

Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα
Θεσσαλονίκης
Σχολή Επαγγελματιών Υγείας & Πρόνοιας
Τμήμα Νοσηλευτικής

Πτυχιακή Εργασία

Μέθοδοι αντισύλληψης
σε δυο ομάδες πληθυσμών
οικονομικών μεταναστών και
Ελλήνων ημιαστικής πόλης

Όνοματεπώνυμο φοιτητών:
Ζαχαριάδου Παρασκευή
Λούκα Ενρινίντα

Επιβλέπουσα καθηγήτρια :
ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΟΥ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ
Επίκουρος Καθηγήτρια

Θεσσαλονίκη 2009

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	1
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	2
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο	5
1.1 Ιστορική αναδρομή της αντισύλληψης.....	5
1.1.2 Φιλοσοφικές και θρησκευτικές αντιλήψεις.....	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο	9
2. Η ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ	
ΓΥΝΑΙΚΑΣ	9
2.1 ΕΞΩ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ	9
2.1.1 Οι ωοθήκες	9
2.1.2 Οι σαλπγγες	9
2.1.3 Η μήτρα.....	10
2.1.4 Κόλπος (κόλπος)	12
2.1.5 Παρθενικός υμένας.....	12
2.2 ΤΟ ΕΞΩ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.	
2.2.1 Το αιδοίο	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
2.2.2 Το εφηβαιο.....	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
2.2.3 Τα μεγάλα χείλη	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
2.2.4 Τα μικρά χείλη η νύμφες	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
2.2.5 Προδομος του κόλπου.....	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
2.2.6 Κλειτοριδα	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
2.2.7 Οι βολβοι του προδομου .	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
2.2.8 Οι μειζονες αδενες του προδομου η βαρθολινειοι αδενες	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο	17
3 Η ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΑΝΔΡΑ ...	17
3.1 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΤΟΜΙΑΣ	17
3.1.1 ορχεις.....	17
3.1.2 Επιδιδυμιδα	18
3.1.3 Σπερματικός πορος	18
3.1.4 Σπερματοδοχος κυστη	18
3.1.5 Εκσπερματιστικός πορος.....	18
3.1.6 Προστατης	19
3.1.7 Βολβουρηθραιοι αδενες ..	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
3.1.8 Πεος.....	19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο	20
4.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΟΡΜΟΝΗΣ	20
4.2 ΤΟ ΟΡΜΟΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.	
4.2.1 Οιστρογονα	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
4.2.1.1 Λειτουργίες οιστρογονων	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

4.2.2 Προγεστερονη.....	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
4.3 Ο ΚΥΚΛΟΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ....	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
4.3.1 εμμηνος κυκλος	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
4.3.2 Τι συμβαινει κατα τη διαρκεια του εμμηνου κυκλου ...	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
4.3.3 Τι ειναι οι γονιμες μερες και πως μπορω να τις υπολογισω?	
.....	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
4.4 Εμμηνοπαυση	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
4.5 ΟΙ ΟΡΜΟΝΕΣ ΤΩΝ ΑΝΔΡΩΝ.....	27
4.5.1 Τεστοστερονη	27
4.5.1.1 Οι λειτουργιες της τεστοστερονης.....	27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ^ο	29
ΠΕΡΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ.....	29
ΟΡΙΣΜΟΣ	29
5.ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ.....	29
5.1 ΦΥΣΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ.....	30
5.1.1 Διακοπτόμενη συνουσία	30
5.1.2 Πλύσεις μετά την επαφή.....	30
5.1.3 Μέθοδος ρυθμού ή ασφαλούς περιόδου	31
5.1.4 Μέθοδος ημερολογίου....	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
5.1.5 Θερμομετρικη μέθοδος...	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
5.1.6 ΜΕθοδος εκτίμησης της τραχηλικής βλέννας...	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
5.1.7 Αμνηορροια της γαλουχίας.....	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
5.2 ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΜΕ ΧΗΜΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
5.2.1 Σπερματοκτόνα κολπικά υπόθετα	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
5.2.2 nonoxynol-9	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
5.3 ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΚΕΣ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ	34
5.3.1 Το σπιράλ (ενδομήτριο σπείραμα).....	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
5.3.1.1. Πλεονεκτήματα	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
5.3.1.2 Μειονεκτήματα	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
5.3.1.3 Αντενδείξεις	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
5.4 ΟΡΜΟΝΙΚΕΣ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
5.4.1 Αντισυλληπτικό χάπι(συνδυασμένο χάπι).....	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
5.4.1.1 Μηχανισμός δράσης.....	36
5.4.1.2 Τρόπος χρήσης	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
5.4.1.3 Πλεονεκτήματα	37
5.4.1.4 Μειονεκτηματα	37
5.4.1.5 Αντενδειξεις για το χαπι	38
5.4.1.6 Τι συμβαινει αν ξεχαστει καποιο χαπι;	38
5.4.2 Αντισυλληπτικα χαπια μονο με προγεστερονη (μικροχαπι).....	39
5.4.2.1 Μηχανισμός δράσης.....	39
5.4.2.2 Πλεονεκτηματα	39
5.4.2.3.Μειονεκτήματα.....	39

5.4.3 Το χαπι της επόμενης ημέρας: Επείγουσα αντισύλληψη	40
5.5 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣΣφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.	
5.5.1 Στεροποίηση.....	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
5.5.1.2 Πλεονεκτήματα	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
5.5.1.3 Μειονεκτήματα	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
5.5.2 Τεχνητή διακοπή μιας εγκυμοσύνης.	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
5.6 ΜΕΘΟΔΟΙ ΦΡΑΓΜΟΥ	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
5.6.1 Διαφραγματα και τραχηλικές καψές.....	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
5.6.2 Οι κολπικοί σπογγιοί.....	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
5.7 Προφυλακτικό	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
5.7.1 Το ανδρικό προφυλακτικό.....	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
5.7.1.1 Τυποί προφυλακτικών	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
5.7.1.2 Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
5.7.1.3 Οδηγίες ορθής χρήσης του προφυλακτικού	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
5.7.1.4 Ενδείξεις χρήσης του προφυλακτικού.....	47
5.7.1.5 Αντενδείξεις χρήσης του προφυλακτικού	48
5.7.2 Το γυναικείο προφυλακτικό	48
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
6 ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
6.1 ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΝ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ.	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
6.1.1 Γονορροία/Βλεννορία.....	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
6.1.2 Απλός ερπης των γεννητικών οργάνων	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
6.1.3 Χλαμυδία.....	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
6.1.4 Συφιλη.....	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
6.1.5 Ηπατιτίδα β	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
6.1.6 Καντιντίαση / μυκητίαση	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
6.1.7 Θηλώματα / Κονδυλώματα(HPV).....	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
6.1.8 Τριχομονάδες.....	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
6.1.9(HIV και AIDS)σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
7.1 Σεξουαλική συμπεριφορά των νέων. Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.	
7.2 Η έννοια της σεξουαλικότητας.....	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
7.3 Σεξουαλική υγεία	58
7.4 Σεξουαλική αγωγή και νέοι.....	59
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
ΜΕΘΟΔΟΣ ΚΑΙ ΥΛΙΚΟ	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

ΣΥΛΛΟΓΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
Δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
Πηγες ενημερωσης	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
Ασφαλες sex	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
ΣΥΖΗΤΗΣΗ	68
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	72
ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΗΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΝΕΩΝ.	
.....	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
Παρέμβαση στα σχολεία	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
Εκστρατείες ευαισθητοποίησης ..	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
Μέσα μαζικής επικοινωνίας	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
Οπτικοακουστικά μέσα	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
Μεθοδοι αλλαγης στασεων και συμπεριφορας ..	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
Αναπτυξη ικανοτητων	77
Ειδικα παιχνιδια	79
Δουλεια σε ομαδες	79
Χρηση προτυπων	80
Ελεγχος της συμπεριφορας	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα εργασία με θέμα «Μέθοδοι αντισύλληψης σε δυο ομάδες πληθυσμών, οικονομικών μεταναστών και ελλήνων ημιαστικής πόλης», μας παραδόθηκε τέλη Φεβρουαρίου 2009 από την υπεύθυνη καθηγήτριά μας κ. Αλίκη Δημητριάδου. Η εργασία είναι ερευνητική και αναφέρεται στις μεθόδους αντισύλληψης που χρησιμοποιούν οι οικονομικοί μετανάστες της Αθήνας και οι Έλληνες ημιαστικής πόλης(Σιάτιστα Κοζάνης). Αρχικά δημιουργήσαμε ένα χρονοδιάγραμμα για την υλοποίηση της πτυχιακής μας έρευνας στο οποίο περιελάβαμε τους βασικούς στόχους της .Πρωταρχικός στόχος ήταν η κατασκευή του ερωτηματολογίου το οποίο μετά από συλλογή και επεξεργασία των στοιχείων, συντάχτηκε και μοιράστηκε στο δείγμα του πληθυσμού τέλη Απριλίου 2009.

Η διαδικασία διανομής των ερωτηματολογίων διήρκησε ένα(1) μήνα (Απρίλιο – Μάιο του 2009). Μετά την ενημέρωσή για τον σκοπό της έρευνας και για τον εθελοντικό χαρακτήρα της συμμετοχής στην έρευνα, ζητήθηκε από τον πληθυσμό της μελέτης να απαντήσει ανώνυμα στο ερωτηματολόγιο. Εν συνέχεια, ασχοληθήκαμε με το κυρίως μέρος της εργασίας το οποίο αποτελείται από έξι(6) κεφάλαια. Μετά την ολοκλήρωση του, και την διεξαγωγή των αποτελεσμάτων του ειδικού μέρους υλοποιήθηκε η συγγραφή της εργασίας τον Οκτώβριο 2009.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ιστορία της αντισύλληψης είναι αρκετά μεγάλη. Εντούτοις, η αναγκαιότητα ελέγχου της γονιμότητας καθίσταται όλο και πιο επιτακτική στις μέρες μας. Η σύγχρονη γυναίκα επιδιώκει έναν ή το πολύ δύο τοκετούς κατά τη διάρκεια της αναπαραγωγικής της ζωής. Ιδιαίτερα στην τελευταία δεκαετία παρατηρήθηκε μεγάλη αύξηση στον αριθμό των διαθέσιμων μεθόδων αντισύλληψης. Επιπλέον, καθημερινά έχουμε όλο και περισσότερες ερευνητικές αποδείξεις τόσο για την ασφάλεια όσο και για την αποτελεσματικότητα αυτών των μεθόδων, καθεμιά από τις οποίες έχει τη δική της ιδιαιτερότητα όσον αφορά στον τρόπο δράσης της. Στην Ελλάδα δεν έχουν πραγματοποιηθεί πολλές αντίστοιχες έρευνες.

Μετά από μια παρόμοια με το θέμα μας έρευνα που διεξήχθη στους νέους του νομού Ηρακλείου Κρήτης με σκοπό τη διερεύνηση της γνώσης του πληθυσμού σχετικά με την αντισύλληψη διαπιστώθηκε ότι οι σεξουαλικές σχέσεις έχουν πρώιμη έναρξη, στην ηλικία των 19 ετών το 93,13% του δείγματος (321 άτομα σεξουαλικά ενεργά) είχαν ολοκληρωμένες σεξουαλικές επαφές. Εντύπωση προκαλεί ότι εμπειρία ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης που διεκόπη είχε βιώσει ένα διόλου ευκαταφρόνητο ποσοστό του δείγματος (19,62%), με μεγαλύτερη συχνότητα στις ηλικίες 25-45. Ακόμα διαπιστώθηκε πως υπάρχουν βασικές ελλείψεις στις γενικές γνώσεις του πληθυσμού για την αντισύλληψη. Το προφυλακτικό, το αντισυλληπτικό δισκίο, το σπιράλ, και η διακεκομμένη συνουσία διαφαίνονται ως οι πιο γνωστές αντισυλληπτικές μέθοδοι. Αντίθετα το δείγμα παρουσιάζει άγνοια αναφορικά με την ημερολογιακή μέθοδο, το χάπι της επόμενης ημέρας, τη στείρωση και τα σπερματοκτόνα. Ως προς τις πιο συχνές πηγές ενημέρωσης αναφέρουν τους φίλους, την τηλεόραση, τα περιοδικά, τα βιβλία και τους συντρόφους για τους άντρες. Λιγότερο τους γονείς και τις υπηρεσίες υγείας. Όσον αφορά το προφυλακτικό σύμφωνα με το 38,56% ,έχει καλύτερη αποτελεσματικότητα από το αντισυλληπτικό χάπι ή τη στείρωση. Πλήρη άγνοια για την πρακτική ευρέως διαδεδομένων αντισυλληπτικών μεθόδων όπως το αντισυλληπτικό δισκίο φαίνεται να κατέχει ένα ποσοστό του δείγματος μιας και ενδεικτικά το 33,06% δηλώνει ότι δεν γνωρίζει αν το αντισυλληπτικό χάπι δρα εναντίον των σπερματοζωαρίων ενώ το 47,66% δηλώνει ότι δεν έχει γνώση αν αναστέλλει την ωορρηξία, το 19% θεωρεί ότι δεν την αναστέλλει. Επιπροσθέτως προέκυψε πως κατά την πρώτη τους επαφή οι γυναίκες με ποσοστό 50,92% και οι άνδρες 36,07% δεν χρησιμοποίησαν καμία αντισυλληπτική μέθοδο.

Ενώ απογοητευτικό είναι το 22,15% των αντρών που δηλώνει ότι τώρα δεν χρησιμοποιεί καμία αντισυλληπτική μέθοδο καθώς το 17,09% χρησιμοποιεί τη διακεκομμένη επαφή.

Ο σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση της γνώσης του πληθυσμού νέων οικονομικών μεταναστών και Ελλήνων επαρχιακής πόλης αναπαραγωγικής ηλικίας 18-40. Αναζήτηση των μεθόδων επίτευξης ασφαλούς σεξ (sex), της αξιολόγησης των επιλεγόμενων μεθόδων τους, του προσδιορισμού των πηγών ενημέρωσης και τέλος την αποτύπωση της αντίληψης των παρενεργειών από την χρήση αντισυλληπτικών δισκίων καθώς και των πιθανών επιπλοκών από την διακοπή μιας εγκυμοσύνης. Πρωταρχικός στόχος ήταν η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, η μελέτη των αποτελεσμάτων τους καθώς και ο σχολιασμός τους. Μέσω των αποτελεσμάτων μας ένας επιμέρους στόχος είναι να διαπιστώσουμε σε τι συχνότητα χρησιμοποιούν τις αντισυλληπτικές μεθόδους.

Το πρώτο βήμα για τη διεξαγωγή της έρευνας μας ήταν η μελέτη της σχετικής βιβλιογραφίας στην εθνική βιβλιοθήκη Αθηνών, σε βιβλιοθήκες του Α.Τ.Ε.Ι.Θ, σε διάφορα επιστημονικά περιοδικά και διάφορες ιστοσελίδες στο διαδίκτυο για την ανεύρεση ξενόγλωσσων και ελληνικών άρθρων, ερευνών και γενικών πληροφοριών που σχετίζονται με το θέμα της αντισύλληψης και των σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων. Αφού συγκεντρώσαμε το υλικό και μελετήσαμε τη βιβλιογραφία ξεκινήσαμε τη συγγραφή του γενικού μέρους.

Το δεύτερο βήμα, περιλάμβανε τη φάση σχεδιασμού και προγραμματισμού η οποία είναι και η πιο σημαντική φάση της εργασίας μας. Κατασκευάστηκε το ερωτηματολόγιο, επεξεργάστηκε στη συνέχεια από την καθηγήτριά μας κυρία Δημητριάδου και επακολούθησε η εμπειρική φάση κατά την οποία έγινε η συλλογή των στοιχείων καθώς και η προετοιμασία τους για ανάλυση. Ακολούθησε η αναλυτική φάση κατά την οποία έγινε η ανάλυση και η ερμηνεία των στοιχείων και πραγματοποιήθηκε η συζήτηση των αποτελεσμάτων γύρω από τα ερωτηματολόγια.

Το γενικό μέρος χωρίστηκε σε έξι(6) κεφάλαια. Το πρώτο κεφάλαιο περιλαμβάνει μια ιστορική αναδρομή πάνω στις μεθόδους της αντισύλληψης. Γίνεται μια αναδρομή για το ποτέ πρωτοεμφανίστηκαν, ποιοι ήταν οι λόγοι εμφάνισής τους. Μέσα από αυτό το κεφάλαιο μπορεί κανείς να διαπιστώσει πώς εξελίχθηκαν με το πέρασμα των αιώνων οι αντισυλληπτικές μέθοδοι και ποιες επιρροές δέχτηκαν από τις απόψεις κάθε θρησκείας.

Στο δεύτερο και τρίτο κεφάλαιο γίνεται αναλυτική περιγραφή των έσω και έξω γεννητικών οργάνων της γυναίκας και του άνδρα αντίστοιχα.

Στο τέταρτο κεφάλαιο συμπεριλαμβάνονται το ορμονικό σύστημα της γυναίκας, από ποιες ορμόνες αποτελείται και ποιος είναι ο ρόλος της κάθε μιας ξεχωριστά. Στη συνέχεια γίνεται αναφορά στον κύκλο της γυναίκας και τι συμβαίνει κατά τη διάρκειά του, ακολουθεί επίσης εκτενής ανάλυση στις γόνιμες μέρες και στον τρόπο υπολογισμού τους. Και τέλος περιγράφεται το ορμονικό σύστημα του ανδρός και ο ρόλος του.

Στο πέμπτο κεφάλαιο που είναι και το πιο σημαντικό πραγματοποιείται αναλυτική περιγραφή της αντισύλληψης και των μεθόδων της(φυσικές, χημικές, ενδομήτριες , ορμονικές ,χειρουργικές και μεθόδους φραγμού). Ακόμα, συμπεριλαμβάνει στοιχεία που αφορούν τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, τις κατηγορίες , τη διάγνωση και τη θεραπεία τους.

Το έκτο και τελευταίο κεφάλαιο περιλαμβάνει θέματα που αφορούν τη σεξουαλική συμπεριφορά των νέων, την έννοια της σεξουαλικότητας, τη σεξουαλική υγεία και τέλος τη σεξουαλική αγωγή και τον τρόπο που οι νέοι την αντιλαμβάνονται.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ

Η αντισύλληψη και οι αμβλώσεις αποτελούν φαινόμενο που συναντώνται σε όλα τα κοινωνικά στρώματα. Πολυποίκιλοι λόγοι ωθούσαν τις γυναίκες να προφυλάσσονται από ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες ή να απαλλάσσονται όταν αυτές προέκυπταν.

Από την αρχαιότητα η βασική κατηγορία γυναικών που υποβάλλονταν σε αντισύλληψη ήταν κυρίως οι γυναίκες ελευθέρων ηθών. Οι αμβλώσεις ήταν συχνές γιατί η εγκυμοσύνη εμπόδιζε την άσκηση του επαγγέλματός τους. Τα κυριότερα κίνητρα ήταν η διατήρηση της ωραίας εμφάνισης, η άμεση ανταπόκριση στις επιθυμίες των πελατών χωρίς το βάρος μιας εγκυμοσύνης και την αύξηση των κερδών τους. Μια άλλη κατηγορία γυναικών που χρησιμοποιούσαν αντισύλληψη ήταν εκείνη των γυναικών που είχαν παράνομους δεσμούς. Προσπαθώντας να προστατευτούν από το να αποκαλυφθούν με ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες έβρισκαν λύσεις σε αντισυλληπτικές και αμβλώσεις μεθόδους.

Παρακάτω θα ακολουθήσει αναδρομή σε διάφορες χώρες τις αρχαιότητας.

Στην Αίγυπτο, οι γεννήσεις ήταν σημαντικές και η διακοπτόμενη συνουσία (το τράβηγμα), ως μέθοδος ελέγχου των γεννήσεων ήταν πολύ διαδεδομένη. Επίσης μια άλλη μέθοδος αντισύλληψης που εμφανίστηκε 5000 χρόνια πριν την εποχή μας ήταν εκείνη του σπειράματος. Στον Αιγυπτιακό πάπυρο του Ebers (1550 π. Χ) περιγράφονται αντισυλληπτικά κολπικά υπόθετα κατασκευασμένα από σπόρους, μέλι και ακακία.

Στην Ασσυρία, πραγματοποιούνταν πολύ συχνά σοδομισμοί, αιμομιξίες και πολυγαμίες.

Στο Ισραήλ, η περίοδος γονιμότητας αναφέρετε μέσα στο Talmud και η θεραπευτική αμβλωση είναι επιτρεπτή.

Στην Ελλάδα, επικρατεί η υπογεννητικότητα, η ανυπανδρία και η ομοφυλοφιλία. Ο Ιπποκράτης (460-377π.Χ) θεωρεί τη σεξουαλική πράξη απαραίτητη και υγιή και δέχεται την έκτρωση, διότι κατά τη γνώμη του το έμβρυο δεν έχει ψυχή. Με αυτή τη θεωρεία συμφωνούν και ο Σωκράτης με τον Πλάτωνα.

Στη Ρώμη, η γεννητικότητα μειώνεται με σκοπό να διαφυλαχτούν τα προνόμια της αντισύλληψης, η οποία κληρονομήθηκε από την Αίγυπτο.

Στις ισλαμικές χώρες, όπου επικρατεί υψηλή γεννητικότητα, το τράβηγμα είναι διαδεδομένο και αναφέρεται και μέσα στο Κοράνι.

Στην Γαλλία τον 3^ο-4^ο αιώνα, ο χριστιανισμός ο οποίος γεννιέται εκείνη την εποχή, εγκωμιάζει την αγνότητα και το γάμο για την αναπαραγωγή.

Στον Μεσαίωνα ο κλήρος παραθέτει την αντισύλληψη, η οποία στην Αναγέννηση διαδίδεται λόγω της επιστροφής του ενδιαφέροντος στο σώμα και τη σεξουαλικότητα. Η γεννητικότητα από το 40% το 1770 περνάει στο 17% το 1913 και στις 27 Δεκεμβρίου του 1967 ο νόμος Lucien Neuwirth επιτρέπει τη παρασκευή και διάδοση των αντισυλληπτικών.

Στην Μεγάλη Βρετανία, ο Malthus δημοσίευσε το 1798 το Δοκίμιο στην αρχή του Πληθυσμού, σύμφωνα με το οποίο ο πληθυσμός διπλασιάζει τους εικοσιπεντάριδες με γεωμετρική πρόοδο οπότε η γεννητικότητα αυξάνετε αριθμητικά. Για αυτό το λόγο προκύπτει η ανάγκη να περιοριστούν οι γεννήσεις. Το 1908 ιδρύεται η πρώτη κλινική Birth Control. Το 1936 οργανώθηκε επίσημος έλεγχος των αντισυλληπτικών προϊόντων.

Στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, ο Wilde επινόησε το διάφραγμα το 1838 και γύρω στο 1900 αναπτύχθηκαν η αντισύλληψη και η πληροφόρηση.

Στην Ιαπωνία το 1947 επιτράπηκαν η αντισύλληψη και η έκτρωση, η οποία όμως απαγορεύτηκε το 1954.

Στην πρώην Σοβιετική Ένωση, μετά το 1917 όλα επιτράπηκαν, ωστόσο το 1936 η έκτρωση απαγορεύτηκε και επιτράπηκε ξανά το 1956.

Στην Κίνα, ο έλεγχος των γεννήσεων είναι αντεπαναστατικός από το 1949 έως το 1955, όμως μετά το 1957 επιτρέπεται μαζί με ισχυρές πιέσεις για το περιορισμό των γεννήσεων.

Όπως φαίνεται από την ενδεικτική αυτή ιστορική αναδρομή, η προσπάθεια για έλεγχο των γεννήσεων άρχισε πριν από μερικές χιλιετηρίδες και συνεχίζεται μέχρι σήμερα, η ιδανική όμως αντισυλληπτική μέθοδος παραμένει άγνωστη. Για να χαρακτηριστεί ιδανική μια αντισυλληπτική μέθοδος θα πρέπει να είναι αποτελεσματική (πιθανότητα αποτυχίας 0%), ασφαλής (απουσία επιπλοκών), εύκολη στην εφαρμογή της, χαμηλού κόστους και να μην επηρεάζει την σεξουαλική ικανοποίηση. Τέτοια μέθοδος προς το παρόν δεν υπάρχει.

Βασικές προϋποθέσεις για σωστή αντισύλληψη είναι: η επιλογή μιας ή και περισσότερων μεθόδων αντισύλληψης με επιστημονικά τεκμηριωμένη

αποτελεσματικότητα, η πλήρης αποδοχή της χρησιμοποιούμενης μεθόδου και από τους δύο συντρόφους, η εύκολη εφαρμογή της μεθόδου αντισύλληψης, η σωστή εφαρμογή της μεθόδου από το ζευγάρι και ο ελαχιστοποιημένος κίνδυνος για πρόκληση παρενεργειών στους χρήστες της μεθόδου αντισύλληψης.

Βουλγαρίδης. Γ. (2001) « Αντισύλληψη»: Ο αρχαίος κόσμος. επιστημονικές εκδόσεις Παρισιανού Α.Ε.

Βακαλούδη.Α. (2003)« Αντισύλληψη και άμβλωση από την αρχαιότητα στο Βυζάντιο.»: πορνεία. Παράνομοι δεσμοί. Εκδοτικός οίκος Αντ. Σταμούλης .

1.1.2 ΦΙΛΟΣΟΦΙΚΕΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΕΣ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ

Σύμφωνα με τον καθολικισμό ο σκοπός της σεξουαλικότητας ήταν η αναπαραγωγή και η επιβράβευση του ζευγαριού ήταν ένα παιδί.

Ο προτεσταντισμός υποστήριζε πως η αναπαραγωγή του ανθρώπου μέσα στα πλαίσια της αγάπης ήταν ευλογία ενώ η σεξουαλικότητα έπρεπε να υπάρχει μόνο μέσα στο θεσμό του γάμου. Σύμφωνα όμως με τον προτεσταντισμό η διαπαιδαγώγηση των παιδιών ήταν πιο σημαντική από τον αριθμό τους.

Για τον ιουδαϊσμό η αναπαραγωγή ήταν μια ιερή υποχρέωση και μόνο η γυναίκα μπορούσε να χρησιμοποιήσει την αντισύλληψη εφόσον είχε φέρει στον κόσμο δύο έως τέσσερα παιδιά. Ο γάμος, η αναπαραγωγή, η σεξουαλικότητα και η αγάπη εκείνη την εποχή ήταν αδιαίρετα.

Η σεξουαλικότητα επιτρεπόταν στο Ισλάμ. Σε αντίθεση με τον Ιουδαϊσμό ο γάμος και τα πολλά παιδιά ήταν υποχρέωση του ζευγαριού και ήταν στην ελεύθερη κρίση τους να επιλέξουν μαζί το μέγεθος της οικογένειας καθώς και ποια μέθοδο αντισύλληψης θα χρησιμοποιήσουν.

Για το βουδισμό ο σεβασμός της ζωής ήταν πιο σημαντικό από τη δομή της οικογένειας που μετρούσε λιγότερο.

Μέσα στον κομφουκιανισμό, ο γάμος και η οικογένεια ήταν πρωταρχικής σημασίας ενώ η αντισύλληψη είχε μικρή σημασία.

Στον χριστιανικό κόσμο θεωρείτο πως η αποφυγή της τεκνογονίας αποτελούσε θανάσιμο αμάρτημα. Η χρήση των αντισυλληπτικών μέσων απαγορευόταν, ενώ δεν γινόταν λόγος για περιπτώσεις που μπορούσαν να αντιμετωπιστούν με επιείκεια. Η συζυγική επαφή κατά τους μήνες τις εγκυμοσύνης δεν απαγορεύονταν. Όταν υπήρχε

σύμφωνη ιατρική γνώμη τότε επιτρέπονταν η επαφή, αφού η εγκράτεια για τόσο χρονικό διάστημα ήταν ανεφάρμοστη. Οι ερωτικές επαφές έξω από το θεσμό του γάμου ήταν απαγορευμένες. Οι κανόνες περί σεξουαλικής συμπεριφοράς ήταν ρητοί διότι η μοιχεία, ο αυνανισμός και η ομοφυλοφιλία θεωρούνταν αμαρτωλές πράξεις. Σύμφωνα με τον ορθολογισμό ο καθένας ήταν ελεύθερος να αποφασίσει μόνος του.

Βασίλειος Γ. Φ. (2004) « Τεκνογονία και αντισύλληψη στον ορθόδοξο γάμο».

Εκδόσεις Το Παλίμψηστον. Θεσσαλονίκη .

Βουλγαρίδης, Γ. (2001) « Αντισύλληψη»: Φιλοσοφικές και θρησκευτικές αντιλήψεις. επιστημονικές εκδόσεις Παρισιανού Α.Ε.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2. Η ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

Τα όργανα του γεννητικού συστήματος της γυναίκας διακρίνονται στα εσωτερικά και τα εξωτερικά όργανα. Στα έσω γεννητικά όργανα κατατάσσονται οι ωοθήκες, οι σάλπιγγες ή ωαγωγοί, η μήτρα, ο κόλπος και ο παρθενικός υμένας. Στα έξω γεννητικά όργανα κατατάσσονται, το αιδοίο, το εφήβαιο ή ορός της Αφροδίτης, τα μεγάλα χείλη, τα μικρά χείλη, ο πρόδομος του κόλπου, η κλειτορίδα, οι βολβοί του προδόμου, και οι βαρθολίνειοι αδένες.

2.1 ΕΣΩ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ

2.1.1 ΟΙ ΩΟΘΗΚΕΣ

Οι ωοθήκες είναι δυο και βρίσκονται η καθεμιά κατά το πλάγιο τοίχωμα της ελάσσονος πυέλου, μέσα σε κατάδυση του περιτοναίου, που ονομάζεται ωοθηκικός βόθρος. Στη θέση αυτή, κάθε μία κρέμεται από την οπίσθια επιφάνεια του πλατέως συνδέσμου της μήτρας με το μεσοωοθήκιο. Μορφολογικά, η ωοθήκη έχει σχήμα και μέγεθος αμυγδάλου, βάρος περίπου 6 έως 10 γραμμάρια, εμφανίζει δυο χείλη, το πρόσθιο και το οπίσθιο, δυο επιφάνειες, την έσω και την έξω, και δυο άκρα, το άνω και το κάτω. Στο πρόσθιο χείλος προσφύεται το μεσοωοθήκιο, στο άνω άκρο προσφύεται ο κρεμαστήρας σύνδεσμος, στο κάτω άκρο προσφύεται ο ίδιος σύνδεσμος της ωοθήκης ενώ το οπίσθιο χείλος και η έσω επιφάνεια έρχονται σε σχέση με τον κώδωνα του ωαγωγού, και καλύπτονται από τους κροσσούς του. Η ωοθήκη στηρίζεται κυρίως με το μεσοωοθήκιο, το οποίο παριστάνει διπέταλη περιτοναϊκή πτυχή που προσφύεται, από τη μια πλευρά, στην οπίσθια επιφάνεια του πλατέως συνδέσμου της μήτρας, και από την άλλη στο πρόσθιο χείλος της ωοθήκης. Στη στήριξη της συμβάλλουν επίσης ο κρεμαστήρας σύνδεσμος, ο οποίος προσφύεται στο άνω άκρο της και παριστάνει το φορέα των ωοθηκικών αγγείων και ο ίδιος σύνδεσμος της ωοθήκης, ο οποίος εκτείνεται μεταξύ του κάτω άκρου της και της πλάγιας γωνίας του πυθμένα της μήτρας. Η ωοθήκη, στην ώριμη γυναίκα, εμφανίζει ανώμαλη και υβώδη επιφάνεια.

2.1.2 ΟΙ ΣΑΛΠΙΓΓΕΣ

Οι ωαγωγοί ή σάλπιγγες είναι δυο. Ο κάθε ωαγωγός, που έχει μήκος περίπου 10-12 εκατοστά, συνδέει τη σύστοιχη ωοθήκη με τη μήτρα, παριστάνοντας τον εκφορητικό

πόρο της. Βρίσκεται εντός του άνω χείλους του πλατέως συνδέσμου. Κάθε ωαγωγός εμφανίζει, από τη μήτρα προς την ωοθήκη, τις εξής μοίρες:

Μητριαία μοίρα, που βρίσκεται μέσα στο τοίχωμα της μήτρας.

Ισθμός ο οποίος αποτελεί τη στενότερη μοίρα της σάλπιγγας, και βρίσκεται εντός του άνω χείλους του πλατέως συνδέσμου.

Λήκυθος, η οποία αποτελεί την ευρύτερη μοίρα του ωαγωγού .

Κώδων, ο οποίος παριστάνει το τελικό άκρο της σάλπιγγας και είναι χοανοειδώς ανευρυσμένος. Αυτός διαιρείται σε επιμήκειες λωρίδες, τους κροσσούς, οι οποίοι επικαλύπτουν την επιφάνεια της ωοθήκης.

Κάθε ωαγωγός εμφανίζει επίσης δυο στόμια, ένα μητριαίο, μέσα από το οποίο εκβάλλει στην κοιλότητα της μήτρας και ένα κοιλιακό, που βρίσκεται στα όρια ληκύθου και κώδωνα, με το οποίο εκβάλλει στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Ο ωαγωγός εξωτερικά περιβάλλεται από περιτόναιο (ορογόνο χιτώνας), μέσα από το οποίο βρίσκεται ο μυϊκός χιτώνας, από λείες μυϊκές ίνες. Πιο μέσα από το μυϊκό χιτώνα, απαντάται ο βλεννογόνος, που αποτελείται από κροσσωτό μονόστιχο επιθήλιο και χόριο από συνδετικό ιστό, χωρίς αδένες. Η προς τον αυλό επιφάνεια του βλεννογόνου, εμφανίζει πολλαπλές ποικιλομεγέθεις και ποικιλόσχημες πτυχές, οι οποίες καθιστούν τον αυλό λαβυρινθώδη και πολυδαίδαλο, ώστε είναι δυνατόν το ωάριο που θα γονιμοποιηθεί, να εμπλακεί μεταξύ των πτυχών και να εξελιχθεί περαιτέρω, στη δημιουργία της λεγόμενης σαλπινγικής εξωμήτριας κύησης. Λειτουργικά ο ωαγωγός χρησιμεύει για την πρόσληψη, από την επιφάνεια της ωοθήκης, του ωαρίου και την προώθηση του στη μήτρα. Η λειτουργία αυτή γίνεται βασικά με τους κροσσούς του επιθηλίου του βλεννογόνου, η κίνηση των οποίων δημιουργεί αναρροφητικό ρεύμα προς τη μήτρα. Μέσα στον ωαγωγό, λαμβάνει χώρα η γονιμοποίηση.

2.1.3 Η ΜΗΤΡΑ

Η μήτρα, ονομαζόμενη και υστέρα, είναι κοιλομυώδες όργανο που βρίσκεται μέσα στην ελάσσονα πύελο, απιοειδές σχήμα κατά τον κεντρικό άξονα της που χρησιμεύει για την κύηση και τον τοκετό. Η μήτρα εμφανίζει δυο επιφάνειες, την πρόσθια ή κυστική και την οπίσθια ή εντερική. Επίσης, εμφανίζει δυο πλάγια χείλη από τα οποία προσφύονται οι πλατείς σύνδεσμοι. Από περιγραφική άποψη αποτελείται από τον πυθμένα, το σώμα και τον τράχηλο. Εμφανίζει αυλό και δυο στόμια, το έσω και το

έξω. Ο πυθμένας χωρίζεται από το σώμα με μια νοητή γραμμή, που ενώνει τις εκβολές των σαλπίνγων ενώ όριο μεταξύ σώματος και τραχήλου είναι ο ισθμός που αντιστοιχεί προς τον αυλό, το έσω στόμιο της μήτρας. Ο πυθμένας της, φέρεται προς τα άνω και πρόσω και δεν υπερβαίνει την ηβική σύμφυση.

