



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΓΝΩΣΕΩΝ ΚΑΙ ΣΤΑΣΕΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΗ ΚΑΙ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΥΓΕΙΑ
ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΕΝΟΣ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ»**

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΑ ΣΠΟΥΔΑΣΤΩΝ:

ΚΑΡΑΛΑΓΑ ΜΑΡΙΑ
ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ ΑΘΗΝΑ
ΣΦΑΚΙΑΝΟΥ ΑΡΓΥΡΩ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:

ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΡΙΚΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

ΗΡΑΚΛΕΙΟ ΚΡΗΤΗΣ 2022

Βάσει της ισχύουσας νομοθεσίας περί πνευματικής περιουσίας και δικαιωμάτων απαγορεύεται ρητά η μερική ή ολική εκτύπωση, καθώς και η αντιγραφή σε οποιαδήποτε ηλεκτρονική μορφή της παρούσας πτυχιακής εργασίας με τον τίτλο: «ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΓΝΩΣΕΩΝ ΚΑΙ ΣΤΑΣΕΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΗ ΚΑΙ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΕΝΟΣ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ».

Χωρίς την έγγραφη συγκατάθεση ή άδεια των συγγραφέων Καραλάγα Μαρία, Παπαδοπούλου Αθηνά και Σφακιανού Αργυρώ και του επιβλέπων καθηγητή Ρίκο Νικόλαο.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Στη διάρκεια της υλοποίησης της πτυχιακής μας εργασίας , σημαντική ήταν η συνεισφορά του επιβλέποντα καθηγητή μας Ρίκο Νικόλαο, τον οποίο ευχαριστούμε θερμά. Επίσης, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τους συμφοιτητές μας, οι οποίοι αποτέλεσαν καθοριστικό παράγοντα για την ολοκλήρωση της έρευνας της εν λόγω πτυχιακής εργασίας.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

<u>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</u>	6
<u>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</u>	9
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο</u> : ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΑΙ ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	
1.1: ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ.....	9
1.2: ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ.....	10
1.3: ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΩΡΙΜΑΝΣΗ ΚΑΙ ΕΦΗΒΕΙΑ.....	12
1.4: ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΥ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ.....	13
1.5: ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΑΝΔΡΙΚΟΥ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ.....	17
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο</u> : ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ	
2.1: ΟΡΙΣΜΟΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ.....	23
2.2: ΧΛΑΜΥΔΙΑ.....	23
2.3: ΓΟΝΟΡΡΟΙΑ/ΒΛΕΝΝΟΡΡΟΙΑ.....	25
2.4: ΣΥΦΙΛΗ.....	26
2.5: ΙΟΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΘΗΛΩΜΑΤΩΝ (HPV).....	29
2.6: ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β.....	32
2.7: ΈΡΠΗΣ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ.....	33
2.8: ΙΟΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΑΝΟΣΟΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ (HIV).....	34
2.9: ΨΕΙΡΕΣ ΕΦΗΒΑΙΟΥ.....	36
2.10: ΜΟΛΥΣΜΑΤΙΚΗ ΤΕΡΜΙΝΘΟΣ.....	37
2.11: ΚΟΛΠΙΚΗ ΛΟΙΜΩΞΗ.....	39
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο</u> : ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ	
3.1: ΟΡΙΣΜΟΣ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ.....	41
3.2: ΣΤΕΙΡΩΣΗ.....	41
3.3: ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΕΣ ΣΥΣΚΕΥΕΣ.....	43
3.4: ΟΡΜΟΝΙΚΑ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΑ.....	44
3.5: ΜΕΘΟΔΟΙ ΦΡΑΓΜΟΥ.....	49
3.6: ΦΥΣΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ.....	53

3.7: ΑΠΟΧΗ.....	55
3.8: ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΑΞΙΟΠΙΣΤΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ.....	55

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο : ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....</u>	57
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο : ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....</u>	60
<u>ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....</u>	75
<u>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....</u>	78
<u>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α – ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</u>	79
<u>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β – ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ.....</u>	85

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Τόσο τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (ΣΜΝ) όσο και οι μέθοδοι αντισύλληψης είναι μείζονος σημασίας να διερευνηθούν, καθώς και τα δύο επιδρούν αισθητά στην καθημερινότητά μας.

Σκοπός: Η διερεύνηση των γνώσεων και στάσεων των φοιτητών ενός ελληνικού πανεπιστημίου σχετικά με την σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία.

Μεθοδολογία: Η έρευνα είναι μια συγχρονική μελέτη και πραγματοποιήθηκε με την μέθοδο συλλογής δεδομένων, μέσω ενός δομημένου ερωτηματολογίου. Το δείγμα της μελέτης αποτελείται από 123 φοιτητές/τριες του τμήματος νοσηλευτικής του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου. Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με τη χρήση του προγράμματος SPSS.

Αποτελέσματα: Το μεγαλύτερο ποσοστό της ηλικίας ενημέρωσης για τη σεξουαλική υγεία των φοιτητών/τριών ήταν τα 14-18 έτη. Η πρώτη πηγή ενημέρωσης για τα σεξουαλικά ζητήματα των φοιτητών/τριών ήταν οι Δάσκαλοι/Καθηγητές, με ποσοστό 56,9% για τα ΣΜΝ και 42,3% για τα μέτρα αντισύλληψης. Η πλειοψηφία των φοιτητών/τριών δήλωσε ότι συζητούσαν/συμβουλευόντουσαν για τις απορίες τους σε σχέση με τη σεξουαλική υγεία στην πρώιμη ηλικία και μέση εφηβεία τους με τους φίλους τους (49,6%). Στις ερωτήσεις σχετικά με τις γνώσεις σε θέματα σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας οι σωστές και λανθασμένες απαντήσεις ποικίλουν. Το 97,5% του δείγματος δήλωσε ότι είναι απαραίτητο να διδάσκεται το μάθημα της σεξουαλικής αγωγής στο σχολείο και το 31,2% των σεξουαλικά ενεργών φοιτητών/τριών είχαν την πρώτη τους ολοκληρωμένη σεξουαλική επαφή στην ηλικία των 17 ετών. Σε υψηλά επίπεδα βρέθηκε η χρήση μέτρων προφύλαξης κατά την πρώτη σεξουαλική επαφή και συγκεκριμένα η χρήση προφυλακτικού (82,8%). Το 5,5% του δείγματος απάντησε ότι έχει προσβληθεί από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Μεγάλος αριθμός δήλωσε ότι εάν χρειαζόταν πληροφορίες σχετικά με ζητήματα σεξουαλικής υγείας θα απευθυνόταν σε γιατρό ή νοσηλεύτη σε κλινική (60,2%).

Συμπεράσματα: Στην παρούσα πτυχιακή εργασία παρατηρείται ομοιογένεια των γνώσεων μεταξύ των χαρακτηριστικών του δείγματος αλλά εμφανίζονται υψηλότερα επίπεδα γνώσεων στα μεγαλύτερα εξάμηνα. Όσον αφορά όμως τα επίπεδα γνώσεων ανάμεσα σε σεξουαλικά ενεργούς/ές και μη, δεν διαφέρουν σημαντικά. Παρόλα τα ικανοποιητικά αποτελέσματα αναφορικά με τις γνώσεις και στάσεις των φοιτητών για

την αναπαραγωγική και σεξουαλική υγεία, εξακολουθεί να υπάρχει η επιτακτική ανάγκη για την ύπαρξη του μαθήματος της σεξουαλικής αγωγής σε όλες τις βαθμίδες εκπαίδευσης.

Λέξεις-κλειδιά: σεξουαλική υγεία, αντισύλληψη, σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, σεξουαλική ανάπτυξη.

ABSTRACT

Introduction: It is highly important to analyze both sexually transmitted diseases (STDs) and contraceptive methods since they affect noticeably our daily life.

Purpose: A probe about knowledge and attitude of students from a Greek university regarding sexual and reproductive health.

Methodology: The research is a cross-sectional study which was conducted by data collection method, through a structured questionnaire. The control group of the study is composed of 123 students from the nursing department of the Hellenic Mediterranean University. The data statistical analysis was completed with the use of the SPSS program.

Results: The larger percentage of the age that the students were informed about sexual health was found between 14-18 years. The first source of information concerning students' sexual matters was Teachers/Professors, with a percentage of 56,9% about STDs and 42,3% about contraceptive methods. The majority of students stated that they were discussing/ consulting about their queries regarding sexual health during puberty with their friends (49,6%). As for the questions upon their knowledge on sexual and reproductive health issues there's a diversity between correct and incorrect answers. A percentage of 97,5 of the control group believes that it's necessary that the sex education subject to be taught in schools and 31,2% of the sexually active students had their first completed sexual contact in the age of 17 years. The use of protection methods during the first sexual contact was detected in high levels, especially the usage of condoms (82,8%). Only 5,5% of the control group had been infected from sexually transmitted

diseases. Lastly, a great number stated that in case they needed further information upon sexual health matters they would address to a doctor or a nurse (60,2%).

Conclusions: In the present thesis the similarity of the knowledge between features of the students is evident, even though older semesters appear to have higher levels of knowledge. When it comes to knowledge levels among sexually active and inactive students, the difference is insignificant. Contrary to the satisfying results regarding students' knowledge and attitude about reproductive and sexual health, the commanding need of a sex education subject in every degree of education continues to exist.

Key - words: sexual health, contraception, sexually transmitted diseases, sexual development.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα περιλαμβάνουν αυτά που προκαλούνται από βακτήρια, χλαμύδια, ιούς, μύκητες, πρωτόζωα και παράσιτα. Μεταδίδονται από το στόμα, τα γεννητικά όργανα, την ουρήθρα, τον πρωκτό, το ορθό και το δέρμα. Οι γνώσεις και οι στάσεις των φοιτητών τόσο για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα όσο και για ένα εξίσου σημαντικό θέμα, την αντισύλληψη, είναι μείζονος σημασίας να διερευνηθούν, καθώς και τα δύο αποτελούν ένα διαρκώς αυξανόμενο πρόβλημα. Αντισύλληψη είναι τα προληπτικά μέτρα που χρησιμοποιεί ένα ζευγάρι για να αποφύγει μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. Με άλλα λόγια, είναι μέθοδοι, τεχνικές ή φυσικές, που εμποδίζουν τη σύλληψη, δηλαδή την γονιμοποίηση του ωαρίου από το σπερματοζωάριο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: Σεξουαλική ανάπτυξη και ανατομία του αναπαραγωγικού συστήματος

1.1: Προγεννητική Ανάπτυξη

Παρόλο που χρησιμοποιούμε τους όρους ανάπτυξη και εξέλιξη συχνά μαζί, έχουν διαφορετικούς ορισμούς και έννοιες. Ανάπτυξη είναι η αύξηση του φυσικού μεγέθους ενός συνόλου ή η αύξηση του αριθμού και του μεγέθους των κυττάρων οποιουδήποτε από τα μέρη του. Η ανάπτυξη έχει τη δυνατότητα να υπολογιστεί ευκολά και λεπτομερώς. Παραδείγματος χάριν, είναι ευρέως διαδεδομένο ότι τα βρέφη αναπτύσσονται γρήγορα κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους της ζωής. Ειδικότερα, με

τον προσδιορισμό των αλλαγών του βάρους και του μήκους αυτή η ανάπτυξη μπορεί να μετρηθεί εύκολα. Αξιοσημείωτη είναι η διαφορά στο μέγεθος ενός νεογέννητου και ενός βρέφους 12 μηνών.

Η εξέλιξη είναι μια πιο σύνθετη και λεπτή έννοια. Ειδικότερα θεωρείται μια συνεχής, ομαλή σειρά συνθήκων η οποία οδηγεί σε δραστηριότητες, νέα κίνητρα για δραστηριότητες και μοτίβα συμπεριφορών.

Η σεξουαλική ανάπτυξη αρχίζει από τη σύλληψη, όταν η ένωση ενός ωαρίου και ενός σπερματοζωαρίου καθορίζει το γενετικό φύλο.

Το ωάριο της μητέρας φέρει μόνο ένα Χ χρωμόσωμα ενώ κάθε ένα από τα σπερματοζωάρια του πατέρα φέρει ένα Χ ή Υ χρωμόσωμα. Στην περίπτωση που ένα σπερματοζωάριο που φέρει το χρωμόσωμα Χ γονιμοποιεί ένα ωάριο, προκύπτει ένα θηλυκό παιδί. Εάν ένα σπερματοζωάριο που φέρει χρωμόσωμα Υ γονιμοποιεί ένα ωάριο, το γενετικό φύλο του παιδιού είναι αρσενικό.

Παρόλο που το γενετικό φύλο προσδιορίζεται κατά τη σύλληψη, τα αναπαραγωγικά συστήματα ανδρών και γυναικών είναι παρόμοια (σεξουαλικά αδιαφοροποίητα) κατά τις πρώτες 6 εβδομάδες της προγεννητικής ζωής. Οι διαφορές μεταξύ των δυο φύλων εμφανίζονται στις εσωτερικές δομές, κατά την 7^η εβδομάδα. Μέχρι την 9^η εβδομάδα τα εξωτερικά γεννητικά όργανα φαίνονται παρόμοια, τότε και αυτές οι εξωτερικές δομές αρχίζουν να αλλάζουν. Σε περίπου 12 εβδομάδες ολοκληρώνεται η διαφοροποίηση των εξωτερικών σεξουαλικών οργάνων.

Οι ωοθήκες και οι όρχεις εκκρίνουν, κατά την εμβρυική ζωή, τις βασικές ορμόνες τους, τα οιστρογόνα και την τεστοστερόνη, αντίστοιχα. Η τεστοστερόνη προκαλεί την ανάπτυξη των ανδρικών σεξουαλικών οργάνων και των εξωτερικών γεννητικών οργάνων και η απουσία της οδηγεί σε γυναικεία χαρακτηριστικά. Αν και η εμβρυϊκή ωοθήκη εκκρίνει οιστρογόνα, παρόλα αυτά η ορμόνη δεν είναι απαραίτητη για την έναρξη της ανάπτυξης των γυναικείων αναπαραγωγικών δομών. Η τάση της προγεννητικής σεξουαλικής ανάπτυξης ορίζει την ύπαρξη γυναικείων δομών εκτός αν υπάρχει το χρωμόσωμα Υ. Εάν απουσιάζει ένα κρίσιμο μέρος του χρωμοσώματος Υ, ένα θηλυκό και όχι ένα αρσενικό θα δημιουργηθεί από τη σύνθεση του γενετικού χαρακτηριστικού XY. (McKinney et. al., 2020)

1.2: Παιδική ηλικία

Οι σεξουαλικοί αδένες κοριτσιών και αγοριών είναι ανενεργοί κατά τη βρεφική και παιδική ηλικία. Στη σεξουαλική ωριμότητα, ο υποθάλαμος διεγείρει την πρόσθια υπόφυση για να παράγει ορμόνες που θα διεγείρουν την παραγωγή φυλετικών ορμονών από τις γονάδες (αναπαραγωγικοί ή σεξουαλικοί αδένες). (McKinney et. al., 2020)

Σύμφωνα με τον Freud κατά τη βρεφική ηλικία, η σεξουαλική συμπεριφορά φαίνεται να εστιάζει γύρω από το στόμα, την πιο ερωτογενή περιοχή του βρεφικού σώματος. Συγκεκριμένα τα βρέφη αντλούν ικανοποίηση από το πιπίλισμα και την εξερεύνηση αντικειμένων βάζοντάς τα στο στόμα τους. Κατά την πρώιμη παιδική ηλικία, όταν η εκμάθηση της τουαλέτας αποτελεί μια σημαντική αναπτυξιακή αποστολή, οι αισθήσεις φαίνεται να μετακινούνται από το στόμα προς τον πρωκτό. Οι ψυχαναλυτές παρατηρούν μια αίσθηση ελέγχου και αυτονομίας να αναπτύσσεται καθώς λειτουργεί το σώμα του παιδιού.

Το ενδιαφέρον για τα γεννητικά όργανα (φαλλικό στάδιο) αρχίζει κατά τη διάρκεια των προσχολικών ετών. Τα παιδιά είναι περίεργα για τις ανατομικές διαφορές, τον τοκετό και τη σεξουαλικότητα. Επίσης σε αυτήν την ηλικία τα παιδιά συχνά κάνουν πολλές ερωτήσεις και χωρίς αναστολές εμφανίζουν τα δικά τους σεξουαλικά όργανα. Συχνά τα παιδιά αυνανίζονται, προκαλώντας έτσι τις περισσότερες φορές μεγάλη ανησυχία στους γονείς. Παρόλο που δεν είναι καθολικό, το φαινόμενο που ορίζεται από τον Freud ως το Οιδιπόδειο Σύμπλεγμα στα αγόρια και το Σύμπλεγμα της Ηλέκτρας στα κορίτσια, παρατηρείται σε παιδιά προσχολικής ηλικίας. Θεωρείται φυσιολογική συμπεριφορά αυτή η κτητικότητα του παιδιού για τον γονέα του αντίθετου φύλου, όπως και το αυξημένο ενδιαφέρον για το σεξ. Για να επιλύσει αυτά τα έντονα σεξουαλικά συναισθήματα, το παιδί προσχολικής ηλικίας ταυτίζεται όλο και περισσότερο με τον γονέα του ίδιου φύλου.

Ο Freud χαρακτηρίζει την περίοδο σχολικής ηλικίας ως στάδιο αδράνειας, καθώς η σεξουαλικότητα είναι λιγότερο εμφανή στην καθημερινότητα του παιδιού. Οι φίλοι και οι ομάδες του ίδιου φύλου επιδρούν στη ζωή του παιδιού στο σχολείο. Συνήθως τα μικρότερα παιδιά σχολικής ηλικίας αρνούνται να παίξουν με παιδιά του αντίθετου φύλου, ενώ τα παιδιά προεφηβικής ηλικίας επιθυμούν περισσότερο τη παρέα παιδιών του αντίθετου φύλου. (McKinney et. al., 2020)

1.3: Σεξουαλική ωρίμανση και εφηβεία

Ως εφηβεία ορίζεται η περίοδος της ζωής από την ηλικία των 10 έως 15ετών περίπου και αναφέρεται στην περίοδο κατά την οποία τα αναπαραγωγικά όργανα καθίστανται πλήρως λειτουργικά. Η εφηβεία χαρακτηρίζεται από μια σειρά αλλαγών που γίνεται αρκετά χρόνια, κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας και της πρώιμης εφηβείας. (Marieb et. al., 2018)

Αλλαγές των Γυναικών κατά την Εφηβεία

Καθώς ένα κορίτσι ωριμάζει, η πρόσθια υπόφυση εκκρίνει αυξανόμενες ποσότητες FSH και LH σε απόκριση στην υποθαλαμική έκκριση GnRH. Ειδικότερα οι ορμόνες αυτές της υπόφυσης διεγείρουν την έκκριση οιστρογόνων και προγεστερόνης από τις ωοθήκες, με αποτέλεσμα την ωρίμανση των αναπαραγωγικών οργάνων και του μαστού και στην ανάπτυξη δευτερογενών χαρακτηριστικών του φύλου, όπως οι μασχालιαίες και ηβικές τρίχες.

Στα κορίτσια οι πρώτες αξιοσημείωτες αλλαγές της εφηβείας αρχίζουν κατά την ηλικία των 8 έως 13 ετών, με την ανάπτυξη του στήθους. Καταρχάς, η θηλή αναπτύσσεται και η θηλαία άλως που περιβάλλει τη θηλή διευρύνεται και προεξέχει, αν και λιγότερο από τη θηλή. Αυτές οι αλλαγές ακολουθούνται από ανάπτυξη του αδενικού ιστού και των αγωγών. Ακόμη λίπος εναποτίθεται στα στήθη. Κατά την εφηβεία, το στήθος υπάρχει περίπτωση να αναπτυχθεί με διαφορετικούς ρυθμούς, ως αποτέλεσμα μια προσωρινή ασύμμετρη όψη.

Η λεκάνη διευρύνεται και αποκτά ένα στρογγυλεμένο σχήμα που ευνοεί τη διέλευση του εμβρύου κατά τον τοκετό. Το λίπος εναποτίθεται επιλεκτικά στους γοφούς, δίνοντας τους πιο στρογγυλό σχήμα από εκείνο του αρσενικού.

Αρχικά οι ηβικές τρίχες είναι σαν χνούδι και αργότερα γίνονται πυκνότερες. Οι μασχालιαίες τρίχες παρατηρούνται κοντά στην περίοδο της εμμηνόρροιας. Η ποσότητα και η υφή των ηβικών και μασχालιαίων τριχών διαφέρουν μεταξύ των γυναικών.

Τα εξωτερικά γεννητικά όργανα του κοριτσιού μεγαλώνουν καθώς το λίπος συγκεντρώνεται στο εφηβείο, στα μεγάλα χείλη και στα μικρά χείλη του αιδοίου. Ο κόλπος, η μήτρα, οι σάλπιγγες και οι ωοθήκες μεγαλώνουν. Ακόμα αλλάζει ο κολπικός βλεννογόνος και γίνεται πιο ανθεκτικός σε τραύματα και λοιμώξεις κατά την προετοιμασία για τη σεξουαλική επαφή. Στα αναπαραγωγικά όργανα συμβαίνουν αλλαγές κατά τη διάρκεια κάθε αναπαραγωγικού κύκλου.

Επίσης οι πρώιμες περίοδοι της έμμηνου ρύσεως είναι συχνά ακανόνιστες και λίγες. Οι πρώιμοι εμμηνορροϊκοί κύκλοι συνήθως δεν είναι γόνιμοι, επειδή η ωορρηξία παρατηρείται ασταθής. Τέλος το σεξουαλικά ενεργό κορίτσι υπάρχει περίπτωση να συλλάβει ακόμη και πριν από την πρώτη εμμηνορροϊκή της περίοδο. (McKinney et. al., 2020)

Αλλαγές των Ανδρών κατά την Εφηβεία

Η έκκριση της GnRH από τον υποθάλαμο αρχίζει να αυξάνεται καθώς ένα αγόρι μπαίνει στην εφηβεία, διεγείροντας την έκκριση της LH και της FSH από την πρόσθια υπόφυση. Στη συνέχεια, οι LH και FSH διεγείρουν την έκκριση τεστοστερόνης και τελικά τη σπερματογένεση ή τον σχηματισμό αρσενικών γαμετών (σπέρματος) στους όρχεις. Η τεστοστερόνη διεγείρει την ανάπτυξη των αναπαραγωγικών οργάνων ενός αγοριού και των δευτερογενών χαρακτηριστικών του φύλου.

Μεταξύ 9 ½ έως 17 ετών αναπτύσσονται οι όρχεις, όπου θεωρούνται, η πρώτη εξωτερική ένδειξη ανδρικής σεξουαλικής ωρίμανσης. Στη συνέχεια ακολουθεί η ανάπτυξη και η επιμήκυνση του πέους περίπου ένα χρόνο μετά την έναρξη της ανάπτυξης των όρχεων. Το δέρμα του όσχεου λεπταίνει και σκουραίνει.

Η ανάπτυξη των ηβικών τριχών αρχίζει στη βάση του πέους. Σταδιακά οι τρίχες πυκνώνουν και απλώνονται προς τα πάνω και στη μέση γραμμή της κοιλιάς. Περίπου 2 χρόνια αργότερα, αναπτύσσονται οι μασχαλιαίες τρίχες. Οι τρίχες του προσώπου αρχίζουν ως ένα λεπτό, χνουδωτό μουστάκι και εξελίσσεται στη χαρακτηριστική γενειάδα του ενήλικα αρσενικού. Τέλος στα περισσότερα αγόρια, οι τρίχες στο στήθος αναπτύσσονται και κάποια έχουν τρίχες στην άνω πλάτη τους. (McKinney et. al., 2020)

1.4: Ανατομία και φυσιολογία γυναικείου αναπαραγωγικού συστήματος

Ωοθήκες

Οι ωοθήκες έχουν σχήμα αμυγδάλου και βρίσκονται στα πλάγια της μήτρας. Οι διαστάσεις της κάθε ωοθήκης είναι περίπου 3cm × 1,5cm × 1cm. Κάθε ωοθήκη εφάπτεται με το οστέινο πλάγιο τοίχωμα της αληθούς (ελάσσονος) πυέλου, κοντά στον διχασμό της κοιλιακής αορτής και στις δύο κοινές λαγόνιες. Στις μικρότερες ηλικίες η

επιφάνεια των ωθηκών είναι λεία, ενώ εξελίσσονται σε ανώμαλη επιφάνεια με προεξοχές μετά την εφηβεία.

Οι ωθήκες είναι οπισθοπεριτοναϊκά όργανα και παραμένουν στη θέση τους με τη βοήθεια μεσεντερίων και συνδέσμων που προέρχονται από το περιτόναιο. Το μεσεντέριο της ωθήκης, δηλαδή το οριζόντιο μεσωθήκιο, αποτελεί μέρος του πλατέος συνδέσμου, μιας μεγάλης διπέταλης πτυχής του περιτοναίου το οποίο κρέμεται από τη μήτρα και τους واγωγούς σαν μια τέντα. Η ωθήκη εφάπτεται απόλυτα στο πλάγιο πυελικό τοίχωμα με τον κρεμαστήρα σύνδεσμο της ωθήκης, ο οποίος είναι το πλάγιο πέρας του πλατέος συνδέσμου. Τέλος, η ωθήκη εφάπτεται απόλυτα στον πυθμένα της μήτρας, μέσω του ίδιου ή μητροωθηκικού συνδέσμου της ωθήκης, δηλαδή μιας ινώδους ταινίας που περιβάλλεται από τον πλατύ σύνδεσμο.

Οι ωθηκικές αρτηρίες καθώς και οι ωθηκικοί κλάδοι των μητριάων αρτηριών αιματώνουν τις ωθήκες. Η ωθηκική αρτηρία, οι φλέβες και τα νεύρα διέρχονται μέσα από τον κρεμαστήρα σύνδεσμο και στη συνέχεια από το μεσωθήκιο και καταλήγουν στην ωθήκη. Οι ωθήκες νευρώνονται και από τις δύο μοίρες του αυτόνομου νευρικού συστήματος. (Marieb et. al., 2018)

Ωαγωγοί

Το ωάριο εισέρχεται από την ωθήκη στους ωαγωγούς ή αλλιώς σάλπιγγες οι οποίοι και αποτελούν τη θέση όπου αυτό ενδεχομένως θα γονιμοποιηθεί. Κάθε ωαγωγός επεκτείνεται από τον πυθμένα της μήτρας μέχρι τη σύστοιχη ωθήκη. Ο κώδωνας, δηλαδή το έξω άκρο του ωαγωγού, έχει σχήμα χωνιού και εκβάλλει στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Το ελεύθερο χείλος του κώδωνα αποσχίζεται σε λωρίδες, τους κροσσούς, οι οποίοι περιβάλλουν την ωθήκη όπως τα δάχτυλα του ενός χεριού καλύπτουν τη γροθιά του άλλου. Μέσα στους κροσσούς βρίσκεται η λήκυθος, η πιο ευρεία και επιμήκης μοίρα του ωαγωγού. Στο σημείο αυτό πραγματοποιείται η γονιμοποίηση. Τέλος, ο ισθμός αποτελεί την έσω μοίρα του ωαγωγού.

Η άμεση επικοινωνία των ωαγωγών με τις ωθήκες είναι περιορισμένη ή ανύπαρκτη. Πράγματι, κάθε ωοκύτταρο μετά την ωοθυλακιορρηξία, απελευθερώνεται εντός της περιτοναϊκής κοιλότητας της πυέλου και ο ωαγωγός εκτελεί μια περίπλοκη σειρά κινήσεων προκειμένου να το συλλάβει. Ο κώδωνας λυγίζει για να καλύψει την ωθήκη ενώ οι κροσσοί γίνονται δύσκαμπτοι και σαρώνουν την ωθηκική επιφάνεια. Έπειτα, οι παλινδρομικά κινούμενοι κροσσοί κινούν το περιτοναϊκό υγρό και έτσι το

ωοκύτταρο μετακινείται προς το εσωτερικό του ωαγωγού, από όπου και ξεκινά το ταξίδι του προς τη μήτρα.

Οι στοιβάδες των λείων μυϊκών ινών στο τοίχωμα του ωαγωγού και οι κινούμενοι κροσσοί του απλού κροσσωτού κυλινδρικού επιθηλίου του ωαγωγού δημιουργούν τα περισταλτικά κύματα τα οποία υποβοηθούν το ταξίδι του ωοκυττάρου. Τα κροσσωτά και τα μη κροσσωτά κύτταρα βρίσκονται στο επιθήλιο του ωαγωγού. Το ωοκύτταρο (ή το έμβρυο) τρέφεται με ουσίες που εκκρίνουν τα μη κροσσωτά κύτταρα, οι οποίες διευκολύνουν και τη γονιμοποίηση.

Το περιτόναιο καλύπτει εξωτερικά τον ωαγωγό ενώ το μεσοσαλπγγιο, ένα βραχύ μεσεντέριο που αποτελεί την άνω μοίρα του πλατέος συνδέσμου, τον στηρίζει. Ο ωαγωγός αφαιρείται χειρουργικά με σαλπινγεκτομή και η φλεγμονή του λέγεται σαλπινγίτιδα.

Στους ωαγωγούς βρίσκεται το 90% των έκτοπων κύσεων. Έκτοπη κύηση είναι η εμφύτευση του εμβρύου εκτός της μήτρας. Η έκτοπη κύηση που εντοπίζεται στους ωαγωγούς συνήθως οδηγεί σε ρήξη και αιμορραγία, που θέτουν τη ζωή της γυναίκας σε κίνδυνο. (Marieb et. al., 2018)

Μήτρα

Η μήτρα βρίσκεται στο εσωτερικό της πυελικής κοιλότητας. Είναι ένα κοίλο όργανο με παχειά τοιχώματα, που υποδέχεται, φιλοξενεί και τρέφει το γονιμοποιημένο ωάριο κατά τη διάρκεια της κύησης. Στην άτοκη γυναίκα, η μήτρα έχει περίπου το σχήμα και το μέγεθος ενός ανεστραμμένου αχλαδιού. Στις γυναίκες που έχουν τεκνοποιήσει, έχει κάπως μεγαλύτερο μέγεθος. Φυσιολογικά, ο επιμήκης άξονας της μήτρας φέρεται προς τα εμπρός και σχηματίζει γωνία 90° με τον επιμήκη άξονα του κόλπου. Η θέση αυτή λέγεται πρόσθια έγκλιση. Ωστόσο, στις γυναίκες της τρίτης ηλικίας η μήτρα στρέφεται προς τα πίσω γύρω από τον εγκάρσιο άξονά της και η θέση αυτή ονομάζεται οπίσθια έγκλιση. Το κυριότερο μέρος της μήτρας ονομάζεται σώμα. Η υποστρόγγυλη περιοχή που εντοπίζεται πάνω από την είσοδο των ωαγωγών είναι ο πυθμένας και η λίγο στενότερη περιοχή κάτω από το σώμα ονομάζεται ισθμός. Κάτω από τον ισθμό εντοπίζεται ο στενός αυχένας της μήτρας, ο τράχηλος. Στον τράχηλο βρίσκεται μεγάλη ποσότητα κολλαγόνου που σχηματίζει έναν ανθεκτικό ινώδη δακτύλιο, ο οποίος κρατάει κλειστή τη μήτρα και συγκρατεί το έμβρυο στο εσωτερικό της στη διάρκεια της κύησης.

