

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

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΘΕΜΑ:

**«ΓΝΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΤΑΣΕΙΣ ΦΟΙΤΗΤΩΝ
ΤΟΥ ΑΤΕΙ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ
ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ
ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ»**

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:
Κος ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΗΣ ΘΕΟΧΑΡΗΣ**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: ΖΑΧΑΡΙΑΔΗ ΝΙΚΗ
ΡΟΜΠΙΑΚΗ ΕΛΕΝΗ
ΣΑΡΙΔΑΚΗ ΧΡΥΣΟΥΛΑ**

ΙΟΥΝΙΟΣ 2007

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ

	σελίδα
1.1 Ιστορική αναδρομή της αντισύλληψης	2
1.2 Ορισμός της αντισύλληψης	4
1.3 Μέθοδοι αντισύλληψης	5
1.3.1. Φυσικές μέθοδοι αντισύλληψης	5
1.3.1.1. Διακεκομμένη συνουσία	5
1.3.1.2. Πλύσεις μετά τη συνουσία	5
1.3.1.3. Φυσικές μέθοδοι οικογενειακού προγραμματισμού	6
1.3.1.4. Αμηνόρροια της γαλουχίας	12
1.3.1.5. Συμπεράσματα	14
1.4. Αντισυλληπτικά	15
1.4.1. Εισαγωγή	15
1.4.2. Είδη αντισυλληπτικών	17
1.4.3. Αντισυλληπτικό χάπι σε ακμή- λιπαρότητα- τριχόπτωση	18
1.4.4. Αντισυλληπτικό χάπι και κάπνισμα	18
1.4.5. Αντισυλληπτικό χάπι και καρκίνος	19
1.4.6. Αντισυλληπτικό χάπι και προστασία από άλλα νοσήματα	20
1.4.7. Αντισυλληπτικό χάπι και ηλικία	22
1.4.8. Αντενδείξεις και ανεπιθύμητες ενέργειες του αντισυλληπτικού χαπιού	23
1.4.9. Χρήσιμες συμβουλές για την χρήση των αντισυλληπτικών	24
1.5. Γυναικείο προφυλακτικό	26
1.6. Διάφραγμα	28
1.7. Γυναικείος σπόγγος	30
1.8. Κολπικός δακτύλιος	31
1.9. Κολπικό υπόθετο	32
1.10. Σπερματοκτόνες αλοιφές	34
1.11. Ενδομήτριο σπείραμα	34
1.12. Γυναικεία στείρωση	35
1.13. Ανδρική αντισύλληψη	36

1.13.1. Εισαγωγή	36
1.13.2. Ανδρικό προφυλακτικό	37
1.13.3 Ανδρική στέρωση	39
1.13.4. Τι θα φέρει το μέλλον	41
1.14. Νέες μέθοδοι αντισύλληψης	42

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

2.1. Εισαγωγή	46
2.2. Aids	47
2.2.1. Τρόποι μετάδοσης	48
2.2.2. Συμπτωματολογία	49
2.2.3. Θεραπεία και τρόποι πρόληψης	49
2.3. Μυκητίαση	50
2.4. Ηπατίτιδα Β	51
2.5. Γεννητικά κονδυλώματα	52
2.6. Γεννητικός έρπης	52
2.7. Γονόρροια	54
2.8. Σύφιλη	55
2.9. Τριχομονάδες	57
2.10. Χλαμύδια	57
2.11. Ψείρες εφηβαίου	58
2.12. Μη ειδική ουρηθρίτιδα	59

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο ΕΚΤΡΩΣΕΙΣ

3.1. Γενικά	62
3.2. Ιστορική αναδρομή	63
3.3. Τεχνητή διακοπή κύησης	64
3.4. Μέθοδοι τεχνητής διακοπής κύησης	65
3.4.1. Πρώιμη διακοπή κύησης	66
3.4.2 Ρύθμιση Ε.Ρ	66
3.4.3. Μέθοδοι τεχνητής διακοπής που εφαρμόζονται πριν τη 12η εβδομάδα	66
3.4.4. Τεχνητή διακοπή της κύησης μετά τη 12 ^η εβδομάδα	67
3.5. Επιπλοκές από την εφαρμογή μεθόδων τεχνητής διακοπής κύησης	67

3.6. Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της νομιμοποίησης των εκτρώσεων	70
3.7. Προτάσεις και λύσεις για μεγαλύτερη συμβολή στην προσπάθεια ενημέρωσης για αντισύλληψη και εκτρώσεις	71

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

4.1. Εισαγωγή	75
4.2. Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση στην Ελλάδα σήμερα	75
4.3. Ποιοι οι στόχοι της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης	76
4.4. Διαφυλικές σχέσεις	77
4.5. Η ομοφυλοφιλία	78
4.6. Υγεία και σεξουαλική λειτουργία	78
4.7. Βιοψυχοκοινωνική ανάπτυξη σεξουαλικότητας	79
4.8. Ψυχοσεξουαλική ανάπτυξη	82
4.9. Σωματική υγεία και σεξουαλική λειτουργία	82
4.9.1. Καρδιαγγειακές διαταραχές	83
4.9.2. Αδυναμία στύσης μετά από προστατεκτομή	83
4.9.3. Διαβήτης	83
4.9.4. Καρκίνος	84
4.10. Επίδραση φαρμάκων στη σεξουαλική λειτουργία	84
4.11. Υγεία και σεξουαλική συμπεριφορά	85
4.11.1. Κατανάλωση οινοπνεύματος και σεξουαλική συμπεριφορά	85
4.11.2. Χρήση τοξικών ουσιών	86
4.11.3. Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα	86
4.11.4. Στρατηγικές μείωσης κινδύνου	86

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

5.1. Σκοπός της μελέτης	89
5.2. Πεδίο μελέτης	89
5.3. Δείγμα και διάρκεια μελέτης	89
5.4. Συλλογή δεδομένων- ερευνητικά εργαλεία	89
5.5. Πιλοτική μελέτη	90
5.6. Δεοντολογία της έρευνας	91
5.7. Ανάλυση των δεδομένων	91

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ- ΣΥΖΗΤΗΣΗ	92
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	106
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	108
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ

1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ

Το πρόβλημα ελέγχου της γονιμότητας δεν είναι διόλου καινούριο. Απασχόλησε τον άνθρωπο από πολύ παλιά. Όλες σχεδόν οι ανθρώπινες φυλές και οι κοινωνίες χρησιμοποίησαν μέσα και εφάρμοσαν μεθόδους για τον έλεγχο της γονιμότητας, ιδιαίτερα για την αντιμετώπιση της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης. Τα μέσα αυτά αποσκοπούσαν είτε στην αποφυγή της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, είτε στην προσπάθεια διακοπής της. Τα μέσα όμως που χρησιμοποίησε ο άνθρωπος για τον έλεγχο της γονιμότητας του, ήταν μέχρι πριν από λίγο καιρό στην πλειονότητα τους αυτοσχέδια και εμπειρικά, χωρίς επιστημονική βάση, γι' αυτό τα περισσότερα από αυτά όχι μόνο δεν ήταν αποτελεσματικά, αλλά πολλές φορές ήταν και επικίνδυνα. Από τα αυτοσχέδια μέσα που απέβλεπαν στην αποφυγή της εγκυμοσύνης, άλλα ήταν μηχανικά, όπως η τοποθέτηση στον κόλπο πώματος πριν από την συνουσία, κατασκευασμένο από διάφορες ουσίες και υλικά, υφασμάτινα, ελαστικά, πλαστικές ύλες και σπόγγους κι άλλα χημικά, όπως πλύσεις κολπικές με ξύδι λεμόνι, αλατόνερο, σαπουνάδα, λάδι και αργότερα διάφορα αντισηπτικά διαλύματα. (Κουμαντάκης Ε., 1996)



Για την αποφυγή της εγκυμοσύνης ο άνθρωπος χρησιμοποίησε ακόμη διάφορες μαγείες και ποικιλία από βότανα καρπούς και ρίζες που παρασκεύαζε ανάλογα και έπινε, μασούσε ή έτρωγε.

Όλα αυτά τα μέσα σπάνια έφερναν το ποθούμενο αποτέλεσμα, ενώ αντίθετα τις περισσότερες φορές αποδεικνυόταν επιβλαβή για την υγεία και επικίνδυνα. Για την αποφυγή της εγκυμοσύνης ο άνθρωπος χρησιμοποίησε εμπειρικά και την παρατεινόμενη γαλουχία χωρίς όπως ξέρουμε μεγάλη επιτυχία. Για την διακοπή της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης τα αυτοσχέδια και εμπειρικά μέσα που χρησιμοποίησε ο άνθρωπος ήταν είτε μηχανικά είτε δηλητήρια. Στα μηχανικά μπορούν να περιληφθούν διάφορες σωματικές ασκήσεις όπως τρέξιμο, πηδήματα, έλξεις βάρους και περίεργες στάσεις του σώματος, πλήξεις των τοιχωμάτων της κοιλιάς, υπερβολικά θερμά γενικά λουτρά του σώματος και η τοποθέτηση θερμών επιθεμάτων και θερμών σωμάτων στην κοιλιά (τούβλα, σίδερα, πέτρες), καθώς και διάφορα εμπειρικά μέσα τοπικά όπως είναι η εισαγωγή μέσα στη μήτρα, ποικιλίας αντικειμένων (ξύλα, σίδερα, βελόνες πλεξίματος) με σκοπό την θανάτωση του εμβρύου.

Στα δηλητήρια που χρησιμοποίησε ο άνθρωπος για την διακοπή της εγκυμοσύνης και που χαρακτηρίζονται σαν εκτροπικά, συγκαταλέγονται κυρίως ο μόλυβδος, ο φώσφορος και το αρσενικό.

Τα δηλητήρια αυτά αποδείχθηκαν επικίνδυνα γιατί μαζί με την θανάτωση του εμβρύου μπορούσαν να οδηγήσουν και στο θάνατο της γυναίκας.

Με τη λήξη του β' παγκόσμιου πολέμου έγινε αντιληπτό πως ο έλεγχος της γονιμότητας του ανθρώπου σε ευρεία κλίμακα σε ορισμένες περιοχές της γης αποτελούσε επιτακτική ανάγκη για την επιβίωση του πληθυσμού στις χώρες της περιοχής. Η ανάγκη αυτή αποκάλυψε το περιορισμένο της γνώσης μας στο μυστήριο της αναπαραγωγής και την αδυναμία της επιστήμης να καλύψει αποτελεσματικά και ακίνδυνα τις ανάγκες και τις απαιτήσεις του ανθρώπου για ρύθμιση της γονιμότητας του.

Η δεκαετία του πενήντα υπήρξε καθοριστική στη διερεύνηση των μυστηρίων του φαινομένου της αναπαραγωγής και στην ιστορία των μέσων ελέγχου της γονιμότητας των αντισυλληπτικών. Την εποχή αυτή μελετήθηκε η σχέση και η αλληλεξάρτηση του φλοιού του εγκεφάλου, του υποθαλάμου, της υπόφυσης, και των ωοθηκών. Βρέθηκαν μέθοδοι, ραδιοανοσολογικού προσδιορισμού με ακρίβεια των ορμονών του υποθαλάμου, της υπόφυσης και των ωοθηκών, αναγνωρίστηκαν οι μηχανισμοί παλίνδρομης αλληλορύθμισης της λειτουργίας τους και περιγράφηκε ο υποθάλαμος – υπόφυση ωοθηκικός άξονας και αναγνωρίστηκε ο καθοριστικός ρόλος του στην ωοτοκία, την γονιμοποίηση και γενικά την αναπαραγωγή. Διερευνήθηκε επίσης το φαινόμενο της ωοτοκίας και της γονιμοποίησης, αξιολογήθηκε η λειτουργία των σαλπίνγων και η συμμετοχή τους στην γονιμοποίηση σαν όργανο και όχι σαν σωλήνας. Μελετήθηκαν οι λεπτομερείς κλινικές ανάγκες και διαφοροποιήσεις του ενδομητρίου και του ενδοτραχήλου κάτω από την επίδραση των γεννητικών ορμονών και η σημασία της τραχηλικής βλέννας στην ομαλή διακίνηση των σπερματοζωαρίων. Τέλος διερευνήθηκε και διαλευκάνθηκε ο μηχανισμός της σπερματογένεσης.

Η πλούσια αυτή γνώση που αποκτήθηκε γύρω από τον μηχανισμό της αναπαραγωγής του ανθρώπου επέτρεψε την παρασκευή μέσων ελέγχου της γονιμότητας του με βάση όχι πια εμπειρική αλλά καθαρά επιστημονική.

Η δεκαετία του πενήντα υπήρξε επίσης καθοριστική λόγω της ανακάλυψης των στεροειδών αντισυλληπτικών δισκίων που απετέλεσαν πραγματική επανάσταση στη ρύθμιση της γονιμότητας του ανθρώπου. Τα αντισυλληπτικά χάπια ακολούθησε και η

ανακάλυψη άλλων μεθόδων ελέγχου της γονιμότητας του ανθρώπου. Η αποτελεσματικότητα πολλών από τα μέσα αυτά υπήρξε τέτοια που παρ'όλες τις αντιρρήσεις και τις επιφυλάξεις μερικών, η εμπιστοσύνη του κόσμου ήταν τέτοια που η διάδοση τους σε παγκόσμια κλίμακα σε σύντομο χρονικό διάστημα υπήρξε εντυπωσιακή.

Τα μέσα που χρησιμοποιούνται για έλεγχο της γονιμότητας του ανθρώπου μπορούν να διακριθούν και να ταξινομηθούν σε διάφορες κατηγορίες και ομάδες ανάλογα:

- α) με την προέλευση, την κατασκευή και την δράση τους
- β) αν χρειάζονται ιατρική παρακολούθηση ή όχι
- γ) αν αφορούν την γυναίκα ή τον άνδρα και
- δ) αν έχουν μόνιμη αντισυλληπτική δράση και αποτελέσματα ή δρουν προσωρινά

Ανάλογα με την προέλευση, την κατασκευή και την δράση τους διακρίνονται:

- 1.Φυσικά
- 2.Ορμονικά
- 3.Ενδομητρικά σπειράματα (ελάσματα)
- 4.Μηχανικά
- 5.Χημικά σπερματοκτόνα
- 6. Χειρουργικά
- 7.Ακτινολογικά και
- 8.Βίαιη διακοπή εγκυμοσύνης

1.2. ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ

Σαν αντισύλληψη χαρακτηρίζεται η λήψη μέτρων που παίρνει κάποιος για να αποτρέψει μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, η οποία είναι δυνατό να οδηγήσει σε μια άμβλωση. Λειτουργεί επίσης ως μέτρο πρόληψης των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων.

1.3. ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ

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

λάβει υπ' όψη διάφορους παράγοντες για να αποφασίσει.

Ένα άτομο θα πρέπει να υπολογίσει προσωπικούς παράγοντες όπως την ηλικία του, την προσωπικότητά του, τον τρόπο ζωής του κατά την παρούσα φάση, την κατάσταση υγείας και γονιμότητάς του, το σύντροφο και τη σχέση τους καθώς και τις προοπτικές για τεκνοποίηση στο μέλλον. Παράλληλα για να επιλέξει σωστά θα πρέπει να λάβει υπ' όψη την ευκολία χρήσης της υποψήφιας μεθόδου, την αποτελεσματικότητά της,



το κατά πόσο προστατεύει και από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, τη σεξουαλική ικανοποίηση και των δύο συντρόφων και το κόστος της. Και τέλος θα πρέπει να σκεφτεί τις επιπτώσεις μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης σε περίπτωση που η μέθοδος αποτύχει (Βελώνη Ρ., 2006).

1.3.1. ΦΥΣΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ

1.3.1.1. ΔΙΑΚΟΠΤΟΜΕΝΗ ΣΥΝΟΥΣΙΑ

Είναι από τις παλαιότερες φυσικές αντισυλληπτικές μεθόδους και συνίσταται στην απόσυρση του πέους από τον κόλπο λίγο πριν από την εκσπερμάτιση. Με τη διακοπτόμενη συνουσία το σπέρμα δεν εναποτίθεται στον γυναικείο γεννητικό σωλήνα. Το **μειονέκτημα** της μεθόδου είναι η ανάγκη για πλήρη αυτοέλεγχο από τον άνδρα, προκειμένου η απόσυρση να γίνει πριν από την εκσπερμάτιση. Τα ποσοστά αποτυχίας της μεθόδου αυτής είναι υψηλά. Η αποτυχία της μεθόδου μπορεί να οφείλεται στην έξοδο ποσότητας σπέρματος πριν από τον οργασμό ή στην εναπόθεση σπέρματος στα έξω γεννητικά όργανα της γυναίκας, κοντά στον κόλπο.



1.3.1.2. ΠΛΥΣΕΙΣ ΜΕΤΑ ΤΗ ΣΥΝΟΥΣΙΑ

Το νερό, το ξύδι, διάφορα προϊόντα γυναικείας υγιεινής, ακόμη και η κόκα κόλα, έχουν χρησιμοποιηθεί για πλύσεις μετά τη συνουσία. Θεωρητικά, οι πλύσεις ξεπλένουν το σπέρμα από τον κόλπο και οι διάφορες ουσίες μπορεί να έχουν σπερματοκτόνες ιδιότητες. Ωστόσο, το σπέρμα ανευρίσκεται στην τραχηλική βλέννα μέσα σε 90 δευτερόλεπτα από την εκσπερμάτιση. Επομένως, η μέθοδος αυτή είναι αναξιόπιστη και αναποτελεσματική.

1.3.1.3. ΦΥΣΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ

• Ιστορία και εξέλιξη

Οι παραδόσεις σε πολλές κοινωνίες απαγορεύουν τη σεξουαλική επαφή σε συγκεκριμένες χρονικές περιόδους. Σε πολλές αφρικανικές κοινωνίες η αποχή μετά τον τοκετό ανέρχεται σε διάστημα δύο ετών, έως ότου το παιδί μεγαλώσει. Ο ιουδαϊσμός απαγορεύει τη συνουσία για οκτώ ημέρες μετά το τέλος της εμμηνου ρύσης σε κάθε κύκλο. Οι πρακτικές αυτές είχαν ως σκοπό την αύξηση του μεσοδιαστήματος μεταξύ των κύκλων και την αύξηση της γονιμότητας, αντίστοιχα. Η επιστημονική πιστοποίηση της γόνιμης περιόδου στον άνθρωπο έγινε κατά τη δεκαετία του 1930, όταν ο Ogino στην Ιαπωνία και ο Knaus στην Αυστρία παρουσίασαν τα ευρήματά τους για τον χρόνο της ωοθυλακιορρηξίας σε σχέση με την επόμενη έμμηνο ρύση. Οι μελέτες αυτές οδήγησαν στην ανάπτυξη της μεθόδου του ημερολογίου. Η μέθοδος αυτή βασίζεται στην υπόθεση ότι οι εμμηνορρυσιακοί κύκλοι έχουν σταθερή διάρκεια. Δεδομένου ότι η Ρωμαιοκαθολική εκκλησία απαγορεύει την εφαρμογή τεχνητών μέσων αντισύλληψης, η μέθοδος αυτή έτυχε ιδιαίτερης προσοχής από τα ζευγάρια που επιζητούσαν έναν αποδεκτό τρόπο οικογενειακού προγραμματισμού.

Η σύλληψη πραγματοποιείται όταν το σπέρμα έρχεται σε επαφή με το ωάριο στο κατάλληλο περιβάλλον για γονιμοποίηση και πολλαπλασιασμό. Η γονιμοποίηση πραγματοποιείται στη σάλπιγγα και το ωάριο παραμένει εκεί για 1-3 ημέρες μετά από την ωοθυλακιορρηξία. Επομένως, η γόνιμη περίοδος περιλαμβάνει τη συγκεκριμένη ημέρα της ωοθυλακιορρηξίας και τις επόμενες 2-3 ημέρες. Η ελεύθερη συνουσία κατά τις ημέρες στις οποίες δεν υπάρχει διαθέσιμο ωάριο ή όταν το ορμονικό περιβάλλον δεν στηρίζει τη σύλληψη, παρέχει την απαραίτητη αντισυλληπτική προστασία. Η αποφυγή της εγκυμοσύνης με επιλεγμένο πρόγραμμα επαφών περιλαμβάνει: 1) την αναγνώριση των συμπτωμάτων και των σημείων των γόνιμων ημερών μιας γυναίκας κατά τη διάρκεια του εμμηνορρυσιακού κύκλου με την αποχή από τη σεξουαλική επαφή κατά τις γόνιμες ημέρες (περιοδική αποχή) ή με τη χρήση κάποιας μεθόδου φραγμού κατά τις γόνιμες ημέρες (συνδυασμένη μέθοδος) και 2) τη γνώση για την υπογονιμότητα που εμφανίζεται κατά τη διάρκεια της γαλουχίας της γυναίκας.

Η αποχή από τη σεξουαλική επαφή κατά τη διάρκεια των γόνιμων ημερών στον εμμηνορρυσιακό κύκλο μιας γυναίκας, για την αποφυγή μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, είναι μια, σχετικά, καινούργια πρακτική. Τις τελευταίες δεκαετίες έχουν αναπτυχθεί διάφορα πρωτόκολλα για να αναγνωρισθούν οι γόνιμες ημέρες. Όταν τα πρωτόκολλα αυτά

τηρούνται και το ζευγάρι απέχει από τη συνουσία κατά τη συγκεκριμένη περίοδο, η σύλληψη είναι σπάνια.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO), οι φυσικές μέθοδοι οικογενειακού προγραμματισμού (NFP) είναι εκείνες που "σχεδιάζουν ή αποφεύγουν την εγκυμοσύνη με την παρατήρηση των συμπτωμάτων και σημείων της γόνιμης και υπογόνιμης φάσης του εμμηνορρυσιακού κύκλου και με την αποχή κατά τη γόνιμη περίοδο". Εάν τα ζευγάρια χρησιμοποιούν τη μέθοδο του ρυθμού σε συνδυασμό με μια μέθοδο φραγμού κατά τις γόνιμες ημέρες του κύκλου, εφαρμόζουν τη συνδυασμένη μέθοδο οικογενειακού προγραμματισμού. Η επιλογή της μεθόδου εξαρτάται από την προτίμηση του ζευγαριού. Οι περισσότερες από τις γυναίκες καθορίζουν τον χρόνο αποχής με μη συγκεκριμένες παραμέτρους.

•Μέθοδος του ημερολογίου

Η μέθοδος του ημερολογίου προβλέπει την ημέρα της ωοθυλακιορρηξίας χρησιμοποιώντας την καταγραφή της διάρκειας του εμμηνορρυσιακού κύκλου για μια περίοδο αρκετών μηνών (6-12). Η έναρξη της γόνιμης περιόδου υπολογίζεται με την αφαίρεση 18 ημερών από τη διάρκεια του μικρότερου κύκλου, ενώ η τελευταία γόνιμη ημέρα υπολογίζεται με την αφαίρεση 11 ημερών από τη διάρκεια του μεγαλύτερου κύκλου. Εάν, για παράδειγμα, οι εμμηνορρυσιακοί κύκλοι μιας γυναίκας κυμαίνονται από 26-32 ημέρες, η αποχή πρέπει να εκτείνεται από την 8η ημέρα ($26-18 = 8$ η ημέρα) μέχρι την 21η ημέρα ($32-11 = 21$ η ημέρα). Το διάστημα, δηλαδή, της αποχής είναι 14 ημέρες κάθε μήνα. Η γυναίκα αξιολογεί τη διάρκεια κάθε κύκλου και διορθώνει το χρονικό διάστημα της αποχής, αν ο κύκλος είναι μεγαλύτερος ή μικρότερος από τους προηγούμενους.

Είναι σαφές ότι η μέθοδος του ημερολογίου δεν είναι χρήσιμη κατά την περίοδο της λοχείας, κατά τη γαλουχία και στα άκρα της αναπαραγωγικής ηλικίας, όταν οι κύκλοι παρουσιάζουν μεγάλη διακύμανση. Επιπλέον, δεν έχει αξία για τα ζευγάρια που δεν μπορούν να τηρήσουν την αποχή ή δεν μπορούν να εφαρμόσουν κάποια μέθοδο φραγμού κατά τις γόνιμες ημέρες. Στις γυναίκες με ασταθή κύκλο, η περίοδος της αποχής είναι ιδιαίτερα παρατεταμένη. Το 60%, περίπου, των γυναικών έχουν κύκλους με διακύμανση μεγαλύτερη από οκτώ ημέρες σε διάστημα ενός έτους. Αυτό σημαίνει ότι η μέση γυναίκα πρέπει να απέχει από επαφές για διάστημα τουλάχιστον 16 ημερών σε κάθε κύκλο.

Γενικά, η μέθοδος του ημερολογίου δεν συστήνεται, σήμερα, από τα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού.

• Η μέθοδος της τραχηλικής βλέννης

Η μέθοδος της τραχηλικής βλέννης ή μέθοδος Billings βασίζεται στην παρατήρηση των τραχηλικών εκκρίσεων. Οι εκκρίσεις συλλέγονται από τον κόλπο ή από το αιδοίο και οι μεταβολές στα χαρακτηριστικά τους παρακολουθούνται περιοδικά. Οι μεταβολές της βλέννης αντανακλούν τα επίπεδα των οιστρογόνων, τα οποία μπορεί να χρησιμοποιηθούν για να εκτιμηθεί ο χρόνος ωοθυλακιορρηξίας. Τα χαρακτηριστικά των εκκρίσεων διαφέρουν, αν συλλέγονται από τον τράχηλο ή από το αιδοίο. Εξετάζεται η ποσότητα, το χρώμα, η διαφάνεια, η ελαστικότητα και η γλοιότητα. Η ποσότητα εξαρτάται από τα επίπεδα των οιστρογόνων και ελαττώνεται κατά τη γαλουχία και με την πάροδο της ηλικίας. Γενικά, αρκετές ημέρες πριν μέχρι αμέσως μετά την ωοθυλακιορρηξία η τραχηλική βλέννη είναι λεπτή και υδαρής, ενώ στο υπόλοιπο διάστημα του κύκλου είναι πυκνόρρευστη και αδιαφανής. Συστήνεται αποχή κατά τη διάρκεια της εμμήνου ρύσης, διότι η γυναίκα δεν μπορεί να παρακολουθεί τις εκκρίσεις της. Ορισμένα πρωτόκολλα επιτρέπουν τις επαφές κατά την έμμηνο ρύση, αν ο προηγούμενος κύκλος ήταν ωοθυλακιορρηκτικός.

Μετά την έμμηνο ρύση μπορεί να υπάρξει μια περίοδος χωρίς πολλές εκκρίσεις, κατά τη διάρκεια της οποίας επιτρέπεται η σεξουαλική δραστηριότητα. Η αύξηση των οιστρογόνων κατά την παραγωγική φάση συνοδεύεται από την αύξηση ποσότητας της τραχηλικής βλέννης, η οποία χαρακτηρίζεται ως λεπτή και υδαρής. Η τελευταία ημέρα, κατά την οποία παρατηρούνται τέτοιες εκκρίσεις, ονομάζεται "η ημέρα των κορυφαίων συμπτωμάτων". Η αποχή είναι απαραίτητη κατά την περίοδο της αύξησης των οιστρογόνων και για μερικές ημέρες μετά από αυτήν ή, κλινικά, από την ημέρα της εμφάνισης των τραχηλικών εκκρίσεων μέχρι την τέταρτη ημέρα μετά την ημέρα των κορυφαίων συμπτωμάτων. Κατά το τελευταίο μέρος της ωχρινικής φάσης του κύκλου η τραχηλική βλέννη είναι ελάχιστη και οι σεξουαλικές επαφές δεν θα οδηγήσουν σε εγκυμοσύνη.

Η μέθοδος της τραχηλικής βλέννης απαιτεί την καθημερινή καταγραφή των συμπτωμάτων και σημείων. Υπάρχουν έτοιμα διαγράμματα με σύμβολα για τη διάκριση των διαφορετικών ευρημάτων της τραχηλικής βλέννης. Με σωστή καθοδήγηση και εξάσκηση η γυναίκα βελτιώνει την ικανότητά της να διακρίνει τις μεταβολές των

εκκρίσεων και να παρακολουθεί την πορεία του εμμηνορρυσιακού της κύκλου. (Παζαρακιώτη Μαρία, 2006)

• Η μέθοδος της θερμομέτρησης

Μια πιο αποτελεσματική προσέγγιση της περιοδικής αποχής είναι η μέθοδος της θερμομέτρησης, διότι η πιο αξιόπιστη απόδειξη της ωοθυλακιωρρηξίας λαμβάνεται με την καταγραφή της βασικής θερμοκρασίας του σώματος (BBT). Η σχέση ανάμεσα στη θερμοκρασία και στην ωοθυλακιωρρηξία είναι γνωστή από το 1920. Η θερμοκρασία από τον κόλπο ή από το ορθό λαμβάνεται κατά την πρωινή αφύπνιση, πριν από οποιαδήποτε φυσική δραστηριότητα. Αν και αρκετές φορές δεν γίνεται αντιληπτή, παρατηρείται μικρή πτώση στη θερμοκρασία 24-36 ώρες πριν από την ωοθυλακιωρρηξία. Στη συνέχεια, η θερμοκρασία ανεβαίνει απότομα κατά 0,3-0,40C (0,5-0,70F) και παραμένει στο επίπεδο αυτό για το υπόλοιπο διάστημα του κύκλου. Η τρίτη ημέρα μετά την άνοδο της θερμοκρασίας θεωρείται ως το τέλος της γόνιμης περιόδου.

Για να εξασφαλισθεί η αξιοπιστία της μεθόδου, οι γυναίκες πρέπει να καταγράφουν την πραγματική βασική θερμοκρασία του σώματος, π.χ. υπερθερμία από άλλα αίτια. Ένας σημαντικός περιορισμός της μεθόδου αυτής είναι το γεγονός ότι η πρόβλεψη του χρόνου ωοθυλακιωρρηξίας σε κάθε κύκλο γίνεται αναδρομικά, πράγμα που δυσχεραίνει την πρόβλεψη της έναρξης της γόνιμης περιόδου. Κατά την εφαρμογή της συγκεκριμένης μεθόδου, η αποχή πρέπει να συνεχίζεται για τρεις ημέρες μετά την πτώση της θερμοκρασίας. Τα διαγράμματα καταγραφής της βασικής θερμοκρασίας του σώματος παρουσιάζουν μεγάλη ποικιλία μεταξύ γυναικών και μεταξύ κύκλων. Επομένως, η ερμηνεία των διαγραμμάτων αυτών απαιτεί ιδιαίτερη εξάσκηση.

• Συνδυασμένη μέθοδος (symptothermal method)

Ο συνδυασμός των μεθόδων θερμομέτρησης και ημερολογίου χρησιμοποιεί στοιχεία και των δύο μεθόδων για τον ακριβέστερο υπολογισμό του χρόνου ωοθυλακιωρρηξίας. Αντίθετα, άλλα πρωτόκολλα συνδυάζουν τη θερμομέτρηση και την εκτίμηση της τραχηλικής βλέννης. Σύμφωνα με τον συνδυασμό αυτό, η αποχή πρέπει να εκτείνεται από την πρώτη ημέρα των γόνιμων τραχηλικών εκκρίσεων μέχρι την τρίτη ημέρα από την αύξηση της θερμοκρασίας. Ο συνδυασμός θερμομέτρησης και εκτίμησης της τραχηλικής βλέννης θεωρείται από τους ασφαλέστερους και συστήνεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας.

• Παραλλαγές των μεθόδων οικογενειακού προγραμματισμού

Πολλά προγράμματα οικογενειακού προγραμματισμού χρησιμοποιούν επιπρόσθετα συμπτώματα και σημεία για την αναγνώριση της γόνιμης περιόδου, όπως το μεσοκύκλιο άλγος του υπογαστρίου, τη σταγονοειδή αιμόρροια και την ευαισθησία των μαστών. Η θέση, η σύσταση και η διαστολή του τραχήλου επηρεάζονται από τα επίπεδα των οιστρογόνων. Ο τράχηλος μαλακώνει, διαστέλλεται και δίνει την αίσθηση ότι βρίσκεται υψηλότερα. Άλλα συμπτώματα, που έχουν χρησιμοποιηθεί, είναι οι μεταβολές στη διάθεση και η σεξουαλική επιθυμία.

Η μεγαλύτερη πρόοδος στη μέθοδο του ημερολογίου είναι η πρόβλεψη της ωοθυλακιορρηξίας σε σχέση με τη μέση διάρκεια του εμμηνορρυσιακού κύκλου μιας γυναίκας. Σύμφωνα με την καινούργια προσέγγιση, η περίοδος αποχής είναι συγκεκριμένη για κάθε κύκλο, π.χ. από την 9η μέχρι την 19η ημέρα. Η περίοδος αυτή είναι το ήμισυ του μέσου κύκλου των τελευταίων έξι μηνών, με την αφαίρεση έξι ημερών. Η αποτελεσματικότητα της μεθόδου αυτής πρέπει να εξετασθεί με μεγάλες κλινικές μελέτες. (Παζαρακιώτη Μαρία, 2006)

▪ **Αποτελεσματικότητα των φυσικών μεθόδων οικογενειακού προγραμματισμού**

Τα ποσοστά εγκυμοσύνης με την εφαρμογή των φυσικών μεθόδων οικογενειακού προγραμματισμού παρουσιάζουν μεγάλη ποικιλία. Η αντισυλληπτική προστασία εξαρτάται: 1) από την ακρίβεια της μεθόδου στην αναγνώριση των πραγματικά γόνιμων ημερών, 2) από την ικανότητα του μέσου ζευγαριού να αναγνωρίσει σωστά τη γόνιμη περίοδο και 3) από την ικανότητα του ζευγαριού να τηρεί τους κανόνες της συγκεκριμένης μεθόδου. Η σωστή εκπαίδευση είναι απαραίτητη για την πιστή εφαρμογή των κανόνων της επιλεγμένης μεθόδου.

Με τη μέθοδο του ημερολογίου τα ποσοστά αποτυχίας κυμαίνονται στο 5%. Ωστόσο, πολλές μελέτες για την αποτελεσματικότητα της μεθόδου του ημερολογίου δεν χρησιμοποίησαν σαφή επιστημονικά κριτήρια. Σύμφωνα με μια ανασκόπηση καλά σχεδιασμένων κλινικών μελετών το ποσοστό αποτυχίας της μεθόδου του ημερολογίου αγγίζει το 13%.

Εάν το ζευγάρι χρησιμοποιεί την εκτίμηση της τραχηλικής βλέννης για να αναγνωρίσει τη γόνιμη περίοδο, το ποσοστό αποτυχίας, μετά από τη σωστή εφαρμογή της μεθόδου, είναι περίπου 3%. Με τη χρήση της μεθόδου βασικής θερμοκρασίας του σώματος το ποσοστό εγκυμοσύνης είναι περίπου 2%. Τα ποσοστά αποτυχίας των συνδυασμένων μεθόδων ανέρχονται στο 2-3%. Πιστή εφαρμογή των φυσικών μεθόδων οικογενειακού

προγραμματισμού σημαίνει ότι η σεξουαλική επαφή δεν θα συμβεί κατά τη γόνιμη περίοδο.

Οι μεγάλες διαφορές στα αποτελέσματα των μελετών δυσχεραίνουν την επιλογή της αποτελεσματικότερης μεθόδου. Παρά τα αναφερόμενα υψηλά ποσοστά, στην πράξη η αποτελεσματικότητα ελαττώνεται από τον ανθρώπινο παράγοντα. Συνολικά, οι φυσικές μέθοδοι οικογενειακού προγραμματισμού παρέχουν αντισυλληπτική προστασία ανάλογη με αυτήν των μεθόδων φραγμού.

Στα άκρα της αναπαραγωγικής ηλικίας, σε περιόδους έντονου άγχους, μετά τη διακοπή των αντισυλληπτικών δισκίων και κατά την περίοδο του θηλασμού, οι ανωμαλίες της εμμήνου ρύσης δυσχεραίνουν την εφαρμογή των φυσικών μεθόδων οικογενειακού προγραμματισμού. Στις περιπτώσεις αυτές απαιτείται ειδική συμβουλευτική παρέμβαση και τήρηση μεγάλης περιόδου αποχής. Ειδικά κατά τον θηλασμό, η εφαρμογή του ελέγχου της τραχηλικής βλέννης δεν παρουσιάζει μεγάλη αποτελεσματικότητα. Ο θηλασμός τροποποιεί τα συμπτώματα και τα σημεία της ωοθυλακιορρηξίας και μεταβάλλει το μοντέλο των φυσικών μεθόδων οικογενειακού προγραμματισμού.

Σε επιδημιολογικές μελέτες γυναικών που χρησιμοποιούσαν τη μέθοδο ρυθμού, βρέθηκε αυξημένη συχνότητα συγγενών ανωμαλιών, όπως ανεγκεφαλία και σύνδρομο Down, στα παιδιά που προέρχονταν από ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες. Σε πειράματα σε ζώα έχει βρεθεί ότι η καθυστερημένη γονιμοποίηση οδηγεί σε αυξημένη συχνότητα ανευπλοειδίας και πολυπλοειδίας στους απογόνους. Κάτι αντίστοιχο μπορεί να ισχύει και στον άνθρωπο. Ωστόσο, τα αποτελέσματα από μια πολυκεντρική, προοπτική μελέτη δεν ανέδειξαν διαφορές στην περιγεννητική νοσηρότητα (αυτόματες εκτρώσεις, ενδομήτρια βραδύτητα της ανάπτυξης και πρόωρος τοκετός) ανάμεσα στις επιθυμητές και στις ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες. Η αποτυχία των φυσικών μεθόδων οικογενειακού προγραμματισμού οδηγεί σε σύλληψη από ανώριμους ή ηλικιωμένους γαμέτες και οι συλλήψεις που πραγματοποιούνται πριν ή μετά από την πλέον γόνιμη περίοδο έχουν συσχετισθεί με αυξημένη συχνότητα αυτόματων εκτρώσεων. Σε μια ανασκόπηση των συγγενών ανωμαλιών των νεογνών, τα οποία γεννήθηκαν από ζευγάρια που εφάρμοζαν φυσικές μεθόδους οικογενειακού προγραμματισμού, δεν βρέθηκαν διαφορές από τον γενικό πληθυσμό. Επιπλέον, ο χρόνος σύλληψης δεν σχετίζεται με πρόωρο τοκετό και με συγγενείς ανωμαλίες.

Πολλές μελέτες έχουν ασχοληθεί με τον ψυχολογικό αντίκτυπο της περιοδικής αποχής στη σχέση του ζευγαριού. Ορισμένοι πιστεύουν ότι ο αμοιβαίος σεβασμός που απορρέει από την τήρηση της περιοδικής αποχής ισχυροποιεί τη σχέση και έχει ευνοϊκή

επίδραση στο γάμο. Ο Marshal περιγράφει τις επιπτώσεις της περιοδικής αποχής στα ζευγάρια που εφαρμόζουν τις φυσικές μεθόδους οικογενειακού προγραμματισμού. Ορισμένα ζευγάρια θεωρούν ότι η αποχή είναι εξαιρετικά δύσκολη και επιβαρύνει τη σχέση, ενώ άλλα πιστεύουν ότι η μέθοδος ρυθμού ενθαρρύνει την αποκάλυψη μη σεξουαλικών τρόπων έκφρασης στοργής και αγάπης. Στην πολυκεντρική μελέτη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας αποδείχθηκε ότι ο βαθμός ικανοποίησης από τη συχνότητα των επαφών εξαρτάται από τις νόρμες του πολιτισμικού πλαισίου, στο οποίο ζει το ζευγάρι. Τα περισσότερα ζευγάρια στις αναπτυσσόμενες χώρες είναι ικανοποιημένα από τη συχνότητα των επαφών, ενώ τα μισά ζευγάρια που εφαρμόζουν τη μέθοδο στις αναπτυγμένες χώρες επιθυμούν συχνότερες επαφές και θεωρούν ότι η αποχή είναι δύσκολη. Ο βαθμός ικανοποίησης του άνδρα καθορίζει και την πιθανότητα διακοπής της μεθόδου. Στις ΗΠΑ το 81% των ζευγαριών που εφαρμόζουν τις φυσικές μεθόδους οικογενειακού προγραμματισμού αναφέρει ότι είναι ικανοποιημένο από τις μεθόδους αυτές. Μολονότι το επίπεδο ικανοποίησης είναι χαμηλότερο από ό,τι με τις νεώτερες μεθόδους αντισύλληψης (84% έναντι 97%), τα ζευγάρια που εφαρμόζουν την περιοδική αποχή παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά συνέχισης της μεθόδου σε σχέση με τα ζευγάρια που χρησιμοποιούν κάποια μέθοδο φραγμού.

Η έρευνα στον τομέα του οικογενειακού προγραμματισμού συνεχίζεται. Απαιτείται καλύτερη κατανόηση της υποκείμενης φυσιολογίας και ακριβέστερος καθορισμός της γόνιμης περιόδου, έτσι ώστε να βελτιωθεί η αντισυλληπτική προστασία και, παράλληλα, να αυξηθεί ο βαθμός ικανοποίησης του ζευγαριού. Πολλοί διεθνείς οργανισμοί και προγράμματα αναζητούν νέες μεθόδους πρόβλεψης και επιβεβαίωσης της ωοθυλακιορρηξίας. Με τον τρόπο αυτό θα περιορισθεί η περίοδος αποχής και η εφαρμογή της μεθόδου ρυθμού θα είναι ευκολότερη.

1.3.1.4. ΑΜΗΝΟΡΡΟΙΑ ΤΗΣ ΓΑΛΟΥΧΙΑΣ

Από την εποχή του Αριστοτέλη είναι γνωστό ότι οι γυναίκες που θηλάζουν έχουν λιγότερες πιθανότητες να συλλάβουν. Η μέθοδος αυτή εφαρμοζόταν εμπειρικά για να εξασφαλισθεί το μεσοδιάστημα μεταξύ των κυήσεων.

Η βιολογική βάση της υπογονιμότητας της γαλουχίας μελετήθηκε εντατικά κατά τα τελευταία 30 χρόνια. Σε μελέτες από τις αρχές της δεκαετίας του 1970 αναφέρεται ότι σε γυναίκες που θηλάζουν καθυστερεί η εμφάνιση εμμηνου ρύσης και ωοθυλακιορρηξίας. Ο θηλασμός μειώνει την απελευθέρωση της εκλυτικής των γοναδοτροπινών ορμόνης και της ωοθυλακιοτρόπου ορμόνης. Οι β - ενδορφίνες, που εκλύονται κατά τον θηλασμό,

ελαττώνουν την έκκριση της ντοπαμίνης, η οποία καταστέλλει την έκκριση της προλακτίνης. Με τον μηχανισμό αυτό προκαλείται αμηνόρροια και ανωοθυλακιορρηξία. Το 1988, στο Bellagio της Ιταλίας, αναγνωρίστηκε η αμηνόρροια της γαλουχίας (Lactational Amenorrhea method - LAM) ως φυσική μέθοδος αντισύλληψης. Η μέθοδος LAM παρουσιάζεται ως αλγόριθμος. Στη μητέρα υποβάλλονται τρεις ερωτήσεις: 1) αν έχει εμφανισθεί έμμηνος ρύση, 2) αν δεν χρησιμοποιεί αποκλειστικά τον θηλασμό για τη διατροφή του βρέφους της και 3) αν το βρέφος είναι μεγαλύτερο των έξι μηνών. Αν η μητέρα απαντά καταφατικά τουλάχιστον σε μία από τις παραπάνω ερωτήσεις, δεν μπορεί να βασισθεί στη LAM, αλλά απαιτείται συμπληρωματική μέθοδος αντισύλληψης. Στη μητέρα συστήνεται να ζητήσει ιατρική συμβουλή μόλις πάψει να ισχύει κάποιο από τα κριτήρια.

Στις κλινικές μελέτες που ακολούθησαν, η αποτελεσματικότητα της μεθόδου της αμηνόρροιας της γαλουχίας κυμάνθηκε στο 98,8-99,6%. Σύμφωνα με μια πρόσφατη μελέτη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, κατά τους πρώτους έξι μήνες της γαλουχίας το αθροιστικό ποσοστό των κυήσεων κυμαίνεται στο 0,9-1,2%. Ωστόσο, αν η μέθοδος εφαρμοσθεί για 12 μήνες, το ποσοστό των κυήσεων αυξάνεται στο 7,4%. Η νέα αυτή μέθοδος οικογενειακού προγραμματισμού εφαρμόζεται σε περισσότερες από 40 χώρες και συμπεριλαμβάνεται στο πρόγραμμα αντισύλληψης και παιδικής υγείας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας.

Η μέθοδος της αμηνόρροιας της γαλουχίας αποτελεί μοναδική προσέγγιση, διότι εξυπηρετεί τον οικογενειακό προγραμματισμό και τον μητρικό θηλασμό. Είναι μέθοδος που δεν βασίζεται σε φάρμακα και συσκευές και έχει μηδενικό κόστος. Επιπλέον, ο θηλασμός παίζει σημαντικό ρόλο στην υγεία της μητέρας και του παιδιού. Ο θηλασμός συντελεί στην ωρίμανση του ανοσοποιητικού συστήματος του παιδιού. Η μητέρα που θηλάζει διατρέχει μικρότερο κίνδυνο αιμορραγίας μετά τον τοκετό με την αύξηση των συσπάσεων της μήτρας και εμφάνισης καρκίνου του μαστού και των ωοθηκών. Η αναστολή της εμμήνου ρύσης συντελεί στην αποκατάσταση της αναιμίας και μειώνει τον κίνδυνο λοιμώξεων. Επιπλέον, οι γυναίκες που θηλάζουν παρουσιάζουν σπανιότερα κατάγματα της σπονδυλικής στήλης και του μηριαίου μετά την εμμηνόπαυση. Τέλος, ο θηλασμός βοηθά στην προσέγγιση μητέρας - νεογνού και συμβάλλει στη βελτίωση της αυτοεκτίμησης της γυναίκας.

Ο θηλασμός και η μέθοδος της αμηνόρροιας της γαλουχίας αυξάνουν το μεσοδιάστημα μεταξύ των κυήσεων. Η αύξηση αυτή σχετίζεται με την αύξηση της

επιβίωσης της μητέρας και του παιδιού. Σύμφωνα με τους οργανισμούς οικογενειακού προγραμματισμού, το ιδανικό μεσοδιάστημα μεταξύ των κυήσεων είναι τρία έτη.

Στα μειονεκτήματα της μεθόδου της αμηνόρροιας της γαλουχίας περιλαμβάνεται η έλλειψη προστασίας από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, η μικρή διάρκεια εφαρμογής (μέχρι έξι μήνες) και η δυσκολία αποκλειστικού θηλασμού ιδίως για τις εργαζόμενες μητέρες.

