

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ:

**ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ - ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ
ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ - ΑΦΡΟΔΙΣΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ**

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ: ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΜΑΡΙΑ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ:

**ΒΛΑΧΑΚΗ Κ. ΠΗΝΕΛΟΠΗ
ΖΑΡΟΜΥΤΙΔΟΥ ΣΩΤΗΡΙΑ
ΚΑΤΖΙΜΠΙΑΤΖΑΚΗ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ
ΜΑΝΩΛΑΤΟΥ ΑΔΑΜΑΝΤΙΑ**

ΠΑΤΡΑ, ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ 1995



ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	1281
----------------------	------

Πρόλογος

Στην πορεία του έκτου εξαμήνου της νοσηλευτικής μας εκπαίδευσης, ψάχναμε ταυτόχρονα να βρούμε ένα θέμα πτυχιακής εργασίας που να μας εκφράζει αρκετά, καθώς αναζητούσαμε κάτι έντονο, ενδιαφέρον, πέρα από τα συνήθη ιατρικά προβλήματα, ένα θέμα που θα άγγιζε εμάς τους ίδιους, θα ενημέρωνε τους συμφοιτητές μας και γενικά τους νέους ανθρώπους.

Με αρκετή αναζήτηση, κατορθώσαμε να βρούμε το θέμα που μας εκφράζει, ένα θέμα που αφορά άμεσα τους νέους και περιλαμβάνει τρεις πτυχές :

Την αντισύλληψη - σεξουαλική συμπεριφορά και τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (αφροδίσια)

Η αντισύλληψη απασχόλησε από πολύ παλιά όλες τις ανθρώπινες φυλές και κοινωνίες, καθώς χρησιμοποίησαν μέσα και μεθόδους για να ελέγχουν την γονιμότητα τους. Ωστόσο, παραμένει ένα από τα προβλήματα της εποχής μας και τώρα τελευταία πολυσυζητείται και στην χώρα μας. Η ενημέρωση πάνω σε θέματα αντισύλληψης, είναι δυσπρόσιτη εξαιτίας μιας σεξουαλικής ηθικής που δεν είναι κατάλοιπο μόνο της εκκλησιαστικής μας ηθικής αλλά και πολλών άλλων κοινωνικών και πολιτιστικών θεσμών που επηρεάζουν την ζωή των γονιών μας αλλά και την δική μας.

Η σεξουαλικότητα, απ' την άλλη, θεωρείται θέμα προσωπικό και κανείς δεν έχει αναλάβει να διδάξει στους νέους ανθρώπους ούτε καν τις πιο στοιχειώδεις βιολογικές τους λειτουργίες. Κύριο μέλημα της αναφοράς μας σ' αυτό το κεφάλαιο, είναι να τονιστεί η αναγκαιότητα του πόσο καθοριστικό ρόλο μπορεί να παίξει η σεξουαλική αγωγή στη σεξουαλική ομαλότητα και ωριμότητα των ατόμων.

Τέλος, η έξαρση του AIDS στις μέρες μας - που αναδεικνύεται ο πιο θανάσιμος κίνδυνος της εποχής μας - καθώς και η αύξηση των αφροδισίων νοσημάτων, - υπολογίζεται από τον παγκόσμιο οργανισμό υγείας ότι 65 εκατομμύρια περιπτώσεις αφροδισίων συμβαίνουν τον χρόνο - μας ώθησαν να ανφερθούμε με ένα ξεχωριστό κεφάλαιο στο θέμα των αφροδισίων νοσημάτων, καθώς η ύπαρξη τους σχετίζεται άμεσα με την σεξουαλική συμπεριφορά του καθενός και τα μέτρα αντισύλληψης που λαμβάνει.

Η ύπαρξη λοιπόν, όλων αυτών των προβλημάτων, που ξεκινούν από μια κοινή βάση, την έλλειψη πληροφόρησης των νέων ανθρώπων από την οικογένεια και το σχολείο, μας παρακίνησε να ασχοληθούμε μαζί τους, να τα προσεγγίσουμε και να ενημερώσουμε τους ανθρώπους της νέας γενιάς αλλά και μικρότερους ή μεγαλύτερους για το πώς θα μπορούσαν να τα αποφύγουν ή σε περίπτωση που τους συμβούν να ξέρουν να τα αντιμετωπίσουν χωρίς πανικό και υστερισμούς.

Στα πλαίσια λοιπόν αυτής της υποχρέωσης μας ως Νοσηλεύτριες, για την διαπαιδαγώγηση και ενημέρωση των ατόμων και κυρίως των νέων, αλλά και ως νέοι άνθρωποι, ελπίζουμε μέσα από την εργασία μας αυτή να συμβάλουμε με ένα λιθαράκι στην ενημέρωσή σας και να κεντρίσουμε το ενδιαφέρον σας ώστε να ερευνησετε και να ενημερωθείτε ακόμη περισσότερο για τα ζητήματα της αντισύλληψης, της σεξουαλικής συμπεριφοράς και των αφροδισίων νοσημάτων ή τουλάχιστον τις λιγοστές γνώσεις που σας παρείχαμε να τις αξιοποιήσετε στην προσωπική σας σεξουαλική ζωή.

Ευχαριστίες....

Η ολοκλήρωση αυτής της πτυχιακής εργασίας δεν θα μπορούσε να επιτευχθεί χωρίς την βοήθεια και την συμπαράσταση κάποιων ατόμων. Έτσι, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την κυρία Παπαδημητρίου Μαρία, τον κύριο Δετοράκη Ιωάννη, υπεύθυνους καθηγητές της εργασίας, ορισμένους φοιτητές του τμήματος Μηχανικών Ηλεκτρονικών Υπολογιστών και Πληροφορικής που μας βοήθησαν στην δακτυλογράφηση της εργασίας και στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων καθώς και όσους συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο.

Στους γονείς μας

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος	1
Κεφάλαιο Α - Αντισύλληψη	6
- Εισαγωγή	7
1 Ιστορική αναδρομή	7
2 Δομή και λειτουργία του αναπαραγωγικού συστήματος	9
3 Ταξινόμηση μεθόδων γονιμότητας	11
4 Ανάλυση μεθόδων γονιμότητας	11
5 Ορμονικά	11
5.1 Αντισυλληπτικό χάπι	11
6 Μηχανικά	18
6.1 Διάφραγμα	18
6.2 Ενδομήτρια σπειράματα	19
6.3 Ανδρικό προφυλακτικό	23
6.4 Γυναικείο προφυλακτικό	24
7 Φυσικά	25
7.1 Διακεκομμένη συνουσία	25
7.2 Περιοδική αποχή (μέθοδος ρυθμού)	26
7.3 Μέθοδος ελέγχου τραχηλικής βλέννης	27
7.4 Έκτρωση	27
7.5 Στείρωση	29
8 Ψυχικές επιπτώσεις αντισυλληπτικών μεθόδων	30
Κεφάλαιο Β - Σεξουαλική Συμπεριφορά	34
- Εισαγωγή	35
1 Γιατί οι άνθρωποι έχουν σεξουαλικές σχέσεις;	36
2 Η σεξουαλική συμπεριφορά του ανθρώπου και οι παράγοντες που την επηρεάζουν	37
3 Ο ρόλος των γεννητικών ορμονών στη σεξουαλική συμπεριφορά	41
4 Σεξουαλικές Δυσλειτουργίες	43
4.1 Διαταραχή υποτονικής σεξουαλικής επιθυμίας	44
4.2 Διαταραχή σεξουαλικής αποστροφής	45
4.3 Διαταραχή σεξουαλικής διέγερσης	45
4.4 Διαταραχή της στύσης του άνδρα ή γενετήσια ανδρική οργανική ανικανότητα	45
4.5 Διαταραχές του οργασμού στη γυναίκα	46
4.6 Διαταραχές του οργασμού στον άντρα	49
4.7 Θεραπεία της σεξουαλικής διαταραχής στο ζευγάρι	50
5 Σεξουαλικές παρεκκλίσεις ή παραφιλίες	50
5.1 Ομοφυλοφυλία	51
5.2 Επιδειξιομανία	53
5.3 Παιδεραστία ή παιδοφυλία	53
5.4 Σεξουαλικός μαζοχισμός	53
5.5 Σεξουαλικός σαδισμός	54
5.6 Φετιχισμός	54

5.7	Τρανσβεστικός φετιχισμός	54
5.8	Ηδονοβλεψία	54
5.9	Θεραπεία σεξουαλικών παρεκκλίσεων	54
6	Αυνανισμός	55
7	Διαφώτιση για την σεξουαλική ζωή των νέων	56
Κεφάλαιο Γ - Αφροδίσια νοσήματα		58
-	Εισαγωγή	59
1	Επιδημιολογία αφροδισίων νοσημάτων	59
2	Επιδημιολογικοί παράγοντες που επηρεάζουν την συχνότητα των αφροδισίων νοσημάτων	60
3	Σύφιλη	60
4	Οξυτενή κονδυλώματα	65
5	Κολπίτιδα	67
5.1	Κολπίτιδα από το πρωτόζωο "Trichomonas Vaginalis"	67
5.2	Κολπίτιδα από το πρωτόζωο "Candida Albicans"	68
6	Μη γονοκοκκική - Ειδική ουρηθρίτις	68
6.1	Μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα από τριχομονάδες	69
6.2	Μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα από candida	70
7	Έρπης των γεννητικών οργάνων	70
8	Μαλακό έλκος	72
9	Αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα	72
10	Βλεννόρροια ή γονοκοκκική ουρηθρίτιδα	74
11	Ηπατίτιδα -B (HbsAg)	75
12	AIDS	76
13	Μέτρα πρόληψης αφροδισίων νοσημάτων / Κοινωνική διαφώτιση	83
14	Νοσηλευτική παρέμβαση στα αφροδίσια νοσήματα	84
15	Μέτρα προφύλαξης νοσηλευτικού προσωπικού από ασθενείς με αφροδίσια νοσήματα	85
Ειδικό μέρος		87
	Μέθοδος - Υλικό	88
	Αποτελέσματα	89
	Συζήτηση	146
Περίληψη		149
Παράρτημα: Ερωτηματολόγιο πτυχιακής εργασίας		151
Επίλογος		155
Βιβλιογραφία		157

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α - ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Πίσω από την αυλαία της σεξουαλικότητας, τα τελευταία χρόνια πολλά προβλήματα έχουν πάρει ιδιαίτερη και δραματική δημοσιότητα, λόγω της στενής σχέσης τους όχι μόνο με την δραστηριότητα του ατόμου, αλλά και εξαιτίας της ίδιας της ζωής της ευρύτερης κοινωνίας.

Εξάλλου, τα παιδιά μας γεννιούνται και μεγαλώνουν σε ένα ομαδικό περιβάλλον λίγο ή πολύ μεγάλο (κοινωνία) όπου ο τρόπος διαπαιδαγώγησής τους σεξουαλικά, ρυθμίζεται σε μεγάλο βαθμό από την κοινωνική και μορφωτική δομή της ίδιας της κοινωνίας που βρισκόμαστε.

Πολιτιστικοί κανόνες συχνά προβλέπουν για λογαριασμό μας το πότε, που και πως είναι αναγκαίο να φερθούμε με τον ένα ή τον άλλο τρόπο, προσδιορίζοντας ταυτόχρονα και τον τύπο δραστηριότητας που θα ασκήσουμε.

Σε ένα τόσο καυτό θέμα όπως είναι η αντισύλληψη, η ποιότητα της κοινωνικής και μορφωτικής δομής της κοινωνίας αποδίδεται με τρόπο πολλές φορές τραγικό αλλά αναμφίβολα ανεξίτηλο στα πρόσωπα δεκάδων γυναικών που κατακλύζουν καθημερινά τις ιδιωτικές κλινικές και τα Δημόσια Μαιευτικά Νοσοκομεία, προκειμένου να αμβλώσουν όχι μόνο το παιδί τους αλλά και την ίδια τους την ψυχή.

Το σίγουρο βέβαια είναι ότι πρώτοι εχθροί της αντισύλληψης και επομένως της συνειδητής αναπαραγωγής, είναι η κακή πληροφόρηση και ορισμένες προκαταλήψεις που ακόμα δυστυχώς υπάρχουν και που είναι ταυτόχρονα αιτία και αποτέλεσμα άγνοιας στον σεξουαλικό τομέα, για τον οποίο πολλοί άνθρωποι νομίζουν ότι αρκεί η πρόβλεψη "μερικών πραγμάτων" την τελευταία στιγμή και πρόχειρα, και δεν υπολογίζουν λογικά ότι η σεξουαλική επιθυμία και η θέληση της αναπαραγωγής είναι δύο εντελώς διαφορετικά πράγματα που μπορούν όμως με την πλήρη ελεύθερη επιλογή του ζευγαριού να συνυπάρξουν.

Πρόκειται για ένα φαινόμενο που δεν μπορεί να αποσιωπηθεί και θεωρούμε καθήκον μας να το εξετάσουμε από κάθε πλευρά στα πλαίσια του περιβάλλοντος της κοινωνίας που αναπτύσσεται.

Στόχος μας είναι να αποδείξουμε ότι δίχως την κατάλληλη σεξουαλική αγωγή, κανένα από τα πολλαπλά και ποικίλα προβλήματα που κατακλύζουν το θέμα της αντισύλληψης είτε στον ατομικό είτε στον δημόσιο τομέα, δεν θα μπορέσει να αντιμετωπισθεί.

Όσο δε για την αποτελεσματική τους λύση, ο χρόνος μόνο θα μας πει αν είναι η σωστή.

1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Όσο και αν μπορεί να φανεί περίεργο, ο έλεγχος των γεννήσεων σαν πραγματικότητα είναι πολύ παλιός. Από την αρχαιότητα το ζευγάρι προσπαθούσε να ελέγξει την δική του γονομότητα με απότερο σκοπό την απόλαυση των σεξουαλικών σχέσεων χωρίς τον φόβο μιας ανεπιθύμητης κύησης.

