



**ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**«Σεξουαλικές συμπεριφορές και ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη  
σε φοιτήτριες επιστημών υγείας»**

**Μινωτάκη Βασιλική (ΥΝ7067)**

**Σεφεράση Μπεζιάνα (ΥΝ7062)**

**Στυλιανόβιτς Θεοδώρα (ΥΝ7035)**

**Επιβλέπων καθηγητής:**

**Κωνσταντινίδης Θεοχάρης**

**Ηράκλειο Φεβρουάριος, 2021**

## Ευχαριστίες

Η παρούσα πτυχιακή εργασία με θέμα «Σεξουαλικές συμπεριφορές και ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη σε φοιτήτριες επιστημών υγείας» εκπονήθηκε στο πλαίσιο της πτυχιακής μας εργασίας στο τμήμα Νοσηλευτικής του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου.

Με την ολοκλήρωση της εργασίας θα θέλαμε να εκφράσουμε τις θερμές μας ευχαριστίες στους ανθρώπους που στήριξαν αυτή την προσπάθεια και συνέβαλαν στην ολοκλήρωση της.

Πρώτα απ' όλα, αισθανόμαστε ιδιαίτερη ανάγκη να ευχαριστήσουμε τον επιβλέποντα καθηγητή της πτυχιακής μας εργασίας, κύριο Κωνσταντίνιδη Θεοχάρη για τη συνεχή καθοδήγηση, την αμέριστη υποστήριξη, τις ουσιώδεις συμβουλές, καθώς και την αδιάκοπη συμπαράσταση και ενθάρρυνση που μας παρείχε σε όλο αυτό το χρονικό διάστημα.

Επίσης, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλους τους καθηγητές και τις καθηγήτριες για την άμεση ανταπόκριση και υποστήριξη κατά τη διάρκεια του ερευνητικού πλαισίου.

Ακόμη, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλες εκείνες τις φοιτήτριες που δέχτηκαν να συμμετάσχουν ως δείγμα στην ερευνά μας, αλλά και για τον χρόνο που διέθεσαν.

## Περίληψη

**Εισαγωγή:** Οι γνώσεις και αντιλήψεις για τη σεξουαλική συμπεριφορά επηρεάζονται τόσο από το οικογενειακό όσο και το κοινωνικό περιβάλλον, διαμορφώνοντας έτσι το χαρακτήρα και την ψυχολογία του νέου. Η σωστή διαπαιδαγώγηση για τη χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων έχει ως σκοπό την πρόληψη από τα ΣΜΝ ή και από ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες. Η έκτρωση, ως έκβαση ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, προκαλεί έντονες σωματικές και ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η καταγραφή των σεξουαλικών συμπεριφορών και των ανεπιθύμητων κυήσεων σε φοιτήτριες επιστημών υγείας.

**Υλικό- Μέθοδος:** Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από φοιτήτριες του Τμήματος Νοσηλευτικής του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου (ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ). Η συλλογή δεδομένων πραγματοποιήθηκε από τον Δεκέμβριο του 2020 έως και τον Ιανουάριο του 2021. Η έρευνα αποτελεί μελέτη παρατήρησης, συγχρονική με συλλογή στοιχείων μέσω δομημένου ερωτηματολογίου.

**Αποτελέσματα:** Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων προέκυψε ότι οι φοιτήτριες αυτοαξιολογούν σε υψηλά επίπεδα τις γνώσεις τους σχετικά με τα μέτρα της σύλληψης και τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα τα νοσήματα με μέσο όρο 8,45 και 8,20 αντίστοιχα (σε κλίμακα 1-10). Ως πηγή ενημέρωσης σε θέματα αντισύλληψης η πλειοψηφία ή το 63,3% αναφέρει τη σχολή σπουδών τους. Το 45,9% το φοιτητριών είναι σεξουαλικά ενεργοί. Την πρώτη τους φορά το 87,2% έκανε χρήση του προφυλακτικού. Το 40,2% των φοιτητριών κάνει πάντα χρήση αντισυλληπτικής μεθόδου και οι κυριότεροι λόγοι είναι για την αποφυγή εγκυμοσύνης και την προφύλαξη από ΣΜΝ με ποσοστό 71,9%. Ωστόσο, το 8,3% είχε εμπειρία ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και το 64,4% κατέφυγε σε έκτρωση. Ο κυριότερος λόγος της έκβασης αυτής είναι η ηλικία με ποσοστό 54,5%. Στις αντιλήψεις των φοιτητριών για ζητήματα εκτρώσεως το 42,5% είναι υπέρ και το 64,9% θα κατέφευγε σε έκτρωση σε περίπτωση ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης.

**Συμπεράσματα:** Οι συμμετέχουσες στην έρευνα έχουν επαρκείς γνώσεις για τα θέματα αντισύλληψης και περί ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης. Η πλειοψηφία χρησιμοποιεί αντισυλληπτικές μεθόδους, αν και παρατηρήθηκε σε μικρό ποσοστό περιπτώσεις ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης. Είναι υπέρ της άμβλωσης, ιδιαίτερα σε περίπτωση ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης.

**Λέξεις κλειδιά:** σεξουαλική συμπεριφορά, αντισύλληψη, εγκυμοσύνη, σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, έκτρωση

# Περιεχόμενα

Περίληψη.....	3
Κατάλογος συντομογραφιών .....	6
Περιεχόμενα πινάκων .....	6
Περιεχόμενα γραφημάτων.....	6
Εισαγωγή .....	7
Κεφάλαιο 1ο : Η Σεξουαλικότητα.....	10
1.1 Η σεξουαλική ανάπτυξη των ανθρώπων .....	10
1.2 Η έναρξη εκδήλωσης της σεξουαλικότητας.....	10
1.3 Σεξουαλική διαπαιδαγώγηση .....	11
1.3.1 Η στάση των νέων απέναντι στη διαπαιδαγώγηση .....	13
1.4 Πρώτη σεξουαλική πράξη – Αυνανισμός.....	14
1.5 Πρώτη σεξουαλική επαφή με σύντροφο .....	15
Κεφάλαιο 2° : Αντισύλληψη και Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα.....	17
2.1 Αντισύλληψη .....	17
2.2 Μέθοδοι αντισύλληψης.....	18
2.2.1 Φυσικές μέθοδοι αντισύλληψης.....	18
2.2.2 Αντισυλληπτικές μέθοδοι φραγμού ή μηχανικά μέσα αντισύλληψης.....	20
2.2.3 Ορμονικές Μέθοδοι Αντισύλληψης.....	22
2.2.4 Χειρουργικές μέθοδοι αντισύλληψης.....	25
2.3 Παράγοντες που επηρεάζουν τη χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων .....	25
2.4 Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα.....	26
2.4.1 Αφροδίσια νοσήματα .....	27
Κεφάλαιο 3° : Διακοπή της κύησης – Άμβλωση .....	32
3.1 Ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη .....	32
3.2 Άμβλωση.....	34
3.3 Μέθοδοι πραγματοποίησης της άμβλωσης .....	36
3.4 Άμβλωση και σωματικές συνέπειες .....	37
3.4.1 Άμβλωση και ψυχολογικές συνέπειες .....	38

3.5 Άμβλωση και νεαρή ηλικία .....	38
3.6 Άμβλωση και ηθική .....	39
Κεφάλαιο 4ο : Μεθοδολογία .....	42
4.1 Σκοπός της έρευνας.....	42
4.2 Ερευνητικά ερωτήματα.....	42
4.3 Υλικό & Μέθοδοι.....	42
4.4 Συλλογή δεδομένων.....	42
4.5 Ηθική & δεοντολογία .....	43
4.6 Στατιστική ανάλυση.....	44
Κεφάλαιο 5ο : Αποτελέσματα.....	45
Συζήτηση .....	64
Περιορισμοί της έρευνας .....	67
Γενικό Συμπέρασμα.....	68
Προτάσεις.....	68
Βιβλιογραφία .....	70

## Κατάλογος συντομογραφιών

ΣΜΝ	Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα
Μ.Μ.Ε	Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης

## Περιεχόμενα πινάκων

**Πίνακας 1.** Δημογραφικά χαρακτηριστικά και συνήθειες υγείας 259 φοιτητριών Νοσηλευτικής της μελέτης.

**Πίνακας 2.** Χαρακτηριστικά μόρφωσης και επαγγέλματος γονέων των 259 φοιτητριών Νοσηλευτικής της μελέτης.

**Πίνακας 3.** Ερωτήσεις νόσου από αφροδίσια νοσήματα, εμβολιασμού για HPV και σεξουαλικών επαφών των 259 φοιτητριών Νοσηλευτικής της μελέτης.

**Πίνακας 4.** Σεξουαλικές σχέσεις και πρακτικές των 204 φοιτητριών της μελέτης με ολοκληρωμένη σεξουαλική επαφή.

**Πίνακας 5.** Χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων από τις 204 φοιτήτριες της μελέτης με ολοκληρωμένη σεξουαλική επαφή.

**Πίνακας 6.** Χαρακτηριστικά εμπειρίας από εγκυμοσύνη στο παρελθόν 17 φοιτητριών της μελέτης.

**Πίνακας 7.** Αντιλήψεις των 259 φοιτητριών της μελέτης σε ζητήματα έκτρωσης.

**Πίνακας 8.** Έτος φοίτησης των 259 φοιτητριών Νοσηλευτικής της μελέτης ως προς την ολοκληρωμένη σεξουαλική επαφή.

**Πίνακας 9.** Σχέση συνδυασμού συνηθειών υγείας των 259 φοιτητριών Νοσηλευτικής της μελέτης ως προς την ολοκληρωμένη σεξουαλική επαφή.

**Πίνακας 10.** Συσχέτιση της ηλικίας πρώτης σεξουαλικής επαφής των 204 φοιτητριών Νοσηλευτικής της μελέτης ως προς τη μόρφωση γονέων, τις τρέχουσες συνήθειες υγείας, την αυτό αξιολόγηση γνώσεων, τους ερωτικούς συντρόφους και τη συχνότητα χρήσης αντισυλληπτικών μεθόδων.

## Περιεχόμενα γραφημάτων

**Σχήμα 1.** Βαθμολογία αυτό αξιολόγησης γνώσεων των 259 φοιτητριών της μελέτης σχετικά με τη σεξουαλική ζωή και τα μέτρα αντισύλληψης και τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

**Σχήμα 2.** Απαντήσεις των φοιτητριών της μελέτης στην ερώτηση «Από που έχετε κυρίως ενημερωθεί για θέματα αντισύλληψης;».

**Σχήμα 3.** Απαντήσεις φοιτητριών της μελέτης στην ερώτηση «Ποιες αντισυλληπτικές μεθόδους γνωρίζετε;».

**Σχήμα 4.** Απαντήσεις 204 φοιτητριών της μελέτης στην ερώτηση «Την πρώτη φορά ποιά μέθοδο αντισύλληψης χρησιμοποιήσατε;».

**Σχήμα 5.** Απαντήσεις 204 φοιτητριών της μελέτης στην ερώτηση «Στη σεξουαλική σας ζωή πόσο συχνά χρησιμοποιείτε αντισυλληπτικές μεθόδους;».

**Σχήμα 6.** Συχνότητα συμφωνίας των 259 φοιτητριών της μελέτης σε ζητήματα έκτρωσης.

## Εισαγωγή

Η σεξουαλική ζωή των νέων ξεκινάει όταν το παιδί εισέρχεται στον κόσμο των ενηλίκων. Η σεξουαλικότητα αποτελεί έκφραση ανθρώπινης συμπεριφοράς και αποτελεί φυσικό και αναπόσπαστο κομμάτι της προσωπικότητας κάθε ανθρώπου. Οι γνώσεις και οι αντιλήψεις για τη σεξουαλική συμπεριφορά επηρεάζονται τόσο από το οικογενειακό όσο και το κοινωνικό περιβάλλον, διαμορφώνοντας έτσι τον χαρακτήρα και την ψυχολογία του νέου. Είναι αλήθεια πως σήμερα οι νέοι όντας απελευθερωμένοι σε θέματα γύρω από το σεξ, συνάπτουν ευκολότερα σχέσεις, χωρίς όμως να έχουν την κατάλληλη εκπαίδευση για τη χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων με σκοπό την πρόληψη από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (ΣΜΝ) ή και από ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες. Τα ΣΜΝ είναι μολυσματικές ασθένειες που μεταδίδονται από άτομο σε άτομο με τη σεξουαλική επαφή. Η αντισύλληψη εφόσον γίνεται με υπεύθυνο τρόπο, μπορεί να προστατεύσει το άτομο από οποιαδήποτε σεξουαλική νόσο, καθώς και από ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη (Χατζηλοΐζου, 2016).

Ως αντισύλληψη χαρακτηρίζεται η λήψη μέτρων που λαμβάνονται για την προσωρινή αποφυγή σύλληψης. Η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη αποτελεί συνήθως ιδιαίτερα τραυματική εμπειρία όταν συμβεί σε νέους και προκαλεί σωματικές και ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις. Η γυναίκα έχει το δικαίωμα να αποφασίσει, εάν θα συνεχίσει την εγκυμοσύνη ή θα προχωρήσει στη διαδικασία της άμβλωσης. (Μπαρακάκη & Μπερεδήμα, 2018). Ο εσωτερικός κόσμος των γυναικών που προχωρούν σε άμβλωση πλήττεται βάνουσα. Το άγχος, το στρες, η κατάθλιψη, οι τύψεις και οι ενοχές επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό την ψυχολογία της γυναίκας. Όμως, τις περισσότερες φορές, αυτά τα συμπτώματα είναι προσωρινά και η γυναίκα ξεπερνάει επιτυχώς το ψυχοπιεστικό αυτό γεγονός.

Η ανάπτυξη της σεξουαλικότητας μαζί με την ψυχολογική και κοινωνική ωριμότητα αποτελούν τα σπουδαιότερα χαρακτηριστικά της εφηβικής περιόδου. Προετοιμάζουν τον νέο για ατομική ανεξαρτησία και σταθερή ταυτότητα. Η σεξουαλικότητά του περιλαμβάνει: α) σωματικές μεταβολές, β) την έννοια της ταυτότητας φύλου και γ) την ψυχοκοινωνική ανάπτυξη. Δομικά της στοιχεία είναι η διαμόρφωση της θετικής εικόνας

του σώματος, η ανάπτυξη της αυτοεκτίμησης και η ωρίμανση της σεξουαλικής συμπεριφοράς (Τζίμα - Τσιτσικά, 2005).

Η σεξουαλική δραστηριότητα των νέων μπορεί να χαρακτηριστεί ως γεγονός της φυσιολογικής εξέλιξης ή ως πεδίο επικίνδυνης συμπεριφοράς (Vaughan et al, 1992). Συγκεκριμένα, στη διάρκεια της εφηβείας η λανθάνουσα σεξουαλικότητα μετατρέπεται σε ενεργή, καθώς οι έφηβοι πειραματίζονται αναζητώντας τη «σεξουαλική ταυτότητά» τους χωρίς συχνά να εκτιμούν τον κίνδυνο της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων (Αγραφιώτης, 1997). Η αντισύλληψη είναι ευθύνη κάθε ατόμου που είναι σεξουαλικά ενεργό. Η στάση και η συμπεριφορά των νέων απέναντι σε θέματα που αφορούν την αντισύλληψη εξαρτώνται από την σωστή πληροφόρηση. Απαιτείται συστηματική και συχνά εξατομικευμένη σεξουαλική εκπαίδευση χωρίς προκαταλήψεις (Κωνσταντινίδης και συν, 2012). Οι γονείς και το σχολείο αποτελούν τις κύριες πηγές ενημέρωσης και οφείλουν να παρέχουν τις απαραίτητες γνώσεις στους νέους, ώστε να είναι σε θέση να προφυλάσσουν τους εαυτούς τους (Καλαϊτζίδα και συν, 2014). Η ενημέρωση από το φιλικό περιβάλλον ή το διαδίκτυο συχνά μπορεί να οδηγήσει σε παραπληροφόρηση. Σύμφωνα με έρευνα η δημοφιλέστερη μέθοδος αντισύλληψης είναι το ανδρικό προφυλακτικό με ποσοστό 90,4%, η διακεκομμένη συνουσία με ποσοστό 13,2% και το αντισυλληπτικό χάπι με ποσοστό 7,4% (Μπαρακάκη & Μπερεδήμα, 2018).

Ωστόσο, οι νέοι δεν είναι πάντα προετοιμασμένοι για σεξουαλικές επαφές. Η συγκεκριμένη ενέργεια τους δημιουργεί αίσθημα σεξουαλικής ολοκλήρωσης, αλλά ταυτόχρονα τους εκθέτει σε δυνητικούς κινδύνους, όπως τα ΣΜΝ και την ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη (Κωνσταντινίδης και συν, 2012). Τα ΣΜΝ αποτελούν σημαντικό πρόβλημα στη ζωή των νέων και γενικότερα στη δημόσια υγεία, λόγω της αυξανόμενης συχνότητάς τους στην πάροδο του χρόνου (Ρομπόκου, 2000). Νοσήματα όπως κονδυλώματα, χλαμύδια, γονόρροια, έρπης γεννητικών οργάνων, ηπατίτιδα και οι HPV ιοί είναι φαινομενικά τα συχνότερα νοσήματα που εμφανίζονται στους νέους. Ο τρόπος μετάδοσης τους γίνεται με τη σεξουαλική επαφή ή ακόμα και με την απλή σωματική επαφή.



Η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη αποτελεί συχνό πρόβλημα που σχετίζεται με τη σεξουαλικότητα στην εφηβεία. Οι λόγοι που συνήθως συμβαίνει είναι η αμέλεια, η κακή εφαρμογή μιας αντισυλληπτικής μεθόδου, η έλλειψη ενημέρωσης κ.ά. Οι περισσότερες από αυτές τις εγκυμοσύνες καταλήγουν σε τεχνητή διακοπή κύησης (Χριστόπουλος, 2012). Η έκτρωση τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα έχει νομιμοποιηθεί, όμως δεν έχουν ξεπεραστεί όλα τα ταμπού γύρω από εκείνη. Το δικαίωμα στην έκτρωση είναι εξίσου σημαντικό όσο το δικαίωμα της μητρότητας για κάθε γυναίκα. Τα τελευταία έτη, παρατηρείται ραγδαία αύξηση των γυναικών που οδηγούνται στη διαδικασία της έκτρωσης, με τη συχνότερη αιτία για τη διακοπή μιας κύησης να είναι η νεαρή ηλικία της μητέρας. Η διαδικασία της έκτρωσης μπορεί να επηρεάσει αρκετά την ψυχολογία της γυναίκας και ίσως χρειαστεί υποστήριξη από ειδικούς, το οικογενειακό και το φιλικό της περιβάλλον (Τζιαντζή, 2017).

Η παρούσα μελέτη φιλοδοξεί να καταγράψει και να αναλύσει τις σεξουαλικές σχέσεις μεταξύ των νέων, την ενημέρωση σε θέματα που αφορούν την αντισύλληψη και την άποψή τους σχετικά με την έκτρωση. Στη συνέχεια μέσω της έρευνας, θα καταγραφούν και θα αναλυθούν οι γνώσεις τους και τα ποσοστά των φοιτητριών που έχουν εμπειρία εγκυμοσύνης ή και άμβλωσης.

## **Κεφάλαιο 1ο : Η Σεξουαλικότητα**

### **1.1 Η σεξουαλική ανάπτυξη των ανθρώπων**

Η σεξουαλικότητα είναι ένα περίπλοκο χαρακτηριστικό, συναίσθημα και τρόπος έκφρασης. Εκφράζεται τελείως διαφορετικά από κάθε ομάδα ανθρώπων ή επαγγελματιών στον χώρο των ανθρωπιστικών επιστημών, στα μάτια ενός φιλόσοφου, ενός ιατρού, ενός ψυχολόγου, ακόμα και ενός γονέα. Η μελέτη της σεξουαλικότητας είναι περίπλοκο θέμα, περικλείεται από πολλά στερεότυπα και επηρεάζεται διαφορετικά σε κάθε τόπο, ανάλογα τις θρησκευτικές αντιλήψεις, τον τρόπο ζωής και πολλούς ακόμα παράγοντες. Γεννιόμαστε με τον χαρακτηριστικό της σεξουαλικότητας και όσο μεγαλώνουμε διαμορφώνεται η σεξουαλική μας συμπεριφορά ανάλογα με τα ερεθίσματα που δεχόμαστε. Μας ακολουθεί σε ολόκληρη την πορεία της ζωής μας, ο καθένας έχει την δική του σεξουαλική ταυτότητα και επηρεάζεται άμεσα και η ατομική του ταυτότητα.

Η σεξουαλικότητα δεν είναι απλά η σεξουαλική πράξη μεταξύ δυο ατόμων, είναι ένα συναίσθημα κάποιες φορές όμορφο και κάποιες άσχημο, είναι ένα χαρακτηριστικό που διαφέρει από άτομο σε άτομο και είναι μια βιολογική ανάγκη. Οι ανθρώπινες σχέσεις έχουν πλέον απροσωποποιηθεί, οι αυξημένες πολυάριθμες σχέσεις προπαγανδίζονται ως το μυστικό της επιτυχίας και καλύπτονται πίσω από τον μοντέρνο τρόπο ζωής. Είναι η δύναμη, το κίνητρο αλλά και η επιβράβευση του ανθρώπου για τη διαίωνιση του είδους. Η σεξουαλικότητα αποτελεί τρόπο και ευκαιρία επικοινωνίας ανάμεσα στους ανθρώπους.

### **1.2 Η έναρξη εκδήλωσης της σεξουαλικότητας**

Η ανακάλυψη της σεξουαλικότητας ενός ατόμου γίνεται ενστικτωδώς. Η παιδική ηλικία δεν μπορεί να θεωρηθεί ως μια μη σεξουαλική κατάσταση, αφού η σεξουαλική ζωή του ατόμου δεν αρχίζει στην εφηβεία, αλλά με διάφορες εκδηλώσεις αμέσως μετά τη γέννηση του (Freud, 1905). Τα παιδιά παρουσιάζουν έμφυτη περιέργεια να εξερευνήσουν το σώμα τους, ανακαλύπτουν τα γεννητικά τους όργανα και εμφανίζουν

λανθάνουσες σεξουαλικές συμπεριφορές, όπως επίδειξη των γεννητικών οργάνων ή τριβή. Ανακαλύπτουν το φύλο τους και υιοθετούν συμπεριφορές συμβατές με την κοινωνία.

Καθώς εισέρχονται από την παιδική ηλικία στην εφηβεία αναπτύσσονται τα δευτερεύοντα φυλετικά χαρακτηριστικά των δύο φύλων και το αναπαραγωγικό τους σύστημα. Με την έναρξη της ήβης αλλάζει το σώμα των εφήβων. Είναι γεγονός ότι αρχίζουν η πονηριά, η περιέργεια και η μυστικοπάθεια. Η ήβη αφορά στις σωματικές αλλαγές της εφηβείας και ξεκινά μετά τα 8 χρόνια για τα κορίτσια και μετά τα 9 χρόνια για τα αγόρια. Στο κάθε άτομο ξεκινάει με διαφορετικό τρόπο, ένταση και σε διαφορετική ηλικία μαζί με τη σεξουαλική αφύπνιση. Πρώτο σημάδι ήβης στα κορίτσια είναι συνήθως η θηλαρχή, ενώ στα αγόρια την έναρξη της ήβης σηματοδοτεί η αύξηση του όγκου των όρχεων.

Η ανάγκη έκφρασης της σεξουαλικότητας ενός ατόμου ξεκινά από την εφηβική ηλικία, όπου αρχίζουν τα ερεθίσματα και οι φαντασιώσεις, όμως δεν είναι σε θέση να το χαλιναγωγήσουν, αλλά ούτε και να εξηγήσουν τι είναι εκείνο που σκέφτονται και επιθυμούν. Η σεξουαλική εκπαίδευση των εφήβων είναι απαραίτητη, ώστε να νοιώθουν οικεία με τις αλλαγές στο σώμα τους, να διαχειριστούν τις ψυχολογικές αλλαγές που βιώνουν και να εξοικειωθούν με ζητήματα σεξουαλικής αγωγής και υγιεινής.

### **1.3 Σεξουαλική διαπαιδαγώγηση**

Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση θα έπρεπε να ξεκινάει από τη βρεφική ηλικία. Όμως επειδή είναι ένα αρκετά ευαίσθητο θέμα, η ενημέρωση των παιδιών δημιουργεί αμηχανία στους γονείς τους.. Καθώς το παιδί μεγαλώνει, δέχεται πληροφορίες από πολλούς πομπούς, τις αποθηκεύει και τις επεξεργάζεται με τον δικό του τρόπο. Όμως, υπάρχει ο κίνδυνος να παραπληροφορηθεί ή να μην έχει επαρκή πληροφόρηση, κάτι το οποίο είναι εξαιρετικά επικίνδυνο αν ξεκινήσει τη σεξουαλική του επαφή με άλλα άτομα. Η παρέμβαση στη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση είναι μείζονος και καταλυτικής σημασίας.

Η σημαντικότητα της εκπαίδευσης προκύπτει λόγω του καθημερινού βομβαρδισμού που δέχονται καθημερινά οι νέοι. Τα πρότυπα της έντονης, σύντομης και χωρίς συναισθήματα, σεξουαλικής ζωής προβάλλονται από την πορνογραφία, την τηλεόραση και από τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης. Στη σεξουαλική αγωγή αναφέρονται οι βιολογικές αλλαγές που θα υπάρξουν από την μία ηλικιακή κατηγορία στην άλλη, στη γονιμοποίηση, στην περίοδο της εγκυμοσύνης και του τοκετού. Επιπλέον, σε θέματα όπως μία πιθανή διαδικασία άμβλωσης, στον θηλασμό, στην εμμηνόπαυση, στην υγιεινή των γεννητικών οργάνων. Θα διδάσκονται να αποδέχονται τη σεξουαλικότητα τους και να γνωρίζουν ότι είναι μια μορφή έκφρασης.