1.3.1.5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι φυσικές μέθοδοι οικογενειακού προγραμματισμού απαιτούν αλλαγές της συμπεριφοράς κατά τη γόνιμη περίοδο της γυναίκας. Βασίζονται στην παρατήρηση και την κατανόηση των συμπτωμάτων και των σημείων του σώματος και στην εφαρμογή της αποχής ή στη χρήση κάποιας μεθόδου φραγμού, σύμφωνα με τους κανόνες της συγκεκριμένης μεθόδου. Γίνεται προσπάθεια για την αναγνώριση των ζευγαριών υψηλού κινδύνου για ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. Επιπλέον, σημαντικό ρόλο παίζουν οι ψυχολογικές επιπτώσεις της εφαρμογής των μεθόδων αποχής.

Οι φυσικές μέθοδοι οικογενειακού προγραμματισμού βασίζονται στη σωστή εκπαίδευση και κατανόηση των κανόνων. Η αποτελεσματικότητά τους είναι παρόμοια με αυτήν των μεθόδων φραγμού, είναι ευρέως αποδεκτές από πολλές κοινωνικές ομάδες και έχουν μηδενικό κόστος.

Η μέθοδος της αμηνόρροιας της γαλουχίας δεν απαιτεί αποχή και η χρήση της περιορίζεται στις θηλάζουσες μητέρες. Μολονότι τα ποσοστά θηλασμού έχουν μειωθεί τα τελευταία χρόνια, η διαθεσιμότητα και η υποστήριξη της LAM ενθαρρύνει τον θηλασμό ακόμη και για τις εργαζόμενες μητέρες.

1.4. ΤΑ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΑ

1.4.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

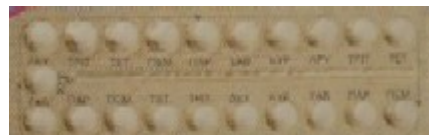
Η επιστημονική έρευνα έχει δείξει ότι τρεις είναι οι μηχανισμοί μέσω των οποίων δρουν τα αντισυλληπτικά.

Αναστολή της ωοθυλακιορρηξίας. Το «χάπι», τροφοδοτώντας καθημερινά με οιστρογόνα και προγεσταγόνα τον οργανισμό, εμποδίζει την παραγωγή της GnRH και, επομένως, των ορμονών που είναι υπεύθυνες για την ωοθυλακιορρηξία (FSH και LH). Επομένως δεν παρατηρείται ωοθυλακιορρηξία. Όταν η γυναίκα σταματήσει να παίρνει το χάπι ακολουθεί η εμμηνορρυσία.

Κατά τη διάρκεια του κύκλου, η βλέννα του τραχήλου της μήτρας επιτρέπει τη διέλευση των σπερματοζωαρίων. **Το «χάπι» καθιστά τη βλέννα «εχθρική», εμποδίζοντας έτσι τη διέλευση του σπερματοζωαρίου.**

Το ενδομήτριο, κατά τη διάρκεια του κύκλου, υφίσταται διαδοχικές μεταβολές προετοιμαζόμενο για την εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου. **Το «χάπι» δεν επιτρέπει αυτές τις μεταβολές, καθιστώντας το ενδομήτριο «αφιλόξενο» για το ωάριο.**

Είναι φανερό, βεβαίως, ότι ο κύριος μηχανισμός δράσης είναι ο πρώτος, δηλαδή η αναστολή της ωοθυλακιορρηξίας, η οποία αποκλείει την εγκυμοσύνη. Η αντισυλληπτική δράση του χαπιού αρχίζει αμέσως με τη λήψη του.



Η συνεχής μείωση των ποσοτήτων ορμονών στα αντισυλληπτικά υπακούει στη γενική αρχή που ισχύει για όλα τα φάρμακα: πρέπει να χορηγούμε την ελάχιστη δυνατή δραστική δόση. Πέραν αυτού, όμως, η εμπειρία έδειξε ότι τα παλαιά αντισυλληπτικά, εξαιτίας της σχετικά υψηλής περιεκτικότητας σε οιστρογόνο εμφάνιζαν παρενέργειες (π.χ. αύξηση βάρους, ναυτία, πονοκεφάλους, μεταβολές της διάθεσης και ενοχλήσεις στο στήθος), οι οποίες θα μπορούσαν να ελαχιστοποιηθούν ή και να εξαφανιστούν, αν το οιστρογόνο μειωνόταν.

Όσον αφορά στο άλλο συστατικό, το προγεσταγόνο, εμφάνιζε και αυτό παρενέργειες (π.χ. εμφάνιση ακμής, αύξηση χοληστερίνης) οι οποίες έπρεπε να καταπολεμηθούν. Αυτό επιτεύχθηκε με την εισαγωγή των προγεσταγόνων τρίτης γενιάς και, ειδικότερα, της

γεστοδένης. Επιπλέον, χάρη στη γεστοδένη μειώθηκαν σημαντικά οι περιπτώσεις εμφάνισης αίματος στο ενδιάμεσο μεταξύ δύο περιόδων.

Η πρόοδος που έχει επιτευχθεί από το 1961 μέχρι σήμερα είναι εκπληκτική. Τα πρώτα αντισυλληπτικά περιείχαν, ως οιστρογόνο, 150 μg μεστρανόλης ή 100 μg αιθινυλοιστραδιόλης. Στα σημερινά αντισυλληπτικά, περιέχεται αιθινυλοιστραδιόλη σε δόση 20μg, δηλαδή 5 φορές μικρότερη ποσότητα οιστρογόνων σε σχέση με τα πρώτα αντισυλληπτικά!

Εκτός από το οιστρογόνο, σημαντική πρόοδος επετεύχθη και στο άλλο δραστικό συστατικό το προγεσταγόνο. Όπως προαναφέρθηκε, τα σημερινά προγεσταγόνα είναι τα λεγόμενα «τρίτης γενιάς»: η γεστοδένη, η δεσογεστρέλη και η νοργεστιμάτη.

Σύγχρονες φόρμουλες αντισυλληπτικών περιέχουν 20 μg αιθινυλοιστραδιόλης και 75 μg γεστοδένης σε κάθε «χάπι», μια και η γεστοδένη φαίνεται να συγκεντρώνει τα περισσότερα πλεονεκτήματα. Επομένως, τα σύγχρονα αντισυλληπτικά τρίτης γενιάς περιέχουν ελάχιστες ποσότητες ορμονών, φτάνοντας σε πολύ υψηλά επίπεδα ασφάλειας και έλλειψης ανεπιθύμητων ενεργειών

Κάθε κουτί αντισυλληπτικού περιέχει 21 χάπια: τρεις εβδομάδες το μήνα χρησιμοποιείται το «χάπι» και μία όχι. Την εβδομάδα αυτή θα εμφανιστεί η περίοδος. Αν γίνει χρήση π.χ. τριών κουτιών αντισύλληψης συνεχόμενα, το ένα μετά το άλλο, χωρίς την εβδομαδιαία διακοπή (σύνολο χρήσης 9 εβδομάδες ή 63 ημέρες) και μετά ακολουθεί η διακοπή, τη δέκατη εβδομάδα, τότε η γυναίκα δεν θα έχει περίοδο γι' αυτές τις 9 εβδομάδες.

Με άλλα λόγια, αν μια γυναίκα χρησιμοποιεί συνεχώς το «χάπι», χωρίς διακοπή, δεν θα έχει περίοδο όσο διάστημα διαρκεί αυτός ο τρόπος λήψης. Δεν υφίσταται κανένα πρόβλημα ασφάλειας. Απλώς οι γυναίκες προτιμούν να ακολουθούν το «φυσιολογικό», μηνιαίο πρότυπο, δηλαδή να έχουν περίοδο κάθε μήνα.



Υπάρχουν, όμως, περιπτώσεις που χρειάζεται πιο μακροχρόνια αναστολή ή ρύθμιση της περιόδου. Τέτοιες περιπτώσεις είναι μαθήτριες λυκείου ή φοιτήτριες που έχουν σοβαρή δυσμηνόρροια (πόνους περιόδου) και προβλέπεται ότι η περίοδος τους θα συμπέσει με τις εξετάσεις, αθλήτριες, γυναίκες σε διακοπές ή στο μήνα του μέλιτος, επαγγελματικοί λόγοι κ.ο.κ. Εξάλλου, μια σοβαρή αναιμία θα μπορούσε θεωρητικά να απαιτεί διακοπή της περιόδου για ένα διάστημα, ώστε να αποκατασταθεί

συντομότερα, αφού η γυναίκα δεν έχει απώλεια αίματος με την περίοδο. (Λυμπέρης Β., 2003)

1.4.2. ΕΙΔΗ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΩΝ ΔΙΣΚΙΩΝ

Ανάλογα με τη σύνθεση τους, τα αντισυλληπτικά διακρίνονται σε μικτού τύπου ή μονοφασικά και διαδοχικού τύπου η τριφασικά.

A) Μονοφασικά. Είναι τα πιο διαδεδομένα. Έχουν σταθερή σύνθεση, δηλαδή το οιστρογόνο και το προγεσταγόνο βρίσκονται στην ίδια αναλογία σε όλα τα δισκία, που είναι συνολικώς 21 και λαμβάνονται καθημερινά για 3 εβδομάδες. Η τελευταία λέξη στα μονοφασικά δισκία είναι τα τρίτης γενιάς που περιέχουν 20μg αιθινυλοιστροδιόλης (οιστρογόνα) και 75μg γεσταδιένης (προγεσταγόνο).

B) Τριφασικά. Τα δισκία είναι και εδώ 21 αλλά δεν έχουν όλα την ίδια σύνθεση. Περιέχουν μεν όλα τα δισκία που διαδοχικά, ανήκουν σε τρεις φάσεις (τα δισκία είναι διαφορετικού χρώματος). Αρχικώς θεωρήθηκε ότι τα αντισυλληπτικά αυτά θα μπορούν να μιμηθούν πιστότερα τις ορμονικές μεταβολές κατά τη διάρκεια ενός κύκλου. Ωστόσο, δεν φαίνεται πραγματικά να υπερτερούν, οπότε η προτίμηση σήμερα ανήκει σχεδόν ολοκληρωτικά στα μονοφασικά τρίτης γενιάς.

Γ) Αντισύλληψη ανάγκης

Η αντισύλληψη ανάγκης ή επείγουσα αντισύλληψη αφορά την αντισύλληψη μετά από σεξουαλική επαφή χωρίς προφυλάξεις κι εφόσον είναι ύποπτη, δηλαδή έχει γίνει σε μέρα



δυσνητικώς επικίνδυνη. Η αντισύλληψη ανάγκης φυσικά δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως μόνιμη αντισυλληπτική μέθοδος γιατί θα έχει μεταξύ άλλων, δυσμενείς επιπτώσεις στον κύκλο. Η σύγχρονη αντισύλληψη ανάγκης αποτελείται από 2 μόνο χάπια. Το πρώτο πρέπει να

λαμβάνεται όσο το δυνατόν πιο σύντομα μετά την επαφή χωρίς προφύλαξη και το δεύτερο 12 περίπου ώρες μετά το πρώτο. Αν το πρώτο χάπι ληφθεί αμέσως μετά την επαφή, η αποφυγή ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης φτάνει το 95%. Αν ληφθεί το δεύτερο 24ωρο μετά την επαφή, η αποτελεσματικότητα είναι της τάξης του 85%. Μετά το τρίτο 24ωρο η επείγουσα αντισύλληψη δεν είναι ασφαλής ως προς το αποτέλεσμα (Μπαγετάκος Γ., 2006).

Η αντισύλληψη ανάγκης δεν αναστέλλει την ωοθηλακιορρηξία όπως τα αντισυλληπτικά. Αναστέλλει την εμφύτευση τυχόν γονιμοποιηθέντος ωαρίου. Φυσικά, η αντισύλληψη ανάγκης δεν έχει σχέση με εκτρωτικά φάρμακα: δεν προκαλεί έκτρωση αλλά αδυναμία εμφύτευσης του τυχόν γονιμοποιηθέντος ωαρίου.



1.4.3. ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΟ ΧΑΠΙ ΣΕ ΑΚΜΗ, ΛΙΠΑΡΟΤΗΤΑ, ΤΡΙΧΟΠΤΩΣΗ

Η ακμή αλλά και η υπερβολική λιπαρότητα (σημηγματόρροια) όπως και η αυξημένη τριχόπτωση, η υπερτρίχωση στο πρόσωπο κ.τ.λ. θεωρούνται ότι οφείλονται σε αυξημένη παραγωγή ανδρογόνων από τον οργανισμό της γυναίκας ή σε αυξημένη ευαισθησία του οργανισμού της έναντι των ανδρογόνων. Μια ουσία που λέγεται κυπροτερόνη, είναι γνωστό και ισχυρό αντιαδρογόνο. Η χορήγηση της σε γυναίκες έχει ως αποτέλεσμα τη θεαματική βελτίωση της ακμής και της σημηγματόρροιας και, φυσικά, των συνεπειών τους. Επειδή όμως η κυπροτερόνη έχει και προγεστερονική δράση, η χορήγηση της, μόνη της, στη γυναίκα θα είχε ως συνέπεια ανεπιθύμητες διαταραχές του κύκλου. Έτσι, συνδυαζόμενη η κυπροτερόνη με ένα οιστρογόνο, δημιουργεί ένα ειδικό χάπι, το οποίο καταπολεμά την ακμή και τη σημηγματόρροια με όλες τις συνέπειές τους.

1.4.4. ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΟ ΧΑΠΙ ΚΑΙ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Το κάπνισμα αποτελεί έναν «ανεξάρτητο» παράγοντα κινδύνου για διάφορα νοσήματα. Ας επικεντρώσουμε την προσοχή μας στα καρδιαγγειακά (έμφραγμα, εγκεφαλικό επεισόδιο κ.τ.λ.). «Ανεξάρτητος» παράγοντας κινδύνου σημαίνει ότι το κάπνισμα αυξάνει από μόνο του τον κίνδυνο. Σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες (π.χ. υπέρταση, υψηλή χοληστερίνη, διαβήτης, κληρονομικότητα) ο κίνδυνος αυξάνεται πολύ περισσότερο.

Μελέτες που έγιναν πριν το 1980 έδειξαν ότι καπνίστριες που έκαναν χρήση αντισυλληπτικών και ήταν ηλικίας κάτω των 35 ετών, είχαν καρδιαγγειακό κίνδυνο 1/10.000. Δηλαδή κινδύνευε 1 στις 10.000 γυναίκες, ποσοστό ισοδύναμο με αυτό των καπνιστριών που δεν χρησιμοποιούν αντισύλληψη. Στις ηλικίες 35-44, οι καπνίστριες που χρησιμοποιούσαν το «χάπι» είχαν κίνδυνο 1/2000, ενώ οι μη καπνίστριες 1/6000. Επομένως, η σύσταση ήταν να μην χρησιμοποιούν το «χάπι» οι καπνίστριες ηλικίας άνω των 35 ετών.

Όμως, οι μελέτες αυτές είχαν πραγματοποιηθεί με τα παλαιά αντισυλληπτικά υψηλής δράσης οιστρογόνων (50μg). Πρόσφατες έρευνες έχουν δείξει ότι οι γυναίκες κάτω των 50 ετών που καπνίζουν 35 ή περισσότερα τσιγάρα την ημέρα έχουν 7 φορές αυξημένο κίνδυνο σε σύγκριση με αυτές που δεν κάπνισαν ποτέ. Όπως είδαμε, σε γυναίκες που δεν υπήρξαν καπνίστριες, τα αντισυλληπτικά δεν αυξάνουν τον κίνδυνο καρδιακής νόσου. Επομένως, το πρόβλημα είναι το κάπνισμα και όχι η αντισύλληψη! Παρόλα αυτά, η σύσταση παραμένει. Οι γυναίκες που καπνίζουν και είναι πάνω από 35-40 ετών, αν δεν μπορούν να διακόψουν το κάπνισμα, θα πρέπει να διακόψουν το «χάπι».

1.4.5. ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΟ ΧΑΠΗ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ

A) Ο καρκίνος του μαστού

Ο καρκίνος του μαστού είναι ο συχνότερος καρκίνος στις γυναίκες. Επομένως είναι πολύ εύλογο το ενδιαφέρον και η ανάγκη να μελετηθεί ποια σχέση υπάρχει, αν υπάρχει, μεταξύ αντισύλληψης και καρκίνου του μαστού.

Όπως είναι αναμενόμενο, έχουν πραγματοποιηθεί πολλές επιστημονικές μελέτες, με σκοπό τη διευκρίνιση αυτής της σχέσης. Σε γυναίκες κάτω των 25 ετών ή σε εκείνες που δεν έχουν τεκνοποιήσει, τα συμπεράσματα δείχνουν ότι η αντισύλληψη δεν αυξάνει τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού, ούτε τον μειώνει. Στις γυναίκες 25-35 ετών το «χάπι» επίσης δεν αυξάνει τον κίνδυνο καρκίνου.

Τελικά, παρά το γεγονός ότι οι μελέτες συνεχίζονται, το συμπέρασμα με τα μέχρι σήμερα δεδομένα είναι ότι η αντισύλληψη είναι «ουδέτερη» σε ότι αφορά τον καρκίνο του μαστού. Ούτε αυξάνει ούτε μειώνει τον κίνδυνο της κάθε μιας γυναίκας χωριστά, διότι αυτός ο κίνδυνος εξαρτάται από άλλους παράγοντες.

B) Ο καρκίνος του ενδομητρίου

Κατά την διάρκεια του «φυσιολογικού» κύκλου, εκτός από την ενεργοποίηση των ωοθηκών για την ωοθυλακιορρηξία, έχουμε παράλληλα διέγερση του ενδομητρίου. Η χρήση αντισυλληπτικών προφανώς αναστέλλει και αυτή τη διέγερση. Έτσι, δεν προκαλεί έκπληξη το γεγονός ότι η αντισύλληψη για 12 μόλις μήνες μειώνει τον μελλοντικό κίνδυνο καρκίνου της μήτρας κατά 40% και, μάλιστα, αυτή η προστατευτική δράση διαρκεί 15 χρόνια μετά τη διακοπή της αντισύλληψης! Άλλες, νεότερες μελέτες έχουν δείξει μείωση του κινδύνου καρκίνου της μήτρας που φτάνει το 80-90%! Θα μπορούσε επομένως κανείς

να διατυπώσει την άποψη ότι η αντισύλληψη είναι η αποτελεσματικότερη διαθέσιμη πρόληψη έναντι του καρκίνου της μήτρας.

Γ) Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας

Τα θηλώματα και τα κονδυλώματα που μπορεί, σε κάποιο ποσοστό να εξελιχθούν σε νεοπλασίες, οφείλονται σε διάφορα στελέχη του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV) και παρατηρούνται κυρίως σε νέες γυναίκες (το 1/3 από αυτές είναι μεταξύ 21 και 25 ετών και το 70% είναι νεότερες των 30 ετών).

Η εμφάνιση καρκίνου του τραχήλου της μήτρας επηρεάζεται σημαντικά από τη σεξουαλική συμπεριφορά της γυναίκας π.χ. από τον αριθμό ερωτικών συντρόφων. Η αντισύλληψη δεν επηρεάζει την κατάσταση, δηλαδή δεν αυξάνει ούτε μειώνει τον κίνδυνο.

Δ) Ο καρκίνος των ωοθηκών

Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι η αντισύλληψη μειώνει τον κίνδυνο καρκίνου των ωοθηκών κατά 40%. Δηλαδή, οι γυναίκες που έχουν κάνει αντισύλληψη κινδυνεύουν 40% λιγότερο σε σύγκριση με εκείνες που ουδέποτε χρησιμοποίησαν το «χάπι». Νεότερες μελέτες έδειξαν ότι η μείωση κινδύνου φτάνει το 60% και το 70% σε ορισμένες περιπτώσεις. Όπως φαίνεται, το ποσοστό μείωσης του κινδύνου έχει να κάνει με τη διάρκεια χρήσης της αντισύλληψης. Λιγότερο από δυο χρόνια χρήσης δεν έχουν προστατευτικό αποτέλεσμα, ενώ το ποσοστό 70% αντιστοιχεί σε δετή χρήση ή και περισσότερο.

Είναι επίσης ιδιαίτερα σημαντικό ότι η μείωση αυτή του κινδύνου παρατηρείται μακροχρόνια, έως και 20 περίπου χρόνια μετά τη διακοπή της χρήσης των αντισυλληπτικών. Οι επιστημονικές μελέτες τείνουν να καταλήξουν στο συμπέρασμα ότι η αναστολή της ωοθηλακιορρηξίας απαλλάσσει τις ωοθήκες από τη μηνιαία καταπόνηση που υφίστανται υπό φυσιολογικές συνθήκες.

1.4.6. ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΟ ΧΑΠΙ ΚΑΙ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΑΠΟ ΑΛΛΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Α) Φλεγμονώδης νόσος της πυέλου (Πυελική φλεγμονή)

Όπως ήδη αναφέραμε, η αντισύλληψη προκαλεί εκτός από την αναστολή της ωοθυλακιορρηξίας, μεταβολές στη σύσταση της τραχηλικής βλέννας. Εξαιτίας αυτών των μεταβολών η περιοχή γίνεται λιγότερο φιλόξενη για διάφορα μικρόβια. Ως αποτέλεσμα,

όσο διαρκεί η αντισύλληψη καταγράφεται μείωση κατά 50% της πιθανότητας εμφάνισης φλεγμονώδης νόσου της πυέλου (της λεκάνης).

Ως φλεγμονώδης νόσος της πυέλου αναφέρεται οποιαδήποτε οξεία ή χρόνια φλεγμονή των ωοθηκών, των σαλπίγγων ή της μήτρας. Δεδομένου ότι το 30-40% των περιπτώσεων στειρότητας των γυναικών αποδίδεται σε βλάβες των σαλπίγγων, η φλεγμονή τους μπορεί να έχει σοβαρές συνέπειες.

B) Ινομώματα

Μετά από σημαντική μελέτη έχει πλέον τεκμηριωθεί ότι η αντισύλληψη μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης ινομωμάτων κατά 17% για κάθε 5 χρόνια αντισύλληψης: 10 χρόνια αντισύλληψης μειώνουν τον κίνδυνο κατά 34% κ.ο.κ.

Η παρατήρηση αυτή αρχικώς προκαλεί έκπληξη, αφού είναι γνωστό ότι τα ινομώματα είναι καλοήθεις όγκοι που εξαρτώνται από το οιστρογόνα. Η μείωσή τους στις γυναίκες που χρησιμοποιούν αντισύλληψη δείχνει ότι η συνολική οιστρογονική διέγερση είναι μικρότερη στις γυναίκες που ακολουθούν αντισύλληψη απ' ό,τι σ' εκείνες που δεν την χρησιμοποιούν και έχουν «φυσιολογικό» κύκλο.

Γ) Κύστες ωοθηκών

Κατά τη διάρκεια ενός κύκλου παρατηρείται μια δραματική ανάπτυξη ενός ωοθυλακίου. Για το λόγο αυτό οι νέες γυναίκες, συχνά εμφανίζουν κύστες ωοθηκών. Είναι αναμενόμενο, η αντισύλληψη, καθώς αναστέλλει την ωοθυλακιόρρηξη, να μειώνει τον κίνδυνο. Πράγματι, η μείωση φτάνει το 49% για τις κύστες ωοθηκών και το 78% για τις κύστες ωχρού σωματίου.

Δ) Καλοήθης νόσος των μαστών

Η καλοήθης νόσος των μαστών (ινοκυστική νόσος, ινοαδένωμα) δεν αποτελεί η ίδια σημαντικό πρόβλημα υγείας. Συνιστά όμως παράγοντα κινδύνου για τη μελλοντική εμφάνιση του καρκίνου του μαστού. Η αντισύλληψη μειώνει κατά 40% τη συχνότητα εμφάνισης, σταδιακά και μετά από 2-4 χρόνια χρήσης. Ωστόσο, η ευεργετική αυτή επίδραση της αντισύλληψης δεν είναι τόσο σημαντική όσο οι άλλες. Αυτό συμβαίνει γιατί το «χάπι» προστατεύει έναντι των μορφών που είναι πιθανό να μετεξελιχθούν σε καρκίνο.

Ε) Προβλήματα περιόδου

Η μηνορραγία (αυξημένη αποβολή αίματος) που παρατηρείται σε πολλές γυναίκες έχει ως αποτέλεσμα, πέραν της υποκειμενικής ενόχλησης, την εμφάνιση ή την επιδείνωση

σιδηροπενικής αναιμίας. Εξάλλου, πολλές νέες γυναίκες υποφέρουν από πόνους κατά τη διάρκεια της περιόδου (δυσμηνόρροια). Σε σημαντικό ποσοστό αυτών των γυναικών, οι πόνοι και η γενικότερη συμπτωματολογία, σχεδόν απαγορεύουν κάθε δραστηριότητα για 2-3 ημέρες κάθε μήνα. Η αντισύλληψη μειώνει το μισό (κατά 50%) τη συχνότητα της μηνορραγίας και της δυσμηνόρροιας. Η μείωση της ποσότητας αποβαλλόμενου αίματος συμβάλλει και στην αντιμετώπιση της αναιμίας.

1.4.7. ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΟ ΧΑΠΗ ΚΑΙ ΗΛΙΚΙΑ

Α) Η αντισύλληψη στις ηλικίες κάτω των 19

Το σημαντικό στις ηλικίες αυτές είναι ότι μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη σημαίνει, σχεδόν πάντα, έκτρωση. Για την Ελλάδα δεν υπάρχουν αξιόπιστα στατιστικά στοιχεία. Στις ΗΠΑ, το 95% των κυήσεων σε γυναίκες κάτω των 15 ετών καταλήγουν σε έκτρωση, όπως και το 62% των κυήσεων σε γυναίκες 15-19 ετών.



Στις μικρές ηλικίες πρόβλημα επίσης αποτελεί η ελλιπής ενημέρωση γύρω από τις σεξουαλικές σχέσεις και την αντισύλληψη. Εξαιτίας αυτής της έλλειψης παρατηρούνται όχι μόνον ανεπιθύμητες κυήσεις αλλά και αυξημένη συχνότητα σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων. Παρά το γεγονός ότι ο φόβος για το AIDS έχει αυξήσει σημαντικά τη χρήση προφυλακτικών, ποσοστό 25% των γυναικών κάτω των 19 ετών δεν χρησιμοποιεί κανενός είδους αντισύλληψη.

Στις ηλικίες αυτές, κι εφόσον η σχέση δεν είναι μόνιμη, η σύσταση χρήσης προφυλακτικού πάντα, σε κάθε επαφή, αποτελεί απαραίτητο κανόνα. Δεν μπορούμε, ωστόσο, να κλείσουμε τα μάτια μπροστά στην πραγματικότητα: η αντισύλληψη στις πολύ νέες γυναίκες προσφέρει σημαντικά οφέλη και μπορεί να προταθεί ως η καλύτερη, η πιο κατάλληλη μέθοδος αποφυγής ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και έκτρωσης. Εξάλλου, η αντιμετώπιση τυχόν συνυπάρχουσας δυσμηνόρροιας, μηνορραγίας, ασταθούς κύκλου, η προστασία έναντι φλεγμονώδους νόσου της πυέλου και η σχετική βελτίωση τυχόν συνυπάρχουσας ακμής, συνηγορούν όλα υπέρ της αντισύλληψης. Το προφυλακτικό παραμένει πρώτης γραμμής προφύλαξη έναντι σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, αλλά δεν καθιστά περιττό το «χάπι». Δεν υπάρχει ειδική, σχετιζόμενη με την ηλικία,

αντένδειξη για τη χρήση αντισύλληψης σε γυναίκες ηλικίας 15-19 ετών. (Καλλιπολίτης Γ., 1999)

B) Η αντισύλληψη σε γυναίκες άνω των 40 ετών

Ποσοστό άνω του 50% των κυήσεων σε γυναίκες πάνω από τα 40 καταλήγει σε έκτρωση. Οι λόγοι είναι πολλοί, προσωπικοί, κοινωνικοί, επαγγελματικοί, οικονομικοί. Ο φόβος αν το παιδί θα είναι «φυσιολογικό», η προοπτική ότι η μητέρα θα πλησιάζει τα 60 όταν το παιδί θα είναι στην εφηβική ηλικία, είναι δυο από αυτούς τους λόγους. Εξάλλου, γυναίκες 40-45 ετών θεωρούν, στις περισσότερες περιπτώσεις, ότι έχουν δημιουργήσει την οικογένειά τους και δεν αισθάνονται ότι μπορούν να μπουν πάλι στη μακροχρόνια διαδικασία ενός «νέου ξεκινήματος».

Οι γυναίκες άνω των 40 προτιμούν, συνήθως, άλλες μεθόδους αντισύλληψης: σπιράλ, διακεκομμένη συνουσία, προφυλακτικά ή τίποτα. Τα ποσοστά αυτών που χρησιμοποιούν «χάπι», ωστόσο, δεν είναι ευκαταφρόνητα σε ορισμένες χώρες: Γερμανία 19%, Γαλλία 10%, ΗΠΑ έως 16%. Στην πραγματικότητα, οι γυναίκες άνω των 40 έχουν πολύ σημαντικά οφέλη από την αντισύλληψη.

1. Μείωση της συχνότητας εμφάνισης ινομυωμάτων
2. Προστασία έναντι καρκίνου ενδομητρίου και ωοθηκών.
3. Μείωση της ποσότητας του αποβαλλόμενου αίματος.
4. Συμβολή στην πρόληψη της οστεοπόρωσης.
5. Αποφυγή μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης.

Ζητήματα ασφάλειας και μόνον αποτελούν περιοριστικούς παράγοντες για τη χρήση αντισύλληψης σε γυναίκες μεγαλύτερες των 40 ετών. Δεν θα πρέπει, για προληπτικούς λόγους, να χρησιμοποιούν αντισύλληψη γυναίκες άνω των 40 ετών αν είναι συστηματικές καπνίστριες ή έχουν άλλους παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακή νόσο (π.χ. υπερβολική παχυσαρκία, διαβήτη, υπέρταση) κίρσους ή άλλα φλεβικά προβλήματα ή ηπατικές νόσους. Για όλες τις υπόλοιπες γυναίκες δεν υπάρχει αντένδειξη ούτε ειδικός κίνδυνος, για τη χρήση αντισύλληψη μετά τα 40.

1.4.8. ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΤΟΥ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΟΥ ΧΑΠΙΟΥ

Τα νέα αντισυλληπτικά εμφανίζουν λίγες παρενέργειες, οι οποίες σπάνια αναγκάζουν τη γυναίκα να τα διακόψει. Συγκεκριμένα, από τις κλινικές μελέτες αποδεικνύεται ότι ποσοστό 90% των γυναικών συνεχίζει κανονικά την αντισύλληψη, ενώ ποσοστό 10%, δηλαδή 1 γυναίκα στις 10, αποφασίζει να διακόψει λόγω ανεπιθύμητων ενεργειών.

Στο 15-16% των γυναικών ενδέχεται, τους πρώτους μήνες, να εμφανιστεί πονοκέφαλος. Αυτή είναι η πιο συχνή ανεπιθύμητη ενέργεια. Αν εμφανιστεί πολύ σοβαρός πονοκέφαλος, τύπου ημικρανίας, για πρώτη φορά όταν ληφθεί το «χάπι», πρέπει να γίνει συζήτηση με το γιατρό αν θα συνεχιστεί. Ναυτία μπορεί να εμφανιστεί σε ποσοστό 3-4% και έμετος στο 1-2%. Η μείωση της ερωτικής επιθυμίας (libido) είναι κάτι για το οποίο



αδίκως έχουν κατηγορηθεί τα αντισυλληπτικά, αφού εμφανίζεται σε ποσοστό 2% ενώ σε πολλές γυναίκες η ερωτική επιθυμία αυξάνεται. Μια «τάση», ενόχληση στους μαστούς, αναμένεται σε ποσοστό 8%, ενώ νευρικότητα εμφανίζει το 4% των γυναικών. Αυτές είναι οι σημαντικότερες ανεπιθύμητες ενέργειες των αντισυλληπτικών. Ωστόσο, όπως ήδη τονίστηκε, 1 στις 10 γυναίκες διακόπτει την

αντισύλληψη εξαιτίας της. (Λυμπέρης Β., 2003)

1.4.9. ΧΡΗΣΙΜΕΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΟΥ ΧΑΠΙΟΥ

- **Παχαίνουν τα αντισυλληπτικά;**

Για να απαντηθεί το ερώτημα, πρέπει να διαχωρίσουμε τα παλαιά αντισυλληπτικά από τα νέα. Τα παλαιά, λόγω υψηλής περιεκτικότητας σε οιστρογόνο, οδηγούν πράγματι σε αύξηση βάρους. Στα νέα αντισυλληπτικά, η εικόνα είναι τελείως διαφορετική.

Παρακολουθώντας το βάρος ακόμα και ένα χρόνο μετά την έναρξη της αντισύλληψης (οπότε μια αύξηση θα μπορούσε να οφείλεται σε οποιοδήποτε άλλο λόγο) βλέπουμε ότι:

- το 69,20% των γυναικών διατηρεί το βάρος της στα ίδια επίπεδα, συν-πλην 2 κιλά.
- το 13,3% των γυναικών εμφανίζει μείωση βάρους μεγαλύτερη από 2 κιλά.
- το 17,5% των γυναικών εμφανίζει αύξηση βάρους μεγαλύτερη από 2 κιλά.

Με βάση τα δεδομένα αυτά, μπορούμε να πούμε ότι τα νέα, τρίτης γενιάς αντισυλληπτικά δεν παχαίνουν.

- **Μπορεί μια γυναίκα να έχει αίμα στο ενδιάμεσο διάστημα μεταξύ δυο περιόδων;**

Για να απαντηθεί το ερώτημα αυτό πρέπει η γυναίκα-χρήστης να παίρνει τα αντισυλληπτικά καθημερινά σωστά, δεν θα έχει δηλαδή ξεχάσει κάποιο ή κάποια από τα χάπια. Στις περισσότερες περιπτώσεις δεν εμφανίζεται αίμα στο ενδιάμεσο μεταξύ δυο περιόδων. Αυτό όμως ενδέχεται να συμβεί αν και η πιθανότητα μειώνεται σημαντικά από μήνα σε μήνα, ως εξής:

♀ Πρώτος μήνας, πιθανότητα 18,8%

♀ Τρίτος μήνας, πιθανότητα 11,1%

♀ Έκτος μήνας, πιθανότητα 10,2%

♀ Δωδέκατος μήνας, πιθανότητα 7,3%

♀ Δεύτερος χρόνος, πιθανότητα 6%

♀ Τρίτος χρόνος, πιθανότητα 2,6%

Η εμφάνιση σταγονοειδούς αιμορραγίας δεν σημαίνει έλλειψη αντισύλληψης δράσης.

- **Ποιες γυναίκες δεν πρέπει να χρησιμοποιούν το «χάπι»;**

Οι αντενδείξεις του «χαπιού» ταξινομούνται σε δυο κατηγορίες. Τις απόλυτες αντενδείξεις (γυναίκες που δεν πρέπει να κάνουν αντισύλληψη) και τις σχετικές αντενδείξεις (γυναίκες που μπορούν να χρησιμοποιήσουν το «χάπι» όταν παρέλθει ο λόγος που προσωρινά τα απαγορεύει).

Στις απόλυτες αντενδείξεις έχουμε:

1. Θρομβοφλεβίτιδα, παρούσα ή στο παρελθόν
2. Ύπαρξη στεφανιαίας νόσου
3. Παρουσία καρκίνου (στήθος, μήτρα, ωοθήκες)
4. Ημικρανία
5. Υπέρταση

Στις σχετικές αντενδείξεις ανήκουν:

1. Αδιάγνωστη και αθεράπευτη αιμορραγία από το γεννητικό σύστημα.
2. Σοβαρή ηπατική νόσος (π.χ. ηπατίτιδα) μέχρι ότου οι ηπατικές εξετάσεις γίνουν φυσιολογικές.
3. Επιληψία, διαβήτης υπέρ ή υποθυρεοειδισμός.
4. Λήψη φαρμάκων (ορισμένα αντιβιοτικά, αντιεπιληπτικά, ηρεμιστικά).
5. Η πιθανότητα εγκυμοσύνης μέχρι να διευκρινιστεί ότι δεν υφίσταται.

• Μήπως το χάπι επηρεάζει τη γονιμότητα;

Μετά τη διακοπή των αντισυλληπτικών δισκίων αποκαθίσταται σχεδόν αμέσως η αναπαραγωγική λειτουργία και η γονιμότητα. Η αντισύλληψη με το «χάπι», είναι πλήρως, 100% αντιστρεπτή αντισυλληπτική μέθοδος. Σε μικρό ποσοστό των γυναικών η πλήρης επαναφορά της γονιμότητας ίσως καθυστερεί 2-3 μήνες. Είναι βέβαιο, όμως, ότι δεν υπάρχει οποιαδήποτε επίπτωση των αντισυλληπτικών δισκίων στη γονιμότητα, την πιθανότητα σύλληψης, την πορεία της εγκυμοσύνης, το ποσοστό αποβολών, τη γέννηση υγιών παιδιών κ.ο.κ.



• Πώς λαμβάνεται το «χάπι»;

Αν η γυναίκα έχει αποφασίσει να ξεκινήσει αντισύλληψη και δεν υπάρχουν αντενδείξεις, το χάπι πρέπει να λαμβάνεται για πρώτη φορά, την πρώτη μέρα της περιόδου. Οι συσκευασίες είναι ημερολογιακές γράφουν δηλαδή σε κάθε χάπι μια ημέρα. Αν η πρώτη ημέρα της περιόδου είναι π.χ. Τετάρτη, αρχίζει η λήψη από ένα χάπι που αντιστοιχεί σε μια Τετάρτη. Έτσι, συνεχίζοντας τη λήψη κυκλικά, σύμφωνα με τα βελάκια, μπορεί να ελέγχει αν έχει πάρει το χάπι ή το έχει ξεχάσει.

Μόλις τελειώσει η συσκευασία, 21 χάπια -21 ημέρες, ακολουθεί διάστημα 7 ημερών χωρίς χάπι, κατά το οποίο θα εμφανιστεί η περίοδος. Η γυναίκα θα τελειώσει τη συσκευασία ημέρα Τρίτη, αν έχει αρχίσει Τετάρτη, Σάββατο αν έχει αρχίσει Κυριακή κ.ο.κ. Την επόμενη συσκευασία θα την ξεκινήσει σε μια εβδομάδα, την ίδια ημέρα με την ημέρα που άρχισε. Αν π.χ. είχε αρχίσει Δευτέρα 1 του μηνός, θα τελειώσει τη συσκευασία Κυριακή 21 του μηνός (ημέρα που θα πάρει το τελευταίο χάπι) και θα ξαναρχίσει τη Δευτέρα 29 του μηνός, ακόμα κι αν συνεχίζεται η περίοδος της.

1.5. ΓΥΝΑΙΚΕΙΟ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟ

Το προφυλακτικό για γυναίκες παρά του ότι υπάρχει για πολλά χρόνια διαθέσιμο στην Ευρώπη δεν το βρίσκει κανείς εύκολα στην Ελλάδα. Είναι σχεδιασμένο για να εφαρμόζει σε όλες τις γυναίκες και είναι κατάλληλο για όλες τις ηλικίες. Θεωρείται μια εναλλακτική λύση στη θέση του προφυλακτικού που χρησιμοποιείται και εφαρμόζεται στον άνδρα. Εάν χρησιμοποιηθεί ορθά, είναι αποτελεσματικό στην πρόληψη της εγκυμοσύνης και είναι ένας φραγμός στη μετάδοση των ασθενειών που μεταδίδονται διαμέσου του σεξ. Το γυναικείο προφυλακτικό έχει μήκος 14 εκατοστών, μορφή κυλινδρικής θήκης που εφαρμόζει χαλαρά στον κόλπο και έχει λιπαντική ουσία. Η τοποθέτησή του στον κόλπο γίνεται πιο εύκολη χάρις σε μαλακό δακτύλιο που μπορεί να αφαιρεθεί. Στο εξωτερικό μέρος βρίσκεται ένας μεγάλος εύκαμπτος δακτύλιος, ο οποίος καλύπτει το άνοιγμα του κόλπου και το αιδοίο. Με τον τρόπο αυτό προσφέρει επιπρόσθετη ασφάλεια.

Τα **πλεονεκτήματα** του γυναικείου προφυλακτικού είναι πολλά και σημαντικά:

- ➔ Πρόκειται για μια αντισυλληπτική μέθοδο που βρίσκεται υπό τον πλήρη έλεγχο της γυναίκας.
- ➔ Μπορεί να τοποθετηθεί στον κόλπο ακόμη και 8 ώρες πριν από μια σεξουαλική επαφή.
- ➔ Επειδή είναι μαλακό και εύκαμπτο, δεν προκαλεί πόνο κατά την εισαγωγή ή την εξαγωγή του από τον κόλπο.
- ➔ Είναι κατασκευασμένο από πολουρεθάνη και όχι από λατέξ. Η πολουρεθάνη, σε αντίθεση με το λατέξ, είναι καλός αγωγός της θερμότητας. Για το λόγο αυτό το σεξ κάτω από τις συνθήκες αυτές προσφέρει μεγαλύτερη άνεση και ευχαρίστηση από ότι το ανδρικό προφυλακτικό.
- ➔ Είναι δυνατό και ανθεκτικό, δεν έχει καμία μυρωδιά και μπορεί να χρησιμοποιηθεί με οποιαδήποτε λιπαντική κρέμα.
- ➔ Μπορεί να χρησιμοποιηθεί και κατά τη διάρκεια της περιόδου.
- ➔ Δεν είναι απαραίτητο για τον άνδρα να έχει μια πλήρη στύση για να καταστεί δυνατή η χρήση του. Με το ανδρικό προφυλακτικό είναι αναγκαίο να υπάρχει μια

πλήρης στύση για να μπορεί να γίνει η τοποθέτηση του σωστά και η διατήρησή του στη θέση του.

➔ Μετά από την εκσπερμάτωση ο άνδρας δεν είναι υπόχρεος να αποτραβηχτεί αμέσως.

➔ Προσφέρει μεγαλύτερη προστασία στον κόλπο και στο αιδοίο και έτσι προστατεύει περισσότερο από τις μολυσματικές ασθένειες που μεταδίδονται διαμέσου του σεξ.

Τα **μειονεκτήματά** του είναι τα εξής:

➔ Κατά τη διάρκεια της συνουσίας κάνει ένα θόρυβο όπως το τρίξιμο.

➔ Η εφαρμογή του στον κόλπο είναι χαλαρή.

➔ Υπάρχει η πιθανότητα κατά τη διάρκεια της συνουσίας να σπρωχθεί προς τα μέσα, εντός του κόλπου.

➔ Υπάρχει ο κίνδυνος το πέος να εισέλθει εντός του κόλπου περνώντας δίπλα από το γυναικείο προφυλακτικό και έτσι στην ουσία αυτό να μη χρησιμοποιηθεί.

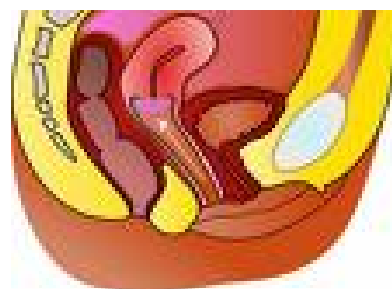
Το γυναικείο προφυλακτικό είναι περισσότερο αποτελεσματικό σε σύγκριση με το διάφραγμα ή το τραχηλικό κάλυμμα. Όμως είναι σημαντικό να τονίσουμε ότι η αποτελεσματικότητά του εξαρτάται όπως και στην περίπτωση του ανδρικού προφυλακτικού από την ορθή χρήση. Οι άνδρες προτιμούν το γυναικείο προφυλακτικό διότι δεν τους περιορίζει και δεν εφαρμόζει σφιχτά γύρω από το πέος όπως το ανδρικό προφυλακτικό. Είναι μίας χρήσης μόνο, έτσι εάν χρησιμοποιηθεί ξανά, η προστασία που προσφέρει εναντίον των ασθενειών και για μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, μειώνεται.

1.6. ΔΙΑΦΡΑΓΜΑ

Το διάφραγμα είναι ένας μαλακός, ελαστικός θόλος ο οποίος σχηματίζει ένα φραγμό ώστε να μην φθάνει το σπέρμα στον τράχηλο. Μια σπερματοκτόνος αλοιφή που χρησιμοποιείται μαζί με το διάφραγμα σκοτώνει ή αδρανοποιεί το σπέρμα. Η Αποτελεσματικότητα: 85%.

Πλεονεκτήματα της μεθόδου:

➔ Ασφαλές.



- Η γονιμότητα επανέρχεται αμέσως μετά την διακοπή της χρήσης της.
- Μπορεί να τοποθετηθεί 2-3 ώρες πριν την επαφή.
- Μπορεί θεωρητικά να ελαττώσει τον κίνδυνο από καρκίνο του τραχήλου.
- Προφύλαξη ενάντια σε μερικά σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

Μειονεκτήματα της μεθόδου:

- Πρέπει να τοποθετηθεί από γυναικολόγο την πρώτη φορά
- Χρειάζεται ιατρική συνταγή.
- Πρέπει να χρησιμοποιείται κάθε φορά
- Μπορεί να φύγει από την θέση του.
- Μερικές γυναίκες μπορεί να είναι αλλεργικές στο σπερματοκτόνο ή στο υλικό κατασκευής τους.
- Πρέπει να αντικαθίσταται ανά τακτά χρονικά διαστήματα.
- Χρειάζεται να χρησιμοποιείται με κάποιο σπερματοκτόνο.
- Μπορεί να προκαλέσει αύξηση στις ουρολοιμώξεις.
- Χρειάζεται να ελεγχθεί ξανά το μέγεθος εάν υπάρχει μεγάλη αύξηση ή ελάττωση βάρους ή μετά από εγκυμοσύνη.
- Δεν θα πρέπει να χρησιμοποιείται από γυναίκες με ιστορικό τοξικού shock ή με συχνές ουρολοιμώξεις.



Τρόπος χρήσης

Πριν την τοποθέτησή του τοποθετείται σπερματοκτόνο στο εσωτερικό ή στα χείλη του διαφράγματος και στη συνέχεια εισάγεται βαθιά στον κόλπο καλύπτοντας τον τράχηλο.

Χρειάζεται επικοινωνία με το γιατρό εάν συμβεί κάτι από τα παρακάτω:

- Αίσθημα πόνου ή αδιαφορίας όταν το έχει ήδη τοποθετηθεί.
- Εάν ο σύντροφός αισθανθεί πόνο κατά την διάρκεια της επαφής
- Συχνές ουρολοιμώξεις
- Ευαισθησία ή ερεθισμός του κόλπου ή εξάνθημα στην περιοχή των γεννητικών οργάνων



→ Αυξημένα ή οσμηρά κολπικά υγρά.