Η κοιλότητα της μήτρας είναι αρκετά μικρή. Χωρίζεται στην κοιλότητα του σώματος και τον τραχηλικό σωλήνα, ο οποίος επικοινωνεί προς τα κάτω με τον κόλπο και προς τα πάνω με την κοιλότητα του σώματος μέσω του έξω και έσω στομίου αντίστοιχα. Στον βλεννογόνο που επενδύει τον τραχηλικό σωλήνα εντοπίζονται τραχηλικοί αδένες που εκκρίνουν βλέννη, η οποία καταλαμβάνει τον τραχηλικό σωλήνα και καλύπτει το έξω στόμιο για την αποφυγή διασποράς βακτηρίων από τον κόλπο στη μήτρα. Η τραχηλική βλέννη εμποδίζει επίσης την είσοδο των σπερματοζωαρίων, με εξαίρεση το μέσον του εμμηνορρυσιακού κύκλου. Τότε, η βλέννη αυτή γίνεται πιο λεπτόρρευση και επιτρέπει τη διέλευση των σπερματοζωαρίων. (Marieb et. al., 2018)

Περίνεο και έξω γεννητικά όργανα της γυναίκας

Οι αναπαραγωγικές δομές της γυναίκας που βρίσκονται στο εξωτερικό του κόλπου είναι τα έξω γεννητικά όργανα ή αιδοίο. Στις δομές αυτές περιλαμβάνεται το εφήβαιο, τα χείλη του αιδοίου, η κλειτορίδα και οι δομές που έχουν να κάνουν με τον πρόδρομο του κόλπου.

Το εφήβαιο, είναι ένα υποστρόγγυλο έπαρμα του δέρματος και βρίσκεται μπροστά από την ηβική σύμφυση. Το εφήβαιο δημιουργείται από την αύξηση του υποδόριου λίπους. Στην άνηβη γυναίκα το εφήβαιο καλύπτεται από χνούδι, ενώ στην ένηβη γυναίκα καλύπτεται από τρίχες. Από το εφήβαιο ξεκινούν δύο επιμήκεις τριχωτές δερματικές πτυχές, τα μεγάλα χείλη του αιδοίου, τα οποία φέρονται προς τα κάτω και προς τα πίσω. Τα μεγάλα χείλη του αιδοίου είναι το γυναικείο ομόλογο των δύο ημιμορίων του αντρικού οσχέου, δηλαδή προέρχονται από την ίδια εμβρυϊκή δομή. Επί τα εντός των μεγάλων χειλέων βρίσκονται δύο λεπτές, άτριχες δερματικές πτυχές, τα μικρά χείλη του αιδοίου, τα οποία αφορίζουν δεξιά και αριστερά μια κατάδυση του αιδοίου που ονομάζεται πρόδρομος του κόλπου. Στον πυθμένα του προδόμου εκβάλλουν η ουρήθρα με το έξω στόμιό της και ο κόλπος. Δεξιά και αριστερά του στομίου του κόλπου εντοπίζονται δύο μεγάλοι αδένες του προδόμου (βαρθολίνειοι αδένες) που έχουν μέγεθος φακής ή φασολιού. Οι αδένες αυτοί βρίσκονται κάτω από το οπίσθιο τριτημόριο των μεγάλων χειλέων και οι πόροι τους εκβάλλουν στον πρόδρομο του κολεού. Έχουν βλεννώδεις εκκρίσεις που απελευθερώνονται κατά τη σεξουαλική διέγερση με σκοπό να υγράνουν το στόμιο του κόλπου ώστε να διευκολύνουν τη διείσδυση του πέους. Στο οπίσθιο άκρο του προδόμου του κόλπου, τα δύο μικρά χείλη

του αιδοίου ενώνονται και έτσι σχηματίζεται μια πτυχή που ονομάζεται χαλινός των χειλέων.

Μπροστά από τον πρόδομο του κόλπου εντοπίζεται η κλειτορίδα. Είναι μια προβάλλουσα δομή που αποτελείται κυρίως από στυτικό ιστό. Η κλειτορίδα είναι ευαίσθητη στα απτικά ερεθίσματα και μεγαλώνει σε μέγεθος λόγω της συγκέντρωσης αίματος στο σημείο κατά τη σεξουαλική διέγερση. Η κλειτορίδα είναι το γυναικείου ομόλογο του αντρικού πέους και διαθέτει βάλανο και σώμα. Έχει διαφορά όμως με το πέος ως προς το μέγεθος ενώ παράλληλα, δεν έχει το σηραγγώδες σώμα της ουρήθρας ούτε την ίδια την ουρήθρα. Την κλειτορίδα καλύπτει μια δερματική πτυχή, η πόσθη, που σχηματίζεται από τη συμβολή των δύο μεγάλων χειλέων προς τα εμπρός. Το σώμα της κλειτορίδας διαθέτει δύο σηραγγώδη σώματα, που φέρονται προς τα πίσω μέσα στα σκέλη της κλειτορίδας τα οποία εκτείνονται κατά μήκος του οστέινου ηβικού τόξου. Οι δύο βολβοί του προδόμου εντοπίζονται δεξιά και αριστερά από το στόμιο του κόλπου, ακριβώς κάτω από τον βολβοσηραγγώδη μυ. Κατά τη σεξουαλική διέγερση, αυτοί οι στυτικοί ιστοί γεμίζουν με αίμα, διογκώνονται και στενεύουν το στόμιο του κόλπου. Σκοπός είναι να αυξηθεί η ηδονή από τη προστριβή του πέους, αλλά και γίνει παρεμπόδιση της εκροής του σπέρματος έξω από τον κόλπο μετά την εξεπερμάτιση.

Όταν κάποιος μιλάει για το περίνεο της γυναίκας αναφέρεται σε μια περιοχή ρομβοειδούς σχήματος που αφορίζεται από το ηβικό τόξο προς τα εμπρός, τον κόκκυγα προς τα πίσω και τα ισχιακά κυρτώματα στα πλάγια. Ακριβώς στο κέντρο του περινείου, πίσω από το χαλινό των χειλέων, βρίσκεται το τετόντιο κέντρο του περινείου όπου καταφύονται οι περισσότεροι μύες του πυελικού εδάφους. (Marieb et. al., 2018)

1.5: Ανατομία και φυσιολογία ανδρικού αναπαραγωγικού συστήματος

Όρχεις

Οι δύο ωοειδής όρχεις βρίσκονται μέσα στο όσχεο, έναν σάκο που αποτελείται από δέρμα και επιπολής περιτονία και κρέμεται προς τα κάτω και έξω από την κοιλιοπυελική κοιλότητα, αντίστοιχα προς τη ρίζα του πέους. Εντοπίζονται αραιές τρίχες στο όσχεο, το οποίο χωρίζεται σε δεξιό και αριστερό θάλαμο με ένα διάφραγμα, εσωτερικά των οποίων υπάρχουν ο δεξιός και αριστερός όρχις, αντίστοιχα.

Οι όρχεις διαμορφώνονται στο οπίσθιο κοιλιακό τοίχωμα του εμβρύου και έπειτα μεταβαίνουν στο εσωτερικό του οσχέου, επί τα εκτός του σωματικού τοιχώματος. Μια τόσο επιφανειακή θέση θα μπορούσε να κριθεί επικίνδυνη για ολόκληρο το γενετικό κληροδότημα του άντρα. Παρ' όλα αυτά, η δημιουργία βιώσιμων σπερματοζωαρίων δεν είναι δυνατή στη φυσιολογική θερμοκρασία του πυρήνα του σώματος (37°C), με αποτέλεσμα να είναι αναγκαία η προσαρμογή τους στη θέση αυτή, λόγω του ότι διασφαλίζεται ένα ψυχρότερο κατά 3°C περιβάλλον.

Επιπλέον, το όσχεο αντιδρά στις αλλαγές της θερμοκρασίας του εξωτερικού περιβάλλοντος. Πιο συγκεκριμένα, σε χαμηλές θερμοκρασίες οι όρχεις έλκονται προς το θερμό σωματικό τοίχωμα, με το δέρμα του οσχέου να σχηματίζει ρυτίδες στην προσπάθεια να αυξηθεί το πάχος του και να μειωθεί η απώλεια θερμότητας. Οι διαδικασίες αυτές εκτελούνται από τους δύο μύες του οσχέου:

- Ο δαρτός μυς, όπου είναι μια στοιβάδα λείων μυϊκών ινών εσωτερικά της επιπολής περιτονίας, είναι αρμόδιος για τη ρυτίδωση του οσχέου.
- Οι κρεμαστήρες μύες, οι οποίοι συντίθενται από σκελετικές μυϊκές ίνες που εκτείνονται προς τα κάτω από τους έσω λοξούς κοιλιακούς μύες, ευθύνονται για την ανάσπαση των όρχεων. Σε συνθήκες υψηλών θερμοκρασιών, οι μύες αυτοί χαλαρώνουν, μειώνοντας σημαντικά τις ρυτίδες του οσχέου με αποτέλεσμα οι όρχεις να μετακινούνται σε χαμηλότερη θέση. Με αυτόν το τρόπο αυξάνεται η επιφάνεια του δέρματος που διατίθεται για αποβολή θερμότητας μέσω εφίδρωσης και οι όρχεις μετατοπίζονται από την περιοχή του θερμού κορμού. (Marieb et. al., 2018)

Επιδιδυμίδα

Τα σπερματοζωάρια, αφού εξέλθουν από τους από τους όρχεις, δεν είναι ακόμη πλήρως λειτουργικά και προχωρούν προς στην επιδιδυμίδα, όπου και ωριμάζουν. Η επιδιδυμίδα έχει μηνοειδές σχήμα και βρίσκεται στον άνω πόλο και στο οπίσθιο χείλος του όρχεος. Περιλαμβάνει στην κεφαλή της τα εκφορητικά σωληνάρια του όρχεως, που καταλήγουν στον πόρο της επιδιδυμίδας, ο οποίος είναι ένας πολυέλικτος σωλήνας που συμπληρώνει την κεφαλή και διαμορφώνει ολόκληρο το σώμα και την ουρά της επιδιδυμίδας. Ο πόρος της επιδιδυμίδας είναι πιο μακρύς ακόμη και από ολόκληρο το έντερο, μιας και το μήκος του είναι πάνω από 6m αν ξετυλιχθεί.

Όταν τα ανώριμα, σχεδόν ακίνητα σπερματοζωάρια εξέρχονται από τον όρχι, προωθούνται αργά μέσω του πόρου της επιδιδυμίδας. Σε όλη τη περίοδο αυτού του ταξιδιού, το οποίο είναι περίπου 20 μέρες, τα σπερματοζωάρια αποκτούν δεξιότητες για την εκτέλεση προωθητικών κινήσεων και για την γονιμοποίηση του ωαρίου μέσω της ακροσωμικής αντίδρασης. Το επιθήλιο της επιδιδυμίδας είναι αυτό που εκκρίνει τις πρωτεΐνες οι οποίες διεγείρουν αυτές τις ενέργειες ωρίμανσης. Τα σπερματοζωάρια, λοιπόν, εκσπερματώνονται από την επιδιδυμίδα και όχι απευθείας από τους όρχεις. Όταν ξεκινά η διεργασία της εκσπερμάτισης, συσπώνται οι λείες μυϊκές ίνες του τοιχώματος της επιδιδυμίδας, και έτσι εξέρχονται τα σπερματοζωάρια από την ουρά της επιδιδυμίδας κατευθυνόμενα προς την επόμενη δομή της εκφορητικής οδού, τον σπερματικό πόρο.

Η επιδιδυμίδα είναι ικανή να αποθηκεύσει τα σπερματοζωάρια για ορισμένους μήνες, μετά το πέρας των οποίων φαγοκυτταρώνονται από τα επιθηλιακά κύτταρα του πόρου της επιδιδυμίδας. (Marieb et. al., 2018)

Σπερματικός πόρος

Ο σπερματικός πόρος έχει μήκος περίπου 45m και οι λειτουργίες του είναι η αποθήκευση και η μεταφορά των σπερματοζωαρίων κατά την εκσπερμάτιση. Από την ουρά της επιδιδυμίδας, ο σπερματικός πόρος φέρεται προς τα πάνω εντός του σπερματικού τόνου, διανύει τον βουβωνικό πόρο, διαπερνά το πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα και μπαίνει εσωτερικά της πυελικής κοιλότητας. Από εκείνο το σημείο ο σπερματικός πόρος φέρεται προς τα πίσω, κατά μήκος του πλάγιου τοιχώματος της αληθούς (ελάσσονος) πυέλου, οδεύει τοξοειδώς επί τα εντός του ουρητήρα και κατέρχεται κατά μήκος του οπίσθιου τοιχώματος της ουροδόχου κύστης. Το ατρακτοειδώς ανευρυσμένο τελικό άκρο του διαμορφώνει τη σπερματική λήκυθο και έπειτα αναστομώνεται υπό οξεία γωνία με τη σύστοιχη σπερματοδόχο κύστη με σκοπό να δημιουργηθεί ο εκσπερματικός πόρος. Κάθε εκσπερματικός πόρος περνά από το εσωτερικό του προστάτη και καταλήγει στη προστατική μοίρα της ουρήθρας. (Marieb et. al., 2018)

Σπερματικός τόνος

Ο σπερματικός τόνος είναι ένας σωλήνας που απαρτίζεται από περιτονία, περιέχει τα ορχικά αγγεία και νεύρα και η μεγαλύτερη από τις διαφορετικές δομές που περιλαμβάνει είναι ο σπερματικός πόρος. Η κάτω μοίρα του σπερματικού τόνου

εντοπίζεται εσωτερικά του οσχέου και η άνω μοίρα του διαπερνά τον βουβωνικό πόρο, ένα λοξό πέρασμα στο κατώτερο τμήμα του προσθίου κοιλιακού τοιχώματος. Ο βουβωνικός πόρος δημιουργείται εν μέρει από τον βουβωνικό σύνδεσμο (του Rourart) που είναι το ελεύθερο κάτω χείλος της απονεύρωσης του έξω λοξού κοιλιακού μυός. Επιπολής βουβωνικός δακτύλιος λέγεται το στόμιο του βουβωνικού πόρου που βρίσκεται πιο κοντά στη μέση γραμμή και είναι μια τριγωνική οπή της απονεύρωσης του έξω λοξού μυός. Επιπλέον, ο βουβωνικός πόρος φέρεται προς τα πάνω και έξω στον εν τω βάθει βουβωνικό δακτύλιο που είναι ένα άνοιγμα στην περιτονία, η οποία καλύπτει τον εγκάρσιο κοιλιακό μυ. Από το σημείο αυτό εισέρχονται ο σπερματικός πόρος και τα ορχικά αγγεία στην πυελική κοιλότητα. (Marieb et. al., 2018)

Ουρήθρα

Η αντρική ουρήθρα είναι αυτή που προωθεί το σπέρμα από τους εκσπερματικούς πόρους προς το εξωτερικό του σώματος. Στην ουρήθρα διακρίνονται τρεις μοίρες: η προστατική μοίρα εσωτερικά του προστάτη, η υμενώδης μοίρα και η σηραγγώδης μοίρα. Στον βλεννογόνο της σηραγγώδους μοίρας της ουρήθρας εντοπίζονται οπές που οδηγούν στους ουρηθραίους αδένες, οι οποίοι ευθύνονται για την έκκριση βλέννης εντός της ουρήθρας ακριβώς πριν την εκσπερμάτιση. (Marieb et. al., 2018)

Σπερματοδόχες κύστες

Οι σπερματοδόχες κύστεις βρίσκονται στην οπίσθια επιφάνεια της ουροδόχου κύστης, η κάθε μια από τις οποίες έχει μήκος 5-7 cm και σχήμα σαν αχλάδι με όψη ανώμαλη και υβώδη. Συγκροτείται κυρίως από έναν πολυέλικτο πόρο, ο οποίος θα έφτανε τα 15 cm αν αποσυσπειρωνόταν.

Όπως ήδη αναφέρθηκε, ο πόρος της κάθε σπερματοδόχου κύστης συνδέεται με τον σύστοιχο σπερματικό πόρο για τον σχηματισμό του εκσπερματικού πόρου, εντός του προστάτη. Τα σπερματοζωάρια αναμιγνύονται με το σπερματικό υγρό στον εκσπερματικό πόρο και εισέρχονται μαζί στην προστατική μοίρα της ουρήθρας κατά την εκσπερμάτιση. (Marieb et. al., 2018)

Προστάτης

Ο προστάτης, που έχει μέγεθος και σχήμα κάστανου, διελαύνεται από την πρώτη μοίρα της ουρήθρας και βρίσκεται ακριβώς κάτω από την ουροδόχο κύστη. Ο προστάτης αποτελείται από 20-30 σύνθετους σωληνοκυψελοειδείς αδένες που χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες: ιδίως προστατικοί, υποβλεννογόνιοι και βλεννογόνοιοι αδένες. Ανάμεσα

στους αδένες αυτούς παρεμβάλλεται μία μάζα που αποτελείται από συνδετικό ιστό και λείες μυϊκές ίνες η οποία ονομάζεται ινομυώδες στρώμα και περιβάλλεται από μια κάψα συνδετικού ιστού. Ο μυϊκός ιστός του στρώματος συσπάται κατά την εκσπερμάτιση και εξωθεί το προστατικό έκκριμα προς την ουρήθρα. Το προστατικό έκκριμα αντιπροσωπεύει το ένα τρίτο περίπου του συνολικού όγκου του σπέρματος. Πρόκειται για ένα γαλακτώδες υγρό, που μοιάζει με την έκκριση των σπερματοδόχων κύστεων και το οποίο περιέχει διάφορες ουσίες οι οποίες βελτιώνουν την κινητικότητα των σπερματοζωαρίων, καθώς και ένζυμα που προκαλούν πήξη και κατόπιν ρευστοποίηση του σπέρματος. (Marieb et. al., 2018)

Βολβουρηθραίοι αδένες

Οι βολβουρηθραίοι αδένες (του Cowper) είναι σε μέγεθος μπιζελιού και εντοπίζονται κάτω από τον προστάτη, εντός του ουρογεννητικού διαφράγματος. Πρόκειται για σύνθετους σωληνοκυψελοειδείς αδένες που παρασκευάζουν ένα έκκριμα αλκαλικής σύστασης και το απελευθερώνουν στην ουρήθρα κατά τη γενετήσια διέγερση. Με αυτόν το τρόπο επιτυγχάνεται η εξουδετέρωση του όξινου περιβάλλοντος της ουρήθρας πριν την εκσπερμάτιση, το οποίο είναι βλαβερό για την κινητικότητα των σπερματοζωαρίων. (Marieb et. al., 2018)

Πέος

Το πέος αποτελεί το ανδρικό όργανο της συνουσίας που μεταφέρει τα σπερματοζωάρια μέσα στο γεννητικό σύστημα της γυναίκας και μαζί με το όσχεο συγκροτούν τις εξωτερικές αναπαραγωγικές δομές ή έξω γεννητικά όργανα του άντρα. Η περιγραφή των δομών του πέους, της ραχιαίας και της κοιλιακής επιφάνειας του, γίνεται με βάση το πέος σε στύση.

Το πέος ξεκινά από την καθηλωμένη ρίζα και το ελεύθερο σώμα και καταλήγει σε μια διογκωμένη κορυφή που ονομάζεται βάλανος του πέους. Καλύπτεται από δέρμα το οποίο είναι χαλαρό και εκτείνεται περιφερικά και γύρω από τη βάλανο. Με αυτόν τον τρόπο λοιπόν σχηματίζεται ένα περίβλημα που λέγεται πόσθη και το άκρο της που ονομάζεται ακροποσθία.

Στο εσωτερικό του πέους εμπεριέχεται στυτικός ιστός από τον οποίο σχηματίζονται το σηραγγώδες (σπογγώδες) σώμα της ουρήθρας και τα δύο ίδια σηραγγώδη σώματα του πέους, κάθε ένα από τα οποία περιβάλλεται από έναν παχύ ινώδη χιτώνα που συντίθεται από πυκνό συνδετικό ιστό. Δοκίδες εκφύονται από την έσω

επιφάνεια αυτού του χιτώνα, αποτελούμενες από λείες μυϊκές ίνες και συνδετικό ιστό, οι οποίες αναστομώνονται μεταξύ τους και αφορίζουν σχισμοειδείς αιμοφόρες κοιλάτητες που ονομάζονται σήραγγες.

Το σηραγγώδες (ή σπογγώδες) σώμα της ουρήθρας είναι το μεσοκοιλιακό στυτικό σώμα που διελαύνεται από τη σηραγγώδη μοίρα της ουρήθρας. Υπάρχει μια διόγκωση προς τα εμπρός σχηματίζοντας τη βάλανο του πέους και μια διόγκωση προς τα πίσω όπου δημιουργείται ένα μέρος της ρίζας του πέους, το οποίο ονομάζεται βολβός του πέους. Ο βολβός συνδέεται προς τα πάνω με το ουρογεννητικό διάφραγμα και καλύπτεται από τον βολβοσηραγγώδη μυ.

Τα σηραγγώδη σώματα του πέους είναι τα δύο ραχιαία στυτικά σώματα και διαμορφώνουν το μεγαλύτερο μέρος της μάζας του πέους. Τα εγγύς άκρα του στη ρίζα του είναι τα σκέλη του πέους, κάθε ένα από τα οποία προσφύεται στο ηβικό τόξο της οστέινης πυέλου και επενδύεται εξωτερικά από τον ισχιοσηραγγώδη μυ. (Marieb et. al., 2018)

Αγγεία και νεύρα

Η πλειονότητα των κύριων αγγείων και νεύρων του πέους βρίσκονται κοντά στη ραχιαία μέση γραμμή. Πιο συγκεκριμένα, οι ραχιαίες αρτηρίες είναι κλάδοι των έσω αιδοϊκών αρτηριών, που εκφύονται από τις έσω λαγόνιες αρτηρίες ενώ οι δύο ραχιαίες φλέβες (επιπολής και εν τω βάθει) οδεύονται ακριβώς στη ραχιαία μέση γραμμή και αποχετεύουν όλο το αίμα του πέους. Επίσης, στο εσωτερικό κάθε σηραγγώδους σώματος του πέους διέρχεται μια εν τω βάθει αρτηρία. Τέλος, τα αισθητικά ραχιαία νεύρα αποτελούν κλάδους του αιδοϊκού νεύρου που εκφύεται από το ιερό πλέγμα και τα αυτόνομα νεύρα του πέους, τα οποία συμπορεύονται με τις αρτηρίες και νευρώνουν τα στυτικά σώματα, πηγάζουν από το κάτω υπογάστριο πλέγμα της πυέλου. (Marieb et. al., 2018)

Περίνεο του άντρα

Το περίνεο του άντρα πρόκειται για μια περιοχή ρομβοειδούς σχήματος που αφορίζεται από την ηβική σύμφυση προς τα εμπρός, από τον κόκκυγα προς τα πίσω και από τα ισχιακά κυρτώματα προς τα πλάγια και αποτελείται από το όσχεο, τη ρίζα του πέους και τον πρωκτό. Το έδαφος του περινέου αποτελείται από τους μύες του ουρογεννητικού διαφράγματος και του επιπολής κολπώματος (χώρου) του περινέου. (Marieb et. al., 2018)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα

2.1: Ορισμός σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων

Στα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα περιλαμβάνονται αυτά που προκαλούνται από βακτήρια, χλαμύδια, ιούς, μύκητες, πρωτόζωα και παράσιτα. Πύλες εισόδου αυτών των μεταδοτικών παραγόντων είναι το στόμα, τα γεννητικά όργανα, η ουρήθρα, ο πρωκτός, το ορθό και το δέρμα (LeMone et al. 2014). Αποτελούν ένα δημόσιο θέμα υγείας, καθώς είναι ανάμεσα στα πιο κοινά νοσήματα στον κόσμο. Επηρεάζουν την υγεία και τη ζωή των ανθρώπων, έχουν ένα σημαντικό αντίκτυπο στην αναπαραγωγική και παιδική υγεία, συμβάλλουν στην υπογονιμότητα, στις επιπλοκές κατά την εγκυμοσύνη και τον τοκετό και κάνουν τη μετάδοση του ιού της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV) ευκολότερη, ενώ σε ακραίες συνθήκες, μπορούν να προκαλέσουν εμβρυακό θάνατο. (Domingues et al. 2021)

2.2: Χλαμύδια

Ορισμός

Τα χλαμύδια είναι μια ομάδα ΣΜΝ, που προκαλούνται από το *Chlamydia trachomatis*. Το βακτήριο εξαπλώνεται με τη σεξουαλική επαφή αλλά και στο νεογνό κατά την έξοδό του από τη γεννητική οδό της μολυσμένης μητέρας. Οι λοιμώξεις που προκαλούν τα χλαμύδια περιλαμβάνουν το οξύ ουρηθρικό σύνδρομο, τη μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα, τη βλεννοπυώδη τραχηλίτιδα και την ΠΦ. (LeMone et al., 2014)

Κλινικές εκδηλώσεις

Οι γυναίκες και οι άνδρες που έχουν μολυνθεί από χλαμύδια συχνά δεν εμφανίζουν συμπτώματα. Στην περίπτωση που εμφανιστούν συμπτώματα, αυτά εμφανίζονται 1 με 3 εβδομάδες μετά την έκθεση. Τα συμπτώματα της οξείας φλεγμονής περιλαμβάνουν δυσουρία, διαυγείς εκκρίσεις από την ουρήθρα στους άνδρες και εκκρίσεις που λερώνουν το εσώρουχο και τα σεντόνια. Στους άνδρες ίσως να μολυνθεί η επιδιδυμίδα και να δημιουργήσει πόνο στο όσχεο, οίδημα και πυρετό. Οι φλεγμονές του πρωκτού δημιουργούν αιμορραγία πρωκτού, βλενώδεις εκκρίσεις από το ορθό και μερικές φορές διάρροια. Στις γυναίκες οι εκδηλώσεις είναι το οίδημα τραχήλου, η οιδηματώδης ερυθρότητα του τραχήλου, η ευαισθησία του τραχήλου κατά την κύηση, η

θρυπτότητα (εύκολη πρόκληση φθοράς και αιμορραγία) και το άφθονο κιτρινωπό έκκριμα. Ο C. Trachomatis μπορεί να προσβάλει τους βαρθολίνιους αδένες δημιουργώντας επώδυνες κύστες που περιέχουν πυώδες περιεχόμενο. Επίσης μπορεί να μεταδοθεί στις σάλπιγγες μέσω του σπέρματος ή των συσπάσεων της μήτρας. Τα βρέφη που γεννιούνται από μητέρες που έχουν μολυνθεί από χλαμύδια μπορεί να εκδηλώσουν επιπεφυκίτιδα και πνευμονία. Η χλαμυδιακή επιπεφυκίτιδα μπορεί να εκδηλωθεί σαν «υγρά μάτια» γύρω στις 5 με 14 ημέρες μετά τη γέννηση. Όταν δεν λαμβάνεται θεραπεία, αυτή η λοίμωξη μπορεί να εξελιχθεί σε πυώδες εκκρίσεις και ερυθρά ερεθισμένα μάτια. Αυτή η μορφή επιπεφυκίτιδας δεν προκαλεί τύφλωση. (Osborn et al., 2014)

Επιδημιολογία

Σε μια μελέτη που των Tu, Batteiger Wielu και των συνεργατών τους (2009) περίπου το 50% των εφήβων κοριτσιών που ζουν σε αστικές περιοχές «κόλλησαν» χλαμύδια δύο χρόνια μετά την σεξουαλική τους δραστηριοποίηση. (Osborn et al., 2014)

Επιπλοκές

Όταν οι λοιμώξεις από χλαμύδια στις γυναίκες δεν αντιμετωπίζονται, υπάρχει περίπτωση να επεκταθούν κατά την ανιούσα οδό του γεννητικού σωλήνα, προκαλώντας επιπλοκές όπως ΠΦ, η οποία περιλαμβάνει ενδομητρίτιδα, σαλπινγίτιδα και χρόνια πυελικό πόνο. Οι λοιμώξεις είναι μια βασική αιτία υπογονιμότητας και έκτοπης κύησης, μιας δυνητικά απειλητικής για τη ζωή επιπλοκής στις γυναίκες. Οι επιπλοκές των λοιμώξεων από χλαμύδια στους άνδρες μπορεί να περιλαμβάνουν επιδιδυμίτιδα, προστατίτιδα, υπογονιμότητα και σύνδρομο Reiter. Σύμφωνα με το CDC, ο τακτικός προσυμπτωματικός έλεγχος των σεξουαλικά ενεργών εφήβων ελαχιστοποιεί αυτές τις σοβαρές επιπλοκές σε άτομα που δεν έχουν εμφανίσει ακόμα συμπτώματα. (LeMone et al., 2014)

Θεραπεία

Τα αντιβιοτικά που προτείνει το CDC για χλαμυδιακές λοιμώξεις σε άνδρες και μη κυοφορούσες γυναίκες είναι η αζιθρομυκίνη (Zithromax) από το στόμα σε μία και μόνη δόση ή δοξυκυκλίνη (Adoxa, Aro-Doxy) από το στόμα για 7 ημέρες (LeMone et al., 2014). Άλλα θεραπευτικά σκευάσματα είναι οι φθοριοκινολόνες και η ερυθρομυκίνη. Στην εγκυμοσύνη, αντενδείκνυται η χορήγηση δοξυκυκλίνης και φθοριοκινολονών. (Ashar et al., 2016)

2.3: Γονόρροια/Βλεννόρροια

Ορισμός

Η γονόρροια ή αλλιώς βλεννόρροια, προκαλείται από τη *Neisseria gonorrhoeae*, έναν gram αρνητικό διπλόκοκκο (LeMone et al., 2014). Μπορεί να προσβάλλει το γεννητικό σύστημα, το ορθό, το στοματοφάρυγγα ή μπορεί να είναι και γενικευμένη. Η περίοδος επώασης κυμαίνεται από 3 έως 7 ημέρες και τα συμπτώματα εμφανίζονται 10 έως 14 ημέρες μετά από την έκθεση στον παθογόνο μικροοργανισμό. (Ashar et. al., 2016)

Κλινικές εκδηλώσεις

Οι εκδηλώσεις της γονόρροιας στους άνδρες περιλαμβάνουν δυσουρία και ορώδεις, γαλακτώδεις ή πυώδεις εκκρίσεις. Ορισμένοι άνδρες επίσης παρουσιάζουν επιχώρια λεμφαδενοπάθεια. Περίπου 20% των ανδρών και 80% των γυναικών είναι ασυμπτωματικοί μέχρι η νόσος να φτάσει σε προχωρημένο στάδιο. Οι γυναίκες που έχουν συμπτώματα παρουσιάζουν δυσουρία, συχνουρία, διαταραχές στην έμμηνη ρύση (αυξημένη ροή ή δυσμηνόρροια), αυξημένες κολπικές εκκρίσεις και δυσπαρευνία (πόνος κατά τη σεξουαλική επαφή).