Το σώμα της μήτρας, έχει μήκος 7,5εκατοστά, πλάτος 5,5εκατοστά περίπου και πάχος τοιχώματος 2,5-3 εκατοστά, και εμφανίζει δυο επιφάνειες, την πρόσθια και την οπίσθια, από τις οποίες η πρόσθια έρχεται σε σχέση με την υπάρχουσα προς τα εμπρός ουροδόχο κύστη ενώ η οπίσθια επικοινωνεί με το απευθυσμένο, από το οποίο χωρίζεται με την παρεμβολή εντερικών ελίκων. Στα πλάγια χείλη του σώματος της προσφύονται οι πλατείς σύνδεσμοι της μήτρας ενώ κατά μήκος τους ανέρχεται η σύστοιχη μητριά αρτηρία.

Ο τράχηλος της μήτρας, με μήκος 2,5εκατοστά περίπου, με πρόσφυση του κολεού γύρω από αυτόν υποδιαιρείται σε δυο μέρη, το υπερκολεϊκό και το ενδοκολεϊκό. Το υπερκολεϊκό μέρος του τραχήλου, εμφανίζει πρόσθια επιφάνεια, που έρχεται σε σχέση με τον πυθμένα της ουροδόχου κύστης και η οποία δεν επαλείφεται από περιτόναιο του οπίσθιου δουγλασειού χώρου, από τον οποίο χωρίζεται με το απευθυσμένο.

Τα πλάγια χείλη του, έρχονται σε σχέση με τις βάσεις των πλατέων συνδέσμων, με το παραμήτριο και, μέσα στο χιασμό του ουρητήρα, με τη μητριά αρτηρία. Το ενδοκολεϊκό μέρος του τραχήλου, προέχει στο άνω τμήμα του κολεού και επαλείφεται από το βλεννογόνο του. Εμφανίζει, στο ελεύθερο άκρο του, το εγκάρσια κείμενο έξω στόμιο της μήτρας. Αυτό στις άτοκες, εμφανίζει χείλη λεία, ενώ στις πολύτοκες τα χείλη είναι ρωγμώδη.

Επίσης η μήτρα εμφανίζει κοιλότητα, η οποία διακρίνεται στην κοιλότητα του σώματος και στην κοιλότητα του τραχήλου. Η πρώτη, στην κατά μέτωπο διατομή της μήτρας εμφανίζει σχήμα τριγωνικό, η βάση του οποίου στρέφεται προς τον πυθμένα ενώ οι γωνίες της στρέφονται προς τα μητριά στόμια των ωαγωγών και ονομάζονται κέρατα της μητριάς κοιλότητας. Η κορυφή του τριγώνου της κοιλότητας του σώματος μεταπίπτει στην κοιλότητα του τραχήλου. Στη θέση αυτή αντιστοιχεί εξωτερικά στον ισθμό. Η κοιλότητα του τραχήλου είναι ατρακτοειδής, εκτείνεται από το έσω μέχρι το έξω στόμιο της μήτρας και εμφανίζει στο πρόσθιο και οπίσθιο τοίχωμά της τις λεγόμενες φοινικοειδείς πτυχές.

2.1.4 ΚΟΛΕΟΣ (ΚΟΛΠΟΣ)

Ο κολεός ή κόλπος παριστάνει ινομυώδη –ινοελαστικό σωλήνα ,ο οποίος υποδέχεται ,κατά τη συνουσία ,το εν στύση πέος. Προς τα άνω ,ο κολεός περιβάλλει θολοειδώς τον τραχήλο της μήτρας, διέρχεται από το ουρογεννητικό τρίγωνο και εκβάλλει στο αιδοίο και μάλιστα στον πρόδομο του κολεού .Βρίσκεται στη μέση γραμμή της πυέλου ,έχοντας μπροστά από αυτόν την ουρήθρα και, προς τα πίσω ,το απευθυσμένο. Διακρίνουμε το θόλο του κολεού ,το σώμα και το κάτω άκρο ή στόμιο του. Ο θόλος διακρίνεται σε δυο πλάγιους θόλους ,στον πρόσθιο που είναι αβαθής ,και στον οπίσθιο που είναι βαθύτερος, ο οποίος υποδέχεται το σπέρμα κατά τη συνουσία και έρχεται σε επικοινωνία με το ευθυκολεϊκό κόλπωμα. Το σώμα του κολεού διέρχεται από το περίνεο και μάλιστα το ουρογεννητικό τρίγωνο. Μέσα στο άνω τμήμα του κολεού ,προβάλλει το ενδοκολεϊκό τμήμα του τραχήλου. Το κάτω στόμιο βρίσκεται στο πρόδομο του κολεού και στενεύει από τον παρθενικό υμένα ,όταν αυτός υπάρχει. Η εσωτερική επιφάνεια του κολεού ,εμφανίζει πολλαπλές πτυχές ,τις κολεϊκές ρυτίδες. Ο κολεός αποτελείται από τρεις χιτώνες οι οποίοι από έξω προς τα έσω ,είναι ο ινώδης ,ο μυϊκός από λείες μυϊκές ίνες και ο βλεννογόνος που αποτελείται από πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο και εμφανίζει μορφολογικές μεταβολές εξαρτώμενες από τις ορμόνες της ωοθήκης.

2.1.5 ΠΑΡΘΕΝΙΚΟΣ ΥΜΕΝΑΣ

Είναι μια λεπτή μεμβρανώδης πτυχή του βλεννογόνου ,σαν ινώδες πέταλο ποικίλου πάχους ,που υπαλείφεται και από τις δυο πλευρές από επιθήλιο και βρίσκεται ακριβώς γύρω από την είσοδο του κόλπου, περιβάλλοντας το στόμιο του. Οι έσω επιφάνειες αυτής της πτυχής ,βρίσκονται συνήθως σε επαφή με τις αντικρινές τους και το στόμιο του κόλπου παριστάνει ένα είδος κενού διαστήματος μεταξύ τους. Εκτείνεται προς τα πάνω ,μέχρι το έδαφος της ουρήθρας και, προς τα κάτω ,μέχρι το σκαφοειδή βόθρο. Το σχήμα του ,το μέγεθος και η μορφή του ,ποικίλουν .Μπορεί έτσι ,να είναι δακτυλιοειδής ,ημισεληνοειδής, σχιστός ,δίθυρος, κροσσωτός ,άτρητος ,σπάνια όμως ,και να λείπει τελείως .Μετά την πρώτη συνουσία γίνεται ρήξη του υμένα και στη θέση του μένουν τα μύρτα, που με τους τοκετούς καταστρέφονται σιγά και έτσι ο υμένας εξαφανίζεται.

2.2 ΤΟ ΕΞΩ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

2.2.1 ΤΟ ΑΙΔΟΙΟ

Το αιδοίο παριστάνει το έξω γεννητικό όργανο του θήλεος και αποτελεί σφηνοειδές έπαρμα, που βρίσκεται μεταξύ των δυο ριζομηρίων. Έχει μήκος 7 περίπου εκατοστά και διαπερνάται από κάθετη σχισμή, το αιδοϊκό σχίσμα.

Μορφολογικά, το αιδοίο αποτελείται από το εφήβαιο, τα μεγάλα χείλη, την κλειτορίδα, τον πρόδομο του κολεού, τους βολβούς του προδόμου και τους μείζονες αδένες του προδόμου.

2.2.2 ΤΟ ΕΦΗΒΑΙΟ

Παριστάνει τρίγωνο έπαρμα του δέρματος, τριχωτό στην έφηβη γυναίκα.

Σχηματίζεται από μια διόγκωση του δέρματος, που βρίσκεται μπροστά και πάνω από την ηβική σύμφυση, και περιέχει μεγάλη ποσότητα λίπους και χαλαρού συνδετικού ιστού. Το δέρμα στην περιοχή αυτή σκεπάζεται από άφθονη τριχοφυΐα από την εποχή της ήβης και μετά, που συνήθως καλύπτει μια τριγωνική επιφάνεια με βάση μια οριζόντια γραμμή που σχηματίζει την ηβική πτυχή

2.2.3 ΤΑ ΜΕΓΑΛΑ ΧΕΙΛΗ

Παριστάνουν επιμήκεις λιπώδεις πτυχές του δέρματος, που αρχίζουν από το εφήβαιο και φέρονται προς τα κάτω και πίσω. Καθένα από αυτά, εμφανίζει έξω και έσω επιφάνεια και πρόσθιο και οπίσθιο άκρο.

Η έξω επιφάνεια, παρουσιάζει αρκετή τριχοφυΐα και είναι συνήθως πλούσια σε μελαχρωστική, μοιάζοντας έτσι περισσότερο με το δέρμα της υπόλοιπης περιοχής.

Η έσω επιφάνεια, είναι πολύ πιο μαλακή, άτριχη και γεμάτη σμηγματογόνους και ιδρωτοποιούς αδένες. Μεταξύ των δυο αυτών επιφανειών, υπάρχει λίπος, αδένες, αγγεία και νεύρα, καθώς επίσης και αρκετές μυϊκές ίνες. Ο στρογγυλός σύνδεσμος της μήτρας που αποτελείται κυρίως από συνδετικό ιστό, καταλήγει επίσης στο λίπος και στο δέρμα του πρόσθιου μέρους των μεγάλων χειλέων.

Στο πρόσθιο αυτό μέρος και πολύ κοντά στην ηβική σύμφυση, τα μεγάλα χείλη παχαίνουν σημαντικά και σχηματίζουν στη μέση γραμμή τον πρόσθιο σύνδεσμο.

Πίσω δεν ενώνονται πραγματικά, αλλά φαίνεται σαν να εξαφανίζονται μέσα στο

δέρμα της περιοχής, τελειώνοντας παράλληλα και σχηματίζοντας τον οπίσθιο σύνδεσμο, που είναι πολύ πιο μικρός και αδύνατος από τον πρόσθιο.

Τα πρόσθια άκρα των μεγάλων χειλέων συνενώνονται μεταξύ τους και εν μέρει μεταπίπτουν στο δέρμα του περινέου. Τα μεγάλα χείλη προσφύονται κατά μήκος των κάτω ηβοϊσχιακών κλάδων στα οποία καταφύονται οι στρογγυλοί σύνδεσμοί της μήτρας.

2.2.4 ΤΑ ΜΙΚΡΑ ΧΕΙΛΗ Η ΝΥΜΦΕΣ

Είναι δυο μικρές πτυχές του δέρματος που βρίσκονται μεταξύ των δυο μεγάλων χειλέων, καλύπτονται από δέρμα άτριχο που έχει όψη βλεννογόνου και συνήθως σκεπάζονται από αυτά. Σε μερικές γυναίκες είναι υπερτροφικά, οπότε και εξέχουν περισσότερο. Τα χείλη αυτά, εκτείνονται από την πόσθη της κλειτορίδας λοξά προς τα κάτω και πλάγια για 4 περίπου εκατοστά και καταλήγουν στην είσοδο του κόλπου προς τα πίσω, ανάμεσα σε αυτήν και τα μεγάλα χείλη, όπου και δημιουργούν μια πτυχή που ονομάζεται χαλινός των μικρών χειλέων.

Η έξω επιφάνεια έρχεται σε σχέση με τα μεγάλα χείλη ενώ η έσω επιφάνεια τους ξεχωρίζει τον πρόδομο από τον κολεό. Τα πρόσθια άκρα τους συνενώνονται, περιβάλλοντας την κλειτορίδα, προσφύμενα σε αυτήν ενώ προς τα πίσω συνενώνονται και τα οπίσθια άκρα τους. Προς τα εμπρός, καθένα από τα μικρά χείλη διαιρείται σε δύο τμήματα από τα οποία το ένα περνάει πάνω από την κλειτορίδα για να συναντήσει το αντικρινό του, και να συμβάλει έτσι στο σχηματισμό της πόσθης της κλειτορίδας. Το άλλο τμήμα, περνάει κάτω από την κλειτορίδα και ενώνεται με το αντικρινό του, σχηματίζοντας έτσι το χαλινό της. Το δέρμα των μικρών χειλέων περιέχει άφθονη μελαχρωστική, αρκετούς σμηγματογόνους αδένες και αγγεία. Η έξω επιφάνεια των μικρών χειλέων έρχεται σε σχέση με τα μεγάλα χείλη, ενώ η έσω επιφάνειά τους, αφορίζει τον πρόδομο του κολεού.

Ιστολογικά αποτελούνται από αγγειοβριθή συνδετικό ιστό. Το καλυπτικό πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο, χαρακτηρίζεται από μια σχετική έλλειψη της κοκκιώδους στοιβάδας και τριχοφόρων θυλάκων.

2.2.5 ΠΡΟΔΟΜΟΣ ΤΟΥ ΚΟΛΠΟΥ

Έτσι ονομάζεται η ατρακτοειδή κοιλότητα, που βρίσκεται μεταξύ των δυο μικρών χειλέων και φθάνει μέχρι την είσοδο του κόλπου και, πιο συγκεκριμένα, μέχρι τον παρθενικό υμένα και την ουρήθρα. Στο χώρο αυτό, καταλήγουν τα στόμια πολλών οροβλεννογόνιων αδένων. Μέσα σε αυτόν και κάτω από τη κλειτορίδα, βρίσκεται ένα όργανο που ονομάζεται ουρηθραία θηλή, στην οποία εκβάλλει η ουρήθρα ενώ πίσω από αυτήν βρίσκεται το στόμιο του κολεού. Στα πλάγια του στομίου αυτού εκβάλλουν οι βαρθολίνειοι αδένες. Το μέρος του προδόμου του κόλπου που βρίσκεται μεταξύ της εισόδου του κόλπου και του χαλινού των μικρών χειλέων, ονομάζεται σκαφοειδής βόθρος.

2.2.6 ΚΛΕΙΤΟΡΙΔΑ

Η κλειτορίδα αντιστοιχεί στο ανδρικό πέος και η στύση της, η οποία πραγματοποιείται με τη σύσπαση των ισχιοσηραγγωδών μυών που περιβάλλουν τα σκέλη της, διαφέρει από αυτόν ως προς το μέγεθος και ως προς το ότι στερείται σηραγγώδους σώματος της ουρήθρας. Αποτελείται από τη βάλανο, το σώμα και τα σκέλη της που προσφύονται στους ηβοϊσχιακούς κλάδους.

2.2.7 ΟΙ ΒΟΛΒΟΙ ΤΟΥ ΠΡΟΔΟΜΟΥ

Οι βολβοί είναι σπογγώδη(σηραγγώδη) σωμάτια αποτελούμενα από στυτικό ιστό και είναι τοποθετημένα δεξιά και αριστερά από το άνοιγμα του κόλπου. Βρίσκονται πάνω από την περιτονία του πυελικού διαφράγματος και κάτω από τους βολβοσηραγγώδεις μυς του περινέου. Τελειώνοντας προς τα εμπρός συναντούν το αντίστοιχο άκρο του απέναντι βολβού και, προς τα πίσω, είναι σε επαφή με τους βαρθολίνειους αδένες. Κατασκηνούν στη βάση των μεγάλων χειλέων παριστάνοντας αμυγδαλοειδή σωμάτια που έχουν κατασκευή όμοια με τα σηραγγώδη σώματα. Αυτοί χρησιμεύουν στο να συγκρατούν το πέος μέσα στον κόλπο κατά τη διάρκεια της συνουσίας.

2.2.8 ΟΙ ΜΕΙΖΟΝΕΣ ΑΔΕΝΕΣ ΤΟΥ ΠΡΟΔΟΜΟΥ Η ΒΑΡΘΟΛΙΝΕΙΟΙ ΑΔΕΝΕΣ

Έχουν μέγεθος φασολιού, βρίσκονται μεταξύ των μυών του περινέου και εκβάλλουν στα πλάγια τοιχώματα του στομίου του κόλπου. Είναι δυο μικροί, στρογγυλοί ή ωοειδείς αδένες, με ερυθροκίτρινη απόχρωση. Βρίσκονται δεξιά και αριστερά από την είσοδο του κόλπου και προς τα κάτω, ενώ συνήθως καλύπτονται από το πίσω

μέρος της πλάγιας πλευράς των βολβών του προδόμου. Κάθε ένας από αυτούς έχει έναν πόρο, μήκους περίπου 2 εκατοστών, που καταλήγει στα πλάγια του υμένα και προς την πλευρά των μικρών χειλέων, αυτοί οι αδένες παρουσιάζουν μεγάλη ανάπτυξη στην ήβη ενώ στην εμμηνόπαυση συρρικνώνονται. Το έκκριμά τους, που εκχέεται κατά τη συνουσία, υγραίνει τα τοιχώματα του προδόμου του κόλπου, διευκολύνοντας την είσοδο του πέους στον κόλπο.

Ανώνυμος 1.(2009) « Ανατομία γεννητικών οργάνων των γυναικών».

<http://health.in.gr/enc/Article.asp?ArticleId=18458&CurrentTopId=18451&IssueTitle>
ημερομηνία παραλαβής 26/5/2009

Χατζημπούγιας, Δ. (2003) «Στοιχεία ανατομικής του ανθρώπου» :Κεφάλαιο 3 Το γεννητικό σύστημα του θήλεος(3.5.2)σελ(178-194). Επιμέλεια 3^{ης} έκδοσης .GM DESIGN. ΑΘΗΝΑ

3 Η ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΑΝΔΡΑ

3.1 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΤΟΜΙΑΣ

Το γεννητικό σύστημα του άνδρα αποτελείται από τους δύο όρχεις, την εκφορητική οδό που αποτελείται από την επιδιδυμίδα, το σπερματικό πόρο, τη σπερματοδόχο κύστη, τον εκσπερματικό πόρο, και το πέος. Επίσης, στο γεννητικό σύστημα του άνδρα κατατάσσονται η ουρήθρα, ο προστάτης και οι βολβουρηθραίοι αδένες. Οι όρχεις, η επιδιδυμίδα, ο σπερματικός πόρος, οι σπερματοδόχες κύστεις και ο προστάτης, χρησιμεύουν για την παραγωγή, τη φύλαξη και τη μεταφορά του σπέρματος, καθώς και την παραγωγή ορμονών και αποτελούν τα έσω γεννητικά όργανα του άνδρα, ενώ το πέος με το όσχεο αποτελούν τα έξω γεννητικά όργανα.

3.1.1 ΟΡΧΕΙΣ

Οι όρχεις είναι μικτοί αδένες και παρόλο που βρίσκονται έξω από το σώμα θεωρούνται εσωτερικά όργανα. Ζυγίζει 20-30 γρ. περίπου έκαστος και έχει όγκο 15-25 ml. Η εξωκρινής μοίρα τους παράγει τα σπερματοζώαρια και η ενδοκρινής τις αντρικές ορμόνες, με σπουδαιότερη την τεστοστερόνη. Οι όρχεις βρίσκονται μέσα στο όσχεο και κρέμονται από τον σπερματικό τόνο, ο οποίος αποτελείται από τον σπερματικό πόρο, από αγγεία και νεύρα. Κάθε όρχις έχει σχήμα και μέγεθος καρδιού και εμφανίζει δύο επιφάνειες- έξω, έσω- δύο χείλη-πρόσθιο, οπίσθιο- και δύο πόλους-άνω, κάτω-. Ο όρχις αποτελείται από τον ινώδη χιτώνα, από τα σπερματικά σωληνάρια, από την διάμεση ουσία και από αγγεία και νεύρα. Ο ινώδης χιτώνας περιβάλλει τον όρχι, εισέρχεται σε αυτόν και τον χωρίζει σε λόβια. Τα σπερματικά σωληνάρια αρχίζουν κάτω από τον ινώδη χιτώνα και χωρίζονται σε δύο είδη, τα εσπειραμένα τα οποία παράγουν το σπέρμα- και τα ευθέα- τα οποία μεταφέρουν το σπέρμα. Μέσα στα σπερματικά σωληνάρια γίνεται η παραγωγή των σπερματοζωαρίων. Η διαδικασία αυτή ονομάζεται σπερματογένεση και αρχίζει σε ειδικά κύτταρα Σερτόλη (Sertoli) για να δώσει τα σπερματογόνια και στην συνέχεια τα σπερματοκύτταρα πρώτης και δεύτερας τάξεως που οδηγούν στις σπερματίδες και τέλος στα ώριμα σπερματοζώαρια. μήκος. Η διάμεση ουσία, παριστάνει την ενδοκρινή μοίρα του όρχι και αποτελείται από τα κύτταρα του Λέιντιγκ(Leydig) τα οποία βρίσκονται μέσα στον συνδετικό ιστό, ανάμεσα στα εσπειραμένα σωληνάρια.

Οι όρχεις περιβάλλονται από χιτώνες, οι οποίοι είναι συνέχεια των διαφόρων στοιβάδων του πρόσθιου κοιλιακού τοιχώματος. Οι χιτώνες αυτοί από έξω προς τα μέσα είναι το όσχεο, ο δαρτός, η κρεμαστήρια περιτονία, ο έξω κρεμαστήρας μυς, ο κοινός και ιδίως ελητροειδής χιτώνας.

3.1.2 ΕΠΙΔΙΔΥΜΙΔΑ

Η επιδιδυμίδα αποτελεί μοίρα της εκφορητικής οδού του όρχεως και περιλαμβάνει την κεφαλή, το σώμα και την ουρά. Η κεφαλή βρίσκεται πάνω στον άνω πόλο του όρχι. Το σώμα και η ουρά προχωρούν κατά μήκος του οπίσθιου χείλους του όρχι και αντίστοιχα προς τον κάτω πόλο ενώ η ουρά μεταπίπτει στον σπερματικό πόρο. Παρέχει θρεπτικές ουσίες στα σπερματοζωάρια και με το έκκριμά της συντελεί στην αραιώση του σπέρματος.

3.1.3 ΣΠΕΡΜΑΤΙΚΟΣ ΠΟΡΟΣ

Ο σπερματικός πόρος είναι ινωμώδης πόρος με μήκος 40-50 εκατοστά και αποτελεί τον εκφορητικό πόρο του όρχεως. Αποτελεί τη συνέχεια της ουράς της επιδιδυμίδας και εκτείνεται μέχρι τη βάση του προστάτη όπου αναστομώνεται με την σπερματοδόχο κύστη και σχηματίζει τον εκσπερματιστικό πόρο ο οποίος διερχόμενος μέσα από τον προστάτη, εκβάλλει στην ουρήθρα. Το τοίχωμα του σπερματικού πόρου αποτελείται από έξω προς τα μέσα, από ορογόνο χιτώνα, από μυϊκό χιτώνα και από βλεννογόνο (μονόστοιχο κυλινδρικό επιθήλιο).

3.1.4 ΣΠΕΡΜΑΤΟΔΟΧΟΣ ΚΥΣΤΗ

Εντοπίζεται πάνω από την βάση του προστάτη, ανάμεσα στον πυθμένα της ουροδόχου κύστης και στο απευθυσμένο. Η σπερματοδόχος κύστη εκκρίνει ουσίες, οι οποίες διεγείρουν τις κινήσεις των σπερματοζωαρίων.

3.1.5 ΕΚΣΠΕΡΜΑΤΙΣΤΙΚΟΣ ΠΟΡΟΣ

Είναι δύο μικροί πόροι, μήκους ο καθένας περίπου 2 εκατοστά, που σχηματίζονται από την συμβολή της σύστοιχης σπερματικής ληκύθου και του σπερματικού πόρου. Αρχίζουν από την βάση του προστάτη, τον διασχίζουν λοξά από πίσω και πάνω προς τα εμπρός και κάτω και εκβάλλουν στα πλάγια του σπερματικού λοφιδίου που βρίσκεται στην προστατική μοίρα της ουρήθρας.

3.1.6 ΠΡΟΣΤΑΤΗΣ

Είναι αδενομυώδες όργανο, βρίσκεται μέσα στην ελάσσινα πύελο πίσω από την ηβική σύμφυση και κάτω από τον πυθμένα της ουροδόχου κύστης. Το έκκριμα του προστάτη διεγείρει τις κινήσεις των σπερματοζωαρίων και δίνει στο σπέρμα χαρακτηριστική οσμή.

3.1.7 ΒΟΛΒΟΥΡΗΘΡΑΙΟΙ ΑΔΕΝΕΣ

Είναι δύο μικροί αδένες που βρίσκονται κοντά στον προστάτη και παράγουν έκκριμα, το οποίο φέρεται, με τον εκφορητικό τους πόρο, και αποχετεύεται στην ουρήθρα. Το έκκριμα, συμβάλλει στην καλή κινητικότητα των σπερματοζωαρίων.

3.1.8 ΠΕΟΣ

Έχει σχήμα επίμηκες κυλινδρικό και εμφανίζει τρία μέρη: την βάλανο, το σώμα και την ρίζα. Η βάλανος χωρίζεται από το σώμα με μία αύλακα, την βαλανοποσθική αύλακα (τον αυχένα του πέους). Στην κορυφή της βάλανου υπάρχει το έξω στόμιο της ουρήθρας. Το σώμα αποτελείται από τα δύο συραγγώδη σώματα του πέους και το σηραγγώδες σώμα της ουρήθρας ενώ η ρίζα του πέους αποτελείται από τα δύο σηραγγώδη σώματα του πέους. Το πέος εξωτερικά καλύπτεται από δέρμα, το οποίο αντίστοιχα προς την βάλανο, ονομάζεται ακροποσθία ενώ αντίστοιχα προς το σώμα πόσθη. Κάτω από την πόσθη βρίσκεται η περιτονία του πέους και κάτω από αυτήν τα δύο συραγγώδη σώματα του πέους και το σηραγγώδες σώμα της ουρήθρας. Η περιτονία του πέους αποτελεί ένα πέταλο ινώδους συνδετικού ιστού που περιβάλλει τα σηραγγώδη σώματα. Από ιστολογική άποψη τα σηραγγώδη σώματα συνίστανται από δοκίδες ινώδους συνδετικού ιστού μεταξύ των οποίων υπάρχουν χώροι για την υποδοχή του αίματος όταν το πέος είναι σε στύση.

Χατζημπούγιας, Δ. (2003) «Στοιχεία ανατομικής του ανθρώπου»:Κεφάλαιο 3 Το γεννητικό σύστημα του άρρενος (3.5.1) (σελ.169-176). Επιμέλεια 3^{ης} έκδοσης .GM DESIGN. ΑΘΗΝΑ

4.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΟΡΜΟΝΗΣ

Ορμόνη είναι η χημική ουσία που παράγεται στον οργανισμό, κυκλοφορεί στο αίμα και έχει ειδική ρυθμιστική δράση στη δραστηριότητα συγκεκριμένων κυττάρων ή οργάνων του σώματος.

Οι δράσεις της ορμόνης και τα μέρη του σώματος που αφορά διαφέρουν ανάλογα με τον τύπο της ορμόνης. Οι περισσότερες ορμόνες παράγονται από ειδικούς αδένες οι οποίοι ονομάζονται ενδοκρινείς αδένες. Όσο υψηλότερες είναι οι ποσότητες μιας ορμόνης στο αίμα τόσο περισσότερες δραστηριότητες γίνονται οι λειτουργίες που ελέγχει η ορμόνη αυτή.

Οι ορμόνες συμμετέχουν στη διαδικασία μεταβίβασης σήματος από το ένα κύτταρο στο άλλο. Αλληλεπιδρούν με τα κύτταρα - στόχους τους μέσω ειδικών αλληλεπιδράσεων υποδοχέων - ορμονών. Ο υποδοχέας μπορεί να βρίσκεται στη μεμβράνη του πλάσματος ή μέσα στο κύτταρο κυτταροπλασματικό ή πυρηνικό. Η αλληλεπίδραση ορμόνης - υποδοχέα μπορεί να δημιουργεί δευτέρους αγγελιαφόρους ή να ρυθμίζει τη γονιδιακή έκφραση. Η επίδραση της ορμόνης στο κύτταρο μπορεί να είναι το αποτέλεσμα τροποποιημένων μεταβολικών οδών (δηλαδή μεταβολές σχετικές με τη δραστηριότητα ή τις συγκεντρώσεις ενζύμων) ή μεταβολών στην κυτταρική δομή και ανάπτυξη. Η ορμονική έκκριση ρυθμίζεται τόσο από αρνητικούς, όσο και από θετικούς μηχανισμούς ανατροφοδότησης.

Ανώνυμος 2. <http://el.wikipedia.org/wiki/ορμόνη>

Ημερομηνία παραλαβής 21/08/2009

4.2 ΤΟ ΟΡΜΟΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

Το ορμονικό σύστημα της γυναίκας περιλαμβάνει, τρεις κατηγορίες ορμονών:

Μία υποθαλαμική ορμόνη (την εκλυτική ορμόνη της ωχρινοτρόπου ορμόνης LHRH)

Η LHRH (Εκλυτική ορμόνη της Ωχρινοτρόπου ορμόνης) εκκρίνεται από τον υποθάλαμο. Οι υποθαλαμικές ορμόνες επηρεάζουν ποικίλες λειτουργίες του σώματος όπως, την ανάπτυξη, την αναπαραγωγή και το θηλασμό. Συγκεκριμένα η LHRH είναι παρούσα στον ανθρώπινο πλακούντα και τα σχετιζόμενα με αυτήν πεπτίδια έχουν αναγνωριστεί στις ωοθήκες, στο ενδομήτριο, στο πάγκρεας και στους ανθρώπινους

μαστούς. Επιπροσθέτως του πρωτογενούς νευροενδοκρινούς ρόλου της στη ρύθμιση της έκκρισης των υποφυσεϊκών ορμονών η LHRH έχει και δράσεις ενδοκρινείς, παρακρινείς και νευρομεταφορέως σε διάφορους ιστούς.

Τις ορμόνες της πρόσθιας υπόφυσης: ωοθυλακιότροπο FSH και ωχρινοτρόπο ορμόνη LH που εκκρίνονται με την επίδραση της υποθαλαμικής εκλυτικής Ορμόνης LHRH. Η ωοθυλακιότροπος ορμόνη (FSH, Follicle-Stimulating Hormone) είναι μια γλυκοπρωτεϊνική ορμόνη που εκκρίνεται από τον πρόσθιο λοβό της υπόφυσης (αδενούπόφυση). Μαζί με την ωχρινοποιητική ορμόνη αποκαλούνται γοναδοτροπίνες. Μια ορμόνη που εκκρίνεται από τον υποθάλαμο, η γοναδοεκλυτίνη (GnRH), επάγει την έκκριση των γοναδοτροπινών από την αδενούπόφυση. Η έκκριση των γοναδοτροπινών καταστέλλεται από τις ορμόνες του φύλου (οιστρογόνα, προγεστερόνη και τεστοστερόνη) δημιουργώντας, με τον τρόπο αυτό, ένα κύκλωμα αρνητικής ανατροφοδότησης (feedback).

http://www.fertilitynews.gr/treatment/Female_Treatments/Second_Step/Luteinising_Hormone.jsp

Ωοθηκικές ορμόνες: Οιστρογόνα και προγεστερόνη (ωχρίνη που εκκρίνονται από τις ωοθήκες με την επίδραση των γοναδοτρόπων ορμονών της αδενούπόφυσης FSH και LH)

Οι γυναικείες ορμόνες -οιστρογόνα και προγεστερόνη- παίζουν ρόλο σε πολλές λειτουργίες σ' όλη τη διάρκεια της ζωής της γυναίκας. Οι κυριότερες σχετίζονται με την ανάπτυξη των οργάνων αναπαραγωγής, τη ρύθμιση του κύκλου και της εμμήνου ρύσεως, τη γονιμότητα και αναπαραγωγή, ενώ σημαντική είναι η επίδραση των ορμονών αυτών στα οστά (πρόληψη οστεοπόρωσης) και στην καρδιά (πρόληψη καρδιαγγειακών επεισοδίων).

4.2.1 ΟΙΣΤΡΟΓΟΝΑ

Οι μεγαλύτερες ποσότητες οιστρογόνων εκκρίνονται από τις ωοθήκες, αν και μικρές ποσότητες εκκρίνονται και από το φλοιό των επινεφριδίων. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τεράστιες ποσότητες αυτών εκκρίνονται και από τον πλακούντα. Έχουν απομονωθεί τουλάχιστον 6 διαφορετικά φυσικά οιστρογόνα, από τα οποία όμως τρία υπάρχουν σε σημαντικές ποσότητες: η β οιστραδιόλη, η οιστρόνη και η οιστριόλη εκ

των οποίων το κυριότερο θεωρείται η β οιστραδιόλη διότι η δράση της είναι 12 φορές ισχυρότερη από την οιστρόνη και 80 φορές από την οιστριόλη.

4.2.1.1 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΟΙΣΤΡΟΓΟΝΩΝ

Κύρια λειτουργία των οιστρογόνων είναι η πρόκληση κυτταρικής υπερπλασίας και αύξησης των ιστών των γεννητικών οργάνων και άλλων ιστών που σχετίζονται με την αναπαραγωγή. Κατά την παιδική ηλικία εκκρίνονται ελάχιστες μόνο ποσότητες οιστρογόνων αλλά από την εφηβεία και μετά η ποσότητα που εκκρίνεται, κάτω από την επίδραση των γοναδοτροπινών της υπόφυσης, είναι εικοσαπλάσια ή και μεγαλύτερη. Το μέγεθος των σαλπίνγων, της μήτρας και του κόλπου αυξάνεται ενώ μεγαλώνουν και τα έξω γεννητικά όργανα με εναπόθεση λίπους στο εφήβαιο και στα μεγάλα χείλη και με αύξηση του μεγέθους των μικρών χειλιών του αιδοίου. Επιπλέον, τα οιστρογόνα μετατρέπουν το κολπικό επιθήλιο από κυβικό σε πολύστιχο πλακώδες, που είναι πολύ πιο ανθεκτικό στους τραυματισμούς και τις λοιμώξεις. Επίσης προκαλούν εναπόθεση λίπους στους μαστούς, ανάπτυξη των ιστών του υποστρώματος τους, αύξηση και επέκταση του συστήματος των πόρων τους. Αυξάνουν την οστεοβλαστική δραστηριότητα και προκαλούν πρόωμη σύγκλιση των επιφύσεων των μακρών οστών. Η επίδραση αυτή είναι πολύ ισχυρότερη από την αντίστοιχη επίδραση της τεστοστερόνης στο σκελετό του αγοριού, με αποτέλεσμα η αύξηση του ύψους της γυναίκας να σταματά συνήθως μερικά χρόνια νωρίτερα από του άνδρα. Τα οιστρογόνα αυξάνουν την εναπόθεση λίπους στον υποδόριο ιστό, ιδιαίτερα στους γλουτούς και στους μηρούς. Επίσης αυξάνουν την εναπόθεση λίπους στον υποδόριο ιστό, ιδιαίτερα στους γλουτούς και τους μηρούς, την αγγείωση του δέρματος με αποτέλεσμα οι τομές του να αιμορραγούν πιο πολύ απ' όσο στον άνδρα.