1.7. ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΣ ΣΠΟΓΓΟΣ

Ο γυναικείος σπόγγος τοποθετείται στον κόλπο και εισέρχεται μέχρι τον τράχηλο, περίπου 24 ώρες πριν από τη σεξουαλική επαφή. Μπορεί να παραμείνει εντός του τραχήλου μέχρι και 6-8 ώρες μετά την επαφή. (Διαμαντή Ρ., Παπασταύρου Β. 2005)

Ο αντισυλληπτικός σπόγγος είναι κατασκευασμένος από πολουρεθάνιο και είναι επικαλυμμένος με σπερματοκτόνο. Παράγεται σε ένα μέγεθος που προσαρμόζεται σε όλες τις γυναίκες. Ο σπόγγος αποτελεί μια εναλλακτική μέθοδο για όσες γυναίκες επιθυμούν αντισύλληψη χωρίς τη χρήση ορμονικών σκευασμάτων. Η αντισυλληπτική δράση του σπόγγου έγκειται σε δυο συνιστώσες. Πρώτον δρα σαν φυσικός φραγμός, μπλοκάροντας το σπέρμα να εισέλθει εντός της μητρικής κοιλότητας. Κατά δεύτερο λόγο επειδή ο σπόγγος είναι επικαλυμμένος με διάφορα σπερματοκτόνα δρα και ως χημικός φραγμός. Επίσης λόγω του ότι τα σπερματοκτόνα έχουν εμφανίσει αντιυικές ιδιότητες αρκετοί ερευνητές εκτιμούν πως ο σπόγγος μπορεί να έχει χρήση και στην πρόληψη μετάδοσης των ΣΜΝ.

Τα **πλεονεκτήματά** της μεθόδου είναι:

- Χορηγείται χωρίς ιατρική συνταγή.
- Δεν χρειάζεται να τοποθετείται από τον γιατρό, εφόσον είναι ενός μεγέθους.
- Είναι πάντα διαθέσιμο, αφού μπορεί να μεταφέρεται μέσα στην τσάντα ή στην τσέπη.
- Εύκολο στη χρήση και στην αφαίρεσή του.
- Μπορεί να τοποθετηθεί ακόμα και κατά την διάρκεια της συνεύρεσης, λίγο πριν από τη σεξουαλική πράξη.
- Δεν προκαλεί αντιαισθητικά αποτελέσματα όπως οι σπερματοκτόνες κρέμες και οι σπερματοκτόνοι αφροί.
- Δεν μειώνει την απόλαυση κατά τη διάρκεια της ερωτικής επαφής.

- ➔ Μπορεί να τοποθετηθεί και 12 ώρες πριν την ερωτική επαφή, επιτρέποντας παραπάνω από μια ερωτικές συνευρέσεις.
- ➔ Είναι καθαρά θέμα της γυναίκας να το χρησιμοποιεί, χωρίς να χρειάζεται συγκατάθεση ή ενεργός συμμετοχή του άνδρα όπως συμβαίνει με το προφυλακτικό.

1.8. ΚΟΛΠΙΚΟΣ ΔΑΚΤΥΛΙΟΣ

Ο κολπικός δακτύλιος είναι ένας λεπτός, διαφανής, ελύγιστος δακτύλιος που εισάγεται από την ίδια την γυναίκα στον κόλπο για να παρέχει αντισυλληπτική προστασία. Εισήχθη στις αντισυλληπτικές μεθόδους για πρώτη φορά το 2001. Ο κολπικός δακτύλιος παραμένει για τρεις εβδομάδες στον κόλπο, όπου σταδιακά απελευθερώνει οιστρογόνα και προγεστίνη μέσα στο σώμα. Οι ορμόνες αυτές σταματούν την ωρίμανση των ωαρίων, λεπταίνουν τον τραχηλικό βλεννογόνο και σχηματίζουν φραγμό απέναντι στο ανδρικό σπέρμα που γονιμοποιεί το ωάριο. Μετά από συνεχή χρήση για τρεις εβδομάδες και αφαίρεσή του την τέταρτη εβδομάδα, εξασφαλίζει για ένα μήνα έλεγχο γεννήσεων και φυσιολογική έναρξη της εμμήνου ρύσεως. Η αποτελεσματικότητά του είναι 98-99%. (Διαμαντή P., Παπασταύρου Β. 2005)



Ο κολπικός δακτύλιος τοποθετείται από τη γυναίκα κατά τις πέντε πρώτες μέρες του κύκλου ή εντός πέντε ημερών από μια αποβολή πρώτου τριμήνου. Στην περίπτωση αποβολής δευτέρου τριμήνου ή τοκετού ο κολπικός δακτύλιος μπορεί να τοποθετηθεί μετά από τέσσερις εβδομάδες, ενώ γυναίκες που θηλάζουν μετά τον τοκετό πρέπει να συμβουλευτούν τον γιατρό τους. Είναι αποτελεσματικός μετά από τέσσερις εβδομάδες συνεχούς χρήσης. Προκειμένου να μειωθεί η πιθανότητα εγκυμοσύνης και οι μολύνσεις του γεννητικού συστήματος, ειδικά κατά τη διάρκεια της πρώτης εβδομάδας χρήσης, μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε συνδυασμό με ανδρικό προφυλακτικό ή σπερματοκτόνο.

Μετά τις τέσσερις εβδομάδες αφαιρείται και μπορεί να τοποθετηθεί νέος. Η γυναίκα μπορεί να μεταβεί απευθείας στη χρήση του κολπικού δακτυλίου από μια άλλη ορμονική μέθοδο χωρίς να υπάρχει κενό στην αποτελεσματικότητά της αντισύλληψης.

Πλεονεκτήματα της μεθόδου:

- ➔ Είναι εύκολο στη χρήση, τοποθετείται και αφαιρείται από την ίδια την γυναίκα
- ➔ Μπορεί να χρησιμοποιείται για τρεις εβδομάδες.
- ➔ Επηρεάζει την γονιμότητα μόνο για ένα μήνα κάθε φορά που χρησιμοποιείται.

Μειονεκτήματα της μεθόδου:

- ➔ Απαιτεί ιατρική συνταγή για τη χορήγησή του.
- ➔ Δεν προστατεύει από ΣΜΝ.
- ➔ Αυξάνει τον κίνδυνο καρδιακής προσβολής και ανακοπής.
- ➔ Δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί από γυναίκες μεγαλύτερες των 35 ετών που καπνίζουν, γυναίκες με ιστορικό καρδιακής προσβολής ή ανακοπής, με ιστορικό στηθάγχης, με ανεξήγητη κολπική αιμόρροια, με κακοήγη αρτηριακή υπέρταση, με σακχαρώδη διαβήτη, με εγκυμοσύνη ή υποψία εγκυμοσύνης, με διαγνωσμένο καρκίνο μαστού ή μήτρας ή υποψία καρκίνου, με ηπατική νόσο, με ίκτερο και με αλλεργική αντίδραση στον κολπικό δακτύλιο.

1.9. ΚΟΛΠΙΚΟ ΥΠΟΘΕΤΟ

Είναι μικρό, κωνικού σχήματος, κηρώδους υφής. Τοποθετείται στον κόλπο 10 λεπτά πριν από κάθε σεξουαλική επαφή, για να διαλυθεί με τη θερμοκρασία του σώματος. Καθώς τήκεται πρέπει να επικαλύψει τον τράχηλο. Διαθέτει ένα συστατικό που μειώνει την κινητικότητα ή θανατώνει το ανδρικό σπέρμα

Τοποθετείται στον κόλπο με τη βοήθεια του δείκτη, 10 λεπτά πριν από κάθε σεξουαλική επαφή. Όσο πιο κοντά στον τράχηλο τοποθετηθεί, τόσο καλύτερη προστασία παρέχεται μετά τη διάλυσή του. Εάν δεν πραγματοποιηθεί σεξουαλική επαφή εντός μιας ώρας από την εισαγωγή του στον κόλπο, χάνει τη δραστηριότητά του και απαιτείται επανάληψη της προηγούμενης διαδικασίας. Η είσοδος νερού στον κόλπο μετά την τοποθέτησή του καλύτερα να αποφεύγεται ή να πραγματοποιείται τουλάχιστον 6-8 ώρες μετά την τελευταία σεξουαλική επαφή.

Πλεονεκτήματα της μεθόδου:

- ➔ Μπορεί να προσφέρει προστασία από τα ΣΜΝ.
- ➔ Δεν απαιτείται ιατρική συνταγή για την χορήγησή του.
- ➔ Οι περισσότερες γυναίκες δεν αναφέρουν ανεπιθύμητες ενέργειες.

Μειονεκτήματα της μεθόδου:

- ➔ Υψηλό ποσοστό εμφάνισης εγκυμοσύνης μεταξύ των γυναικών που το χρησιμοποιούν.
- ➔ Μειωμένη αποτελεσματικότητα σε σχέση με το χάπι ή το διάφραγμα.

1.10. ΣΠΕΡΜΑΤΟΚΤΟΝΕΣ ΑΛΟΙΦΕΣ

Είναι χημικοί φραγμοί οι οποίοι αποτελούνται από δυο τμήματα, ένα χημικό σπερματοκτόνο και μια βάση μεταφοράς του σπερματοκτόνου. Η αποτελεσματικότητά τους κυμαίνεται από 79-97%. Κάθε κατηγορία παρουσιάζει διαφορετική αποτελεσματικότητα. Οι αφροί παρέχουν τη μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα σε σχέση με τα υπόλοιπα σπερματοκτόνα

Τοποθετούνται στον κόλπο δέκα λεπτά πριν από κάθε σεξουαλική επαφή. Όσο πιο κοντά στον τράχηλο τοποθετηθούν τόσο καλύτερη προστασία παρέχεται μετά τη διάλυσή τους. Η ποσότητα που τοποθετείται είναι διαφορετική για κάθε κατηγορία σπερματοκτόνου. Εάν δεν πραγματοποιηθεί σεξουαλική επαφή εντός μισής ώρας από την εισαγωγή του στον κόλπο χάνουν τη δραστηρότητά τους και απαιτείται τοποθέτηση νέας δόσης. Όσο νωρίτερα πραγματοποιηθεί η σεξουαλική επαφή μετά την τοποθέτησή τους, τόσο πιο αποτελεσματικές είναι.

Πλεονεκτήματα της μεθόδου:

- ➔ Είναι αποτελεσματικά μέσα αντισύλληψης όταν χρησιμοποιούνται συνεχώς και σωστά.
- ➔ Είναι ασφαλή.
- ➔ Εύκολη η έναρξη χορήγησης και η διακοπή τους.
- ➔ Άμεση επιστροφή της γονιμότητας μετά το τέλος της χρήσης.
- ➔ Δεν απαιτείται ιατρική συνταγή για την χρήση τους.
- ➔ Μπορούν να χρησιμοποιηθούν από ορισμένες κατηγορίες γυναικών οι οποίες δεν μπορούν ή δεν επιθυμούν τη χρήση ορμονικών μεθόδων αντισύλληψης, χρειάζονται συμπληρωματική μέθοδο αντισύλληψης, δεν έχουν συχνή σεξουαλική επαφή και όσες χρειάζονται αντισύλληψη κατά τη διάρκεια του θηλασμού.

Μειονεκτήματα της μεθόδου:

- ➔ Είναι λιγότερο αποτελεσματικά σε σχέση με άλλες μεθόδους.
- ➔ Εμφανίζεται αύξηση της συχνότητας των μυκητιάσεων και των λοιμώξεων του ουροποιητικού συστήματος στις γυναίκες.
- ➔ Δεν προστατεύουν από ΣΜΝ.

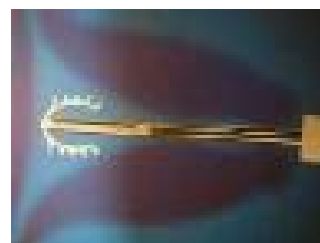
1.11. ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟ ΣΠΕΙΡΑΜΑ

Είναι συσκευή που τοποθετείται στην κοιλότητα της μήτρας, προσφέροντας υψηλής ποιότητας αντισύλληψη. Τα ενδομητρικά σπειράματα ποικίλλουν σε:

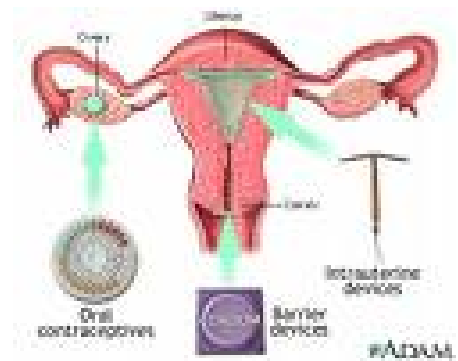
- ➔ **Μέγεθος.** Τα μεγάλα σπειράματα είναι τα πιο αποτελεσματικά, ωστόσο τα μικρά προτιμώνται σε άτοκες γυναίκες, λόγω λιγότερων ανεπιθύμητων ενεργειών.
- ➔ **Σχήμα.** Το συνηθέστερο είναι το σχήμα T, αλλά υπάρχουν και σπειράματα τύπου 7, ελικοειδή κ.α.
- ➔ **Σύσταση.** Αποτελούνται από εύκαμπτο πλαστικό υλικό, με περιέλιξη από μέταλλο ή με προγεστερόνη.

Η τοποθέτηση μπορεί να γίνει οποιαδήποτε μέρα του κύκλου. Επειδή όμως προϋπόθεση της τοποθέτησης είναι η βεβαιότητα ότι η γυναίκα δεν είναι έγκυος, προτιμάται η 1^η – 7^η μέρα του κύκλου, δηλαδή κατά τη διάρκεια της εμμηνου ρύσεως ή αμέσως μετά.

Τα ενδομητρικά σπειράματα μπορούν να χρησιμοποιηθούν από γυναίκες που επιθυμούν μακράς διάρκειας αντισύλληψη και δεν μπορούν ή δεν θέλουν να χρησιμοποιήσουν αντισυλληπτική. Επίσης η εφαρμογή τους μπορεί να γίνει μετά από τοκετό, τεχνητή διακοπή εγκυμοσύνης ή κατά τη διάρκεια του θηλασμού. Η χρήση τους γενικά προτιμάται σε γυναίκες με μικρό κίνδυνο για ΣΜΝ μια και πρόκειται για μέθοδο αντισύλληψης που επιτρέπει τη ελεύθερη σεξουαλική επαφή. Επίσης προτιμάται σε γυναίκες που έχουν τεκνοποιήσει και δεν επιθυμούν άλλα παιδιά.



Η εφαρμογή ενδομητρικού σπειράματος αντενδείκνυται σε περιπτώσεις: α) εγκυμοσύνης, πρόσφατης πυελικής φλεγμονής, σαλπιγγίτιδας, και μητρίτιδας β) γυναίκες που πάσχουν από φυματίωση της πύελου, καρκίνο του γεννητικού συστήματος γ) γυναίκες που εμφανίζουν συγγενείς ανωμαλίες της μήτρας δ) γυναίκες με συχνή εναλλαγή συντρόφων. (Διαμαντή Ρ., Παπασταύρου Β. 2005)



Πλεονεκτήματα της μεθόδου:

Παρέχει υψηλή αποτελεσματικότητα η οποία είναι άμεση, από την στιγμή τοποθέτησής του, έχει μέγιστη διάρκεια 10 ετών και δεν επηρεάζει την σεξουαλική πράξη. Επίσης μετά την αφαίρεσή του ή γυναίκα επανακτά πλήρως την γονιμότητά της, ενώ αξιοσημείωτο είναι ότι το σπείραμα μπορεί να χρησιμοποιηθεί χωρίς ανεπιθύμητες ενέργειες κατά την περίοδο του θηλασμού.

Πρόκειται για μια μέθοδο αντισύλληψης η οποία εκτός από μια επίσκεψη μετά την τοποθέτηση του σπειράματος, δεν απαιτεί περαιτέρω ιατρική παρακολούθηση, εκτός εάν ο χρήστης παραπονεθεί για τυχόν προβλήματα.

Συνήθεις ανεπιθύμητες ενέργειες είναι:

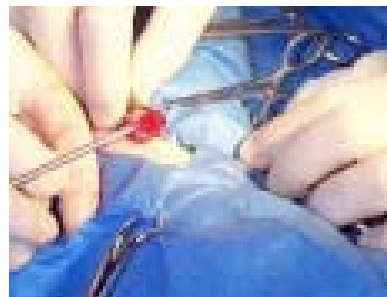
- ➔ Καταμήνιος αιμορραγία.
- ➔ Κολπική αιμορραγία.
- ➔ Επώδυνες μυϊκές συσπάσεις εμμήνων ρύσεων .
- ➔ Πόνος κατά τη διάρκεια της περιόδου.
- ➔ Κολπικές εκκρίσεις.

1.12. Γυναικεία Στείρωση / Απολίνωση των σαλπίγγων

Είναι μια εξαιρετικά αποτελεσματική και μόνιμη μέθοδος αντισύλληψης για υγιείς γυναίκες που είναι απόλυτα σίγουρες ότι δεν θέλουν άλλα παιδιά. Συνίσταται κυρίως σε γυναίκες πάνω από 35 χρονών. Πρόκειται για μια απλή επέμβαση, με γενική αναισθησία, κατά την οποία οι σάλπιγγες αποκόπτονται και δένονται, καυτηριάζονται ή τοποθετούνται σ' αυτές δακτύλιοι ή κλιπς, ώστε να γίνει αδύνατη η συνάντηση ωαρίου και σπερματοζωαρίου. Έχει αποτελεσματικότητα 99.99%. (Ρελάκης Α., 1998)

Πλεονεκτήματα της μεθόδου είναι:

- Η πιο αποτελεσματική μέθοδος που υπάρχει για τη γυναίκα.
- Η γυναίκα απελευθερώνεται από το άγχος μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και μπορεί να απολαύσει πιο πολύ το σεξ.



- Δεν επηρεάζει το ορμονικό σύστημα (η γυναίκα θα συνεχίσει να έχει περίοδο).

Μειονεκτήματα της μεθόδου είναι:

- Πρέπει να θεωρείται μη αναστρέψιμη μέθοδος.
- Δεν προστατεύει από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.
- Ως χειρουργική επέμβαση μπορεί να έχει μερικές επιπλοκές.

1.13. ΑΝΔΡΙΚΗ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ

1.13.1. Εισαγωγή

Για πολλές δεκαετίες, ήταν κοινή πεποίθηση ότι οι άντρες αδιαφορούσαν για την αντισύλληψη και δεν έπαιρναν την ευθύνη της γονιμότητας τους. Από τη στιγμή που βγήκε το αντισυλληπτικό χάπι για τις γυναίκες έγιναν περισσότερο απρόθυμοι να αναλάβουν το βάρος της αντισύλληψης σε μια σχέση. Αν και αυτό δεν είναι αλήθεια για όλους τους άντρες, μπορεί στο παρελθόν να ίσχυε για αρκετούς.



Παρόλα αυτά, τις τελευταίες δεκαετίες οι δημογραφικές έρευνες δείχνουν μια στροφή στην αντίληψη και την στάση των αντρών. Το 13 έως 80 % των αντρών, αναλόγως της χώρας και της έρευνας, εκφράζουν ενδιαφέρον για τη χρήση αντισύλληψης. Μια πρόσφατη μελέτη σε δείγμα 9000 ανδρών σε εννιά χώρες (Ισπανία, Βραζιλία, Μεξικό και Γερμανία) έδειξε ότι το αντίστοιχο ποσοστό είναι πάνω από 60 %. Στις περισσότερες από αυτές τις μελέτες η ερώτηση αφορούσε το αν θα χρησιμοποιούσαν ορμονικά χάπια ή ενέσεις στην περίπτωση που αυτά ήταν διαθέσιμα. Έτσι πιθανολογείται ότι μια λιγότερο επεμβατική μέθοδος θα προκαλέσει μεγαλύτερο ενδιαφέρον.

Στις χώρες με αποτελεσματική ιατρική κάλυψη, τα ζευγάρια αποθαρρύνονται λιγότερο από το κόστος της μόνιμης στειροποίησης και η ανδρική στειροποίηση είναι η προτιμώμενη μέθοδος. Στην Ολλανδία για παράδειγμα, το 50 % των ζευγαριών που είναι πάνω από 35 ετών, επιλέγει τη στειροποίηση και πάνω από το 70% πρόκειται για ανδρική στειροποίηση.

Επιπλέον της εμφάνισης μιας νέας γενιάς ανδρών που συμμετέχει ενεργά στην αντισύλληψη μέσα σε μια σχέση, παρατηρείται και μια στροφή στην κουλτούρα παγκοσμίως. Οι άντρες όχι απλώς αναλαμβάνουν την ευθύνη για τη γονιμότητα τους άλλα θέλουν τον πλήρη έλεγχο. Μπορεί να ακούγεται αρετικό, ότι οι άντρες μπορούν να πέσουν θύματα πλεκτάνης αλλά για ανύπαντρους άντρες σε ευημερούσες κοινωνίες αυτό έχει γίνει ένας συνήθης φόβος. Σε ένα περιβάλλον με DNA τεστ πατρότητας, μηχανογραφημένο σύστημα παρακολούθησης της πατρικής διατροφής, και ολοένα και περισσότερες γυναίκες να εξαντλούν τα χρονικά περιθώρια τεκνοποίησης, οι άντρες έχουν πολύ περισσότερους λόγους να θέλουν απόλυτο έλεγχο στη γονιμότητα τους. (Αρτεμάκης Σ., 2006)

1.13.2. Αντρικό προφυλακτικό

Το αντρικό προφυλακτικό είναι ένα ελαστικό περίβλημα ειδικά κατασκευασμένο για να εφαρμόζει πάνω στο πέος όταν αυτό βρίσκεται σε στύση. Τα περισσότερα προφυλακτικά (και αυτά που είναι τα πιο αποτελεσματικά) είναι κατασκευασμένα από λάστιχο (λάτεξ), είναι επαλειμμένα με λιπαντικό και περιέχουν και κάποια σπερματοκτόνο ουσία. Τότε, ο μηχανισμός λειτουργίας τους είναι διπλός: Από τη μια το προφυλακτικό εμποδίζει το σπέρμα από το να εισέλθει στον κόλπο της γυναίκας. Από την άλλη η σπερματοκτόνος ουσία εξουδετερώνει τα σπερματοζώαρια.

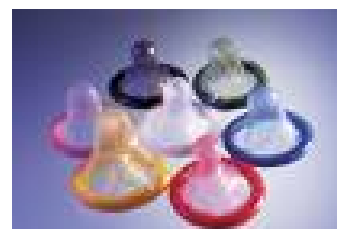


Οδηγίες σωστής χρήσης:

- ✓ Το προφυλακτικό πρέπει να χρησιμοποιηθεί σωστά για να είναι αποτελεσματικό.
- ✓ Τα προφυλακτικά πρέπει να αγοράζονται από φαρμακεία ή από άλλα

καταστήματα τα οποία τα έχουν αποθηκευμένα σωστά, δηλαδή σε σκιερό, δροσερό μέρος. Πρέπει οπωσδήποτε να ελέγχεται η ημερομηνία λήξης του. Αφού αγοραστεί θα πρέπει να φυλάσσεται σε μέρος σκιερό και δροσερό και κάπου όπου δεν θα υπόκειται σε τριβή.

✓ Πρέπει να χρησιμοποιηθεί καθ' όλη τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής, από τη στιγμή που επέρχεται η στύση του πέους. Τοποθετείται προσεκτικά πάνω στο πέος, από τον άντρα ή τη γυναίκα και ξετυλίγεται μέχρι τη βάση του πέους. Πρέπει να μπει από τη σωστή πλευρά (δηλαδή από την πλευρά απ' όπου ξετυλίγεται εύκολα και που είναι επαλειμμένη με το λιπαντικό), αφήνοντας ελεύθερη τη θηλή που υπάρχει στην άκρη και αφαιρώντας από αυτή τον αέρα ώστε να μπορεί να χωρέσει το σπέρμα μετά την εκσπερμάτιση.



✓ Αφού γίνει η εκσπερμάτιση ο άντρας πρέπει να τραβηχτεί αμέσως κρατώντας το προφυλακτικό στη βάση του πέους για να μην μείνει το προφυλακτικό μέσα στον κόλπο. Πρέπει να γίνει έλεγχος του προφυλακτικού μετά την αποτράβηξη, γιατί αν έχει τρυπήσει δεν θα υπάρχει σπέρμα μέσα. Στη συνέχεια το προφυλακτικό πρέπει να δεθεί κόμπο και πεταχτεί στα σκουπίδια.

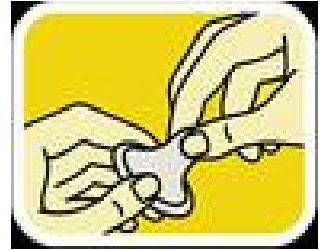
✓ Στην περίπτωση που πρέπει να χρησιμοποιηθεί επιπλέον λιπαντική ουσία (λόγω μη επαρκούς ύγρανσης του κόλπου), τότε αυτή πρέπει να έχει βάση το νερό. Για παράδειγμα μπορεί να χρησιμοποιηθεί το υδατοδιαλυτό λιπαντικό ζελέ αλλά ποτέ κάποια λιπαρή ουσία όπως η βαζελίνη.



✓ Το προφυλακτικό είναι μίας χρήσης και για κάθε σεξουαλική επαφή πρέπει να χρησιμοποιείται καινούριο. Η αποτελεσματικότητα του προφυλακτικού κυμαίνεται από 88-95%. (Αρτεμάκης Σ., 2006)

Πλεονεκτήματα της μεθόδου:

- ➔ Το προφυλακτικό είναι η μόνη μέθοδος αντισύλληψης που προστατεύει από ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες και από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, καθώς και όλες τις συνέπειες αυτών.
- ➔ Σχεδόν όλοι μπορούν να τα χρησιμοποιήσουν και η χρήση τους είναι εύκολη.
- ➔ Δεν στοιχίζουν πολύ και δεν χρειάζεται συνταγή γιατρού για την αγορά τους.
- ➔ Δεν έχουν παρενέργειες όπως ορισμένες άλλες μέθοδοι αντισύλληψης.
- ➔ Επιτρέπουν στον άντρα να αναλάβει ευθύνη και για την πρόληψη μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και για την πρόληψη των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων.



→ Επιτρέπουν στο ζευγάρι μεγαλύτερη απόλαυση κατά τη διάρκεια του σεξ μια που δεν χρειάζεται να ανησυχεί για ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη ούτε για σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

→ Καθυστερούν την εκσπερμάτιση οπότε βοηθούν άντρες που έχουν πρόωρη εκσπερμάτιση.

Μειονεκτήματα της μεθόδου:

→ Υπάρχουν άτομα που είναι αλλεργικά στο λάτεξ ή στο σπερματοκτόνο.

→ Πρέπει να τοποθετηθεί κατά τη διάρκεια του σεξ, κάτι που ορισμένα άτομα αντιλαμβάνονται σαν εμπόδιο. Από την άλλη όμως η τοποθέτηση του προφυλακτικού μπορεί να θεωρηθεί σαν μέρος του ερωτικού παιχνιδιού.

→ Μερικές φορές σπάζουν λόγω λανθασμένης φύλαξης ή κακής χρήσης.

→ Μερικά άτομα ντρέπονται να τα αγοράσουν ή να ζητήσουν από τον σύντροφο τους να τα χρησιμοποιήσουν. Για τη χρήση του προφυλακτικού χρειάζεται η συγκατάθεση και των δύο ατόμων του ζευγαριού.

→ Ορισμένα άτομα παραπονιούνται ότι το προφυλακτικό μειώνει την απόλαυση. Ωστόσο οι συνέπειες μια ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης ή ενός σεξουαλικά μεταδιδόμενου νοσήματος σίγουρα είναι πιο σοβαρές και μακροπρόθεσμες.



Ο οδηγός αυτός δείχνει πως πρέπει να χρησιμοποιηθεί σωστά το προφυλακτικό, ώστε αυτό να παρέχει την καλύτερη δυνατή προστασία από μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη ή τις σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες.

1.13.3. Αντρική στείρωση / Βασεκτομή / Εκτομή σπερματικού πόρου

Είναι μια απλή, γρήγορη (15-λεπτη) και ασφαλής επέμβαση, με τοπική αναισθησία, που καθιστά ένα άντρα στείρο. Αυτό σημαίνει ότι ο άντρας που έχει υποβληθεί σε στειρώση δεν μπορεί πλέον να γονιμοποιήσει. Πρέπει να τονιστεί ότι η στειρώση δεν επηρεάζει καθόλου την ικανότητα ενός άντρα να έχει στύση και σεξουαλική επαφή. Ένας άντρας που έχει κάνει στειρώση θα εξακολουθήσει να εκσπερματώνει με τη διαφορά ότι το σπέρμα δεν θα περιέχει πλέον σπερματοζώαρια. Οι όρχις συνεχίζουν να παράγουν σπερματοζώαρια τα οποία όμως απορροφούνται από το σώμα. Η παραγωγή των αντρικών ορμονών δεν επηρεάζεται καθόλου. Πολλοί άντρες μάλιστα διαβεβαιώνουν ότι μετά τη στειρώση αυξάνεται η απόλαυση στο σεξ μια που πλέον δεν πρέπει να ανησυχούν για ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες.

Για να καταλάβει κάποιος το μηχανισμό της στειρώσης πρέπει να καταλάβει την πορεία που ακολουθούν τα σπερματοζώαρια. Τα σπερματοζώαρια παράγονται στους όρχις και ωριμάζουν στις επιδιδυμίδες. Από εκεί, μέσω των σπερματικών πόρων πηγαίνουν στη σπερματοδόχο κύστη όπου αναμιγνύονται με το σπερματικό και προστατικό υγρό. Ακολούθως το σπέρμα βγαίνει μέσω της ουρήθρας από το πέος. Κατά τη στειρώση δένονται ή αποκόπτονται οι σπερματικοί πόροι ώστε τα σπερματοζώαρια να μην μπορούν να ενωθούν με το υπόλοιπο σπέρμα.

Ένας άντρας που έχει υποβληθεί σε στειρώση δεν καθίσταται στείρος αμέσως μετά την επέμβαση διότι εξακολουθεί να υπάρχει κάποια ποσότητα σπέρματος που περιέχει σπερματοζώαρια στους σπερματικούς πόρους. Οπότε για 3 με 4 μήνες μετά και μέχρι η ανάλυση σπέρματος να δείξει ότι δεν περιέχει σπερματοζώαρια, θα πρέπει να χρησιμοποιείται άλλη μέθοδος αντισύλληψης. Η μέθοδος αυτή έχει 99.8% αποτελεσματικότητα.

Πλεονεκτήματα της μεθόδου:

- ➔ Είναι μια πολύ αποτελεσματική μέθοδος.
- ➔ Είναι η μόνη μέθοδος με μόνιμα αποτελέσματα στους άντρες.
- ➔ Εφ' όσον πάψει ο άντρας να εκσπερματώνει σπερματοζώαρια δεν χρειάζεται πλέον να ανησυχεί για ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες.
- ➔ Δεν επηρεάζει την επίδοση στο σεξ, ούτε επεμβαίνει στη διαδικασία της σεξουαλικής επαφής.
- ➔ Δεν υπάρχουν μακροπρόθεσμοι κίνδυνοι για την υγεία.



- ➔ Επιτρέπει στον άντρα να πάρει ευθύνη για τη γονιμότητά του.
- ➔ Η αντρική στείρωση θεωρείται πιο απλή από την αντίστοιχη γυναικεία και η επαναφορά της γονιμότητας, αν το επιθυμεί ο άντρας, είναι περίπου 30%.
- ➔ Είναι κατάλληλη για άντρες κάθε ηλικίας που είναι απόλυτα σίγουροι ότι δεν θέλουν παιδιά, ή άλλα παιδιά για διάφορους λόγους.

Μειονεκτήματα της μεθόδου:

- ➔ Όπως οποιαδήποτε επέμβαση μπορεί να έχει κάποιες βραχυπρόθεσμες επιπλοκές.
- ➔ Χρειάζεται λίγος χρόνος για να επέλθει πλήρης απουσία σπερματοζωαρίων.
- ➔ Δεν προστατεύει από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.
- ➔ Η βασηκτομή είναι επέμβαση που μόνο ειδικός γιατρός μπορεί να κάνει.

1.13.4. Τι θα φέρει το μέλλον

Οι επιστημονική έρευνα στην ανδρική αντισύλληψη προσανατολίζεται σε τέσσερις κατευθύνσεις:



1. Ορμονικές αγωγές, στις ίδιες γραμμές με το γυναικείο χάπι.

Οι ορμόνες όμως θα χορηγούνται με τη μορφή εμφυτευμάτων ή ενέσεων. Οι δυσκολίες ανάπτυξης ορμονικών μεθόδων είναι ποικίλες. Δεν είναι εύκολο να σταματήσεις το σπέρμα στην πηγή του με αρκετή ακρίβεια και χωρίς παρενέργειες. Είναι πολύ απαιτητικό να γνωρίζεις ποιος συνδυασμός ορμονών, σε ποιες δόσεις και με ποιο σύστημα μεταφοράς θα τις χορηγήσεις. Οι παρενέργειες (ισχύει και στα υπάρχοντα γυναικεία χάπια) είναι αναρίθμητες και ο μηχανισμός δράσης των ορμονών δεν είναι πλήρως κατανοητός. Ωστόσο επειδή ο κλάδος είναι ιδιαίτερα ελκυστικός επιστημονικά και εξαιρετικά προσοδοφόρος, οι έρευνες είναι ιδιαίτερα εντατικές.

2. Μη ορμονικές αγωγές με τη χρήση συστατικών όπως η νιφεδιπίνη.

Η νιφεδιπίνη είναι ένα συστατικό δραστικό κατά της υπέρτασης που λαμβάνεται από το στόμα και επιδρά σε ολόκληρο τον οργανισμό. Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε αγωγή παρουσιάζουν μειωμένη γονιμότητα αλλά δεν είναι γνωστό αν προκαλείται από την ίδια την ουσία ή πρόκειται για επιπλοκές υγείας που έχουν οι υπερτασικοί. Το χάπι της νιφεδιπίνης κυκλοφορεί στο εμπόριο εδώ και είκοσι χρόνια χωρίς ακόμα να χρησιμοποιείται για αντισύλληψη.

Διάφορες έρευνες γίνονται πάνω στο δραστικό συστατικό του κινεζικού βοτάνου *Tripterygium wilfordii* ή *lei gong teng*. Το βότανο χρησιμοποιείται στην Κίνα εδώ και χιλιετίες για τη θεραπεία σχεδόν όλων των ασθενειών, από τη ρευματοειδή αρθρίτιδα στο ερυθριματώδη λύκο. Μια από της γνωστές παρενέργειες του είναι η πρόκληση στειρότητας. Από τα διάφορα παρασκευάσματα που προς το παρόν έχουν δοκιμαστεί, τα πιο ενθαρρυντικά αποτελέσματα έχει δώσει η τριπτολίδη.

3. Παραλλαγές της βασεκτομής και ιδιαίτερα της μη-χειρουργικής μεθόδου.

Ήδη στο τελικό στάδιο κλινικών δοκιμών, βρίσκεται η μέθοδος RISUG όπου αντί για τομή ή καυτηρίαση των σπερματογωγών γίνεται έγχυση ενός υλικού το οποίο τους περιβάλλει. Όταν το υλικό αυτό πολυμεριστεί συσφίγγει τους αγωγούς εμποδίζοντας την αγωγή των σπερματοζωαρίων. Όταν τελειοποιηθεί η μέθοδος, θα είναι πλήρως αναστρέψιμη αφού το συγκεκριμένο υλικό θα μπορεί να εκλυθεί με κοινά φαρμακευτικά διαλύματα.

4. Θερμικές αγωγές

Η δηλητηριώδης επίδραση της θερμότητας στην ανδρική γονιμότητα είναι γνωστή από τον 5ο αιώνα προ Χριστού και τον Ιπποκράτη. Δεν είναι ιδιαίτερα κατανοητή αλλά γνωρίζουμε ότι άτομα με κρυπορχιδία είναι λιγότερο γόνιμα εξαιτίας της θέρμανσης του σπέρματος. Πάνω σε αυτή την αρχή κινούνται διάφορες ερευνητικές προσπάθειες για την ανάπτυξη μεθόδων τεχνητής κρυπορχιδίας. Προς το παρόν, έχουν γίνει μελέτες με θερμά λουτρά, υπέρηχους, ακόμα και στηρικτικά εσώρουχα για την παραγωγή της θερμότητας που απαιτείται. Ωστόσο, καμία μέθοδος δεν έχει ακόμα τελειοποιηθεί.

Ευτυχώς, διάφορες άλλες μέθοδοι ανδρικής αντισύλληψης βρίσκονται σε πειραματικό στάδιο και αντιπροσωπεύουν ελκυστικές επιλογές. Οι μέθοδοι αυτές έχουν τύχει σποραδικής προσοχής από τη ερευνητική κοινότητα και επειδή δεν είναι πάρα πολύ γνωστές πολλοί υποθέτουν ότι υποστηρίζονται από περιορισμένα δεδομένα. Ωστόσο η ανάπτυξη τους είναι μέσα στις δυνατότητες της επιστήμης και της κοινωνίας αν και οι τεχνολογικές προκλήσεις είναι σύνθετες. Δεν χρειάζεται κάποια τεχνολογική επανάσταση απλώς περισσότερη αφοσίωση και πόροι για να τελειοποιηθούν.

1.14. ΝΕΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ

14.1 ΚΟΛΠΙΚΟ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΟ ΔΑΧΤΥΛΙΔΙ (Nuva ring)

Είναι ένα ελαστικό διαφανές δαχτυλίδι που τοποθετείται στον κόλπο και απελευθερώνει σε συνεχείς χαμηλές δόσεις οιστρογόνα και προγεστερόνη για περίοδο 21

ημερών. Πιέζοντας με τα δάχτυλα την περιφέρεια του δαχτυλιδιού μπορούμε εύκολα να το τοποθετήσουμε και να το αφαιρέσουμε. Το δαχτυλίδι τοποθετείται την 5η μέρα της περιόδου και έτσι η γυναίκα δεν χρειάζεται να σκέφτεται την αντισύλληψη καθημερινά. Είναι εξίσου αποτελεσματικά με το χάπι (99%) αλλά όπως και το χάπι δεν προστατεύει από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Αντενδείκνυται για τις καπνίστριες.

14.2. ΕΒΔΟΜΑΔΙΑΙΟ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΟ ΤΣΙΡΟΤΟ (Ortho evra)



Είναι ένα λεπτό μπεζ τσιρότο το οποίο απελευθερώνει στο αίμα μέσω του δέρματος οιστρογόνα και προγεστερόνη συνεχώς για 24 ώρες. Τοποθετείται στους γλουτούς, στην κοιλιά, στον κορμό (όχι στο στήθος ή στην πλάτη) και στην



εξωτερική πλευρά του βραχίονα. Αντικαθίσταται με το επόμενο την ίδια μέρα της επόμενης εβδομάδας για τρεις συνεχείς εβδομάδες. Αντέχει σε συνθήκες υγρασίας, είναι εξαιρετικά εύχρηστο και πολύ αποτελεσματικό. Αντενδείκνυται για τις καπνίστριες και για γυναίκες με ιστορικό εμφράγματος, εγκεφαλικού ή καρκίνου. Πονοκέφαλος, ευαισθησία στο στήθος, κράμπες περιόδου και πόνοι στην κοιλιά είναι ενοχλήματα που παρατηρούνται στο 9% με 22% των περιπτώσεων.

14.3. ΧΑΠΙ ΧΩΡΙΣ ΠΑΡΑΠΑΝΩ ΚΙΛΙΑ (Yasmin)

Συνδυασμός οιστρογόνων και προγεστερόνης. Προκαλεί μικρότερη κατακράτηση νατρίου και νερού και έτσι δεν προκαλεί φούσκωμα. Κατακρατεί όμως κάλιο και αντενδείκνυται για όσες παίρνουν συμπληρώματα καλίου ή έχουν πρόβλημα με το κάλιο. Στις νέες γυναίκες το χάπι ρυθμίζει τον κύκλο και βελτιώνει τυχόν προβλήματα ακμής και υπερτρίχωσης. Αντενδείκνυται σε καπνίστριες.

14.4. ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΗ ΕΝΕΣΗ (Lunelle)

Είναι συνδυασμός οιστρογόνων και προγεστερόνης σε ενέσιμη μορφή. Η ενδομυϊκή ένεση γίνεται μια φορά τον μήνα κάθε 28-30 ημέρες. Μπορεί να προκαλέσει αμηνόρροια και διαταραχή του κύκλου.

14.5. ΧΑΠΙ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑΣ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ (Norlevo)

Διατίθεται σε πακέτο των δυο χαπιών και περιέχει προγεστερόνη. Λαμβάνεται σε περίπτωση που δεν έχουν



ληφθεί μέτρα αντισύλληψης ή όταν υπάρχει υπόνοια ότι η αντισύλληψη δεν έπιασε π.χ. προφυλακτικό που έσπασε. Το πρώτο χάπι πρέπει να ληφθεί το συντομότερο μετά την επαφή και το δεύτερο 12-16 ώρες αργότερα.

Το χάπι σταματά την ωορρηξία και την εγκατάσταση τυχόν γονιμοποιημένου ωαρίου στην μήτρα. Αν ληφθεί μέσα σε 24 ώρες διακόπτει 7 στις 8 εγκυμοσύνες. Η περίοδος έρχεται συνήθως μερικές μέρες νωρίτερα. Σε κάποιες γυναίκες φέρνει πονοκέφαλο, ευαισθησία στο στήθος, ναυτία και πόνο στην κοιλιά.

14.6. ΔΙΑΦΡΑΓΜΑ ΑΠΟ ΣΙΛΙΚΟΝΗ (Femcap)

Νέα μοντέλα διαφράγματος από σιλικόνη τα οποία δεν προκαλούν προβλήματα αλλεργίας και δυσάρεστης οσμής. Είναι αποτελεσματικά όταν χρησιμοποιούνται σωστά. Είναι μηχανική και όχι ορμονική μέθοδος αντισύλληψης. Προστατεύουν μερικώς από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Είναι παρεμβατική μέθοδος αντισύλληψης και χρειάζεται προγραμματισμό. Μπορεί να προκαλέσει κυστίτιδα. Χρησιμοποιείται πάντα σε συνδυασμό με σπερματοκτόνα τα οποία μπορούν να προκαλέσουν ενοχλήσεις. Αντενδείκνυται για γυναίκες που είναι ευαίσθητες στις λοιμώξεις.

14.7. ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΟ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑ (Implanon)

Είναι ένα μικρό εύκαμπτο σωληνάκι που τοποθετείται κάτω από το δέρμα στο εσωτερικό του μπράτσου και απελευθερώνει προγεστερόνη στο αίμα. Η δράση του διαρκεί τρία χρόνια και είναι αποτελεσματικό 99%. Κάνει την βλέννα του τραχήλου πιο παχύρρευστη δυσκολεύοντας την πρόσβαση του σπερματοζωαρίου στο ωάριο. Τοποθετείται με τοπική αναισθησία. Αφαιρείται οποιαδήποτε στιγμή και η γονιμότητα επανέρχεται αμέσως μετά την αφαίρεσή του. Κατάλληλο για γυναίκες που δεν μπορούν να πάρουν οιστρογόνα. Προκαλεί αλλαγές στην ροή της περιόδου. Ισχύουν οι ίδιες αντενδείξεις που ισχύουν και για το χάπι.

14.8. ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΑ ΝΕΑΣ ΓΕΝΙΑΣ

Το πρώτο ανδρικό προφυλακτικό που είναι φτιαγμένο από πολυουρεθάνη και είναι κατάλληλο για άτομα αλλεργικά στο συνθετικό καουτσούκ. Είναι άοσμα, λιγότερο σφιχτά και η άκρη τους είναι διευρυσμένη σαν μπαλονάκι. Ενισχύει την ευχαρίστηση μεταδίδοντας και την σωματική θερμότητα, είναι πιο φυσικό στην αίσθηση και προφυλάσσει από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2
ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ
ΝΟΣΗΜΑΤΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

2.1. Εισαγωγή

Πρόκειται για ασθένειες που μεταδίδονται κατά τη σεξουαλική επαφή, είτε αυτή είναι στοματική είτε πρωκτική είτε των γεννητικών οργάνων. Οι πιο σοβαρές αλλά και πιο... σύγχρονες είναι το AIDS, ο έρπης των γεννητικών οργάνων και τα χλαμύδια. Πριν από δύο τρεις αιώνες, η σύφιλη ήταν η μάστιγα που θέριζε εκατοντάδες χιλιάδες ανθρώπους σε όλο τον κόσμο. Στις ημέρες μας η γονόρροια και η σύφιλη θεραπεύονται εντελώς με αντιβιοτικά όπως είναι η πενικιλίνη. Οι ψείρες του εφηβαίου ξεριζώνονται και εξολοθρεύονται με ειδικό σαμπουάν, όπως ακριβώς και οι ψείρες στα μαλλιά του κεφαλιού. Όσο για τις τριχομονάδες και τη μυκητίαση, αντιμετωπίζονται με ισχυρές θεραπείες αποτελεσματικά και σε σύντομο χρονικό διάστημα. Πρόκειται για ασθένειες που μεταδίδονται κατά τη σεξουαλική επαφή, είτε αυτή είναι στοματική είτε πρωκτική είτε των γεννητικών οργάνων.

Σε ορισμένες, ωστόσο, από τις σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες (ιδιαίτερα όσον αφορά στα χλαμύδια) η θεραπεία δεν είναι καθόλου εύκολη υπόθεση, γιατί αυτά τα νοσήματα δεν εμφανίζουν συμπτώματα. Η γυναικολογική εξέταση δεν καταλήγει σε αξιόπιστη διάγνωση της αρρώστιας. Ακριβής διάγνωση γίνεται μόνο στο μικροβιολογικό εργαστήριο με την καλλιέργεια κολπικών εκκρίσεων. Η απουσία συμπτωμάτων σημαίνει ότι η νόσος μπορεί στο μεταξύ να εξελίσσεται και όταν πια αρχίσει καθυστερημένα η θεραπεία της, να μην είναι αποτελεσματική. Φυσικά, αν ο φορέας αλλάζει διαρκώς σεξουαλικούς συντρόφους, μπορεί να μεταδώσει εν αγνοία του την αρρώστια σε πολλούς ανθρώπους. Ο αφροδισιολόγος είναι ο γιατρός που πρέπει να επισκεφθεί ο φορέας αμέσως, για να τον βοηθήσει στο πρόβλημά του, να του συστήσει μια θεραπευτική αγωγή, να τον συμβουλέψει πώς να αλλάξει τον τρόπο της ζωής του και να τον βοηθήσει να συμβιβαστεί με την ασθένεια. Είναι πολύ σημαντικό να ειδοποιηθούν έγκαιρα όλοι οι ερωτικοί παρτενέρ του. Η εμφάνιση του AIDS έχει κάνει τον κόσμο πιο υπεύθυνο απέναντι στο σεξ. Οι στατιστικές δείχνουν πως οι περισσότεροι αποφεύγουν να έχουν ερωτικές σχέσεις με πολλούς παρτενέρ, με αποτέλεσμα οι σεξουαλικά μεταδιδόμενες νόσοι να παρουσιάζουν πτώση σε ποσοστό 70%. Όλο και πληθαίνουν αυτοί που προτιμούν το "ασφαλές σεξ", χρησιμοποιώντας σπερματοκτόνα και προφυλακτικά.

ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ	
1. AIDS	7. ΣΥΦΙΛΗ
2. ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β	8. ΤΡΙΧΟΜΟΝΑΔΕΣ
3. ΜΥΚΗΤΙΑΣΗ	9. ΧΛΑΜΥΔΙΑ
4. ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΑ	10. ΨΕΙΡΕΣ ΕΦΗΒΑΙΟΥ
5. ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΣ ΕΡΠΗΣ	11. ΜΗ ΕΙΔΙΚΗ ΟΥΡΗΘΡΙΤΙΔΑ
6. ΓΟΝΟΡΡΟΙΑ	

2.2. AIDS (Ειτζ)

Το Σύνδρομο της Επίκτητης Ανοσοποιητικής Ανεπάρκειας (Aids) , προκαλείται από τον ανθρώπινο ιό ανοσοανεπάρκειας HIV, που καταστρέφει το ανοσοποιητικό σύστημα κάνοντας τον οργανισμό επιρρεπή στις αρρώστιες. Όταν εισβάλλει στο σώμα, ο HIV διεισδύει στα βοηθητικά λεμφοκύτταρα T, που διαδραματίζουν ζωτικό ρόλο στην άμυνα του οργανισμού ενάντια σε λοιμώξεις και καρκίνους. Ο ιός του AIDS προκαλεί τη διάρρηξη των λεμφοκυττάρων T, που απελευθερώνουν μόρια του HIV στο αίμα, με αποτέλεσμα να μολυνθούν και άλλα λεμφοκύτταρα T. Όταν συμβαίνει αυτό, το σώμα γίνεται ευάλωτο σε ορισμένες "ευκαιριακές" ασθένειες όπως είναι η πνευμονία και οι καρκίνοι, που επωφελούνται από την εξασθενημένη άμυνα του οργανισμού και προκαλούν τις πιο πολλές φορές το θάνατο.

Η μόλυνση από τον HIV δεν οδηγεί αμέσως στην ανάπτυξη του AIDS, που μπορεί να εκδηλωθεί ακόμα και οκτώ χρόνια αργότερα. Έτσι, όσοι έχουν προσβληθεί από τον ιό, μπορεί να μην το γνωρίζουν και να τον μεταδίδουν άθελά τους σε άλλους. Το τεστ για να εξακριβωθεί αν υπάρχει μόλυνση ή όχι από AIDS, γίνεται με μια εξέταση αίματος για την ανίχνευση αντισωμάτων του HIV. Τα αντισώματα είναι ουσίες που δημιουργούνται από τον οργανισμό ως αντίδραση σε ένα συγκεκριμένο ιό. Η παρουσία λοιπόν των αντισωμάτων του HIV αποδεικνύει ότι το άτομο έχει προσβληθεί από τον ιό. Ο άνθρωπος

που το αίμα του περιέχει αντισώματα του HIV, λέμε ότι είναι "φορέας του AIDS". Αν κάποιος φοβάται ότι έχει εκτεθεί στον ιό του HIV, πρέπει να επικοινωνήσει με το γιατρό και να κανονίσει ένα ραντεβού για εξέταση αίματος. Ωστόσο, επειδή μεσολαβεί μια περίοδος επώασης μερικών μηνών από τη στιγμή της έκθεσης στον ιό έως τη στιγμή που το θύμα γίνεται φορέας του AIDS, το τεστ μπορεί να είναι αρνητικό ακόμα και αν κάποιος έχει μολυνθεί από τον HIV. Γι' αυτό άλλωστε οι μεταγγίσεις αίματος δεν είναι 100% ασφαλείς.

2.2.1. Τρόπος μετάδοσης

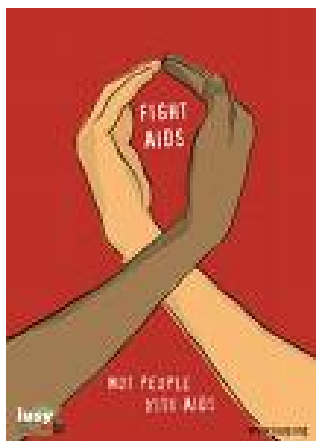
Ο πιο συνηθισμένος τρόπος εισβολής της μόλυνσης στον οργανισμό είναι η σεξουαλική επαφή, γιατί ο ιός βρίσκεται εν αφθονία στο σπέρμα του μολυσμένου ατόμου. Μπορεί, λοιπόν, να μεταδοθεί είτε με την κολπική είτε με την πρωκτική συνουσία. Ο ιός είναι παρών και στο αίμα των θυμάτων της νόσου και γι' αυτό είναι δυνατόν να μεταδοθεί από ένα χρήστη -ενδοφλεβίως- τοξικών ουσιών στο φίλο του, επειδή μοιράζεται μαζί του την ίδια βελόνα. Ο HIV μεταφέρεται επίσης στους αιμοφιλικούς, όταν το αίμα που μεταγγίζεται είναι μολυσμένο, όπως και στο αναπτυσσόμενο έμβρυο μέσα στη μήτρα ή κατά τον τοκετό από το μολυσμένο αίμα της μητέρας. Θεωρητικά, η μετάδοση του ιού από το ένα άτομο στο άλλο κατά τη διάρκεια της συνουσίας μπορεί να αποτραπεί από οποιοδήποτε μέσο εμποδίζει την ανάμειξη αίματος, σπέρματος και κολπικών υγρών. Ξέρουμε πλέον ότι το προφυλακτικό εξασφαλίζει ασφαλές σεξ, αφού οι έρευνες έχουν αποδείξει ότι ο ιός δεν μπορεί να διαπεράσει το υλικό από το οποίο είναι κατασκευασμένο. Φραγμό στη μετάδοση του HIV αποτελούν και τα σπερματοκτόνα. Το AIDS προσβάλλει τόσο τους ομοφυλόφιλους όσο και τους ετεροφυλόφιλους. Αρχικά, η ασθένεια είχε περιοριστεί στους ομοφυλόφιλους, οι οποίοι ανταποκρίθηκαν με ζήλο στο κάλεσμα για ασφαλές σεξ. Τώρα, ο μεγαλύτερος κίνδυνος μόλυνσης από τον HIV προέρχεται από τους χρήστες -ενδοφλεβίως- τοξικών ουσιών και τους ετεροφυλόφιλους. Πολλές τραγικές περιπτώσεις γυναικών που προσβλήθηκαν από AIDS επιβεβαιώνουν τη θεωρία ότι και μόνο μια σεξουαλική επαφή με φορέα της αρρώστιας αρκεί για να μολυνθεί κάποιος. Πάρα πολλές γυναίκες -τα παραδείγματα είναι αμέτρητα- κόλλησαν AIDS ύστερα από μία και μοναδική σεξουαλική συνάντηση με άγνωστο άνδρα, που ήταν τοξικομανής και μοιραζόταν σύριγγες με άλλους. Επίσης, μια γυναίκα είναι δυνατόν να μολυνθεί από τον άνδρα της, αν έχει προσβληθεί από τον ιό από άλλες εξωσυζυγικές σχέσεις, ομοφυλοφιλικές και μη.

2.2.2. Συμπτωματολογία

Ορισμένοι που έχουν προσβληθεί από τον ίο του HIV δεν εμφανίζουν συμπτώματα, παρ' όλο που μπορούν να μολύνουν τους άλλους. Άλλοι πάλι, λίγο μετά την έκθεσή τους στον ίο αρρωσταίνουν με πυρετό, που υποχωρεί χωρίς θεραπεία. Οι περισσότεροι όμως νιώθουν απόλυτα υγιείς. Όσοι έχουν προσβληθεί πριν από μήνες ή και χρόνια, παρουσιάζουν διόγκωση των λεμφαδένων και παθαίνουν διάφορες δερματοπάθειες. Στη συνέχεια εμφανίζουν ποικιλία συμπτωμάτων, όπως υψηλό πυρετό, απώλεια βάρους, διάρροιες και μολύνσεις από μύκητες στο στόμα, που τους κατατάσσουν στην κατηγορία των ατόμων με AIDS.

2.2.3. Θεραπεία και τρόποι πρόληψης

Δυστυχώς δεν υπάρχει προς το παρόν εμβόλιο για την πρόληψη της ασθένειας και κανείς δεν μπορεί να προβλέψει πότε θα καλύψει η επιστήμη το τρομερό αυτό κενό. Πολλοί ειδικοί πιστεύουν πως τουλάχιστον για τα πέντε επόμενα χρόνια καμία πρόοδος δεν θα πραγματοποιηθεί προς την κατεύθυνση αυτή. Κάθε εμβόλιο ενάντια σε μόλυνση από ίο ενεργεί στο ανοσοποιητικό σύστημα προκαλώντας την παραγωγή αντισωμάτων, που είτε καταστρέφουν το συγκεκριμένο ίο ή τον καθιστούν ακίνδυνο. Είναι εξαιρετικά πιο δύσκολο να παραχθεί εμβόλιο, που να μας προφυλάσσει από τον HIV άλλον ίο. Η εξήγηση είναι απλή. Ο HIV καταστρέφει το ανοσοποιητικό σύστημα του οργανισμού, που γεννά τα αντισώματα και τους αφαιρεί καταπολεμήσουν. Ακόμα και τα αντισώματα που ταυτόχρονα όμως, τέτοια ταχύτητα, που ξεγελά τα σήμερα δεν υπάρχει θεραπεία για ασθένειες που προσβάλλονται από ίο, αν και φάρμακα σαν το AZT μπορούν να αναστείλουν τη φονική δράση του HIV παρατείνοντας έτσι τη ζωή των ασθενών με AIDS. Τα ήδη υπάρχοντα φάρμακα δεν θεραπεύουν όμως τη νόσο. Θεραπευτική αγωγή εφαρμόζεται μόνο στα συμπτώματα και στις ασθένειες που εμφανίζονται ως αποτέλεσμα της εξασθένησης του ανοσοποιητικού συστήματος.



2.3. Μυκητίαση

Η μυκητίαση του κόλπου προκαλείται από μύκητες του γένους *monilia* και *candida*. Οι μύκητες *monilia* είναι μόνιμοι κάτοικοι του γυναικείου κόλπου και η μόλυνση παρουσιάζεται όταν αναπτυχθούν πολύ. Αυτό συμβαίνει όταν η γυναίκα χρησιμοποιεί κολπικά διαλύματα ή αντισηπτικά στο μπάνιο της, γιατί καταστρέφουν το φυσικό περιβάλλον που εμποδίζει τους μύκητες να πολλαπλασιαστούν. Η μυκητίαση είναι πιο συνηθισμένη σε ορισμένες ομάδες γυναικών όπως:

- Οι γυναίκες που παίρνουν αντιβιοτικά. Τα βακτηρίδια που υπάρχουν επίσης εκεί δεν αφήνουν τους μύκητες να αυξηθούν. Όταν όμως με την αντιβίωση εξοντωθούν τα βακτηρίδια και διαταραχθεί η ισορροπία, οι μύκητες πληθαίνουν.
- Οι διαβητικές γυναίκες. Όταν ο διαβήτης είναι ασταθής, η παρουσία σακχάρου στα ούρα δημιουργεί ευνοϊκές προϋποθέσεις για όλους τους μύκητες και έτσι η μυκητίαση φουντώνει.
- Οι γυναίκες που παίρνουν συνθετική προγεστερόνη- όπως, για παράδειγμα, το αντισυλληπτικό χάπι, που περιέχει υψηλή δόση προγεστερόνης-, επειδή ευνοεί την ανάπτυξη των *candida*.
- Οι γυναίκες που στο σώμα τους υπάρχουν υψηλά επίπεδα προγεστερόνης, όπως λόγω χάρη όταν περιμένουν περίοδο ή είναι έγκυες.

Τα συμπτώματα της μυκητίασης είναι έντονος ερεθισμός και κνησμός στον κόλπο και το αιδοίο, που συνοδεύονται από παχύρρευστο, λευκό και άοσμο απέκκριμα. Το δέρμα πολύ συχνά κοκκινίζει και ξεφλουδίζει και το εξάνθημα μπορεί να απλωθεί στο εσωτερικό των μηρών. Όταν ο άνδρας μολυνθεί από γυναίκα ενοχλείται από κνησμό στη βάλανο, ενώ εμφανίζονται μικρά επιφανειακά έλκη στο πέος του, το όσχεο, την περιοχή των γεννητικών οργάνων και στην κάτω πλευρά των μηρών. Όταν η μόλυνση φτάσει στο ορθό του άνδρα ή της γυναίκας, προκαλείται τσούξιμο, κνησμός, ακόμα και διάρροια. Αν κάποιος μολυνθεί από μυκητίαση, πρέπει να αποφεύγει τη συνουσία, ώσπου να θεραπευθεί. Πρέπει να επισκεφθεί το γιατρό για να του δώσει μια ολοκληρωμένη θεραπευτική αγωγή, που ίσως κρατήσει και δύο εβδομάδες. Μπορεί να περιλαμβάνει κολπικά υπόθετα και κρέμα. Αν η περίπτωση είναι σοβαρή, η θεραπεία θα είναι τριπλή,

θα περιλαμβάνει κρέμα στην επιδερμίδα, υπόθετα στον κόλπο και παστίλιες για να καθαρίσει το έντερο από τους μύκητες. Τη σωστή θεραπεία θα τη δώσει μόνο ο γιατρός. Δεν πρέπει να χρησιμοποιείται κανένα φάρμακο που περιέχει αναισθητική ουσία. Μπορεί να ανακουφίσει προσωρινά, αλλά η επίδρασή του είναι παροδική και ίσως δημιουργήσει αλλεργία.

2.4. Ηπατίτιδα Β

Είναι φλεγμονή του ήπατος που οφείλεται σε μόλυνση από τον ιό της ηπατίτιδας Β (HBV). Λίγους μήνες μετά την μόλυνση, ένα άτομο είναι δυνατό να εμφανίσει οξεία ηπατίτιδα Β, που εκδηλώνεται κυρίως με ίκτερο, μεγάλη αδυναμία, ανορεξία, ενώ σπάνια μπορεί να είναι πολύ σοβαρή, απειλητική για την ζωή.

Στους ενήλικες, η οξεία ηπατίτιδα συνήθως εξελίσσεται ομαλά και μόνο μικρό ποσοστό (μικρότερο από 5%) μεταπίπτει σε χρόνια. Η χρόνια ηπατίτιδα Β είναι μία σοβαρή νόσος αφού συχνά εξελίσσεται σε κίρρωση ή και καρκίνο του ήπατος. Πολύ συχνά δεν παρουσιάζει συμπτώματα ή παρουσιάζει λίγα συμπτώματα και αυτά είναι μη ειδικά (αδυναμία, ανορεξία).

Ιδιαίτερη σημασία για τη χώρα μας έχει και η παρουσία ατόμων που έχουν στο αίμα τους δείκτες μόλυνσης από τον ιό της ηπατίτιδας Β (Επιφανειακό ή Αυστραλιανό αντιγόνο θετικό, HbsAg+) για περισσότερο από έξι μήνες, χωρίς σημεία ηπατίτιδας (ασυμπτωματικοί φορείς). Τα άτομα αυτά δεν χρειάζονται θεραπεία, αλλά πρέπει να παρακολουθούνται συχνά για το φόβο ανάπτυξης καρκίνου του ήπατος. Οι χρόνιοι ασυμπτωματικοί φορείς είναι κύρια πηγή μόλυνσης για τους υγιείς.

Η κύρια πηγή μόλυνσης είναι το αίμα πασχόντων ατόμων. Οι τρόποι μετάδοσης, πέραν της μετάγγισης μολυσμένου αίματος (σπανιότατος τρόπος σήμερα που το αίμα ελέγχεται πολύ ικανοποιητικά σε όλες τις αιμοδοσίες), περιλαμβάνουν:

- Τη χρήση μολυσμένων οργάνων (βελόνες, σύριγγες, ξυραφάκια, οδοντόβουρτσες κλπ.),
- Τη σεξουαλική επαφή (ετεροφυλοφιλική, ομοφυλοφιλική) και
- Τη μόλυνση του νεογνού από πάσχουσα μητέρα, την ώρα του τοκετού.

Από τον τρόπο μετάδοσης, διαμορφώνονται οι ομάδες ατόμων που έχουν μεγάλο κίνδυνο να μολυνθούν. Τέτοιες ομάδες είναι:

- Χρήστες ναρκωτικών ουσιών
- Ομοφυλόφιλοι
- Εκδιδόμενες γυναίκες
- Πολυμεταγγιζόμενοι ασθενείς
- Αιμοκαθαιρόμενοι
- Υγειονομικό προσωπικό
- Συγγενείς φορέων
- Άτομα με συχνή εναλλαγή ερωτικού συντρόφου
- Προσωπικό φυλακών

2.5. Γεννητικά κονδυλώματα

Τα κονδυλώματα, σαν και αυτά που εμφανίζονται στα χέρια ή αλλού, πιστεύεται πως προκαλούνται από έναν ιό, τον Human Papilloma (HPV). Μεταδίδονται συνήθως - αλλά όχι πάντα- με τη σεξουαλική επαφή, όταν ο παρτενέρ είναι μολυσμένος. Εμφανίζονται ύστερα από μια περίοδο εκκόλαψης τεσσάρων με είκοσι εβδομάδων στο πέος, τα χείλη του κόλπου και μέσα ή γύρω από τον πρωκτό. Καμιά φορά εξαφανίζονται ξαφνικά, αλλά συχνά επανεμφανίζονται. Τα κονδυλώματα έχουν συνδεθεί με αυξημένο κίνδυνο καρκίνου του τραχήλου. Μια γυναίκα που έχει κονδυλώματα η ίδια ή ο ερωτικός της σύντροφος πρέπει να κάνει συχνά Παπ Τεστ.

Τα κονδυλώματα θεραπεύονται εύκολα με επάλειψη μιας καυστικής ουσίας ή με καυτηριασμό. Είναι απαραίτητο να θεραπεύονται, γιατί ο ιός που τα προκαλεί μπορεί να είναι παράγοντας δημιουργίας καρκίνου του τραχήλου. Η παρουσία κονδυλωμάτων στην περιοχή των γεννητικών οργάνων ή του πρωκτού, απαιτεί επίσκεψη το συντομότερο στο γιατρό ή σ'έναν αφροδισιολόγο. Δεν πρέπει να υπάρχουν σεξουαλικές επαφές, αν δεν ολοκληρωθεί η θεραπεία. Η μολυσμένη περιοχή πρέπει να διατηρείται όσο γίνεται πιο καθαρή και στεγνή, να πλένεται συχνά με σαπούνι και να σκουπίζεται απαλά.

2.6. Γεννητικός έρπης

Ο γεννητικός έρπης είναι μια μολυσματική και υποτροπιάζουσα ασθένεια, που προκαλείται κυρίως από τον ιό Herpes Virus I συγγενή του ίου Herpes Virus II, που είναι

υπεύθυνος για τον επιχείλιο έρπητα. Ο Herpes Virus I είναι ο δράστης του 90% των μολύνσεων από έρπητα στα γεννητικά όργανα, ενώ ο Herpes Virus II για το υπόλοιπο 10%.

Ο ιός **μεταδίδεται** κατά τη σεξουαλική επαφή, όταν είναι ενεργός, και προκαλεί φουσκάλες στην επιδερμίδα των γεννητικών οργάνων του παρτενέρ που έχει προσβληθεί. Όταν ο ιός βρίσκεται σε λανθάνουσα κατάσταση στο σώμα του μολυσμένου ερωτικού συντρόφου και δεν παρουσιάζει συμπτώματα, δεν μπορεί να μεταδοθεί. Οι γυναίκες προσβάλλονται περισσότερο από τους άνδρες, γιατί η περιοχή των γεννητικών τους οργάνων είναι πιο θερμή και πιο υγρή.



Η ασθένεια μπορεί να μεταδοθεί και από άλλα μέρη του σώματος, ιδιαίτερα με τα δάχτυλα, τα μάτια και το στόμα. Ο έρπης μεταδίδεται με μεγάλη ευκολία. Αν ένας από τους δύο παρτενέρ έχει μια φουσκάλα, οι πιθανότητες να κολλήσει και ο άλλος αγγίζουν το 90%. Το νόσημα αυτό δεν θεραπεύεται. Αν ο ιός εισχωρήσει στο σώμα, εγκαθίσταται για τα καλά. Το μόνο που κάνουν τα φάρμακα είναι να μετριάσουν τα συμπτώματα και να ανακουφίζουν τον ασθενή, χωρίς όμως να τον θεραπεύουν. Η ασθένεια ακολουθεί μια πορεία αρχικά ανοδική και στη συνέχεια φθίνουσα. Στα πρώτα στάδια, όταν φουντώνουν οι φουσκάλες, προκαλεί αφόρητους πόνους και πολύ κακή διάθεση. Ο άρρωστος παθαίνει κατάθλιψη και άγχος, επειδή πονά σε όλο του το σώμα, αλλά και γιατί ανησυχεί μήπως έχει κολλήσει τη νόσο σε κάποιο άλλο άτομο. Νιώθει επίσης τρομερή οργή για τον ερωτικό σύντροφο που του μετέδωσε το νόσημα. Τα συμπτώματα εμφανίζονται τρεις με είκοσι ημέρες μετά τη σεξουαλική επαφή με τον μολυσμένο από έρπητα παρτενέρ. Περιλαμβάνουν κνησμό, τσούξιμο και πόνο στην επιφάνεια του δέρματος που έχει προσβάσει ο ιός. Οι άνδρες αισθάνονται τσούξιμο στο πέος και οι γυναίκες στον κόλπο. Λίγες ώρες αργότερα στο δέρμα βγαίνουν μικρές φυσαλίδες, που διογκώνονται και εξελίσσονται σε φουσκάλες γεμάτες υγρό. Έπειτα από μία, δύο ημέρες οι φουσκάλες ανοίγουν από μόνες τους, δημιουργείται "κρούστα" και στο τέλος επουλώνονται. Οι φυσαλίδες και οι φουσκάλες πονούν πολύ δέκα περίπου ημέρες. Αν η μόλυνση



δεν αποτραπεί τις πρώτες 24 ώρες, θα χρειαστούν τουλάχιστον 14 ημέρες για να καθαρίσει εντελώς η επιδερμίδα που έχει προσβληθεί.

Θεραπεία εκλογής είναι το Acyclovir, που χορηγείται με συνταγή και κυκλοφορεί σε κρέμα, αλοιφή και δισκία. Περιορίζει αποτελεσματικά τις φουσκάλες και την έκταση της προσβολής, αρκεί να γίνεται έγκαιρα επάλειψη στη μολυσμένη περιοχή ή να λαμβάνεται από το στόμα μόλις εκδηλωθούν τα συμπτώματα. Τα φάρμακα με αντιική δράση, όπως το Acyclovir, εμποδίζουν το σχηματισμό DNA στα μολυσμένα από τον ιό κύτταρα, εμποδίζοντας έτσι τη διάδοση της ασθένειας. Ωστόσο, τα φάρμακα αυτά δεν εξοντώνουν τον ιό. Απλώς ελέγχουν τα συμπτώματά του και προλαβαίνουν τη διασπορά του σε όλο το σώμα. Το Acyclovir είναι ένα πανάκριβο φάρμακο, που δεν μπορεί να χορηγείται για μεγάλα διαστήματα, γιατί δεν έχουν ακόμα ερευνηθεί οι μακροχρόνιες παρενέργειές του. Πιθανές δυσμενείς επιδράσεις του είναι η ναυτία, οι εμετοί, η διάρροια, η νευρική κατάσταση, η κατάθλιψη και οι πόνοι στις αρθρώσεις και τους μυς. Ένα από τα καθιερωμένα φάρμακα για τη θεραπεία του έρπητος είναι το Idoxuridine σε αλοιφή, κρέμα ή υγρή μορφή. Το συγκεκριμένο φάρμακο είναι αποτελεσματικό και μειώνει τα ενδεχόμενα υποτροπής του ιού. Τα παλιά γιατροσόφια με επαλείψεις των φυσαλίδων με βότανα ή ο χρωματισμός τους με μια φωτοευαίσθητη βαφή έχουν πλέον εγκαταλειφθεί. Οι πληγές του έρπητος μπορεί να μολυνθούν από βακτηρίδια, οπότε για την καταπολέμησή τους χρησιμοποιούνται αντιβιοτικά σε αλοιφές ή δισκία. Παράλληλα με τη χρήση φαρμακευτικής αγωγής εφαρμόζεται και υποστηρικτική θεραπεία του έρπητος, που προσφέρει μεγάλη ανακούφιση και περιλαμβάνει, μεταξύ άλλων, συχνά χλιαρά μπάνια και κρύες κομπρέσες στις φουσκάλες, όταν ανοίγουν. Επειδή ο γεννητικός έρπης έχει συνδεθεί με τον καρκίνο του τραχήλου, οι γυναίκες που έχουν προσβληθεί από τον ιό, πρέπει να κάνουν μία φορά το χρόνο Τεστ Παπανικολάου.

2.7. Γονόρροια

Η γονόρροια (ή βλεννόρροια) προκαλείται από ένα βακτηρίδιο, το *Neisseria gonorrhoea*, και παρ' όλο που προσβάλλει και άνδρες και γυναίκες, εμφανίζεται με περισσότερα συμπτώματα στους άνδρες. Στις γυναίκες η ασθένεια μπορεί να μην εμφανίζει συμπτώματα και γι' αυτό είναι πιο επικίνδυνη. Έτσι, είναι δυνατόν να μολυνθούν χωρίς να το ξέρουν και επομένως να μην υποβληθούν σε κάποια θεραπεία. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε μια χρόνια φλεγμονή στα γεννητικά όργανα. Αν μολυνθούν οι ωοθήκες και οι σάλπιγγες, είναι πολύ πιθανόν να προκληθεί μόνιμη στειρότητα. Αν μια γυναίκα έχει προσβληθεί από το βακτηρίδιο, μπορεί κατά τον τοκετό να μεταδώσει την

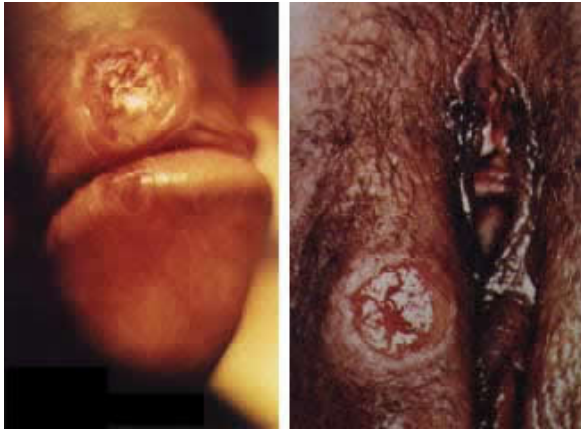
ασθένεια στο νεογέννητο, το οποίο υπάρχει κίνδυνος να αναπτύξει σοβαρή μορφή επιπεφυκίτιδας. Το πιο συνηθισμένο σύμπτωμα γονόρροιας στους άνδρες είναι ένα κιτρινωπό έκκριμα, που στάζει από το πέος. Τη διούρηση συνοδεύει ένα κάψιμο, ενώ η περιοχή γύρω από τα γεννητικά όργανα κοκκινίζει. Αν ο άνδρας δεν υποβληθεί σε θεραπεία, η γονόρροια μπορεί να εξαπλωθεί στο σπερματικό πόρο και να προκαλέσει στειρότητα ή ακόμα και αρθρίτιδα. Ο άνδρας που παρουσιάζει τέτοια συμπτώματα, καθώς και η ερωτική του σύντροφος πρέπει να σπεύσουν σε αφροδισιολόγο. Στις γυναίκες η ασθένεια μπορεί να μην εμφανίζει συμπτώματα και γι' αυτό είναι πιο επικίνδυνη.



Η μόλυνση από γονόρροια έχει υποχωρήσει θεαματικά χάρη στη **θεραπεία** με πενικιλίνη. Η πενικιλίνη χορηγείται σε ενέσιμη μορφή -μια ένεση βραδείας δράσης με άμεσα αποτελέσματα. Καμιά φορά συμβαίνει το βακτηρίδιο να είναι πολύ ανθεκτικό, οπότε η πενικιλίνη χορηγείται για τέσσερις ημέρες σε συνδυασμό με τετρακυκλίνη σε δισκία. Στο τέλος της θεραπείας η γυναίκα πρέπει να κάνει γυναικολογική εξέταση, για να βεβαιωθεί ότι η λοίμωξη στην πύελο έχει υποχωρήσει. Ο γιατρός θα ξαναπάρει επίχρισμα από την ουρήθρα, τον κόλπο και τον τράχηλό της για μια καινούρια μικροβιολογική ανάλυση. Αν οι εξετάσεις είναι αρνητικές, θα είναι πλέον σίγουρη ότι έχει θεραπευθεί εντελώς από τη γονόρροια. Η γονόρροια προσβάλλει περισσότερο τα άτομα κάτω των 25 χρόνων, που έχουν πολλούς ερωτικούς παρτενέρ. Όσοι ανήκουν σε αυτή την κατηγορία, πρέπει να κάνουν τσεκ απ κάθε έξι μήνες και να χρησιμοποιούν προφυλακτικό, για να μειώσουν την πιθανότητα μόλυνσης. Αν κάποια από τα συμπτώματα επιμένουν, ίσως η ασθένεια έχει υποτροπιάσει.

2.8. Σύφιλη

Η σύφιλη προκαλείται από ένα μικροσκοπικό βακτηρίδιο που μοιάζει με τριμπουσόν και ονομάζεται *Treponema Pallidum*. Πριν από δύο, τρεις αιώνες η ασθένεια είχε πάρει έκταση μιας τρομερής επιδημίας, που σκότωσε εκατοντάδες χιλιάδες άτομα στην Ευρώπη. Η σύφιλη προσβάλλει την επιδερμίδα, τους ιστούς, τα όργανα του σώματος, τον εγκέφαλο και τα νεύρα, προκαλώντας παράλυση, τρέλα και θάνατο. Στη διάρκεια της ανάπτυξής της μιμείται τα συμπτώματα άλλων ασθενειών. Προκαλεί πρήξιμο στις αρθρώσεις, πόνους στη σπονδυλική στήλη, δυσμορφίες και καρδιοπάθεια. Ωστόσο, το βακτηρίδιο της σύφιλης εξοντώνεται πολύ εύκολα με πενικιλίνη. Η ασθένεια μεταδίδεται



με τη σεξουαλική επαφή, από δερματικά έλκη που υπάρχουν στα γεννητικά όργανα, τον κόλπο, το αιδοίο, τον τράχηλο, το στόμα και όλη την περιοχή των γεννητικών οργάνων, όπου έχει εισχωρήσει το βακτηρίδιο. Τα έλκη αυτά είναι σκληρά, κόκκινα στην άκρη και δεν πονούν. Η σύφιλη εξελίσσεται σε τρία στάδια και στα δύο πρώτα η μετάδοσή της είναι

εξαιρετικά εύκολη. Το πρώτο αναπτύσσεται μέσα σε τρεις εβδομάδες περίπου μετά τη σεξουαλική επαφή με μολυσμένο παρτενέρ, ενώ τα πρώτα συμπτώματα -ένα δύο δερματικά έλκη- εμφανίζονται σε εννέα με 90 ημέρες αργότερα. Το έλκος εξαφανίζεται μέσα σε δύο με έξι εβδομάδες ακόμα και χωρίς θεραπεία. Άλλωστε, μόνο λίγες γυναίκες που το αναπτύσσουν το παρατηρούν, γιατί είναι συνήθως κρυμμένο βαθιά μέσα στον κόλπο. Την epούλωση του πρώτου έλκους ακολουθεί, ύστερα από διάστημα μιας εβδομάδας έως έξι μηνών, το δεύτερο στάδιο. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν εξάνθημα, πυρετό, πονοκεφάλους, τσούξιμο στο λαιμό, ανορεξία, ναυτία, ερεθισμένα μάτια και τριχόπτωση. Το στάδιο αυτό διαρκεί από τρεις έως έξι μήνες έως και πάρα πολλά χρόνια. Το τρίτο και τελευταίο στάδιο της σύφιλης αναπτύσσεται δέκα με είκοσι χρόνια αργότερα και είναι φοβερό και αδυσώπητο. Ο άρρωστος μπορεί να πάθει σοβαρές καρδιοπάθειες, να τρελαθεί, να τυφλωθεί, και να υποστεί βλάβες σε όλα τα όργανα του σώματός του. Από τους ασθενείς που δεν ακολουθούν καμιά θεραπευτική αγωγή στο δεύτερο στάδιο ένας στους τέσσερις πεθαίνει ή μένει ανάπηρος.



Η **θεραπεία** γίνεται με πενικιλίνη ή τετρακυκλίνη και πρέπει να

την ακολουθήσουν ταυτόχρονα και οι δύο παρτενέρ. Πρέπει να γίνονται συχνές αναλύσεις

αίματος για δύο χρόνια μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας, ώστε να αποκλειστεί το ενδεχόμενο της υποτροπής. Όταν η σύφιλη θεραπεύεται στο πρώτο ή το δεύτερο στάδιο, οι μόνιμες βλάβες αποφεύγονται. Επειδή η ασθένεια μεταδίδεται και από τη μάνα στο παιδί προκαλώντας του φοβερές δυσμορφίες, σε όλες



τις μέλλουσες μητέρες γίνονται στους τέσσερις πρώτους μήνες της εγκυμοσύνης - προληπτικά- αναλύσεις αίματος για διάγνωση σύφιλης.

2.9. Τριχομονάδες

Οι τριχομονάδες προσβάλλουν άνδρες και γυναίκες. Το παράσιτο βρίσκεται κυρίως στον κόλπο, τον τράχηλο, την ουρήθρα και την ουροδόχο κύστη των γυναικών, και στην ουρήθρα και τον προστάτη των ανδρών. Είναι πιο συχνή στις δραστήριες σεξουαλικά γυναίκες και εννέα στους δέκα ερωτικούς παρτενέρ των μολυσμένων γυναικών μολύνονται επίσης. Ωστόσο, οι πιο πολλοί άνδρες δεν εμφανίζουν συμπτώματα. Συνήθως, μολύνεται η ουρήθρα τους. Εμφανίζουν κάψιμο κατά τη διούρηση και εκκρίνουν υγρό από το πέος τους. Οι γυναίκες εκκρίνουν ένα κιτρινωπό, δύσοσμο κολπικό υγρό και έχουν ενόχληση και κνησμό στον κόλπο και το περίνεο και κάψιμο κατά τη διούρηση. Αν μολυνθεί και η κύστη, μπορεί να παρουσιαστούν συμπτώματα κυστίτιδας με κάψιμο και πόνο στο τέλος της διούρησης. Οι δύο σύντροφοι και οι άλλοι σεξουαλικοί παρτενέρ που ίσως υπάρχουν, πρέπει να υποβληθούν σε θεραπεία. Η ασθένεια αντιμετωπίζεται με ένα φάρμακο, τη μετρονιδαζόλη, που χορηγείται από το στόμα τρεις φορές την ημέρα για μία εβδομάδα. Οι ταμπλέτες της μετρονιδαζόλης πρέπει να λαμβάνονται με τα γεύματα, για να μην πειράζουν στο στομάχι. Οι παρενέργειες του φαρμάκου γίνονται κυρίως αισθητές στο στόμα, που έχει μια περίεργη γεύση, ενώ η γλώσσα γίνεται σαν πετσί. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας με μετρονιδαζόλη πρέπει να αποφεύγεται το αλκοόλ, γιατί μπορεί να προκαλέσει πόνο στην κοιλιά. Η θεραπεία με μετρονιδαζόλη δεν πρέπει να διαρκεί περισσότερο από μία εβδομάδα. Αν πρέπει να συνεχιστεί η θεραπευτική αγωγή, να γίνεται προηγουμένως ανάλυση αίματος, γιατί η μετρονιδαζόλη καμιά φορά επηρεάζει την παραγωγή αιμοσφαιρίων.

2.10. Χλαμύδια

Τα χλαμύδια είναι σχεδόν η πιο διαδεδομένη από τις σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες. Αποτελεί όμως και μεγάλο πρόβλημα, γιατί οι περισσότερες γυναίκες που προσβάλλονται δεν παρουσιάζουν συμπτώματα. Ωστόσο, οι παρενέργειες της ασθένειας είναι εξαιρετικά επικίνδυνες, γι' αυτό όποιος υποψιάζεται πως έχει κάποια μόλυνση, πρέπει να σπεύδει αμέσως σε ένα νοσοκομείο για σωστή διάγνωση. Τα χλαμύδια μπορεί να προκαλέσουν βλάβες στο τοιχώματα του κόλπου, το στόμα, τα μάτια, την ουροφόρο

οδό και το ορθόν έντερο, αν και συνήθως προσβάλλει τον τράχηλο, που εκκρίνει ένα κιτρινωπό δύσοσμο υγρό. Η πιο σοβαρή συνέπεια της μόλυνσης είναι ότι στο 30% των γυναικών προκαλούνται φλεγμονώδεις ασθένειες της πυέλου που, αν δεν θεραπευθούν, μπορεί να οδηγήσουν σε στέρωση.



Η γυναίκα που έχει μολυνθεί, είναι δυνατόν κατά τον τοκετό να μεταδώσει τη νόσο στο παιδί της. Το πιο συνηθισμένο σύμπτωμα των χλαμύδιων στα νεογέννητα είναι η επιπεφυκίτις, αλλά μπορεί να του προκαλέσει και πνευμονία. Τα συμπτώματα των χλαμύδιων είναι συνήθως σπάνια, αλλά προειδοποιούν συχνά τη γυναίκα με κοιλιακές εκκρίσεις. Είναι πιθανόν να παρουσιαστούν πυρετός και ενοχλήσεις στην κοιλιά, ιδιαίτερα κατά τη συνουσία. Οι άνδρες παρτενέρ έχουν κάψιμο κατά τη διούρηση. Τα χλαμύδια θεραπεύονται εύκολα, όταν διαγνωστούν με τα σύγχρονα τεστ που γίνονται στα νοσοκομεία. Ο ειδικός κάνει τη διάγνωση του μέσα σε μισή με μία ώρα και έτσι η θεραπευτική αγωγή αρχίζει αμέσως. Τα χλαμύδια θεραπεύονται εντελώς με αντιβιοτικά, αλλά τα φάρμακα πρέπει να λαμβάνονται αυστηρά σύμφωνα με τις οδηγίες, ώσπου να ολοκληρωθεί η θεραπεία. Είναι επικίνδυνο να σταματήσει η αγωγή με τα χάπια μόλις εξαφανιστούν τα συμπτώματα, γιατί η μόλυνση μπορεί να υποτροπιάσει και τότε η επίδρασή τους δεν θα είναι τόσο αποτελεσματική. Κάθε σεξουαλικά δραστήριος άνθρωπος απειλείται από τα χλαμύδια, αλλά όσοι έχουν πολλούς παρτενέρ κινδυνεύουν περισσότερο.

2.11. Ψείρες του εφηβαίου

Οι ψείρες του εφηβαίου, μεταδίδονται από άνθρωπο σε άνθρωπο με τη σεξουαλική επαφή. Μεταφέρονται και από τα κλινოსκεπάσματα, τις πετσέτες ή τα ρούχα μολυσμένου ατόμου. Προκαλούν έντονο κνησμό στο δέρμα κάτω από τις τρίχες του εφηβαίου, καμιά φορά μόνο τη νύχτα, και διακρίνονται εύκολα με μια προσεκτική εξέταση στην περιοχή. Είναι μικροσκοπικά έντομα χωρίς φτερά, που γραπώνονται από το ηβικό τρίχωμα με τα πίσω πόδια. Η θηλυκή ψείρα γεννά αβγά, που τα στερεώνει πάνω στις τρίχες. Οι κόνιδες, όταν εκκολάπτονται, εξαπλώνονται και σε άλλες περιοχές του σώματος.

Τα ζώφια αυτά που τρέφονται από το ανθρώπινο αίμα, δεν εξοντώνονται και δεν ξεκολλούν ούτε τα ίδια ούτε τα αβγά τους, όσο και αν πλένεται το εφήβαιο με νερό και

σαπούνη. Απαιτείται η χρήση ενός από τα ειδικά σαμπουάν και τις λοσιόν που κυκλοφορούν στα φαρμακεία. Τα προϊόντα αυτά είναι εξίσου αποτελεσματικά, για να καταπολεμηθούν οι ψείρες στα μαλλιά του κεφαλιού. Παρακάτω αναφέρονται ορισμένες οδηγίες που πρέπει να ακολουθηθούν.

- Να εφαρμόζονται πιστά οι οδηγίες που αναγράφονται πάνω στο μπουκάλι του ειδικού σαμπουάν ή της λοσιόν.
- Όταν χρησιμοποιηθεί το σαμπουάν ή η λοσιόν, να αλλάζονται τα ρούχα και να φοριούνται καθαρά.
- Όταν ολοκληρωθεί η θεραπεία, να αφαιρούνται τα νεκρά αβγά από το τρίχωμα με ειδικό χτενάκι -μεταλλικό ή πλαστικό- που θα προμηθευθείτε από το φαρμακείο.
- Αν η φαγούρα δεν υποχωρήσει, να επαναληφθεί η θεραπεία και το χτένισμα επτά ημέρες αργότερα.
- Επίσης όλοι οι ερωτικοί παρτενέρ πρέπει να ακολουθήσουν την αγωγή προληπτικά.

2.12. Μη ειδική ουρηθρίτιδα (NSU)

Η NSU ("μη ειδική ουρηθρίτιδα") είναι από τα πιο συνηθισμένα αφροδίσια νοσήματα και μολύνει έναν στους πεντακόσιους. Η γονόρροια και η σύφιλη, που παλιότερα έκαναν θραύση, στις ημέρες μας έχουν υποχωρήσει και τα θύματά τους έχουν κατά πολύ μειωθεί. Δεν γνωρίζουμε ακόμα με βεβαιότητα τα αίτια που προκαλούν την NSU. Ένας όμως από τους κύριους ενόχους είναι, κατά πάσα πιθανότητα, το παράσιτο που ευθύνεται για τα χλαμύδια. Τα συμπτώματα συνήθως εμφανίζονται εντός επτά έως δέκα ημερών μετά τη σεξουαλική πράξη με μολυσμένο ερωτικό σύντροφο. Ωστόσο, η NSU είναι δυνατόν να εμφανιστεί χωρίς να έχει προηγηθεί καμιά ερωτική επαφή. Η θεραπεία κρατά αρκετό καιρό και βασίζεται στην αντιβίωση. Το 80% των ατόμων που προσβάλλει είναι άνδρες. Το πρώτο φανερό σύμπτωμα είναι ένα κάψιμο στην άκρη του πέους, που γίνεται κυρίως αισθητό με την πρωινή διούρηση. Από το πέος βγαίνει ένα διαυγές έκκριμα, που σταδιακά γίνεται παχύρρευστο, αν η μόλυνση δεν αντιμετωπιστεί. Τα συμπτώματα μπορεί να υποχωρήσουν, αλλά η μόλυνση να παραμείνει σε λανθάνουσα κατάσταση και να μεταδοθεί. Στις γυναίκες η NSU ενδέχεται να μην εμφανίζει συμπτώματα. Δεν αποκλείεται όμως να παρατηρηθεί μια μικρή αύξηση στις εκκρίσεις του

κόλπου. Είναι αξιοσημείωτο να επισημανθεί ότι, αν ένας άνδρας μολυνθεί, η σύντροφός του πρέπει απαραίτητα να ακολουθήσει θεραπευτική αγωγή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΕΚΤΡΩΣΕΙΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο ΕΚΤΡΩΣΕΙΣ

3.1. ΓΕΝΙΚΑ

Η επιλογή να αποκτήσει, η όχι, κάποιος ένα παιδί είναι ένα από τα στοιχειώδη δικαιώματα του. Η αντισύλληψη αποτελεί την καλύτερη εγγύηση αυτής της ελευθερίας. Ωστόσο το κεφάλαιο για την αντισύλληψη δείχνει καθαρά ότι, μέχρι σήμερα, οι αντισυλληπτικές μέθοδοι που χρησιμοποιούνται δεν προστατεύουν πάντοτε από τον κίνδυνο μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης.

Η εγκυμοσύνη, θεωρείται ανεπιθύμητη για λόγους κοινωνικούς (εκτός γάμου κύηση) οικογενειακούς (μεγάλα παιδιά ήδη στην οικογένεια) δυσαρμονίας στις σχέσεις με το σύντροφο, αδυναμίας υποστήριξης και ανατροφής του παιδιού, ηλικίας μητέρας (περιπτώσεις ανηλίκων μητέρων) και πιο συχνά επειδή το κυοφορούμενο έμβρυο είναι προϊόν μιας παροδικής σεξουαλικής σχέσης. Έτσι πολλές φορές καταφεύγουμε στην έκτρωση.



Σαν έκτρωση χαρακτηρίζεται η βίαιη διακοπή της κύησης πριν γίνει βιώσιμο το έμβρυο, δηλαδή από την αρχή της κύησης μέχρι την 24η εβδομάδα, κατά την οποία το βάρος του εμβρύου είναι περίπου 600 γρ.

Η έκτρωση ή άμβλωση όπως αλλιώς ονομάζεται είναι χειρουργική ενέργεια με την οποία αφαιρείται το αναπτυσσόμενο έμβρυο από το εσωτερικό της μήτρας όπου είχε προσκολληθεί. Μερικοί ωστόσο θεωρούν σαν έκτρωση κάθε τι που αναχαιτίζει την ανάπτυξη ενός γονιμοποιημένου ωαρίου ακόμη και πριν αυτό ενοφθαλμιστεί στη μήτρα.



