

**Α.Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΑΣ
Σ.Ε.Υ.Π
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**«ΟΙ ΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΣΠΟΥΔΑΣΤΙΚΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ Α.Τ.Ε.Ι
ΠΑΤΡΑΣ ΣΤΗΝ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ ΚΑΙ ΟΙ
ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ »**



**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:
ΠΕΝΤΑΡΑΚΗ ΜΑΡΙΑ**

**ΜΕΤΕΧΟΥΣΕΣ ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:
ΜΑΛΟΠΟΥΛΟΥ ΔΑΦΝΗ
ΜΠΟΥΛΟΥΚΟΥ ΒΑΣΙΛΙΚΗ**

Ευχαριστίες

Ευχαριστούμε την κυρία Πενταράκη Μαρία, τον κύριο Δετοράκη Ιωάννη, τον κύριο Κουτσογιάννη, τον γυναικολόγο κύριο Τσαπάρα και το Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού της Πάτρας για την πολύτιμη βοήθεια και συνεργασία τους, ώστε να διεξαχθεί η παρούσα πτυχιακή εργασία.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

A. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	6-9
ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	10-12

ΚΕΦΑΛΑΙΟ I

<i>Αντισύλληψη-Μέθοδοι.....</i>	13
1.Ορισμός αντισύλληψης.....	13
2.Σκοπός αντισύλληψης.....	13-14
3.Μέθοδοι αντισύλληψης.....	14-16

ΚΕΦΑΛΑΙΟ II

<i>Επείγουσα Αντισύλληψη.....</i>	17-23
1.Σκοπός επείγουσας αντισύλληψης	
2.Τι είναι η επείγουσα αντισύλληψη	
3.Χρησιμοποίηση της επείγουσας αντισύλληψης	
4.Δράση	
5.Σε ποιες περιπτώσεις χρησιμοποιείται	
6.Μειονεκτήματα	
7.Πλεονεκτήματα	
8.Σε ποιες περιπτώσεις μπορεί η μέθοδος επείγουσας αντισύλληψης μπορεί να αποτύχει	
9.Αποτελεσματικότητα	

ΚΕΦΑΛΑΙΟ III

<i>Δυσκολίες και Προκαταλήψεις στη Χρήση της Επείγουσας Αντισύλληψης....</i>	24
1.Εκτρώσεις και επείγουσα αντισύλληψη.....	24-25
2.Επείγουσα αντισύλληψη και χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων.....	26
3.Λοιπά εμπόδια στη χρήση της επείγουσας αντισύλληψης και η άρση τους.....	26-27
4.Προκατάληψη ως προς την αναγκαιότητα χρήσης της επείγουσας αντισύλληψης.....	27-28

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

<i>Έρευνες από διάφορες χώρες για την επείγουσα αντισύλληψη</i>	29
1. Δανία.....	29
2. Σουηδία.....	30-31
3. Ελβετία.....	31-32
4. Ηνωμένο Βασίλειο και Κάτω Χώρες.....	32-33
5. Νορβηγία.....	33
6. Φιλανδία.....	33-34
7. Καναδάς, Επαρχία Νέας Σκοτίας.....	34
8. Η.Π.Α. , Ουάσιγκτον.....	34
9 Η.Π.Α., Νέα Υόρκη.....	35
10. Ινδία.....	35
11. Τζαμάικα, Κίνγκστον.....	36
12. Κένυα, Ναϊρόμπι.....	37

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

<i>Προκλήσεις της κοινωνικής εργασία</i>	38-43
1. Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού	
2. Συμβουλευτικοί Σταθμοί Νέων	
3. Γραφεία Υγείας Ιδρυμάτων Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης	
<i>Μέτρα άσκησης κοινωνικής πολιτικής</i>	43-47
1. Αντισύλληψη,	
2. Ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες και αμβλώσεις	
3. Σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία των εφήβων / νέων σεξουαλική διαπαιδαγώγηση	
4. Γενικότερη πολιτική της Ε.Ε.. στον τομέα της σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας	
ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	48

Β. ΕΜΠΕΙΡΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

1. Πληθυσμός Δείγμα.....	49
2. Εργαλεία-Διαδικασία.....	49-50
3. Μέθοδος για την ανάλυση των δεδομένων.....	50-51
4. Αποτελέσματα της ανάλυσης δεδομένων:.....	52-73
-πινακ 1: Φύλο ερωτηθέντων/εισών.	
-πινακ 2: Μόνιμη διαμονή ερωτηθέντων/εισών.	
πινακ 3: Ηλικία ερωτηθέντων/εισών.	
-πινακ 4: Γνώση επείγουσας αντισύλληψης ερωτηθέντων/εισών .	
-πινακ 5: Πηγή γνώσης της επείγουσας αντισύλληψης ερωτηθέντων/εισών.	
-πινακ 6: Αν έχουν κάνει χρήση οι ίδιες ή οι σύντροφοι των ερωτηθέντων/εισών.	
-πινακ 7Α: Ανεπιθύμητες ενέργειες ερωτηθέντων/εισών.	
-πινακ 7Β: Σχέση με τις ανεπιθύμητες ενέργειες των ερωτηθέντων/εισών.	
-πινακ 8: Λόγοι μη χρήσης της επείγουσας αντισύλληψης ερωτηθέντων/εισών.	
-πινακ 9Α: Προθέσεις για το μέλλον ερωτηθέντων	
-πινακ 9Β: Προθέσεις για το μέλλον ερωτηθεισών.	
-πινακ 10: Γνώση για τη χρήση κάποιας φίλης των ερωτηθέντων/εισών	
-πινακ 11: Γνώση για την άποψη από τη χρήση κάποιας φίλης ερωτηθέντων/εισών.	
-πινακ 12: Λόγοι μη ικανοποίησης της φίλης ερωτηθέντων/εισών.	
-πινακ 13: Αν έχουν κάνει έκτρωση οι ερωτηθείσες.	

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

1. Συμπεράσματα.....	74-76
2. Περιορισμοί της έρευνας και προτάσεις μελλοντικής έρευνας.....	77
3. Προτάσεις.....	78-80

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	81-87
--------------------------	--------------

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Παράρτημα Ι : Εκτρώσεις.....	88
Παράρτημα ΙΙ : Επιδημιολογικά στοιχεία εκτρώσεων.....	88-90

Παράρτημα III : Ερωτηματολόγιο.....	91-95
Παράρτημα IV : Φυλλάδιο.....	96-97
Παράρτημα V : Νομικό Καθεστώς για τις Αμβλώσεις ανά τον κόσμο.....	98-103

A. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι έρευνες, σχετικές με το χάπι της επόμενης ημέρας / επείγουσα αντισύλληψη εντάσσονται στην προβληματική της αποτελεσματικής αντισύλληψης για την αποφυγή ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και εκτρώσεων όπως και στην προβληματική για την αναγκαιότητα αποτελεσματικού οικογενειακού προγραμματισμού. Πιο συγκεκριμένα, η ενασχόληση με το χάπι της επόμενης μέρας εντάσσεται στην ευρύτερη προβληματική των αναπαραγωγικών δικαιωμάτων και έχει αποτελέσει αντικείμενο εμπειρικών προσεγγίσεων σε διάφορες χώρες, όπως Δανία, Σουηδία, Ελβετία, Ηνωμένο Βασίλειο και Κάτω Χώρες, Νορβηγία, Φιλανδία, Σκοτία, Ουάσιγκτον, Κίγκστον της Τζαμάικα, Ινδία και Ναϊρόμπι της Κένυας. Αυτές οι μελέτες (Perslev A., Rorbye C., Boesen H. C., Norgaard M and Nilas L. 2002, Häggström-Nordin Elisabet and Tyden Tanja 2001, Ottesen Sandrine, Narring Françoise, Renteria Saira-Christine and Michaud Pierre-André 2002, Glasier A., Ketting E., Ellertson C., Armstrong E. 1996, Sundby Johanne, Svanemyr Joar and Mæhre Tale 1999, Kosunen Elise, Sihvo Sinikka and Hemminki Elina 1997, των Langille και Delany, Sorhaindo Annik, Becker Davida, Fletcher Horace και Sandra G. 2002, Gichangi Peter B., Karanja Joseph G., Kigundu Christine S., Fonck Karoline and Temmerman Mrleen 1999) συνέβαλαν ουσιαστικά στην αναγνώριση της αναγκαιότητας της επείγουσας αντισύλληψης ως μία αξιόπιστη αντισυλληπτική μέθοδο που πρέπει να διασφαλιστεί και να προστατευτεί.

Ενώσεις Κοινωνικών Λειτουργών, όπως η Εθνική Ένωση Κοινωνικών Λειτουργών των Η.Π.Α., παράρτημα Νέας Υόρκης, υποστηρίζουν τα αναπαραγωγικά δικαιώματα της κάθε γυναίκας και την πρόσβαση της στην αντισύλληψη έκτακτης ανάγκης ως ασφαλή και αποτελεσματικά μέσα για την διακοπή μιας απρομελέτητης εγκυμοσύνης. Σύμφωνα με στοιχεία που παραθέτονται από τη συγκεκριμένη Ένωση σε ένα υπόμνημά της προς τη

Αμερικάνικη Γερουσία 3/5/2005 για την κατοχύρωση αυτού του δικαιώματος, υπάρχουν δημοσιευμένα στοιχεία από το Alan Guttmacher Institute που αποκαλύπτουν ότι το 2000, περίπου 51.000 εγκυμοσύνες που θα είχαν διακοπεί με άμβλωση αποτράπηκαν με την χρήση της Επείγουσας Αντισύλληψης. Γι'αυτό υποστηρίζουν χρειάζεται θεσμοθετημένη αντιμετώπιση, όπως η ψήφιση του απρομελέτητου νόμου πρόληψης εγκυμοσύνης, Unintended Pregnancy Prevention Act, που να επιτρέπει στις γυναίκες να στηριχθούν στα τοπικά φαρμακεία που είναι τοποθετημένα πιο κοντά στο σπίτι από τις εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης για την πρόσβαση στο χάπι της επόμενης ημέρας. Σύμφωνα με το υπόμνημα της Ένωσης οι φαρμακοποιοί είναι εκπαιδευμένοι επαγγελματίες που είναι κατάλληλοι για να συμβουλευσουν τους καταναλωτές και να διανείμουν υπεύθυνα την Επείγουσα Αντισύλληψη. (NASW-NUS, 3/5/2005).

Τα Ευρωπαϊκά και τα Διεθνή κείμενα οργανισμών φανερώνουν την επικαιρότητα του ζητήματος των αναπαραγωγικών δικαιωμάτων.

Πιο συγκεκριμένα στην Έκθεση του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου σχετικά με τη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία και τα συναφή δικαιώματα (2001/2128 (INI). Επιτροπή Δικαιωμάτων των Γυναικών και Ίσων Ευκαιριών. Εισηγήτρια: Anne E. M. Van Lancker. A5-0223/2002 (Lancker, 2002) τονίζεται ότι: Οι γυναίκες και οι άνδρες πρέπει να είναι ελεύθεροι να λαμβάνουν τις δικές τους ενημερωμένες και υπεύθυνες αποφάσεις όσον αφορά τη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία τους και τα σεξουαλικά και αναπαραγωγικά δικαιώματά τους, χωρίς βεβαίως να παραγνωρίζεται η σημασία της υγείας των άλλων, και να έχουν στη διάθεσή τους κάθε μέσο και δυνατότητα για τον σκοπό αυτό.

Επίσης, στο Ψήφισμα του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου σχετικά με την υγεία και τα δικαιώματα στη σεξουαλική ζωή και την αναπαραγωγή (2001/2128 (INI)). Υγεία και τα δικαιώματα στη σεξουαλική ζωή και την αναπαραγωγή. P5_TA(2002)0359-A5-0223/2002 συνίσταται στις κυβερνήσεις των κρατών μελών και των υποψηφίων για ένταξη χωρών να αναπτύξουν υψηλής ποιότητας εθνική πολιτική για τη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία, σε

συνεργασία με τις πολυμερείς οργανώσεις τις κοινωνίας των πολιτών, παρέχοντας ευρεία πληροφόρηση σχετικά με τις αποτελεσματικές και υπεύθυνες δυνατότητες του οικογενειακού προγραμματισμού και διασφαλίζοντας ισότιμη πρόσβαση σε όλες τις μορφές αντισυλληπτικών μεθόδων υψηλής ποιότητας καθώς και μεθόδων ευαισθητοποίησης σε θέματα γονιμότητας.

Στα διεθνή κείμενα όπως, στη Σύμβαση για την εξάλειψη όλων των μορφών διακρίσεων κατά των γυναικών (CEDAW, 1979) ορίζεται ότι τα κράτη διασφαλίζουν ότι άνδρες και γυναίκες έχουν "τα ίδια δικαιώματα να αποφασίζουν ελεύθερα και υπεύθυνα για τον αριθμό και τα χρονικά διαστήματα που θα φέρουν στον κόσμο τα παιδιά τους...", εγγυάται την πρόσβαση στην αναγκαία πληροφόρηση και εκπαίδευση και αναγνωρίζει σε άνδρες και γυναίκες τη δυνατότητα να ελέγχουν το μέγεθος της οικογένειά τους.

Τέλος, το άρθρο 96 της πλατφόρμας δράσης του Πεκίνου ορίζει τα εξής: Τα ανθρώπινα δικαιώματα των γυναικών περιλαμβάνουν το δικαίωμά τους να έχουν τον έλεγχο και να αποφασίζουν ελεύθερα και υπεύθυνα σχετικά με θέματα που αφορούν τη σεξουαλικότητά τους, συμπεριλαμβανομένης της σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας, χωρίς εξαναγκασμό διάκριση και άσκηση βίας. Η ισότητα στις σχέσεις μεταξύ ανδρών και γυναικών σε θέματα σεξουαλικών σχέσεων και αναπαραγωγής συμπεριλαμβανομένου του απόλυτου σεβασμού της ακεραιότητας του προσώπου, προϋποθέτει αμοιβαίο σεβασμό, συγκατάθεση και κοινές ευθύνες όσον αφορά τη σεξουαλική συμπεριφορά και τις συνέπειες της.

Διεθνής οργανώσεις, όπως η Διεθνή Ομοσπονδία Προγραμματισμένης Τεκνοποιίας (International Planned Parenthood Federation – IPPF), διατύπωσαν σεξουαλικά και αναπαραγωγικά δικαιώματα, τα οποία απορρέουν από το διεθνές δίκαιο των δικαιωμάτων του ανθρώπου. Το Ταμείο των Ηνωμένων Εθνών για τη δημογραφία (UNFPA) και η ΡΟΥ αναγνώρισαν το Χάρτη της IPPF για τα σεξουαλικά και αναπαραγωγικά δικαιώματα (1995).

Σύμφωνα με το Ψήφισμα του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου σχετικά με την υγεία και τα δικαιώματα στη σεξουαλική ζωή και την αναπαραγωγή (2001/2128 (INI))

κάποια άλλα διεθνή κείμενα και συμβάσεις είναι τα εξής:

- η Οικουμενική Διακήρυξη των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου, η οποία υπογράφηκε το 1948,
- το Διεθνές Σύμφωνο για τα ατομικά και πολιτικά δικαιώματα του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών, το οποίο υπογράφηκε το 1966,
- το άρθρο 12 του Διεθνούς Συμφώνου για τα οικονομικά, κοινωνικά και πολιτιστικά δικαιώματα του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών, το οποίο υπογράφηκε το 1966,
- τα άρθρα 5 και 152 της Συνθήκης ΕΚ,
- ο Χάρτης των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης,
- η Ευρωπαϊκή Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα,
- τα άρθρα 12, παράγραφος 1, και 16, παράγραφος 1, της Σύμβασης για την εξάλειψη όλων των μορφών διακρίσεων κατά των γυναικών, καθώς και τις Γενικές Συστάσεις 21 και 24 της Επιτροπής για την Εξάλειψη των Διακρίσεων εις βάρος των Γυναικών,
- το άρθρο 24 της Σύμβασης για τα δικαιώματα του παιδιού, η οποία υπογράφηκε το 1989,
- η Διακήρυξη και το Πρόγραμμα δράσης της Διάσκεψης των Ηνωμένων Εθνών για τον πληθυσμό και την ανάπτυξη (Κάιρο, 13 Σεπτεμβρίου 1994), και το Έγγραφο κεντρικών δράσεων της Διεθνούς Διάσκεψης για τον πληθυσμό και την ανάπτυξη (ΔΔΠΑ) +5 (1999),
- η Διακήρυξη και το Πρόγραμμα δράσης της Τέταρτης Παγκόσμιας διάσκεψης για τη γυναίκα (Πεκίνο, 15 Σεπτεμβρίου 1995), και το έγγραφο με τα τελικά πορίσματα της Διάσκεψης του Πεκίνου +5 (Νέα Υόρκη, 10 Ιουνίου 2000),
- το ψήφισμά του της 29ης Σεπτεμβρίου 1994 σχετικά με τα αποτελέσματα της διεθνούς διάσκεψης του Καΐρου για τον πληθυσμό και την ανάπτυξη, και το ψήφισμά του της 4ης Ιουλίου 1996 σχετικά με την υλοποίηση του Προγράμματος Δράσης της διεθνούς διασκέψεως του Καΐρου για τον πληθυσμό και την ανάπτυξη,

- το ψήφισμά του της 15ης Ιουνίου 1995 σχετικά με τη συμμετοχή της Ευρωπαϊκής Ένωσης στην τέταρτη παγκόσμια διάσκεψη για τη γυναίκα στο Πεκίνο: "Ισότητα, Ανάπτυξη και Ειρήνη", το ψήφισμά του της 21ης Σεπτεμβρίου 1995 σχετικά με την τέταρτη παγκόσμια διάσκεψη για τη γυναίκα στο Πεκίνο, και το ψήφισμά του της 18ης Μαΐου 2000 σχετικά με τη συνέχεια που δόθηκε στο πρόγραμμα δράσης του Πεκίνου,
- το ψήφισμά του της 9ης Μαρτίου 1999 σχετικά με την κατάσταση της υγείας των γυναικών στην Ευρωπαϊκή Κοινότητα,
- τη Λευκή Βίβλο της Ευρωπαϊκής Επιτροπής "Μία νέα πνοή για την ευρωπαϊκή νεολαία" της 21ης Νοεμβρίου 2001 (COM (2001) 681),
- το έγγραφο της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας με θέμα Ορισμοί και δείκτες του οικογενειακού προγραμματισμού, της μητρικής και παιδικής υγιεινής και της αναπαραγωγικής υγείας, που χρησιμοποιείται από το περιφερειακό γραφείο για την Ευρώπη της ΠΟΥ, του Μαρτίου του 1999,
- την τελική έκθεση της STOA με θέμα την ευαισθητοποίηση σε θέματα γονιμότητας και αντισύλληψης (Σχέδιο εργασίας 1995)

ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η καταγραφή των στάσεων της σπουδαστικής κοινότητας του Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας στην επείγουσα αντισύλληψη καθώς και ο προσδιορισμός ανεπιθύμητων ενεργειών από τη χρήση της. Η επείγουσα αντισύλληψη ή το χάπι της επόμενης ημέρας είναι μια αποτελεσματική μέθοδος για να αποφευχθεί η εγκυμοσύνη μετά από το απροσπάτευτο σεξ. Η επείγουσα αντισύλληψη είναι μία μέθοδος αντισύλληψης η οποία μπορεί να διασφαλίσει τα αναπαραγωγικά δικαιώματα των γυναικών. Η επιλογή του θέματος έγινε εντοπίζοντας τον κίνδυνο να αμφισβητηθεί η συγκεκριμένη μέθοδος αντισύλληψης από το ελληνικό ιατρικό κατεστημένο. Σύμφωνα με την Δρ. Μαργαριτίδου Βάσω, πρόεδρο της Μη Κυβερνητικής Οργάνωσης «Υγεία και Γυναίκες» (προσωπική συνέντευξη Νοέμβριος 2004) και τ. Διοικητής Νοσοκομείου ο ιατρικός κύκλος αντέδρασε δυναμικά ως προς αυτή τη μέθοδο αντισύλληψης προβάλλοντας ως πρόσχημα παρενέργειες από την χρήση του. Συνέπεια αυτής της αρνητικής στάσης του Ελληνικού Ιατρικού Συλλόγου ως προς την επείγουσα αντισύλληψη ήταν να αφαιρεθεί από την κεντρική ιστοσελίδα του Ε.Ο.Φ στο διαδίκτυο η παρουσίαση του χαπιού της επόμενης μέρας. Ο κύριος λόγος αυτής της αρνητικής στάσης του ιατρικού κύκλου ήταν η σημαντική μείωση των εκτρώσεων (Μαργαριτίδου Βάσω, προσωπική συνέντευξη, 2004) από τη στιγμή της κυκλοφόρησης του χαπιού (πρωτοκυκλοφόρησε το χάπι της επόμενης μέρας το 1999 στην Ελλάδα). Τα κίνητρα αυτής της αντίδρασης ήταν καθαρά οικονομικής φύσεως από την πλευρά των ιατρών, με το αν σκεφτεί κανείς ότι το κόστος της ιατρικής φροντίδας που συνδέεται με μια προσκληθείσα έκτρωση υπολογίζεται γύρω στα 500 ευρώ, ενώ το κόστος μιας επίσκεψης στο γυναικολόγο και μιας συνταγής για το χάπι της επόμενης μέρας κοστίζει περίπου 30 ευρώ. Αυτή η απλοϊκή σύγκριση αγνοεί τις μεγάλες κοινωνικές και ψυχολογικές δαπάνες της έκτρωσης ή της απρομελέτητης εγκυμοσύνης στις γυναίκες. Στο πλαίσιο του παραπάνω προβληματισμού, γεννήθηκε το ερέθισμα για την ενασχόληση με το συγκεκριμένο αντικείμενο. Η παρούσα έρευνα επιθυμούσε να συμβάλλει στο εν λόγω πλαίσιο

προβληματισμού παρέχοντας αξιόπιστα στοιχεία για να αντιπαρατεθούν με έναν επιστημονικό τρόπο απέναντι στο ιατρικό κατεστημένο ως προς τις στάσεις των σπουδαστών/τριών και τυχόν ανεπιθύμητων ενεργειών. Αντικείμενο της έρευνας είναι οι στάσεις του σπουδαστικού κοινού απέναντι στο χάπι της επόμενης μέρας και η καταγραφή τυχόν παρενεργειών. Επομένως, οι στόχοι αυτής της έρευνας εντοπίζονται:

- α) Στον προσδιορισμό των στάσεων της σπουδαστικής κοινότητας απέναντι στην επείγουσα αντισύλληψη
- β) Στον προσδιορισμό των γνώσεων της σπουδαστικής κοινότητας σε θέματα επείγουσας αντισύλληψης
- γ) Στον προσδιορισμό της χρήσης της επείγουσας αντισύλληψης από την σπουδαστική κοινότητα

Η παρούσα μελέτη χωρίστηκε σε δύο μέρη: στο θεωρητικό και στο εμπειρικό. Το θεωρητικό μέρος της μελέτης αποτελείται από πέντε κεφάλαια. Στο θεωρητικό μέρος γίνεται μια παρουσίαση στο τι είναι αντισύλληψη και ποιες μέθοδοι υπάρχουν. Ποιο συγκεκριμένα όμως δίνονται πληροφορίες για την μέθοδο εκτάκτους ανάγκης και πληροφορίες αντίστοιχων μελετών που έχουν διεξαχθεί σε άλλες χώρες όπως Δανία, Σουηδία, Ελβετία, Ηνωμένο Βασίλειο, Νορβηγία, Φιλανδία, Επαρχία Νέας Σκωτίας Καναδάς, Ουάσιγκτον, Η.Π.Α, Νέα Υόρκη, Ινδία και Κίγκστον της Τζαμάικας .

Αναλυτικότερα, στο πρώτο κεφάλαιο που έχει τίτλο « Αντισύλληψη- Μέθοδοι» γίνεται αναφορά στον ορισμό και το σκοπό της αντισύλληψης καθώς επίσης και στις μεθόδους που μπορούν τα ενεργά σεξουαλικά άτομα να χρησιμοποιήσουν γιατί όπως είδη έχει επισημανθεί αντισύλληψη σημαίνει υγεία.

Στο δεύτερο κεφάλαιο, με τίτλο «Επείγουσα Αντισύλληψη» γίνεται ανάλυση σε μια μέθοδο αντισύλληψης που χρησιμοποιείται μόνο όμως σε περιπτώσεις ανάγκης (πχ θραύση προφυλακτικού, σεξουαλική επαφή χωρίς μέτρα προφύλαξης κτλ).Επίσης δίνονται και όλα εκείνα τα στοιχεία που έχουν να κάνουν σχέση με την αποτελεσματικότητα της μεθόδου, την χρήση, την δράση, τα μειονεκτήματα, τα πλεονεκτήματα κτλ.

Το τρίτο κεφάλαιο με τίτλο «Προκαταλήψεις και Δυσκολίες στη Χρήση της Επείγουσας Αντισύλληψης» αφιερώνεται στην παρουσίαση των δυσκολιών και των προκαταλήψεων στη διάδοση της χρήσης της επείγουσας αντισύλληψης. Επίσης, στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάζεται μία επιστημονική προκατάληψη, αυτή που παρουσιάζει την αναγκαιότητα χρήσης της επείγουσας αντισύλληψης στη βάση της μείωσης του πληθυσμού. Η εν λόγω αντίληψη μπορεί να διευκολύνει τη χρήση της επείγουσας αντισύλληψης αλλά είναι κατά βάση ρατσιστική και ως εκ τούτου μη αποδεκτή.

Στο τέταρτο κεφάλαιο περιγράφονται οι έρευνες που έχουν διεξαχθεί σε διάφορες χώρες για την επείγουσα αντισύλληψη. Αυτό που είναι σημαντικό είναι ότι παρόλο που η μέθοδος αυτή είναι σχετικά καινούργια, είναι διεθνώς γνωστή και χρησιμοποιείται από πολλές γυναίκες του εξωτερικού. Σ' αυτό το κεφάλαιο καταγράφονται όλα τα αποτελέσματα των ερευνών που πραγματοποιήθηκαν σε διάφορες άλλες χώρες έτσι ώστε να μπορεί να συγκριθούν με την παρούσα μελέτη.

Το τελευταίο κεφάλαιο του θεωρητικού μέρους αναφέρεται στους φορείς σεξουαλικής ενημέρωσης και στο πως ο/η κοινωνικός λειτουργός συνεργάζεται με το εξειδικευμένο προσωπικό για την ευαισθητοποίηση και του κοινού για σεξουαλικά θέματα ώστε να μην επηρεάζεται η σωματική και ψυχική υγεία της γυναίκας.

Το εμπειρικό μέρος αποτελείται από δύο κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο περιγράφεται ο πληθυσμός, το δείγμα, το ερευνητικό εργαλείο, η μέθοδος για την ανάλυση των δεδομένων καθώς και αναλυτικά όλοι οι πίνακες των αποτελεσμάτων. Το δεύτερο κεφάλαιο περιλαμβάνει τις προτάσεις που έχουμε θέσει για την καλύτερη σεξουαλική ενημέρωση των ατόμων και τέλος τα συμπεράσματα και τις συγκρίσεις όλων των ερευνών για την επείγουσα αντισύλληψη σε σχέση με την παρούσα μελέτη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ-ΜΕΘΟΔΟΙ

Στόχος αυτού του κεφαλαίου είναι να αναλύσει τον ορισμό και το σκοπό της αντισύλληψης καθώς και να περιγράψει όλες εκείνες τις μεθόδους αντισύλληψης που χρησιμοποιούνται στη χώρα μας.

Ορισμός αντισύλληψης

Αντισύλληψη σημαίνει υγεία και πρόληψη της εγκυμοσύνης. Είναι το σύνολο των μέσων που χρησιμοποιούν τόσο οι ετεροφυλόφιλες γυναίκες όσο και οι ετεροφυλόφιλοι άντρες που θέλουν να έχουν σεξουαλική δραστηριότητα χωρίς όμως να κάνουν παιδιά. Όλες οι μέθοδοι αντισύλληψης παρακωλύουν τη γονιμοποίηση ενός ωαρίου ή εμποδίζουν την εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου. Ιδεώδες αντισυλληπτικό μέσω δεν υπάρχει και η εκλογή του εξαρτάται από την ασφάλεια, την αποτελεσματικότητα και την ανεκτικότητα του. Η καλύτερη εκλογή για κάθε ζευγάρι εξαρτάται από την ηλικία τους, τις υπάρχουσες συνθήκες ενώ ανάλογα με το χρόνο μπορεί να ποικίλουν (Μάλλινor, T. 1979:21, Bello-Dolto-Schiffman 1983, Μάλλιαρης 1995).

Σκοπός αντισύλληψης

Σκοπός της αντισύλληψης είναι να μην επιτρέψει την γονιμοποίηση του ωαρίου από το σπερματοζώαριο ή να εμποδίσει την εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου στην μήτρα. Επιπλέον η αντισύλληψη προφυλάσσει το ζευγάρι από τις σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες. (Δρ Βάρρας Μιχαήλ,

Θεοδώρα-Λακαφώση Βασιλική, Ζουρμπάκη Ανδρομάχη 1994, Μαιευτική-Γυναικολογία σελ.75, Οργανισμός Εκδόσεων Διδακτικών Βιβλίων).

Έτσι λοιπόν οι μέθοδοι αντισύλληψης αποσκοπούν στην πρόληψη:

- είτε της ωορρηξίας ,αυτό είναι η περίπτωση του αντισυλληπτικού δισκίου
- είτε της γονιμοποίησης, αυτή είναι η περίπτωση των προφυλακτικών
- ή της εμφύτευσης του γονιμοποιημένου ωαρίου, αυτή είναι η περίπτωση των ενδομήτριων συσκευών.(Οδηγός Αντισύλληψης-χάπι σημαίνει ελευθερία, 2003:20).

Μέθοδοι αντισύλληψης

Οι αντισυλληπτικές μέθοδοι που κυρίως χρησιμοποιούνται στη χώρα μας, διακρίνονται στις εξής κατηγορίες (Ι. Δετοράκης-Ι. Παπαγεωργίου 2002):

1. ΦΥΣΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ:

- Διακεκομμένη συνουσία
- Περιοδική διακοπή ή μέθοδος ρυθμού

2. ΟΡΜΟΝΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ:

- Αντισυλληπτικά δισκία
- Επείγουσα αντισύλληψη ή αντισύλληψη εκτάκτους ανάγκης
- Κολπικός δακτύλιος

3. ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΚΑ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΑ

- Σπιράλ

4. ΜΕΘΟΔΟΙ ΦΡΑΓΜΟΥ

- Ανδρικά προφυλακτικά.

Σχολιάζοντας τις αντισυλληπτικές μεθόδους, μπορούμε να σημειώσουμε τα ακόλουθα:

1. Διακεκομμένη συνουσία: η μέθοδος συνίσταται στη διακοπή της συνουσίας πριν από την εκσπερμάτιση, η οποία πραγματοποιείται εκτός του κόλπου. Η αποτελεσματικότητα της μεθόδου είναι πολύ περιορισμένη είτε γιατί αποτυγχάνει ο αυτοέλεγχος του άνδρα, είτε γιατί ακόμα και στις εκκρίσεις του πέους που προηγούνται της εκσπερμάτωσης υπάρχουν σπερματοζωάρια, τα οποία ενδέχεται να

προκαλέσουν εγκυμοσύνη. Εξάλλου, η μακροχρόνια εφαρμογή της διακεκομμένης συνουσίας ως αντισυλληπτικής μεθόδου μπορεί να προκαλέσει σοβαρές ψυχολογικές παρενέργειες (ψυχρότητα στη γυναίκα, ανικανότητα στον άνδρα).