Ο καθένας έχει μια διαφορετική ματιά στο συγκεκριμένο ζήτημα. Όμως η σεξουαλική αγωγή είναι ένα θέμα με ευρύ φάσμα ανάλυσης (Δετοράκης, 2007). Πρωταρχικό ρόλο έχει η οικογένεια, η οποία δρα μορφωτικά και προστατευτικά. Είναι σημαντική η καλή επικοινωνία γονέα-παιδιού για τη σωστή σεξουαλική αγωγή. Να καθοδηγήσουν το παιδί για το πως πρέπει να διαχειριστεί τη σεξουαλικότητα του, ώστε να διαφυλαχτεί χωρίς να εγκλωβιστεί ή να τρομοκρατηθεί. Είναι απαραίτητο ο νέος να γνωρίζει πως λειτουργεί το σώμα του, την ανατομία του και τη διαδικασία αναπαραγωγής. Πέρα από την εκπαίδευση στον σεξουαλικό τομέα, ο νέος είναι αναγκαίο να μάθει τις υποχρεώσεις που δημιουργεί η σύναψη μίας σχέσης και να αντιληφθεί ότι η δική του σεξουαλική ζωή μπορεί να επηρεάσει τη ζωή των άλλων. Στη διαμόρφωση των γνώσεων παίζει σημαντικό ρόλο η κοινωνία και η θρησκεία του ατόμου, καθώς και τα πρότυπα στα οποία είναι εκτεθειμένος από μικρή ηλικία. Η στάση που κρατάει το άτομο απέναντι στο θέμα και η διαμόρφωση του ηθικού του εαυτού. Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση θα έπρεπε να επεκτείνεται και σε άλλους φορείς, όπως το σχολείο, τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και σε σεμινάρια οικογενειακού προγραμματισμού. Είναι απαραίτητο να υπάρχουν προγράμματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης που θα καλύπτουν όλες τις διαστάσεις της σεξουαλικότητας των εφήβων.

Στόχος της σεξουαλικής εκπαίδευσης είναι η κατά το δυνατόν μείωση των προβλημάτων της σεξουαλικής ζωής, ώστε ο νέος να αντλεί χαρά από τις εμπειρίες του

και όχι τραύματα. Από τους πλέον ουσιαστικούς σκοπούς της σεξουαλικής αγωγής είναι ο περιορισμός των εφηβικών κυήσεων και των κρουσμάτων ΣΜΝ κατά την εφηβική ηλικία (Μαρνέρας & Αλμπάνη, 2010). Επίσης, ως στόχους θα έχουν την διαμόρφωση ενός νέου ατόμου, ο οποίος θα σέβεται τον εαυτό του, το σώμα του και τον ερωτικό του σύντροφο, την ανάπτυξη της αυτοεκτίμησης του και την απαλλαγή από ντροπή, φόβο και ενοχές. Τη δημιουργία ενός ατόμου με ελεύθερη βούληση και υπεύθυνων αποφάσεων, να γνωρίζει πως θα μπορούσε να λύσει προβλήματα τα οποία μπορούν να προκύψουν πριν, μετά ή κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής συναναστροφής. Όμως, εξίσου σημαντικό είναι η αναγνώριση των αρνητικών σημείων μίας σχέσης, όπως η εκμετάλλευση του συντρόφου, η καταπίεση, η υπερβολική εξάρτηση, η έλλειψη σεβασμού, η ζήλεια και τα ψέματα. Μια ολοκληρωμένη εκπαίδευση πρέπει να διαμορφώνει έναν νέο με τεκμηριωμένη γνώση και επιστημονική προσέγγιση, να μην επηρεάζεται από μύθους, προκαταλήψεις και να μην χρωματίζεται από τις προσωπικές απόψεις του εκπαιδευτή. Επιπλέον πρέπει να καθοδηγούν τους νέους, ώστε να γίνονται ηθικά σκεπτόμενα άτομα και να διασαφηνιστούν οι σεξουαλικές αξίες.

Ένα άτομο το οποίο θέλει να ενημερώσει ή να συμβουλέψει έναν νέο και νιώθει αμήχανα, δεν κατέχει το θέμα ή έχει ηθικές αξίες οι οποίες συνοδεύονται με όρους όπως «παράνομο», «απαγορευμένο» είναι πιο επιζήμια από την έλλειψη ενημέρωσης, γιατί μπορεί να περικλείει τον κίνδυνο του αποπροσανατολισμού. Όμως, δεν πρέπει να θεωρούμε ότι ο νέος, εφόσον έχει ενημερωθεί δεν κινδυνεύει, ούτε ότι θα πάψει να έχει ερωτήματα και ανασφάλειες.

### **1.3.1 Η στάση των νέων απέναντι στη διαπαιδαγώγηση**

Όσο και αν προσπαθούμε να βοηθήσουμε έναν έφηβο με σκοπό να τον προστατέψουμε, τα παιδιά σε εκείνη την ηλικία νιώθουν παντογνώστες. Πρέπει να γίνεται προσπάθεια και από τις δυο πλευρές για να μπορέσει ο νέος να συνειστέι και να κατανοήσει τη σοβαρότητα του θέματος. Επίσης, οι νέοι θεωρούν ως καλύτερους σύμβουλους τους συνομήλικους τους οι οποίοι έχουν ολοκληρωμένες σεξουαλικές σχέσεις, παρά άτομα με εμπειριστατωμένη γνώση. Σνομπάρουν τις γνώσεις των γονιών

τους, καθώς τους θεωρούν ηλικιωμένους και παλαιομοδίτες. Αναζητούν τη γνώση μέσα από το διαδίκτυο, το οποίο περιέχει διάφορα μη επιστημονικά άρθρα άκαιρα και άτοπα.

Επιπλέον, οι περισσότεροι νέοι επιλέγουν να εκπαιδευτούν μόνο για τη σεξουαλική πράξη και όχι για την αντισύλληψη και τα ΣΜΝ και χρησιμοποιούν τα πορνογραφικά site για να μπορέσουν να μάθουν.

Οι ανησυχίες για τις επιδράσεις που επιφέρουν τα μέσα μαζικής ενημέρωσης (ΜΜΕ), είτε σε ότι αφορά τη βία είτε σε ότι αφορά την πορνογραφία, έχουν οδηγήσει σε διάφορες έρευνες τις προηγούμενες δεκαετίες (Boyle, 2000). Οι ερευνητές που ενστερνίζονται αυτή την προσέγγιση, εστιάζουν στην παρακολούθηση πορνογραφικού υλικού και στην επίδραση που επιφέρει στην πραγματική ζωή η ενέργεια αυτή (Buckingham & Bragg, 2004).

#### **1.4 Πρώτη σεξουαλική πράξη – Αυνανισμός**

Η πρώτη σεξουαλική πράξη που έχουν οι άνθρωποι συνήθως είναι η αυτοϊκανοποίηση, προκαλώντας τη διέγερση των γεννητικών οργάνων. Είναι ένα ξεχωριστό κομμάτι που αφορά τη σεξουαλικότητα των νέων, αλλά και τη διαπαιδαγώγησή τους, μια απολύτως φυσιολογική διαδικασία που αποκτούν σταδιακά και τα δύο φύλα, καθώς ξεκινούν να εξερευνούν το σώμα τους. Ο αυνανισμός δείχνει το σεξουαλικό ξύπνημα των εφήβων, δηλαδή την αρχή της επιθυμίας και τους παρέχει τη δυνατότητα να διοχετεύσουν τη σεξουαλική τους ένταση. Όλοι οι έφηβοι καταφεύγουν σε αυτή τη διαδικασία κατά την οποία δημιουργούν ένα ερωτικό σενάριο για να προσφέρουν στους εαυτούς τους απόλαυση και προετοιμάζονται για την πραγματική ερωτική επαφή με κάποιον σύντροφο.

Συνήθως τα αγόρια εμφανίζουν περισσότερο την ανάγκη για αυτοερωτισμό αρκετές φορές στο διάστημα της ημέρας, χωρίς να αναζητούν ιδιαίτερες συνθήκες για να ξεκινήσουν τη διαδικασία και τους είναι πιο εύκολο να φτάσουν στην κορύφωση. Για τα κορίτσια, όμως, η διαδικασία δεν είναι εξίσου εύκολη, καθώς χρειάζονται ένα πιο

απομονωμένο χώρο, περισσότερη ησυχία και αίσθηση ασφάλειας για να ξεκινήσουν τη διαδικασία του αυνανισμού, χωρίς απαραίτητα να φτάσουν στην επιθυμητή κορύφωση.

Είναι κοινώς αποδεκτό, ότι τα κορίτσια ενδιαφέρονται σε μικρότερο ποσοστό για τη σεξουαλική δραστηριότητα και μόνο, ενώ αποζητούν περισσότερο τα αισθήματα και τον έρωτα (Ασκητής, 2003). Επιπλέον, δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις που τα αγόρια κάνουν αμοιβαίους αυνανισμούς, καθώς ανήκουν στο ίδιο φύλο, μοιράζονται κοινά συναισθήματα και ξεπερνούν τον φόβο και το άγχος που τους προκαλεί ο αυτοερωτισμός. Έρευνες αποδεικνύουν ότι κάποιες φορές τα άτομα αυτά καθησυχάζονται από την παρουσία του ίδιου φύλου και συνδυάζουν την κορύφωση με εκείνα, αδυνατώντας να προχωρήσουν με άτομα του άλλου φύλου ή να έχουν την ίδια απόλαυση. Συνήθως αυτό είναι παροδικό, καθώς ο έφηβος στην πορεία θα ακολουθήσει τον ετερόφυλο προσανατολισμό.

Οι νέοι όταν ξεκινήσουν να αυνανίζονται, συνήθως νιώθουν ενοχές και τύψεις και έρχονται σε δύσκολη θέση, όπως συνήθως και οι γονείς διότι το θεωρούν σαν μία ανήθικη πράξη. Το πρόβλημα ξεκινάει καθώς οι γονείς δεν μπορούν να αποδεχτούν ότι τα παιδιά τους μεγαλώνουν και έχουν άλλες ανάγκες, ενώ είναι μια απόλυτη φυσιολογική διαδικασία που συνοδεύεται συνήθως από την ηλικία της εφηβείας. Στις περισσότερες κοινωνίες θεωρείται θέμα ταμπού, ως αφύσικη και αηδιαστική πράξη και δεν το βρίσκουν σωστό τα παιδιά να αυνανίζονται. Είναι σημαντικό να καταλάβει ο κόσμος ότι η αυτοϊκανοποίηση δεν βλάπτει κανέναν, παρά μόνο όσους έχουν ηθικούς κώδικες που τον καταδικάζουν. Άλλωστε, ο αυνανισμός μπορεί να γεννήσει αισθήματα σεξουαλικής ασφάλειας και αυτοεκτίμησης, προετοιμάζοντάς για την διεκδίκηση συντρόφου και τη ολοκλήρωση της ερωτικής δραστηριότητας.

### **1.5 Πρώτη σεξουαλική επαφή με σύντροφο**

Οι νέοι πριν ολοκληρώσουν την πρώτη τους σεξουαλική εμπειρία μπορεί να είναι φοβισμένοι ή να έχουν άγνοια κινδύνου, να είναι ανυπόμονοι ή σκεπτικοί, να νιώθουν έτοιμοι ή να πιέζονται από το ταίρι τους. Επίσης, μπορεί να έχουν πληροφορηθεί, να νιώθουν αυτοπεποίθηση ή άγχος και ντροπή. Τα συναισθήματα ενός νέου ποικίλουν και

επηρεάζονται από τη διαπαιδαγώγησή του στα σεξουαλικά ζητήματα, την άνεση του στην έκφραση τους και από τις εμπειρίες και συμβουλές των κοντινών του ατόμων. Είναι σημαντική η συζήτηση με τον νέο πριν την πρώτη του σεξουαλική επαφή με το ταίρι του, ώστε να του εξηγήσουν ότι πρέπει να προχωρήσει στο σεξ όταν νιώσει έτοιμος, αγάπη για τον άλλον, ασφάλεια και εμπιστοσύνη. Ο έφηβος πρέπει να πάρει το μήνυμα ότι το σεξ είναι κάτι πολύ όμορφο, ένα από τα κορυφαία γεγονότα στη ζωή και γι' αυτό πρέπει να γίνει μόνο όταν νιώθει ψυχολογικά έτοιμος και με αυτόν/ην που αγαπά. Επίσης, θα πρέπει να δώσετε έμφαση στην προστασία από τα ΣΜΝ και στην αντισύλληψη, φροντίστε όμως να μην τον κάνετε να νομίζει ότι πρόκειται για κάτι επικίνδυνο (Herbert, 1999).

Η πρώτη σεξουαλική εμπειρία με το ταίρι μας είναι μία εμπειρία που μένει αποτυπωμένη στο μυαλό μας για πάντα. Είναι γεγονός το άγχος που βιώνει το άτομο, ο φόβος, η ανυπομονησία και η περιέργεια. Στοιχεία που αλλάζουν από άτομο σε άτομο. Συνήθως, το άτομο πριν ολοκληρώσει την πρώτη του σεξουαλική εμπειρία το έχει φανταστεί πολλαπλές φορές. Η κινητήριος δύναμη της πρώτης σεξουαλικής εμπειρίας μπορεί να είναι η αγάπη, ο πόθος ή ακόμα η απλή περιέργεια. Η «απώλεια της παρθενίας» συχνά θεωρείται σημαντικός σταθμός στην πορεία της ανθρώπινης εξέλιξης και σηματοδοτεί τη μετάβαση στην ενήλικη ζωή. Συνήθως, μετά την πρώτη σεξουαλική εμπειρία καταλήγουν κάπως σφιγμένοι και απογοητευμένοι με το αποτέλεσμα. Το σεξ την πρώτη φορά, συνήθως, δεν προσφέρει την επιθυμητή ευχαρίστηση, όμως βελτιώνεται με την εξάσκηση και μαθαίνεται σιγά σιγά. Όπως και στον αυτοερωτισμό η κορύφωση είναι πιο εύκολη για τους άνδρες σε αντίθεση με τις γυναίκες (Lear, 1995).

Είναι επιστημονικά αποδεδειγμένο ότι μία καλή πρώτη εμπειρία ισοδυναμεί με καλύτερη σεξουαλική ζωή γενικά. Όμως, άτομα που βίωσαν μια όμορφη πρώτη σεξουαλική εμπειρία με συναισθήματα αγάπης και στοργής, διευκολύνονται στις επόμενες σχέσεις νιώθοντας λιγότερο άγχος και φόβο.



## Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup> : Αντισύλληψη και Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα

### 2.1 Αντισύλληψη

Οι προσωπικές αντιλήψεις και οι συμπεριφορές σχετίζονται με τη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία και είναι βαθιά ριζωμένες. Πολλοί παράγοντες, όπως τα προσωπικά κίνητρα, οι θρησκευτικές πεποιθήσεις, τα ήθη, οι αξίες και οι στάσεις μπορούν να συμβάλλουν στη διαμόρφωση αυτής της συμπεριφοράς (Κουλιεράκης, 2000). Η αντισύλληψη επηρεάζει θετικά τη σωματική και ψυχική υγεία της γυναίκας, ελαττώνει τον αριθμό των τεχνητών διακοπών κύησης και τους κινδύνους που αυτές συνεπάγονται, έχει θετική επίδραση στη ζωή του ζευγαριού, της οικογένειας και στο κοινωνικό σύνολο γενικότερα.

Με τον όρο «αντισύλληψη» περιγράφονται τα μέσα και οι τεχνικές που επιτυγχάνουν να αναστείλουν τη γονιμότητα με τρόπο παροδικό και αναστρέψιμο (Stewart et al, 2007). Η χρήση της αντισύλληψης βελτιώνει την υγεία των γυναικών εμποδίζοντας τις ανεπιθύμητες και επικίνδυνες εγκυμοσύνες, ενώ παράλληλα μειώνει το ποσοστό των μη ασφαλών εκτρώσεων, ένα θέμα το οποίο απασχολεί έντονα την ελληνική κοινωνία. Υπάρχουν αρκετές αναφορές στις οποίες φαίνονται τα υψηλά ποσοστά των εκτρώσεων στον ελλαδικό χώρο, γεγονός που οφείλεται κυρίως σε έλλειψη σχεδιασμού ενός προγράμματος ενημέρωσης και εκπαίδευσης του πληθυσμού (Χαραλάμπους και Τσίτση, 2010).

Παρατηρείται, ότι τα προφυλακτικά και η διακεκομμένη συνουσία αποτελούσαν και συνεχίζουν να αποτελούν τις δύο πιο οικείες και κοινές μεθόδους αντισύλληψης. Η χρήση προφυλακτικού εκτός από την αντισύλληψη ελαττώνει τις πιθανότητες για μετάδοση των ΣΜΝ όπως AIDS, ηπατίτιδα (Α, Β, C), σύφιλη, χλαμύδια, έρπη κ.ά. (Μπαρμπαγιάννη και Ζυγά, 2011).

## 2.2 Μέθοδοι αντισύλληψης

Η ποικιλία των υπάρχουσών μεθόδων αντισύλληψης προβάλλει την ανάγκη επιλογής, που είναι ατομικό θέμα της γυναίκας ή του άντρα, αλλά και συνδυασμός των δυνατοτήτων και των επιθυμιών και των δύο. Καμία αντισυλληπτική μέθοδος δεν είναι τέλεια και καμία δεν είναι κατάλληλη για όλους. Κάθε άτομο, και κατ' επέκταση κάθε ζευγάρι, θα πρέπει να λάβει υπ' όψη διάφορους παράγοντες για να αποφασίσει (Χατζημιχαηλίδου και συν, 2010).

Ένα άτομο θα πρέπει να υπολογίσει προσωπικούς παράγοντες, όπως την ηλικία του, την προσωπικότητα του, τον τρόπο ζωής του την παρούσα φάση, την κατάσταση της υγείας του, τον σύντροφο και τη σχέση τους, καθώς και τις προοπτικές για τεκνοποίηση στο μέλλον (Μπαρμπαγιάννη και Ζυγά, 2011). Η ιδανική αντισυλληπτική μέθοδος θα πρέπει να είναι ασφαλής, εύκολα διαθέσιμη, οικονομική, αποδεκτή, απλή στη χρήση της και άμεσα αναστρέψιμη.

### 2.2.1 Φυσικές μέθοδοι αντισύλληψης

#### Διακεκομμένη Συνουσία

Η διακεκομμένη συνουσία έγκειται στην απόσυρση του πέους του συντρόφου από τον κόλπο και την απομάκρυνση από τα εξωτερικά γεννητικά όργανα της γυναίκας πριν από την εκσπερμάτωση. Κατά τον τρόπο αυτό, τα σπερματοζωάρια δεν έχουν τη δυνατότητα να προσεγγίσουν το ωάριο προκειμένου να γίνει η γονιμοποίηση (Albarracin et al, 2001).

Η συγκεκριμένη μέθοδος είναι προσιτή, χωρίς κόστος και δεν προϋποθέτει ορμονικές τροποποιήσεις ή χρήση χημικών ουσιών. Είναι μια εύχρηστη μέθοδος με ποσοστό αποτυχίας 27%. Δεν αποτελεί ασφαλή μέθοδο και δεν προστατεύει από τα ΣΜΝ ή από λοίμωξη από τον ιό της επίκτητης ανοσοανεπάρκειας του ανθρώπου (HIV) (Abera et al, 2017).

### Μέθοδοι Επίγνωσης της Γονιμότητας

Οι αντισυλληπτικές μέθοδοι που σχετίζονται με την επίγνωση της γονιμότητας βασίζονται στην αναγνώριση της έναρξης και της λήξης της γόνιμης περιόδου του εμμηνορρυσιακού κύκλου (Jenning & Arevalo, 2007). Θα πρέπει να αναγνωρίζονται τρεις φάσεις του κύκλου:

1. Μη γόνιμη φάση: πριν από την ωοθυλακιορρηξία.
2. Γόνιμη φάση: περί τις 5 έως 7 ημέρες γύρω από τη μέση του εμμηνορρυσιακού κύκλου, συμπεριλαμβανομένων μερικών ημερών πριν, κατά τη διάρκεια και την ημέρα μετά την ωοθυλακιορρηξία.
3. Μη γόνιμη φάση: μετά την ωοθυλακιορρηξία.

Ωστόσο, η πρόβλεψη της ακριβούς ημερομηνίας της ωοθυλακιορρηξίας συχνά δεν είναι εφικτή σε αρκετές γυναίκες και για αυτό τον λόγο δεν αποτελεί αποτελεσματική μέθοδο (Kowal, 2007).

### Μέθοδος της Θερμοκρασίας του Σώματος

Η μέθοδος βασίζεται στην ιδιότητα της προγεστερόνης, η οποία αμέσως μετά την ωοθυλακιορρηξία ανεβάζει τη θερμοκρασία του σώματος από 4 μέχρι 6 δέκατα του βαθμού. Η θερμοκρασία παραμένει σε μικρές αυξομειώσεις υψηλή για τις επόμενες 14 ημέρες. Η σεξουαλική επαφή επιτρέπεται τρεις ημέρες μετά την τελική άνοδο της θερμοκρασίας μέχρι την εμφάνιση της επόμενης έμμηνης ρύσης. Είναι ακίνδυνη και οικονομική μέθοδος και απαιτεί μεθοδικότητα, ακρίβεια και συνεργασία και των δύο συντρόφων καθώς και μεγάλης διάρκειας αποχή (Jennings & Arevalo, 2007).

### Μέθοδος Τραχηλικής Βλέννας

Η συγκεκριμένη μέθοδος στηρίζεται στην παρατήρηση των μηνιαίων αλλαγών της σύστασης και της ποσότητας της τραχηλικής βλέννας. Η τραχηλική βλέννα δυο-τρεις ημέρες πριν την ωορρηξία μετατρέπεται αρχικά σε διαυγή, λεπτή, άφθονη και γλοιώδη (Jennings & Arevalo, 2007). Κατά τις μη γόνιμες μέρες, όμως, η σύσταση της βλέννας γίνεται πηχτή, αδιαφανή και υπάρχει λιγοστή έκκριση. Η μέθοδος αυτή δεν είναι

ασφαλής σε γυναίκες, οι οποίες έχουν αυξημένες κολπικές εκκρίσεις οφειλόμενες σε κολπίτιδα, αδυνατούν να διακρίνουν τις αλλαγές της τραχηλικής βλέννας και σε γυναίκες στις οποίες η εμμηνορρυσία διαρκεί πολλές ημέρες (Cycle Beads, 2007).

### 2.2.2 Αντισυλληπτικές μέθοδοι φραγμού ή μηχανικά μέσα αντισύλληψης Ανδρικό Προφυλακτικό

Το ανδρικό προφυλακτικό είναι μία λεπτή ελαστική καλύπτρα που επικαλύπτει το πέος πριν από τη γεννητική, στοματική ή πρωκτική επαφή και αφαιρείται μετά την απόσυρση του πέους μετά την εκσπερμάτιση (Warner & Steiner, 2007). Εκτός από το ότι αποτελούν ένα είδος φραγμού για το σπέρμα, τα μη σπερματοκτόνα προφυλακτικά από λάτεξ προφυλάσσουν επίσης και από τα ΣΜΝ και τον HIV (Trussell, 2007). Είναι μία εύχρηστη μέθοδος με χαμηλό κόστος.

#### Γυναικείο Προφυλακτικό

Το γυναικείο προφυλακτικό έχει σχήμα που μπορεί να προσαρμόζεται φυσιολογικά καλύπτοντας εσωτερικά τη περιφέρεια του κόλπου. Διαθέτει ένα εύκαμπτο δακτύλιο πολυουρεθάνης σε κάθε του άκρη. Ο ένας από τους δακτυλίους βρίσκεται μέσα στη θήκη και έχει έναν μηχανισμό παρεμβολής, ενώ ο άλλος δακτύλιος αποτελεί την εξωτερική άκρη της θήκης και μένει έξω από τον κόλπο. Είναι ένα προϊόν που αποτελεί για τις γυναίκες μία ελεγχόμενη μηχανική μέθοδο προστασίας από την εγκυμοσύνη, τα ΣΜΝ και τον ιό του AIDS (Fehring et al, 2007). Όμως είναι δυσεύρετο και πολύ πιο ακριβό από το ανδρικό προφυλακτικό.

#### Σπερματοκτόνες ουσίες

Τα σπερματοκτόνα δρουν μειώνοντας την κινητικότητα του σπέρματος. Οι γυναίκες με συμπεριφορές που αυξάνουν την πιθανότητα τους να μολυνθούν από τον ιό του HIV και άλλα ΣΜΝ θα πρέπει να αποφεύγουν τη χρήση σπερματοκτόνων που περιέχουν N-9 (WHO, 2004). Τα σπερματοκτόνα θα πρέπει να χρησιμοποιούνται ξανά σε κάθε επιπρόσθετη πράξη της συνουσίας, ακόμη και όταν χρησιμοποιείται μέθοδος φραγμού.

Διατίθενται χωρίς συνταγή γιατρού και η αποτελεσματικότητά τους εξαρτάται από τη σταθερή και σωστή χρήση τους (Cates & Raymond, 2007).

#### Αντισυλληπτικός σπόγγος

Ο κολπικός σπόγγος είναι ένας μικρός, στρόγγυλος σπόγγος από πολυουρεθάνη, που περιέχει το σπερματοκτόνο νονοξυνόλη-9. Έχει σχεδιαστεί κατά τέτοιο τρόπο ώστε να εφαρμόζεται πάνω στον τράχηλο. Ο τρόπος δράσης της μεθόδου είναι τριπλός: απελευθέρωση σπερματοκτόνου, απορρόφηση του σπέρματος και θεωρητικά έμφραξη του στομίου του τραχήλου. Η δράση του είναι άμεση, εφόσον είναι αποτελεσματικός από τη στιγμή της εισαγωγής του και διαρκεί για 24 ώρες (Trussell, 2007).

