., (2010). Επίδραση της χρήσης ουσιών στη σεξουαλική ζωή των νέων.
- Πετρογιάννης Ν., (2017). Αντισυλληπτικά δισκία. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:<http://nretrogiannis.gr/ερευνητικο-εργο-και-ενημερωση/αντισυλληπτικα-δισκια/> Προσπελάστηκε στις 18/11/2017.
- Πιούκα Α. Κατσίκης Η., Καρκανάκη Α., Αστεριάδη Χ., Πανίδης Α., (2008). Αντισυλληπτικά δισκία: η χρήση τους σε γυναίκες με το σύνδρομο των πολυκυστικών ωοθηκών, 20(40):319-329.
- Πουλάκα Μ.Α., (2014). Επίδραση των πηγών ενημέρωσης στην αποδοχή του εμβολίου έναντι του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV): Συστηματική ανασκόπηση.
- Ρούσσου Ε., (2000). Σεξουαλικές διαταραχές της ταυτότητας του φύλλου, ειδικά θέματα, Κρήτη.
- Σιδερά Γ., Αθανασοπούλου Μ., (2010). Η τεχνητή διακοπή κύησης και οι στάσεις της κοινωνίας απέναντι σε αυτούς.
- Σταμπλιάκα Θ., (2017). Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και νοσηλευτικές επεμβάσεις.
- Στρατίκη Α., Φέγγα Ε., (2009). Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.
- Τσίπρα Ε., Νάζου Ε., Καρκαλούσος Π., (2015). Γνώσεις και στάσεις των φοιτητριών και των μητέρων τους για τον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων. Το βήμα του Ασκληπιού, 14(2):103-121.
- Τσιχλάκη Π., Χατζησοφία Ε., Παπαδάκη Ε., (2002). Γνώση αντισυλληπτικών μεθόδων και πρόληψης ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και πώς εφαρμόζεται από σπουδαστές ανώτατου εκπαιδευτικού ιδρύματος.
- Υφαντή Ε., Γκέτσιος Ι., Βουτσελη Δ., Ζαγκόση Μ., Γραμματικός Μ., Χαραλαμποπούλου Ν., (2011). Διεπιστημονική φροντίδα υγείας. Γνώσεις νέων ενηλίκων σχετικά με τα Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Τόμος 3, τεύχος 4, 173-179.
- Χανιώτης Ι.Δ., (2002). Νοσολογία, παθολογία, Αθήνα, Πασχαλίδης.
- Χειλάρης Σ., (2013). Γνώσεις και στάσεις νέων μετεφηβικής ηλικίας για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και την αντισύλληψη.

- Χρυσσομάλλης Φ., (2005). Ιογενείς λοιμώξεις δέρματος, δερματοπάθειες που οφείλονται σε παράσιτα, κατιντιάσεις, σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, HIV λοίμωξη.

### ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

- Cuomo A., (2010). Birth Control, Encyclopedia of motherhood.
- Dimoula Y., Iordani M., Konstantinou M., Kamenidou D., Zirilios K., Katsaouni M., Galiatsatos G., Tsamoudaki S., Kabisiouli E., (2007). Attitudes towards abortion. Health Science Journal 3, pp.1-11.
- Grimes D.A., Benson J., Singh S., Romero M., Ganatra B., Okonofua F.E. Unsafe abortion: The preventable pandemic. Journal paper. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673606694816>.
- Jennifer M., (2008). Condom use and consistency among male adolescents in the united states.
- Joffe C. (2009). Abortion and medicine: A socialopolitical history.
- Lazowitz A., Davis A., Swatz M., Guiahi M. (2017). The effect of carbamazepine on etonogesterel concentration in contraceptive implant users contraception. 95(6):571-577.
- Lipsey, Richard G., Carlaw, Kenneth, Bekar, Clifford (2005). «Historical Record on the control of family size» page:335-340.
- Roura E.,(2014). Smoking as a major risk factor for servical cancer and pre-cancer: results from the epic cohort. 135(2):453-466.
- Liskin L., Pile J., Quillin W., (1983). Vasectomy-safe and simple population reports, serie D, (4):83
- Lowdermilk P.C., (2010). Νοσηλευτική Μητρότητας, Δελτσίδου Α. Λυκερίδου Α., Αθήνα,(3):117-121
- McTravish, Lianne (2007). «Contraception and Birth control» page:91-92.
- Nielsen J.L., Boelskifte J., Falk J., Lauszus FF., Rasmussen KL, (2009). Sexual activity and use of contraception in minth grande pupils.
- Nieschlag, Behre, Eberhard, Hermann M., Nieschlag, Susan, (2010). Andrology Male Perproductive Health and Dysfuction
- Obstet J., (1999). Preeclampsia: an excessive maternal inflammatory rresponse to pregnancy, 180(2pt1):499-506.
- Parkers A., White D., Hederson M., Steph J., Strange V., (2009). Contraceptive method at first sexual intercourse and subsequent pregnancy risk: Findings from a secondary analysis of 16-old girls from RIPPLE and Adolesc Health: 44(1):55-63.
- Tristle (2002). Sex and relationships education: the role of the school nurse.

- Thom O.D., Dieben M.D., Frans S.M.E., Roumen M.D., Dan Apter (2002). Efficacy, cycle control, and user acceptability of a novel combined contraceptive vaginal ring. 100(3):585-593
- Unspecified (2001) «Herbal contraceptives and abortifacient.» επιμ: encyclopedia of birth control. Page: 125-128.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

### Ερωτηματολόγιο:

Το παρόν ανώνυμο ερωτηματολόγιο διερευνά τις απόψεις σας σχετικά με τους τρόπους αντισύλληψης στοιχεία που θα σας ζητηθούν θα χρησιμοποιηθούν ανώνυμα. Ευχαριστούμε εκ των προτέρων για την πολύτιμη βοήθεια σας και την ειλικρινή συμμετοχή σας!

1. **Φύλο:** α) Γυναίκα  β) Άνδρας

2. **Πόσο ετών είστε;** \_\_\_\_\_

3. **Σε ποιο μέρος μένατε πριν έρθετε στο Ηράκλειο για σπουδές;**

α) Ηράκλειο  β) Αθήνα  γ) Άλλο \_\_\_\_\_

4. **Επίπεδο εκπαίδευσης πατέρα:**

α) Δεν πήγε σχολείο  β) Δημοτικό  γ) Γυμνάσιο-Λύκειο  δ) Τ.Ε.Ι.-  
Α.Ε.Ι.

ε) Άλλο \_\_\_\_\_

5. **Επίπεδο εκπαίδευσης μητέρας:**

α) Δεν πήγε σχολείο  β) Δημοτικό  γ) Γυμνάσιο-Λύκειο  δ) Τ.Ε.Ι.-  
Α.Ε.Ι.

ε) Άλλο \_\_\_\_\_

6. **Το τελευταίο χρόνο ποιες προληπτικές εξετάσεις κάνατε;**

α) Γεν.αίματος  β) τεστ Παπανικολάου( για γυναίκες)  γ) κλινική εξέταση  
από γιατρό  δ) Η.Κ.Γ

ε) Οδοντιατρική προληπτική εξέταση  στ) α/α θώρακος  ζ) Βιοχημικές  
εξετάσεις

η) Άλλο \_\_\_\_\_

*(Μπορείτε να δώσετε περισσότερες από μία απαντήσεις )*

7. **Πιστεύετε ότι είναι απαραίτητη η συμμετοχή σας σε συστηματικό προληπτικό έλεγχο;**

α) Ναι  β) Όχι

8. **Πόσο ενημερωμένοι είστε σχετικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν αρνητικά την υγεία σας, όπως η μη εφαρμογή αντισυλληπτικών μεθόδων;**

α) Πάρα πολύ  β) Πολύ  γ) Λίγο  δ) Καθόλου

9. **Ταξινομείστε με σειρά προτεραιότητας ποια είναι η κύρια πηγή της ενημέρωσης σας σε θέματα υγείας. ( 1= κύρια πηγή, 7= Λιγότερο σημαντική πηγή)**

α) Μ.Μ.Ε.  β) Μαθήματα στο Γυμνάσιο  γ) Μαθήματα στο Τ.Ε.Ι.