Η ορθοπρωκτική γονόρροια συναντάται πιο συχνά σε ομοφυλόφιλους άνδρες. Οι εκδηλώσεις περιλαμβάνουν κνησμό, βλεννοπυώδη έκκριση, αιμορραγία και πόνο στο ορθό και δυσκοιλιότητα. Η γονοκοκκική φαρυγγίτιδα συναντάται κυρίως σε ομοφυλόφιλους ή αμφιφυλόφιλους άνδρες ή ετεροφυλόφιλες γυναίκες μετά από στοματική σεξουαλική επαφή με έναν μολυσμένο σεξουαλικό σύντροφο. Οι εκδηλώσεις περιλαμβάνουν πυρετό, πόνο στο λαιμό και διογκωμένους λεμφαδένες. (LeMone et al., 2014)

Επιδημιολογία

Τα μεγαλύτερα ποσοστά γονόρροιας παρατηρούνται στους νέους ενηλίκους (15-24 ετών) και ειδικά στις νέες γυναίκες. Στους άντρες, τα υψηλότερα ποσοστά λοίμωξης παρατηρούνται στα άτομα ηλικίας 20 έως 29 ετών. Γεωγραφικά, τα ποσοστά γονόρροιας στο Νότο είναι υψηλότερα συγκριτικά με τις άλλες περιοχές των ΗΠΑ. (LeMone et al., 2014)

Επιπλοκές

Οι επιπλοκές της παραμελημένης γονόρροιας τόσο σε άνδρες όσο και σε γυναίκες ίσως να είναι μόνιμες και σοβαρές. Σε αυτές περιλαμβάνονται:

- Πυελική φλεγμονή στις γυναίκες, που προκαλεί εσωτερικά αποστήματα, χρόνια πόνο, έκτοπη κύηση και υπογονιμότητα.
- Τύφλωση, φλεγμονή των αρθρώσεων και δυνητικά θανατηφόρες αιματογενείς λοιμώξεις στο νεογνό, που μεταδίδονται κατά τον τοκετό.
- Επιδιδυμίτιδα και προστατίτιδα στους άνδρες, που οδηγούν σε υπογονιμότητα και δυσουρία.
- Διασπορά της λοίμωξης στο αίμα και τις αρθρώσεις.
- Αυξημένη ευπάθεια στον ιό HIV καθώς και αύξηση μεταδοτικότητας του HIV. (LeMone et al., 2014)

Θεραπεία

Το μεγαλύτερο ποσοστό ασθενών με μη επιλεγμένες γονορροϊκές λοιμώξεις αντιμετωπίζεται με μια και μόνη δόση αντιβιοτικού από το στόμα, όπως κεφιξίμη, κεφτριαξόνη, σιπροφλοξασίνη, οφλοξασίνη ή λεβοφλοξασίνη. Επειδή οι ασθενείς με γονόρροια, συνήθως είναι μολυσμένοι και με *C. Trachomatis*, συνίσταται ταυτόχρονη θεραπεία με αζιθρομυκίνη ή δοξυκυκλίνη. Ο επιπολασμός των στελεχών της *N. gonorrhoeae*, που είναι ανθεκτικά στις κινολόνες όλο και αυξάνεται. (LeMone et al., 2014)

2.4: Σύφιλη

Ορισμός

Η σύφιλη αποτελεί ένα πολύπλοκο συστηματικό ΣΜΝ που προκαλείται από μια σπειροχαίτη, το *Treponema pallidum*, η οποία έχει τη δυνατότητα να μολύνει σχεδόν κάθε ιστό ή όργανο του σώματος. Μεταδίδεται μέσα από ανοικτές βλάβες κατά τη διάρκεια οποιασδήποτε σεξουαλικής επαφής. Ο μικροοργανισμός δείχνει ευαισθησία στη θερμότητα και την ξηρασία, αλλά μπορεί να επιβιώσει για ημέρες σε υγρό περιβάλλον. Έτσι, μπορεί επίσης να γίνει μετάδοσή του με μολυσμένο αίμα ή άλλα βιολογικά υγρά όπως τα σάλιο. Η περίοδος επώασης κυμαίνεται από 10 έως 90 ημέρες, με μέσον όρο τις 21 ημέρες. Εάν δεν ληφθούν τα κατάλληλα μέτρα για την αντιμετώπισή της, η σύφιλη μπορεί να προκαλέσει τύφλωση, παράλυση, ψυχοπάθεια, καρδιαγγειακή βλάβη και θάνατο. Η σύφιλη συνήθως συνυπάρχει με ένα ή περισσότερα ΣΜΝ, όπως το HIV/AIDS ή τη λοίμωξη από χλαμύδια. (LeMone et al., 2014)

Κλινικές εκδηλώσεις

Η σύφιλη περιλαμβάνει γενικά τρία κλινικά στάδια: πρωτογόνος, δευτερογόνος και τριτογόνος σύφιλη. Κάθε στάδιο έχει συγκεκριμένες εκδηλώσεις. Ο ασθενής με σύφιλη μπορεί επίσης να βιώσει μια λανθάνουσα περίοδο όταν δεν υπάρχουν έκδηλα σημεία της νόσου.

Πρωτογόνος σύφιλη

Το αρχικό στάδιο της σύφιλης χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση ενός συφιλιδικού σκληρού έλκους και από επιχώρια λεμφαδενοπάθεια. Ελάχιστος έως καθόλου πόνος συνοδεύει αυτά τα πρώτα σημεία. Το συφιλιδικό έλκος εκάνει την εμφάνισή του στην περιοχή ενοφθαλμισμού (γεννητικά όργανα, πρωκτός, στόμα, μαστός, δάκτυλα) 3 έως 4 εβδομάδες μετά από τη μολυσματική επαφή. Στις γυναίκες ένα συφιλιδικό έλκος στα γεννητικά όργανα μπορεί να περάσει απαρατήρητο και εξαφανίζεται εντός 4 έως 6 εβδομάδων.

Δευτερογόνος σύφιλη

Συμπτώματα δευτερογόνου σύφιλης μπορεί να κάνουν την εμφάνισή τους σε οποιονδήποτε χρόνο από 2 εβδομάδες έως 6 μήνες μετά την εξαφάνιση του αρχικού συφιλιδικού έλκους. Στα συμπτώματα περιλαμβάνονται δερματικό εξάνθημα, ειδικά στις παλάμες των χεριών ή τα πέλματα των ποδιών, βλενώδεις πλάκες στη στοματική κοιλότητα, πόνος στο φάρυγγα, γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια, πλατέα κονδυλώματα (επίπεδες βλατίδες με ευρεία βάση, αντί της μισχωτής δομής των οξυτενών κονδυλωμάτων) στο αιδοίο, τον πρωκτό ή τη γωνία του στόματος, αλλά και συμπτώματα που μοιάζουν με γρίπη και αλωπεκία. Αυτά τα συμπτώματα γενικά υποχωρούν πλήρως μέσα σε 2 έως 6 εβδομάδες και αρχίζει μια ασυμπτωματική λανθάνουσα περίοδος.

Λανθάνουσα και τριτογόνος σύφιλη

Το λανθάνον στάδιο της σύφιλης ξεκινά 2 ή περισσότερα χρόνια μετά από την αρχική μόλυνση και μπορεί να διαρκέσει μέχρι και 50 χρόνια. Κατά τη διάρκεια αυτού του σταδίου, δεν υπάρχουν καθόλου εκδηλώσεις σύφιλης και η νόσος δε μεταδίδεται μέσω της σεξουαλικής επαφής. Ωστόσο, μπορεί γίνει μετάδοσή της με μολυσμένο αίμα. Στα δύο τρίτα όλων των περιπτώσεων, το λανθάνον στάδιο επιμένει χωρίς άλλες επιπλοκές. Αν δεν πραγματοποιηθεί η σωστή αντιμετώπιση, το υπόλοιπο ένα τρίτο των προσβεβλημένων ατόμων μεταπίπτουν στο όψιμο στάδιο ή τριτογόνου σύφιλη. Παρουσία λοίμωξης με HIV η εξέλιξη της νόσου φαίνεται να είναι ταχύτερη.

Υπάρχουν δύο τύποι όψιμης σύφιλης. Η καλοήθης σύφιλη, ταχείας έναρξης, έχει ως χαρακτηριστικό την εντοπισμένη ανάπτυξη διηθητικών όγκων (κομμώματα) στο δέρμα, τα οστά και το ήπαρ, ανταποκρινόμενη γενικά άμεσα στη θεραπεία. Πιο ύπουλης έναρξης είναι μια γενικευμένη φλεγμονώδης αντίδραση που περιλαμβάνει το κεντρικό νευρικό και το καρδιαγγειακό σύστημα. Αν και η νόσος γίνεται να αντιμετωπισθεί ακόμη και σε αυτό το στάδιο, οι περισσότερες από τις βλάβες στο καρδιαγγειακό και το κεντρικό νευρικό σύστημα είναι μη αναστρέψιμες. (LeMone et al., 2014)

Επιδημιολογία

Η επίπτωση της πρωτογόνου, δευτερογόνου σύφιλης είναι ιδιαίτερα υψηλή στα άτομα ηλικίας 20 έως 39 ετών (LeMone et al., 2014). Ο μεγαλύτερος αριθμός κρουσμάτων σύφιλης από το 1995 καταγράφηκε το 2008. Ο αριθμός των κρουσμάτων αυξήθηκε κατά 18% από το 2007 έως το 2008. Τα υψηλότερα ποσοστά παρατηρούνται στους ομοφυλόφιλους άνδρες, παρόλα αυτά, ο αριθμός των κρουσμάτων σε γυναίκες έχει μεγαλώσει πρόσφατα. (Stanhope & Lancaster, 2014)

Επιπλοκές

Εάν δεν γίνει η άμεση και αποτελεσματική διάγνωση και αντιμετώπισή της, η σύφιλη μπορεί να έχει καταστροφικά αποτελέσματα σε όλα τα συστήματα του σώματος, ειδικά στο κεντρικό νευρικό και καρδιαγγειακό σύστημα, οδηγώντας τελικά σε επώδυνο θάνατο. (LeMone et al., 2014)

Θεραπεία

Η θεραπεία εκλογής για την πρωτόγονο και δευτερογόνο σύφιλη είναι η βενζαθινική πενικιλίνη G, χορηγούμενη ενδομυϊκά σε μια και μόνη δόση. Σε ασθενείς με αλλεργία στην πενικιλίνη, γίνεται χορήγηση δοξυκυκλίνης ή τετρακυκλίνης από το στόμα.

Η θεραπεία της σύφιλης στις εγκύους γυναίκες μπορεί να προκαλέσει μια σοβαρή αντίδραση που ονομάζεται αντίδραση Jarisch - Herxheimer, η οποία περιλαμβάνει πυρετό, μυοσκελετικό πόνο, ταχυκαρδία και μερικές φορές υπόταση. Αυτή δεν αποτελεί αντίδραση στην πενικιλίνη καθαυτή, αλλά αποδίδεται στην αιφνίδια και μαζική καταστροφή των σπειροχαιτών από την πενικιλίνη και της συνακόλουθης απελευθέρωσης τοξινών στο αίμα. Η αντίδραση Jarisch-Herxheimer γενικά ξεκινάει εντός 24 ωρών από την έναρξη της θεραπείας και υποχωρεί μέσα στο επόμενο 24ωρο. Δεν θα

πρέπει να γίνει διακοπή της θεραπείας, εκτός αν τα συμπτώματα γίνουν απειλητικά για τη ζωή. (LeMone et al., 2014)

2.5: Ιός ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV)

Ορισμός

Τα κονδυλώματα ή αλλιώς θηλώματα των γεννητικών οργάνων (οξυτενή κονδυλώματα) προξενούνται από τον ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων (human papilloma virus - HPV) και θεωρείται η πιο συχνή λοίμωξη των γεννητικών οργάνων στις ΗΠΑ. Οι ιοί των ανθρώπινων θηλωμάτων μεταδίδονται με κολπική, πρωκτική ή στοματογενετική επαφή. (LeMone et. al., 2014)

Κλινικές εκδηλώσεις

Αν και τα περισσότερα άτομα δεν εκδηλώνουν συμπτώματα στις λοιμώξεις από τον HPV και υποχωρούν χωρίς θεραπεία, άλλα άτομα μπορεί να εμφανίσουν κονδυλώματα των γεννητικών οργάνων, δυσπλασία ή καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Επί του παρόντος, ο ιός HPV είναι ανίατος.

Τα άτομα όπου είναι συμπτωματικά παρουσιάζουν χαρακτηριστικές εκδηλώσεις: μονήρεις ή πολλαπλές ανώδυνες, ανθοκραμβοειδείς διογκώσεις στην αιδοιοκολπική περιοχή, το περίνεο, το πέος, την ουρήθρα ή τον πρωκτό. Συγκεκριμένα στις γυναίκες, οι διογκώσεις μπορεί να εμφανίζονται εσωτερικά του κόλπου ή πάνω στον τράχηλο της μήτρας και να φανερώνονται μόνο κατά την διάρκεια μιας πυελικής εξέτασης.

Υπάρχουν τέσσερις τύποι κονδυλωμάτων:

- Τα οξυτενή κονδυλώματα, όπου είναι ανθοκραμβοειδείς βλάβες που παρουσιάζονται σε επιφάνειες υγρού δέρματος όπως ο κόλπος ή ο πρωκτός.
- Τα κερατωσικά κονδυλώματα είναι σκληρές, παχιές βλάβες, αναπτύσσονται σε ξηρό κερατινοποιημένο δέρμα όπως τα μεγάλα χείλη, ή το πέος ή το όσχεο.
- Τα βλατιδώδη κονδυλώματα, όπου πρόκειται για μαλακές βλάβες εμφανίζονται σε κερατινοποιημένο δέρμα.
- Τα επίπεδα κονδυλώματα, όπου είναι ελαφρά επηρμένες βλάβες, πολλές φορές δεν παρατηρούνται με γυμνό οφθαλμό και υπάρχουν επίσης σε κερατινοποιημένο δέρμα. (LeMone et. al., 2014)

Πιο συχνά συμβαίνει κακοήγη εξαλλαγή στη ζώνη μετάπτωσης του επιθηλίου του τραχήλου της μήτρας (εκεί όπου τα κυλινδρικά κύτταρα του ενδοτραχήλου μεταπίπτουν σε πλακώδη του εξωτραχήλου). Η πλειονότητα των γυναικών με πρόδρομες του καρκίνου καταστάσεις παραμένουν χωρίς συμπτώματα.

Σε προχωρημένα στάδια του διηθητικού καρκίνου του τραχήλου της μήτρας εμφανίζονται συμπτώματα. Πιο συγκεκριμένα, η παθολογική αιμορραγία (μηνορραγία, κατά τη σεξουαλική επαφή ή μεταξύ των εμμήνων ρύσεων) είναι δυνατόν να παρουσιαστεί σε πρώιμο στάδιο της νόσου. Σε προχωρημένα στάδια, τα συμπτώματα προέρχονται συνήθως από τοπική διήθηση και ίσως να περιλαμβάνουν άλγος πυέλου, κάτω άκρων ή οσφύος, οίδημα σφυρών, αιμορραγία από το ορθό ή αιματουρία. (Ashar et. al., 2017)

Επιπολασμός

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι ο 11^{ος} πιο συχνός τύπος καρκίνου των γυναικών στην Ελλάδα και αποτελεί τον 3^ο συχνότερο καρκίνο στις γυναίκες παγκοσμίως (Διαφέρμου και συν., 2015). Η συχνότητα του HPV είναι υψηλότερη σε νέα άτομα κατά τη διάρκεια των πρώτων ετών της σεξουαλικής τους ζωής. Οι τύποι του ιού HPV είναι κατηγοριοποιημένοι σύμφωνα με την επιδημιολογική τους συσχέτιση με τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Οι λοιμώξεις από χαμηλού κινδύνου τύπους του ιού, όπως οι τύποι 6 και 11, μπορεί να προκαλέσουν καλοήγη ή χαμηλού βαθμού αλλαγές στα κύτταρα του τραχήλου της μήτρας, κονδυλώματα και υποτροπιάζουσα αναπνευστική θηλωμάτωση (RRP). Οι τύποι υψηλού κινδύνου μπορεί να προκαλέσουν τραχηλικό, πρωκτικό και άλλου είδους καρκίνο του γεννητικού συστήματος. Αυτοί οι τύποι παρατηρούνται στο 99% των καρκίνων του τραχήλου, και παγκοσμίως κατά προσέγγιση το 70% των καρκίνων του τραχήλου οφείλονται στους τύπους 16 και 18. Αν και η λοίμωξη από τον HPV είναι συχνή, έρευνες δείχνουν ότι περίπου το 90% των μολύνσεων υποχωρούν μέσα σε 2 χρόνια. (Dunne et. al., 2007). Αυτό που επηρεάζει περισσότερο την παραμονή του ιού και την εξέλιξη σε προκαρκινικά στάδια είναι ο τύπος του ιού HPV. Η χρονική περίοδος από την αρχή της λοίμωξης από τον ιό έως την εξέλιξη της σε υψηλού βαθμού προκαρκινική δυσπλασία ξεκινά από 6 μήνες και μπορεί να φτάσει έως και χρόνια, με μέσο όρο ζωής τα 3 έτη. (Διαφέρμου και συν., 2015)

Θεραπεία

Κονδυλώματα

Η ποδοφυλλοτοξίνη και η ποδοφυλλίνη χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία των κονδυλωμάτων της γεννητικής περιοχής και εφαρμόζονται τοπικά. Η ποδοφυλλίνη (Condylox, Podofin) αντενδείκνυται κατά τη διάρκεια της κύησης και είναι δυνατόν να επιφέρει ανεπιθύμητες ενέργειες σε οποιονδήποτε ασθενή, όπως ναυτία, διάρροια και λήθαργο μέχρι και παράλυση ή κώμα.

Τα κονδυλώματα των γεννητικών οργάνων απομακρύνονται και με κρυοθεραπεία, ηλεκτροθεραπεία, ηλεκτροκαυτηριασμό ή χειρουργική εξαίρεση. Η χειρουργική με λέιζερ διοξειδίου του άνθρακα χρησιμοποιείται συχνά στην αφαίρεση εκτεταμένων κονδυλωμάτων. (LeMone et. al., 2014)

Καρκίνος

Η προστασία απέναντι στα τέσσερα στελέχη του HPV που προκαλούν τους περισσότερους καρκίνους του τραχήλου και κονδυλώματα της γεννητικής περιοχής επιτυγχάνεται με ένα τετραδύναμο εμβόλιο, στο οποίο χορηγούνται τρεις ενέσεις ενδομυϊκά σε διάστημα 6 μηνών. Συστήνεται η ανοσοποίηση όλων των γυναικών ηλικίας έως 26 ετών που δεν έχουν εμβολιασθεί κατά το παρελθόν, καθώς το εμβόλιο δεν παρέχει προστασία από προϋπάρχουσα HPV λοίμωξη. (LeMone et. al., 2014)

Η θεραπεία του διηθητικού καρκίνου του τραχήλου της μήτρας βασίζεται στο στάδιο στο οποίο βρίσκεται.

- Στάδιο I: περιορισμένος στον τράχηλο της μήτρας.
- Στάδιο II: επεκτείνεται περισσότερο, αλλά όχι έως τα πυελικά τοιχώματα ή το κατώτερο τριτημόριο του κόλπου.
- Στάδιο III: περιλαμβάνονται τα πυελικά τοιχώματα ή το κατώτερο τριτημόριο του κόλπου.
- Στάδιο IV: θεωρείται μεταστατική νόσος (πέραν της πυέλου) ή με συμμετοχή της ουροδόχου κύστεως ή του ορθού.

Θεραπεία ανάλογα με το στάδιο:

- Στάδιο I, II, III: με ριζική υστερεκτομή, με ή χωρίς ακτινοθεραπεία
- Στάδιο IV: απαιτείται ριζική υστερεκτομή μαζί με ακτινοθεραπεία, ή παρηγορητική χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία. (Ashar et. al., 2017)

2.6: Ηπατίτιδα Β

Ορισμός

Ο ιός της ηπατίτιδας Β (hepatitis B virus - HBV) είναι ένας DNA ιός όπου η αντιγραφή του πραγματοποιείται στο ήπαρ. Μεταδίδεται μέσω της άμεσης επαφής με αίμα και προϊόντα του αίματος, της σεξουαλικής επαφής και της επαφής με μολυσμένα άψυχα αντικείμενα, όπως και κατά τη διάρκεια της κύησης, από τη μητέρα στο έμβρυο, εάν η μητέρα έχει προσβληθεί κατά το 3ο τρίμηνο της κύησης ή κατά τη γέννηση. (Osborn et. al., 2013)

Κλινικές εκδηλώσεις

Οι κλινικές εκδηλώσεις της ηπατίτιδας είναι συχνά παρόμοιες, ανεξαρτήτως της αιτίας. Αν και τα συμπτώματα συχνά μπορεί να είναι κεραυνοβόλος ηπατίτιδα, η οποία εξελίσσεται σε ηπατική ανεπάρκεια και θάνατο, υπάρχουν πολλές περιπτώσεις όπου επικρατεί ασυμπτωματική κατάσταση. Στην περίοδο επώασης του ιού της ηπατίτιδας οι ασθενείς είναι συνήθως ασυμπτωματικοί. Στη HBV λοίμωξη παρατηρούνται HBeAg αντιγόνα στο αίμα, που υποδεικνύουν υψηλό βαθμό μολυσματικότητας, ενώ κατά την περίοδο επώασης, εμφανίζονται τα αντιγόνα HBsAg (αντιγόνο επιφάνειας ηπατίτιδας Β). Κατόπιν της περιόδου επώασης, διακρίνονται τρεις φάσεις στην κλινική πορεία της ιογενούς ηπατίτιδας: η πρόδρομη φάση, η ικτερική φάση και η φάση ανάρρωσης (ανάκτησης). (Osborn et. al., 2013)

Επιπολασμός

Κατά προσέγγιση το 1/3 του πληθυσμού παγκοσμίως (δηλαδή 2 δισεκατομμύρια άνθρωποι) έχουν θετικούς δείκτες παλιάς ή ενεργού λοίμωξης από τον HBV, ενώ περίπου 350 εκατομμύρια νοσούν από χρόνια λοίμωξη. Στην Ελλάδα το ποσοστό που κυμαίνεται από 1,0–8,0%. Ο αριθμός των πασχόντων από χρόνια λοίμωξη του HBV εκτιμάται ότι παραμένει σταθερός ή ότι έχει παρατηρηθεί μόνο μικρή αύξηση τα τελευταία χρόνια, κυρίως εξαιτίας του μεγάλου κύματος οικονομικών μεταναστών, που αντιπροσωπεύουν σήμερα το 10% περίπου του ελληνικού πληθυσμού. Η χρόνια αυτή λοίμωξη μπορεί να προκαλέσει χρόνια ηπατοπάθεια, κίρρωση και ηπατοκυτταρικό καρκίνο παγκοσμίως. Ένα μεγάλο ποσοστό (80%) των περιπτώσεων καρκίνου του ήπατος στην Ελλάδα ευθύνεται στην ηπατίτιδα Β. Άτομα που διατρέχουν υψηλό κινδύνο μόλυνσης από τον ιό της ηπατίτιδας Β –όπως και της ηπατίτιδας C– είναι οι πολυμεταγγιζόμενοι ασθενείς, οι χρήστες ενδοφλεβίων ναρκωτικών ουσιών, οι

μεταμοσχευμένοι και αυτοί που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, ενώ η επίπτωσή της φαίνεται να αυξάνεται σε ασθενείς που έχουν προσβληθεί από τον ιό HIV. (Γαλάνης και συν., 2007)

Θεραπεία

Υπάρχει ένα εμβόλιο ενάντια στον HBV που παρέχει ανοσία κατά 85–95%, το οποίο είναι υποχρεωτικό για τα παιδιά στη χώρα μας από το 1998. Το ανασυνδυασμένο εμβόλιο χρησιμοποιείται από το 1986 και πρόκειται για εναλλακτική λύση στο πρώτο εμβόλιο, που διοχετεύτηκε στην αγορά το 1981.

Η αντιμετώπιση των HBV και HCV λοιμώξεων πραγματοποιείται μέσω φαρμακευτικής αγωγής. Μια από τις πιο συνηθισμένες θεραπείες για την ηπατίτιδα Β και C είναι η ιντερφερόνη ως μονοθεραπεία ή σε συνδυασμό με αντι-ιικά φάρμακα, καθώς οδηγεί σε ελάττωση της ιαμίας, βελτιστοποιεί και σταθεροποιεί την ιστολογία (ίνωση ήπατος), ελατώνει τον κίνδυνο ανάπτυξης ηπατοκυτταρικού καρκίνου, όπως και παρατείνει την επιβίωση. Για να ξεκινήσει η θεραπεία, λαμβάνονται πρώτα υπόψιν η ηλικία του ασθενούς, ο βαθμός της ηπατικής του επάρκειας, η πιθανότητα ανταπόκρισης και οι πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες ή και οι επιπλοκές. Οι πιο κοινές ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπείας είναι ανορεξία, κόπωση, οξυθυμία, πονοκέφαλος, μυαλγίες, συμπτωματολογία της γριπώδους συνδρομής (πυρετός κ.ά.), κοιλιακά άλγη, καταβολή, λευκοπενία και κατάθλιψη. (Γαλάνης και συν., 2007)

2.7: Έρπης γεννητικών οργάνων

Ορισμός

Ο έρπης των γεννητικών οργάνων προκαλείται από τους ιούς του απλού έρπητα HSV-1 και HSV-2. Ο HSV-2 πρόκειται για αυτόν που πυροδοτεί τον έρπητα των γεννητικών οργάνων και μεταδίδεται μέσω σεξουαλικής επαφής ή κατά τον τοκετό από μολυσμένη μητέρα. Ο HSV-1, από την άλλη, αν και αφορά τον επιχείλιο έρπητα, υπάρχει περίπτωση να μεταδοθεί στη γεννητική περιοχή μέσω στοματικής συνουσίας ή αυτοενοφθαλμισμού λόγω κακών πρακτικών υγιεινής των χεριών. (LeMone et. al., 2014)

Κλινικές εκδηλώσεις

Τα συμπτώματα που προκαλεί ο έρπης γεννητικών οργάνων ποικίλλουν. Μπορεί να παρουσιαστούν από πυρετό, κεφαλαλγία, δυσουρία, επίσχεση ούρων μέχρι και

γενική κακουχία, ερπητικές βλάβες, κολπική ή ουρηθρική έκκριση και επιχώρια λεμφαδενοπάθεια. (LeMone et. al., 2014)

Επιπολασμός

Ο έρπης των γεννητικών οργάνων παρατηρείται κύριως σε νέους, σεξουαλικά ενεργούς ενήλικους και σε άτομα με πρώιμη έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας και με πολλαπλούς σεξουαλικούς συντρόφους. Κατά προσέγγιση 50 εκατομμύρια άτομα με ηλικία 12 ετών και άνω ή 1 στους 5 εφήβους και ενήλικους έχουν ερπητικές λοιμώξεις των γεννητικών οργάνων. (LeMone et. al., 2014)

Θεραπεία

Δεν υπάρχει οριστική θεραπεία για τον έρπη γεννητικών οργάνων, οπότε οι μέθοδοι που εφαρμόζονται είναι κυρίως συμπτωματικές. Η κύρια θεραπεία είναι η ακυκλοβίρη (Zovirax), η οποία βοηθά στην μείωση της διάρκειας και της σοβαρότητας της πρωτομόλυνσης. Η λήψη του φαρμάκου από το στόμα αποτελεί πιά αποδοτική λύση για την πρωτομόλυνση, όπως και για τις υποτροπές. Χορηγείται για 7 έως 10 ημέρες ή μέχρι την επούλωση των βλαβών, όπως επίσης μπορεί να χορηγηθεί και ενδοφλέβια. Σε περιπτώσεις που μερικά στελέχη του HSV γίνονται ανθεκτικά στην ακυκλοβίρη, όπου είναι κυρίως σε άτομα θετικά στον HIV, χρησιμοποιείται η φוסκαρνέτη (Foscavir). Άλλα αντι-ϊικά είναι η βαλακυκλοβίρη (Valtrex) και η φαμκυκλοβίρη (Famvir), τα οποία χρησιμοποιούνται για θεραπεία και πρόληψη. Έχει βρεθεί ότι όταν χρησιμοποιείται ένας αντι-ϊικός παράγοντας (ακυκλοβίρη, βαλακυκλοβίρη ή φαμκυκλοβίρη) για τον υποτροπιάζοντα έρπητα των γεννητικών οργάνων περιορίζεται η συχνότητα των εξάρσεων, καθώς και ο κίνδυνος να μεταδωθεί η λοίμωξη στον μη μολυσμένο ετεροφυλόφιλο σύντροφο. (LeMone et. al., 2014)

2.8: Ιός ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV)

Ορισμός

Στο Λος Άντζελες και στη Νέα Υόρκη ,το 1981, εντοπίστηκαν σε νεαρούς, προηγουμένως υγιείς, ομοφυλόφιλους άνδρες 5 περιστατικά πνευμονίας από *Pneumocystis jiroveci* και 26 περιστατικά μιας σπάνιας μορφής καρκίνου, του σαρκώματος Kaposi. Η νέα αυτή παθολογική κατάσταση ονομάστηκε σύνδρομο επίκτητης ανοσοανεπάρκειας (AIDS, acquired immunodeficiency syndrome), ώστε να

περιγράφει η διαταραχή της λειτουργίας του ανοσοποιητικού συστήματος που σχετίζεται με αυτές τις ευκαιριακές λοιμώξεις. Πριν από το 1981, τόσο η πνευμονία από *Pneumocystis jirovecii* (PJP) όσο και το σάρκωμα Karosi είχαν παρατηρηθεί μόνο σε ηλικιωμένους, σε άτομα με βαριές χρόνιες νόσους ή σε ασθενείς με βαριά ανοσοανεπάρκεια. Σύντομα, αναγνωρίστηκαν και άλλες ομάδες ασθενών με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης AIDS, όπως οι χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών, τα άτομα με αιμορροφιλία, ασθενείς που είχαν στο παρελθόν υποβληθεί σε μεταγγίσεις αίματος και οι μετανάστες από την Αϊτή. (LeMone et. al., 2014)

Επίπτωση και Επιπολασμός

Οι παράγοντες κινδύνου για λοίμωξη με τον HIV έχουν σχέση με τη συμπεριφορά του ατόμου. Στις ΗΠΑ, το 60% των γνωστών περιστατικών λοίμωξης HIV παρατηρήθηκε σε άνδρες που είχαν σεξουαλικές επαφές με άλλους άνδρες (ομοφυλόφιλοι, αμφιφυλόφιλοι και ειδικές ομάδες ατόμων, όπως είναι οι έγκλειστοι των φυλακών). Ειδικότερα η νόσος μεταδίδεται σε αυτούς κυρίως μέσω πρωκτικής σεξουαλικής επαφής χωρίς τη χρήση προφυλακτικού. Δεύτερος βασικός παράγοντας κινδύνου θεωρείται η χρήση ενδοφλέβιων ουσιών, που παρατηρείται σε ποσοστό περίπου 25% των περιπτώσεων, λόγω της κοινής χρήσης βελονών και άλλων εξαρτημάτων της λήψης ναρκωτικών. Ειδικότερα στις γυναίκες, ο πιο συχνός τρόπος μετάδοσης του HIV είναι η σεξουαλική επαφή με μολυσμένο άνδρα και η προσφορά σεξ με αντάλλαγμα την απόκτηση ναρκωτικών ουσιών. Με ποσοστό 2% αποτελούν τα άτομα με αιμορροφιλία, στα οποία γίνεται η ενδοφλέβια χορήγηση μεγάλων ποσοτήτων παραγόντων πήξης και τα άτομα που έχουν μολυνθεί εξαιτίας μεταγγίσεων αίματος .