#### Κολπικό διάφραγμα

Το κολπικό διάγραμμα είναι μια ρηχή συσκευή από λάτεξ ή σιλικόνη, με θολωτό σχήμα, που περιέχει έναν ευλύγιστο δακτύλιο, ο οποίος καλύπτει τον τράχηλο. Προστατεύει από δυσπλασία του τραχήλου της μήτρας και από πυελικές λοιμώξεις όμως είναι πιθανός ο κίνδυνος για ουρολοιμώξεις και ο κολπικός ερεθισμός από το ελαστικό. Η αγορά του διαφράγματος απαιτεί τη συνταγή γιατρού (Cates & Raymond, 2007).

#### Τραχηλική καλύπτρα

Η τραχηλική καλύπτρα είναι κατασκευασμένη από ελαστικό υλικό ή σιλικόνη που δεν περιέχει λάτεξ και διαθέτει μαλακό θολό και σταθερά χείλη. Η καλύπτρα αγκαλιάζει τη βάση του τραχήλου. Συνίσταται να παραμένει στη θέση της για διάστημα τουλάχιστον 6 ωρών και μέχρι 48 ώρες κάθε φορά. Η γυναίκα θα πρέπει να ελέγξει τη θέση της καλύπτρας πριν και μετά από κάθε σεξουαλική επαφή (Αβραμίδης, 1990).

Οι γυναίκες στις οποίες δεν ενδείκνυται η εφαρμογή τραχηλικής καλύπτρας είναι όσες παρουσιάζουν παθολογική δοκιμασία κατά Παπανικολάου, σε όσες τα διαθέσιμα μεγέθη δεν εφαρμόζουν σωστά, αυτές που θεωρούν την τοποθέτηση και την αφαίρεση της συσκευής πολύ δύσκολη, έχουν ιστορικό συνδρόμου τοξικής καταπληξίας ή

κολπίτιδας και τραχηλίτιδας και παρουσιάζουν αλλεργικές αντιδράσεις στην καλύπτρα από λάτεξ ή στα σπερματοκτόνα (Μπαγετάτος, 2007).

### 2.2.3 Ορμονικές Μέθοδοι Αντισύλληψης

Σήμερα, υπάρχουν περισσότεροι από 70 διαφορετικοί συνδυασμοί αντισυλληπτικών σκευασμάτων. Οι φαρμακευτικές ουσίες περιλαμβάνουν έναν συνδυασμό οιστρογόνων και προγεστίνης ή παράγοντες της προγεστίνης. Τα φαρμακευτικά σκευάσματα χορηγούνται από το στόμα, υποδόρια, ενδοκολπικά, με μορφή εμφυτευμάτων, με έγχυση ή διαμέσου της ενδομήτριας οδού. Οι ορμονικές μέθοδοι αντισύλληψης προκαλούν αναστολή/καταστολή της ωορρηξίας, πύκνωση και αραίωση της τραχηλικής βλέννας και πτώση της δεκτικότητας του ενδομήτριου.

#### Αντισυλληπτικό χάπι

Το αντισυλληπτικό χάπι αποτελεί την πλέον αποτελεσματική μέθοδο αντισύλληψης. Το χάπι περιέχει συνθετικά οιστρογόνα και προγεστερόνη τα οποία επεμβαίνουν σε γυναικείες ορμόνες (Nelson, 2007). Η σωστή επιλογή του χαπιού γίνεται με τη συμβουλή του γιατρού, ο οποίος θα ελέγξει πιθανές αντενδείξεις. Σκοπός της χρήσης του χαπιού είναι η αναστολή/καταστολή της ωοθυλακιωορρηξίας. Συνήθως, παρατηρείται βελτίωση στη σεξουαλική ανταπόκριση, καθώς εξαλείφεται η πιθανότητα μιας κύησης. Επίσης, με τα αντισυλληπτικά ρυθμίζεται ο εμμηνορρυσιακός κύκλος της γυναίκας με ακρίβεια. Ένα σημαντικό πλεονέκτημα τους είναι η προστασία από το αδενοκαρκίνωμα του ενδομήτριου και πιθανόν από τον καρκίνο των ωοθηκών και η μείωση των καλόθων νόσων του μαστού. Όμως, οι γυναίκες θα πρέπει να ελέγχονται για πιθανές αντενδείξεις. Ορισμένες παρενέργειες των αντισυλληπτικών δισκίων οφείλονται στα οιστρογόνα, στην προγεστίνη ή και στα δύο. Στις συχνές παρενέργειες από υπερβολική ποσότητα οιστρογόνων είναι η ναυτία, η ευαισθησία των μαστών, η κατακράτηση υγρών και το χλόασμα (Marchbanks et al, 2002).

### Αντισύλληψη μόνο με προγεστίνη

Το χάπι αυτό δεν περιέχει οιστρογόνα αλλά μόνο προγεστίνη. Δεν εμποδίζει την ωορρηξία (Raymon, 2007). Η μέθοδος αντισύλληψης μόνο με προγεστίνη ελαττώνει τη γονιμότητα, με την αναστολή της ωοθυλακιωρρηξίας, τη πάχυνση και μείωση της ποσότητας της τραχηλικής βλέννας και τη μείωση τους πάχους του ενδομήτριου. Έχει υψηλό ποσοστό αποτελεσματικότητας και οι παρενέργειες της προγεστερόνης είναι πιο μειωμένες λόγω της μικρότερης περιεκτικότητας του στην ορμόνη (Trussell, 2007).

### Επείγουσα αντισύλληψη

Η επείγουσα αντισύλληψη αποτελεί μια συμπληρωματική, έκτακτη και περιστασιακή μέθοδο αντισύλληψης που χρησιμοποιείται όταν αποτύχει η τακτική αντισύλληψη που εφαρμόζει το ζευγάρι (Lever, 2005). Οι γυναίκες θα πρέπει να λαμβάνουν την επείγουσα αντισύλληψη το συντομότερο δυνατό, εντός των 120 πρώτων ωρών από τη συνουσία χωρίς προφυλάξεις ή ατύχημα (π.χ. θραύση προφυλακτικού), προκειμένου να αποτρέψουν τη πιθανότητα ανεπιθύμητης κύησης. Το χάπι είναι αναποτελεσματικό όταν η γυναίκα είναι έγκυος, καθώς τα δισκία δεν επιδρούν μετά το στάδιο της εμφύτευσης. Παρατηρείται πιθανή παρουσία κεφαλαλγίας, ζάλης και ναυτίας μετά τη λήψη του χαπιού (Stewart et al, 2007).

### Ενέσιμα αντισυλληπτικά

Πρόκειται για τα αντισύλληψη που χορηγείται με ενέσεις και η αποτελεσματικότητα της διαρκεί δύο ή τρεις μήνες. Η ένεση περιέχει διάφορες μορφές προγεστερόνης. Μειώνουν τον κίνδυνο ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και προφυλάσσουν από καρκίνο των ωοθηκών. Ωστόσο, δεν προστατεύουν από τα ΣΜΝ και τον ιό του AIDS. Μπορεί να παρουσιαστεί κεφαλαλγία, τάση προς εμετό και κατάθλιψη (Goldberg & Grimes, 2007).

### Εμφυτεύματα προγεστίνης

Τα εμφυτεύματα περιέχουν προγεστίνη σε ποσότητα ικανή να παρέχει τουλάχιστον 3 έτη αντισύλληψης (Fischer, 2008). Θα πρέπει να αφαιρούνται μετά το πέρας του συνιστάμενου χρόνου χρήσης τους. Απαιτούν μικρή χειρουργική επέμβαση για την τοποθέτηση και για την αφαίρεσή τους. Είναι πιθανή η εμφάνιση παρενεργειών, όπως η αύξηση ή μείωση βάρους, η κεφαλαλγία και οι αλλαγές διάθεσης (Newberry, 2007).

### Κολπικός δακτύλιος

Ο κολπικός αντισυλληπτικός δακτύλιος αποτελεί έναν εύκαμπτο δακτύλιο, που τοποθετείται στον κόλπο και απελευθερώνει συνεχή επίπεδα προγεστερόνης και αιθυλικής οιστραδιόλης (Nanda, 2007). Η γυναίκα τοποθετεί το κολπικό δακτύλιο για τρεις εβδομάδες και στη συνέχεια τον βγάζει για μία εβδομάδα. Ο δακτύλιος εισάγεται από τη γυναίκα χωρίς να χρειάζεται καλή εφαρμογή. Σε ορισμένες γυναίκες μπορεί να εμφανιστεί κολπίτιδα, λευκόρροια και κολπική ενόχληση. Ο μηχανισμός δράσης, η αποτελεσματικότητα, οι αντενδείξεις και οι παρενέργειες του κολπικού δακτυλίου είναι παρόμοια με των αντισυλληπτικών χαπιών (Trussell, 2007).

### Ενδομήτριο Σπείραμα

Το ενδομήτριο σπείραμα είναι μία μικρή συσκευή σχήματος T με εύκαμπτους βραχίονες, που εισάγεται την ενδομητριάκη κοιλότητα διαμέσου του τραχήλου. Η γυναίκα θα πρέπει να έχει η υποβληθεί σε συγκεκριμένες εξετάσεις και να έχει δώσει την συγκατάθεσή της πριν από την τοποθέτηση του σπειράματος (Grimes, 2007).

Στα πλεονεκτήματα αυτής της αντισυλληπτικής μεθόδου περιλαμβάνεται η μακροχρόνια προστασία από την κύηση και η άμεση αποκατάσταση της γονιμότητας μετά την αφαίρεση του σπειράματος. Στα μειονεκτήματα της μεθόδου περιλαμβάνεται ο αυξημένος κίνδυνος φλεγμονώδους νόσου αμέσως μετά τη τοποθέτηση του σπειράματος, η ακούσια αποβολή της συσκευής, η λοίμωξη και η πιθανή διάτρηση της μήτρας. Δεν προφυλάσσει ούτε από τα ΣΜΝ ούτε από τον HIV (Αλεξανδράκης, 2007).



#### **2.2.4 Χειρουργικές μέθοδοι αντισύλληψης**

##### Στεροποίηση άνδρα

Η βασεκτομή είναι η απόφραξη, η απολίνωση ή η εκτομή των δύο σπερματικών πόρων, ώστε το σπέρμα να μην μπορεί να μετακινηθεί από τον όρχι στο πέος. Θεωρείται η ευκολότερη και η συχνότερα εφαρμοζόμενη επέμβαση στεροποίησης ανδρών (Pollacketal, 2007). Η μέθοδος αυτή θεωρείται μόνιμη μέθοδος στεροποίησης καθώς η αναστροφή της στεροποίησης είναι γενικά ανεπιτυχής. Οι επιπλοκές της εκτομής είναι σπάνιες και συνήθως ακίνδυνες. Σε αυτές περιλαμβάνεται το αιμάτωμα, οι μώλωπες, η επιμόλυνση του τραύματος, η επιδιδυμίτιδα και η αντίδραση στο αναισθητικό (Trussell, 2007).

##### Στεροποίηση γυναίκας

Αυτή η μέθοδος είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική. Κόβεται και αφαιρείται ένα κομμάτι της σάλπιγγας περίπου 2 εκατοστών στο κέντρο της σάλπιγγας και στη συνέχεια ράβονται ξεχωριστά τα δύο μέρη. Έτσι εμποδίζονται τα σπερματοζώαρια να έρθουν σε επαφή με το ωάριο και να το γονιμοποιήσουν (Pollack et al, 2007). Η πιθανότητα ύπαρξης παρενεργειών από τη χειρουργική επέμβαση είναι μικρή. Ωστόσο, απαιτεί μεγάλο οικονομικό κόστος και η γυναίκα δεν προστατεύεται από τα ΣΜΝ και τον ιό του AIDS (Theroux, 2008).

### **2.3 Παράγοντες που επηρεάζουν τη χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων**

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, υπάρχουν πολλοί μέθοδοι αντισύλληψης. Όμως ένα άτομο ή ένα ζευγάρι επιλέγει τη μέθοδο αντισύλληψης σύμφωνα με τις ανάγκες του. Σε πολλές περιπτώσεις, είναι απαραίτητη η συζήτηση με ειδικούς για την ανεύρεση της κατάλληλης μεθόδου αντισύλληψης. Υπάρχουν, ωστόσο, κάποιοι παράγοντες που επηρεάζουν σημαντικά τη χρήση ή όχι μιας αντισυλληπτικής μεθόδου. Συγκεκριμένα, στη διάρκεια της εφηβείας η λανθάνουσα σεξουαλικότητα μετατρέπεται σε ενεργή, καθώς οι έφηβοι πειραματίζονται αναζητώντας τη «σεξουαλική ταυτότητα» τους. Αυτή η δράση τους έχει ως αποτέλεσμα σε αυτή την ηλικιακή ομάδα, να υπάρχει μεγαλύτερος

κίνδυνος για έκβαση μιας εγκυμοσύνης και μετάδοση σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων (Κρεμαστινού – Κουρέα, 2007).

Οι νέοι δεν είναι πάντα προετοιμασμένοι για σεξουαλικές επαφές και η έλλειψη γνώσεων σχετικά με την προστασία από τις ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες και τα ΣΜΝ μπορεί να αποβεί καταστροφική. Τα ΣΜΝ αποτελούν ευρύ πρόβλημα στη ζωή των νέων. Ο τρόπος μετάδοσής τους γίνεται με τη σεξουαλική επαφή ή ακόμα και με την απλή σωματική επαφή. Οι κυριότεροι λόγοι εμφάνισής τους είναι η ανεπαρκής ενημέρωση και η μη χρήση αντισυλληπτικής μεθόδου. Δυστυχώς, η γνώση γύρω από την αντισύλληψη έρχεται συχνά πολύ αργά, μετά την έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας (Kirby et al, 1994).

Η αντισύλληψη είναι ευθύνη κάθε ατόμου που είναι σεξουαλικά ενεργό. Γνωρίζοντας, λοιπόν, τις αντισυλληπτικές μεθόδους οι νέοι μπορούν να αποφύγουν ανεπιθύμητες κυήσεις και εκτρώσεις. Όμως, η πιθανότητα αποτυχίας μιας αντισυλληπτικής μεθόδου δεν εξαρτάται μόνο από την ίδια την μέθοδο, αλλά και από άλλους παράγοντες όπως η λανθασμένη χρήση της. Για καμιά μέθοδο δεν υπάρχει απόλυτη ασφάλεια ούτε απόλυτα καθορισμένο ποσοστό επιτυχίας. Η αποτυχία της δεν εξαρτάται μόνο από τη μέθοδο ή/και από κάποιο λάθος στη χρήση της, αλλά και από άλλους παράγοντες που δεν μπορούν να προβλεφθούν. Για αυτό, η ολοκληρωμένη σεξουαλική αγωγή και η δυνατότητα πρόσβασης στην αντισύλληψη μειώνουν τα ποσοστά ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης (Tountas et al, 2004).

Η επιπόλαια σεξουαλική συμπεριφορά χωρίς την απαραίτητη γνώση απέναντι στην προφύλαξη οδηγεί σε προβλήματα. Οι νέοι δεν μπορούν να κατανοήσουν τον κίνδυνο και τις επιπτώσεις των πράξεων τους και ακολουθούν προβλήματα, όπως μετάδοση ΣΜΝ, ανεπιθύμητη κύηση και διακοπή της κύησης, δηλαδή έκτρωση (WHO, 2007).

## **2.4 Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα**

Τα ΣΜΝ είναι λοιμώξεις που μεταδίδονται μέσω της σεξουαλικής επαφής από το ένα άτομο στο άλλο. Μεταδίδονται, κατά κύριο λόγο, με τη σεξουαλική συνεύρεση, συμπεριλαμβανομένου του κολπικού, του στοματικού και του πρωκτικού σεξ. Όλες οι

μορφές σεξουαλικής επαφής φέρουν κάποιο κίνδυνο (Στρατηγός, 2000). Τα ΣΜΝ συνδέονται με πολλούς παράγοντες κινδύνου, οι πιο κοινοί είναι το σεξ χωρίς προφυλάξεις και η συχνή εναλλαγή συντρόφων. Τα προφυλακτικά είναι χρήσιμα στη μείωση της εξάπλωσης ορισμένων λοιμώξεων, όπως τα χλαμύδια και η γονόρροια (Blair, 2004). Ωστόσο, δεν προστατεύουν πλήρως από άλλες λοιμώξεις όπως ο έρπης των γεννητικών οργάνων, τα κονδυλώματα και η σύφιλη. Η πρόληψη της εξάπλωσης εξαρτάται από την έγκαιρη διάγνωση και τη θεραπεία των λοιμώξεων.

Όταν ένα άτομο έχει μολυνθεί από κάποιο ΣΜΝ μπορεί να μεταδώσει την λοίμωξη σε άλλους ανθρώπους μέσω της επαφής, ακόμα και αν δεν έχει συμπτώματα. Σε ορισμένες περιπτώσεις τα άτομα με ΣΜΝ δεν παρουσιάζουν κάποιο σύμπτωμα και είναι δυνατό ένα άτομο που νοσεί να μεταφέρει την λοίμωξη σε άλλους χωρίς να το γνωρίζει (Choudhry et al, 2010). Από την άλλη, μερικά από τα συμπτώματα που μπορεί να παρατηρήσει κάποιος είναι: ασυνήθιστη έκκριση, πόνος ή κονδυλώματα στην περιοχή των γεννητικών οργάνων, κοιλιακός πόνος, μη φυσιολογική οσμή του κόλπου και πυρετός (Boskey, 2008).

Κάθε άτομο που είναι σεξουαλικά ενεργό οφείλει να συζητά τους παράγοντες κινδύνου για ΣΜΝ με τον γιατρό, ώστε να ενημερωθεί για τον κατάλληλο τρόπο προφύλαξης για τον ίδιο και τον σύντροφό του. Η έγκαιρη διάγνωση και η έναρξη κατάλληλης θεραπείας είναι σημαντική για την πρόληψη της μετάδοσης λοιμώξεων (Wildsmith et al, 2010). Οι θεραπείες μπορούν να μειώσουν τα συμπτώματα και την εξέλιξη των περισσότερων μολύνσεων. Οποια και αν είναι η λοίμωξη και ανεξάρτητα από το πόσο γρήγορα τα συμπτώματα εμφανίζονται μετά την έναρξη της θεραπείας, το μολυσμένο άτομο και ο σύντροφός πρέπει να ακολουθήσουν τις οδηγίες του γιατρού και να ολοκληρώσουν τη φαρμακευτική αγωγή (Chesson et al, 2004).

#### **2.4.1 Αφροδίσια νοσήματα**

##### Σύφιλη

Η σύφιλη προκαλείται από το βακτήριο *Treponema pallidum*. Η βασική οδός μετάδοσης είναι μέσω της σεξουαλικής επαφής. Μπορεί να μεταδοθεί από την μητέρα

στο έμβρυο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή του τοκετού, που έχει ως αποτέλεσμα την συγγενή σύφιλη (Hirsch, 2007). Οι ενδείξεις και τα συμπτώματα της σύφιλης ποικίλουν ανάλογα σε ποιο από τα τέσσερα στάδια εμφανίζεται (πρωτογενής, δευτερογενής, λανθάνουσα και τριτογενής). Στο αρχικό στάδιο εμφανίζεται με ένα απλό συφιλιδικό έλκος, δηλαδή ένα διαρκές, ανώδυνο, χωρίς φαγούρα δερμάτινο έλκος. Στη δευτερογενής σύφιλη εμφανίζεται με ένα διάχυτο εξάνθημα που συχνά προσβάλλει τις παλάμες των χεριών και τα πέλματα των ποδιών. Στη λανθάνουσα σύφιλη υπάρχουν από ελάχιστα έως και καθόλου συμπτώματα, ενώ στην τριτογενή σύφιλη εμφανίζεται με κομμώμα, νευρολογικά ή καρδιακά συμπτώματα (McManus, 2008).

Η διάγνωση γίνεται μέσω αιματολογικών εξετάσεων. Η σύφιλη μπορεί να θεραπευτεί αποτελεσματικά.

#### Γονόρροια ή βλεννόρροια

Η γονόρροια είναι κοινό σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα που οφείλεται σε λοίμωξη από το βακτήριο *Neisseria gonorrhoea*. Στον άνδρα εμφανίζονται ουρηθρικά συμπτώματα, όπως δυσουρία που συνοδεύεται από κίτρινη, βλεννοπυώδη βαλανική έκκριση. Επίσης, μπορεί να παρατηρηθεί επώδυνη σκλήρυνση του πέους. Στην γυναίκα μπορεί να εκδηλωθούν ουρηθρικό ή κολπικό έκκριμα, δυσουρία, συχνουρία, υπογαστρικό άλγος και ευαισθησία των βαρθολίνειων αδένων ή πυρετός (Rutherford, 2005).

Στους άνδρες, η διάγνωση γίνεται με χρώση Gram του ουρηθρικού εκκρίματος, ενώ στη γυναίκα λαμβάνουν δείγμα ουρηθρικά, τραχηλικά ή πρωκτικά. Η εφαρμογή ασφαλών σεξουαλικών πρακτικών περιορίζει την εξάπλωση της γονόρροιας και μειώνει την επίπτωση της νόσου.

#### Χλαμύδια

Τα χλαμύδια προκαλούνται από τα βακτήρια *Chlamydia Trachomatis* και τα πρώτα συμπτώματα εμφανίζονται σε 1 έως 4 εβδομάδες μετά την επαφή με τον ιό. Μεταδίδεται με τη σεξουαλική επαφή (κολπική, πρωκτική και στοματική) (Houry, 2007). Τα

συμπτώματα περιλαμβάνουν πόνο κατά τη συνουσία και την ούρηση ή και στην κοιλιακή χώρα, πολλά κολπικά υγρά και στον άνδρα υδατικές εκκρίσεις στο πέος. Ο ιός προκαλεί ουρηθρίτιδα, κολπίτιδα και σαλπινγίτιδα στον κόλπο και στις σάλπιγγες. Η κύηση είναι δυνατόν να προκαλεί στο έμβρυο επιπεφυκίτιδα ή και πνευμονική λοίμωξη. Η συνήθης θεραπεία των χλαμυδίων γίνεται με αντιβιοτικά (Kernaghan, 2007).

### Μονιλιακή Κολπίτιδα

Η μονιλιακή κολπίτιδα προκαλείται από τον μύκητα *Candida Albicans* και η περίοδος επώασης είναι άγνωστη. Συχνότερα προσβάλλεται η γυναίκα και τα συμπτώματα εκδηλώνονται με έντονο κνησμό στον κόλπο και στο αιδοίο. Κάποιες φορές συνοδεύεται από άσπρο παχύρευστο κολπικό έκκριμα, ενώ τα χείλη του αιδοίου είναι πρησμένα και εμφανίζουν έντονο κόκκινο χρώμα. Στον άνδρα παρατηρείται φαγούρα στην ακροπροσθία και στη βάλανο του πέους, ενώ μερικές φορές η μόλυνση οδηγεί σε ουριθικό έκκριμα. Ο μύκητας μπορεί να βρίσκεται στο στόμα ή στον κόλπο χωρίς να δημιουργεί ενοχλήσεις, ενώ η μετάδοση γίνεται με άμεση επαφή είτε με άτομο ή μολυσμένο ρούχο. Η θεραπευτική αντιμετώπιση γίνεται με κρέμες ή κολπικά υπόθετα ή χάπια (Βαιδάκης, 1997).

### Ηπατίτιδα Β

Η ηπατίτιδα Β είναι μια λοιμώδης και φλεγμονώδης ασθένεια του ήπατος η οποία οφείλεται στον ιό της ηπατίτιδας Β. Η οξεία ηπατίτιδα Β περιλαμβάνει συμπτώματα, όπως φλεγμονή του ήπατος, εμετό, ίκτερο και σε σπάνιες περιπτώσεις μπορεί να οδηγήσει θάνατο. Η χρόνια ηπατίτιδα Β μπορεί να προκαλέσει κίρρωση του ήπατος, καθώς και ηπατικό καρκίνο (Κουμαντάκης, 1989).

Ο ιός μεταδίδεται με την έκθεση σε μολυσμένο αίμα ή σε άλλα βιολογικά υγρά, όπως κατά τη σεξουαλική επαφή χωρίς προφύλαξη. Μπορεί να μεταδοθεί από τη μητέρα στο παιδί κατά τη διάρκεια του τοκετού. Ο ιός δεν έχει βρεθεί ότι μπορεί να μεταδοθεί με το φίλημα, τη χειραψία, το βήχα και τη γαλουχία (Καραμολέγκου, 2006).

### Κονδυλώματα

Ο ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV) είναι ένας ιός που μολύνει το δέρμα και τις βλεννογόνες μεμβράνες των ανθρώπων. Κάποιες μορφές του HPV μπορούν να προκαλέσουν κονδυλώματα, ενώ κάποιες άλλες μπορεί να προκαλέσουν μόλυνση, η οποία να επιφέρει προ-καρκινικές δυσπλασίες. Απαιτείται άμεση επαφή με δέρμα ή με βλεννογόνο, των αλλοιώσεων από HPV, για να μεταφερθεί ο ιός (Λιάνας- Σκαρπέλος, 2004). Η απλή μεταφορά του ιού από άτομο σε άτομο δεν είναι συνήθως ικανή να δημιουργήσει φλεγμονή. Πρέπει να υπάρξει τριβή και να προκύψουν μικροτραυματισμοί για να εισχωρήσει ο ιός στο επιθήλιο. Γι' αυτό, η σεξουαλική επαφή (κολπική ή πρωκτική) αποτελεί τον ευκολότερο τρόπο μετάδοσης.