2. Περιορισμένη αποχή (Μέθοδος ρυθμού): η μέθοδος βασίζεται σε τρεις υποθέσεις: α. το ωάριο μπορεί να γονιμοποιηθεί μόνο στις 24 πρώτες ώρες μετά την ωοθυλακιορρηξία β. τα σπερματοζωάρια διατηρούν τη γονιμοποιητική τους ικανότητα για 48 ώρες μετά την εκσπερμάτιση και γ. η ωοθυλακιορρηξία συνήθως συμβαίνει 14 περίπου ημέρες πριν από την αρχή της επόμενης έμμηνης ρύσης. Έτσι, η γυναίκα καταγράφει τη διάρκεια του κύκλου της για ένα περίπου χρόνο και κατόπιν αφαιρεί 18 ημέρες από τον μικρότερο κύκλο και 11 ημέρες από το μεγαλύτερο. Το χρονικό διάστημα που προκύπτει είναι η γόνιμη περίοδος, κατά τη διάρκεια της οποίας πρέπει να αποφεύγονται οι σεξουαλικές επαφές. Η αποτελεσματικότητα της μεθόδου είναι μικρή. Αυτό συμβαίνει γιατί οι προϋποθέσεις στις οποίες βασίζεται είναι σχετικά μεταβλητές από κύκλο σε κύκλο. Εξάλλου η μέθοδος ελαττώνει σημαντικά την περίοδο της σεξουαλικής δραστηριότητας του ζευγαριού ή απαιτεί χρήση αντισύλληψης (π.χ. προφυλακτικού) τις "επικίνδυνες μέρες".

Μια παραλλαγή της μεθόδου ρυθμού είναι η μέθοδος των σταθερών ημερών (Standard day's method). Σύμφωνα με αυτήν, γυναίκες που έχουν κύκλο 26- 32 ημέρες δεν χρειάζεται να κάνουν υπολογισμούς γόνιμων ή επικίνδυνων ημερών. Απλώς αποφεύγουν συνουσία χωρίς προφύλαξη από την 8^η έως την 19^η ημέρα του κύκλου, σύνολο 12 ημέρες. Ως πρώτη ημέρα του κύκλου θεωρείται η ημέρα εμφάνισης της περιόδου. Επιστημονικά δοκιμάστηκε η μέθοδος αυτή σε 478 γυναίκες για δύο χρόνια. Αποδείχτηκε ότι η πιθανότητα εγκυμοσύνης είναι περίπου 5- 12% το χρόνο, ανάλογα με το πόσο προσεκτικά εφαρμόζεται η μέθοδος.

3. Επείγουσα αντισύλληψη ή αντισύλληψη έκτακτης ανάγκης: είναι 2 χάπια που περιέχουν πογεσταγόνα. Πρέπει να ληφθούν σε διάστημα 12 έως 24 ώρες από την επικίνδυνη συνουσία, και όχι μεγαλύτερο των 72 ωρών.
4. Κολπικός Δακτύλιος: είναι ένας δακτύλιος που τοποθετείται κολπικά για 3 εβδομάδες. Αφαιρείται την τέταρτη εβδομάδα και τοποθετείται νέος

στον επόμενο κύκλο. Περιέχει ορμόνες παρόμοιες με του αντισυλληπτικού δισκίου.

5. Ενδομήτρια σπειράματα (σπιράλ): είναι σκεύασμα που τοποθετούνται από γυναικολόγο και παραμένουν στη μήτρα για μεγάλο χρονικό διάστημα (3-5 χρόνια). Η αντισυλληπτική δράση τους οφείλεται σε τοπική άσηπτη φλεγμονώδη αντίδραση, την οποία προκαλεί το σπιράλ, ως ξένο σώμα στη μήτρα. Λόγω της φλεγμονής αυτής αθροίζονται λευκοκύτταρα και απελευθερώνονται ουσίες που είναι τοξικές για τα σπερματοζωάρια και το τυχόν γονιμοποιημένο ωάριο. Μετά την αφαίρεση του σπιράλ, η γονιμότητα επανέρχεται σε ποσοστό 59% τους πρώτους 3 μήνες και σε ποσοστό 88% τον πρώτο χρόνο. Η αποτελεσματικότητα είναι ελαφρώς μικρότερη από εκείνη των αντισυλληπτικών δισκίων. Το σπιράλ αυξάνει την απώλεια αίματος σε κάθε εμμηνορρυσία ενώ αυξάνει πυελικής φλεγμονής (σαλπιγγίτιδα κτλ) η οποία ενδεχομένως , μειώνει τη γονιμότητα. Έτσι, το σπιράλ ενδείκνυται ως αντισυλληπτική μέθοδος σε γυναίκες που έχουν τεκνοποιήσει και δεν επιθυμούν άλλα παιδιά.
6. Το προφυλακτικό: το προφυλακτικό είναι το πιο διαδεδομένο μηχανικό μέσο αντισύλληψης. Η αντισυλληπτική του αποτελεσματικότητα κυμαίνεται σε ποσοστό 64- 97%. Τα αίτια της αποτυχίας είναι σφάλματα κατασκευής, σχίσιμο κατά την εφαρμογή, ρήξη ή απομάκρυνση κατά την συνουσία και τέλος διαφυγή σπέρματος λόγω καθυστερημένης αφαιρέσεως. Ψυχολογικοί λόγοι συχνά είναι η πηγή άρνησης του προφυλακτικού τι οποίο όμως είναι λόγω των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων (π.χ. AIDS), απαραίτητο σε κάθε περιστασιακή, μη μόνιμη σχέση, ανεξάρτητα αν η γυναίκα εφαρμόζει άλλη αντισυλληπτική μέθοδο. (Sir John Dewhurst Frcse Frogmd, Md Hon Dsc Fargo (Hon), Fracog Fcog (SA) Frcsi, " Εικονογραφημένη μαιευτική" Geoffrey Chamberlain RD MD FRCS FRCOG, FACOG (HON), Επιστημονικές εκδόσεις, Γρηγόριος Παρισιακός, Η διαπαιδαγώγηση των συζύγων καθηγητών: Η και A. Stone, κλασική λογοτεχνία, Οδηγός Αντισύλληψης " χάπι σημαίνει... ελευθερία!", Ιούνιος 2003, Γ. Κρεατσά, 1989, Ι. Δετοράκης – Ι. Παπαγεωργίου, 2002).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ

Στο κεφάλαιο αυτό αναλύουμε την μέθοδο της επείγουσας αντισύλληψης καθώς και όλα εκείνα τα στοιχεία που την χαρακτηρίζουν (χρήση, δράση, αποτελεσματικότητα κ.τ.λ.) .Η ονομασία αυτής της μεθόδου αντισύλληψης προήλθε από το χαρακτηριστικό της ότι χρησιμοποιείται μόνο σε περιπτώσεις εκτάκτους ανάγκης όπως είναι η αποτυχία της αντισυλληπτικής μεθόδου που χρησιμοποιήθηκε κατά την συνουσία και η μη χρησιμοποίηση κάποια από τις μεθόδους.

Ο όρος Επείγουσας Αντισύλληψης ή Αντισύλληψη Εκτάκτους Ανάγκης αναφέρεται στις μεθόδους που χρησιμοποιούνται για να αποτρέψουν την εγκυμοσύνη μετά από τη μη προστατευμένη σεξουαλική επαφή. Προκειμένου να είναι αποτελεσματική κάθε μια από τις μεθόδους αντισύλληψης εκτάκτους ανάγκης, πρέπει να χρησιμοποιηθεί μέσα σε μερικές ημέρες από την πράξη της μη προστατευμένης σεξουαλικής επαφής.

Παρά την αξία της στην παρεμπόδιση της εγκυμοσύνης η αντισύλληψη εκτάκτους ανάγκης δεν είναι ευρέως γνωστή ή διαθέσιμη. Σε πολλές χώρες, οι προμηθευτές οικογενειακού προγραμματισμού δεν έχουν εκπαιδευθεί σε αυτή τη μέθοδο αντισύλληψης και πολλές γυναίκες ακόμη δεν ξέρουν καν ότι υπάρχει. Πράγματι, η αντισύλληψη εκτάκτους ανάγκης έχει περιγραφεί ως “ ένα από τα καλύτερα κρατημένα μυστικά στον Οικογενειακό Προγραμματισμό”.

Η επείγουσα αντισύλληψη είναι μέθοδος εκτάκτους ανάγκης και αποτελεί μια περιστασιακή μέθοδο. Σε καμιά περίπτωση δεν θα πρέπει να αντικαθιστά μια τακτική μέθοδο αντισύλληψης. Η επείγουσα αντισύλληψη θα πρέπει να χρησιμοποιείται σε εξαιρετικές περιπτώσεις γιατί:

- Δεν επιτυγχάνει την πρόληψη εγκυμοσύνης σε κάθε περίπτωση
- Επανειλημμένη λήψη δεν συνιστάται λόγω πιθανότητας σοβαρών διαταραχών του κύκλου
- Δεν μπορεί να αντικαταστήσει την τακτική αντισύλληψη

- Δεν μπορεί να διακόψει την εγκυμοσύνη
- (Ιατράκης Μ. Γεώργιος 2002,
- 7/3/05 <http://www.postinor.gr/panel.htm>).

Σκοπός της είναι η παρεμπόδιση της ωορρηξίας ή η πρόληψη της εμφύτευσης εάν η σεξουαλική επαφή έχει συμβεί στην διάρκεια των ωρών ή των ημερών που προηγούνται της ωορρηξίας, δηλαδή σε χρόνο όπου η πιθανότητα γονιμοποίησης είναι υψηλότερη. Πιθανόν επίσης να προλαμβάνει την εμφύτευση.

Επιπροσθέτως η επείγουσα αντισύλληψη παρέχει στις γυναίκες τη δυνατότητα ενός ασφαλούς και αποτελεσματικού μέσου αποφυγής μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, μετά από μια σεξουαλική επαφή στην οποία είχαμε αποτυχία ή μη χρήση κάποιας μεθόδου αντισύλληψης. Η επείγουσα αντισύλληψη μπορεί να ελαττώσει σημαντικά τον αριθμό των ανεπιθύμητων κυήσεων και βεβαίως των αριθμό των εκτρώσεων στις οποίες καταλήγουν πολλές από τις ανεπιθύμητες κυήσεις. Σύμφωνα με στατιστικές μελέτες ποσοστό 50% των ανεπιθύμητων κυήσεων οφείλεται σε αποτυχία της εφαρμοσμένης μεθόδου αντισύλληψης αποτελεί η Επείγουσα Αντισύλληψη ή “ χάπι της επόμενης ημέρας” όπως είναι γνωστό παγκόσμια. Αποτελεί μέσο καθαρά αντισυλληπτικό και όχι εκτρωτικό. (<http://users.magnet.gr/~evgenidi/norvelo.html>).

Το χάπι της επόμενης ημέρας είναι ένα σκεύασμα επείγουσας αντισύλληψης. Περιέχει μια συνθετική ορμόνη που χρησιμοποιείται εδώ και χρόνια σε αντισυλληπτικά δισκία, αλλά για πρώτη φορά τυποποιείται στην κατάλληλη περιεκτικότητα και δοσολογία ειδικά για επείγουσα αντισύλληψη.

Ονομάζεται έτσι γιατί δεν αποτελεί, ούτε αντικαθιστά καθιερωμένες αντισυλληπτικές μεθόδους αλλά ο ρόλος του αρχίζει όταν αυτές δεν έχουν εφαρμοστεί ή υπάρχουν υπόνοιες ότι έχουν αποτύχει. Τα στενά χρονικά περιθώρια αποτελεσματικότητάς του έως 72 ώρες μετά την απροφύλακτη σεξουαλική επαφή συμβάλλουν επίσης στην ονομασία αυτή. (Ι. Δετοράκης, 1988, Ρόμπι Χ. Χάρρις 1994) .

Έτσι λοιπόν το χάπι της επόμενης ημέρας μειώνει αποτελεσματικά τις ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες, αλλά και τις εκτρώσεις. Σ' αυτό το σημείο πρέπει να τονίσουμε ότι το χάπι της επόμενης ημέρας δεν συμπεριλαμβάνεται στη λίστα των κλασικών αντισυλληπτικών χαπιών, και ούτε πρέπει να το

συγχέουμε με το εκτρωτικό χάπι. Όταν λαμβάνουμε αυτό το χάπι (χάπι επόμενης ημέρας) ουσιαστικά παρεμποδίζουμε την γονιμοποίηση του ωαρίου, δηλαδή, ακόμα δεν υφίσταται έμβρυο. Γι' αυτό οι γυναίκες που αντιμετωπίζουν ηθικό πρόβλημα με τις εκτρώσεις δεν πρέπει να αισθάνονται τύψεις ή ενοχές.

Το χάπι αυτό βρίσκεται στην κυκλοφορία σε συσκευασία που περιέχει 2 δισκία. Κάθε δισκίο περιέχει 750 mg λεβονοργεστρέλης η οποία θεωρείται πως καταστέλλει την ωορρηξία και προλαμβάνει την εμφύτευση του ωαρίου έτσι βοηθάει αποτελεσματικά ώστε να αποφευχθεί η εγκυμοσύνη. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι να ληφθεί το πρώτο χάπι το συντομότερο δυνατό μετά την ύποπτη σεξουαλική επαφή και το αργότερο εντός 72 ωρών (3 ημέρες). Στη συνέχεια πρέπει να ληφθεί το δεύτερο δισκίο 12-16 ώρες μετά το πρώτο. Όσο νωρίτερα ληφθούν τα δύο δισκία μετά από τη σεξουαλική επαφή χωρίς προφύλαξη, τόσο καλύτερα δρουν.

Σε περίπτωση εκδήλωσης εμετού εντός 3 ωρών από τη λήψη των δισκίων θα πρέπει να βεβαιωθούμε ότι τα δύο δισκία βρίσκονται στο περιεχόμενο του εμετού. Αν ισχύει αυτή η περίπτωση μόνο τότε συνίσταται η άμεση λήψη άλλων δύο δισκίων. (Οδηγός Υγιεινής, Θέματα μαιευτικής-γυναικολογίας 1999, 7/3/05 <http://www.postinor.gr/panel.htm>).

Το χάπι της επόμενης ημέρας περιέχει μια ορμόνη τη λεβονοργεστρέλη που είναι το δραστικό συστατικό του. Ανάλογα με τη φάση του κύκλου στην οποία βρισκόμαστε όταν χρησιμοποιήσουμε την αντισύλληψη ανάγκης, το χάπι μπορεί να δρα:

- Εμποδίζοντας τις ωοθήκες από το να ελευθερώσουν ένα ωάριο
- Προλαμβάνοντας το σπερματοζωάριο από το να γονιμοποιήσει το ωάριο που πιθανόν να έχει ελευθερωθεί ή
- Εμποδίζοντας ένα γονιμοποιημένο ωάριο από το να προσκολληθεί στη εσωτερική στοιβάδα της μήτρας.

Η αντισύλληψη ανάγκης σταματά την κύηση πριν την εναρξή της. Δεν δρα αν υπάρχει εγκυμοσύνη. Επομένως είναι αναποτελεσματικό σε διαπιστωμένη κύηση,έναντι της οποίας δεν έχει καμία δυνατότητα δράσης και δεν πρέπει να λαμβάνεται.(7/3/05,<http://www.postinor/panel.htm>,

22/3/05, <http://www.fpa.org.uk/guide/emergency/index.htm>).

Επομένως θα πρέπει να χρησιμοποιείται μόνο σε επείγουσες περιπτώσεις όπως:

- Εάν υπάρχει σεξουαλική επαφή μη έχοντας κάνει χρήση κάποιας μεθόδου αντισύλληψης
- Εάν δεν έχει ληφθεί το αντισυλληπτικό δισκίο για διάστημα μεγαλύτερο του μεγίστου αποδεκτού ορίου από την προηγούμενη λήψη
- Εάν το προφυλακτικό του συντρόφου σπάσει ή γλιστρήσει ή αφαιρεθεί ακατάλληλα ή ξέχασε να το χρησιμοποιήσει
- Εάν υπάρχει φόβος ότι η ενδομήτρια συσκευή έχει αποβληθεί
- Εάν το κοιλιακό διάφραγμα ή η αντισυλληπτική καλύπτρα μετακινήθηκε ή εάν απομακρύνθηκε πρόωρα
- Εάν υπάρχει φόβος ότι η μέθοδος της διακεκομμένης συνουσίας απέτυχε ή εάν υπήρχε σεξουαλική επαφή κατά τις γόνιμες ημέρες και τέλος
- Σε περιπτώσεις που οι γυναίκες έχουν πέσει θύματα βιασμού, προκειμένου να αποφύγουν στην συνέχεια άλλη μια εξαιρετική τραυματική εμπειρία, αυτή της έκτρωσης (7/3/05, <http://www.postinor.gr/page2.htm>, cosmopolitan, Δεκέμβριος 2001).

Όμως το φαρμακευτικό αυτό ιδιοσκευάσμα δεν θα πρέπει να χρησιμοποιείται σε περιπτώσεις:

- Προϋπάρχουσας εγκυμοσύνης και δεν μπορεί να τη διακόψει. Στην περίπτωση αποτυχίας του αντισυλληπτικού αυτού μέσου με εμμένουσα εγκυμοσύνη, οι επιδημιολογικές μελέτες δεν έδειξαν ανεπιθύμητες ενέργειες των προγεστινών όσον αφορά σε δυσμορφίες των εμβρύων. Δεν υπάρχει καμία πληροφορία σχετικά με τις συνέπειες για το παιδί σε περίπτωση λήψεως δόσεων λεβονοργεστρέλης υψηλότερων από 1,5mg
- Εάν έχετε υπερευαισθησία στη λεβονοργεστρέλη
- Σε περιπτώσεις ταυτόχρονης χορήγησης ορισμένων αντιεπιληπτικών παραγόντων(πριμιδόνης , καρβαμαζεπίνης, φαιμοβαρβιτάλης)και ορισμένων φαρμάκων όπως ριφαμπουτίνης, ριφαμπικίνης και

γκριζεοφουβλίνης μπορεί να μειώσει ή να καταστείλει την αποτελεσματικότητα της Επείγουσας Αντισύλληψης και

- Η λήψη αυτού του φαρμάκου δεν συνιστάται εάν υπήρξε στο παρελθόν εξωμήτριο κύηση ή σαλπινγίτιδα ή εάν υπάρχει πεπτική νόσο που εμποδίζει την απορρόφηση των φαρμάκων. (Αχ.Καλογερόπουλος 1996, Αριστοφάνη Χρ. Παπαλουκά 1985).

Το χάπι της επόμενης ημέρας είναι αποτελεσματικό εάν εφαρμοστεί εγκαίρως και είναι ασφαλής αντισυλληπτική μέθοδος σχεδόν 100%. Επίσης μπορεί να το προμηθευτείς εύκολα από τα περισσότερα φαρμακεία σε πολύ προσιτή τιμή. (Ιατράκης Μ.Γεώργιος 2002, Οικογενειακός Προγραμματισμός σελ.70). Όμως το μειονέκτημα αυτών των χαπιών είναι ότι παρουσιάζουν πολύ υψηλή περιεκτικότητα σε οιστρογόνα και για αυτό η χρήση τους πρέπει να είναι περιορισμένη ή μόνο σε περιπτώσεις απόλυτης ανάγκης. Χρησιμοποιώντας αυτό το σύστημα πρέπει να ληφθεί υπόψη κάτι πολύ σημαντικό: εάν το χάπι δεν δράσει αποτελεσματικά είναι απαραίτητη η άμεση επίσκεψη στον/στην γυναικολόγο.

Είναι σχεδόν σίγουρο ότι η υψηλή περιεκτικότητα σε ορμόνες μπορεί να έχει σοβαρές επιπτώσεις στο νεογέννητο θηλυκό που, την εποχή της ήβης, μπορεί να παρουσιάσει όγκους στον κόλπο. (Ευάγγελος Γ. Μακράκης, Οδηγός Υγιεινής).

Ακόμη έχει συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες που είναι:

- Ναυτία (έως 1 στις 4 γυναίκες)
- Εμετό
- Κεφαλαλγία
- Ερεθισμός του στήθους
- Πόνο χαμηλά στην κοιλιά
- Αίσθημα κόπωσης
- Ζαλάδες
- Ανωμαλίες στον κύκλο και στο επίπεδο ορμονών
- Δημιουργεί άγχος μέχρι να διαπιστωθεί αν πραγματικά "πέτυχε".
(Ιατράκης Μ.Γεώργιος 2002, Οικογενειακός Προγραμματισμός σελ.70)

Τέλος το χάπι της επόμενης ημέρας δεν αντικαθιστά τις απαραίτητες προφυλάξεις έναντι των σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων και τα μέτρα

που πρέπει να λαμβάνονται όταν υπάρχει κίνδυνος μετάδοσης. (22/3/05, <http://www.fpa.org.uk/guide/emergucy/index.htm>).

Για να μπορέσει κανείς να την προμηθευτεί χρειάζεται συνταγή από τον/την γυναικολόγο σου. Στη συνέχεια αγοράζεις το χάπι της επόμενης ημέρας από τα περισσότερα φαρμακεία, από τα οποιαδήποτε Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού και από κάποια τμήματα ατυχημάτων ή εκτάκτων περιστατικών νοσοκομείων, πληρώνοντας 10-13 ευρώ για το κουτί που περιέχει δύο χάπια. Δυστυχώς στη χώρα μας κανένα ασφαλιστικό ταμείο δεν καλύπτει την αγορά του συγκεκριμένου σκευάσματος, τουλάχιστον προς το παρόν. Μερικοί/ές γιατροί συνταγογραφούν δύο κουτιά στις ενδιαφερόμενες προκειμένου να αντιδράσουν άμεσα αν τους ξανασυμβεί κάποιο παρόμοιο ατύχημα. (22/3/05, <http://www.fpa.org.uk/guide/emergency/index.htm>). Στην Ουάσιγκτον (ΠΑΡΑΤΗΜΑ 1) οι γυναίκες προμηθεύονται πακέτα επείγουσας αντισύλληψης για περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης κυρίως τα Σαββατοκύριακα.

Τα επείγοντα χάπια είναι πολύ αποτελεσματικά και πρέπει να ληφθούν όσο το δυνατόν πιο σύντομα μετά την απροστάτευτη συνουσία. Είναι περισσότερο αποτελεσματικά όταν λαμβάνονται μέσα σε 24 ώρες, όμως είναι συνηθέστερο να αποτύχουν όταν ληφθούν τα χάπια σε περισσότερο από 24 ώρες μετά την απροστάτευτη συνουσία, όταν προκληθεί εμετός μέσα σε 3 ώρες μετά τη λήψη των χαπιών, εάν τα χάπια δεν ληφθούν υπό οδηγίες, και αν πραγματοποιηθεί απροφύλακτη συνουσία σε άλλο χρόνο, είτε αφού έχεις την τελευταία περίοδο, είτε μετά τη χρήση των χαπιών. (22/3/05, <http://www.fpa.org.uk/guide/emergency/index.htm>).

Όμως κανείς δεν μπορεί να πει με βεβαιότητα πόσες από τις γυναίκες που είχαν σεξουαλική επαφή η οποία ήταν δυνατόν να καταλήξει σε εγκυμοσύνη θα έμειναν έγκυες αν δεν χρησιμοποιούσαν αυτή τη μέθοδο. Υπολογίζεται ότι αν ληφθούν μέσα σε 24 ώρες μετά το απροστάτευτο σεξ, αυτά θα εμποδίσουν περισσότερες από τις 9 στις 10 εγκυμοσύνες που επρόκειτο να πραγματοποιηθούν εάν δεν έχει χρησιμοποιηθούν Επείγουσα Αντισύλληψη. Εάν ληφθούν σε 72 ώρες μετά το απροστάτευτο σεξ θα εμποδίσουν

περισσότερες από 5 στις 10 εγκυμοσύνες. (Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη Καραγιάννη 1979, Miller-callander 1991, Θέματα Μαιευτικής-Γυναικολογίας, 1999). Άρα η αποτελεσματικότητα της μεθόδου είναι τόσο υψηλότερη όσο νωρίτερα μετά την απροφύλακτη σεξουαλική επαφή γίνεται η χορήγηση των χαπιών. Η λήψη λοιπόν πρέπει να αρχίσει μέσα στις πρώτες 12 ώρες (ποσοστό επιτυχίας 95%) μετά την συνουσία και το αργότερο μέσα σε 72ώρες (ποσοστό επιτυχίας 80%-60%). Παρόλο που στην κλασική βιβλιογραφία καταγράφονται υψηλά ποσοστά επιτυχίας της μεθόδου, υπάρχουν και έρευνες που αναφέρουν αρκετά ποσοστά αποτυχίας (7%) (Spragrow 1999) κατά πάσα πιθανότητα λόγω μη έγκαιρης εφαρμογής της. (Ιατράκης Μ.Γεώργιος 2002, Οικογενειακός Προγραμματισμός σελ.69).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΚΑΤΑΛΗΨΕΙΣ ΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑΣ

ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ

Το κεφάλαιο αυτό στοχεύει να παρουσιάσει κάποιες δυσκολίες και προκαταλήψεις που συναντιούνται στη διάδοση της χρήσης της επείγουσας αντισύλληψης. Κάποιες από αυτές τις δυσκολίες έχουν να κάνουν με την λανθασμένη αντίληψη που συνδέει την επείγουσα αντισύλληψη με την έκτρωση, την μειωμένη χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων και με την έλλειψη γνώσης εκ μέρους των γυναικών για την ύπαρξη αυτής της μεθόδου. Επίσης, στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάζεται μία επιστημονική προκατάληψη, αυτή που παρουσιάζει την αναγκαιότητα χρήσης της επείγουσας αντισύλληψης στη βάση της μείωσης του πληθυσμού. Η εν λόγω αντίληψη μπορεί να διευκολύνει τη χρήση της επείγουσας αντισύλληψης αλλά είναι κατά βάση ρατσιστική και ως εκ τούτου μη αποδεκτή.

ΕΚΤΡΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ

Η επείγουσα αντισύλληψη έχει θεωρηθεί ως άμβλωση σε διάφορες χώρες γεγονός που δυσκολεύει την χρήση της. Αυτές όμως οι θεωρίες απορρίπτονται κατά ένα μεγάλο μέρος από τον ιατρικό, νομικό και θρησκευτικό συλλογισμό. Η πιθανότητα της σύλληψης από μια ενιαία πράξη της μη προστατευμένης επαφής είναι πολύ χαμηλή λαμβάνοντας υπόψη τους περιορισμένους χρόνους της γονιμότητας κατά τη διάρκεια των εμμηνορροϊκών κύκλων. Η προστασία της ζωής μιας γυναίκας δεν αναστέλλεται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Η αξίωση για την απαγόρευση της αντισύλληψης έκτακτης ανάγκης για να προστατευτεί η εμβρυϊκή ζωή από τη σύλληψη είναι επομένως προβληματική (R.J. Cook, B. M. Dickens, C. Ngwena and M. I. Plata, Νοέμβριος 2001). Στην Ελλάδα, εξάλλου δεν υφίστανται τέτοιο θέμα αφού το αναπααραγωγικό δικαίωμα της κάθε γυναίκας να επιλέξει εάν και πότε θα γίνει μητέρα είναι συνταγματικά

κατοχυρωμένο. Βάσει του άρθρου 5 παρ 1 του Συντάγματος για την ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητας, κάθε γυναίκα μπορεί να αποφασίσει τι θα κάνει στο σώμα της. Επίσης, το 1986 ψηφίστηκε ο νόμος 1609 που τροποποίησε το άρθρο 304 του ποινικού κώδικα. Με το νόμο αυτό ανατρέπεται ουσιαστικά όλη η ποινική αντιμετώπιση των αμβλώσεων. Ο όρος "άμβλωση" καταργείται, ως ιδεολογικά φορτισμένος, και αντικαθίσταται από τον όρο "τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης". Με τον όρο αυτόν εννοούμε τη διακοπή της εγκυμοσύνης πριν από την 180^η ημέρα από την αρχή του τελευταίου καταμήνιου κύκλου, σε μια περίοδο δηλαδή που το βγαλμένο έμβρυο δεν έχει πιθανότητες να επιζήσει. Η άμβλωση μπορεί να είναι αυθόρμητη (δηλαδή αποβολή που να οφείλετε σε τυχαίους τραυματισμούς, σε ασθένειες του ωαρίου κ.τ.λ) ή σε ηθελημένη (δηλαδή έκτρωση που μπορεί να είναι θεραπευτική, νόμιμη και αναγνωρισμένη ή παράνομη). (Οδηγός Υγιεινής, Ρόμπι Χ. Χάρρις 1994), (http://www.brook.org.uk/content/M5_6-emergency.org).

Έτσι λοιπόν η αντισύλληψη έκτακτης ανάγκης δεν είναι μια μορφή τεχνητής διακοπής της εγκυμοσύνης επειδή δεν υπάρχει καμία καθιερωμένη εγκυμοσύνη που ολοκληρώνετε. Είναι ιατρική και νόμιμη άποψη, ότι η εγκυμοσύνη αρχίζει όταν εμφυτεύετε ένα ωάριο στην μήτρα. Η επείγουσα αντισύλληψη όμως λειτουργεί πριν την εμφύτευση του ωαρίου.

Σύμφωνα με τα παραπάνω στοιχεία καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι η άμβλωση δεν αποτελεί μια αντισυλληπτική μέθοδο, αλλά μια μέθοδο που διακόπτει μια κύηση. Σε έρευνα που έγινε στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής περίπου το 60% όλων των κυήσεων είναι απρομελέτητες κατά τη διάρκεια της σύλληψης, είτε λανθασμένες γι' αυτό και κατέληξαν σε άμβλωση.

Η προώθηση της πρόσβασης στην αντισύλληψη έκτακτης ανάγκης περιλαμβάνει την εκπαίδευση των ασθενών και των προμηθευτών για τη μέθοδο και την παραγωγή των αντισυλληπτικών χαπιών έκτακτης ανάγκης ώστε να είναι διαθέσιμα στους ασθενείς ακόμη και προτού να προκύψει ανάγκη. (Morgan KW, Deneris A., Νοέμβριος 1997).

ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ ΚΑΙ ΧΡΗΣΗ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ

Σύμφωνα με την έρευνα των Trussell J., Ellertson C., Stewart F., Raymond EG., Shochet T. (2004) υπάρχουν κλινικά και ερευνητικά ευρήματα ότι η χρήση της επείγουσας αντισύλληψης, αντίθετα από την κυρίαρχη αντίληψη, δεν επιφέρει κάποια χαλαρότητα στη χρήση των αντισυλληπτικών μεθόδων. Οι Trussell J., Ellertson C., Stewart F., Raymond EG., Shochet T. (2004) επισημαίνουν στην έρευνά τους ότι η χρήση της επείγουσας αντισύλληψης είναι πολύ αποτελεσματική στη μείωση περιστατικών ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης. Επιπλέον, οι χρήστες είναι ευσυνείδητοι και είναι πιθανόν να μην κάνουν αλόγιστη χρήση της αντισύλληψης έκτακτης ανάγκης. Η εκπαίδευση των νέων γυναικών είναι σημαντική για την μείωση των ανεπιθύμητων εγκυμοσύνων και υπάρχουν πολυάριθμοι ιατρικοί πόροι, διαθέσιμοι στις γυναίκες για να τις βοηθήσουν σε αυτή την προσπάθεια. Τέλος η επείγουσα αντισύλληψη έχει οικονομικά και ψυχολογικά πλεονεκτήματα που ωφελούν κατά πολύ την χρήστρια και την κοινωνία. (Trussell J., Ellertson C., Stewart F., Raymond EG., Shochet T., Am J. Obstet Gynecol. Απρίλιος 2004).