Σε αρχαίο Αιγυπτιακό πάπυρο γραμμένο το 1850 π.Χ. περιγράφεται κάποια μέθοδος αντισύλληψης που ήταν μείγμα κοπράνων κροκόδειλου και κόλλας και τοποθετείτο στον κόλπο της γυναίκας πριν από την συνουσία. Στην Κίνα επίσης, η πρώτη ιατρική αναφορά, γίνεται σε ένα Ιατρικό κείμενο 1300 περίπου ετών. Το

σίγουρο όμως είναι ότι από πολύ παλιότερα, στις πρωτόγονες φυλές είχε αναπτυχθεί η ιδέα αυτή.

Συνεπώς μπορούμε να συμπεράνουμε, ότι η αναζήτηση αποτελεσματικών μεθόδων βλάστησε αυτόματα σχεδόν σε ολόκληρο τον κόσμο και συνεχίστηκε με το πέρασμα των αιώνων.

Ο αρχαίος Έλληνας φιλόσοφος Αριστοτέλης εξέφρασε την άποψη, ότι ο πολιτισμός θα εξυπηρετείτο καλύτερα αν ο πληθυσμός στις πόλεις - κράτη της Ελλάδος διατηρείτο στάσιμος. Άλλοι Έλληνες φιλόσοφοι υποστήριζαν, ότι κάθε οικογένεια θα έπρεπε να έχει μόνο ένα παιδί.

Όσον αφορά τις πρώτες μεθόδους εφαρμογής του ελέγχου των γεννήσεων, αυτές ήταν πρωτόγονες, τις περισσότερες φορές μη αποτελεσματικές και κυρίως πολύ επικίνδυνες, μερικές από τις οποίες εφαρμόζονται ακόμα και σήμερα σε μέρη του κόσμου όπου δεν έχουν εισχωρήσει ακόμα οι σύγχρονες ιατρικές γνώσεις.

Στην αρχή, τα παιδιά θεωρούνταν αποκλειστικά καρπός της γυναίκας. Υπέθεταν ότι το μωρό προέκυψε από κάτι που έφαγε η γυναίκα, ή από την επίδραση της Σελήνης ή του Ήλιου. Γι'αυτό, οι πρώτες προσπάθειες ελέγχου των γεννήσεων στράφηκαν σε αυτήν.

Ίσως η πρώτη μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε να ήταν η προσευχή προς τους θεούς τους. Αργότερα, πιστεύοντας ότι κάποιο πνεύμα έμπαινε στο σώμα και φύτευε το παιδί, οι γυναίκες φορούσαν μαγικά χαιμαλιά στον λαιμό ή την μέση, για να διώχνονται τα πνεύματα. Σε άλλες περιπτώσεις, έπιναν αλλόκοτα φάρμακα ή εφαρμόζαν την τεχνική της διακεκομένης συνουσίας που χρησιμοποιείται ακόμα και σήμερα, ευρύτατα.

Από όλες τις μεθόδους που χρησιμοποιούσαν στα αρχαία χρόνια, η πιο εξελιγμένη ήταν η προσπάθεια να βρεθεί κάποιο μέσο που θα έκανε, ότι κάνει το σύγχρονο διάφραγμα, δηλαδή θα σχημάτιζε μηχανικό φραγμό, ο οποίος θα τοποθετείτο πριν τη συνουσία και θα εμπόδιζε το σπέρμα να εισχωρήσει στην μήτρα. Σε πρωτόγονη μορφή, αυτή η τεχνική ήταν γνωστή στους Αιγύπτιους και αναφέρεται σε έναν πάπυρο ηλικίας 4000 ετών. Επίσης, πολλές ουσίες χρησιμοποιήθηκαν για τον ίδιο λόγο. Στην Αίγυπτο ξανά, χρησιμοποιούσαν ένα βύσμα από ακαθαρσίες κροκοδείλων. Στις Ινδίες, πριν 2000 χρόνια, το βύσμα αυτό ήταν ένα κομμάτι από ορυκτό αλάτι, βουτηγμένο σε λάδι. Σε γραπτά του Καζανόβα, που έζησε τον 18ο αιώνα, μνημονεύεται η χρησιμοποίηση μισού λεμονιού.

Αξίζει να σημειωθεί, ότι πολλές από αυτές τις μεθόδους, μολονότι δεν ήταν πολύ δραστικές κατά τον τρόπο που χρησιμοποιούνταν, βρίσκονταν στον σωστό δρόμο. Το ξύδι και ο χυμός λεμονιού είναι αρκετά όξινα για να σκοτώσουν το σπέρμα με το οποίο έρχονται σε επαφή. Το λάδι και το μέλι είναι αρκετά γλοιώδη ώστε να εμποδίσουν τις φυσιολογικές προσπάθειες των σπερματοζωαρίων να ταξιδεύσουν προς το ωάριο της γυναίκας.

Η ιστορία αναφέρει πολλές τέτοιες προσπάθειες για τον έλεγχο των γεννήσεων, που όλες φτάνουν ως την εποχή που ο ρόλος του πατέρα στην γέννηση του παιδιού δεν είχε ακόμα εξακριβωθεί. Στην Αρχαία Ελλάδα και την Ρώμη, υποδεικνυαν σαν μέθοδο ελέγχου των γεννήσεων να φοράει η γυναίκα ένα μαγικό φυλακτό, φτιαγμένο από την μήτρα μιας λέαινας, το σκυώτι μιας γάτας ή το δόντι ενός παιδιού.

Όπως αναφέραμε και παραπάνω, χρησιμοποιήθηκαν για τον ίδιο λόγο πολλοί τύποι φαρμάκων. Ένας από τους πρώτους αναφέρεται στο Ταλμούδ: "επιτρέπεται σε μια γυναίκα να πίνει μια κούπα από αφέψημα ριζών, ώστε να γίνει στείρα". Δια μέσου των αιώνων, αναφέρονται και διάφορα "τσάγια" φτιαγμένα από ρίζες, σπόρους ή φύλλα δέντρων. Εκχύματα από μπαρούτι, χάρπια από υδράργυρο ή ακόμα

διάφορα δηλητήρια, ήταν κάποια άλλα, που όχι μόνο σε πολλές ατυχείς περιπτώσεις δεν προλάβαιναν την γέννηση ενός παιδιού, αλλά πολύ συχνά σκότωναν την μέλλουσα μητέρα.

Πολύ αργότερα, με την λήξη του Β Παγκοσμίου Πολέμου έγινε αντιληπτό, ότι ο έλεγχος της γονιμότητας του ανθρώπου, αποτελούσε επιτακτική ανάγκη για την επιβίωση του πληθυσμού σε ορισμένες χώρες. Επιπλέον, η διαπίστωση της περιορισμένης γνώσης μας στο μυστήριο της αναπαραγωγής και της αδυναμίας της επιστήμης να καλύψει αποτελεσματικά και ακίνδυνα τις ανάγκες του ανθρώπου όσον αφορά τη ρύθμιση της γονιμότητάς του, οδήγησε την επιστήμη στην δραστηριοποίηση της έρευνας για ανακάλυψη νέων μεθόδων που να είναι αποτελεσματικές, απλές, εύχρηστες, οικονομικές και προσιτές σε όλους και κυρίως χωρίς δυσμενείς επιπτώσεις στην υγεία.

Έτσι, η δεκαετία του 1950 υπήρξε καθοριστική στην διερεύνηση των μυστηρίων του φαινομένου της αναπαραγωγής, και στην ιστορία των μέσων ελέγχου της γονιμότητας, που επέτρεψε την παραγωγή τέτοιων μέσων, με βάση όχι πια εμπειρική, αλλά καθαρά επιστημονική και που σφραγίστηκε με την ανακάλυψη των αντισυλληπτικών χαπιών. Αυτά, αποτέλεσαν πραγματική επανάσταση στην ρύθμιση της γονιμότητας του ανθρώπου. Φυσικά, στην συνέχεια ακολούθησε η ανακάλυψη και άλλων μεθόδων, η αποτελεσματικότητα των οποίων ήταν τέτοια, που η διάδοσή τους σε παγκόσμια κλίμακα πολύ σύντομα, υπήρξε εντυπωσιακή.

Παρόλ'αυτά, οι έρευνες συνεχίζονται ανεληπώς για την εξεύρεση ολοένα πιο καινούριων και ασφαλέστερων μεθόδων, με κύριο πάντα μέλημα την εξασφάλιση της υγείας των ανθρώπων που τις χρησιμοποιούν. Το σίγουρο, ευτυχώς, είναι ότι το μέλλον σε αυτόν τον τομέα διαγράφεται αισιόδοξο.

2. ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Βασική προϋπόθεση για την κατανόηση των αντισυλληπτικών μεθόδων θα πρέπει να θεωρηθεί η στοιχειώδης γνώση της βιολογικής λειτουργίας των οργάνων αναπαραγωγής.

α. Το γεννητικό σύστημα του άντρα:

Οι όρχεις, η επιδιδυμίδα, οι σπερματικοί πόροι, οι σπερματικοί λήκυθοι, ο προστάτης και το πέος, αποτελούν το σύστημα αναπαραγωγής του άντρα.

Όρχεις: Παράγουν τα σπερματοζώαρια, τα οποία αποθηκεύονται στην επιδιδυμίδα.

Σπερματικοί πόροι: Κατά την σεξουαλική διέγερση, τα σπερματοζώαρια μεταφέρονται από την επιδιδυμίδα στους σπερματικούς πόρους, όπου αναμιγνύονται με το σπερματικό υγρό που παράγεται από τις σπερματικές ληκύθους. Το σπερματικό υγρό, προστατεύει και θρέφει τα σπερματοζώαρια.

Προστάτης: Οι σπερματικοί πόροι καταλήγουν στον προστάτη αδένα που παράγει το προστατικό υγρό. Το υγρό αυτό, αναμιγνύεται με τα σπερματοζώαρια και το σπερματικό υγρό και έτσι σχηματίζεται το τελικό σπέρμα.

Πέος: Κατά την εκσπερμάτωση, το σπέρμα απελευθερώνεται από το πέος στον κόλπο της γυναίκας. Τα σπερματοζώαρια έχουν κατά κανόνα μικρό χρόνο ζωής, περίπου 48 ώρες. Το πέος είναι το έξω γεννητικό όργανο του άντρα, ενώ τα υπόλοιπα αποτελούν τα έσω γεννητικά όργανα.

β. Το γεννητικό σύστημα της γυναίκας

Το αιδοίο, ο κόλπος, η μήτρα, οι σάλπιγγες και οι ωθήκες αποτελούν το σύστημα αναπαραγωγής της γυναίκας.

- **Εξωτερικά γεννητικά όργανα:** Η περιοχή που αρχίζει από το τρίχωμα έως το έντερο, λέγεται αιδοίο ή εφήβαιο.

Στο αιδοίο διακρίνουμε την κλειτορίδα που αποτελείται από στητικό ιστό που σε πολλές γυναίκες παίζει ρόλο στον γυναικείο οργασμό.

Τα μεγάλα χείλη καλύπτουν τα μικρά που πλαισιώνουν την είσοδο του κόλπου και αποτελούνται και αυτά από στητικό ιστό, γι'αυτό διογκώνονται κατά την ερωτική διέγερση.

Το στόμιο της ουρήθρας βρίσκεται μεταξύ κλειτορίδας και κόλπου.

Το περίνεο βρίσκεται μεταξύ σχισμής του κόλπου και του πρωκτού.

Ο παρθενικός υμένας είναι μια λεπτή, μεμβρανώδης πτυχή που περιβάλλει την είσοδο του κόλπου. Σπάνια καλύπτει την είσοδο του κόλπου. Το πάχος και το σχήμα του, ποικίλλει από γυναίκα σε γυναίκα.

- **Εσωτερικά γεννητικά όργανα:** Ο κόλπος αρχίζει από την είσοδο του αιδοίου και φτάνει μέχρι τον τράχηλο της μήτρας. Βρίσκεται δε ανάμεσα στην ουροδόχο κύστη και το ορθό ή απευθυσμένο ή έντερο. Ο όγκος του κόλπου, παρουσιάζει αυξομειώσεις που οφείλονται στην ελαστικότητα των τοιχωμάτων του.

Η μήτρα έχει σχήμα ανεστραμένου αχλαδιού. Ανατομικά, διαιρείται σε: πυθμένα, σώμα και τράχηλο. Ο τράχηλος είναι το κατώτερο στενό μέρος της μήτρας που προβάλλει μέσα στον κόλπο. Κατά μήκος του τραχήλου, υπάρχει μια σπή που ονομάζεται στόμιο της μήτρας. Από το μέρος της μήτρας που λέγεται πυθμένας δεξιά και αριστερά, ξεκινούν οι δύο σάλπιγγες (ή ωαγωγοί). Οι σάλπιγγες έχουν κατεύθυνση προς τα κάτω και μήκος περίπου 10 εκ. Το άνοιγμα που ενώνει τις σάλπιγγες με την μήτρα λέγεται μητρικό στόμιο ενώ η άλλη άκρη της σάλπιγγας καταλήγει σε χωνί με κροσσωτή μορφή, τον κώδωνα, ο οποίος με τους κροσσούς του περιβάλλει την ωθήκη.

Οι ωθήκες έχουν σχήμα αμυγδαλού και βρίσκονται στα πλάγια της μήτρας. Συγκρατούνται σταθερά στην θέση τους με συνδετικό ιστό.

Η βιολογική τους λειτουργία είναι διπλή, αφενός γιατί παράγουν γεννητικά κύτταρα (ωάρια) και αφετέρου παράγουν ορμόνες (οιστρογόνα και προγεστερόνη). Στην εφηβική ηλικία αρχίζει ο κύκλος της αναπαραγωγής που ρυθμίζεται από ορμόνες.