Η διάγνωση του HPV γίνεται με το Τεστ Παπανικολάου καθώς και την τυποποίηση του ιού με HPV DNA TEST το οποίο μας αποκαλύπτει τον φαινότυπο του ιού. Το προφυλακτικό δεν παρέχει ουσιαστική προστασία ενάντια του ιού, αλλά μειώνει τις πιθανότητες μετάδοσής του (Κουμαντάκης – Βογιατζάκης, 1996).

### Έρπης γεννητικών οργάνων

Ο έρπης των γεννητικών οργάνων είναι μια σεξουαλικά μεταδιδόμενη ιογενής νόσος και επηρεάζει το δέρμα ή τις βλεννογόνους μεμβράνες των γεννητικών οργάνων. Η λοίμωξη από έρπη οφείλεται στον ιό του απλού έρπητα (HSV). Υπάρχουν δύο τύποι του απλού έρπητα ο τύπος 1 (HSV-1) και ο τύπος 2 (HSV-2). Συνήθως, ο γεννητικός έρπης οφείλεται στον HSV-2, αν και τα τελευταία χρόνια έχει παρατηρηθεί σημαντική αύξηση στις γεννητικές ερπητικές λοιμώξεις που οφείλονται στον HSV-1 (Σακκάς, 1992).

Ο έρπης μεταδίδεται κατά την διάρκεια της σεξουαλικής επαφής. Είναι πιθανός να μεταδοθεί από την επαφή με το δέρμα που νοσεί και έχει ορατές πληγές, φουσκάλες ή ένα εξάνθημα. Όμως, η μετάδοση γίνεται και όταν κάποιος δεν έχει ορατή πληγή ή ακόμη και αν δεν υπάρχει κανένα σύμπτωμα. Οι HSV-2 μολύνσεις είναι πιο κοινές στις γυναίκες από ότι στους άνδρες (Διαμαντή – Παπασταύρου, 2005).

Τα συμπτώματα στα γεννητικά όργανα περιλαμβάνουν την εμφάνιση μικρών, επίπονων φουσκάλων που είναι γεμάτες με καθαρό ή κιτρινωπό υγρό. Στις γυναίκες

βρίσκονται στα εξωτερικά κολπικά χείλη, στον κόλπο, στον τράχηλο της μήτρας, γύρω από τον πρωκτό και στους μηρούς ή στους γλουτούς. Στους άνδρες βρίσκονται στο πέος, στο όσχεο, γύρω από τον πρωκτό, στους μηρούς ή γλουτούς. Ο έρπης των γεννητικών οργάνων δεν μπορεί να θεραπευτεί. Τα αντιϊκά φάρμακα μπορούν να ανακουφίσουν από τον πόνο και να θεραπεύσουν γρηγορότερα τις πληγές (Διαμαντή – Παπασταύρου, 2005).

### AIDS – HIV

Το Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσοανεπάρκειας (AIDS) είναι μία νόσος του ανθρώπινου ανοσοποιητικού συστήματος που προκαλείται από τον ιό της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV) (Σακκάς, 1992). Η νόσος παρεμβαίνει στο ανοσοποιητικό σύστημα και παρεμποδίζει τη λειτουργία του, κάνοντας τα άτομα με AIDS περισσότερο πιθανά να αποκτήσουν λοιμώξεις. Ο HIV μεταδίδεται πρωταρχικά με τη σεξουαλική επαφή όπως το πρωκτικό, κολπικό ή το στοματικό σεξ (σεξουαλικές επαφές χωρίς προφυλάξεις), τη μετάγγιση αίματος, τις μολυσμένες βελόνες και από τη μητέρα στο παιδί κατά την εγκυμοσύνη ή στον τοκετό. Ο ιός μπορεί να μεταδοθεί επίσης από επαφή ενός βλεννογόνου με ένα σωματικό υγρό που περιέχει τον ιό, όπως αίμα, σπέρμα ή προσπερματικά υγρά και κολπικά υγρά ενός μολυσμένου ατόμου (Λιάνας- Σκαρπέλος, 2004).

Η προφύλαξη από την HIV λοίμωξη πρωταρχικά μέσω του ασφαλούς σεξ και των προγραμμάτων ανταλλαγής συρίγγων και βελονών αποτελεί στρατηγική κλειδί για τον έλεγχο της νόσου. Δεν υπάρχει θεραπεία ίασης ή προληπτικό εμβόλιο. Παρόλα αυτά, η αντιρετροϊκή θεραπεία μπορεί να επιβραδύνει την εξέλιξη της νόσου και να μειώσει τον κίνδυνο θανάτου και επιπλοκών της. Τα άτομα με AIDS έχουν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν διάφορους καρκίνους που προκαλούνται από ιούς (WHO, 2004).

## Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup> : Διακοπή της κύησης – Άμβλωση

### 3.1 Ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη

Το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, η οικογένεια με προβλήματα όπως απουσία πατέρα, οι έφηβοι γονείς, αλλά και η διακοπή του σχολείου από την έφηβη ή η χαμηλή επίδοση της σε αυτό, αποτελούν κάποιους από τους βασικούς παράγοντες κινδύνου που συντελούν στην εμφάνιση της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης. Σε κάποιες περιπτώσεις, όμως, η κύηση αποτελεί επιλογή από τη γυναίκα και αυτό σχετίζεται άμεσα με στοιχεία κουλτούρας και πολιτισμικής κληρονομιάς, τα οποία διέπουν κάποιες κοινωνίες ή κάποιες κοινωνικές ομάδες (Σιέττου & Σαρίδη, 2011). Οι παράγοντες που συντελούν στην αύξηση της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης αποτελούνται από κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες, την οικογένεια, το σχολείο και τη σεξουαλική συμπεριφορά.

#### Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες

Το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο είναι ένας παράγοντας που επηρεάζει ουσιαστικά την επίπτωση μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης (Wilkinson et al, 2006). Σύμφωνα με έρευνες τα υψηλότερα ποσοστά ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης παρατηρούνται κυρίως στις κοινωνικοοικονομικά ασθενέστερες τάξεις και σε περιοχές με υλική και κοινωνική στέρηση (McLeod, 2001). Το γεγονός αυτό οφείλεται στο ότι αυτές οι ομάδες πληθυσμού έχουν ελλιπή γνώση, σε σχέση με τη φυσιολογία της αναπαραγωγής, καθώς και με τη χρήση αντισυλληπτικών. Η πρώιμη έναρξη των σεξουαλικών επαφών αποτελεί ένα παράγοντα κινδύνου για ανεπιθύμητη κίνηση και μπορεί να σχετίζεται και με κοινωνικοοικονομικά κριτήρια (Bailey, 2005). Δηλαδή, οι γυναίκες που προέρχονται από εργατικές τάξεις ξεκινούν νωρίτερα τις σεξουαλικές τους επαφές με το άλλο φύλλο, με αποτέλεσμα να εκτίθενται περισσότερο στον κίνδυνο μιας κύησης (Parathanasiou, 2007). Επίσης, σύμφωνα με έρευνα στην Μ. Βρετανία, διαπιστώθηκε ότι γυναίκες από διαφορετικά κοινωνικά και οικονομικά στρώματα, ενώ αρχικά έβλεπαν την μητρότητα κυρίως αρνητικά, εκείνες οι οποίες που προέρχονταν από τις οικονομικά ασθενέστερες περιοχές, φαίνεται ότι είχαν τις περισσότερες πιθανότητες να συνεχίσουν την



εγκυμοσύνη τους, όταν εκείνη προέκυπτε, σε αντίθεση με εκείνες από τις πιο προνομιούχες οικονομικά περιοχές, οι οποίες τείνουν συχνότερα να υποβάλλονται σε άμβλωση (Wellings et al, 2001).

### Οικογένεια

Η οικογένεια είναι ένας παράγοντας με σημαντική επιρροή στην απόφαση της κοπέλας να οδηγηθεί συνειδητά σε μία επιθυμητή εγκυμοσύνη είτε να προβεί νωρίς στην έναρξη της σεξουαλικής της ζωής. Κορίτσια που έχουν βιώσει την απουσία του πατέρα στην οικογένεια επηρεάζονται από το γεγονός αυτό, με αποτέλεσμα να είναι πιο επιρρεπείς στο να αρχίσουν νωρίτερα τις σεξουαλικές τους επαφές και πολλές φορές αυτό να καταλήξει σε μία ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη (Knight, 2006).

### Σχολείο – Εκπαίδευση

Η εγκατάλειψη της εκπαίδευσης και η αδυναμία ως εκ τούτου, απόκτησης ουσιαστικών προσόντων για μία καλή επαγγελματική αποκατάσταση, αποτελεί παράγοντα κινδύνου ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης (Harden et al, 2009). Σύμφωνα με μελέτη, που διερευνά τη στενή σχέση που υπάρχει ανάμεσα σε έφηβες οι οποίες εγκαταλείπουν το σχολείο και στην επίπτωση της εφηβικής εγκυμοσύνης, φαίνεται ότι ένα ποσοστό 29% από αυτές που είναι σεξουαλικά ενεργές και από όσες εγκαταλείπουν το σχολείο στα 16 τους χρόνια έχουν ένα παιδί στην ηλικία των 17 χρόνων (Wellings et al, 2001). Επιπρόσθετα, έφηβες που εγκαταλείπουν το σχολείο είτε διότι δεν το συμπαθούν είτε έχουν χαμηλή επίδοση σε αυτό ανήκουν σε ομάδα υψηλού κινδύνου να βιώσουν μια εγκυμοσύνη στην εφηβεία (Heavey et al, 2008).

### Σεξουαλική συμπεριφορά – Αντισύλληψη

Τα πρώτα βήματα στη σεξουαλική ζωή είναι συνήθως ανασφαλή και χαρακτηρίζονται από έλλειψη εμπειρίας (Kozinszky & Bartai, 2004). Οι έφηβες δίνουν λιγότερη προσοχή στην αναπαραγωγική τους υγεία με αποτέλεσμα να προτιμούν λιγότερο αξιόπιστες μεθόδους αντισύλληψης. Η μέση ηλικία έναρξης της σεξουαλικής

ζωής και για τα δύο φύλλα είναι αυτή των 16 ετών σύμφωνα με έρευνα στην Μ. Βρετανία (Galavotti & Green, 2006). Επίσης, το όριο έναρξης της εμμηνου ρύσης έχει αλλάξει σε σύγκριση με το παρελθόν και χαρακτηρίζεται από την πρώιμη έναρξη της περιόδου στα κορίτσια, ένα γεγονός που σχετίζεται με την πρώιμη έναρξη των σεξουαλικών επαφών. Αυτή η σεξουαλική δραστηριότητα συχνά επιφέρει προβλήματα όπως εγκυμοσύνη και άμβλωση (Viner & Booy, 2005).

Η πρώτη σεξουαλική επαφή των νέων είναι συνήθως χωρίς τη λήψη προφύλαξης ή γίνεται με ανασφαλή μέτρα. Το χαμηλό επίπεδο γνώσεων σε θέματα αντισύλληψης, προκύπτει τόσο από την έλλειψη σχολικής σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης, όσο και από την έλλειψη επικοινωνίας με την οικογένεια σύμφωνα με μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Ουγγαρία (Kozinszky & Bartai, 2004). Από την μελέτη αυτή συμπεραίνεται ότι, οι νέοι έχουν μεγαλύτερη ανάγκη καθοδήγησης για τη βελτίωση της σεξουαλικής τους συμπεριφοράς. Επίσης για να προληφθεί η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη και η έκτρωση, η οικογένεια, τα ΜΜΕ, το σχολείο και οι επαγγελματίες υγείας, θα πρέπει να βελτιώσουν τη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση (Tripp & Viner, 2005). Στην Ελλάδα η ελλιπής διαπαιδαγώγηση σε θέματα αντισύλληψης, συμβάλλει στο αυξανόμενο ποσοστό των ανεπιθύμητων κυήσεων και αμβλώσεων (Μαυροφόρου και συν, 2004).

### **3.2 Άμβλωση**

Η διαδικασία της άμβλωσης χαρακτηρίζεται ως η διακοπή της κύησης με την αφαίρεση ενός ή περισσότερων εμβρύων από τη μήτρα πριν το έμβρυο γίνει βιώσιμο. Η άμβλωση διακρίνεται στην αυτογενή και την επιδεδιωγμένη (Χανίας, 2016). Η αυτογενής συνήθως οφείλεται στην ανεπάρκεια και την δυσκολία του οργανισμού της γυναίκας να κυοφορήσει το έμβρυο και είναι γνωστή στο κοινό ως αποβολή. Η επιδεδιωγμένη άμβλωση είναι η σκόπιμη αφαίρεση του εμβρύου από τη μήτρα της γυναίκας. Συνήθως, εφαρμόζεται όταν η γυναίκα ή το έμβρυο φέρει κάποιο πρόβλημα υγείας ή μετά από απόφαση της γυναίκας που δεν θέλει να κυοφορήσει.

Η άμβλωση ως πράξη σε πολλές χώρες χαρακτηρίζεται ως φόνος και κατά συνέπεια το άτομο που αποφασίζει να προχωρήσει στη διαδικασία αυτή θεωρείται από πολλά άτομα ως δολοφόνος. Συγκεκριμένα, στην Ιρλανδία και στη Νότια Κορέα η διακοπή της κύησης απαγορεύεται από τον νόμο, ενώ γίνονται εξαιρέσεις σε πολύ ειδικές περιπτώσεις, όπως σε περίπτωση που η σύλληψη έγινε μετά από βιασμό της γυναίκας ή όταν υπάρχει περίπτωση η ζωή της γυναίκας να τεθεί σε κίνδυνο. Αντιθέτως, σε χώρες όπως η Μάλτα, η Χιλή και το Βατικανό, της άμβλώσεις η άμβλωση δεν εξαιρείται για κανένα λόγο, ακόμα και όταν υπάρχει κίνδυνος της ζωής της μητέρας. Αξίζει βέβαια να σημειωθεί ότι σε κάθε πληθυσμό ατόμων, ακόμα και σε χώρες που επικρατεί καθολική απαγόρευση της άμβλωσης, υπάρχουν άτομα που υποστηρίζουν τη συγκεκριμένη διαδικασία ανεξάρτητα από τη νομοθεσία και τη κοινή γνώμη (Χανίας, 2016).

Στην Ελλάδα, το κλίμα που επικρατεί γύρω από το θέμα της τεχνητής διακοπής της κύησης είναι πλέον ελεύθερο και δημοκρατικό. Στη σημερινή κοινωνία η γυναίκα έχει την επιλογή να αποφασίσει αν θέλει να φέρει στον κόσμο ένα παιδί ή να διακόψει τη κύηση με δική της ελευθερία βούλησης. Αυτό το γεγονός όμως δεν σημαίνει απαραίτητα ότι ολόκληρος ο πληθυσμός της χώρας μας συμφωνεί με αυτή την ελευθερία, πολλοί πολίτες διαφωνούν και κατακρίνουν τη διαδικασία. Ο ποινικός κώδικας στο άρθρο 304 επιτρέπει τη διακοπή κύησης μετά από συναίνεση της εγκυμονούσας και του ιατρού, ενώ απαραίτητη κρίνεται η συμμετοχή αναισθησιολόγου. Η άμβλωση θα πρέπει να γίνεται σε οργανωμένη νοσηλευτική μονάδα στις παρακάτω περιπτώσεις:

- \* Εντός των πρώτων 12 εβδομάδων της κύησης σε κάθε περίπτωση.
- \* Εντός των πρώτων 24 εβδομάδων, αν υπάρχουν ενδείξεις ανωμαλιών του εμβρύου.
- \* Εντός των πρώτων 19 εβδομάδων, εάν η σύλληψη οφείλεται σε βιασμό, αποπλάνηση ανήλικης ή αιμομιξίας.
- \* Σε περίπτωση κινδύνου ζωής της μητέρας ή κινδύνου σοβαρής σωματικής ή ψυχικής βλάβης της υγείας της βεβαιωμένος από αντίστοιχο ιατρό (Κεντρική, 2018).

### 3.3 Μέθοδοι πραγματοποίησης της άμβλωσης

Η άμβλωση σαν διαδικασία έχει εξελιχθεί τα τελευταία χρόνια, καθώς οι τεχνικές που χρησιμοποιούνται για να επιτευχθεί έχουν γίνει λιγότερο επίπονες, περισσότερο σύντομες και πιο ασφαλείς σε ότι αφορά τη γυναίκα. Σε παλαιότερες εποχές που η τεχνολογία και η ιατρική δεν είχαν εξελιχθεί ιδιαίτερα, η άμβλωση γινόταν με τη βοήθεια αιχμηρών αντικειμένων στο κόλπο της γυναίκας ή με τη χρήση βοτάνων, ακόμα και με τη χρήση ανθρώπινης δύναμης στο σώμα της γυναίκας με σκοπό το τραυματισμό του εμβρύου. Τεχνικές οι οποίες έκρυβαν πολλούς κινδύνους τραυματισμού της γυναίκας, από ήπιους μέχρι και θανάσιμους.

Σήμερα η τεχνητή διακοπή της κύησης είναι πιο απλή και πλέον η γυναίκα έχει να επιλέξει διάφορες μεθόδους για την επίτευξή της, σύμφωνα βέβαια και με το στάδιο στο οποίο βρίσκεται η κύηση της. Αναλυτικότερα οι μέθοδοι είναι:

#### Η φαρμακευτική μέθοδος

Η συγκεκριμένη μέθοδος είναι η πιο ανώδυνη και μπορεί να εφαρμοστεί από τη πρώτη εβδομάδα της κύησης έως και την ένατη. Σε αυτή την περίπτωση χορηγούνται στην έγκυο δυο διαφορετικά φάρμακα με διαφορά λίγων ωρών, με αποτέλεσμα τη διακοπή της κύησης σχεδόν με φυσικό τρόπο, καθώς η συγκεκριμένη διαδικασία τείνει πολύ στην φυσική αποβολή.

#### Άμβλωση με αναρροφητικό κενού

Η μέθοδος αυτή μπορεί να εφαρμοστεί από την έβδομη έως και την δέκατη-τέταρτη εβδομάδα κύησης. Σε αυτή τη διαδικασία χορηγείται στην έγκυο ελαφριάς μορφής αναισθησία και φαρμακευτική αγωγή η οποία προκαλεί διαστολή στο τράχηλο της μήτρας. Στη συνέχεια, ο ιατρός τοποθετεί εσωτερικά της μήτρας ένα λεπτής διάστασης σωλήνα ο οποίος αναρροφά το έμβρυο. Με την ολοκλήρωση της διαδικασίας γίνεται απόξεση της μήτρας ώστε να καθαριστεί.

### Χειρουργική διαστολή και απόξεση

Η μέθοδος αυτή μπορεί να πραγματοποιηθεί μετά τη δέκατη-πέμπτη εβδομάδα κύησης και ενδέχεται να χρειαστεί παραμονή της γυναίκας στο νοσοκομείο για 24 ώρες ή και παραπάνω. Σε αυτή τη διαδικασία πραγματοποιείται ήπιας μορφής αναισθησία και χορηγείται φαρμακευτική αγωγή στην έγκυο με σκοπό να δημιουργηθεί σύσπαση της μήτρας. Στη συνέχεια με τη βοήθεια ξέστρου (ειδικό μεταλλικό εργαλείο) και απορροφητικού σωλήνα ο ιατρός αφαιρεί το έμβρυο από τη μήτρα της γυναίκας (Μουδιώλης, 2018).

### **3.4 Άμβλωση και σωματικές συνέπειες**

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι με την πρόοδο και την εξέλιξη της επιστήμης επωφελείται και η διαδικασία τεχνητής διακοπής της κύησης, καθώς οι γυναικείοι τραυματισμοί και θάνατοι είναι σχεδόν μηδαμινοί. Αντίθετα, μερικά χρόνια πριν ο τραυματισμός και ο θάνατος της γυναίκας ήταν ένα πολύ συχνό φαινόμενο. Παρ' όλα αυτά η άμβλωση προκαλεί διάφορες επιπτώσεις στην υγεία της γυναίκας. Είναι λογικό μετά από μια τέτοιου είδους διαδικασία να υπάρχουν διάφορες διαταραχές στο σώμα της γυναίκας, ειδικότερα τη πρώτη εβδομάδα μετά τη διαδικασία. Η συχνότερη παρενέργεια είναι η κοιλιακή αιμορραγία που μπορεί να διαρκέσει από μια έως τρεις εβδομάδες και συνοδεύεται από πόνο στο κάτω μέρος της κοιλιάς. Επιπλέον, μπορεί να υπάρξει, σε σπανιότερες περιπτώσεις, διάτρηση της μήτρας που ακολουθείται από έντονο πόνο, σοβαρή κοιλιακή αιμορραγία και πυρετό. Η συγκεκριμένη επιπλοκή θεωρείται από τις πιο σοβαρές της άμβλωσης και εντοπίζεται με υπέρηχο. Επιπλέον, άλλη μια συνέπεια της άμβλωσης μπορεί να είναι η φλεγμονή, η οποία σε προχωρημένο στάδιο μπορεί να οδηγήσει σε απόφραξη των σαλπίνγων, σε ενδομήτριες συμφύσεις και τελικά σε στειρώση.

### 3.4.1 Άμβλωση και ψυχολογικές συνέπειες

Η ψυχολογία της γυναίκας επηρεάζεται ιδιαίτερα μετά από μια τεχνητή διακοπή κύησης, καθώς γίνεται περισσότερο ευάλωτη και χρήζει αναγκαία στήριξη για να ξεπεράσει πιο ανώδυνα την κατάσταση στην οποία βρίσκεται. Οι ψυχολογικές συνέπειες μιας γυναίκας μπορεί να εμφανιστούν πριν ή μετά την άμβλωση. Πριν την άμβλωση η γυναίκα βασανίζεται από τύψεις και εισέρχεται σε μια διαδικασία δεύτερων σκέψεων για το αν είναι ορθή η απόφαση της άμβλωσης. Το άγχος, οι ενοχές και το στρες αποτελούν ένα συνδυασμό που καθορίζει το επίπεδο της ψυχολογικής αδυναμίας της γυναίκας.

Παρόλα αυτά, έχει παρατηρηθεί ότι το μεγαλύτερο ποσοστό ψυχολογικών συμπτωμάτων αφορούν τις γυναίκες που έχουν ήδη πραγματοποιήσει την άμβλωση. Γυναίκες που μετά τη διαδικασία δεν είχαν λάβει την απαραίτητη ψυχολογική υποστήριξη από τα κοντινά τους πρόσωπα αισθάνονταν τύψεις και ενοχές για τη πράξη τους. Επίσης, υπάρχουν περιπτώσεις γυναικών που δεν ήθελαν να προχωρήσουν σε άμβλωση αλλά αναγκάστηκαν λόγω προσωπικών συνθηκών ή λόγω σοβαρών ανωμαλιών του εμβρύου. Ακόμα, οι γυναίκες που το οικογενειακό και φιλικό τους περιβάλλον ήταν ενάντια της άμβλωσης και κατέκρινε την απόφαση πραγματοποίησης της. Ως αποτέλεσμα των παραπάνω συνθηκών και της συναισθηματικής πίεσης είναι η ψυχολογική επιβάρυνση της γυναίκας και οι σωματικές αντιδράσεις του οργανισμού της, όπως ζαλάδες, πονοκέφαλοι, δυσκολία συγκέντρωσης, στομαχικές διαταραχές, ακόμα και κατάθλιψη (Μπαρακάκη & Μπερεδήμα, 2018).

### 3.5 Άμβλωση και νεαρή ηλικία

Η τεχνητή διακοπή της κύησης σε νεαρή ηλικία αποτελεί ένα πολύ σοβαρό φαινόμενο, καθώς μια εφηβική απροσεξία μπορεί να προκαλέσει τραυματικές αλλαγές στη ζωή και τη καθημερινότητα των νέων. Η νεαρή ηλικία αποτελεί τη συχνότερη αιτία διακοπής της κύησης στις μέρες μας, λόγω άγνοιας κινδύνου και έλλειψης γνώσεων. Οι ορμόνες της νεαρής ηλικίας σε συνδυασμό με την έντονη επιθυμία για σεξουαλική επαφή οδηγούν σε μια μη προγραμματισμένη εγκυμοσύνη, με αποτέλεσμα η επιλογή

της άμβλωσης να φαίνεται σωτήρια για εκείνους, ώστε να μην πάρει διαφορετικές διαστάσεις το μέλλον τους (Βαλσάμη, 2017). Επιπλέον, ο φόβος για την αντίδραση του οικογενειακού και φιλικού τους περιβάλλοντος, σε συνδυασμό με την ανασφάλεια για το μέλλον τους φαίνεται να φέρνουν τους νέους σε μια αγχώδη κατάσταση και σε μια απόφαση που είναι μονόδρομος. Καθοριστικό ρόλο έχει η οικονομική εξάρτηση από την οικογένεια τους και η κοινωνική αντίδραση στην τελική απόφαση της άμβλωσης.

Η κύηση στις νεαρές ηλικίες, είτε αυτή καταλήξει σε άμβλωση είτε στη γέννηση μιας νέας ζωής, αποτελεί ένα κοινωνικό ταμπού. Οι περισσότεροι νέοι προχωρούν σε άμβλωση καθώς φοβούνται την αντίδραση των συγγενικών τους προσώπων και της κοινωνίας. Η έλλειψη ενημέρωσης στο θέμα της αντισύλληψης και η έλλειψη στήριξης στην περίπτωση της εγκυμοσύνης στρέφουν τα νεαρά μέλη της κοινωνίας στην απόφαση της άμβλωσης (Χατζημοΐζου, 2016).