4.2.2 ΠΡΟΓΕΣΤΕΡΟΝΗ

Όλη σχεδόν η προγεστερόνη εκκρίνεται από το ωχρό σωμάτιο στη διάρκεια του δεύτερου μισού του ωθητικού κύκλου. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης όμως εκκρίνονται τεράστιες ποσότητες και από τον πλακούντα ιδιαίτερα μετά τον τέταρτο μήνα της εγκυμοσύνης.

Βαρσαμίδης,Κ.(2001) «Φυσιολογία του ανθρώπου»:Κεφ.20 Αναπαραγωγικές λειτουργίες του άνδρα(σελ.145-146). Εκδοτικός οίκος ΓΙΟΥΝΙΒΕΡΣΙΤΙ ΣΤΟΥΝΤΙΟ ΠΙΠΕΣ (UNIVERSITY STUDIO PRESS). Θεσσαλονίκη.

4.3 Ο ΚΥΚΛΟΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

4.3.1 ΕΜΜΗΝΟΣ ΚΥΚΛΟΣ

Κάθε γυναίκα γεννιέται έχοντας στις ωοθήκες της περίπου δύο εκατομμύρια ανώριμα ωοθυλάκια. Μεγάλος αριθμός από αυτά χάνεται έως ότου αρχίσει η εφηβεία. Με την έναρξη της εφηβείας υπάρχουν στις ωοθήκες κάθε γυναίκας περίπου τετρακόσιες χιλιάδες ωοθυλάκια. Από αυτά μόνο τριακόσια ή τετρακόσια θα χρησιμοποιηθούν και θα ωριμάσουν μέχρι το τελικό στάδιο κατά τη γόνιμη περίοδο μιας γυναίκας. Σε κάθε κύκλο περίπου είκοσι με τριάντα ωοθυλάκια ξεκινούν να ωριμάζουν και από αυτά ένα, σπάνια δύο, φτάνουν στο τελικό στάδιο ωρίμανσης κάθε μήνα.

Η αναπαραγωγική ηλικία της γυναίκας αρχίζει με την εμμηναρχή (πρώτη έμμηνος ρύση) που σηματοδοτεί την αρχή της γόνιμης περιόδου της. Διαρκεί έως την τελευταία περίοδο, που είναι κατά μέσο όρο τα 52 έτη για τις Ελληνίδες, μετά την οποία αρχίζει η εμμηνόπαυση. Ο ρυθμός του εμμηνορρησιακού κύκλου διαφέρει από γυναίκα σε γυναίκα και η φυσιολογική του διάρκεια μπορεί να είναι από 22-23 ημέρες έως 35 και να έχει 3 έως 5 ημέρες αιμορραγίας. Ο μέσος όρος διάρκειας των κύκλων είναι 28 μέρες.

Η πρώτη μέρα κάθε εμμηνορρησιακού κύκλου αρχίζει με την έναρξη της περιόδου (αίμα). Κάθε εμμηνορρησιακός κύκλος διαιρείται σε δύο φάσεις. Η πρώτη φάση χαρακτηρίζεται από την ανάπτυξη και ωρίμανση ενός ωαρίου, ενώ η δεύτερη σηματοδοτείται από την ωορρηξία έως την πρώτη μέρα του επόμενου κύκλου. Η δεύτερη φάση του κύκλου, συνήθως είναι και η σταθερή φάση, η οποία διαρκεί 14 ημέρες. Έτσι, σε κύκλο 30 ημερών η ωορρηξία γίνεται την 16η ημέρα, ενώ σε κύκλο 25 ημερών η ωορρηξία γίνεται την 11η μέρα (η διάρκεια από την ωορρηξία μέχρι την περίοδο είναι σταθερή, 14 ημέρες). Η φυσιολογική αλληλουχία των φάσεων είναι : εμμηνορρυσία, παραγωγική φάση (πρώτο μισό του κύκλου), ωοθυλακιωρρηξία (στο μέσο περίπου του κύκλου), ωχρινική ή εκκρινική φάση (δεύτερο μισό του κύκλου), νέα εμμηνορρυσία (αν δεν επιτευχθεί εγκυμοσύνη). Ο έμμηνος κύκλος συνήθως έχει διάρκεια 28 ημέρες.

Ανώνυμο 3, http://www.iatronet.gr/articlespnsr.asp?art_id=5322

Ημερομηνία παραλαβής 20/07/09

4.3.2 ΤΙ ΣΥΜΒΑΙΝΕΙ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ ΕΜΜΗΝΟΥ ΚΥΚΛΟΥ

Κατά τη διάρκεια των πρώτων ημερών του κύκλου τα επίπεδα των οιστρογόνων μειώνονται, έτσι αυξάνεται η παραγωγή της FSH. Η FSH προάγει την ωρίμανση των ωοθυλακίων που περιέχουν τα ωάρια. Από τα 20 ή 30 ωοθυλάκια που αρχίζουν να ωριμάζουν κάθε μήνα μόνο ένα θα κατορθώσει να φτάσει σε πλήρη ωριμότητα (κυρίαρχο). Αυτό το ωοθυλάκιο μετατρέπει την FSH σε οιστρογόνο, που με τη σειρά του μειώνει την FSH, υποχρεώνοντας τα υπόλοιπα ωοθυλάκια να παράγουν ανδρογόνα και να καταστραφούν.

Η αύξηση του οιστρογόνου που παράγεται από το κυρίαρχο ωοθυλάκιο αυξάνει το ενδομήτριο. Επιδρά και στην τραχηλική βλέννη αλλάζοντας τη σύστασή της.

Τα οιστρογόνα αυξάνουν φτάνοντας στο ζενίθ 36 ώρες πριν την ωορρηξία. Η αύξηση του οιστρογόνου πάνω από ένα κρίσιμο σημείο αρχίζει με τη σειρά της να προκαλεί την αύξηση της LH και έτσι έχουμε την απελευθέρωση του ωαρίου από το ωοθυλάκιο (ωορρηξία). Μετά την απελευθέρωση του ωαρίου, το ωοθυλάκιο συρρικνώνεται και αλλάζει ο μεταβολισμός του. Ονομάζεται ωχρό σωματίο και παράγει προγεστερόνη.

Η προγεστερόνη προετοιμάζει το ενδομήτριο, ωριμάζοντάς το, για να δεχθεί το γονιμοποιημένο ωάριο. Μετά την απελευθέρωση του ωαρίου είναι γόνιμο 24, σπάνια έως 48 ώρες. Το σπέρμα μπορεί να ζήσει στο σώμα της γυναίκας 3 μέρες. Γι αυτό συνιστάται στα ζευγάρια που προσπαθούν να τεκνοποιήσουν, συχνή σεξουαλική επαφή σε διαστήματα μικρότερα των 2 ημερών κοντά στην περίοδο της ωορρηξίας. Αν έχουμε γονιμοποίηση του ωαρίου αρχίζει να παράγεται ανθρώπινη χοριακή γοναδοτροπίνη (hCG) η οποία ονομάζεται και 'ορμόνη της εγκυμοσύνης'. Η χοριακή γοναδοτροπίνη διατηρεί και προάγει την παραγωγή οιστρογόνων και προγεστερόνης σε υψηλά επίπεδα για τη διατήρηση της εγκυμοσύνης.

Σε περίπτωση που δεν έχουμε γονιμοποίηση του ωαρίου, το ωχρό σωματίο μειώνει την παραγωγή προγεστερόνης και έτσι μετά από 14 ημέρες ξεκινάει η έμμηνος ρύση (περίοδος) που απομακρύνει το μη γονιμοποιημένο ωάριο και το ενδομήτριο. Η πτώση της προγεστερόνης και των οιστρογόνων θα αυξήσει την παραγωγή της GnRH και έτσι ένας καινούργιος κύκλος θα ξεκινήσει.



4.3.3 ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΓΟΝΙΜΕΣ ΜΕΡΕΣ ΚΑΙ ΠΩΣ ΜΠΟΡΩ ΝΑ ΤΙΣ ΥΠΟΛΟΓΙΣΩ?

Για να υπολογίσει κανείς την ημέρα της ωορρηξίας με βάση την περίοδο πρέπει να υπάρχουν οι εξής προϋποθέσεις:

Η γυναίκα να έχει τακτικό κύκλο για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των τελευταίων 6 μηνών.

Να έχουν περάσει τουλάχιστον 2 χρόνια από την έναρξη της περιόδου.

Σε κύκλο 28 ημερών η ωοθυλακιορρηξία ή ωορρηξία, γίνεται γύρω στην 14η μέρα.

Το ωάριο ζει περίπου 24-48 ώρες. Άρα η γόνιμες μέρες είναι από την 14η έως την 16η. Και το σπερματοζώαριο ζει 24 έως το πολύ 48 ώρες. Άρα οι γόνιμες μέρες αρχίζουν από την 12η έως την 16η μέρα. Κάποιες φορές όμως σε ορισμένες γυναίκες η ωορρηξία μπορεί και να καθυστερήσει 1-2 μέρες γι' αυτό και υπολογίζεται μέχρι την 18η μέρα. Ο παραπάνω υπολογισμός γίνεται για όσες γυναίκες δεν επιθυμούν την αποφυγή μιας εγκυμοσύνης.

Για εκείνους που θέλουν να την αποφύγουν προστίθενται άλλες 22 μέρες στην αρχή και το τέλος. Οι γόνιμες και επομένως επικίνδυνες μέρες είναι από την 10η έως την 20η μέρα (μεσαίο δεκαήμερο του κύκλου.) Όταν ο κύκλος της γυναίκας είναι 26 ή 24 μέρες, η ωοθυλακιορρηξία, μετατίθεται αντίστοιχα 2 ή 4 μέρες νωρίτερα. Το ίδιο συμβαίνει και όταν ο κύκλος είναι 30-32 ημερών. Το διάστημα κινδύνου μετατίθεται 2-4 μέρες αργότερα. Αυτά ισχύουν για τις γυναίκες που έχουν σταθερό κύκλο. Αν ο κύκλος είναι ανάμεσα στις 24-35 ή και 40 μέρες, τότε δεν ισχύει ο παραπάνω υπολογισμός.

4.4 ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ

Με την πάροδο της ηλικίας η λειτουργία του γεννητικού κύκλου παρουσιάζει σταδιακή παύση, η οποία συνήθως ξεκινά στην ηλικία των 40-50 ετών, η οποία ονομάζεται κλιμακτήριος. Ο χρόνος έναρξης της κλιμακτηρίου εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, κυρίως κληρονομικούς. Η παύση της οφείλεται στη διακοπή της περιοδικής έκκρισης από την ωοθήκη δύο ορμονών, της προγεστερόνης και της οιστραδιόλης. Οι ωοθήκες χάνουν την ικανότητά τους να εκκρίνουν αυτές τις δύο ορμόνες, αφενός επειδή γηράσκουν οι ιστοί τους –που ατροφούν μερικώς-και αφετέρου εξαιτίας του συστήματος ελέγχου της λειτουργίας τους –που βρίσκεται στην υπόφυση και στον υποθάλαμο. Ο κύκλος γίνεται ανώμαλος και η περίοδος <<αναγγέλλεται >> 8 ημέρες νωρίτερα, με δυσάρεστο αίσθημα τάσης και πόνους στους μαστούς, οίδημα στο πρόσωπο στα χέρια και στην πύελο.

Ο ψυχολογικός αντίκτυπος είναι βέβαιος, και σε περισσότερες από τις μισές περιπτώσεις ο οργανισμός της γυναίκας προσαρμόζεται δύσκολα στην έλλειψη ωοθηκικών ορμονών. Πολλές γυναίκες ενοχλούνται από κύματα ζέστης(εξάψεις), διαταραχές του ύπνου, ασυνήθιστη κόπωση κατάθλιψη. Η σεξουαλική διάθεση ελαττώνεται ή εξαφανίζεται. Διαταράσσοντας τις συζυγικές σχέσεις.

Οι διαταραχές του ουροποιητικού είναι συχνές και εκδηλώνονται με επανειλημμένες ουρολοιμώξεις και δυσχέρεια συγκράτησης των ούρων. Επίσης, αυξάνονται τα λιπίδια του αίματος, ενώ το βάρος του σώματος και η αρτηριακή πίεση μεταβάλλονται προς το χειρότερο. Τέλος όταν η παραγωγή οιστραδιόλης από τις ωοθήκες πέσει κάτω από ένα ορισμένο επίπεδο, τα οστά γίνονται πιο εύθραυστα. Η εξέλιξη αυτής της οστεοπόρωσης έχει σοβαρές συνέπειες (κατάγματα των σπονδύλων, των μετακαρπίων, του αυχένα, του μηριαίου), οι οποίες λόγω του μεγάλου αριθμού των ατόμων που υπόκεινται σ' αυτές έχουν δυσμενείς επιπτώσεις στον τομέα της υγείας.

Ανώνυμο 4. (2009) <http://panacea.med.uoa.gr/topic.aspx?id=207>
ημερομηνία παραλαβής 20/07/09

4.5 ΟΙ ΟΡΜΟΝΕΣ ΤΩΝ ΑΝΔΡΩΝ

4.5.1 ΤΕΣΤΟΣΤΕΡΟΝΗ

Οι όρχεις εκκρίνουν διάφορες ανδρικές ορμόνες, που όλες μαζί ονομάζονται ανδρογόνα. Η σπουδαιότερη είναι η τεστοστερόνη που παράγεται από τα διάμεσα κύτταρα του Λέιντιγκ (Leydig), τα οποία βρίσκονται στους διάμεσους χώρους ανάμεσα στα σπερματικά σωληνάρια, και αποτελούν το 20% περίπου της μάζας των όρχεων του ενηλίκου. Ο χημικός της τύπος είναι $C_{19}H_{28}O_2$ και το μοριακό της βάρος 288.43. Και στα δυο φύλα η τεστοστερόνη παίζει βασικό ρόλο σε ορισμένα θέματα υγείας και σεξουαλικής συμπεριφοράς.

Βαρσαμίδης Κ.,(2001).Φυσιολογία του ανθρώπου.Κεφ.20 Αναπαραγωγικές λειτουργίες του άνδρα(σελ.145-146).Θεσσαλονίκη.

Ημερομηνία παραλαβής 09/09/2009

4.5.1.1 ΟΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΤΗΣ ΤΕΣΤΟΣΤΕΡΟΝΗΣ

Στο έμβρυο η τεστοστερόνη είναι υπεύθυνη για την ανάπτυξη των δευτερευόντων οργάνων του γεννητικού συστήματος(προστάτη, πέους κτλ) Η συγκέντρωση της τεστοστερόνης στο αίμα είναι χαμηλή κατά την παιδική ηλικία, όμως με την έλευση της ήβης αυξάνεται ραγδαία στους άντρες. Ελέγχει τον σχηματισμό των αντρικών χαρακτηριστικών του φύλου και την ανάπτυξή τους. Η τεστοστερόνη έχει έντονη αναβολική δράση προωθώντας την ανάπτυξη του μυοσκελετικού συστήματος, τη μεγέθυνση του λάρυγγα, την εμφάνιση της χαρακτηριστικής τριτεύουσας τρίχωσης στον άνδρα(σε κορμό και πρόσωπο)ενώ είναι υπεύθυνη για την ανάπτυξη της ανδρογεννητικής αλωπεκίας σε άτομα με μια αντίστοιχη γενετική προδιάθεση. Επίσης σε κάποιο βαθμό επιδρά στον ψυχισμό του ατόμου (επιθετικότητα). Η έκκριση της τεστοστερόνης βρίσκεται κάτω από τον άμεσο έλεγχο της ωχρινोटρόπου ορμόνης(LH).Κατά την παιδική ηλικία τα μικρά ποσά των κυκλοφορούντων στεροειδών ορμονών αναστέλλουν την έκκριση της ορμόνης αυτής. Στην εφηβεία όμως παρουσιάζεται κάποια μεταβολή της ευαισθησίας του υποθαλαμοϋποφυσιακού συστήματος στα στεροειδή αυτά και με την επίδραση της εκλυτικής ορμόνης της ωχρινोटρόπου ή των γοναδοτροπινών αυξάνεται έντονα η

παραγωγή της LH με αντίστοιχη αύξηση της παραγωγής τόσο της τεστοστερόνης στα αρρένα όσο και των αντίστοιχων στεροειδών της ωοθήκης (οιστρογόνα, προγεστερόνη) στα θήλεα άτομα.

Βαρσαμίδης Κ.,(2001).Φυσιολογία του ανθρώπου.Κεφ.20 Αναπαραγωγικές λειτουργίες του άνδρα(σελ.145-146). Εκδοτικός οίκος ΓΙΟΥΝΙΒΕΡΣΙΤΙ ΣΤΟΥΝΤΙΟ ΠΙΠΕΣ(UNIVERSITY STUDIO PRESS). Θεσσαλονίκη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΠΕΡΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ

ΟΡΙΣΜΟΣ

Αντισύλληψη είναι η χρήση μιας ή περισσότερων πρακτικών συσκευών ή φαρμάκων, με σκοπό τη πρόληψη ή τη μείωση της πιθανότητας εγκυμοσύνης.

Ανώνυμος 5.

<http://el.wikipedia.org/wiki/%CE%91%CE%BD%CF%84%CE%B9%CF%83%CF%89%CE%BB%CE%BP%CE%B7%88%CE%B7>
ημερομηνία παραλαβής 9/9/2009

5.ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

Σήμερα οι ποικίλες αντισυλληπτικές μέθοδοι που χρησιμοποιούνται διακρίνονται ως εξής:

1. φυσικές,(διακοπτόμενη συνουσία, πλύσεις ύστερα από την επαφή, μέθοδος εκτίμησης της τραχηλικής βλέννης ,αμηνόρροια της γαλουχίας)
2. χημικές(χημικές ουσίες π.χ nonoxynol-9 ή octoxynol, σπερματοκτόνα κολπικά υπόθετα)
3. ενδομήτριες,(ενδομήτριο σπείραμα IUD,στειροποίηση, δηλαδή απολίνωση των σαλπίνγων ή των σπερματικών πόρων)
4. ορμονικές(αντισυλληπτικά χάπια, ενέσεις ,εμφυτεύματα προγεσταγόνων μακράς δράσης)
5. χειρουργικές (στειροποίηση).
6. φραγμού((προφυλακτικά ανδρικά και γυναικεία ,διαφράγματα, τραχηλικές κάψες, αντισυλληπτικούς σπόγγους, σπερματοκτόνες ουσίες)

5.1 ΦΥΣΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ

5.1.1 ΔΙΑΚΟΠΤΟΜΕΝΗ ΣΥΝΟΥΣΙΑ

Θεωρείται η παλαιότερη φυσική αντισυλληπτική μέθοδος και είναι ευρέως διαδεδομένη, ακόμη και σήμερα, ιδίως σε ορισμένες χώρες, δεν ενδείκνυται όμως γιατί έχει υψηλότατα ποσοστά αποτυχίας (15-30%) και μειώνει τη σεξουαλική

απόλαυση και η γυναίκα δεν φθάνει σε οργασμό. Στην διακοπτόμενη συνουσία το πέος εξάγεται από τον κόλπο λίγο πριν από την εκσπερμάτωση. Πλεονέκτημα αυτής της μεθόδου είναι ότι είναι άμεση και χωρίς κόστος. Τα μειονεκτήματά της όμως είναι πολλά και η αποτελεσματικότητα μικρή. Σε 100 ζευγάρια που χρησιμοποίησαν αυτή τη μέθοδο, οι 38 γυναίκες έμειναν έγκυες (των Kenneth L. Jones, Louis Shainberg και Curtis Byer στο «principles of health science»). Το κυριότερο μειονέκτημα της μεθόδου αυτής είναι ότι δεν είναι απόλυτα ασφαλείς. Έχει υψηλά ποσοστά αποτυχίας επειδή εκτός από τη αποτυχία της έγκαιρης εξαγωγής του πέους από τον κόλπο υπάρχει πάντοτε η πιθανότητα ύπαρξης σπερματοζωαρίων στο υγρό που εξέρχεται από την ουρήθρα πριν από την εκσπερμάτωση. Οι ουρολόγοι ενοχοποιούν τη μέθοδο αυτή διότι δημιουργούνται προβλήματα όπως αίσθημα βάρους και κατακράτησης ούρων στον προστάτη. Επίσης λόγω του ότι ο άντρας είναι υπεύθυνος να τραβηχτεί πριν την εκσπερμάτωση, σε βάρος της δικής του σεξουαλικής ικανοποίησης, είναι πιθανό αποτέλεσμα αν η μέθοδος χρησιμοποιηθεί για πολύ χρονικό διάστημα να του δημιουργεί πρόωρη εκσπερμάτιση. Δημιουργεί ακόμα άγχος και στη γυναίκα, που δεν είναι σίγουρη για τη συγκράτηση του άντρα, με αποτέλεσμα να αποβαίνει σε βάρος της δικής της σεξουαλικής ικανοποίησης και μπορεί να δημιουργήσει και σε αυτήν ψυχρότητα.

Δοταράκης Γ.(2001). «οικογενειακός προγραμματισμός, αντισύλληψη, σεξουαλική διαφώτιση»: Διακοπτόμενη συνουσία. εκτύπωση 7^η, εκδόσεις Πατάκη.

5.1.2 ΠΛΥΣΕΙΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΠΑΦΗ

Μερικές γυναίκες πιστεύουν ότι είναι δυνατόν να αποφύγουν την εγκυμοσύνη, αν πλυθούν αμέσως μετά τη συνουσία. Οι πλύσεις μπορεί να γίνουν με διάφορους τρόπους, όπως με ζεστό νερό, ξύδι, χυμό λεμονιού, διάφορα προϊόντα γυναικείας υγιεινής, κομμάτια σαπουνιού διαλυμένα στο νερό ή διάφορα φαρμακευτικά παρασκευάσματα. Σε όλες τις περιπτώσεις το υγρό της πλύσης τοποθετείται σε μια μεγάλη πλαστική φούσκα και από εκεί αδειάζει μέσα στον κόλπο. Θεωρητικά, οι πλύσεις διώχνουν το σπέρμα από τον κόλπο και οι διάφορες ουσίες μπορεί να έχουν σπερματοκτόνες ιδιότητες. Η μέθοδος αυτή είναι όμως αναξιόπιστη και αναποτελεσματική διότι το σπέρμα είναι ασφαλές μέσα στη μήτρα 30 δευτερόλεπτα.

μετά την εκσπερμάτωση και εξάλλου οι πλύσεις προορίζονται μόνο για το κόλπο και όχι για τη μήτρα. Παρόλα αυτά η μέθοδος αυτή χρησιμοποιείται ακόμη και σήμερα.

Δοταράκης Γ.(2001). «οικογενειακός προγραμματισμός, αντισύλληψη, σεξουαλική διαφώτιση»: Πλύσεις μετά την επαφή. εκτύπωση 7^η, εκδόσεις Πατάκη.

5.1.3 ΜΕΘΟΔΟΣ ΡΥΘΜΟΥ Η ΑΣΦΑΛΟΥΣ ΠΕΡΙΟΔΟΥ

Οι έρευνες για την ασφαλή περίοδο μπερδευαν τους επιστήμονες γιατί γινόταν σύγχυση ανάμεσα στον οργανισμό των ζώων (που γίνονταν οι έρευνες) και στην εμμηνόρρυση των γυναικών. Από το 1930 και ύστερα με την ανακάλυψη της φυσιολογίας ωορρηξίας και της εμμηνορρυσίας, από τον Knaus στην Αυστρία και τον Ogino στην Ιαπωνία, δόθηκε τέρμα στη σύγχυση αυτή και διευκρινίστηκε η ασφαλή περίοδος συνουσίας. Διαπιστώθηκε πως η ωορρηξία γίνεται τη δέκατη τέταρτη ημέρα πριν από την έναρξη της επόμενης έμμηνης ρύσεως. Η μέθοδος αυτή παρουσιάζει αρκετές αδυναμίες όσων αφορά την εξακρίβωση των επικίνδυνων «γονίμων ημερών», αδυναμίες που προέρχονται από την όχι κανονική περίοδο των γυναικών σε ένα ποσοστό 15%. Σε αυτές τις περιπτώσεις η ωορρηξία μπορεί να συμβεί σε οποιαδήποτε στιγμή κατά τη διάρκεια του μήνα, ακόμα και κατά της τελευταίες ημέρες της περιόδου (αν και αυτό πολύ σπάνια μπορεί να συμβεί). Ανάμεσα στις μεθόδους που χρησιμοποιούνται για την εξακρίβωση των γόνιμων ή όχι ημερών διακρίνουμε τη: α) μέθοδο ημερολογίου, β) θερμομετρική μέθοδο και γ) μέθοδο εξέτασης βλεννογόνου της μήτρας ή τραχηλικής βλέννας.

5.1.4 ΜΕΘΟΔΟΣ ΗΜΕΡΟΛΟΓΙΟΥ

Για να καθοριστούν με μεγαλύτερη ακρίβεια οι γόνιμες μέρες, είναι απαραίτητο να έχει καταγραφεί η χρονική διάρκεια των κύκλων του προηγούμενου έτους. Έτσι προσδιορίζεται η διάρκεια του μικρό και του μεγάλου κύκλου κατά το χρονικό αυτό διάστημα του έμμηνου κύκλου. Αριθμητικά, η πρώτη μέρα της εμμηνόρρυσης θεωρείται σαν πρώτη μέρα του κύκλου. Για να βρούμε τις επικίνδυνες μέρες αφαιρούμε 11 μέρες από το μεγάλο κύκλο και 18 από το μικρό. Έτσι ο μεγαλύτερος κύκλος είναι 30 μέρες και ο μικρότερος 24.

$$30-11=19 \text{ και } 24-18=6$$

1	6	19	28
Εμμηνόρρηση Ασφαλείς μέρες	Επικίνδυνες μέρες	Ασφαλείς περίοδος μέχρι την επόμενη εμμηνόρρηση	

η μέθοδος του ημερολογίου όμως δεν δίνει απόλυτα στοιχεία σε γυναίκες που ο κύκλος τους είναι μικρότερος από 20 ημέρες.

5.1.5 ΘΕΡΜΟΜΕΤΡΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ

Έχει διαπιστωθεί πως η θερμοκρασία του σώματος κατά τη διάρκεια της ωορρηξίας πέφτει ελαφρά, ενώ μετά από αυτή ανεβαίνει κατά 0,25-0,50°C υψηλότερα από ότι ήταν στην αρχή. Η πτώση της θερμοκρασίας μπορεί να θεωρηθεί σαν δείκτης ωορρηξίας. Η άνοδος της θερμοκρασίας στα υψηλότερά της επίπεδα, μετά από 3 περίπου μέρες, οφείλεται στην δραστηριοποίηση του ωχρού σωματίου. Επομένως, όσο διαρκεί η λειτουργία του ωχρού σωματίου (περίοδος αυξημένης θερμοκρασίας), η γυναίκα βρίσκεται σε ασφαλή περίοδο και για το λόγο αυτό μπορεί να έχει ελεύθερες σεξουαλικές σχέσεις. Η μέτρηση της θερμοκρασίας πρέπει να πραγματοποιείται την ίδια ώρα καθημερινά και να σημειώνεται σε διάγραμμα. Γενικά είναι μια μέθοδος που δημιουργεί εκνευρισμό και μόνιμη εξάρτηση από το θερμόμετρο και όσο και αν βοηθάει το ζευγάρι, χωρίς κάποια δαπάνη στη βελτίωση της σχέσης τους, δεν δίνει με ακρίβεια τις ασφαλείς μέρες κυρίως όταν η γυναίκα δεν έχει σταθερό κύκλο ή όταν έχει κάποια ασθένεια που επηρεάζει τη θερμοκρασία του σώματος.

5.1.6 ΜΕΘΟΔΟΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΤΗΣ ΤΡΑΧΗΛΙΚΗΣ ΒΛΕΝΝΑΣ

Η μέθοδος αυτή σχετίζεται με την εξέταση της τραχηλικής βλέννας για να προσδιοριστούν οι γόνιμες μέρες και κατά τη διάρκεια τους η αποφυγή σεξουαλικών επαφών. Τα χαρακτηριστικά της μεταβάλλονται υπό την επίδραση των μεταβολών στα επίπεδα των οιστρογόνων στη διάρκεια του κύκλου και διαφέρουν αν συλλέγονται από τον τράχηλο ή από το αιδοίο. Κατά την περίοδο της ωορρηξίας γίνεται γλιστερή και ελαστική. Στη συνέχεια γίνεται λεπτή και στεγνή υπό την επίδραση της προγεστερόνης που παράγεται τις ημέρες μετά την ωορρηξία. Συστήνεται αποχή κατά τη διάρκεια της εμμηνου ρύσεως, 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.

Δοταράκης Γ.(2001) «οικογενειακός προγραμματισμός, αντισύλληψη, σεξουαλική διαφώτιση»: Μέθοδος ρυθμού ή ασφαλούς περιόδου , Μέθοδος ημερολογίου, Θερμομετρική μέθοδος, Μέθοδος εκτίμησης της τραχηλικής βλέννας . εκτύπωση 7^η , εκδόσεις Πατάκη

5.1.7 ΑΜΗΝΟΡΡΟΙΑ ΤΗΣ ΓΑΛΟΥΧΙΑΣ

Σε μελέτες από τις αρχές της δεκαετίας του 1970 αναφέρεται ότι σε γυναίκες που θηλάζουν καθυστερεί η εμφάνιση εμμήνου ρύσης και ωοθυλακιορρηξίας. Ο θηλασμός μειώνει την απελευθέρωση της εκλυτικής των γοναδοτροπινών ορμόνης και της ωοθυλακιότροπου 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.

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.

Είναι μέθοδος που δεν βασίζεται σε φάρμακα και συσκευές και έχει μηδενικό κόστος. Στα μειονεκτήματα της επικείμενης μεθόδου 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.

Ανώνυμος 6. http://www.iatrikionline.gr/EL_M_2-2004/2.htm.

Ημερομηνία παραλαβής 28/08/09

5.2 ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΟΙ ΜΕΘΟΔΟΙ ΜΕ ΧΗΜΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

5.2.1 ΣΠΕΡΜΑΤΟΚΤΟΝΑ ΚΟΛΠΙΚΑ ΥΠΟΘΕΤΑ

Στα φαρμακεία τα βρίσκουμε σε διάφορες μορφές όπως κολπικές κρέμες ή gel και κολπικά υπόθετα ή αφρό. Έχουν γενικά πολύ μεγάλο ποσοστό αποτυχίας σαν μοναδική μέθοδο και συνιστάται να χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό με μια άλλη μέθοδο φραγμού

5.2.2 NONOXYNOL-9

Η σπερματοκτόνα δραστηριότητα του N-9 διατηρείται στα τζελ με βάση το καρραγηνό. Το nonoxynol-9 μπορεί να θεωρηθεί προστατευτικό πρόσθετο στα κολπικά αντισυλληπτικά που πωλούνται χωρίς συνταγή γιατρού. Τόσο το N-9 όσο και ένα σπερματοκτόνο που πωλείται χωρίς συνταγή ιατρού που περιέχουν 4% N-9 ευαισθητοποιούν το γεννητικό κανάλι στην λοίμωξη του HPV. Πειράματα που έγιναν σε ζώα έδειξαν ότι το σπερματοκτόνο αντισυλληπτικό nonoxynol-9 (N-9) μπορεί να προάγει την γεννητική λοίμωξη από τον ιό του ανθρώπινου θηλώματος (HPV), ιό υπεύθυνο για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

Ανώνυμος 7. <http://health.in.gr/news/article.asp?lngArticleID=140204>

Ημερομηνία παραλαβής 1/09/2009

5.3 ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΚΟΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΟΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

5.3.1 ΤΟ ΣΠΙΡΑΛ (ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟ ΣΠΕΙΡΑΜΑ)

Το σπιράλ (ενδομήτριο σπείραμα IUD) είναι μια μικρή πλαστική συσκευή συνήθως με χαλκό. Τοποθετείται στο εσωτερικό της μήτρας από γυναικολόγο. Μετά την τοποθέτηση μπορεί να παραμείνει μέχρι και 10 χρόνια προσφέροντας αποτελεσματική αντισύλληψη. Ένα ή δύο μαλακά νήματα, που κρέμονται από το ένα άκρο του, βγαίνουν έξω από τον τράχηλο μέσα στον κόλπο. Έτσι είναι δυνατόν ο έλεγχος για το αν βρίσκεται ακόμα στη θέση του ή όχι. Το σπιράλ είναι αποτελεσματικό περίπου 99%, δηλαδή μόνο μια από τις 100 γυναίκες, που θα το χρησιμοποιήσουν για ένα χρόνο θα μείνει έγκυος. Λειτουργεί αδρανοποιώντας το

σπέρμα να φτάσει στο ωάριο καθώς επίσης και το γονιμοποιημένο ωάριο να εμφυτευτεί στη μήτρα.

5.3.1.1. ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

Είναι πολύ αποτελεσματικό και δεν επιδρά στη σεξουαλική επαφή. Ούτε ψυχολογικά ούτε οργανικά

Λειτουργεί αμέσως μόλις τοποθετηθεί για δύο έως πέντε χρόνια, ανάλογα με τον τύπο που χρησιμοποιείται

Αν αλλάξετε γνώμη η γονιμότητα επανέρχεται αμέσως μόλις αφαιρεθεί και βέβαια μπορεί εύκολα να αφαιρεθεί.

5.3.1.2 ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

Η περίοδος μπορεί να είναι βαρύτερη ή μεγαλύτερης διάρκειας

Δεν συστήνεται σε γυναίκες με μεγαλύτερες πιθανότητες μετάδοσης σεξουαλικών νοσημάτων ή γυναίκες με πολλαπλούς συντρόφους γιατί το ενδομήτριο σπείραμα προστατεύει από την εγκυμοσύνη και όχι από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

Μετά την τοποθέτησή του υπάρχει μικρή πιθανότητα μόλυνσης

Το Σπιράλ (ενδομήτριο σπείραμα) μπορεί να βγει, μπορεί να μετακινηθεί, και σε πολύ σπάνιες περιπτώσεις μπορεί να εισχωρήσει στη μήτρα ή τον τράχηλο.

Ένα από τα μεγαλύτερα μειονεκτήματα του σπιράλ είναι η εξωμήτρια κύηση. Γι' αυτό θα πρέπει η γυναίκα με σπιράλ να έχει κάθε μήνα περίοδο και σε περίπτωση που δεν έχει θα πρέπει να το ελέγξει. Μια γυναίκα έχει τις ίδιες πιθανότητες να κάνει εξωμήτριο (κύηση εκτός μήτρας) με το σπιράλ και χωρίς αυτό, όμως η διαφορά είναι ότι έχοντας το σπιράλ μερικές φορές πιστεύει ότι δεν μένει καθόλου έγκυος.

5.3.1.3 ANTENΔΕΙΞΕΙΣ

Το σπιράλ δεν μπορεί να τοποθετηθεί σε όλες τις γυναίκες. Αν υπάρχει προγραμματισμός για εγκυμοσύνη ή κάποια μόλυνση, τότε δεν πρέπει να τοποθετηθεί. Δεν ενδείκνυται για γυναίκες με πολλαπλούς συντρόφους γιατί μπορεί ευκολότερα να μεταδοθεί μια μόλυνση με το σπιράλ και κυρίως σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα όποτε θα πρέπει να χρησιμοποιεί προφυλακτικό .

Αν μια γυναίκα είχε στο παρελθόν βαριές, επώδυνες περιόδους, ανεξήγητη αιμορραγία από τον κόλπο, προβλήματα με την μήτρα ή τον τράχηλο, τότε δεν πρέπει

να το χρησιμοποιήσει.