ΛΟΙΠΑ ΕΜΠΟΔΙΑ ΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑΣ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ ΚΑΙ Η ΑΡΣΗ ΤΟΥΣ

Κάποια επιπλέον εμπόδια στη διαδεδομένη χρήση της αντισύλληψης έκτακτης ανάγκης αφορούν στην έλλειψη γνώσης εκ μέρους των γυναικών και των φαρμακοποιών, στην έλλειψη υποστήριξης για τη μέθοδο από τους προμηθευτές και στην έλλειψη ενός διακεκριμένου προϊόντος σε πολλές χώρες. Σύμφωνα με τον Blanchard K.(1998), πρέπει να αναθεωρηθούν οι στρατηγικές που προωθούνται από εθνικές ή περιφερειακές αρχές αρμόδιες για την υγεία, τους νοσοκομειακούς γιατρούς, τις οργανώσεις υγείας και τις ομάδες των γυναικών για να βελτιωθεί η πρόσβαση των γυναικών στην αντισύλληψη έκτακτης ανάγκης. Οι εκστρατείες πληροφόρησης στόχο έχουν

την βελτίωση της γνώσης των γυναικών και των προμηθευτών στην αντισύλληψη έκτακτης ανάγκης. Οι τοπικές ομάδες και κάποιοι προμηθευτές διανέμουν φυλλάδια ή καινοτόμες στρατηγικές υπηρεσιών προκειμένου να βελτιωθεί η πρόσβαση των γυναικών σ' αυτή τη μέθοδο. Η επέκταση του στόχου και του αριθμού αυτών των προγραμμάτων καθώς και η εισαγωγή τους στις περιοχές όπου οι γυναίκες δεν έχουν αυτή την περίοδο επαρκή γνώση και πρόσβαση στην αντισύλληψη έκτακτης ανάγκης, εξασφαλίζουν ότι όλο και περισσότερες γυναίκες θα είναι σε θέση να χρησιμοποιούν αυτή τη μέθοδο (Blanchard K., 1998).

ΠΡΟΚΑΤΑΛΗΨΗ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΧΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑΣ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ

Ένα μέρος της επιστημονικής κοινότητας για να προωθήσει την πρόσβαση στην επείγουσα αντισύλληψη επικαλείται την ανεξέλεγκτη αύξηση του πληθυσμού και την οικονομική κρίση που διέρχεται ο κόσμος. Χαρακτηριστικά αναφερόμαστε στην ερευνητική ομάδα των Greydanus DE, Senanayake P., Kerdi MJ, (1999) η οποία στο σύγγραμμά της αναφέρει ότι: Η αναπαραγωγική υγεία παραμένει ένα κρίσιμο ζήτημα για όλους τους ανθρώπους του κόσμου. Όλοι πρέπει να εξετάσουμε τις πολλές παγίδες στον έλεγχο των παγκόσμιων πληθυσμών, συμπεριλαμβάνοντας την ελλιπή εκπαίδευση των φύλων, την περιορισμένη πρόσβαση στις αποτελεσματικές μεθόδους αντισύλληψης κτλ. Δεν μπορούμε λόγω της οικονομικής κρίσης να αφήσουμε τον πληθυσμό να δρα ανεξέλεγκτος. Πρέπει να κληροδοτήσουμε θετικά στοιχεία στην επόμενη γενιά και όχι αρνητικά.(Greydanus DE, Senanayake P., Kerdi MJ., Μάιος-Ιούνιος 1999). Τέτοιου τύπου επιχειρηματολογία υποκρύπτει μία ρατσιστική και καταστροφολογική λογική η οποία πρέπει να βρίσκει τους/τις κοινωνικούς λειτουργούς αντίθετους. Το δικαίωμα στην πρόσβαση πρέπει να προστατεύεται και να ενισχύεται γιατί αποτελεί μέρος του αναπαραγωγικού δικαιώματος των γυναικών. Παράλληλα, δεν πρέπει να αμφισβητείτε με κανέναν τρόπο το δικαίωμα της αναπαραγωγής. Όλοι οι άνθρωποι ανεξαρτήτου οικονομικού επιπέδου και εθνικότητας έχουν δικαίωμα να φέρουν στον κόσμο παιδιά. Και πρέπει να αποτελεί πρωταρχικό μέλημα κάθε

κοινωνικής πολιτικής να εξασφαλίσει ένα επαρκές οικονομικό εισόδημα για όλους τους ανθρώπους.

Σύμφωνα με την έρευνα των Greydanus De, Snanayake P., Kerdī MJ. (1999) που πραγματοποιήθηκε στο κρατικό πανεπιστήμιο ιατρικής της πολιτείας του Μίσιγκαν στις Η.Π.Α., ο 20^{ος} αιώνας άρχισε με περίπου 1,6 δισεκατομμύρια ανθρώπινα όντα στον κόσμο, με μια αύξηση 96 εκατομμυρίων ανθρώπων ετησίως και θα τελειώσει με πάνω από 6 δισεκατομμύρια ανθρώπους. Εάν αυτή η τάση έρθει αντιμέτωπη άμεσα με τις παγκόσμιες κυβερνήσεις και τους πολίτες τους, θα υπάρξουν σχεδόν 8 δισεκατομμύρια μέχρι το 2025 και πάνω από 11 δισεκατομμύρια το 2050. Κατά συνέπεια, η αναπαραγωγική υγεία είναι και θα παραμείνει ένα ζήτημα κρίσιμης σπουδαιότητας για όλες τις χώρες. Η τάση αυτή υπάρχει λόγω των πολλών εγκυμοσύνων που εμφανίζονται στους εφήβους όλου του κόσμου. Αυτός ο αιώνας (20^{ος}) έχει αναπτύξει διάφορα ζητήματα που συμβάλουν στις πολλαπλές εγκυμοσύνες των εφήβων. Παραδείγματος χάριν, η Ινδία έχει έναν από τους μεγαλύτερους πληθυσμούς εφήβων παγκοσμίως, πάνω από 23 εκατομμύρια, αντιπροσωπεύοντας πάνω από το 26% του συνολικού της πληθυσμού. Οι αποτελεσματικές μέθοδοι για την αντισύλληψη και την πρόληψη από σεξουαλικά διαβιβασθείσες ασθένειες είναι διαθέσιμες, όχι όμως για όλους τους σεξουαλικά ενεργούς ανθρώπους. Εντούτοις, υπάρχουν πολλά εμπόδια στην αποτελεσματική αντισύλληψη σε όλη την υδρόγειο. Αυτό το άρθρο καταγράφει τη χρήση των αντισυλληπτικών μεθόδων σε διάφορες χώρες. Αυτές περιλαμβάνουν τα προφορικά αντισυλληπτικά, τα αντισυλληπτικά έκτακτης ανάγκης, τα εμφυτεύσιμα αντισυλληπτικά, τις ενδομήτριες συσκευές, τα αντισυλληπτικά χάπια και άλλα για να γίνουν ευρέως γνωστές αυτές οι μέθοδοι στην πλειοψηφία του κοινού ανά τον κόσμο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

ΕΡΕΥΝΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ ΣΕ ΑΛΛΕΣ ΧΩΡΕΣ

Σε αυτό το κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των ερευνών για την επείγουσα αντισύλληψη που έχουν γίνει σε διάφορες χώρες, όπως στην Δανία, Σουηδία, Ελβετία, Ηνωμένο Βασίλειο και Κάτω Χώρες, Νορβηγία, Φιλανδία, Σκοτία, πολιτεία της Ουάσιγκτον των Η.Π.Α., πολιτεία της Νέας Υόρκης των Η.Π.Α., Κίγκστον της Τζαμάικα, Ινδία και στο Ναϊρόμπι της Κένυας. Συνοπτικές παρουσιάσεις των ερευνών ακολουθούν ανά χώρα ή και περιοχή/πόλη:

1. Δανία

Η έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη Δανία είχε ως σκοπό να περιγράψει τη γνώση και τη χρήση της αντισύλληψης έκτακτης ανάγκης μεταξύ των Δανών γυναικών που ζητούν τη λήξη της εγκυμοσύνης. Η μελέτη περιλάμβανε 1514 γυναίκες (ποσοστό απάντησης 83,7%) που αναφέρθηκαν κατά τη διάρκεια της περιόδου από τον Αύγουστο του 2000 μέχρι το Μάιο του 2001. Η γνώση για την αντισύλληψη έκτακτης ανάγκης ήταν ικανοποιητική τόσο για το σωστό χρονικό όριο λήψης των χαπιών, όσο και για τον τόπο από τον οποίο μπορούν να αποκτηθούν. Βρήκανε την γνώση επαρκή σε 44,7%. Αυτές οι γυναίκες ήταν χαρακτηριστικά νεώτερες, ξεχώριζαν σε εκπαίδευση και ήταν χρήστες της αντισύλληψης. Καμιά σχέση δεν βρέθηκε με τον χρησιμοποιημένο τύπο αντισύλληψης ή με τις προηγούμενες λήξεις των εγκυμοσύνων. Η αντισύλληψη έκτακτης ανάγκης χρησιμοποιήθηκε σε πραγματική εγκυμοσύνη κατά 6,6% και το 24,1% την είχε χρησιμοποιήσει νωρίτερα. Οι πραγματικοί χρήστες χαρακτηρίστηκαν με τον ίδιο τρόπο. Η γενική γνώση για την αντισύλληψη έκτακτης ανάγκης δεν έχει βελτιωθεί σημαντικά κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών και υπάρχει ακόμα ανάγκη για τις πληροφορίες για τη σωστή χρήση της αντισύλληψης έκτακτης ανάγκης. (Perslev A., Rorbye C., Boesen H. C., Norgaard M and Nilas L. (2002).

2. Σουηδία

Οι Häggström-Nordin Elisabet and Tyden Tanja (2001) διεξήγαν μία έρευνα στη Σουηδία με στόχο την διερεύνηση της γνώσης, της στάσης και της εμπειρίας με το αντισυλληπτικό χάπι έκτακτης ανάγκης μεταξύ των εφήβων.

Η μεθοδολογία της έρευνας περιλάμβανε ένα ερωτηματολόγιο με 23 ερωτήσεις σχετικά με τα δημογραφικά στοιχεία, τη γνώση, τη στάση και την εμπειρία των σπουδαστών απέναντι στην επείγουσα αντισύλληψη παραδόθηκε σε ένα τυχαίο δείγμα 20 κατηγοριών στο ανώτερο γυμνάσιο σε δύο πόλεις μέσου μεγέθους στη Σουηδία. Το ερωτηματολόγιο βασίστηκε σε ένα πιλοτικό έργο. Η ιατρική επιτροπή ηθικής της ιατρικής σχολής του πανεπιστημίου της Ουψάλα ενέκρινε αυτή τη μελέτη. Το ποσοστό συμμετοχής ήταν 100% (n= 408). Διαφορές στις απαντήσεις μεταξύ των εφήβων στις δύο πόλεις, αγόρια και κορίτσια σε θεωρητικές και πρακτικές κατηγορίες. Σύμφωνα με τα πορίσματα της έρευνας η μέση ηλικία ήταν 16,5 χρόνων. Σχεδόν το 45,4% των εφήβων είχαν σεξουαλική επαφή, το 28,3% δηλώνει ότι αυτός ή ο σύντροφος του έχει χρησιμοποιήσει αντισυλληπτικά έκτακτης ανάγκης. Τέσσερις στους πέντε εφήβους ήξεραν για την αντισύλληψη έκτακτης ανάγκης και από πού να το λάβουν εάν είναι απαραίτητο. Πολλοί έφηβοι(67,3%) επίσης ήξεραν ότι η αντισύλληψη έκτακτης ανάγκης απέτρεπε την εμφύτευση. Οι κύριες πηγές πληροφοριών για την επείγουσα αντισύλληψη ήταν οι κλινικές νεολαίας(n=179) και οι φίλοι(n=159). Η στάση απέναντι στη χρησιμοποίηση της επείγουσας αντισύλληψης σε μια κατάσταση έκτακτης ανάγκης ήταν θετική, αλλά οι έφηβοι, και ειδικά τα κορίτσια ήταν διστακτικά ως προς το εάν η επείγουσα αντισύλληψη πρέπει να είναι διαθέσιμη χωρίς συνταγή. Τα κορίτσια θεωρούσαν ότι η επείγουσα αντισύλληψη θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί πολύ περισσότερο. Και τα δύο τρίτα και των δύο φύλων σκεφτόντουσαν ότι θα μπορούσε να οδηγηθεί στην αμέλεια με την τρέχουσα αντισύλληψη. Το 77% των εφήβων προτιμούσαν τη στροφή σε μια κλινική νεολαίας όταν έχουν ανάγκη την επείγουσα αντισύλληψη. Ένας στους τέσσερις θεώρησε ότι οι ανησυχίες για τις παρενέργειες θα μπορούσε να αποτρέψει αυτούς από τη χρησιμοποίηση της επείγουσας αντισύλληψης.

Με βάση τα αποτελέσματα στην παρούσα μελέτη, η σημασία σε αυτήν την κατάσταση επιβεβαιώνεται. Η συνειδητοποίηση για την επείγουσα αντισύλληψη ήταν καλή, αλλά οι έφηβοι που εξέφρασαν επίσης ανησυχίες για τις παρενέργειες. Τα κορίτσια ήταν πιο διστακτικά από τα αγόρια για την κατοχή επείγουσας αντισύλληψης διαθέσιμης πέρα από το κανονικό.(Häggtröm- Nordin Elisabet and Tyden 2001).

3. Ελβετία

Η έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε τρεις περιοχές της Ελβετίας είχε ως στόχο να περιγράψει και να αναλύσει την συνειδητοποίηση και τη χρήση αντισύλληψης έκτακτης ανάγκης μεταξύ των σεξουαλικά ενεργών Ελβετών εφήβων (Ottesen Sandrine, Narring Françoise, Renteria Saira-Christine and Michaud Pierre-André 2002). Η μεθοδολογία της έρευνας αφορούσε την διάχυση. Τα ανώνυμα αυτοματοποιημένα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν σε ένα εθνικό αντιπροσωπευτικό δείγμα 4.283 εφήβων (ηλικίας 16 έως 20 έτη) στα γυμνάσια και στα επαγγελματικά κέντρα. Οι νέοι που ήταν σεξουαλικά ενεργοί (51,5% του δείγματος:1058 κορίτσια και 1073 αγόρια) αποκρίθηκαν στις ερωτήσεις για την συνειδητοποίηση και τη χρήση αντισύλληψης έκτακτης ανάγκης, τις σεξουαλικές αντιλήψεις, την τοποθέτηση και τις συμπεριφορές.

Η έρευνα κατέδειξε ότι τα περισσότερα από τα σεξουαλικά ενεργά κορίτσια (89,3%) και τα αγόρια (75,2%) ήξεραν για την ύπαρξη της επείγουσας αντισύλληψης. Από τα κορίτσια το αναφερόμενο 20% χρησιμοποίησε την αντισύλληψη έκτακτης ανάγκης, και η πλειοψηφία τους την χρησιμοποίησαν μόνο μία φορά (64,1%) ή δύο φορές (18,5%). Η συνειδητοποίηση της επείγουσας αντισύλληψης συνδέθηκε θετικά με το επίπεδο εκπαίδευσης του πατέρα (κορίτσια:σπάνια αναλογία 5,18) και το σχολικό πρόγραμμα σπουδών του εναγομένου. Οι στατιστικές διαφορές φύλου στη συνειδητοποίηση της επείγουσας αντισύλληψης καταδεικνύουν ότι τα κορίτσια που είχαν ένα στενό φίλο ή μια ομάδα φίλων αγοριών ελβετικής υπηκοότητας και εκείνα που είχαν την ευκαιρία να συζητήσουν το ζήτημα της αντισύλληψης παρουσίαζαν την μεγαλύτερη συνειδητοποίηση της επείγουσας αντισύλληψης. Η χρήση της επείγουσας αντισύλληψης ήταν υψηλότερη μεταξύ των κοριτσιών που ζούσαν στις αστικές περιοχές (η αναλογία πιθανοτήτων 1,91) και είχε περιστασιακά μη προστατευμένη επαφή. Δεν βρέθηκε οποιαδήποτε σημαντική διαφορά

μεταξύ αυτών που έχουν κάνει χρήση επείγουσας αντισύλληψης πολλές φορές έναντι εκείνων που έχουν κάνει χρήση μία φορά. Σύμφωνα με τα συμπεράσματα της έρευνας η συνειδητοποίηση και η χρήση επείγουσας αντισύλληψης πρέπει να βελτιωθεί μέσω των καλύτερων πληροφοριών και της δυνατότητας πρόσβασης σε κλινικές οικογενειακού προγραμματισμού που είναι γνωστές στην Ελβετία και ευρέως προσιτές για να τις επισκέπτονται συχνά οι έφηβους . Τα χάπια έκτακτης ανάγκης κοστίζουν περίπου 7\$ και μπορούν να δοθούν στα νέα κορίτσια πριν την ηλικία των 18 ετών χωρίς γονική συγκατάθεση. Σχεδόν σε όλες τις περιοχές της χώρας εκπαιδεύονται τα δύο φύλα πάνω σε θέματα σεξουαλικότητας δύο φορές κατά τη διάρκεια των υποχρεωτικών σχολικών ετών.(Ottesen Sandrine, Narring Françoise, Renteria Saira-Christine and Michaud Pierre-André 2002).

4. Ηνωμένο Βασίλειο και Κάτω Χώρες

Σύμφωνα με έρευνα των Glasier A., Ketting E., Ellertson C., Armstrong E. (1996), και στο Ηνωμένο Βασίλειο και στις Κάτω Χώρες η αντισύλληψη έκτακτης ανάγκης είναι ένα καθιερωμένο μέρος πρακτικής οικογενειακού προγραμματισμού και το κόστος του καλύπτεται από τα εθνικά συστήματα υγείας. Η εμπειρία σ' αυτές τις δύο χώρες δείχνει τις ανάγκες για την εκπαίδευση των προμηθευτών και των πιθανών αποδεκτών για ένα περιεκτικό δίκτυο των πηγών ανεφοδιασμού της μεθόδου. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, όπου το τμήμα υγείας έχει εγκρίνει τη θεραπεία έκτακτης ανάγκης μέσα σε 72 ώρες μετά την απροστάτευτη επαφή, υπάρχει υποστήριξη ώστε να καταστεί διαθέσιμο από τους φαρμακοποιούς χωρίς συνταγή. Έχουν πουληθεί 2,5 εκατομμύρια πακέτα παρόλο που για την θεραπευτική αγωγή χορήγησαν άδεια το 1984. Οι δαπάνες σε αντισυλληπτικά χάπια έκτακτης ανάγκης σώζουν για την υγειονομική υπηρεσία της κυβέρνησης 723- 806\$ ανά ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη που αποτρέπεται. Οι χρήστες αντισύλληψης έκτακτης ανάγκης στις Κάτω Χώρες τείνουν να είναι έφηβοι που δεν έχουν μείνει ποτέ έγκυοι και επιδιώκουν την μέθοδο από μια κλινική οικογενειακού προγραμματισμού. Πολλές γυναίκες στις Κάτω Χώρες εξαρτώνται από μια μετασυνουσιαστική αντισυλληπτική μέθοδο στις καταστάσεις μη προστατευμένης επαφής. Το ποσοστό επίπτωσης για τις αμβλώσεις και για τις εφηβικές εγκυμοσύνες στις Κάτω Χώρες είναι χαμηλότερο παγκοσμίως. Η

ολλανδική κοινωνία δέχεται την εφηβική σεξουαλικότητα και παρέχει την επίσημη και άτυπη εκπαίδευση των φύλων και στις προσιτές αντισυλληπτικές υπηρεσίες.

Στο Ηνωμένο Βασίλειο αλλά και στις Κάτω Χώρες, η επιτυχία της μετασυνουσιαστικής αντισύλληψης ως μεθόδου τελευταίας λύσης συσχετίζεται με την υψηλή ποιότητα και τη δυνατότητα πρόσβασης των εθνικών προγραμμάτων οικογενειακού προγραμματισμού. (Glasier A., Ketting E., Ellertson C., Armstrong E. Fam Plann Perspect, Μάρτιος- Απρίλιος 1996).

5. Νορβηγία

Στην Νορβηγία έγινε μια έρευνα που στόχο είχε να προσδιοριστούν μερικά νέα σημεία εσόδων στην παροχή συμβουλών σεξουαλικότητας, αντισυλληπτικών, άμβλωσης και μετά άμβλωσης. Χρησιμοποιώντας μια ποιοτική προσέγγιση, πήραν συνέντευξη από 102 νέες γυναίκες στο Όσλο που επιδίωκαν είτε μια άμβλωση είτε τα αντισυλληπτικά. Η μελέτη κατέδειξε ότι η αντισυλληπτική συνειδητοποίηση είναι καλή, αλλά υπάρχουν διαφορετικά επίπεδα συνέπειας σε αντισυλληπτική χρήση μεταξύ των γυναικών και ότι ακόμη και οι γυναίκες με λίγους συντρόφους και η αρκετά καλή αντισυλληπτική συμμόρφωση δοκιμάζουν μερικές φορές τη μη σχεδιασμένη εγκυμοσύνη. Η μελέτη αναθεωρεί μερικά ζητήματα σπουδαιότητας όπου η επικοινωνία με τις νέες γυναίκες μπόρεσε να βελτιωθεί. Αυτά τα ζητήματα περιλαμβάνουν τις καλύτερες επίσημες πληροφορίες για την αντισύλληψη έκτακτης ανάγκης, την καλύτερη προώθηση προφυλακτικών και μια προσπάθεια να περιληφθούν καλύτερα ενημερωμένοι ενήλικες, συμπεριλαμβανομένης της επαγγελματικής παροχής συμβουλών. Επιπλέον, οι αντισυλληπτικές συνταγές πρέπει να χορηγηθούν στον τύπο συμπεριφοράς και των σχέσεων που έχουν οι νέες γυναίκες. (Sundby Johanne, Svanemyr Joar and Mæhre Tale (1999).

6. Φιλανδία

Στην Φιλανδία μελετήσανε τη γνώση και τη χρήση της ορμονικής αντισύλληψης έκτακτης ανάγκης με την αποστολή ενός ερωτηματολογίου σε ένα εθνικό δείγμα 3000 γυναικών ηλικίας 18-44 ετών (ποσοστό απάντησης 74%). Σύμφωνα με τα στοιχεία της έρευνα 10% των γυναικών ηλικίας κάτω

των 25 ετών και 4% όλων ερωτώμενων είχαν χρησιμοποιήσει μερικές φορές την αντισύλληψη έκτακτης ανάγκης(Kosunen Elise, Sihvo Sinikka and Hemminki Elina 1997). Οι ανύπαντρες γυναίκες ήταν πιθανότερο να υποβάλουν έκθεση χρησιμοποιώντας την ορμονική αντισύλληψη έκτακτης ανάγκης από ότι οι παντρεμένες. Εντούτοις, καμιά στατιστικά σημαντική διαφορά δεν παρατηρήθηκε στη χρήση της αντισύλληψης έκτακτης ανάγκης μεταξύ των γυναικών με ή χωρίς προηγούμενη ιστορία άμβλωσης. Οι ηλικιωμένες γυναίκες γνώριζαν λιγότερο την αντισύλληψη έκτακτης ανάγκης απ' ότι τις άλλες μεθόδους. Μόνο το ένα τρίτο των γυναικών ηλικίας πάνω από 35 ήξερε λίγο αυτή τη μέθοδο. Οι τρέχουσες αντισυλληπτικές πρακτικές ήταν εξάλλου παρόμοιες μεταξύ αυτών που έχουν χρησιμοποιήσει την αντισύλληψη έκτακτης ανάγκης και αυτών που δεν την έχουν χρησιμοποιήσει ποτέ, αλλά οι χρήστες της αντισύλληψης έκτακτης ανάγκης εξέθεσαν συχνότερη χρήση του προφυλακτικού μαζί με τα προφορικά αντισυλληπτικά. Κανείς δεν εξέθεσε τη χρησιμοποίηση της αντισύλληψης έκτακτης ανάγκης ως τη μόνη αντισυλληπτική μέθοδο. Τα συμπεράσματα προτείνουν ότι η αντισύλληψη έκτακτης ανάγκης χρησιμοποιείται κατάλληλα στην Φιλανδία, αλλά απαιτούνται ακόμα περισσότερες πληροφορίες για τη χρήση της μεθόδου.

(Kosunen Elise, Sihvo Sinikka and Hemminki Elina (1997).

7. Επαρχία Νέας Σκοτίας, Καναδάς

Μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Langille και Delany, σε ένα γυμνάσιο της Νέας Σκοτίας του Καναδά σε κορίτσια ηλικίας 14 έως 19 χρόνων, έδειξε ότι το 80% των κοριτσιών είχε ακούσει για την Επείγουσα Αντισύλληψη, αλλά μόνο το 10% γνώριζε τα χρονικά όρια μέσα στα οποία η αντισύλληψη ανάγκης είναι αποτελεσματική. Συνολικά, είχαν μια φτωχή κατανόηση των κινδύνων, των ωφελειών ή της αποτελεσματικότητας της Επείγουσας Αντισύλληψης. Αυτές οι νέες γυναίκες είχαν μάθει για την Επείγουσα Αντισύλληψη ως επί το πλείστον μέσω της σεξουαλικής εκπαίδευσης, της υγειονομικής αγωγής και ένα πολύ μικρό ποσοστό γυναικών είχε ακούσει για την Επείγουσα Αντισύλληψη από το γυναικολόγο τους (McMahon S., Hansen L., Mann J., Sevigny C., Wong T., Roache M., 2004)

8. Ουάσιγκτον, Η.Π.Α.

Σύμφωνα με την έρευνα που διεξήχθη κατά τη διάρκεια ενός πιλοτικού έργου για την Επείγουσα Αντισύλληψη στην πολιτεία των Η.Π.Α. Ουάσιγκτον, πολλές απρομελέτητες εγκυμοσύνες εμφανίζονται τα Σαββατοκύριακα όταν κλείνουν οι δομές υγειονομικής περίθαλψης ή οι ώρες λειτουργίας τους περιορίζονται. Η καθυστερημένη πρόσβαση στην Επείγουσα Αντισύλληψη μπορεί να παρεμποδίσει τη δυνατότητα μιας γυναίκας να αποτρέψει την απρογραμμάτιστη σύλληψη. Στο πλαίσιο του απρογραμμάτιστου νόμου πρόληψης εγκυμοσύνης, οποιαδήποτε γυναίκα θα είναι σε θέση να κρατήσει την Επείγουσα Αντισύλληψη ή μια συγκεκριμένη συνταγή για την έκτακτη ανάγκη, προσιτή έτσι ώστε τα άμεσα μέτρα να μπορούν να ληφθούν εάν αποτύχει η κανονική θεραπευτική αγωγή ελέγχου της γέννησης της. (03/05/2005, <http://www.naswnys.org/legislative/memos/emergency-contraception.htm>).

9. Νέα Υόρκη

Το κρατικό κεφάλαιο της Νέας Υόρκης, της Εθνικής Ένωσης των κοινωνικών λειτουργών υποστηρίζει το δικαίωμα κάθε γυναίκας στην αναπαραγωγική διαδικασία και στην πρόσβαση στην αντισύλληψη έκτακτης ανάγκης ως ασφαλή και αποτελεσματικά μέσα σε μια απρομελέτητη εγκυμοσύνη.

Έρευνα που δημοσιεύτηκε από τον Alan Guttmacher Institute αποκαλύπτει ότι το 2000, περίπου 51.000 εγκυμοσύνες που θα είχαν διακοπεί με άμβλωση, αποτράπηκαν με την χρήση της επείγουσας αντισύλληψης. (3/05/2005, <http://www.naswnys.org/legislative/memos/emergency-contraception.htm>)

10. Ινδία

Λίγες έρευνες και μελέτες που πραγματοποιούνται στην Ινδία έχουν αποκαλύψει μια εξαιρετικά φτωχή συνειδητοποίηση των ενδεχόμενων χρηστών για την αντισύλληψη έκτακτης ανάγκης (2-10% στις περισσότερες μελέτες). Αυτές οι μελέτες έδωσαν έμφαση επίσης στην ελλιπή γνώση για την έκτακτη ανάγκη μεταξύ των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης,

συμπεριλαμβανομένων των γιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού. Οι ανεπαρκείς πληροφορίες, η αμέλεια και η φτωχή εκπαίδευση είναι οι κύριες αιτίες για την υποεκμετάλλευση των διαθέσιμων σήμερα μεθόδων έκτακτης ανάγκης. Επομένως, η παροχή των αναλυτικών πληροφοριών και της εντατικής εκπαίδευσης και των προμηθευτών και των χρηστών παραμένει ένα πολύ σημαντικό ζήτημα κατά τη διάρκεια της φάσης προ-εισαγωγής για την ασφαλή εφαρμογή της έκτακτης ανάγκης.

Οι περισσότερες γυναίκες στην Ινδία, μετά από μια τυχαία ανεπιθύμητη σεξουαλική επαφή χωρίς την επιθυμία όμως να συλλάβουν, δεν ξέρουν ότι η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη μπορεί ακόμα να αποφευχθεί με αποτέλεσμα να περιμένουν με ανησυχία την επόμενη περίοδο. Έτσι χρειάζεται μια πολύ καλή εκπαίδευση στους άντρες και στις γυναίκες για να συνειδητοποιήσουν την απόλυτη ανάγκη για την χρήση μιας από της μεθόδου αντισύλληψης. (The Pharmaceutical Journal, 1999)

11. Κίνγκστον της Τζαμάικας

Στην Τζαμάικα (Sorhaindo Annik, Becker Davida, Fletcher Horace και Sandra G. 2002) όπου μελετήθηκε μία ομάδα 205 φοιτητριών, με τυχαία δειγματοληψία, που ζούσαν στην φοιτητική εστία του Πανεπιστημίου για να μάθουν τη γνώση των περισσότερων σπουδαστών και τις απόψεις τους σχετικά με τα χάπια έκτακτης ανάγκης. Η γενική συνειδητοποίηση στα χάπια έκτακτης ανάγκης ήταν υψηλή (84%), αν και πολλοί σπουδαστές ήταν απληροφόρητοι σε συγκεκριμένες λεπτομέρειες σχετικά με την κατάλληλη χρήση της μεθόδου, όπως το χρονικό πλαίσιο. Είκοσι σπουδάστριες (10%) είχαν χρησιμοποιήσει την επείγουσα αντισύλληψη οι ίδιες. Οι περισσότερες είχαν χρησιμοποιήσει το χάπι έκτακτης ανάγκης για πρώτη φορά επειδή στερήθηκαν την αντισύλληψη ή λόγω της αντισυλληπτικής αποτυχίας. Μετά από την πρώτη χρήση της επείγουσας αντισύλληψης το 55% υιοθέτησε μια τρέχουσα μέθοδο αντισύλληψης. Οι περισσότεροι σπουδαστές αισθάνθηκαν ότι η επείγουσα αντισύλληψη ήταν μια σημαντική επιλογή για τις γυναίκες στην Τζαμάικα εντούτοις κάποιος από φόβο μπορεί να καταχραστεί την επείγουσα αντισύλληψη. Οι μελλοντικές εκπαιδευτικές εκστρατείες πρέπει να παρέχουν στους τζαμαϊκανούς πανεπιστημιακούς σπουδαστές τις αναλυτικές

πληροφορίες για αυτήν τη μέθοδο. (Sorhaindo Annik, Becker Davida, Fletcher Horace and Garcia Sandra G. (2002).