Τον κυριότερο ρόλο στο ζήτημα αυτό τον έχει η οικογένεια στην οποία μεγαλώνει το παιδί, η οποία από την αρχή θα πρέπει να χτίσει γερές βάσεις εμπιστοσύνης και να παρέχει στο παιδί τις απαραίτητες γνώσεις για τη σεξουαλική δραστηριότητα. Οι γνώσεις για την αντισύλληψη και τη σεξουαλική συμπεριφορά θα βοηθήσουν το παιδί να προχωρήσει στα πρώτα βήματα της σεξουαλικής του ζωής με ασφάλεια. Με αυτόν τον τρόπο το παιδί θα μπορέσει να αποτρέψει δυσάρεστες καταστάσεις και να προστατέψει τον εαυτό του από διάφορους πιθανούς κινδύνους. Η στήριξη, ο διάλογος και η ασφάλεια είναι τα θεμέλια για μια υγιή σχέση εμπιστοσύνης που θα ωθήσει το παιδί να ρωτήσει και να συμβουλευτεί την οικογένεια του σε περίπτωση που την έχει ανάγκη, χωρίς τον φόβο της απόρριψης ή της κριτικής (Μπαρακάκη & Μπερεδήμα, 2018).

### **3.6 Άμβλωση και ηθική**

Η άμβλωση καθιστά ένα από τα πιο φλεγόμενα ζητήματα στο χώρο της ηθικής. Παρόλο που το ζήτημα έχει πάρει νομικές διαστάσεις και η Ελλάδα έχει νομιμοποιήσει τη τεχνητή διακοπή κύησης από το 1986, το ηθικό σκέλος της συγκεκριμένης διαδικασίας παραμένει αμφιλεγόμενο. Η πραγματικότητα βρίσκεται κάπου στη μέση σχετικά με το εάν είναι μια ορθή ή λανθασμένη πράξη, καθώς είναι μια προσωπική επιλογή. Στη χώρα

μας έχουν καταγραφεί τα υψηλότερα ποσοστά αμβλώσεων σε σύγκριση με άλλες χώρες μεγαλύτερες σε πληθυσμό, όπως η ΗΠΑ. Οι αμβλώσεις ανέρχονται στις 80.000 ετησίως με την πλειοψηφία τους να αφορά εφήβους. Με αφορμή το μεγάλο ποσοστό και λαμβάνοντας υπόψιν τη κοινή γνώμη για το ζήτημα μπορούμε με βεβαιότητα να αναφέρουμε ότι ο πληθυσμός της χώρας μας έχει δυο διαφορετικές κατευθύνσεις σχετικά με την προσέγγιση και την αντιμετώπιση του ζητήματος (Παπαδόπουλου, 2015).

Η πρώτη αφορά στα άτομα που θεωρούν την άμβλωση ως φόνο, καθώς υποστηρίζουν ότι η εγκυμοσύνη είναι η δημιουργία μιας νέας ζωής και κανένας δεν έχει το δικαίωμα να την αποτρέψει. Τα άτομα που ανήκουν σε αυτή την ομάδα αντιμετωπίζουν το έμβρυο ως ανθρώπινο ον που κανείς δεν μπορεί να του στερήσει το δικαίωμα να έρθει στον κόσμο θεωρώντας ότι η δημιουργία μιας νέας ζωής είναι μια ιερή στιγμή που ξεκινάει από τη στιγμή της σύλληψης και ολοκληρώνεται με τη γέννηση. Η επιχειρηματολογία τους βασίζεται στο συναίσθημα θεωρώντας ότι είναι παράνομο να αφαιρείς τη ζωή ενός ανθρώπου, συνεπώς δεν γίνεται να αποκαλείται νόμιμη η αφαίρεση μιας νέας ζωής από το ανθρώπινο σώμα. Συχνά μάλιστα γίνεται συσχετισμός της άμβλωσης με την παιδοκτονία, αναφέροντας ότι κανένα παιδί δεν ευθύνεται για την σύλληψή του, είτε το παιδί βρίσκεται κάποιο χρονικό διάστημα εν ζωή είτε στην πρώτη εβδομάδα κύησης, ο θάνατος του θεωρείται ποινικό αδίκημα.

Από την άλλη πλευρά υπάρχουν τα άτομα που η συλλογική τους σκέψη στρέφεται γύρω από τα δικαιώματα της γυναίκας. Υποστηρίζουν ότι η ζωή ξεκινάει για το έμβρυο όταν βρεθεί έξω από το σώμα της γυναίκας. Επομένως, η γυναίκα θα πρέπει να σκεφτεί και να αναλογιστεί τους πιθανούς κινδύνους που θα μπορούσε να επιφέρει η διαδικασία της άμβλωσης ή η επιλογή της συνέχισης της εγκυμοσύνης. Σε αυτή τη περίπτωση πρωτεύον ζήτημα είναι να εξασφαλιστεί η σωματική και ψυχολογική υγεία της γυναίκας. Η επιχειρηματολογία των ατόμων που είναι υπέρ της άμβλωσης βασίζεται περισσότερο στη λογική από το συναίσθημα. Το έμβρυο δεν θεωρείται ξεχωριστή ζωή, καθώς βασίζεται εξ' ολοκλήρου στο σώμα της γυναίκας, επομένως εκείνη έχει τον απόλυτο έλεγχο και την ευθύνη των πράξεων της. Ως εκ τούτου, είναι δικαίωμά της αν θέλει να τεκνοποιήσει ή όχι (Παπαδόπουλου, 2015).



Η επιλογή της γυναίκας σχετικά με την άμβλωση ή όχι, συχνά επηρεάζεται και από τη στάση του συντρόφου. Το ανδρικό φύλλο χαρακτηρίζεται ως το ισχυρότερο, καθώς οι άνδρες από τη φύση τους είναι ένα σύμβολο προστασίας και δύναμης. Σε καμία περίπτωση, όμως, δεν μπορούμε να αμφισβητήσουμε ότι και οι άνδρες επηρεάζονται από την απόφαση μιας άμβλωσης με τους ίδιους τρόπους όπως οι γυναίκες. Μαθαίνοντας να κρύβουν τα συναισθήματά τους, οι άνδρες πολλές φορές αισθάνονται την ανάγκη να φαίνονται 'δυνατοί' ώστε να μην κλονίσουν περισσότερο την ψυχολογία της γυναίκας (Βιλλιιώτη, 2012). Τι γίνεται όμως όταν έρχεται η απόφαση της άμβλωσης; Ποιος είναι ο ρόλος του συντρόφου; Μπορεί ο σύντροφος να αντιδράσει στην απόφαση της γυναίκας για πραγματοποίηση τεχνητής διακοπής κύησης;

Οι παραπάνω ερωτήσεις μοιάζουν αμφιλεγόμενες, καθώς η απόφαση μιας άμβλωσης σε μια σχέση μπορεί να αποτελέσει το οριστικό τέλος της σχέσης. Για να απαντήσουμε τις ερωτήσεις θα πρέπει να λάβουμε υπόψιν περισσότερες πληροφορίες για το κάθε είδος σχέσης. Παρ' όλα αυτά, εάν η γυναίκα έχει πάρει την απόφαση να προχωρήσει σε άμβλωση, ο σύντροφος της δεν μπορεί να προβεί σε κάποια πράξη ώστε να τη σταματήσει (Βαϊζίδου, 2017). Σε περίπτωση όμως που συμβεί το αντίθετο και η γυναίκα αποφασίσει να γεννήσει το παιδί, ενώ ο σύντροφος επιμένει στην άμβλωση, η γυναίκα έχει το δικαίωμα να προβεί δικαστικά και να απαιτήσει από τον άνδρα να αναλάβει τις εκάστοτε ευθύνες που αφορούν την ανατροφή του παιδιού. Διότι, από τη στιγμή που έρθει στον κόσμο ένα παιδί και οι δυο γονείς έχουν την ευθύνη για την ανατροφή του, ανεξάρτητα από το εάν ο ένας ήταν αντίθετος με τη γέννηση του.

## **Κεφάλαιο 4ο : Μεθοδολογία**

### **4.1 Σκοπός της έρευνας**

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η καταγραφή των σεξουαλικών συμπεριφορών και των ανεπιθύμητων κυήσεων σε φοιτήτριες επιστημών υγείας.

### **4.2 Ερευνητικά ερωτήματα**

Τα σημαντικότερα ερευνητικά ερωτήματα (ΕΕ) αφορούσαν:

1. Ποιες είναι οι πηγές ενημέρωσης για σεξουαλικά θέματα και για τις μεθόδους αντισύλληψης των φοιτητριών;
2. Οι φοιτήτριες χρησιμοποιούν αντισυλληπτικές μεθόδους; Αν ναι ποιές είναι οι συχνότερες;
3. Ποιο είναι το επίπεδο γνώσεων των φοιτητριών σχετικά με τα ΣΜΝ;
4. Σε τι ποσοστό οι φοιτήτριες έχουν κάνει το εμβόλιο του τραχήλου της μήτρας;
5. Οι συμμετέχουσες στην έρευνα έχουν ολοκληρωμένη σεξουαλική επαφή; Αν ναι, σε ποια ηλικία ήταν η πρώτη συνεύρεση;
6. Έχουν εμπειρία εγκυμοσύνης; Αν ναι, ποια ήταν έκβασή της;
7. Ποιες είναι οι αντιλήψεις των φοιτητριών σχετικά με τη διακοπή της κύησης;

### **4.3 Υλικό & Μέθοδοι**

Η έρευνα της παρούσας πτυχιακής εργασίας εκπονήθηκε σε 259 φοιτήτριες του Τμήματος Νοσηλευτικής του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου από τον Δεκέμβριο του 2020 έως και τον Ιανουάριο του 2021. Αποτελεί μελέτη παρατήρησης, συγχρονική (observational/cross-sectional) με συλλογή στοιχείων μέσω δομημένου ερωτηματολογίου.

### **4.4 Συλλογή δεδομένων**

Το ερωτηματολόγιο της παρούσας έρευνας δημιουργήθηκε μετά από τη μελέτη της ελληνικής και της ξενόγλωσσης βιβλιογραφίας και έχει χρησιμοποιηθεί σε ανάλογη

τροποποιημένη μελέτη από τους Κωνσταντινίδης και συνεργάτες (2012). Αποτελείται από 54 ερωτήσεις και χωρίζεται σε 4 μέρη, τα οποία είναι:

- ✓ Δημογραφικά στοιχεία
- ✓ Σεξουαλικές συμπεριφορές
- ✓ Εγκυμοσύνη
- ✓ Απόψεις σχετικά με τη διακοπή κύησης.

Αναπτύχθηκε από τις ερευνήτριες και τον επιβλέπων σε ειδικά διαμορφωμένη διαδικτυακή πλατφόρμα της Google, όπου με ανοικτή πρόσκληση ζητήθηκε να συμπληρωθεί από τις φοιτήτριες του Τμήματος Νοσηλευτικής. Οι ερωτήσεις περιείχαν δικλείδες αποκλεισμού αποκρίσεων που καθόριζαν το βαθμό αξιοπιστίας τους, ενώ υπήρχαν ερωτήσεις διασταυρούμενες για τον έλεγχο της εγκυρότητας αποκρίσεων.

#### **4.5 Ηθική & δεοντολογία**

Η παρούσα έρευνα διερεύνησε ζητήματα σχετικά με τη σεξουαλική συμπεριφορά, τις μεθόδους αντισύλληψης και το ζήτημα των ανεπιθύμητων κυήσεων. Αρχικά ζητήθηκε άδεια από το τμήμα Νοσηλευτικής του ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ. Οι φοιτήτριες ενημερώθηκαν για τα ακόλουθα: Η συμμετοχή των φοιτητριών στην έρευνα θα είναι εθελοντική. Τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα και δεν περιέχουν προσωπικά στοιχεία των φοιτητριών από τα οποία θα μπορούσε να αποκαλυφθεί με οποιοδήποτε τρόπο η ταυτότητα των συμμετεχόντων. Οι απαντήσεις είναι απόλυτα εμπιστευτικές και μόνο τα μέλη της ερευνητικής ομάδας θα έχουν πρόσβαση σε αυτές. Οι απαντήσεις θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς και συγκεκριμένα θα τύχουν ποσοτικής ή/και ποιοτικής επεξεργασίας συνολικά. Η ανωνυμία των συμμετεχόντων και το προσωπικό απόρρητο θα τηρηθεί στο ακέραιο καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας αλλά και μετά το πέρας αυτής, και δεσμεύει τα μέλη της ερευνητικής ομάδας. Οι ερευνήτριες θα είναι στη διάθεση των συμμετεχόντων πριν την έναρξη συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων προκειμένου να απαντήσουν σε πιθανές απορίες καθώς περιλαμβάνονται στο γράμμα ενημέρωσης τα στοιχεία επικοινωνίας τους. Τέλος, κάθε φοιτήτρια πριν τη συμπλήρωση

του ερωτηματολογίου θα συναινούσε με γραπτό έντυπο συγκατάθεσης εντός της πλατφόρμας του ερωτηματολογίου.

#### **4.6 Στατιστική ανάλυση**

Η ανάλυση έγινε με τη χρήση του προγράμματος IBM SPSS 26.0. Ακολούθησαν εκτιμήσεις συχνοτήτων περιγραφικών και δημογραφικών χαρακτηριστικών των 259 φοιτητριών. Για σύγκριση κατανομών συχνοτήτων υπολογίστηκαν αντίστοιχα τα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης (95%ΔΕ) με τεχνικές επαναληπτικών δειγμάτων bootstraps ή και έλεγχοι  $\chi^2$  στην ομοιογένεια ή διαφοροποίηση κατανομής σχετικών συχνοτήτων. Ελέγχθηκε ακόμα η συσχέτιση μέσω της μεθόδου r-Pearson της ηλικίας πρώτης σεξουαλικής επαφής των 204 φοιτητριών Νοσηλευτικής με σεξουαλική δραστηριότητα ως προς τη μόρφωση γονέων, τις τρέχουσες συνήθειες υγείας, την αυτό αξιολόγηση γνώσεων, τους ερωτικούς συντρόφους και τη συχνότητα χρήσης αντισυλληπτικών μεθόδων. Ως αποδεκτό επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε το 0,05.

## Κεφάλαιο 5ο : Αποτελέσματα

### Γενικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων

Από το σύνολο των 259 φοιτητριών Νοσηλευτικής που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα, το 22,4% δήλωσαν πρωτοετείς ή το 23,7% πλέον του 4<sup>ου</sup> έτους (**πίνακας 1**). Η μέση ηλικία τους ήταν τα 21,6 χρόνια ( $\pm 4,6$ ), η πλειοψηφία ή το 61,4% είχαν μόνιμη κατοικία σε πόλη, το 5,0% δήλωσαν έγγαμες, ενώ το 45,9% σε σχέση. Η πλειοψηφία (55,6%) ζουν μόνες, ενώ απασχολούμενες μερικώς δήλωσαν το 1,9% ή ως υπάλληλοι το 22,4%. Στις συνήθειες υγείας, μη καπνίστριες δήλωσαν το 77,6%, καθόλου ή σπάνια κατανάλωση οινοπνεύματος ανέφεραν το 43,3%, καθόλου χρήση ουσιών το 94,2%, ενώ στον συνδυασμό των συνηθειών αυτών με καμία συνήθεια εκτιμήθηκε το 15,4% ενώ και με δύο έως τρεις το 21,7%.

**Πίνακας 1.** Δημογραφικά χαρακτηριστικά και συνήθειες υγείας 259 φοιτητριών Νοσηλευτικής της μελέτης.

		<b>v</b>	<b>%</b>
<b>Έτος φοίτησης</b>	<i>1<sup>ο</sup></i>	58	22,4
	<i>2<sup>ο</sup></i>	51	19,4
	<i>3<sup>ο</sup></i>	28	10,8
	<i>4<sup>ο</sup></i>	61	23,7
	<i>&gt;4<sup>ο</sup></i>	61	23,7
<b>Ηλικία, χρόνια</b>	<i>μέση ηλικία<math>\pm</math>τυπ. αποκλ. (εύρος)</i>	21,6 $\pm$ 4,6 (18-47)	
<b>Περιοχή μόνιμης κατοικίας</b>	<i>πόλη</i>	159	61,4
	<i>κωμόπολη</i>	42	16,2
	<i>χωριό</i>	58	22,4
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>	<i>Ελεύθερη</i>	125	48,3
	<i>Έγγαμη</i>	13	5,0

		<i>Σε σχέση</i>	119	45,9
		<i>Χωρισμένη, διαζευγμένη</i>	2	0,8
<b>Διαμονή</b>		<i>μόνη</i>	144	55,6
		<i>με συγγενικό πρόσωπο</i>	76	29,3
		<i>με σύντροφο-σύζυγο</i>	31	12,0
		<i>συγκατοίκηση</i>	8	3,1
<b>Απασχόληση</b>		<i>άνεργη, σπουδές</i>	196	75,7
		<i>μερική απασχόληση, κατ'οίκον φροντίδα κλπ</i>	5	1,9
		<i>υπάλληλος</i>	58	22,4
<b>Συνήθειες υγείας</b>	<b>Κάπνισμα</b>	<i>όχι</i>	201	77,6
		<i>ναι</i>	58	22,4
	<b>Κατανάλωση οινοπνεύματος</b>	<i>καθόλου</i>	46	17,8
		<i>σπάνια</i>	66	25,5
		<i>σε έξοδο (μπαρ κλπ)</i>	141	54,4
		<i>καθημερινά</i>	6	2,3
	<b>Χρήση ουσιών</b>	<i>καθόλου</i>	244	94,2
		<i>μερικές φορές</i>	13	5,0
		<i>καθημερινά</i>	2	0,8
<b>Συνδυασμός συνηθειών υγείας</b>		<i>καμία</i>	40	15,4
		<i>1</i>	163	62,9
		<i>2-3</i>	56	21,7

Στη μόρφωση ή εκπαίδευση των γονέων τους (**πίνακας 2**), η πλειοψηφία των πατέρων τους ή το 47,5% είναι απόφοιτοι Γυμνασίου-Λυκείου όπως και το 59,0% των μητέρων τους.

Επίσης στο επάγγελμα των γονέων, η πλειοψηφία των πατέρων ή το 41,3% είναι ιδιωτικοί υπάλληλοι όπως και των μητέρων (42,5%).

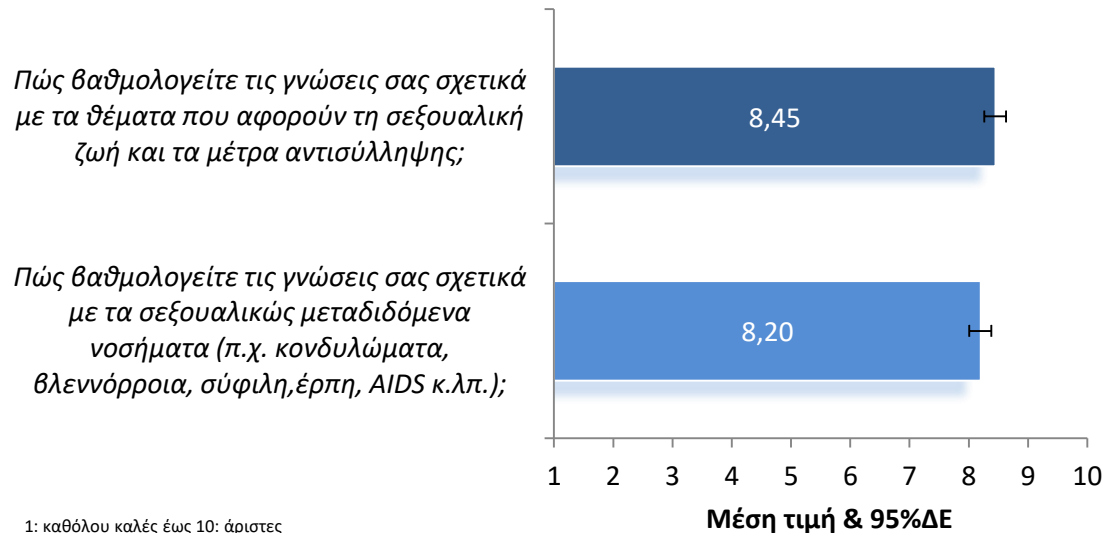
**Πίνακας 2.** Χαρακτηριστικά μόρφωσης και επαγγέλματος γονέων των 259 φοιτητριών Νοσηλευτικής της μελέτης.

			v	%	
<i>Εκπαίδευση γονέων</i>	<b>Πατέρα</b>	<i>έως δημοτικό</i>	39	15,1	
		<i>Γυμνάσιο –Λύκειο</i>	123	47,5	
		<i>Μετά λυκειακή σχολή</i>	7	2,7	
		<i>ΑΕΙ, ΤΕΙ</i>	90	34,7	
	<b>Μητέρας</b>	<i>έως δημοτικό</i>	16	6,2	
		<i>Γυμνάσιο –Λύκειο</i>	153	59,0	
		<i>Μετά λυκειακή σχολή</i>	16	6,2	
		<i>ΑΕΙ, ΤΕΙ</i>	74	28,6	
	<i>Επάγγελμα γονέων</i>	<b>Πατέρα</b>	<i>Άνεργος, συνταξιούχος</i>	33	12,7
			<i>Δημόσιος υπάλληλος</i>	59	22,8
			<i>Ιδιωτικός υπάλληλος</i>	107	41,3
			<i>Ελεύθερος επαγγελματίας, Αγρότης κλπ</i>	60	23,2
<b>Μητέρας</b>		<i>Άνεργη, συνταξιούχος, οικιακά</i>	80	30,9	
		<i>Δημόσιος υπάλληλος</i>	52	20,1	
		<i>Ιδιωτικός υπάλληλος</i>	110	42,5	
		<i>Ελεύθερη επαγγελματίας, Αγρότισσα κλπ</i>	17	6,5	

Σχετικά με την αυτοαξιολόγηση της γνώσης των φοιτητριών για τη σεξουαλική ζωή και τα μέτρα αντισύλληψης και τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, στο **σχήμα 1** δίνονται οι μέσες βαθμολογίες τους σε δύο ερωτήσεις όπως καταχωρήθηκαν από τις ίδιες. Συγκεκριμένα, σε κλίμακα 1-10 όπου 10 δηλώνονται άριστες γνώσεις, «σε θέματα που αφορούν τη σεξουαλική ζωή και τα μέτρα αντισύλληψης» η μέση βαθμολογία τους είναι

8,45 και «σχετικά με τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα» μόλις 8,20, χωρίς να διαφέρουν σημαντικά μεταξύ τους ( $p>0,05$ ). Γενικά λοιπόν, αυτοαξιολογούν σε υψηλό επίπεδο τις γνώσεις τους σχετικά με τα μέτρα αντισύλληψης και τα ΣΜΝ.

**Σχήμα 1.** Βαθμολογία αυτοαξιολόγησης γνώσεων των 259 φοιτητριών της μελέτης σχετικά με τη σεξουαλική ζωή και τα μέτρα αντισύλληψης και τα ΣΜΝ.

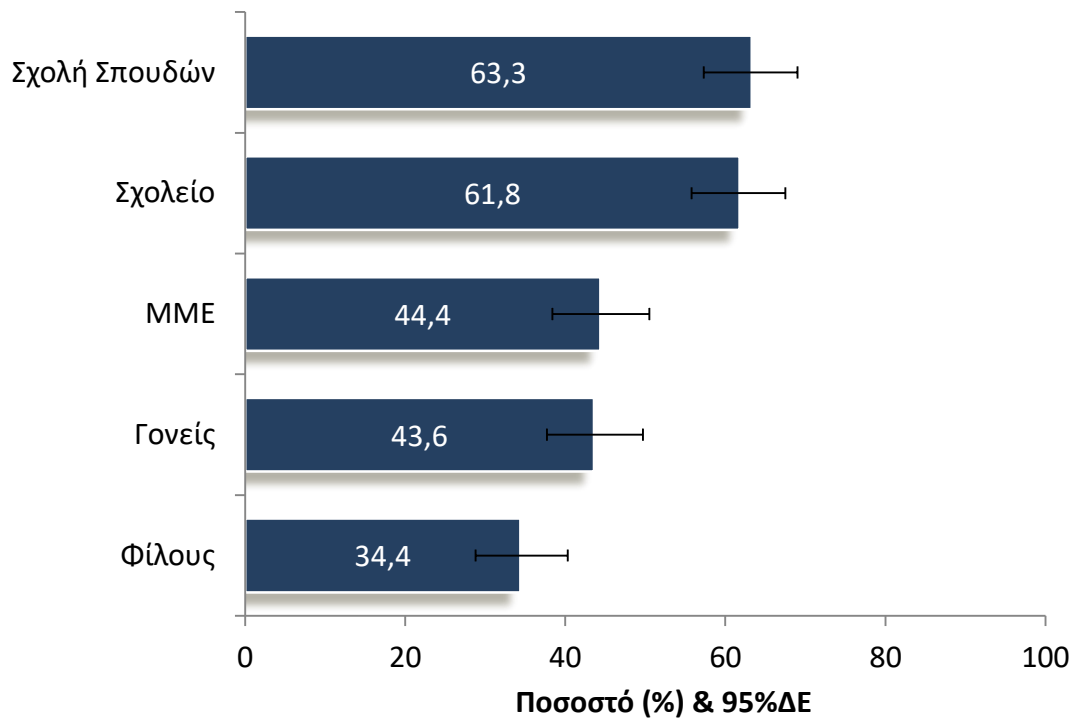


1: καθόλου καλές έως 10: άριστες

Στους τρόπους ή πηγές ενημέρωσης σε θέματα αντισύλληψης (**σχήμα 2**), η πλειοψηφία ή το 63,3% αναφέρει τη Σχολή Σπουδών τους και έπεται χωρίς σημαντική διαφοροποίηση η αναφορά του Σχολείου από όπου αποφοίτησαν με 61,8% ( $p>0,05$ ). Σε σημαντικά χαμηλότερες συχνότητες καταδεικνύονται τα ΜΜΕ (44,4%), οι γονείς (43,6%) και οι φίλοι (34,4%).