Οι ωθήκες έχουν την μορφή μούρου και περιέχουν αρκετές χιλιάδες ωθηλάκια, από τα οποία θα ωριμάσουν περίπου 300 - 400, τα υπόλοιπα εκφυλίζονται. Με την επίδραση ορμονών κάθε μήνα ωριμάζει ένα ωθηλάκιο για να ριχθεί και ελευθερώσει το ωάριο. Η διαδικασία αυτή ονομάζεται ωορρηξία.

Μετά την ωορρηξία, το ωθηλάκιο ονομάζεται ωχρο σωματίο και εκκρίνει μια ορμόνη που λέγεται προγεστερόνη (ή ωχρίνη). Οι ορμόνες αυτές προκαλούν υπερπλασία, υπερτροφία και υπεραιμία του βλεννογόνου της μήτρας που λέγεται ενδομήτριο, με σκοπό να δημιουργήσουν κατάλληλο περιβάλλον για την εγκατάσταση του γονιμοποιημένου ωαρίου. Η γονιμοποίηση του ωαρίου από το σπερματοζωάριο γίνεται στην σάλπιγγα. Τα σπερματοζωάρια φτάνουν στην σάλπιγγα περίπου δέκα ώρες μετά την ερωτική επαφή. Εάν το ωάριο δεν γονιμοποιηθεί, το ενδομήτριο εκφυλίζεται και αποβάλλεται. Έτσι, έχουμε την έμμηνου ρύση. Τα σπερματοζωάρια ζουν περίπου 48 ώρες, ενώ το ωάριο 12 - 18 ώρες.

3. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΜΕΘΟΔΩΝ ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ

Οι μέθοδοι γονιμότητας μπορούν να χωριστούν σε κατηγορίες, ανάλογα με το είδος των παρασκευασμάτων που υπάρχουν. Αυτά χωρίζονται σε:

Α. ΟΡΜΟΝΙΚΑ:

- Αντισυλληπτικό χάπι (παρεντερικά χορηγούμενα στεροειδή, στεροειδή χορηγούμενα μετά την συνουσία)

Β. ΜΗΧΑΝΙΚΑ:

- Διάφραγμα
- Τραχηλικές καλύπτρες (ενδομήτρια σπειράματα)
- Αντρικό προφυλακτικό
- Γυναικείο προφυλακτικό

Γ. ΦΥΣΙΚΑ:

- Διακεκομένη συνουσία
- Περιοδική αποχή (μέθοδος ρυθμού περιόδου) που χωρίζεται επίσης σε:
 - α) μέθοδο ημερολογίου
 - β) μέθοδο θερμομετρική
 - γ) συνδυασμός των μεθόδων ρυθμού και θερμοκρασίας

- Μέθοδος ελέγχου τραχηλικής βλέννης

Δ. Αυτή η κατηγορία είναι ειδική και αναφέρεται σε κάποιες ειδικές μεθόδους, όπως

- Έκτρωση
- Στείρωση

4. ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ

Παραθέτουμε μια εκτενέστερη ανάλυση των μεθόδων που αναφέρθηκαν παραπάνω.

5. ΟΡΜΟΝΙΚΑ

ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΟ ΧΑΠΙ (Pill)

Τα αντισυλληπτικά από το στόμα έχουν αποδειχθεί πολύ αξιόπιστος τρόπος για την αποφυγή συλλήψεως και γι' αυτό τον λόγο χρησιμοποιούνται σήμερα ευρέως. Επίσημοι υπολογισμοί αναφέρουν ότι στην Βρετανία περίπου 2 1/4 έως 2 1/2 εκατομμύρια γυναίκες χρησιμοποιούν αυτή την μέθοδο. Υπάρχουν σήμερα αυξανόμενες ενδείξεις ότι μερικές από τις λίγες αποτυχίες των αντισυλληπτικών φαρμάκων είναι το αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης με άλλα φάρμακα.

Τα αντισυλληπτικά επηρεάζουν επίσης την δράση άλλων φαρμάκων.

ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΣ ΔΡΑΣΗΣ ΤΩΝ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΩΝ ΧΑΠΙΩΝ

Τα αντισυλληπτικά από το στόμα είναι τριών κυρίως τύπων:

α) Η πλειονότητα ανήκει κυρίως στον "συνδυασμένο" τύπο που περιέχει δύο ορμονικά συνθετικά, ένα οιστρογονικό (όπως ethinyloestradiol ή mestranol) και ένα προγεστερονικό.

Τα σκευάσματα αυτά υπεισέρχονται στην αποφυγή συλλήψεως και στην εμφύτευση με διάφορους τρόπους.

Η ωρίμανση του ωαρίου αναστέλλεται, τα επίπεδα της γοναδοτροπίνης ελλατώνονται και η έκκριση της προγεστερόνης παραμένει σε χαμηλά επίπεδα. Η φυσιολογική ανάπτυξη του βλεννογόνου του ενδομητρίου καταστέλλεται σε τέτοια έκταση, ώστε ακόμα και αν γίνει σύλληψη, η βλαστοκύστη δεν θα μπορούσε να εμφυτευθεί με επιτυχία και οι ελεύθερες κινήσεις των σπερματοζωαρίων ελλατώνονται, κυρίως από την παρουσία μιας ασυνήθιστα πυκνής αυχενικής βλέννας. Ο υψηλός βαθμός αξιοπιστίας αυτού του τύπου των αντισυλληπτικών (λέγεται ότι η αποτυχία της είναι της τάξεως 1 προς 100 - 10.000 εγκυμοσύνες ανά 100 χρόνια γυναίκας) φαίνεται να οφείλεται στις πολλές δράσεις που έχουν, ώστε αν αποτύχει η μία, οι άλλες να δώσουν το αντισυλληπτικό αποτέλεσμα.

Τα φάρμακα αυτά λαμβάνονται από 20 έως 22 μέρες, που ακολουθούνται από διάλλειμα μιας εβδομάδας που έρχεται η περίοδος.

β) Τα "διαδοχικά" χάπια, τα οποία είναι όμοια με τα "συνδιασμένου τύπου αντισυλληπτικά" εκτός από το ότι η αποφυγή της σύλληψης γίνεται κατά την διάρκεια της πρώτης φάσεως του κύκλου με οιστρογονικό μόνο παράγοντα και ακολουθείται από ένα συνδιασμένο αντισυλληπτικό φάρμακο που λαμβάνεται κατά την διάρκεια της δεύτερης φάσης του κύκλου.

Μερικοί κατασκευαστές έχουν την συσκευασία και 7 χάπια με αδρανή ουσία, όπως λακτόζη για την τελευταία εβδομάδα ενός κύκλου 28 ημερών, με σκοπό να ελαττώσουν τον κίνδυνο να ξεχάσει η γυναίκα την έναρξη της επόμενης σειράς των αντισυλληπτικών.

γ) Ο τρίτος τύπος αντισυλληπτικών περιέχει μόνο "προγεστερονοειδές" και λαμβάνεται σε όλο τον κύκλο των 28 ημερών.

Τα αντισυλληπτικά αυτά είναι λιγότερο αξιόπιστα από ότι τα αντισυλληπτικά "συνδιασμένου" τύπου, αφού η αποτυχία τους είναι της τάξεως 2 - 4 εγκυμοσύνες ανά 100 χρόνια γυναίκας.

Αντίθετα με τα συνδιασμένα αντισυλληπτικά, αυτά δεν αναστέλλουν την ωορηξία. Η σύλληψη αναστέλλεται με την αυξημένη αυχενική βλέννα και εμφύτευση, συνήθως δεν γίνεται λόγω της ανεπαρκούς ή ασύγχρονης ανάπτυξης του ενδομητρίου. Ο τύπος αυτός των αντισυλληπτικών παρότι είναι λιγότερο αξιόπιστος, είναι χρήσιμος ιδιαίτερα για γυναίκες που δεν έχουν καλή ανεκτικότητα σε αντισυλληπτικά που περιέχουν οιστρογόνα.

ΠΑΡΕΝΤΕΡΙΚΑ ΧΟΡΗΓΟΥΜΕΝΑ ΣΤΕΡΟΕΙΔΗ

Μερικά στεροειδή σκευάσματα χορηγούμενα ενδομυϊκά, προκαλούν παρατεταμένη ανασταλτική δράση στον υποθάλαμο. Τα σκευάσματα αυτά δρουν ιδιαίτερα στην παραγωγή της εκλυτικής γοναδοτρόπου ορμόνης του υποθαλάμου (GnRH).

Από τα πιο γνωστά προγεστερινοειδή σκευάσματα είναι η "οξεική μεδροξυπρογεστερόνη", η οποία όταν χορηγείται σε υδατικό εναιώρημα ενδομυϊκά σε δόση 150 mg κάθε ενενήντα ημέρες, προκαλεί μόνιμη αναστολή της παραγωγής της ωχρινοτρόπου ορμόνης της υπόφυσης (LH).

Μειονέκτημα του σκευάσματος αυτού αποτελεί η εμφάνιση ανωμαλιών στην έμμηνο ρύση με την μορφή της αμηνόρροιας ή μητροραγίας σε άτακτα χρονικά διαστήματα.

Το αντισυλληπτικό όμως αποτέλεσμα της παρεντερικής χορήγησης των προγεστερινοειδών είναι πολύ αξιόλογο, με μικρή συχνότητα ανεπιθύμητων κησεων.

Ένα άλλο γνωστό προγεστερινοειδές που χρησιμοποιήθηκε για τον σκοπό αυτό είναι η "norethindrone enanthate", η οποία χορηγήθηκε σε δόση 200 mg ανά 8 εβδομάδες για τρεις κύκλους και στην συνέχεια κάθε 12 εβδομάδες. Στις περιπτώσεις που χορηγήθηκε, είχε ως αποτέλεσμα την πλήρη αναστολή της γονιμότητας.

Εκτός από τα προγεστερινοειδή παρατεταμένης δράσης, χορηγείται συνδιασμός προγεστερινοειδούς και οιστρογόνου κάθε 28 ημέρες, ενδομυικά.

ΣΤΕΡΟΕΙΔΗ ΧΟΡΗΓΟΥΜΕΝΑ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΣΥΝΟΥΣΙΑ

Υπάρχουν δημοσιεύσεις που περιγράφουν επιτυχημένα αποτελέσματα αντισύλληψης μετά χορήγηση εντός 72 ημερών από την συνουσία, πχ 25 - 50 mg στιλβεστρόλης ημερησίως και για 5 ημέρες. Η ναυτία και η διόγκωση των μαστών, καθώς και ανωμαλίες της εμμηνορρυσίας, ήταν συμπτώματα για τα οποία παραπονέθηκαν μερικές γυναίκες. Προσθήκη μικρής δόσης προγεστερινοειδούς στο χορηγούμενο οιστρογόνο, επανορθώνει τις ανωμαλίες στην έμμηνο ρύση, αλλά δεν επιφέρει βελτίωση στα λοιπά συμπτώματα.

Η ενέργεια των οιστρογόνων μετά την συνουσία είναι δυνατόν να οφείλεται σε απευθεία δράση τους στο ενδομήτριο, γιατί εμποδίζουν την εγκατάσταση του γονιμοποιηθέντος ωαρίου ή επιταχύνουν την διέλευσή του στο γεννητικό σύστημα, ώστε να διαταράσσεται ο συγχρονισμός μεταξύ προετοιμασίας του ενδομητρίου και εγκατάστασης του γονιμοποιηθέντος ωαρίου.

Εντελώς πρόσφατα, δοκιμάστηκε με καλά αποτελέσματα το ακόλουθο σχήμα: Όσο το δυνατόν συντομότερα μετά την συνουσία χορηγούνται δύο δισκία, που το καθένα περιέχει 0,5 mg νοργεστρέλη και 50 mg αιθυνυλοιστραδιόλη. Ακολουθώς και μετά από 12 ώρες, αλλά ποτέ πριν περάσουν 72 ώρες από την συνουσία, χορηγούνται άλλα δύο δισκία.

ΔΙΦΑΣΙΚΑ - ΤΡΙΦΑΣΙΚΑ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΑ ΔΙΣΚΙΑ

Πρόκειται για νέες μορφές δισκίων που μιμούνται τις διακυμάνσεις των ορμονών στις διάφορες φάσεις του κύκλου της γυναίκας.

Έτσι, οι δόσεις των ορμονών μεταβάλλονται μέσα στον κύκλο, σε αντίθεση με τα παλιότερου τύπου δισκία, όπου η σύνθεση παραμένει σταθερή. Αυτό επιτρέπει την χορήγηση χαμηλότερων δόσεων ορμονών στην αρχή του κύκλου και έτσι επιτυγχάνεται ελάττωση της συνολικής δόσης ανά κύκλο. Ενώ ελαφρώς αυξημένες δόσεις ορμονών προς το τέλος του κύκλου, προλαμβάνουν την αιμορραγία από διαφυγή και τυχόν σταγονοειδή αιμορραγία.

Στις νέες αυτές μορφές, η αντισυλληπτική δράση είναι η ίδια όπως και στα δισκία σταθερής σύνθεσης.

Σε ένα διφασικό σχήμα για παράδειγμα, έχουμε χορήγηση:

0,05 mg λεβονοργεστρέλης και 50 mg αιθυνυλοιστραδιόλης για 11 ημέρες και στην συνέχεια 0,125 mg λεβονοργεστρέλης και 50 mg αιθυνυλοιστραδιόλης για τις 10 τελευταίες ημέρες του κύκλου, (βλέπε πίνακα 1).