δ) Οι γονείς μου  ε) Διαδίκτυο  στ) Μαθήματα στο Λύκειο  ζ)

Ενημερωτικά φυλλάδια  η) Οι φίλοι μου  θ) Άλλα βιβλία

ι) Άλλο \_\_\_\_\_

10. Ταξινομείστε με σειρά προτεραιότητας ποιον θεωρείτε τον καλύτερο τρόπο ενημέρωσης σε θέματα υγείας. ( 1= κύρια πηγή, 7= Λιγότερο σημαντική πηγή)

- α) Μ.Μ.Ε.  β) Μαθήματα στο Γυμνάσιο  γ) Μαθήματα στο Τ.Ε.Ι.   
δ) Οι γονείς μου  ε) Διαδίκτυο  στ) Μαθήματα στο Λύκειο  ζ)  
Ενημερωτικά φυλλάδια  η) Οι φίλοι μου  θ) Άλλα βιβλία  ι)  
Άλλο \_\_\_\_\_

11. Έχετε ολοκληρωμένες σεξουαλικές σχέσεις;

- α) Ναι  β) Όχι

12. Σε ποια ηλικία είχατε την πρώτη σεξουαλική επαφή; \_\_\_\_\_

13. Την πρώτη φορά ποια μέθοδο αντισύλληψης χρησιμοποιήσατε;  
\_\_\_\_\_

14. Ήταν:

- α) Σχέση μιας βραδιάς   
β) Σχέση που κράτησε κάποιο χρονικό διάστημα

15. Ο\Η σύντροφος σας ήταν:

- α) Συνομήλικος  β) Μικρότερος σε ηλικία  γ) Μεγαλύτερος σε ηλικία

16. Πόσους ερωτικούς συντρόφους είχατε τον τελευταίο χρόνο;

- α) Κανένα  β) 1-2  γ) 3-4  ε) Περισσότερους από 4

17. Ποια αντισυλληπτική μέθοδο χρησιμοποιείτε;

- α) Δεν χρησιμοποιώ  β) Προφυλακτικό(ανδρικό αντισυλληπτικό)   
γ) Διακεκομμένη συνουσία  δ) Αντισυλληπτικό χάπι   
ε) Ενδομήτριο σπιράλ   
στ) Άλλη μέθοδο; Αναφέρεται: \_\_\_\_\_

( Μπορείτε να δώσετε περισσότερες από μία απαντήσεις )

18. Για ποιο λόγο χρησιμοποιείτε αντισυλληπτικές μεθόδους;

- α) Αποφυγή ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης   
β) Προστασία από Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα   
γ) Και για τα δυο   
δ) Άλλο \_\_\_\_\_

19. Έχετε νοσήσει από κάποιο αφροδίσιο νόσημα; ( π.χ. βλεννόρροια, σύφιλη, κ.λ.π. )