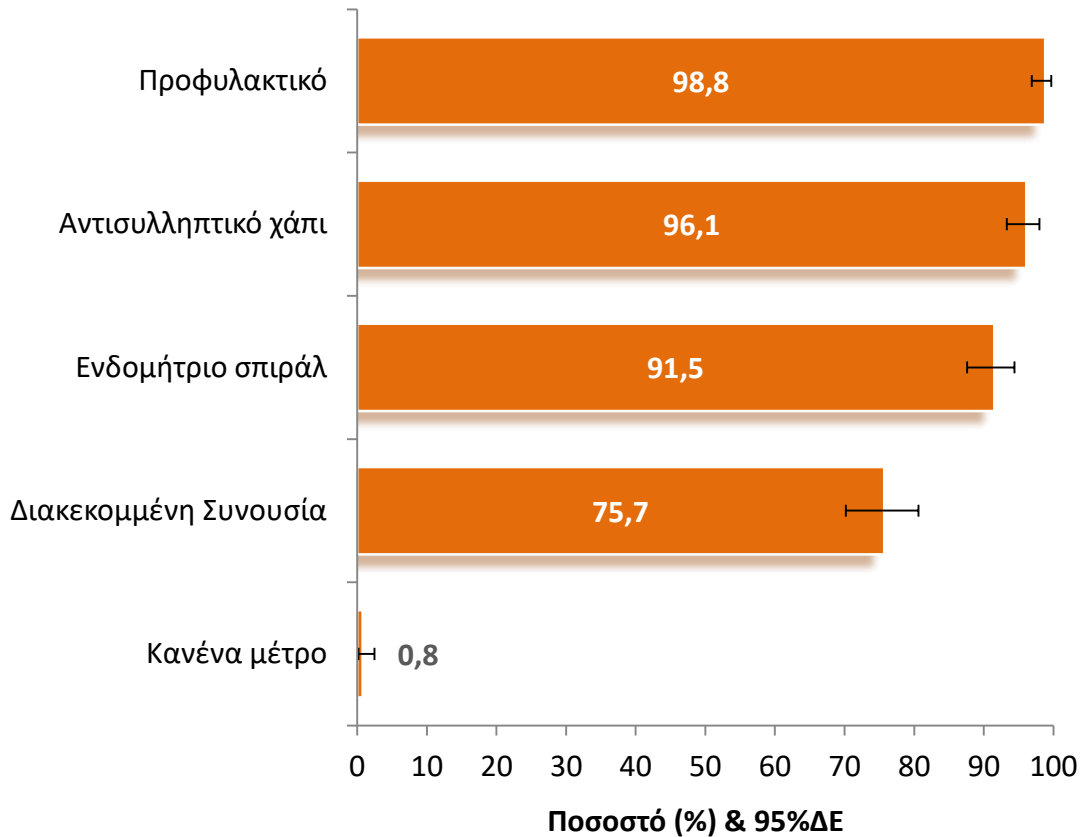


**Σχήμα 2.** Απαντήσεις των φοιτητριών της μελέτης στην ερώτηση «Από που έχετε- κυρίως- ενημερωθεί για θέματα αντισύλληψης;».



Στις μεθόδους αντισύλληψης (**σχήμα 3**), το σύνολο σχεδόν ή το 98,8% αναφέρει ότι γνωρίζει το προφυλακτικό και ακολουθεί σε μη σημαντικά μικρότερη το αντισυλληπτικό χάπι με 96,1% ή το ενδομήτριο σπирάλ με 91,5% ( $p>0,05$ ). Ωστόσο κανένα μέτρο ανέφερε το 0,8%.

**Σχήμα 3.** Απαντήσεις φοιτητριών της μελέτης στην ερώτηση «Ποιες αντισυλληπτικές μεθόδους γνωρίζετε;».

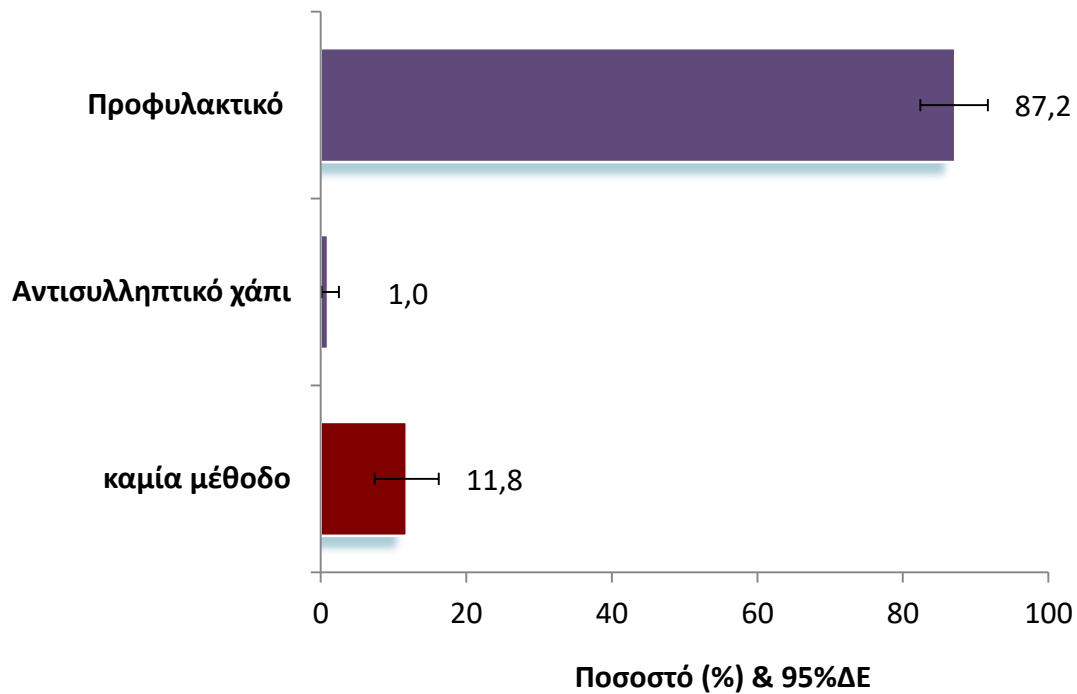


Σε ερωτήσεις σχετικά με τη νόσο από αφροδίσια νοσήματα, εμβολιασμό για HPV και σεξουαλικών επαφών των 259 φοιτητριών Νοσηλευτικής της μελέτης (πίνακας 3), μόλις  $n=31$  ή το 12,0% (95%ΔΕ 8,5-15,8) αναφέρει ότι έχει νοσήσει από κάποιο σχετικό νόσημα εκ των οποίων η πλειοψηφία ή 20 φοιτήτριες (69,0%) καταδεικνύουν τα κονδυλώματα ή μια AIDS-HPV. Σχετικά με τη χορήγηση του εμβολίου για τον HPV, το 66,8% ανέφερε ότι το έχει κάνει,  $n=204$  ή το 78,8% έχει ολοκληρωμένη σεξουαλική επαφή όπου η μέση ηλικία της πρώτης τους ήταν τα 17,6 χρόνια, με εύρος 13 έως 33 ετών. Επιπλέον, την πρώτη τους φορά το 87,2% έκανε χρήση προφυλακτικού (ανδρικού) (σχήμα 4), το 1,0% αντισυλληπτικού χαπιού, ενώ σε σημαντικά μικρότερη συχνότητα ή το 11,8% δεν έκανε χρήση κάποιας μεθόδου αντισύλληψης.

**Πίνακας 3.** Ερωτήσεις νόσου από αφροδίσια νοσήματα, εμβολιασμού για HPV και σεξουαλικών επαφών των 259 φοιτητριών Νοσηλευτικής της μελέτης.

		<b>v</b>	<b>%</b>	<b>95%ΔΕ</b>
<i>Έχετε νοσήσει από κάποιο αφροδίσιο νόσημα (π.χ. βλεννόρροια, κονδυλώματα, σύφιλη, έρπη, AIDS κ.λπ.);</i>	<i>όχι</i>	228	88,0	84,2-91,5
	<i>ναι</i>	31	12,0	8,5-15,8
	<i>AIDS-HPV</i>	1	3,4	
	<i>Κονδυλώματα</i>	20	69,0	
	<i>Έρπη γεννητικών οργάνων</i>	6	20,7	
	<i>ουρεόπλασμα</i>	2	6,9	
<i>Έχετε κάνει το εμβόλιο του HPV (ιός ανθρωπίνων θηλωμάτων - για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας);</i>	<i>όχι</i>	77	29,7	24,3-35,5
	<i>ναι</i>	173	66,8	61,0-72,2
	<i>δεν γνωρίζει</i>	9	3,5	1,5-6,2
<i>Έχετε ολοκληρωμένη σεξουαλική επαφή;</i>	<i>όχι</i>	55	21,2	16,2-26,6
	<i>ναι</i>	204	78,8	73,4-83,8
<i>Σε ποιά ηλικία είχατε την πρώτη σας σεξουαλική επαφή;</i>	<i>μέση ηλικία±τυπ.αποκλ. (εύρος)</i>	17,6±1,8 (13-33)		

**Σχήμα 4.** Απαντήσεις 204 φοιτητριών της μελέτης στην ερώτηση «Την πρώτη φορά ποια μέθοδο αντισύλληψης χρησιμοποιήσατε;».

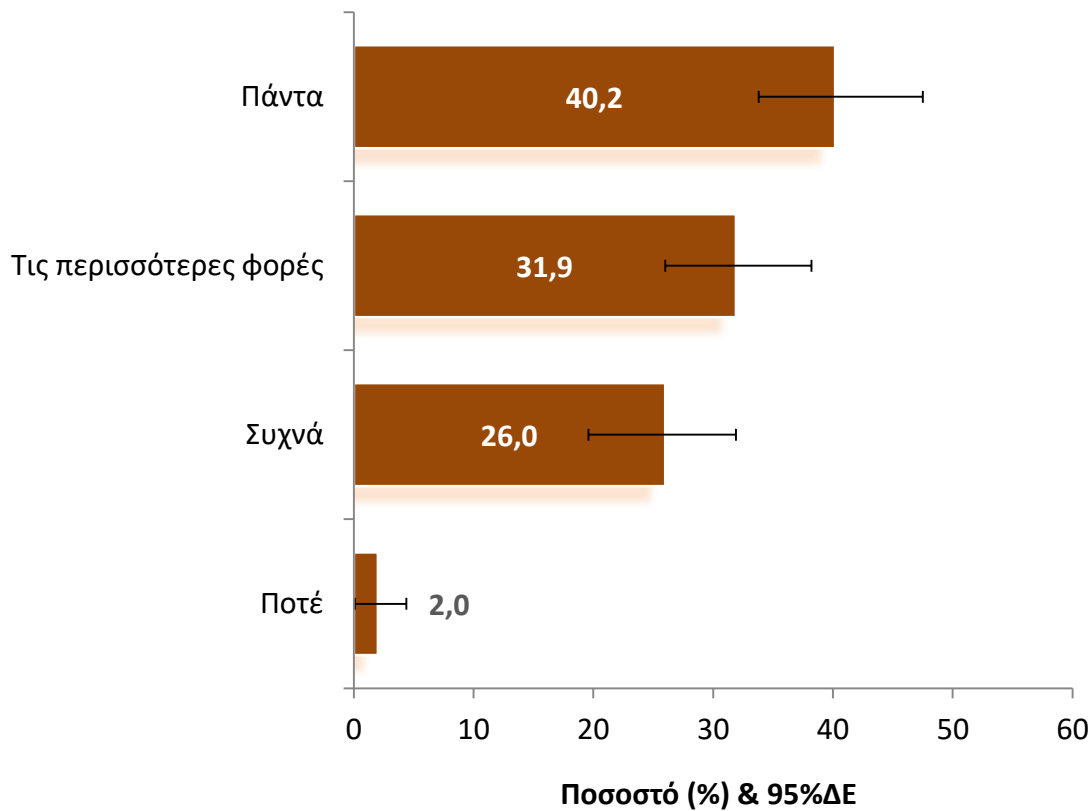


Στον **πίνακα 4** παρουσιάζονται οι συχνότητες κατανομής σε ερωτήσεις που αφορούν τις σεξουαλικές σχέσεις και πρακτικές των 204 φοιτητριών Νοσηλευτικής της μελέτης. Το 10,3% (95%ΔΕ 6,4-15,2) ανέφερε ότι ήταν η πρώτη επαφή ήταν σχέση μιας βραδιάς, το 23,5% ότι γνώριζε το σύντροφο για >1 χρόνο, η επιλογή για επαφή ήταν κοινή για το 87,8% ενώ σημαντικά περισσότερες από τις μισές ή το 59,3% (95%ΔΕ 52,5-66,2) ανέφερε ότι ο σύντροφος τους ήταν μεγαλύτερος ηλικιακά. Η πλειοψηφία επίσης ή το 77,0% είχε τον τελευταίο χρόνο 1-2 ερωτικούς συντρόφους, το 12,3% δεν επισκέφτηκε ποτέ γυναικολόγο, ενώ οι περισσότερες ή το 55,8% επισκέπτεται μια φορά το έτος. Στην περίπτωση ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης στο παρελθόν,  $n=17$  ή το 8,3% των φοιτητριών με σεξουαλικές σχέσεις ανέφερε την ύπαρξή της. Επιπλέον, το 40,2% κάνει «πάντα» χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων κατά τις σεξουαλικές τους επαφές (**σχήμα 5**) ενώ «ποτέ» αναφέρει το 2,0%.

**Πίνακας 4.** Σεξουαλικές σχέσεις και πρακτικές των 204 φοιτητριών της μελέτης με ολοκληρωμένη σεξουαλική επαφή.

		<b>v</b>	<b>%</b>	<b>95%ΔΕ</b>
<b>Η πρώτη σεξουαλική επαφή ήταν σχέση:</b>	μιας βραδιάς	21	10,3	6,4-15,2
	που κράτησε κάποιο χρονικό διάστημα	183	89,7	84,8-93,6
<b>Πόσο καιρό γνωρίζατε τον σύντροφό σας πριν την πρώτη σεξουαλική επαφή;</b>	<1 μήνα	53	26,0	20,1-32,4
	6 μήνες	63	30,9	24,5-37,3
	6 μήνες – 1 χρόνο	40	19,6	14,2-25,0
	>1 χρόνο	48	23,5	17,6-29,4
<b>Η συνέντευξη -κυρίως- ήταν:</b>	επιλογή της	9	4,4	2,0-7,4
	επιλογή του συντρόφου	16	7,8	4,4-11,8
	κοινή επιλογή	179	87,8	83,3-92,2
<b>Ο σύντροφος σας ήταν:</b>	συνομήλικος	76	37,3	30,4-44,1
	μικρότερος	7	3,4	1,0-6,4
	μεγαλύτερος	121	59,3	52,5-66,2
<b>Πόσους ερωτικούς συντρόφους είχατε τον τελευταίο χρόνο;</b>	κανένα	17	8,3	4,9-12,3
	1-2	157	77,0	71,1-82,4
	3-4	21	10,3	6,4-14,7
	>4	9	4,4	2,0-7,4
<b>Κάθε πότε επισκέπτεστε τον γυναικολόγο;</b>	ποτέ	25	12,3	7,8-16,7
	όταν έχει κάποιο πρόβλημα	30	14,7	10,3-20,1
	μια φορά το έτος	114	55,8	49,0-62,3
	μια φορά το εξάμηνο	35	17,2	11,8-22,5
<b>Στο παρελθόν είχατε εμπειρία εγκυμοσύνης;</b>	όχι	187	91,7	87,7-95,1
	ναι	17	8,3	4,9-12,3

**Σχήμα 5.** Απαντήσεις 204 φοιτητριών της μελέτης στην ερώτηση «Στη σεξουαλική σας ζωή πόσο συχνά χρησιμοποιείτε αντισυλληπτικές μεθόδους;».



Σχετικά ωστόσο με τους λόγους χρήσης αντισυλληπτικών μεθόδων (**πίνακας 5**) σημαντικά περισσότερες ή το 77,9% (95%ΔΕ 72,4-83,4) αναφέρουν και τους δυο λόγους, δηλαδή την *αποφυγή εγκυμοσύνης & την προφύλαξη από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα*. Σημειώνεται ωστόσο ότι δεν γίνεται πάντοτε χρήση (n=92), με συνέπεια να υποδεικνύουν και λόγους μη χρήσης όπου ο πιο συχνός από το 77,2% να είναι αναφέρεται ως ο *σταθερός σύντροφος*. Επίσης, στη γενική χρήση μεθόδων αντισύλληψης το 84,2% αναφέρει το προφυλακτικό.

Από τις 17 περιπτώσεις του πίνακα 4 όπου αναφέρθηκαν συμβάματα ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης στο παρελθόν, στον **πίνακα 6** περιγράφονται τα γενικά και ιδιαίτερα

χαρακτηριστικά της συγκεκριμένης εμπειρίας που είχαν οι φοιτήτριες. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχει η συχνότητα συμβαμάτων καθώς από μια εγκυμοσύνη είχαν 9 φοιτήτριες ενώ 4+ είχαν 4 φοιτήτριες. Συνολικά λοιπόν ο αριθμός των ανεπιθύμητων εγκυμοσύνων είναι περίπου 35 από 17 φοιτήτριες ή κατά μέσο όρο 2 ανεπιθύμητες επαναλαμβανόμενες εγκυμοσύνες. Διακοπή συνέβη στις 11 (64,7%), με αποβολή/έκτρωση στις 8, η πλειοψηφία τους ή  $n=6$  ανέφερε ως λόγο τη νεαρή ηλικία, στις 9 περιπτώσεις η απόφαση ήταν δική τους επιλογή, ενώ στις μισές ακολούθησε έντονη ψυχολογική επιβάρυνση. Χώρισαν με το σύντροφο τους το 41,2%, μετάνιωσαν που διέκοψαν το 45,5%, γνώριζαν οι γονείς τους στο 88,2%, ενώ την κύρια ευθύνη αναφέρουν ότι την έχουν και οι δυο στο 64,7%.

Στις αντιλήψεις των 259 φοιτητριών για ζητήματα έκτρωσης (πίνακας 7), περισσότερες ή το 42,5% είναι Υπέρ ενώ δεν έχουν βέβαιη άποψη το 32,4% ( $p>0,05$ ). Το 52,5% θεωρούν ότι η επιλογή είναι κοινή και των δύο, ενώ το 94,6% θεωρούν ότι η ευθύνη της χρήσης αντισύλληψης αφορά επίσης και τους δυο. Πρακτικά ωστόσο, σημαντικά περισσότερες από τις μισές ή το 64,9% θα κατέφευγε στην έκτρωση σε περίπτωση ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης ( $p<0,05$ ) ενώ στους διάφορους λόγους οι περισσότερες ή το 79,6% καταδεικνύουν την ηλικία. Στον αντίποδα, εκείνες που έχουν αντίθετη άποψη (το 35,1% που δεν θα κατέφευγε σε έκτρωση) αναφέρει ως κύριο λόγο σε ποσοστό 91,7% τη συνείδηση τους.

**Πίνακας 5.** Χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων από τις 204 φοιτήτριες της μελέτης με ολοκληρωμένη σεξουαλική επαφή.

		<b>v</b>	<b>%</b>	<b>95%ΔΕ</b>
<i>Αν χρησιμοποιείτε αντισυλληπτικές μεθόδους, για ποιο/ποιους λόγους; <math>n=199</math></i>	<i>Αποφυγή εγκυμοσύνης</i>	33	16,6	11,6-22,1
	<i>Προφύλαξη από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα</i>	11	5,5	2,5-9,0
	<i>Και για τα δύο</i>	155	77,9	72,4-83,4
<i>Αν δεν χρησιμοποιείτε αντισυλληπτικές μεθόδους,</i>	<i>Προσωπική επιλογή</i>	36	39,1	29,3-48,9
	<i>Άγνοια κινδύνου</i>	4	4,3	1,1-8,7

για ποιο/ποιους λόγους;  
 n=92 (πολλαπλές αποκρίσεις)

Σταθερός σύντροφος	71	77,2	68,5-85,9	
Εμπιστοσύνη συντρόφου	45	48,9	38,0-59,8	
Απόκτηση παιδιού	7	7,6	3,3-14,1	
Παρενέργειες από αντισυλληπτικές μεθόδους	4	4,3	1,1-8,7	
Κόστος	3	3,3	0,1-7,6	
<b>Κατά τη σεξουαλική σας επαφή (εκτός από την πρώτη φορά) ποιες από τις παρακάτω αντισυλληπτικές μεθόδους κυρίως χρησιμοποιείτε; n=203 (πολλαπλές αποκρίσεις)</b>	Προφυλακτικό	171	84,2	79,3-88,7
	Αντισυλληπτικό χάπι	14	6,9	3,4-10,8
	Διακεκομμένη συνουσία	1	0,5	0,1-1,5
	Καμία	18	8,9	4,9-12,8

**Πίνακας 6.** Χαρακτηριστικά εμπειρίας από εγκυμοσύνη στο παρελθόν 17 φοιτητριών της μελέτης.

		v	%
<b>Αν είχατε εμπειρία εγκυμοσύνης, πόσες φορές;</b>	1	9	52,9
	2	2	11,8
	3	2	11,8
	4+	4	23,5
<b>Σε ποια ηλικία προέκυψε η πρώτη σας εγκυμοσύνη;</b>	μέση ηλικία±τυπ.αποκλ. (εύρος)	22,7±4,0 (16-30)	
	διακοπή	11	64,7



<b>Ποια ήταν η έκβαση της πρώτης εγκυμοσύνης;</b>	συνέχιση	6	35,3
<b>Με ποια διαδικασία επιτεύχθηκε η διακοπή της κύησης;</b>	χάπι	3	27,3
	αποβολή, έκτρωση	8	72,7
<b>Σε ποιο χώρο υγείας πραγματοποιήθηκε η τεχνητή διακοπή εγκυμοσύνης;</b>	Δημόσιο νοσοκομείο	4	36,4
	Ιδιωτική κλινική	5	45,5
	Ιδιωτικό ιατρείο	1	9,1
	(ήταν αποβολή)	1	9,1
<b>Για ποιους λόγους καταφύγατε στην έκτρωση;</b>	Άγαμη	2	18,2
	Νεαρή ηλικία	6	54,5
	Λόγοι υγείας	2	18,2
	(ήταν αποβολή)	1	9,1
<b>Ποιος πρότεινε τη διακοπή της κύησης;</b>	Δική της επιλογή	9	54,5
	Επιλογή συζύγου-συντρόφου ή κοινή	2	18,2
	ιατρός	1	9,1
	άλλο	2	18,2
<b>Ποια ήταν η συμπεριφορά σας μετά τη διακοπή της κύησης;</b>	Έντονη ψυχολογική επιβάρυνση	6	54,5
	Ομαλή προσαρμογή στην καθημερινότητα	5	45,5
<b>Χωρίσατε με τον σύντροφο/σύζυγο; n=17</b>	ναι	7	41,2
<b>Έχετε μετανιώσει για την επιλογή σας να διακόψετε την εγκυμοσύνη; n=11</b>	ναι	5	45,5
<b>Θα θέλατε να είχε βρεθεί κάποιος να σας αποτρέψει από την πράξη αυτή; n=11</b>	ναι	5	45,5
<b>Γνώριζαν οι γονείς σας για την εγκυμοσύνη; n=17</b>	ναι	15	88,2

<i>Υπήρχε υποστήριξη από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον για την απόφασή σας (όποια και αν ήταν αυτή); n=17</i>	<i>ναι</i>	16	94,1
	<i>Εγώ</i>	4	23,5
<i>Ποιός πιστεύετε ότι είχε την κύρια ευθύνη για την εγκυμοσύνη;</i>	<i>Ο σύντροφος</i>	2	11,8
	<i>Και οι δυο</i>	11	64,7