Η απόφαση να καταφύγει κανείς στην έκτρωση σπάνια δεν δημιουργεί προβλήματα. Ακόμη και όταν είναι γνωστό ότι διενεργείται κάτω από καλές, άσηπτες συνθήκες, ότι είναι υπόθεση δέκα λεπτών, όταν η εγκυμοσύνη βρίσκεται σε πρώιμο στάδιο, και ότι ενέχει λιγότερους κινδύνους από μια γέννα.

Η γυναίκα που καταλήγει στην έκτρωση υφίσταται στις περισσότερες περιπτώσεις ψυχοσωματικό τραυματισμό. Ορισμένες φορές αντιμετωπίζει τον κίνδυνο σοβαρών αμέσων και έμμεσων επιπλοκών που εμφανίζεται μεγαλύτερος όταν η επέμβαση γίνεται χωρίς στοιχειώδης ιατρικές προδιαγραφές. Η ζωή του εμβρύου διακόπτεται με άμεσες και

έμμεσες συνέπειες για την οικογένεια και την κοινωνία. (Κουμαντάκης Ε.,1989)

3.2. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η έκτρωση είναι ένα από τα αμφιλεγόμενα θέματα που προβλημάτισε όλες τις κοινωνίες από την αρχαιότητα μέχρι σήμερα προκαλώντας πολιτικές, φιλοσοφικές, θρησκευτικές, αντιπαραθέσεις κινητοποιώντας παράλληλα κοινωνικούς φορείς και οργανώσεις.

Από την αρχαιότητα και ως τον 6ο π.Χ. αιώνα η έκτρωση αποτελούσε τρέχουσα πρακτική. Κανένας γραπτός ή άγραφος νόμος δεν την απαγόρευε, και χρησιμοποιούνταν ως ο πιο αποτελεσματικός τρόπος αντισύλληψης. Η καταδίκη της μεθόδου αυτής παρουσιάζεται με την αποκρυστάλλωση του χριστιανικού δόγματος, όταν οι πατέρες της εκκλησίας αποφαίνονται ότι το αρσενικό έμβρυο έχει ψυχή από τις σαράντα πρώτες μέρες, της κύησης, ενώ το θηλυκό από τις ογδόντα, επομένως η έκτρωση αποτελεί έγκλημα μετά την πάροδο των ημερομηνιών αυτών.

Το 13^ο αιώνα οι αγγλικοί νόμοι αποδέχονταν την διακοπή της κύησης, εφόσον γινόταν πριν από τον πέμπτο μήνα της εγκυμοσύνης που η γυναίκα αντιλαμβάνεται το έμβρυο. Όλα αλλάζουν το 19ο αιώνα. Το 1803 η Αγγλία απαγορεύει τις εκτρώσεις. Ο Ναπολέοντειος Κώδικας το 1810 τοποθετεί τις γυναίκες υπό την προστασία των συζύγων τους και θεωρεί την έκτρωση παιδοκτονία. Το 1869 ο πάπας Πιος Θ δηλώνει ότι η έκτρωση αποτελεί έγκλημα.

Η αλλαγή της στάσης των Ευρωπαϊκών Κρατών απέναντι στο πρόβλημα των εκτρώσεων το 19ο αιώνα οφείλεται σε μια σειρά λόγων:

α) Το ανθρωπιστικό κλίμα που επέβαλλε την προστασία των γυναικών από επεμβάσεις παρακινδυνευμένες.

β) Την ίδια εποχή οι βιολόγοι υποστηρίζουν ότι το έμβρυο είναι ζωντανό και προτού γίνει αντιληπτό από τη μητέρα. Στη βάση όμως της απαγόρευσης βρισκόταν η ανάγκη των κρατών αυτών να διαθέτουν τη μεγαλύτερη δυνατή εργατική δύναμη για βιομηχανία και για τις ανάγκες της αποικιακής εξάπλωσης. Οι γυναίκες έπρεπε να προσφέρουν την αναπαραγωγική τους ικανότητα στο βωμό της αναπτυσσόμενης οικονομίας.

Η Σοβιετική Ένωση ήταν η πρώτη χώρα που νομιμοποίησε τις εκτρώσεις το 1920. Το 1935 όμως οι νομοί ξανάγιναν περιοριστικοί για να επανέλθουν το 1960 στο

προηγούμενο καθεστώς. Στη συνέχεια όλες σχεδόν οι χώρες της Ανατολικής Ευρώπης εκτός από την Αλβανία νομιμοποίησαν τις εκτρώσεις στη δεκαετία του 1960. Πρόσφατα μερικές απ' αυτές προσέθεσαν περιοριστικούς όρους, σαν αντίδραση στη μείωση του αριθμού των γεννήσεων.

Η Σουηδία και η Δανία νομιμοποίησαν πλήρως τις εκτρώσεις το 1935. Το 1948 ακολούθησε η Ιαπωνία και το 1967 η Μεγάλη Βρετανία. Η Ινδία σαν μέλος της Βρετανικής Κοινοπολιτείας ακολούθησε την Αγγλία το 1971. Ο Καναδάς και οι Ηνωμένες Πολιτείες εφάρμοσαν «ελεύθερους» νόμους για τις εκτρώσεις το 1969 και 1973 αντίστοιχα, ενώ το 1975 ακολούθησε και η Γαλλία. Στη Λαϊκή Δημοκρατία της Κίνας, τέλος οι εκτρώσεις είναι πλήρως ελεύθερες.

Μπαίνοντας στη δεκαετία του 80 πάνω από το 70% του πληθυσμού της γης ζει σε χώρες με πλήρη ή σχεδόν πλήρη ελευθερία των εκτρώσεων, ενώ το υπόλοιπο ζει σε χώρες όπου η έκτρωση απαγορεύεται εντελώς ή επιτρέπεται μόνο, για να σωθεί η ζωή της μητέρας. Η τελευταία κατηγορία περιλαμβάνει τις πιο πολλές Μουσουλμανικές χώρες, την πλειονότητα της Αφρικανικών κρατών και των Κρατών της Λατινικής Αμερικής, καθώς και 6 Ευρωπαϊκές χώρες. Το Βέλγιο, την Ιρλανδία, τη Μάλτα την Πορτογαλία την Ισπανία και μέχρι το 1986 την Ελλάδα.

Η επίσημη Ρωμαιοκαθολική Εκκλησία θεωρεί ότι η διακοπή της εγκυμοσύνης είναι ανήθικη και την καταδικάζει· επιτρέπεται μόνο για να σωθεί η ζωή της μητέρας. Παρόμοια θέση έχει, και η Ελληνική Ορθόδοξη Εκκλησία. Οι προτεστάντες έχουν μια πιο ελεύθερη άποψη ενώ μερικά δόγματα τους αναφέρουν ότι «η θεραπευτική έκτρωση» είναι επιτρεπτή όταν ζητείται. Υπάρχουν βέβαια ορισμένοι προτεστάντες που παίρνουν την ίδια θέση με αυτή της Ρωμαιοκαθολικής εκκλησίας.

Η Μωαμεθανική θρησκεία παίρνει αντίθετη θέση για την έκτρωση ενώ η επίσημη Ιουδαϊκή θέση εξαρτάται απ' την ερμηνεία του Εβραϊκού νόμου γενικά όμως φαίνεται ότι η έκτρωση είναι αποδεκτή για τη «διατήρηση της υγείας της μητέρας».

3.3. ΤΕΧΝΗΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

Η βίαιη διακοπή της κύησης πριν γίνει βιώσιμο το έμβρυο ονομάζεται τεχνητή έκτρωση (Τ.Ε.) Η τεχνική διακοπή της κύησης ανάλογα με τους λόγους που οδηγούν στην εκτέλεση της διακρίνεται σε θεραπευτική, νόμιμη και παράνομη. Η παράνομη τεχνική διακοπή της κύησης χαρακτηρίζεται και με τους όρους εγκληματική έκτρωση ή άμβλωση. Οι όροι αυτοί ισχύουν για τις κήσεις ηλικίας μέχρι 24 εβδομάδων και εφόσον το βάρος

δεν ξεπερνά τα 500-600 gr.

Οι ενδείξεις για την θεραπευτική τεχνητή διακοπή της κύησης είναι:

- α) Βαριά καρδιοπάθεια
- β) Ενεργή φυματίωση
- γ) Διαβητική αμφιβληστροπάθεια
- δ) Διαβητική νεφροσκλήρυνση
- ε) Βαριά χρόνια νεφροπάθεια
- στ) Χρόνια υπέρτασική νόσος
- ζ) Βαριές νευροψυχιατρικές παθήσεις
- η) Νόσηση της μητέρας από ερυθρά στο πρώτο μισό της κύησης
- θ) Διαπιστωμένες ανωμαλίες ή παθήσεις του εμβρύου με προγεννητικό έλεγχο,
- ι) Διάφορες (κύηση μετά από βιασμό, κύηση σε ανήλικα κορίτσια αιμομιξία κ.α.)



Η Τ.Ε. με εξωϊατρικές ενδείξεις παρά το ότι απαγορευόταν μέχρι τα τελευταία χρόνια εφαρμοζόταν σε μεγάλη κλίμακα κι αποτελούσε σοβαρό κοινωνικό καθημερινό πρόβλημα.

Όμως η έκτρωση από κάθε άποψη - ιατρική και ηθικοκοινωνική - αποτελεί την πιο απαράδεκτη μέθοδο ρύθμισης της αναπαραγωγής. Η Τ.Ε. ιδανικά θα έπρεπε να γινόταν μόνο στις περιπτώσεις αποτυχίας μιας μεθόδου αντισύλληψης. Η εφαρμογή της, σαν μια προγραμματισμένη μέθοδος υποδηλώνει την ανυπαρξία η αποτυχία ενός προγράμματος Οικογενειακού Προγραμματισμού που αποτελεί θλιβερό προνόμιο των χωρών του λεγομένου Τρίτου Κόσμου.

3.4. ΜΕΘΟΔΟΙ ΤΕΧΝΗΤΗΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

Οι μέθοδοι που εφαρμόζονται για την εκτέλεση της τεχνητής διακοπής της κύησης, είτε πρόκειται για άμβλωση ή εν πάση περιπτώσει για ρύθμιση του μεγέθους της οικογένειας είναι οι ίδιες. Παρακάτω περιγράφονται αναλυτικά οι σπουδαιότερες από τις μεθόδους, που βρίσκονται σε χρήση.

3.4.1. Πρώιμη διακοπή της κύησης: Για την ομάδα αυτή των Τ.Ε. ο καλύτερος χαρακτηρισμός ίσως θα ήταν «παρεμπόδιση εμφύτευσης του γονιμοποιημένου ωαρίου». Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για το σκοπό αυτό χαρακτηρίζονται σαν «ορμονική

αντισύλληψη ύστερα από μια επικίνδυνη συνουσία». Πρόκειται για σκευάσματα που περιέχουν οιστρογόνο ή προγεστερινοειδές ή συνδυασμό των δυο αυτών στεροειδών ορμονών. Επίσης η τοποθέτηση ενδομητρικού ελάσματος (E.M.E.) φαίνεται να ανταποκρίνεται στην επιδίωξη της παρεμπόδισης της εμφύτευσης του γονιμοποιημένου ωαρίου. Απαραίτητη προϋπόθεση για τη δράση των παραπάνω ορμονικών ουσιών είναι η έναρξη της χορήγησης τους μέσα στις πρώτες 72 ώρες από την επικίνδυνη συνουσία, ενώ για μερικές από αυτές (νοργεστρέλη) πρέπει να δοθούν μέσα σε 3 ώρες από αυτή. Ο αντίστοιχος χρόνος για την αποτελεσματικότητα της τοποθέτησης E.M.E., είναι οι 5 ημέρες από την επικίνδυνη συνουσία.

3.4.2. Ρύθμιση της E.P. με αναρρόφηση του ενδομητρίου. Σε περιπτώσεις όπου διαπιστώνεται καθυστέρηση της εμμηνου ρήσης που δεν ξεπερνά τις 21-23 ημέρες, μπορεί να εφαρμοστεί η μέθοδος αυτή ακόμα και αν δεν έχει βεβαιωθεί η ύπαρξη κύησης. Στατιστικά έχει διαπιστωθεί ότι σε ποσοστό 67,5% από τις περιπτώσεις που υποβλήθηκαν στην επέμβαση αυτή, είχαν ενδομητρική εγκυμοσύνη. Ο λόγος της ελαστικής αυτής ένδειξης για την εκτέλεση της αναρρόφησης του ενδομητρίου είναι η απουσία αξιόλογων επιπλοκών. (Κουμαντάκης Ε., 1996)

3.4.3. Μέθοδοι τεχνητής διακοπής που εφαρμόζονται πριν τη 12^η εβδομάδα.

1. Διαστολή του τραχηλικού στομίου με μεταλλικούς διαστολείς και απόξεση του ενδομητρίου. Για τη διενέργεια της επέμβασης είναι απαραίτητη η εφαρμογή τοπικής αναλγησίας ή γενικής αναισθησίας. Η επέμβαση γίνεται με την ασθενή τοποθετημένη στη συνηθισμένη θέση των γυναικολογικών κολπικών επεμβάσεων.



2. Η διαστολή τραχηλικού στομίου και η αναρρόφηση του περιεχομένου της ενδομητρικής κοιλότητας. Η μέθοδος αυτή διαφέρει από την προηγούμενη κατά το ότι, αντί να χρησιμοποιηθούν τα ειδικά ξέστρα του ενδομητρίου, χρησιμοποιείται ειδική συσκευή αναρρόφησης του περιεχομένου της ενδομητρικής κοιλότητας.

3. Η χρησιμοποίηση κολπικών υπόθετων με προσταγλανδίνη F2α δεν φαίνεται να έχει αποδώσει προς το παρόν τα αναμενόμενα αποτελέσματα, ενώ παράλληλα φαίνεται να σχετίζεται με συχνές παρενέργειες.

4.Μέθοδος της τεχνητής διακοπής της κύησης που εφαρμόζεται αδιάκριτα σε κυήσεις πρώτου και δευτέρου τριμήνου:

3.4.4. Τεχνητή διακοπή της κύησης μετά τη 12^η εβδομάδα

Από την πρώτη ημέρα της τ.ε.ρ. γίνεται με μια από τις παρακάτω μεθόδους:

1. Με ενδοαμνιακή έγχυση διαλύματος 20% χλωριούχου νατρίου.

Το διάλυμα αυτό φαίνεται να δρα σαν δηλητήριο, ώστε μετά από 1 έως 2 ώρες οι καρδιακοί παλμοί του εμβρύου δεν ανιχνεύονται πια. Μετά από 60' ως 90' λεπτά της ώρας, το μυομήτριο παρουσιάζει έντονη συσταλτική δραστηριότητα, που συνεχίζεται ώσπου να αποβληθεί το κύημα.

2. Με την ενδοαμνιακή χορήγηση προσταγλανδινών.

3. Με την εξωαμνιακή έγχυση της 15 Μεθυλ. PG F2α

4. Πρόκληση τεχνητής διακοπής της κύησης με μηχανικές μεθόδους

Με τις μεθόδους αυτές αποσκοπείται ο μηχανικός ερεθισμός του τραχήλου και η διαστολή του που έχουν σαν αποτέλεσμα την έκχυση του μηχανισμού πρόκλησης συστολής του μυομητρίου, με την ενεργοποίηση του τραχηλομητρικού αντανακλαστικού. Οι πιο αντιπροσωπευτικές από τις μεθόδους αυτές είναι η εφαρμογή του μητρευρεντήρα και οι λαμινάριες.

3.5. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ ΤΕΧΝΗΤΗΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

Διακρίνονται σε εκείνες που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια εφαρμογής της μεθόδου, αμέσως μετεγχειρητικά και αργότερα .

α) Επιπλοκές κατά την εφαρμογή της μεθόδου πρόκλησης της τεχνητής έκτρωσης.

1) Ανακοπή κατά της εφαρμογής της γενικής αναισθησίας.

2) Αλλεργικές αντιδράσεις από το τοπικό αναλγητικό φάρμακο.

3) Αλλεργικές αντιδράσεις από το γενικό αναισθητικό φάρμακο.

4) Τοξικές αντιδράσεις από το γενικό και το αναισθητικό φάρμακο.

- 5) Φαρμακολογικές παρενέργειες από το ενδοαμνιακά χορηγούμενο φάρμακο,
- 6) Βρογχόσπασμος κατά τη γενική αναισθησία.
- 7) Διάτρηση της μήτρας κατά τη διαστολή του τραχηλικού στομίου της μήτρας.
- 8) Διάτρηση της μήτρας με το ξέστρο ή το ρύγχος της αναρρόφησης.
- 9) Κακώσεις στην ουροδόχο κύστη, το έντερο και τον ουρητήρα.
- 10) Ρήξεις του τραχήλου της μήτρας.
- 11) Μεγάλη αιμορραγία.
- 12) Διάσπαρτη ενδαγγειακή πήξη.
- 13) Χοριομνιονίτις.
- 14) Καταπληξία (SHOCK).
- 15) Διάφορες ιατρογενείς επιπλοκές.
- 16) Ενδοκρανιακές θρομβώσεις.
- 17) Υπερνατριάμια και μόλυνση.

Οι τελευταίες δυο επιπλοκές αναφέρονται, στην τεχνική της ενδοαμνιακής έγχυσης.

B) Άμεσες Μετεγχειρητικές Επιπλοκές

Τα προβλήματα που εμφανίζονται, μετά την έκτρωση πέρα από τις έντονες ψυχολογικές αντιδράσεις είναι η μόλυνση, η συγκράτηση προϊόντων σύλληψης / ενδομήτριος θρόμβος αίματος, η συνέχιση της εγκυμοσύνης, το τραύμα στον τράχηλο ή τη μήτρα και η αιμορραγία.

1) Μόλυνση. Οι μολύνσεις μετά την έκτρωση είναι πιθανές αν δεν ληφθούν τα κατάλληλα μέτρα. Οι μολύνσεις αυτού του είδους είναι δυνατόν να εκδηλωθούν είτε μέσα στο κόλπο (ενδομητρίτιδα) είτε ν' απλωθούν πάνω απ' τη μήτρα (παραμητρίτιδα, περιτονίτιδα ή σαλπγγίτιδα). Η μόλυνση όποιας μορφής κι αν είναι, γίνεται αντιληπτή με τη μορφή κράμπας, πυρετού, έκκρισης ή δυσφορίας στην πύελο. Οι γυναίκες μόλις αντιληφθούν, αυτά τα συμπτώματα πρέπει άμεσα να σπεύσουν και να συμβουλευτούν το γιατρό τους. Όσον αφορά την θεραπεία της μόλυνσης, αυτή μπορεί να γίνει είτε στο σπίτι, αν πρόκειται για ελαφριά μορφή όπως η ενδομητρίτιδα, είτε στο νοσοκομείο, αν το κακό έχει προχωρήσει βαθιά, σαν σαλπγγίτιδα ή περιτονίτιδα.

Στην πρώτη περίπτωση αν έχει απομείνει κάτι μέσα στη μήτρα αφαιρείται με τη

μέθοδο τη Δ/Α (μέθοδος διαστολής και απόξεσης) κι αμέσως χορηγούνται τα κατάλληλα αντιβιοτικά ενδοφλεβίως. Στη βαρύτερη μόλυνση γίνεται εντατική θεραπεία μέσα στο νοσοκομείο, όπου χορηγείται μείγμα υδατώδους πενικιλίνης και γκεταμισίν. Τέλος επισημαίνεται, πως στην περίπτωση που μολύνεται η πύελος η στειρότητα είναι αναπόφευκτη.

2) Ενδομήτριος θρόμβος αίματος - Υπολείμματα προϊόντων σύλληψης

Όταν η έκτρωση γίνει κατά το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης παρουσιάζεται σχεδόν πάντα το ίδιο πρόβλημα. Δημιουργείται εκεί ένας θρόμβος αίματος, ο ενδομήτριος όπως λέγεται, οπότε χρειάζεται να επαναληφθεί η μέθοδος διαστολής με ξύσιμο. Ο θρόμβος αίματος μπορεί να παρουσιαστεί αμέσως ή μετά πέντε μέρες απ'τη στιγμή της έκτρωσης και εκδηλώνεται, με δυνατούς πόνους από κράμπα. Η διάγνωση του συνδρόμου αυτού γίνεται με εξέταση της πυέλου κατά την οποία διαπιστώνεται, πως η μήτρα είναι τεντωμένη, μαλακή και μεγάλη. Το καλύτερο φάρμακο για την περίπτωση αυτή είναι η μέθοδος αναρρόφησης, ενώ το πρόβλημα αυτό μπορεί να συνδέεται και με ενδρομητρίτιδα.

3) Συνέχιση της εγκυμοσύνης

Σε ορισμένες περιπτώσεις (0,1-0,3%), αποδείχτηκε ότι η προσπάθεια τερματισμού της εγκυμοσύνης δεν είναι πάντοτε επιτυχημένη.

Μια αποτυχία μπορεί να αποφευχθεί με προσεκτική εξέταση των προϊόντων σύλληψης μετά από κάθε έκτρωση.

Η συνέχιση της εγκυμοσύνης γίνεται αντιληπτή από τα συμπτώματα εγκυμοσύνης, που βεβαιώνεται με την γυναικολογική εξέταση που ακολουθεί μερικές εβδομάδες μετά την έκτρωση. Αν η εγκυμοσύνη δεν έχει τερματιστεί, τότε μπορεί να συμβαίνουν τα εξής: α) να υπάρχει ανώμαλη μήτρα (π.χ. δίκερως), β) να έχουμε εγκυμοσύνη διδύμων γ) να έχουμε μια εξωμήτρια εγκυμοσύνη. Πολύ συχνά όμως είναι αποτέλεσμα ανεπαρκούς καθαρισμού (ξυσίματος) του εμβρύου από τη μήτρα.

4) Τραύμα του τραχήλου της μήτρας

Το μετεκρωτικό πρόβλημα σε αυτή την περίπτωση εμφανίζεται με τη μορφή της διάτρησης ή τραυματισμού του τραχήλου. Γενικά τα προβλήματα που ίσως δημιουργούν οι εκτρωτικές μέθοδοι των πρώτων μηνών, αποφεύγονται με μια ελαφριά τραχηλική ενστάλαξη, χωρίς τη χρησιμοποίηση καθετήρων ή άλλων οργάνων που εισάγονται βαθιά

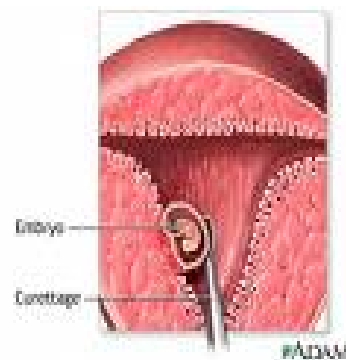
στη μήτρα.

5) Αιμορραγία

Η υπερβολική αιμορραγία κατά την ώρα της έκτρωσης ή μετά απ' αυτή αποτρέπεται με τοπική αναισθησία, χρήση συσταλτικών παραγόντων της μήτρας και μαλάξεις αυτής. Στις γυναίκες που χρησιμοποιούν τη μέθοδο της ενστάλαξης κατά το δεύτερο τρίμηνο, είναι απαραίτητο να γίνει γρήγορη αναρρόφηση του πλακούντα μέσα σε μία ώρα μετά την αποβολή του εμβρύου, ώστε να αποφευχθεί υπερβολική απώλεια αίματος.

Γ. ΑΠΩΤΕΡΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

- 1) Δευτεροπαθής αμηνόρροια.
- 2) Δευτεροπαθής στειρώση.
- 3) Αυτόματες εκτρώσεις και πρώιμοι τοκετοί.
- 4) Εξωμήτρια κύηση.
- 5) Προδρομικός πλακούντας.
- 6) Πρώιμη ρήξη των υμένων του εμβρύου.
- 7) Αυξημένη περιγεννητική νοσηρότητα και θνησιμότητα.
- 8) Ευαισθητοποίηση στον παράγοντα RHESUS.
- 9) Ενδομητρικές συμφύσεις.
- 10) Ανεπάρκεια του εσωτερικού τραχηλικού στομίου.



3.6. ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΝΟΜΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΕΚΤΡΩΣΕΩΝ.

Από στατιστικά δεδομένα σε χώρες με ελεύθερες τις εκτρώσεις προκύπτει ότι η «νομιμοποίησή» έχει τα εξής επακόλουθα:

α) Μείωση του αριθμού του επιπλοκών απ' τις εκτρώσεις

β) Μείωση της νεογνικής θνησιμότητας (η μείωση αυτή σχετίζεται με τη μείωση του αριθμού των εξώγαμων παιδιών). Συγκεκριμένα την νομιμοποίηση των εκτρώσεων στη Νέα Υόρκη και την Καλιφόρνια, ακολούθησε μείωση της νεογνικής θνησιμότητας κατά 16% και 12% αντίστοιχα,

γ) Ελάττωση του αριθμού των παιδιών που εγκαταλείπονται μετά τη γέννηση τους

δ) Μείωση του αριθμού των εξώγαμων παιδιών.

Το κυριότερο πρόβλημα που σχετίζεται με την αύξηση του αριθμού των εκτρώσεων σε χώρες όπου αυτές είναι νόμιμες είναι το δημογραφικό η ελάττωση δηλαδή του αριθμού γεννήσεων. Είναι φυσικό ότι η συμπεριφορά των διαφόρων κοινωνιών μετά τη νομιμοποίηση των εκτρώσεων δεν είναι ενιαία και οπωσδήποτε επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες. Άλλο ένα πρόβλημα στην εξαγωγή συμπερασμάτων είναι η δυσκολία του υπολογισμού των παράνομων εκτρώσεων. Ο υπολογισμός αυτός γίνεται μόνο με εκτιμήσεις κι όχι με ακριβή στατιστικά στοιχεία.

Στις Η.Π.Α. το 1973 όταν ακόμα υπήρχαν περιοριστικά νόμοι για τις εκτρώσεις έγιναν 500.000 περίπου εκτρώσεις το 1975, δυο χρόνια μετά τη νομιμοποίηση ο αριθμός έφτασε το ένα εκατομμύριο.

Στην Τυνησία ο αριθμός των εκτρώσεων φαίνεται, ότι, μειώθηκε από τότε που η έκτρωση νομιμοποιήθηκε και εφαρμόστηκαν προγράμματα αντισύλληψης και Οικογενειακού Προγραμματισμού. Στη Ρωσία, όμως, αλλά και, γενικά στα κράτη της Ανατολικής Ευρώπης ο αριθμός των εκτρώσεων εξακολουθεί να είναι υψηλός. Τον Οκτώβριο του 1966 η Ρουμανία επανέφερε τροποποιημένους περιοριστικούς νόμους για τις εκτρώσεις, με αποτέλεσμα ο αριθμός των νομίμων εκτρώσεων να πέσει στο 1/12 αυτών, που γίνονταν προηγούμενα. Εννιά μήνες αργότερα ο αριθμός των γεννήσεων διπλασιάστηκε. Όταν όμως οι παράνομες εκτρώσεις αυξήθηκαν ο αριθμός των γεννήσεων άρχισε να ελαττώνεται με ταυτόχρονη αύξηση της μητρικής θνησιμότητας, τα παραπάνω στοιχεία δείχνουν ότι κοινωνικοί και οικονομικοί παράγοντες καθώς και η αποδοχή ή όχι ευρύτερων προγραμμάτων αντισύλληψης, καθορίζουν τον αριθμό των αμβλώσεων σε μια χώρα στο συγκεκριμένο χρόνο.

3.7. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΛΥΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΗ ΣΥΜΒΟΛΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ ΚΑΙ ΤΙΣ ΕΚΤΡΩΣΕΙΣ

Δυστυχώς δεν είμαστε σε θέση να μιλάμε ακόμη για σεξουαλική διαφώτιση στην Ελλάδα. Πολύ λίγα βήματα έχουν γίνει, μέχρι αυτή τη στιγμή προς αυτή την κατεύθυνση.

Η πληροφόρηση των ελληνοπαίδων σε γενικές γραμμές γίνεται κατά βάση από α) βιβλία και έντυπα που είναι γραμμένα από ανεύθυνα πολλές φορές άτομα. β) Από συνομηλίκους τους ή από παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας κλπ.

Η σχολική εκπαίδευση από την άλλη πλευρά δεν δίνει ότι και όσο θα έπρεπε πάνω στο τεράστιο πρόβλημα της σεξουαλικής διαφώτισης των παιδιών. Το πρόβλημα αυτό εντείνεται από την άγνοια και την απροθυμία των καθηγητών να κάνουν μια σωστή διαφώτιση στηριγμένη σε επιστημονική βάση.

Είναι λοιπόν κατάλληλη η στιγμή να δημιουργηθεί ομάδα καθηγητών και ειδικευμένων επιστημόνων, που θα ασχοληθεί με το θέμα της σεξουαλικής διαφώτισης. Η ομάδα αυτή θα πρέπει να προετοιμαστεί κατάλληλα γιατί τα προβλήματα που θα αντιμετωπίσει είναι απλά στη διατύπωση αλλά σύνθετα στη θεώρηση (κοινωνικά, πνευματικά, ψυχολογικά) και απαιτούν γνώσεις αλλά και δυνατότητα κατανόησης και συμπαράστασης.

Το μάθημα της σεξουαλικής αγωγής μπαίνοντας στο σχολείο (στις τελευταίες τάξεις) θα βοηθήσει τα νέα άτομα να αντιμετωπίσουν διάφορα ψυχολογικά και σωματικά προβλήματα. Η σεξουαλική αγωγή δεν θα πρέπει να αναφέρεται μόνο στην αναπαραγωγή αλλά και στην αντισύλληψη.

Η πληροφόρηση των νέων ατόμων από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης είναι ανεπαρκής ανακριβής και πιθανότητα επικίνδυνη. Έχοντας λοιπόν λαθεμένη αντίληψη για πολλά πράγματα, αρχίζουν να πειραματίζονται σ' αυτά που ξέρουν και κακώς έμαθαν, μέχρις ότου μοιραία έρθει η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη με όλα τα ψυχολογικά κοινωνικά και σωματικά προβλήματα.

Μεγαλύτερη λοιπόν και προπάντων υπεύθυνη ενημέρωση από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Η σωστή πληροφόρηση θα είναι η σωτηρία των νέων ατόμων.

Μεγάλο ακόμη ρόλο θα πρέπει, να παίζουν οι γονείς πάνω στην ενημέρωση και εκπαίδευση του παιδιού. Οι γονείς διδάσκουν το σεξ από τη στιγμή που γεννιούνται τα παιδιά είτε συνειδητά είτε όχι π.χ. (επαφή του μωρού με το στήθος της μητέρας). Από αυτούς λοιπόν εξαρτάται αν η διδασκαλία τους θα έχει θετικά η αρνητικά αποτελέσματα. Οι αντιδράσεις των γονιών σε ορισμένες ερωτήσεις που τους γίνονται από τα παιδιά είναι εξίσου σημαντικές με τις απαντήσεις που δίνονται. Η αποφυγή ή η άρνηση σεξουαλικής πληροφόρησης από τους γονιούς, η αμηχανία και η δυσάρεστη έκπληξη που πολλές φορές ακολουθούν τις ερωτήσεις των παιδιών έχουν αρνητικά αποτελέσματα στην διαφώτιση των νέων που νομίζουν ότι το σεξ είναι κάτι κακό και βρώμικο.

Βλέπουμε λοιπόν ότι η σεξουαλική εκπαίδευση καθώς και η γνώση των σωστών αντισυλληπτικών μεθόδων είναι απαραίτητες. Προϋποθέσεις για τη σωστή ανάπτυξη του

σεξουαλικού προβλήματος στους νέους.

Θα πρέπει να υπάρχει ένα σύστημα Οικογενειακού Προγραμματισμού προσιτό σ' όλους του ανθρώπους, θα πρέπει να λειτουργούν τα απαραίτητα κέντρα πρωί και απόγευμα για να δίνουν τις αναγκαίες πληροφορίες. Επίσης θα πρέπει να υπάρχουν κέντρα τα οποία θα μπορούν να προμηθεύουν στο κοινό όλα τα είδη των αντισυλληπτικών. Επίσης πρέπει να παρέχονται ειδικές ευκολίες στα ανίκανα πνευματικά άτομα, τους αρρώστους, τους ανάπηρους και στους έχοντες σεξουαλικό πρόβλημα.

Οι γιατροί θα πρέπει να συμβάλλουν και αυτοί στην προσπάθεια ενημέρωσης με ειδικά προγράμματα, σεμινάρια, διαλέξεις. Η διαφώτιση των ατόμων γύρω από τις αντισυλληπτικές μεθόδους που υπάρχουν θα πρέπει να είναι πλήρης και όχι αυτή να γίνεται με βάση δικές μας απόψεις (γιατρών, νοσηλευτών) αλλά να συζητούνται πλήρως όλες οι μέθοδοι και να αφήνεται η τελική επιλογή στον ενδιαφερόμενο. Θα πρέπει λοιπόν να υπάρχει ειδικευμένο προσωπικό για μεγαλύτερη ενημέρωση και επαφή με το κοινό, για θέματα σεξουαλικής διαφώτισης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

4.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η σεξουαλική λειτουργία είναι από τις βασικότερες της αναπαραγωγής του είδους, αλλά και της κοινωνικής αναπαραγωγής και γι' αυτό το λόγο ένα από τα μεγάλα κοινωνικά ζητήματα, τουλάχιστον μετά από το 17ο αιώνα. Ο κοινωνικός έλεγχος της σεξουαλικότητας συνδέεται εδώ και τρεις αιώνες με ένα πλήθος κοινωνικών αντιλήψεων, με την κοινωνική διαίρεση της εξουσίας, με πρακτικές παλιές και νέας βαρβαρότητας, που βαραίνουν στην προσωπική βιογραφία του καθενός μας.

Η εποχή μας δεν είναι τόσο απελευθερωμένη σεξουαλικά, όσο συνήθως διαφημίζεται ή κατηγορείται: Η άγνοια και ο φόβος της απόλαυσης είναι πολύ περισσότερο διαδεδομένα φαινόμενα από τη γνώση και την ειλικρινή διεκδίκησή της.



Παρόλο που μιλάμε πολύ για το σεξ, η σεξουαλικότητά μας συνοδεύεται από ενοχές, αποκρύψεις και φόβους. Μιλάμε πολύ πιο εύκολα για την παραβατική ή και εγκληματική σεξουαλικότητα, παρά για τις προσωπικές επιθυμίες, φαντασιώσεις και απολαύσεις.

Παρ' όλα τα βήματα που έχουν γίνει στον εκδημοκρατισμό κοινωνικών δομών και θεσμών, δεν έχουν εκλείψει ούτε η κοινωνική διαίρεση της εργασίας ούτε οι αντιφατικές αντιλήψεις, από τις οποίες οι σύγχρονες κοινωνίες εμφορούνται ακόμη, για τη σεξουαλικότητα των ανδρών σε σχέση με εκείνη των γυναικών, καθώς και για τη σεξουαλικότητα των ανώτερων κοινωνικών τάξεων σε σχέση με τις λιγότερο ευνοημένες.

Παρ' όλο το αυξημένο ενδιαφέρον των γονιών για τη σεξουαλική ωρίμανση και τη σεξουαλική συμπεριφορά των παιδιών τους, ο ανοιχτός και ειλικρινής διάλογος μεταξύ τους και ακόμη περισσότερο η ψύχραιμη και κοινή αντιμετώπιση δύσκολων καταστάσεων δεν είναι ο κανόνας. (Ανθογαλίδου Θ., 1998)

4.2. Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση στην Ελλάδα σήμερα

Η Ελλάδα είναι από τις λίγες ευρωπαϊκές χώρες που δεν έχει συγκεκριμένη πολιτική στο θέμα της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης. Το μάθημα της σεξουαλικής

αγωγής χωρίς να είναι απαγορευμένο πρακτικά δεν γίνεται. Στις παρυφές κάποιων μαθημάτων (Βιολογία, Ανθρωπολογία, Θρησκευτικά) υπάρχουν κάποια στοιχεία πάνω στο θέμα, αλλά και αυτά πολλές φορές καταχωνιασμένα στο τέλος των βιβλίων δεν διδάσκονται. Κατά καιρούς διατίθενται φυλλάδια ενημερωτικά για επίκαιρα θέματα από το Υπουργείο Παιδείας (πχ AIDS).

Δυνατότητα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης υπάρχει μέσα από τα θεσμοθετημένα, τελευταία, προγράμματα Υγείας, αρκεί φυσικά να έχει επιλεχθεί ανάλογο θέμα. Αυτά αναπτύσσονται συνήθως εκτός ωρολογίου προγράμματος και ο αριθμός των παιδιών που συμμετέχουν είναι περιορισμένος.

Αλλά και η εκπαίδευση των στελεχών που θα πραγματοποιήσουν αυτά τα προγράμματα είναι περιορισμένη. Μόνο τα νέα Παιδαγωγικά τμήματα των Πανεπιστημίων έχουν μαθήματα πάνω στο θέμα. Κάποια σποραδικά σεμινάρια των Περιφερειακών Επιμορφωτικών Κέντρων (Π.Ε.Κ.) και κάποιες διημερίδες διάφορων φορέων περιορισμένη μόνο εμβέλεια έχουν.

4.3. Ποιοι οι στόχοι της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης

Στη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση πέρα από τις βιολογικές και ιατρικές διαστάσεις πρέπει να εξετάζονται και οι πολιτιστικές και ψυχολογικές παράμετροι. Στόχοι της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης μπορούν να είναι οι παρακάτω:

1. Απόκτηση τεκμηριωμένης γνώσης (Δηλαδή επιστημονική προσέγγιση των θεμάτων της σεξουαλικότητας πέρα από μύθους, προκαταλήψεις, προσωπικές εμπειρίες κλπ) και διασαφήνιση των σεξουαλικών μας αξιών. Κατάκτηση μετά από αυτό προσωπικής τεκμηριωμένης συνειδητής στάσης στις συγκρουόμενες απόψεις (θρησκεία, οικογένεια,



φίλοι, Μ.Μ.Ε. κλπ) για θέματα σεξουαλικότητας, όπως γάμος, αυνανισμός, μονογαμικότητα, ομοφυλοφιλία κλπ .

2. Διαμόρφωση θετικής αντίληψης του εαυτού μας για το σεξ. (ανάπτυξη της αυτοεκτίμησής μας) και ως εκ τούτου βελτίωση της ανθρώπινης επικοινωνίας. (πχ η απαλλαγή από το άγχος συνομιλίας για θέματα σεξ μεταξύ εραστών, γονέων -παιδιών κλπ) βελτιώνει τις σχέσεις τους.

3. Αναγνώριση των αρνητικών σημείων στις σχέσεις μας. (εκμετάλλευση του ενός συντρόφου από τον άλλο, τα ψέματα στη σχέση, η υπερβολική εξάρτηση του ενός ή και των δύο συντρόφων, η ζήλια).
4. Έλεγχος γονιμότητας. (αντισύλληψη, προγεννητικός έλεγχος, αντιμετώπιση δυσκολιών στη σύλληψη κλπ) .
5. Αποφυγή σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων. (έρπης, γλαμύδια, κονδυλώματα, ηπατίτιδα, AIDS κλπ) .
6. Κατανόηση και αντιμετώπιση προβλημάτων σεξουαλικής ανταπόκρισης. (σεξουαλικά προβλήματα όπως ανοργασμία, έλλειψη στύσης, πρόωρη εκσπερμάτωση, κλπ).

4.4. Διαφυλικές σχέσεις:

Διαδρομή στη ζωή με κινδύνους

Η ανάπτυξη υγιούς σεξουαλικότητας είναι μέρος της σωματικής και συναισθηματικής ανάπτυξης του παιδιού. Βιολογικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες συνδυάζονται για να δημιουργήσουν, για όλη τη ζωή, υγιή αίσθηση της σεξουαλικότητας και των επιλογών της συμπεριφοράς. Ο έφηβος βιολογικά ώριμος, διεκδικεί την ανεξαρτητοποίηση του, την απόκτηση προσωπικής ταυτότητας και στοχεύει στη ανάπτυξη σχέσεων εκτός οικογένειας. Επίσης τον απασχολεί ιδιαίτερα η σεξουαλικότητα και οι επιλογές για σεξουαλική συμπεριφορά, καθώς οι επιτυχείς επιλογές θα βοηθήσουν στη προσαρμογή του στη ενήλικη ζωή. Οι επιλογές του καθοδηγούνται βέβαια από την βιολογική του ανάγκη αλλά σειρά κοινωνικών παραμέτρων θα τις επηρεάσουν. Κάθε κοινωνία με τις αρχές και τις αξίες της προσανατολίζει, διαπαιδαγωγεί και ελέγχει τους νέους. Οι θέσεις της κοινωνίας για το προγαμιαίο σεξ, την ισότητα των δύο φύλων, την αποδοχή των μονογονεϊκών οικογενειών, τη νομιμοποίηση των εκτρώσεων και άλλες, είναι θέσεις οι οποίες προσανατολίζουν στο είδος της σεξουαλικής ζωής η οποία είναι κοινωνικά αποδεκτή.



Πόσο σεξουαλικά απελευθερωμένη είναι σήμερα η κοινωνία και ποιο είναι το ΜΗΝΥΜΑ της; Τα μηνύματα τα οποία εκπέμπει η κοινωνία σήμερα δυστυχώς είναι διπλά, και οι τρόποι με τους οποίους μεταφέρονται παραπλανητικοί. Με τη τηλεόραση η

οποία βομβαρδίζει με σκηνές σεξουαλικού περιεχομένου, και ποικίλου βαθμού επεξηγήσεις για την σεξουαλική πράξη αλλά με ελάχιστα έως ανύπαρκτα στοιχεία σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης. Από τη βιομηχανία των ενδυμάτων με τα αποκαλυπτικά ρούχα και την παρουσίαση του «ιδανικού» σώματος. Με έντυπα πορνογραφικού περιεχομένου τα οποία είναι ιδιαίτερος προσβάσιμα και με τα video clip να περιέχουν αποκαλυπτικές σκηνές. (Καραμολέγκου Κ, 2006)

4.5. Η Ομοφυλοφιλία



Η ομοφυλοφιλία υπάρχει στις περισσότερες κοινωνίες από τότε που υπάρχουν δεδομένα για την σεξουαλική συμπεριφορά. Το 1973 η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία επαναταξινόμησε την ομοφυλοφιλία ως σεξουαλικό προσανατολισμό του φύλου ή έκφραση και όχι ως ψυχική διαταραχή. Οι μηχανισμοί με τους οποίους αναπτύσσεται ο προσανατολισμός του φύλου παραμένουν αδιευκρίνιστοι αλλά η σύγχρονη βιβλιογραφία και οι ερευνητές δηλώνουν ότι ο προσανατολισμός του φύλου δεν είναι επιλογή, το οποίο σημαίνει ότι τα άτομα δεν επιλέγουν να είναι ομοφυλόφιλοι ή ετερόφυλοι. Η ταυτότητα του φύλου είναι η ατομική εσωτερική αίσθηση του ατόμου ότι είναι άνδρας ή γυναίκα, αγόρι ή κορίτσι, η διαμόρφωση της ξεκινά από την ενδομήτρια ζωή και υπάρχει εγγενής προδιάθεση του εγκεφάλου προς συγκεκριμένη ταυτότητα του φύλου. Τελικά διαμορφώνεται στη διάρκεια των πρώτων χρόνων της ζωής και οριστικοποιείται στη ηλικία των 6 χρόνων. Στη διάρκεια της υπόλοιπης παιδικής και σχολικής ζωής η ταυτότητα του φύλου ενισχύεται από τους ρόλους του φύλου. Ο προσανατολισμός του φύλου αναφέρεται στις επιθυμίες και επιλογές του ατόμου σχετικά με το φύλο του συντρόφου του και εγκαθίσταται στην πρώτη παιδική ηλικία. Ο ομοφυλόφιλος έχει σταθερά εγκατεστημένη ως ταυτότητα του φύλου, αυτή που συμφωνεί με το ανατομικό του φύλο. Ο προσανατολισμός του φύλου είναι προς άτομα του ίδιου φύλου.

Πλειάδα θεωριών έχουν προταθεί σχετικά με το τι επηρεάζει τον προσανατολισμό του φύλου. Πιθανόν δεν καθορίζεται από έναν παράγοντα αλλά από συνδυασμό γενετικών, ορμονικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. (Καραμολέγκου Κ, 2006)

4.6. Υγεία και σεξουαλική λειτουργία

Η σεξουαλική λειτουργία διαμορφώνεται και από τα τρία βασικά επίπεδα ανάπτυξης του ατόμου. το βιολογικό, το κοινωνικό και το ψυχολογικό. Η διαμόρφωση της σεξουαλικής συμπεριφοράς εξαρτάται από την ανάπτυξη της ταυτότητας και του ρόλου του φύλου, που, με τη σειρά της, αποτελεί τμήμα της προσωπικότητας. Η σεξουαλική λειτουργία πρωτογενώς εξυπηρετεί τη διαίωσιση του είδους, ωστόσο ένας αριθμός δευτερογενών, όχι λιγότερο σημαντικών στόχων μπορούν να αναδυθούν ως μη άμεσα σεξουαλικοί. Ο ρόλος της σεξουαλικής λειτουργίας είναι σημαντικός στην ολοκλήρωση της προσωπικότητας και του «ευ ζην». Πολλά νοσήματα της



γενικής ιατρικής μπορεί να επηρεάσουν τη σεξουαλική λειτουργία όπως και διάφορα φάρμακα. Η σεξουαλική έκφραση είναι ένα βασικό συστατικό των ανθρώπινων σχέσεων το οποίο μπορεί να βελτιώνει την ποιότητα ζωής και να χαρίζει μια αίσθηση σωματικής, κοινωνικής και ψυχολογικής ευεξίας. Γι' αυτό, πρέπει κανείς να προσέχει τις συνθήκες κάτω από τις οποίες τελείται, ώστε να έχει τη δυνατότητα να απολαμβάνει με ασφάλεια αυτή την τόσο σημαντική για την προσωπικότητα και ευχάριστη λειτουργία. (Βαϊδάκης Ν.1997)

4.7. Βιοψυχοκοινωνική ανάπτυξη σεξουαλικότητας

Η σεξουαλική λειτουργία διαμορφώνεται και από τα τρία βασικά επίπεδα ανάπτυξης του ατόμου, το βιολογικό, το κοινωνικό και το ψυχολογικό. Για να κατανοήσουμε, λοιπόν, καλύτερα αυτή την πολύπλοκη λειτουργία, θα πρέπει να δούμε πώς αναπτύσσεται σ' αυτά τα επίπεδα. Φυσικά, η διαίρεση σε τρία επίπεδα-διαστάσεις είναι σχηματική και γίνεται μόνο για εκπαιδευτικούς λόγους, γιατί, στην πραγματικότητα αυτά αλληλοεπηρεάζονται και πολλές φορές τα όριά τους είναι ασαφή. Από βιολογικής πλευράς, η σεξουαλική λειτουργία είναι μια φυσιολογική λειτουργία του ανθρώπινου οργανισμού, όπως π.χ. η πέψη. Αρχίζει κατά τη σύλληψη, με το συνδυασμό των χρωμοσωμάτων και περνά από διάφορα στάδια ανάπτυξης, με βασικό σταθμό την εφηβεία. Εκεί, η ραγδαία αύξηση των ορμονών προκαλεί την εμφάνιση των δευτερογενών χαρακτηριστικών του φύλου και θέτει σε λειτουργία την αναπαραγωγική ικανότητα. Έτσι, ολοκληρώνεται η ανάπτυξη της ενστικτικής αυτής λειτουργίας.