12. Ναϊρόμπι, Κένυα

Στο Ναϊρόμπι της Κένυας έγινε μια διαστρωματωποιημένη περιγραφική μελέτη (Gichangi Peter B., Karanja Joseph G., Kigonda Christine S., Fonck Karoline and Temmerman Mrlleen 1999). Μια περιγραφική μελέτη για τη γνώση, τις τοποθετήσεις και την πρακτική για την αντισύλληψη έκτακτης ανάγκης πραγματοποιήθηκε μεταξύ των νοσοκόμων και των σπουδαστών νοσηλευτικής χρησιμοποιώντας ένα μόνο διεξαχθέν ερωτηματολόγιο. Συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο 63 σπουδαστές και σπουδάστριες νοσηλευτικής και 167 νοσοκόμες. Πάνω από 95% απαρίθμησε τουλάχιστον μία κανονική αντισυλληπτική μέθοδο αλλά μόνο 2,6% αυθόρμητη απαριθμημένη επείγουσα αντισύλληψη ως αντισυλληπτική μέθοδος, ενώ 48% των εναγομένων είχε ακούσει για την επείγουσα αντισύλληψη. Σημαντικά περισσότεροι σπουδαστές/στρίες νοσηλευτικής από τις καταρτισμένες νοσοκόμες εξοικειώθηκαν με τη γνώση της αντισύλληψης έκτακτης ανάγκης, οι εφαρμογές και οι παρενέργειες ήταν φτωχές και 49% των εναγομένων θεώρησε την αντισύλληψη έκτακτης ανάγκης ως αμβλωτική. Από τους εξοικειωμένους με την αντισύλληψη έκτακτης ανάγκης το 77% ενέκριναν τη χρήση του για θύματα βιασμών και 21% για τους εφήβους και τις μαθήτριες. Μόνο 3,5% όλων των εναγομένων είχε χρησιμοποιήσει προσωπικά την αντισύλληψη έκτακτης ανάγκης στο παρελθόν, 23% εξοικειωμένοι με την αντισύλληψη έκτακτης ανάγκης σκοπεύουν να την χρησιμοποιήσουν στο μέλλον, ενώ 53% σκοπεύουν να παρέχουν ή να την προαγάγουν. Η άποψη ότι η αντισύλληψη έκτακτης ανάγκης ήταν αμβλωτική επηρέασε αρνητικά την απόφαση να χρησιμοποιηθεί ή να παραχθεί στο μέλλον. Τα παρόντα συμπεράσματα προτείνουν ότι το επίπεδο γνώσης της αντισύλληψης έκτακτης ανάγκης είναι φτωχό και απαιτούνται περισσότερες πληροφορίες. Αυτά τα συμπεράσματα δείχνουν τη δυνατότητα να διαδοθεί η αντισύλληψη έκτακτης ανάγκης στην Κένυα μεταξύ των σπουδαστών/στριων νοσηλευτικής. (Gichangi Peter B., Karanja Joseph G., Kigonda Christine S., Fonck Karoline and Temmerman Arleen 1999).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Στο παρόν κεφάλαιο γίνεται αναφορά στο έργο του/της κοινωνικού λειτουργού σε θέματα σεξουαλικής αγωγής ώστε να εξασφαλίζεται η απρόσκοπτη πρόσβαση στην επείγουσα αντισύλληψη και στο πως ο/η κοινωνικός λειτουργός συνεργάζεται με την διεπιστημονική ομάδα για την ευαισθητοποίηση και ενημέρωση των πολιτών για την σεξουαλική τους ευημερία. Τα σεξουαλικά ενεργά μέλη μιας κοινωνίας κατά το πέρασμα των αιώνων και ιδιαίτερα στις σύγχρονες κοινωνίες αναζητούν διάφορες μεθόδους αποφυγής μίας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης.

Οι αντισυλληπτικές μέθοδοι που χρησιμοποιούνται και οι οποίες συνεχώς εξελίσσονται στοχεύουν στην βελτίωση της σεξουαλικής υγείας των ανθρώπων και στην προστασία των αναπαραγωγικών δικαιωμάτων τους. Ο κλάδος της κοινωνικής εργασίας σε συνεργασία με τον νοσηλευτικό και ιατρικό κλάδο οφείλουν να ενημερώνουν και να πληροφορούν το ενεργό σεξουαλικό κομμάτι της κοινωνίας για την αντισύλληψη έκτακτης ανάγκης και τους κινδύνους που κρύβει για την σεξουαλική υγεία η συνουσία χωρίς προφυλάξεις. Σίγουρα στο επίκεντρο οποιασδήποτε παρέμβασης πρέπει να βρίσκεται η αποτελεσματική χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων αλλά σε περιπτώσεις που αυτές αποτυγχάνουν πρέπει να γίνεται ευρέως γνωστή η χρήση του χαπιού της επόμενης μέρας. Αυτού του τύπου η ενημέρωση, σε άλλες χώρες εντάσσεται σε ευρύτερα προγράμματα αγωγής υγείας και σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης και γίνεται από σχολικές συμβουλευτικές υπηρεσίες καθώς και από κοινοτικά κέντρα υγείας –community health centers. Στην Ελλάδα γίνεται από τα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού αλλά πρέπει να γίνεται και μέσω των συμβουλευτικών σταθμών νέων καθώς και των κέντρων υγείας ιδρυμάτων τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (οργάνωση προγραμμάτων αγωγής υγείας στην ακαδημαϊκή κοινότητα....). Σε αυτό το κεφάλαιο παρουσιάζονται συνοπτικά οι δράσεις που μπορούν να γίνουν :

- Στα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού
- Στα συμβουλευτικά κέντρα νέων

➤ Στα γραφεία υγείας ιδρυμάτων τριτοβάθμιας εκπαίδευσης

Τέλος, το κεφάλαιο αυτό ολοκληρώνεται με την παρουσίαση των προτεινόμενων δράσεων και προκλήσεων της κοινωνικής εργασίας όπως προκύπτουν από το Ψήφισμα του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου σχετικά με την υγεία και τα δικαιώματα στη σεξουαλική ζωή και την αναπαραγωγή (2001/2128 (INI)).

1. Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού:

Ο βασικός στόχος του οικογενειακού προγραμματισμού είναι ο σχεδιασμός της οικογένειας, ο οποίος βοηθάει τα ζευγάρια να ρυθμίσουν την τεκνοποίησή τους. Μπορούν να προγραμματίσουν πόσα παιδιά θα κάνουν και πότε. Η αντισύλληψη είναι υγεία και κύριος σκοπός των κέντρων οικογενειακού προγραμματισμού είναι μέσα σε μια οικογένεια να είναι όλοι ευτυχισμένοι και τα παιδιά να είναι καλοδεχόμενα. Όσα άτομα επισκέπτονται τα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού μπορούν να πάρουν πληροφορίες σχετικά με την πρόληψη των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων. Επίσης, ευθύνη τους είναι η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των ατόμων. Η σωστή συμβουλευτική βοηθάει σημαντικά στην επιλογή της κατάλληλης αντισυλληπτικής μεθόδου. Το νεαρό της ηλικίας και η έλλειψη βιολογικών αιτιών δεν σημαίνουν ότι κάθε νεαρό άτομο μπορεί να χρησιμοποιήσει όλες τις προσφερόμενες μεθόδους. Σημαντικοί παράγοντες πρέπει να αναλυθούν και η απόφαση επιλογής να είναι αποτέλεσμα διαλόγου μεταξύ του ενδιαφερόμενου ατόμου ή ζεύγους και του ειδικού. Κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες, έξεις, τρόπος ζωής, αριθμός σεξουαλικών συντρόφων και ιατρικό ιστορικό θα πρέπει να αναλυθούν στη συζήτηση. Η συμβουλευτική πρέπει, επίσης, να περιλαμβάνει πληροφορίες για την σεξουαλικότητα, τις ιδιαιτερότητες του ζεύγους, ως και τις δυσκολίες επικοινωνίας ή σεξουαλικής απειρίας.

Τέλος, βασικός σκοπός του οικογενειακού προγραμματισμού αποτελεί επίσης η μείωση της συχνότητας των εκτρώσεων γι' αυτό καλό είναι να συμβουλευθούν τις γυναίκες για την προμήθεια και φύλαξη κάποιου πακέτου επείγουσας αντισύλληψης στο σπίτι, διότι όταν το χρειαστούν θα

αντιμετωπίσουν καθυστέρηση να κλείσουν ραντεβού με τον γιατρό, ψυχολογικά αρνούνται να ανακοινώσουν στο προσωπικό ή στο γιατρό τυχόν έκτακτη ανάγκη και γενικότερα θα αισθάνονται περισσότερο ασφαλείς στην άμεση προσφυγή.

Πολλά άτομα καταφεύγουν στα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού για να πάρουν επιπλέον πληροφορίες σχετικά με προβλήματα στειρότητας. Από εκεί κατευθύνονται σε ειδικά τμήματα.

Με την φροντίδα του Υπουργείου Υγείας-Πρόνοιας και Κοινωνικών ασφαλίσεων έχουν δημιουργηθεί κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού σε όλη την χώρα. Παρέχουν δωρεάν πληροφορίες και συμβουλές σε εμπιστευτικό και προσωπικό επίπεδο (Δρ. Βάρρας Μιχαήλ, Θεοδωρή-Λακαφώση Βασιλική, Ζουρμπάκη Ανδρομάχη 1999; Καλογερόπουλος, Α. 1996).

Ειδικότερα ο/η κοινωνικός λειτουργός είναι απαραίτητος στα προγράμματα οικογενειακού προγραμματισμού όπου εργάζεται με βάση τις βασικές αρχές του επαγγέλματός του όπως σεβασμός της αξιοπρέπειας και της προσωπικότητας κάθε ατόμου, παροχή ευκαιριών στα άτομα έτσι ώστε να αναπτύξουν τις ικανότητες τους, συναίνεση των ατόμων για παρέμβαση στα προβλήματά τους. Ο/η κοινωνικός λειτουργός στα προγράμματα αυτά δουλεύει σε επίπεδο ατομικό, ομαδικό και κοινοτικό.

Ατομικά ενημερώνει όσους ζητούν πληροφορίες για τις μεθόδους αντισύλληψης για την αντιμετώπιση της στειρότητας ενώ συνεργάζεται και με τη μέλλουσα μητέρα. Έτσι ώστε αυτή να προσαρμοστεί στις απαιτήσεις του νέου της ρόλου. Ταυτόχρονα μπορεί να συνεργάζεται και με τον μελλοντικό πατέρα για να τον βοηθήσει να αντιμετωπίσει πιθανά προβλήματα και ανησυχίες.

Ομαδικά μπορεί να εργάζεται με την οικογένεια να ενημερώνει τους γονείς για θέματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης ανάλογα με την ηλικία του παιδιού. Επίσης, μπορεί να δουλεύει και με ομάδες εφήβων και να συζητάει μαζί τους για κοινωνικά θέματα και προβλήματα όπως οι σεξουαλικές σχέσεις, η έκτρωση, πρόληψη αφροδίσιων νοσημάτων κτλ.

Όσον αφορά την κοινότητα ο/η κοινωνικός λειτουργός ενημερώνει και ευαισθητοποιεί το κοινό για θέματα αντισύλληψης αλλά και για ζητήματα που έχουν σχέση με τις σεξουαλικές σχέσεις. Ακόμη μπορεί να οργανώσει

σεμινάρια όπου ειδικοί επιστήμονες θα μπορούν να μιλήσουν για την πρόληψη της άμβλωσης, των αφροδισίων νοσημάτων αλλά και της στέρωσης.

2. Συμβουλευτικοί Σταθμοί Νέων:

Προγράμματα αγωγής υγείας μπορούν να αναπτυχθούν στο πλαίσιο των Συμβουλευτικών Σταθμών Νέων, μέσω της κατάλληλης επιμόρφωσης των στελεχών τους. Σύμφωνα με το Προεδρικό διάταγμα (υπ'αρ.. 390) για τη λειτουργία των Συμβουλευτικών Σταθμών Νέων, δημοσιευμένο στην Εφημερίδα της Κυβέρνησης (αριθμός φύλλου 270, 3 Δεκεμβρίου 1998) προβλέπεται να στελεχωθούν άμεσα 15 Συμβουλευτικοί Σταθμοί Νέων. Σε αυτή τη φάση λειτουργούν ήδη οι 15 σταθμοί που η στελέχωσή τους δεν έχει ολοκληρωθεί. Οι 8 σταθμοί λειτουργούν σε διευθύνσεις δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης στην ευρύτερη περιοχή της πρωτεύουσας, οι 6 σε διευθύνσεις δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης στο Ν. Αχαΐας, Ν. Θεσσαλονίκης, Ν. Ηρακλείου, Ν. Ιωαννίνων, Ν. Λάρισας, Ν. Ρεθύμνου, Ν. Σάμου και 1 στη Σιβιτανίδειο Δημ. Σχολή Τεχνών και Επαγγελματιών. Σε κάθε συμβουλευτικό σταθμό προβλέπονται δύο οργανικές θέσεις κοινωνικής εργασίας και δύο ψυχολόγων.

Οι Συμβουλευτικοί Σταθμοί Νέων μπορούν να αποτελέσουν κέντρα σχεδιασμού και υλοποίησης αποτελεσματικών προγραμμάτων αγωγής υγείας καθώς και σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης για τους/τις έφηβους/ες¹ που φοιτούν στην δευτεροβάθμια εκπαίδευση, ταυτόχρονα όμως θα πρέπει να συνεργαστούν με πολλούς και διαφορετικούς φορείς για μια συντονισμένη και πολυ-επίπεδη διασφάλισης και προστασίας των αναπαραγωγικών δικαιωμάτων των εφήβων γυναικών .

Επίσης, στην τριτοβάθμια εκπαίδευση λειτουργούν Συμβουλευτικοί Σταθμοί Νέων, αυτό αποτελεί ένα σημαντικό βήμα και υποδηλώνει την ευαισθητοποίηση των διοικήσεων των ιδρυμάτων στο γεγονός ότι, μερικά

¹ Τα 14 περίπου χρόνια είναι η μέση ηλικία της πρώτης σεξουαλικής επαφής για τα ελληνόπουλα. Και φαίνεται ότι παίρνουν στα σοβαρά τις προφυλάξεις στο σεξ, αφού είναι πρώτα στη χρήση προφυλακτικού: 82,5% των κοριτσιών και 91,2% των αγοριών δήλωσαν ότι έκαναν χρήση προφυλακτικού κατά την τελευταία σεξουαλική τους επαφή (Εφημερίδα ΤΑ Νέα, 05/06/2004, σελ. Ν20).

τουλάχιστον προβλήματα σχέσεων μεταξύ των φοιτούντων και των διδασκόντων, μπορούν να αντιμετωπισθούν από τις Κοινωνικές Υπηρεσίες. Αρκεί να αναφερθεί ότι στην Αγγλία αναλογεί ένας κοινωνικός λειτουργός σε 1.000 σπουδαστές/ριες.(Πέτρος Α. Σταθόπουλος, Κοινωνική Πρόνοια μια γενική θεώρηση, Εκδόσεις "ΕΛΛΗΝ", 1999)

Ενδεικτικά αναφέρουμε για την Ελλάδα τον Συμβουλευτικό Σταθμό Νέων που λειτουργεί στο Α.Π.Θ., δυστυχώς στο Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας δεν λειτουργεί ακόμα κάποιος Συμβουλευτικός Σταθμός αν και θεωρείται κατά την γνώμη μας αναγκαίο γιατί από τη στιγμή που θα ανάπτυσσε θέματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης και ταυτόχρονα θα ήταν στελεχωμένος με επαγγελματικό προσωπικό, τόσο με κοινωνικούς λειτουργούς όσο με νοσηλευτές/ριες, ψυχολόγους οι φοιτητές/τριες κάθε ηλικίας θα έχουν τη δυνατότητα να προσφεύγουν σ' αυτούς τους Σταθμούς με σκοπό να βρουν απαντήσεις στα θέματα που τους απασχολούν και που έχουν κυρίως σχέση με την σεξουαλική και αναπαραγωγική τους υγεία. Οι Συμβουλευτικές Κοινωνικές Υπηρεσίες προσφέρουν πολλαπλή βοήθεια σε σπουδαστές/ριες οι οποίοι αντιμετωπίζουν εκτός από τα παραπάνω προβλήματα προσαρμογής, επίδοσης στα μαθήματα, αλλαγής γνωστικού αντικείμενου, οικονομικές δυσκολίες. Προβλήματα ψυχικής υγείας, χρήση ναρκωτικών.

Επίσης οι Συμβουλευτικοί Σταθμοί Νέων στα ιδρύματα της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης μπορούν να αναλάβουν δράσεις, με σεμινάρια επιμόρφωσης για τους/τις σπουδαστές/ριες για την σεξουαλική υγεία, τα μεταδιδόμενα νοσήματα και τις μεθόδους αντισύλληψης, να προσφέρουν οι επαγγελματίες κοινωνικοί λειτουργοί και οι ψυχολόγοι σε συνεργασία με τους εκπαιδευόμενους στήριξη σε έφηβες κοπέλες που αντιμετωπίζουν μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. Θα μπορούσαν επίσης να καλέσουν τους γονείς των σπουδαστών/ριών για να τους ενημερώσουν για τον τρόπο με τον οποίο θα πρέπει να συμπεριφέρονται στα παιδιά τους σε περίπτωση που σε αυτά προκύψει κάποια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη και πως θα πρέπει να τα ενημερώνουν οι ίδιοι για τις μεθόδους αντισύλληψης ώστε να αποφευχθούν ανεπιθύμητες ενέργειες που θέτουν σε κίνδυνο την υγεία των νέων κοριτσιών.

3. Γραφεία υγείας ιδρυμάτων τριτοβάθμιας εκπαίδευσης:

Σε κάθε ίδρυμα τριτοβάθμιας εκπαίδευσης λειτουργεί ένα γραφείο υγείας στελεχωμένο από μία/έναν νοσηλεύτρια/τή. Τα κέντρα αυτά έχουν καταστεί σε ζωντανά κύτταρα με ικανότητα ανάπτυξης υπηρεσιών πρόληψης, παρακολούθησης, κάλυψης και εκτάκτων αναγκών.

Προτείνουμε την δημιουργία και δραστηριοποίηση κινητής μονάδας ενημέρωσης σχετικά με την επείγουσα αντισύλληψη η οποία θα αποσκοπεί στην αναβάθμιση της σεξουαλικής υγείας και στην προώθηση ενός σχεδίου δράσης για την δωρεάν διάθεση του χαπιού της επείγουσας αντισύλληψης σε εφήβους/ες και ενήλικες μόνο σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης. Το χάπι της επόμενης ημέρας δεν θα πρέπει να γίνει υπόθεση ρουτίνας. Έμφαση πρέπει να δίνεται στην αποτελεσματική χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων. Στόχος της κοινωνικής εργασίας είναι σύμφωνα με ένα ορισμένο πλαίσιο δράσης να αποκαταστήσει την σεξουαλική υγεία των μελών της κοινωνίας διαφυλάσσοντας τα αναπαραγωγικά τους δικαιώματα.

Μέτρα Άσκησης Κοινωνικής Πολιτικής

Οι κοινωνικοί λειτουργοί μπορούν να πιέσουν μέσω του συλλογικού τους οργάνου την εφαρμογή των οδηγιών του ψηφίσματος του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου σχετικά με την υγεία και τα δικαιώματα στη σεξουαλική ζωή και την αναπαραγωγή (2001/2128 (INI)). Ενδεικτικά αναφέρουμε τα παρακάτω σημεία που πρέπει να αποτελέσουν σημεία παρέμβασης και πίεσης για την άμεση εφαρμογή τους όσον αφορά:

- την αντισύλληψη,
- τις ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες και αμβλώσεις καθώς και
- τη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία των εφήβων / νέων σεξουαλική διαπαιδαγώγηση
- τη γενικότερη πολιτική της Ε.Ε.. στον τομέα της σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας

Όσον αφορά την αντισύλληψη

- Είναι απαραίτητη η ανάπτυξη υψηλής ποιότητας εθνικής πολιτικής για τη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία, σε συνεργασία με τις πολυμερείς οργανώσεις τις κοινωνίας των πολιτών. Με κύριο στόχο την παροχή ευρείας πληροφόρησης σχετικά με τις αποτελεσματικές και υπεύθυνες δυνατότητες του οικογενειακού προγραμματισμού και τη διασφάλιση της ισότιμης πρόσβασης σε όλες τις μορφές αντισυλληπτικών μεθόδων υψηλής ποιότητας καθώς και μεθόδων ευαισθητοποίησης σε θέματα γονιμότητας. (Άρθρο 2 του ψηφίσματος)
- Είναι απαραίτητο να διασφαλιστεί ότι οι γυναίκες και οι άνδρες είναι σε θέση να παρέχουν πλήρως ενημερωμένη συγκατάθεση σε ό,τι αφορά τη χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων Γι' αυτό επείγει να αποκατασταθεί η ενημέρωση σε θέματα επείγουσας αντισύλληψης μέσω της κεντρικής ιστοσελίδας του Ε.Ο.Φ. (Άρθρο 3 του ψηφίσματος).
- Πρέπει να καταβάλλεται κάθε προσπάθεια, από τις κυβερνήσεις των κρατών μελών και από τις υποψήφιες για ένταξη χώρες , για την παροχή αντισυλληπτικών και υπηρεσιών σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας δωρεάν ή με χαμηλό κόστος στις ομάδες που δεν εξυπηρετούνται επαρκώς όπως οι νέοι, οι εθνοτικές μειονότητες και οι κοινωνικά αποκλεισμένοι.(Άρθρο 4 του Ψηφίσματος)
- Οι κυβερνήσεις πρέπει να διευκολύνουν την πρόσβαση στην επείγουσα αντισύλληψη με προσιτές τιμές (π.χ. χάρτι της επόμενης μέρας). (Άρθρο 6 του Ψηφίσματος)

Όσον αφορά τις ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες και τις αμβλώσεις

- Η άμβλωση δεν πρέπει να προωθείται ως μέθοδος οικογενειακού προγραμματισμού. (Άρθρο 8 του Ψηφίσματος)
- Είναι απαραίτητο οι υπηρεσίες του οικογενειακού προγραμματισμού να στηρίζουν οικονομικά και υλικά τις εγκύους ώστε να περιοριστούν οι αμβλώσεις.(Άρθρο 9 του ψηφίσματος)
- Είναι απαραίτητο να δίνονται πληροφορίες και συμβουλές κατανοητές σχετικά με τη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία, για την πρόληψη της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, καθώς και σχετικά με τους κινδύνους

που συνεπάγονται οι επικίνδυνες αμβλώσεις που πραγματοποιούνται υπό ακατάλληλες συνθήκες. (Άρθρο 10 του ψηφίσματος)

- Πρέπει να παρέχουν ειδικευμένες υπηρεσίες σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας, οι οποίες να περιλαμβάνουν υψηλής ποιότητας και επαγγελματικές συμβουλές και υποστήριξη προσαρμοσμένη στις ανάγκες των συγκεκριμένων ομάδων (π.χ. μετανάστες) από καταρτισμένο και ειδικευμένο σε διαφορετικές επιστήμες προσωπικό. Πρέπει οι συμβουλές και η υποστήριξη να έχουν εμπιστευτικό και μη επικριτικό χαρακτήρα, και σε περίπτωση θεμιτής ηθικής αντίρρησης εκ μέρους της παρέχουσας υπηρεσίας να γίνεται παραπομπή σε άλλους επαγγελματίες συναφών υπηρεσιών. Πρέπει κατά την παροχή συμβουλών σχετικά με την άμβλωση να επισημαίνονται οι κίνδυνοι για την υγεία (σωματικής και ψυχολογικής φύσης) και να εξετάζονται εναλλακτικές λύσεις (υιοθεσία, -δυνατότητες υποστήριξης σε περίπτωση απόφασης υπέρ του παιδιού). (Άρθρο 11 του ψηφίσματος)
- Είναι απαραίτητο για την διασφάλιση της αναπαραγωγικής υγείας και των δικαιωμάτων της γυναίκας η νομιμοποίηση των αμβλώσεων, οι οποίες θα πραγματοποιούνται υπό ασφαλείς συνθήκες και θα είναι προσιτές σε όλες τις γυναίκες. (Άρθρο 12 του ψηφίσματος)

Όσον αφορά τη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία των εφήβων / σεξουαλική διαπαιδαγώγηση

- Πρέπει οι νέοι άνθρωποι να συμμετέχουν ενεργά (τα δικαιώματά τους, οι απόψεις τους και οι ικανότητές τους) γιατί είναι σημαντικό για την ανάπτυξη, την υλοποίησή και την αξιολόγηση των προγραμμάτων σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης σε συνεργασία με άλλους φορείς, ιδιαίτερα με τους γονείς· επίσης η ενίσχυση των γονικών δεξιοτήτων και ικανοτήτων μπορεί να παίξει σημαντικό ρόλο στο θέμα αυτό. (Άρθρο 15 του ψηφίσματος)
- Στην σεξουαλική διαπαιδαγώγηση πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι ιδιαίτερες ευαισθησίες των αγοριών και των κοριτσιών, να αρχίζει σε πρώιμο στάδιο, να συνεχίζεται κατά τον ενήλικο βίο, να βασίζεται σε μία προσέγγιση εστιασμένη στα διαφορετικά στάδια της βιολογικής

ανάπτυξης και να λαμβάνονται υπόψη οι διαφορές στον τρόπο ζωής, ενώ πρέπει να δίνεται η δέουσα προσοχή στις σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες· (δηλαδή, HIV/AIDS) .(Άρθρο 16 του ψηφίσματος)

- Πρέπει να προωθούνται διαφημιστικές εκστρατείες, κοινωνικό μάρκετινγκ για τη χρήση προφυλακτικών και τη χρήση της επείγουσας αντισύλληψης (μόνο σε περίπτωση ατυχήματος) με προγράμματα όπως εμπιστευτικές τηλεφωνικές γραμμές για βοήθεια, και να εξετάζουν τις ανάγκες των ειδικών ομάδων. Είναι απαραίτητο να προωθηθεί η ιδέα της παροχής σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης από εκπαιδευτές που ανήκουν στην ίδια ηλικιακή ή άλλη ομάδα προς τα άτομα της ομάδας αυτής.(Άρθρο 18 του ψηφίσματος)

Όσον αφορά τη γενικότερη πολιτική της Ε.Ε. στον τομέα της σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας

- Πρέπει οι κυβερνήσεις να παράσχουν στην Επιτροπή τα δεδομένα και τις πληροφορίες που είναι σχετικές με τις εν λόγω πολιτικές, με στόχο την κατάρτιση μίας ευρωπαϊκής βάσης δεδομένων με στατιστικά στοιχεία για τη σεξουαλική και την αναπαραγωγική υγεία, και τη σύνταξη ενός οδηγού βέλτιστων πρακτικών και θετικών εμπειριών στον τομέα της σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας.(Άρθρο 23 του Ψηφίσματος)
- Πρέπει οι κυβερνήσεις των κρατών μελών και των υποψηφίων για ένταξη χωρών να παρέχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας χωρίς διακρίσεις με βάση τον σεξουαλικό προσανατολισμό, τη γενετική ταυτότητα ή την οικογενειακή κατάσταση.(Άρθρο 24 του Ψηφίσματος).
- Πρέπει η δρομολόγηση της αλληλοδιδασκτικής διαδικασίας να βασίζεται στη σύγκριση των δεδομένων της σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας και στην ανταλλαγή θετικών εμπειριών και βέλτιστων πρακτικών από τα προγράμματα και τις πολιτικές για τη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία των κρατών μελών και των υποψηφίων για ένταξη χωρών.(Άρθρο 25 του Ψηφίσματος)

- Πρέπει η Επιτροπή να θεωρήσει τις απόψεις των νέων σχετικά με τη σεξουαλική και την αναπαραγωγική υγεία και τα συναφή δικαιώματα ως σημαντικό ζήτημα που θα δοθεί στη Λευκή Βίβλο για μία νέα πνοή για την ευρωπαϊκή νεολαία (Άρθρο 26 του Ψηφίσματος).
- Πρέπει το Συμβούλιο και η Επιτροπή αφενός να παράσχουν, στο πλαίσιο της προενταξιακής στρατηγικής τους, μεγαλύτερη τεχνική και χρηματοδοτική στήριξη στις υποψήφιες για ένταξη χώρες, προκειμένου αυτές να αναπτύξουν και να εφαρμόσουν προγράμματα προώθησης της υγείας και πρότυπα ποιότητας σχετικά με τις υπηρεσίες σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας, και αφετέρου να εξασφαλίσουν τη βοήθεια της Ε.Ε. προς την ανατολική Ευρώπη και την κεντρική Ασία που περιλαμβάνει προγράμματα αυτού του είδους (Άρθρο 27 του Ψηφίσματος).
- Πρέπει η Επιτροπή να λάβει υπόψη τον καταστροφικό αντίκτυπο της Πολιτικής της Πόλης του Μεξικού, την οποία εισήγαγε η κυβέρνηση Μπούς και η οποία αρνείται να χρηματοδοτήσει μη κυβερνητικές οργανώσεις οι οποίες παραπέμπουν περιστασιακά γυναίκες σε κλινικές αμβλώσεων ως υστάτη λύση, ιδίως σε σχέση με τα προγράμματα για την κεντρική και ανατολική Ευρώπη. (Άρθρο 28 του Ψηφίσματος).
- Πρέπει να διασφαλιστεί από την Επιτροπή η μόνιμη παρακολούθηση και αξιολόγηση των προγραμμάτων δράσης της ΔΔΠΑ και της Τέταρτης Παγκόσμιας διάσκεψης για τη γυναίκα και να σταλθούν συνοπτικές εκθέσεις στο Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο. (Άρθρο 30 του Ψηφίσματος)

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Σύμφωνα με όλα τα παραπάνω στοιχεία θα πρέπει να γίνετε μεγαλύτερη ενημέρωση και ευαισθητοποίηση όλων των ενεργά σεξουαλικών ατόμων από εξειδικευμένους γιατρούς, μαίες, κοινωνικούς λειτουργούς, επισκέπτες υγείας κτλ για την σεξουαλική τους διαφώτιση σε κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού και συμβουλευτικούς σταθμούς. Η αντισύλληψη ανάγκης είναι φανερό ότι δεν προσφέρεται ως τακτική αντισυλληπτική μέθοδο. Μετά την αντιμετώπιση του εκτάκτου συμβάντος για το οποίο χρησιμοποιήθηκε , θα πρέπει να γίνει στροφή σε μια μόνιμη , σταθερή αντισυλληπτική μέθοδο. Το χάπι της επόμενης ημέρας προσφέρει πολλά και σημαντικά πλεονεκτήματα πέραν του ότι είναι ασφαλής αντισυλληπτική μέθοδος (100%).

Επιπροσθέτως, από την εμφάνιση του χαπιού και μετά αποδεικνύεται βάση των στατιστικών ότι οι εκτρώσεις έχουν μειωθεί σημαντικά. Για παράδειγμα σε μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Νέα Υόρκη αποδείχθηκε ότι το 2000, 51.000 εγκυμοσύνες θα είχαν διακοπεί με άμβλωση αν δεν είχε γίνει χρήση της επείγουσας αντισύλληψης.(3/05/2005, <http://www.naswnys.org/legislative/memos/emergency-contraception.htm>)

Για το λόγο αυτό η αντισύλληψη έκτακτης ανάγκης δρα εναντίον των εκτρώσεων με τρόπο απόλυτα ασφαλή και με φροντίδα για τη σωματική και ψυχική υγεία της γυναίκας.

B. ΕΜΠΕΙΡΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

1. Πληθυσμός – Δείγμα

Πληθυσμός της έρευνας ήταν η σπουδαστική κοινότητα του Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας. Το δείγμα της έρευνας τον αποτέλεσαν 170 σπουδαστές/στριες του Α.Τ.Ε.Ι. της Πάτρας εκ' τον οποίον οι 40 ήταν άνδρες και οι 130 γυναίκες. Η μέθοδος της δειγματοληψίας ήταν μέθοδος ευκολίας αφού επιλέχτηκαν άτομα που ήταν στους διαδρόμους του Α.Τ.Ε.Ι. κατά το διάστημα από 7 Ιουνίου έως 10 Ιουνίου. Το δείγμα ήταν άτομα που ήταν διαθέσιμα στην ερευνητική ομάδα. Προσεγγίσαμε 185 άτομα στους διαδρόμους του ΤΕΙ Πάτρας, 170, δηλαδή το 92%, δέχτηκαν να συμμετέχουν στην έρευνα ενώ 15 άτομα αρνήθηκαν.

2. Εργαλεία – διαδικασία

Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε 8 ερωτήσεις κλειστού τύπου και 1 ερώτηση ανοικτού, για τους άνδρες και 11 ερωτήσεις κλειστού τύπου και 3 ερωτήσεις ανοικτού τύπου για τις γυναίκες, ενώ σε αυτές περιλαμβάνονται και οι 3 ερωτήσεις δημογραφικών στοιχείων. Τα στοιχεία δεν αλλοιώθηκαν διότι πάρθηκαν σε συγκεκριμένο χώρο (στο Α.Τ.Ε.Ι. Πατρών), ο χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου ήταν μικρός (5') και το ερωτηματολόγιο μοιράσθηκε από την ίδια την ερευνητική ομάδα επιτόπου (in situ). Έτσι οι ερευνητικές ενέργειες εξασφάλισαν την αξιοπιστία και την εγκυρότητα της έρευνάς μας. Οι ερωτήσεις έγιναν κυρίως κλειστού τύπου, διότι οι έρευνες

ποσοτικού χαρακτήρα σύμφωνα με την (Κυριαζή Ν) στηρίζονται σχεδόν αποκλειστικά σε κλειστές ερωτήσεις, καθώς οι εκ των προτέρων κωδικοποιημένες απαντήσεις διευκολύνουν την ποσοτικοποίηση των στοιχείων.

Στο ερωτηματολόγιο της παρούσας έρευνας ανεξάρτητες μεταβλητές θεωρήθηκαν οι 3 ερωτήσεις δημογραφικών στοιχείων (1,2 και 9 ή 13) με στόχο την πιθανή σύγκριση υποομάδων του δείγματος σε σχέση με τις υπόλοιπες ερωτήσεις που ήταν και οι εξαρτημένες μεταβλητές. Τέλος συγκρίθηκαν και οι διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών.

Επίσης, να τονιστεί ότι στα πλαίσια της έρευνας αναπτύχθηκε ένα ενημερωτικό φυλλάδιο σχετικά με της επείγουσα αντισύλληψη το οποίο περιλάμβανε πληροφορίες σχετικές με την επείγουσα αντισύλληψη και το χάπι της επόμενης μέρας (τι είναι, πως χρησιμοποιείται, τη λειτουργία του, τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα που έχει) και τηλέφωνα διαφόρων υπηρεσιών, στα οποία οι νέες γυναίκες μπορούσαν να απευθυνθούν για θέματα που τους απασχολούσαν. Το εν λόγω φυλλάδιο δόθηκε στις ερωτώμενες της έρευνας μετά την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου (δείτε παράρτημα 3). Η ανάπτυξη και η διάθεση του ενημερωτικού φυλλαδίου συνάδει με τον διπλό ρόλο μας ως ερευνήτριες και ως τελειόφοιτες κοινωνικοί λειτουργοί.

3. Μέθοδος για την ανάλυση των δεδομένων

Μετά την συλλογή των δεδομένων οι απαντήσεις κωδικοποιήθηκαν, έγινε η εισαγωγή των στοιχείων στον ηλεκτρόνιο Υπολογιστή με την χρήση του στατιστικού πακέτου του SPSS 11.0.

Συγκεκριμένα η χρήση του SPSS στην έρευνα σήμερα χρησιμοποιείται ευρέως από ακαδημαϊκά ιδρύματα ερευνητικά κέντρα κ.λ.π. σύμφωνα με τον (Ανδριώτη Κ.) και οι δραστηριότητές του SPSS ξεκινάνε μετά από την συλλογή των δεδομένων, τα οποία αναλύονται για να βγουν ορισμένα αποτελέσματα. Για να γίνει αυτό ακολουθήθηκε κάποια διαδικασία η οποία

συμπεριλαμβάνει τα παρακάτω στάδια, τα οποία χρησιμοποιήθηκαν στην συγκεκριμένη έρευνα:

1. Κατοχύρωση των δεδομένων.
2. Έλεγχος των δεδομένων.
3. Διενέργεια στατιστικών ελέγχων.
4. Ανάλυση και μελέτη των αποτελεσμάτων (πίνακες συχνοτήτων και πίνακες συνάφειας)
5. Παρουσίαση των αποτελεσμάτων.

Τελικά και μετά από την κατάλληλη στατιστική επεξεργασία των ποσοτικοποιημένων μεταβλητών προσδιορίστηκαν για κάθε ερώτηση οι απόλυτες και σχετικές συχνότητες που συνδέονται από τα σχετικά διαγράμματα για καλύτερη κατανόηση (**περιγραφική παρουσίαση των αποτελεσμάτων της έρευνας**).

Τέλος αναλύθηκαν οι σχέσεις των απαντήσεων με βάση το φύλο των ερωτώμενων. (πίνακες συνάφειας, στατιστική σημαντικότητα, δείκτες συνάφειας). Για τον λόγο αυτό χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό τεστ χ^2 , (chi Square) ειδικό για χρήση σε περιπτώσεις ερωτηματολογίων. Σύμφωνα με αυτό συγκρίθηκαν οι απαντήσεις μεταξύ ανδρών και γυναικών κυρίως σε συγκεκριμένες ερωτήσεις και με βάση την στατιστική σημαντικότητα διαπιστώθηκε αν υπάρχει διαφορά (στατιστικά σημαντική) στις απόψεις τους, πάνω στο ερωτώμενο θέμα (**στατιστικές συγκρίσεις**).

4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά με μορφή πινάκων, ενώ ακολουθεί αντίστοιχο σχήμα με ανάλογη γραφική παράσταση των αποτελεσμάτων για σαφέστερη παρουσίαση τους.

I. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ – ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ

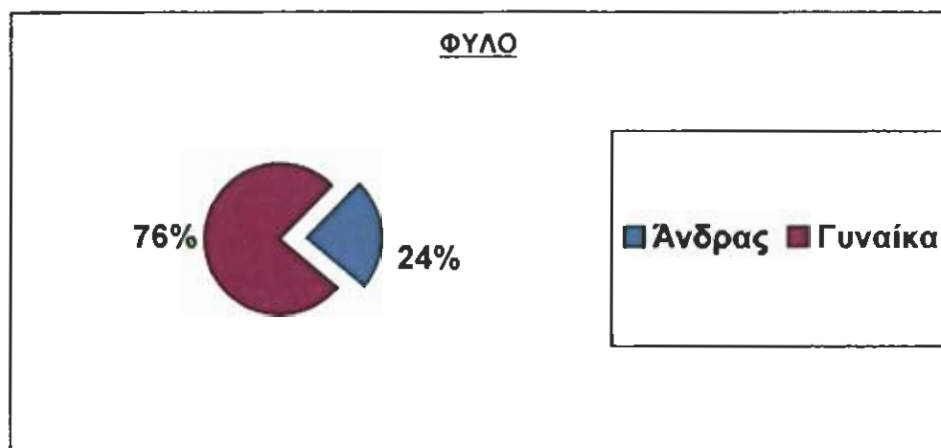
A. Γενική ταυτότητα των ερωτώμενων

Φύλο

Οι περισσότεροι/ες ερωτηθέντες/θείσες στην παρούσα έρευνα ήταν γυναίκες (δείτε πίνακα 1 και γραφική παράσταση 1) . Πιο συγκεκριμένα: το 76% των υποκειμένων της έρευνας είναι γυναίκες και το 24% άντρες

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 ΚΑΙ ΓΡΑΦΙΚΗ ΠΑΡΑΣΤΑΣΗ 1: Κατανομή των απαντήσεων 170 ερωτηθέντων/θεισών σε σχέση με το φύλο.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Άνδρας	40	24
Γυναίκα	130	76
ΣΥΝΟΛΟ	170	100%

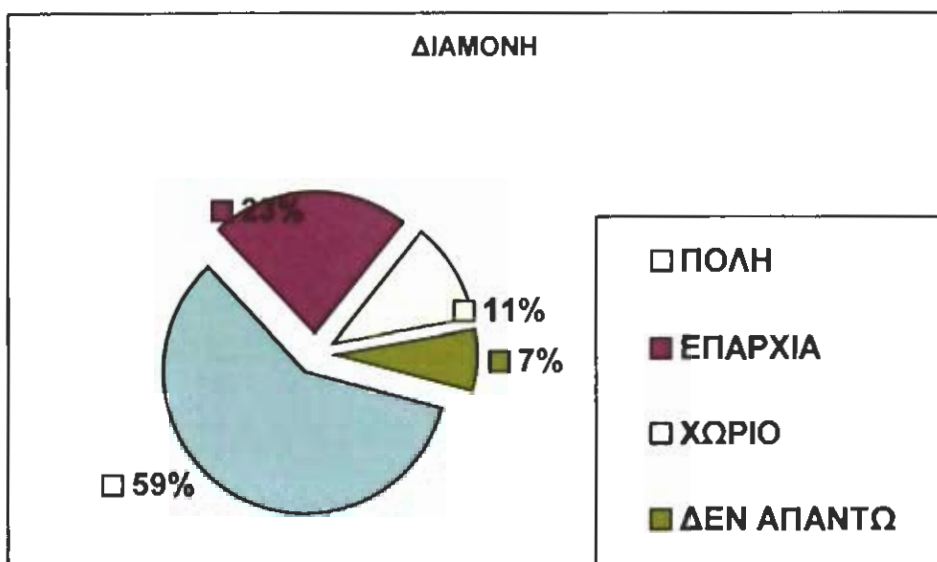


Μόνιμη διαμονή

Οι περισσότεροι/ες ερωτηθέντες/θείσες στην παρούσα έρευνα ήταν κάτοικοι πόλεων (δείτε πίνακα 2 και γραφική παράσταση 2). Αναλυτικότερα, το 59% των υποκειμένων της έρευνας ήταν κάτοικοι πόλεων το 23% ήταν κάτοικοι επαρχιών το 11% ήταν κάτοικοι χωριών και το 7% δεν απάντησε.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2 ΚΑΙ ΓΡΑΦΙΚΗ ΠΑΡΑΣΤΑΣΗ 2: ∴ Κατανομή των απαντήσεων 170 ερωτηθέντων/θεισών σε σχέση με την μόνιμη διαμονή τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ
Πόλη	22	78	100
Επαρχία	10	29	39
Χωριό	7	12	19
Δεν απαντώ	1	11	12
ΣΥΝΟΛΟ	40	130	170



Ηλικία

Οι περισσότεροι/ες ερωτηθέντες/θείσες στην παρούσα έρευνα ήταν ηλικίας 19 έως και 22 ετών και των δύο φύλων (δείτε πίνακα 3 και γραφική παράσταση 3). Πιο συγκεκριμένα:

το 4% των υποκειμένων της έρευνας ήταν ηλικίας από 18 ετών και πάνω

το 70% ήταν από 19 έως 22 ετών

το 21% ήταν από 23 έως 27 ετών

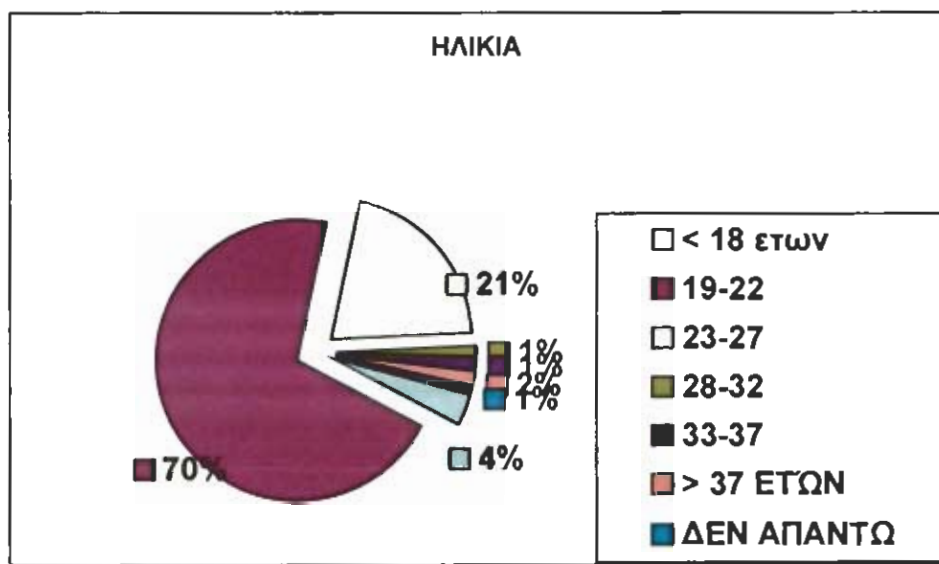
το 1% ήταν από 28 έως 32 ετών

το 1% ήταν από 33 έως 37 ετών και

το 2% ήταν από 37 ετών και άνω.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3 ΚΑΙ ΓΡΑΦΙΚΗ ΠΑΡΑΣΤΑΣΗ 3: Κατανομή των απαντήσεων 170 ερωτηθέντων/θεισών σε σχέση με την ηλικία τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ
< 18 ετών	3	3	6
19-22	26	94	120
23-27	9	27	36
28-32	0	2	2
33-37	0	2	2
> 37 ετών	1	2	3
Δεν απαντώ	1	0	1
ΣΥΝΟΛΟ	40	130	170



B. Απαντήσεις στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου

Γνώση επείγουσας αντισύλληψης

Οι περισσότεροι/ες ερωτηθέντες/θείσες στην παρούσα έρευνα γνωρίζουν για την επείγουσα αντισύλληψη, ενώ υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών αφού οι άνδρες παρουσιάζουν χειρότερες επιδόσεις στην γνώση (δείτε πίνακα 4 και γραφική παράσταση 4).

Αναλυτικότερα:

απάντησαν 31 άνδρες θετικά στο αν γνωρίζουν την επείγουσα αντισύλληψη έναντι 121 γυναικών που απάντησαν στην ίδια ερώτηση θετικά

ενώ αντίθετα το ποσοστό μη γνώσης της επείγουσας αντισύλληψης και στα δύο φύλα ήταν ελάχιστο, συγκεκριμένα μόνο 6 άνδρες δεν το γνώριζαν και 7 γυναίκες.

Οι γυναίκες είναι τελικά ενημερωμένες περισσότερο πάνω στην επείγουσα αντισύλληψη.

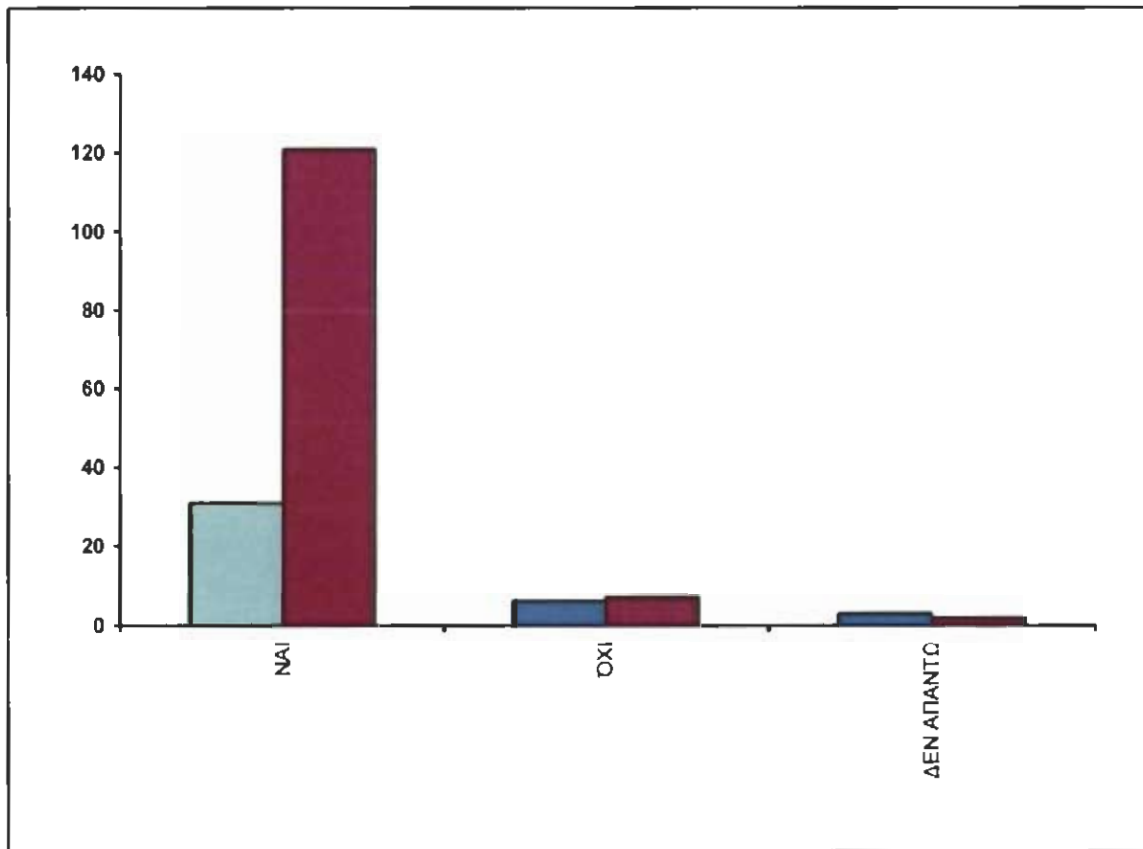
ΠΙΝΑΚΑΣ 4 ΚΑΙ ΓΡΑΦΙΚΗ ΠΑΡΑΣΤΑΣΗ 4: Κατανομή των απαντήσεων 170 ερωτηθέντων/θεισών σε σχέση με τη γνώση τους πάνω στην επείγουσα αντισύλληψη.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ
ΝΑΙ	31	121	152
ΟΧΙ	6	7	13

ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	3	2	5
ΣΥΝΟΛΟ	40	130	170

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΣΥΓΚΡΙΣΗ

P (X² test)	= 0,01
-------------------------------	---------------



Πηγή γνώσης ως προς την επείγουσα αντισύλληψη

Οι περισσότεροι/ες ερωτηθέντες/θείσες στην παρούσα έρευνα πληροοφορήθηκαν για το χάπι της επόμενης ημέρας από κάποιον φίλο ή συγγενή τους ενώ υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών. Οι γυναίκες χρησιμοποιούν σε μεγαλύτερη έκταση για την ενημέρωσή τους ιατρούς και μέσα ενημέρωσης (περιοδικά, εφημερίδες, τηλεόραση κλπ) Πιο συγκεκριμένα:

Το 35,2% των γυναικών απάντησε ότι πληροφορήθηκαν για την επείγουσα αντισύλληψη από κάποιον φίλο ή συγγενή ενώ στην ίδια ερώτηση το 7% των ανδρών απάντησε ότι πληροφορήθηκαν για την επείγουσα αντισύλληψη από κάποιον φίλο ή συγγενή

Το 19,45 των γυναικών απάντησε πως πληροφορήθηκαν για την επείγουσα αντισύλληψη από εφημερίδες και περιοδικά ενώ μόνο το 0,5% των ανδρών πληροφορήθηκε για την επείγουσα αντισύλληψη από την ίδια πηγή

Το 11,7% των γυναικών απάντησε πως πληροφορήθηκαν για την επείγουσα αντισύλληψη από τον/την γιατρό τους

Το 8,8% των γυναικών απάντησε πως πληροφορήθηκαν για την επείγουσα αντισύλληψη από την τηλεόραση ενώ από το ίδιο μέσο πληροφορήθηκαν για την επείγουσα αντισύλληψη το 1,17% των ανδρών

Το 6,4% των γυναικών και το 2,3% των ανδρών απάντησαν πως πληροφορήθηκαν για την επείγουσα αντισύλληψη από αλλού

Το 0,5% των γυναικών απάντησε πως πληροφορήθηκε για την επείγουσα αντισύλληψη από τον σύντροφό της ενώ αντίθετα 8,8% των ανδρών απάντησε πως πληροφορήθηκαν για την επείγουσα αντισύλληψη από την σύντροφό τους

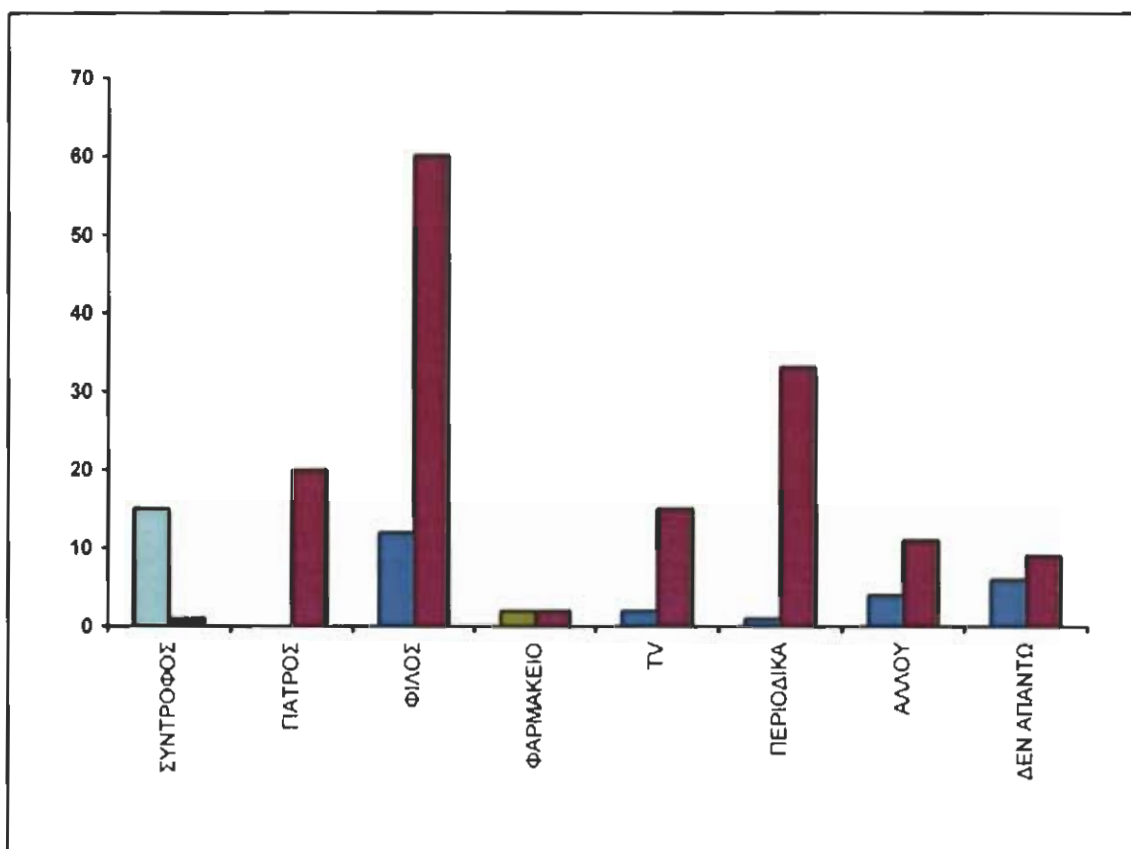
ΠΙΝΑΚΑΣ 5 ΚΑΙ ΓΡΑΦΙΚΗ ΠΑΡΑΣΤΑΣΗ 5: Κατανομή των απαντήσεων

170 ερωτηθέντων/θεισών σε σχέση με την πηγή της γνώσης τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ
ΣΥΝΤΡΟΦΟΣ	15	1	16
ΓΙΑΤΡΟΣ	0	20	20
ΦΙΛΟΣ-ΣΥΓΓΕΝΗΣ	12	60	72
ΦΑΡΜΑΚΕΙΟ	2	2	4
ΤΗΛΕΟΡΑΣΗ	2	15	17
ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ-ΕΦΗΜΕΡΙΔΕΣ	1	33	34
ΑΛΛΟΥ	4	11	15
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	6	9	15

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΣΥΓΚΡΙΣΗ

P (χ^2 test)	< 0,0001
-------------------------------------	--------------------



Χρήση επείγουσας αντισύλληψης

Οι περισσότεροι/ες ερωτηθέντες/θείσες στην παρούσα έρευνα δεν έχουν χρησιμοποιήσει το χάπι της επόμενης ημέρας, ενώ υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών. Πιο συγκεκριμένα:

Οι γυναίκες είναι κυρίως αυτές που απαντούν ότι έχουν χρησιμοποιήσει τα χάπι της επόμενης ημέρας

Το 20,5% των γυναικών απάντησε πως έχει χρησιμοποιήσει το χάπι της επόμενης ημέρας

Το 54,1% των γυναικών απάντησε πως δεν έχει χρησιμοποιήσει το χάπι της επόμενης ημέρας

αντίθετα, το 7,65% των ανδρών απάντησε ότι οι σύντροφοί τους έχουν χρησιμοποιήσει το χάπι της επόμενης ημέρας και

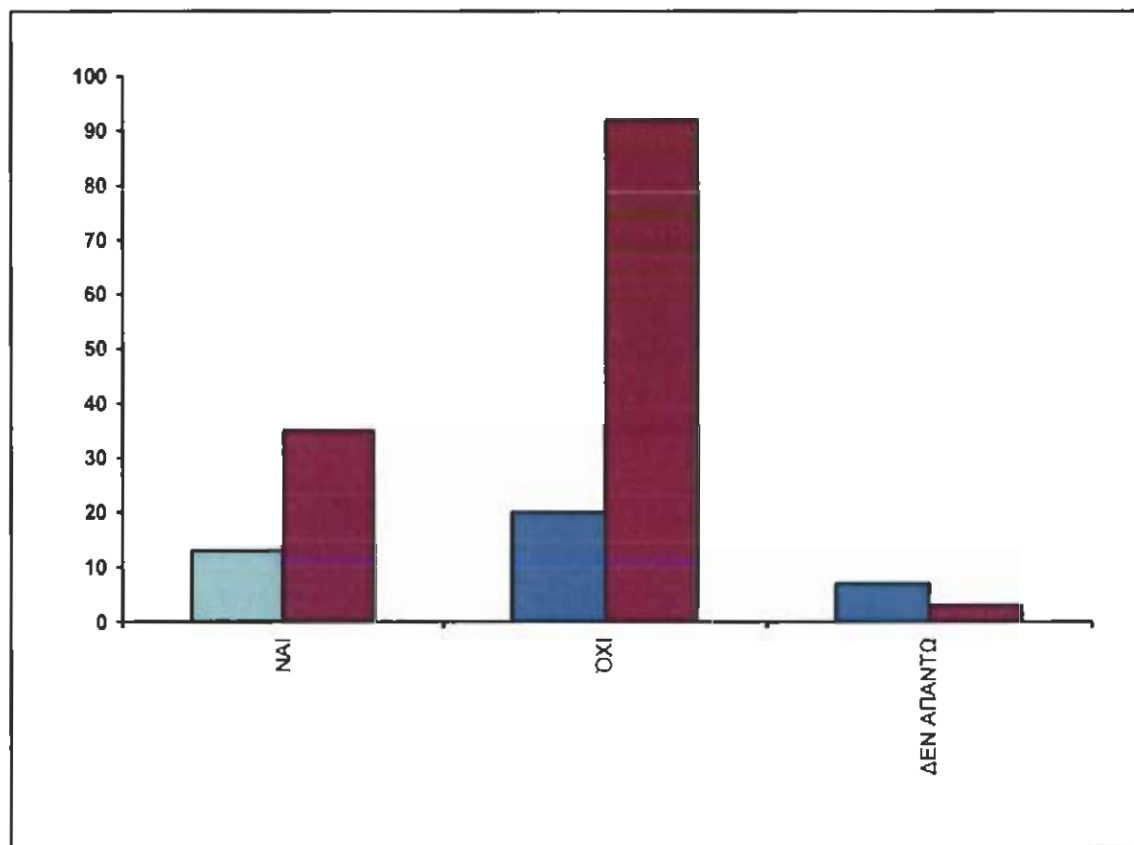
το 11,7% των ανδρών απάντησε ότι οι σύντροφοί τους δεν έχουν χρησιμοποιήσει το χάπι της επόμενης ημέρας

ΠΙΝΑΚΑΣ 6 ΚΑΙ ΓΡΑΦΙΚΗ ΠΑΡΑΣΤΑΣΗ 6: Κατανομή των απαντήσεων 170 ερωτηθέντων/θεισών σε σχέση με το αν την έχουν χρησιμοποιήσει οι ίδιες ή οι σύντροφοί τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ
ΝΑΙ	13	35	48
ΟΧΙ	20	92	112
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	7	3	10
ΣΥΝΟΛΟ	40	130	170

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΣΥΓΚΡΙΣΗ

P (χ^2 test)	= 0,001
--------------------	---------



Ανεπιθύμητες ενέργειες

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες/θείσες στην παρούσα έρευνα δεν είχαν ανεπιθύμητες ενέργειες.