ΠΙΝΑΚΑΣ 1		ΔΙΦΑΣΙΚΟ ΣΧΗΜΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ	
Ημέρες κύκλου	Φάρμακο	Ποσότητα	
1-11	λεβονοργεστρέλη	0,05 mg	
	αιθυνυλοιστραδιόλης	50 mg	
ενδιάμεσες μέρες	-	-	
10 τελευταίες μέρες	λεβονοργεστρέλη	0,125 mg	
	αιθυνυλοιστραδιόλης	50 mg	

Στα τριφασικά σχήματα είχαμε διαδοχική χορήγηση δισκίων τριών συνθέσεων. Για τις μέρες του κύκλου 1η μέχρι 6η, χορηγούνται 0,05 mg λεβονοργεστρέλη και 30 mg αιθυνυλοιστραδιόλης, για τις μέρες 7η έως 11η, 0,075 mg λεβονοργεστρέλης και 40 mg αιθυνυλοιστραδιόλης, και για τις μέρες 12η έως 21η, 0,125 mg λεβονοργεστρέλη και 30 mg αιθυνυλοιστραδιόλη.

ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΩΝ ΔΙΣΚΙΩΝ

Παρενέργειες που εμφανίζονται από την χρησιμοποίηση των αντισυλληπτικών δισκίων, αναγκάζουν ένα ποσοστό γυναικών να τα σταματήσουν. Οι πιο συχνές από αυτές είναι η ναυτία και οι έμετοι και οφείλονται στο οιστρογόνο που περιέχεται στο δισκίο. Με τα καινούρια δισκία που περιέχουν 50 mg οιστρογόνου ή λιγότερο, περιορίζονται στο ελάχιστο οι πιο πάνω ενέργειες. Ένας τρόπος πρόληψης αυτών είναι η σύσταση στην γυναίκα να παίρνει το χάπι το βράδυ όταν πάει να κοιμηθεί, ώστε η αιχμή απορρόφησης του δισκίου να γίνεται την ώρα του ύπνου. Μια άλλη συχνή παρενέργεια είναι η αιμορραγία, που μπορεί να παρουσιαστεί στην μέση του κύκλου. Αυτό συμβαίνει πιο συχνά στα δισκία που περιέχουν μικρή δόση οιστρογόνων, κάτω από 50 mg.

Η απλή αντιμετώπιση είναι η αλλαγή με ένα άλλο ιδιοσκεύασμα χαμηλής περιεκτικότητας οιστρογόνου - προγεστερινοειδούς, που μπορεί να φέρει καλύτερο αποτέλεσμα. Τέλος, η αλλαγή σε ιδιοσκεύασμα με υψηλότερη περιεκτικότητα οιστρογόνου, μπορεί να δώσει την οριστική λύση στο πρόβλημα. Επίσης, χωρίς καμιά αλλαγή, με την συνέχιση του ίδιου ιδιοσκευάσματος σε 2 - 3 κύκλους, μπορεί να σταματήσει αυτόματα η ενδιάμεση αιμορραγία.

Η εμφάνιση αμηνόρροιας αποτελεί μια άλλη παρενέργεια, που είναι αρκετά συχνή στα δισκία, τα οποία περιέχουν μικρή ποσότητα οιστρογόνου και σε εκείνα που περιέχουν μόνο προγεστερινοειδές.

Αυτό εξηγείται από την συνεχή επίδραση της προγεστερόνης στο ενδομήτριο. Άλλη άποψη υποστηρίζει, ότι η χαμηλή δόση των οιστρογόνων επιτρέπει την απελευθέρωση της FSH και την παραγωγή ενδογενούς οιστραδιόλης κατά την πρώτη εβδομάδα της διακοπής των δισκίων, η οποία και αναστέλλει την εμφάνιση της αναμενόμενης αιμορραγίας. Άλλη μικρή παρενέργεια είναι η κατάθλιψη, που παρουσιάζεται σε ένα ποσοστό 5% των ασθενών που χρησιμοποιούν το δισκίο.

Ανάμεσα στα συμπτώματα που εμφανίζονται είναι ο λήθαργος, η απώλεια της libido, ευερεθιστότητα και κλάμα. Ανωμαλίες στον ύπνο και μεταβολές στην όρεξη, παρατηρούνται σπάνια.

Οι απόψεις σχετικά με την αιτιολογία της κατάθλιψης διχάζονται. Άλλοι την αποδίδουν σε ψυχολογικούς λόγους και άλλοι σε διαταραχή των νευροϋποδοχέων του Κ.Ν.Σ. Αλλαγή του ιδιοσκευάσματος πολλές φορές είναι αποτελεσματική, ενώ άλλοι συνιστούν βιταμίνη Β6, σε δόσεις 40 - 50 mg την ημέρα και τέλος διακοπή των δισκίων σε σοβαρές περιπτώσεις.

Η μεταβολή του σωματικού βάρους μπορεί να παρουσιαστεί με την μορφή της αύξησης ή της ελάττωσης.

Η αύξηση του βάρους μπορεί να οφείλεται στην αύξηση της όρεξης που προκαλεί η προγεστερόνη και το οιστρογόνο, τα οποία περιέχονται στο χάπι. Ακόμα, μπορεί να είναι αποτέλεσμα κατακράτησης νερού, λόγω απευθείας δράσης στα νεφρικά σωληνάκια. Επίσης και το προγεστερινοειδές μπορεί να ασκήσει θετικό ισοζύγιο στην αλλαγή του νατρίου και έτσι στην περίπτωση αυτή παρατηρούνται κυκλικές μεταβολές του σωματικού βάρους, (βλέπε πίνακα 2).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2	ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΩΝ ΔΙΣΚΙΩΝ
Ναυτία - έμετος	
Μικροαιμορραγία	
Αμηνόρροια	
Κατάθλιψη	
Μεταβολή βάρους	

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΩΝ ΔΙΣΚΙΩΝ

Οι επιπλοκές από τα αντισυλληπτικά χάπια είχαν διατυμπανιστεί και διογκωθεί κατά καιρούς από τον τύπο, με αποτέλεσμα να δημιουργηθεί κύμα φοβίας στις διάφορες κοινωνικές ομάδες. Γεγονός είναι πάντως, ότι τα αντισυλληπτικά σχετίζονται με σοβαρές επιπλοκές, ευτυχώς όμως, εμφανίζονται σε πολύ χαμηλή συχνότητα.

Η υπέρταση είναι μια από τις επιπλοκές που μπορεί να παρουσιαστεί κατά την λήψη αντισυλληπτικών δισκίων, χωρίς όμως να συσχετίζεται με άλλες πιο βαριές επιπλοκές, όπως είναι τα θρομβοεμβολικά επεισόδια. Φαίνεται ότι η ανάπτυξη της υπέρτασης, σχετίζεται με το χρονικό διάστημα που λαμβάνεται το χάπι.

Σε μερικές μελέτες δεν παρουσιάζονται σημαντικές στατιστικές διαφορές στην ανάπτυξη υπέρτασης ανάμεσα σε γυναίκες που χρησιμοποιούν και σε άλλες που δεν χρησιμοποιούν αντισυλληπτικά δισκία.

Ακόμα υποστηρίζεται σήμερα, ότι μετά από πενταετή λήψη των δισκίων αυτών, εμφανίζεται υπέρταση σε ποσοστό 5%.

Σχεδόν όλες οι γυναίκες που εμφάνισαν υπέρταση, επανήλθαν στα φυσιολογικά επίπεδα αρτηριακής πίεσης μετά την διακοπή του δισκίου.

Η σχέση των αντισυλληπτικών δισκίων με τα θρομβοεμβολικά επεισόδια και την θρομβοφλεβίτιδα, έχει απασχολήσει την ιατρική βιβλιογραφία. Μεγάλες επιδημιολογικές μελέτες έχουν αποδείξει, ότι υπάρχει μεταξύ τους σχέση και αλληλοεξάρτηση.

Αυτές οι αναδρομικές μελέτες έδειξαν ότι ο κίνδυνος για θρομβοφλεβίτιδα ή θρομβοεμβολικό επεισόδιο στις γυναίκες που παίρνουν αντισυλληπτικά δισκία, είναι τέσσερις έως οκτώ φορές μεγαλύτερος, συγκριτικά με εκείνες που δεν βρίσκονται σε αντισυλληπτική προστασία με δισκία. Το οιστρογόνο που περιέχεται, θεωρείται υπεύθυνο για τις επιπλοκές αυτές.

Διάφοροι μηχανισμοί έχουν προταθεί για να εξηγήσουν την εμφάνιση υπερκινητικότητας ανάμεσα σε εκείνες που χρησιμοποιούν τα δισκία. Οι παράγοντες πήξης I, II, VII, VIII, IX και X, εμφανίζονται αυξημένοι. Αυτές οι μεταβολές, χαρακτηρίζονται παρόμοιες με εκείνες που εμφανίζονται στο τελευταίο τρίμηνο της εγκυμοσύνης. Όλα αυτά, σε συνδιασμό με την αυξημένη προσκόλληση των αιμοπεταλίων στο ενδοθήλιο των αγγείων, μπορεί να ευθύνονται για την έναρξη σχηματισμού θρόμβου στις γυναίκες που χρησιμοποιούν τα δισκία. Υποστηρίζεται ότι ο κίνδυνος για θρόμβωση των "εν τω βάθει φλεβών" είναι 5,7 φορές μεγαλύτερος, ενώ για θρόμβωση των "επιπολής" 1,5 φορές, σε αυτές που χρησιμοποιούν δισκία συγκριτικά με αυτές που δεν χρησιμοποιούν.

Στην μελέτη αυτή συμπεριλαμβάνεται μεγάλος αριθμός από καπνίστριες. Το κάπνισμα φαίνεται, ότι επιδρά δυσμενώς σε συνδιασμό με τα αντισυλληπτικά χάπια στην αύξηση της θνησιμότητας.

Η ηλικία, αποτελεί έναν άλλο σημαντικό παράγοντα. Τα δυσμενή αποτελέσματα από την χρήση του δισκίου είναι φανερά στην ομάδα των 30 - 39

χρόνων, ενώ παρουσιάζονται διογκωμένα, πάνω από 40. Η δόση του οιστρογόνου που περιέχεται στα αντισυλληπτικά δισκία, φαίνεται ότι παίζει σημαντικό ρόλο.

Η συχνότητα της "εν τω βάθει" θρόμβωσης, ήταν 112 στις 100.000 που έπαιρναν δισκία με μεγαλύτερη από 50 mg περιεκτικότητα σε οιστρογόνο, ενώ σε εκείνες που έπαιρναν δισκία περιεκτικότητας 50 mg ήταν 81 στις 100.000. Δηλαδή με την χαμηλότερη δόση, η συχνότητα προσβολής μειώθηκε κατά 25%. Παρ'όλο ότι δεν υπήρχαν στατιστικά στοιχεία για τα νεώτερα δισκία με περιεκτικότητα μικρότερη από 50 mg οιστρογόνων, φαίνεται ότι ο κίνδυνος για εμφάνιση παρόμοιων επιπλοκών είναι μικρότερος.

Σε περίπτωση προγραμματισμένης εγχείρησης, συνιστάται διακοπή των αντισυλληπτικών δισκίων για έναν μήνα τουλάχιστον πριν από την εγχείρηση, μια και έχει αποδειχθεί ότι τετραπλασιάζεται ο κίνδυνος για εμφάνιση μετεγχειρητικής θρόμβωσης.

Οι νευραγγειακές επιπλοκές που μελετήθηκαν, απέδειξαν ότι υπάρχει θετική σχέση ανάμεσα στην εμφάνιση εγκεφαλικής θρόμβωσης και στην προσβολή από εγκεφαλική αιμορραγία. Ο αριθμός των περιπτώσεων που μελετήθηκαν είναι μικρός γιατί είναι σπάνιο γεγονός η εγκατάσταση ημιπληγίας σε νέα άτομα. Από την μελέτη προκύπτει, ότι ο κίνδυνος για τις γυναίκες που χρησιμοποιούν δισκία, είναι διπλάσιος από αυτές που δεν τα χρησιμοποιούν. Η υπέρταση που παρουσιάζεται κατά την λήψη αντισυλληπτικών, δεν φαίνεται να σχετίζεται με την αύξηση των εγκεφαλικών επεισοδίων.

Το έμφραγμα του μυοκαρδίου σε σχέση με την χρήση των αντισυλληπτικών χαπιών έχουν μελετηθεί τελευταία. Η αύξηση της συχνότητας εμφάνισής τους σε γυναίκες που χρησιμοποιούν δισκία συγκριτικά πάντα με εκείνες που δεν παίρνουν και συγκεκριμένα στην ομάδα ηλικιών 30 - 39 χρόνων, είναι 5,6/100.000 προς 2,1/100.000 αντίστοιχα, ενώ μεταξύ της ηλικίας 40 - 45, η συγκριτική αύξηση είναι πολύ μεγαλύτερη. Πάντως, στην ομάδα των γυναικών που έπαιρναν αντισυλληπτικά και έπαθαν έμφραγμα μυοκαρδίου, υπήρχαν σε σημαντικό ποσοστό συνεπικουροί παράγοντες όπως το κάπνισμα, η υπέρταση, ο διαβήτης, η παχυσαρκία και η υπερλιπιδαιμία.

Από όλα αυτά προκύπτει, ότι ο αυξημένος κίνδυνος για γυναίκες που χρησιμοποιούν αντισυλληπτικά δισκία πάνω από την ηλικία των 30 ετών, γίνεται πιο απειλητικός για ηλικία μεγαλύτερη των 40 ετών.

Επίσης, η επίδραση των ορμονικών αντισυλληπτικών στα ενζυμικά συστήματα του ήπατος, προκάλεσε κατά καιρούς μεγάλο ενδιαφέρον. Το ότι αυξάνει η παραγωγή ειδικών πρωτεϊνών που δεσμεύουν τις στεροειδείς ορμόνες, είναι ένδειξη ότι οι ορμόνες αυτές επιδρούν στο ήπαρ. Αναφέρθηκε ακόμα μικρή αύξηση στην συχνότητα της χολολιθίασης και του χολοστατικού ικτέρου. Πρόσφατες όμως παρατηρήσεις δεν έδειξαν ιδιαίτερη αύξηση στις παθήσεις αυτές.