Ενώ όμως η φύση παράγει άτομα ικανά για την αναπαραγωγική λειτουργία, η κοινωνία διαμορφώνει τη σεξουαλική συμπεριφορά (δηλαδή, τη διαδικασία προσέγγισης για την επιτέλεση της αναπαραγωγής) μέσα από την οικογένεια, το σχολείο, τις παρέες, τα περιοδικά, την τηλεόραση, τον κινηματογράφο κ.λ.π.

Τόσο η βιολογική όσο και η κοινωνική παράμετρος συναντώνται και δρουν τελικά πάνω στο κάθε άτομο, επηρεάζουν δηλαδή την ψυχολογία του ή καλύτερα, διαπλάθουν τις ψυχολογικές του ανάγκες. όπως είναι π.χ., οι συναισθηματικές.

Η σεξουαλική λειτουργία εξυπηρετεί τη διατήρηση του είδους, γι' αυτό η μητέλεσή της δεν είναι επιζήμια για το άτομο, όπως συμβαίνει με τη μητέλεση της αναπνοής ή της πέψης και άλλων ζωτικών λειτουργιών. Η φύση πιέζει όμως τα άτομα για την επιτέλεση της σεξουαλικής λειτουργίας μέσω της προσωπικότητας, στην οποία έχει τοποθετήσει τη σεξουαλικότητα, που αποτελεί τη βασική κινητήρια δύναμη της συμπεριφοράς. Έτσι, η επιτέλεση της σεξουαλικής λειτουργίας έχει να κάνει με την κάλυψη αναγκών του ατόμου ή, με άλλα λόγια, συμβάλλει στην ολοκλήρωση της προσωπικότητας. Ο τρόπος, π.χ., που προσεγγίζει το ένα φύλο το άλλο και το τι θέλει να πάρει ή να δώσει προσδιορίζεται από την ανάπτυξη της ταυτότητας και του ρόλου του φύλου. Με τον όρο «ταυτότητα φύλου» εννοούμε το πώς αισθάνεται κανείς ως άνδρας ή ως γυναίκα και με τον όρο «ρόλος του φύλου» εννοούμε το πώς αυτό εκφράζεται προς τα έξω, προς τους άλλους. Η ανάπτυξη της ταυτότητας και του ρόλου του φύλου είναι πολυδιάστατη και διαχρονική.

Από τη νεανική ταυτότητα φύλου υπάρχει μια λανθάνουσα περίοδος μέχρι την εφηβεία, που είναι ο μεγάλος σταθμός. Η νεανική, λοιπόν, ταυτότητα φύλου, η εφηβική σεξουαλικότητα και η εφηβική μορφολογία του σώματος συμβάλλουν, κάτω από συνεχείς, φυσικά, περιβαλλοντικές επιδράσεις, ώστε να φθάσει κανείς στην τελική έκφραση της ταυτότητας και του ρόλου του φύλου, με άλλα λόγια να αισθάνεται άνδρας ή γυναίκα και να συμπεριφέρεται ανάλογα.

Αν ο πρωτογενής στόχος της σεξουαλικότητας είναι η αναπαραγωγή και η ανατροφή των απογόνων, ένας αριθμός από δευτερογενείς, ωστόσο όχι λιγότερο σημαντικούς, στόχους μπορεί να αναδυθούν ως μη σεξουαλικοί. Στην κορυφή είναι η χρήση της σεξουαλικής λειτουργίας ως όχημα για την έκφραση και απόκτηση αγάπης.

Είναι φανερό ότι η σεξουαλικότητα είναι μια σπουδαία παράμετρος της αυτοεκτίμησης του ατόμου ή της ταυτότητάς του. Η επίγνωση της σεξουαλικής διαφοράς

(του φύλου) προηγείται στο παιδί από όλες τις άλλες κοινωνικές συνιστώσες. Το παιδί γνωρίζει τον εαυτό του ως αγόρι ή κορίτσι πριν μάθει να συνδέει τον εαυτό του με την εθνικότητα, τη θρησκεία και τις άλλες κοινωνικές ομαδοποιήσεις.

Αν και η επίγνωση των βιολογικών παραμέτρων της σεξουαλικής λειτουργίας είναι σχετικά απλό έργο, η απόκτηση της σεξουαλικής ταυτότητας είναι μια πιο περίπλοκη διαδικασία, που συνδέεται με κοινωνικοπολιτισμικά δεδομένα. Παραδοσιακά, πιστεύεται ότι η βιολογική παράμετρος της σεξουαλικότητας (άρρεν θήλυ) και η ψυχολογική (αρρενωπότητα-θηλυκότητα) αποτελούν τις δύο όψεις του ίδιου νομίσματος.

Η συμβολή της σεξουαλικής λειτουργίας στην αυτοεκτίμηση είναι η πλέον σημαντική. Ο καθένας μας έχει μια βαθιά ριζωμένη ανάγκη για επιβεβαίωση μιας αξιοσύνης της προσωπικότητας. Αν και κανείς δεν ελπίζει να θαυμαστεί και να αγαπηθεί από όλο τον κόσμο, ωστόσο έχουμε ανάγκη να λάβουμε κάποιες ενισχύσεις από «σημαντικά άτομα» και από τους εαυτούς μας.

Μια σπουδαία παράμετρος της αυτοεκτίμησης ενός ατόμου είναι η σεξουαλική του υπόληψη, για τον ίδιο, για την ανταπόκριση που έχει στους άλλους. Ο ρόλος της σεξουαλικής λειτουργίας στην αυτοεκτίμηση ποικίλλει μεταξύ των ατόμων και μεταξύ των ομάδων μιας κοινωνίας και μερικές συνιστώσες της σεξουαλικότητας είναι σημαντικότερες από άλλες. Για παράδειγμα, η εμπιστοσύνη στην αρρενωπότητά τους είναι ζωτικής σημασίας για τους περισσότερους άνδρες και σεξουαλική ανικανότητα πριν από την πολύ μεγάλη ηλικία θεωρείται εξευτελιστική για την ανδρική προσωπικότητα. Ένας άνδρας σεξουαλικά ανίκανος είναι πολύ πιθανό να χάσει την αυτοπεποίθησή του και να αισθάνεται ανασφαλής και ανεπαρκής, ακόμα και σε δραστηριότητες όπου η σεξουαλική ζωτικότητα δεν έχει άμεση σχέση..

Οι γυναίκες, παραδοσιακά, θεωρείται ότι ασχολούνται λιγότερο με την ικανότητά τους να φθάσουν στον οργασμό, αν και τελευταία αυτό αλλάζει, τουλάχιστον στο λεγόμενο δυτικό κόσμο. Σε μερικές συντηρητικές ομάδες της Μέσης Ανατολής, οι γυναίκες που δεν φθάνουν σε οργασμό μπορεί να είναι ενήμερες για κάποια μειονεξία τους, αλλά αυτό δεν επηρεάζει την αυτοεκτίμησή τους. Η καταστροφή γι' αυτές δεν είναι η «ψυχρότητα», αλλά η στειρότητα. Αντίθετα, η σύγχρονη δυτική γυναίκα απασχολείται με τον οργασμό όσο και ο άνδρας και είναι ευάλωτη να χάσει την αυτοεκτίμησή της, αν δεν αποκτά οργασμό. Για τις περισσότερες γυναίκες, πάντως, η συσχέτιση σεξουαλικής λειτουργίας και αυτοεκτίμησης είναι λιγότερη άμεση απ' ό,τι στους άνδρες. Οι γυναίκες

ασχολούνται περισσότερο με το να γίνουν ελκυστικές, ωραίες και αξιαγάπητες και αδυναμία σε αυτά είναι πιο πιθανόν να μειώσει ή να καταστρέψει την αυτοεκτίμησή τους παρά η απαντητικότητα στη σεξουαλική πράξη. Επίσης, αυτές οι συνιστώσες και η σεξουαλική απαντητικότητα είναι αμοιβαία ενισχυόμενες. Μια γυναίκα που αισθάνεται ότι θαυμάζεται και είναι επιθυμητή, είναι πιο πιθανό να ανταποκρίνεται στη σεξουαλική πράξη, ενώ μια γυναίκα που αντιδρά σεξουαλικά, είναι, με τη σειρά της, πιο φλογερά επιθυμητή.

Τέλος, η σεξουαλικότητα ενός ατόμου απεικονίζεται ξεκάθαρα στην ηθική και πνευματική του ταυτότητα. Αρκετά άτομα αισθάνονται μεγαλύτερες ενοχές και συχνά αυτοτιμωρούνται αυστηρότερα για σεξουαλικές υπερβάσεις παρά για άλλα παραπτώματα. Στα μέσα μαζικής ενημέρωσης, τα σεξουαλικά θέματα έχουν τόσο μεγάλη ακροαματικότητα όσο η επιθετικότητα και η βιαιότητα. Δεν ισχυριζόμαστε ότι πρέπει ή δεν πρέπει να είναι έτσι, αλλά απλά υποσημαίνουμε την τρομακτική επίδραση που έχει η σεξουαλική λειτουργία στην ύπαρξή μας ως άτομα και μέλη μιας κοινωνίας.

4.8. Ψυχοσεξουαλική ανάπτυξη

Ο βασικός σταθμός της ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης είναι η εφηβεία, η οποία θέτει σε λειτουργία την αναπαραγωγική ικανότητα, που στο τέλος της εφηβείας παίρνει την οριστική της μορφή, όπως ακριβώς είναι και στον ενήλικα.

Σ' αυτή τη φάση, το κύριο πρόβλημα για τα κορίτσια είναι η ομορφιά: Θα έχουν μεγάλο στήθος ή μικρό; θα γίνουν ψηλές ή κοντές; θα είναι όμορφες ή άσχημες; θα είναι μεγάλοι ή μικροί οι γοφοί τους; τα σπυράκια στο πρόσωπο θα φύγουν ή θα μείνουν για πάντα; σχετίζονται αυτά με τον αυνανισμό ή το σεξ; Ένα άλλο πρόβλημα των κοριτσιών είναι η προσπάθειά τους να αποκτήσουν επίγνωση της γοητείας, γιατί αυτό θα οδηγήσει στην αγάπη και στην αποδοχή των αγοριών.

Τα αγόρια τα απασχολεί η όψη τους, αν είναι δυνατοί, αλλά κυρίως το ύψος τους. Μερικοί ψηλώνουν πιο γρήγορα από άλλους. Αυτοί που ψηλώνουν αργότερα περνούν μεγάλη αγωνία για το πόσο θα ψηλώσουν τελικά.

Στ' αγόρια παρατηρούνται μεταβολές στο μέγεθος των γεννητικών οργάνων, εμφανίζονται τα δευτερογενή χαρακτηριστικά του φύλου και αρχίζει η παραγωγή σπέρματος, που αρχικά δεν είναι ώριμο. Εμφανίζονται συχνά στύσεις με διάφορα

ερεθίσματα στη διάρκεια της ημέρας, όπως και στον ύπνο (στο στάδιο REM) σε ποσοστό 85-95%, χωρίς απαραίτητα να συνοδεύονται από ερωτικά όνειρα. Οι ονειρώξεις εμφανίζονται απ' αυτή την ηλικία, συχνότερα στα αγόρια και σπανιότερα στα κορίτσια. Μέχρι την ηλικία των 45 ετών, 40% περίπου των γυναικών και 90% των ανδρών αναφέρουν τουλάχιστον μία τέτοια νυχτερινή εμπειρία.

Ένα κοινό χαρακτηριστικό της εφηβείας είναι οι γρήγορες αλλαγές του σώματος, που συνδέονται με την ικανότητα του εφήβου να συντονίζει τις κινήσεις του. Ξαφνικά, λοιπόν, αρχίζει να νιώθει αδέξιος, άτσαλος.

4.9. Σωματική υγεία και σεξουαλική λειτουργία

Κάθε αρρώστια που συνοδεύεται από αδυναμία, εμπύρετη κατάσταση ή πόνο, είναι πολύ πιθανό να έχει μια γενική, όχι ειδική, επίδραση στη σεξουαλική λειτουργία. Παθολογικές καταστάσεις μπορεί επίσης να έχουν άμεσες επιδράσεις διαμέσου των ενδοκρινικών, νευρολογικών και αγγειακών μηχανισμών, που μεσολαβούν στη σεξουαλική λειτουργία. Οι επιδράσεις τους στη σεξουαλικότητα των ηλικιωμένων είναι συχνά πολυπαραγοντικές και περιλαμβάνουν διάφορους ψυχολογικούς μηχανισμούς σε αλληλεπίδραση με σωματικούς μηχανισμούς. Παρακάτω γίνεται μια συνοπτική περιγραφή της επίδρασης μερικών παθολογικών καταστάσεων στη σεξουαλικότητα.

4.9.1. Καρδιαγγειακές διαταραχές

Οι καρδιαγγειακές διαταραχές είναι η κύρια αιτία θανάτων. Η αρτηριοσκλήρυνση που προσβάλλει τις στεφανιαίες αρτηρίες, γενικά, προσβάλλει επίσης και τις αρτηρίες του πέους. Η συνουσία αυξάνει τον καρδιακό ρυθμό και την πίεση του αίματος. Έτσι, γι' αυτούς στους οποίους θεωρείται πιθανή η εμφάνιση προκάρδιου άλγους κατά τη συνουσία, συνιστάται η λήψη νιτρογλυκερίνης πριν από την επαφή. Δεν υπάρχει ειδική στάση, κατά τη σεξουαλική επαφή, που να μειώνει τις αιμοδυναμικές ανάγκες τις καρδιάς κατά τη συνουσία.

4.9.2. Αδυναμία στύσης μετά από προστατεκτομή

Η αναφερόμενη επίπτωση αδυναμίας στύσης μετά από διουρηθρική προστατεκτομή ποικίλλει. Οι Finkle και Priang εκτίμησαν τη σεξουαλική δραστηριότητα πριν και μετά από διουρηθρική προστατεκτομή σε 101 ασθενείς και βρήκαν ότι το 67%

ήταν σεξουαλικά ικανοί πριν από την επέμβαση και από αυτούς, το 84% παρέμενε σεξουαλικά ικανό και μετά την προστατεκτομή. Οι Hargreave και Stephenson εξέτασαν 252 άνδρες πριν και μετά την επέμβαση. 57% από τους ασθενείς τους ήταν σεξουαλικά ικανοί προεγχειρητικά. Οι ερευνητές αυτοί βρήκαν έναν κίνδυνο 4% ολικής αδυναμίας στύσης και 3% μερικής διαταραχής στύσης. Η ανάλυσή τους αποκάλυψε επίσης ότι εκείνοι οι ασθενείς με δυσκολίες στύσης πριν από την επέμβαση είχαν πολύ μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν πλήρη αδυναμία στύσης μετά την επέμβαση. Οι Malone et al αναφέρουν ότι 34% των ασθενών του δείγματος τους πίστευαν ότι η χειρουργική επέμβαση ήταν υπεύθυνη για τις δυσκολίες στύσης που είχαν.

4.9.3. Διαβήτης

Τα σεξουαλικά προβλήματα στους ηλικιωμένους διαβητικούς άνδρες περιλαμβάνουν μερική ή ολική διαταραχή στύσης και σε μερικούς ασθενείς μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας. Μέσα σε πέντε χρόνια από την έναρξη του σακχαρώδη διαβήτη, 60% των ασθενών παρουσιάζουν κάποια σεξουαλική διαταραχή. Άνδρες άνω των 40 ετών εμφανίζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό διαταραχές στύσης σε σύγκριση με νεαρότερους άνδρες διαβητικούς, ανεξάρτητα από τη διάρκεια του διαβήτη. Τα αίτια των διαταραχών στύσης στους διαβητικούς είναι κυρίως νευρογενή και αγγειακά. Στους ηλικιωμένους διαβητικούς άνδρες, ένας συνδυασμός νευροπάθειας των σωματικών νεύρων και του αυτόνομου νευρικού συστήματος μπορεί να οδηγήσει στη νευρογενή διαταραχή στύσης. Οι χρόνιες διαβητικές καταστάσεις επηρεάζουν τόσο τα μεγάλα όσο και τα μικρά αγγεία. Η διαβητική μικροαγγειοπάθεια συμβάλλει επίσης στις διαταραχές στύσης μέσω της αρτηριακής ανεπάρκειας. Ο νευροαγγειακός αυτός συνδυασμός επηρεάζει, στο χρόνιο διαβήτη, τη σεξουαλική λειτουργία, ακόμα και όταν το σάκχαρο αίματος είναι καλά ρυθμισμένο.

4.9.4. Καρκίνος

Εκριζωτική χειρουργική, για κακοήθειες της πυέλου, συχνά προκαλούν καταστροφές στα νεύρα των σπληνικών σωμάτων. Ολική προστατεκτομή, για καρκίνο προστάτη, κυστεκτομή για καρκίνο κύστης και χειρουργικές επεμβάσεις στο ορθό και παχύ έντερο, καταστρέφουν τα νευρομυϊκά δεμάτια του πέους. (Βαϊδάκης Ν., 1997)

4.10. Επίδραση των φαρμάκων στη σεξουαλική λειτουργία

Φάρμακα που παρεμβαίνουν στους ορμονικούς, μονοαμινεργικούς, αδρενεργικούς και χολινεργικούς μηχανισμούς συνοδεύονται συχνά από μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας, της διέγερσης ή της εκσπερμάτισης. Το μεταιχμιακό σύστημα του εγκεφάλου συνδέεται με τη σεξουαλική ορμή και διέγερση, με τον υποθάλαμο να παίζει το βασικό ρόλο.

Από τους νευρομεταβιβαστές, η ντοπαμίνη συνδέεται με διεγερτικές επιδράσεις της σεξουαλικής συμπεριφοράς, ενώ η σεροτονίνη είναι ανασταλτικός παράγοντας. Σε γενικές γραμμές, τα φάρμακα που ευοδώνουν τη δράση της ντοπαμίνης ή ανταγωνίζονται τη σεροτονίνη έχουν διεγερτικές επιδράσεις και αυτά που ευοδώνουν τη σεροτονινεργική δραστηριότητα ή μειώνουν την ντοπαμινεργική προκαλούν προβλήματα στη σεξουαλική λειτουργία.

Η εκσπερμάτιση λαμβάνει χώρα σε τρεις φάσεις. Κατά την πρώτη φάση, την προπαρασκευαστική (emission), γίνονται ήπιες συσπάσεις μυών των εσωτερικών γεννητικών οργάνων, που προωθούν το σπέρμα στην οπίσθια ουρήθρα. Η προπαρασκευαστική Φάση ελέγχεται από α-αδρενεργικά νεύρα. Η δεύτερη φάση, η σύγκλιση του αυχένα της κύστης και του έσω σφιγκτήρα της ουρήθρας, ελέγχεται από α- και β-αδρενεργικά νεύρα, αντίστοιχα. Η χάλαση του έσω σφιγκτήρα και οι συσπάσεις της κύστης ελέγχονται από το παρασυμπαθητικό. Η τρίτη, τελική φάση της εκσπερμάτισης, οφείλεται κυρίως σε ερεθισμό σωματικών νεύρων. Φάρμακα, επομένως, που έχουν αδρενεργικές ή χολινεργικές δράσεις, συχνά επιδρούν ανασταλτικά στη λειτουργία της εκσπερμάτισης στους ηλικιωμένους άνδρες. Μερικοί ασθενείς είναι πιο ευαίσθητοι εξαιτίας άλλων παραγόντων, όπως αγγειακών, νευρολογικών ή ορμονικών διαταραχών.

4.11. Υγεία και σεξουαλική συμπεριφορά

Αν και η συνάρτηση μεταξύ τρόπου ζωής και υγείας έχει μελετηθεί από πολλές πλευρές, ο τομέας της σεξουαλικής συμπεριφοράς παραμένει ακόμα, βασικά, ανεξερεύνητος. Σε άλλους τομείς επιδημιολογικής έρευνας υπάρχει αρκετή γνώση για τις βλαβερές επιπτώσεις στην υγεία, πχ. του καπνίσματος και σε λιγότερη έκταση για τις επιπτώσεις της δίαιτας, της κατανάλωσης οινοπνεύματος και του κοινωνικού περιβάλλοντος. Η συμπεριφορά μπορεί να επηρεάζει την υγεία, αλλά και η υγεία μπορεί να επηρεάζει τη συμπεριφορά. Στο κεφάλαιο αυτό θα εξεταστεί η σχέση μεταξύ σωματικής υγείας, υγιεινής συμπεριφοράς και σεξουαλικής συμπεριφοράς.

Η σεξουαλική έκφραση είναι ένα βασικό συστατικό των ανθρώπινων σχέσεων, το οποίο μπορεί να βελτιώνει την ποιότητα Ζωής και να χαρίζει μια αίσθηση σωματικής, κοινωνικής και ψυχολογικής ευεξίας. Στον αντίποδά της υπάρχουν οι πιθανές αρνητικές συνέπειες, όπως τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (ΣΜΝ), η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη και η στειρότητα. Είναι χρήσιμη η κατανόηση της σεξουαλικής συμπεριφοράς σε σχέση με την κατανάλωση ουσιών, όπως το οινόπνευμα ή τα ναρκωτικά, ή την αντιμετώπιση ΣΜΝ, για να διαπιστώσουμε ποιες είναι οι ομάδες του πληθυσμού που είναι περισσότερο εκτεθειμένες στους κινδύνους της εποχής μας. (Βαϊδάκης Ν.,1997)

4.11.1. Κατανάλωση οινοπνεύματος και σεξουαλική συμπεριφορά

Η συσχέτιση της κατανάλωσης οινοπνεύματος με τη σεξουαλική συμπεριφορά είναι εύλογη, χωρίς όμως να είναι αυτονόητη η κατεύθυνση της σχέσης αυτής. Από τη μια μεριά, οι κοινωνικές συνθήκες κάτω από τις οποίες καταναλώνεται το οινόπνευμα και η χαλάρωση των αναστολών ως αποτέλεσμα της κατανάλωσης, μπορούν να συσχετιστούν με εντονότερη σεξουαλική δραστηριότητα ή με δημιουργία νέων σεξουαλικών σχέσεων. Από την άλλη μεριά, η κατασταλτική δράση μεγάλων ποσοτήτων αλκοόλ μπορεί να επιφέρει τα αντίθετα αποτελέσματα. Οι υγειονόμοι εκφράζουν το φόβο ότι η κατανάλωση αλκοόλ αυξάνει τις πιθανότητες επικίνδυνης συμπεριφοράς των ατόμων ως προς τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

Μελέτες δείχνουν ότι άτομα που πίνουν μαζί με το σύντροφο, κάνουν σεξ με το σύντροφο πιωμένοι, κάνουν σεξ με άλλους πιωμένοι και κάνουν χρήση ναρκωτικών πιωμένοι. Οι άνδρες, σε σύγκριση με τις γυναίκες, δηλώνουν λιγότερο συχνά ότι πίνουν με τη σύντροφο και περισσότερο συχνά ότι κάνουν σεξ πιωμένοι με άλλες (εκτός μονίμου συντρόφου). Είναι επίσης πολύ μεγαλύτερο το ποσοστό των ανδρών που κάνουν χρήση ναρκωτικών πιωμένοι. Τα δύο φύλα δεν διαφέρουν σχεδόν καθόλου για το αν κάνουν σεξ με το σύντροφο πιωμένο.

4.11.2. Χρήση τοξικών ουσιών

Στην Ευρώπη και τις ΗΠΑ, ένας από τους κυριότερους τρόπους μετάδοσης του ιού HIV είναι με την ανταλλαγή συριγγών, που κάνουν οι χρήστες ναρκωτικών. Υπάρχουν αρκετές σημαντικές αλληλεπιδράσεις μεταξύ χρήσης τοξικών ουσιών, σεξουαλικής συμπεριφοράς και επιδημιολογίας HIV λοίμωξης και άλλων ΣΜΝ. Χρήστες και των δύο φύλων συχνά παρέχουν τις σεξουαλικές τους υπηρεσίες με αντάλλαγμα τη χρηματοδότηση

της δόσης τους και υπάρχει στενή σχέση μεταξύ χρήσης τοξικών ουσιών και πορνείας. Στις ΗΠΑ, η εμφάνιση της εξάρτησης από την κοκαΐνη έχει συνδεθεί με επιδημίες ΣΜΝ και σεξουαλικά μεταδιδόμενης HIV-λοίωξης σε ετερόφυλα άτομα. Εκτός από την πορνεία, στους χρήστες παρατηρείται αυξημένη libido και συχνότερη εναλλαγή συντρόφων. Στην ανάλυση του αριθμού των ατόμων που δηλώνουν χρήστες πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι η χρήση ουσιών και ιδιαίτερα η λήψη ναρκωτικών με ένεση είναι μια συμπεριφορά απαγορευμένη νομικά και κοινωνικά, με αποτέλεσμα να υπάρχει επιφυλακτικότητα στην αναφορά της συμπεριφοράς αυτής.

4.11.3. Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα

Οι επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει ότι η πιθανότητα μόλυνσης από αφροδίσιο νόσημα αυξάνει ανάλογα με τον αριθμό σεξουαλικών συντρόφων με τους οποίους γίνεται σεξουαλική επαφή χωρίς προφύλαξη.

4.11.4. Στρατηγικές μείωσης κινδύνου

Οι στρατηγικές πρόληψης είναι η αντισύλληψη και η προφύλαξη.

Οι τρόποι που υιοθετούνται για πιο «ακίνδυνο» σεξ ποικίλλουν, όσο ποικίλλουν και οι στρατηγικές για την αντιμετώπιση του κάθε προβλήματος. Η αποφυγή της μόλυνσης από ΣΜΝ, για παράδειγμα, δεν εξασφαλίζει απαραίτητα και την αποφυγή εγκυμοσύνης και αντίστροφα. Εξαιρουμένου του προφυλακτικού, οι μέθοδοι αντισύλληψης δεν προστατεύουν συνήθως εναντίον της μόλυνσης. Και ενώ η χρήση προφυλακτικού εξακολουθεί να είναι ο ασφαλέστερος τρόπος για την αποφυγή της μόλυνσης, υπάρχουν, ωστόσο, αποτελεσματικότεροι τρόποι για την αποφυγή της εγκυμοσύνης. Μειώνοντας τον αριθμό των συντρόφων μειώνουμε την πιθανότητα μόλυνσης, αλλά όχι εγκυμοσύνης. Αποφεύγοντας το διευδυστικό σεξ μειώνουμε τον κίνδυνο μετάδοσης HIV και της εγκυμοσύνης, όχι όμως και άλλων ΣΜΝ, όπως πχ. ο έρπης.

Στην Ελλάδα, οι τρεις πιο κοινές μέθοδοι αντισύλληψης είναι, κατά σειρά, το προφυλακτικό, η απόσυρση πριν από την εκσπερμάτιση και η περιοδική συνένευση. Στην τέταρτη θέση βρίσκεται το αντισυλληπτικό χάπι. Αυτό που ενδιαφέρει είναι η συνειδητοποίηση του κινδύνου και η γνώση των τρόπων μείωσής του, το αν τα άτομα λαμβάνουν μέτρα πρόληψης και ποιες είναι οι πιο κοινές στρατηγικές. Είναι γνωστό ότι η γενικότερη πληροφόρηση μέχρι στιγμής δεν επαρκεί για να προκαλέσει μεταβολές στη συμπεριφορά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5°

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

5.1. Σκοπός της μελέτης

Ο σκοπός της έρευνας είναι ο έλεγχος και η καταγραφή των γνώσεων και τη ζενημέρωσης των φοιτητών του ΤΕΙ Ηρακλείου σε θέματα αντισύλληψης, καθώς και η σεξουαλική τους συμπεριφορά.

5.2. Πεδίο μελέτης

Η έρευνα διεξήχθη στο ΤΕΙ Ηρακλείου, και συγκεκριμένα στη Σχολή Επαγγελματών Υγείας και Πρόνοιας (ΣΕΥΠ), στη Σχολή Τεχνολογικών Εφαρμογών (ΣΤΕΦ), στη Σχολή Τεχνολόγων Γεωπόνων (ΣΤΕΓ) και στη Σχολή Διοίκησης και Οικονομίας (ΣΔΟ).

5.3. Δείγμα και διάρκεια μελέτης

Το δείγμα της μελέτης επιλέχθηκε με τη μέθοδο της στρωματοποιημένης σκόπιμης δειγματοληψίας. Επιλέχθηκαν δηλαδή 120 φοιτητές, 30 άτομα από κάθε σχολή (ΣΕΥΠ, ΣΔΟ, ΣΤΕΦ, ΣΤΕΓ), οι οποίοι φοιτούσαν στο ΤΕΙ Ηρακλείου το διάστημα από τον Μάρτιο έως τον Ιούνιο του 2006.

5.4. Συλλογή δεδομένων–

Ερευνητικά εργαλεία

Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ανώνυμο ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς. Ο σημαντικότερος λόγος για την επιλογή του ανώνυμου ερωτηματολογίου ως τρόπου συλλογής των δεδομένων, είναι ότι η ανωνυμία δίνει την ευχέρεια στους ερωτώμενους να δώσουν πιο ειλικρινείς απαντήσεις. Απαιτεί ελάχιστο χρόνο συμπλήρωσης και ενέργεια απ ότι θα χρειαζόταν κάποια άλλη μέθοδος συλλογής δεδομένων όπως πχ η συνέντευξη. Επίσης στις απαντήσεις τους δεν υπάρχουν προκαταλήψεις, αφού δεν είναι παρών ο ερευνητής κατά την συμπλήρωσή τους.

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 37 ερωτήσεις (Παράρτημα). Το περιεχόμενο των ερωτήσεων αφορά την ηλικία, το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση, τις γνώσεις σε θέματα αντισύλληψης, καθώς και τη σεξουαλική συμπεριφορά και προτίμηση των ερωτηθέντων.

Όσον αφορά τα είδη των ερωτήσεων, χρησιμοποιήθηκαν κυρίως κλειστές ερωτήσεις και μερικές ανοικτές, αλλά σύντομης απάντησης. Στην πρώτη κατηγορία υπάρχουν:

- Κλειστού τύπου διχοτομικές ερωτήσεις.
- Ερωτήσεις πολλαπλών επιλογών, όπου κάποιος μπορούσε να επιλέξει μία ή περισσότερες απαντήσεις.
- Κλίμακες τύπου Likert με ποσοτική και ποιοτική διαβάθμιση των απαντήσεων συνήθως της μορφής «καθόλου- λίγο- πολύ- πάρα πολύ» ή της μορφής «πάντοτε- συχνά- σπάνια- ποτέ».

Χρησιμοποιήθηκαν κλειστού τύπου ερωτήσεις στην παρούσα έρευνα διότι α) διαχειρίζονται εύκολα στατιστικά β) απαιτούν ελάχιστο χρόνο συμπλήρωσης γ) δεν απαιτούν ιδιαίτερη γραπτή ικανότητα του ερωτώμενου δ) αυξάνουν το βαθμό ανταπόκρισης του ερωτώμενου λόγω της ευκολίας συμπλήρωσης και ε) έχουν υψηλή αντικειμενικότητα.

Οι ανοικτού τύπου ερωτήσεις χρησιμοποιήθηκαν για να δώσουν μεγαλύτερη ελευθερία στους ερωτηθέντες να εκφράσουν τις απόψεις τους, οι οποίες είναι υποκειμενικές και δεν μπορούν να εκφραστούν μέσα από μια κλειστή ερώτηση.

Ο χρόνος που απαιτούνταν για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ήταν περίπου 10 λεπτά.

5.5. Πιλοτική μελέτη

Στην πιλοτική μελέτη που ακολούθησε μετά την σύνταξη του ερωτηματολογίου, ζητήθηκε από πέντε φοιτητές να διαβάσουν το ερωτηματολόγιο και να απαντήσουν τις παρακάτω ερωτήσεις.

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

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

5.6. Δεοντολογία της έρευνας

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

Πριν την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, οι ερωτώμενοι ενημερώθηκαν σχετικά με το σκοπό της έρευνας, την εθελοντικότητα συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου και την εμπιστευτικότητα και ανωνυμία. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε μετά από υποβολή και έγκριση του πρωτοκόλλου από το τμήμα νοσηλευτικής της σχολής ΣΕΥΠ του ΤΕΙ Ηρακλείου.

5.7. Ανάλυση των δεδομένων

Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με τη βοήθεια του προγράμματος Excel της Microsoft Office, χρησιμοποιώντας περιγραφική στατιστική, πίνακες συχνοτήτων και κυκλικά διαγράμματα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ- ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Πίνακας 1. Σχολή φοίτησης

	N	%
ΣΔΟ	30	25
ΣΤΕΦ	30	25
ΣΕΥΠ	30	25
ΣΤΕΓ	30	25

Πίνακας 2. Φύλο

	N	%
ΑΝΔΡΕΣ	48	40
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	72	60

Πίνακας 3. Ηλικία

	N	%
18-19	23	19
20-21	27	23
22-23	35	29
24-25	19	16
>25	16	13

Το δείγμα μας αποτελείται από 120 φοιτητές του ΑΤΕΙ Ηρακλείου (30 άτομα της ΣΔΟ, 30 της ΣΕΥΠ, 30 της ΣΤΕΦ και 30 της ΣΤΕΓ). Η πλειοψηφία ήταν γυναίκες (72 άτομα, 60%) και υπάρχει μια σχετική ισοκατανομή όσον αφορά τις ηλικίες από 18 έως 25 ετών. Τα περισσότερα άτομα του δείγματος είχαν ηλικία 22-23 ετών (29%), ακολουθούν τα άτομα ηλικίας 20-21 ετών (23%) και 18-19 ετών (19%).

Πίνακας 4. Οικογενειακή κατάσταση

	N	%
ΕΓΓΑΜΟΣ-Η	18	15
ΑΓΑΜΟΣ-Η	99	82
ΧΩΡΙΣΜΕΝΟΣ-Η	1	1
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	2	2

Πίνακας 5. Παιδιά

	N	%
ΝΑΙ	16	13
ΟΧΙ	104	87

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων ήταν άγαμοι (99 άτομα, 82%), χωρίς να έχουν παιδιά (104 άτομα, 87%).

Πίνακας 6. Γνωρίζετε τι σημαίνει αντισύλληψη;

	N	%
ΝΑΙ	113	94
ΟΧΙ	7	6

Πίνακας 7. Αν ναι, δώστε έναν σύντομο ορισμό

	N	%
ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΑΠΟ ΣΜΝ	8	7
ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΑΠΟ ΣΜΝ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ	25	20
ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΑΠΟ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ	32	26
ΠΡΟΛΗΨΗ	7	6
ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ	5	4
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ	33	27

Η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος (113 άτομα, 94%) ανέφερε ότι γνώριζε τι σημαίνει αντισύλληψη, αλλά όταν τους ζητήθηκε να δώσουν έναν σύντομο ορισμό, από αυτούς που απάντησαν, μόνο 32 άτομα (26%) έδωσαν τον σωστό, γεγονός που δείχνει πιθανή σύγχυση για την έννοια της αντισύλληψης. Απ' αυτά τα άτομα σχεδόν τα μισά (15 άτομα) ήταν από την ΣΕΥΠ. Έτσι καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι οι φοιτητές των επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας είναι περισσότερο ενημερωμένοι σε θέματα αντισύλληψης εξαιτίας των μαθημάτων που παρακολουθούν.

Πίνακας 8. Ποιες αντισυλληπτικές μεθόδους γνωρίζετε;

	N	%
ΧΑΠΙ	104	87
ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟ	116	97
ΔΙΑΚΕΚ, ΣΥΝΟΥΣΙΑ	76	63
ΣΠΕΡΜΑΤΟΚΤΟΝΑ	44	37

ΔΙΑΦΡΑΓΜΑ	59	49
ΣΠΙΡΑΛ	72	60
ΜΕΤΡΗΣΗ ΗΜΕΡΩΝ	63	52

Ως δημοφιλέστερες μέθοδοι αντισύλληψης, χαρακτηρίζονται το προφυλακτικό (ποσοστό 97%), το χάπι (ποσοστό 87%) και η διακεκομμένη συνουσία (ποσοστό 63%).

Πίνακας 9. Έχετε χρησιμοποιήσει ποτέ κάποιο είδος αντισύλληψης;

	N	%
ΝΑΙ	113	94
ΟΧΙ	7	6

Πίνακας 10. Αν ναι, ποια;

	N	%
ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΟ ΧΑΠΙ	41	34
ΑΝΔΡΙΚΟ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟ	105	87
ΔΙΑΚΕΚΟΜΜΕΝΗ ΣΥΝΟΥΣΙΑ	51	42
ΣΠΕΡΜΑΤΟΚΤΟΝΑ	2	2
ΔΙΑΦΡΑΓΜΑ	3	2

Πίνακας 11. Αν όχι, για ποιο λόγο;

	N	%
ΔΕΝ ΤΟ ΕΠΙΘΥΜΩ ΕΓΩ	4	57
ΔΕΝ ΤΟ ΕΠΙΘΥΜΕΙ Ο ΣΥΝΤΡΟΦΟΣ ΜΟΥ	3	43

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (94%) δήλωσε ότι έχει χρησιμοποιήσει κάποιο είδος αντισύλληψης. Η συχνότερα χρησιμοποιημένη μέθοδος αντισύλληψης είναι το ανδρικό προφυλακτικό (105 άτομα, 87%), ακολουθεί η διακεκομμένη συνουσία (51 άτομα, 42%) και το αντισυλληπτικό χάπι (41 άτομα, 34%).

Από αυτούς που δεν έχουν χρησιμοποιήσει ποτέ κάποιο είδος αντισύλληψης (7 άτομα, 6%), το 57% δήλωσε ότι δεν χρησιμοποιεί γιατί δεν το επιθυμεί ο ίδιος/α, ενώ το 43% δεν χρησιμοποιεί γιατί δεν το επιθυμεί ο σύντροφός του/της.

Πίνακας 12. Ασφαλέστερη μέθοδος αντισύλληψης κατά την άποψη των ερωτηθέντων

	N	%
ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟ	64	52
ΧΑΠΙ	33	28
ΔΙΑΚΕΚ. ΣΥΝΟΥΣΙΑ	5	4
ΔΙΑΦΡΑΓΜΑ	1	1
ΑΠΟΛΙΝΩΣΗ ΣΑΛΠΙΓΓΩΝ	1	1
ΜΕΤΡΗΣΗ ΗΜΕΡΩΝ	2	2
ΣΠΙΡΑΛ	8	7
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ	6	5

Μόνο οι μισοί από τους ερωτηθέντες (64 άτομα, 52%) θεωρούν ότι το προφυλακτικό είναι η ασφαλέστερη μέθοδος αντισύλληψης. Σε άτομα με συχνή εναλλαγή συντρόφων, η πιο ασφαλής μέθοδος προφύλαξης είναι το ανδρικό προφυλακτικό, το οποίο αν χρησιμοποιηθεί σωστά προφυλάσσει και από μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη αλλά και από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

Αρκετοί επίσης απάντησαν ότι το αντισυλληπτικό χάπι είναι η ασφαλέστερη μέθοδος (33 άτομα, 28%). Αυτό βέβαια ισχύει μόνο για άτομα που έχουν μόνιμη ερωτική σχέση και όχι συχνή εναλλαγή συντρόφων, καθώς το αντισυλληπτικό χάπι δεν προστατεύει από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα

Πίνακας 13. Η επιλογή της μεθόδου αντισύλληψης έγινε μετά από:

	N	%
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΥΜΒΟΥΛΗ ΚΑΙ ΕΞΕΤΑΣΗ	28	23
ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΜΕ ΑΤΟΜΟ ΜΕ ΓΝΩΣΕΙΣ ΠΕΡΙ ΤΟΥ ΘΕΜΑΤΟΣ	2	2
ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΜΕ ΓΟΝΕΙΣ	5	4
ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΜΕ ΦΙΛΟΥΣ	25	21
ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΜΕ ΤΟΝ ΣΥΝΤΡΟΦΟ ΜΟΥ	60	50

Σύμφωνα με τον πίνακα 13, οι περισσότεροι φοιτητές (60 άτομα, 50%) απάντησαν ότι η μέθοδος αντισύλληψης που χρησιμοποίησαν επιλέχθηκε ύστερα από συζήτηση με τον σύντροφό τους. Ένα ποσοστό 21% (25 άτομα), δήλωσε ότι η επιλογή της μεθόδου αντισύλληψης έγινε ύστερα από συζήτηση με φίλους του. Αυτοί που επέλεξαν να συμβουλευθούν κάποιον γιατρό ή ειδικό ήταν 30 άτομα (25%). Απ' αυτά τα άτομα τα 23 ήταν γυναίκες και σαν μέθοδο αντισύλληψης έχουν επιλέξει το αντισυλληπτικό χάπι. Άρα

καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι η συντριπτική πλειοψηφία των ανδρών δεν επισκέπτονται κάποιον ειδικό ή γιατρό για να τον συμβουλευθούν σε θέματα αντισύλληψης, καθώς η συνηθέστερη μέθοδος που χρησιμοποιούν είναι το προφυλακτικό, του οποίου τη χρήση την γνωρίζουν και δεν χρειάζεται ιατρική εξέταση για την χρήση του. Αντίθετα, οι γυναίκες επισκέπτονται κάποιον γυναικολόγο για να τους χορηγήσει το κατάλληλο αντισυλληπτικό χάπι και να τις ενημερώσει για τη σωστή χρήση τους και τις πιθανές παρενέργειες, αφού προηγηθεί η λήψη ιστορικού και ορισμένες εξετάσεις.

Πίνακας 14. Η αντισύλληψη είναι θέμα:

	N	%
ΤΟΥ ΑΝΔΡΑ	7	6
ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ	6	5
ΤΟΥ ΖΕΥΓΑΡΙΟΥ	107	89

Η πλειοψηφία του δείγματος (107 άτομα, 89%) πιστεύει ότι η αντισύλληψη είναι θέμα του ζευγαριού, ενώ ελάχιστοι είναι αυτοί που πιστεύουν ότι είναι θέμα μόνο του άνδρα (7 άτομα, 6%) ή μόνο της γυναίκας (6 άτομα, 5%).

Πίνακας 15. Κύριες πηγές ενημέρωσης σχετικά με την αντισύλληψη

	N	%
ΔΙΑΒΑΣΑ ΜΟΝΟΣ ΜΟΥ	34	28
ΑΠΟ ΓΟΝΕΙΣ-ΟΙΚΕΙΟΥΣ	10	8
ΑΠΟ ΔΑΣΚΑΛΟΥΣ-ΚΑΘΗΓΗΤΕΣ	8	7
ΑΠΟ ΤΑ ΜΜΕ	15	13
ΑΠΟ ΦΙΛΟΥΣ	53	44

Πίνακας 16. Ενημέρωση για την αντισύλληψη στο γυμνάσιο

	N	%
ΚΑΘΟΛΟΥ	63	53

ΛΙΓΟ	34	28
ΠΟΛΥ	11	9
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	10	8
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	2	2

Πίνακας 17. Ενημέρωση για την αντισύλληψη στο λύκειο

	N	%
ΚΑΘΟΛΟΥ	30	25
ΛΙΓΟ	43	36
ΠΟΛΥ	26	22
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	17	14
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	4	3

Πίνακας 18. Ενημέρωση για την αντισύλληψη στο ΤΕΙ

	N	%
ΚΑΘΟΛΟΥ	29	24
ΛΙΓΟ	34	28
ΠΟΛΥ	21	18
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	26	22
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	10	8

Πίνακας 19. Θεωρείτε ότι οι γνώσεις σας για την αντισύλληψη είναι ικανοποιητικές;

	N	%
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	27	23
ΠΟΛΥ	35	29
ΜΕΤΡΙΑ	45	37
ΛΙΓΟ	6	5
ΚΑΘΟΛΟΥ	7	6

Από τις απαντήσεις των ερωτηθέντων, κύρια πηγή ενημέρωσης σχετικά με θέματα αντισύλληψης φαίνεται να είναι οι φίλοι τους (53 άτομα, 44%). Επίσης σημαντικό ποσοστό φοιτητών (28%) απάντησαν ότι ενημερώθηκαν για την αντισύλληψη μόνοι τους με το διάβασμα. Ελάχιστοι ήταν αυτοί που ενημερώθηκαν από δασκάλους και καθηγητές

και αυτό φαίνεται από τους πίνακες 16, 17 και 18. Και στα τρία επίπεδα εκπαίδευσης, πάνω από το 50% είχε μηδενική έως λίγη ενημέρωση σε θέματα αντισύλληψης (γυμνάσιο 81%, λύκειο 61%, ΤΕΙ 52%) είτε διότι οι καθηγητές δεν είχαν την γνώση/ εκπαίδευση να ενημερώσουν τους μαθητές, είτε διότι δεν υπήρχε αντίστοιχο μάθημα.

Παρόλα αυτά, το 52% των φοιτητών (62 άτομα) θεωρούν ότι οι γνώσεις τους για την αντισύλληψη είναι πολύ έως πάρα πολύ ικανοποιητικές (πίνακας 19). Από αυτά τα άτομα, ένα σημαντικό ποσοστό (25 άτομα) ανήκει στη σχολή επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας.

Πίνακας 20. Εκτός από την αποφυγή μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης η αντισύλληψη επιβάλλεται:

	N	%
ΓΙΑ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΩΝ ΣΜΝ	107	89
ΓΙΑ ΡΥΘΜΙΣΗ ΟΡΜΟΝΩΝ ΣΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ	44	36
ΓΙΑ ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΗΣ ΕΜΜΗΝΟΥ ΡΥΣΕΩΣ	41	34

Από το δείγμα που μελετήθηκε, το 89% (107 άτομα) γνωρίζει ότι η αντισύλληψη εκτός από την εγκυμοσύνη βοηθάει και στην πρόληψη των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων. Επίσης 44 άτομα (36%), εκ των οποίων τα 35 είναι γυναίκες, γνωρίζουν ότι η αντισύλληψη χρησιμεύει και για ρύθμιση των ορμονών στις γυναίκες, και 41 άτομα (34%) εκ των οποίων τα 35 είναι γυναίκες, γνωρίζουν ότι βοηθάει και στην ρύθμιση της εμμήνου ρύσεως. Έτσι συμπεραίνουμε ότι οι άνδρες στην συντριπτική πλειοψηφία δεν γνωρίζουν τις συμπληρωματικές δράσεις της αντισύλληψης και κυρίως των αντισυλληπτικών χαπιών, ενώ παράλληλα υπάρχει και ένα μεγάλο ποσοστό γυναικών που αναφέρει ότι η αντισύλληψη εκτός από την αποφυγή εγκυμοσύνης, βοηθά μόνο στην πρόληψη από ΣΜΝ.