Στις ΗΠΑ, με ποσοστό 29% αποτελούν οι ενήλικες άνω των 50 ετών που διαγιγνώσκονται με AIDS. Η σεξουαλική επαφή αποτελεί την κύρια οδό μετάδοσης της νόσου στα νεότερα αλλά μεγαλύτερης ηλικίας άτομα. Αυτό συμβαίνει καθώς οι τελευταίοι δεν είναι πλέον στην αναπαραγωγική ηλικία και δεν χρησιμοποιούν προφυλακτικά κατά τη σεξουαλική επαφή. Επιπλέον το υγειονομικό προσωπικό υπάρχει περίπτωση να μη δώσει σημασία στις εκδηλώσεις της νόσου, με αποτέλεσμα η διάγνωση να καθυστερεί και να αυξάνεται η βαρύτητα της νόσου.

Πολύ μικρό το ποσοστό των εθελοντών αιμοδοτών (ενός πληθυσμού από τον οποίο γενικά εξαιρούνται άτομα που ακολουθούν συμπεριφορές υψηλού κινδύνου) αποδεικνύονται θετικά για λοίμωξη με τον HIV. Η έκθεση των βλεννογόνων σε

μολυσμένο υλικό, όπως η εκτόξευση σταγονιδίων βιολογικού υγρού στα μάτια ή στο στόμα, συνοδεύεται από πολύ μικρότερο κίνδυνο μετάδοσης της λοίμωξη HIV. (LeMone et. al., 2014)

Θεραπεία

Σύμφωνα με το Υπουργείο Ηνωμένων Πολιτειών Υγείας και Ανθρωπίνων Υπηρεσιών συνιστούν την έναρξη αντιρετροϊκής θεραπείας (ART), το συντομότερο δυνατό μετά τη διάγνωση οξείας και πρώιμης HIV λοίμωξης. Αν και η τελική επιλογή του αντιρετροϊκού σχήματος θα πρέπει να ενημερώνεται από τα αποτελέσματα της αντοχής στο φάρμακο δοκιμών, ξεκινάμε τη θεραπεία το συντομότερο δυνατό, ακόμη και αν τα αποτελέσματα της αρχικής αντίστασης δεν είναι ακόμη γνωστές. (Saag et.al.,2020)

2.9: Ψείρες εφηβαίου

Ορισμός

Το *P. rubis* είναι ένα ημιδιαφανές παράσιτο μήκους 0,8 έως 1,2 mm. Τέσσερα από τα έξι πόδια του καταλήγουν σε προεξέχοντα νύχια που μοιάζουν με καβούρι, τα οποία είναι κατάλληλα για να πιάσουν την ηβική και άλλες τρίχες του σώματος (Galiczynski et. al., 2008). Το *P. rubis* μεταδίδεται κυρίως κατά τη σεξουαλική επαφή. Επίσης μπορεί να μεταδοθεί μέσω επαφής, όπως ρούχα, πετσέτες ή λευκά είδη, αλλά θεωρείται ότι είναι λιγότερο συχνή αυτού τους είδους η διασπορά. (Leone, 2007)

Κλινικές εκδηλώσεις

Κύρια εκδήλωση στην πληγείσα περιοχή είναι ο κνησμός. Επίσης ο ασθενής με ψείρες στο εφηβαίο μπορεί να εμφανίσει ερεθισμό στα μάτια. Η φθηνιαση τυπικά περιλαμβάνει την ηβική και περιπρωκτική περιοχή, αλλά μπορεί ακόμα να αφορά τη μασχάλη ή άλλες περιοχές του σώματος όπως στο στήθος. Το τριχωτό της κεφαλής συνήθως δεν προσβάλλεται, αλλά μπορεί να εμφανιστεί σε άτομα με πυκνά, σγουρά μαλλιά. [(Galiczynski et. al., 2008), (Akhoundi et. al., 2016)]

Σε άτομα με παρατεταμένη προσβολή μπορεί να αναπτυχθούν ωχρές, γαλαζωπές, κηλίδες 0,5 έως 1 cm (maculae ceruleae). Αυτές οι βλάβες εντοπίζονται συνήθως στο κάτω μέρος της κοιλιάς, στους εγγύς μηρούς ή στους γλουτούς (Galiczynski et. al., 2008). Μικρές κηλίδες αίματος μπορούν να παρατηρηθούν στα εσώρουχα. [(Ragheb et. al., 1995), (Brown et al., 1999)]

Επιδημιολογία

Παρόλο που τα επιδημιολογικά δεδομένα για την προσβολή της ηβικής ψείρας είναι λιγοστά, η επίπτωση φαίνεται να μειώνεται [(Dholakia et. al., 2014), (Armstrong et. al., 2006), (Veraldi et. al., 2018)]. Σε μια έρευνα, η συχνότητα επιβεβαιωμένων προσβολών από ηβική ψείρα που προσήλθαν σε νοσοκομείο στο Ηνωμένο Βασίλειο μειώθηκε από 1,82% σε 0,07% μεταξύ 2003 έως 2013 (Dholakia et. al., 2014). Η ολοένα επιθυμία για ηβική αποτρίχωση πιθανολογείται ως κύριος παράγοντας. [(Dholakia et. al., 2014), (Armstrong et. al., 2006), (Veraldi et. al., 2018)]

Θεραπεία

Τα τοπικά πεντικουτοκτόνα είναι οι κύριες θεραπείες για ηβική ηβική πέδικλωση. Επιπλέον, οι κόνιδες πρέπει να αφαιρούνται με τα μια ειδική χτένα ή τσιμπιδάκια, εάν είναι εφικτό. Το ξύρισμα των μαλλιών στην πληγείσα περιοχή δεν είναι απαραίτητη. [(Workowski et. al., 2015), (Salavastru et. al., 2017)]

2.10: Μολυσματική τέρμινθος

Ορισμός

Ο ιός *Molluscum contagiosum* (MCV) είναι ένας ιός ευλογιάς που προκαλεί μια χρόνια, εντοπισμένη λοίμωξη, που αποτελείται από βλατίδες στο χρώμα της σάρκας, σε σχήμα θόλου στο δέρμα ενός μολυσμένου ατόμου. Όπως πολλοί ιοί στην οικογένεια των ιών ευλογιάς, ο ιός μολυσματικής ευλογιάς (MCV) μεταδίδεται με άμεση επαφή (δέρμα με δέρμα) με αποτέλεσμα να εμφανιστεί οπουδήποτε στο σώμα. Ο ιός μπορεί να μεταδοθεί με ξύσιμο ή άγγιγμα μιας βλάβης. Για παράδειγμα, εάν οι βλάβες αναπτυχθούν στο πρόσωπο, το ξύρισμα μπορεί να μεταδώσει τον ιό. Η μόλυνση μπορεί επίσης να μεταδοθεί από τα σφουγγάρια ή πετσέτες μπάνιου ή μέσω επαφής με το δέρμα κατά τη διάρκεια συμμετοχής σε αθλήματα επαφής. (Dohil et. al., 2006)

Παράγοντες κινδύνου

Το *Molluscum contagiosum* είναι μια κοινή ασθένεια της παιδικής ηλικίας. Συχνά η ασθένεια προσβάλλει εφήβους και ενήλικες, ως σεξουαλικά μεταδιδόμενη ασθένεια ή από αθλήματα επαφής (Dohil et. al., 2006). Το *Molluscum contagiosum* σχετίζεται επίσης με καταστάσεις ανοσοανεπάρκειας, κατά τη διάρκεια της μόλυνσης από τον HIV ή μετά από θεραπεία με ανοσοκατασταλτικά φάρμακα. (Zhang et. al., 2009)

Κλινικές εκδηλώσεις

Ο ιός molluscum contagiosum (MCV) προκαλεί μια χρόνια, εντοπισμένη λοίμωξη που χαρακτηρίζεται από σταθερές βλατίδες σε σχήμα θόλου στο δέρμα. Επίσης μπορεί να παρατηρηθεί κνησμος και οι βλάβες μερικές φορές γίνονται εμφανώς φλεγμονώδεις. Το Molluscum contagiosum μπορεί να εμφανιστεί οπουδήποτε στο σώμα εκτός από τις παλάμες και τα πέλματα. Οι πιο κοινές περιοχές προσβολής περιλαμβάνουν τον κορμό και τις μασχालιές. Η προσβολή του στοματικού βλεννογόνου είναι σπάνια (Fornatora et. al., 2001). Σε μολυσμένους με HIV και άλλους ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς, οι βλάβες μπορεί να είναι μεγάλες (γνωστοί και ως γιγάντιο μαλάκιο) και ευρέως διαδεδομένες.

Επιδημιολογία

Η μόλυνση από τον ιό Molluscum contagiosum (MCV) έχει παρατηρηθεί παγκοσμίως. Αν και έχουν εντοπιστεί τέσσερις γονότυποι, ο γονότυπος 1 (MCV1) κυριαρχεί και αντιπροσωπεύει το 90% των περιπτώσεων στις Ηνωμένες Πολιτείες (Dohil et. al., 2006). Στις ΗΠΑ υπολογίζεται ότι λιγότερο από το 5% των παιδιών έχουν μολυνθεί από τον ιό MCV (Dohil et. al., 2006). Ο αριθμός των περιπτώσεων στους ενήλικες ποικίλλει με την πάροδο του χρόνου. Στη δεκαετία του 1980, ο αριθμός των περιπτώσεων μολυσματικής τερμίνθου αυξήθηκε, προφανώς ως αποτέλεσμα της επιδημίας του AIDS (Koorman et. al., 1992). Παρόλα αυτά, από την εισαγωγή της ισχυρής αντιρετροϊκής θεραπείας (ART), ο αριθμός των περιπτώσεων μεταδοτικότητας του MCV σε ασθενείς με AIDS έχει μειωθεί σημαντικά. (Calista et. al.,1999)

Θεραπεία

Μια συστηματική ανασκόπηση τυχαιοποιημένων δοκιμών που διερεύνησε την αποτελεσματικότητα των θεραπειών με μαλάκιο contagiosum σε υγιή άτομα βρήκαν ανεπαρκή στοιχεία για να συμπεράνουμε ότι οποιαδήποτε θεραπεία ήταν οριστικά αποτελεσματική.

Παρά την απουσία μεγάλων ελεγχόμενων με εικονικό φάρμακο δοκιμών για την υποστήριξη της αποτελεσματικότητας της κρυοθεραπείας, της απόξεσης και της καθαριδίνης, η εμφανής ανταπόκριση που σχετίζεται με τη χρήση τους προσφέρει χρησιμότητα για την αφαίρεση μεμονωμένων βλαβών. Η αποτελεσματικότητα της ποδοφυλλοτοξίνης υποστηρίζεται από δεδομένα από μια τυχαιοποιημένη δοκιμή

ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο. Έτσι, όταν είναι επιθυμητή μια δοκιμή θεραπείας, εξετάζουμε την κρυοθεραπεία, την απόξεση, την κανθαριδίνη και την ποδοφυλλοτοξίνη ως θεραπευτικές επιλογές πρώτης γραμμής. (Wouden et. al., 2017)

2.11: Κολπική λοίμωξη

Ο κόλπος μπορεί να μολυνθεί από μύκητες, πρωτόζωα ή βακτήρια. Αυτές οι λοιμώξεις μπορεί να μεταδίδονται σεξουαλικά. Συνήθως ο άνδρας δεν έχει συμπτώματα της λοίμωξης. Οι παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνουν τη χρήση αντισυλληπτικών χαπιών ή αντιβιοτικών ευρέος φάσματος, παχυσαρκία, σακχαρώδη διαβήτη, κύηση, σεξουαλική δραστηριότητα χωρίς προφύλαξη, πολλούς σεξουαλικούς συντρόφους και πλημμελή ατομική υγιεινή.

Στα προληπτικά μέτρα προκύπτει η εκπαίδευση των γυναικών στην ατομική υγιεινή και το ασφαλέστερο σεξ. Συστήνεται στις γυναίκες να αποφεύγουν τις συχνές κολπικές πλύσεις και τη χρήση συνθετικών εσωρούχων και/ή στενών παντελονιών. Σεξουαλική δραστηριότητα χωρίς προφύλαξη, ειδικά με πολλούς συντρόφους, αυξάνει τον κίνδυνο κολπικών λοιμώξεων. (LeMone et. al., 2014)

Βακτηριακή Κολπίτιδα

Η Βακτηριακή κολπίτιδα (μη ειδική κολπίτιδα) είναι η πιο συχνή αιτία κολπικής λοίμωξης σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας. Η *Gardenerella vaginalis* είναι ένας από τους αιτιολογικούς μικροοργανισμούς, αλλά εμπλέκονται και άλλοι. Η σχέση της σεξουαλικής δραστηριότητας με αυτή τη λοίμωξη δεν είναι σαφής. Η κύρια εκδήλωση είναι οι κολπικές εκκρίσεις που είναι λεπτόρρευστες και λευκόφαιες και έχουν δυσάρεστη οσμή ιχθύος. Οι επιπλοκές περιλαμβάνουν πυελική φλεγμονή και σε γυναίκες που κυοφορούν, πρόωρο τοκετό, πρόωρη ρήξη υμένων και επιλόχεια ενδομητρίτιδα. Η λοίμωξη αντιμετωπίζεται με από το στόμα ή ενδοκολπικούς αντιβακτηριακούς παράγοντες. (LeMone et. al., 2014)

Καντιντίαση

Η Καντιντίαση (μονιλίαση ή μυκητίαση) προκαλείται από το μικροοργανισμό *Candida albicans*, ο οποίος έχει διάφορα στελέχη με διαφορετική τοξικότητα. Η *candida* αποτελεί τμήμα της φυσιολογικής χλωρίδας του κόλπου, μέχρι και στο 50% των γυναικών (Porth & Matfin, 2009), προκαλώντας προβλήματα μόνο όταν πολλαπλασιάζεται ταχέως. Όταν η φυσιολογική κολπική χλωρίδα διαταραχθεί από

αυξημένα επίπεδα οιστρογόνων, αντιβιοτικά, σακχαρώδη διαβήτη, μόλυνση από τα κόπρανα ή άλλους παράγοντες, ο μικροοργανισμός πολλαπλασιάζεται, οδηγώντας σε μυκητιασική λοίμωξη. Οι εκδηλώσεις περιλαμβάνουν μια άοσμη, παχύρρευστη, κολπική έκκριση που συνοδεύεται συχνά από κνησμό και ερεθισμό του αιδοίου, δυσουρία και δυσπαρευνία. (LeMone et. al., 2014)

Τριχομονάδωση

Η Τριχομονάδωση προκαλείται από την *Trichomonas vaginalis*, ένα παρασιτικό πρωτόζωο. Αποτελεί τη συχνότερη ιάσιμη ΣΜΛ στις νέες, σεξουαλικά ενεργές γυναίκες και υπολογίζονται 7,4 εκατομμύρια νέα περιστατικά ετησίως σε άντρες και γυναίκες. Τα συμπτώματα συνήθως παρουσιάζονται σε 5 έως 28 ημέρες από την έκθεση. Συχνότερα, προσβάλλει τον κόλπο στις γυναίκες και την ουρήθρα στους άνδρες. Οι περισσότεροι άνδρες είναι συμπτωματικοί. Ωστόσο, όταν είναι συμπτωματικοί, μπορεί να παραπονεθούν για δυσουρία και ενόχληση στην ουρήθρα. Οι γυναίκες έχουν αφρώδη, πρασινοκίτρινη κολπική έκκριση με έντονη οσμή, που συχνά συνοδεύεται από κνησμό και ερεθισμό των γεννητικών οργάνων. Η τριχομονάδωση κατά την κύηση μπορεί να προκαλέσει πρόωρη ρήξη των υμένων και πρόωρο τοκετό. Η τριχομονάδωση αυξάνει τον κίνδυνο μόλυνσης από τον ιό HIV αν εκτεθεί σε αυτόν και μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο μετάδοσης HIV στον σεξουαλικό της σύντροφο. Η τριχομονάδωση αντιμετωπίζεται με μια και μόνη δόση μετρονιδαζόλης ή τινιδαζόλης. (LeMone et. al., 2014)

Φαρμακευτική Αγωγή

Η φαρμακευτική θεραπεία ποικίλλει ανάλογα με το μικροοργανισμό, όπως περιεγράφηκε πριν. Ο σεξουαλικός σύντροφος πρέπει επίσης να υποβληθεί σε θεραπεία για να προληφθεί η επαναμόλυνση. Μερικοί αντιμυκητιασικοί παράγοντες χορηγούνται χωρίς συνταγή, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε λήψη λανθασμένου φαρμάκου με πρωτοβουλία του ασθενούς ή να εμποδίσει την αναφορά επανειλημμένων λοιμώξεων. (LeMone et. al., 2014)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο : Αντισύλληψη

3.1: Ορισμός αντισύλληψης

Με τον όρο αντισύλληψη εννοούμε κάθε μέτρο πρόληψης που χρησιμοποιούν δύο σύντροφοι, με σκοπό να αποτρέψουν μία ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. Με λίγα λόγια, περιγράφει τα μέσα και τις τεχνικές που επιτυγχάνουν να αναστείλουν τη γονιμότητα. Ο ρόλος της έχει πολυδιάστατη μορφή: προληπτική, θεραπευτική και κοινωνική. Έτσι η αντισύλληψη είναι απαραίτητη για την αποφυγή της ακούσιας εγκυμοσύνης. (Γκοδοσίδου, 2021)

3.2: Στείρωση

Η στείρωση (ανδρών και γυναικών) αποτελεί μια από τις πιο ευρέως διαδεδομένες μεθόδους αντισύλληψης στις Ηνωμένες Πολιτείες. Σχεδόν ένα στα τρία παντρεμένα ζευγάρια χρησιμοποιούν τη στείρωση ως μέθοδο αντισύλληψης. Αν και η χειρουργική επέμβαση είναι κοστοβόρα, η στείρωση απαλείφει εντελώς το αντισυλληπτικό κόστος. Ουσιαστικά αποτελεί μόνιμο τέλος στη γονιμότητα, καθώς η χειρουργική επέμβαση αντιστροφής είναι πολύ δύσκολη, ακριβή, με ποσοστά αποτυχίας και συχνά δεν καλύπτεται από την ασφάλιση.

Τα ζευγάρια που σκέφτονται τη στείρωση έχουν ανάγκη συμβουλές για να γίνει σίγουρο ότι κατανοούν όλα τα μέρη της διαδικασίας. Όταν προγραμματίζεται η στείρωση αμέσως μετά τον τοκετό, η γυναίκα πρέπει να παίρνει την απόφαση πολύ πριν ξεκινήσει ο τοκετός. Τα ζευγάρια μπορεί να μετανιώσουν για αυτή την απόφαση σε περίπτωση μελλοντικού γάμου, διαζυγίου ή θανάτου ενός παιδιού. Παρόλο που η εγκυμοσύνη είναι σπάνια μετά τη στείρωση, πρέπει να συζητηθεί ο κίνδυνος αποτυχίας. Είναι πολύ πιθανό να συμβεί μια έκτοπη κύηση μετά από τη στείρωση. (McKinney et. al., 2018)

Απολίνωση σαλπίνγων

Η στείρωση των σαλπίνγων (ή αλλιώς απολίνωση των σαλπίνγων) χρησιμοποιείται ευρέως σε ολόκληρο τον κόσμο. Αποτελεί την κοπή ή απόφραξη των σαλπίνγων. Η επέμβαση είναι πιο εύκολη κατά τη διάρκεια χειρουργικής επέμβασης στην κοιλιά, όπως για παράδειγμα η καισαρική τομή, όταν μια γυναίκα έχει αποφασίσει ότι θέλει να ακολουθήσει τη διαδικασία ανεξάρτητα από το αποτέλεσμα της γέννας. Κατά τη διάρκεια των πρώτων 48 ωρών μετά το φυσιολογικό τοκετό, ο βυθός βρίσκεται

κοντά στον ομφάλιο λώρο και οι σάλπιγγες βρίσκονται ακριβώς κάτω από το κοιλιακό τοίχωμα, κάνοντας καλή στιγμή την απολίνωση των σαλπίγγων. Η απολίνωση των σαλπίγγων, που δεν σχετίζεται με τον τοκετό, πραγματοποιείται συχνά ως χειρουργική επέμβαση εξωτερικών ασθενών. Η γενική αναισθησία είναι πιο συνηθισμένη, αλλά μπορεί να πραγματοποιηθεί η επέμβαση και με τοπική αναισθησία.

Αρκετές χειρουργικές μέθοδοι χρησιμοποιούνται για την απολίνωση των σαλπίγγων. Σε κάποιες γίνεται μια μικρή τομή λαπαροτομίας κοντά στον ομφαλό κατά την περίοδο μετά τον τοκετό ή λίγο πιο πάνω από την ηβική σύμφυση. Άλλη μέθοδος πραγματοποιείται μέσω λαπαροσκοπίου που εισάγεται μέσω μιας μικρής τομής. Σε κάθε μέθοδο, ο χειρουργός μπλοκάρει τους σωλήνες με κλιπ, ταινίες ή δαχτυλίδια, αφαιρεί ένα κομμάτι των σωλήνων, και είτε συνδέει τα άκρα είτε χρησιμοποιεί ηλεκτροπηξία για να καταστρέψει ένα μέρος των σωλήνων.

Υπάρχουν δύο μέθοδοι στέρωσης που δεν είναι χειρουργικές. Η διαδικασία περιλαμβάνει την εισαγωγή ενός μικρού πηνίου μέσω του κόλπου και της μήτρας σε κάθε σάλπιγγα. Το σύστημα Adiana κάνει χρήση ραδιοσυχνότητας για την απομάκρυνση ενός λεπτού στρώματος ιστού και ένα την εισαγωγή ενός εμφυτεύματος σιλικόνης σε κάθε σωλήνα. Οι επεμβάσεις μπορούν να πραγματοποιηθούν στο ιατρείο. Οι σωλήνες μπλοκάρονται μόνιμα τους επόμενους 3 μήνες καθώς ο ιστός μεγαλώνει μέσα και γύρω από τα ενθέματα. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, πρέπει να χρησιμοποιείται απαραίτητα και μια άλλη μέθοδος αντισύλληψης. Μια υστεροσαλπιγγογραφία γίνεται στο τέλος των 3 μηνών. Το American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) υπογραμμίζει τη σημασία της υστεροσαλπιγγογραφίας στους 3 μήνες για να επιβεβαιωθεί ότι οι σωλήνες είναι πλήρως αποκλεισμένοι. (McKinney et. al., 2018)

Βασεκτομή

Στη βασεκτομή, η διαδικασία στέρωσης των ανδρών, γίνεται μια μικρή τομή ή παρακέντηση στο όσχεο για κοπή, δέσιμο, καυτηρίαση ή αφαίρεση ενός τμήματος του σπερματικού πόρου, το οποίο μεταφέρει το σπέρμα από τους όρχεις στο πέος. Μετά τη βασεκτομή, το σπέρμα δεν μεταφέρεται πια στα σπερματικά υγρά.

Η βασεκτομή είναι πιο ασφαλής, πιο εύκολη, λιγότερο δαπανηρή και έχει μικρότερο ποσοστό αστοχίας συγκριτικά με την απολίνωση των σαλπίγγων. Μπορεί να γίνει στο ιατρείο με τοπική αναισθησία. Μετά τη χειρουργική επέμβαση, ο άνδρας αναπαύεται και φοράει οριζόντια υποστήριξη για 2 ημέρες. Τοποθετεί πάγο στην

περιοχή για 4 ώρες και παίρνει ένα ήπιο αναλγητικό εάν χρειάζεται. Η έντονη δραστηριότητα πρέπει να αποφεύγεται για μία εβδομάδα.

Το σπέρμα ίσως να υπάρχει στο αγωγικό σύστημα, μακριά από την απολίνωση του σπερματικού πόρου κατά τη χειρουργική επέμβαση. Το ζευγάρι πρέπει να συνειδητοποιήσει ότι ο άνδρας μπορεί να γονιμοποιήσει μια γυναίκα μέχρι τα σπερματοζωάρια να μην υπάρχουν πλέον στα σπερματικά υγρά, που μπορεί να είναι 3 μήνες ή περισσότερο. Θα πρέπει να υποβάλλει δείγματα σπερματικών υγρών για ανάλυση μέχρι δύο δείγματα να μη δείξουν παρουσία σπέρματος. (McKinney et. al., 2018)

3.3: Ενδομήτριες συσκευές

Γίνεται εισαγωγή μιας IUD στη μήτρα για αποτρέπει συνεχώς την εγκυμοσύνη. Το Copper T 380A (ParaGard) και το ενδομήτριο σύστημα levonorgestrel (LNG-IUS ή Mirena) έχει το σχήμα του γράμματος T. Το ParaGard είναι αποτελεσματικό για 10 χρόνια και το Mirena για 5. Η γονιμότητα επιστρέφει όταν γίνεται αφαίρεση της συσκευής.

Πολλές γυναίκες έχουν λανθασμένες αντιλήψεις όσον αφορά την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα των IUD. Παρόλο που υπήρχε ανησυχία για την ασφάλεια με τα πρώτα μοντέλα, τα IUD θεωρούνται πολύ ασφαλή αυτήν τη στιγμή. Είναι απαραίτητη περισσότερη εκπαίδευση σχετικά με τα IUD για την αύξηση της χρήσης τους. Τα IUD παρέχουν αντισύλληψη χωρίς να χρειάζεται η λήψη χαπιών, ενέσεις ή να εκτελούνται άλλες διαδικασίες λίγο πριν από τη σεξουαλική επαφή. Μπορεί να γίνει η εισαγωγή τους αμέσως μετά τον τοκετό ή μετά από άμβλωση, αν και η εξάλειψη είναι υψηλότερη κατά την άμεση περίοδο μετά τον τοκετό.

Τα IUD μπορούν να αξιοποιηθούν από ορισμένες γυναίκες που δε μπορούν να χρησιμοποιήσουν ορμονική αντισύλληψη. Είναι ασφαλή για έφηβες και γυναίκες που δεν απέκτησαν ποτέ μωρό. Υπάρχει ένας μικρός κίνδυνος μόλυνσης στις πρώτες 20 ημέρες μετά την εισαγωγή, αλλά δεν υπάρχει αυξημένος κίνδυνος πυελικής φλεγμονώδους νόσου ή υπογονιμότητας σε γυναίκες που χρησιμοποιούν IUD ή όταν ζευγάρια δεν είναι αμοιβαία μονογαμικά εάν χρησιμοποιούνται προφυλακτικά. (McKinney et.al., 2020)

Δράση

Τα IUD προκαλούν μια αποστειρωμένη φλεγμονώδη απόκριση που προκαλεί ένα σπερματοκτόνο ενδομήτριο περιβάλλον. Δεν οδηγούν σε άμβλωση. Το Progestin απελευθερώνεται συνεχώς από το LNG-IUS, Mirena. Η προγεστερόνη προκαλεί μειωμένη βιωσιμότητα του σπέρματος και των ωαρίων, πάχυνση της τραχηλικής βλέννας (παρεμπόδιση της διείσδυσης σπέρματος), σταματούν την κινητικότητα του σπέρματος, εμποδίζει την ωορρηξία και κάνει το ενδομήτριο εχθρικό προς την εμφύτευση. (McKinney et.al., 2020)

Αντενδείξεις:

- Βαριάς μορφής παραμόρφωση της μήτρας
- Οξεία πυελική λοίμωξη
- Γνωστή εγκυμοσύνη
- Άγνωστης αιτιολογίας αιμορραγία
- Καρκίνος του μαστού
- Αλλεργία στον χαλκό και νόσος του Wilson (για χάλκινες IUD).

(McKinney et. al., 2020)

3.4: Ορμονικά αντισυλληπτικά

Τα ορμονικά αντισυλληπτικά επηρεάζουν τις φυσιολογικές διακυμάνσεις των ορμονών του εμμηνορροϊκού κύκλου. Οι ορμόνες χορηγούνται με εμφύτευμα, ένεση, έμπλαστρο ή κολλικό δακτύλιο ή να ληφθούν από το στόμα. (McKinney et. al., 2020)

Ορμονικά Εμφυτεύματα

Το εμφύτευμα προγεστερόνης Implanon(ή Nexplanon), ένα εμφύτευμα μιας ράβδου, εισάγεται υποδορίως στον άνω εσωτερικό βραχίονα. Το Implanon έχει πάχος 2 mm και μήκους 4 cm (1,6 in) και απελευθερώνει συνεχώς προγεστερόνη για να παρέχει αντισύλληψη 3 ετών. Όπως και τα άλλα αντισυλληπτικά μόνο με προγεστερόνη, αναστέλλει την ωορρηξία, πυκνώνει τη τραχηλική βλέννα για να αποτρέψει τη διεισδυτικότητα του σπέρματος και καθιστά το ενδομήτριο δυσμενές για εμφύτευση. Η αύξηση της χρήσης των ορμονικών εμφυτευμάτων συνιστάται από το ACOG ως μέσο προσφοράς αποτελεσματικής αντιστρεπτικής αντισύλληψης μακράς δράσης. (McKinney et. al., 2020)

Οι ανεπιθύμητες παρενέργειες

Η πιο συνηθισμένη ανεπιθύμητη παρενέργεια αποτελεί η ακανόνιστη εμμηνορροϊκή αιμορραγία. Το Implanon είναι ασφαλές κατά τη γαλουχία. Το σωματικό βάρος δεν επηρεάζει την αποτελεσματικότητά του και η γονιμότητα μπορεί να επανέλθει αμέσως σε λίγες εβδομάδες μετά την αφαίρεση του εμφυτεύματος. Εάν εισαχθεί εντός 7 ημερών από την έναρξη της εμμήνου ρύσεως, δεν απαιτείται άλλη μέθοδος αντισύλληψης. Εάν πάλι τοποθετηθεί αργότερα, ένα εφεδρικό αντισυλληπτικό πρέπει να χρησιμοποιείται για τουλάχιστον 3 ημέρες. (McKinney et. al., 2020)

Ενέσεις Ορμονών

Η οξική μεδροξυπρογεστερόνη, ή DMPA (Depo- Provera), είναι μια ενέσιμη προγεστερόνη που χορηγείται ενδομυϊκά (IM) και υποδόρια (Sub Q). Θεωρεί βολική μέθοδος, καθώς δεν έχει οιστρογόνα και αποτρέπει την ωορρηξία για 14 εβδομάδες, αν και οι ενέσεις πρέπει να προγραμματίζονται κάθε 12 εβδομάδες.