Ανώνυμος 8. «Το ενδομήτριο σπείραμα».

http://www.medlook.net.cy/printarticle.asp?item_id=2846 ημερομηνία παραλαβής
2/10/2009

Ανώνυμος 9. «Το ενδομήτριο σπείραμα».

http://www.iatronet.gr/articlespnsr.asp?art_id=3627 ημερομηνία παραλαβής
2/10/2009

5.4 ΟΡΜΟΝΙΚΕΣ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΟΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

5.4.1 ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΟ ΧΑΠΙ(ΣΥΝΔΥΑΣΜΕΝΟ ΧΑΠΙ)

Τα αντισυλληπτικά χάπια, άρχισαν να χρησιμοποιούνται πριν περίπου 50 χρόνια. είναι φαρμακευτικά σκευάσματα που περιέχουν ορμόνες Σήμερα πάνω από 100 εκατομμύρια γυναικών τα παίρνουν. Υπάρχουν πολλοί διαφορετικοί τύποι αντισυλληπτικών χαπιών αλλά όλα περιέχουν δύο ορμόνες: οιστρογόνο και προγεστερόνη. Δύο μεγάλες υποκατηγορίες σκευασμάτων υπάρχουν: τα χάπια που περιλαμβάνουν ένα συνδυασμό οιστρογόνων και προγεσταγόνων, καθώς και εκείνα που περιέχουν μόνο προγεσταγόνα.

Το χάπι αν χρησιμοποιείται με το σωστό τρόπο(σύμφωνα με τις οδηγίες), έχει πάνω από 99% αποτελεσματικό. Πράγμα που σημαίνει ότι στις 100 γυναίκες για ένα χρόνο, λιγότερο από μία θα μείνει έγκυος.

5.4.1.1 ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΔΡΑΣΗΣ

Ο κύριος τρόπος δράσης του είναι η αναστολή της ωορρηξίας εμποδίζοντας την μεσοκυκλική αιχμή της LH που είναι απαραίτητη για να γίνει η ωορρηξία. Η προγεστερόνη, η οποία από την αρχή βρίσκεται στα συνδυασμένα αντισυλληπτικά προκαλεί μεταβολές στο ενδομήτριο και κυρίως στην τραχηλική βλέννα, έτσι ώστε να μην ευνοείται η διέλευση του σπερματοζωαρίου και η γονιμοποίηση τους.

5.4.1.2 ΤΡΟΠΟΣ ΧΡΗΣΗΣ

Οι συσκευασίες των χαπιών περιέχουν συνήθως 21 χάπια. Την πρώτη μέρα τις έμμηνου ρύσεως πρέπει να αρχίζει η λήψη του φαρμάκου και πρέπει να λαμβάνεται

καθημερινά την ίδια ώρα χωρίς καμιά διακοπή για 21 μέρες. Ύστερα πρέπει να υπάρχει μια διακοπή 7 ημερών στις οποίες θα εμφανιστεί μια ‘Ψευτοπερίοδος’. Το αίμα είναι λιγότερα σε ποσότητα και διάρκεια και πιθανότατα να υπάρξει μια διαφορά ως προς το χρώμα του αίματος. Το επόμενο κουτί αρχίζει την όγδοη (8^η) μέρα και υπάρχει αντισυλληπτική προστασία κατά τη διάρκεια όλων των ημερών, ακόμα και των 7ημερών που δεν γίνεται λήψη του φαρμάκου. Υπάρχουν κουτιά που περιέχουν 28 χάπια. Από αυτά 21 είναι δραστικά και 7 χωρίς καμιά ουσία. Αυτά λαμβάνονται καθημερινά χωρίς διακοπή.

Η δράση του αντισυλληπτικού χαπιού είναι άμεση αποτελεσματική όμως οι οδηγίες συστήνουν να υπάρχει προφύλαξη τουλάχιστον τη πρώτη βδομάδα της πρώτης λήψεως του χαπιού έτσι ώστε να μην υπάρχει καμιά πιθανότητα λάθους.

5.4.1.3 ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

Ένα από τα πλεονεκτήματα των αντισυλληπτικών χαπιών είναι το μεγάλο ποσοστό επιτυχίας της δράσης τους. Μειώνουν τη ποσότητα και τη διάρκεια της περιόδου, μειώνοντας έτσι τη πιθανότητα αναιμίας λόγω αυξημένου έμμηνου ρύσεως. Επίσης βελτιώνουν συμπτώματα δυσμηνόρροιας, προεμμηνορρυσικού συνδρόμου και ακμής. Χρησιμοποιούνται θεραπευτικά για τις διαταραχές του κύκλου, του συνδρόμου των πολυκυστικών ωοθηκών, και της ενδομητρίωσης. Μικραίνουν τον κίνδυνο για καρκίνο ωοθηκών και ενδομητρίου, όπως και τον κίνδυνο εμφάνισης καλοηθών κύστεων ωοθηκών και των ινομυωμάτων της μήτρας. Ακόμα μειώνουν το ποσοστό των πυελικών φλεγμονών (PID) και τέλος δεν επηρεάζουν τη σεξουαλική επαφή αφού η λήψη τους δε γίνεται κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής πράξης ώστε να υπάρχει διακοπή της.

5.4.1.4 ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

Η αποτελεσματικότητα των αντισυλληπτικών εξαρτάται από τη σωστή καθημερινή χρήση τους. Ευθύνονται για αλλαγές στο λιπιδαιμικό προφίλ. υπάρχει περίπτωση να προκαλέσει μερικές ανεπιθύμητες ενέργειες όπως πονοκέφαλο, μικρή αύξηση ή μείωση βάρους, τάση στους μαστούς, αλλαγή διάθεσης, ναυτία και μικρή αιμόρροια ενδιάμεσα στις περιόδους συνήθως εξαλείφονται μετά μερικούς μήνες. Υπάρχει μικρή αύξηση του κινδύνου του τραχήλου της μήτρας λόγω της ανοσοκαταστολής που επιφέρουν, για αυτό και συνίσταται τακτικός έλεγχος από το γυναικολόγο. Υπάρχει μια μικρή προδιάθεση για εξωμήτρια κύηση λόγω μυοχαλαρωτικής δράσης της προγεστερόνης στις σάλπιγγες. Επίσης ευθύνονται για αύξηση των

θρομβοεμβολικών επεισοδίων, όπως φλεβοθρόμβωση και έμφραγμα του μυοκαρδίου, κυρίως σε γυναίκες με ιστορικό διαταραχής της πήκτικότητας του αίματος και βαριές καπνίστριες. Σε ένα μικρό ποσοστό γυναικών (περίπου 3%) υπάρχει πιθανότητα εμφάνισης υπέρτασης, που όμως υποχωρεί με τη διακοπή της λήψης των αντισυλληπτικών χαπιών. Ακόμα έχουν ενοχοποιηθεί για την αύξηση του ποσοστού χολολιθιάσεων, χολοστατικού ίκτερου και ηπατοκυτταρικού καρκίνου. Τέλος ενοχοποιούνται ότι μπορεί να λειτουργήσουν ως τερατογόνοι παράγοντες για το αναπτυσσόμενο έμβryo και πως επιδρούν κατά τη γαλουχία ελαττώνοντας τη ποιότητα και ποσότητα του μητρικού γάλακτος.

5.4.1.5 ANTENΔΕΙΞΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ ΧΑΠΙ

Το αντισυλληπτικό χάπι αντενδείκνυται για γυναίκες καπνίστριες, υπέρβαρες ή άνω των 35. Γυναίκες που έχουν ή είχαν στο παρελθόν κίνδυνο θρόμβωσης, κυκλοφορικά προβλήματα ή προβλήματα με την καρδιά, ημικρανίες ή ανεξήγητους πονοκεφάλους, διαβήτη με επιπλοκές, καρκίνο μαστού ή οικογενειακό ιστορικό με καρκίνο μαστού και γυναίκες με ενεργό ηπατική νόσο δεν μπορούν να το πάρουν. Τέλος το αντισυλληπτικό χάπι αντενδείκνυται κατά την κύηση σε εξέλιξη, ούτως ή άλλως αυτή τη περίοδο η γυναίκα δεν χρειάζεται αντισύλληψη.

5.4.1.6 ΤΙ ΣΥΜΒΑΙΝΕΙ ΑΝ ΞΕΧΑΣΤΕΙ ΚΑΠΟΙΟ ΧΑΠΙ;

Το αντισυλληπτικό χάπι πρέπει να λαμβάνεται καθημερινά την ίδια ώρα. Αν περάσουν περισσότερες από 24 ώρες από την ώρα που πρέπει να ληφθεί τότε αυτό δεν λαμβάνεται και συνεχίζετε η λήψη των υπόλοιπων χαπιών ακριβώς την ώρα που τα παίρνατε. Αν λείψει ένα χάπι από τα 21 ή καθυστερήσει η λήψη του, η αποτελεσματικότητα είναι περίπου το ίδιο, αλλά μειώνεται λίγο η αντισυλληπτική ικανότητα του χαπιού. Αν όμως λείψουν περισσότερα από 2 χάπια τότε η αντισυλληπτική ικανότητα του χαπιού μειώνεται αρκετά. Υπάρχει περίπτωση να υπάρξει μικρή διαφυγή αίματος αν ξεχαστούν κάποια χάπια ή αιμορραγία αν τα διακόψουμε. Σε περίπτωση εμετού μέχρι και δύο ώρες μετά τη λήψη του χαπιού καλό είναι να παρθεί άλλο ένα χάπι. Αν όμως έχουν περάσει πάνω από τέσσερις ώρες από την ώρα της λήψης δεν χρειάζεται γιατί η ουσία έχει απορροφηθεί. Σε περίπτωση έντονης διάρροιας υπάρχει περίπτωση να έχει μειωμένη αντισυλληπτική δράση.

Αρμενιάκος Α.(2008). http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=6541 ημερομηνία παραλαβής 1/10/2009

Ανώνυμος 10. «αντισύλληψη» <http://www.gynecology.gr/contraception.htm> ημερομηνία παραλαβής 2/10/2009

Τσουνάκης Σ. (29 ΜΑΡΤΙΟΥ). « Αντισύλληψη: Ευθύνη και των δύο». <http://health.in.gr/print.asp?lngArticleID=35334> ημερομηνία παραλαβής 2/10/2009

5.4.2 ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΑ ΧΑΠΙΑ ΜΟΝΟ ΜΕ ΠΡΟΓΕΣΤΕΡΟΝΗ (ΜΙΚΡΟΧΑΠΙ)

Το μικροχάπι περιέχει αποκλειστικά προγεσταγόνα και καθόλου οιστρογόνο, εν αντιθέσει με το συνδυασμένο. Αυξάνει τη πυκνότητα των κολπικών εκκρίσεων ούτως ώστε το σπέρμα να μη μπορεί να τις διαπεράσει.

5.4.2.1 ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΔΡΑΣΗΣ

Η δράση τους αντισυλληπτικού χαπιού μόνο με προγεστερόνη οφείλεται σε αναστολή της ωοθυλακιορρηξίας αλλά και σε ωχρινοποίηση του ενδομητρίου και επίδραση στην τραχηλική βλέννα με αποτέλεσμα να αναστέλλεται η γονιμοποίηση και η εμφύτευση του ωαρίου.

5.4.2.2 ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

Τα αντισυλληπτικά χάπια με προγεστερόνη είναι φάρμακα υψηλής αποτελεσματικότητας.

Χορηγούνται σε γυναίκες που έχουν κάποια παρενέργεια και για κάποιο λόγο ενδείκνυται να πάρουν οιστρογόνα. Επίσης, μπορούν να χορηγηθούν χωρίς καμιά παρενέργεια για τον νεογνό και τον θηλασμό αμέσως μετά τον τοκετό.

5.4.2.3 ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

Το μεγαλύτερο ίσως μειονέκτημα είναι η καθημερινή χρήση, η οποία είναι δύσκολο σε ορισμένες γυναίκες να συμμορφωθούν, ιδίως έφηβες. Επίσης κατά τη λήψη τους βλέπουμε αυξημένη συχνότητα λειτουργικών ωοθηκικών κύστεων και μια σχετική αύξηση του κινδύνου για εξωμήτρια κύηση.

5.4.3 ΤΟ ΧΑΠΙ ΤΗΣ ΕΠΟΜΕΝΗΣ ΗΜΕΡΑΣ: ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ

Ως επείγουσα αντισύλληψη ή αντισύλληψη μετά τη συνουσία ορίζεται η αντισύλληψη της επόμενης ημέρας, η οποία προσφέρεται για τις γυναίκες που εκτίθενται σε σεξουαλική επαφή χωρίς να έχουν λάβει προφυλάξεις. Το χάπι της επόμενης ημέρας, που περιέχει ορμόνη, πρέπει να ληφθεί μέσα σε 72 ώρες. Αν ληφθεί ως και 24 ώρες μετά την επαφή προλαμβάνει περισσότερες από εννέα στις δέκα εγκυμοσύνες. Το χάπι μπορεί να παρθεί μέχρι και 72 ώρες μετά την επαφή, όμως η δραστηριότητά του μειώνεται. Όσο πιο νωρίς το πάρουμε τόσο πιο αποτελεσματικό είναι.

Το χάπι σταματάει την απελευθέρωση του ωαρίου, αποτρέπει την ωορρηξία και την εμφύτευση στη μήτρα. Συνήθως η περίοδος έρχεται με μικρή καθυστέρηση. Δεν υπάρχουν αντενδείξεις για τη χρήση της και μπορεί να χορηγηθεί από τον φαρμακοποιό χωρίς συνταγή ιατρού. Η επείγουσα αντισύλληψη δεν προστατεύει από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα ή το HIV.

Ανώνυμος 11. «Το χάπι της επόμενης ημέρας». http://www.iatrikionline.gr/EL_M_2-2004/9.htm. ημερομηνία παραλαβής 29/9/2009

Αρμενιάκος Α., (2008). «Το χάπι της επόμενης ημέρας: Επείγουσα αντισύλληψη». http://www.iatronet.gr/articlespnsr.asp?art_id=4063. ημερομηνία παραλαβής 28/8/2009

5.5 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ

5.5.1 ΣΤΕΙΡΟΠΟΙΗΣΗ

Η στείρωση είναι μόνιμη μέθοδος αντισύλληψης. Αφορά γυναίκες και άντρες που έχουν ολοκληρώσει τον οικογενειακό τους προγραμματισμό. Στην Ελλάδα είναι σχεδόν άγνωστη μέθοδος, στην δυτική Ευρώπη όμως σε σχετική ευρεία χρήση. Κατάλληλη υποψήφια είναι μια γυναίκα άνω των 35 ετών που όμως έχει αποκτήσει τουλάχιστον δυο παιδιά τα οποία είναι υγιή. Λόγω της μονιμότητας της μεθόδου η γυναίκα πρέπει να είναι απολύτως σίγουρη για αυτό που κάνει και να έχει ενημερωθεί πρώτα για τη κατάσταση και τις τυχόν παρενέργειες που ίσως υπάρξουν. Πρέπει να έχει μόνιμη σχέση, να μην επιθυμεί σε καμία περίπτωση να κάνει άλλα παιδιά και να

μη θέλει ή για κάποιους λόγους να μη μπορεί να χρησιμοποιεί ορμονική αντισύλληψη.

Η στειροποίηση στη γυναίκα μπορεί να γίνει είτε λαπαροσκοπικά , είτε στα πλαίσια κάποιας χειρουργικής επέμβασης , όπως καισαρική τομή ή επέμβαση για κύστη ωοθήκης. Στη στειροποίηση διακόπτεται η συνέχεια της σάλπιγγας και τα σπερματοζωάρια δεν μπορούν να έρθουν σε επαφή με το ωάριο. Δεν επηρεάζεται καμία λειτουργία, οι ωοθήκες συνεχίζουν κανονικά τη λειτουργία τους, η περίοδος εμφανίζεται κανονικά και δεν υπάρχει πιθανότητα η γυναίκα να κυοφορήσει. Στειροποίηση στον άνδρα εφαρμόζεται πολύ εύκολα με τοπική αναισθησία με απολίνωση του σπερματικού πόρου. Η μέθοδος αν και απλή, χωρίς παρενέργειες (δεν επηρεάζεται ούτε η λίμπιντο(libido), ούτε το αίσθημα του οργασμού) δεν προτιμάται και σπάνια εφαρμόζεται από τον ανδρικό πληθυσμό.

5.5.1.2 ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

Ένα από τα σημαντικά πλεονεκτήματα της στειροποίησης είναι η λαπαροσκοπική τεχνική. Η επέμβαση γίνεται με γενική αναισθησία, από δύο μικρές οπές στην κοιλιά (μία στον ομφαλό και μία στο άνω όριο της τρίχωσης του εφηβίου, μήκους 1 εκατοστού η καθεμία. Μετά από λίγες μέρες οι τομές δε διακρίνονται πλέον), η μέθοδος διαρκεί λίγα μόνο λεπτά και οι γυναίκες μπορούν την ίδια μέρα να επιστρέψουν σπίτι. Η σάλπιγγες συλλαμβάνονται με ειδική λαβίδα, και με τη χρήση διαθερμίας προκαλούμε ένα μικρό «κάψιμο» στη σάλπιγγα. Η ενδοκρινική λειτουργία δεν επηρεάζεται. Πρακτικά η μέθοδος αυτή έχει σχεδόν μηδενικό ποσοστό αποτυχίας. Το ποσοστό αντισύλληψης είναι σχεδόν 99,9% οπότε έχει μηδαμινή πιθανότητα σύλληψης. Λόγω της μονιμότητας της το ζευγάρι δεν αγχώνεται και έτσι μπορούν να απολαύσουν την ερωτική τους επαφή.

5.5.1.3 ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

Η αναγκαιότητα γενικής αναισθησίας και οι πιθανές επιπλοκές από την επέμβαση. Εάν η γυναίκα επιθυμήσει να μείνει έγκυος αργότερα ή ο άντρας να αποκτήσει ξανά παιδιά, η πιθανότητα μετά από μικροχειρουργική επέμβαση είναι στην καλύτερη περίπτωση 50% για τη γυναίκα και 2% περίπου για τον άντρα. Για το λόγο αυτό, η μέθοδος αποφεύγεται σε γυναίκες ηλικίας κάτω των 35 ετών και χρειάζεται σκέψη και στην περίπτωση του άντρα και στην περίπτωση της γυναίκας πριν αποβούν σε αυτή. Ακόμα στις γυναίκες η μέθοδος είναι πιο δαπανηρή από εκείνου του άντρα και

υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα για επιπλοκές και ένα από αυτά είναι και η εξωμήτρια κύηση σε περίπτωση αποτυχίας της μεθόδου. Άμεσες επιπλοκές από την επέμβαση φλεγμονές και περιστασιακά αιμορραγία(για τη γυναίκα) και φλεγμονή, αιμάτωμα, επιδιδυμίτιδα (για τον άντρα).

Ανώνυμος 12. «Αντισύλληψη και διακοπή κύησης»

http://www.gyn.gr/artman/publish/article_7.asp . ημερομηνία παραλαβής 2/10/2009

Ανώνυμος 13.«Αντισύλληψη» <http://www.gynecology.gr/contraception.htm>

ημερομηνία παραλαβής 2/10/2009

5.5.2 ΤΕΧΝΗΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΜΙΑΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ.

Η διαδικασία αυτή δεν αποτελεί αντισυλληπτική μέθοδο. Μια γυναίκα μπορεί να διακόψει την εγκυμοσύνη της είτε χειρουργικά με αναρρόφηση είτε συμβατικά με εκτρωτικό χάπι. Πρόκειται για σκεύασμα που περιέχει μφεπριστόνη σε συνδυασμό με προσταγλανδίνες και χορηγείται μέχρι την 9η εβδομάδα(Κλέντζερης 2008).Η αναρρόφηση μπορεί να πραγματοποιηθεί από την 8η μέχρι και θεωρητικά τη 13η εβδομάδα. Ωστόσο, ιδανικό είναι να γίνεται μέχρι και τη 10η, καθώς από την 11η και μετά ενδέχεται να υπάρξουν προβλήματα λόγω του μεγάλου όγκου των προϊόντων σύλληψης. Πριν από την 7η εβδομάδα απαγορεύεται να γίνεται χειρουργικά άμβλωση, γιατί υπάρχει κίνδυνος να μην εκκενωθεί πλήρως η μήτρα και να συνεχιστεί μια ελαττωματική πλέον κύηση. Οι επιπλοκές της επέμβασης ποικίλλουν. Από τις άμεσες πιο συχνές είναι η αιμορραγία και η φλεγμονή του ενδομητρίου (ενδομητρίτιδα), που προκαλεί συμφύσεις, με αποτέλεσμα να δυσκολεύει η εμφύτευση του ωαρίου στη μήτρα και να δημιουργείται υπογονιμότητα. Φλεγμονή εμφανίζεται και στις σάλπιγγες. Αποκαλείται σαλπιγγίτιδα και αν προέρχεται από χλαμύδια μπορεί να προκαλέσει μόνιμη στειρότητα. Πιο σπάνια παρατηρείται τραύμα του τραχήλου κατά τη διαστολή, κάτι που συνήθως συμβαίνει στις αργοπορημένες αμβλώσεις (μετά τη 12η εβδομάδα), ή και διάτρηση της μήτρας. Στις μακροπρόθεσμες, και εξίσου επικίνδυνες, επιπτώσεις των αμβλώσεων κυριαρχούν οι ψυχολογικές, που συνήθως υποτιμώνται, παρότι πληθώρα μελετών δείχνει πως αυξάνεται η πιθανότητα εμφάνισης ψυχικής νόσου σε γυναίκες που έχουν κάνει τέτοια επέμβαση. Βέβαια, η επιστημονική κοινότητα τονίζει ότι το γεγονός αυτό μπορεί να αποτελεί εκδήλωση προϋπάρχουσας κατάστασης που υποβόσκει. Αντίθετα,

δεν υπάρχουν ισχυρές επιστημονικές ενδείξεις που να συσχετίζουν τις εκτρώσεις με μελλοντική εμφάνιση καρκίνου του μαστού. Εκεί όπου σαφώς υπάρχει τεκμηριωμένη σχέση είναι μεταξύ της άμβλωσης και της πιθανότητας αποβολής ή πρόωρου τοκετού σε επόμενη εγκυμοσύνη. Κάποιες έρευνες κάνουν λόγο ακόμα και για 40% αυξημένο κίνδυνο πρόωρης γέννας στις γυναίκες με μία ή περισσότερες εκτρώσεις στο ενεργητικό τους.

Σβώλου Α.(2008). « Πρωταθλήτρια η Ελλάδα στις άμβλώσεις». <http://www.e-tipos.com/newsitem?id=26829>. ημερομηνία παραλαβής 20/8/2009

5.6 ΜΕΘΟΔΟΙ ΦΡΑΓΜΟΥ

5.6.1 ΔΙΑΦΡΑΓΜΑΤΑ ΚΑΙ ΤΡΑΧΗΛΙΚΕΣ ΚΑΨΕΣ

Τα κολπικά διαφράγματα εφαρμόζονται μεταξύ του οπισθίου κολπικού θόλου και της ηβικής σύμφυσης, ενώ οι τραχηλικές κάψες εφαρμόζονται σε άμεση επαφή με τον τράχηλο με τέτοιο τρόπο ώστε να επιτυγχάνεται αναρροφητικό αποτέλεσμα. Οι μέθοδοι αυτοί είναι κατάλληλες για καλά εκπαιδευμένες γυναίκες. Συνδυαζόμενες με τη χρήση σπερμοκτόνων ουσιών, όπως το νοποχγιο1-9, παρέχουν αντισυλληπτική προστασία με 6-18% ανεπιθύμητες κυήσεις τον πρώτο χρόνο. Πλεονέκτημα της μεθόδου είναι το γεγονός ότι η γυναίκα παίρνει τη πρωτοβουλία και επίσης ότι εφαρμόζονται κάποια ώρα πριν την σεξουαλική επαφή και δεν παρεμβάλλονται στην ερωτική διαδικασία. Δεν παρέχουν προστασία από τις λοιμώξεις, ενώ η αποτελεσματικότητα εξαρτάται άμεσα από την κατάλληλη εκπαίδευση της γυναίκας και την κατανόηση όλων των λεπτομερειών.

Ανώνυμος 14 . «Αντισύλληψη». <http://www.gynecology.gr/contraception.htm>
ημερομηνία παραλαβής 1/10/2009

Ανώνυμος 15.« μέθοδοι φραγμού». http://www.iatrikionline.gr/EL_M_2-2004/3.htm.
ημερομηνία παραλαβής 1/10/2009

5.6.2 ΟΙ ΚΟΛΠΙΚΟΙ ΣΠΟΓΓΟΙ

Παρουσιάζουν 20% αποτυχία σε πολύτοκες και 8% μόνο σε άτοκες. Δεν επηρεάζει τυχόν τραχηλική δυσπλασία. Μπορεί να παραμείνει πάνω από 24 ώρες σε περίπτωση

επαναλαμβανόμενων επαφών. Ο σκοπός τους δεν είναι να εμποδίσουν το σπέρμα να διέλθει προς τον ενδοτράχηλο, αλλά απλά να φέρουν την σπερμοκτόνο ουσία.

Ανώνυμο16. «μέθοδοι φραγμού». http://www.iatrikionline.gr/EL_M_2-2004/3.htm .
ημερομηνία παραλαβής 1/10/2009

5.7 ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟ

5.7.1 ΤΟ ΑΝΔΡΙΚΟ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟ

Η αρχαιότερη αναπαράσταση χρήσης προφυλακτικού από άνδρα κατά τη διάρκεια σεξουαλικής επαφής χρονολογείται περίπου 12.000 με 15.000 χρόνια πριν, σε σπήλαιο στη Γαλλία. Το αρχαιότερο προφυλακτικό που έχει βρεθεί είναι του 17ου αιώνα, από εντόσθια ζώου, στο Κάστρο του Dudley στην Αγγλία. Οι ιστορικοί εκτιμούν ότι χρησιμοποιείτο κυρίως ως ασπίδα από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα από τους στρατιώτες. Ωστόσο η πρώτη γραπτή περιγραφή του ανδρικού προφυλακτικού σύμφωνα με το Netter και το Rozenbaum, έγινε από τον ιταλό ανατόμο Gabrielle Falorio το 1564. Επρόκειτο για μια θήκη από λινό ύφασμα εμπλουτισμένο με έναν αντισηπτικό διάλυμα και χρησιμοποιούταν για προστασία από τη σύφιλη. Το 18^ο αιώνα αυτές οι προθέσεις ονομάστηκαν προφυλακτικά και χρησιμοποιήθηκαν ως αντισυλληπτικά. Το κατασκευαστικό υλικό των προφυλακτικών ήταν από μεμβράνες ζώων, από δέρμα, κύστη, τυφλό έντερο χοίρου, μόσχου, αρνιού ή προβάτου. Χάρη στον άγγλο Hancock και τον αμερικάνο Goodyear (1843-1844), έγινε δυνατή η βιομηχανική παραγωγή τους, βελτιώθηκε η ποιότητα τους και το κόστος παραγωγής μειώθηκε. Το 1930 βελτιώθηκε η ασφάλεια του προφυλακτικού και η εμπορευματοποίηση του με την εμφάνιση του λατέξ (latex), ενώ η εμφάνιση του Σ.Ε.Α.Α(AIDS) από το 1980 κάνει την εξάπλωση του προφυλακτικού σε παγκόσμια κλίμακα.

Ανώνυμος 17.«Ιστορία του προφυλακτικού»

<http://ygeia.pblogs.gr/2009/02/415637.html> ημερομηνία παραλαβής 1/09/2009

5.7.1.1 ΤΥΠΟΙ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΩΝ

Τα προφυλακτικά κυκλοφορούν στο εμπόριο σε μεγάλη ποικιλία ως προς το μέγεθος, τη σύσταση, την υφή και το χρώμα τους. Ίσως κάποιες κατηγορίες που θα μπορούσαμε να κατατάσσουμε στα προφυλακτικά:

Με λεία ή ανάγλυφη επιφάνεια
Με εξόγκωμα στην άκρη ή χωρίς
Με φυσικό χρώμα ή πολύχρωμα
Με λιπαντικές ουσίες ή χωρίς
Με σπερματοκτόνο ουσία ή χωρίς

Δαρδαβέσης Θ.(2007) « ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟ»

Θεσσαλονίκη . ημερομηνία παραλαβής 3/4/2009

5.7.1.2 ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

Όταν τα προφυλακτικά συστήνονται από τον γιατρό γίνεται καλύτερα αποδεκτά από το ζευγάρι και η ασφάλειά τους είναι μεγαλύτερη. Ο κύριος σκοπός της χρήσης του προφυλακτικού είναι η αντισύλληψη και είναι πολύ σημαντικό η γυναίκα να συμμετέχει στη μέθοδο αυτή ενεργά και να μην αφήσει ολοκληρωτικά την ευθύνη στον σύντροφό της. Το ανδρικό προφυλακτικό αν χρησιμοποιηθεί σωστά και γίνουν σεβαστεί κάποιοι κανόνες σεξουαλικής συμπεριφοράς που δεν εκθέτουν το άτομο σε υψηλό κίνδυνο μόλυνσης τότε προσφέρει ασφάλεια από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Το προφυλακτικό σήμερα αποτελεί την αποτελεσματικότερη μέθοδο πρόληψης σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων. Συνίσταται για την πρόληψη των μολύνσεων από το 1997. Προστατεύει από το HIV, το *Neisseria gonorrhoeae*, το HBV, το *Treponema pallidum*, το *Trichomonas vaginalis* και το *Chlamydia trachomatis*. Όσο για τα HPV και τους ερπετοϊούς, η προστασία είναι περιορισμένη και μάλλον ανεπαρκής. Αυτό συμβαίνει επειδή τα προφυλακτικά δεν καλύπτουν όλες τις εκτεθειμένες περιοχές, με αποτέλεσμα να είναι πιο αποτελεσματική στην πρόληψη των λοιμώξεων που μεταδίδονται από τα υγρά από τις επιφάνειες του βλεννογόνου (π.χ., γονόρροια, χλαμύδια, trichomoniasis, και του HIV) σε σχέση με την πρόληψη αυτών που μεταδίδονται από δέρμα-σε-δέρμα επαφής (π.χ., ιός του απλού έρπητα [HSV], HPV, σύφιλη, και chancroid). Ωστόσο το ανδρικό προφυλακτικό προστατεύει σε μεγάλο βαθμό από κακοήγη καρκίνο, ενδοεπιθηλιακό καρκίνο και δυσπλασίες του τραχήλου, πιθανόν γιατί συμβάλει στην πρόληψη των μολύνσεων από τους σεξουαλικά μεταδιδόμενους ιούς και γενικότερα στις προστασία από πιθανούς καρκινογενείς παράγοντες.

Οι ολλανδοί, επισημαίνουν στους νέους να χρησιμοποιήσουν τη μέθοδο Double Dutchmethod, η οποία θεωρεί πως για την προστασία από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και από την ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη χρειάζεται συνδυασμός του αντισυλληπτικού χαπιού και του προφυλακτικού μαζί. Λόγω του ότι τα προφυλακτικά δεν χρησιμοποιούνται σωστά είναι καλύτερη η εφαρμογή του Double Dutchmethod για να αποφευχθεί μια τυχόν ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη.

Το ζευγάρι πρέπει να ενημερώνεται για τη σωστή χρήση του προφυλακτικού έτσι ώστε να έχουν τη μεγαλύτερη δυνατή αποτελεσματικότητα στην πρόληψη των σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Οπότε θα πρέπει πάντα να αναγράφεται στις οδηγίες του προφυλακτικού η χρήση του.

Βουλγαρίδης Γ.(2001) « Αντισύλληψη».: ανδρικό προφυλακτικό. επιστημονικές εκδόσεις Παρισιανού Α.Ε.

5.7.1.3 ΟΔΗΓΙΕΣ ΟΡΘΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟΥ

Χρήση ένας νέου προφυλακτικού με κάθε πράξη της σεξουαλικής επαφής (π.χ., του στόματος, του κόλπου, και πρωκτική).

προσεκτικός χειρισμός του προφυλακτικού για να αποφεύγεται η βλάβη του με τα νύχια, δόντια, ή άλλα αιχμηρά αντικείμενα.

Έλξη της πόσθης προς τα πίσω, πριν την τοποθέτηση του προφυλακτικού, σε περιπτώσεις ανδρών που δεν έχουν υποβληθεί σε περιτομή.

Ξετύλιγμα του προφυλακτικού πάνω στο πέος, όταν αυτό βρίσκεται σε πλήρη στύση.

Πίεση του άκρου προς εξαγωγή του αέρα που είναι πιθανό να εισήλθε εντός του προφυλακτικού κατά την τοποθέτησή του στο πέος.

Αφαίρεση του προφυλακτικού όταν το πέος είναι σε στύση πριν από οποιαδήποτε επαφή με το σύντροφο

Στο προφυλακτικά λατέξ χρήση λιπαντικών μόνο με βάση το νερό (π.χ., KY Jelly , Astroglide , AquaLube , και γλυκερίνη). Και όχι με βάση το πετρέλαιο (π.χ., βαζελίνη, συντόμευση, ορυκτέλαια, λάδια μασάζ, λοσιόν σώματος, το μαγείρεμα και το πετρέλαιο) το οποίο μπορεί να αποδυναμώσει λατέξ (latex).

Εξασφάλιση επαρκούς λίπανσης κατά τη συνουσία.

Σταθερότητα του προφυλακτικού στη βάση του πέους κατά τη διάρκεια της απόσυρσης, και απόσυρση να γίνει όσο το πέος είναι ακόμη σε στύση για να αποφευχθούν ενδεχόμενες αποκλίσεις.

5.7.1.4 ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΧΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟΥ

Στον άνδρα:

Πρόωρη εκσπερμάτιση

Ευαισθησία του πέους στις κολπικές εκκρίσεις

Δερματοπάθεια της περιοχής των γεννητικών οργάνων

Στη γυναίκα:

Κολπίτιδα, ακόμα και υπό θεραπεία .

Αντενδείξεις για άλλες μεθόδους αντισύλληψης

Προσωρινή μέθοδος:

Κατά τη διάρκεια της έμμηνης ρύσεως.

Στη μέση του κύκλου ενώ φέρει ενδομήτριο σπείραμα.

Στον πρώτο κύκλο με αντισυλληπτικά δισκία χαμηλής δόσης.

Όταν λησμονηθεί η λήψη ενός αντισυλληπτικού δισκίου .

Κατά τη διάρκεια της λοχείας μέχρι να υπάρξει η δυνατότητα

εφαρμογής άλλης μεθόδου αντισύλληψης

Ψυχολογική αποστροφή στο σπέρμα

Άρνηση εφαρμογής άλλης αντισυλληπτικής μεθόδου για λόγους ψυχολογικούς ή

θρησκευτικούς

Στο ζευγάρι:

Περιστασιακές ή αραιές σεξουαλικές επαφές

Παρουσία ή υποψία παρουσίας κάποιου σεξουαλικά μεταδιδόμενου νοσήματος

Ουρηθρίτιδα οποιασδήποτε αιτιολογίας, ακόμα και υπό θεραπεία

Κυστίτιδα, δυσουρία και πυουρία μέχρι να εξακριβωθεί η αιτία

Προσωρινά, πριν από την τοποθέτηση ενδομήτριου σπειράματος ή την έναρξη λήψης αντισυλληπτικών δισκίων

5.7.1.5 ANTENΔΕΙΞΕΙΣ ΧΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟΥ

Απόλυτες:

Αρνητική επίδραση στη σεξουαλική ικανοποίηση

Αναστολή της ερωτικής διάθεσης λόγω της διακοπής των περιπτώξεων για την τοποθέτηση του προφυλακτικού

Σχετικές:

Αναστολή της ολοκλήρωσης της σεξουαλικής επαφής λόγω της διακοπής για την τοποθέτηση του προφυλακτικού

Δαρδαβέσης, (2007). ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ, ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟ.