Σε γυναίκες που παίρνουν το χάπι, ο κίνδυνος να αναπτύξουν έναν καλοήγη όγκο του ήπατος είναι αυξημένος, αλλά η εμφάνιση των νεοπλασιών αυτών είναι σπάνια. Οι καλοήγη αυτοί όγκοι, ειδικά το ηπατοκυτταρικό αδένωμα σε γυναίκες που παίρνουν ορμονικά αντισυλληπτικά, έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να υποστούν ρήξη και να προκαλέσουν ενδοηπατική ή ενδοπεριτοναϊκή αιμορραγία και αν η γυναίκα δεν χειρουργηθεί εγκαίρως, υπάρχει μεγάλος κίνδυνος να προκληθεί καταπληξία και θάνατος από μαζική απώλεια αίματος. Η ένταση της ηπατικής βλάβης και ο κίνδυνος για αιμορραγία αυξάνεται με την διάρκεια λήψης των αντισυλληπτικών.

Πρόσφατα πειράματα σε ζώα έδειξαν για τα οιστρογόνα, ότι δεν προκάλεσαν την δημιουργία νεοπλασιών, αλλά αύξησαν σε όγκο προϋπάρχουσες εστίες, ενώ

για την προγεστερόνη φάνηκε να προκαλεί ανώμαλο πολλαπλασιασμό των κυττάρων, (βλέπε πίνακα 3).

ΠΙΝΑΚΑΣ 3	ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΧΡΗΣΗ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΩΝ ΔΙΣΚΙΩΝ
-----------	---

Υπέρταση
Θρομβοεμβολικά επεισόδια - Θρομβοφλεβίτιδα
Νευροαγγειακές επιπλοκές
Έμφραγμα του μυοκαρδίου
Ηπατοκυτταρικό αδένωμα

Η ύπαρξη των πιο πάνω επιπλοκών, καθιστά αναγκαία την πραγματοποίηση πλήρους ιατρικής εξέτασης πριν την χορήγηση οποιουδήποτε αντισυλληπτικού, η οποία περιλαμβάνει:

- γυναικολογική εξέταση
- εξέταση των μαστών (ανίχνευση για εντοπισμό όγκων)
- test Pap (τεστ Παπανικολάου), λήψη κυττάρων από τον τράχηλο για ανίχνευση καρκινωμάτων
- πίεση του αίματος και βάρος
- ανάλυση αίματος και ούρων (ορμονική ανάλυση).

Μετά από έναν έως τρεις μήνες λήψης χαπιού, ελέγχονται ξανά το βάρος και η πίεση. Κάθε χρόνο πρέπει να ξαναγίνεται πλήρης ιατρική εξέταση.

ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΓΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΟΡΜΟΝΙΚΩΝ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΩΝ

Αποφεύγεται η χορήγηση ορμονικών αντισυλληπτικών σε γυναίκες που υποφέρουν από πονοκεφάλους, ημικρανίες ή επιληψία. Επίσης, σε γυναίκες με ήπια υπέρταση, κίρσους κάτω άκρων και με ινομυωματώδη μήτρα. Ακόμα, αποφεύγεται η χορήγηση σε γυναίκες με ιστορικό διαβήτη της εγκυμοσύνης ή όταν είναι ηλικίας άνω των 35 ετών, (βλέπε πίνακα 4).

ΠΙΝΑΚΑΣ 4	ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ
-----------	-----------------------

Πονοκέφαλοι - ημικρανία
Υπερτασική νόσος
Ινομύωματα μήτρας
Επιληψία
Κίρσοι των κάτω άκρων
Διαβήτης της εγκυμοσύνης
Σε γυναίκες πάνω από 35 ετών
Διακοπή λήψης πριν από εγχείρηση

Δεν χορηγούνται σε καμία περίπτωση, ορμονικά αντισυλληπτικά σε γυναίκες με βαριά υπέρταση, με ιστορικό θρομβοεμβολικών επεισοδίων ή εμφράγματος του μυοκαρδίου. Τέλος, σε γυναίκες με ιστορικό νευροαγγειακών διαταραχών ή ηπατοκυτταρικού αδενώματος, (βλέπε πίνακα 5).

ΠΙΝΑΚΑΣ 5	ΑΠΟΛΥΤΕΣ ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΓΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΩΝ ΔΙΣΚΙΩΝ
-----------	---

Ιστορικό θρομβοφλεβίτιδας, θρομβοεμβολικού ή εγκεφαλικού επεισοδίου
Στεφανιαία νόσος
Επιβαρημένη ηπατική λειτουργία
Υποψία για νεόπλασμα μαστού
Οιστρογονοεξαρτώμενη νεοπλασία
Αδιάγνωστη αιμορραγία από τα γεννητικά όργανα
Υποψία εγκυμοσύνης
Αποφρακτικός ίκτερος στην εγκυμοσύνη
Συγγενής υπερλιπιδαιμία

6. ΜΗΧΑΝΙΚΑ

6.1 ΔΙΑΦΡΑΓΜΑ

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Ο πιο γνωστός τύπος κολπικού διαφράγματος αποτελείται από μια λεπτή ελαστική μεμβράνη που είναι προσαρμοσμένη σε έναν μεταλλικό δακτύλιο. Υπάρχουν διάφορα μεγέθη διαφραγμάτων, από 50 - 100 mm. Δεν το αισθάνεται ούτε η γυναίκα ούτε ο άντρας.

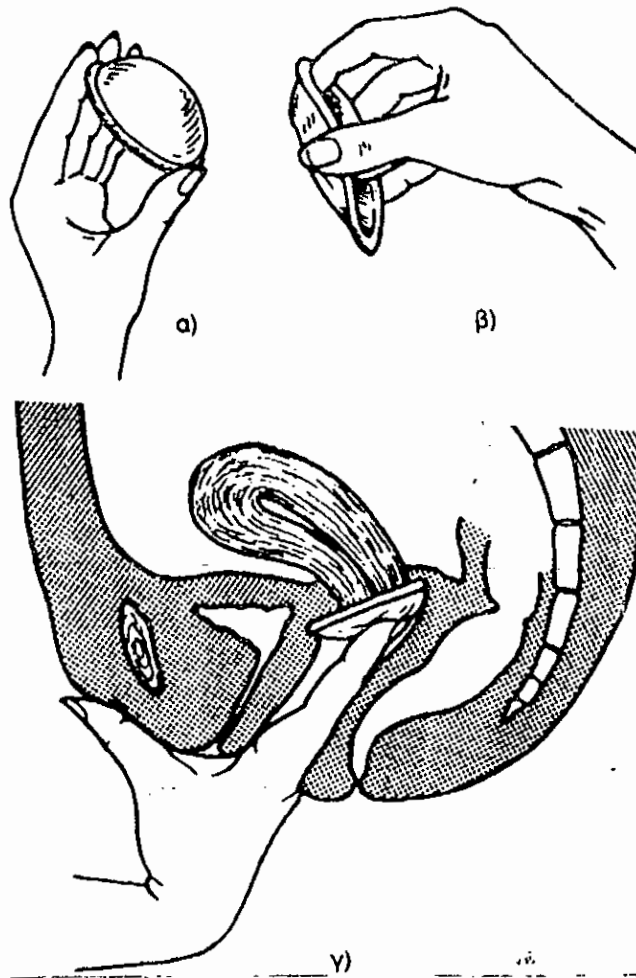
Το πρώτο διάφραγμα εφευρέθηκε το 1823 από έναν Γερμανό γιατρό. Στην Ελλάδα όμως, είναι σχεδόν άγνωστο.

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΔΙΑΦΡΑΓΜΑΤΟΣ

Απαραίτητη προϋπόθεση για την εφαρμογή του είναι να προηγηθεί πλήρης γυναικολογική εξέταση. Κυρίως, να ελεγχθεί το μέγεθος της μήτρας, η χαλαρότητα του κόλπου και η ύπαρξη παθολογικών καταστάσεων στον τράχηλο. Το κολπικό διάφραγμα προσαρμόζεται μέσα στον κόλπο και συγκρατείται με σημεία αντιστήριξης την οπίσθια επιφάνεια της ηβικής σύμφισης και τον οπίσθιο κολπικό θόλο. Έτσι, καλύπτεται ο τράχηλος εντελώς. Η καλή τοποθέτηση του διαφράγματος που γίνεται από την ίδια την γυναίκα μετά από κάποια εκπαίδευση, έχει ως αποτέλεσμα την πλήρη αντισύλληψη και την χωρίς άγχος σεξουαλική συμπεριφορά της γυναίκας. Υπάρχει κίνδυνος να παρετοπισθεί το διάφραγμα κατά την συνουσία. Γι' αυτό τον λόγο, πρέπει η χρήση του να συνδιάζεται με σπερματοκτόνο ουσία. Το ποσοστό αποτυχίας μετά από σωστή τοποθέτηση και χρήση σπερματοκτόνου ουσίας είναι 2 - 4%. Για μεγαλύτερη ασφάλεια, το διάφραγμα πρέπει να αφαιρείται όχι αμέσως μετά την συνουσία ή μετά παρέλευση λίγων ωρών, αλλά μετά από ένα 24ωρο, οπότε θα έχει επέλθει η πλήρης καταστροφή των σπερματοζωαρίων.

Η τοποθέτηση του διαφράγματος πρέπει να γίνεται μέχρι δύο ώρες πριν από την σεξουαλική πράξη (βλ. εικόνα 1).

Εικόνα 1



Εικόνα 1. Τοποθέτηση κολπικού διαφράγματος: α) κράτημα του διαφράγματος, β) σωστή σύλληψή του για την εισαγωγή του στον κόλπο, γ) τοποθέτησή του μέσα στον κόλπο.

6.2 ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΑ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΑ

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Τα ενδομήτρια σπειράματα αποτελούν σήμερα ένα σπουδαίο επίτευγμα στην σύγχρονη αντισύλληψη. Υπολογίζεται, ότι πάνω από 15 εκατομμύρια ενδομήτρια σπειράματα έχουν χρησιμοποιηθεί μέχρι σήμερα από γυναίκες μόνο στις Η.Π.Α.

Η τοποθέτηση ξένων σωμάτων μέσα στον κόλπο ή στην μήτρα για αντισύλληψη, χρονολογείται από πολύ παλιά. Το 1909 ο Richter στην Γερμανία σχεδίασε το πρώτο ενδομήτριο σπείραμα από μεταξωτά νήματα, δεμένο σε σχήμα τόξου ή δακτυλίου, ενώ ο Grafenberg το 1928 κατασκεύασε ένα άλλο ενδομήτριο σπείραμα από άργυρο σε σχήμα δακτυλίου. Όμως και ο Grafenberg αναγκάστηκε να εγκαταλείψει την επινόησή του αυτή, λόγω των αντίθετων απόψεων των Ευρωπαϊκών γιατρών της εποχής του. Παρ'όλα αυτά, η ιδέα της τοποθέτησης ξένου σώματος μέσα στην κοιλότητα της μήτρας δεν εγκαταλείφθηκε. Στην Ιαπωνία, στο

Ισραήλ και στην Αίγυπτο, αρκετοί γιατροί χρησιμοποίησαν ενδομήτρια σπειράματα με ικανοποιητικά αποτελέσματα. Το 1934, ο Ota χρησιμοποίησε χρυσούς ή επιχρυσωμένους δακτυλίους, με επίσης πολύ καλά αποτελέσματα.

Το 1962 γίνεται στην Νέα Υόρκη το πρώτο συνέδριο με θέμα τα ενδομήτρια σπειράματα που τα καθιερώνει στην σύγχρονη αντισύλληψη. Μια δεκαετία αργότερα, εμφανίστηκε η δεύτερη γενιά των ενδομητρίων σπειραμάτων. Τα σπειράματα αυτά φέρουν πάνω σε πλαστική ύλη διάφορες βιοενεργείς ή φαρμακευτικές ουσίες, όπως μέταλλα, ορμόνες και αντισταμορραγικούς παράγοντες. Έτσι, αναπτύχθηκαν τα ενδομήτρια αντισυλληπτικά συστήματα μακρόχρονης δράσης της δεύτερης γενιάς.

Ο ακριβής αριθμός των γυναικών που χρησιμοποιεί σήμερα ενδομήτρια σπειράματα (I.U.D.), δεν είναι γνωστός. Τόσο τα προγράμματα των διαφόρων χωρών, όσο και οι στατιστικές, δεν δίνουν αξιόπιστα στοιχεία, όπως και οι Ετιρίες κατασκευής ενδομητρίων σπειραμάτων. Πάντως, ο μεγαλύτερος αριθμός γυναικών που χρησιμοποιούν ενδομήτρια αντισύλληψη, αναφέρεται στην Κίνα και υπολογίζεται ότι ξεπερνάει τα 40 εκατομμύρια, ενώ στον υπόλοιπο κόσμο, το σύνολο των γυναικών αυτών φθάνει στα 15 εκατομμύρια.

Η ΠΡΩΤΗ ΓΕΝΙΑ (I.U.D.)

Η πρώτη γενιά από τα σύγχρονα ενδομήτρια σπειράματα κυκλοφόρησε στην Αμερική το 1965. Από τότε, το σχήμα και το υλικό των σπειραμάτων αυτών βελτιώνονται συνεχώς, ώστε να είναι πιο αποδοτικά στην αντισύλληψη και να γίνονται περισσότερο αποδεκτά από τον ιατρικό κόσμο. Το υλικό εκλογής φαίνεται να είναι το πλαστικό. Αυτά τα σπειράματα είναι βιολογικά ανενεργά και αδιαπέραστα από τις ακτίνες X. Η πλαστική του ύλη είναι εύκαμπτη, έτσι ώστε να ευθιάζεται κατά την είσοδό τους στην μητραία κοιλότητα, ενώ μέσα σε αυτή να παίρνει το αρχικό τους σχήμα. Από τις διάφορες μελέτες και την κλινική πείρα φαίνεται ότι το Lippes-Loop και το Shaf-t-Coil είναι αυτά που έγιναν περισσότερο αποδεκτά και χρησιμοποιήθηκαν περισσότερο από όλα τα σπειράματα της πρώτης γενιάς. Ο ακριβής μηχανισμός δράσης τους στον άνθρωπο παραμένει ακόμα άγνωστος. Περισσότερο αποδεκτή είναι η θεωρία, ότι παρεμποδίζεται η εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου στο ενδομήτριο. Ακόμα θεωρείται πιθανό το γεγονός ότι επιταχύνεται η μεταφορά του ωαρίου από τους ωαγωγούς, με αποτέλεσμα κατ'αυτόν τον τρόπο να εμποδίζεται η εγκατάστασή του.