Η δράση και οι παρενέργειες είναι παρόμοιες με αυτές των άλλων αντισυλληπτικών προγεστερόνης. Οι γυναίκες που δεν πρέπει να χρησιμοποιούν άλλα αντισυλληπτικά ορμονών θα πρέπει επίσης να αποφεύγουν το Depo-Provera.

Η ενδομυϊκή μορφή του Depo-Provera χορηγείται με βαθιά ενδομυϊκή ένεση. Η υποδόρια γίνεται στο πρόσθιο μηρό ή στην κοιλιά. Η περιοχή δεν πρέπει να τρίβεται μετά την ένεση, επειδή το μμασάζ επιταχύνει την απορρόφηση και μειώνει την περίοδο αποτελεσματικότητας. Μια εφεδρική μέθοδος αντισύλληψης συνιστάται τις πρώτες 7 ημέρες, εκτός εάν η ένεση δοθεί εντός 5 ημερών μετά την έναρξη της εμμηνορροϊκής περιόδου. Η εφεδρική αντισύλληψη επίσης μπορεί να γίνει εάν η γυναίκα έχει καθυστερήσει περισσότερο από 2 εβδομάδες να κάνει τις επακόλουθες ενέσεις και μπορεί να πραγματοποιηθεί ένα τεστ εγκυμοσύνης. (McKinney et. al., 2020)

Οι ανεπιθύμητες παρενέργειες

Κύριο λόγο διακοπής αποτελεί η ανωμαλία στην εμμηνορροία. Αν και η αιμορραγία είναι συχνή, η αμηνόρροια εμφανίζεται στο 80% των γυναικών που χρησιμοποιούν ενδοφλέβια ένεση ορμονών για 5 χρόνια και στο 55% των γυναικών που χρησιμοποιούν τη μορφή Sub Q στο 1 έτος (Speroff & Darney, 2011). Τέλος στις ανεπιθύμητες παρενέργειες περιλαμβάνονται ευαισθησία στο στήθος, αύξηση βάρους, πονοκεφάλους, κατάθλιψη και μειωμένη οστική πυκνότητα. (McKinney et. al., 2020)

Από του Στόματος Αντισυλληπτικά

Τα από του στόματος αντισυλληπτικά χρησιμοποιούνται ευρέως στις Ηνωμένες Πολιτείες. Διατίθενται ως συνδυασμός που περιέχει τόσο οιστρογόνα όσο και προγεστερόνη ή ως μικρά χάπια που περιέχουν μόνο προγεστερόνη. Και οι δύο τύποι έχουν πολύ χαμηλότερα επίπεδα ορμονών από τα αρχικά αντισυλληπτικά, με αποτέλεσμα να μειωθεί ο κίνδυνος μακροπρόθεσμων παρενεργειών. (McKinney et. al., 2020)

Αντισυλληπτικά χάπια μόνο με προγεστερόνη

Τα αντισυλληπτικά χάπια που περιέχουν μόνο προγεστερόνη (POP) είναι λιγότερο αποτελεσματικά στην αναστολή της ωορρηξίας, αλλά αποφεύγεται η χρήση οιστρογόνων, καθώς δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν από ορισμένες γυναίκες. Τα POP προκαλούν πάχυνση της τραχηλικής βλέννας για να αποτρέψουν τη διείσδυση του σπέρματος και καθιστούν την ενδομήτρια επένδυση δυσμενή για εμφύτευση. Η γυναίκα πρέπει να αρχίσει τα POP κατά τις πρώτες 5 ημέρες του εμμηνορροϊκού της κύκλου και να καταναλώνει ένα χάπι την ίδια ώρα της ημέρας συνεχώς. Εάν χάσει οποιοδήποτε χάπι ή δεν τα παίρνει την ίδια ώρα κάθε μέρα, αυξάνεται η πιθανότητα εγκυμοσύνης. Η γυναίκα πρέπει να χρησιμοποιήσει μια εφεδρική μέθοδο αντισύλληψης για 2 ημέρες όταν τα χάπια ξεκινούν για πρώτη φορά, εάν καθυστερήσει περισσότερο από 3 ώρες τη λήψη ενός χαπιού ή έχει έμετο ή διάρροια εντός 4 ωρών από τη λήψη ενός χαπιού (McKinney et. al., 2020).

Ανεπιθύμητες παρενέργειες

Η αιμορραγία έχει καταστήσει τα αντισυλληπτικά προγεστερόνης λιγότερο δημοφιλή από τα αντισυλληπτικά που συνδυάζουν περισσότερες ουσίες. (McKinney et. al., 2020).

Συνδυασμένα αντισυλληπτικά χάπια

Τα συνδυασμένα OC (COC) που περιέχουν οιστρογόνα και προγεστερόνη είναι τα πιο κοινά OC. Τα COC καταστέλλουν τα οιστρογόνα και την ωχρινοτρόπο ορμόνη (LH), αναστέλλοντας την ωρίμανση του ωοθυλακίου και την ωορρηξία. Προκαλούν πάχυνση της τραχηλικής βλέννας, με αποτέλεσμα να εμποδίζουν το σπέρμα να εισέλθει στις σάλπιγγες. Επίσης η κινητικότητα της σάλπιγγας επιβραδύνεται και το ενδομήτριο γίνεται λιγότερο φιλόξενο για την εμφύτευση.

Διατίθενται μονοφασικές ή πολυφασικές δόσεις. Τα οιστρογόνα και η περιεκτικότητα σε προγεστερόνη των μονοφασικών χαπιών διατηρείται σταθερή καθ'

όλη τη διάρκεια του κύκλου. Με τα πολυφασικά χάπια, οι δόσεις οιστρογόνου και προγεστερόνης ποικίλλουν σε διαφορετικούς χρόνους του κύκλου για τη μείωση των παρενεργειών. Λόγω των αλλαγών στη δόση κατά τη διάρκεια του εμμηνορροϊκού κύκλου, οι γυναίκες πρέπει να λαμβάνουν τα χάπια με τη σωστή σειρά.

Συνήθως τα COC διατίθενται σε πακέτα των 21 ή 28 δισκίων. Με τα πακέτα 21 δισκίων, η γυναίκα παίρνει 1 χάπι την ημέρα για 3 εβδομάδες και στη συνέχεια σταματά για μια εβδομάδα, κατά τη διάρκεια της οποίας εμφανίζεται η έμμηνος ρύση. Τα πακέτα των 28 δισκίων περιλαμβάνουν 21 ενεργά δισκία και 7 δισκία από αδρανή ουσία που παίρνει η γυναίκα κατά την τέταρτη εβδομάδα. Αυτά τα επιπλέον χάπια αποφεύγουν να διαταράξουν την καθημερινή ρουτίνα λήψης χαπιών. Ορισμένα σκευάσματα περιέχουν 24 ενεργά δισκία με 4 αδρανή δισκία. Οι γυναίκες που χρησιμοποιούν αυτά τα χάπια έχουν βραχύτερη και ελαφρύτερη αιμορραγία κατά την έμμηνο ρύση. (McKinney et. al., 2020)

Ανεπιθύμητες παρενέργειες

Η πρωταρχική αιμορραγία και οι κηλίδες αίματος είναι ένα κοινό πρόβλημα με την παρατεταμένη ή συνεχή χρήση, αλλά συνήθως μειώνεται με χρόνο. Ένα μειονέκτημα είναι ότι μια γυναίκα μπορεί να μην αναγνωρίσει μια πιθανή εγκυμοσύνη άμεσα. (McKinney et. al., 2020)

Επείγουσα Αντισύλληψη

Η αντισύλληψη έκτακτης ανάγκης (EC ονομάζεται επίσης «χάπι της επόμενης ημέρας») αποτρέπει την εγκυμοσύνη μετά από επαφή χωρίς προστασία. Η μέθοδος αυτή μπορεί να χρησιμοποιηθεί μετά την αποτυχία της αντισύλληψης όπως το σπάσιμο των προφυλακτικών κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής, μετά από βιασμό, ή αφού τα αντισυλληπτικά χρησιμοποιήθηκαν λανθασμένα ή καθόλου.

Δύο τύποι επείγουσας αντισύλληψης (Plan B One-Step και Next Choice) περιέχουν προγεστερόνη και λεβονοργεστρέλη. Και τα δύο χάπια είναι διαθέσιμα στα φαρμακεία χωρίς συνταγή για γυναίκες ηλικίας 17 ετών και άνω με την επίδειξη της ταυτότητας. Οι κοπέλες κάτω των 17 ετών χρειάζονται ιατρική συνταγή. Ένας άλλος τύπος επείγουσας αντισύλληψης είναι η οξική ουλιπριστάλη (Ella), το οποίο απαιτεί συνταγή για όλες τις ηλικίες

Η επείγουσα αντισύλληψη προγεστερόνης καθυστερεί ή αναστέλλει την ωορρηξία και παρεμβαίνει στη λειτουργία του ωχρού σωματίου. Είναι αποτελεσματική

εάν η ωορρηξία δεν έχει ήδη συμβεί. Η θεραπεία είναι αναποτελεσματική εάν ήδη έχει υπάρξει εμφύτευση. Δε βλάπτει το αναπτυσσόμενο έμβρυο. Η οξική του λιπριστάλη (Ella) δρα για να καθυστερήσει ή να εμποδίσει την ωοτοκία και την ωορρηξία. Αναστέλλει επίσης την εμφύτευση. Η εγκυμοσύνη πρέπει να αποκλείεται πριν από τη λήψη του Ella επειδή μπορεί να επηρεάσει την υπάρχουσα εγκυμοσύνη.

Η EC περιλαμβάνει τη λήψη ενός ή δύο δισκίων (μαζί) που περιέχουν υψηλή δόση προγεστερόνης. Η θεραπεία μειώνει τον κίνδυνο εγκυμοσύνης κατά περίπου 85%. Η επείγουσα αντισύλληψη είναι πιο αποτελεσματική εάν χρησιμοποιείται το συντομότερο δυνατό, εντός 72 ωρών από τη σεξουαλική επαφή, αλλά μπορεί να χρησιμοποιηθεί με μειωμένη αποτελεσματικότητα εντός 120 ωρών. Η οξική ουλιπριστάλη (Ella) μπορεί να ληφθεί εντός 5 ημερών από τη σεξουαλική επαφή χωρίς προστασία. (McKinney et. al., 2020)

Διαδερμικό Αντισυλληπτικό Έμπλαστρο

Το διαδερμικό αντισυλληπτικό έμπλαστρο αιθινυλοιστραδιόλη και νορελγεστομίνη απελευθερώνει μικρές ποσότητες οιστρογόνων και προγεστερόνης που απορροφώνται από το δέρμα για να καταστέλλουν την ωορρηξία και να κάνουν τη τραχηλική βλέννα παχύτερη. Επίσης σταθεροποιεί τους εμμηνορροϊκούς κύκλους.

Το αντισυλληπτικό έμπλαστρο εφαρμόζεται σε καθαρό, στεγνό, μη ερεθισμένο δέρμα της κοιλιάς, του γλουτού, του άνω κορμού (εκτός των μαστών) ή στο άνω εξωτερικό βραχίονα. Επιπλέον δεν πρέπει να τοποθετείται σε περιοχές όπου έχουν τοποθετηθεί λοσιόν ή λάδια ή όπου το έμπλαστρο θα τρίβεται με ρούχα. Ένα νέο έμπλαστρο εφαρμόζεται σε διαφορετικό σημείο την ίδια ημέρα κάθε εβδομάδας για 83 εβδομάδες και φοριέται συνεχώς για 7 ημέρες. Δεν τοποθετείται κανένα έμπλαστρο την τέταρτη εβδομάδα. Κατά τη διάρκεια της εβδομάδας χωρίς έμπλαστρο, η γυναίκα έχει περίοδο. Μετά από 7 ημέρες, εφαρμόζει ένα νέο έμπλαστρο και ξεκινά τον κύκλο πάλι. Οι γυναίκες μπορούν να έχουν εκτεταμένους κύκλους χωρίς έμμηνο ρύση χρησιμοποιώντας τα έμπλαστρα για αρκετούς κύκλους ή συνεχώς. Δεν πρέπει να κοπούν ή να αλλοιωθούν και να τοποθετούνται περισσότερα από ένα κάθε φορά.

Το έμπλαστρο παραμένει προσκολλημένο συνήθως στο δέρμα ακόμη και στο ντους ή κατά τη διάρκεια της άσκησης ή στο κολύμπι. Ωστόσο, περίπου το 5% των εμπλάστρων ξεκολλάει. (McKinney et. al., 2020)

Ανεπιθύμητες παρενέργειες

Οι παρενέργειες περιλαμβάνουν κηλίδες αίματος, ειδικά κατά τους δύο πρώτους κύκλους, ευαισθησία του μαστού και δερματικές αντιδράσεις. Άλλες παρενέργειες και κίνδυνοι είναι παρόμοιοι με τα συνδυασμένα OC. Αυτή η μέθοδος αντισύλληψης είναι λιγότερο αποτελεσματική σε γυναίκες που ζυγίζουν περισσότερο από 90 κιλά. Τέλος κίνδυνος για φλεβική θρομβοεμβολή μπορεί να είναι υψηλότερος με τη χρήση επιθέματος σε σύγκριση με τη χρήση των OC επειδή η έκθεση στα οιστρογόνα είναι 60% υψηλότερη με την πάροδο του χρόνου όταν χρησιμοποιούνται τα έμπλαστρα. (McKinney et. al., 2020)

Αντισυλληπτικός Κολπικός Δακτύλιος

Οι γυναίκες που χρησιμοποιούν τον αντισυλληπτικό δακτύλιο αιθυλικής οιστραδιόλης (NuvaRing) τοποθετούν ένα μαλακό εύκαμπτο δακτύλιο στον κόλπο και παραμένει στη θέση του για 3 εβδομάδες. Ο δακτύλιος εκκρίνει συνεχώς μικρές ποσότητες προγεστερόνης και οιστρογόνου για την πρόληψη της ωορρηξίας. Στο τέλος της τρίτης εβδομάδας η γυναίκα αφαιρεί το δακτύλιο και εμφανίζεται αιμορραγία. Ένας νέος δακτύλιος τοποθετείται ώστε να ξεκινήσει ο επόμενος κύκλος μία εβδομάδα μετά την αφαίρεση του παλιού δακτυλίου. Δεν απαιτείται συγκεκριμένος τρόπος τοποθέτησης στον κόλπο. Επίσης δεν χρειάζεται συνταγογράφηση ο αντισυλληπτικός κολπικός δακτύλιος. Σε περίπτωση που δεν έχει τοποθετηθεί ο δακτύλιος την πρώτη ημέρα της εμμηνου ρύσεως, θα πρέπει να ληφθεί εφεδρικό αντισυλληπτικό κατά τις πρώτες 7 ημέρες του πρώτου κύκλου. (McKinney et. al., 2020)

Οι ανεπιθύμητες παρενέργειες

Η αιμορραγία, είναι λιγότερο συχνές από αυτές με τα OC. Μερικές γυναίκες αισθάνονται κολπική απόρριψη ή δυσφορία. Παρόλο που μερικά ζευγάρια μπορούν να αισθανθούν το δακτυλίδι κατά τη σεξουαλική επαφή, δεν αποτελεί γενικά πρόβλημα. (McKinney et. al., 2020)

3.5: Μέθοδοι φραγμού

Οι μέθοδοι φραγμού περιλαμβάνουν χημικές ουσίες ή συσκευές που εμποδίζουν το σπέρμα να εισέλθει στο τράχηλο. Αποφεύγουν τη χρήση συστημικών ορμονών και προσφέρουν κάποια προστασία από τα ΣΜΝ. (McKinney et. al., 2020)

Χημικοί Φραγμοί

Οι χημικές ουσίες που καταστρέφουν το σπέρμα ονομάζονται σπερματοκτόνα και υπάρχουν σε πολλές μορφές. Κρέμες και γέλη χρησιμοποιούνται γενικά με μηχανικά εμπόδια όπως το διάφραγμα ή το τραχηλικό πώμα. Οι αφροί, τα αφρώδη δισκία και τα υπόθετα χρησιμοποιούνται μόνα τους ή με άλλο αντισυλληπτικό. Εισάγονται βαθιά στον κόλπο περίπου 30 λεπτά πριν από τη σεξουαλική επαφή. Τα σπερματοκτόνα είναι αποτελεσματικά για λιγότερο από μία ώρα έως και 8 ώρες, ανάλογα με τον τύπο που χρησιμοποιείται και πρέπει να εφαρμοστούν ξανά πριν από επαναλαμβανόμενη επαφή (Speroff & Darney, 2011). Ωστόσο οι γυναίκες δεν πρέπει να κάνουν ντους για τουλάχιστον 6 ώρες μετά τη σεξουαλική επαφή.

Επίσης τα σπερματοκτόνα διατίθενται εύκολα χωρίς ιατρική συνταγή, είναι φθηνά ανά χρήση και εύχρηστα. Τα σπερματοκτόνα δεν προστατεύουν από τα ΣΜΝ. Μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε συνδυασμό με προφυλακτικά για την ενίσχυση της λίπανσης, μειώνοντας τον κίνδυνο θραύσης των προφυλακτικών. Μπορεί να είναι χρήσιμα κατά τη γαλουχία ή στην εμμηνόπαυση όταν ελαττώνονται οι κοιλικές εκκρίσεις. (McKinney et. al., 2020)

Ανεπιθύμητες παρενέργειες

Συχνή χρήση ή ευαισθησία στα προϊόντα μπορεί να δημιουργήσει ερεθισμό των γεννητικών οργάνων, γεγονός που αυξάνει την ευαισθησία σε λοιμώξεις. Ορισμένες γυναίκες και οι σύντροφοί τους πιστεύουν ότι τα σπερματοκτόνα επηρεάζουν στην αίσθηση της συνουσίας. (McKinney et. al., 2020)

Μηχανικά Εμπόδια

Τα μηχανικά εμπόδια είναι συσκευές τοποθετημένες πάνω από το πέος ή το τράχηλο εμποδίζοντας το σπέρμα να εισέλθει στη μήτρα. Σε αυτή την κατηγορία ανήκουν το προφυλακτικό, το σφουγγάρι, το διάφραγμα και το τραχηλικό πώμα. (McKinney et. al., 2020)

Ανδρικό προφυλακτικό

Τα προφυλακτικά, είναι ένα από τα πιο δημοφιλή μέτρα αντισύλληψης στις Ηνωμένες Πολιτείες, καλύπτουν το πέος για να αποτρέψουν την είσοδο του σπέρματος στον κόλπο. Είναι συνήθως κατασκευασμένα από λάτεξ. Τα προφυλακτικά Latex παρέχουν την καλύτερη προστασία έναντι των ΣΜΝ, συμπεριλαμβανομένου του HIV. Τα προφυλακτικά πρέπει να χρησιμοποιούνται κατά τη διάρκεια οποιασδήποτε πιθανής έκθεσης σε ΣΜΝ, ακόμη και αν χρησιμοποιείται άλλη μέθοδος αντισύλληψης ακόμα και

εάν η γυναίκα είναι έγκυος. Τα άτομα που είναι αλλεργικά στο λάτεξ πρέπει να αποφεύγουν τη χρήση προφυλακτικών λάτεξ επειδή έχει πιθανές σοβαρές αντιδράσεις. Προφυλακτικά πολυουρεθάνης, άλλα συνθετικά υλικά και φυσικά προφυλακτικά μεμβράνης είναι επίσης διαθέσιμα.

Τα προφυλακτικά είναι εύκολα διαθέσιμα και οικονομικά. Η αποτελεσματικότητα μπορεί να αυξηθεί συνδυάζοντας τη χρήση προφυλακτικών με άλλη αντισυλληπτική μέθοδο. Τα προφυλακτικά επηρεάζονται από ορισμένα κολπικά φάρμακα και δεν πρέπει να συνδυάζονται. (McKinney et. al., 2020)

Γυναικείο προφυλακτικό

Το γυναικείο προφυλακτικό (ονομάζεται επίσης κολπική θήκη) είναι ένα περίβλημα πολυουρεθάνης ή νιτριλίου που εισάγεται στον κόλπο. Ένα ευέλικτο δαχτυλίδι μέσα στο κλειστό άκρο του προφυλακτικού τοποθετείται πάνω από το τράχηλο σαν διάφραγμα. Ένας άλλος δακτύλιος εκτείνεται έξω από τον κόλπο για να καλύψει εν μέρει το περίνεο.

Το γυναικείο προφυλακτικό είναι η πρώτη συσκευή που προσφέρει στη γυναίκα κάποια προστασία από ΣΜΝ. Τα ανδρικά και τα γυναικεία προφυλακτικά δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται ταυτόχρονα καθώς υπάρχει περίπτωση να κολλήσουν το ένα με το άλλο. (McKinney et. al., 2020)

Σπόγγος

Ο αντισυλληπτικός σπόγγος είναι κατασκευασμένος από μαλακή πολυουρεθάνη που παγιδεύει και απορροφά το σπέρμα. Δεν απαιτεί ιατρική συνταγή, δεν περιέχει ορμόνες, είναι εύκολο στη χρήση και μπορεί να εισαχθεί λίγο πριν από τη σεξουαλική επαφή ή ώρες νωρίτερα. Παρέχει αντισύλληψη για 24 ώρες.

Για να χρησιμοποιηθεί ο κολπικός σπόγγος, η γυναίκα πρέπει να πλύνει τα χέρια της και να βρέξει το σφουγγάρι με περίπου 2 κουταλιές της σούπας νερό, πιέζοντάς το μέχρι να γίνει αφρώδες. Διπλώνει το σφουγγάρι με το κοίλο («λακκάκι») περιοχή εσωτερικά και το βρόχο στην εξωτερική πτυχή και εισάγεται στον κόλπο. Όταν απελευθερώνεται το σφουγγάρι, το λακκάκι καλύπτει το τράχηλο. Η επαναλαμβανόμενη επαφή δεν απαιτεί πρόσθετο νέο σπόγγο. Θα πρέπει να είναι στη θέση του τουλάχιστον 6 ώρες μετά την τελευταία σεξουαλική επαφή, αλλά όχι παραπάνω από 30 ώρες συνολικά. Αφαιρείται εισάγοντας ένα δάχτυλο στο βρόχο και τραβώντας το αργά προς τα έξω. (McKinney et. al., 2020)

Ανεπιθύμητες παρενέργειες

Κατά τη διάρκεια της εμμήνου ρύσεως αυξάνει τον κίνδυνο του συνδρόμου τοξικού σοκ. Το σφουγγάρι δεν πρέπει να χρησιμοποιείται από γυναίκες με ιστορικό συνδρόμου τοξικού σοκ και δεν προστατεύει από ΣΜΝ. Μπορεί να προκαλέσει ερεθισμό ή να είναι δύσκολο να αφαιρεθεί για ορισμένες γυναίκες. (McKinney et. al., 2020)

Διάφραγμα

Το διάφραγμα περιβάλλεται από ένα ελατήριο ή σπείρα. Η γυναίκα τοποθετηθεί κρέμα ή γέλη σπερματοκτόνου στο τρούλο και γύρω από το χείλος και μετά εισάγεται πάνω από το τράχηλο. Το διάφραγμα αποτρέπει τη διέλευση του σπέρματος στο τράχηλο ενώ κρατάει το σπερματοκτόνο για πρόσθετη προστασία. Τοποθετείται από έναν ειδικό υγειονομικής περίθαλψης. Οι αυξομειώσεις του βάρους μπορούν να επηρεάσουν την εφαρμογή του διαφράγματος. (McKinney et. al., 2020)

Ανεπιθύμητες παρενέργειες

Η πίεση στην ουρήθρα μπορεί να προκαλέσει ερεθισμό και λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος. Η ούρηση μετά τη συνουσία συμβάλλει στην πρόληψη λοιμώξεων. Η αλλεργία στο λάτεξ ή το ιστορικό συνδρόμου τοξικού σοκ αποκλείει τη χρήση. Τέλος το διάφραγμα μπορεί να υποστεί βλάβη από λιπαντικά με βάση το λάδι και από ορισμένα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για κολπικές λοιμώξεις. (McKinney et. al., 2020)

Τραχηλικό πώμα

Το τραχηλικό πώμα είναι παρόμοιο με το διάφραγμα αλλά μικρότερο. Για να τοποθετηθεί χρειάζεται υγειονομικό. Το εύκαμπτο καπάκι σιλικόνης ταιριάζει στο τράχηλο και μπορεί να παραμείνει στη θέση του για 48 ώρες. Πριν από την εισαγωγή τοποθετείται το σπερματοκτόνο και στις δύο πλευρές του πώματος και σε περίπτωση που επαναληφθεί η επαφή, εισάγεται περισσότερο σπερματοκτόνο στον κόλπο χωρίς να αφαιρεθεί το πώμα. Επίσης ο νοσηλευτής θα πρέπει να διδάξει στη γυναίκα να αισθάνεται τον τράχηλό της και να ελέγχει το πώμα πριν και μετά τη σεξουαλική επαφή, επειδή μπορεί να μετακινηθεί. Το πώμα δεν πρέπει να αφαιρεθεί για 6 ώρες μετά την τελευταία επαφή. Δεν πρέπει να χρησιμοποιείται κατά τη διάρκεια της εμμήνου ρύσεως ή σε γυναίκες με ιστορικό συνδρόμου τοξικού σοκ. (McKinney et. al., 2020)

Lea's Shield

Το Lea's Shield είναι μια συσκευή σιλικόνης που εφαρμόζει στο τράχηλο της μήτρας. Έχει μια κεντρική βαλβίδα που επιτρέπει την αποστράγγιση των τραχηλικών εκκρίσεων και ένα βρόχο για εύκολη αφαίρεση. Κατά την τοποθέτηση του βάζουμε και σπερματοκτόνο όπως στο διάφραγμα ή στο τραχηλικό πώμα. Λαμβάνεται με ιατρική συνταγή, αλλά δεν χρειάζεται τοποθέτηση από πάροχο υγειονομικής περίθαλψης. Παραμένει στη θέση του για 8 ώρες μετά την τελευταία επαφή, αλλά όχι περισσότερο από 48 ώρες. Δεν συνιστάται κατά τη διάρκεια της εμμηνου ρύσεως. (McKinney et. al., 2020)

3.6: Φυσικές μέθοδοι

Ημερολογιακή Μέθοδος ή Μέθοδος Ρυθμού

Η ημερολογιακή μέθοδος ή μέθοδος ρυθμού σχετίζεται με την χρονική περίοδο μέχρι την ωορρηξία, η οποία συμβαίνει περίπου 14 ημέρες πριν ξεκινήσει η έμμηνος ρύση. Ωστόσο, το ζευγάρι θα πρέπει να απέχει ή να κάνει χρήση μιας άλλης μεθόδου αντισύλληψης κατά τη διάρκεια των γόνιμων ημερών. Η συγκεκριμένη μέθοδος δεν είναι τόσο αξιόπιστη, καθώς πολλοί παράγοντες επηρεάζουν το χρόνο της ωορρηξίας, όπως η ασθένεια ή το άγχος. (McKinney et. al., 2020)

Μέθοδος Σταθερών Ημερών

Στη μέθοδο αυτή χρησιμοποιούνται μια σειρά από χάντρες διαφορετικού χρώματος, έτσι ώστε να μπορεί η γυναίκα να παρακολουθεί τις γόνιμες και τις στείρες ημέρες κάθε κύκλου. Οι γυναίκες με κύκλους που κυμαίνονται από 26 έως 32 ημέρες σε μήκος μπορούν να κάνουν χρήση αυτής της μεθόδου, καθώς δεν είναι αποτελεσματική για άλλες γυναίκες. Οι γόνιμες ημέρες θεωρούνται ότι είναι οι ημέρες 8 έως 19. (McKinney et. al., 2020)

Τραχηλικός Βλεννογόνος και Μέθοδος Δύο Ημερών

Ονομάζεται επίσης «μέθοδος ωορρηξίας» ή μέθοδος Bilings, η μέθοδος τραχηλικής βλέννας βασίζεται σε αλλαγές στην τραχηλική βλέννα που αξιολογείται σκουπίζοντάς την από το κολπικό στόμιο κάθε μέρα. Δεν υπάρχει βλέννα τις πρώτες 3 έως 4 ημέρες μετά την εμμηνόρροια, μετά παχιά, κολλώδης βλέννα αρχίζει να εμφανίζεται. Καθώς τα οιστρογόνα αυξάνονται, η βλέννα αλλάζει, γίνεται ολισθηρή και ελαστική σαν ασπράδι αυγού (ποιότητα γνωστή ως spinnbarkeit). Μετά την ωορρηξία, η

βλέννα μειώνεται σε ποσότητα και γίνεται παχιά και κολλώδης ξανά, Για την πρόληψη της εγκυμοσύνης, τα ζευγάρια πρέπει να αποφεύγουν τη συνουσία από τη στιγμή που πρωτοεμφανίζεται η βλέννα μετά την εμμηνόρροια έως 4 ημέρες μετά το τέλος της ολισθηρής και ελαστικής βλέννας. Η συνουσία επιτρέπεται μόνο κάθε δεύτερη μέρα όταν υπάρχει λίγη ή καθόλου βλέννα, επειδή το σπέρμα παρεμβαίνει στην εκτίμηση της βλέννας. Η μέθοδος των δύο ημερών είναι μια απλούστερη μορφή αυτής της μεθόδου. Η γυναίκα αξιολογεί τις εκκρίσεις του τραχήλου της μήτρας καθημερινά. Εάν παρατηρηθούν κολπικές εκκρίσεις οποιουδήποτε είδους την ίδια ημέρα ή την προηγούμενη, η γυναίκα θεωρεί τον εαυτό της γόνιμο. Εάν δεν υπήρχαν εκκρίσεις τις δύο ημέρες, θεωρεί τον εαυτό της στείρο. (McKinney et. al., 2020)

Εξέταση ανοίγματος του τραχηλικού στομίου

Η μέθοδος της εξέτασης του τραχηλικού στομίου βασίζεται στο ότι κατά τη διάρκεια του γεννητικού κύκλου της γυναίκας γίνεται διάνοιξη του τραχηλικού στομίου για να διευκολυνθεί η γονιμοποίηση κατά την ωοθυλακιορρηξία. Πιο συγκεκριμένα, ελαττώνεται ο μυϊκός τόνος στο τραχηλικό στόμιο κάτω από την επίδραση των οιστρογόνων. Η διαστολή αυτή διαρκεί περίπου 2-3 ημέρες ενώ η ωοθυλακιορρηξία συμπίπτει συνήθως με το μεγαλύτερο άνοιγμα του τραχηλικού στομίου. Έτσι, ενώ στις μη γόνιμες ημέρες ο τράχηλος ψηλαφίζεται χαμηλά στον κόλπο με κλειστό στόμιο και είναι στεγνός και σκληρός, στις γόνιμες μαλακώνει, γίνεται υγρός και ψηλαφίζεται πιο ψηλά. Η ψηλάφηση του τραχήλου μπορεί να παρέχει χρήσιμες πληροφορίες για την έναρξη της γονιμότητας σε γυναίκες που έχουν π.χ. αραιομηνόρροια ή κατά την περιεμμηνόπαυση. Παρ' όλα αυτά, χρησιμοποιείται σπάνια σαν μοναδική μέθοδος αντισύλληψης και έχει μεγάλα ποσοστά αποτυχίας. Ακόμα δεν φαίνεται να είναι ιδιαίτερα δημοφιλής σε πολλές γυναίκες, καθώς δεν θεωρούν αποδεκτή την καθημερινή ψηλάφηση των γεννητικών τους οργάνων. Τέλος αξίζει να αναφερθεί ότι στις πολύτοκες το εύρος του εξωτράχηλου τείνει να βρίσκεται σε μόνιμη διαστολή. (Γκουλιαβα, 2018)