<http://web.auth.gr/spc/hallo2/biblia/antisullhps.pdf>

ημερομηνία παραλαβής 20/4/2009

5.7.2 ΤΟ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟ

Το γυναικείο προφυλακτικό δημιουργήθηκε το 1988 και πρωτοκυκλοφόρησε στην Ευρώπη το 1992, είναι μια ακόμη αξιόπιστη εναλλακτική μέθοδος στο ανδρικό προφυλακτικό. (Με εξαίρεση μιας έρευνας των επαναλαμβανόμενων trichomoniasis, έχουν ολοκληρωθεί οι μη κλινικές μελέτες για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των γυναικείων προφυλακτικών για την παροχή προστασίας από σεξουαλικά μεταδιδόμενων ασθενειών, συμπεριλαμβανομένου του HIV). Με τη σωστή χρήση όμως το γυναικείο προφυλακτικό είναι εξίσου αποτελεσματικό με το ανδρικό προφυλακτικό, ενώ προσφέρει και στις γυναίκες την πρωτοβουλία αντισύλληψης και προστασίας από τις λοιμώξεις. Δεν προκαλεί ερεθισμούς, καθώς είναι κατασκευασμένο από πολυουρεθάνη, ενώ πλεονεκτεί και στο ότι δεν χρειάζεται να αφαιρεθεί αμέσως μετά την εκσπερμάτιση, καθώς ο κόλπος δεν μεταβάλλεται σε μέγεθος και δεν υπάρχει κίνδυνος διαρροής του σπέρματος. Υπό την αιγίδα της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, το γυναικείο προφυλακτικό επαναχρησιμοποιήθηκε από ζευγάρια 5 φορές, μετά από κύκλους καθαρισμού με διάλυμα οικιακής χλωρίνης 1:20 και λίπανση, χωρίς η αποτελεσματικότητά του να ελαττωθεί. Πάντως η επαναχρησιμοποίηση, η οποία είναι διαδεδομένη όμως κυρίως στον Τρίτο Κόσμο για οικονομικούς λόγους όμως δεν συνιστάται από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας. Η χρήση του γυναικείου προφυλακτικού σήμερα έχει περιορισθεί λόγω του σχετικά

υψηλού κόστους και λόγο προτίμησης στο ανδρικό προφυλακτικό. Είναι ακόμα σε ερευνητικό στάδιο και δεν έχει έρθει ακόμα στην Ελλάδα.

Πανταζής Κ. , Τσαλίκης Τ. « Αντισυλληπτικές μέθοδοι φραγμού».

http://www.iatrikionline.gr/EL_M_2-2004/3. Ημερομηνία παραλαβής 1/10/2009

6 ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Η σεξουαλική επαφή μπορεί να προκαλέσει σειρά νοσημάτων, τα γνωστά ως σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, καθώς και άλλα προβλήματα υγείας. Κατά τη συνουσία, η εγγύτητα των βλεννογόνων υμένων των γεννητικών οργάνων επιτρέπει την ανταλλαγή μικροοργανισμών μεταξύ των συντρόφων, ιδιαιτέρως στην περίπτωση που υπάρχουν εκδορές στον κόλπο ή το ορθό ή μικροσκοπικές οπές. Ορισμένα από τα νοσήματα αυτά δύνανται να μεταδοθούν ακόμα και χωρίς συνουσία. Η διάγνωση και η θεραπεία των περισσότερων είναι εύκολες.

Hooper A.(2007). « η σεξουαλική μας ζωή» :σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα(220-223).ελληνικές εκδόσεις Μοτίβο Α.Ε.

6.1 ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΝ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ.

6.1.1 ΓΟΝΟΡΡΟΙΑ/ΒΛΕΝΝΟΡΡΟΙΑ

Πρόκειται για ένα ΣΜΝ, μια παλιά ασθένεια -κάποτε αποτελούσε και μάστιγα. Σήμερα μπορεί να μην προκαλεί φόβο, όμως είναι αρκετά συχνή. Οφείλεται σε ένα μικρόβιο κοινά γνωστό ως γονόκοκκο (N. gonorrhoeae). Η γονόρροια εκδηλώνεται με συμπτώματα ουρηθρίτιδας, δηλαδή έντονο πόνο στην ούρηση και αποβολή ουρηθρικού εκκρίματος δύσοσμου και θολερού (σαν πύον). Επίσης, σε ορισμένες περιπτώσεις παρουσιάζονται οίδημα και πόνος στους όρχεις. Το νόσημα αυτό μπορεί να οδηγήσει σε στέρωση.

Η θεραπεία του νόσου αυτού γίνεται μέσω των αντιβιοτικών φαρμάκων.

Τσουνάκης Σ, (2002). <http://health.in.gr/news/article.asp?lngArticleID=36493>
ημερομηνία παραλαβής 8/3/2009

6.1.2 ΑΠΛΟΣ ΕΡΠΗΣ ΤΩΝ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ

Ο έρπης των γεννητικών οργάνων χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση επώδυνων φυσαλίδων στην περιοχή των γεννητικών οργάνων. Ενδεικτικό στοιχείο της νόσου είναι οι υποτροπές. Ο ιός μετά την πρώτη μόλυνση λαθροβιεί μέσα στον ανθρώπινο οργανισμό και επανενεργοποιείται στις κατάλληλες συνθήκες.

Σήμερα που υπάρχουν κατάλληλα αντιϊκά μπορεί κανείς ξεκινώντας έγκαιρα τη θεραπεία να αποτρέψει τις μελλοντικές υποτροπές.

Τσουνάκης Σ, (2002). <http://health.in.gr/news/article.asp?lngArticleID=36493>
ημερομηνία παραλαβής 8/3/2009

6.1.3 ΧΛΑΜΥΔΙΑ

Τα χλαμύδια (*Cl. trachomatis*) είναι μικρόβια τα οποία μεταδίδονται με τη σεξουαλική επαφή και προκαλούν μια ήπια συμπτωματολογία, με χαρακτηριστικά τη συχνουρία, το "τσούξιμο" κατά την ούρηση και την αποβολή εκκρίματος από την ουρήθρα (το στόμιο στην άκρη του πέους). Το πρόβλημα με τις χλαμυδιακές λοιμώξεις είναι ότι, εάν δε θεραπευτούν, ενδέχεται να οδηγήσουν σε φλεγμονές των γεννητικών οργάνων (π.χ., επιδιδυμίτιδα) και σε στειρώση. Η θεραπεία είναι εύκολη αν σκεφτεί κανείς ότι αφορά μόνο την χορήγηση αντιβιοτικών φαρμάκων.

Τσουνάκης Σ, (2002). <http://health.in.gr/news/article.asp?lngArticleID=36493>
ημερομηνία παραλαβής 8/3/2009

6.1.4 ΣΥΦΙΛΗ

Η σύφιλη αποτέλεσε και αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα της δημόσιας υγείας. Οφείλεται στο μικρόβιο τρεπόννημα το ωχρό (*Tr. Pallidum*) που ανήκει στην οικογένεια των σπειροχαιτών. Η ασθένεια μεταδίδεται με άμεση επαφή με τις βλάβες που τη χαρακτηρίζουν. Αυτές εντοπίζονται κυρίως στην ευρύτερη περιοχή των γεννητικών οργάνων, καθώς και την περιοχή γύρω από τον πρωκτό. Η νόσος διαρκεί -εάν δε θεραπευτεί- πολλά χρόνια, ενώ μεσολαμβάνει και μεσοδιαστήματα χωρίς συμπτώματα. Διακρίνονται τρία στάδια και, μολονότι στο

πρώτο στάδιο εμφανίζεται μια ανώδυνη βλάβη στην περιοχή των γεννητικών οργάνων, το τελευταίο στάδιο χαρακτηρίζεται από σημαντικές νευρολογικές και ψυχιατρικές εκδηλώσεις λόγω βλάβης του εγκεφάλου.

Η θεραπεία αφορά τη πρόσληψη αντιβιοτικών φαρμάκων, στην περίπτωση που πραγματοποιείται διάγνωση κατά το πρώτο και δεύτερο στάδιο. Εάν όμως, προχωρήσει στο τρίτο στάδιο τότε η νόσος, μπορεί να αποβεί μοιραία.

Τσουνάκης Σ, (2002). <http://health.in.gr/news/article.asp?lngArticleID=36493>
ημερομηνία παραλαβής 8/3/2009

6.1.5 ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β

Ο ιός αυτός διαφέρει από τα άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, κυρίως διότι δεν προκαλεί τοπικά συμπτώματα στα γεννητικά όργανα. Μολαταύτα, μεταδίδεται μέσω της σεξουαλικής επαφής με ένα μολυσμένο άτομο. Προκαλεί φλεγμονή του ήπατος, κόπωση, ναυτία, έλλειψη όρεξης και ίκτερο. Σε αρκετές περιπτώσεις η ηπατίτιδα β είναι ασυμπτωματική. Δεν υπάρχει συγκεκριμένη θεραπεία, πέραν ίσως της ισορροπημένης και πλούσιας σε βιταμίνες και μέταλλα, διατροφής, καθώς και της αποχής από το αλκοόλ. Προληπτικά υπάρχει και ένα εμβόλιο το οποίο γίνεται σε τρεις δόσεις.

Hooper A.(2007). « η σεξουαλική μας ζωή»: .σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα(220-223).ελληνικές εκδόσεις Μοτίβο Α.Ε.

6.1.6 ΚΑΝΤΙΝΤΙΑΣΗ / ΜΥΚΗΤΙΑΣΗ

Η μυκητίαση αποτελεί φλεγμονή του κόλπου και του αιδοίου, η οποία οφείλεται σε πολλαπλασιασμό των ζυμομυκήτων που βρίσκονται στον κόλπο. Το φαινόμενο αυτό μπορεί να πυροδοτηθεί από την αντιβιοτική αγωγή, το άγχος, τη διατροφή υψηλή σε σάκχαρο, το διαβήτη, υπέρμετρη χρήση αφρόλουτρων ή σαπουνιών με έντονο άρωμα, ή εφαρμογή πολύ στενών καλτσών η παντελονιών. Συνήθη συμπτώματα αποτελούν οι λευκές κολπικές εκκρίσεις, οι οποίες συνοδεύονται από τοπικό ερεθισμό και κάψιμο κατά τη συνουσία. Μολονότι η καντιντίαση δεν αποτελεί καθεαυτό σεξουαλικό μεταδιδόμενο νόσημα, οι γυναίκες μπορεί να τη μεταδώσουν

στους άνδρες, στους οποίους θα εξελιχθεί σε φλεγμονή της βαλάνου του πέους, γνωστή ως βαλανίτιδα. Συνίσταται θεραπεία με αντιμυκητιακά φάρμακα σε μορφή κρέμας ή κολπικών υπόθετων για τις γυναίκες. Για καλύτερα αποτελέσματα μπορεί να δοθούν επιπλέον και αντιμυκητιακά φάρμακα σε μορφή χαπιού.

Hopper A.(2007). «η σεξουαλική μας ζωή»: σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα(220-223).ελληνικές εκδόσεις Μοτίβο Α.Ε.

6.1.7 ΘΗΛΩΜΑΤΑ / ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΑ (HPV)

Πρόκειται για εξογκώσεις που παρατηρούνται στην περιοχή γύρω ή και πάνω στα γεννητικά όργανα, ενώ επεκτείνονται και στην περιπρωκτική χώρα. Οφείλονται στον Ιό των Ανθρώπινων Θηλωμάτων (HPV - Human Papilloma Virus). Τα ίδια τα κονδυλώματα είναι σχεδόν πάντα ανώδυνα, και εμφανίζονται ως μικρά ή μεγαλύτερα εξογκώματα ή εκβλαστήματα στο δέρμα. Ο ιός παραμένει δια βίου στον οργανισμό, με τη πιθανότητα να προκαλέσει περαιτέρω ξέσπασμα. Στον άνδρα η μόλυνση δεν έχει άλλες επιπτώσεις, στις ερωτικές συντρόφους όμως η προσβολή από HPV έχει συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, οπότε είναι σημαντικό για τις πάσχουσες να υποβάλλονται ετησίως σε τεστ Παπανικολάου. Σε περίπτωση που διαγνωστεί ο ιός τότε γίνεται αφαίρεση των κονδυλωμάτων με κρυοπηξία, καυτηρίαση με νιτρικό άργυρο, ή λέιζερ.

Τσουνάκης Σ. (2002). <http://health.in.gr/news/article.asp?lngArticleID=36493>
ημερομηνία παραλαβής 8/3/2009

6.1.8 ΤΡΙΧΟΜΟΝΑΔΕΣ

Οι γυναίκες που έχουν προσβληθεί από τα μαστιγοφόρα αυτά πρωτόζωα ενδέχεται να παρατηρήσουν ένα κιτρινοπράσινο, αφρώδες, δύσοσμο κολπικό απέκκριμα καθώς και άλγος γύρω από το αιδούο, ενώ υπάρχει και το ενδεχόμενο να μην έχουν κανένα σύμπτωμα. Στους άντρες, η μόλυνση είναι συνήθως ασυμπτωματική, μολονότι μπορεί να υποφέρουν από μία μη ειδική ουρηθρίτιδα, η οποία προκαλεί κάψιμο κατά την ούρηση.

Η θεραπεία της μόλυνσης από τριχομονάδες, περιλαμβάνει το φάρμακο μετρονιδαζόλη το οποίο χορηγείται από το στόμα. Μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί και το ανάλογο φάρμακο τινιδαζόλη.

Hooper A.(2007). « η σεξουαλική μας ζωή»: .σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα(220-223).ελληνικές εκδόσεις Μοτίβο Α.Ε.

6.1.9(HIV ΚΑΙ AIDS) ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΠΙΚΤΗΤΗΣ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ

Ο ιός HIV(ιός της ανθρώπινης ανοσολογικής ανεπάρκειας) αποτελεί το πλέον επικίνδυνό σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα. Εισβάλλει στο σώμα μέσω του αίματος, του σπέρματος ή των κολπικών υγρών ενός μολυσμένου ατόμου, και καταστρέφει με αργούς ρυθμούς το ανοσοποιητικό σύστημα, σε σημείο που να μην υπάρχει πλέον μηχανισμός απόκρουσης της λοίμωξης(σε προχωρημένο στάδιο η νόσος ονομάζεται σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας ή AIDS).

Η διάγνωση της νόσου γίνεται με μια απλή εξέταση αίματος. Πολλοί συμβουλευτικοί οργανισμοί προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε άτομα που επιθυμούν να κάνουν την εξέταση για HIV. Για να ελαχιστοποιηθεί όμως η πιθανότητα γραφειοκρατικών επιπλοκών, καλό θα είναι ο ιατρικός φάκελος να είναι ανώνυμος.

Ο ιός μπορεί να μεταδοθεί μέσω οποιασδήποτε δραστηριότητας συνεπάγεται την ανταλλαγή σωματικών υγρών, συμπεριλαμβανομένου τόσο του ετεροφυλικού όσο και του ομοφυλοφιλικού σεξ.

Οι βασικότεροι τρόποι μετάδοσης είναι :

Κολπική ή πρωκτική συνουσία χωρίς προστασία. Με αυτόν τον τρόπο το άτομο εκτίθεται στο σπέρμα ή τα κολπικά υγρά του άλλου ατόμου. Ο κίνδυνος μετάδοσης του ιού μέσω της συνουσίας αυξάνεται εάν υπάρχουν οπές ή τραύματα στο εσωτερικό των γεννητικών οργάνων ή στην περιοχή γύρω τους. Έτσι εξηγείται το γεγονός ότι οι πληγές ή τα τραύματα των γεννητικών οργάνων που οφείλονται σε έρπητα ή σύφιλη , καθιστούν τη μετάδοση των HIV ευκολότερη.

Ενδοφλέβια χρήση των ναρκωτικών. Τα άτομα που χρησιμοποιούν σύριγγες από κοινού εκτίθενται το ένα στο αίμα του άλλου.

Μετάγγισή αίματος. Όταν πρωτοεμφανίστηκε ο ιός, πριν αρχίσουν να διενεργούνται έλεγχοι στο προς μετάγγιση αίμα, οι λήπτες διέτρεχαν σοβαρότατο κίνδυνο. Οι αιμοφιλικοί (οι οποίοι χρειάζονται συχνές μεταγγίσεις αίματος) αποτελούσαν ομάδα υψηλού κινδύνου.

Μέσω του πλακούντα. Οι γυναίκες που έχουν μολυνθεί από τον ιό μπορούν να τον μεταδώσουν στα βρέφη κατά την εγκυμοσύνη ή τον τοκετό.

Μέσω του μητρικού γάλακτος. Οι πάσχοντες μητέρες μπορούν να μολύνουν τα βρέφη τους μέσω του γάλακτος. Για αυτό και συνίσταται σε αυτές στις μητέρες να μη θηλάζουν.

Όταν ανακαλύφθηκε ο ιός θεωρήθηκε θανατηφόρος, ωστόσο από τη δεκαετία του '80 έως και σήμερα έχουν γίνει τεράστια άλματα για τον έλεγχο του, και έχει δοθεί η δυνατότητα σε πολλούς πάσχοντες να ζήσουν φυσιολογικά για πολλά χρόνια. Ο συνδυασμός δυο ή περισσότερων φαρμάκων δύναται να αποτρέψει τον πολλαπλασιασμό του ιού. Για τους πάσχοντες που βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο της ασθένειας, η θεραπεία περιλαμβάνει και αντιβιοτικά, αντιϊκά και αντιμυκητιακά φάρμακα για την αποτροπή των εποχιακών λοιμώξεων.

Hooper A .(2007). « η σεξουαλική μας ζωή» :σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα(220-223).ελληνικές εκδόσεις Μοτίβο Α.Ε.

Τρόποι αποφυγής μόλυνσης από το AIDS

Για να είναι κανείς απόλυτα σίγουρος πρέπει να απέχει πλήρως από σεξουαλικές επαφές. Επειδή όμως κάτι τέτοιο μάλλον δεν αποτελεί λύση, μερικοί τρόποι για την αποφυγή του ιού είναι:

Θα πρέπει να ξεπεραστούν τυχόν αναστολές και να ερωτηθεί ευθέως κάθε καινούριος (ή καινούρια) ερωτικός σύντροφος εάν υπάρχει πιθανότητα να έχει εκτεθεί σε κάποιο σεξουαλικά μεταδιδόμενο μικρόβιο, ή εάν εμφάνισε πρόσφατα κάποια ύποπτα συμπτώματα.

Χρειάζεται να είναι όλοι σε θέση να αναγνωρίζουν τα ύποπτα συμπτώματα, ώστε να επισκεφθούν το γιατρό όσο πιο σύντομα γίνεται, αλλά και να τα αναγνωρίζουν στους ερωτικούς τους συντρόφους.

Είναι απαραίτητο να αποφευχθεί κάθε είδους σεξουαλική επαφή, εφόσον ο/η σύντροφος εμφανίζει ύποπτη συμπτωματολογία.

Θα πρέπει το προφυλακτικό να αποτελεί σταθερή πρακτική στις σεξουαλικές επαφές. Ακόμα όμως και αν πληρείται αυτός ο όρος, είναι ανάγκη να γνωρίζουν όλοι την ορθή χρήση του προφυλακτικού, ώστε να εξασφαλιστεί μέγιστη προστασία.

Τέλος, όσοι έχουν άστατη σεξουαλική ζωή, καλό είναι να υποβληθούν σε τακτικούς προληπτικούς ελέγχους.

Είναι σημαντικό να επισημάνουμε ότι, όταν κάποιος αποδειχθεί πως πάσχει από σεξουαλικώς μεταδιδόμενο νόσημα, θα πρέπει να ενημερώσει εγκαίρως όλους τους ερωτικούς συντρόφους με τους οποίους είχε σχέση στο πρόσφατο παρελθόν, αλλά και να τους πείσει να υποβληθούν σε αντίστοιχες εξετάσεις.

Βασικό στοιχείο για την επιτυχία ή όχι της θεραπείας, που σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να απαιτήσει μακρύ χρονικό διάστημα, είναι η εφαρμογή κατά γράμμα των ιατρικών οδηγιών, τόσο όσο προς τη δοσολογία και τον τρόπο χορήγησης των φαρμάκων όσο και ως προς τις εξετάσεις που θα απαιτηθούν στη συνέχεια για να επιβεβαιωθεί η πλήρης ίαση (όπου αυτή είναι δυνατή).

Τέλος, καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπείας καλό θα είναι να αποφεύγετε κάθε είδους σεξουαλική επαφή, εκτός εάν ο προσωπικός σας γιατρός έχει δώσει τη συγκατάθεσή του για κάτι τέτοιο.

Τσουνάκης Σ, (2002). <http://health.in.gr/news/article.asp?lngArticleID=36493>

ημερομηνία παραλαβής 8/3/2009

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

7.1 ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΩΝ ΝΕΩΝ

Σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας(Π.Ο.Υ) η σημερινή γενιά των νέων είναι η μεγαλύτερη στην ιστορία της ανθρωπότητας. Από τα 6 δισεκατομμύρια του πληθυσμού της γης ,το ένα δισεκατομμύριο, έχει ηλικία μεταξύ 15-24 ετών.(MOORE 2000). Κάθε χρόνο 15 εκατομμύρια παιδιά γεννιούνται από έφηβες μητέρες με το μεγαλύτερο πρόβλημα να το έχουν οι υποσαχάριες περιοχές της Αφρικής και η Λατινική Αμερική (Singh 1998).

7.2 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑΣ

Η σεξουαλικότητα είναι ένα πολύ σημαντικό στοιχείο για την ευεξία και την ποιότητα ζωής του ατόμου(Chrouse 1999).Αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της ζωής και επιδρά στη διαμόρφωση της προσωπικής και κοινωνικής του ταυτότητας. Ο Π.Ο.Υ. θέλοντας να τονίσει τη μεγάλη σημασία της σεξουαλικής υγείας την έχει αναγνωρίσει σαν θεμελιώδες ατομικό δικαίωμα.

Η σεξουαλικότητα σημαίνει διαφορετικά πράγματα για διαφορετικούς ανθρώπους σε διαφορετικές κοινωνίες και πολιτισμούς. Για το λόγο αυτό υπάρχουν στη διεθνή βιβλιογραφία και πολλοί ορισμοί που την περιγράφουν ,εστιάζοντας π. χ στη σημαντικότητα της σεξουαλικότητας του ατόμου και στη σύνδεσή της με την ταυτότητά του. Κατά τους Stuart και Sundeen (1979) η σεξουαλικότητα ορίζει σε ένα μεγάλο βαθμό το ποιο είμαστε ,είναι δηλαδή ένα βασικό στοιχείο της μοναδικότητας του κάθε ατόμου. Η Lion, το 1982 διαχώρισε το βιολογικό από το κοινωνικό φύλο και υποστήριξε ότι η σεξουαλικότητα περιλαμβάνει όλα εκείνα τα στοιχεία της ανθρώπινης ταυτότητας που σχετίζονται με το φύλο ,με το να είσαι αγόρι ή κορίτσι ,άνδρας ή γυναίκα και τα οποία υφίστανται συνεχείς αλλαγές.

Η σεξουαλικότητα είναι μία κυρίαρχη έννοια της ανθρώπινης ύπαρξης καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής που περιλαμβάνει το φύλο και τους ρόλους που απορρέουν από αυτό, το σεξουαλικό προσανατολισμό, την ευχαρίστηση, τις σεξουαλικές σχέσεις και την αναπαραγωγή.

7.3 ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Κανένας ορισμός δεν υπάρχει που να είναι που να είναι αποδεκτός από όλους για τη σεξουαλική υγεία διότι δεν είναι μια στατική έννοια αλλά έχει μια δυναμική. Μπορεί να χαρακτηριστεί σαν μια αξία που επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες και μεταβάλλεται στην πορεία του χρόνου. Μερικές φορές ορίζεται από την αρνητική της διάσταση π. χ απουσία Σ.Μ.Ν και ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και άλλες φορές με μία πιο θετική προσέγγιση βασισμένη στην ευχαρίστηση και την πληρότητα. Ο Irwin (1997) αναφέρει ότι ο Maddock το 1976 περιέγραψε τη σεξουαλική υγεία σαν τον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι κατανοούν τη σεξουαλικότητά τους σύμφωνα με το δικό τους επίπεδο αυτογνωσίας και τις δικές τους συμπεριφορές όσον αφορά το σεξ και τη σεξουαλικότητα . Τη δυσκολία για την υιοθέτηση ενός κοινά αποδεκτού όρου επισήμανε το 1986 και ο Π.Ο.Υ ο οποίος επαναδιατύπωσε τον ορισμό το 2002. Σύμφωνα με τον αναθεωρημένο ορισμό η σεξουαλική υγεία είναι μια κατάσταση σωματικής ,συναισθηματικής ,ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας σε σχέση με τη σεξουαλικότητα και χαρακτηρίζεται από (Who, 2002):

απουσία νόσου ,δυσλειτουργίας και αναπηρίας

θετική και με σεβασμό προσέγγιση της σεξουαλικότητας και των σεξουαλικών σχέσεων

δυνατότητα για ασφαλείς σεξουαλικές εμπειρίες χωρίς εξαναγκασμό, διακρίσεις και βία

σεβασμός για τα σεξουαλικά δικαιώματα όλων των ανθρώπων.

Η σεξουαλική υγεία σύμφωνα με μια θεώρηση που φαίνεται από τη νοσηλευτική βιβλιογραφία ότι έχει γενική αποδοχή περιγράφεται ως εξής:

Η ικανότητα να απολαμβάνει κανείς τη σεξουαλική και αναπαραγωγική συμπεριφορά σύμφωνα με τα κοινωνικά και προσωπικά του πιστεύω

Απαλλαγή από φόβο , ντροπή, ενοχές ,εσφαλμένες πεποιθήσεις και ελευθερία στη σεξουαλική συμπεριφορά στα πλαίσια της σχέσης .

Απαλλαγή από οργανικές διαταραχές ,αρρώστιες και δυσλειτουργίες που έχουν σχέση με τη σεξουαλική και αναπαραγωγική λειτουργία.

Το πρώτο και το τρίτο στοιχείο σύμφωνα με τον Irwin(1997) εστιάζονται στην προαγωγή της σεξουαλικής υγείας μέσα από τη νοσηλευτική πρακτική.

Η προαγωγή της σεξουαλικής υγείας χαρακτηρίζεται από δραστηριότητες που στοχεύουν στην πρωτογενή, δευτερογενή και τριτογενή πρόληψη των Σ.Μ.Ν και των συνεπειών τους καθώς και τον έλεγχο των γεννήσεων.

Οι στρατηγικές που στοχεύουν στην προαγωγή της σεξουαλικής υγείας των νέων κινούνται διεθνώς σε τρεις άξονες:

Παροχή υπηρεσιών υγείας (αντισύλληψη, πρόληψη των Σ.Μ.Ν, προγεννητική φροντίδα, διάγνωση και αντιμετώπιση των Σ.Μ.Ν)

Προσωπική και κοινωνική ανάπτυξη των νέων (ανάπτυξη δεξιοτήτων ,επαγγελματικής απασχόλησης και κοινωνικών δεξιοτήτων, ενίσχυση του δεσμού με την οικογένεια και το σχολείο και θετικό κοινωνικό περιβάλλον).

Εφαρμογή προγραμμάτων αγωγής υγείας προσαρμοσμένα στο αναπτυξιακό στάδιο κάθε ομάδας και στο κοινωνικό και πολιτισμικό πλαίσιο στο οποίο ζουν.

7.4 ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΝΕΟΙ

Η σεξουαλική αγωγή διαμορφώνεται μέσα σε συγκεκριμένα πολιτισμικά πλαίσια καθώς η σεξουαλικότητα μέσα σε κάθε κοινωνία επηρεάζεται από παράγοντες που έχουν σχέση με τις κοινωνικές αξίες και τα θρησκευτικά ήθη. Η σεξουαλική αγωγή δεν περιορίζεται μόνο στην παροχή γνώσεων για τα Σ.Μ.Ν. ή την αντισύλληψη αλλά αποσκοπεί στην δια βίου μάθηση για τη σεξουαλικότητα, τα συναισθήματα , τις σχέσεις , τη σεξουαλική υγεία ,την ανάπτυξη δεξιοτήτων ,στάσεων και συμπεριφορών. Επίσης εφοδιάζει τα παιδιά με θετικά μηνύματα και τα υποστηρίζει για την ομαλή μετάβασή τους από την παιδικά στην εφηβική ηλικία και τα προετοιμάζει για την ενήλικη ζωή τους .

Η εφηβική ηλικία που είναι και η πιο κρίσιμη διότι χαρακτηρίζεται από ραγδαίες φυσικές γνωστικές και κοινωνικές αλλαγές διακρίνεται σε τρεις περιόδους σύμφωνα με το Sexuality Information And education Council of the U.S. (Kirana et al, 2007).

Πρώιμη εφηβεία	Κορίτσια 9-13	Αγόρια 11-15
Μέση εφηβεία	Κορίτσια 13-16	Αγόρια 14-17
Ωριμη εφηβεία	Κορίτσια >16	Αγόρια >17

Κατά την περίοδο της εφηβείας οι νέοι επιζητούν μεγαλύτερη ανεξαρτησία από την οικογένεια . πειραματίζονται , "δένονται" με φίλους και είναι επιρρεπείς στο να

υιοθετήσουν συμπεριφορές υψηλού κινδύνου που επηρεάζουν τη σεξουαλική τους υγεία. Οι συμπεριφορές αυτές αποτελούν ένα σύνθετο φαινόμενο και επηρεάζονται σε μεγάλο βαθμό από το κοινωνικό πλαίσιο μέσα στο οποίο ζουν οι νέοι. Επίσης έχει διαπιστωθεί ότι οι συμπεριφορές αυτές είναι αλληλένδετες με άλλες εξ ίσου επικίνδυνες συμπεριφορές (Tubman et al ,1996).

Μερικοί από τους λόγους που καθιστούν τους νέους πιο ευάλωτους σε σεξουαλικά προβλήματα είναι:

Το σχετικά ανώριμο αναπαραγωγικό τους σύστημα που τους καθιστά επιρρεπείς στα Σ.Μ.Ν.

Η πρόωγη εγκυμοσύνη και ο τοκετός σε άτομα με ατελή ανάπτυξη του αναπαραγωγικού συστήματος τα εκθέτει σε περισσότερες επιπλοκές και προβλήματα.

Η διαφορά ηλικίας μεταξύ σεξουαλικών συντρόφων (νεαρά κορίτσια –μεγαλύτεροι άντρες).

Οι κοινωνικοί κανόνες και τα στερεότυπα του φύλου μπορεί να έχουν σαν αποτέλεσμα την αύξηση της πιθανότητας σεξουαλικού καταναγκασμού.

Σε πολλές κοινωνίες κάποιοι νέοι ωθούνται να εμπλακούν στην πορνεία για βιοποριστικούς λόγους .

Η γνώση του τρόπου που σκέπτονται και αποφασίζουν οι νέοι για τη σεξουαλική τους υγεία αποτελεί τον οδηγό για το σχεδιασμό νέων παρεμβάσεων.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η καταγραφή των χρησιμοποιημένων μέτρων αντισύλληψης και η διερεύνηση της γνώσης των πηγών ενημέρωσης των μεθόδων αντισύλληψης σε δυο ομάδες νέων (επαρχιωτών και οικονομικών μεταναστών). Η αναζήτηση των μεθόδων επίτευξης ασφαλούς sex , της αξιολόγησης των επιλεγόμενων μεθόδων τους, του προσδιορισμού των πηγών ενημέρωσης και τέλος την αποτύπωση της αντίληψης των παρενεργειών από την χρήση αντισυλληπτικών δισκίων καθώς και των πιθανών επιπλοκών από την διακοπή μιας εγκυμοσύνης.

ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Το δείγμα μας αποτελείται από νέους αναπαραγωγικής ηλικίας 18 έως 40 Μετανάστες και Έλληνες ημιαστικής περιοχής. Οι μετανάστες, κυρίως αλβανικής καταγωγής, εντοπίστηκαν σε ίντερνετ καφέ, σε πλατείες της Αθήνας και σε χώρους όπου διέμεναν φοιτητές(εστίες, ξενοδοχεία). Επειδή ένα μέλος της ερευνητικής ομάδας είναι αλβανικής καταγωγής, οι αλβανοί μετανάστες υπήρξαν θετικότεροι στην συμμετοχή τους στην έρευνα.

Το δείγμα των Ελλήνων καταγόταν από μία κωμόπολη της Δυτικής Μακεδονίας. Επελέγη η συγκεκριμένη κωμόπολη επειδή ήταν εύκολα προσβάσιμη καθώς αποτελεί τον τόπο καταγωγής ενός μέλους της ερευνητικής ομάδας και επιπλέον θεωρήσαμε ότι τα κοινωνικά χαρακτηριστικά της θα ήταν πλησιέστερα με αυτά των μεταναστών. Στους Έλληνες νέους η διανομή των ερωτηματολογίων έγινε σε τόπους συγκεντρώσεων νέων (καφετέριες, κυλικεία, πλατείες καθώς επίσης στα σπίτια τους και σε χώρους ίντερνέτ καφέ).

Μετά την ενημέρωσή για τον σκοπό της έρευνας και για τον εθελοντικό χαρακτήρα της συμμετοχής στην έρευνα, ζητήθηκε από τον πληθυσμό της μελέτης να απαντήσει ανώνυμα στο ερωτηματολόγιο.

ΜΕΘΟΔΟΣ ΚΑΙ ΥΛΙΚΟ

Προκειμένου να ικανοποιηθούν οι σκοποί της έρευνας κατασκευάστηκε από την καθηγήτριά μας κ. Δημητριάδου ειδικό ερωτηματολόγιο με 86 ερωτήματα . Το ερωτηματολόγιο αποτελείτο από τέσσερα μέρη.

Το 1ο μέρος αφορούσε στα Δημογραφικά χαρακτηριστικά, δηλαδή:

Το φύλο

Έτος γέννησης

Η χώρα γέννησης

Εθνικότητα

Τόπος Καταγωγής (αγροτική - αστική)

Οικογενειακή Κατάσταση

Ο αριθμός των παιδιών της οικογένειάς

Επίπεδο σπουδών

Οι γραμματικές γνώσεις του πατέρα

Οι γραμματικές γνώσεις της μητέρας

Ηλικία πρώτης ενημέρωσης για την ερωτική πράξη

Ύπαρξη σεξουαλικών σχέσεων

Τα ερωτήματα του 2ου μέρους διερευνούσαν τις πηγές ενημέρωσης και την γνώση για τα ΣΜΝ (17 ερωτήματα)

Το τρίτο μέρος διερευνούσε την γνώση για τις παρενέργειες των αντισυλληπτικών δισκίων και για τις πιθανές επιπτώσεις από την διακοπή μιας εγκυμοσύνης (14 ερωτήματα)

Το τέταρτο και κύριο μέρος του ερωτηματολογίου διερευνούσε την αντίληψη του πληθυσμού για τις μεθόδους επίτευξης ασφαλούς σεξ (sex) (43 ερωτήματα)

ΣΥΛΛΟΓΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Χρόνος συλλογής: Η συλλογή των δεδομένων έγινε μεταξύ των μηνών Απριλίου-Μαΐου του 2009.