Η ΔΕΥΤΕΡΗ ΓΕΝΙΑ (I.U.D.)

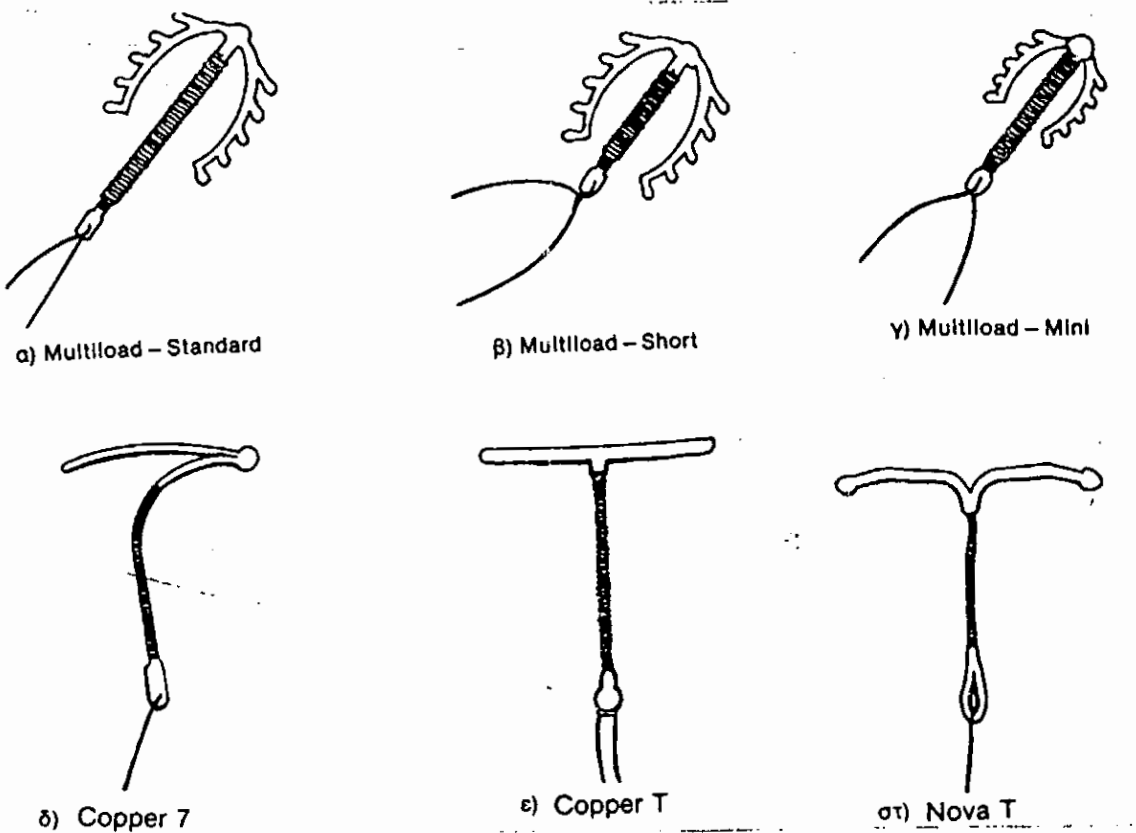
Το 1974 εμφανίστηκε στις Η.Π.Α η δεύτερη γενιά των ενδομητρίων σπειραμάτων. Η αποτελεσματικότητά τους εξαρτάται από την ικανότητά τους να ενεργούν ως φορείς βιολογικά ενεργών χημικών ουσιών. Τέτοια ενδομήτρια σπειράματα είναι αυτά που έχουν ως χημική ουσία τον χαλκό ή εκείνα που φέρουν φαρμακευτική ουσία, όπως είναι η προγεστερόνη ή τα προγεστερινοειδή.

Τα σπειράματα που φέρουν χαλκό, απελευθερώνουν τα ιόντα τους σε πολύ μικρές ποσότητες 30 - 50 μg την μέρα στην μητρική κοιλότητα και διαθέτουν αποθέματα για 2 - 3 χρόνια. Τα σπειράματα αυτά συνδιάζουν τον τρόπο δράσης των σπειραμάτων της πρώτης γενιάς μαζί με τις αντισυλληπτικές ιδιότητες του χαλκού, που είναι η ρευστοποίηση των ενδομητρίων εκκρίσεων, η παρεμβολή στην παραγωγή της τραχηλικής βλέννας και η επίδραση πάνω σε ένζυμα, όπως η αλκαλική φωσφατάση. Ακόμα υποστηρίζεται ότι ο χαλκός αυξάνει την

ινωδολυτική δραστηριότητα, λόγω αύξησης του ενεργοποιού πλασμινογόνου και έχει σπερματοκτόνα δράση.

Τα ενδομήτρια σπειράματα που φέρουν προγεστερόνη, απελευθερώνουν γύρω στα 65 μg από αυτήν την ημέρα και για χρονική διάρκεια ενός έτους. Η δράση αυτών των σπειραμάτων είναι πολύπλευρη. Περιλαμβάνει τις μορφολογικές μεταβολές τόσο στο ενδομήτριο, όσο και στον βλεννογόνο της σάλπιγγας. Καταστέλλει την αναγέννηση των μικροκροσσών και την ανάπτυξη των εκκριτικών κοκκίων στα εκκριτικά κύτταρα του βλεννογόνου της σάλπιγγας και τις ενζυμικές μεταβολές στο ενδομήτριο που τροποποιούν το έκκριμα της μητρικής κοιλότητας. Η ικανότητα προς γονιμοποίηση του σπέρματος μειώνεται. Επίσης, μειώνεται η κινητικότητα του μυομητρίου και πιστεύεται ότι η προγεστερόνη εκτός από παραπάνω, έχει επιπλέον επίδραση στις ωθήκες και την υπόφυση. Τα σπειράματα αυτά φαίνεται να πλεονεκτούν σε ό,τι αφορά τις αιμορραγίες και τις επώδυνες συσπάσεις. Για τον λόγο αυτό, θα πρέπει να προτιμώνται για τις γυναίκες που εμφανίζουν τις παραπάνω επιπλοκές.

εικόνα 2



εικόνα 2 Δεύτερη γενιά ενδομητρίων σπειραμάτων με περιέλιξη χαλκού: α) Multiload Standard, β) Multiload Short, γ) Multiload Mini, δ) Copper 7, ε) Copper T, στ) Nova T.

ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ I.U.D.

Καταλληλότερη εποχή για την τοποθέτηση των I.U.D. θεωρείται η περίοδος της εμμηνορρυσίας, γιατί ο τράχηλος είναι τότε πιο ανοικτός. Αυτό βέβαια έχει

ιδιαίτερη σημασία όταν πρόκειται να τοποθετηθεί σε άτοκη γυναίκα. Σε πολύτοκες, η εφαρμογή του μπορεί να γίνει σε οποιαδήποτε φάση του κύκλου. Ακόμα, μπορεί να τοποθετηθούν μετά από αυτόματη ή τεχνητή έκτρωση ή μετά από τοκετό. Μετά την αφαίρεση του I.U.D., η γονιμότητα επανέρχεται στην γυναίκα σε μικρό χρονικό διάστημα.

Για να τοποθετηθεί ένα I.U.D., προηγείται γυναικολογική εξέταση για τον καθορισμό του μεγέθους, του σχήματος, της θέσης και της κινητικότητας της μήτρας και τον αποκλεισμό τυχόν κακοήθειας ή φλεγμονής, (βλ. εικόνα 4).

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

- Αιμορραγίες, που συχνά συνοδεύονται από πόνους στο υπογάστριο και την μέση, είναι το πιο συχνό πρόβλημα των γυναικών που χρησιμοποιούν I.U.D. Περίπου ένα 5 - 15% των γυναικών αναγκάζονται να βγάλουν το σπείραμα στον πρώτο χρόνο από την τοποθέτησή του, εξαιτίας της αιμορραγίας και του πόνου. Η αιμορραγία μπορεί να εμφανιστεί ως αυξημένη ποσότητα αίματος στην εμμηνορρυσία, ή σαν χρονική αύξηση της εμμηνορρυσίας ή στο μέσον του κύκλου ως μητρορραγία ή σταγονοειδής αιμόρροια. Η αιμορραγία προκαλείται από όλους τους τύπους των I.U.D., ακόμα και με αυτά που ελευθερώνουν προγεστερονοειδείς ουσίες. Τα τελευταία, ενώ ελαττώνουν τον συνολικό όγκο αίματος που χάνεται ημερησίως, προκαλούν αύξηση στον αριθμό των ημερών της έμμηνης ρύσης, καθώς και μεσοκύκλιες αιμορραγίες. Η ανάπτυξη σιδηροπενικής αναιμίας σε γυναίκες με μεγάλη απώλεια αίματος, είναι κάτι που μπορεί να συμβεί, ιδίως σε εκείνες που τρέφονται φτωχά.

Η σωστή επιλογή στο μέγεθος του I.U.D., ελαττώνει την εμφάνιση του πόνου. Φάρμακα που αναστέλλουν την σύνθεση των προσταγλανδινών, ανακουφίζουν από τον πόνο που μπορεί να προκληθεί από την τοποθέτηση του I.U.D.

- Οι φλεγμονές της πύελου αποτελούν σήμερα σημείο όπου συγκεντρώνεται η προσοχή των ερευνητών. Ιδιαίτερα εξετάζεται η σχέση των I.U.D. και των πυελικών φλεγμονών. Νεαρές γυναίκες που χρησιμοποιούν I.U.D. και εκτίθενται σε σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, βρέθηκε ότι αναπτύσσουν φλεγμονή σε μεγαλύτερη συχνότητα από αυτές που δεν έχουν I.U.D.

Πυελική φλεγμονή εκδηλώνεται όταν μικροοργανισμοί από το κατώτερο γεννητικό σύστημα ανεβούν στην μήτρα και τις σάλπιγγες. Θεωρείται ότι τα I.U.D. ευνοούν την ανάπτυξη φλεγμονής, γιατί προκαλούν άσηπτη φλεγμονή στις σάλπιγγες και στο ενδομήτριο και αυξάνουν τον όγκο αίματος και την διάρκεια της εμμηνορρυσίας. Ακόμα, ενοχοποιείται η ουρά του I.U.D. με το νήμα για πρόσβαση μικροβίων στην μήτρα και η μόλυνση του ενδομητρίου κατά την τοποθέτηση του I.U.D. Για την θεραπεία μιας τέτοιας κατάστασης, συνιστούν χορήγηση κατάλληλης αντιμικροβιακής αγωγής μετά απομόνωση του παθογόνου μικροοργανισμού και αφαίρεση του I.U.D. όταν δεν έχουμε ανταπόκριση στην αντιμικροβιακή θεραπεία σε 48 ώρες από την αρχή της θεραπείας.

- Ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη μπορεί να συμβεί, τόσο στην ενδομήτρια, όσο και στην εξωμήτρια μορφή της μια και το σπείραμα δεν εμποδίζει την ωορρηξία. Αν συμβεί ενδομήτρια εγκυμοσύνη, σε ποσοστό 50% καταλήγει σε αυτόματη έκτρωση το πρώτο ή το δεύτερο τρίμηνο, εφόσον δεν εξαχθεί το I.U.D. Με την εξαγωγή του I.U.D., ο κίνδυνος αυτόματης έκτρωσης περιορίζεται σημαντικά. Υπάρχει ακόμα ο κίνδυνος της σηπτικής έκτρωσης στο δεύτερο τρίμηνο και το ενδεχόμενο του θανάτου της γυναίκας. Όταν διαπιστωθεί εγκυμοσύνη, το I.U.D. μπορεί να εξαχθεί εύκολα, τραβώντας το έξω από τα νήματα. Αν τα νήματα δεν είναι ορατά και η

γυναίκα επιθυμήσει να συνεχιστεί η εγκυμοσύνη, τότε αφήνουμε το σπείραμα όπως έχει και παρακολουθούμε την γυναίκα για το ενδεχόμενο σηπτικής κατάστασης. Με την συνέχιση της εγκυμοσύνης με το I.U.D., υπάρχει ακόμα η περίπτωση να έχουμε πρόωρο τοκετό, ενδομήτριο θάνατο και μικρού βάρους νεογνό.

ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

Απόλυτες αντενδείξεις για την τοποθέτηση I.U.D θεωρούνται, πρόσφατη ή παλιά πυελική φλεγμονή, γνωστή εγκυμοσύνη ή υποψία εγκυμοσύνης και ιστορικό εξωμήτριας εγκυμοσύνης. Ακόμα, μητρορραγίες των οποίων δεν έχει γίνει γνωστή η αιτία, η υποψία ύπαρξης κακοήθειας και οι συγγενείς ανωμαλίες της μήτρας και τα ινομύωματα, (βλέπε πίνακα 6)

ΠΙΝΑΚΑΣ 6	ΑΠΟΛΥΤΕΣ ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ I.U.D.
-----------	---

Πυελική λοίμωξη
Κύηση. Πριν την τοποθέτηση πρέπει να αποκλεισθεί κύηση κλινικά ή εργαστηριακά
Ιστορικό εξωμήτριας εγκυμοσύνης
Μητρορραγίες άγνωστης αιτιολογίας
Καρκίνος της μήτρας γενικά ή υποψία κακοήθειας
Δυσπλασίες μήτρας
Ινομύωματα - πολύποδες

Σχετικές αντενδείξεις αποτελούν καταστάσεις όπως η ύπαρξη αναιμίας, η άτοκη γυναίκα, οι διαταραχές της πήκτικότητας του αίματος, η μεγάλη στένωση του τραχήλου και η μεγάλη απώλεια αίματος στην εμμηνορρυσία. Επίσης, η σοβαρή πρωτοπαθής δυσμηνόρροια και η γνωστή αλλεργία στον χαλκό ή νόσος του Wilson.