Συνδυασμένη Μέθοδος (Symptothermal Method)

Στην συνδυασμένη μέθοδο γίνεται εκτίμηση της τραχηλικής βλέννας καθημερινά και ταυτόχρονα της βασικής θερμοκρασίας του σώματος (BBT, θερμοκρασία σώματος σε κατάσταση ηρεμίας). Σημειώνονται επίσης τα χαρακτηριστικά συμπτώματα που εμφανίζονται κατά την ωορρηξία όπως αύξηση βάρους, φούσκωμα στην κοιλιά, πόνος κατά την ωορρηξία ή αυξημένη λίμπιντο (σεξουαλική επιθυμία). Υπάρχει επιπλέον ένα

ηλεκτρονικό όργανο ελέγχου ορμονικής γονιμότητας, το οποίο, αν και προορίζεται για γυναίκες που προσπαθούν να μείνουν έγκυες, μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να αποφευχθεί η εγκυμοσύνη, μέσω της εντόπισης των γόνιμων ημερών του κύκλου. (McKinney et. al., 2020)

3.7: Αποχή

Η αποχή είναι η αποφυγή σεξουαλικών επαφών και όποιας δραστηριότητας αφορά την εισαγωγή του σπέρματος στον κόλπο. Αποτελεί την μοναδική ολοκληρωτικά αποτελεσματική μέθοδο πρόληψης της εγκυμοσύνης και των ΣΜΝ, αν και απαιτείται η τέλεια χρήση της για να είναι αποτελεσματική. (McKinney et. al., 2020)

Σε πολλές περιοχές του κόσμου, η αποχή από τη συνουσία αποτελεί εκούσια επιλογή αντισύλληψης. Πολλά ζευγάρια, βέβαια, επιλέγουν το σεξ χωρίς συνουσία που περιλαμβάνει φιλιά, θωπείες, αγκάλιασμα, μασάζ, αμοιβαίο αυνανισμό ή χρήση διεγερτικών συσκευών. Είναι προφανές ότι οι συγκεκριμένες μέθοδοι είναι ασφαλείς και συνδέονται με ελαττωμένο κίνδυνο μετάδοσης ΣΜΝ. Παρ' όλα αυτά, αυτά τα μέτρα αντισύλληψης προκαλούν διαταραχή των ηθικών αξιών και ψυχολογικά προβλήματα. (Γκουλιαβα, 2018)

3.8: Λιγότερο αξιόπιστες μέθοδοι

Θηλασμός

Η ωορρηξία διακόπτεται κατά τον θηλασμό, αφού ο θηλασμός και η προλακτίνη ελαττώνουν την έκκριση της ορμόνης που απελευθερώνει γοναδοτροπίνη και LH. Παράγοντες σημαντικοί για την αναστολή της ωορρηξίας είναι η συχνότητα, η ένταση και η διάρκεια του θηλασμού. Γυναίκες που θηλάζουν ολοκληρωτικά (χωρίς συμπληρωματική σίτιση) συνήθως αποφεύγουν την ωορρηξία και την επανάληψη του εμμηνορροϊκού κύκλου. Με τη χρήση συνταγών ή στερεών τροφών μειώνεται η συχνότητα του θηλασμού, κάτι που μπορεί να οδηγήσει σε ωορρηξία. Η ωορρηξία, η οποία συμβαίνει πριν από την εμμηνορροία, καθιστώντας δύσκολο να γνωρίζουμε πότε ξαναρχίζει ο εμμηνορροϊκός κύκλος, κάνει την εμφάνισή της συνήθως έως 6 μήνες, ακόμη και σε γυναίκες που θηλάζουν πλήρως. Μέχρι εκείνη τη στιγμή ή νωρίτερα θα πρέπει να χρησιμοποιείται μια άλλη μέθοδος αντισύλληψης, εάν έχει επανέλθει η

έμμηνος ρύση ή εάν χρησιμοποιούνται συμπληρωματικές τροφές. (McKinney et. al., 2020)

Διακοπτόμενη συνουσία

Η διακοπτόμενη συνουσία πρόκειται για την διακοπή της σεξουαλικής πράξης, δηλαδή το αποτράβηγμα του άνδρα ακριβώς πριν από την εκσπερμάτιση, κάτι που χρησιμοποιούνταν πολύ πιο συχνά από ότι σήμερα. Ο άνδρας θα πρέπει να διαθέτει πείρα αλλά και μεγάλη προσοχή για να μπορέσει να αξιολογηθεί με ακρίβεια η στιγμή της εκσπερμάτισης και να αποτραβηχτεί. Αυτή η μέθοδος, αν και δεν επιβαρύνει οικονομικά, δεν προϋποθέτει κάποια συγκεκριμένη προετοιμασία και αποτελεί εναλλακτική λύση σε όσους δεν θέλουν να κάνουν χρήση προφυλακτικού, στερεί από το ζευγάρι την πλήρη σεξουαλική ικανοποίηση και μπορεί να είναι καταπιεστική για τον άνδρα. Δεν θεωρείται αποτελεσματική μέθοδος αντισύλληψης, καθώς το υγρό που εκκρίνεται από το πέος πριν την εκσπερμάτιση εμπεριέχει σπέρμα, καθιστώντας το πιθανό να προκύψει μια εγκυμοσύνη. (Γκουλιαβα, 2018)

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Διερεύνηση γνώσεων και στάσεων για την αναπαραγωγική και σεξουαλική υγεία φοιτητών ενός ελληνικού πανεπιστημίου

ΣΚΟΠΟΣ:

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση γνώσεων και στάσεων των φοιτητών ενός ελληνικού πανεπιστημίου σχετικά με τη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ:

1. Γνώσεις των φοιτητών για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.
2. Γνώσεις των φοιτητών για τις μεθόδους αντισύλληψης.
3. Διερεύνηση των πρακτικών και εμπειριών των φοιτητών σχετικά με τις σεξουαλικές τους συνήθειες.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ:

Υλικό & Μέθοδοι

Η έρευνα που πραγματοποιήθηκε ήταν μια συγχρονική μελέτη. Συγχρονική είναι μια ερευνητική μελέτη που συλλέγει δεδομένα επί υποκειμένων σε μια ορισμένη χρονική στιγμή (Nieswiadomy, 2013).

Για τους σκοπούς της έρευνας το δείγμα που λήφθηκε προήλθε από φοιτητές του τμήματος Νοσηλευτικής του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου. Πρόκειται δηλαδή για μια σκόπιμη δειγματοληψία (Γαλάνης, 2017). Το τελικό δείγμα ανέρχεται στον αριθμό των 123 φοιτητών όλων των εξαμήνων του τμήματος Νοσηλευτικής.

Συλλογή δεδομένων

Η παρούσα πτυχιακή εργασία πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο συλλογής δεδομένων στο Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο. Το δείγμα λήφθηκε από τα εξάμηνα Α', Γ', Ε', Ζ' του τμήματος νοσηλευτικής τον μήνα Ιανουάριο του 2022. Κατά την είσοδο στα αμφιθέατρα του Πανεπιστημίου δόθηκε στους/στις φοιτητές/τριες το ερωτηματολόγιο για συμπλήρωση, το οποίο πάρθηκε από μια πιλοτική μελέτη μιας πτυχιακής εργασίας με τίτλο «Γνώσεις και στάσεις φοιτητών σχετικά με τη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία» που πραγματοποιήθηκε το 2020 από τις Καραντζά, Κότση και Μπεκιράι υπό την επίβλεψη της κα. Ε. Μιχαλοπούλου. Επίσης, πάρθηκε η άδεια για τη χρήση του ερωτηματολογίου από τις δημιουργούς του, οι οποίες κατέχουν και τα πνευματικά δικαιώματά του. Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε τα δημογραφικά στοιχεία του φοιτητή, τα δημογραφικά στοιχεία των γονέων, τις γνώσεις σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας των φοιτητών/τριών καθώς και τις πρακτικές και εμπειρίες τους.

Συνοπτικά το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 46 ερωτήσεις. Οι 46 ερωτήσεις διαζευγνύονται σε 4 διαφορετικές κλίμακες:

1η κλίμακα - Δημογραφικά στοιχεία (7 στοιχεία)

2η κλίμακα - Δημογραφικά στοιχεία γονέων (8 στοιχεία)

3η κλίμακα - Γνώσεις σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας (16 στοιχεία)

4η κλίμακα - Πρακτικές και εμπειρίες (15 στοιχεία)

Πλέον του γενικού ερωτηματολογίου, αυτό συμπεριέλαβε 15 ερωτήσεις Γνώσεων σχετικά με τα νοσήματα και την ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. Για την ανάλυση και αξιολόγηση γνώσεων, κάθε ορθή απάντηση βαθμονομήθηκε με 1 και κάθε λάθος με 0. Προέκυψε έτσι βαθμολογία με εύρος από 0 έως 15 που με γραμμικό μετασχηματισμό τροποποιήθηκε σε εύρος από 0-100.

Ηθική & δεοντολογία

Για την πραγματοποίηση της έρευνας κατατέθηκε το πρωτόκολλο και λήφθηκε άδεια διεξαγωγής της μελέτης από την επιστημονική επιτροπή του τμήματος Νοσηλευτικής. Ο αριθμός πρωτοκόλλου ήταν 6257 και κατατέθηκε στις 29/12/2021. Μετά την έγγραφη ενημέρωση των φοιτητών για τους σκοπούς της μελέτης και την τήρηση όλων των κανόνων ηθικής και δεοντολογίας, όσοι από αυτούς ήθελαν να

συμμετέχουν στη μελέτη υπέγραψαν το έντυπο συγκατάθεσης και συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο ανώνυμα.

Στατιστική ανάλυση

Η ανάλυση των δεδομένων της πτυχιακής εργασίας έγινε με τη χρήση του προγράμματος SPSS (IBM Corp. Released 2019, IBM SPSS Statistics for Windows, v.26.0, Armonk, NY: IBM Corp.). Υπολογίστηκαν κατανομές σχετικών συχνοτήτων των περιγραφικών χαρακτηριστικών, απασχόλησης και υγείας των 123 φοιτητών και φοιτητριών που συμμετείχαν στην έρευνα. Η σύγκριση τους έγινε με τη χρήση 95% διαστημάτων εμπιστοσύνης (95%ΔΕ). Η βαθμολογία Γνώσεων σεξουαλικής & αναπαραγωγικής υγείας ελέγχθηκε ως προς την κατανομή της με τη μέθοδο Blom (QQ plot). Λόγω έντονης ασυμμετρίας εφαρμόστηκε μονομεταβλητή συσχέτιση με τα χαρακτηριστικά μελέτης των φοιτητών και φοιτητριών με τη μη παραμετρική μέθοδο Spearman. Συγκρίσεις διαφοροποίησης επίσης της βαθμολογίας μεταξύ χαρακτηριστικών έγιναν μέσω των μεθόδων Mann-Whitney & Kruskal-Wallis. Ως αποδεκτό επίπεδο σημαντικότητας καθορίστηκε το 0,05.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο : ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Γενικά χαρακτηριστικά φοιτητών/τριών

Πίνακας 1. Βασικά χαρακτηριστικά των 123 φοιτητών και φοιτητριών Νοσηλευτικής που συμμετείχαν στη μελέτη.

		v	%
Φύλο	<i>άνδρες</i>	22	17,9
	<i>γυναίκες</i>	101	82,1
Ηλικία, χρόνια	<i>μέση τιμή±τυπ. απ. (διάμεσος) [εύρος]</i>	21,2±5,9 (20,0)	[18, 52]
Τόπος μόνιμης κατοικίας	<i>αστική περιοχή</i>	59	48,0
	<i>αγροτική</i>	26	21,1
	<i>νησί</i>	38	30,9
Εξάμηνο φοίτησης	<i>1ο</i>	31	25,2
	<i>3ο</i>	30	24,4
	<i>5ο</i>	39	31,7
	<i>7ο</i>	23	18,7

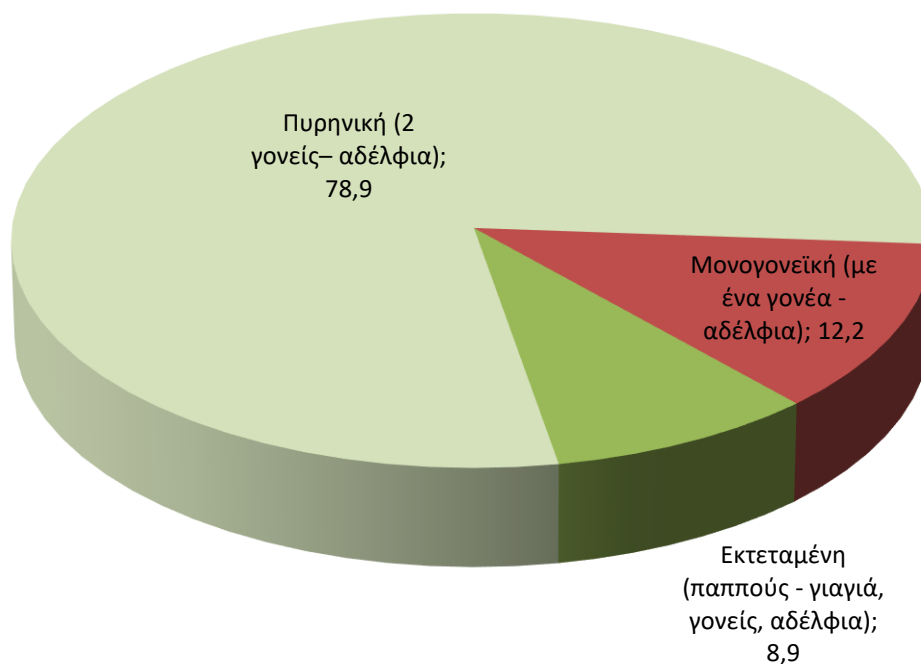
Στη μελέτη παρατηρήθηκε ότι ο μεγαλύτερος αριθμός των φοιτητών/τριών που απάντησε ήταν γυναίκες με ποσοστό 82,1%. Επίσης, η μέση ηλικία των φοιτητών/τριών ήταν 21,2±5,9 και το 31,7% φοιτούσε στο 5^ο εξάμηνο των σπουδών του.

Πίνακας 2. Χαρακτηριστικά θρησκευτικής πίστης των 123 φοιτητών και φοιτητριών που συμμετείχαν στη μελέτη.

		v	%
Θρησκεία	<i>Χριστιανός/η Ορθόδοξος/η</i>	101	82,1
	<i>άλλη</i>	13	10,6
	<i>Άθεος/η</i>	9	7,3
Σημαντικότητα θρησκείας για τους ίδιους/ίδιες	<i>καθόλου σημαντική</i>	14	11,4
	<i>λίγο</i>	30	24,4
	<i>αδιάφορη</i>	12	9,8
	<i>σημαντική</i>	47	38,2
	<i>πολύ σημαντική</i>	20	16,3

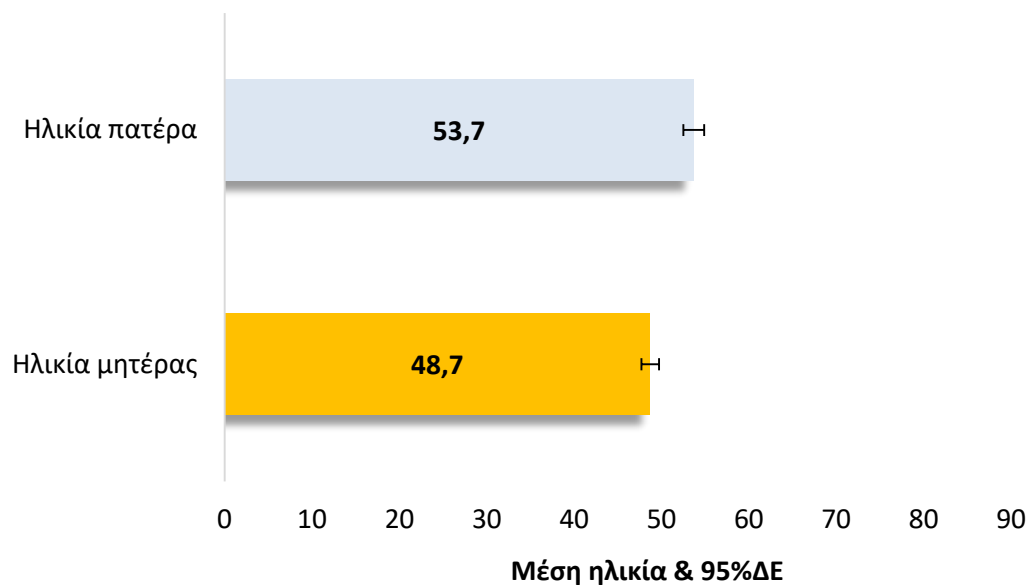
Το 82,1% των φοιτητών/τριών είναι Χριστιανοί Ορθόδοξοι και το 38,2% δήλωσε ότι θεωρεί τη θρησκεία του σημαντική.

Σχήμα 1. Ποσοστιαία κατανομή της μορφής της οικογένειας των 123 φοιτητών και φοιτητριών που συμμετείχαν στη μελέτη.



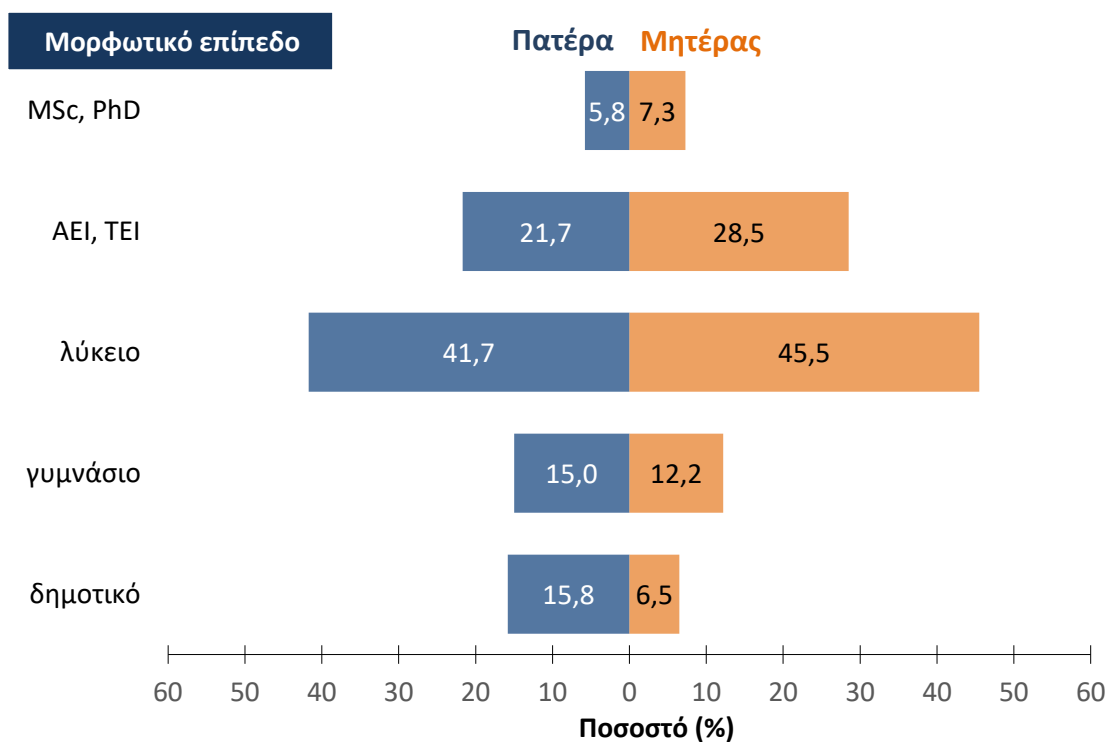
Το μοντέλο οικογένειας του 78,9% των φοιτητών/τριών ήταν πυρηνική.

Σχήμα 2. Ηλικιακή κατανομή των γονέων των 123 φοιτητών και φοιτητριών που συμμετείχαν στη μελέτη.



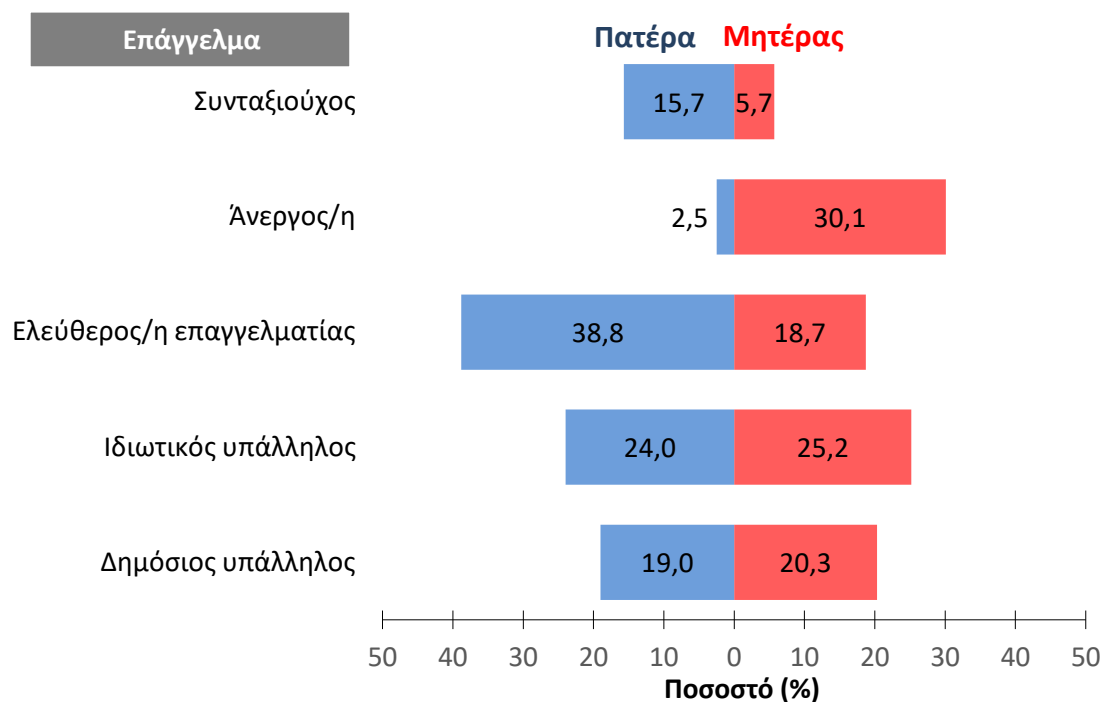
Η μέση τιμή της ηλικίας των πατέρων των φοιτητών/τριών ήταν τα 53,7 έτη και των μητέρων τα 48,7 έτη.

Σχήμα 3. Μορφωτικό επίπεδο γονέων των 123 φοιτητών και φοιτητριών που συμμετείχαν στη μελέτη.



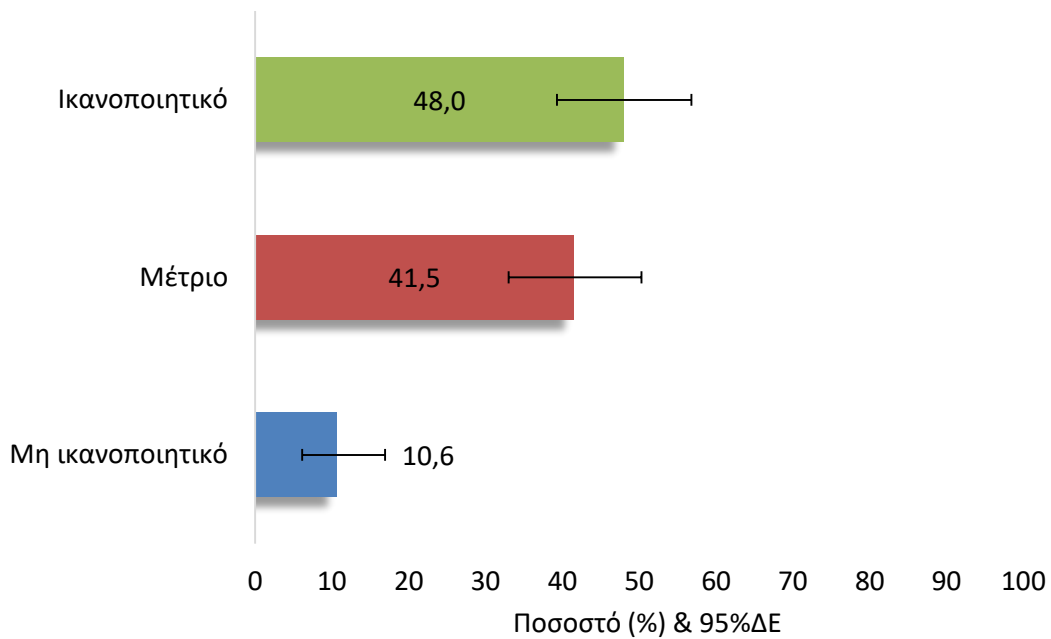
Τα μεγαλύτερα ποσοστά του μορφωτικού επιπέδου των πατέρων και των μητέρων των φοιτητών/τριών ήταν το λύκειο με 41,7% και 45,5% αντίστοιχα.

Σχήμα 4. Επαγγελματική απασχόληση των γονέων των 123 φοιτητών και φοιτητριών που συμμετείχαν στη μελέτη.



Το 38,8% των πατέρων ήταν ελεύθεροι επαγγελματίες αλλά μόνο το 2,5% ήταν άνεργοι, ενώ το 30,1% των μητέρων ήταν άνεργες.

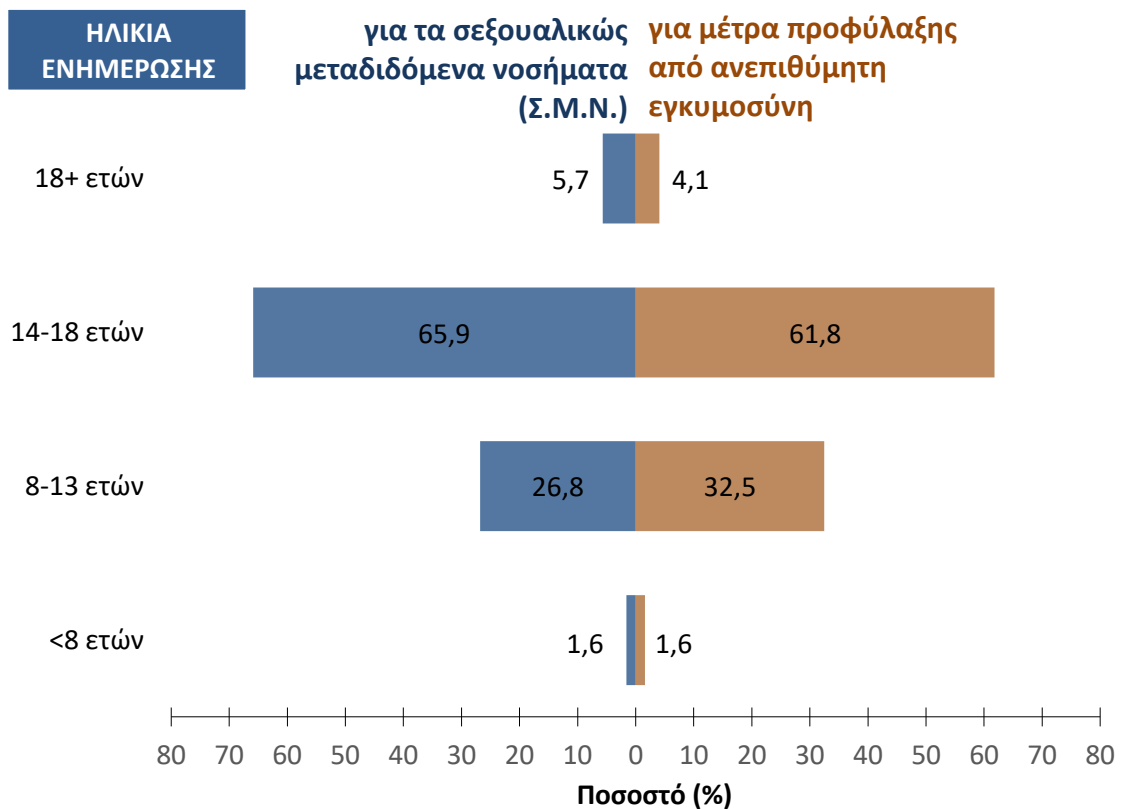
Σχήμα 5. Ικανοποίηση από μηνιαίο εισόδημα (απολαβές από εργασία & γονείς) των 123 φοιτητών και φοιτητριών που συμμετείχαν στη μελέτη.



Το 48,0% των φοιτητών/τριών δήλωσε ότι το μηνιαίο εισόδημά τους είναι ικανοποιητικό.

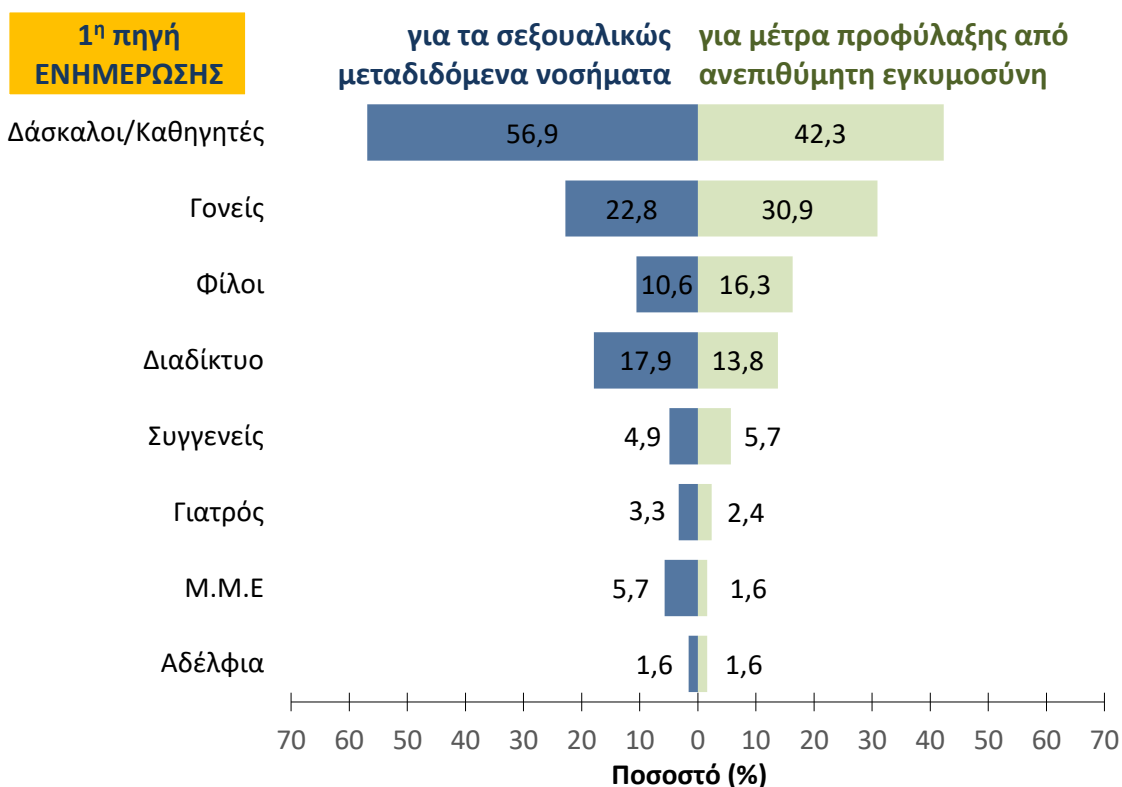
Ενημέρωση σεξουαλικής & αναπαραγωγικής υγείας

Σχήμα 6. Ηλικία ενημέρωσης των 123 φοιτητών και φοιτητριών σε ζητήματα σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων και ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης.