Το 18,9% των γυναικών απάντησε πως αντιμετώπισε ανεπιθύμητες ενέργειες από τη λήψη του χαπιού της επόμενης ημέρας

Το 53,4% των γυναικών απάντησε πως δεν αντιμετώπισε ανεπιθύμητες ενέργειες από τη λήψη του χαπιού της επόμενης ημέρας

Το 6,8% των ανδρών απάντησε πως οι σύντροφοί τους είχαν ανεπιθύμητες ενέργειες από τη λήψη του χαπιού της επόμενης ημέρας

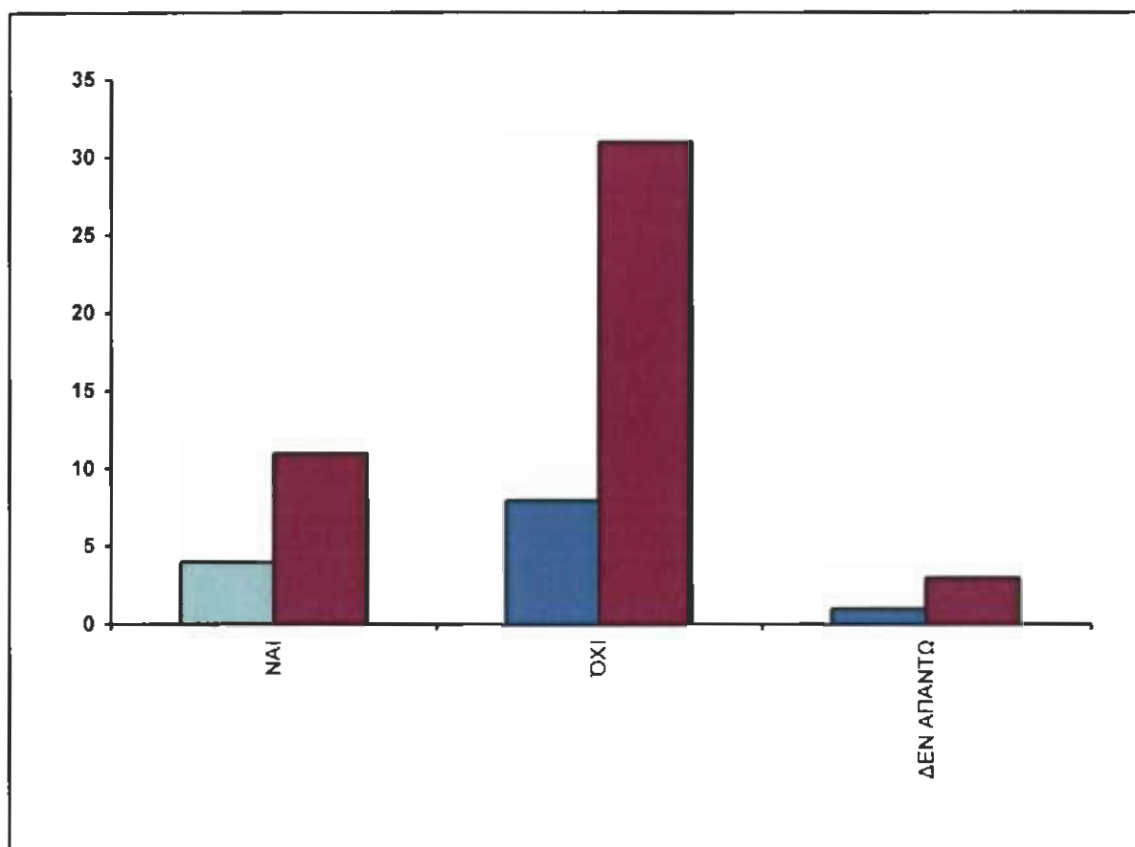
Το 13,7% των ανδρών απάντησε πως οι σύντροφοί τους δεν είχαν ανεπιθύμητες ενέργειες από τη λήψη του χαπιού της επόμενης ημέρας

ΠΙΝΑΚΑΣ 7Α ΚΑΙ ΓΡΑΦΙΚΗ ΠΑΡΑΣΤΑΣΗ 7Α: Κατανομή των απαντήσεων 58 ερωτηθέντων/θεισών σε σχέση με τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ
ΝΑΙ	4	11	15
ΟΧΙ	8	31	39
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	1	3	4
ΣΥΝΟΛΟ	13	45	58

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΣΥΓΚΡΙΣΗ

P (X² test)	> 0,05
-------------------------------	------------------



Ανεπιθύμητες ενέργειες

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες/θείσες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι οι ίδιες ή οι σύντροφοί τους είχαν σαν κύρια ανεπιθύμητη ενέργεια την αλλαγή στην έμμηνο ρύση τους. Το 18,9% των γυναικών που χρησιμοποίησε την επείγουσα αντισύλληψη παρουσίασε ανεπιθύμητες ενέργειες και το 6,8% των συντρόφων που χρησιμοποίησε την επείγουσα αντισύλληψη παρουσίασε ανεπιθύμητες ενέργειες. Αναλυτικότερα:

- το 10,34% των γυναικών που απάντησε είχε σαν ανεπιθύμητη ενέργεια την αλλαγή στην έμμηνο ρύση

- το 8,6% των γυναικών που απάντησε είχε σαν ανεπιθύμητη ενέργεια την τάση για εμετό

- το 6,8% των γυναικών που απάντησε είχε σαν ανεπιθύμητες ενέργειες αιμορραγία, ζαλάδες, πολλά υγρά και κύστες στις ωοθήκες

η κατανομή στις συντρόφους των ερωτώμενων ανδρών έχει ως εξής:
 το 5,1% των συντρόφων είχε σαν ανεπιθύμητη ενέργεια την αλλαγή
 στην έμμηνο ρύση
 και το 3,4% των συντρόφων είχε σαν ανεπιθύμητη ενέργεια πονόκοιλο
 και τάση για εμετό

ΠΙΝΑΚΑΣ 7B ΚΑΙ ΓΡΑΦΙΚΗ ΠΑΡΑΣΤΑΣΗ 7B: Κατανομή των απαντήσεων
 58 ερωτηθέντων/θεισών σε σχέση με τις ανεπιθύμητες ενέργειες.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ
ΠΟΝΟΚΟΙΛΟΣ	2	0	2
ΑΛΛΑΓΗ ΣΤΗΝ ΕΜΜΗΝΟΣ ΡΥΣΗ	3	6	9
ΤΑΣΕΙΣ ΕΜΕΤΟΥ	2	5	7
ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ	0	1	1
ΖΑΛΑΔΕΣ	0	1	1
ΠΟΛΛΑ ΥΓΡΑ	0	1	1
ΚΥΣΤΗ ΣΤΙΣ ΩΟΘΗΚΕΣ	0	1	1

Λόγοι μη χρήσης της επείγουσας αντισύλληψης

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες/θείσες στην παρούσα έρευνα δεν χρειάστηκαν το χάπι της επόμενης μέρας γιατί δεν έσπασε το προφυλακτικό που χρησιμοποίησαν, ενώ υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών. Πιο συγκεκριμένα:

Οι άνδρες δεν δίνουν ιδιαίτερη σημασία, φέρουν άλλες δικαιολογίες ή ακόμη και δεν επιτρέπουν να το χρησιμοποιήσει η σύντροφός τους

Το 67,8% των γυναικών και το 7,1% των ανδρών που ρωτήθηκαν απάντησε ότι δεν έχει κάνει χρήση της επείγουσας αντισύλληψης λόγω μη θραύσης του προφυλακτικού

Το 1,7% των γυναικών που ρωτήθηκαν απάντησε ότι δεν έχει κάνει χρήση της επείγουσας αντισύλληψης επειδή δεν ήθελε ο/η σύντροφος

Το 1,7% των γυναικών και το 0,8% των ανδρών που ρωτήθηκαν απάντησε ότι δεν έχει κάνει χρήση της επείγουσας αντισύλληψης επειδή δεν ήθελε η ίδια και η σύντροφος στην περίπτωση των ανδρών

Το 1,7% των γυναικών και το 4,46% των ανδρών που ρωτήθηκαν απάντησε ότι δεν έχει κάνει χρήση της επείγουσας αντισύλληψης επειδή το πήραν αφήφιστα

Το 1,7% των γυναικών και το 0,8% των ανδρών που ρωτήθηκαν απάντησε ότι δεν έχει κάνει χρήση της επείγουσας αντισύλληψης επειδή δεν είχαν χρήματα

Το 0,8% των γυναικών και των ανδρών που ρωτήθηκαν απάντησε ότι δεν έχει κάνει χρήση της επείγουσας αντισύλληψης επειδή δεν είχαν συνταγή γιατρού

ΠΙΝΑΚΑΣ 8 ΚΑΙ ΓΡΑΦΙΚΗ ΠΑΡΑΣΤΑΣΗ 8: Κατανομή των απαντήσεων

112 ερωτηθέντων/θεισών σε σχέση με τους λόγους μη χρήσης της.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ
ΜΗ ΘΡΑΥΣΗ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟΥ	8	76	84
ΔΕΝ ΗΘΕΛΕ Ο/Η ΣΥΝΤΡΟΦΟΣ	0	2	2

ΔΕΝ ΗΘΕΛΑ ΕΓΩ	1	2	3
ΤΟ ΠΗΡΑ ΑΨΗΦΙΣΤΑ	5	2	7
ΟΧΙ ΧΡΗΜΑΤΑ	1	2	3
ΟΧΙ ΣΥΝΤΑΓΗ ΙΑΤΡΟΥ	1	1	2
ΆΛΛΟ	4	0	4
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	7	0	7
ΣΥΝΟΛΟ	27	85	112

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΣΥΓΚΡΙΣΗ

P (X ² test)	= 0,0004
-------------------------	----------

Προθέσεις ανδρών στο μέλλον

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες άνδρες θα συνιστούσαν να αγοράζε η σύντροφός τους το χάπι της επόμενης ημέρας μόνο όταν αυτό χρειαστεί.

Αναλυτικότερα:

το 33% των υποκειμένων της έρευνας θα συνιστούσαν την αγορά της επείγουσας αντισύλληψης όταν χρειαστεί

το 23% των υποκειμένων θα συνιστούσαν την προληπτική αγορά του χαπιού

το 20% των υποκειμένων θα συνιστούσαν την αγορά του χαπιού πριν χρειαστεί

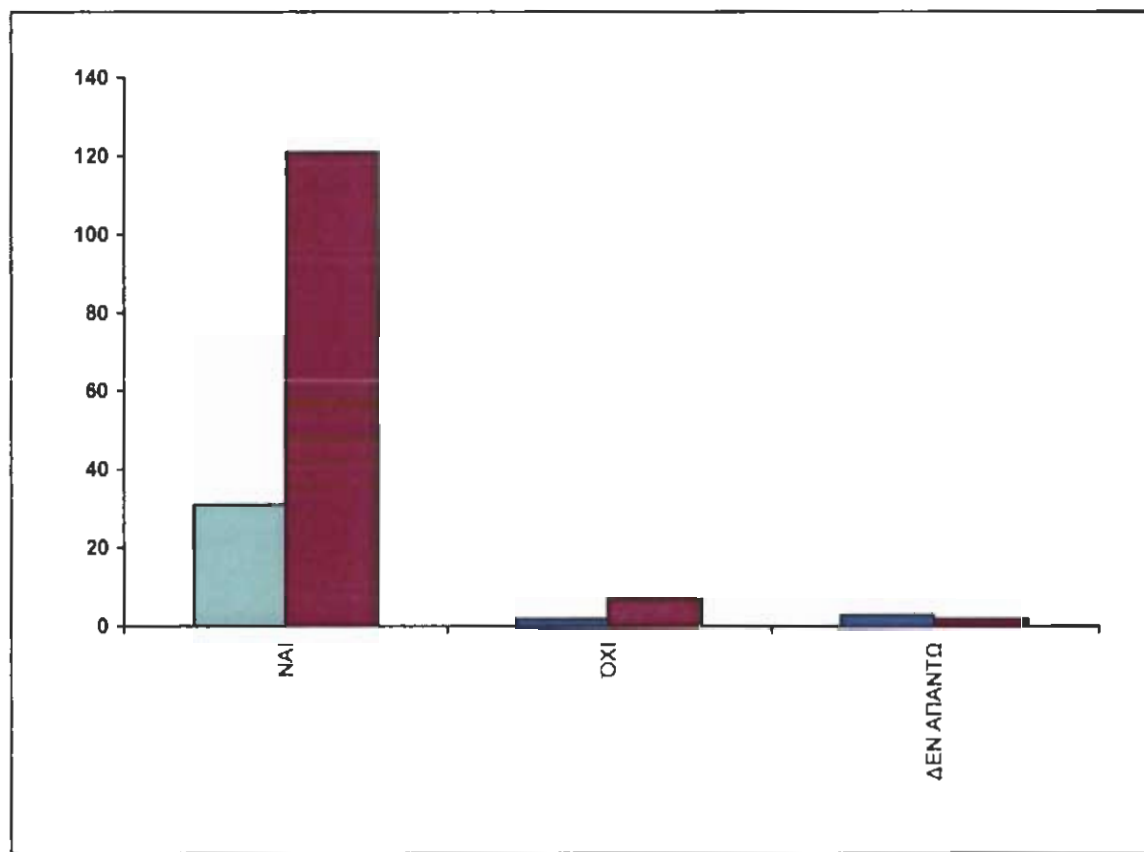
το 18% των υποκειμένων θα αγόραζε την επείγουσα αντισύλληψη προληπτικά

το 5% των υποκειμένων δεν θα επέτρεπαν την χρήση της επείγουσας αντισύλληψης λόγω παρενεργειών

ΠΙΝΑΚΑΣ 9^A ΚΑΙ ΓΡΑΦΙΚΗ ΠΑΡΑΣΤΑΣΗ 9A: Κατανομή των απαντήσεων 40 ανδρών ερωτηθέντων/θεισών σε σχέση με τις προθέσεις τους στο μέλλον.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΝΔΡΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
----------	--------	-----------

ΔΕΝ ΘΑ ΕΠΙΤΡΕΠΙΑ ΛΟΓΩ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	2	5
ΘΑ ΣΥΝΙΣΤΟΥΣΑ ΑΓΟΡΑ ΠΡΙΝ ΧΡΕΙΑΣΤΕΙ	8	20
ΘΑ ΣΥΝΙΣΤΟΥΣΑ ΑΓΟΡΑ ΟΤΑΝ ΧΡΕΙΑΣΤΕΙ	13	33
ΘΑ ΣΥΝΙΣΤΟΥΣΑ ΑΓΟΡΑ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΑ	9	23
ΘΑ ΤΗΝ ΑΓΟΡΑΖΑ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΑ	7	18
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	1	3
ΣΥΝΟΛΟ	40	100 %



Προθέσεις γυναικών στο μέλλον

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες/θείσες γυναίκες θα αγόραζαν το χάπι της επόμενης ημέρας μόνο όταν αυτό χρειαστεί. Αναλυτικότερα:

Το 41% των υποκειμένων της έρευνας θα αγόραζε την επείγουσα αντισύλληψη πριν τη χρειαστεί

Το 18% των υποκειμένων θα ήθελαν να εφημερεύει κάποια κρατική υπηρεσία αν χρειάζονταν το χάπι της επόμενης μέρας

Το 14% των υποκειμένων θα το αγόραζαν όταν το χρειαστούν ποια η διαφορά με το 41%

Το 12% των υποκειμένων φοβάται για τις παρενέργειες

Το 9% των υποκειμένων δεν θα το αγόραζε

Το 8% των υποκειμένων θα ήθελε να γίνεται η χορήγησή του δωρεάν

Και μόλις το 1% των υποκειμένων δεν θα διέθετε χρήματα για την αγορά του

ΠΙΝΑΚΑΣ 9B ΚΑΙ ΓΡΑΦΙΚΗ ΠΑΡΑΣΤΑΣΗ 9B: Κατανομή των απαντήσεων 130 γυναικών ερωτηθεισών σε σχέση με τις προθέσεις τους στο μέλλον.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΘΑ ΑΓΟΡΑΖΑ ΠΡΙΝ ΧΡΕΙΑΣΤΕΙ	18	14
ΘΑ ΑΓΟΡΑΖΑ ΟΤΑΝ ΧΡΕΙΑΣΤΕΙ	53	41
ΔΕΝ ΘΑ ΑΓΟΡΑΖΑ	12	9
ΔΕΝ ΔΙΑΘΕΤΩ ΧΡΗΜΑΤΑ	1	1
ΘΑ ΤΟ ΗΘΕΛΑ ΔΩΡΕΑΝ	10	8
ΦΟΒΑΜΑΙ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ	16	12
ΘΑ ΗΘΕΛΑ ΝΑ ΕΦΗΜΕΡΕΥΕΙ ΚΡΑΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΛΗ ΜΟΥ ΧΡΕΙΑΣΤΕΙ	23	18
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	15	12

Γνώση για την χρήση της επείγουσας αντισύλληψης από κάποια φίλη

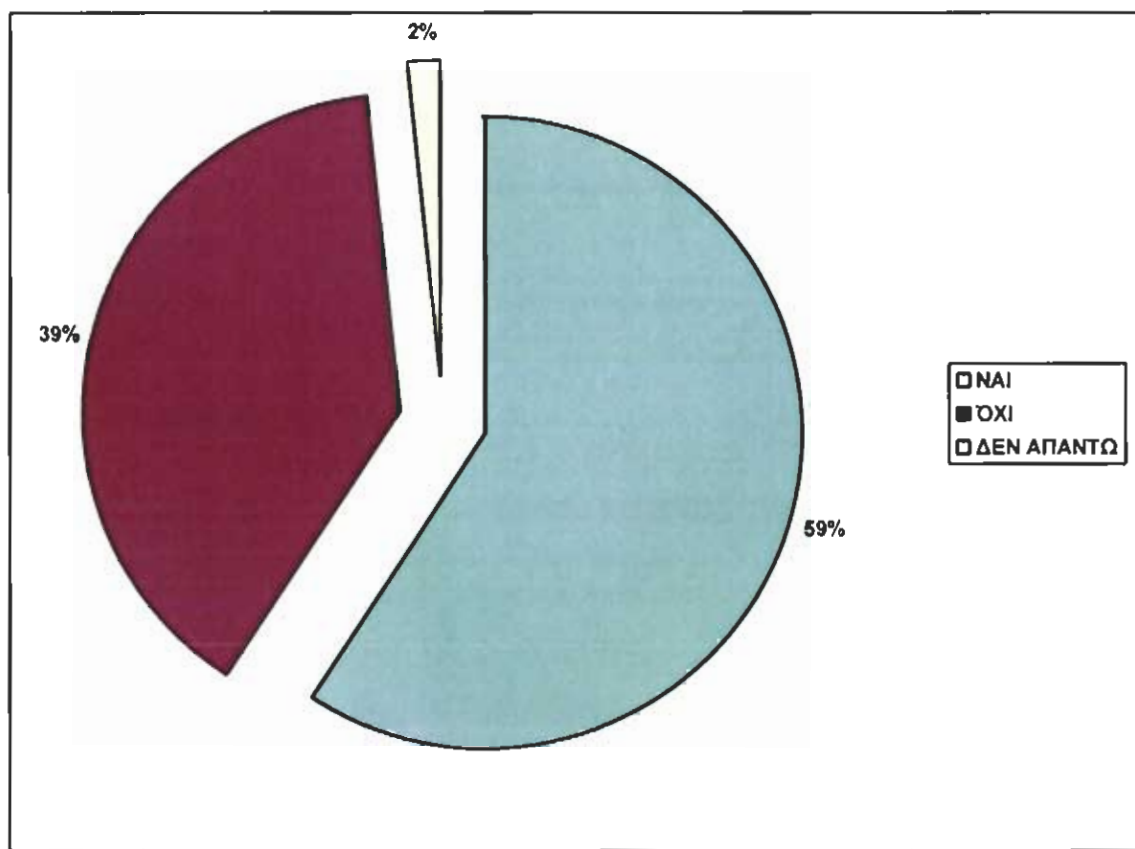
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες/θείσες στην παρούσα έρευνα γνωρίζουν ότι έχει χρησιμοποιήσει επείγουσα αντισύλληψη κάποια φίλη τους. Πιο συγκεκριμένα:

Το 59% των υποκειμένων της έρευνας γνώριζε ότι κάποια φίλη τους είχε κάνει χρήση της επείγουσας αντισύλληψης

Το 39% των υποκειμένων δεν γνώριζε αν κάποια φίλη τους είχε κάνει χρήση της επείγουσας αντισύλληψης

ΠΙΝΑΚΑΣ 10 ΚΑΙ ΓΡΑΦΙΚΉ ΠΑΡΑΣΤΑΣΗ 10: Κατανομή των απαντήσεων 130 γυναικών ερωτηθεισών σε σχέση με το αν έχουν γνώση για τη χρήση της επείγουσας αντισύλληψης από κάποια φίλη τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	77	59
ΟΧΙ	51	39
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	2	2
ΣΥΝΟΛΟ	130	100 %



Γνώση για την άποψη από τη χρήση κάποιας φίλης τους σύνταξη καλύτερη

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες/θείσες στην παρούσα έρευνα δηλώνουν ότι είναι γενικά ευχαριστημένες οι φίλες τους που έχουν χρησιμοποιήσει το χάπι της επόμενης ημέρας. Πιο συγκεκριμένα:

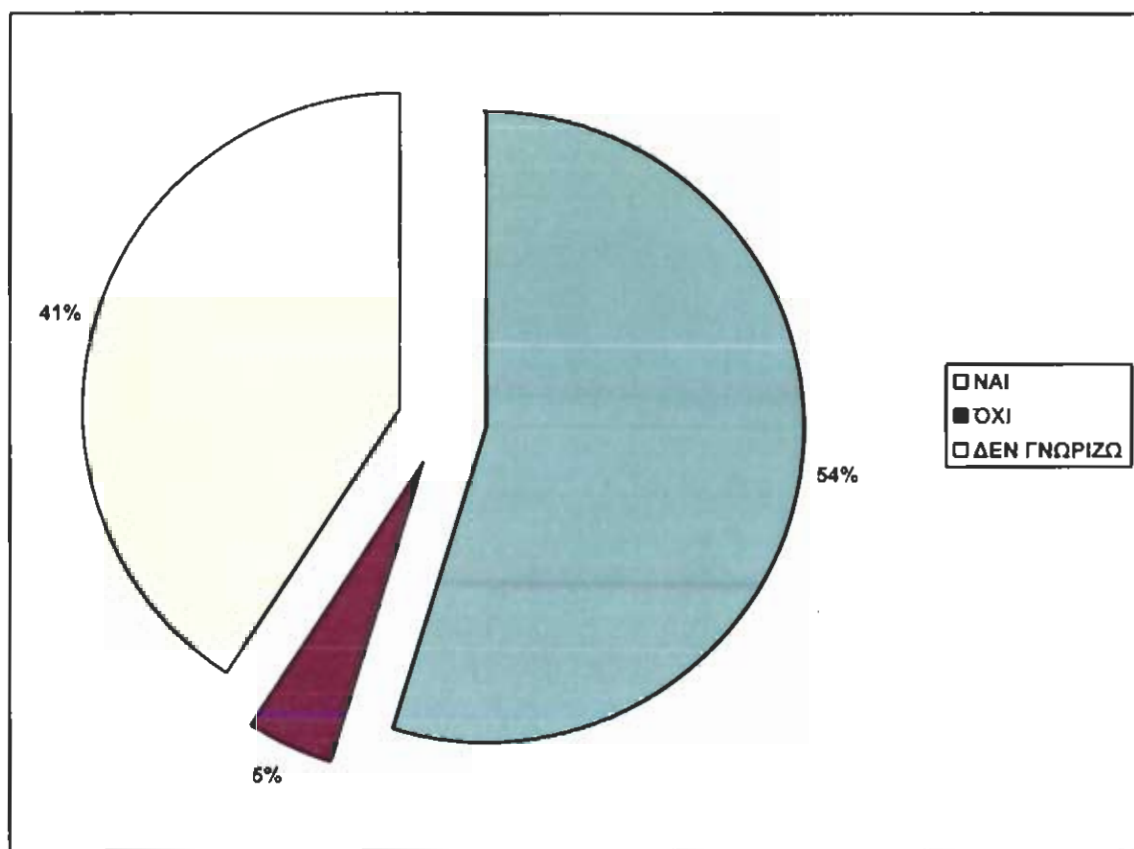
Το 54% των υποκειμένων της έρευνας δηλώνουν ότι οι φίλες τους που είχαν κάνει χρήση του χαπιού της επόμενης ημέρας ήταν ευχαριστημένες

Το 41% των υποκειμένων δεν γνώριζε αν οι φίλες τους που είχαν κάνει χρήση του χαπιού της επόμενης ημέρας ήταν ευχαριστημένες

Το 4% των υποκειμένων δήλωσαν ότι οι φίλες τους δεν ήταν ευχαριστημένες από τη χρησιμοποίηση του χαπιού της επόμενης ημέρας

ΠΙΝΑΚΑΣ 11 ΚΑΙ ΓΡΑΦΙΚΗ ΠΑΡΑΣΤΑΣΗ 11: Κατανομή των απαντήσεων 130 γυναικών ερωτηθέντων/θεισών σε σχέση με το αν έχουν γνώση για την άποψη από τη χρήση κάποιας φίλης τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΗ	71	54
ΟΧΙ	6	4
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	53	41
ΣΥΝΟΛΟ	130	100 %



Λόγοι μη ικανοποίησης της φίλης τους

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες/θεισες της παρούσας έρευνας απάντησαν ότι η φίλη τους δεν έμεινε ικανοποιημένη από την χρήση της επείγουσας αντισύλληψης λόγω παρενεργειών. Πιο συγκεκριμένα:

Το 2% των υποκειμένων της έρευνας απάντησαν ότι η φίλη τους δεν έμεινε ικανοποιημένη από το χάπι της επόμενης ημέρας λόγω των παρενεργειών

Το 1% των υποκειμένων απάντησε ότι το χάπι της επόμενης ημέρας δεν ήταν αποτελεσματικό για την φίλη τους

ΠΙΝΑΚΑΣ 12 ΚΑΙ ΓΡΑΦΙΚΗ ΠΑΡΑΣΤΑΣΗ 12: Κατανομή των απαντήσεων

130 γυναικών ερωτηθεισών σε σχέση με τους λόγους μη ικανοποίησης της φίλης τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΛΟΓΩ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	2	2
ΔΕΝ ΕΙΧΕ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ	1	1

Αν έχουν κάνει έκτρωση

Μόνο 2 ερωτηθείσες στην παρούσα έρευνα (γυναίκες) είχαν κάνει έκτρωση. Πιο συγκεκριμένα:

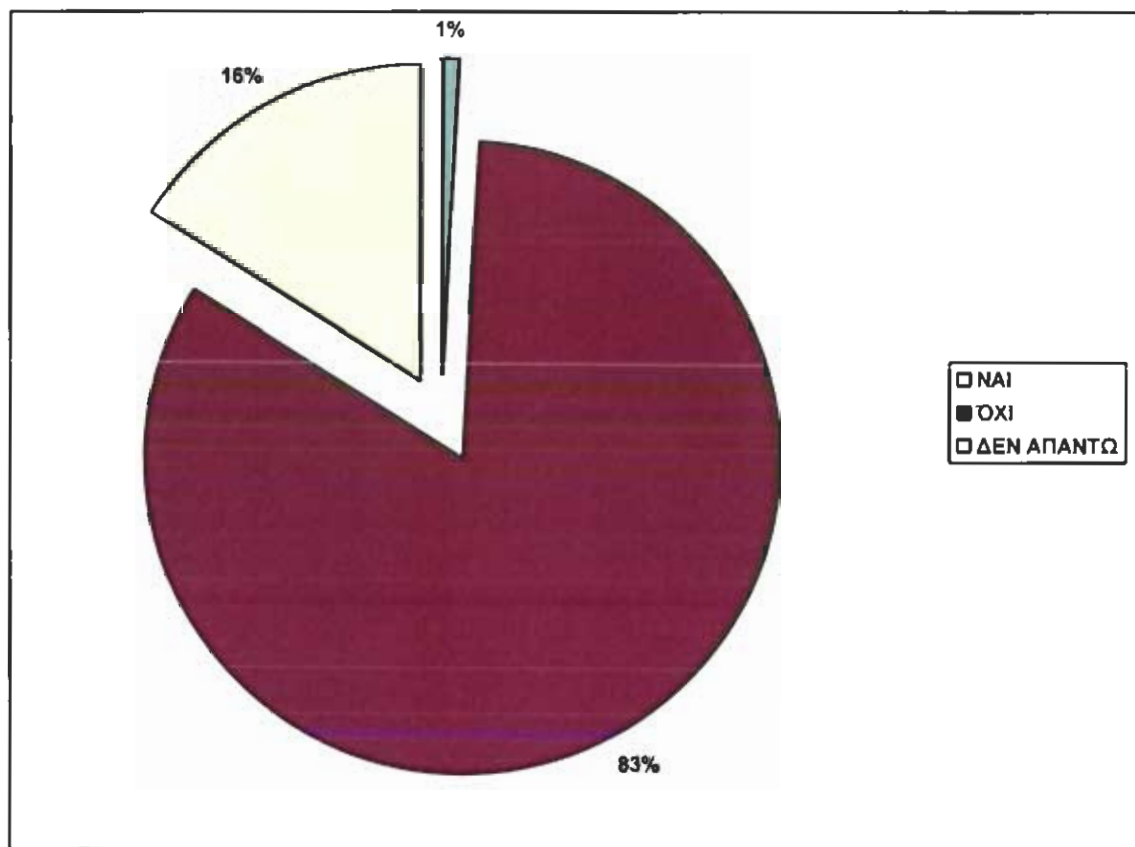
Το 83% των υποκειμένων της έρευνας απάντησαν πως δεν έχουν κάνει έκτρωση

Το 16% των υποκειμένων της έρευνας δεν απάντησε και

μόλις το 1% των υποκειμένων της έρευνας έχει κάνει έκτρωση

ΠΙΝΑΚΑΣ 13 ΚΑΙ ΓΡΑΦΙΚΗ ΠΑΡΑΣΤΑΣΗ 13: Κατανομή των απαντήσεων 130 γυναικών ερωτηθεισών σε σχέση με το αν έχουν κάνει έκτρωση.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	2	1
ΟΧΙ	108	83
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	20	16
ΣΥΝΟΛΟ	130	100 %



ΚΕΦΑΛΑΙΟ II

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματα της έρευνάς μας σε γενικές γραμμές επιβεβαιώνουν αποτελέσματα διεθνών ερευνών. Αναλυτικότερα:

Γνώση της επείγουσας αντισύλληψης

Οι περισσότεροι/ες ερωτώμενοι /ερωτώμενες γνωρίζουν για την επείγουσα αντισύλληψη ενώ υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ αντρών και γυναικών αφού οι άντρες παρουσιάζουν χειρότερες επιδόσεις στην γνώση. Πιο συγκεκριμένα το δείγμα μας ήταν 40 φοιτητές από τους οποίους οι 31 (77,5%) απάντησαν ότι γνωρίζουν την επείγουσα αντισύλληψη και 130 φοιτήτριες από τις οποίες οι 121 (93%) απάντησαν θετικά. Αντίστοιχα υψηλά ποσοστά γνώσης της μεθόδου της επείγουσας αντισύλληψης βρέθηκαν στις έρευνες που διεξήχθησαν στο Κίγκστον της Τζαμάικας (Sorhaindo Annik, Becker Davida, Fletcher Horace and Garcia Sandra G., 2002), όπου το 84% των γυναικών δήλωσαν ότι την γνώριζαν, στο Ναϊρόμπι της Κένυας (Gichangi Peter B., Karanja Joseph G., Kigundu Christine S., Fonck Karoline and Temmerman Arleen, 1999), όπου το 48% δήλωσαν ότι την γνώριζαν. Σε αντίστοιχες έρευνες που έγιναν που έγινε στην Δανία (Perslev A., Rorbye C., Boesen H. C., Norgaard M. and Nilas L., 2002), το 44, 7% των γυναικών γνωρίζουν για την επείγουσα αντισύλληψη, όπως επίσης και σε έρευνα που έγινε στην Σουηδία (Häggström- Nordin Elisabet and Tyden Tanja, 2001), 4 στους 5 εφήβους γνώριζαν την αντισύλληψη εκτάκτου ανάγκης. Στην Νέα Σκωτία του Καναδά (McMahon S., Hansen L., Mann J., Sevigny C., Wong T., Roache M., 2004), το 80% των κοριτσιών ηλικίας 14-19 ετών είχαν ακούσει για την επείγουσα αντισύλληψη, αλλά μόνο το 10% γνώριζε τα χρονικά όρια της αποτελεσματικότητας της. Αντίθετα όμως με όλες τις παραπάνω έρευνες στην Ινδία υπάρχει φτωχή γνώση για τη αντισύλληψη εκτάκτου ανάγκης.

Χρήση της επείγουσας αντισύλληψης

Όσον αφορά την χρήση της επείγουσας αντισύλληψης οι περισσότεροι ερωτώμενοι / ερωτώμενες δεν έχουν χρησιμοποιήσει το χάπι της επόμενης ημέρας ποσοστό που δηλώνει ότι 13 άντρες (7,6%) απάντησαν ότι την έχει χρησιμοποιήσει η σύντροφος τους και 35 γυναίκες (20,5%) έχουν κάνει χρήση της επείγουσας αντισύλληψης. Αντίθετα όμως σε έρευνες που πραγματοποιήθηκαν στην Ελβετία (Ottesen Sandrine, Narring Françoise, Renteria Saira- Christine and Michaud Pierre- André, 2002),, στην Δανία(Perslev A., Rorbay C., Boesen H. C., Norgaard M. and Nilas L., 2002), στην Σουηδία (Häggström- Nordin Elisabet and Tyden Tanja, 2001), στο Ναϊρόμπι της Κένυας(Gichangi Peter B., Karanja Joseph G., Kigundu Christine S., Fonck Karoline and Temmerman Arleen, 1999), και στην Ουάσιγκτον των Η.Π.Α.