Ακόμα, στις γυναίκες που χρησιμοποιούν I.U.D. χωρίς να εμφανίζουν επιπλοκές, είναι απαραίτητη η γυναικολογική εξέταση κάθε 6 μήνες, όπως και η εξέταση τραχηλοκολπικών επιχρησμάτων κατά Παπανικολάου, (βλ. πίνακα 7).

ΠΙΝΑΚΑΣ 7	ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗΣ I.U.D.
-----------	--

Αναιμία
Άτοκη γυναίκα
Διαταραχές πήξεως του αίματος
Μεγάλη στένωση του τραχήλου
Σοβαρή πρωτοπαθής δυσμηνόρροια
Αλλεργία στον χαλκό ή νόσος του Wilson

6.3 ΑΝΤΡΙΚΟ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟ

ΚΑΤΑΣΚΕΥΗ ΤΟΥ ΑΝΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟΥ

Το προφυλακτικό είναι συνθετικό ελαστικό ή περικάλυμμα από δέρμα ζώου, που εφαρμόζεται πάνω στο πέος όταν βρίσκεται σε κατάσταση στύσεως.

Μερικά προφυλακτικά έχουν μια μικρή ρόγα (προεξοχή) στην άκρη, για να συγκρατεί το σπέρμα. Η κατασκευή του ελαστικού είναι τέτοια, ώστε να εμποδίζει το σπέρμα να φτάσει στον κόλπο. Είναι το ίδιο αποτελεσματικό με το διάφραγμα.

Η αποτελεσματικότητά του μπορεί να αυξηθεί με την χρησιμοποίηση προφυλακτικού GEL, με το οποίο αλείφεται το προφυλακτικό εξωτερικά. Μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί σπερματοκτόνος αφρός στον κόλπο πριν από την συνουσία.

ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΑΝΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟΥ

Πριν από την χρήση πρέπει να αφαιρείται ο αέρας που μπορεί να υπάρχει και συγχρόνως να ελέγχεται η ακεραιότητά του. Η επάλειψη του προφυλακτικού με λιπαντική ουσία, διευκολύνει την διείσδυση. Η βαζελίνη καταστρέφει το ελαστικό.

Μετά την εκσπερμάτιση, ο άντρας θα πρέπει να τραβηχτεί κρατώντας το προφυλακτικό στην βάση του πέους προσεκτικά για να μην του γλιστρήσει με κίνδυνο να αφήσει σπερματοζώαρια στον κόλπο. Σε περίπτωση αποτυχίας, πρέπει να χρησιμοποιηθεί αμέσως σπερματοκτόνος αφρός ή αλοιφή.

Η χρησιμοποίηση ελαστικού προφυλακτικού είναι μια από τις ευκολότερες μεθόδους. Μπορούμε να τα προμηθευτούμε παντού, ενώ η τιμή του ποικίλει και είναι ανάλογη με την ποιότητά του. Μια έρευνα που έγινε πάνω σε αυτό το θέμα κατέληξε στο συμπέρασμα, ότι στα 100 ζευγάρια που χρησιμοποίησαν την μέθοδο αυτή επί ένα χρόνο, παρουσιάστηκε εγκυμοσύνη στα 13 - 14 από αυτά.

ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

Πέρα από τα παραπάνω, η χρήση προφυλακτικών παρουσιάζει και κάποια μειονεκτήματα, όπως:

- α) εμποδίζουν την πλήρη ικανοποίηση
- β) απαιτούν διακοπή της δράσης (σεξουαλικής επαφής) για να τοποθετηθούν
- γ) το ελαστικό μπορεί να σπάσει ή να κοπεί, ενώ μπορεί μερικά άτομα να είναι αλλεργικά στην χρήση τους.

6.4 ΓΥΝΑΙΚΕΙΟ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟ

ΚΑΤΑΣΚΕΥΗ ΤΟΥ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΥ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟΥ

Το γυναικείο προφυλακτικό είναι μια καινούρια αντισυλληπτική μέθοδος φραγμού, η πρώτη στο είδος της που προσφέρει μια καινούρια επιλογή στις γυναίκες.

Είναι κατασκευασμένο από πολουρεθάνη, ένα εύκαμπτο υλικό που προσαρμόζεται στον κόλπο. Τοποθετείται με την βοήθεια δύο δακτυλίων, ο ένας εκ των οποίων (εσωτερικός) χρησιμοποιείται για να εισχωρήσει στο εσωτερικό του κόλπου, ενώ ταυτόχρονα συγκρατεί το προφυλακτικό στην θέση του. Ο εξωτερικός δακτύλιος παραμένει εκτός του κόλπου, αποκλείοντας έτσι την πιθανότητα να εισχωρήσει το προφυλακτικό στο εσωτερικό του.

ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΥ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟΥ

Το προφυλακτικό αυτό, τοποθετείται το ίδιο εύκολα με ένα ταμπόν. Όπως όμως συμβαίνει και με το ταμπόν, θα χρειαστούν μερικές φορές μέχρι η χρήστη να εξοικειωθεί με το προφυλακτικό. Για να τοποθετηθεί πρέπει να κρατηθεί ο εσωτερικός δακτύλιος ανάμεσα στον αντίχειρα και τον δείκτη και να πιεστεί σε σχήμα οκτώ. Στην συνέχεια, ωθείται από την χρήστη στο εσωτερικό του κόλπου πίσω από το ηβικό οστό. Δεν είναι απαραίτητη η ακριβής τοποθέτησή του, γιατί ο δακτύλιος αυτόματα θα μετακινηθεί στην θέση του. Ο εξωτερικός δακτύλιος παραμένει έξω από τον κόλπο, καλύπτοντας μια συγκεκριμένη περιοχή, έτσι ώστε

το γυναικείο προφυλακτικό να παρέχει ολοκληρωμένη προστασία φραγμού και για τους δύο συντρόφους.

Επειδή δεν εξαρτάται από την στύση του άντρα η εισαγωγή του, μπορεί να γίνει πριν από την επαφή, έτσι ώστε να προστατεύει τους δύο συντρόφους κατά την διάρκεια της ερωτικής πράξης. Μπορεί να αφαιρεθεί οποιαδήποτε στιγμή μετά την ερωτική πράξη θεωρήσουν κατάλληλη οι δύο σύντροφοι. Για να αφαιρεθεί το προφυλακτικό, περιστρέφεται ο εξωτερικός δακτύλιος ώστε το σπέρμα να παραμείνει στο εσωτερικό του και στην συνέχεια απομακρύνεται από τον κόλπο.

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

Πέρα από την εύκολη χρήση του που αναφέρθηκε και παραπάνω, το γυναικείο προφυλακτικό έχει και άλλα πλεονεκτήματα. Ένα από αυτά, σχετίζεται με το υλικό από το οποίο κατασκευάζεται και που είναι η πολουρεθάνη. Είναι ένα υλικό που δεν παρουσιάζει βιολογική ασυμβατότητα και γι'αυτό αποτελεί μια εναλλακτική λύση για τις γυναίκες που είναι αλλεργικές στο latex. Η πολουρεθάνη είναι πιο ανθεκτική από το latex, το υλικό που χρησιμοποιείται στις πιο συνηθισμένες μεθόδους φραγμού και γι'αυτό είναι δύσκολο να σπάσει. Η πολουρεθάνη επίσης, έχει το πλεονέκτημα να μην επηρεάζεται από πετρελαϊκής βάσεως λιπαντικά. Έτσι, είναι δυνατό να χρησιμοποιηθεί με όλα τα είδη λιπαντικών ή τα φαρμακευτικά πετρελαϊκής βάσεως.

Από έρευνες που έχουν γίνει σε παγκόσμιο επίπεδο έχει διαπιστωθεί, ότι οι γυναίκες με το προφυλακτικό αυτό εξασφαλίζουν την αίσθηση της προστασίας, του ελέγχου, της αντοχής και της άνεσης.

ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

Ένα από τα μειονεκτήματα αυτής της αντισυλληπτικής μεθόδου, είναι η πιθανότητα να εισχωρήσει το προφυλακτικό στο εσωτερικό του κόλπου σε περίπτωση κακής τοποθέτησης.

Τέλος, η εμφάνιση και το μέγεθος του γυναικείου προφυλακτικού δημιουργεί μια αρνητική στάση της γυναίκας απέναντι στην χρήση του, η οποία όμως παρατηρείται κατά το αρχικό στάδιο της χρησιμοποίησής του.

7. ΦΥΣΙΚΑ

7.1 ΔΙΑΚΕΚΟΜΜΕΝΗ ΣΥΝΟΥΣΙΑ

ΤΡΟΠΟΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΗΣ ΔΙΑΚΕΚΟΜΜΕΝΗΣ ΣΥΝΟΥΣΙΑΣ

Η διακεκομμένη συνουσία ή "τράβηγμα", είναι μια πολύ παλιά και διαδεδομένη μέθοδος ελέγχου των γεννήσεων. Είναι και η πιο δύσκολη να πραγματοποιηθεί και η λιγότερο επιτυχής.

Σημαίνει, ότι η σεξουαλική επαφή διακόπτεται πριν από τον οργασμό του άντρα. Αυτός βγάζει το πέος από τον κόλπο της γυναίκας πριν από την εκσπερμάτωση. Πρέπει να εκσπερματώνει μακριά από τον κόλπο, γιατί αν πχ το κάνει στα χείλη του αιδοίου, τότε τα σπερματοζωάρια μπορούν να μπουν μόνα τους στον κόλπο και την μήτρα και να μείνει η γυναίκα έγκυος.

ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

Η διακεκομμένη συνουσία έχει σοβαρά μειονεκτήματα. Είναι καθαρά ευθύνη του άντρα, που μπορεί ή "να προσέχει" ή όχι, και κρατάει την γυναίκα σε παθητική στάση απέναντί του. Επίσης, η χρησιμοποίηση της μεθόδου του "τραβήγματος",

μπορεί να προκαλέσει ψυχολογικό πρόβλημα και στον άντρα και στην γυναίκα. Έπειτα, όλοι οι άντρες δεν αντιλαμβάνονται καθαρά την αρχή της εκσπερμάτισης. Σε πολλούς συμβαίνει μια μικρή εκσπερμάτιση και πριν και μετά τον οργασμό και είναι δύσκολο να την αντιληφθούν. Ακόμα, με τον ερχομό του οργασμού και οι δύο σύντροφοι χάνουν εν μέρει τον έλεγχο του εαυτού τους και μπορεί να ξεχάσουν να χωρίσουν πριν από την εκσπερμάτιση.

7.2 ΠΕΡΙΟΔΙΚΗ ΑΠΟΧΗ (ΜΕΘΟΔΟΣ ΤΟΥ ΡΥΘΜΟΥ)

ΓΕΝΙΚΑ

Σύμφωνα με αυτή την μέθοδο, η γυναίκα δεν πρέπει να έχει σεξουαλικές σχέσεις κατά την γόνιμη περίοδο του κύκλου της. Η μέθοδος αυτή δεν είναι αποτελεσματική. Ειδικά, δεν πρέπει να χρησιμοποιείται από γυναίκες που έχουν ανώμαλο κύκλο. Δείκτης γονιμότητας στις 100 γυναίκες που εφαρμόζουν αυτή την μέθοδο είναι 30 κτήσεις. Το βέβαιο είναι ότι πρέπει να είναι αποδεκτή και από την γυναίκα και από τον άντρα, γιατί διαφορετικά δημιουργούνται ψυχολογικά προβλήματα.

ΕΦΑΡΜΟΓΗ

Για να υπολογίσουμε την γόνιμη περίοδο κάθε κύκλου, πρέπει να λαμβάνονται υπόψιν, η μέρα της ωορρηξίας και η ζωή του ωαρίου και του σπερματοζωαρίου. Η ωορρηξία γίνεται περίπου 14 ημέρες πριν από την αρχή της περιόδου. Επομένως, η σύλληψη είναι πιο πιθανή στην μέση του κύκλου και λιγότερο πιθανή στην αρχή και το τέλος του κύκλου. Τα σπερματοζωάρια ζουν περίπου 48 ώρες μετά την συνουσία, το ωάριο περίπου 24 ώρες μετά την ωορρηξία. Επομένως, η γυναίκα που χρησιμοποιεί αυτή την μέθοδο, δεν πρέπει να έχει σεξουαλικές σχέσεις κατά το διάστημα: 48 ώρες πριν από την 1η πιθανή ωορρηξία και μέχρι 24 ώρες μετά την τελευταία πιθανή ημέρα ωορρηξίας. Αυτή η "γόνιμη" περίοδος, μπορεί να υπολογιστεί με διάφορους τρόπους, όπως:

α) Με την μέθοδο του ημερολογίου: Η γυναίκα πρέπει να σημειώνει με ακρίβεια την διάρκεια οκτώ μηνιαίων κύκλων. Τότε, υπολογίζει την γόνιμη περίοδο του 9ου κύκλου ως εξής: αφαιρεί 18 ημέρες από την διάρκεια του μικρότερου κύκλου για να βρει την πρώτη γόνιμη μέρα και αφαιρεί 2 ημέρες από τον μεγαλύτερο κύκλο για να βρει την τελευταία γόνιμη ημέρα. Π.χ., αν στους 8 κύκλους ο μικρότερος ήταν 27 ημερών και ο μεγαλύτερος ήταν 29 ημερών, η πρώτη γόνιμη ημέρα θα είναι η 9η και η τελευταία θα είναι η 18η ημέρα του κύκλου της.