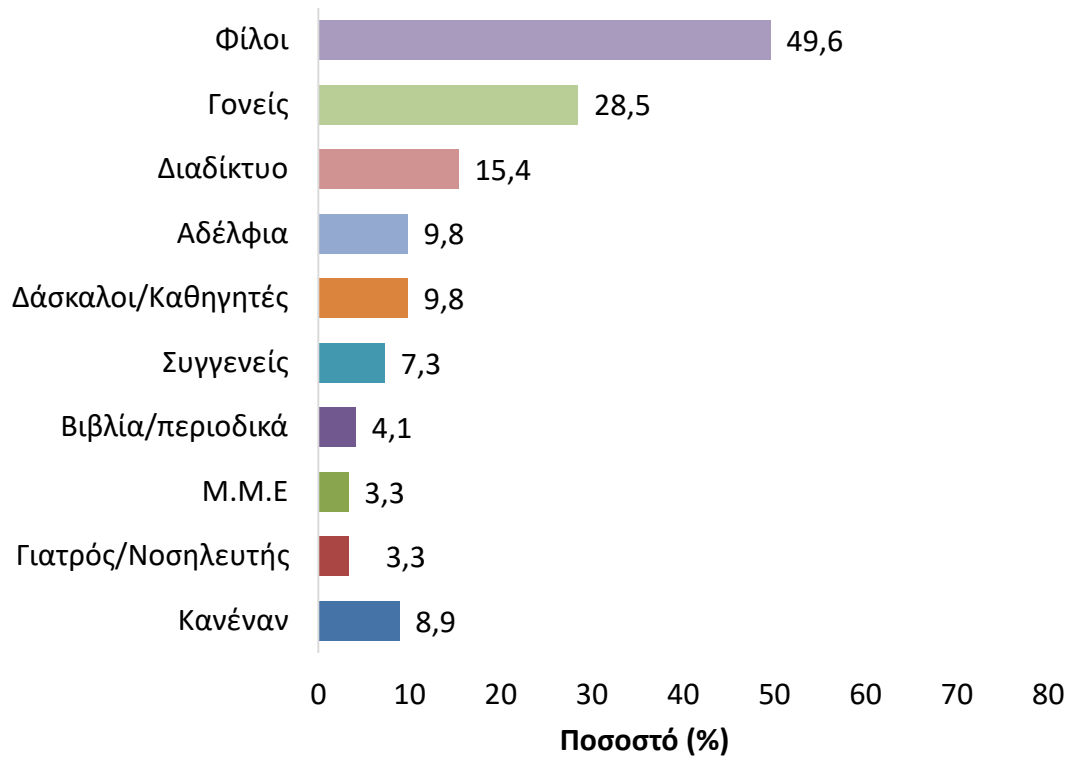
Το μεγαλύτερο ποσοστό της ηλικίας ενημέρωσης των φοιτητών/τριών ήταν τα 14-18 έτη για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα με 65,9% και για τα μέτρα προφύλαξης από ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη με 61,8%.

Σχήμα 7. Κατανομή αποκρίσεων 123 φοιτητών και φοιτητριών στην ερώτηση «*Η πρώτη πηγή ενημέρωσής σας για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα & τα μέτρα προφύλαξης από ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, προήλθε από:*».



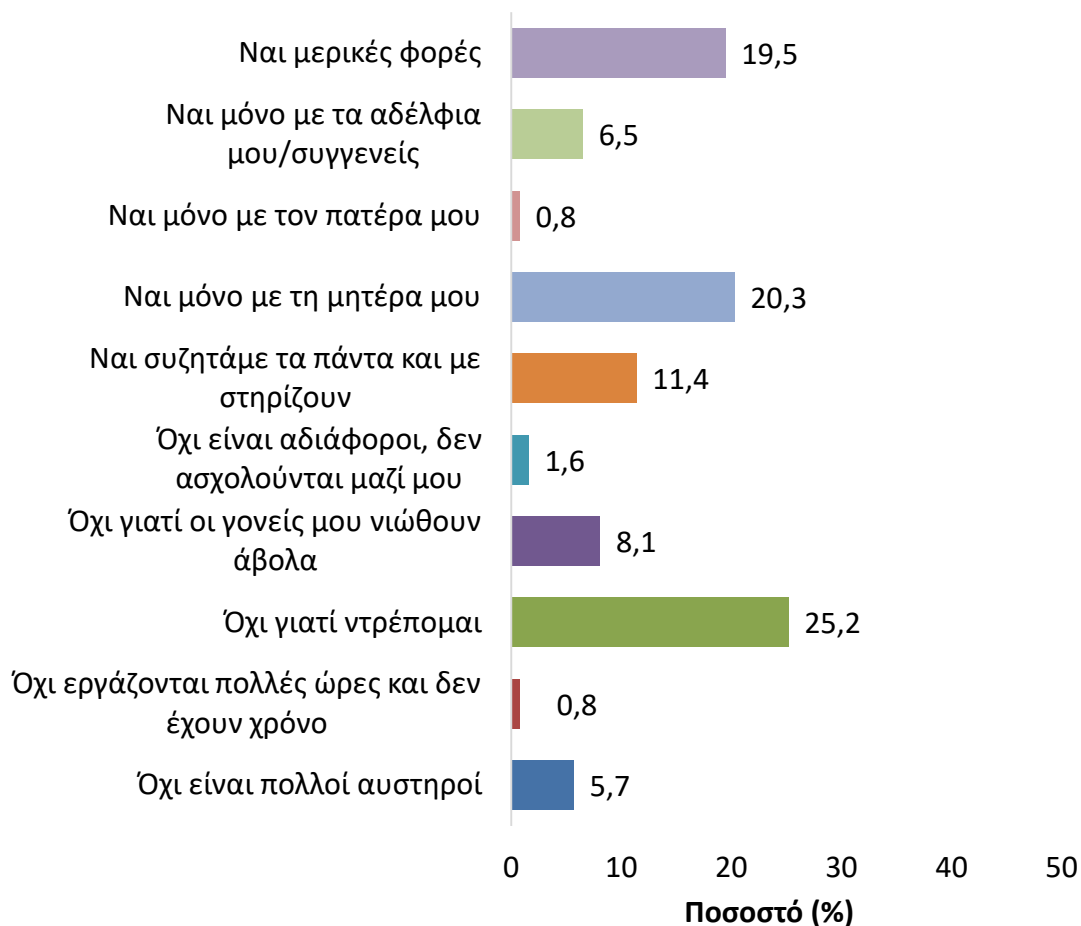
Η πρώτη πηγή ενημέρωσης των φοιτητών/τριών ήταν οι Δάσκαλοι/Καθηγητές και για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και για τα μέτρα προφύλαξης από ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη με ποσοστό 56,9% και 42,3% αντίστοιχα.

Σχήμα 8. Κατανομή αποκρίσεων 123 φοιτητών και φοιτητριών στην ερώτηση «*Με ποιόν συζητούσατε/συμβουλευόσασταν για τις απορίες σας σε σχέση με τη σεξουαλική υγεία κατά την πρώιμη και μέση εφηβεία σας (11 έως 17 ετών);*».



Το 49,6% των φοιτητών/τριών δήλωσε ότι συζητούσαν/συμβουλευόντουσαν για τις απορίες τους σε σχέση με τη σεξουαλική υγεία στην πρώιμη ηλικία και μέση εφηβεία τους με τους φίλους τους.

Σχήμα 9. Κατανομή αποκρίσεων 123 φοιτητών και φοιτητριών στην ερώτηση «*Συζητάτε σεξουαλικά ζητήματα που σας απασχολούν με την οικογένεια σας;*».



Το 20,3% των φοιτητών/τριών δήλωσε ότι συζητάει για σεξουαλικά ζητήματα μόνο με τη μητέρα του, ενώ το 25,2% δήλωσε ότι δεν συζητάει για σεξουαλικά ζητήματα με την οικογένειά του γιατί ντρέπεται.

Γνώσεις και Πεποιθήσεις σεξουαλικής & αναπαραγωγικής υγείας

Πίνακας 3. Κατανομή ορθών (σωστών) αποκρίσεων σε 15 προτάσεις/ερωτήσεις σεξουαλικής & αναπαραγωγικής υγείας των 123 φοιτητών και φοιτητριών της μελέτης.

Προτάσεις/Ερωτήσεις Γνώσεων	Αποκρίσεις		
	λάθος	σωστή	
	%		
Υπάρχουν σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα που μπορούν να μεταδοθούν με την στοματική σεξουαλική επαφή;	9,8	90,2	
Ποια μέθοδος προφύλαξης προστατεύει από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα;	Αντισυλληπτικά χάπια	1,6	98,4
	Διακεκομμένη συνουσία	0,8	99,2
	Προφυλακτικό	0,8	99,2
	Χάπι επόμενης μέρας	0,8	99,2
Αποχή κατά τις γόνιμες μέρες της περιόδου της γυναίκας	1,6	98,4	

Τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα δεν πρέπει να σε απασχολούν εκτός αν έχεις σεξουαλικές επαφές με πολλά άτομα.	6,5	93,5	
Τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα μπορούν να μεταδοθούν μόνο όταν το άτομο εμφανίζει συμπτώματα.	4,9	95,1	
Τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα είναι ενοχλητικά, αλλά δεν εμφανίζουν σοβαρές επιπλοκές στην υγεία.	2,4	97,6	
Ποια μέθοδος προφύλαξης προστατεύει από ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη;	Αντισυλληπτικά χάπια	62,6	37,4
	Διακεκομμένη συνουσία	4,9	95,1
	Προφυλακτικό	13,8	86,2
	Χάπι επόμενης μέρας	12,2	87,8
	Αποχή κατά τις γόνιμες μέρες της περιόδου της γυναίκας	6,5	93,5
	Εμβόλιο	0,0	100,0

Στις 5 πρώτες ερωτήσεις γνώσεων του παραπάνω πίνακα η συντριπτική πλειοψηφία των φοιτητών/τριών, που απάντησαν σωστά, κυμαίνεται από 90,2% έως 99,2%. Ωστόσο, στην τελευταία ερώτηση υπάρχει ποικιλία σωστών και λανθασμένων απαντήσεων των φοιτητών/τριών. Πιο συγκεκριμένα, 62,6% απάντησε λανθασμένα ότι τα αντισυλληπτικά χάπια δεν αποτελούν μέθοδο προφύλαξης από ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, ενώ 86,2% απάντησε σωστά για την αποτελεσματικότητα του προφυλακτικού ως μέθοδο προφύλαξης.

Πίνακας 4. Πεπειθήσεις για τη σεξουαλική & αναπαραγωγική υγεία των 123 φοιτητών και φοιτητριών της μελέτης.

		v	%
Πιστεύετε ότι η σεξουαλική σας ενημέρωση είναι:	πλήρης	27	22,0
	ικανοποιητική	85	69,1
	ελλιπής	11	8,9
Ποιο θεωρείτε ότι θα έπρεπε να έχει κυρίαρχο ρόλο στη σεξουαλική εκπαίδευση και στην πρόληψη των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων;	το σχολείο	54	44,3
	η οικογένεια	68	55,7
Κατά τη γνώμη σας είναι απαραίτητο να διδάσκεται το μάθημα της σεξουαλικής αγωγής στο σχολείο;	ναι	119	97,5
	όχι	3	2,5
Αν ναι, από ποια βαθμίδα εκπαίδευσης πρέπει να ξεκινάει;	Νηπιαγωγείο	4	3,3
	Δημοτικό	41	33,9
	Γυμνάσιο	69	57,0
	Λύκειο	7	5,8
	Πανεπιστήμιο	-	-

Το 69,1% των φοιτητών/τριών απάντησε ότι η σεξουαλική του ενημέρωση είναι ικανοποιητική και το 55,7% θεωρεί ότι η οικογένεια θα πρέπει να έχει κυρίαρχο ρόλο στην σεξουαλική εκπαίδευση και στην πρόληψη των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων. Τέλος, το 97,5% θεωρεί ότι είναι απαραίτητο να διδάσκεται το μάθημα της σεξουαλικής αγωγής στο σχολείο.

Σεξουαλικές Πρακτικές & Εμπειρίες

Πίνακας 5. Σεξουαλικές πρακτικές & εμπειρίες 93 φοιτητών και φοιτητριών της μελέτης.

		v	%
Σεξουαλικά ενεργοί	<i>ναι</i>	93	75,6
Σε ποια ηλικία είχατε την πρώτη σας ολοκληρωμένη σεξουαλική επαφή;	<i>14</i>	2	2,2
	<i>15</i>	1	1,1
	<i>16</i>	11	11,8
	<i>17</i>	29	31,2
	<i>18</i>	23	24,7
	<i>18+</i>	27	29,0
Ποιες οι σεξουαλικές προτιμήσεις σας;	<i>με το ίδιο φύλο</i>	9	9,7
	<i>με το αντίθετο φύλο</i>	80	86,0
	<i>και με τα δυο φύλα</i>	4	4,3
Λάβατε μέτρα προφύλαξης στην πρώτη σας σεξουαλική επαφή;	<i>ναι</i>	80	86,0
	<i>όχι</i>	13	14,0
Αν ναι, γιατί;	<i>προστασία από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα</i>	7	8,8
	<i>προστασία από την ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη</i>	9	11,3
	<i>προστασία από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και την ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη</i>	64	80,0

Το 75,6% των φοιτητών/τριών δήλωσαν σεξουαλικά ενεργοί/ες και από αυτούς/ες, το 31,2% είχε την πρώτη του ολοκληρωμένη σεξουαλική επαφή στην ηλικία των 17 ετών. Επίσης, το 86,0% απάντησε ότι σεξουαλικά προτιμάει το αντίθετο φύλο. Τέλος, το ποσοστό που έλαβε μέτρα προφύλαξης στην πρώτη του σεξουαλική επαφή ήταν 86,0% και από αυτούς το 80,0% δήλωσε σωστά ότι έλαβε μέτρα προφύλαξης για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και για την ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη.

Πίνακας 6. Μέτρα προφύλαξης των 93 φοιτητών και φοιτητριών της μελέτης.

		v	%
Τι μέτρα προφύλαξης χρησιμοποιήσατε στη πρώτη σας σεξουαλική επαφή για την ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη;	Αντισυλληπτικά χάπια	3	3,2
	Προφυλακτικό	77	82,8
	Διακεκομμένη συνουσία	2	1,6
	Χάπι επόμενης μέρας	1	1,1
	Κανένα	13	14,0
Τι μέτρα προφύλαξης χρησιμοποιήσατε στη πρώτη σας σεξουαλική επαφή για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα;	Προφυλακτικό	77	82,8
	Διακεκομμένη συνουσία	1	1,1
	Χάπι επόμενης μέρας	-	
	Κανένα	13	14,0

Το 82,8% των φοιτητών/τριών έλαβε στην πρώτη του σεξουαλική επαφή ως μέτρο προφύλαξης το προφυλακτικό για την ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, όπως και για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

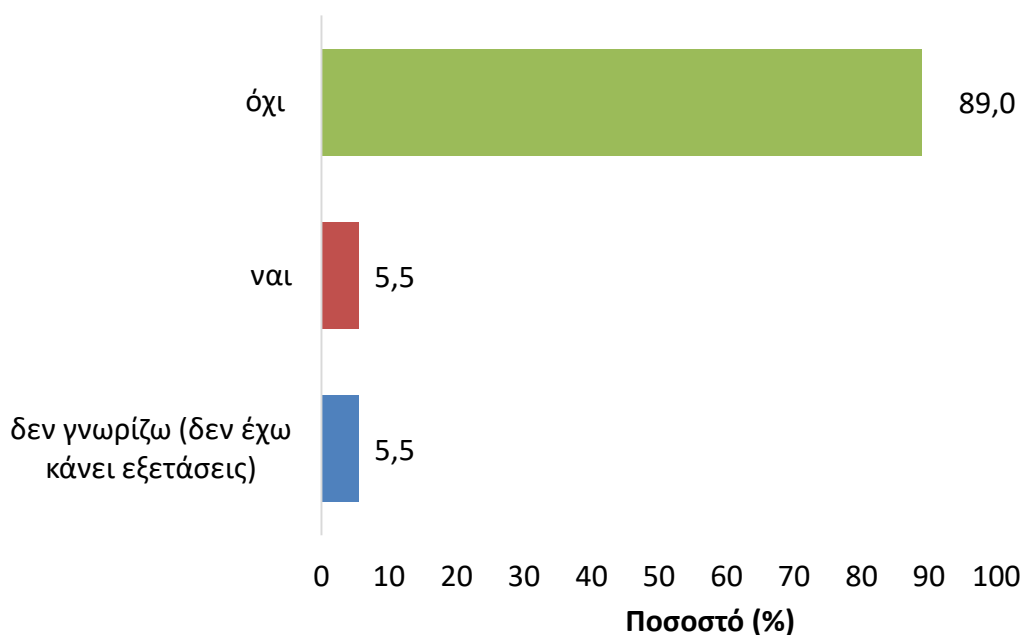
Πίνακας 7. Τρέχουσες σεξουαλικές συνήθειες 93 φοιτητών και φοιτητριών της μελέτης.

		v	%
Πόσους σεξουαλικούς συντρόφους είχατε μέχρι τώρα;	1	42	45,2
	2-3	24	25,8
	4-5	16	17,2
	6-7	2	2,2
	8+	9	9,7
Λαμβάνετε προφυλακτικά μέτρα σε όλες τις σεξουαλικές σας επαφές;	πάντα	64	68,8
	συχνά	6	6,5
	ποτέ	21	22,6
	μόνο αν μου το ζητήσει ο/η σύντροφος	2	2,2
Έχετε στη κατοχή σας πάντα προφυλακτικά;	ναι	43	46,2
	όχι	34	36,6
	κάποιες φορές	16	17,2
Θα προχωρούσατε σε σεξουαλική επαφή χωρίς προφυλάξεις;	ναι	17	18,3
	όχι	45	48,4
	ίσως	31	33,3
Εάν ο/η σύντροφος σας δε δέχεται τη χρήση προφυλακτικού, θα συνεχίζατε τη σεξουαλική επαφή;	ναι	8	8,6
	όχι	67	72,0
	ίσως	18	19,4

Έχετε έρθει σε σεξουαλική επαφή μετά από κατανάλωση αλκοόλ ή χρήση τοξικών ουσιών;	ναι	39	41,9
	όχι	54	58,1
Αν ναι, χρησιμοποιήσατε μέτρα προφύλαξης ;	ναι	28	71,8
	όχι	11	28,2

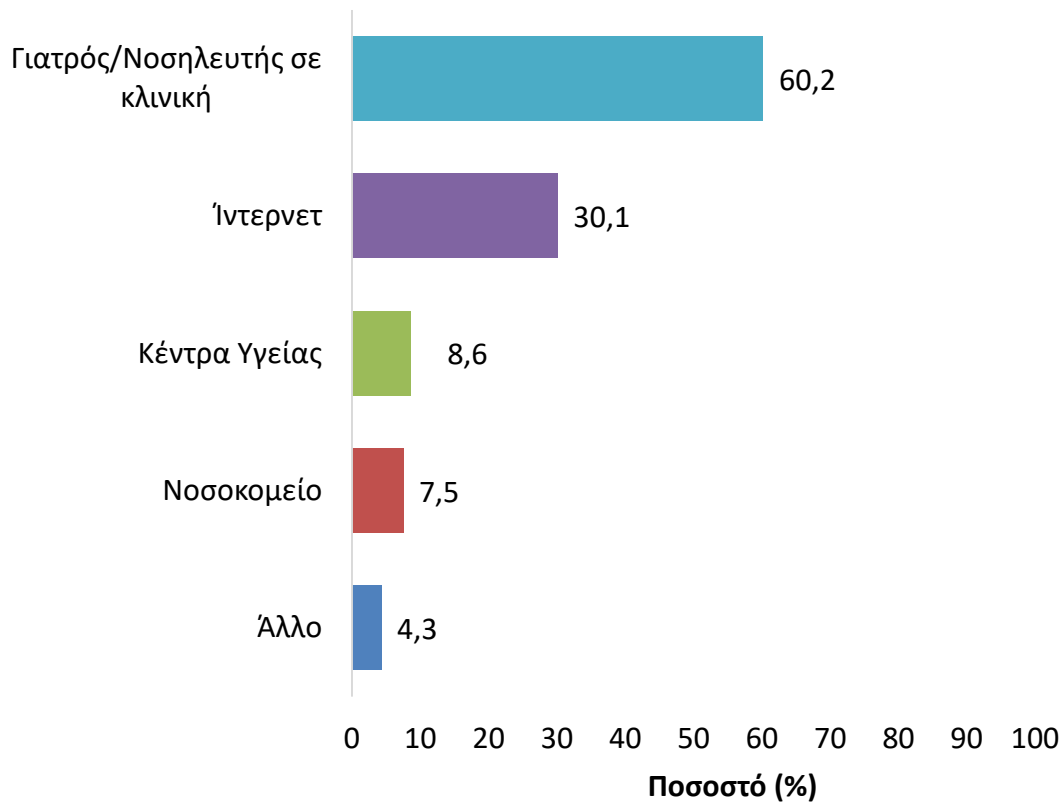
Το 45,2% των φοιτητών/τριών δήλωσαν ότι είχαν 1 σεξουαλικό σύντροφο μέχρι τώρα. Το 68,8% απάντησε ότι λαμβάνει πάντα μέτρα προφύλαξης κατά τη σεξουαλική επαφή, ενώ το 22,6% απάντησε ότι δε λαμβάνει ποτέ. Επίσης, το 48,4% δεν θα προχωρούσε σε σεξουαλική επαφή χωρίς προφυλάξεις, ενώ το 33,3% δήλωσε ότι ίσως προχωρούσε. Το 72,0% δεν θα συνέχιζε τη σεξουαλική επαφή αν ο/η σύντροφος τους δεν δεχόταν τη χρήση προφυλακτικού. Τέλος, το 58,1% δεν έχει έρθει σε σεξουαλική επαφή μετά από κατανάλωση αλκοόλ ή χρήση τοξικών ουσιών, ενώ από αυτούς που έχουν έρθει σε επαφή το 71,8% χρησιμοποίησε μέτρα προφύλαξης.

Σχήμα 10. Κατανομή αποκρίσεων 93 φοιτητών και φοιτητριών στην ερώτηση «Έχετε προσβληθεί από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα;».



Το 89,0% των φοιτητών/τριών δεν έχει προσβληθεί από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

Σχήμα 11. Κατανομή αποκρίσεων 93 φοιτητών και φοιτητριών στην ερώτηση «Εάν χρειάζοσασταν πληροφορίες σχετικά με τις μεθόδους αντισύλληψης, την εγκυμοσύνη ή τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα που θα απευθυνόσασταν;».



Το 60,2% δήλωσε ότι εάν χρειαζόταν πληροφορίες σχετικά με τις μεθόδους αντισύλληψης, την εγκυμοσύνη ή τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα θα απευθυνόταν σε γιατρό ή νοσηλεύτη σε κλινική.

Αξιολόγηση Γνώσεων σεξουαλικής & αναπαραγωγικής υγείας

Πίνακας 8. Επίπεδα Γνώσεων σεξουαλικής & αναπαραγωγικής υγείας ως προς τα χαρακτηριστικά των φοιτητών/τριών της μελέτης.

	n	Βαθμολογία Γνώσεων σεξουαλικής & αναπαραγωγικής υγείας		
		μέση τιμή	τυπ. αποκλ.	p-value
Σύνολο	123	91,4	7,3	--
Φύλο	άνδρες	91,8	7,1	0,830
	γυναίκες	101	91,3	

Τόπος μόνιμης κατοικίας	αστική περιοχή	59	91,4	7,5	0,709
	αγροτική	26	90,2	9,1	
	νησί	38	92,1	5,3	
Εξάμηνο φοίτησης	1ο	31	88,2	10,4	0,033
	3ο	30	90,7	7,3	
	5ο	39	93,7	3,7	
	7ο	23	92,7	4,8	

Η βαθμολογία καθορίζεται από 15 ορθές (σωστές) αποκρίσεις του πίνακα 3. Το εύρος ορθών αποκρίσεων 0-15 μετασχηματίστηκε σε 0-100 για λόγους απλούστευσης και κατανόησης. Βαθμολογία κοντά στο 100 καταδεικνύει άριστες Γνώσεις.
Έλεγχοι Mann-Whitney & Kruskal-Wallis.

Παρατηρείται πολύ υψηλή μέση βαθμολογία Γνώσεων ($91,4 \pm 7,3$) με άριστα το 100. Γενικά παρατηρείται ομοιογένεια των Γνώσεων μεταξύ χαρακτηριστικών αλλά υψηλότερα επίπεδα γνώσεων στα υψηλότερα εξάμηνα (σημαντική διαφορά στη βαθμολογία μεταξύ 1^ο και 7^{ου}, $p=0,033$).

Πίνακας 9. Μονομεταβλητή συσχέτιση των επιπέδων βαθμολογίας Γνώσεων σεξουαλικής & αναπαραγωγικής υγείας ως προς τα χαρακτηριστικά της οικογένειας και των γονέων των φοιτητών/τριών της μελέτης.

	Βαθμολογία Γνώσεων σεξουαλικής & αναπαραγωγικής υγείας (άριστες Γνώσεις: βαθμολογία → 100)	
	rho-Spearman	p-value
Μορφή οικογένειας (1: Πυρηνική, 2: Μονογονεϊκή, 3: Εκτεταμένη)	-0,06	0,517
Ηλικία μητέρας	0,09	0,321
Μορφωτικό επίπεδο μητέρας	-0,12	0,175
Ηλικία πατέρα	-0,02	0,796
Μορφωτικό επίπεδο πατέρα	0,12	0,198
Μηνιαίο εισόδημα φοιτητή (1: Ικανοποιητικό, 2: Μέτριο, 3: Μη ικανοποιητικό)	0,15	0,152
Σημαντικότητα θρησκείας (από 1: καθόλου έως 5: πολύ)	-0,28	0,011
Ηλικία ενημέρωσης για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (Σ.Μ.Ν.)	-0,17	0,065

Ηλικία ενημέρωσης για τα για μέτρα
προφύλαξης από ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη

-0,19

0,034

Παρατηρείται ότι σχετίζεται με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά η βαθμολογία Γνώσεων ($p < 0,05$). Π.χ. όσο αυξάνεται η ηλικία ενημέρωσης μειώνονται τα επίπεδα Γνώσεων ($p = 0,034$)

Πίνακας 10. Επίπεδα Γνώσεων σεξουαλικής & αναπαραγωγικής υγείας ως προς τις σεξουαλικές συνήθειες των φοιτητών/τριών της μελέτης.

		Βαθμολογία Γνώσεων σεξουαλικής & αναπαραγωγικής υγείας			
		n	μέση τιμή	τυπ. αποκλ.	p-value
Σεξουαλικά Ενεργοί	όχι	30	88,4	11,6	0,318
	ναι	93	92,3	4,9	

Έλεγχος Mann-Whitney.

Φαίνεται ότι οι σεξουαλικά ενεργοί/ες έχουν αριθμητικώς υψηλότερα μέσα επίπεδα Γνώσεων αλλά δεν διαφέρουν σημαντικά από τους μη ενεργούς/ες ($p > 0,05$)

Συζήτηση

Σύνοψη ευρημάτων

Σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας ήταν η διερεύνηση των γνώσεων και στάσεων για την αναπαραγωγική και σεξουαλική υγεία φοιτητών ενός ελληνικού πανεπιστημίου. Συνοπτικά βρέθηκαν:

- Το μεγαλύτερο ποσοστό της ηλικίας ενημέρωσης για τη σεξουαλική υγεία των φοιτητών/τριών ήταν τα 14-18 έτη.
- Η πρώτη πηγή ενημέρωσης για τα σεξουαλικά ζητήματα των φοιτητών/τριών ήταν οι Δάσκαλοι/Καθηγητές.
- Η πλειοψηφία των φοιτητών/τριών δήλωσε ότι συζητούσαν/συμβουλευόντουσαν για τις απορίες τους σε σχέση με τη σεξουαλική υγεία στην πρώιμη ηλικία και μέση εφηβεία τους με τους φίλους τους.
- Στις ερωτήσεις σχετικά με τις γνώσεις σε θέματα σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας οι σωστές και λανθασμένες απαντήσεις ποικίλουν.
- Η πλειοψηφία του δείγματος δήλωσε ότι η σεξουαλική του ενημέρωση είναι ικανοποιητική και ότι είναι απαραίτητο να διδάσκεται το μάθημα της σεξουαλικής αγωγής στο σχολείο.
- Ένα μεγάλο ποσοστό φοιτητών/τριών δήλωσαν σεξουαλικά ενεργοί/ες και οι περισσότεροι/ες από αυτούς/ες είχαν την πρώτη τους ολοκληρωμένη σεξουαλική επαφή στην ηλικία των 17 ετών.
- Σε υψηλά επίπεδα βρέθηκε η χρήση μέτρων προφύλαξης κατά την πρώτη σεξουαλική επαφή και συγκεκριμένα η χρήση προφυλακτικού.
- Πάνω από το μισό των φοιτητών/τριών απάντησε ότι λαμβάνει πάντα μέτρα προφύλαξης κατά τη σεξουαλική επαφή.
- Ένα πολύ μικρό ποσοστό φοιτητών/τριών απάντησε ότι έχει προσβληθεί από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

- Μεγάλος αριθμός δήλωσε ότι εάν χρειαζόταν πληροφορίες σχετικά με ζητήματα σεξουαλικής υγείας θα απευθυνόταν σε γιατρό ή νοσηλεύτη σε κλινική.

Οι γνώσεις και οι στάσεις των φοιτητών τόσο για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα όσο και για ένα εξίσου σημαντικό θέμα, την αντισύλληψη, είναι μείζονος σημασίας να διερευνηθούν, καθώς και τα δύο αποτελούν ένα διαρκώς αυξανόμενο πρόβλημα. Ένας από τους λόγους που έγινε η επιλογή του θέματος αυτού είναι το γεγονός ότι ελάχιστες έρευνες έχουν διεξαχθεί τα τελευταία χρόνια στη χώρα μας.