**Πίνακας 7.** Αντιλήψεις των 259 φοιτητριών της μελέτης σε ζητήματα έκτρωσης.

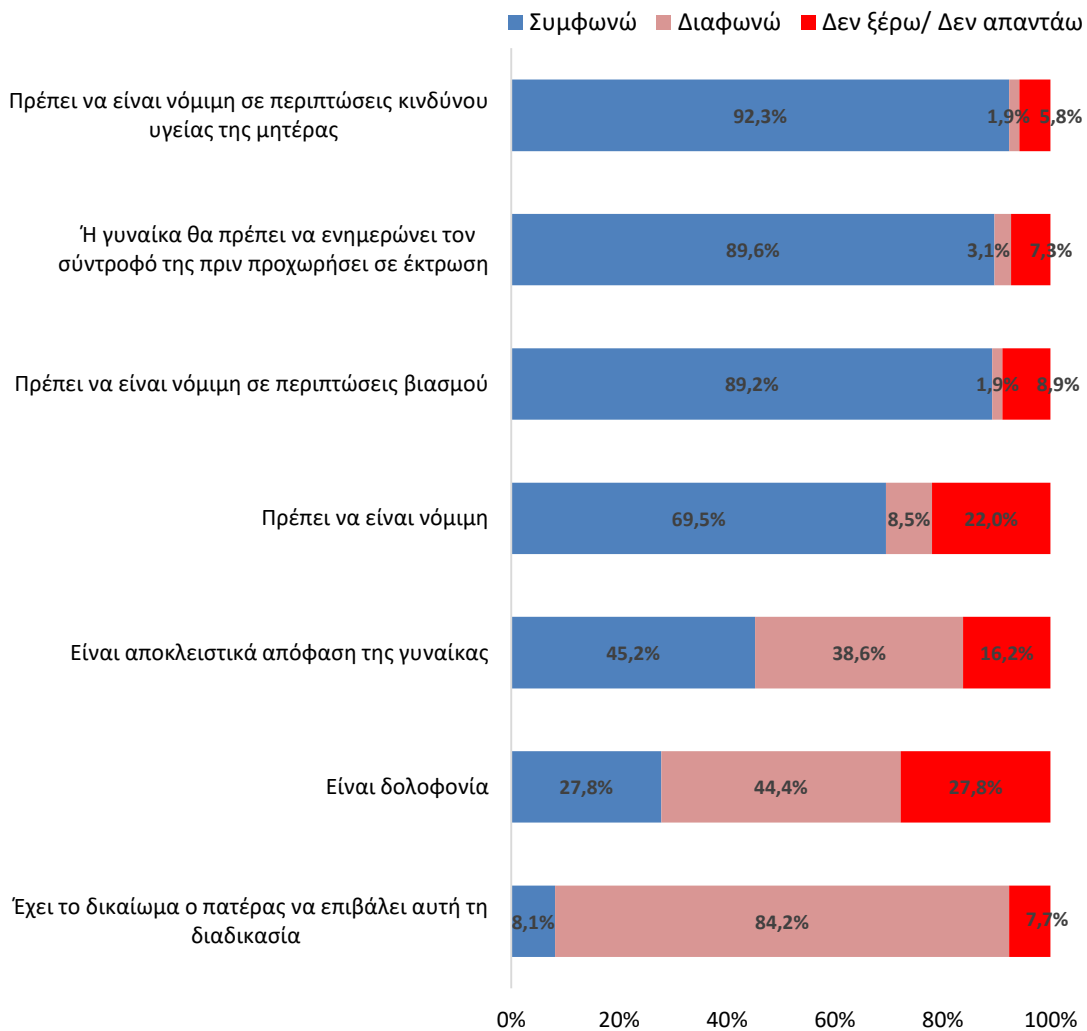
		<b>n</b>	<b>%</b>	<b>95%ΔΕ</b>
<i>Είστε υπέρ ή κατά της έκτρωσης;</i>	<i>Υπέρ</i>	110	42,5	36,7-48,6
	<i>Κατά</i>	65	25,1	19,7-30,1
	<i>Δεν είμαι σίγουρη</i>	84	32,4	26,6-37,8
<i>Η τελική επιλογή για τη διαδικασία της έκβασης της εγκυμοσύνης είναι συνήθως επιλογή:</i>	<i>Του άνδρα</i>	3	1,2	0,1-2,7
	<i>Της γυναίκας</i>	120	46,3	40,6-52,5
	<i>Και των δύο</i>	136	52,5	46,7-58,3
<i>Ποιός έχει την ευθύνη για τη χρήση της αντισύλληψης;</i>	<i>Ο άνδρας</i>	5	1,9	0,4-3,9
	<i>Η γυναίκα</i>	9	3,5	1,5-6,2
	<i>Και οι δύο</i>	245	94,6	91,9-96,9
<i>Θα καταφεύγατε σε έκτρωση σε περίπτωση ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης;</i>	<i>όχι</i>	91	35,1	29,7-41,3
	<i>ναι</i>	168	64,9	58,7-70,3
<i>Αν ΝΑΙ, για ποιόν λόγο;</i>	<i>Κριτική κόσμου</i>	17	10,2	6,0-15,0

<i>n=167</i>	<i>Οικογενειακοί λόγοι</i>	32	19,2	13,2-25,1
	<i>Προβλήματα με τον σύντροφο</i>	49	29,3	22,8-37,1
	<i>Φόβος</i>	67	40,1	32,9-47,9
	<i>Βιασμός</i>	85	50,9	43,7-58,7
	<i>Οικονομικοί λόγοι</i>	93	55,7	48,5-63,5
	<i>Ηλικία</i>	133	79,6	73,7-85,6
<i>Αν ΟΧΙ, για ποιόν λόγο;</i>	<i>Κοινωνικοί λόγοι</i>	17	14,2	8,3-20,8
<i>n=91</i>	<i>Φόβος</i>	21	17,5	10,8-25,0
	<i>Θρησκευτικοί λόγοι</i>	33	27,5	19,2-35,8
	<i>Συνειδησιακοί λόγοι</i>	110	91,7	56,7-95,8

---

Πλέον όμως των συγκεκριμένων αναφορών στις αντιλήψεις τους, στο **σχήμα 6** αποτυπώνεται η συχνότητα συμφωνίας ιεραρχικά σε διάφορες προτάσεις των 259 φοιτητριών για ζητήματα έκτρωσης. Συγκεκριμένα, η μεγαλύτερη συχνότητα συμφωνίας αφορά σε ποσοστό που προσεγγίζει το 90,0% ή περισσότερο, σε θέματα που αφορούν τη νομιμότητα της έκτρωσης όταν κινδυνεύει η υγεία, η σχετική ενημέρωση που πρέπει να έχει ο σύντροφος πριν την έκτρωση ή τη νομιμότητα σε περίπτωση βιασμού. Η μεγαλύτερη διαφωνία αντίθετα σε ποσοστό 84,2% αφορά το δικαίωμα που έχει ο πατέρας να επιβάλλει τη διαδικασία.

**Σχήμα 6.** Συχνότητα συμφωνίας των 259 φοιτητριών της μελέτης σε ζητήματα έκτρωσης.



Ελέγχοντας τέλος ενδεχόμενες συσχετίσεις ή σχέσεις μεταξύ χαρακτηριστικών ή πρακτικών των φοιτητριών σε θέματα σεξουαλικής συμπεριφοράς, διαπιστώνεται σημαντική αύξηση

του ποσοστού με ολοκληρωμένη σεξουαλική επαφή με την αύξηση του έτους φοίτησης (**πίνακας 8**). Συγκεκριμένα, από εκείνες που φοιτούν στο 1<sup>ο</sup> έτος, το 51,7% δήλωσε με ολοκληρωμένη σεξουαλική επαφή έναντι 93,4% εκείνων που βρίσκονται στο >4<sup>ο</sup> ( $p < 0,001$ ). Ανάλογα, από εκείνες που δεν έχουν κάποια από τις συνήθειες επιβάρυνσης της υγείας (κάπνισμα, κατανάλωση οινοπνεύματος, χρήση ουσιών) το 67,8% δήλωσε με ολοκληρωμένη σεξουαλική επαφή έναντι σημαντικά υψηλότερου ποσοστού ή 92,9% εκείνων που έχουν 2-3 συνήθειες ( $p = 0,006$ ) (**πίνακας 9**).

**Πίνακας 8.** Έτος φοίτησης των 259 φοιτητριών Νοσηλευτικής της μελέτης ως προς την ολοκληρωμένη σεξουαλική επαφή.

		<i>Έχετε ολοκληρωμένη σεξουαλική επαφή;</i>			
			<b>όχι</b>	<b>ναι</b>	
		<b>v</b>	<b>%</b>		<b>p-value</b>
<b>Έτος φοίτησης</b>	<i>1<sup>ο</sup></i>	58	48,3	51,7	<0,001
	<i>2<sup>ο</sup></i>	51	31,4	68,6	
	<i>3<sup>ο</sup></i>	28	7,1	92,9	
	<i>4<sup>ο</sup></i>	61	8,2	91,8	
	<i>&gt;4<sup>ο</sup></i>	61	6,6	93,4	

<sup>†</sup>Έλεγχος  $\chi^2$

**Πίνακας 9.** Σχέση συνδυασμού συνθηκών υγείας των 259 φοιτητριών Νοσηλευτικής της μελέτης ως προς την ολοκληρωμένη σεξουαλική επαφή.

		Έχετε ολοκληρωμένη σεξουαλική επαφή;			
			όχι	ναι	
		n	%		p-value
<b>Συνδυασμός συνηθειών υγείας</b>	<i>καμία</i>	40	32,5	67,5	0,006
	<i>1</i>	163	23,3	76,7	
	<i>2-3</i>	56	7,1	92,9	

Έλεγχος  $\chi^2$

Στον **πίνακα 10** τέλος παρουσιάζεται η συσχέτιση της ηλικίας πρώτης σεξουαλικής επαφής των 204 φοιτητριών Νοσηλευτικής της μελέτης ως προς τη μόρφωση γονέων, τις τρέχουσες συνήθειες υγείας, την αυτοαξιολόγηση γνώσεων, τους ερωτικούς συντρόφους και τη συχνότητα χρήσης αντισυλληπτικών μεθόδων. Συγκεκριμένα η πιο πρώιμη ηλικία έναρξης σεξουαλικής επαφής σχετίζεται σημαντικά με την τρέχουσα υιοθέτηση συνηθειών επιβάρυνσης της υγείας ( $r=-0,148$ ,  $p=0,034$ ), με καλύτερες (άριστες) όπως ορίζουν οι ίδιες γνώσεις «σε θέματα που αφορούν τη σεξουαλική ζωή και τα μέτρα αντισύλληψης» ( $r=-0,246$ ,  $p<0,001$ ) ή «σχετικά με τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα» ( $r=-0,189$ ,  $p=0,007$ ), με περισσότερους ερωτικούς συντρόφους στο τελευταίο έτος ( $r=-0,301$ ,  $p<0,001$ ) ή με μικρότερη συχνότητα χρήσης αντισυλληπτικών μεθόδων ( $r=-0,230$ ,  $p=0,001$ ).

**Πίνακας 10.** Συσχέτιση της ηλικίας πρώτης σεξουαλικής επαφής των 204 φοιτητριών Νοσηλευτικής της μελέτης ως προς τη μόρφωση γονέων, τις τρέχουσες συνήθειες υγείας,

την αυτοαξιολόγηση γνώσεων, τους ερωτικούς συντρόφους και τη συχνότητα χρήσης αντισυλληπτικών μεθόδων.

	Ηλικίας πρώτης σεξουαλικής επαφής, χρόνια	
	r-Pearson	p-value
<b>Επίπεδο μόρφωσης του πατέρα</b> <i>(από δημοτικό έως TEI/AEI)</i>	-0,070	0,321
<b>Επίπεδο μόρφωσης της μητέρας</b> <i>(από δημοτικό έως TEI/AEI)</i>	-0,051	0,472
<b>Συνδυασμός συνηθειών υγείας</b> <i>(καμία, 1, 2-3)</i>	-0,148	0,034
<b>Πώς βαθμολογείτε τις γνώσεις σας σχετικά με τα θέματα που αφορούν τη σεξουαλική ζωή και τα μέτρα αντισύλληψης;</b> <i>(1-10, όπου 10:άριστες)</i>	-0,246	<0,001
<b>Πώς βαθμολογείτε τις γνώσεις σας σχετικά με τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (π.χ. κονδυλώματα, βλεννόρροια, σύφιλη, έρπη, AIDS κ.λπ.);</b> <i>(1-10, όπου 10:άριστες)</i>	-0,189	0,007
<b>Πόσους ερωτικούς συντρόφους είχατε τον τελευταίο χρόνο;</b> <i>(κανένα, 1-2, 3-4, &gt;4)</i>	-0,301	<0,001
<b>Στη σεξουαλική σας ζωή πόσο συχνά χρησιμοποιείτε αντισυλληπτικές μεθόδους;</b> <i>(πάντα, τις περισσότερες φορές, συχνά, ποτέ)</i>	-0,230	0,001

## Συζήτηση

Σκοπός της έρευνας ήταν η καταγραφή των σεξουαλικών συμπεριφορών και των ανεπιθύμητων κυήσεων σε φοιτήτριες επιστημών υγείας.

Στην παρούσα έρευνα συμμετείχαν 259 άτομα. Το δείγμα της έρευνας αποτελούνταν από φοιτήτριες επιστημών υγείας του τμήματος νοσηλευτικής. Η ηλικία των φοιτητριών είχε εύρος 18-47 ετών.

Η εκπαίδευση των γονέων του δείγματος βρέθηκε ότι σχετίζεται με την ηλικία έναρξης των σεξουαλικών σχέσεων των φοιτητριών. Σύμφωνα με την έρευνα των Κωνσταντινίδη και συν (2012), οι νέες που είχαν γονείς με χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης άρχισαν νωρίτερα τις σεξουαλικές σχέσεις, σε αντίθεση με τα άτομα των οποίων οι γονείς είχαν υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο. Η διαφοροποίηση αυτή ενδεχομένως να σχετίζεται με το βαθμό ανάπτυξης φιλελεύθερων ή συντηρητικών αντιλήψεων στο στενό οικογενειακό περιβάλλον. Σύμφωνα με τις Μπαρμπαγιάννη και Ζυγά, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο των γονέων αποτελεί εμπόδιο στην ενημέρωση και στην καθοδήγηση των νέων. Αντίθετα, οι Patseadou et al αναφέρουν ότι οι μητέρες δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης παρείχαν καλύτερη ποιοτικά ενημέρωση σε σχέση με τις πιο μορφωμένες. Η ερμηνεία του παράδοξου αυτού ευρήματος στηρίζεται στη μεγαλύτερη πιθανότητα οι γυναίκες αυτές να παραμένουν σπίτι, ασκώντας μεγαλύτερη επίδραση στη διάπλαση του χαρακτήρα των παιδιών.

Στην παρούσα έρευνα οι κύριες πηγές ενημέρωσης στα θέματα σεξουαλικότητας ήταν η σχολή σπουδών, το σχολείο και τα Μ.Μ.Ε. Αντιθέτως, στην έρευνα των Marmot & Cruz et al. (2016), η κύρια πηγή σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης είναι οι φίλοι. Παρατηρούνται διαφορές στις δύο έρευνες καθώς με την πάροδο των ετών τόσο η σχολή σπουδών ή το σχολείο όσο και η οικογένεια συμμετέχουν ενεργά στην ενημέρωση των νέων, ενώ παλαιότερα αντίστοιχα θέματα θεωρούνταν ταμπού. Φαίνεται επίσης, ότι το



διαδίκτυο και τα Μ.Μ.Ε. έχουν εισχωρήσει στην καθημερινή ζωή των νέων και αποτελούν μια σύγχρονη, αλλά όχι πάντα αξιόπιστη πηγή ενημέρωσης.

Όταν οι συμμετέχουσες ρωτήθηκαν για τη σεξουαλική αγωγή και συμπεριφορά τους απάντησαν ότι είναι ικανοποιητική, δηλαδή θεωρούν ότι έχουν τις απαραίτητες θεωρητικές γνώσεις σχετικά με τις μεθόδους αντισύλληψης και την προφύλαξη από ΣΜΝ. Αντίθετα, η έρευνα των Todd & Black (2020) επισημαίνει ότι οι νέες έχουν το χαμηλότερο επίπεδο γνώσεων για τις αντισυλληπτικές μεθόδους και τη χρήση τους και δεν διαθέτουν επαρκείς γνώσεις και δεξιότητες για να προστατευτούν. Το παρόν δείγμα εμφανίζει αυτοπεποίθηση για τις γνώσεις του, ενώ την ίδια στιγμή σε παγκόσμιο επίπεδο οι γνώσεις των νέων αμφισβητούνται. Πιθανότατα, στην παρούσα έρευνα, το υψηλό ποσοστό γνώσεων να οφείλεται και στο γεγονός ότι αποκτούν αρκετές γνώσεις λόγω και του γνωστικού αντικείμενου του τμήματος φοίτησής τους. Η σεξουαλική εκπαίδευση είναι απαραίτητη για τις φοιτήτριες, καθώς τους προσφέρει γνώσεις για τα ΣΜΝ και τις αντισυλληπτικές μεθόδους. Η πλειοψηφία του δείγματος αναφέρει το προφυλακτικό ως τη πιο γνωστή μέθοδο αντισύλληψης και σε ποσοστό 84,6% το χρησιμοποιεί ως την κύρια μέθοδο αντισύλληψης κατά τη σεξουαλική επαφή.

Παρόμοια, σε έρευνα των Cerniauskiene & Bernotaite et al (2016) η πλειοψηφία των γυναικών απάντησε το προφυλακτικό ως την πιο γνωστή μέθοδο αντισύλληψης. Οι κυριότεροι λόγοι λήψης μέτρων αντισύλληψης που αναφέρονται και στις δυο έρευνες, είναι η αποφυγή ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και η προφύλαξη από ΣΜΝ.

Είναι προφανές ότι οι γνώσεις που αποκτούν οι νέες κατά τη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση είναι απαραίτητο να εφαρμόζονται και στην πράξη με κύριο στόχο την αποφυγή μια πρώιμης σεξουαλικής επαφής, και ιδιαίτερα χωρίς τα απαραίτητα μέτρα προφύλαξης, η οποία συμπεριλάβει κινδύνους. Στις ΗΠΑ, ο μέσος όρος ηλικίας για την πρώτη σεξουαλική επαφή είναι τα 17 έτη (Bell & Gardens, 2019). Παρόμοια αποτελέσματα παρατηρούνται και στην παρούσα έρευνα, διαπιστώνοντας σημαντική αύξηση του ποσοστού με ολοκληρωμένη σεξουαλική επαφή με την αύξηση του έτους φοίτησης. Σε άλλη αντίστοιχη ελληνική έρευνα, των Κωνσταντινίδη και συν (2012), στην πρώτη σεξουαλική επαφή χρησιμοποιήθηκε το προφυλακτικό ως μέτρο αντισύλληψης.

Παρόμοια αποτελέσματα έδειξε και η έρευνα των Drago & Ciccarese et al (2016), όπου το 77% των νέων χρησιμοποίησε το προφυλακτικό ως μέθοδο προφύλαξης κατά την πρώτη συνεύρεση.

Σύμφωνα με την ελληνική βιβλιογραφία και την έρευνα του Eurostat (2014) οι αιτίες της πρώιμης σεξουαλικής επαφής είναι πολλές, όπως η ελλιπής σεξουαλική διαπαιδαγώγηση, οι τάσεις μίμησης συμμαθητών τους, η ανάγκη αποδοχής, καθώς και το πλήθος των λανθασμένων ερεθισμάτων που λαμβάνουν από πολύ νεαρή ηλικία μέσω της τηλεόρασης και των υπολογιστών. Ενώ, στην παρούσα έρευνα διαπιστώθηκε πως η αιτία της πρώιμης σεξουαλικής επαφής οφείλεται στην ενημέρωση μέσω διαδικτύου και στο ότι η απόφαση ήταν κοινή, δηλαδή υπήρχε επιρροή από τον σύντροφο.

Η ύπαρξη μεγάλου αριθμού σεξουαλικών συντρόφων σχετίζεται με κίνδυνο σεξουαλικής μετάδοσης λοιμώξεων και αυξάνει την πιθανότητα εμπειρίας εγκυμοσύνης (Vasilenko & Lanza, 2014). Στην παρούσα έρευνα το 77% είχε 1-2 συντρόφους έως και το 10,3% είχε 3-4 συντρόφους. Παρόμοια έρευνα των Vasilenko & Lanza έδειξε ότι μεταξύ νέων ηλικίας 14-25 ετών, άνδρες και γυναίκες φοιτητές, έχουν εξίσου πολλαπλούς συντρόφους.

Σχετικά με την εμπειρία εγκυμοσύνης, στην παρούσα έρευνα το μεγαλύτερο ποσοστό απάντησε αρνητικά. Όμως, δεν μπορούμε να αγνοήσουμε και εκείνες που απάντησαν θετικά. Το 64,7% των φοιτητριών διέκοψε την κύηση και η ηλικία κυμαίνονταν από 13-30 χρονών. Τα αποτελέσματα αυτά συμφωνούν με στοιχεία της Εταιρείας Οικογενειακού Προγραμματισμού (ΕΟΠ), το 22% των κοριτσιών δηλώνει πως έχει μείνει τουλάχιστον μια φορά έγκυος, ενώ, συμφωνά με ερευνά του Αρεταίειου Νοσοκομείου 1 στα 4 κορίτσια ηλικίας 14-17 ετών έχει κάνει έκτρωση.

Σύμφωνα με την έρευνα που δημοσιεύτηκε στο ακαδημαϊκό έντυπο Social & Medicine (2009), η πλειοψηφία των γυναικών δεν μετανιώνει για την απόφαση της άμβλωσης και καταρρίπτει τον μύθο της «συναισθηματικής βλάβης». Ο κυριότερος λόγος που η γυναίκα καταφεύγει σε έκτρωση είναι οι κοινωνικοοικονομικοί λόγοι και η ηλικία. Σχετικά με τη δική μας έρευνα οι φοιτήτριες ναι μεν δεν μετανιώνουν για την πράξη αυτή, αλλά παρατήρησαν έντονη ψυχολογική επιβάρυνση. Επίσης, και στη δική

μας έρευνα το μεγαλύτερο ποσοστό απάντησε την ηλικία ως κύριο λόγο που διέκοψε την κύηση.

Στην παρούσα έρευνα, η πλειοψηφία των φοιτητριών απάντησε ότι είναι υπέρ της έκτρωσης και ότι θα έπρεπε να είναι νόμιμη. Επίσης, η πλειοψηφία θεωρεί ότι η έκτρωση δεν είναι δολοφονία και κατά κύριο λόγο είναι απόφαση της γυναίκας, η οποία θα πρέπει να ενημερώνει τον σύντροφό της αλλά εκείνος δεν μπορεί να επιβάλλει τη διαδικασία αυτή. Σε αντίθεση με έρευνα των Dimoula et al (2017) η πλειοψηφία είναι υπέρ των εκτρώσεων, όμως, παράλληλα πιστεύει ότι είναι δολοφονία. Τέλος, σύμφωνα με την έρευνα τους η πλειοψηφία πιστεύει ότι η έκτρωση δεν θα πρέπει να είναι μόνο απόφασή της γυναίκας αλλά και του άντρα, ο οποίος από πλευράς του μπορεί να αποτρέψει τη διαδικασία της έκτρωσης.

## **Περιορισμοί της έρευνας**

Για να μπορέσει να πραγματοποιηθεί η παρούσα μελέτη και να συνεισφέρει στην έρευνα για τις γνώσεις, σκέψεις και αντιλήψεις για την αντισύλληψη και την έκτρωση, υπήρχαν κάποιες δυσκολίες κατά τη διάρκεια εκπόνησης της. Αρχικά, παρά το γεγονός ότι το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο, υπάρχει η πιθανότητα μη εξασφάλισης ειλικρινών απαντήσεων για το σύνολο των ερωτήσεων, καθώς πρόκειται για ένα ευαίσθητο προσωπικό θέμα, με αποτέλεσμα να υποεκτιμηθεί το πρόβλημα των ανεπιθύμητων κυήσεων. Παρ' όλα αυτά η συμπλήρωση τους μέσω διαδικτυακής εφαρμογής μείωσε την άμεση επαφή με τους συμμετέχοντες και έδωσε μεγαλύτερους βαθμούς ελευθερίας και άνεσης στη συμπλήρωσή τους. Επίσης, τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν μια συγκεκριμένη περίοδο, οπότε αποτυπώνει τις απόψεις των νέων τη δεδομένη χρονική στιγμή και μάλιστα υπό καθεστώς μη λειτουργίας των πανεπιστημίων με φυσική παρουσία. Τέλος, το δείγμα της έρευνας ήταν από συγκεκριμένη ομάδα πληθυσμού που είχε αρκετές γνώσεις λόγω του προγράμματος σπουδών τους. Παρά το γεγονός ότι αρχικά διερευνήθηκε η δυνατότητα συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων και από άλλα τμήματα της σχολής για αύξηση του δείγματος, αλλά και της ποικιλίας των

προγραμμάτων σπουδών, αυτό δεν κατέστη δυνατό λόγω των παρούσων συνθήκων στα πανεπιστημιακά ιδρύματα.

## **Γενικό Συμπέρασμα**

Συμπερασματικά, οι φοιτήτριες αυτοαξιολογούν σε υψηλά επίπεδα τις γνώσεις τους σχετικά με τα μέτρα αντισύλληψης και τα ΣΜΝ. Ως κύριες πηγές ενημέρωσης σε θέματα αντισύλληψης η πλειοψηφία τους αναφέρει τη σχολή σπουδών και έπειτα ακολουθεί το σχολείο, τα Μ.Μ.Ε, οι γονείς και οι φίλοι. Το μεγαλύτερο ποσοστό των φοιτητριών έχει ολοκληρωμένη σεξουαλική επαφή. Οι φοιτήτριες την πρώτη τους φορά έκαναν χρήση προφυλακτικού, ενώ σε σημαντικά μικρότερη συχνότητα δεν έκανε χρήση κάποιας μεθόδου αντισύλληψης. Ωστόσο, διαπιστώθηκε ότι η πλειοψηφία των κοριτσιών λαμβάνει μέτρα αντισύλληψης και οι κυριότεροι λόγοι είναι προς αποφυγή ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και προφύλαξης από ΣΜΝ. Παρόλα αυτά, σε περίπτωση ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης στο παρελθόν οι φοιτήτριες κατέφυγαν σε έκτρωση και ο κυριότερος λόγος ήταν η ηλικία. Τέλος, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος είναι υπέρ των εκτρώσεων και θα κατέφευγε στην έκβαση της σε περίπτωση ανεπιθύμητης κύησης.

## **Προτάσεις**

Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση και η αντισύλληψη θα πρέπει να μελετηθούν και να αντιμετωπιστούν σωστά, ως θέματα που επηρεάζουν καθημερινά όλο και περισσότερους νέους. Οι ερευνητές των κοινωνικών και υγειονομικών επιστημών πρέπει να μελετήσουν όλα τα παραπάνω θέματα και μαζί με τους σχεδιαστές προγραμμάτων να τα υλοποιήσουν. Η παρούσα έρευνα, τέλος, θα μπορούσε να προσφέρει πληροφορίες ώστε να αναπτυχθούν και να εφαρμοστούν δραστηριότητες, και να σχεδιαστούν υπηρεσίες που να ενημερώνουν και να προλαμβάνουν σε θέματα

αντισύλληψης και εκτρώσεων. Πολλοί νέοι, έχουν ανάγκη από διαπαιδαγώγηση, ενημέρωση σχετικά με την αντισύλληψη και οι σχεδιασμοί υπηρεσιών και προγραμμάτων θα πρέπει να αφορούν και τις επαρχιακές πόλεις ή χωριά. Οι νέοι, τέλος, θα πρέπει να έχουν τη δυνατότητα να προσεγγίζουν τις υπηρεσίες οικογενειακού προγραμματισμού και αγωγής υγείας, αλλά το ίδιο και οι ενήλικες, παντρεμένοι ή μη.