Συνολικά διανεμήθηκαν 300 ερωτηματολόγια 150 σε Έλληνες και 150 σε Μετανάστες.

Από τα 150 ερωτηματολόγια των Ελλήνων επιστράφηκαν απαντημένα τα 100 (ποσοστό απάντησης 66%), από τα αντίστοιχα των μεταναστών επιστράφηκαν απαντημένα τα 93 (ποσοστό απάντησης 62%),

ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Μετά την συλλογή των ερωτηματολογίων δημιουργήθηκαν ειδικά φύλλα ηλεκτρονικής καταχώρησης. Έγινε ποιοτικός έλεγχος των ερωτηματολογίων και αφαιρέθηκαν από το δείγμα 13 ερωτηματολόγια Μεταναστών και 10 Ελλήνων διότι δεν απάντησαν σε όλα τα ερωτήματα.

Τελικώς επιλέγηκαν και καταχωρήθηκαν όλα τα υπόλοιπα ερωτηματολόγια επειδή πληρούσαν τα κριτήρια του ποιοτικού ελέγχου

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Η επεξεργασία των δεδομένων και όλοι οι στατιστικοί έλεγχοι έγιναν με το στατιστικό πακέτο SPSS 11.0 for Windows. Η περιγραφική στατιστική χρησιμοποιήθηκε για την ανάλυση όλων των μεταβλητών, κατά την οποία υπολογίστηκαν οι κατανομές συχνοτήτων κατά μεταβλητή, οι μέσες τιμές ενώ τα διαστήματα αξιοπιστίας ετέθησαν σε επίπεδο 95%.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Το δείγμα μας αποτελείται από 170 άτομα εκ των οποίων τα 80 (47,1%) είναι μετανάστες και τα 90 (52,9%) είναι Έλληνες ημιαστικής περιοχής. Μέση τιμή ηλικίας του δείγματος τα 24,95 έτη (Std. Dev. 5,09), το εύρος των ηλικιών είναι 23 έτη με μεγαλύτερη ηλικία τα 44 έτη και μικρότερη ηλικία τα 18 έτη. Επικρατούσα ηλικία τα 23. Ο μέσος όρος του αριθμού των παιδιών στην οικογένειά είναι 2,5 (Std. Dev. 0,98)

Από τους μετανάστες το 87,5% είναι Αλβανικής καταγωγής λόγω του ότι ένα μέλος της ερευνητικής ομάδας είναι της ίδιας καταγωγής.(πίνακας 1). Η πλειοψηφία του δείγματος (52,9%) γεννήθηκε στην Ελλάδα και ακολουθεί το 41,2% των μεταναστών οι οποίοι γεννήθηκαν στην Αλβανία.(Πίνακας 2). Η πλειοψηφία του δείγματος (62,4%) κατάγεται από αγροτική περιοχή.(Πίνακας 3). Ως προς την οικογενειακή κατάσταση το 74,7% του δείγματος των ερωτηθέντων ήταν άγαμοι.(Πίνακας 4). Το 42,9% του πληθυσμού μας ήταν απόφοιτοι λυκείου.(πίνακας 5). Ως προς τις γραμματικές γνώσεις του πατέρα του δείγματος η πλειοψηφία ήταν δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.(πίνακας 6.). Το ίδιο παρατηρείται και ως προς τις γραμματικές γνώσεις της μητέρας.(πίνακας 7). Η ενημέρωση όσον αφορά την ερωτική πράξη του 41,8% του δείγματος έγινε σε ηλικία 13-15 ετών. (πίνακας 8).

ΠΗΓΕΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ

Όσον αφορά την ενημέρωση για την ερωτική πράξη, το 52,4% του δείγματος δηλώνει πως δεν ενημερώθηκε καθόλου από τους γονείς του.(πίνακας 9). Διαπιστώνουμε πως η πλειοψηφία του δείγματος ενημερώθηκε αρκετά ως πολύ για την ερωτική πράξη από τους φίλους τους.(πίνακας 10). Οι ερωτηθέντες απάντησαν πως ενημερώθηκαν για το θέμα της ερωτικής πράξης λίγο(35,3%) έως καθόλου(32,9%) από το σχολείο(Πίνακας 11). Η πλειοψηφία του δείγματος απάντησε πως η τηλεόραση συνέβαλε αρκετά(35,3%) έως πολύ(25,9%) στην ενημέρωση του για την ερωτική πράξη.(πίνακας 12). Το 33,5% παρατηρούμε πως δεν ενημερώθηκε για την ερωτική επαφή από τα περιοδικά/εφημερίδες όμως παρατηρείται και ένα 30% του δείγματος το οποίο έχει ενημερωθεί αρκετά.(Πίνακας 13). Το ιντερνέτ δεν αποτέλεσε πηγή

ενημέρωσης για τους περισσότερους νέους όσο αναφορά το θέμα της ερωτικής επαφής.(64,1%)(Πίνακας 14).Δυστυχώς διαπιστώνουμε πως τα επιστημονικά βιβλία δεν αποτελούν μέσω πληροφόρησης για την ερωτική επαφή.(63,5%)(Πίνακας 15).Διαπιστώθηκε πως οι επαγγελματίες υγείας δεν αποτελούν πηγή γνώσης για την πλειοψηφία του δείγματος.(73,5%)(Πίνακας 16).Η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος (95,9%) διαπιστώνεται ότι έχει σεξουαλικές σχέσεις.(πίνακας 17).

ΑΣΦΑΛΕΣ ΣΕΞ (SEX)

Οι περισσότεροι από το δείγμα μας (71,8%) δηλώνουν πως έχουν επίγνωση του ασφαλούς σεξ και επιπλέον πιστεύουν πως κάνουν ασφαλές σεξ τις περισσότερες φορές.(50,6%).(πίνακας 18 και 19 αντίστοιχα).Το 45,3% χαρακτηρίζει τις ερωτικές του σχέσεις μακροχρόνιες. (πίνακας 20).

Παρατηρούμε πως το 72,9% του δείγματος χρησιμοποιεί κάποια μέθοδο αντισύλληψης.(πίνακας 21). Το 37,6 % δηλώνει πως χρησιμοποιεί πάντα προφυλακτικό(πίνακας 22). Το 73,5%δεν χρησιμοποιεί αντισυλληπτικά χάπια(πίνακας 23). Όσον αφορά τη μέθοδο της διακεκομμένης συνουσίας το 45,3% προκύπτει πως δε τη χρησιμοποιεί.(πίνακας 24).Η συντριπτική πλειοψηφία (93,5%) του δείγματός μας δεν χρησιμοποιεί ποτέ τα σπερματοκτόνα (πίνακας 25), όπως επίσης ούτε το κολπικό τραχηλικό διάφραγμα (96,4%) (πίνακας 26).Και το ενδομητρικό σπείραμα (σπιράλ)ανήκει στην κατηγορία των αντισυλληπτικών μέτρων που δεν χρησιμοποιείται ποτέ(95,9%). (πίνακας 27).Βλέπουμε πως το 85,2% χρησιμοποιεί μόνο μια μέθοδο αντισύλληψης και δεν συνδυάζει κάποιες από αυτές.(πίνακας 28).Ένα άλλο αποτέλεσμα που προκύπτει είναι ότι το 71,6% δεν έχουν χρησιμοποιήσει ποτέ το χάπι τις επόμενης μέρας.(πίνακας 29).Ένα μεγάλο ποσοστό (70,6%) των ερωτηθέντων απάντησαν πως δεν μπορεί να υπάρξει ερωτική επαφή χωρίς προφύλαξη .(πίνακας 30).Κατά τη γνώμη του 73,5% το προφυλακτικό είναι η ασφαλέστερη μέθοδος αντισύλληψης.(πίνακας 31).Όσον αφορά τις γνώσεις τους σχετικά με τις παρενέργειες που μπορεί να προκαλέσουν τα αντισυλληπτικά χάπια το 58% θεωρεί πως ίσως μπορεί να προκαλέσουν ελαφρά ναυτία(πίνακας 32), το 42,4%, πιστεύει πως μάλλον εμφανίζουν κεφαλαλγία(πίνακας 33), επίσης το 48,5% υποστηρίζει ότι μάλλον προκαλούν πρήξιμο του στήθους. (πίνακας 34).Όσον αφορά την παρενέργεια της αιμορραγίας από τα αντισυλληπτικά χάπια προέκυψε ένα ίσο αποτέλεσμα (37,9%) ανάμεσα σε δύο αντίθετες απαντήσεις(μάλλον ναι και μάλλον

όχι). (πίνακας 35). Το 49,4%, απάντησε χωρίς απόλυτη σιγουριά πως τα αντισυλληπτικά χάπια μπορούν να αυξήσουν το σωματικό βάρος των γυναικών. (πίνακας 36). Όπως επίσης και το 53,3% θεωρεί πως τα αντισυλληπτικά χάπια μάλλον δεν μπορούν να προκαλέσουν έμφραγμα του μυοκαρδίου. (πίνακας 37). Ακόμη, το 47,9% πιστεύει ότι τα αντισυλληπτικά χάπια μάλλον δεν μπορούν να προκαλέσουν εγκεφαλικά επεισόδια. (πίνακας 38). Επιπροσθέτως προκύπτει σύμφωνα από το μισό δείγμα του πληθυσμού (50,3%) πως τα αντισυλληπτικά χάπια δεν προκαλούν φλεβοθρομβώσεις. (πίνακας 39). Ένα ακόμη στοιχείο που προέκυψε από την έρευνά μας είναι πως το 47,9% πιστεύει πως τα χάπια δεν μπορούν να προκαλέσουν καρκίνο μαστού. (πίνακας 40). Ένα μεγάλο ποσοστό (85,9%) πιστεύει πως το χάπι της επόμενης μέρας πρέπει να χορηγείται σε εξαιρετικές περιπτώσεις. (πίνακας 41). Διαπιστώνουμε πως το 57,6% πιστεύει πως η διακοπή μιας εγκυμοσύνης μπορεί να προκαλέσει διάτρηση της μήτρας. (πίνακας 42). Το 43,5% απάντησε από μάλλον ναι έως σίγουρα ναι για το αν η διακοπή μιας εγκυμοσύνης μπορεί να προκαλέσει αιμορραγία. (πίνακας 43). Το 48,8% των ερωτηθέντων απάντησαν πως η διακοπή της εγκυμοσύνης ίσως προκαλεί λοιμώξεις. (πίνακας 44). Παρατηρούμε πως το 57,6% απάντησαν πως η διακοπή της εγκυμοσύνης μπορεί να προκαλέσει υπογονιμότητα (πίνακας 45). Το μεγαλύτερο ποσοστό 67,6% δηλώνει πως θα ένιωθε ηθικές-ενοχές μετά τη διακοπή μιας εγκυμοσύνης. (πίνακας 46). Η έρευνα μας δείχνει πως το μεγαλύτερο ποσοστό (77,1%) απάντησαν ότι δεν θα υποβάλλονταν στην μέθοδο μόνιμης αντισύλληψης. (πίνακας 47). Έχουμε ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό 47,1% που θεωρούν πως η πιστή μονογαμική σχέση είναι απόλυτα ασφαλής. (πίνακας 48). Το 39,4% δηλώνει πως υπάρχει ελάχιστος κίνδυνος μετάδοσης σεξουαλικού μεταδιδόμενου νοσήματος μέσω του υγρού φιλιού. (πίνακας 49) και επίσης και μέσω σωματικής επαφής χωρίς εκδορές ή αμυγχές. (31,4%) (πίνακας 50). Το ποσοστό του 81,8% θεωρεί πως υπάρχει υψηλός κίνδυνος μετάδοσης σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων μέσω της κολπικής επαφής χωρίς προφυλακτικό. (πίνακας 51) επίσης, ένα άλλο μεγάλο ποσοστό (59,4%) του δείγματος θεωρεί επικίνδυνη την κολπική επαφή με σπερματοκτόνα αλοιφή. (πίνακας 52). Παρατηρούμε ότι το 48,8% πιστεύει πως υπάρχει ελάχιστος κίνδυνος μετάδοσης σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων κατά την κολπική επαφή με προφυλακτικό. (πίνακας 53) και το 33,5% θεωρεί πως δεν υπάρχει κίνδυνος κατά την πρωκτική επαφή με προφυλακτικό. (πίνακας 54). Ακόμη ένα στοιχείο που

προκύπτει από τις απαντήσεις(43,5%) είναι πως η συνουσία με περισσότερους από έναν ερωτικούς συντρόφους με χρήση προφυλακτικών, προμηνύει υψηλό κίνδυνο μετάδοσης σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων.(πίνακας 55).Σύμφωνα με το 40,8 % η σεξουαλική επαφή πριν και μετά την έμμηνο ρύση ενέχει υψηλό κίνδυνο μετάδοσης σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων(πίνακας 56).Παρατηρούμε πως το 30% πιστεύει πως υπάρχει ελάχιστος κίνδυνος μετάδοσης σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων μέσω του στοματικού έρωτα ενώ το 29,4% υποστηρίζει ότι υπάρχει υψηλός κίνδυνος.(Πίνακας 57).Το 77,6% πιστεύει πως η πρωκτική επαφή χωρίς προφυλακτικό προμηνύει υψηλό κίνδυνο μετάδοσης σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων. (πίνακας 58).Η πλειοψηφία του δείγματος(43,5%) υποστηρίζει πως υπάρχει μικρός κίνδυνος να μολυνθεί από κάποιο Σεξουαλικό Μεταδιδόμενο Νόσημα(πίνακας 59) όπως επίσης πιστεύει πως και κάποιος από το στενό του περιβάλλον έχει μικρή πιθανότητα (52,4%)να μολυνθεί.(πίνακας 60).Το 44,1% πιστεύει πως με τη χρήση του προφυλακτικού υπάρχει ελάχιστος κίνδυνος μετάδοσης σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων(πίνακας 61), με τα αντισυλληπτικά χάπια υψηλός κίνδυνος (58,2%)(πίνακας 62), επίσης και με τη διακεκομμένη συνουσία ενέχεται υψηλός κίνδυνος (64,1%)(πίνακας 63). Σχετικά με τα σπερματοκτόνα υποστηρίζουν ότι ο κίνδυνος είναι εξίσου μεγάλος(60,6%)(πίνακας 64), όσον αφορά το κολπικό τραχηλικό διάφραγμα, το ποσοστό του 55,9% πιστεύει πως υπάρχει υψηλός κίνδυνος μετάδοσης. (πίνακας 65) Επιπλέον προέκυψε από τα στοιχεία πως σύμφωνα με τον πληθυσμό το ενδομητρικό σπείραμα (σπιράλ), δεν συμβάλει στην πρόληψη των σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων(ΣΜΝ)(58,8%) (πίνακας 66). Ακόμα, οι ερωτηθέντες(68,8%) θεωρούν ότι το χάπι της επόμενης μέρας δεν προστατεύει από τα ΣΜΝ(πίνακας 67). Τέλος το ποσοστό του 67,6% θεωρεί πως δεν προλαμβάνονται τα ΣΜΝ με τη μέθοδο της στείρωσης.(πίνακας 68).Παρατηρούμε πως το 88,2% του δείγματος του πληθυσμού μας πιστεύει πως κάποιος μπορεί να μολυνθεί από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα χωρίς να εμφανίσει συμπτώματα για πολλά χρόνια.(πίνακας 69).Το συντριπτικό ποσοστό του 96,5% του δείγματος πιστεύει πως κάποιος που φαίνεται υγιής μπορεί να μεταδώσει σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα σε άλλους ανθρώπους (πίνακας 70).Από την έρευνα αυτή διαπιστώνουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό(80%) συμφωνούν πως τα ΣΜΝ μπορούν να θεραπευτούν εάν διαγνωστούν έγκαιρα.(πίνακας 71).Το 92,4% θεωρεί πως δεν μπορεί να καταλάβει από την

εξωτερική εμφάνιση εάν κάποιος έχει ΣΜΝ (πίνακας 72). Το 64,7% δηλώνει πως δεν γνωρίζει το ερωτικό παρελθόν του/της συντρόφου του/της. (πίνακας 73). Το δείγμα του πληθυσμού μας κατατάσσει στα ΣΜΝ τη βλεννόρροια /γονόρροια(36,5%)(πίνακας 74), τον έρπι των γεννητικών οργάνων (60%) (πίνακας 75), τα χλαμύδια (45,6%)(πίνακας 76), την σύφιλη(69,4%) (πίνακας 77), την ηπατίτιδα Β(73,5%)(πίνακας 78), την μυκητίαση-καντηντίαση (52,4%)(πίνακας 79), τα κονδυλώματα (55,9%)(πίνακας 80), τις τριχομονάδες(43,5%)(πίνακας 81) και το AIDS (89,4%)(πίνακας 82). Τέλος στη ερώτηση για το αν θα ζητούσαν από τον/την σύντροφό τους να υποβληθεί σε κάποια εξέταση για τα ΣΜΝ η πλειοψηφία(35,3%) απάντησε θετικά.(πίνακας 83).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση της γνώσης του πληθυσμού, σε νέους μετανάστες και Έλληνες επαρχιακής πόλης ηλικίας 18-40ετών, σχετικά με τις μεθόδους επίτευξης ασφαλούς σεξ και της αξιολόγησης των επιλεγόμενων μεθόδων. Ενδιαφέρον εύρημα της παρούσης μελέτης θεωρούμε ότι αποτελεί πως σημαντικό ποσοστό του πληθυσμού του δείγματός μας είναι σεξουαλικά ενεργό πριν την ηλικία των 16 ετών. Έτσι σύμφωνα με την έρευνά μας οι 4 στους 10 (ποσοστό 41,8%) των ατόμων που έλαβαν μέρος στην παρούσα μελέτη είχαν την πρώτη τους σεξουαλική εμπειρία πριν την ενηλικίωση τους.

Παρόμοια έρευνα στη χώρα μας (Νέτα Σ. 2007) ανέδειξε πως το 20% των εφήβων είχαν ολοκληρωμένη σεξουαλική εμπειρία μέχρι τα 16 έτη, ενώ από αυτούς το 5,7% ξεκίνησε σεξουαλική δραστηριότητα σε ηλικία 12 ετών και το 10,2% σε ηλικία 13 ετών!

Το υπερδιπλάσιο ποσοστό πιθανά να οφείλεται στη συμμετοχή αλλοδαπών αλλά και στην διαφορετική ομαδοποίηση κατά ηλικία που κάναμε στα πλαίσια του σχεδιασμού της έρευνας.

ΣΟΦΙΑΣ ΝΕΤΑ (22/11/2007). «Επικίνδυνη η σεξουαλική συμπεριφορά των εφήβων στην Ελλάδα». http://www.iatronet.gr/newsarticle.asp?art_id=3355

Ενώ σύμφωνα με Βρετανική έρευνα το 18,7% των γυναικών και το 27,6% των ανδρών μεταξύ 16 και 19 ετών είχαν ολοκληρωμένη ερωτική εμπειρία πριν τα 16, σε σύγκριση με ποσοστό μικρότερο του 1% των γυναικών και 5,8% των αντρών μεταξύ 55 και 59 ετών.

Η μικρότερη ηλικία στην οποία επιτρέπεται διά του νόμου η συνουσία ποικίλλει αναλόγως της χώρας ή της πολιτείας .Στην Ισπανία είναι τα 12 έτη, ενώ στην Τουρκία τα 18. Όσον αφορά τις ΗΠΑ η νόμιμη ηλικία είναι τα 14 ,στην Χαβάη ενώ φτάνει και το υψηλότερο όριο των 18 ετών (σε αρκετές πολιτείες). Επιπλέον διαπιστώθηκε μέσα από την έρευνα ότι το επίπεδο εκπαίδευσης τόσο του δείγματος όσο και των γονέων τους αντιστοιχούσε στη δευτεροβάθμια εκπαίδευση , γεγονός το οποίο δείχνει πως δεν έχουν την κατάλληλη γνώση ούτε οι γονείς να ενημερώνουν σωστά τα παιδιά τους αλλά ούτε το δείγμα μας να λάβει τις κατάλληλες γνώσεις γύρω από το θέμα της αντισύλληψης και των μεθόδων της. Με αποτέλεσμα η ενημέρωσή τους να πραγματοποιείται κυρίως μέσα από φίλους (31,8%)

Επιπροσθέτως προκύπτει πως το σχολείο είναι ακόμη ένας παράγοντας, ο οποίος δε συμβάλει στη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των παιδιών, και αυτό συμβαίνει , διότι δεν υφίσταται κάποιο μάθημα για την ενημέρωση γύρω από θέματα της σεξουαλικής υγείας, ενώ απουσιάζουν από το σύστημα εκπαίδευσης οι επαγγελματίες υγείας (π.χ. Σχολικός Νοσηλευτής) που θα μπορούσαν να αναπτύξουν στο πλαίσιο των αρμοδιοτήτων τους προγράμματα αγωγής υγείας και τέλος όσον αφορά την ενημέρωσή τους μέσω των περιοδικών /εφημερίδων ,επιστημονικών βιβλίων, τηλεόρασης λίγοι ήταν αυτοί που τα χρησιμοποίησαν ως πηγές ενημέρωσης. Παρά το γεγονός ότι κυρίαρχη πηγή ενημέρωσης αποτελούν οι φίλοι η πλειοψηφία του δείγματος (71,8%) θεωρεί ότι γνωρίζει το ασφαλές σεξ .

Κρίσιμο σημείο όμως που πρέπει να τύχει ιδιαίτερης προσοχής αποτελεί ότι μόνο το 38,8% αναφέρει πως χρησιμοποιεί πάντα κάποια μέθοδο αντισύλληψης ενώ το 50,8% δηλώνει τις περισσότερες φορές. Σε άλλη έρευνα στην Ελλάδα αποκάλυψε πως από τους σεξουαλικά δραστήριους νέους, ποσοστό 10% δεν χρησιμοποιούσαν καμία αντισυλληπτική μέθοδο, 39% χρησιμοποιούσαν αναξιόπιστες μεθόδους, όπως μέθοδοι ρυθμού ή απόσυρσης, 51% χρησιμοποιούσαν προφυλακτικό και 5% το χάπι (Νέτα Σ. 2007).

Το φαινόμενο καθίσταται ιδιαίτερα ανησυχητικό καθώς αναδείχτηκε και σε άλλη έρευνα (NETA Σ. 2009) η ανεύθνη και επικίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά που υιοθετούν οι νέοι , καθώς 4 στα 10 ζευγάρια αναπαραγωγικής ηλικίας δεν λαμβάνουν κανένα μέτρο προστασίας από μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. Σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία των ΗΠΑ το 62% από τις 62 εκατ. γυναίκες ηλικίας 15-44 ετών χρησιμοποιεί σήμερα κάποια αντισυλληπτική μέθοδο (AGI, 2002). Η πιο

διαδεδομένη μέθοδος αντισύλληψης σύμφωνα με το δείγμα είναι το προφυλακτικό (37,6%) την οποία θεωρούν και πιο ασφαλέστερη(73,5%).Ενώ αντίθετα με παρόμοια έρευνα που διεξήχθη στις ΗΠΑ(2002) η πιο δημοφιλής αντισυλληπτική μέθοδος είναι τα αντισυλληπτικά χάπια (30,6%),ακολουθούμενη από το σπιράλ (27%)και τέλος το ανδρικό προφυλακτικό.

Όσον αφορά τις παρενέργειες των αντισυλληπτικών χαπιών στους περισσότερους ερωτηθέντες διακρίνεται μια αμφιβολία στις απαντήσεις τους γεγονός το οποίο αποδεικνύει για ακόμα μια φορά την έλλειψη γνώσεων σχετικά με το θέμα.

Οι απαντήσεις του δείγματος για τις επιπλοκές που προκύπτουν από τη διακοπή μιας εγκυμοσύνης ήταν ιδιαίτερα ικανοποιητικές. Ωστόσο μετά από έρευνα που διεξήχθη (2008) η Ελλάδα εξακολουθεί να είναι πρώτη στην Ευρώπη και Τρίτη στον κόσμο σε ότι αφορά τις αμβλώσεις και ιδιαίτερα στις μικρές ηλικίες, κάτι το οποίο δείχνει άγνοια της αυτοδιάθεσης του σώματος και του κινδύνου μετάδοσης των σεξουαλικών νοσημάτων, καθώς και κακή σχέση μεταξύ μητέρας και κόρης. Σε ότι αφορά τον εγχώριο χάρτη των αμβλώσεων, φαίνεται ότι οι περισσότερες επεμβάσεις γίνονται στα μεγάλα αστικά κέντρα, γεγονός που θεωρείται θετικό, καθώς μόνο εκεί υπάρχουν οι σωστές υποδομές. 250.000 εκτρώσεις γίνονται στη χώρα μας ετησίως, αριθμός υπερδιπλάσιος των γεννήσεων. Οι ειδικοί υποπεύονται ωστόσο ότι τα περιστατικά ξεπερνούν τα 500.000. 40.000 εκτρώσεις το χρόνο στην Ελλάδα αποφασίζονται από κορίτσια κάτω των 18 ετών, σύμφωνα με το Ινστιτούτο Ψυχικής και Σεξουαλικής Υγείας. 1 στα 4 κορίτσια ηλικίας 14 έως 17 ετών έχει κάνει έκτρωση, σύμφωνα με έρευνα του Αρεταίειου Νοσοκομείου. 1 στις 2 έφηβες που κάνουν έκτρωση δεν έχει ενημερώσει ούτε τη μητέρα της. 10% των γυναικών που υφίστανται τέτοιου είδους επεμβάσεις είναι εφηβικής ηλικίας. 1 στις 1.000 γυναίκες παρουσιάζει αιμορραγία κατά την επέμβαση ή τις πρώτες 24 ώρες μετά από αυτήν. 44% των γυναικών που έχουν κάνει έκτρωση εμφανίζει νευρικές διαταραχές και 25% επισκέπτεται ψυχίατρο. 190.000 εκτρώσεις γίνονται ετησίως στη Μ. Βρετανία, που έχει 5πλάσιο πληθυσμό από την Ελλάδα. 6 μήνες διαρκεί η μετατραυματική περίοδος. Σε ποσοστό 1% η έκτρωση θεωρείται πολύ τραυματική εμπειρία, που επηρεάζει τη γυναίκα για μεγάλο χρονικό διάστημα.

ΣΒΩΛΟΥ ΑΛΕΞΙΑ(2008). «Πρωταθλήτρια η Ελλάδα στις αμβλώσεις»
<http://www.e-tipos.com/newsitem?id=26829>. Ημερομηνία παραλαβής 2/9/2009

Σχετικά με την ερώτηση για το αν θα υποβάλλονταν ποτέ στην αντισυλληπτική μέθοδο της στείρωσης το 77,1% απάντησαν με απόλυτη σιγουριά πως δεν θα το έκαναν, γεγονός το οποίο μπορεί να οφείλεται στην μονιμότητα της κατάστασης που επιφέρει η συγκεκριμένη μέθοδος. Κανείς δεν μπορεί να μιλήσει με βεβαιότητα για το μέλλον του για αυτό ακριβώς το λόγο η στείρωση επιτρέπεται να γίνει σε γυναίκες άνω των 35ετών και με περισσότερα από δυο υγιή παιδιά.

Οι απαντήσεις σχετικά με τον τρόπο μετάδοσης των ΣΜΝ δείχνουν πως το δείγμα του πληθυσμού μας έχει επίγνωση επ' αυτού του θέματος. Ξέρουν ποιοι τρόποι μπορούν να επιφέρουν τα ΣΜΝ ωστόσο όμως δεν χρησιμοποιούν πάντα κάποιο μέθοδο αντισύλληψης(όπως φαίνεται από τον πίνακα 19). Συνέπεια αυτού είναι και η αύξηση των ΣΜΝ όπως διαπιστώνεται και από κάποιες έρευνες. Σύμφωνα με το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων εκτιμάται πως 19 εκατομμύρια νέες σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις συμβαίνουν κάθε χρόνο, εκ των οποίων οι μισές αφορούν νέους ηλικίας 15 έως 24 ετών(Weinstock, Berman, Cates, 2004). Τα χλαμύδια αποτελούν πλέον την πιο διαδεδομένη ασθένεια λοιμώξεων στις ΗΠΑ. Υπολογίζεται ότι υπάρχουν περίπου 2,8 εκατομμύρια νέα κρούσματα των χλαμυδίων στις Ηνωμένες Πολιτείες κάθε χρόνο (Weinstock, Berman, Cates, 2004). Η βλεννόρροια είναι η δεύτερη πιο συχνή αναφερόμενη μολυσματική ασθένεια στις Ηνωμένες Πολιτείες, με 330.132 περιπτώσεις που αναφέρθηκαν το 2004 (Weinstock, Berman, Cates, 2004). Ακόμη, το ποσοστό της σύφιλης στις Ηνωμένες Πολιτείες έχει αυξηθεί κατά τα τελευταία τέσσερα χρόνια. Μεταξύ 2003 και 2004, το εθνικό κέντρο πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας πρόληψης εξηγεί πως η σύφιλη έχει αυξηθεί σε ποσοστό 8% κυρίως στους άνδρες (CDC, 2004). Αναφέρεται πως έως την ηλικία των 24, ένας στους τρεις σεξουαλικά ενεργούς ανθρώπους θα έχει μολυνθεί από ΣΜΝ (KFF, 1998).

Τουλάχιστον 65 εκατομμύρια άτομα, περισσότερα από ένα στους 5 Αμερικανούς, πιστεύεται ότι είναι μολυσμένο με ιογενή ΣΜΝ εκτός του HIV (NCHSTP, 1998).

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΗΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΝΕΩΝ.

ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΑ ΣΧΟΛΕΙΑ

Τα σχολεία διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην προετοιμασία των μαθητών για τη ζωή, αλλά πρέπει να ενθαρρύνουν περισσότερο την υγιή κοινωνική και συναισθηματική τους ανάπτυξη. Επίσης κρίνεται απαραίτητη η διδασκαλία δεξιοτήτων απαραίτητων στη ζωή, όπως της επίλυσης των προβλημάτων, της κριτικής σκέψης, της επικοινωνίας των διαπροσωπικών σχέσεων, της συναισθηματικής κατανόησης των άλλων, και μεθόδων ελέγχου του συναισθήματος (Μπελλάλη Θ., 2006). Οι έφηβοι και οι ενήλικες που μπαίνουν στην ηλικία της σεξουαλικής δραστηριότητας πρέπει να τυγχάνουν ιδιαίτερης προσοχής. Συγκεκριμένα, τα εκπαιδευτικά μηνύματα πρέπει να είναι κατανοητά, σαφή και ακριβή και να έχουν την απαιτούμενη ευαισθησία (Π.Ο.Υ, 1991β). Τα εκπαιδευτικά προγράμματα πρέπει να δίνουν πληροφορίες στα άτομα, οι οποίες τα βοηθούν να κατανοήσουν τις συνέπειες που προκύπτουν και με αυτό τον τρόπο να τα ωθήσουν να τροποποιήσουν τη σεξουαλική τους συμπεριφορά. (Π.Ο.Υ, 1991β). Επιπλέον, μέρος αυτών των προγραμμάτων πρέπει να είναι και η εξάσκηση σε διαπροσωπικές δεξιότητες όπως συζητήσεις για σεξουαλικές πρακτικές, συζητήσεις με το σύντροφο για την αποφυγή κινδύνων κλπ. (ΠΟΥ, 1991β). Εφόσον η σεξουαλική αγωγή εντάσσεται στη θεματολογία της αγωγής υγείας η εφαρμογή του άρθρου 7 του νόμου 2817 (ΦΕΚ 78, 2000), το οποίο αναφέρει ότι «στα σχολεία πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης εφαρμόζονται προγράμματα αγωγής υγείας, που αποτελούν τμήμα των ωρολογίων και αναλυτικών προγραμμάτων των σχολείων αυτών...» και αυτή τη στιγμή δεν εφαρμόζεται, θα μπορούσε να αποτελέσει το εφαλτήριο για την προάσπιση της υγείας των παιδιών και των εφήβων στη σχολική κοινότητα. (πανελλήνιος σύλλογος εκπαιδευτικών αγωγής υγείας)

ΕΚΣΤΡΑΤΕΙΕΣ ΕΥΑΙΣΘΗΤΟΠΟΙΗΣΗΣ

Οι εκστρατείες ευαισθητοποίησης για την προαγωγή της υγείας έχουν σκοπό να ευαισθητοποιήσουν και να πληροφορήσουν το κοινό. Πρέπει να στηρίζονται σε μια υποδομή που θα συνδέει το κοινό με τις πηγές πληροφόρησης και υποστήριξης – για παράδειγμα μία γραμμή επικοινωνίας με ένα εύκολο στη μνημόνευση νούμερο

τηλεφώνου όπου θα απαντούν ειδικά εκπαιδευμένα άτομα.(Θάλεια Μπελλάλη 2006).

ΜΕΣΑ ΜΑΖΙΚΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Τα μέσα μαζικής επικοινωνίας (ΜΜΕ) είναι τα κανάλια επικοινωνίας που απευθύνονται σε μεγάλες ομάδες του πληθυσμού. Τα πιο συνήθη ΜΜΕ είναι η τηλεόραση, το ραδιόφωνο, ο ημερήσιος και περιοδικός τύπος, τα βιβλία και οι διαφημίσεις σε δημόσιους - ανοιχτούς χώρους. Τα μέσα αυτά, εκτός από το ότι απευθύνονται σε μεγάλους πληθυσμούς, χαρακτηρίζονται και από τη μετάδοση σχετικά απλών πληροφοριακών μηνυμάτων που συνήθως αποτελούν μια αυτοτελή πληροφοριακή μονάδα. Η δύναμή τους, ειδικά της τηλεόρασης, είναι σημαντική όσον αφορά την ευαισθητοποίηση του κοινού και την παροχή γνώσεων. Είναι, επίσης, πολύ αποδοτικά μέσα γιατί, ενώ η παραγωγή τους είναι δαπανηρή, έχουν χαμηλό κόστος ανά μονάδα καταναλωτή (ή εκπαιδευόμενου στην περίπτωση εκπαιδευτικών μηνυμάτων). Δεν είναι λοιπόν τυχαίο, που τα ΜΜΕ αποτελούν σήμερα τα κύρια διαφημιστικά και γενικότερα επικοινωνιακά μέσα. Όμως, τα ΜΜΕ, ενώ ευαισθητοποιούν και αυξάνουν τις γνώσεις του κοινού στα θέματα υγείας, δεν έχουν μεγάλη επίδραση στην αλλαγή στάσεων και συμπεριφοράς. Άλλα μειονεκτήματα των ΜΜΕ είναι ότι απαιτούν πριν από τη χρήση τους μελέτη της αγοράς, που είναι συνήθως χρονοβόρα και δαπανηρή, καθώς και ειδικευμένο προσωπικό και μελετημένη προετοιμασία. Ακόμα, τα ΜΜΕ, όταν προβάλλουν ένα θέμα υγείας, προκαλούν μερικές φορές αντιδράσεις ή/και αντίθετα αποτελέσματα. Οι αντιδράσεις μπορεί να οφείλονται στο γεγονός ότι το κοινό πολλές φορές εκτίθεται στα σχετικά μηνύματα χωρίς τη δική του εκλογή και συγκατάθεση και συνεπώς μπορεί να βρίσκεται σε αρνητική και απορριπτική διάθεση. Άλλοτε πάλι, όταν τα ΜΜΕ καταπιάνονται με μια αντικοινωνική συμπεριφορά (βία, ναρκωτικά κ.ά.), μερικές φορές βοηθούν στη διάδοσή της σε ευρύτερα στρώματα επειδή μπορεί να λειτουργήσει σαν αντιπρότυπο που έλκει ορισμένες κατηγορίες νέων.