- α) Ναι  β) Όχι

20. Αν ναι Ποιο; \_\_\_\_\_ Που πιστεύεται ότι οφείλεται; \_\_\_\_\_

**21. Έχει συμβεί σε εσάς ή στη σύντροφό σας κάποια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη;**

α) Ναι  β) Όχι

**22. Αν απαντήσατε ΝΑΙ :**

α) Σε ποια ηλικία; \_\_\_\_\_

β) Πόσες φορές; \_\_\_\_\_

γ) Το γνώριζε ο σύντροφός σας; \_\_\_\_\_

δ) Υποβλήθηκε ή υποβληθήκατε σε έκτρωση; \_\_\_\_\_

ε) Το γνώριζαν οι γονείς σας; \_\_\_\_\_

στ) Τι έφταιξε γι' αυτό; \_\_\_\_\_

**23. Αν είχατε κάποια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη θα επιλέγατε τη λύση της έκτρωσης;**

α) Ναι  β) Όχι

**24. Πώς θα βαθμολογούσατε τις γνώσεις σας σε θέματα αντισύλληψης;**

α) Άριστη  β) Πολύ Καλή  γ) Καλή  δ) Μέτρια

**25. Ποιες αντισυλληπτικές μεθόδους γνωρίζετε;**

α) Προφυλακτικό (ανδρικό αντισυλληπτικό)  β) Διακεκομμένη συνουσία

γ) Αντισυλληπτικό χάπι  δ) Ενδομήτριο σπирάλ

ε) Κάποια άλλη; Αναφέρετε \_\_\_\_\_

*( Μπορείτε να δώσετε περισσότερες από μία απαντήσεις )*

**26. Από πού κυρίως έχετε ενημερωθεί για θέματα αντισύλληψης και ομαλής σεξουαλικής ζωής;**

α) Από οικογένεια  β) Από φίλους  γ) Από το σχολείο  δ) Από μαθήματα του Τ.Ε.Ι.  ε) Από το διαδίκτυο  στ) Από τα Μ.Μ.Ε.

ζ) Άλλο \_\_\_\_\_

*( Μπορείτε να δώσετε περισσότερες από μία απαντήσεις )*

**27. Ποια σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα γνωρίζετε; (Αναφέρετε 3 σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.)** \_\_\_\_\_

—





ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ

ΑΤΕΛΩΣ  
(άρθρο 13 Ν.2579/98)

Σχολή Σ.Ε.Υ.Π.  
Τμήμα Νοσηλευτικής

Ηράκλειο, 23/1/2017

Πληροφ.: Ευαγγ. Γωλιανάκη  
Τηλέφ.: 2810-379538  
Τ.Θ. 1939, Ηράκλειο Κρήτης

Αρ. Πρωτ.: 64

ΠΡΟΣ:  
Μπαρακάκη Μαρία  
Μπερεδήμα Δάφνη Αθηνά

Κοιν.: Επιβλέπων καθηγητής  
Κωνσταντινίδης Θεοχάρης

**ΘΕΜΑ: Ανάθεση εκπόνηση Πτυχιακής Εργασίας.**

Ανατίθεται κατόπιν πρότασης του Προέδρου του Τμήματος Νοσηλευτικής η εκπόνηση Πτυχιακής εργασίας, στους:

ΥΝ6566 Μπαρακάκη Μαρία  
ΥΝ6464 Μπερεδήμα Δάφνη Αθηνά

με θέμα: «Γνώσεις και αντιλήψεις πρωτοετών φοιτητών Νοσηλευτικής για τη σεξουαλική τους συμπεριφορά».

Ο εκπαιδευτικός που θα επιβλέπει την Πτυχιακή Εργασία θα είναι ο/η κ. Κωνσταντινίδης Θεοχάρης.

Παρατηρήσεις:

**ΣΗΜΕΙΩΣΗ:** Η υποβολή της Πτυχιακής Εργασίας πρέπει να γίνεται στις καθορισμένες από το Τμήμα ημ/νίες. Η παρουσίαση της Π.Ε θα γίνεται σε προφορική περίληψη & ΟΧΙ ανάγνωση. Η αίτηση για την υποβολή της Π.Ε. πρέπει να συνοδεύεται από 4 αντίτυπα, 2 CD & από την απόφαση για ανάθεση εκπόνησης Π.Ε.

Ο Πρόεδρος του Τμήματος  
Χρήστος Μελός  
Επικ. Καθηγητής