(<http://www.naswnys.org/legislative/memos/emergency-contraception.htm>, 03-05-2005), ένα πολύ μεγάλο ποσοστό γυναικών την έχει χρησιμοποιήσει και ύστερα στράφηκαν σε μια μόνιμη μέθοδο αντισύλληψης. Στην Νέα Υόρκη (<http://www.naswnys.org/legislative/memos/emergency-contraception.htm>, 03-05-2005), υπολογίζεται ότι το έτος του 2000 ,51.000 εγκυμοσύνες θα είχαν διακοπεί με άμβλωση εάν δεν γινόταν χρήση της επείγουσας αντισύλληψης(δείτε ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1). Όσον αφορά τώρα τη χρήση της επείγουσας αντισύλληψης η ερευνά μας έδειξε ότι οι περισσότεροι / περισσότερες δεν είχαν κάνει χρήση αυτές ή οι σύντροφοι τους της επείγουσας αντισύλληψης όπως και ένα 10% την είχε χρησιμοποιήσει στην Φιλανδία (Kosunen Elise, Sihvo Sinikka and Hemminki Elina 1997), και στο Κίγκστον της Τζαμάικας(Sorhaindo Annik, Becker Davida, Fletcher Horace and Garcia Sandra G., 2002)

Συνέπειες από την χρήση της επείγουσας αντισύλληψης

Σχετικά τώρα με τις συνέπειες από την χρήση της επείγουσας αντισύλληψης, σύμφωνα με τις απαντήσεις που μας έδωσαν οι ερωτηθέντες/θείσες, ανακαλύπτουμε ότι είχαν σαν κύρια ανεπιθύμητη ενέργεια την αλλαγή στην έμμηνο ρύση τους. Σε μικρότερο ποσοστό παρατηρούνται η τάση για εμετό, ο πονόκοιλος, η αιμορραγία, οι ζαλάδες, τα πολλά υγρά και τέλος κύστες στις ωοθήκες. Άρα η παρούσα έρευνα έρχεται σε αντιπαράθεση με τον ιατρικό σύλλογο για τις συνέπειες που προκαλεί η χρήση της επείγουσας αντισύλληψης. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα ο ιατρικός σύλλογος να αφαιρέσει από την κεντρική ιστοσελίδα του Ε.Ο.Φ στο διαδύκτιο την παρουσίαση του συγκεκριμένου χαπιού για το λόγο ότι παρατηρήθηκε μείωση των εκτρώσεων ύστερα από την χρήση της επείγουσας αντισύλληψης με αποτέλεσμα να υπάρχει οικονομική μείωση για τον ιατρικό σύλλογο.

Πρόθεση χρήσης επείγουσας αντισύλληψης

Οι περισσότεροι ερωτώμενοι / ερωτώμενες σε σχέση με την στάση τους απέναντι στην αντισύλληψη έκτακτης ανάγκης απάντησαν ότι θα την αγόραζαν μόνο όταν αυτή χρειαστεί, σύμφωνα με τον αντίστοιχο αριθμό 13 άντρες (7,6%) και 53 γυναίκες (31,8%). Τέλος το μεγαλύτερο ποσοστό αντρών και γυναικών στην ερευνά μας απάντησαν ότι το χάπι της επόμενης ημέρας θα το αγόραζαν μόνο όταν αυτό θα χρειαζόταν. Αντίθετα όμως στην Ουάσιγκτον (<http://www.naswnys.org/legislative/memos/emergency-contraception.htm>, 03-05-2005), βρέθηκε ότι οι γυναίκες προμηθεύονται πακέτα επείγουσας αντισύλληψης κυρίως τα Σαββατοκύριακα για περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης.

Περιορισμοί της έρευνας και μελλοντικές ερευνητικές προτάσεις

Ένας από τους περιορισμούς της έρευνάς μας είναι το μικρό δείγμα. Το δείγμα της έρευνας μας είναι μικρό εξαιτίας των περιορισμών που τίθενται από την διεξαγωγή μίας πτυχιακής εργασίας και δεν μπορούμε να γενικεύσουμε τα συμπεράσματά μας. Αλλά τα αποτελέσματα μας επιβεβαιώνουν σε γενικές γραμμές τα αποτελέσματα άλλων διεθνών ερευνών. Ένας άλλος περιορισμός της έρευνάς μας αφορά στο ότι δεν προσδιορίσαμε σε συγκεκριμένα χαρακτηριστικά του δείγματός μας για να αυξήσουμε την αξιοπιστία μας στην συγκεκριμένη ομάδα πληθυσμού.

Επίσης η ερευνά μας δεν αφορούσε την διερεύνηση πάνω στην γνώση και την στάση των ανενεργών σεξουαλικά ατόμων ώστε να προσδιορίσουμε τις διαφορές μεταξύ των σεξουαλικά ενεργών και των σεξουαλικά ανενεργών ατόμων.

Θα ήταν ενδιαφέρον επόμενες έρευνες που θα ασχοληθούν με το ίδιο ερευνητικό αντικείμενο να διερευνήσουν :

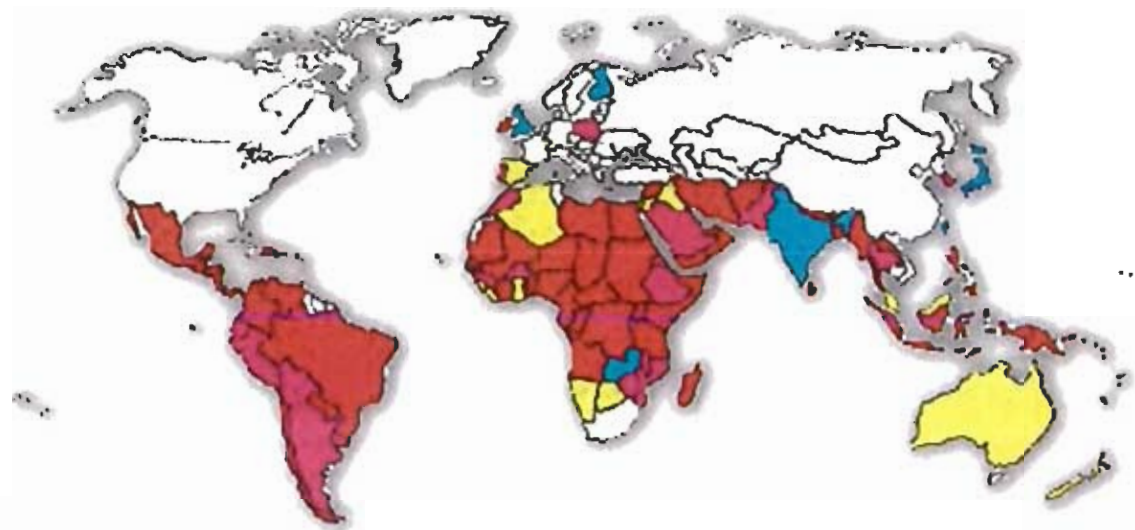
Την γνώση ενός αντιπροσωπευτικού δείγματος νέων σεξουαλικά ανενεργών, της οποίας τα αποτελέσματα να συγκριθούν με το ίδιο δείγμα σεξουαλικά ενεργών νέων.

Την στάση και την χρήση κάποιας τακτικής μέθοδος αντισύλληψης που κρατούν τα ενεργά σεξουαλικά άτομα μετά από την "ατυχές" συνουσία.

Την διερεύνηση γνώσης της επείγουσας αντισύλληψης στον πληθυσμό που έχει κάνει έκτρωση (προ της έκτρωσης και μετά της έκτρωσης) και σε αυτόν που δεν έχει κάνει.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η άμεση πρόσβαση των γυναικών, και ότι αυτή συνεπάγεται, στην επείγουσα αντισύλληψη είναι απαραίτητη αφού στην Ελλάδα μπορεί να αποτελέσει το μέσο μείωσης ανεπιθύμητων εγκυμοσύνων και εκτρώσεων. Πρέπει ιδιαίτερα να τονιστεί η αναγκαιότητα άμεσης πρόσβασης σε όλες τις χώρες ανά τον κόσμο και ιδιαίτερα σε αυτές που η έκτρωση εξακολουθεί να θεωρείται παράνομη όχι μόνο ως μέσο μείωσης των εκτρώσεων αλλά και ως μέσο μείωσης θανάτων που μπορεί να προκύπτουν από τις παράνομες εκτρώσεις. Δυστυχώς, υπάρχει ακόμα ένα αριθμός χωρών όπου τα αναπαραγωγικά δικαιώματα των γυναικών δεν εξασφαλίζονται και οι εκτρώσεις θεωρούνται παράνομες. Το παρακάτω σχέδιο, όπως έχει αποτυπωθεί από την Ολλανδική μη κυβερνητική οργάνωση με διεθνή δράση, «Γυναίκες στα Κύματα» παρουσιάζει το καθεστώς των εκτρώσεων που επικρατεί σε παγκόσμια κλίμακα (<http://www.womenonwaves.org>).



Κόκκινο (κόκκινο), η άμβλωση είναι παράνομη σε περιπτώσεις ή επιτρέπεται σε όλες τις χώρες μόνο για να σώσει τη ζωή μιας γυναίκας. **Ροζ** (ροζ), η άμβλωση επιτρέπεται νόμιμα μόνο για να σώσει τη ζωή μιας γυναίκας ή για να προστατεύσει τη φυσική της υγεία. **Κίτρινο** (κίτρινο), η άμβλωση επιτρέπεται νόμιμα μόνο για να προστατεύσει τη διανοητική υγεία. **Μπλε** (μπλε), η άμβλωση επιτρέπεται νόμιμα για κοινωνικοοικονομικούς λόγους. **Ασπρη**, η άμβλωση επιτρέπεται κατόπιν αιτήσεως.

Γι' αυτό και εμείς προτείνουμε :

Οι πληροφορίες μέσω των εθνικών και τοπικών στρατηγικών πρέπει να στοχεύσουν να αυξήσουν όχι μόνο το στόχο συνειδητοποίησης της γνώσης αλλά και της χρήσης ΕΚ.

Τα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού να είναι προσιτά σε όλους τους ανθρώπους . Να λειτουργούν σε 24ωρη βάση και να βρίσκονται σε προσβάσιμα μέρη.

Μεγαλύτερη κοινοποίηση των μηνυμάτων για την αντισύλληψη και τον οικογενειακό προγραμματισμό γενικότερα, από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης

Περαιτέρω πληροφόρηση για την επείγουσα αντισύλληψη σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης ώστε να αποφευχθεί η τραυματική διαδικασία της έκτρωσης, γιατί ένας από τους σκοπούς του οικογενειακού προγραμματισμού είναι η μείωση της συχνότητας των εκτρώσεων με τη χρήση διαφόρων μεθόδων αντισύλληψης.

Η ενημέρωση σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού πρέπει να γίνεται από ειδικούς και να είναι ανάλογη για κάθε ηλικία ξεχωριστά, ενώ θα πρέπει να είναι σύμφωνη με τον συναισθηματικό κόσμο και τις ανάγκες του κάθε ατόμου.

Θα πρέπει η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση να ξεκινά στο δημοτικό και να γίνεται από τους γονείς σε συνεργασία με τους δασκάλους , κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους και παιδίατρους εκπαιδευμένοι πάνω στο αντικείμενο.

Η πρόληψη κοινωνικών λειτουργών στα σχολεία: η συνεργασία των κοινωνικών λειτουργών με τους γονείς μπορεί να επιλύσει προβλήματα που αφορούν το θέμα της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης καθώς και να βελτιώσουν τη σχέση γονέων-παιδιών.

Η δημιουργία σχολών γονέων και έκδοση σχετικού εντύπου θα βοηθούσε και θα προωθούσε τους γονείς ώστε να εμπλέκονται περισσότερο και με κατανόηση στην σεξουαλική διαπαιδαγώγηση.

Την ευαισθητοποίηση και δράση των Κοινωνικών Υπηρεσιών με σκοπό την επέκταση των προγραμμάτων (ενημέρωση του κοινού για την

επείγουσα αντισύλληψη, την πρόληψη ανεπιθύμητων εγκυμοσύνων) και έξω από τα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού. Τέλος θα πρέπει να εισαχθεί στο αναλυτικό πρόγραμμα των σχολείων το μάθημα <<Σεξουαλική αγωγή>>.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Δετοράκης Ι., "Οικογενειακός Προγραμματισμός, αντισύλληψη, σεξουαλική διαπαιδαγώγηση", Εκδόσεις Πατάκη, Αθήνα 1988

Δετοράκης Ι. – Παπαγεωργίου Ι., "Αγωγή της σεξουαλικής συμπεριφοράς", Εκδόσεις Πατάκη, Αθήνα 2002

Δρ Βάρρας Μιχαήλ, Θεοδωρή- Λακαφώτη Βασιλική, Ζουρμπάκη Ανδρομάχη, "Μαιευτική Γυναικολογία", Οργανισμοί Εκδόσεων Διδακτικών Βιβλίων, 1999

Θέματα Μαιευτικής –Γυναικολογίας, Τόμος ΙΓ, τ- 3,1999

Ιατράκης Μ. Γεώργιος, "Οικογενειακός προγραμματισμός", 2002

Καλογερόπουλος Αχ., "Γυναικολογία ", University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1996

Κρεατσάς Γ., "Σεξουαλική Διαπαιδαγώγηση. Οι σχέσεις των δύο φύλων. Τι πρέπει να ξέρουν οι νέοι", Β' Έκδοση, Εκδόσεις Δωρικός, Αθήνα 1989

Κρουσταλάκης Γεώργιος "Διαπαιδαγώγηση, πορεία ζωής ", Εκδόσεις Οφσέτ, Αθήνα 1995

Μακράκης Γ. Ευάγγελος, "Γυναικολογία με απλά λόγια", Εκδόσεις Μοντέρνοι Καιροί

Μαργαριτίδου Βάσω, Μεσθεναίου Λιζ, "Αξιολόγηση των υπηρεσιών οικογενειακού προγραμματισμού", Εκδόσεις Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού, Αθήνα 1991

Μάλλινορ Τζιλ, "Λεξικό σεξουαλικής αγωγής ", Εκδόσεις Πατάκη, σελ 31

Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη- Καραγιάννη, 1979

Παπαλουκά Χρ. Αριστοφάνη, "Εγχειρίδιο Γυναικολογίας και Μαιευτικής",
Τόμος Α, University Studio A.E., 1985

Ρόμπι Χ. Χάρρις, "Άς μιλήσουμε για το σεξ", Εκδόσεις Πατάκη, 1994

Συμεωνίδης – Καστανίδη Ελισάβετ, "Η Άμβλωση ως πρόβλημα ποινικού
δικαίου", Εκδόσεις Σακκούλα, Αθήνα – Κομοτηνή 1984

Χιωτέλη- Ντιμίμπο Ειρήνη, Πρώιμη μητέρα, έφηβη κύηση και μητρότητα",
Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 1988

" Η διαπαιδαγώγηση των συζύγων καθηγητών : Η. και Α. Stone", Κλασική
Λογοτεχνία

Οδηγός Αντισύλληψης "χάπι σημαίνει...ελευθερία!", Εκδόσεις Αρχιπέλαγος,
Αθήνα, Ιούνιος 2003

Οδηγός Υγιεινής – ο ενήλικας και το περιβάλλον, Τόμος 3, Εκδόσεις Δομική

Σεξουαλική διαπαιδαγώγηση στην Ελλάδα, σελ.126-127, Αθήνα 1981

Bello- Dolto- Schiffman, 1983, Εκδόσεις Μαλλιάρης 1995

Sir John Dewhurst Frcse Frcgmd, Md Hon Dsc Fagog (Hon), Frcog Fcog
(SA) Frcsi "Εικονογραφημένη μαιευτική", Geoggrey Chamberlain RD.MD
FRCS FRCOG, FACOG(HON),Επιστημονικές Εκδόσεις, Γρηγόριος
Παρισιακός

ΤΑ ΝΕΑ , (05/06/2004). Τα 14 η μέση ηλικία για... πρωτάρηδες. Κωδικός
άρθρου: A17956N204, ID: 418787, Σελ.: Ν20

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

A.A. Haspels, (1994). Emergency contraception: a review. *Contraception* 50 pp. 101–108.

Bergmann JF, (2003). Self- medication: from European regulatory directives to therapeutic strategy. *Fundam Clin Pharmacol.* Jun; 17(3):275-80.

Blanchard K. (1998). Improving women's access to emergency contraception: innovative information and service delivery strategies. *Journal of American Medical Women's Association.* 53(5 Suppl 2):238-41.

Dr Bromham, Oloto EJ, *Eur J Contracept Reprod Health Care*, Ιούνιος 1997: 2(2);81-7. Ακαδημαϊκό τμήμα μαιευτικής και γυναικολογίας, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο του ST James, Lynch, UK.

Gardner J, Miller L. (2005). Promoting the safety and use of hormonal contraceptives. *Journal of Women's Health (Larchmt).* Jan –Feb; 14(1):53-60.

Gichangi Peter B., Karanja Joseph G., Kigundu Christine S., Fonck Karoline and Temmerman Marleen (1999). Knowledge, attitudes, and practices regarding emergency contraception among nurses and nursing students in two hospitals in Nairobi, Kenya *Contraception, Volume 59, Issue 4, Pages 253-256.*

Glasier A, Ketting E, Ellertson C, Armstrong E. (1996). Emergency contraception in the United Kingdom and the Netherlands. *Family Planning Perspective.* Mar- Apr; 28(2):49-51. Review.

Greydamus DE, Senanayake P, Gains MJ. (1999). Reproductive health : an international perspective. *Indian J Pediatr.* May- Jun; 66(3):415-24.

Ellertson C, Shochet T, Blanchard K, Trussell J. (2000). Emergency contraception: a review of the programmatic and social science literature. *Contraception*. Mar; 61(3):145-86.

Häggström- Nordin Elisabet and Tydén Tanja (2001). Swedish teenager's attitudes toward the emergency contraception pill. *Journal Of Adolescent Health*, Volume 28, Issue 4, April 2001, Pages 313-318.

Kosunen Elise, Sihvo Sinikka and Hemminki Melina (1997). Knowledge and use of hormonal emergency contraception in Finland. *Contraception*, Volume 55, Issue 3. March 1997, Page 153-157.

Kozinszky Zoltán and Bártai György (2004). Contraceptive behaviour of teenagers requesting abortion. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, Volume 112, Issue 1, 15 January 2004, Page 80-83.

Morgan KW, Deneris A. (1997). Emergency contraception: preventing unintended pregnancy. *Nurse Practitioner*. Nov; 22(11):34-6, 39-40, 45-8. Review.

Ottesen S, Narring F, Renteria SC, Michaud PA. (2002). How to improve use of emergency contraception by adolescents? *Journal of Gynecological Obstetrician Biol Reproduction (Paris)*. 2002 Apr; 31 (2 Pt 1): 144-51.

Ottesen Sandrine, Narring Françoise, Renteria Saira- Christine and Michaud Pierre-André (2002). Emergency contraception among teenagers in Switzerland: a cross-sectional survey on the sexuality of 16 to 20 year olds. *Journal of Adolescent Health*, Volume 31, Issue 1, July 2002, Page 101-110.

O' Callaghan MA, Andrist LC. (2001). The next step for emergency contraception: over-the- counter availability. *Clinical Excellence of Nurse Practitioner*. Mar; 5(2):73-9.

Perslev A., Rorbye C., Boesen H. C., Norgaard M and Nil as L. (2002). Emergency contraception: knowledge and use among Danish women requesting termination of pregnancy. *Contraception, Volume 66, Issue 6, December 2002, Pages 427-431.*

S. Henshaw, (1998). Unintended pregnancy in the United States. *Fam Plann Perspect* 30 pp. 24–29.

Santelli John S., Nystrom Robert J., Brindis Claire, Juszczak Linda, Klein Jonathan D., Bearss Nancy, Kaplan David W., Hudson Margaret and Schlitt John (2003). Reproductive health in school- based health centers: finding from the 1998-99 census of school- based health centers. *Journal of Adolescent Health, Volume 32, Issue 6, Pages 443- 451.*

Sundby Johanne, Svanemyr Joar and Mæhre Tale (1999). Avoiding unwanted pregnancy – the role of communication, information and knowledge in the use of contraception among young Norwegian women. *Patient Education and Counseling, Volume 38, Issue 1, September 1999, Pages 11-19.*

Sorhaindo Annik, Becker Davida, Fletcher Horace and Garcia Sandra G., (2002). Emergency contraception among university students in Kingstom, Jamaica: a survey of knowledge, attitudes, and practices. *Contraception, Volume 66, Issue 4, October 2002, Pages 261-268.*

R.J. Cook, B. M. Dickens, C. Ngwena and M.I. Plata, το νομικό καθεστώς της αντισύλληψης έκτακτης ανάγκης, άρθρο. *Διεθνές περιοδικό της γυναικολογίας και της μαιευτικής, Τόμος 75, Ζήτημα 2, Νοέμβριος 2001, Σελίδες 185-191.*

Rusuvara L., Johanson ED. (1999). Contraceptive strategies for young women in the 21st century. *European Journal of Contraceptive Reproductive Health Care. Dec; 4(4): 255-63.*

Trussell J, Ellertson C., Stewart F., Raymond EG, Shochet T. (2004). The role of emergency contraception. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. Apr; 190(4 Suppl):S30-8.

The Pharmaceutical Journal, vol 263, No 7076, p982, December 18/25, 1999
Letters

ΔΙΑΔΥΚΤΙΟ

Paulin

http://www.naswnys.org/législative/memos/emergency_contraception.htm.

<http://www.postinor.gr/panel.htm>, Ανάκτηση στις 7 Μαρτίου 2005

<http://users.maguet.gr/evgenidi/norvelo.html>, Ανάκτηση στις 7 Μαρτίου 2005

<http://www.fpa.org.uk/guide/emergency/index.htm>, Ανάκτηση στις 22 Μαρτίου 2005

<http://www.brook.org.uk/content/M56-emergency.org>, Ανάκτηση στις 30 Μαρτίου 2005

<http://www.org/news/greek/mpa/2004/04-03-30mpa.htm>, Ανάκτηση στις 30 Μαρτίου 2005

<http://www.biomedcentral.com>, Ανάκτηση 3 Μαΐου 2005

NASW-NUS. (3/5/2005), Memorandum in Support, S.3661 Sen. Spano/A.116 Asm.

Ψήφισμα του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου σχετικά με την υγεία και τα δικαιώματα στη σεξουαλική ζωή και την αναπαραγωγή (2001/2128 (INI)). Υγεία και τα δικαιώματα στη σεξουαλική ζωή και την αναπαραγωγή. P5_TA (2002)0359-A5-0223/2002. Ανάκτηση από την ιστοσελίδα:
http://www2.europarl.eu.int/omk/sipade2?SAME_LEVEL=1&LEVEL=3&NAV=X&DETAIL=&PUBREF=-//EP//TEXT+TA+P5-TA-2002-0359+0+DOC+XML+V0//EL. Ανάκτηση στις 2 Ιουλίου 2005

<http://www.womanhealth.gr>, Ανάκτηση στις 8 Ιουλίου 2005

Women on waves,

<http://www.womenonwaves.org/popup.php?id=1020.245&label=FIGO1>,
Ανάκτηση στις 28 Αυγούστου 2005

Women on waves, <http://www.womenonwaves.org/article-1020.359-anthem>,
Ανάκτηση στις 28 Αυγούστου 2005

Women on waves, <http://www.womenonwaves.org/index.php>, Ανάκτηση στις
28 Αυγούστου 2005

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

Είναι γνωστό, ότι από την αρχαιότητα, οι γυναίκες που αντιμετώπιζαν μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη χρησιμοποιούσαν την άμβλωση ως μέσο επίλυσης του διλήμματός τους. Αν και αναμφισβήτητα χρησιμοποιείται ευρέως σε όλους τους αιώνες, η άμβλωση θεωρείται ως γεγονός που αποφεύγεται κατά προτίμηση λόγω του αντίκτυπου στις ενδιαφερόμενες γυναίκες καθώς επίσης των εκτιμήσεων για την εμβρυϊκή ζωή. Οι πολιτικές για να μειώσουν τους αριθμούς και τα ποσοστά άμβλωσης πρέπει να αναγνωρίσουν ορισμένες παρατηρήσεις. Η ποινικοποίηση δεν αποτρέπει την άμβλωση, αλλά αυξάνει τους μητρικούς κινδύνους. Η " ειλικρίνεια " μιας κοινωνίας στη συζήτηση των σεξουαλικών θεμάτων συσχετίζεται αντιστρόφως με τα ποσοστά της άμβλωσης. Ο συσχετισμός μεταξύ της χρήσης αντισυλληπτικών και της άμβλωσης είναι επίσης αντίστροφος αλλά αφορά περισσότερο την αποτελεσματικότητα των χρησιμοποιημένων αντισυλληπτικών μεθόδων. Η " επανάσταση" στη σειρά των χρησιμοποιημένων αντισυλληπτικών μεθόδων θα ασκήσει ισοδύναμη επίδραση στα ποσοστά της άμβλωσης. Οι αντισυλληπτικές μέθοδοι έκτακτης ανάγκης παίζουν ιδιαίτερο ρόλο στη μείωση των αμβλώσεων. Τα καλά προγράμματα εκπαίδευσης φύλων και σχέσεων μπορούν να καθυστερήσουν τη σεξουαλική έναρξη, να αυξήσουν την αντισυλληπτική χρήση και να με τις ελάχιστες αμβλώσεις. Τέλος, η αλληλεπίδραση μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων και η επιλογή μεταξύ της άμβλωσης και της τρέχουσας εγκυμοσύνη είναι σύνθετες. Η άμβλωση δεν επιλέγεται απαραίτητως από τους ελάχιστα ικανούς να υποστηρίξουν οικονομικά ένα παιδί.(Dr Bromham, Lotto EJ, Ιούνιος 1997).

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

Ο ακριβής αριθμός εκτρώσεων είναι δύσκολο να καθοριστεί, αφού στις περισσότερες χώρες γίνεται παράνομα. Τα πιο αξιόπιστα στοιχεία προέρχονται από χώρες, στις οποίες οι εκτρώσεις είναι νόμιμες. Έτσι το 1973,

έγιναν στην Ουγγαρία 169.500 χιλιάδες εκτρώσεις που αντιστοιχούσαν σε 73,5/1000 γυναίκες ηλικίας 15-44 ετών και η σχέση εκτρώσεων προς γεννήσεις ζώντων ήταν 1024/1000, ενώ το 1975 οι αριθμοί αντίστοιχα ήταν 96.200,41,9/1000 γυναίκες και 515/1000. Στην Πολωνία το 1973, έγιναν 138.600 εκτρώσεις που αντιστοιχούσαν σε 18/1000=18 ανά 1000 γυναίκες ηλικίας 15-44 ετών και 2227/1000=2227 ανά 1000 γεννήσεις ζώντων. Το 1975 η κατάσταση δεν παρουσίασε σχεδόν καμία διαφορά. Η ίδια περίπτωση με την Πολωνία αναλογία εκτρώσεων και γεννήσεων ζώντων παιδιών παρουσιάζεται και στη Γιουγκοσλαβία και στη Σουηδία, όπου ο αριθμός των εκτρώσεων παραμένει περίπου ο ίδιος.

Από τα παραπάνω φαίνεται ότι ο αριθμός των εκτρώσεων δεν αυξάνεται, τουλάχιστον στις αναπτυγμένες χώρες, όταν αυτές είναι νόμιμες. Ο αριθμός τους έχει σχέση με το επιθυμητό μέγεθος της οικογένειας και με τη διάδοση, γνώση και σωστή εφαρμογή των μεθόδων αντισύλληψης. Μετά την εφαρμογή προγράμματος ευρείας πληροφόρησης του κοινού πάνω στις μεθόδους αντισύλληψης ο αριθμός των εκτρώσεων μειώθηκε σημαντικά. Το πρόβλημα όμως εξακολουθεί να υπάρχει και στις χώρες που έχουν νομιμοποιήσει τις εκτρώσεις, παρά την εντατική πληροφόρηση και υποβολή νεότερων και πιο αποτελεσματικών μεθόδων αντισύλληψης. Πιστεύεται ότι το πρόβλημα θα μειωθεί περισσότερο, αν γίνεται πάντα ενημέρωση κάθε γυναίκας που υποβάλλεται σε έκτρωση πάνω στις μεθόδους αντισύλληψης και καταβάλλεται προσπάθεια για την ανεύρεση, της πιο κατάλληλης γι' αυτή μεθόδου, που ακολουθεί, για να μην αναγκασθεί στο μέλλον να υποβληθεί πάλι σε έκτρωση.

Παρόμοιος αριθμός εκτρώσεων γίνεται και στις χώρες στις οποίες οι εκτρώσεις είναι παράνομες. Έτσι, στο Βέλγιο, επί 200.000 τοκετών το χρόνο πραγματοποιούνται 400.000 εκτρώσεις περίπου και στη Δυτική Γερμανία επί ενός εκατομμυρίου γεννήσεων ο αριθμός των εκτρώσεων έχει υπολογισθεί σε 1-3 εκατομμύρια.

Στις υπό ανάπτυξη χώρες, όπου οι εκτρώσεις απαγορεύονται, ο αριθμός τους φαίνεται ότι πριν την νομιμοποίησή τους είναι τι ίδιο σημαντικός και ότι ισχύει η ίδια κατάσταση με τις αναπτυγμένες χώρες. Πράγματι, στη Χιλή, 1 στις 3 γυναίκες παραδέχτηκε ότι είχε κάνει τουλάχιστον μια έκτρωση, ενώ στο Μεξικό 3 στις 10.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

έγιναν στην Ουγγαρία 169.500 χιλιάδες εκτρώσεις που αντιστοιχούσαν σε 73,5/1000 γυναίκες ηλικίας 15-44 ετών και η σχέση εκτρώσεων προς γεννήσεις ζώντων ήταν 1024/1000, ενώ το 1975 οι αριθμοί αντίστοιχα ήταν 96.200,41,9/1000 γυναίκες και 515/1000. Στην Πολωνία το 1973, έγιναν 138.600 εκτρώσεις που αντιστοιχούσαν σε 18/1000=18 ανά 1000 γυναίκες ηλικίας 15-44 ετών και 2227/1000=2227 ανά 1000 γεννήσεις ζώντων. Το 1975 η κατάσταση δεν παρουσίασε σχεδόν καμία διαφορά. Η ίδια περίπτωση με την Πολωνία αναλογία εκτρώσεων και γεννήσεων ζώντων παιδιών παρουσιάζεται και στη Γιουγκοσλαβία και στη Σουηδία, όπου ο αριθμός των εκτρώσεων παραμένει περίπου ο ίδιος.

Από τα παραπάνω φαίνεται ότι ο αριθμός των εκτρώσεων δεν αυξάνεται, τουλάχιστον στις αναπτυγμένες χώρες, όταν αυτές είναι νόμιμες. Ο αριθμός τους έχει σχέση με το επιθυμητό μέγεθος της οικογένειας και με τη διάδοση, γνώση και σωστή εφαρμογή των μεθόδων αντισύλληψης. Μετά την εφαρμογή προγράμματος ευρείας πληροφόρησης του κοινού πάνω στις μεθόδους αντισύλληψης ο αριθμός των εκτρώσεων μειώθηκε σημαντικά. Το πρόβλημα όμως εξακολουθεί να υπάρχει και στις χώρες που έχουν νομιμοποιήσει τις εκτρώσεις, παρά την εντατική πληροφόρηση και υποβολή νεότερων και πιο αποτελεσματικών μεθόδων αντισύλληψης. Πιστεύεται ότι το πρόβλημα θα μειωθεί περισσότερο, αν γίνεται πάντα ενημέρωση κάθε γυναίκας που υποβάλλεται σε έκτρωση πάνω στις μεθόδους αντισύλληψης και καταβάλλεται προσπάθεια για την ανεύρεση, της πιο κατάλληλης γι' αυτή μέθόδου, που ακολουθεί, για να μην αναγκασθεί στο μέλλον να υποβληθεί πάλι σε έκτρωση.