Η σεξουαλική συμπεριφορά των νέων, όμως, δεν εξαρτάται μόνο από τους ίδιους. Αν πρέπει να μειωθεί ο αριθμός των εκτρώσεων στη χώρα μας, θα πρέπει να μειωθεί πρώτα απ' όλα ο αριθμός των ανεπιθύμητων κυήσεων, ξεκινώντας από την εφηβική και νεαρή ηλικία. Είναι λοιπόν απαραίτητο να δημιουργηθούν προγράμματα συμβουλευτικής και ενημέρωσης, πρώτα απ' όλα για τους γονείς, οι οποίοι θα πρέπει να αποτελούν τη βασική πηγή διαπαιδαγώγησης των παιδιών. Θα πρέπει οι ίδιοι να είναι καλά ενημερωμένοι, για να μπορέσουν να αναπτύξουν και με τα παιδιά τους σωστή επικοινωνία και σχέση εμπιστοσύνης και να βοηθήσουν με τη σειρά τους στη διαπαιδαγώγησή τους.

## Βιβλιογραφία

### \* Ελληνική βιβλιογραφία

Αβραμίδης Ο. Ιατρική εγκυκλοπαίδεια της γυναίκας. Encyclopedia of pregnancy and birth. Εκδόσεις Αλκυών, Αθήνα 1990.

Αγραφιώτης Δ. Πολιτισμικές Ασυνέχειες. Εκδόσεις Ύψιλον, Αθήνα 1997.

Αθανασίου Ρ. Η κατασκευή του «Ηθικού Εαυτού» μέσα από τις εμπειρίες με σεξουαλικό υλικό στα ΜΜΕ. Πτυχιακή Εργασία, Τμήμα Επικοινωνιών και Διαδικτυακών Σπουδών, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου, 2018.

Αλεξανδράκης Γ. Αντισύλληψη στην Ελλάδα, το πρόβλημα παραμένει. Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τύπο: <http://onibody.gr/alex/index.html>, Πρόσβαση 30/06/2007.

Αντωνίου Ι.Σ. Ερωτικές σχέσεις των νέων και αντιμετώπιση. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: [www.pentapostagma.gr](http://www.pentapostagma.gr), 2016.

Βάζλα Τ.Μ. Σεξουαλική διαπαιδαγώγηση στο σχολείο. Πτυχιακή Εργασία, 2019.

Βαλσάμη Σ. Οι εκτρώσεις στην εφηβική ηλικία και οι αιτίες του κακού. Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τύπο: <https://eleftherostypos.gr/ygeia-epistimi/75455-oi-ektroseis-stin-efibiki-ilikia-kai-oi-aities-toy-kakoy/>, Πρόσβαση 4/2/2017.

Βαιδάκης Ν. Υγεία και σεξουαλική λειτουργία. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής.14(5):518-525, 1997.

Βαϊζίδου Χ. Η ψυχολογική πλευρά της άμβλωσης. Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τύπο: <https://www.animartists.com/2017/11/25/1-126/>, Πρόσβαση 25/11/2017.

Βολιώτη Φ. Επιβιώνουν οι σχέσεις μετά από μια άμβλωση. Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τύπο: [www.taksidipsyxis.blogspot.com](http://www.taksidipsyxis.blogspot.com), 2012.

Διαμαντή Ρ, Παπασταύρου Β. Αντισύλληψη και νέοι. Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. 2:97-117, 2005.

Ευτυχίου Ε. Έμφυλοιρόλοι και ερωτικές σχέσεις: Αναπαραστάσεις Κυπρίων φοιτητών για τη ρομαντική αγάπη. Πτυχιακή Εργασία, 2013.

Θεοδότου Κ. Έρευνα για την υγεία στις διαφυλικές σχέσεις και τη σεξουαλικότητα. Οργανισμός Νεολαίας Κύπρου. Ινστιτούτο Αναπαραγωγικής. Ιατρική Κύπρου, 2006.

Καλαϊτζίδη Ι, Κουριδάκη Ε, Μακρυδάκη Α. Οι γνώσεις, οι στάσεις και οι αντιλήψεις των φοιτητών ΤΕΙ Κρήτης για την αντισύλληψη και την έκτρωση. Πτυχιακή Εργασία, Τμήμα νοσηλευτικής ΤΕΙ Κρήτης, 2014.

Καραμολένγκου Κ. Σεξουαλική αγωγή. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: [www.ephebiatrics.gr](http://www.ephebiatrics.gr), 2006.

Κατσάρη Β. Σεξουαλική συμπεριφορά και τρόπος ζωής των νέων. Διπλωματική Εργασία, 2009.

Κεντρωτή Α. «Πέντε προβλήματα υγείας από τα οποία κινδυνεύετε... εάν δεν κάνετε σεξ». Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τύπο: [www.mama365.gr](http://www.mama365.gr), 2018.

Κουμαντάκης Ε, Βογιατζάκης Ε. Ιατροϊστορική θεώρηση της αντισύλληψης. Εφηβική γυναικολογία- Αναπαραγωγή και εμμηνόπαυση. 8(2):109-113, 1996.

Κουμαντάκης Ε. Έκτρωση- Αντισύλληψη- Εφηβεία. Εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα 1989.

Κρεμαστινού- Κουρέα Τζ. Δημόσια Υγεία: Θεωρία, Πράξη, Πολιτικές. Εκδόσεις Τεχνόγραμμα, Αθήνα 2007.

Κωνσταντινίδης Θ, Σκανδαλάκη Ν, Τζαγκαράκη Ε, Λιναρδάκης Μ. Σεξουαλική συμπεριφορά και πρακτικές αντισύλληψης φοιτητών Νοσηλευτικής. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 29(6):710-719, 2012.

Λιανάς Δ, Σκαρπέλος Α. Γνώση, ενημέρωση και σεξουαλική συμπεριφορά. Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας 2004, 16(3):117-128.

Μαντοπούλου Χ. Σχέσεις των νέων με την οικογένεια τους. Πτυχιακή Εργασία, 2016.

Μουσιώλης Β. Α. Διακοπή κύησης. Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τύπο: [www.embryomedicine.gr](http://www.embryomedicine.gr), 2013.

Μπαγετάνος Γ. Κυριότεροι μέθοδοι αντισύλληψης. Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τύπο: [www.bagetakos.gr/birth.control/antisilipsi.html](http://www.bagetakos.gr/birth.control/antisilipsi.html), 2007.

Μπαρακάκη Μ, Μπερεδήμα Δ. Γνώσεις και αντιλήψεις πρωτοετών φοιτητών νοσηλευτικής για τη σεξουαλική τους συμπεριφορά. Πτυχιακή Εργασία, Τμήμα νοσηλευτικής ΤΕΙ Κρήτης, 2018.

Παναγοπούλου- Κουτνατζή Φ. Η θεσμική διαδρομή της άμβλωσης: Μια ηθικό-συνταγματική προσέγγιση. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2016.

Παπαδόπουλου Θ. Άμβλωση. Πτυχιακή Εργασία, Τμήμα Κοινωνικής Διοίκησης και Πολιτικής Επιστήμης Δημοκράτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, 2015.

Σακκάς Π. Προτιμήσεις στη σεξουαλική συμπεριφορά του ατόμου και παράγοντες που την επηρεάζουν. Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. 8(2):16- 25, 1992.

Στρατηγός Ι, Τζάλα Ε, Χασάπη Β. Επιδημιολογική πορεία επιλεγμένων σεξουαλικώς μεταδιδόμενων νοσημάτων στην Ελλάδα στη διάρκεια των 23 ετών. Ελληνική Επιθεώρηση Δερματολογίας- Αφροδισιολογίας. 11:171-177, 2000.

Τζήλιου Ι. Εφηβεία και συμπεριφορές υψηλού κινδύνου. Πτυχιακή Ερευνητική Εργασία, 2012.

Τζιάντη Α. Το δικαίωμα στην έκτρωση. Εφημερίδα efsyn, 2017.

Τζίμα – Τσιτσικά Ε. Σεξουαλικότητα στην εφηβεία. Επίκαιρα παιδιατρικά θέματα. Παιδιατρική κλινική ΑΠΘ, 2005:63-68.

Τσαγγαρίδης Κ. Πρώτη σεξουαλική επαφή. Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τύπο: [www.paidiatros.com/efivos/sex-education/first\\_sexual](http://www.paidiatros.com/efivos/sex-education/first_sexual), 2010.

Χανίας Α. Α. Το ζήτημα της άμβλωσης και η στάση της κοινωνίας απέναντι σε αυτήν. Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, 2016.

Χριστόπουλος Π. Η έκτρωση στην εφηβεία. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: [www.HealthyLady.gr](http://www.HealthyLady.gr), 2012.

\* Ξένη βιβλιογραφία

Blair M. Sexually Transmitted diseases. Urologic Nursing Journal. 24:467, 2008.

Bosley E, Top 10 Risks for Acquiring STD. Medical review board, 2008.

Cycle Beads. Frequently asked questions. Internet document available, 2009.



Fehring R, Schneider M, Raviele K, Barron M. Efficacy of cervical mucus observations plus electronic hormonal fertility monitoring as a method of natural family planning. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 36(2):152-160, 2007.

Fischer M. Implanon: A new contraceptive implant. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 37(3):361-368, 2008.

Gates W, Raymond E. Vaginal barriers and spermicides In R. Hatcher, J. Trussell, A. Nelson, W. Cates, F. Stewart, D. Kowal. *Contraceptive technology* (19th ed.). New York: Ardent Media, 2007.

Goldberg A, Grimes D. Injectable contraceptives. In R. Hatcher et al. *Contraceptive technology* (19th ed.). New York: Ardent Media, 2007.

Grimes D. Intrauterine devices (IUDs). In R. Hatcher et al. *Contraceptive technology* (19th ed.). New York: Ardent Media, 2007.

Herbert M. Ψυχολογικά προβλήματα εφηβικής ηλικίας. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, 1999.

Hirsch L. Syphilis. Updated Mar. Accessed 19 Sep, 2008.

Houry D, Article on Gonorrhoea. Updated Mar. Accessed 21 Jul, 2008.

Jennings V, Arevalo M. Fertility awareness- based methods. In R. Hatcher et al. *Contraceptive technology* (19th ed.). New York: Ardent Media, 2007.

Kernaghan K. Running a nurse-led Chlamydia testing service. *Nursing Standard Journal*. 21:35-38. Accessed 8 Aug, 2008.

Kirby P, Short I, Collins V. School-based program to reduce sexual risk behaviors: a review of effectiveness. *Public Health Rep*. 109:339-360, 1994.

Kowal D. Coitus interruptus (withdrawal). In R. Hatcher et al. *Contraceptive technology* (19th ed.). New York: Ardent Media, 2007.

Lear D. Sexual communication in the age of AIDS: the construction of risk and trust among young adults. *Soc Sci Med*: 41(9):1311-2, 1995.

Lever K. Emergency contraception: Nurses can empower women. *AWHONN lifelines*. 9(3):218-227, 2005.

Marchbanks P, McDonald J, Wilson H, Folger S, Mandel M, Daling J, et al. Oral contraceptives and risk of breast cancer. *New England Journal of Medicine*. 346(26):2025-2032, 2002.

McManus A, Dhar L. Study of knowledge, perception and attitude of adolescent girls towards STI's/HIV, safer and sex education. *Biomed Central Limited Journal*. 8:12, 2008.

Nanda K. Contraceptive patch and vaginal contraceptive ring. In R. Hatcher et al. *Contraceptive technology (19th ed.)*. New York: Ardent Media, 2007.

Nelson A. Combined oral contraceptives. In R. Hatcher et al. *Contraceptive technology (19th ed.)*. New York: Ardent Media, 2007.

Newberry Y. Implanon: A new implantable contraceptive. *Nursing for Women's Health*. 11(6):607-611, 2007.

Pollack A, Thomas L, Barone M. Female and male sterilization. In R. Hatcher et al. *Contraceptive technology (19th ed.)*. New York: Ardent Media, 2007.

Raymond E. Progestin-only pills. In R. Hatcher et al. *Contraceptive technology (19th ed.)*. New York: Ardent Media, 2007.

Rutherford D. Sex and Relationships, Gonorrhoea. Accessed 20 Jul, 2005.

Stewart F, Trussell J, Van Look P. Emergency contraception. In R. Hatcher et al. *Contraceptive technology (19th ed.)*. New York: Ardent Media, 2007.

Theroux T. Tgehy stereoscopic approach to sterilization. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*. 37(3):356-360, 2008.

Tounas Y, Dimitrakaki C, Antoniou A, Boulamatsis D, Creatsas G. Attitudes and behavior towards contraception among Greek women during reproductive age: a country-wide survey. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 116:190-195, 2004.

Trussell J. Contraceptive efficacy. In R. Hatcher et al. *Contraceptive technology (19th ed.)*. New York: Ardent Media, 2007.

Vaughan VC, Behrman If Litt, Nelson, *Textbook of Pediatrics*. WB Saunders, 1992:28-32.

Warner L, Steiner M. Malecondoms. In R. Hatcheretal. Contraceptive technology (19th ed.). NewYork: Ardent Media, 2007.

World Health Organization (WHO) Department of Reproductive Health and

**«ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΕΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΚΑΙ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΗ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΣΕ  
ΦΟΙΤΗΤΡΙΕΣ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

**1) Έτος Φοίτησης:**

α) 1<sup>ο</sup> έτος  β) 2<sup>ο</sup> έτος  γ) 3<sup>ο</sup> έτος  δ) 4<sup>ο</sup> έτος  ε) >4<sup>ο</sup> έτος

**2) Ηλικία: \_\_\_\_\_**

**3) Τόπος καταγωγής:**

α) Πόλη  β) Χωριό  γ) Κωμόπολη

**4) Οικογενειακή κατάσταση:**

α) Ελεύθερη  β) Σε σχέση  γ) Έγγαμη  δ) Χωρισμένη/ Διαζευγμένη

**5) Επίπεδο μόρφωσης του πατέρα:**

α) Δημοτικό  β) Γυμνάσιο/Λύκειο  γ) Τ.Ε.Ι./Πανεπιστήμιο  δ) Άλλο \_\_\_\_\_

**6) Επάγγελμα του πατέρα:**

α) Άνεργος  β) Δημόσιος υπάλληλος  γ) Ιδιωτικός υπάλληλος  δ) Άλλο \_\_\_\_\_

**7) Επίπεδο μόρφωσης της μητέρας:**

α) Δημοτικό  β) Γυμνάσιο/Λύκειο  γ) Τ.Ε.Ι./Πανεπιστήμιο  δ) Άλλο \_\_\_\_\_

**8) Επάγγελμα της μητέρας:**

α) Άνεργη  β) Δημόσιος υπάλληλος  γ) Ιδιωτική υπάλληλος  δ) Άλλο \_\_\_\_\_

**9) Διαμονή στην πόλη φοίτησης:**

α) Μόνη  β) Με συγγενικό πρόσωπο  γ) Με σύντροφο  δ) Με συμφοιτήτρια/ συμφοιτητή

**10) Είδος απασχόλησης (εργασία):**

α) Άνεργη  β) Δημόσιος υπάλληλος  γ) Ιδιωτικός υπάλληλος  δ) Άλλο \_\_\_\_\_

**11) Πόσα τσιγάρα καπνίζετε ημερησίως;**

- α) Λιγότερα από 5  β) 6- 20  γ) Περισσότερα από 20  δ) Δεν καπνίζω

**12) Κάνετε χρήση αλκοόλ;**

- α) Σε καθημερινή  γ) Μόνο όταν πηγαίνω σε μπαρ ή σε αντίστοιχα μαγαζιά   
β) Πίνω σπάνια  δ) Δεν πίνω

**13) Κάνετε χρήση ουσιών;**

- α)Καθημερινά  β) Μερικές φορές  δ)Καθόλου  ε) Άλλο \_\_\_\_\_

**14) Πώς βαθμολογείτε την ενημέρωσή σας σχετικά με τα σεξουαλικά θέματα και τα μέτρα αντισύλληψης; (1=καθόλου καλή έως 10=άριστη)**

( Κυκλώστε )

1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

**15) Πώς βαθμολογείται τις γνώσεις σας σχετικά με τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (κονδυλώματα, βλεννόρροια, σύφιλη, έρπη, AIDS κ.λπ.);**

( Κυκλώστε )

1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

**16) Από που έχετε -κυρίως- ενημερωθεί για θέματα αντισύλληψης;**

- α) Γονείς  β) Σχολείο  γ) Φίλο  δ) Διαδίκτυο  ε) Μ.Μ.Ε  ζ) Σχολή Σπουδών   
(Μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μια απαντήσεις)

**17) Ποιες από τις παρακάτω αντισυλληπτικές μεθόδους γνωρίζετε;**

- α) Προφυλακτικό  β) Αντισυλληπτικό χάπι  γ) Διακεκομμένη Συνουσία   
δ) Ενδομήτριο Σπιράλ  ε) Όλα τα παραπάνω  ζ) Κανένα μέτρο   
(Μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μια απαντήσεις)

**18) Έχετε νοσήσει από κάποιο αφροδίσιο νόσημα; (π.χ. βλεννόρροια, κονδυλώματα, σύφιλη, έρπη, AIDS κ.λπ.)**

- α) Όχι  β) Ναι

**19) Αν έχετε νοσήσει, ποιο νόσημα ήταν;**

- α) βλεννόρροια  β) κονδυλώματα  γ) έρπης γεννητικών οργάνων   
δ) AIDS  ε) Άλλο: \_\_\_\_\_

**20) Έχετε κάνει το εμβόλιο του HPV (Τραχήλου της Μήτρας);**

- α) Ναι  β) Όχι  γ) Δεν Γνωρίζω

**21) Έχετε ολοκληρωμένη σεξουαλική επαφή;**

- α) Ναι  β) Όχι  (Αν απαντήσετε ΟΧΙ, συνεχίστε στην ερώτηση 47)

22) Σε ποια ηλικία είχατε την πρώτη σας σεξουαλική επαφή; \_\_\_\_\_

23) Την πρώτη φορά ποια μέθοδο αντισύλληψης χρησιμοποιήσατε;

- α) Καμία  γ) Προφυλακτικό  δ) Άλλο: \_\_\_\_\_  
β) Παρότρυνση ή επιρροή από φιλικό περιβάλλον

24) Η πρώτη φορά ήταν:

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

25) Πόσο καιρό γνωρίζατε τον σύντροφο σας πριν την πρώτη σεξουαλική επαφή;

- α) < 1 μήνα  β) 1-6 μήνες  γ) 6 μήνες – 1 χρόνο  δ) > 1 χρόνο

26) Η συνεύρεση ήταν:

- α) Δική μου επιλογή  β) Επιλογή του συντρόφου  γ) Κοινή επιλογή

27) Ο σύντροφος σας ήταν:

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

28) Πόσους ερωτικούς συντρόφους είχατε τον τελευταίο χρόνο;

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

29) Στην σεξουαλική σας ζωή πόσο συχνά χρησιμοποιείτε αντισυλληπτικές μεθόδους;

- α) Πάντα  β) Τις περισσότερες φορές  γ) Συχνά  δ) Ποτέ

30) Αν χρησιμοποιείτε αντισυλληπτικές μεθόδους, για ποιο/ ποιους λόγους;

- α) Αποφυγή εγκυμοσύνης  β) Προφύλαξη από Σ.Μ.Ν  γ) (α) και (β)   
δ) Δεν υπάρχει συγκεκριμένος λόγος

31) Αν δεν χρησιμοποιείτε αντισυλληπτικές μεθόδους, για ποιο/ ποιους λόγους;

- α) Προσωπική επιλογή  β) Άγνοια κινδύνου  γ) Σταθερός σύντροφος   
δ) Εμπιστοσύνη Συντρόφου  ε) Απόκτηση παιδιού  ζ) Κόστος  η) Παρενέργειες

32) Κατά τη σεξουαλική σας επαφή (εκτός από την πρώτη φορά) ποιες από τις παρακάτω αντισυλληπτικές μεθόδους χρησιμοποιείτε;

- α) Καμία  β) Προφυλακτικό  γ) Αντισυλληπτικό χάπι   
δ) Άλλο: \_\_\_\_\_

33) Κάθε πότε επισκέπτεστε τον γυναικολόγο;

- α) Μια φορά το εξάμηνο  γ) Δεν έχω επισκεφτεί ποτέ τον γυναικολόγο   
β) Μια φορά το έτος  δ) Άλλο: \_\_\_\_\_

34) Στο παρελθόν είχατε εμπειρία εγκυμοσύνης;

- α) Όχι  β) Ναι

(Αν επιλέξετε Όχι, συνεχίστε στην ερώτηση 47)

35) Αν είχατε εμπειρία εγκυμοσύνης, πόσες φορές; \_\_\_\_\_

35) Σε ποια ηλικία προέκυψε η πρώτη σας εγκυμοσύνη; \_\_\_\_\_

36) Ποια ήταν η έκβαση της πρώτης εγκυμοσύνης;

α) Διακοπή κύησης  β) Συνέχεια κύησης

(Αν επιλέξατε ΣΥΝΕΧΕΙΑ ΚΥΗΣΗΣ, παραλείψτε τα ερωτήματα 37-46)

37) Με ποια διαδικασία επιτεύχθηκε η διακοπή της κύησης;

α) Χάπι της άμβλωσης  β) Χειρουργείο  γ) Αποβολή  δ) Άλλο: \_\_\_\_\_

38) Σε ποιο χώρο υγείας πραγματοποιήθηκε η τεχνητή διακοπή εγκυμοσύνης;

α) Δημόσιο νοσοκομείο  β) Ιδιωτική κλινική  γ) Ιδιωτικό ιατρείο  δ) Άλλο: \_\_\_\_\_

39) Για ποιους λόγους καταφύγατε στην έκτρωση;

α) Νεαρή ηλικία  β) Ασταθής σχέση με τον σύντροφο  γ) Φόβος  δ) Θρησκευτικοί λόγοι   
ε) Άγαμη  ζ) Άλλο: \_\_\_\_\_

(Μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μια απαντήσεις)

40) Ποιός πρότεινε τη διακοπή της κύησης;

α) Δική μου επιλογή  β) Επιλογή συντρόφου/συζύγου  γ) Επιλογή της οικογένειας   
δ) Επιρροή από το φιλικό περιβάλλον  ε) Κοινή επιλογή  ζ) Άλλο \_\_\_\_\_

41) Ποια ήταν η συμπεριφορά σας μετά τη διακοπή της κύησης;

α) Έντονη ψυχολογική επιβάρυνση  β) Ομαλή προσαρμογή στην καθημερινότητα   
γ) Άλλο: \_\_\_\_\_

42) Χωρίσατε με τον σύντροφο/ σύζυγο;

α) Ναι  β) Όχι

43) Έχετε μετανιώσει για την επιλογή σας να διακόψετε την εγκυμοσύνη;

α) Ναι  β) Όχι

44) Θα θέλατε να είχε βρεθεί κάποιος να σας αποτρέψει από την πράξη αυτή;

α) Ναι  β) Όχι

45) Γνώριζαν οι γονείς σας για την εγκυμοσύνη;

α) Ναι  β) Όχι

46) Υπήρχε υποστήριξη από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον για την απόφασή σας (όποια και αν ήταν αυτή);

α) Ναι  β) Όχι

47) Ποιός είχε την κύρια ευθύνη για την εγκυμοσύνη;

- α) Εγώ  β) Ο σύντροφος  γ) Και οι δύο

48) Είστε υπέρ ή κατά της έκτρωσης;

- α) Υπέρ  β) Κατά  γ) Δεν είμαι σίγουρη

49) Η τελική επιλογή για τη διαδικασία της έκβασης της εγκυμοσύνης είναι συνήθως επιλογή:

- α) Του άντρα  β) Της γυναίκα  γ) Και των δύο

50) Ποιός έχει την ευθύνη για τη χρήση της αντισύλληψης;

- α) Άντρας  β) Γυναίκα  γ) Και οι δύο

51) Θα καταφεύγατε σε έκτρωση σε περίπτωση ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης;

- α) Ναι  β) Όχι

52) Αν Ναι, για ποιον λόγο; (Μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μια απαντήσεις):

- α) Κριτική κόσμου  β) Οικογενειακοί λόγοι  γ) Οικονομικοί λόγοι  δ) Βιασμός   
ε) Προβλήματα με τον σύντροφο  ζ) Φόβος  στ) Ηλικία

53) Αν Όχι, για ποιον λόγο; (Μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μια απαντήσεις):

- α) Θρησκευτικοί λόγοι  β) Κοινωνικοί λόγοι  γ) Φόβος  δ) Συνειδησιακοί λόγοι

54) Σε ποιο βαθμό συμφωνείτε με τα παρακάτω:

Η έκτρωση:	Συμφωνώ	Δεν ξέρω/ Δεν απαντάω	Διαφωνώ
α. Πρέπει να είναι νόμιμη			
β. Πρέπει να είναι νόμιμη σε περιπτώσεις βιασμού			
γ. Πρέπει να είναι νόμιμη σε περιπτώσεις κινδύνου υγείας της μητέρας			
δ. Είναι δολοφονία			
ε. Αποτελεί αμαρτήματα απέναντι στον θεό			
ζ. Είναι αποκλειστικά απόφαση της γυναίκας			
η. Έχει το δικαίωμα ο πατέρας να επιβάλει αυτή τη διαδικασία			
θ. Η γυναίκα θα πρέπει να ενημερώνει τον σύντροφο της πριν προχωρήσει σε έκτρωση			