Το ραδιόφωνο έχει επίσης ένα μαζικό κοινό, αλλά σε αντίθεση με την τηλεόραση είναι πολύ πιο επιλεκτικό μέσο που προσαρμόζεται εύκολα σε κάθε τοπικό κοινό. Το κόστος ανά μονάδα χρόνου για το ραδιόφωνο είναι ιδιαίτερα μικρό, ενώ η αποτελεσματικότητά του είναι μεγαλύτερη σε πληθυσμούς με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο. Οι εφημερίδες είναι ακόμα πιο εκλεκτικό μέσο επικοινωνίας που αντιστοιχεί

σε διάφορα μεγέθη πληθυσμού, από τοπικό μέχρι και διεθνές και που διαθέτει ισχυρούς δεσμούς με το αναγνωστικό κοινό. Το κοινό των εφημερίδων τις εμπιστεύεται κατά κανόνα περισσότερο από τα άλλα ΜΜΕ. Τα περιοδικά είναι τα πιο επιλεκτικά μέσα, μια και απευθύνονται σε πολύ πιο ειδικό κοινό. Η αναγνωσιμότητά τους αυξάνει με το εισόδημα και το μορφωτικό επίπεδο του αναγνωστικού κοινού, γι' αυτό και είναι πιο αποτελεσματικά μέσα στα ανώτερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα. Η διαφήμιση σε ανοικτούς χώρους θεωρείται η παλαιότερη μέθοδος μαζικής επικοινωνίας. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να φτάσει το μήνυμα σ' ένα πλατύ μη διαφοροποιημένο κοινό ή και σε πιο ειδικούς πληθυσμούς - στόχους. Η χρήση των μέσων συγκοινωνίας για την προβολή μηνυμάτων θεωρείται πιο οικονομικός αλλά λιγότερο αποτελεσματικός τρόπος δημόσιων διαφημίσεων, μια που λιγότεροι από τους μισούς χρήστες των συγκοινωνιών τις παρατηρούν. Ένα άλλο μέσο μαζικής επικοινωνίας, είναι η ταχυδρόμηση διαφημιστικών επιστολών, οι οποίες είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικές αλλά και αρκετά δαπανηρές σαν μέθοδος επικοινωνίας ανά μονάδα παραλήπτη.

Με βάση όλες τις παραπάνω διαπιστώσεις, είναι φανερό πως τα ΜΜΕ μπορεί να βοηθήσουν την Αγωγή Υγείας, όχι όμως ως προς το σύνολο των στόχων της και των επιδιώξεών της. Γι' αυτό και θα πρέπει τα ΜΜΕ να αξιοποιούνται σε συνδυασμό και με άλλες εκπαιδευτικές μεθόδους. Οι περιορισμοί όμως αυτοί, δεν θα πρέπει να αποτελέσουν εμπόδιο για την παραπέρα εξάπλωση της χρήσης των ΜΜΕ στα προγράμματα Αγωγής Υγείας, η οποία παραμένει περιορισμένη μέχρι σήμερα για οικονομικούς και τεχνικούς λόγους.

Ανώνυμος 18.(2009), <http://panacea.med.uoa.gr/topic.aspx?id=469>

ημερομηνία παραλαβής 7/10/2009

ΟΠΤΙΚΟΑΚΟΥΣΤΙΚΑ ΜΕΣΑ

Τα οπτικοακουστικά μέσα περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα διαφορετικών μεθόδων εκπαίδευσης και επικοινωνίας. Ορισμένα από τα οπτικοακουστικά μέσα είναι μόνο οπτικά (συγγράμματα, φυλλάδια, προκηρύξεις, χάρτες, αφίσες, βουβές κινηματογραφικές ταινίες, σλάιντς (slides), διαφάνειες, πίνακες, άλλα είναι μόνο ακουστικά (κασέτες, δίσκοι) και ορισμένα συνδυάζουν το οπτικό με το ακουστικό στοιχείο (ομιλούσες ταινίες, βίντεο, συνδυασμός διαφανειών με ήχο, οπτικοί δίσκοι κ.ά.).

Τα οπτικοακουστικά μέσα μοιάζουν ως προς ορισμένα τους χαρακτηριστικά με τα ΜΜΕ, έχουν όμως και σημαντικές διαφορές. Απευθύνονται συνήθως σ' ένα πιο περιορισμένο κοινό, όπως είναι οι μαθητές μιας τάξης, οι ασθενείς μιας νοσηλευτικής μονάδας, οι εργαζόμενοι σ' ένα εργοστάσιο. Δεν επαρκούν από μόνα τους σαν μέθοδος Αγωγής Υγείας, ακόμα και για την παροχή γνώσεων, γι' αυτό και χρησιμοποιούνται πάντα συμπληρωματικά με άλλες βασικές μεθόδους (διαλέξεις, δουλειά σε ομάδες, ειδικά παιχνίδια κ.ά.).

Τα εκπαιδευτικά συγγράμματα πλεονεκτούν ως προς την ποσότητα των πληροφοριών και των γνώσεων που παρέχουν, μειονεκτούν όμως στο γεγονός ότι το επίπεδό τους είναι συνήθως υψηλότερο από το επίπεδο του κοινού που τα χρησιμοποιεί και παραμένει αμετάβλητο σε σχέση με το κοινό που συνέχεια μεταβάλλεται και εξελίσσεται. Πρόβλημα τέλος, δημιουργούν και οι διαφοροποιήσεις περιεχομένου και γραφής που παρατηρούνται ανάμεσα στα διάφορα συγγράμματα που απευθύνονται στο ίδιο κοινό. Άλλα μειονεκτήματα των μέσων αυτών, είναι ότι καταστρέφονται εύκολα, προϋποθέτουν εκδοτικές δυνατότητες, απαιτούν δοκιμαστική εφαρμογή πριν από τη μαζική τους χρήση και εύκολα παραβλέπονται από το κοινό. Στα πλεονεκτήματά τους συγκαταλέγεται το γεγονός ότι μπορούν να χρησιμοποιηθούν κατ' ιδίαν για αυτοεκπαίδευση, η χρήση τους μπορεί να είναι συνεχής, διακινούνται με ευχέρεια από χέρι σε χέρι, παράγονται και αναπαράγονται σχετικά εύκολα και οικονομικά.

Οι αφίσες και οι χάρτες βοηθούν στην πρόκληση ισχυρών εντυπώσεων που ευαισθητοποιούν το κοινό, δίνουν χρήσιμες παραπεμπτικές πληροφορίες (π.χ. το πού και πότε θα γίνει μια διάλεξη) και είναι σχετικά οικονομικά μέσα. Μειονεκτούν στο ότι καταστρέφονται εύκολα, αγνοούνται όταν το κοινό τα συνηθίσει και δεν προσφέρονται για προβολή πολλαπλών ή σύνθετων μηνυμάτων.

Οι κινηματογραφικές ταινίες, είναι αποτελεσματικά μέσα για την παρουσίαση συγκεκριμένων πληροφοριών και γεγονότων και μπορούν να καλύψουν ένα ευρύ φάσμα Θεμάτων, ηλικιών και συνθηκών διδασκαλίας. Προσφέρονται ιδιαίτερα για την επίδειξη και κατανόηση κάποιας τεχνικής. Δεν προσφέρονται όμως, για κατ' ιδίαν χρήση, είναι σχετικά δύσκολη και πολυδάπανη η παραγωγή τους, τα μηχανήματα προβολής είναι ακριβά και δυσκολομετακίνητα, γι' αυτό και η προβολή ταινιών τείνει να αντικατασταθεί από τα βίντεο.

Τα βίντεο, έχουν σχεδόν τα ίδια πλεονεκτήματα με τις ταινίες αλλά επιπλέον μπορούν να χρησιμοποιηθούν περισσότερο κατ' ιδίαν, σταματούν και ξαναρχίζουν πιο εύκολα, είναι πιο οικονομική η παραγωγή τους και δεν απαιτούν πλήρη συσκότιση.

Μειονεκτούν στο ότι υπάρχουν διάφοροι τύποι που δεν είναι πάντα συμβατοί με τον εκάστοτε εξοπλισμό, η μικρή οθόνη προβολής τους περιορίζει το μέγεθος του κοινού, ενώ πολλές φορές η αναπαραγωγή και διακίνησή τους συναντά νομικά ή δεοντολογικά εμπόδια.

Τα σλάιντς (slides) πλεονεκτούν στην εξαιρετική αναπαραγωγή της εικόνας και των χρωμάτων, είναι σχετικά οικονομικά μέσα, προσφέρονται για μικρού και μεσαίου μεγέθους κοινά, είναι ευκολόχρηστα και ευκολομεταφερόμενα και με την μεταβολή της σειράς ή του αριθμού τους μπορούν να προσαρμόζονται στις ιδιαίτερες ανάγκες κάθε προγράμματος. Μειονεκτούν στο ότι είναι ευαίσθητα και χρειάζονται προφύλαξη, απαιτούν συσκότιση και δεν περιέχουν κίνηση. Οι διαφάνειες, παράγονται εύκολα και οικονομικά, αξιοποιούνται και σαν σημειώσεις από τον ομιλητή, προσφέρονται για μικρού και μεσαίου μεγέθους κοινό και δεν απαιτούν απόλυτη συσκότιση. Δεν περιέχουν όμως κίνηση και φθείρονται εύκολα.

Οι πίνακες είναι ίσως το πιο οικονομικά μέσο στην κατηγορία αυτή, σβήνονται και ξαναχρησιμοποιούνται εύκολα, συμπληρώνουν τις ανάγκες μιας διάλεξης και μπορούν να χρησιμοποιηθούν και από το ίδιο το κοινό. Στα μειονεκτήματά τους περιλαμβάνεται το μικρό μέγεθος του κοινού, η ανάγκη ευκρινούς γραφικού χαρακτήρα και η παροδική διάρκεια της χρήσης τους.

Οι κασέτες και οι δίσκοι αποτελούν τα πιο πρόσφορα μέσα για κατ' ιδίαν χρήση. Είναι σχετικά οικονομικά μέσα, σταματούν και ξεκινούν εύκολα και προσφέρονται ιδιαίτερα για την εκμάθηση ορισμένων ικανοτήτων. Τα μειονεκτήματα που παρουσιάζουν αφορούν τη σχετική δύσκολη παραγωγή τους, την ακαταλληλότητά τους σε κοινό με δυσκολίες ακοής (π.χ. υπερήλικες) και βέβαια σαν ακουστικά μέσα είναι λιγότερο αποτελεσματικά απ' ότι είναι τα οπτικά μέσα.

Στο παρελθόν, τα οπτικοακουστικά μέσα και κυρίως το έντυπο υλικό και οι κινηματογραφικές ταινίες, χρησιμοποιούνταν πολύ περισσότερο από τους εκπαιδευτές υγείας απ' ότι σήμερα όπου κυριαρχούν τα ΜΜΕ και ορισμένες άλλες μέθοδοι, όπως η δουλειά σε ομάδες. Όμως, η χρησιμότητά τους δεν πρέπει να υποτιμηθεί, ειδικά στις περιπτώσεις εκείνες, όπως η εκμάθηση μιας θεραπευτικής τεχνικής, που όπως ήδη αναφέρθηκε, έχουν θετικά αποτελέσματα.

Ανώνυμος 18. (2009), <http://panacea.med.uoa.gr/topic.aspx?id=469>. Ημερομηνία παραλαβής 7/10/2009

ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΛΛΑΓΗΣ ΣΤΑΣΕΩΝ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

Οι αλλαγές στάσεων και συμπεριφορών αποτελούν τους πιο δύσκολους στόχους της Αγωγής Υγείας, διότι προϋποθέτουν την ανατροπή εμπεδωμένων απόψεων και συνηθειών και την αντικατάστασή τους με άλλες που συχνά είναι λιγότερο ευχάριστες. Γι' αυτό άλλωστε πολλά άτομα εμμένουν σε μια βλαβερή συνήθεια, παρ' όλο που γνωρίζουν τις αρνητικές επιπτώσεις της. Μια πρόσθετη δυσκολία αποτελεί το γεγονός, ότι η Αγωγή Υγείας οφείλει να σέβεται τις ελεύθερες επιλογές κάθε ατόμου και όχι να επιβάλλει τις απόψεις της. Μια τέτοια όμως φιλοσοφία συνεπάγεται μακροχρόνιες διαδικασίες συμμετοχής, διαλόγου, πειθούς και συναίνεσης αντί για άμεσες ενέργειες καταναγκασμού.

Θα πρέπει επίσης να τονιστεί, ότι ακόμα και όταν επιτυγχάνεται η επιθυμητή αλλαγή στάσεων, η επίτευξη αυτή δεν οδηγεί αυτόματα στην αλλαγή συμπεριφοράς. Υπάρχει απόσταση ανάμεσα στους δύο στόχους, η κάλυψη της οποίας απαιτεί νέες ειδικές προσπάθειες, μεθόδους και τεχνικές Αγωγής Υγείας. Αν σ' όλα αυτά προστεθούν οι ποικίλοι κοινωνικοί, πολιτιστικοί και οικονομικοί παράγοντες που επηρεάζουν και καθορίζουν την ανθρώπινη στάση και συμπεριφορά, γίνεται αντιληπτό το τεράστιο έργο που έχει να επιτελέσει η Αγωγή Υγείας.

Στο δύσκολο αυτό έργο, όπου η επικοινωνία με σκοπό την παροχή πληροφοριών και γνώσεων αποτελεί μέρος μόνο του συνόλου των δραστηριοτήτων που απαιτούνται, οι μέθοδοι αλλαγής στάσεων και συμπεριφοράς καλύπτουν ένα σημαντικό μέρος της σύγχρονης μεθοδολογίας της Αγωγής Υγείας.

Ανώνυμος 18, (2009) <http://panacea.med.uoa.gr/topic.aspx?id=469>. Ημερομηνία παραλαβής 7/10/2009

ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΙΚΑΝΟΤΗΤΩΝ

Η ανάπτυξη ικανοτήτων (skill development) αποτελεί μια εκπαιδευτική μέθοδο που στηρίζεται στην επίδειξη διαφόρων πρακτικών μεθόδων. Η μέθοδος της ανάπτυξης ικανοτήτων περιλαμβάνει τρία βασικά στάδια. Ένα πρώτο, κατά το οποίο παρέχονται οι απαραίτητες επεξηγήσεις για την αναγκαιότητα της συγκεκριμένης τεχνικής και οδηγίες για τη χρήση της. Στο δεύτερο στάδιο επιδεικνύεται και εκτελείται από τους

εκπαιδευτές η τεχνική και στο τρίτο και τελευταίο στάδιο παρέχεται η δυνατότητα στον κάθε εκπαιδευόμενο -να εφαρμόσει την τεχνική μπροστά στο υπόλοιπο κοινό. Η σχετικά απλή αυτή διαδικασία έχει πρόσφατα επεκταθεί και έχει συμπεριλάβει ορισμένες ειδικές τεχνικές ιεράρχησης αξιών και αλλαγής απόψεων καθώς και τεχνικές λήψης αποφάσεων.

Ένα πρώτο σημαντικό βήμα για την ιεράρχηση αξιών και την αλλαγή απόψεων, αποτελεί η αποσαφήνιση ορισμένων βασικών εννοιών, όπως είναι η υγεία, οι παράγοντες που την καθορίζουν, η σημασία ορισμένων επικίνδυνων συνηθειών, όπως η αποφυγή χρήσης προφυλακτικού κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής. Όσο τα ζητήματα αυτά δεν ξεκαθαρίζουν στη σκέψη και στη συνείδηση του κοινού, τόσο πιο δύσκολη θα γίνεται κάθε φορά η σωστή επιλογή. Είναι λοιπόν αναγκαίο να προκληθεί ο κατάλληλος προβληματισμός που θα οδηγήσει στην επιθυμητή αποσαφήνιση. Μια τέτοια διαδικασία μπορεί να ολοκληρωθεί με ορισμένες ειδικές τεχνικές καθώς και με ορισμένα ειδικά παιχνίδια.

Στις ειδικές τεχνικές περιλαμβάνεται η καταγραφή από κάθε εκπαιδευόμενο κατά σειρά σπουδαιότητας διαφόρων αξιών, όπως το χρήμα, η διασκέδαση, η υγεία, η φιλία, η δουλειά κ.λπ., και αμέσως μετά η συζήτηση γύρω από τις προτεραιότητες του καθένα. Σύμφωνα με μια άλλη τεχνική, το κοινό χωρίζεται σε δύο ομάδες και η κάθε ομάδα χρεώνεται με τη δημόσια υπεράσπιση μια αντιδιαμετρικά αντίθετη άποψη, ώστε να αναπτυχθεί ελεύθερα η αντιπαράθεση των επιχειρημάτων. Μπορεί επίσης να τοποθετηθούν δύο αντίθετες απόψεις ή αξίες στα άκρα μια κλίμακας (π.χ. από 0 έως 100) και κάθε εκπαιδευόμενος να σημειώσει το σημείο της κλίμακας που θεωρεί ότι αντιστοιχεί η συγκεκριμένη αξία.

Μ' αυτούς τους τρόπους δίνεται η ευκαιρία σε κάθε άτομο που συμμετέχει, να σκεφτεί σοβαρά και υπεύθυνα τα ζητήματα που αφορούν την υγεία του και κυρίως να προβληματισθεί αν οι αξίες και οι απόψεις που είχε διαμορφώσει στο παρελθόν, αντέχουν στη λογική επιχειρηματολογία και αν πράγματι εκφράζουν τις πραγματικές του πεποιθήσεις και επιθυμίες.

Οι τεχνικές λήψης αποφάσεων στηρίζονται στην παραδοχή ότι η διαδικασία με την οποία αποφασίζει κάθε άτομο εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Κάθε απόφαση σημαίνει επιλογή ανάμεσα σε διαφορετικές εναλλακτικές λύσεις. Άλλοτε οι επιλογές είναι απλές και ξεκάθαρες. Σε κάθε περίπτωση οι αποφάσεις είναι πιο σωστές, εάν προκύπτουν από προσεκτική και μελετημένη επιλογή. Για το σκοπό αυτό, υπάρχουν

ορισμένα βήματα που συνθέτουν την τεχνική λήψης αποφάσεων. Τα βήματα αυτά είναι ο ορισμός του προβλήματος, ο καθορισμός του στόχου, η καταγραφή των εναλλακτικών επιλογών, η εκτίμηση των επιπτώσεων κάθε επιλογής και η λήψη της τελικής απόφασης.

ΕΙΔΙΚΑ ΠΑΙΧΝΙΔΙΑ

Τα ειδικά παιχνίδια περιλαμβάνουν διάφορα τροποποιημένα δημοφιλή παιχνίδια ή θεατρικές τεχνικές. Όπως ήδη αναφέρθηκε, τα ειδικά παιχνίδια είναι μέρος των τεχνικών ιεράρχησης αξιών και αλλαγής απόψεων. Επιπλέον, ενισχύουν την ανάπτυξη κινήτρων υγιεινής συμπεριφοράς και δυναμώνουν τους διαπροσωπικούς συναισθηματικούς δεσμούς. Η αξιοποίηση του συναισθήματος στην εκπαιδευτική διαδικασία αποτελεί μία από τις βασικότερες συμβολές των ειδικών παιχνιδιών, παρ' όλο που οι μέχρι τώρα εφαρμογές τους απευθύνονται κυρίως στις ανθρώπινες νοητικές λειτουργίες. Παράδειγμα αυτών των εφαρμογών αποτελεί η χρήση επιτραπέζιων παιχνιδιών (π.χ. μονόπολη) που έχουν τροποποιηθεί κατάλληλα έτσι ώστε να βοηθούν στην αποσαφήνιση διαφόρων αξιών και στη λήψη υγιεινών αποφάσεων κατά τη διάρκεια του παιχνιδιού. Επίσης, η υιοθέτηση διαφόρων ρόλων που αντιστοιχούν σε υγιεινές ή ανθυγιεινές συμπεριφορές και η Θεατρική τους απόδοση αποτελούν μία ακόμα εφαρμογή αυτής της μεθόδου. Η μέχρι σήμερα χρήση παρόμοιων τεχνικών στα πλαίσια της Αγωγής Υγείας είναι περιορισμένη. Ως αιτίες αναφέρονται η δύσκολη εφαρμογή τους στις αίθουσες διδασκαλίας, ο πολύ απλοϊκός ή ο πολύ σύνθετος χαρακτήρας τους, η μεγάλη τους διάρκεια και η χρονοβόρα προετοιμασία τους. Τα θέματα που προσφέρονται ιδιαίτερα για την αξιοποίηση της μεθόδου, είναι τα αφροδίσια νοσήματα, η ανθρώπινη σεξουαλικότητα .

Ανώνυμος 18. 2009, <http://panacea.med.uoa.gr/topic.aspx?id=469>. Ημερομηνία παραλαβής 7/10/2009

ΔΟΥΛΕΙΑ ΣΕ ΟΜΑΔΕΣ

Χάρη στη μέθοδο των μικρών ομάδων, επιτυγχάνεται μέσα από σειρά τακτικών συναντήσεων, που μπορεί να έχουν τον χαρακτήρα της συνεδρίασης ή της άτυπης συζήτησης, η πολύ σημαντική υπόθεση της ενεργούς συμμετοχής του κοινού και η προαγωγή της υπευθυνότητάς του. Με έμφαση στη συνεργασία και στην αλληλοκατανόηση, το κοινό όχι μόνο συμμετέχει, αλλά συνδιαμορφώνει το σχέδιο και το περιεχόμενο του προγράμματος έτσι ώστε να αντιστοιχεί στις πραγματικές του

ανάγκες. Ο εκπαιδευτής λειτουργεί περισσότερο σαν καταλύτης και λιγότερο σαν δάσκαλος και η εκμάθηση είναι πολύ πιο ουσιαστική, γιατί προκύπτει μέσα από την αναζήτηση και τη διαπίστωση και όχι ως προϊόν αποστήθισης. Επιπλέον, η δουλειά σε ομάδες διευκολύνει την ελεύθερη έκφραση νέων ιδεών και απόψεων και πλεονεκτεί ως προς το γεγονός ότι μπορεί να πραγματοποιηθεί σε διάφορους χώρους χωρίς ειδικές προδιαγραφές.

Σήμερα, η εκπαιδευτική αυτή μέθοδος χρησιμοποιείται από πολλούς επιστήμονες και επαγγελματίες υγείας για την επίτευξη πολύμορφων επιδιώξεων. Μέθοδοι ψυχοθεραπείας, τεχνικές αποσαφήνισης αξιών και λήψης αποφάσεων, συλλογικές παρεμβάσεις στην κοινότητα, προγράμματα διακοπής του καπνίσματος, ελέγχου της υπέρτασης και πολλά άλλα, αποτελούν εφαρμογές της μεθόδου. Σε όλες αυτές τις περιπτώσεις έχει διαπιστωθεί η μεγάλη αποτελεσματικότητα της μεθόδου κυρίως σ' ότι αφορά τους στόχους της αλλαγής στάσεων και συμπεριφοράς. Αλλά και ως προς το στόχο της παροχής γνώσεων, φαίνεται να υπερέχει σημαντικά των διαλέξεων.

ΧΡΗΣΗ ΠΡΟΤΥΠΩΝ

Η θεωρητική θεμελίωση της μεθόδου αυτής ανάγεται στην ανθρώπινη τάση για υιοθέτηση προτύπων συμπεριφοράς. Οι σύγχρονες αντιλήψεις για τη χρήση προτύπων στηρίζονται σε ορισμένες αρχές της ψυχανάλυσης και στη μελέτη της διαδικασίας εκμάθησης μέσα από την παρατήρηση. Η δύναμη της μεθόδου απορρέει από τη διαπίστωση ότι τα πρότυπα και η γοητεία που αυτά ασκούν αποτελούν την κύρια διαδικασία επίτευξης της κοινωνικοποίησης του ατόμου. Η ταύτιση με κάποιο πρότυπο δεν περιορίζεται στην απλή μίμηση. Είναι πολύ πιο σύνθετη διαδικασία, η οποία συντελεί στη διαμόρφωση νοητικών κανόνων που επιτρέπουν τη δημιουργική προσαρμογή της υιοθετούμενης συμπεριφοράς στις νέες υποκειμενικές και αντικειμενικές συνθήκες εφαρμογής της. Το κατά πόσο ένα άτομο αποτελεί πρότυπο ή όχι, εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Η εξουσία που ασκεί, η εκτίμηση που απολαμβάνει, τα συναισθήματα που προκαλεί και ο βαθμός καταξίωσης και ανταμοιβής του, επιδρούν αποφασιστικά στην καθιέρωση ενός προτύπου. Όλοι αυτοί οι παράγοντες δεν είναι σταθεροί και αμετάβλητοι, αλλά διαμορφώνονται σ' ένα συγκεκριμένο ιστορικό πλαίσιο και καθορίζονται από τις εκάστοτε κοινωνικές, πολιτιστικές και πολιτικές ακόμα συνθήκες.

Για τις μικρές ηλικίες, βασικό πρότυπο συμπεριφοράς αποτελούν οι γονείς, τα μεγαλύτερα αδέρφια και οι δάσκαλοι. Η επίδραση των προτύπων συνεχίζεται σ' όλη τη διάρκεια της ζωής ενός ανθρώπου, αλλά η ισχύς τους εξασθενίζει με την αύξηση της ηλικίας. Σχετικά με διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα, οι γυναίκες τείνουν να σχετίζονται πιο έντονα με διάφορα πρότυπα και να συμμορφώνονται περισσότερο στις προδιαγραφές τους.

Τα πρότυπα λειτουργούν συχνά και αρνητικά. Η βία πολλών τηλεοπτικών προγραμμάτων έχει διαπιστωμένες επικίνδυνες επιδράσεις σε πολλά παιδιά. Γι' αυτό και επιβάλλεται μεγαλύτερος κοινωνικός έλεγχος στην προβολή διαφημιστικών προτύπων από τα ΜΜΕ. Η επίδραση των προτύπων έχει αξιοποιηθεί και σε πολλά προγράμματα Αγωγής Υγείας. Κυρίως έχουν χρησιμοποιηθεί σε διαιτητικά προγράμματα, σε αντικαπνιστικές εκστρατείες, στον αντιαλκοολικό αγώνα και στη φυσική άσκηση, είτε με τη χρησιμοποίηση δημοφιλών προσώπων (αθλητές, καλλιτέχνες κ.ά.), είτε με τη δημιουργία χαρακτήρων σε τηλεοπτικές σειρές, βιβλία, περιοδικά κ.τ.λ. Η διαπιστωμένη αποτελεσματικότητα της μεθόδου, ιδιαίτερα στα παιδιά της προσχολικής ηλικίας, δημιουργεί πολλά περιθώρια για την ανάπτυξη της χρήσης προτύπων στα πλαίσια της Αγωγής Υγείας.

ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

Η μεθοδολογία του ελέγχου της συμπεριφοράς στηρίζεται στις κλασικές Θεωρίες για τον καθορισμό της συμπεριφοράς από τα ερεθίσματα που δέχεται και κυρίως από τις συνέπειές της. Τα ερεθίσματα μπορεί να προκαλούν ή να ακυρώνουν μια συμπεριφορά και οι συνέπειες μπορεί να είναι Θετικές που να επιβραβεύουν και να ενισχύουν μια συμπεριφορά ή αρνητικές που να την τιμωρούν και την αποδυναμώνουν. Με βάση τις διαπιστώσεις αυτές, η μέθοδος του ελέγχου της συμπεριφοράς επιδιώκει με κατάλληλους κάθε φορά χειρισμούς, την τροποποίηση των ερεθισμάτων και των συνεπειών έτσι ώστε να επιτυγχάνονται οι επιθυμητές αλλαγές. Ο έλεγχος της συμπεριφοράς δεν ταυτίζεται κατ' ανάγκη με τη βίαιη επιβολή, αλλά σύμφωνα με τους υποστηρικτές της μεθόδου, μπορεί να είναι αποτέλεσμα έμμεσης επίδρασης στις νοητικές λειτουργίες που αφορούν τη λήψη αποφάσεων, την αποσαφήνιση αξιών και την αλλαγή στάσεων. Ο έλεγχος της συμπεριφοράς, ως ειδική εκπαιδευτική μέθοδος, έχει χρησιμοποιηθεί στο σχολικό

περιβάλλον από κλινικούς ψυχολόγους για τη Θεραπεία συναισθηματικών διαταραχών και προβλημάτων εκμάθησης.

Συμπερασματικά, θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι ο έλεγχος της συμπεριφοράς είναι μια αμφιλεγόμενη μέθοδος, γι' αυτό και ενδείκνυται μόνο στις περιπτώσεις εκείνες όπου απαιτείται η αλλαγή μια σύνθετης συμπεριφοράς, την οποία η απλή επιθυμία και Θέληση δεν αρκούν για να την τροποποιήσουν και εφόσον βέβαια έχουν δοκιμασθεί και αποτύχει άλλες μέθοδοι Αγωγής Υγείας. Η επιτυχία της μεθόδου σ' αυτές τις περιπτώσεις προϋποθέτει την εφαρμογή της από ειδικευμένο προσωπικό, καθώς και τη συναίνεση και τη συνεργασία των εκπαιδευόμενων.

Ανώνυμος 18(2009). <http://panacea.med.uoa.gr/topic.aspx?id=469>.

Ημερομηνία παραλαβής 7/10/2009

Η εφαρμογή προγραμμάτων σεξουαλικής αγωγής στα σχολεία της κοινωνίας είναι μια πραγματική ανάγκη. Θα πρέπει να καταρτιστούν τα προγράμματα από ειδικούς και να εφαρμοστούν από κατάλληλα εκπαιδευμένα άτομα για να ανταποκριθούν στις ανάγκες των νέων για έγκυρη πληροφόρηση. (Πρόγραμμα Ποιοτικής Έρευνας SAFE2006)

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Μέσω της ερευνητικής μας εργασίας διαπιστώθηκε πως οι νέοι δεν είναι πλήρως ενημερωμένοι για τις αντισυλληπτικές μεθόδους διότι υπάρχει απουσία κατάλληλης σεξουαλικής αγωγής. Επίσης παρατηρήθηκε ότι οι σεξουαλικές σχέσεις ξεκινάνε στην εφηβεία. Ακόμα ένα δυσάρεστο συμπέρασμα που προέκυψε είναι ότι αν και ελλοχεύουν κίνδυνοι μετάδοσης των ΣΜΝ λίγοι είναι εκείνοι οι οποίοι χρησιμοποιούν σωστά τα προληπτικά μέτρα. Καταγράφηκε επίσης έλλειψη γνώσης σχετικά με τις κατηγορίες των ΣΜΝ καθώς και με τις επιπλοκές που προκύπτουν από τη διακοπή της κύησης.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η παρούσα έρευνα ανέδειξε τις σημαντικές ελλείψεις που υπάρχουν σχετικά με την απουσία κατάλληλης πληροφόρησης στους εφήβους όσον αφορά την αντισύλληψη και τα Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Αυτό είναι αξιοσημείωτο καθώς παρόμοιες έρευνες στο εξωτερικό έδειξαν σημαντική αύξηση εντόπισης ΣΜΝ ανά τον κόσμο και την Ελλάδα, γεγονός το οποίο επιβάλλει την άριστη και έγκαιρη ενημέρωσή τους. Δυστυχώς εντοπίζεται ένα ταμπού στην Ελλάδα παρόλο που τα τελευταία χρόνια έχει γίνει προσπάθεια ενημέρωσης σχετικά με την σεξουαλική υγεία των εφήβων. Δια μέσου, λοιπόν, αυτής της ερευνητικής εργασίας σημαντικό θα ήταν να τεθούν υπ' όψιν τα αποτελέσματα έτσι ώστε να βελτιωθεί η εκπαίδευση πάνω στην υγιή σεξουαλική παιδεία των εφήβων.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Πίνακας 1 Κατανομή της συχνότητας των νέων μεταναστών του δείγματος κατά εθνικότητα .

	N	%
AIGYPTIA	1	1,3
\ALBANIKH	70	87,5
ARMENIOS	1	1,3
GERMANOS	2	2,5
GEWRGIAN	1	1,3
OYKRANEZ	2	2,5
RWSSOS	2	2,5
TOYRKIKH	1	1,3
Total	80	100,0

Πίνακας 2 Κατανομή της συχνότητας των νέων μεταναστών του δείγματος κατά την χώρα γέννησης

	N	%
AIGYPTOS	1	,6
ALBANIA	70	41,2
ARMENIA	1	,6
ELLADA	90	52,9
GERMANID	2	1,2
GEWRGIA	1	,6
OYKRANIA	2	1,2
RWSSIA	2	1,2
TOYRK1α	1	,6
Total	170	100,0

Πίνακας 3 Κατανομή της συχνότητας των νέων μεταναστών του δείγματος ως προς την περιοχή καταγωγής.

	N	%
1 Αγροτική Περιοχή	106	62,4
2 Αστική Περιοχή	64	37,6
Σύνολο	170	100,0

Πίνακας 4 Κατανομή της συχνότητας των νέων μεταναστών του δείγματος ως προς την Οικογενειακή Κατάσταση

	N	%
1 Έγγαμος	34	20,0
2 Άγαμος	127	74,7
3 Διαζευγμένος	9	5,3
Σύνολο	170	100,0

Πίνακας 5 Κατανομή της συχνότητας ως προς τις σπουδές.

	N	%
1 Απόφοιτος Δημοτικού	2	1,2
2 Απόφοιτος Γυμνασίου	19	11,2
3 Απόφοιτος Λυκείου	73	42,9
4 Απόφοιτος Τεχνικής Σχολής	24	14,1
5 Απόφοιτος Τ. Ε. Ι	23	13,5
6 Απόφοιτος Α. Ε. Ι	29	17,1
Σύνολο	170	100,0

Πίνακας 6 Κατανομή της συχνότητας ως προς τις γραμματικές γνώσεις του πατέρα

	N	%
1 Δεν πήγε σχολείο	1	0,6
2 Απόφοιτος Δημοτικού	40	23,5
3 Απόφοιτος Γυμνασίου	36	21,2
4 Απόφοιτος Λυκείου	40	23,5
5 Απόφοιτος Τεχνικής Σχολής	27	15,9
6 Απόφοιτος Τ. Ε. Ι	2	1,2

7 Απόφοιτος Α. Ε. Ι	24	14,1
Σύνολο	170	100,0

Πίνακας 7 Κατανομή της συχνότητας ως προς τις γραμματικές γνώσεις της μητέρας

	N	%
1 Δεν πήγε σχολείο	2	1,2
2 Απόφοιτος Δημοτικού	39	22,9
3 Απόφοιτος Γυμνασίου	45	26,5
4 Απόφοιτος Λυκείου	49	28,8
5 Απόφοιτος Τεχνικής Σχολής	16	9,4
6 Απόφοιτος Τ. Ε. Ι	5	2,9
7 Απόφοιτος Α. Ε. Ι	14	8,2
Σύνολο	170	100,0

Πίνακας 8 Κατανομή της συχνότητας ως προς την ηλικία της πρώτης ενημέρωσης για την ερωτική πράξη

	N	%
10 – 12	41	24,1
13 -15	71	41,8
16 -18	47	27,6
18 και άνω	11	6,5
Σύνολο	170	100,0

Πίνακας 9 Κατανομή της συχνότητας ως προς την ενημέρωση από τους γονείς τους

	N	%
Καθόλου	89	52,4
Λίγο	37	21,8
Αρκετά	24	14,1
Πολύ	20	11,8
Σύνολο	170	100,0

Πίνακας 10 Κατανομή της συχνότητας ως προς την ενημέρωση από τους Φίλους.