Πίνακας 21. Έχετε σεξουαλικές επαφές;

	N	%
ΝΑΙ	118	98
ΟΧΙ	2	2

Πίνακας 22. Αν ναι, σε ποια ηλικία είχατε την πρώτη;

	N	%
12-13	2	2
14-15	16	13
16-17	49	41

18-19	30	25
20-21	10	8
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	13	11

Η πλειοψηφία του δείγματος απάντησε ότι έχει ήδη σεξουαλικές επαφές (98%). Ως συχνότερη ηλικία πρώτης σεξουαλικής επαφής αναφέρεται η τελευταία τάξη του λυκείου δηλαδή 16-17 ετών (41%), και το πρώτο έτος στα ΤΕΙ δηλαδή 18-19 ετών (25%).

Από αυτούς που απάντησαν ότι η πρώτη τους σεξουαλική εμπειρία ήταν στην ηλικία των 12 μέχρι 15 (18 άτομα), σχεδόν όλοι (15 άτομα) ήταν άνδρες, ενώ από τα 10 άτομα που απάντησαν ότι η πρώτη τους σεξουαλική εμπειρία ήταν στην ηλικία των 20-21, οι 9 ήταν γυναίκες. Έτσι βγαίνει το συμπέρασμα ότι οι άνδρες ξεκινούν σε πολύ μικρότερη ηλικία, σε σχέση με τις γυναίκες, την σεξουαλική τους ζωή και ότι πρέπει πιθανά μαθήματα σεξουαλικής συμπεριφοράς να ξεκινούν σε ηλικίες μικρότερες των 12-13 ετών.

Πίνακας 23. Ο σύντροφος της πρώτης επαφής ήταν:

	N	%
ΜΙΚΡΟΤΕΡΟΣ-Η	17	14
ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΟΣ-Η	73	61
ΣΥΝΟΜΗΛΙΚΟΣ-Η	28	23
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	2	2

Πίνακας 24. Η πρώτη σεξουαλική σχέση ήταν:

	N	%
ΕΠΑΦΗ ΜΙΑΣ ΝΥΧΤΑΣ	34	28
ΔΙΑΤΗΡΗΣΑΤΕ ΕΡΩΤΙΚΗ ΣΧΕΣΗ	84	70
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	2	2

Πίνακας 25. Την πρώτη φορά χρησιμοποιήθηκε κάποια αντισυλληπτική μέθοδος;

	N	%
ΝΑΙ	87	72
ΟΧΙ	33	28

Πίνακας 26. Αν ναι, ποια;

	N	%
ΧΑΠΠ	1	1
ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟ	77	64
ΔΙΑΚΕΚ. ΣΥΝΟΥΣΙΑ	1	1
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	41	34

Οι πλειοψηφία των φοιτητών που ερωτήθηκαν, είχαν την πρώτη τους σεξουαλική επαφή με κάποιο άτομο μεγαλύτερης ηλικίας (73 άτομα, 61%), με τον οποίο οι περισσότεροι διατηρούσαν ερωτική σχέση (70%). Στην πρώτη σεξουαλική επαφή, το 72% (87 άτομα) δήλωσε ότι χρησιμοποίησε κάποια μέθοδο αντισύλληψης και από αυτούς που ανέφεραν τη μέθοδο, οι 77 (ποσοστό 64%) χρησιμοποίησαν προφυλακτικό. Αυτό είναι αναμενόμενο, εφόσον το προφυλακτικό προφυλάσσει από μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, και είναι σχετικά εύκολο στην αγορά και τη χρήση του.

Επίσης ένα σημαντικό ποσοστό φοιτητών (28%) δεν χρησιμοποίησε κάποιο μέτρο αντισύλληψης στην πρώτη του σεξουαλική επαφή. Αυτό αποδεικνύει ή ότι δεν ήταν επαρκώς ενημερωμένοι για τις αρνητικές συνέπειες που μπορεί να επιφέρει η σεξουαλική πράξη πχ μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, ή ότι ενώ γνώριζαν τους κινδύνους, δεν λειτούργησαν υπεύθυνα και ώριμα.

Από αυτούς που απάντησαν ότι η πρώτη τους σεξουαλική επαφή ήταν επαφή μιας νύχτας (34 άτομα), σχεδόν όλοι (32 άτομα) ήταν άνδρες. Αυτό ενισχύει την άποψη ότι οι πιο πολλοί άνδρες βλέπουν την ερωτική πράξη ως μια ανάγκη σωματικής ικανοποίησης σε αντίθεση με τις γυναίκες οι οποίες επενδύουν περισσότερο στο συναίσθημα.

Πίνακας 27. Αυτή την περίοδο χρησιμοποιείτε κάποια μέθοδο αντισύλληψης;

	N	%
ΝΑΙ	66	55
ΟΧΙ	54	45

Πίνακας 28. Αν ναι, πως επηρεάζει τη σεξουαλική σας ζωή;

	N	%
ΒΕΛΤΙΩΣΗ	17	14
ΕΠΙΔΕΙΝΩΣΗ	8	7
ΔΕΝ ΤΗΝ ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ	46	38
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	49	41

Πίνακας 29. Λόγοι που την βελτίωσαν:

	N	%
ΑΙΣΘΑΝΟΜΑΣΤΑΝ ΠΙΟ ΕΛΕΥΘΕΡΟΙ	9	52
Ο ΣΥΝΤΡΟΦΟΣ ΜΟΥ ΗΤΑΝ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ	2	12
ΕΙΧΑ ΣΥΧΝΟΤΕΡΕΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΕΣ ΕΠΑΦΕΣ	6	36

**Πίνακας 30. Λόγοι που την
επιδείνωσαν :**

	N	%
ΔΕΝ ΥΠΗΡΧΕ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ	2	24
ΜΕ ΚΟΥΡΑΖΕ Η ΜΕΘΟΔΟΣ	3	38
ΕΝΟΧΛΟΥΣΕ ΤΟΝ ΣΥΝΤΡΟΦΟ ΜΟΥ	3	38

Οι περισσότεροι από τους μισούς φοιτητές (55%) δήλωσαν ότι χρησιμοποιούν κάποια αντισυλληπτική μέθοδο αυτή την περίοδο και ότι η χρήση της δεν επηρεάζει την σεξουαλική τους ζωή (38%) ή και την βελτιώνει (14%).

Από αυτούς που δήλωσαν ότι τους επηρεάζει θετικά (17 άτομα, 14%), ως λόγος παρουσιάζεται η μεγαλύτερη ελευθερία που νιώθουν χρησιμοποιώντας κάποια

αντισυλληπτική μέθοδο (9 άτομα, 52%) και οι συχνότερες σεξουαλικές επαφές που έχουν (6 άτομα, 36%).

Από αυτούς που δήλωσαν ότι η σεξουαλική τους ζωή επιδεινώνεται (8 άτομα, 7%), κύριος λόγος είναι ότι η μέθοδος αντισύλληψης ενοχλεί τον σύντροφό τους (3 άτομα, 387%) και ότι η μέθοδος τους προκαλεί κούραση όσον αφορά τη χρήση της (3 άτομα, 38%).

Αξιοσημείωτο είναι ότι μεγάλο ποσοστό (49 άτομα, 41%) δεν απάντησε στην ερώτηση (πίνακας 28).

Πίνακας 31. Ετεροφυλικές σχέσεις

	N	%
ΠΑΝΤΟΤΕ	116	96
ΣΥΧΝΑ	3	3
ΣΠΑΝΙΑ	1	1
ΠΟΤΕ	0	0

Πίνακας 32. Ομοφυλοφιλικές σχέσεις

	N	%
ΠΑΝΤΟΤΕ	0	0
ΣΥΧΝΑ	0	0
ΣΠΑΝΙΑ	1	1
ΠΟΤΕ	119	99

Πίνακας 33. Αμφιλοφιλικές σχέσεις

	N	%
ΠΑΝΤΟΤΕ	2	2
ΣΥΧΝΑ	1	1
ΣΠΑΝΙΑ	0	0
ΠΟΤΕ	117	97

Πίνακας 34. Κολπική επαφή κατά την ερωτική πράξη

	N	%
ΠΑΝΤΟΤΕ	100	83
ΣΥΧΝΑ	14	12
ΣΠΑΝΙΑ	2	2
ΠΟΤΕ	4	3

Πίνακας 35. Πρωκτική επαφή κατά την ερωτική πράξη

	N	%
ΠΑΝΤΟΤΕ	0	0
ΣΥΧΝΑ	20	17
ΣΠΑΝΙΑ	30	25
ΠΟΤΕ	70	58

Πίνακας 36. Στοματική επαφή κατά την ερωτική πράξη

	N	%
ΠΑΝΤΟΤΕ	0	0
ΣΥΧΝΑ	7	6
ΣΠΑΝΙΑ	1	1
ΠΟΤΕ	112	93

Όσον αφορά τις σεξουαλικές προτιμήσεις των ερωτηθέντων (πίνακες 31, 32 και 33), φαίνεται ότι οι περισσότεροι ερωτηθέντες (96%) διατηρούν μόνο ετεροφυλικές σχέσεις, μόνο το 1% διατηρεί σπάνια ομοφυλοφιλικές σχέσεις, ενώ αμφιφυλικές σχέσεις διατηρεί το 3%.

Επίσης σε σχέση με τη σεξουαλική στάση τους κατά την ερωτική πράξη, το 83% (100 άτομα) έχουν μόνο κολπική επαφή, ενώ υπάρχει και ένα ποσοστό 17% που αναφέρει συχνά και πρωκτική επαφή. Αντίθετα μόνο 7 άτομα (ποσοστό 6%) αναφέρουν ότι έχουν συχνά στοματική επαφή.

Πίνακας 37. Αντιμετώπιση πιθανής εγκυμοσύνης

	N	%
ΕΚΤΡΩΣΗ	26	22
ΣΥΝΕΧΙΣΗ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ	37	31
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	57	47

Η πλειοψηφία του δείγματος (57 άτομα, 47%) δεν απάντησε σε αυτή την ερώτηση. Το 31% (37 άτομα) δήλωσαν ότι σε πιθανή εγκυμοσύνη θα συνέχιζαν την εγκυμοσύνη. Από αυτά τα άτομα οι 29 ήταν γυναίκες. Το 22% (26 άτομα) απάντησαν ότι σε πιθανή εγκυμοσύνη θα προχωρούσαν σε έκτρωση. Από αυτά τα άτομα οι 16 ήταν άνδρες (61%).

Πίνακας 38. Η χρήση των αντισυλληπτικών χαπιών βοηθάει στην πρόληψη ΣΜΝ;

	N	%
ΝΑΙ	60	50
ΟΧΙ	60	50

**Πίνακας 39. Η έμμηνος ρύση
διαρκεί συνήθως 10 μέρες τον
μήνα;**

	N	%
ΝΑΙ	31	26
ΟΧΙ	89	74

Πίνακας 40. Είναι δυνατόν η γυναίκα να μείνει έγκυος με την πρώτη συνουσία;

	N	%
ΝΑΙ	102	85
ΟΧΙ	18	15

Πίνακας 41. Είναι δυνατόν η γυναίκα να μείνει έγκυος κατά την διάρκεια της εμμήνου ρύσεως;

	N	%
ΝΑΙ	73	61
ΟΧΙ	47	39

Πίνακας 42. Η χρήση του ανδρικού προφυλακτικού προφυλάσσει από ΣΜΝ;

	N	%
ΝΑΙ	115	96
ΟΧΙ	5	4

Πίνακας 43. Οι σεξουαλικές σχέσεις πριν τον γάμο είναι:

	N	%
ΕΠΙΤΡΕΠΤΕΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΝΔΡΑ-ΑΝΕΠΙΤΡΕΠΤΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΓΥΝΑΙΚΑ	15	13
ΕΠΙΤΡΕΠΤΕΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΝΔΡΑ	4	3
ΕΠΙΤΡΕΠΤΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΓΥΝΑΙΚΑ	1	1
ΕΠΙΤΡΕΠΤΕΣ ΚΑΙ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΔΥΟ	64	53
ΔΕΝ ΕΧΩ ΓΝΩΜΗ	36	30

Πίνακας 44. Η διακεκομμένη συνουσία αποτελεί ασφαλή μέθοδο αντισύλληψης;

	N	%
ΝΑΙ	28	23
ΟΧΙ	92	77

Πίνακας 45. Η πιο κατάλληλη αντισυλληπτική μέθοδος σε άτομα με συχνή εναλλαγή συντρόφου είναι το προφυλακτικό;

	N	%
ΝΑΙ	108	90
ΟΧΙ	12	10

Οι μισοί φοιτητές (50%) θεωρούν λανθασμένα ότι το αντισυλληπτικό χάπι βοηθάει στην πρόληψη των ΣΜΝ (πίνακας 38).

Το 26% του δείγματος (31 άτομα) πιστεύει λανθασμένα ότι η έμμηνος ρύση διαρκεί συνήθως 10 μέρες το μήνα, ενώ το 74% (89 άτομα) πιστεύει πως κάτι τέτοιο δεν ισχύει. Από τα 31 άτομα που υποστηρίζουν ότι η έμμηνος ρύση διαρκεί συνήθως 10 ημέρες το

μήνα, οι 10 είναι γυναίκες (πίνακας 39). Αυτό το γεγονός υποδηλώνει ότι υπάρχουν αρκετές γυναίκες με διαταραχές στην έμμηνο ρύση.

Το 85% (102 άτομα) των ερωτηθέντων αναφέρει ότι η γυναίκα μπορεί να μείνει έγκυος με την πρώτη συνουσία, ενώ το 15% (18 άτομα) πιστεύει ότι αυτό δεν ισχύει (πίνακας 40).

73 άτομα υποστηρίζουν (πίνακας 41) ότι μια γυναίκα μπορεί να μείνει έγκυος κατά τη διάρκεια της έμμηνου ρύσεως εφόσον έχει σεξουαλική επαφή, και το 39% (47 άτομα) θεωρεί πως αυτό δεν μπορεί να συμβεί.

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (96%) γνωρίζει ότι η χρήση ανδρικού προφυλακτικού προφυλάσσει από ΣΜΝ (πίνακας 42).

Επιτρεπτές θεωρεί τις σεξουαλικές σχέσεις πριν από το γάμο για τους άνδρες και για τις γυναίκες το 53% των φοιτητών ενώ το 13% πιστεύει ότι είναι επιτρεπτές μόνο για τους άνδρες και ανεπιτρεπτες για τις γυναίκες (πίνακας 43).

Το 77% των ερωτηθέντων υποστηρίζει ότι η διακεκομμένη συνουσία δεν αποτελεί ασφαλή μέθοδο αντισύλληψης, αν και όπως φάνηκε προηγουμένως ένα ποσοστό 42% την χρησιμοποιεί (πίνακας 10). Εδώ φαίνεται πάλι ότι οι πολλοί φοιτητές δεν είναι αρκετά ενημερωμένοι για θέματα αντισύλληψης. Η διακεκομμένη συνουσία δεν αποτελεί ασφαλή μέθοδο αντισύλληψης όπως υποστηρίζουν μερικοί, πρώτον γιατί δεν αποτρέπει πάντα από μια πιθανή εγκυμοσύνη και δεύτερον γιατί δεν προστατεύει από τα ΣΜΝ.

Το 90% του δείγματος πιστεύει ότι η πιο κατάλληλη αντισυλληπτική μέθοδος για άτομα με συχνή εναλλαγή ερωτικών συντρόφων είναι το ανδρικό προφυλακτικό. Ένα μικρό ποσοστό (10%) δεν συμφωνεί με αυτό (πίνακας 45).

Συνοψίζοντας τις παραπάνω ερωτήσεις, οι οποίες είχαν σκοπό να διαπιστώσουν το επίπεδο γνώσεων των φοιτητών σε θέματα αντισύλληψης και σεξουαλικής συμπεριφοράς, καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι οι γνώσεις τους περί του θέματος δεν είναι ικανοποιητικές. Αυτό υποστηρίζετε από αρκετούς φοιτητές (45 άτομα, 37%) οι οποίοι δηλώνουν ότι οι γνώσεις τους για την αντισύλληψη είναι μέτριες (πίνακας 19).

Πίνακας 46. Έχετε χρησιμοποιήσει το χάπι της επόμενης μέρας;

	N	%
ΝΑΙ	34	28
ΟΧΙ	86	72

Οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες (72%) δεν έχουν χρησιμοποιήσει ποτέ το χάπι της επόμενης ημέρας (πίνακας 46) ενώ υπάρχει ένα σημαντικό ποσοστό (28%) που δήλωσαν ότι το έχουν χρησιμοποιήσει.

Πίνακας 48. Θα θέλατε να υπάρχει συμβουλευτικός σταθμός στο ΤΕΙ για θέματα συμβουλευτικής νέων και οικογενειακού προγραμματισμού;

	N	%
ΝΑΙ	99	82
ΟΧΙ	21	18

Το 82% των ερωτηθέντων (99 άτομα) δήλωσαν ότι θα ήθελαν να υπάρχει στο ΤΕΙ συμβουλευτικός σταθμός για θέματα συμβουλευτικής νέων και οικογενειακού προγραμματισμού, ενώ το 18% (21 άτομα) δεν ενδιαφέρονται για κάτι τέτοιο. Με βάση την παρούσα μελέτη αυτό θεωρείται απαραίτητο, διότι ένα μεγάλο ποσοστό φοιτητών δεν έχει τις κατάλληλες γνώσεις και στάσεις απέναντι σε θέματα αντισύλληψης και σεξουαλικής συμπεριφοράς.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- ➔ Η πλειοψηφία του δείγματος αναφέρει ότι γνώριζε τι σημαίνει αντισύλληψη, αλλά μόνο το 25% μπορούσε να καταγράψει τον σωστό ορισμό της όταν αυτός ζητήθηκε.
- ➔ Το 94% των φοιτητών έχει χρησιμοποιήσει κάποιο είδος αντισύλληψης με συχνότερο το ανδρικό προφυλακτικό 87%, τη διακεκομμένη συνουσία 42%, ενώ υψηλή απήχηση στις γυναίκες έχει και το αντισυλληπτικό χάπι που χρησιμοποιείται σε ποσοστό 57%.
- ➔ Η χρήση προφυλακτικού οφείλεται κυρίως στο ότι πιστεύουν πως είναι η ασφαλέστερη μέθοδος αντισύλληψης.
- ➔ Το 50% του δείγματος συζητούν με τον σύντροφό τους για την επιλογή της μεθόδου αντισύλληψης που θα χρησιμοποιήσουν, ενώ μόνο το ¼ των φοιτητών συμβουλευεται γιατρούς ή ειδικούς.
- ➔ Η συντριπτική πλειοψηφία υποστηρίζει ότι η αντισύλληψη είναι θέμα του ζευγαριού.
- ➔ Η ενημέρωση των φοιτητών για την αντισύλληψη στο γυμνάσιο- λύκειο- ΤΕΙ, είναι ελάχιστη.
- ➔ Σαν κύρια πηγή ενημέρωσης για θέματα αντισύλληψης χαρακτηρίζονται οι φίλοι/ φίλες.
- ➔ Οι μισοί από τους ερωτηθέντες θεωρούν ότι οι γνώσεις τους σε θέματα αντισύλληψης είναι πολύ έως πάρα πολύ ικανοποιητικές, αυτό όμως δεν αποδεικνύεται από τις απαντήσεις τους σε ερωτήσεις που αφορούν θέματα αντισύλληψης και σεξουαλικής συμπεριφοράς.
- ➔ Η συντριπτική πλειοψηφία των ανδρών δεν γνωρίζει τις συμπληρωματικές δράσεις της αντισύλληψης και κυρίως των αντισυλληπτικών χαπιών.
- ➔ Σχεδόν όλοι έχουν σεξουαλικές επαφές (98%). Η συχνότερη ηλικία πρώτης σεξουαλικής επαφής είναι 16-17 (41%) χρονών και 18-19 (25%).
- ➔ Οι άνδρες ξεκινούν σε πολύ μικρότερες ηλικίες τη σεξουαλική τους ζωή σε σχέση με τις γυναίκες.
- ➔ Οι περισσότεροι είχαν την πρώτη τους επαφή με κάποιον μεγαλύτερο σε ηλικία, με τον οποίο διατηρούσαν ερωτική σχέση.
- ➔ Από αυτούς που χρησιμοποίησαν κάποια αντισυλληπτική μέθοδο στην πρώτη τους επαφή (72%), οι περισσότεροι χρησιμοποίησαν το προφυλακτικό (64%).

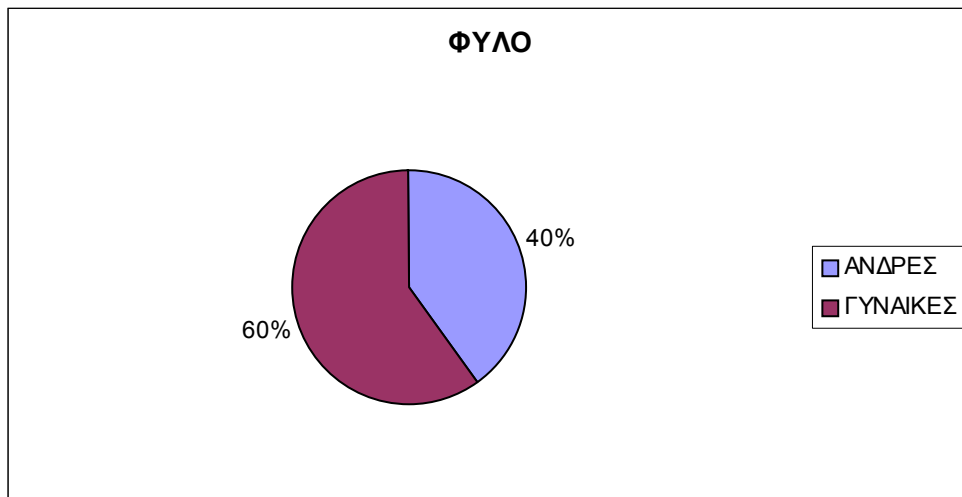
- ➔ Λίγο παραπάνω από τους μισούς ερωτηθέντες (55%) χρησιμοποιούν κάποια αντισυλληπτική μέθοδο αυτή την περίοδο, η οποία όμως δεν επηρεάζει την σεξουαλική τους ζωή (38%).
- ➔ Σχεδόν όλοι οι ερωτώμενοι διατηρούν ετεροφυλικές σχέσεις.
- ➔ . Το 31% (37 άτομα) δήλωσαν ότι σε πιθανή εγκυμοσύνη θα συνέχιζαν την εγκυμοσύνη. Από αυτά τα άτομα οι 29 ήταν γυναίκες. Το 22% (26 άτομα) απάντησαν ότι σε πιθανή εγκυμοσύνη θα προχωρούσαν σε έκτρωση. Από αυτά τα άτομα οι 16 ήταν άνδρες (61%).
- ➔ Οι μισοί ερωτηθέντες δεν γνωρίζουν ότι το αντισυλληπτικό χάπι δεν προφυλάσσει από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.
- ➔ Σχεδόν όλοι οι φοιτητές (96%) γνωρίζουν ότι το προφυλακτικό προφυλάσσει από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.
- ➔ Το 77% των ερωτηθέντων υποστηρίζει ότι η διακεκομμένη συνουσία δεν αποτελεί ασφαλή μέθοδο αντισύλληψης, παρ'όλα αυτά ένα ποσοστό 42% την χρησιμοποιεί.
- ➔ Το 53% του δείγματος (64 άτομα) θεωρούν ότι οι σεξουαλικές σχέσεις πριν τον γάμο είναι επιτρεπτές τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες, γεγονός που δείχνει ότι οι προγαμιαίες σχέσεις δεν θεωρούνται απαγορευμένες σε αντίθεση με παλαιότερες εποχές.
- ➔ Το μεγαλύτερο ποσοστό (83%) κατά την ερωτική πράξη, η σεξουαλική στάση που προτιμά είναι η κολπική επαφή.
- ➔ Λίγοι είναι αυτοί που έχουν χρησιμοποιήσει το χάπι της επόμενης ημέρας (34 άτομα).
- ➔ Το 82% εκφράζει την επιθυμία του για την ύπαρξη ενός συμβουλευτικού σταθμού στο ΤΕΙ για θέματα συμβουλευτικής νέων και οικογενειακού προγραμματισμού.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

1. Πίνακες και διαγράμματα της ανάλυσης δεδομένων
2. Ερωτηματολόγιο

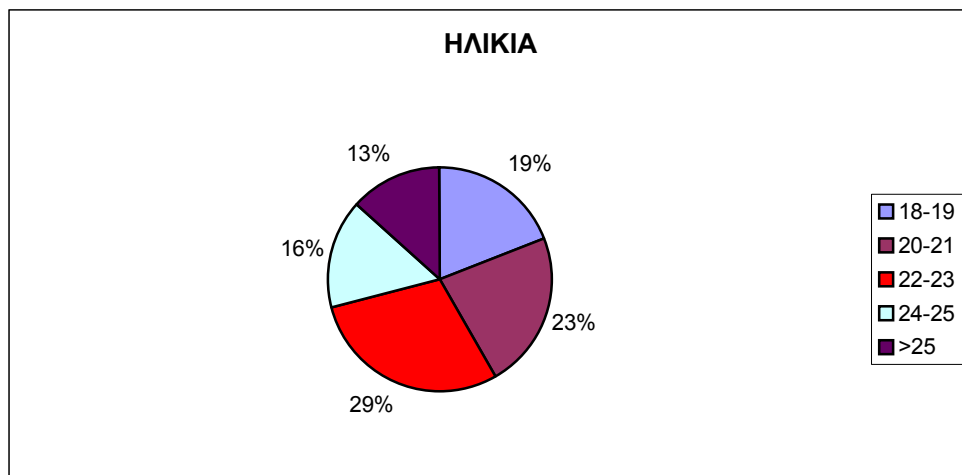
1.ΦΥΛΟ

	n	%
ΑΝΔΡΕΣ	48	40
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	72	60



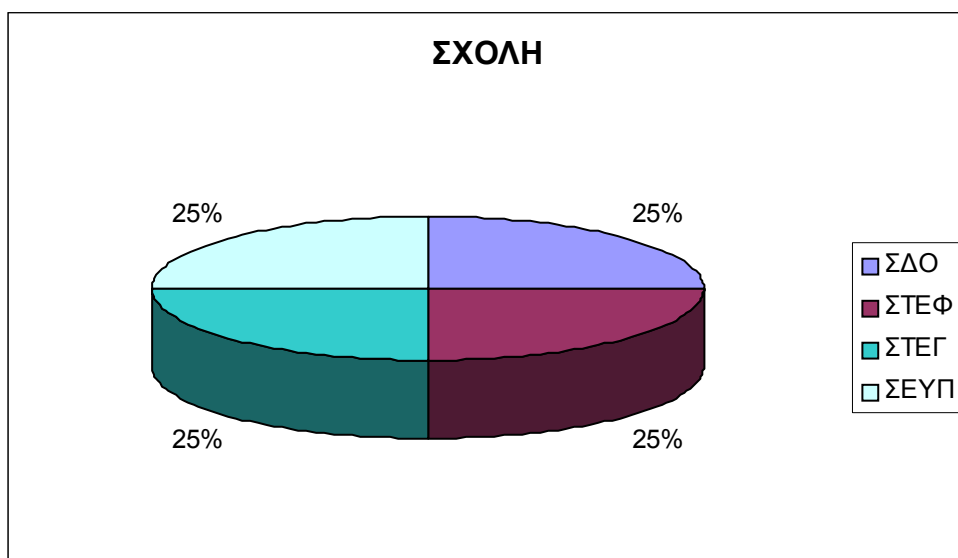
2.ΗΛΙΚΙΑ

	n	%
18-19	23	19
20-21	27	23
22-23	35	29
24-25	19	16
>25	16	13



3. ΣΧΟΛΗ

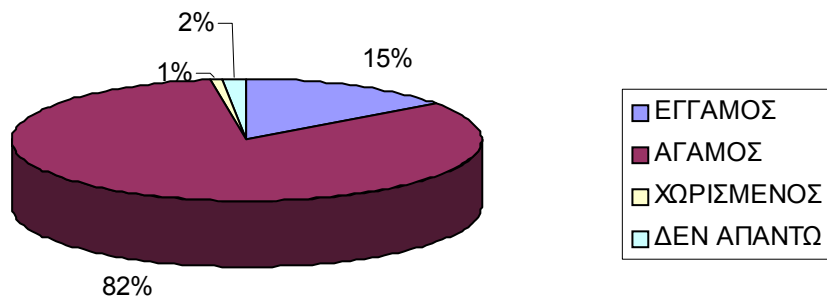
	n	%
ΣΔΟ	30	25
ΣΤΕΦ	30	25
ΣΕΥΠ	30	25
ΣΤΕΓ	30	25



3. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

	n	%
ΕΓΓΑΜΟΣ-Η	18	15
ΑΓΑΜΟΣ-Η	99	82
ΧΩΡΙΣΜΕΝΟΣ-Η	1	1
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	2	2

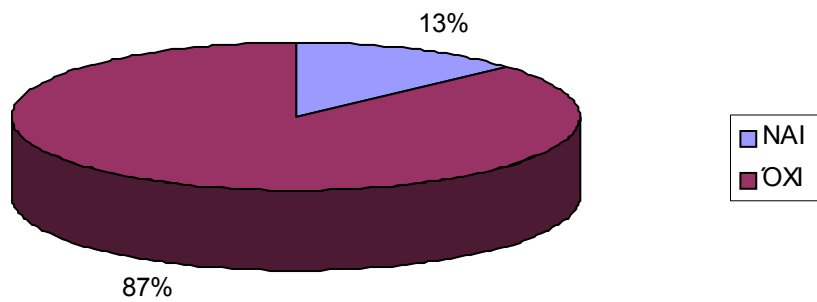
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ



5. ΠΑΙΔΙΑ

	n	%
ΝΑΙ	16	13
ΟΧΙ	104	87

ΠΑΙΔΙΑ



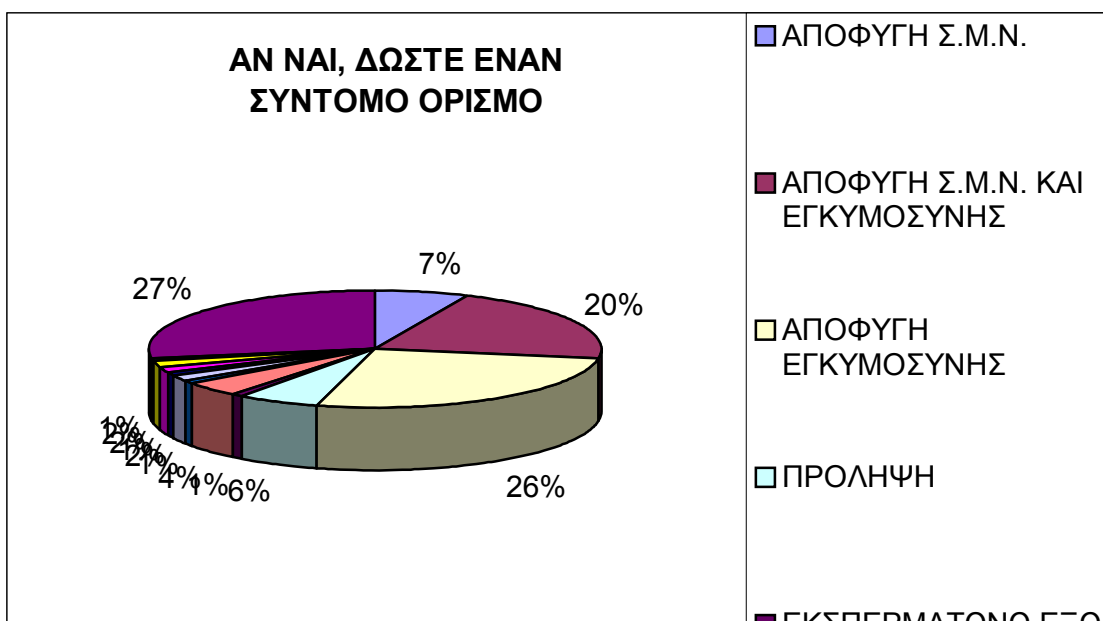
6. ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΤΙ ΣΗΜΑΙΝΕΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ;

	n	%
ΝΑΙ	113	94
ΟΧΙ	7	6



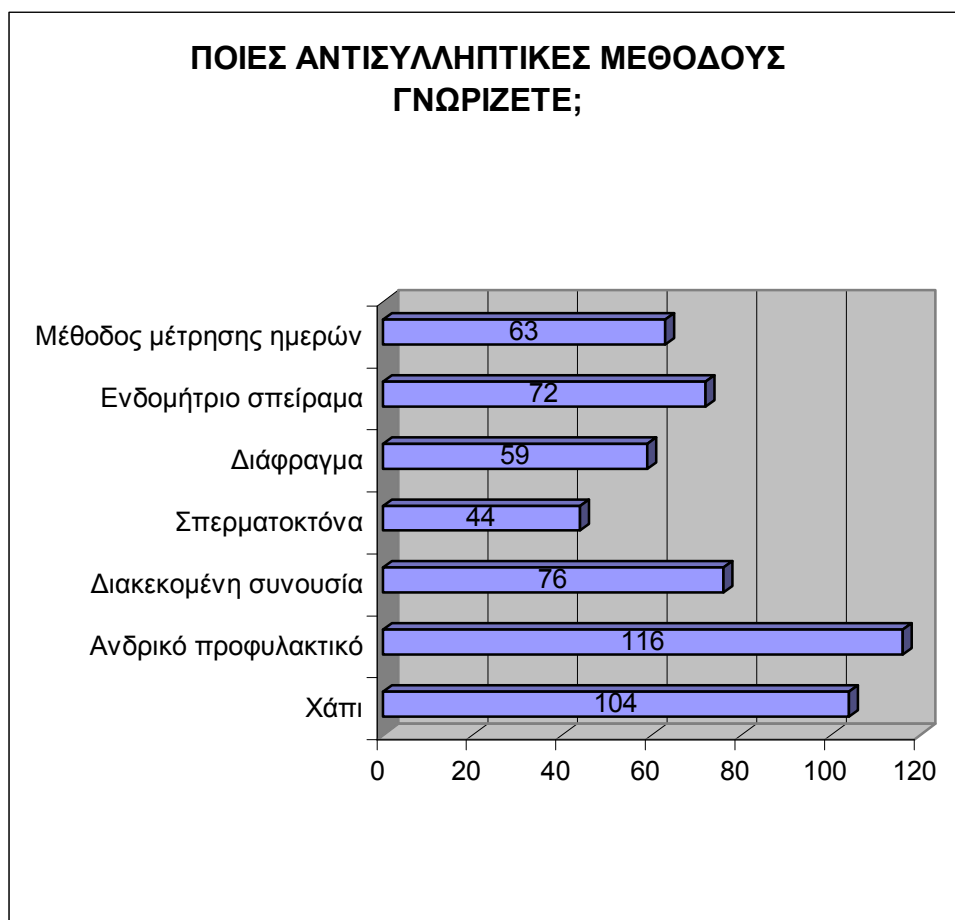
7.ΑΝ ΝΑΙ, ΔΩΣΤΕ ΕΝΑΝ ΣΥΝΤΟΜΟ ΟΡΙΣΜΟ

	n	%
ΑΠΟΦΥΓΗ ΣΜΝ	8	7
ΑΠΟΦΥΓΗ ΣΜΝ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ	25	20
ΑΠΟΦΥΓΗ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ	32	26
ΠΡΟΛΗΨΗ	7	6
ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ	5	4
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ	33	27



8.ΠΟΙΕΣ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΥΣ ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ;

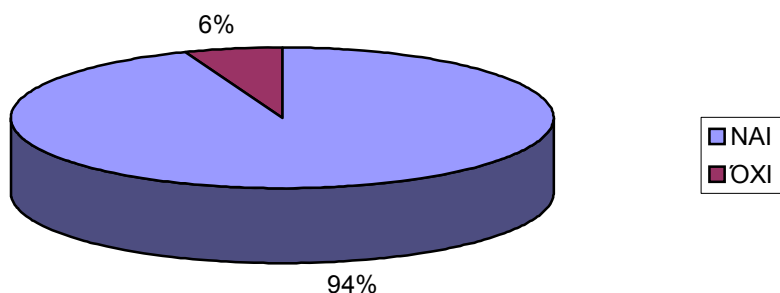
	n	%
ΧΑΠΙ	104	87
ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟ	116	97
ΔΙΑΚΕΚ, ΣΥΝΟΥΣΙΑ	76	63
ΣΠΕΡΜΑΤΟΚΤΟΝΑ	44	37
ΔΙΑΦΡΑΓΜΑ	59	49
ΣΠΙΡΑΛ	72	60
ΜΕΤΡΗΣΗ ΗΜΕΡΩΝ	63	52



9.ΕΧΕΤΕ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΕΙ ΠΟΤΕ ΚΑΠΟΙΟ ΕΙΔΟΣ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ;

	n	%
ΝΑΙ	113	94
ΟΧΙ	7	6

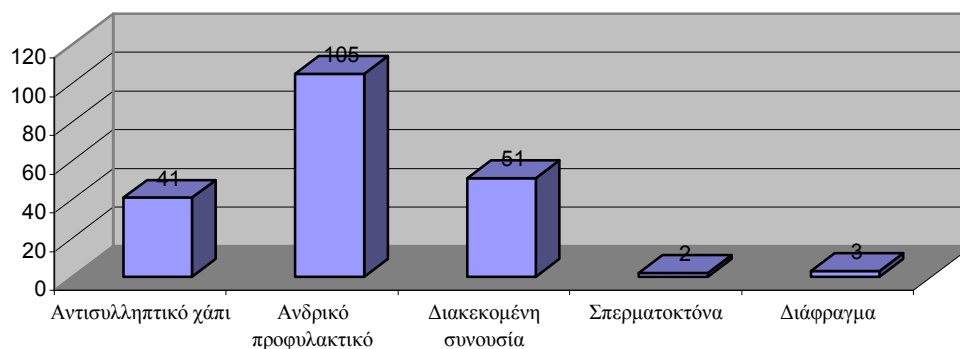
**ΕΧΕΤΕ ΧΡΗΣΗΜΟΠΟΙΗΣΕΙ ΠΟΤΕ ΚΑΠΟΙΟ ΕΙΔΟΣ
ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ;**



ΑΝ,ΝΑΙ ΠΟΙΟ;

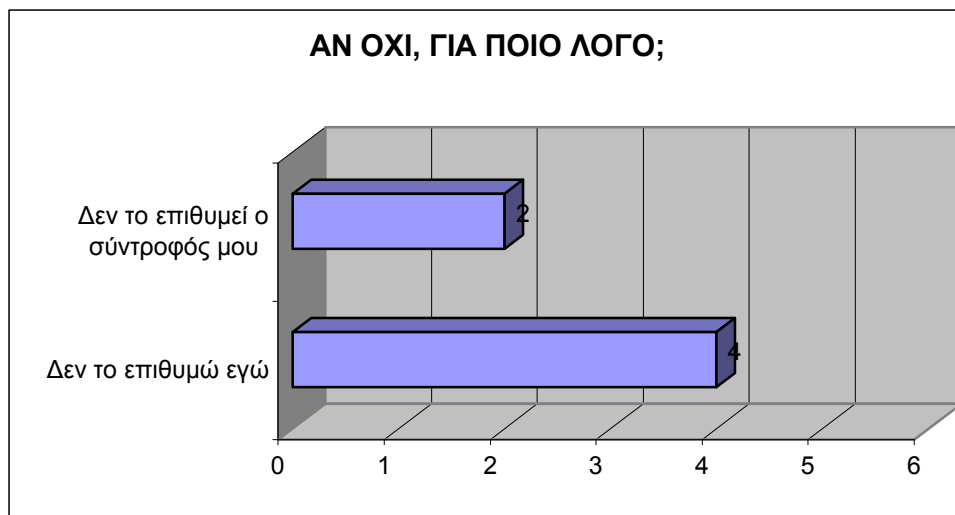
	n	%
Αντισυλληπτικό χάπι	41	34
Ανδρικό προφυλακτικό	105	87
Διακεκομμένη συνουσία	51	42
Σπερματοκτόνα	2	2
Διάφραγμα	3	2

ΑΝ ΝΑΙ,ΠΟΙΟ;



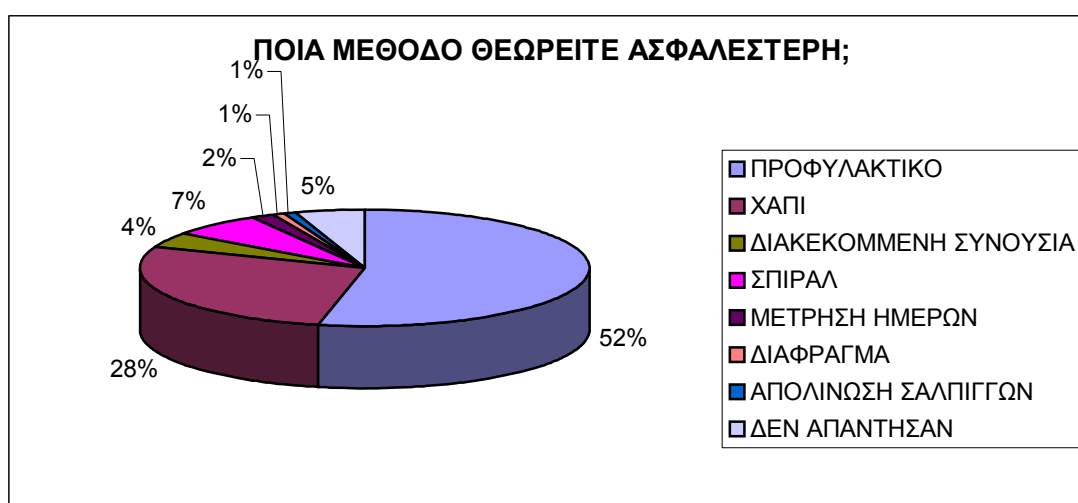
ΑΝ ΟΧΙ, ΓΙΑ ΠΟΙΟ ΛΟΓΟ;

	n	%
Δεν το επιθυμώ εγώ	4	66
Δεν το επιθυμεί ο σύντροφός μου	2	34



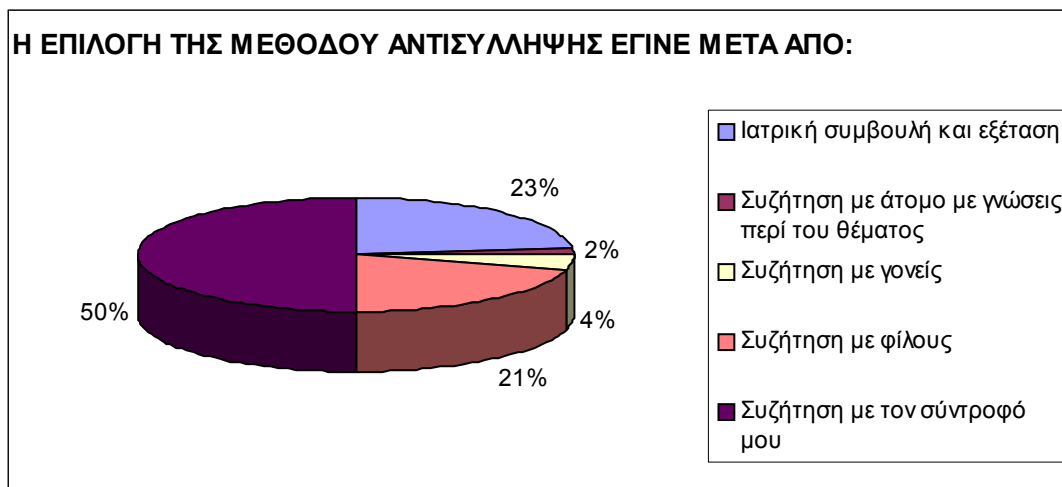
10.ΠΟΙΑ ΜΕΘΟΔΟ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΑΣΦΑΛΕΣΤΕΡΗ;

	n	%
ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟ	64	52
ΧΑΠΙ	33	28
ΔΙΑΚΕΚ. ΣΥΝΟΥΣΙΑ	5	4
ΔΙΑΦΡΑΓΜΑ	1	1
ΑΠΟΛΙΝΩΣΗ ΣΑΛΠΙΓΓΩΝ	1	1
ΜΕΤΡΗΣΗ ΗΜΕΡΩΝ	2	2
ΣΠΙΡΑΛ	8	7
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ	6	5



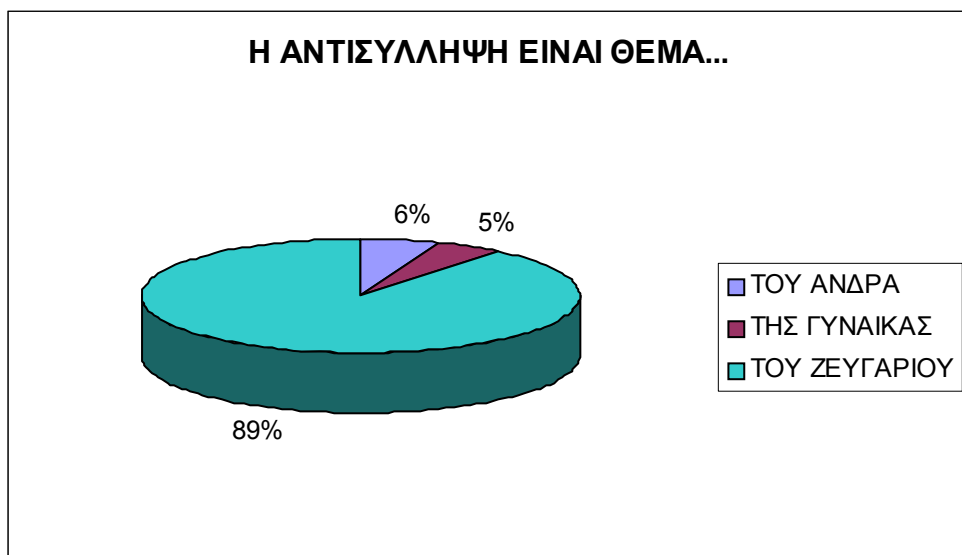
11.Η ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΗΣ ΜΕΘΟΔΟΥ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ ΕΓΙΝΕ ΜΕΤΑ ΑΠΟ:

	n	%
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΥΜΒΟΥΛΗ ΚΑΙ ΕΞΕΤΑΣΗ	28	23
ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΜΕ ΑΤΟΜΟ ΜΕ ΓΝΩΣΕΙΣ ΠΕΡΙ ΤΟΥ ΘΕΜΑΤΟΣ	2	2
ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΜΕ ΓΟΝΕΙΣ	5	4
ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΜΕ ΦΙΛΟΥΣ	25	21
ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΜΕ ΤΟΝ ΣΥΝΤΡΟΦΟ ΜΟΥ	60	50