Παρόμοιος αριθμός εκτρώσεων γίνεται και στις χώρες στις οποίες οι εκτρώσεις είναι παράνομες. Έτσι, στο Βέλγιο, επί 200.000 τοκετών το χρόνο πραγματοποιούνται 400.000 εκτρώσεις περίπου και στη Δυτική Γερμανία επί ενός εκατομμυρίου γεννήσεων ο αριθμός των εκτρώσεων έχει υπολογισθεί σε 1-3 εκατομμύρια.

Στις υπό ανάπτυξη χώρες, όπου οι εκτρώσεις απαγορεύονται, ο αριθμός τους φαίνεται ότι πριν την νομιμοποίησή τους είναι τι ίδιο σημαντικός και ότι ισχύει η ίδια κατάσταση με τις αναπτυγμένες χώρες. Πράγματι, στη Χιλή, 1 στις 3 γυναίκες παραδέχτηκε ότι είχε κάνει τουλάχιστον μια έκτρωση, ενώ στο Μεξικό 3 στις 10.

Σε αντίθεση με τις αναπτυγμένες χώρες, η νομιμοποίηση αυξάνει τον αριθμό των εκτρώσεων στις υπό ανάπτυξη περιοχές. Σημαντική αύξηση των εκτρώσεων μετά τη νομιμοποίησή τους παρουσιάστηκε στις Ινδίες, στην Σιγκαπούρη, στην Τυνησία και αλλού. Αυτό αποδίδεται στην παράλειψη της ανάπτυξης παράλληλης υποδομής για πληροφόρηση και προσφορά αποτελεσματικών μέσων αντισύλληψης. Έτσι, επιβάλλεται η δημιουργία όλων των προϋποθέσεων για την εφαρμογή των ορθών μεθόδων αντισύλληψης πριν από τη νομιμοποίηση των εκτρώσεων. Μόνο τότε οι εκτρώσεις θα βοηθήσουν στην αντιμετώπιση εξαιρετικών περιπτώσεων, χωρίς να αποτελούν συνηθισμένο μέσο αντισύλληψης, όπως γίνεται τώρα. Στην Ελλάδα έχει αποδειχθεί (1965) ότι 35-40% των Ελλήνων έχουν κάνει τουλάχιστον μια έκτρωση. Οι εκτρώσεις είναι συχνότερες στις πόλεις παρά στα χωριά, στις γυναίκες κατώτερης κοινωνικής τάξης παρά ανώτερης και αυξάνονται με την ηλικία, τα χρόνια έγγαμης ζωής και τον αριθμό των παιδιών που έχουν ήδη κάνει. Πιστεύεται ότι ο αριθμός των εκτρώσεων σήμερα είναι ίσος ή μεγαλύτερος με τον αριθμό των γεννήσεων.

Αντίθετα στις πιο αναπτυγμένες χώρες, το πρόβλημα δεν είναι τόσο οξύ στις μεγαλύτερες και στις παντρεμένες γυναίκες, αλλά στα ανήλικα κορίτσια και σε ανύπαντρες γυναίκες ηλικίας 18-19 ετών παρουσιάζουν υψηλότερο αριθμό εκτρώσεων. (30/3/2004, Macedonian Press Agency: News in English, <http://www.org/news/greek/mpa/2004/04-03-30mpa.htm>, 03/05/2005).

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Ερωτήσεις για νέες γυναίκες

Βοηθήστε μας συμπληρώνοντας τις σελίδες του ερωτηματολογίου. Θέλουμε να μάθουμε τι γνωρίζετε για την επείγουσα αντισύλληψη (χάπι επόμενης μέρας) και αν τη χρησιμοποιήσατε. Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο.

1. Ποια είναι η ηλικία σας;

- α. Κάτω από 18 ετών
- β. 18 – 22
- γ. 23 -27
- δ. 28 -32
- ε. 33 – 37
- στ. 38 ετών και άνω

2. Γνωρίζετε ότι κυκλοφορεί στη χώρα μας η επείγουσα αντισύλληψη (χάπι επόμενης μέρας) που μπορεί να την λάβει η γυναίκα με τη θέληση της για να μη μείνει έγκυος μετά από απροφύλακτη συνουσία;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ
- ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ /ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ

3. Από πού το μάθατε;

- α. Από τη σχέση μου
- β. Από γιατρό
- γ. Από φίλο /η – συγγενή
- δ. Στο φαρμακείο
- ε. Από την τηλεόραση
- στ. Από περιοδικά- εφημερίδες
- ζ. Από αλλού, από που;

4. Έχετε κάνει χρήση επείγουσας αντισύλληψης;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ
- ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ/ ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ

5. Είχατε κάποια ανεπιθύμητη ενέργεια από τη λήψη του χαπιού;

ΝΑΙ..... ΟΧΙ.....

6. Αν ναι, περιγράψτε μας όσο το δυνατό καλύτερα.

.....
.....

7. Για ποιους λόγους δεν χρησιμοποιήσατε την επείγουσα αντισύλληψη (χάπι της επόμενης μέρας);

- α. Δεν μου συνέβη ατύχημα / Δεν προέκυψε ανάγκη
- β. Δεν ήξερα πώς να το ζητήσω στο φαρμακείο
- γ. Ο γιατρός μου είπε να μην το πάρω
- δ. Από αμέλεια – Το πήρα αφήφιστα
- ε. Δεν είχα χρήματα να το πάρω
- στ. Δεν εύρισκα συνταγή
- ζ. Άλλο.....

8. Ποιες από τις φράσεις που αναφέρονται παρακάτω περιγράφει καλύτερα τις προθέσεις σας για τη χρήση της επείγουσας αντισύλληψης στο μέλλον;

- α. Θα το αγόραζα πριν το χρειαστώ
β. Θα το αγόραζα όταν θα το χρειαζόμουν
γ. Δεν θα το αγόραζα
δ. Δεν διαθέτω χρήματα
ε. Θα ήθελα να μου το δίνουν δωρεά
στ. Φοβάμαι τις παρενέργειες
ζ. Θα ήθελα να εφημερεύει μια κρατική υπηρεσία για να προσφεύγω όταν χρειασθεί
η. Δεν γνωρίζω / δεν απαντώ

9. Απ' ότι ξέρετε, έχει χρησιμοποιήσει κάποια φίλη σας επείγουσα αντισύλληψη;

ΝΑΙ..... ΟΧΙ.....(Αν απαντήσετε όχι ,τελειώσε η συμπλήρωση)

10. Ήταν ευχαριστημένη;

ΝΑΙ..... ΟΧΙ.....

11. Αν θέλετε μας λέτε γιατί δεν ή των ευχαριστημένη;

.....
.....
.....

12. Αν θέλετε σημειώνετε , αν έχετε κάνει ποτέ έκτρωση.

ΝΑΙ..... ΟΧΙ.....

13. Ποιος είναι ο τόπος μόνιμης διαμονής, κατοικίας;

- α. πόλη
β. επαρχία
γ, χωριό

ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΘΕΡΜΑ ΓΙΑ ΤΟ ΧΡΟΝΟ ΣΑΣ!

Για περισσότερες πληροφορίες απευθυνθείτε:

- Στην εταιρία οικογενειακού προγραμματισμού, Αθηνά, τηλ. 210- 7774607
- Στο κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ρίου, τηλ. 2610- 999111
- Στις γραμμές Επείγουσας Αντισύλληψης SOS: τηλ. 6942- 468999
6942- 468998

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Ερωτήσεις για νέους άνδρες

Βοηθήστε μας συμπληρώνοντας τις σελίδες του ερωτηματολογίου. Θέλουμε να μάθουμε τι γνωρίζετε για την επείγουσα αντισύλληψη. Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο.

1. Ποια είναι η ηλικία σας;

- α. Κάτω από 18 ετών
- β. 18 – 22
- γ. 23 – 27
- δ. 28 -32
- ε. 33 -37
- στ. 38 ετών και άνω

2. Γνωρίζετε ότι κυκλοφορεί στη χώρα μας η επείγουσα αντισύλληψη που μπορεί να την λάβει η γυναίκα με τη θέληση της για να μη μείνει έγκυος μετά από απροφύλακτη συνουσία;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ
- ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ/ ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ

3. Από πού μάθατε για την επείγουσα αντισύλληψη;

- α. Από τη σχέση μου
- β. Από γιατρό
- γ. Από φίλο – συγγενή
- δ. Από το φαρμακείο
- ε. Από την τηλεόραση
- στ. Από περιοδικά – εφημερίδες
- ζ. Από αλλού.....

4. Την έχει χρησιμοποιήσει κάποια σύντροφος σας;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ
- ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ/ ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ

5. Είχε η φίλη σας κάποια ανεπιθύμητη ενέργεια από τη λήψη του χαπιού της επόμενης μέρας;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

6. Αν ναι, τι:

.....
.....
.....

7. Για ποιους λόγους δεν χρησιμοποίησε η φίλη σας το χάπι της επόμενης μέρας;

- α. Δεν έσπασε το προφυλακτικό
β. Δεν ήθελε εκείνη
γ. Δεν ήθελα εγώ
δ. Το πήρε αφήφιστα
ε. Δεν είχαμε λεφτά να το πάρουμε
στ. Δεν είχαμε συνταγή γιατρού
ζ. Άλλο(π.χ. τα χάσαμε ,δεν ξέραμε τι να κάνουμε)
η. Δεν ξέρω / δεν απαντώ

8. Ποια από τις φράσεις που αναφέρονται στην παρακάτω ερώτηση περιγράφει καλύτερα τις προθέσεις σας για την επείγουσα αντισύλληψη στο μέλλον;

- α. Δεν θα της επέτρεπα να την χρησιμοποιήσει λόγω παρενεργειών
β. Θα συνιστούσα στη φίλη μου να την αγοράσει πριν την χρειαστεί
γ. Θα της συνιστούσα να την αγοράσει όταν υπάρξει ανάγκη
δ. Θα της συνιστούσα να την έχει πάντα για καλό και για κακό
ε. Θα την αγόραζα εγώ για να αποφύγουμε τον κίνδυνο αν μας συνέβαινε " ατύχημα ".

9. Ποιος είναι ο τόπος μόνιμης διαμονής, κατοικίας;

- α. πόλη
β. επαρχία
γ. χωριό

ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΘΕΡΜΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΧΡΟΝΟ ΣΑΣ!

Για περισσότερες πληροφορίες απευθυνθείτε:

- Στην εταιρία οικογενειακού προγραμματισμού, Αθηνά, τηλ. 210- 7774607
- Στο κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ρίου, τηλ. 2610-999111
- Στις γραμμές Επείγουσας Αντισύλληψης SOS: τηλ. 6942-468999
6942-468998

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙV
ΦΥΛΛΑΔΙΟ

ΠΟΣΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟ ΕΙΝΑΙ

- Υπάρχει κίνδυνος αποτυχίας από 2 έως 4% με το χάπι. Οι κίνδυνοι όμως εάν δεν πάρετε το χάπι είναι 20 έως 30% να μείνεις έγκυος εάν κανείς σεξ στα μέσα του κύκλου και 0 έως 10% άλλες μέρες του κύκλου.
- Κάποια φάρμακα μπορεί να μειώσουν την επίδραση του χαπιού.

ΕΧΕΤΕ ΑΜΦΙΒΟΛΙΕΣ ;



ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ.....

ΓΡΗΓΟΡΗ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ

- ΓΙΑ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΑΛΕΓΘΥΘΕΙΤΕ :
• ΚΕΝΤΡΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ.

ΤΗΛΕΦΩΝΟ: 2610-999111, ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΙΟΥ. ΠΑΤΡΑ

Το φάρμακο διασφαλίζει ότι η γυναίκα επιθυμώσα αποκλειστικά έμβρυοις μη γίγνησι. "οι επαλείς της αναδεδίτητης κενυθύνουσ των ΑΤΗ Νόσους, σην επιβουάτη Αντιεπιβουάτη και οι φουλιείας της Κοινωνικής Ξηθείας".

Από τις Τηλεφωνική Κοινωνική Συμμετοχή: Μαλακώτατα Δείψαι
Μαλακώτατα Βασίλειον

Υπόδωρα εαυθίληρια ε Παναράτα Μαρία

ΕΠΕΙ ΟΥΣΑ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ – ΤΟ ΧΑΠΙ ΤΗΣ ΕΠΙΟΜΕΝΗΣ ΜΕΡΑΣ

ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΧΑΠΙ ΤΗΣ ΕΠΙΟΜΕΝΗΣ ΜΕΡΑΣ

- Είναι μια μέθοδος επείγουσας αντισύλληψης που εμποδίζει τη γονιμοποίηση του ωαρίου.
- Είναι μια υψηλή δόση της ορμόνης levonogestrel η οποία είναι προγεστερόνη. Αυτός ο τύπος της επείγουσας αντισύλληψης δεν περιέχει οιστρογόνα τα οποία προκαλούν περισσότερους από τους ιατρικούς κινδύνους που έχουν σχέση με την ορμονική αντισύλληψη, όπως είναι η θρόμβωση

ΠΩΣ ΔΡΑ Η ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ ΑΝΑΓΚΗΣ

- Κάθε συσκευασία περιέχει δυο χάπια. Κάθε χάπι περιέχει 750mg λεβονοργεστρελης, που είναι το δραστικό συστατικό. Ανάλογα με τη φάση του κύκλου στην οποία βρισκαστε όταν χρησιμοποιήσετε την αντισύλληψη ανάγκης, το χάπι μπορεί να δρα:
 - εμποδίζοντας τις ωοθήκες από το να απελευθερώσουν ένα ωάριο
 - προλαμβάνοντας το σπερματοζωάριο από το να γονιμοποιήσει ωάριο που πιθανόν έχει απελευθερωθεί ή
 - εμποδίζοντας ένα γονιμοποιημένο ωάριο από το να προσκολληθεί στην εσωτερική στοιβάδα της μήτρας σας.
- Η αντισύλληψη ανάγκης σταματά την κύηση πριν την έναρξη της. Δεν δρα αν είστε ήδη έγκυος. Επομένως είναι αναποτελεσματικό σε διαπιστωμένη κύηση, έναντι της οποίας δεν έχει καμία δυνατότητα δράσης και δεν πρέπει να λαμβάνεται.

ΠΟΤΕ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΕΙΤΑΙ Η ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ ΑΝΑΓΚΗΣ

- Η αντισύλληψη ανάγκης μπορεί να σας βοηθήσει αποτελεσματικά να αποφύγετε την εγκυμοσύνη. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι να πάρετε το πρώτο χάπι το συντομότερο δυνατόν μετά την ύποπτη επαφή και, πάντως, το αργότερο εντός 72 ωρών (3 ημέρες). Στη συνέχεια πρέπει να πάρετε το δεύτερο δισκίο 12- 16 ώρες νέα το πρώτο. Μη καθυστερήσετε να πάρετε τα δισκία μετά από τη σεξουαλική επαφή χωρίς προφύλαξη, τόσο καλύτερα δρουν.

- Υπολογίζοντας ότι εάν η αντισύλληψη ανάγκης ληφθεί αμέσως μετά την ύποπτη επαφή, η αποτελεσματικότητα της είναι σχεδόν πλήρης. Ακόμα όμως και μετά από 24 με 48 ώρες η αποτελεσματικότητα φθάνει το 85%.
- Μπορείτε να το χρησιμοποιήσετε ανά πάσα στιγμή κατά τη διάρκεια του έμμηνου κύκλου σας, αν συμβεί ύποπτη επαφή αλλά όχι επειδή έχει καθυστερήσει η περιόδός σας. Αν πιστεύετε ότι μπορεί να είστε ήδη έγκυος, θα πρέπει να κάνετε τεστ κύησης και να επισκεφθείτε το γυναικόλογο σας.

ΠΩΣ ΞΕΡΩ ΟΤΙ ΕΝΕΡΓΗΣΕ ΤΟ ΧΑΠΙ

- Η επόμενη περίοδος σου θα έρθει νωρίτερα ή στην ώρα της. Αν έρθει νωρίτερα μπορεί να διαρκέσει περισσότερο. Οποιαδήποτε καθυστέρηση στην επόμενη περίοδο σου σημαίνει ότι μπορεί να είσαι έγκυος, άρα πρέπει να δεις άμεσα τον/ την γυναικόλογο σου. Μη καθυστερείς.

ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΚΙΝΔΥΝΟΙ;

- Μερικοί άνθρωποι έχουν αναφέρει αδιαθεσία, ευαισθησία στο στήθος ή μη τακτικό κύκλο. Αυτά τα προβλήματα δεν είναι σοβαρά και γρήγορα περνούν.
- Υπάρχει ένας μικρός κίνδυνος εξωμήτριας κύησης. Εάν νιώσεις πόνο στο κάτω μέρος της κοιλιάς με λίγη ή καθόλου αιμορραγία πρέπει να δεις γυναικόλογο. Εάν έχεις μείνει έγκυος τότε οι ορμόνες μπορεί να βλάψουν το έμβryo.
- **ΤΙ ΝΑ ΚΑΝΕΤΕ ΜΕΤΑ**
 - Πρέπει να χρησιμοποιείς αξιόπιστη μέθοδο αντισύλληψης.
 - Αν έχεις αρχίσει να παίρνεις αντισυλληπτικά χάπια πρέπει να τα συνεχίσεις, αλλά δεν είναι ασφαλές έως ότου πάρεις 7 χάπια. Εάν σχεδιάζεις να αρχίσεις τα αντισυλληπτικά χάπια ή το χάπι της προγεστερόνης άρχισε την πρώτη μέρα της περιόδου. Μη αρχίσεις αν έχεις σημάδια αίματος (βεβαιώσου ότι είναι περιόδος).
 - Θα πρέπει να ενθαρρύνουμε τον καθένα να χρησιμοποιεί προφυλακτικά παράλληλα με άλλη μέθοδο. Αυτό μας προφύλασσει από τις μεταδιδόμενες ασθένειες.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ V

ΝΟΜΙΚΟ ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΑΜΒΛΩΣΕΙΣ



Κόκκινο, η άμβλωση είναι παράνομη σε περιπτώσεις ή επιτρέπεται σε όλες τις χώρες μόνο για να σώσει τη ζωή μιας γυναίκας. Ροζ, η άμβλωση επιτρέπεται νόμιμα μόνο για να σώσει τη ζωή μιας γυναίκας ή για να προστατεύσει τη φυσική της υγεία. Λευκό, η άμβλωση επιτρέπεται νόμιμα μόνο για να προστατεύσει τη διανοητική υγεία. Μπλε, η άμβλωση επιτρέπεται νόμιμα για κοινωνικοοικονομικούς λόγους. Ασπρη, η άμβλωση επιτρέπεται κατόπιν αιτήσεως.

Περίπου το 25% των ζώων στον παγκόσμιο πληθυσμό, ιδιαίτερα στις χώρες που έχουν περιοριστικούς νόμους για την άμβλωση, συνήθως στη Λατινική Αμερική, την Αφρική, και την Ασία.

Η νομιμοποίηση της άμβλωσης μπορεί να αποτρέψει το περιττό βάσανο και τον θάνατο των γυναικών. Οι περιοριστικοί νόμοι άμβλωσης παραβιάζουν τα ανθρώπινα δικαιώματα των γυναικών που είναι βασισμένα στις συμφωνίες που γίνονται στη Διεθνή Διάσκεψη των Ηνωμένων Εθνών για τον πληθυσμό και την ανάπτυξη στο Κάιρο, στην τέταρτη συνδιάσκεψη σχετικά με τις γυναίκες στο Πεκίνο και την καθολική Διακήρυξη των ανθρωπίνων δικαιωμάτων (άρθρο 1, 3, 12, 19 & 27,1).

Πριν από την αρχήν του 19^{ου} αιώνα, δεν υπήρξε κανένας νόμος άμβλωσης. Στον πάπα του 1869 Pius IX ότι η ψυχή εμφανίζεται στη σύλληψη. Κατά συνέπεια οι νόμοι του 19^{ου} αιώνα δεν επέτρεπαν οποιαδήποτε λήξη της εγκυμοσύνης. Αυτοί οι νόμοι αποτελούν τη βάση της περιοριστικής νομοθεσίας για την άμβλωση που υπάρχουν ακόμα σε πολλές

αναπτυσσόμενες χώρες. Μεταξύ 1950 και 1985 σχεδόν όλες οι αναπτυγμένες χώρες φιλελευθεροποίησαν τους νόμους της άμβλωσης για λόγους ανθρωπίνων δικαιωμάτων και ασφάλειας. Όπου η άμβλωση είναι ακόμα παράνομη αυτό οφείλεται συχνά στους παλαιούς αποικιακούς νόμους και όχι πάντα σε μια άποψη του τοπικού πληθυσμού. (28/8/2005, Women on Waves, <http://www.womenonwaves.org/porup.php?id=1020.245&label=FIGO1>).

Στην Ελλάδα σήμερα

Το 1986 ψηφίστηκε ο νόμος 1609 που τροποποίησε το άρθρο 304 του ποινικού κώδικα. Με το νόμο αυτό ανατρέπεται ουσιαστικά όλη η ποινική αντιμετώπιση των αμβλώσεων. Ο όρος " άμβλωση" καταργείται, ως ιδεολογικά φορτισμένος, και αντικαθίσταται από τον όρο "τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης".

Σύμφωνα με τον νόμο 1609/86 κάθε γυναίκα που είναι έγκυος έχει δικαίωμα να κάνει έκτρωση, αρκεί να το θέλει, ως την 12^η εβδομάδα κύησης και αν είναι πάνω από 16 ετών. Εάν είναι μικρότερη, απαιτείται συγκατάθεση ενός τουλάχιστον από τους γονείς της ή των κηδεμόνων της. Κατά το άρθρο 304 παρ.4, η άμβλωση μπορεί να γίνει ως και την 19^η εβδομάδα εάν η σύλληψη είναι αποτέλεσμα βιασμού, αιμομιξίας, κατάχρησης, αποπλάνησης κάτω από 15 ετών ή ανίκανης (π.χ. νοητικά καθυστερημένης). Ακόμη, επιτρέπεται η άμβλωση, όταν διαγνωστεί ότι το έμβρυο είναι πάσχον, έως και την 24^η εβδομάδα. Εάν δεν συγκατατίθεται η γυναίκα, ο γιατρός που κάνει την άμβλωση, δικάζεται για διπλό έγκλημα. Επίσης, ο γιατρός δικάζεται αν δεν τηρούνται οι προδιαγραφές λειτουργίας ασφάλειας του χειρουργείου, αν κάνει λάθος τεχνικές με αποτέλεσμα το θάνατο της εγκύου ή την εμφάνιση επιπλοκών, και αν παραβεί τους νόμους π.χ. αν κάνει άμβλωση μετά τη 12^η εβδομάδα. Τέλος, ο νόμος τιμωρεί όποιον διαφημίζει δημόσια τρόπους, φάρμακα ή τεχνικές διακοπής εγκυμοσύνης, ενώ επιτρέπει την υγειονομική διαφώτιση σχετικά με την άμβλωση από γιατρούς ή κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού. (Συμεωνίδη- Καστανίδη Ελισάβετ 1984, Χιωτέλη- Ντικίμπο Ειρήνη, 1988).

Στην Αγγλία

Στην Αγγλία οι εκτρώσεις ήταν απαγορευμένες ως το 1929. Τη χρονιά εκείνη, σύμφωνα με την "Διακήρυξη για τη διατήρηση της ζωής του νηπίου", η έκτρωση δεν θα ήταν κολάσιμη, εφόσον θα γινόταν με σκοπό να διασωθεί η ζωή της εγκυμονούσα. Από 'κεί και πέρα για να συνεχιστεί η κύηση θα έπρεπε να μην κινδυνεύει η ζωή της μητέρας και να μην απειλείται η σωματική ή η ψυχική της υγεία. Επιπλέον ακόμα το παιδί θα έπρεπε να μην παρουσιάζει σωματικά ή διανοητικά προβλήματα που να το καθιστούν ανάπηρο. Τα αποτελέσματα της μεταρρύθμισης στις αμβλώσεις φάνηκαν αμέσως. Πριν ακόμα η νέα ρύθμιση ψηφιστεί, ο αριθμός των αμβλώσεων στην Αγγλία και Ουαλία ανήλθε στις 6.100 το 1966. Το 1968 έφτασε τις 24.000 και το 1973 τις 167.000. από το 1967 ως το 1983 πραγματοποιήθηκαν πάνω από 2.000.000 εκτρώσεις.

(8/7/05,<http://www.womanhealth.gr>).

Στην Πορτογαλία

Στην Πορτογαλία, η νομοθεσία για τις αμβλώσεις είναι από τις αυστηρότερες της Ευρώπης. Κάθε χρόνο, σύμφωνα με εκτιμήσεις των αρμοδίων αρχών, ο αριθμός των παράνομων εκτρώσεων κυμαίνεται από 20.000 έως 40.000. Οι αμβλώσεις απαγορεύονται στην Πορτογαλία εκτός από τις περιπτώσεις που υπάρχει κίνδυνος για τη ζωή της μητέρας, τη σωματική της ή ψυχική της υγεία ή σε περιπτώσεις που το έμβρυο παρουσιάζει κάποια γενετική ανωμαλία ή αν η εγκυμοσύνη είναι αποτέλεσμα βιασμού. Αν δεν συμβαίνει κάτι από τα παραπάνω η γυναίκα που έκανε άμβλωση κινδυνεύει να τιμωρηθεί με ποινή φυλάκισης τριών ετών και το άτομο που πραγματοποίησε την επέμβαση με ποινή κάθειρξης 8 ετών.

(8/7/05,<http://www.womanhealth.gr>).

Στην Πολωνία

Η άμβλωση ήταν νομική στην Πολωνία έως το 1993, πριν 12 χρόνια. Μετά από την πτώση του κομμουνιστικού καθεστώτος η καθολική εκκλησία κατόρθωσε να ωθήσει επιθετικά την αντί- άμβλωση στη θέση των αντισυλληπτικών επάνω στην επικρατούσα πολιτική ημερήσια διάταξη. Κάθε χρόνο από το 1993 μεταξύ 80.000 και 200.000 γυναικών επιδιώκουν τις παράνομες υπηρεσίες άμβλωσης μέσα στην Πολωνία και πολλές αναγκάζονται να ταξιδέψουν στο εξωτερικό για να κάνουν άμβλωση. Δεδομένου ότι 60% των γυναικών στην Πολωνία ζουν κάτω από το όριο ένδειας, πολλές γυναίκες δεν μπορούν να αντέξουν οικονομικά την επιλογή του εξωτερικού, ούτε είναι σε θέση να καταβάλει τις υψηλές αμοιβές μιας παράνομης άμβλωσης. (28/8/2005, Women on Waves, <http://www.womenonwaves.org/article-1020.359-en.html>).

Στην Σοβιετική Ένωση

Η Σοβιετική Ένωση, ήταν η πρώτη χώρα που νομιμοποίησε τις εκτρώσεις το 1920. Το 1935 οι νόμοι ξανάγιναν περιοριστικοί, για να επανέλθουν το 1960 στο προηγούμενο καθεστώς. Στην συνέχεια, όλες σχεδόν οι χώρες της Ανατολικής Ευρώπης εκτός από την Αλβανία, νομιμοποίησαν τις εκτρώσεις στην δεκαετία του 1960. μερικές από αυτές τις χώρες προσέθεσαν περιοριστικούς όρους σαν αντίδραση στην μείωση του αριθμού γεννήσεων.(Κρεατσάς Γ.1989).

Στις Ινδίες

Η διόγκωση του φαινομένου των εκτρώσεων αποτελεί απειλή όχι μόνο για τις προηγμένες αλλά και για τις τριτοκοσμικές χώρες. Στην Ινδία ,οι εκτρώσεις επιτελούνται μεροληπτικά εις βάρος των θηλυκών εμβρύων, μόλις ο γιατρός διαγνώσει το φύλο του παιδιού. Υπολογίζεται ότι στην σημερινή Ινδία ετησίως γίνονται 250.000 εκτρώσεις θηλυκών εμβρύων, ενώ θανατώνονται 1.500.000 νεογέννητα κορίτσια. Ήδη, στην χώρα αυτή ζουν 75.000.000 λιγότερες γυναίκες από τις φυσιολογικές στατιστικές προβλέψεις. Παρόμοιο φαινόμενο παρατηρείται και στην Κίνα που ασκεί τα τελευταία χρόνια την πολιτική 5του

ενός παιδιού για κάθε οικογένεια. Εκεί, οι γυναίκες είναι ήδη κατά 70.000.000 λιγότερες από ότι θα περίμενε κανείς στατιστικά.(8/7/05, <http://www.womanhealth.gr>).

Στις Η.Π.Α.

Στις Η.Π.Α. η αλλαγή νομοθεσίας αναφορικά με τις αμβλώσεις έγινε το 1973. Η άμβλωση επιτράπηκε πλήρως στους τρεις πρώτους μήνες της εγκυμοσύνης, ενώ σχετικά με το δεύτερο και τρίτο μήνα της εγκυμοσύνης επιτράπηκε μόνο σε περίπτωση μόνο σε περίπτωση που τίθεται σε κίνδυνο η υγεία της μητέρας. Το 1976 η αμερικάνικη νομοθεσία απαγόρευσε στους γονείς να ασκήσουν βέτο για την έκτρωση των ανηλίκων κοριτσιών τους. Η αλλαγή αυτή είχε άμεσο αντίκτυπο, αφού, ο αριθμός των αμβλώσεων το 1985 ξεπέρασε τις 4.000, ενώ στην Ουάσιγκτον οι εκτρώσεις ήταν τριπλάσιες στον αριθμό από τις γεννήσεις.(8/7/05, <http://www.womanhealth.gr>).

Στην Αργεντινή

Στην Αργεντινή η άμβλωση είναι απαγορευμένη και τιμωρείται με φυλάκιση, εκτός και αν η εγκυμοσύνη έχει προκληθεί μετά από βιασμό της γυναίκας, αν παρουσιάζεται διανοητική ασθένεια ή όταν η ζωή της μητέρας κινδυνεύει και δεν μπορεί να επιλυθεί με άλλους τρόπους. Σε αυτές τις δύο περιπτώσεις ο δικαστής πρέπει πρώτα να δώσει την άδεια για την άμβλωση. Εντούτοις, οι ακραίες καθυστερήσεις που προκαλούνται από το σύστημα των δικαστηρίων κάνουν την άμβλωση ακόμη και σε αυτές τις σπάνιες υποθέσεις αδύνατες, επειδή η εγκυμοσύνη είναι πάρα πολύ προχωρημένη ώσπου να πάρει την απόφαση ο δικαστής.

Κάθε χρόνο περίπου 400.000 αμβλώσεις γίνονται στις παράνομες και επισφαλείς περιστάσεις στην Αργεντινή. Το 2000 περίπου 79.000 εισαγωγές γίνονται σε νοσοκομεία λόγω των επιπλοκών που προκλήθηκαν από τις αμβλώσεις. Από αυτούς, περίπου 16.000 γυναίκες υφίστανται σοβαρή μόνιμη φυσική ζημιά.

Δεδομένου ότι παντού οι γυναίκες είναι χωρίς οικονομικά μέσα, πάσχουν από την αδικία που γίνεται από τους περιοριστικούς νόμους της άμβλωσης.

Οι γυναίκες με τα χρήματα μπορούν να αντέξουν οικονομικά να πληρώσουν ένα γιατρό που είναι πρόθυμος να εκτελέσει ασφαλείς αμβλώσεις για τουλάχιστον 500 δολάρια Η.Π.Α. Στην Αργεντινή πάνω από το 40% ζει κάτω από το κατώτατο όριο ένδειας.(28/8/2005, Women on Waves, <http://www.womenonwaves.org/index.php>).