	N	%
Καθόλου	24	14,1
Λίγο	38	22,4
Αρκετά	54	31,8
Πολύ	54	31,8
Σύνολο	170	100,0

Πίνακας 11 Κατανομή της συχνότητας ως προς την ενημέρωση από το Σχολείο

	N	%
Καθόλου	56	32,9
Λίγο	60	35,3
Αρκετά	36	21,2
Πολύ	18	10,6
Total	170	100,0

Πίνακας 12 Κατανομή της συχνότητας ως προς την ενημέρωση από την Τηλεόραση

	N	%
Καθόλου	31	18,2
Λίγο	35	20,6
Αρκετά	60	35,3
Πολύ	44	25,9
Total	170	100,0

Πίνακας 13.Κατανομή της συχνότητας ως προς την ενημέρωση από τις Εφημερίδες / περιοδικά

	N	%
Καθόλου	57	33,5

Λίγο	42	24,7
Αρκετά	51	30,0
Πολύ	20	11,8
Total	170	100,0

Πίνακας 14. Κατανομή της συχνότητας ως προς την ενημέρωση από το Internet

	N	%
Καθόλου	109	64,1
Λίγο	24	14,1
Αρκετά	23	13,5
Πολύ	14	8,2
Total	170	100,0

Πίνακας 15 Κατανομή της συχνότητας ως προς την ενημέρωση από Επιστημονικά βιβλία

	N	%
Καθόλου	108	63,5
Λίγο	38	22,4
Αρκετά	19	11,2
Πολύ	5	2,9
Total	170	100,0

Πίνακας 16 Κατανομή της συχνότητας ως προς την ενημέρωση από έναν επαγγελματία Υγείας

	N	%
Καθόλου	125	73,5
Λίγο	29	17,1
Αρκετά	12	7,1

Πολύ	4	2,4
Total	170	100,0

Πίνακας 17. Κατανομή της συχνότητας ως προς τις σεξουαλικές σχέσεις

	N	%
1 ΝΑΙ	163	95,9
2 ΟΧΙ	6	4,1
Total	170	100,0

ΑΣΦΑΛΕΣ SEX

Πίνακας 18.Κατανομή της συχνότητας ως προς το ασφαλές σεξ.

	N	%
1 Σίγουρα ΝΑΙ	122	71,8
2 Μάλλον ΝΑΙ	44	25,9
3 Μάλλον ΟΧΙ	2	1,2
4 Σίγουρα ΟΧΙ	2	1,2
Total	170	100,0

Πίνακας 19. Κατανομή της συχνότητας ως προς το αν θεωρούν ότι κάνουν ασφαλές σεξ.

	N	%
1 Πάντα	66	38,8
2 Τις περισσότερες φορές	86	50,6
3 Σπάνια	10	5,9
4 Ποτέ	2	1,2
5 Δεν έχω σεξουαλικές σχέσεις	6	3,5
Total	170	100,0

Πίνακας 20. Κατανομή της συχνότητας ως προς το πώς χαρακτηρίζουν τις ερωτικές τους σχέσεις.

	N	%
Μακροχρόνιες	77	45,3
Μάλλον μακροχρόνιες	60	35,3
Μάλλον εφήμερες	24	14,1
Εφήμερες	9	5,3
Total	170	100,0

Πίνακας 21 Κατανομή της συχνότητας ως προς τη χρήση κάποιας μεθόδου αντισύλληψης

	N	%
1 ΝΑΙ	124	72,9
2 ΟΧΙ	46	27,1
Total	170	100,0

Πίνακας 22. Κατανομή της συχνότητας ως προς τη συχνότητα χρήσης του Προφυλακτικού.

	N	%
Πάντα	64	37,6
Συχνά	61	35,9
Σπάνια	27	15,9
Ποτέ	18	10,6
Total	170	100,0

Πίνακας 23. Κατανομή της συχνότητας ως προς τη συχνότητα χρήσης των Αντισυλληπτικών χαπιών.

	N	%
Πάντα	10	5,9

Συχνά	18	10,6
Σπάνια	17	10,0
Ποτέ	125	73,5
Total	170	100,0

Πίνακας 24. Κατανομή της συχνότητας ως προς τη συχνότητα χρήσης της διακεκομμένης συνουσίας (‘‘τράβηγμα’’)

	N	%
Πάντα	26	15,3
Συχνά	47	27,6
Σπάνια	20	11,8
Ποτέ	77	45,3
Total	170	100,0

Πίνακας 25. Κατανομή της συχνότητας ως προς τη συχνότητα χρήσης Σπερματοκτόνων.

	N	%
Πάντα	9	5,3
Σπάνια	2	1,2
Ποτέ	159	93,5
Total	169	100,0

Πίνακας 26 Κατανομή της συχνότητας ως προς τη συχνότητα χρήσης του Κολπικού-τραχηλικού διαφράγματος.

	N	%
Πάντα	3	1,8
Συχνά	3	1,8
Ποτέ	164	96,4
Total	170	100,0

Πίνακας 27. Κατανομή της συχνότητας ως προς τη συχνότητα χρήσης του Ενδομητρικού σπειράματος (σπιράλ)

	N	%
Πάντα	6	3,6
Σπάνια	1	,6
Ποτέ	163	95,9
Total	170	100,0

Πίνακας 28. Κατανομή της συχνότητας ως προς τη συχνότητα χρήσης Συνδυασμένων αντισυλληπτικών μέτρων.

	N	%
Πάντα	4	2,4
Συχνά	7	4,1
Σπάνια	14	8,3
Ποτέ	145	85,2
Total	170	100,0

Πίνακας 29 Κατανομή της συχνότητας ως προς τη συχνότητα χρήσης του χαπιού της επόμενης ημέρας.

	N	%
Πάντα	6	3,6
Συχνά	6	3,6
Σπάνια	36	21,3
Ποτέ	122	71,6
Total	170	100,0

Πίνακας 30. Κατανομή της συχνότητας ως προς τον υπολογισμό των ημερών του γυναικείου κύκλου και αν μπορεί να υπάρξει ασφαλής ερωτική επαφή χωρίς προφύλαξη.

	N	%
1 ΝΑΙ	50	29,4
2 ΟΧΙ	120	70,6
Total	170	100,0

Πίνακας 31. Κατανομή της συχνότητας ως προς την ασφαλέστερη μέθοδο αντισύλληψης.

	N	%
ANTISYLL	26	15,3
ANTXAPIA	1	0,6
APOXH	1	0,6
DIAKEKKO	2	1,2
KAMIA	1	0,6
PROFYLAK	125	73,5
SPIRAL	3	1,8
TIPOTA	1	0,6
TRABHGMA	8	4,7
XAPI EPO	1	0,6
Total	170	100,0

Πίνακας 32. Κατανομή της συχνότητας ως προς τη χρήση των αντισυλληπτικών χαπιών και αν μπορεί να εμφανίσουν Ελαφρά ναυτία

	N	%
Μάλλον ΟΧΙ	46	27,2
Σίγουρα ΟΧΙ	6	3,6
Μάλλον ΝΑΙ	98	58,0
Σίγουρα ΝΑΙ	20	11,2
Total	170	100,0

Κατανομή της συχνότητας ως προς τη χρήση των αντισυλληπτικών χαπιών και αν μπορεί να εμφανίσουν Κεφαλαλγία.

Πίνακας 33.

	N	%
Μάλλον ΟΧΙ	54	31,8
Σίγουρα ΟΧΙ	27	15,9
Μάλλον ΝΑΙ	72	42,4
Σίγουρα ΝΑΙ	17	10,0
Total	170	100,0

Πίνακας 34. Κατανομή της συχνότητας ως προς τη χρήση των αντισυλληπτικών χαπιών και αν μπορεί να εμφανίσουν Πρήξιμο του στήθους

	N	%
Μάλλον ΟΧΙ	37	21,9
Σίγουρα ΟΧΙ	8	4,7
Μάλλον ΝΑΙ	82	48,5
Σίγουρα ΝΑΙ	43	24,9
Total	170	100,0

Πίνακας 35. Κατανομή της συχνότητας ως προς τη χρήση των αντισυλληπτικών χαπιών και αν μπορεί να εμφανίσουν Αιμορραγία

	N	%
Μάλλον ΟΧΙ	64	37,9
Σίγουρα ΟΧΙ	24	14,2
Μάλλον ΝΑΙ	64	37,9
Σίγουρα ΝΑΙ	17	10,1
Total	170	100,0

Πίνακας 36. Κατανομή της συχνότητας ως προς τη χρήση των αντισυλληπτικών χαπιών και αν μπορεί να εμφανίσουν Αύξηση σωματικού βάρους

	N	%
Μάλλον ΟΧΙ	34	20,0
Σίγουρα ΟΧΙ	13	7,6
Μάλλον ΝΑΙ	84	49,4
Σίγουρα ΝΑΙ	39	22,9
Total	170	100,0

Πίνακας 37. Κατανομή της συχνότητας ως προς τη χρήση των αντισυλληπτικών χαπιών και αν μπορεί να εμφανίσουν έμφραγμα του μυοκαρδίου

	N	%
Μάλλον ΟΧΙ	90	53,3
Σίγουρα ΟΧΙ	39	23,1
Μάλλον ΝΑΙ	35	20,7
Σίγουρα ΝΑΙ	6	3,0
Total	170	100,0

Πίνακας 38

Κατανομή της συχνότητας ως προς τη χρήση των αντισυλληπτικών χαπιών και αν μπορεί να εμφανίσουν εγκεφαλικά επεισόδια.

	N	%
Μάλλον ΟΧΙ	81	47,9
Σίγουρα ΟΧΙ	45	26,6
Μάλλον ΝΑΙ	36	21,3
Σίγουρα ΝΑΙ	8	4,1
Total	170	100,0

Πίνακας 39 Κατανομή της συχνότητας ως προς τη χρήση των αντισυλληπτικών χαπιών και αν μπορεί να εμφανίσουν Φλεβοθρόμβωση

	N	%
Μάλλον ΟΧΙ	85	50,3
Σίγουρα ΟΧΙ	42	24,3
Μάλλον ΝΑΙ	36	21,3
Σίγουρα ΝΑΙ	7	4,1
Total	170	100,0

Πίνακας 40 Κατανομή της συχνότητας ως προς τη χρήση των αντισυλληπτικών χαπιών και αν μπορεί να εμφανίσουν Καρκίνο του μαστού

	N	%
Μάλλον ΟΧΙ	82	47,9
Σίγουρα ΟΧΙ	50	29,6
Μάλλον ΝΑΙ	29	17,2
Σίγουρα ΝΑΙ	9	5,3
Total	170	100,0

Πίνακας 41.Κατανομή της συχνότητας ως προς το κάθε πότε πρέπει να χορηγείται το χάπι της επόμενης μέρας.

	N	%
Συστηματικά	24	14,1
Σε εξαιρετικές περιπτώσεις	146	85,9
Total	170	100,0

Πίνακας 42. Κατανομή της συχνότητας ως προς την πιθανότητα διάτρησης της μήτρας από την διακοπή μιας εγκυμοσύνης .

	N	%
Μάλλον ΟΧΙ	46	27,1
Σίγουρα ΟΧΙ	2	1,2

Μάλλον ΝΑΙ	98	57,6
Σίγουρα ΝΑΙ	24	14,1
Total	170	100,0

Πίνακας 43. Κατανομή της συχνότητας ως προς την πιθανότητα Αιμορραγίας από την διακοπή μιας εγκυμοσύνης

	N	%
Μάλλον ΟΧΙ	19	11,2
Σίγουρα ΟΧΙ	3	1,8
Μάλλον ΝΑΙ	74	43,5
Σίγουρα ΝΑΙ	74	43,5
Total	170	100,0

Πίνακας 44. Κατανομή της συχνότητας ως προς την πιθανότητα εμφάνισης λοιμώξεων από την διακοπή μιας εγκυμοσύνης.

	N	%
Μάλλον ΟΧΙ	43	25,3
Σίγουρα ΟΧΙ	14	8,2
Μάλλον ΝΑΙ	83	48,8
Σίγουρα ΝΑΙ	30	17,6
Total	170	100,0

Πίνακας 45. Κατανομή της συχνότητας ως προς την πιθανότητα Υπογονιμότητας από την διακοπή μιας εγκυμοσύνης.

	N	%
Μάλλον ΟΧΙ	27	15,9
Σίγουρα ΟΧΙ	3	1,8
Μάλλον ΝΑΙ	98	57,6
Σίγουρα ΝΑΙ	42	24,7
Total	170	100,0

Πίνακας 46. Κατανομή της συχνότητας ως προς δημιουργία ηθικών ενοχών από την διακοπή μιας εγκυμοσύνης.

	N	%
Μάλλον ΟΧΙ	10	5,9
Σίγουρα ΟΧΙ	3	1,8
Μάλλον ΝΑΙ	42	24,7
Σίγουρα ΝΑΙ	115	67,6
Total	170	100,0

Πίνακας 47. Κατανομή της συχνότητας ως προς το αν θα αποφάσιζαν ποτέ να κάνουν τη μέθοδο μόνιμης αντισύλληψης (στείρωση).

	N	%
Μάλλον ΟΧΙ	25	14,7
Σίγουρα ΟΧΙ	131	77,1
Μάλλον ΝΑΙ	9	5,3
Σίγουρα ΝΑΙ	5	2,9
Total	170	100,0

Πίνακας 48. Κατανομή της συχνότητας ως προς την άποψη του κινδύνου μετάδοσης του Σεξουαλικά Μεταδιδόμενου Νοσήματος σε μια πιστή μονογαμική σχέση

	N	%
1 Απόλυτα ασφαλής	80	47,1
2 Ελάχιστος κίνδυνος	56	32,9
3 Μέτριος κίνδυνος	32	18,8
4 Υψηλός κίνδυνος	2	1,2
Total	170	100,0

Πίνακας 49. Κατανομή της συχνότητας ως προς την άποψη του κινδύνου μετάδοσης του Σεξουαλικά Μεταδιδόμενου Νοσήματος μέσω του υγρού φιλιού.

	N	%
1 Απόλυτα ασφαλής	44	25,9
2 Ελάχιστος κίνδυνος	67	39,4

3 Μέτριος κίνδυνος	48	28,2
4 Υψηλός κίνδυνος	11	6,5
Total	170	100,0

Πίνακας 50. Κατανομή της συχνότητας ως προς την άποψη του κινδύνου μετάδοσης του Σεξουαλικά Μεταδιδόμενου Νοσήματος μέσω της Σωματικής επαφής (χωρίς εκδορές ή αμυχές).

	N	%
1 Απόλυτα ασφαλής	49	29,0
2 Ελάχιστος κίνδυνος	53	31,4
3 Μέτριος κίνδυνος	40	23,7
4 Υψηλός κίνδυνος	27	16,0
Total	169	100,0

Πίνακας 51. Κατανομή της συχνότητας ως προς την άποψη του κινδύνου μετάδοσης του Σεξουαλικά Μεταδιδόμενου Νοσήματος μέσω της Κολπικής επαφής χωρίς προφυλακτικό.

	N	%
1 Απόλυτα ασφαλής	4	2,4
2 Ελάχιστος κίνδυνος	7	4,1
3 Μέτριος κίνδυνος	20	11,8
4 Υψηλός κίνδυνος	139	81,8
Total	170	100,0

Πίνακας 52. Κατανομή της συχνότητας ως προς την άποψη του κινδύνου μετάδοσης του Σεξουαλικά Μεταδιδόμενου Νοσήματος μέσω της Κολπικής επαφής με σπερματοκτόνο αλοιφή.

	N	%
1 Απόλυτα ασφαλής	8	4,7
2 Ελάχιστος κίνδυνος	22	12,9
3 Μέτριος κίνδυνος	39	22,9
4 Υψηλός κίνδυνος	101	59,4

Total	170	100,0
-------	-----	-------

Πίνακας 53. Κατανομή της συχνότητας ως προς την άποψη του κινδύνου μετάδοσης του Σεξουαλικά Μεταδιδόμενου Νοσήματος μέσω της Κολπικής επαφής με προφυλακτικό.

	N	%
1 Απόλυτα ασφαλής	39	22,9
2 Ελάχιστος κίνδυνος	83	48,8
3 Μέτριος κίνδυνος	43	25,3
4 Υψηλός κίνδυνος	5	2,9
Total	170	100,0

Πίνακας 54. Κατανομή της συχνότητας ως προς την άποψη του κινδύνου μετάδοσης του Σεξουαλικά Μεταδιδόμενου Νοσήματος μέσω της Πρωκτικής επαφής με προφυλακτικό.

	N	%
1 Απόλυτα ασφαλής	34	20,0
2 Ελάχιστος κίνδυνος	57	33,5
3 Μέτριος κίνδυνος	43	25,3
4 Υψηλός κίνδυνος	36	21,2
Total	170	100,0

Πίνακας 55. Κατανομή της συχνότητας ως προς την άποψη του κινδύνου μετάδοσης του Σεξουαλικά Μεταδιδόμενου Νοσήματος μέσω της Συνουσίας με περισσότερους από έναν ερωτικούς συντρόφους με προφυλακτικό.

	N	%
1 Απόλυτα ασφαλής	19	11,2
2 Ελάχιστος κίνδυνος	32	18,8
3 Μέτριος κίνδυνος	45	26,5
4 Υψηλός κίνδυνος	74	43,5
Total	170	100,0

Πίνακας 56. Κατανομή της συχνότητας ως προς την άποψη του κινδύνου μετάδοσης του Σεξουαλικά Μεταδιδόμενου Νοσήματος μέσω της Συνουσίας αμέσως πριν και μετά από την έμμηνο ρύση.

	N	%
1 Απόλυτα ασφαλής	13	7,7
2 Ελάχιστος κίνδυνος	37	21,9
3 Μέτριος κίνδυνος	51	29,6
4 Υψηλός κίνδυνος	69	40,8
Total	170	100,0

Πίνακας 57. Κατανομή της συχνότητας ως προς την άποψη του κινδύνου μετάδοσης του Σεξουαλικά Μεταδιδόμενου Νοσήματος μέσω του Στοματικού έρωτα.

	N	%
1 Απόλυτα ασφαλής	21	12,4
2 Ελάχιστος κίνδυνος	51	30,0
3 Μέτριος κίνδυνος	48	28,2
4 Υψηλός κίνδυνος	50	29,4
Total	170	100,0

Πίνακας 58. Κατανομή της συχνότητας ως προς την άποψη του κινδύνου μετάδοσης του Σεξουαλικά Μεταδιδόμενου Νοσήματος μέσω της Πρωκτικής επαφής χωρίς προφυλακτικό.

	N	%
1 Απόλυτα ασφαλής	9	5,3
2 Ελάχιστος κίνδυνος	12	7,1
3 Μέτριος κίνδυνος	17	10,0
4 Υψηλός κίνδυνος	132	77,6
Total	170	100,0

Πίνακας 59. Κατανομή της συχνότητας ως προς το αν υπάρχει περίπτωση μόλυνσης από ένα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενο Νόσημα .

	N	%
Καμμία	43	25,3
Μικρή	74	43,5
Μεγάλη	52	30,6
Total	170	100,0

Πίνακας 60

Κατανομή της συχνότητας ως προς το αν υπάρχει περίπτωση μόλυνσης από ένα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενο Νόσημα σε κάποιον από το στενό του περιβάλλον.

	N	%
Καμμία	49	28,8
Μικρή	89	52,4
Μεγάλη	32	18,2
Total	170	100,0

Πίνακας 61. Κατανομή της συχνότητας ως προς το πόσο προστατεύουν από τα ΣΜΝ τα Προφυλακτικά.

	N	%
1 Απόλυτα ασφαλής	67	39,4
2 Ελάχιστος κίνδυνος	75	44,1
3 Μέτριος κίνδυνος	24	14,1
4 Υψηλός κίνδυνος	4	2,4
Total	170	100,0

Πίνακας 62. Κατανομή της συχνότητας ως προς το πόσο προστατεύουν από τα ΣΜΝ τα Αντισυλληπτικά χάπια.

	N	%
1 Απόλυτα ασφαλής	16	9,4
2 Ελάχιστος κίνδυνος	30	17,6
3 Μέτριος κίνδυνος	25	14,7
4 Υψηλός κίνδυνος	99	58,2
Total	170	100,0

Πίνακας 63. Κατανομή της συχνότητας ως προς το πόσο προστατεύει από τα ΣΜΝ η Διακεκομμένη συνουσία ("τράβηγμα")

	N	%
1 Απόλυτα ασφαλής	13	7,6
2 Ελάχιστος κίνδυνος	20	11,8
3 Μέτριος κίνδυνος	28	16,5
4 Υψηλός κίνδυνος	109	64,1
Total	170	100,0

Πίνακας 64. Κατανομή της συχνότητας ως προς το κατά πόσο προστατεύουν από τα ΣΜΝ τα Σπερματοκτόνα.

	N	%
1 Απόλυτα ασφαλής	7	4,1
2 Ελάχιστος κίνδυνος	21	12,4
3 Μέτριος κίνδυνος	39	22,9
4 Υψηλός κίνδυνος	103	60,6
Total	170	100,0

Πίνακας 65. Κατανομή της συχνότητας ως προς το κατά πόσο προστατεύει από τα ΣΜΝ το Κολπικό-τραχηλικό διάφραγμα.

	N	%
1 Απόλυτα ασφαλής	9	5,3
2 Ελάχιστος κίνδυνος	24	14,1
3 Μέτριος κίνδυνος	42	24,7
4 Υψηλός κίνδυνος	95	55,9
Total	170	100,0

Πίνακας 66. Κατανομή της συχνότητας ως προς το κατά πόσο προστατεύει από τα ΣΜΝ το Ενδομητρικό σπείραμα (σπιράλ).

	N	%
1 Απόλυτα ασφαλής	14	8,2
2 Ελάχιστος κίνδυνος	18	10,6
3 Μέτριος κίνδυνος	38	22,4
4 Υψηλός κίνδυνος	100	58,8
Total	170	100,0

Πίνακας 67. Κατανομή της συχνότητας ως προς το κατά πόσο προστατεύει από τα ΣΜΝ το χάπι της επόμενης ημέρας.

	N	%
1 Απόλυτα ασφαλής	13	7,6
2 Ελάχιστος κίνδυνος	12	7,1
3 Μέτριος κίνδυνος	28	16,5
4 Υψηλός κίνδυνος	117	68,8
Total	170	100,0

Πίνακας 68. Κατανομή της συχνότητας ως προς το κατά πόσο προστατεύει από τα ΣΜΝ η στείρωση.

	N	%
1 Απόλυτα ασφαλής	29	17,1
2 Ελάχιστος κίνδυνος	8	4,7
3 Μέτριος κίνδυνος	18	10,6
4 Υψηλός κίνδυνος	115	67,6
Total	170	100,0

Πίνακας 69. Κατανομή της συχνότητας ως προς το αν ένα άτομο μπορεί να μολυνθεί από Σεξουαλικά Μεταδιδόμενο Νόσημα χωρίς να εμφανίσει συμπτώματα της ασθένειας για πολλά χρόνια .

	N	%
1 ΝΑΙ	150	88,2
2 ΟΧΙ	20	11,8
Total	170	100,0

Πίνακας 70. Κατανομή της συχνότητας ως προς το αν κάποιος που φαίνεται υγιής μπορεί να μεταδώσει σε άλλους ανθρώπους Σεξουαλικά Μεταδιδόμενο Νόσημα (ΣΜΝ);

	N	%
1 ΝΑΙ	164	96,5
2 ΟΧΙ	6	3,5
Total	170	100,0

Πίνακας 71. Κατανομή της συχνότητας ως προς το αν τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα (ΣΜΝ) μπορούν να θεραπευτούν εάν διαγνωστούν έγκαιρα.

	N	%
1 ΝΑΙ	136	80,0
2 ΟΧΙ	34	20,0
Total	170	100,0

Πίνακας 72. Κατανομή της συχνότητας ως προς το μπορεί να καταλάβεις εάν κάποιος έχει Σεξουαλικά Μεταδιδόμενο Νόσημα από την εμφάνισή του.

	N	%
1 ΝΑΙ	13	7,6
2 ΟΧΙ	157	92,4
Total	170	100,0

Πίνακας 73. Κατανομή της συχνότητας ως προς το πιστεύουν ότι γνωρίζουν το ερωτικό παρελθόν του / της συντρόφου τους.

	N	%
1 ΝΑΙ	60	35,3
2 ΟΧΙ	110	64,7
Total	170	100,0

Πίνακας 74. Κατανομή της συχνότητας ως προς αν στα Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα κατατάσσεται η Βλεννόρροια (Γονόρροια).

	N	%
Σίγουρα ΟΧΙ	12	7,1
Μάλλον ΟΧΙ	44	25,9
Μάλλον ΝΑΙ	52	30,6
Σίγουρα ΝΑΙ	62	36,5
Total	170	100,0

Πίνακας 75. Κατανομή της συχνότητας ως προς αν στα Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα κατατάσσεται ο Έρπης των γεννητικών οργάνων.

	N	%
Σίγουρα ΟΧΙ	6	3,5
Μάλλον ΟΧΙ	17	10,0
Μάλλον ΝΑΙ	45	26,5
Σίγουρα ΝΑΙ	102	60,0
Total	170	100,0

Πίνακας 76. Κατανομή της συχνότητας ως προς το αν στα Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα κατατάσσονται τα Χλαμύδια.

	N	%
Σίγουρα ΟΧΙ	5	3,0
Μάλλον ΟΧΙ	35	20,7
Μάλλον ΝΑΙ	52	30,8
Σίγουρα ΝΑΙ	77	45,6
Total	170	100,0

Πίνακας 77. Κατανομή της συχνότητας ως προς το αν στα Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα κατατάσσεται η Σύφιλη.

	N	%
Σίγουρα ΟΧΙ	4	2,4
Μάλλον ΟΧΙ	11	6,5
Μάλλον ΝΑΙ	37	21,8
Σίγουρα ΝΑΙ	118	69,4
Total	170	100,0

Πίνακας 78. Κατανομή της συχνότητας ως προς το αν στα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα η Ηπατίτιδα Β.

	N	%
Σίγουρα ΟΧΙ	7	4,1
Μάλλον ΟΧΙ	7	4,1
Μάλλον ΝΑΙ	31	18,2
Σίγουρα ΝΑΙ	125	73,5
Total	170	100,0

Πίνακας 79. Κατανομή της συχνότητας ως προς το αν στα Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα κατατάσσεται η Μυκητίαση (καντιντίαση).

	N	%
Σίγουρα ΟΧΙ	11	6,5
Μάλλον ΟΧΙ	28	16,5
Μάλλον ΝΑΙ	42	24,7
Σίγουρα ΝΑΙ	89	52,4
Total	170	100,0

Πίνακας 80. Κατανομή της συχνότητας ως προς το αν στα Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα κατατάσσονται τα Κονδυλώματα.

	N	%
Σίγουρα ΟΧΙ	6	3,5
Μάλλον ΟΧΙ	22	12,9
Μάλλον ΝΑΙ	47	27,6
Σίγουρα ΝΑΙ	95	55,9
Total	170	100,0

Πίνακας 81. Κατανομή της συχνότητας ως προς το αν στα Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα κατατάσσονται οι Τριχομονάδες.

	N	%
Σίγουρα ΟΧΙ	13	7,6
Μάλλον ΟΧΙ	31	18,2
Μάλλον ΝΑΙ	52	30,6
Σίγουρα ΝΑΙ	74	43,5
Total	170	100,0

Πίνακας 82. Κατανομή της συχνότητας ως προς το αν στα Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα κατατάσσεται το AIDS.

	N	%
Σίγουρα ΟΧΙ	6	3,5
Μάλλον ΟΧΙ	2	1,2
Μάλλον ΝΑΙ	10	5,9
Σίγουρα ΝΑΙ	152	89,4
Total	170	100,0

Πίνακας 83 . Κατανομή της συχνότητας ως προς το αν θα ζητούσε από τον /την σύντροφό της/του να κάνει εξετάσεις για Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα

	N	%
Μάλλον ΟΧΙ	37	21,8
Σίγουρα ΟΧΙ	23	13,5
Μάλλον ΝΑΙ	60	35,3
Σίγουρα ΝΑΙ	50	29,4
Total	170	100,0

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Βουλγαρίδης, Γ. (2001) « Αντισύλληψη»: Ο αρχαίος κόσμος. επιστημονικές εκδόσεις Παρισιανού Α.Ε.
- Βακαλούδη.Α. (2003)« Αντισύλληψη και άμβλωση από την αρχαιότητα στο Βυζάντιο.»: πορνεία. Παράνομοι δεσμοί. Εκδοτικός οίκος Αντ. Σταμούλης .
- Βασίλειος Γ. Φ. (2004)« Τεκνογονία και αντισύλληψη στον ορθόδοξο γάμο». Εκδόσεις Το παλίμψηστον. Θεσσαλονίκη .
- Βουλγαρίδης, Γ. (2001) « Αντισύλληψη»: Φιλοσοφικές και θρησκευτικές αντιλήψεις. επιστημονικές εκδόσεις Παρισιανού Α.Ε.
- Hooper A.(2007). « η σεξουαλική μας ζωή» :σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα(220-223).ελληνικές εκδόσεις Μοτίβο Α.Ε.
- Χατζημπούγιας, Δ. (2003) «Στοιχεία ανατομικής του ανθρώπου»:Κεφάλαιο 3 Το γεννητικό σύστημα του θήλεος(3.5.2)σελ(178-194). Επιμέλεια 3^{ης} έκδοσης .GM DESIGN. ΑΘΗΝΑ
- Χατζημπούγιας, Δ. (2003) «Στοιχεία ανατομικής του ανθρώπου»:Κεφάλαιο 3 Το γεννητικό σύστημα του άρρενος (3.5.1) (σελ.169-176). Επιμέλεια 3^{ης} έκδοσης .GM DESIGN. ΑΘΗΝΑ
- Βαρσαμίδης,Κ.(2001) «Φυσιολογία του ανθρώπου»:Κεφ.20 Αναπαραγωγικές λειτουργίες του άνδρα(σελ.145-146). Εκδοτικός οίκοςUNIVERSITY STUDIO PRESS. Θεσσαλονίκη.
- Δοταράκης Γ.(2001) «οικογενειακός προγραμματισμός, αντισύλληψη, σεξουαλική διαφώτιση»: Διακοπτόμενη συνουσία. εκτύπωση 7^η εκδόσεις Πατάκη.
- Δοταράκης Γ.(2001) «οικογενειακός προγραμματισμός, αντισύλληψη, σεξουαλική διαφώτιση»: Πλύσεις μετά την επαφή. εκτύπωση 7^η , εκδόσεις Πατάκη.
- Δοταράκης Γ.(2001) «οικογενειακός προγραμματισμός, αντισύλληψη, σεξουαλική διαφώτιση»: Μέθοδος ρυθμού ή ασφαλούς περιόδου , Μέθοδος ημερολογίου, Θερμομετρική μέθοδος, Μέθοδος εκτίμησης της τραχηλικής βλέννας . εκτύπωση 7η , εκδόσεις Πατάκη
- Ανώνυμος 1. « Ανατομία γεννητικών οργάνων των γυναικών».
<http://health.in.gr/enc/Article.asp?ArticleId=18458&CurrentTopId=18451&IssueTitle>
- Ανώνυμος 2. <http://el.wikipedia.org/wiki/ορμόνη>
http://www.fertilitynews.gr/treatment/Female_Treatments/Second_Step/Luteinising_Hormone.jsp
- Ανώνυμο 3, http://www.iatronet.gr/articlespnsr.asp?art_id=5322
- Ανώνυμο 4. <http://panacea.med.uoa.gr/topic.aspx?id=207>
- Ανώνυμος 5.
<http://el.wikipedia.org/wiki/%CE%91%CE%BD%CF%84%CE%B9%CF%83%CF%89%CE%BB%CE%BP%CE%B7%88%CE%B7>
- Ανώνυμος 6. http://www.iatrikionline.gr/EL_M_2-2004/2.htm
- Ανώνυμος 7. <http://health.in.gr/news/article.asp?lngArticleID=140204>
- Αρμενιάκος Α.(2008). http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=6541 ημερομηνία παραλαβής 1/10/2009
- Ανώνυμος 10. « αντισύλληψη» <http://www.gynecology.gr/contraception.htm>
- Τσουνάκης Σ. (29 ΜΑΡΤΙΟΥ). « Αντισύλληψη: Ευθύνη και των δύο».
<http://health.in.gr/print.asp?lngArticleID=35334>
- Ανώνυμος 11. «Το χάπι της επόμενης μέρας». http://www.iatrikionline.gr/EL_M_2-2004/9.htm

Αρμενιάκος Α., (2008). «Το χάπι της επόμενης ημέρας: Επείγουσα αντισύλληψη». http://www.iatronet.gr/articlespnsr.asp?art_id=4063 ημερομηνία παραλαβής 28/8/2009

Ανώνυμος 12. «Αντισύλληψη και διακοπή κύησης» http://www.gyn.gr/artman/publish/article_7.asp

Ανώνυμος 13.«Αντισύλληψη» <http://www.gynecology.gr/contraception.htm>

Σβώλου Α.(2008). « Πρωταθλήτρια η Ελλάδα στις αμβλώσεις». <http://www.e-tipos.com/newsitem?id=26829>

Ανώνυμος 14 . «Αντισύλληψη». <http://www.gynecology.gr/contraception.htm>

Ανώνυμος 15.« μέθοδοι φραγμού». http://www.iatrikionline.gr/EL_M_2-2004/3.htm

Ανώνυμο16. «μέθοδοι φραγμού». http://www.iatrikionline.gr/EL_M_2-2004/3.htm .

Ανώνυμος 17.«Ιστορία του προφυλακτικού» <http://ygeia.pblogs.gr/2009/02/415637.html>

Βουλγαρίδης Γ. « Αντισύλληψη».: ανδρικό προφυλακτικό. επιστημονικές εκδόσεις Παρισιανού Α.Ε. ελληνική έκδοση 2001.

Δαρδαβέσης, (2007). ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ, ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟ. <http://web.auth.gr/spc/hallo2/biblia/antisullhpsh.pdf>

Πανταζής Κ. , Τσαλίκης Τ. « Αντισυλληπτικές μέθοδοι φραγμού». http://www.iatrikionline.gr/EL_M_2-2004/3.

Τσουνάκης Σ, (1/2/2002). <http://health.in.gr/news/article.asp?lngArticleID=36493>

Ανώνυμος 18.<http://panacea.med.uoa.gr/topic.aspx?id=469>