Ένα από τα βασικά ευρήματα της έρευνας της παρούσας εργασίας, υπήρξε το συμπέρασμα ότι η ενημέρωση για τα ΣΜΝ και την ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη έγινε σε ηλικία 14-18 ετών με ποσοστό 65,9% και 61,8% αντίστοιχα. Παρόμοια ήταν τα ευρήματα της έρευνας των Καραντζά και συν (2020), με ποσοστό 67,4% για τα ΣΜΝ και 61,44% για την ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. Επίσης, η πρώτη πηγή ενημέρωσης των φοιτητών ήταν οι δάσκαλοι/καθηγητές και για τα ΣΜΝ και για τα μέτρα προφύλαξης από ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη με ποσοστό 56,9% και 42,3% αντίστοιχα. Παρομοίως, σύμφωνα με τον Χείλαρη (2013) η πρώτη πηγή ενημέρωσης είναι το σχολείο όσον αφορά τα ΣΜΝ, με 70,7%. Αντίθετα, πρώτη πηγή ενημέρωσης για την ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, σύμφωνα με τους Ηλιάδου & Παλάσκα (2008), αποτέλεσαν οι φίλοι με 59%. Ακόμα, παρατηρήθηκε από τους Masood et al. (2017) ότι για θέματα σεξουαλικής υγείας και εγκυμοσύνης, τα αγόρια δήλωσαν ως πρώτη πηγή ενημέρωσης τα βιβλία/ περιοδικά με ποσοστό 28,6% ενώ τα κορίτσια δήλωσαν ως πρώτη πηγή ενημέρωσης τους καθηγητές με ποσοστό 27,4%. Τέλος, το 49,6% των φοιτητών/τριών δήλωσε ότι συζητούσαν/συμβουλευόντουσαν για τις απορίες τους σε σχέση με τη σεξουαλική υγεία στην πρώιμη ηλικία και μέση εφηβεία τους με τους φίλους τους, όπως βρέθηκε και από τους Βαγιωνάκη & Μανιουδάκη (2019) οι περισσότεροι απάντησαν, με ποσοστό 38,1%, ότι συμβουλευόμαστε τους φίλους τους.

Στην ερώτηση «Ποια μέθοδος προφύλαξης προστατεύει από τα ΣΜΝ;» η συντριπτική πλειοψηφία των φοιτητών/τριών απάντησαν σωστά, το προφυλακτικό, με ποσοστό 99,2%. Στην μελέτη των Μουστάκα και συν (2014) το 92% έδωσε ως απάντηση τον τακτικό έλεγχο – check up. Συνάμα, στην ερώτηση «Ποια μέθοδος προφύλαξης προστατεύει από ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη;» το 86,2% απάντησε σωστά το προφυλακτικό, ενώ μόνο το 37,4% απάντησε σωστά αναφορικά με τα αντισυλληπτικά χάπια. Σχετικά με

αυτό το εύρημα, η Αλεξάτου (2018) διαπίστωσε ότι το δείγμα απάντησε σωστά το προφυλακτικό και τα αντισυλληπτικά χάπια με ποσοστά 90,6% και 74,6% αντίστοιχα.

Το 69,1% των φοιτητών/τριών απάντησε ότι η σεξουαλική του ενημέρωση είναι ικανοποιητική και το 97,5% θεωρεί ότι είναι απαραίτητο να διδάσκεται το μάθημα της σεξουαλικής αγωγής στο σχολείο. Παράλληλα, σύμφωνα με την Αλεξάτου (2018) η πλειοψηφία απάντησε ότι έχει ικανοποιητική ενημέρωση με ποσοστό 67,4% και 96,1% του δείγματος αποκρίθηκε θετικά στο αν είναι απαραίτητο το μάθημα της σεξουαλικής αγωγής στο σχολείο.

Το 75,6% των φοιτητών/τριών δήλωσαν σεξουαλικά ενεργοί/ες και από αυτούς/ες, το 31,2% είχε την πρώτη του ολοκληρωμένη σεξουαλική επαφή στην ηλικία των 17 ετών. Παρομοίως, το 79% των φοιτητριών δήλωσαν σεξουαλικά ενεργές και από αυτές ο μέσος όρος είχε την πρώτη του ολοκληρωμένη σεξουαλική επαφή στην ηλικία των 17,8 ετών (Kallipolitis et al., 2003). Ένα ενδιαφέρον εύρημα που παρατηρήθηκε από τους Κωνσταντινίδης και συν (2012) είναι ότι οι φοιτητές/τριες ηλικίας 17-18 ετών δήλωσαν ότι είχαν την πρώτη τους σεξουαλική επαφή στην ηλικία 16-17 ετών με ποσοστό 74,6%, ενώ εκείνοι/ες με ηλικία 26-43 ετών δήλωσαν το ξεκίνημα της σεξουαλικής τους ζωής στην ηλικία των 18+ με ποσοστό 71,4%. Το ποσοστό που έλαβε μέτρα προφύλαξης στην πρώτη του σεξουαλική επαφή ήταν 86,0%, όπως παρατηρήθηκε και στην μελέτη των Νάνου και συν (2015) με ποσοστό 82,4%.

Το 82,8% των φοιτητών/τριών έλαβε στην πρώτη του σεξουαλική επαφή ως μέτρο προφύλαξης το προφυλακτικό για την ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, όπως και για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Συνάμα, το 83,9% των φοιτητών/τριών έλαβε στην πρώτη του σεξουαλική επαφή προφυλακτικό ως μέσο προφύλαξης (Αλεξάτου, 2018). Τέλος, το 68,8% απάντησε ότι λαμβάνει πάντα μέτρα προφύλαξης κατά τη σεξουαλική επαφή. Σύμφωνα με τον Χείλαρη (2013) απάντησαν ότι χρησιμοποιούν πάντα προφυλακτικό με ποσοστό 49%, παράλληλα με τη μελέτη των Νάνου και συν (2015) το ποσοστό 35,6% απάντησε ότι χρησιμοποιεί αρκετά συχνά προφυλακτικό.

Μόνο το 5,5% των φοιτητών/τριών έχει προσβληθεί από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, όπως βρέθηκε και στην έρευνα των Νάνου και συν (2015) με 5,7%. Όσον αφορά τις προτεινόμενες πηγές πληροφόρησης σχετικά με σεξουαλικά ζητήματα το 60,2% δήλωσε ότι θα απευθυνόταν σε γιατρό ή νοσηλεύτη σε κλινική. Ίδια

απάντηση δόθηκε από φοιτητές/τριες με ποσοστό 41% σύμφωνα με τους Βαγιωνάκη & Μανιουδάκη (2019).

Περιορισμοί Μελέτης

Η παρούσα έρευνα, όπως και κάθε ερευνητική προσπάθεια, διέπεται από αδυναμίες και δυσκολίες που τεχνικά μπορεί να στερούν τη δυνατότητα ορθής αξιολόγησης των ευρημάτων της. Αρχικά, υπήρξε αρκετά μεγάλος περιορισμός χρόνου για τον διαμοιρασμό των ερωτηματολογίων και τη λήψη του δείγματος καθώς τελείωνε το χειμερινό εξάμηνο και ακολουθούσε η εξεταστική περίοδος. Επιπλέον, οι δυσμενείς συνθήκες που έχει προκαλέσει η πανδημία covid-19 οδήγησαν στην ανάγκη λήψης σχολαστικών μέτρων προστασίας έτσι ώστε να αποφευχθεί η διασπορά του ιού. Οι συνεχώς αυξανόμενες ακαδημαϊκές απαιτήσεις, και συγκεκριμένα η εξεταστική περίοδος και η έναρξη της πρακτικής άσκησης, είχαν ως αποτέλεσμα την έλλειψη ελεύθερου χρόνου των ερευνητριών.

Γενικό Συμπέρασμα

Στην παρούσα πτυχιακή εργασία παρατηρήθηκαν ενδιαφέροντα ευρήματα όπως η πολύ υψηλή μέση βαθμολογία γνώσεων. Γενικά παρατηρείται ομοιογένεια των γνώσεων μεταξύ των χαρακτηριστικών του δείγματος αλλά εμφανίζονται υψηλότερα επίπεδα γνώσεων στα υψηλότερα εξάμηνα. Επίσης, παρατηρείται ότι σχετίζεται με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά η βαθμολογία γνώσεων χαρακτηριστικά όσο αυξάνεται η ηλικία ενημέρωσης τους μειώνονται τα επίπεδα Γνώσεων. Όσον αφορά όμως τα επίπεδα γνώσεων ανάμεσα σε σεξουαλικά ενεργούς/ες και μη, τα μέσα επίπεδα γνώσεων δεν διαφέρουν σημαντικά. Παρόλα τα ικανοποιητικά αποτελέσματα αναφορικά με τις γνώσεις και στάσεις των φοιτητών για την αναπαραγωγική και σεξουαλική υγεία, εξακολουθεί να υπάρχει η επιτακτική ανάγκη για την ύπαρξη του μαθήματος της σεξουαλικής αγωγής σε όλες τις βαθμίδες εκπαίδευσης, όπως και πλήρης ενημέρωση από τα ΜΜΕ, την οικογένεια ή γιατρούς/νοσηλεύτες για τη σωστή ανατροφή ενσυνείδητων και υπεύθυνων ενηλίκων.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α - ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

Αλεξάτου, Ε. (2018). Σεξουαλική συμπεριφορά εφήβων. Γνώσεις, Πρακτικές και Παράγοντες που την επηρεάζουν. Μελέτη σε πρωτοετείς φοιτητές του ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας στη Πάτρα. Από: <file:///C:/Users/user/Desktop/%CE%A0%CF%84%CF%85%CF%87%CE%B9%CE%B1%CE%BA%CE%B7/%CF%80%CF%84%CF%85%CF%87%CE%B9%CE%B1%CE%BA%CE%B72.pdf> (7/5/2022)

Γαλάνης, Κ., Κοντοδημόπουλος, Ν., Νταλέκος, Γ. Ν. & Νιάκας, Δ. (2007). Συγκριτική μελέτη της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής ασθενών με χρόνια ηπατίτιδα Β και C. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 24(Συμπλ 1):51-57. Από: <https://www.mednet.gr/archives/2007-sup/pdf/51.pdf> (15/4/2022)

Γκοδοσίδου, Ε.Χ. (2021) Είναι δικαιολογημένη η αντισύλληψη/στείρωση σε άτομα με σοβαρά κληρονομούμενα νοσήματα ή μη χρόνια νοσήματα ή παραβίαση της ατομικής τους ελευθερίας; Από: https://repo.lib.duth.gr/jspui/bitstream/123456789/12532/1/GkodosidouEC_2021.pdf?fbclid=IwAR1jbCTM33X9p83RypuaEbkPfw3-tuT-57jBXycFX0XKpwb3ddtPmMHCOWE (7/5/2022)

Γκουλιαβα, Δ. (2018). Μη Ορμονικοί Μέθοδοι Αντισύλληψης. Από: https://repo.lib.duth.gr/jspui/bitstream/123456789/14143/1/GouliavaD_2018.pdf

Διαφέρμου, Χ.Μ., Τσουμάκας, Κ. & Παυλοπούλου, Ι. (2015). Εμβόλια πρόληψης του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων Γνώση και συμμόρφωση των φοιτητών επιστημών υγείας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 32(2):202-209. Από: <http://srv54.mednet.gr/archives/2015-2/pdf/202.pdf> (2/4/2022)

Ηλιάδου, Μ., & Παλάσκα, Ε. (2008). Σεξουαλική συμπεριφορά και νέοι, Νοσηλευτική, 47(4), 497-506. Από: <https://www.hjn.gr/index.php/el/2008/tomos-47-teyxos-4/387-2008409/viewdocument/387> (13/5/2022)

Κωνσταντινίδης, Θ., Σκανδαλάκη, Ν., Τζαγκαράκη, Ε. & Λιναρδάκης, Μ. (2012). Σεξουαλική συμπεριφορά και πρακτικές αντισύλληψης φοιτητών Νοσηλευτικής. Από: <file:///C:/Users/user/Desktop/%CE%A0%CF%84%CF%85%CF%87%CE%B9%CE%B1%CE%BA%CE%B7/%CE%B1%CF%81%CE%B8%CF%81%CE%BF1.pdf> (27/4/2022)

Μουστάκα, Α., Ανωγειανάκη, Ι., Σαρρή, Φ., Ρίκος, Ν., & Ροβίθης, Μ. (2014). Γνώσεις και απόψεις φοιτητών Νοσηλευτικής Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος αναφορικά με τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα σε σχέση με τα εξάμηνα Σπουδών. Νοσηλευτική, 53(4), 351-358. Από: <https://www.hjn.gr/index.php/el/2014/tomos-53-teyxos-4/591-2014406/viewdocument/591> (10/4/2022)

Νάνου, Χ., Αναστασιάδου, Ε., Βιβιλάκη, Β., Γουρουντή, Κ., Λυκερίδου, Α. (2015). Γνώσεις και στάσεις φοιτητριών, ηλικίας 18-25 ετών για τον ιό HPV. Νοσηλευτική, 54(2), 165-174. Από: <https://www.hjn.gr/index.php/el/2015/tomos-54-teyxos-2/608-2015207/viewdocument/608> (22/4/2022)

Χεΐλαρης, Σ. (2013). Γνώσεις και στάσεις νέων μετεφηβικής ηλικίας για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και την αντισύλληψη. Από: <file:///C:/Users/user/Desktop/%CE%A0%CF%84%CF%85%CF%87%CE%B9%CE%B1%CE%BA%CE%B7/%CF%80%CF%84%CF%85%CF%87%CE%B9%CE%B1%CE%BA%CE%B71.pdf> (15/4/2022)

Διεθνής

Akhoundi M, Cannet A, Arab MK, et al. An old lady with Pediculosis pubis on the head hair. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2016; 30:885.

Armstrong NR, Wilson JD. Did the "Brazilian" kill the pubic louse? *Sex Transm Infect* 2006; 82:265.

Ashar, B.H., Miller, R.G. & Sisson, S.D. (2017). *The Johns Hopkins Παθολογία. Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος*

Berger EM, Orlow SJ, Patel RR, Schaffer JV. Experience with molluscum contagiosum and associated inflammatory reactions in a pediatric dermatology practice: the bump that rashes. *Arch Dermatol* 2012; 148:1257.

Braue A, Ross G, Varigos G, Kelly H. Epidemiology and impact of childhood molluscum contagiosum: a case series and critical review of the literature. *Pediatr Dermatol* 2005; 22:287.

Brown J, Janniger CK, Schwartz RA, Silverberg NB. Childhood molluscum contagiosum. *Int J Dermatol* 2006; 45:93.

Brown TJ, Yen-Moore A, Tyring SK. An overview of sexually transmitted diseases. Part II. *J Am Acad Dermatol* 1999; 41:661.

Calista D, Boschini A, Landi G. Resolution of disseminated molluscum contagiosum with Highly Active Anti-Retroviral Therapy (HAART) in patients with AIDS. *Eur J Dermatol* 1999; 9:211.

Dholakia S, Buckler J, Jeans JP, et al. Pubic lice: an endangered species? *Sex Transm Dis* 2014; 41:388.

Dohil MA, Lin P, Lee J, et al. The epidemiology of molluscum contagiosum in children. *J Am Acad Dermatol* 2006; 54:47.

Domingues, C.S.B., Lannoy, L.H., Saraceni, V., Cunha, A.R.C. &Pereira, G.F.M. (2021). Brazilian Protocol for Sexually Transmitted Infections 2020: epidemiological surveillance. Από:

<https://www.scielo.br/j/rsbmt/a/yKr4qzvZWvkMMCLPrF7V3kD/?lang=en&fbclid=IwAR2YTmmXgllPPwZioDaN0YwnbQf3dZMf0tQuK2asjnEpDtt155C67exfY> (10/4/2022)

Dunne, E. F., Unger, E. R., Sternberg, M., McQuillan, G., Swan, D. C., Patel, S. S. & Markowitz, L. E. (2007). Prevalence of HPV Infection Among Females in the United States. American Medical Association. Vol 297, No. 8. Από: file:///C:/Users/user/Downloads/ioc70010_813_819_1636050091.55645.pdf (18/4/2022)

Fornatora ML, Reich RF, Gray RG, Freedman PD. Intraoral molluscum contagiosum: a report of a case and a review of the literature. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2001; 92:318.

Galiczynski EM Jr, Elston DM. What's eating you? Pubic lice (Pthirus pubis). Cutis 2008; 81:109.

Kallipolitis, G., Stefanidis, K., Loutradis, D., Siskos, K., Milingos, S., & Michalas, S. (2003). Knowledge, attitude, and behavior of female students concerning contraception in Athens, Greece. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 24(3), 145–151.

Konya J, Thompson CH. Molluscum contagiosum virus: antibody responses in persons with clinical lesions and seroepidemiology in a representative Australian population. J Infect Dis 1999; 179:701.

Koopman RJ, van Merriënboer FC, Vreden SG, Dolmans WM. Molluscum contagiosum; a marker for advanced HIV infection. Br J Dermatol 1992; 126:528.

LeMone, P., Burke, K. & Bauldoff, G. (2014). Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική Κριτική Σκέψη κατά τη Φροντίδα το Ασθενούς. Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος

Leone PA. Scabies and pediculosis pubis: an update of treatment regimens and general review. Clin Infect Dis 2007; 44 Suppl 3:S153.

Li L, Liu X, Xu L, Lu Y. Dermoscopy of pediculosis pubis. JAAD Case Rep 2018; 4:168.

Marieb, Wilhelm & Mallatt. (2018). Ανατομία. Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος

McKinne E.S., James S.R, Murray S.S., Nelson K.A., Ashwill J.W. (2020). Παιδιατρική Νοσηλευτική ΘΕΜΕΛΙΩΔΕΙΣ ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ. Εκδόσεις Π.Χ. ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ.

McKinney, E.S. , James, S.R., Murray, S.S., Nelson, K.A. & Ashwill, J.W. (2020). Νοσηλευτική Μητρότητα Γυναικολογική Φροντίδα Υγείας (Ε.Ν. Αλμπάνη, Ε.Δ. Βλάχου, Δ.Σ. Μαστρογιάννης, Π.Α. Περδικάρης & Ν.Ε. Ρίκος, Μετ.). Broken Hill Publishers LTD

Nieswiadomy, R.M., (2013) Νοσηλευτική Έρευνα Βασικές Αρχές. Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος

Osborn, Wraa, Watson & Holleran. (2013). Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική Προετοιμασία για τη Νοσηλευτική Πρακτική. Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης

Ragheb DA, Morsy TA, Abdalla HM, Abou Gamra MM. In vitro control of Phthirus pubis with four pediculocides: Eurax, Elimite, Ligid and Benzanil. J Egypt Soc Parasitol 1995; 25:677.

Saag MS, Gandhi RT, Hoy JF, et al. Antiretroviral Drugs for Treatment and Prevention of HIV Infection in Adults: 2020 Recommendations of the International Antiviral Society-USA Panel. JAMA 2020; 324:1651.

Salavastru CM, Chosidow O, Janier M, Tiplica GS. European guideline for the management of pediculosis pubis. J Eur Acad Dermatol Venereol 2017; 31:1425.

Schornack MM, Siemsen DW, Bradley EA, et al. Ocular manifestations of molluscum contagiosum. Clin Exp Optom 2006; 89:390.

Shaikh, M. A., Mubeen, S. M. & Furqan M. (2017). Learning about facts of life: perspective from medical students on sources and preferences about puberty and sex education in Karachi. Από: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29171573/> (5/4/2022)

Stanhope, M. & Lancaster, J. (2014). Κοινωνική Νοσηλευτική. Broken Hill Publishers LTD.

Tang JQ, Ran X, Ran YP. Cover Image: Dermoscopy in vivo for the life cycle of Phthirus pubis. Br J Dermatol 2017; 176:279.

Van der Wouden JC, van der Sande R, Kruithof EJ, et al. Interventions for cutaneous molluscum contagiosum. Cochrane Database Syst Rev 2017;5:CD004767.

Veraldi S, Schianchi R, Ramoni S, Nazzaro G. Pubic hair removal and Phthirus pubis infestation. Int J STD AIDS 2018; 29:103.

Workowski KA, Bolan GA, Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. MMWR Recomm Rep 2015; 64:1.

Zhang Q, Davis JC, Lamborn IT, et al. Combined immunodeficiency associated with DOCK8 mutations. N Engl J Med 2009; 361:2046.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β - ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Αγαπητοί φοιτητές,

Στα πλαίσια των προπτυχιακών μας σπουδών, του τμήματος Νοσηλευτικής του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου, διεξάγουμε έρευνα με στόχο την διερεύνηση των γνώσεων και στάσεων φοιτητών, σχετικά με τη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία. Η έρευνα αυτή αποτελεί μέρος της πτυχιακής μας εργασίας. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από ερωτήσεις γνώσεων και πρακτικών εμπειριών, συμπεριλαμβανομένων ορισμένων δημογραφικών στοιχείων.

Η συμμετοχή σας είναι εθελοντική.

Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο, εμπιστευτικό και τα αποτελέσματα θα χρησιμοποιηθούν αυστηρά και μόνο στο πλαίσιο της έρευνας αυτής. Παρακαλώ αφιερώστε λίγα λεπτά από το χρόνο σας για να απαντήσετε στα παρακάτω ερωτήματα και στη συνέχεια επιστρέψτε το ερωτηματολόγιο.

Θα πρέπει να γνωρίζετε ότι σε οποιαδήποτε στιγμή της διαδικασίας έχετε το δικαίωμα να αποσυρθείτε.

Απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις.

A) ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. Φύλο: Άντρας Γυναίκα

2. Ηλικία:

3. Θρησκεία:

4. Πόσο σημαντική είναι η θρησκεία για εσάς;

Καθόλου σημαντική Λίγο σημαντική Αδιάφορη Σημαντική Πολύ σημαντική

5. Τόπος μόνιμης κατοικίας:

Αστική περιοχή Αγροτική περιοχή Νησιώτικη περιοχή

6. Τμήμα φοίτησης:.....

7. Εξάμηνο φοίτησης.....

B) ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΟΝΕΩΝ

8. Μορφή οικογένειας:

- Πυρηνική (2 γονείς- αδέρφια)
- Μονογονεϊκή (με ένα γονέα - αδέρφια)
- Εκτεταμένη (παππούς - γιαγιά, γονείς, αδέρφια)

9. Ηλικία μητέρας:

10. Μορφωτικό επίπεδο μητέρας:

- Δημοτικό Γυμνάσιο Λύκειο Ανώτατη εκπαίδευση
- Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό

11. Επάγγελμα μητέρας:

- Δημόσιος υπάλληλος Ιδιωτικός υπάλληλος Ελεύθερος επαγγελματίας
- Άνεργος Συνταξιούχος

12. Ηλικία πατέρα:

13. Μορφωτικό επίπεδο πατέρα:

- Δημοτικό Γυμνάσιο Λύκειο Ανώτατη εκπαίδευση
- Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό

14. Επάγγελμα πατέρα:

- Δημόσιος υπάλληλος Ιδιωτικός υπάλληλος Ελεύθερος επαγγελματίας
- Άνεργος

- Συνταξιούχος

15. Μηνιαίο εισόδημα φοιτητή (απολαβές από εργασία - γονείς):

- Ικανοποιητικό Μέτριο Μη ικανοποιητικό

Γ) ΓΝΩΣΕΙΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΚΑΙ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

16. Σε ποια ηλικία ενημερωθήκατε για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (Σ.Μ.Ν.);

- < 8 ετών 8-13 ετών 14-18 ετών 18+ ετών Ποτέ

17. Σε ποια ηλικία ενημερωθήκατε για μέτρα προφύλαξης από ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη;

- < 8 ετών 8-13 ετών 14-18 ετών 18+ ετών Ποτέ

18. Η πρώτη πηγή ενημέρωσής σας για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα προήλθε από.

- Φίλοι Γονείς Αδέλφια Συγγενείς Δάσκαλοι/Καθηγητές Διαδίκτυο
 Μ.Μ.Ε. Γιατρός Νοσηλεύτης Καμία

19. Η πρώτη πηγή ενημέρωσής σας σχετικά με τα μέτρα προφύλαξης από ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη προήλθε από.

- Φίλοι Γονείς Αδέλφια Συγγενείς Δάσκαλοι/Καθηγητές
Διαδίκτυο Μ.Μ.Ε Γιατρός Νοσηλεύτης Καμία

20. Με ποιόν συζητούσατε/συμβουλευόσασταν για τις απορίες σας σε σχέση με τη σεξουαλική υγεία κατά την πρώιμη και μέση εφηβεία σας (11 έως 17 ετών);

- Φίλοι Γονείς Αδέλφια Συγγενείς Δάσκαλοι/Καθηγητές
Διαδίκτυο Μ.Μ.Ε Βιβλία/περιοδικά Γιατρός /Νοσηλεύτης Κανέναν

21. Συζητάτε σεξουαλικά ζητήματα που σας απασχολούν με την οικογένεια σας;	
<input type="checkbox"/>	Όχι είναι πολλοί αυστηροί
<input type="checkbox"/>	Όχι εργάζονται πολλές ώρες και δεν έχουν χρόνο
<input type="checkbox"/>	Όχι γιατί ντρέπομαι
<input type="checkbox"/>	Όχι γιατί οι γονείς μου νιώθουν άβολα
<input type="checkbox"/>	Όχι είναι αδιάφοροι, δεν ασχολούνται μαζί μου
<input type="checkbox"/>	Ναι συζητάμε τα πάντα και με στηρίζουν
<input type="checkbox"/>	Ναι μόνο με τη μητέρα μου
<input type="checkbox"/>	Ναι μόνο με τον πατέρα μου
<input type="checkbox"/>	Ναι μόνο με τα αδέρφια μου/συγγενείς
<input type="checkbox"/>	Ναι μερικές φορές

22. Υπάρχουν σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα που μπορούν να μεταδοθούν με την στοματική σεξουαλική επαφή;

- Ναι Όχι Δεν ξέρω

23. Ποια μέθοδος προφύλαξης προστατεύει από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα ;

- Αντισυλληπτικά χάπια Διακεκομμένη συνουσία Προφυλακτικό Χάπι επόμενης μέρας
- Αποχή κατά τις γόνιμες μέρες της περιόδου της γυναίκας Δεν γνωρίζω

Συμφωνείτε ή διαφωνείτε με τις παρακάτω δηλώσεις για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα;	Συμφωνώ	Διαφωνώ	Δεν ξέρω
24. Τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα δεν πρέπει να σε απασχολούν εκτός αν έχεις σεξουαλικές επαφές με πολλά άτομα.			

25.Τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα μπορούν να μεταδοθούν μόνο όταν το άτομο εμφανίζει συμπτώματα.			
26.Τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα είναι ενοχλητικά, αλλά δεν εμφανίζουν σοβαρές επιπλοκές στην υγεία.			

27. Ποια μέθοδος προφύλαξης προστατεύει από ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη;

- Αντισυλληπτικά χάπια Διακεκομμένη συνουσία Προφυλακτικό
- Χάπι επόμενης μέρας Αποχή κατά τις γόνιμες μέρες της περιόδου της γυναίκας
- Εμβόλιο

28. Πιστεύετε ότι η σεξουαλική σας ενημέρωση είναι:

- Πλήρης Ικανοποιητική Ελλιπής Μηδαμινή

29. Ποιο από τα παρακάτω θεωρείτε ότι θα έπρεπε να έχει κυρίαρχο ρόλο στη σεξουαλική εκπαίδευση και στην πρόληψη των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων;

- Το σχολείο πρέπει να έχει κυρίαρχο ρόλο Η οικογένεια πρέπει να έχει κυρίαρχο ρόλο

30. Κατά τη γνώμη σας είναι απαραίτητο να διδάσκεται το μάθημα της σεξουαλικής αγωγής στο σχολείο;

- Ναι Όχι

31. Αν ναι, από ποια βαθμίδα εκπαίδευσης πρέπει να ξεκινάει ;

- Νηπιαγωγείο Δημοτικό Γυμνάσιο Λύκειο Πανεπιστήμιο

Δ) ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΕΜΠΕΙΡΙΕΣ

Απαντήστε στις παρακάτω ερωτήσεις εάν είστε σεξουαλικά ενεργοί.

32. Σε ποια ηλικία είχατε την πρώτη σας ολοκληρωμένη σεξουαλική επαφή;

- 13 ή μικρότερος/η- 14 15 16 17 18 >18

33. Ποιες οι σεξουαλικές προτιμήσεις σας;

- Με το ίδιο φύλο Με το αντίθετο φύλο Και τα δύο φύλα

34. Λάβατε μέτρα προφύλαξης στην πρώτη σας σεξουαλική επαφή;

- Ναι Όχι

35. Αν ναι, γιατί;

- Προστασία από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα
- Προστασία από την ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη
- Προστασία από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και την ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη

36. Τι μέτρα προφύλαξης χρησιμοποιήσατε στη πρώτη σας σεξουαλική επαφή για την ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη;

- Αντισυλληπτικά χάπια Προφυλακτικό Διακεκομμένη συνουσία Χάπι επόμενης μέρας Κανένα

37. Τι μέτρα προφύλαξης χρησιμοποιήσατε στη πρώτη σας σεξουαλική επαφή για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα;

- Προφυλακτικό Διακεκομμένη συνουσία Χάπι επόμενης μέρας Κανένα

38. Πόσους σεξουαλικούς συντρόφους είχατε μέχρι τώρα;

1 2-3 4-5 6-7 άνω των 8

39. Λαμβάνετε προφυλακτικά μέτρα σε όλες τις σεξουαλικές σας επαφές;

Πάντα Ποτέ Συχνά Μόνο αν μου το ζητήσει ο/η σύντροφος

40. Έχετε στη κατοχή σας πάντα προφυλακτικά;

Ναι Όχι Κάποιες φορές

41. Θα προχωρούσατε σε σεξουαλική επαφή χωρίς προφυλάξεις;

Ναι Όχι Ίσως

42. Εάν ο/η σύντροφος σας δε δέχεται τη χρήση προφυλακτικού, θα συνεχίζατε τη σεξουαλική επαφή;

Ναι Όχι Ίσως

43. Έχετε έρθει σε σεξουαλική επαφή μετά από κατανάλωση αλκοόλ ή χρήση τοξικών ουσιών;

Ναι Όχι

44. Αν ναι, χρησιμοποιήσατε μέτρα προφύλαξης ;

Ναι Όχι

45. Έχετε προσβληθεί από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα;

Ναι Όχι Δεν γνωρίζω (δεν έχω κάνει εξετάσεις)

46. Εάν χρειάζοσασταν πληροφορίες σχετικά με τις μεθόδους αντισύλληψης, την εγκυμοσύνη ή τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα που θα απευθυνόσασταν;

Νοσοκομείο Γιατρός/Νοσηλεύτης σε κλινική Κέντρα Υγείας Ίντερνετ

Άλλο (συγκεκριμένα) _____

Ευχαριστούμε πολύ