12.Η ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ ΕΙΝΑΙ ΘΕΜΑ...

	n	%
ΤΟΥ ΑΝΔΡΑ	7	6
ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ	6	5
ΤΟΥ ΖΕΥΓΑΡΙΟΥ	107	89

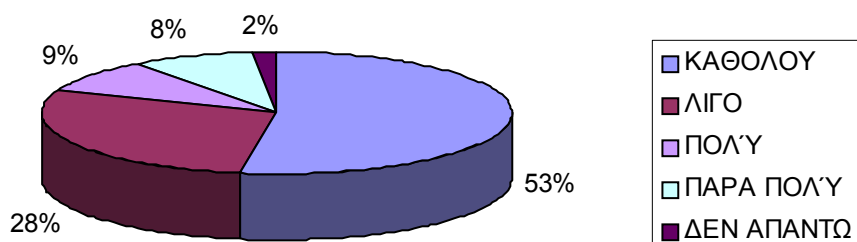


13. ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ Η ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ ΠΟΥ ΣΑΣ ΕΧΕΙ
ΓΙΝΕΙ ΜΕΧΡΙ ΤΩΡΑ ΕΠΑΡΚΕΙ;

Α) ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΣΤΟ ΓΥΜΝΑΣΙΟ

	n	%
ΚΑΘΟΛΟΥ	63	53
ΛΙΓΟ	34	28
ΠΟΛΥ	11	9
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	10	8
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	2	2

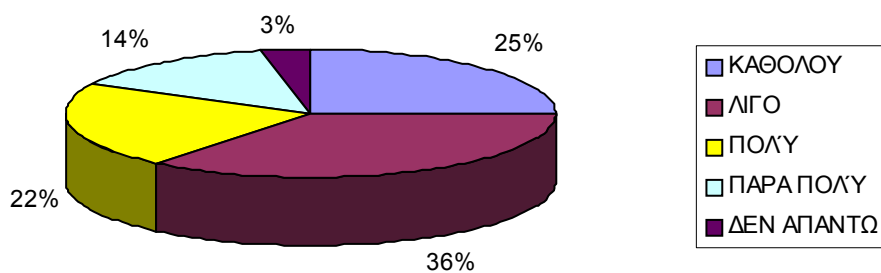
ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ ΣΤΟ ΓΥΜΝΑΣΙΟ



Β) ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΣΤΟ ΛΥΚΕΙΟ

	n	%
ΚΑΘΟΛΟΥ	30	25
ΛΙΓΟ	43	36
ΠΟΛΥ	26	22
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	17	14
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	4	3

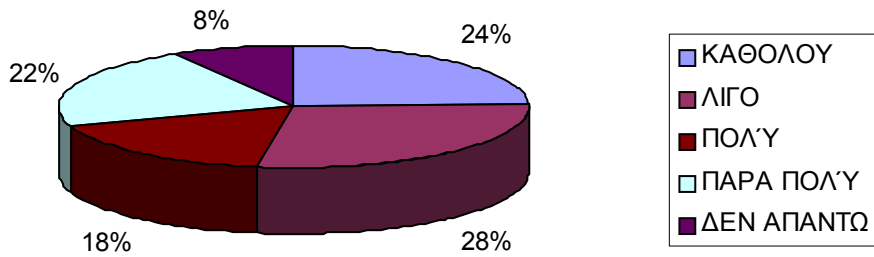
ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ ΣΤΟ ΛΥΚΕΙΟ



Γ) ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΣΤΟ ΤΕΙ

	n	%
ΚΑΘΟΛΟΥ	29	24
ΛΙΓΟ	34	28
ΠΟΛΥ	21	18
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	26	22
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	10	8

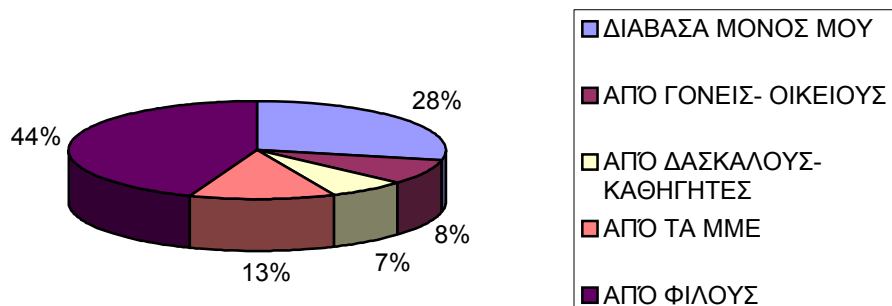
ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ ΣΤΟ ΤΕΙ



14.ΠΟΙΕΣ ΗΤΑΝ ΟΙ ΚΥΡΙΕΣ ΠΗΓΕΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΘΕΜΑΤΑ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ;

	n	%
ΔΙΑΒΑΣΑ ΜΟΝΟΣ ΜΟΥ	34	28
ΑΠΟ ΓΟΝΕΙΣ-ΟΙΚΕΙΟΥΣ	10	8
ΑΠΟ ΔΑΣΚΑΛΟΥΣ-ΚΑΘΗΓΗΤΕΣ	8	7
ΑΠΟ ΤΑ ΜΜΕ	15	13
ΑΠΟ ΦΙΛΟΥΣ	53	44

ΠΟΙΕΣ ΗΤΑΝ ΟΙ ΚΥΡΙΕΣ ΠΗΓΕΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΘΕΜΑΤΑ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ;



15. θεωρείτε ότι οι ΓΝΩΣΕΙΣ σας ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ είναι ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΕΣ;

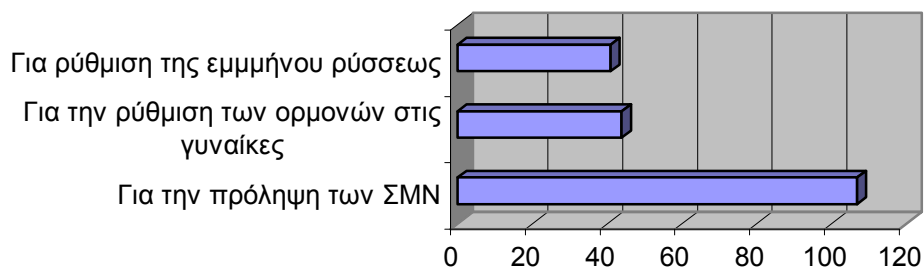
	n	%
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	27	23
ΠΟΛΥ	35	29
ΜΕΤΡΙΑ	45	37
ΛΙΓΟ	6	5
ΚΑΘΟΛΟΥ	7	6



16. ΕΚΤΟΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΠΟΦΥΓΗ ΜΙΑΣ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ Η ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ ΓΙΑ ΠΟΙΟΥΣ ΛΟΓΟΥΣ ΕΠΙΒΑΛΛΕΤΑΙ;

	n	%
Για πρόληψη των ΣΜΝ	107	89
Για τη ρύθμιση ορμονών στις γυναίκες	44	36
Για ρύθμιση της Ε.Ρ.	41	34

ΕΚΤΟΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΠΟΦΥΓΗ ΜΙΑΣ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ, Η ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ ΓΙΑ ΠΟΙΟΥΣ ΛΟΓΟΥΣ ΕΠΙΒΑΛΛΕΤΑΙ;



17.ΕΧΕΤΕ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΕΣ ΕΠΑΦΕΣ;

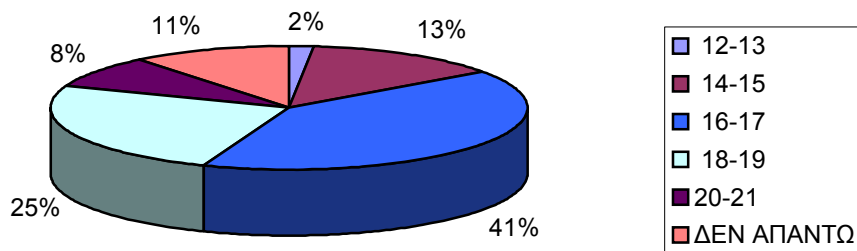
	n	%
ΝΑΙ	118	98
ΟΧΙ	2	2



ΑΝ ΝΑΙ, ΣΕ ΠΟΙΑ ΗΛΙΚΙΑ ΕΙΧΑΤΕ ΤΗΝ ΠΡΩΤΗ;

	n	%
12-13	2	2
14-15	16	13
16-17	49	41
18-19	30	25
20-21	10	8
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	13	11

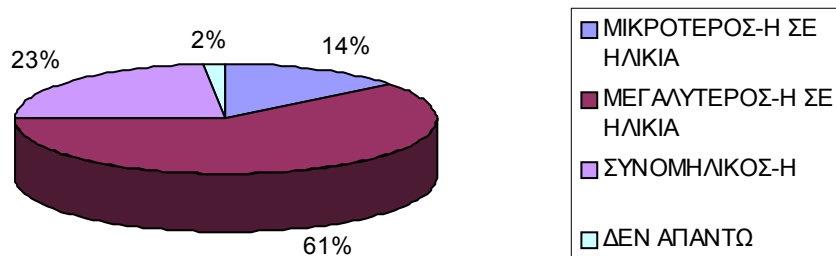
ΑΝ ΝΑΙ, ΣΕ ΠΟΙΑ ΗΛΙΚΙΑ ΕΙΧΑΤΕ ΤΗΝ ΠΡΩΤΗ;



18.Ο ΣΥΝΤΡΟΦΟΣ ΣΑΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΗ ΕΠΑΦΗ ΗΤΑΝ...

	n	%
ΜΙΚΡΟΤΕΡΟΣ-Η	17	14
ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΟΣ-Η	73	61
ΣΥΝΟΜΗΛΙΚΟΣ-Η	28	23
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	2	2

Ο ΣΥΝΤΡΟΦΟΣ ΣΑΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΕΠΑΦΗ ΗΤΑΝ...



19.Η ΠΡΩΤΗ ΣΑΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΣΧΕΣΗ ΗΤΑΝ...

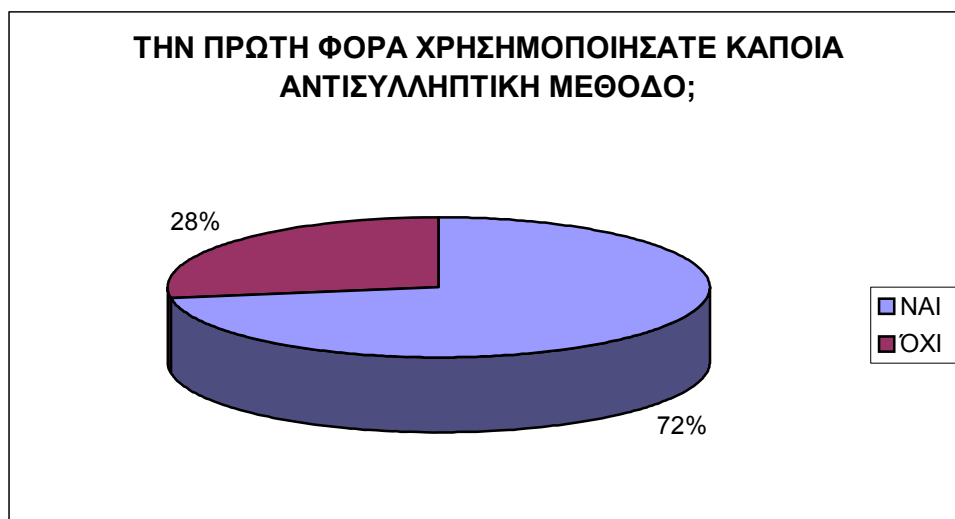
	n	%
ΕΠΑΦΗ ΜΙΑΣ ΝΥΧΤΑΣ	34	28
ΔΙΑΤΗΡΗΣΑΤΕ ΕΡΩΤΙΚΗ ΣΧΕΣΗ	84	70

ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	2	2
------------	---	---



20. ΤΗΝ ΠΡΩΤΗ ΦΟΡΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΑΤΕ ΚΑΠΟΙΑ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟ;

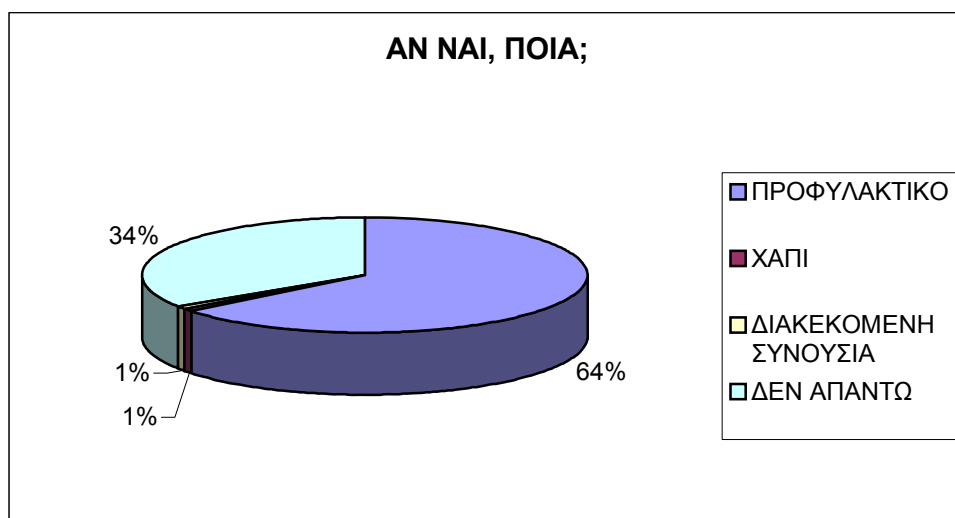
	n	%
ΝΑΙ	87	72
ΟΧΙ	33	28



ΑΝ ΝΑΙ, ΠΟΙΑ;

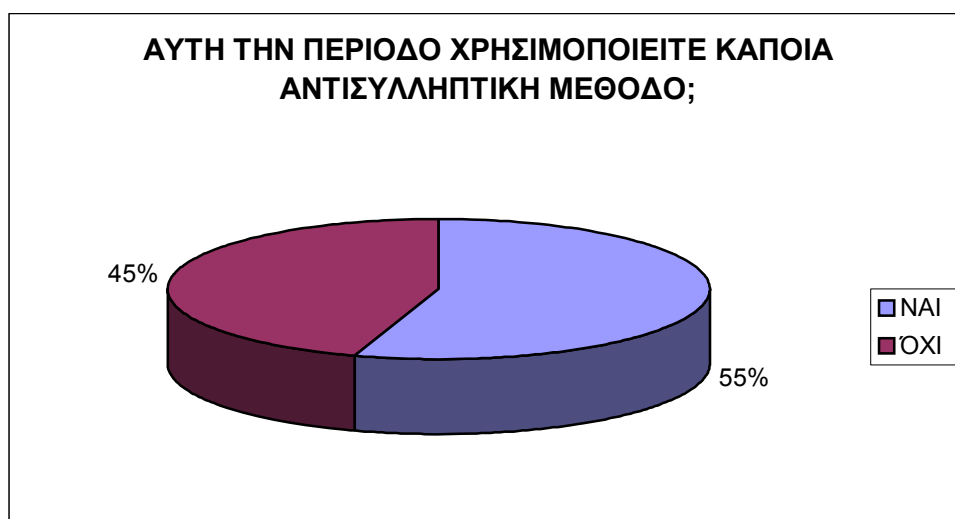
	n	%
ΧΑΠ	1	1
ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟ	77	64
ΔΙΑΚΕΚ. ΣΥΝΟΥΣΙΑ	1	1

ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	41	34
------------	----	----



21.ΑΥΤΗ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΕΙΤΕ ΚΑΠΟΙΑ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟ;

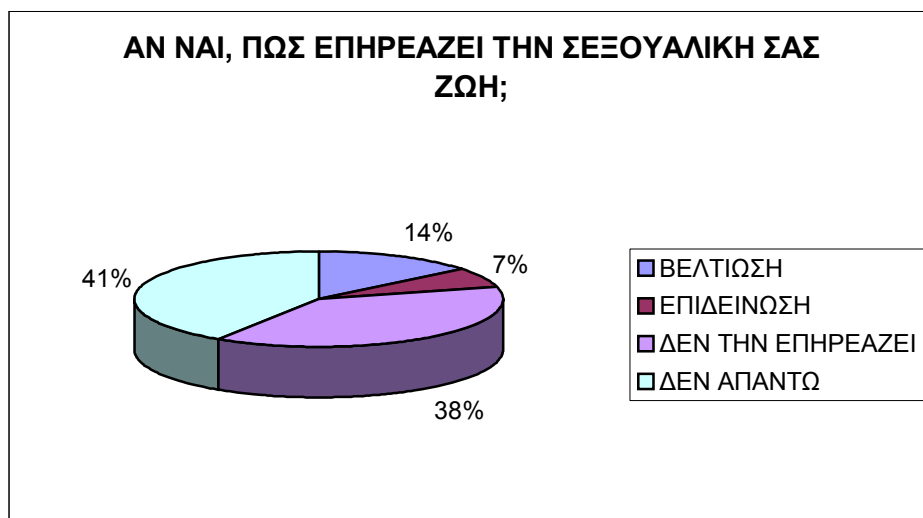
	n	%
ΝΑΙ	66	55
ΟΧΙ	54	45



22.ΑΝ ΝΑΙ, ΠΩΣ ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ ΤΗΝ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ σας ΖΩΗ;

	n	%
ΒΕΛΤΙΩΣΗ	17	14
ΕΠΙΔΕΙΝΩΣΗ	8	7
ΔΕΝ ΤΗΝ ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ	46	38

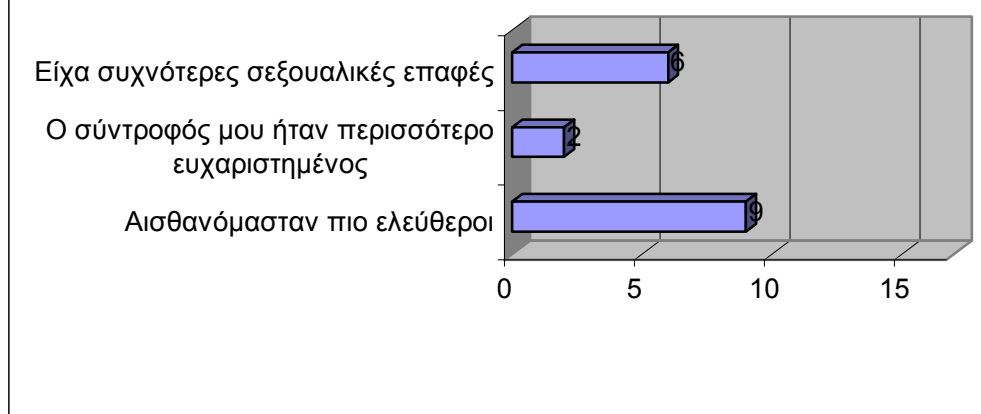
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	49	41
------------	----	----



23. ΑΝ ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΒΕΛΤΙΩΘΗΚΕ ΠΟΙΟΙ ΗΤΑΝ ΟΙ ΛΟΓΟΙ;

	n	%
Αισθανόμασταν πιο ελεύθεροι	9	52
Ο σύντροφός μου ήταν περισσότερο ευχαριστημένος	2	12
Είχα συχνότερες σεξουαλικές επαφές	6	36

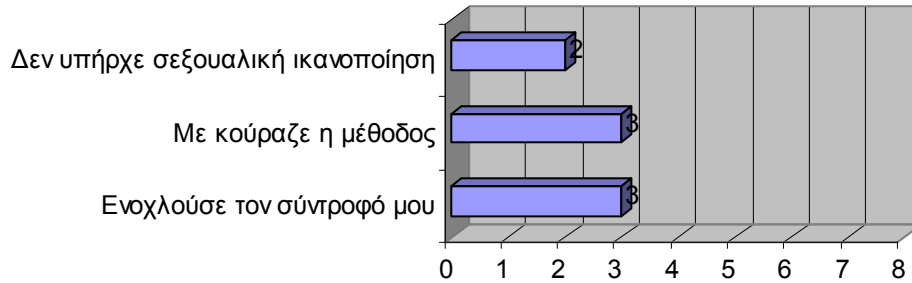
ΑΝ ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΒΕΛΤΙΩΘΗΚΕ, ΠΟΙΟΙ ΗΤΑΝ ΟΙ ΛΟΓΟΙ;



24. ΑΝ ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΕΠΙΔΕΙΝΩΘΗΚΕ, ΠΟΙΟΙ ΗΤΑΝ ΟΙ ΛΟΓΟΙ;

	n	%
ΔΕΝ ΥΠΗΡΧΕ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ	2	24
ΜΕ ΚΟΥΡΑΖΕ Η ΜΕΘΟΔΟΣ	3	38
ΕΝΟΧΛΟΥΣΕ ΤΟΝ ΣΥΝΤΡΟΦΟ ΜΟΥ	3	38

ΑΝ ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΕΠΙΔΕΙΝΩΘΗΚΕ, ΠΟΙΟΙ ΗΤΑΝ ΟΙ ΛΟΓΟΙ;

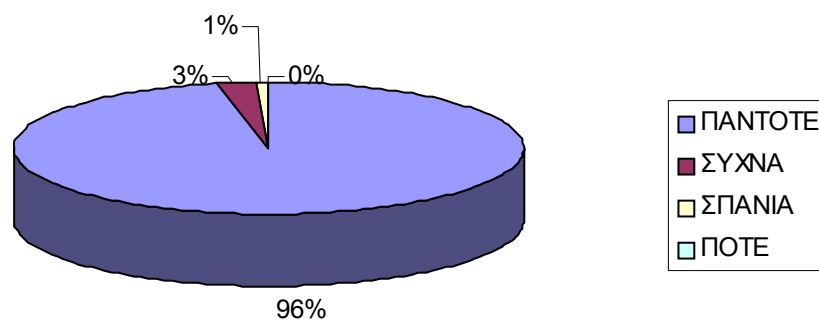


25.ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΠΟΥ ΕΧΕΤΕ:

Α.ΕΤΕΡΟΦΙΛΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ

	n	%
ΠΑΝΤΟΤΕ	116	96
ΣΥΧΝΑ	3	3
ΣΠΑΝΙΑ	1	1
ΠΟΤΕ	0	0

ΕΤΕΡΟΦΙΛΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ



Β.ΟΜΟΦΥΛΟΦΙΛΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ

	n	%
ΠΑΝΤΟΤΕ	0	0
ΣΥΧΝΑ	0	0
ΣΠΑΝΙΑ	1	1
ΠΟΤΕ	119	99



Γ.ΑΜΦΙΛΟΦΙΛΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ

	n	%
ΠΑΝΤΟΤΕ	2	2
ΣΥΧΝΑ	1	1
ΣΠΑΝΙΑ	0	0
ΠΟΤΕ	117	97



26.ΠΟΙΑ ΘΑ ΕΙΝΑΙ Η ΣΤΑΣΗ ΣΟΥ ΣΕ ΠΙΘΑΝΗ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ;

	n	%
ΕΚΤΡΩΣΗ	26	22
ΣΥΝΕΧΙΣΗ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ	37	31
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	57	47



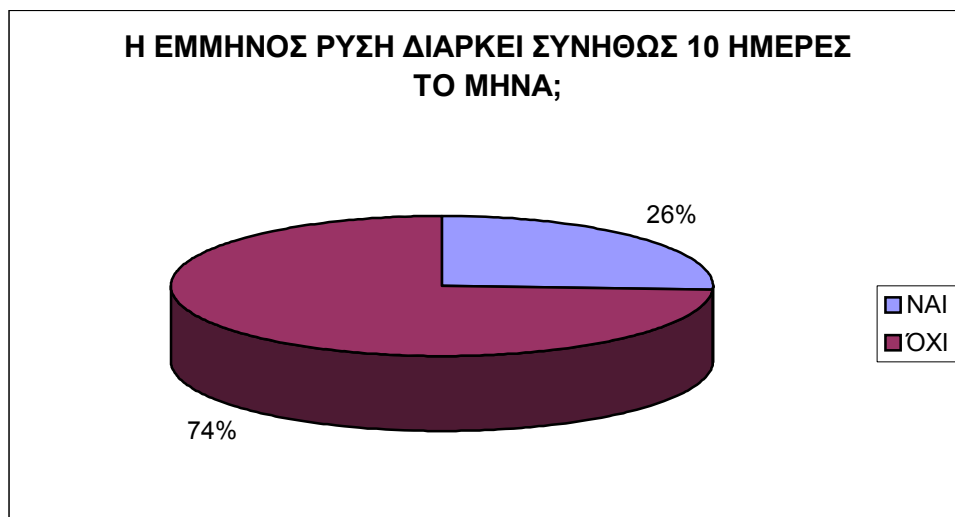
27.Η ΧΡΗΣΗ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΩΝ ΧΑΠΙΩΝ ΒΟΗΘΑΕΙ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ ΑΦΡΟΔΙΣΙΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ;

	n	%
ΝΑΙ	60	50
ΟΧΙ	60	50



28. Η ΕΜΜΗΝΟΣ ΡΥΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙ ΣΥΝΗΘΩΣ 10 ΜΕΡΕΣ ΤΟ ΜΗΝΑ;

	n	%
ΝΑΙ	31	26
ΟΧΙ	89	74



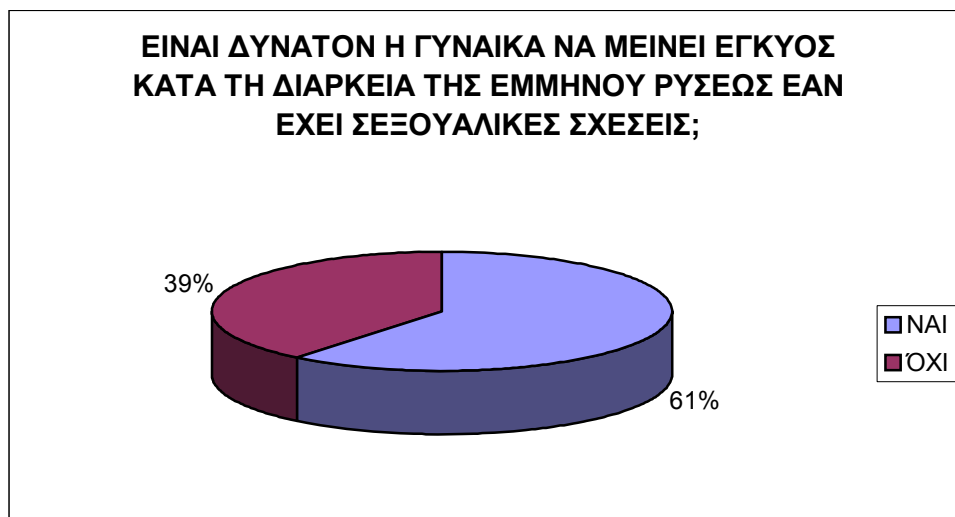
29. ΕΙΝΑΙ ΔΥΝΑΤΟΝ Η ΓΥΝΑΙΚΑ ΝΑ ΜΕΙΝΕΙ ΕΓΚΥΟΣ ΜΕ ΤΗΝ ΠΡΩΤΗ ΣΥΝΟΥΣΙΑ;

	n	%
ΝΑΙ	102	85
ΟΧΙ	18	15



30.ΕΙΝΑΙ ΔΥΝΑΤΟΝ Η ΓΥΝΑΙΚΑ ΝΑ ΜΕΙΝΕΙ ΕΓΚΥΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΜΜΗΝΟΥ ΡΥΣΕΩΣ;

	n	%
ΝΑΙ	73	61
ΟΧΙ	47	39



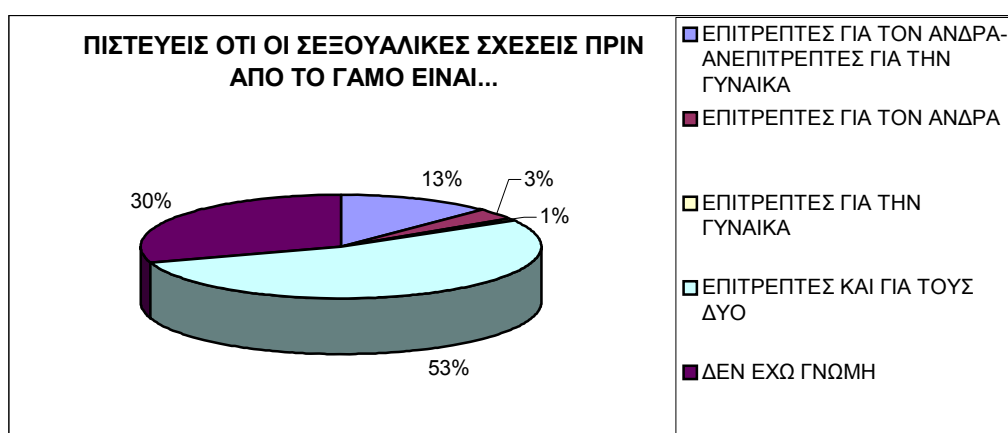
31.Η ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΑΝΔΡΙΚΟΥ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟΥ ΠΡΟΦΥΛΑΣΣΕΙ ΑΠΟ ΣΜΝ;

	n	%
ΝΑΙ	115	96
ΟΧΙ	5	4



32. ΠΙΣΤΕΥΕΙΣ όΤΙ ΟΙ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΠΡΙΝ ΤΟ ΓΑΜΟ είναι...

	η	%
ΕΠΙΤΡΕΠΤΕΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΝΔΡΑ-ΑΝΕΠΙΤΡΕΠΤΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΓΥΝΑΙΚΑ	15	13
ΕΠΙΤΡΕΠΤΕΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΝΔΡΑ	4	3
ΕΠΙΤΡΕΠΤΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΓΥΝΑΙΚΑ	1	1
ΕΠΙΤΡΕΠΤΕΣ ΚΑΙ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΔΥΟ	64	53
ΔΕΝ ΕΧΩ ΓΝΩΜΗ	36	30



33. Η ΔΙΑΚΕΚΟΜΜΕΝΗ ΣΥΝΟΥΣΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΙ ΑΣΦΑΛΗ ΜΕΘΟΔΟ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ;

	η	%
ΝΑΙ	28	23
ΟΧΙ	92	77



34. Η ΠΙΟ ΚΑΤΑΛΛΗΛΗ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΥΧΝΗ ΕΝΑΛΛΑΓΗ ΣΥΝΤΡΟΦΟΥ είναι ΤΟ ΑΝΔΡΙΚΟ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟ;

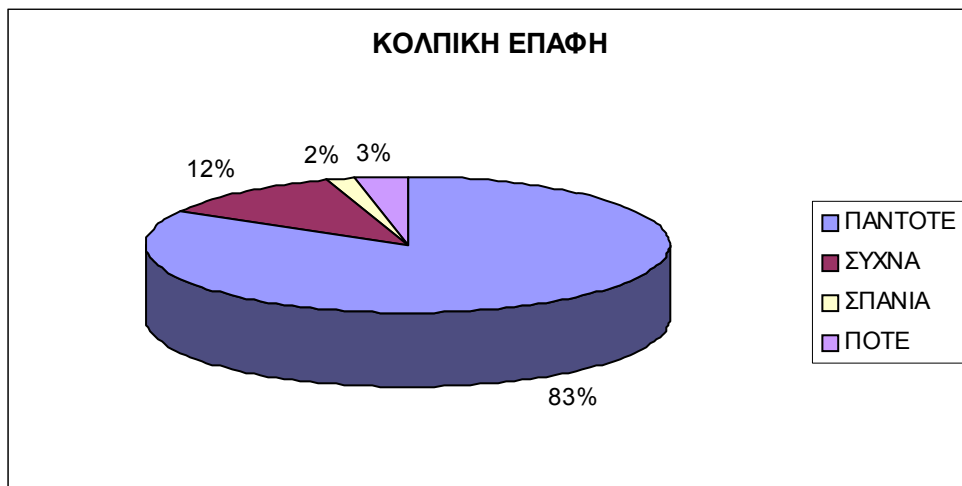
	n	%
ΝΑΙ	108	90
ΟΧΙ	12	10



35. Η ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΣΑΣ ΣΤΑΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΡΩΤΙΚΗ ΠΡΑΞΗ ΑΦΟΡΑ:

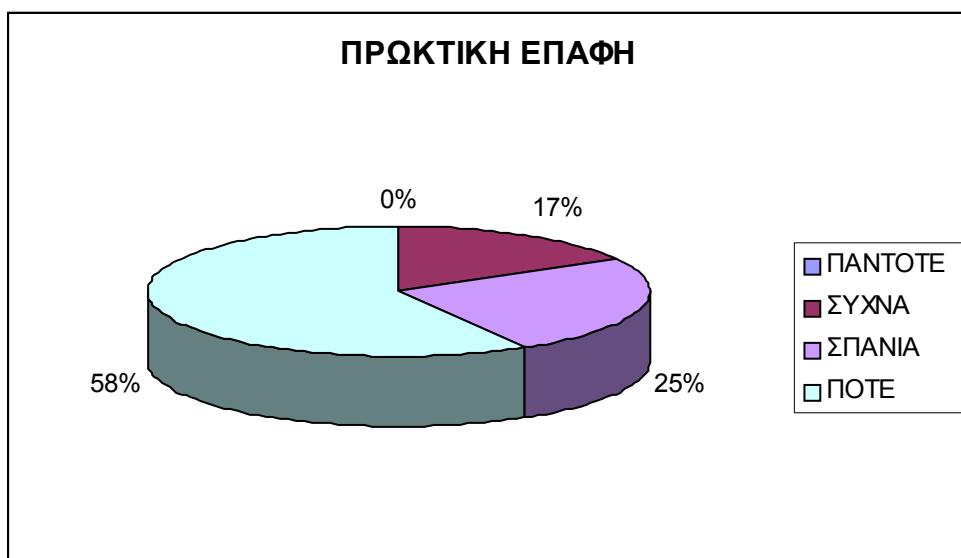
Α. ΚΟΛΠΙΚΗ ΕΠΑΦΗ

	n	%
ΠΑΝΤΟΤΕ	100	83
ΣΥΧΝΑ	14	12
ΣΠΑΝΙΑ	2	2
ΠΟΤΕ	4	3



Β.ΠΡΩΚΤΙΚΗ ΕΠΑΦΗ

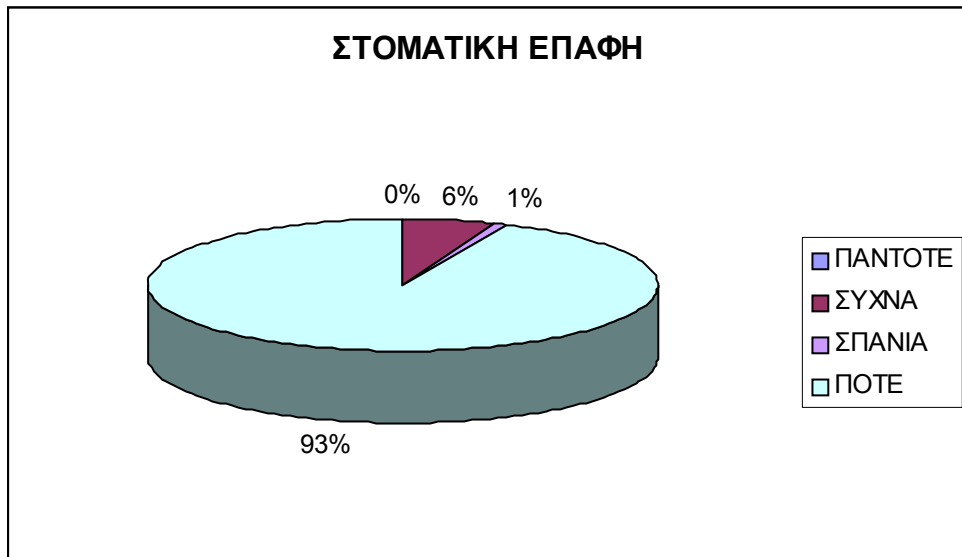
	n	%
ΠΑΝΤΟΤΕ	0	0
ΣΥΧΝΑ	20	17
ΣΠΑΝΙΑ	30	25
ΠΟΤΕ	70	58



Γ.ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΕΠΑΦΗ

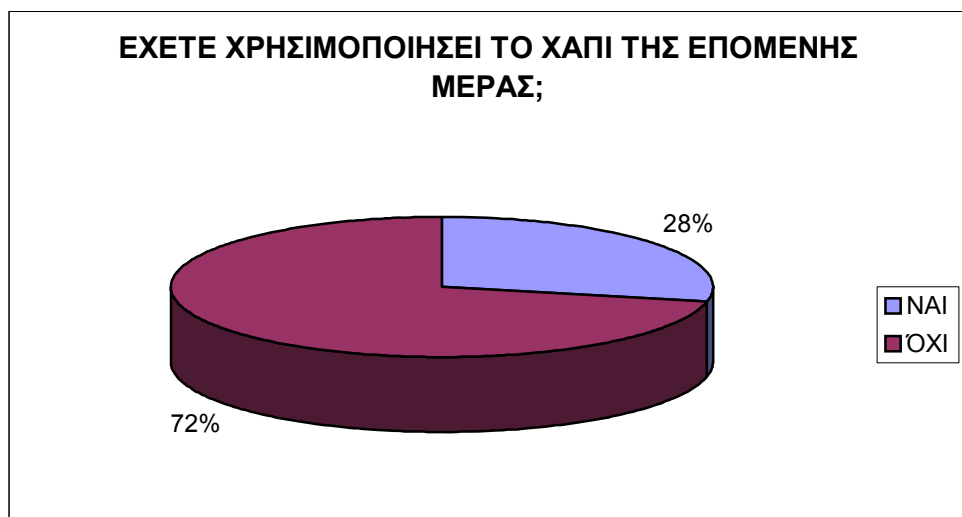
	n	%
ΠΑΝΤΟΤΕ	0	0
ΣΥΧΝΑ	7	6

ΣΠΑΝΙΑ	1	1
ΠΟΤΕ	112	93



36.εχετε χρησιμοποιησει το χαπι της επομενης ημερας;

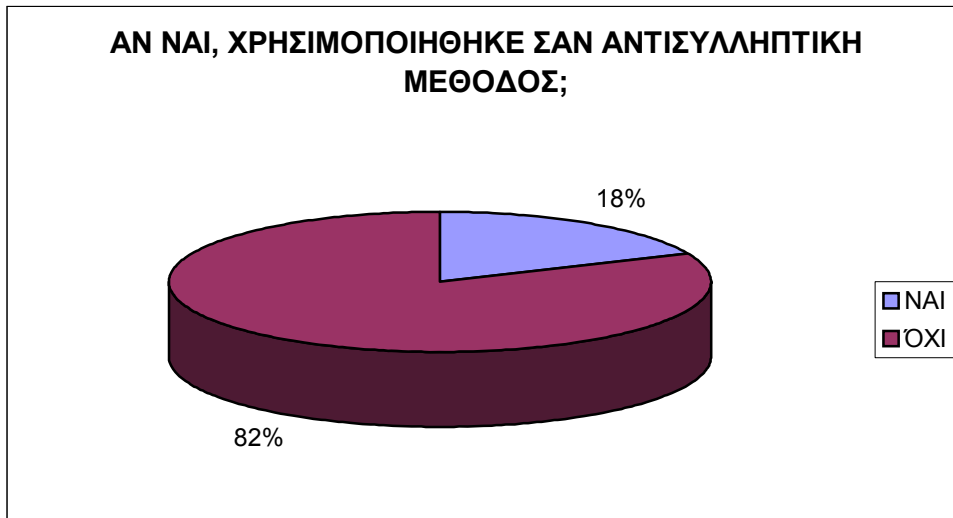
	n	%
ΝΑΙ	34	28
ΟΧΙ	86	72



ΑΝ ΝΑΙ, ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΘΗΚΕ ΣΑΝ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ;

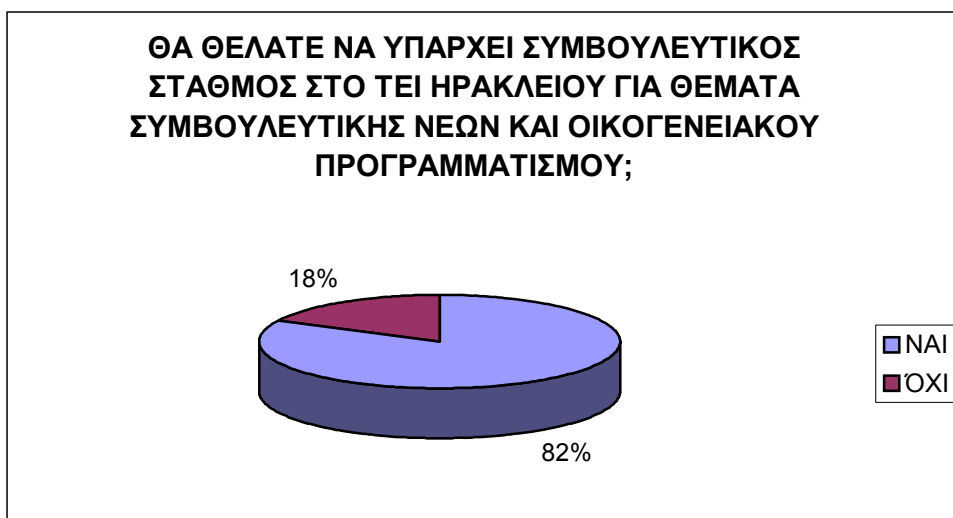
	n	%
--	---	---

ΝΑΙ	22	18
ΟΧΙ	98	82

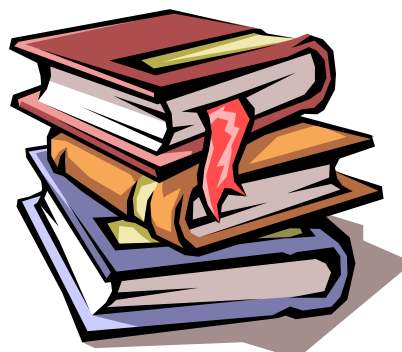


37.ΘΑ ΘΕΛΑΤΕ ΝΑ ΥΠΑΡΧΕΙ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΟΣ ΣΤΑΘΜΟΣ ΣΤΟ ΤΕΙ ΓΙΑ ΘΕΜΑΤΑ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ ΝΕΩΝ ΚΑΙ ΟΙΚ. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ;

	n	%
ΝΑΙ	99	82
ΟΧΙ	21	18



ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ



- Ανθογαλίδου Θ. 'Σεξουαλική αγωγή'. Ημ/νία δημοσίευσης 15/4/1998. www.auth.gr (21/12/06)
- Αρτεμάκης Σ., 'Ανδρική αντισύλληψη'. Ημ/νία δημοσίευσης 11/10/06. www.men24.gr (22/3/07)
- Βαιδάκης Ν., (1997). 'Υγεία και σεξουαλική λειτουργία'. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 14(5):518-525.
- Βελώνη Ρίτα. 'Ποια αντισύλληψη είναι καλύτερη για μένα;'. Ημ/νία δημοσίευσης 13/5/06. www.anew.gr (22/3/07)
- Γκικόντες Ευάγγελος. 'Υγεία/ Γυναικολογία- Μαιευτική/ Αντισύλληψη'. Ημ/νία δημοσίευσης 10/1/05. www.iatronet.gr (22/3/07)
- Διαμαντή Ρ, Παπασταύρου Β., (2005). 'Αντισύλληψη και νέοι'. Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας 2:97-117
- Καλλιπολίτης Γ., (1999). 'Ορμονική αντισύλληψη, επίκαιρα θέματα μαιευτικής και γυναικολογίας'. Εκδόσεις Παρισιανός, τόμος V, Αθήνα
- Καραμολέγκου Κ. 'Σεξουαλική αγωγή' www.ephebiatrics.gr (21/12/06)
- Κουμαντάκης Ε., (1989). 'Εκτρωση- Αντισύλληψη- Εφηβεία'. Πρακτικά 1^{ου} Σεμιναρίου Εταιρείας Οικογενειακού Προγραμματισμού, σελ. 111-113.
- Κουμαντάκης Ε., Βογιατζάκης Ε., (1996). 'Ιατροιστορική θεώρηση της αντισύλληψης. Εφηβική γυναικολογία- Αναπαραγωγή και εμμηνόπαυση'. 8(2):109-113
- Κρεατσάς Γ., Σαλάκος Ν., (2003). 'Σεξουαλική αγωγή και οι σχέσεις των δυο φύλων'. Ελληνικά γράμματα, σελ.154-174.
- Λιανάς Δ., Σκαρπέλος Α., (2004). 'Γνώση, ενημέρωση και σεξουαλική συμπεριφορά'. Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, 16(3):117-128
- Λυμπέρης Β., Νταφόπουλος Κ., (2003). 'Το αντισυλληπτικό χάπι' Ιατρική 83(4): 301-308.

- Μπαγετάκος Γ. ‘Το χάπι της επόμενης ημέρας’ www.bagetakos.gr (21/12/06)
- Παζαρακιώτη Μαρία Χ., (2006). ‘Αντισύλληψη’. www.iator.gr (22/3/07)
- Ρελάκης Α., Καρδαμάκης Δ, Κουμαντάκης, (1998). ‘Η αντισύλληψη στην Κρήτη’. Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας 2:16-25.
- Ρούσος Δ.Χ, Τσίμας Β.Σ. Iatriki on line. 16(2) 149-157 (26/2/06)
- Σακκάς Π., (1992). ‘Προτιμήσεις στη σεξουαλική συμπεριφορά του ατόμου και παράγοντες που την επηρεάζουν’. Πρακτικά 2^ο Σεμιναρίου Εταιρείας Οικογενειακού Προγραμματισμού, σελ. 79-80.
- Υγεία: Πόσα ξέρετε για την αντισύλληψη;. Περιοδικό αρμονία. Ημ/νία δημοσίευσης 16/5/07. www.anew.gr (28/5/07)
- Χλιαουτάκης Ι., (1992). ‘Σεξουαλική δραστηριότητα, αντισυλληπτική συμπεριφορά και έκτρωση στους εφήβους του δήμου Αρχανών’. Πρακτικά εταιρίας οικογενειακού προγραμματισμού με θέμα ‘Σεξουαλική αγωγή και υγεία’. σελ.125-138