Η γυναίκα πρέπει να συνεχίζει να καταγράφει με ακρίβεια την διάρκεια του κάθε κύκλου. Ο υπολογισμός της γόνιμης περιόδου του κάθε καινούριου κύκλου βασίζεται στην διάρκεια των οκτώ πιο πρόσφατων κύκλων.

β) Με την μέθοδο της θερμοκρασίας: Η ορμόνη προγεστερόνη που εκκρίνεται από τις ωοθήκες μετά την ωορρηξία, προκαλεί μια ελαφριά άνοδο της θερμοκρασίας του σώματος. Επίσης, υπάρχει μια μικρή πτώση της θερμοκρασίας πριν από την ωορρηξία, η οποία όμως δεν γίνεται πάντα αντιληπτή. Η αλλαγή της θερμοκρασίας μπορεί να χρησιμοποιείται για να προσδιοριστεί η ημέρα της ωορρηξίας και η γόνιμη περίοδος.

Η γυναίκα παίρνει την θερμοκρασία του σώματός της κάθε πρωί την ίδια ώρα πριν σηκωθεί από το κρεβάτι και την καταγράφει σε διάγραμμα. Σύμφωνα με την μέθοδο αυτή, η γόνιμη περίοδος καλύπτει το διάστημα από την 6η ημέρα μετά την αρχή της περιόδου μέχρι την 3η ημέρα μετά την άνοδο της θερμοκρασίας.

γ) Συνδιασμός των μεθόδων ρυθμού και θερμοκρασίας: Σύμφωνα με την μέθοδο αυτή, η γόνιμη περίοδος είναι μικρότερη από αυτήν της προηγούμενης μεθόδου. Η πρώτη γόνιμη ημέρα είναι η διάρκεια του μικρότερου κύκλου, μείον 18 ημέρες και η τελευταία γόνιμη ημέρα είναι η 3η ημέρα μετά την άνοδο της θερμοκρασίας.

7.3 ΜΕΘΟΔΟΣ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΗΣ ΤΡΑΧΗΛΙΚΗΣ ΒΛΕΝΝΗΣ

ΕΦΑΡΜΟΓΗ

Άλλη φυσική μέθοδος είναι ο έλεγχος της σύσπασης της βλέννας του τραχήλου της μήτρας. Για τρεις ημέρες μετά την ωορρηξία, η βλέννα του τραχήλου της μήτρας γίνεται πιο άφθονη και πιο γλιστερή. Πολλές γυναίκες νιώθουν τις ημέρες αυτές ότι έχουν πιο πολλά υγρά. Τις ημέρες αυτές, πιάνοντας με τα δάκτυλα λίγο έκκριμα από τον κόλπο της, θα διαπιστώσει ότι η βλέννα γλιστράει στα δάκτυλά της ενώ τις υπόλοιπες ημέρες του μηνιαίου κύκλου η τραχηλική βλέννα είναι λίγη και κολλάει ανάμεσα στα δάκτυλα και έτσι εμποδίζει τα σπερματοζωάρια να προχωρήσουν μέσα στην μήτρα.

7.4 ΕΚΤΡΩΣΗ

ΟΡΙΣΜΟΣ

Έκτρωση λέγεται η αφαίρεση ενός αναπτυσσόμενου εμβρύου από τα τοιχώματα της μήτρας όπου είναι προσκολλημένο.

Φυσική έκτρωση ή αποβολή είναι η αιφνίδια διακοπή της εγκυμοσύνης. Πιστεύεται ότι μία στις δέκα εγκυμοσύνες διακόπτεται με αυτόν τον τρόπο. Το 75% περίπου των αποβολών συμβαίνει κατά την διάρκεια των πρώτων 2-3 μηνών της εγκυμοσύνης. Τα πιο κοινά αίτια είναι η ανώμαλη ανάπτυξη του εμβρύου, ανωμαλίες του πλακούντα ή κάποια ασθένεια της μητέρας.

Το πότε είναι επιτρεπτή ή όχι η εκούσια έκτρωση εξαρτάται από τις αντιλήψεις του καθένα. Το ερώτημα είναι πότε αρχίζει η ζωή. Μια συντηρητική άποψη υποστηρίζει ότι η ζωή αρχίζει αμέσως μετά την σύλληψη και κανένας δεν έχει το δικαίωμα να την αφαιρέσει. Μια πιο σύγχρονη άποψη υποστηρίζει ότι η ζωή αρχίζει από την στιγμή που το έμβryo μπορεί να ζήσει έξω από το σώμα της γυναίκας. Από όλα αυτά φαίνεται ότι δεν είναι εύκολο να δοθεί κατηγορηματική απάντηση σχετικά με το αν η έκτρωση είναι επιτρεπτή από ηθικής πλευράς ή όχι. Ο νόμος πάντως, επιτρέπει τις εκτρώσεις σε ειδικές μόνο περιπτώσεις, όπως όταν απειλείται η ψυχική και σωματική υγεία της μέλλουσας μητέρας ή η υγεία του εμβρύου.

ΤΡΟΠΟΙ ΕΚΤΡΩΣΗΣ

Οι συνηθέστεροι τρόποι έκτρωσης είναι οι εξής:

α) Διαστολή και αναρρόφηση:

Η έκτρωση με αναρρόφηση είναι η πιο απλή μέθοδος. Ένας αναρροφητικός εμβρυουλκός συνδέεται με αντλία κενού, περνάει μέσα από το άνοιγμα της μήτρας και γίνεται η αναρρόφηση του εμβρύου. Η μέθοδος αυτή είναι ασφαλής όταν γίνεται κατά τις πρώτες 12 εβδομάδες της κύησης. Αν χρησιμοποιηθεί μετά την 12η εβδομάδα, είναι απαραίτητο να γίνει διαστολή της μήτρας ώστε να μπορέσει να εισέλθει ο αναρροφητικός εμβρυουλκός. Η μέθοδος της διαστολής απαιτεί

δεξιοτεχνία και συνίσταται στην διαστολή του αυχένα της μήτρας και στο ξύσιμο των εσωτερικών τοιχωμάτων της μήτρας με ένα ξέστρο.

β) Αλατούχα ένεση:

Σύμφωνα με αυτή την μέθοδο, ο γιατρός εισάγει υπέρτονο διάλυμα αλατιού ή γλυκόζης στην κοιλότητα της μήτρας. Μετά από αυτό, η μήτρα συστέλλεται και μέσα σε 1-2 ημέρες αποβάλλονται το έμβρυο και στην συνέχεια ο πλακούντας. Είναι η πιο κοινή μέθοδος έκτρωσης και εφαρμόζεται μετά την 16η και μέχρι την 24η εβδομάδα της κύησης. Η εφαρμογή της μεθόδου αυτής απαιτεί 1-3 ημέρες, αλλά ο κίνδυνος επιπλοκών είναι τρεις φορές μεγαλύτερος από ότι στις προηγούμενες μεθόδους.

γ) Προσταγλανδίνες:

Η χορήγηση προσταγλανδινών γίνεται είτε ενδοφλέβια είτε με την βοήθεια καθετήρα, που τις τοποθετεί μέσα στην μήτρα. Οι προσταγλανδίνες έχουν την ιδιότητα να προκαλούν σύσπαση των μαλακών μυών, πράγμα που οδηγεί στην αποβολή του εμβρύου. Αυτό όμως μπορεί να δημιουργήσει επιπλοκές όπως ναυτία, έμετο και διάρροια. Εφαρμόζεται σε κύηση 22 εβδομάδων.

δ) Υστερεκτομή:

Με την μέθοδο αυτή, αφαιρείται ολόκληρη η μήτρα και έτσι αποκλείεται κάθε περίπτωση πιθανής σύλληψης.

ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΦΥΓΗ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΩΝ ΕΠΠΛΟΚΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΚΤΡΩΣΗ

Η επιτυχία της έκτρωσης εξαρτάται από την έγκαιρη διάγνωση της εγκυμοσύνης. Τα προβλήματα και οι συνέπειες που συνεπάγεται μια έκτρωση θα είναι λιγότερα, αν:

1. Η εγκυμοσύνη βρίσκεται στο αρχικό της στάδιο.
2. Η επίτοκος είναι υγιής.
3. Ο γιατρός είναι καλά εκπαιδευμένος και έχει πείρα στην τεχνική της εκτρώσεως.
4. Η επίτοκος δεν έχει πάθει πρόπτωση ή οπισθόπτωση της μήτρας πρόσφατα.
5. Η επίτοκος αντιλαμβάνεται τα προειδοποιητικά σημεία για ενδεχόμενα προβλήματα μετά την έκτρωση.
6. Γίνεται προσεκτική εξέταση του ιστού που προέρχεται από την αναρρόφηση ή την απόξεση, για να αποκλειστεί κάθε πιθανότητα αυτός να είναι μάζα ή εκτοπική εγκυμοσύνη.
7. Η γυναίκα έχει αρνητικό RH-, πρέπει να κάνει ανοσία με σφαιρίνη.
8. Η επίτοκος δεν πάσχει από βλεννόρροια.
9. Η επίτοκος δεν αμφιβάλλει και είναι σίγουρη ότι θέλει την έκτρωση.
10. Λαμβάνονται τα κατάλληλα αντιβιοτικά φάρμακα για την προφύλαξη της μήτρας από πιθανές μολύνσεις.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΕΜΦΑΝΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΚΤΡΩΣΗ

Τα προβλήματα που εμφανίζονται μετά την έκτρωση είναι:

α) Μολύνσεις: Οι μολύνσεις μετά την έκτρωση είναι πιθανές αν δεν ληφθούν τα κατάλληλα μέτρα, έγκαιρα. Αυτές οι μολύνσεις είναι δυνατόν να εκδηλωθούν είτε μέσα στον κόλπο, όπως ενδομητρίτιδα, είτε να απλωθούν πάνω από την μήτρα, όπως παραμητρίτιδα, σαλπγγίτιδα ή περιτονίτιδα. Η μόλυνση εκδηλώνεται με την μορφή κράμπας, πυρετού, έκκρισης ή δυσφορίας στην πύελο. Η ασθενής μόλις αντιληφθεί αυτά τα συμπτώματα, πρέπει να συμβουλευτεί αμέσως τον γιατρό της.

β) Συγκράτηση προϊόντων σύλληψης και ενδομήτριος θρόμβος αίματος: Η παραμονή υπολλειμάτων προϊόντων σύλληψης είναι πολύ σπάνια περίπτωση και θεραπεύεται με ξέστρο αναρρόφησης.

Όταν η έκτρωση γίνει κατά το πρώτο τρίμηνο της κύησης, δημιουργείται συχνά ένας ενδομήτριος θρόμβος αίματος, οπότε χρειάζεται να επαναληφθεί η μέθοδος διαστολής με ξύσιμο. Ο θρόμβος του αίματος μπορεί να παρουσιαστεί αμέσως ή μετά από πέντε ημέρες από την στιγμή της έκτρωσης και εκδηλώνεται με δυνατούς πόνους από κράμπα. Η διάγνωση γίνεται με εξέταση της πυέλου, κατά την οποία διαπιστώνεται ότι η μήτρα είναι τεντωμένη, μαλακή και μεγάλη.

γ) Συνέχιση της εγκυμοσύνης: Σε ορισμένες περιπτώσεις αποδείχτηκε ότι η προσπάθεια τερματισμού της κύησης δεν είναι πάντοτε επιτυχής. Μια αποτυχία μπορεί να αποφευχθεί με προσεκτική εξέταση των προϊόντων σύλληψης μετά από κάθε έκτρωση. Η συνέχιση της εγκυμοσύνης γίνεται αντιληπτή από τα συμπτώματα εγκυμοσύνης που συνεχίζονται καθώς και από την μεγέθυνση της μήτρας που βεβαιώνεται από την γυναικολογική εξέταση που ακολουθεί μερικές εβδομάδες μετά την έκτρωση. Αν η κύηση δεν έχει τερματιστεί, μπορεί να συμβαίνουν τα εξής - να υπάρχει ανώμαλη μήτρα

- να υπάρχει δίδυμος κύηση
- να υπάρχει εξωμήτρια κύηση
- πολύ συχνά όμως είναι αποτέλεσμα ανεπαρκούς καθαρισμού του εμβρύου από την μήτρα

δ) Τραύμα στον τράχηλο ή την μήτρα.

ε) Αιμορραγία: Η υπερβολική αιμορραγία κατά την ώρα της έκτρωσης ή μετά από αυτήν, αποτρέπεται με τοπική αναισθησία, χρήση συσταλτικών παραγόντων της μήτρας και μαλάξεις αυτής.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΜΙΑΣ ΕΚΤΡΩΣΗΣ

Πολλές γυναίκες παρουσιάζουν αιμορραγίες και κράμπες μετά την έκτρωση, ενώ μερικές δεν εμφανίζουν κανένα σύμπτωμα. Οι περισσότερες παρουσιάζουν αυτά τα συμπτώματα κατά την διάρκεια των δύο πρώτων εβδομάδων μετά την έκτρωση. Αν για δύο ημέρες η γυναίκα αιμορραγεί περισσότερο από όσο τις ημέρες της εμμήνου ρύσεως, πρέπει να επισκευθεί τον γιατρό της. Είναι όμως συνηθισμένη η εμφάνιση ελαφριάς αιμορραγίας, που μπορεί να συνεχιστεί για 4 εβδομάδες. Είναι δυνατόν η γυναίκα να μείνει ξανά έγκυος πριν αρχίσει η πρώτη περίοδος, γιατί δεν ξέρει την ακριβή ημερομηνία της ωορρηξίας. Γι'αυτό, αν θέλει να αποφύγει κάτι τέτοιο, πρέπει να χρησιμοποιήσει μια μέθοδο αντισύλληψης πριν ακόμα αρχίσει η πρώτη εμμηνόρροια. Επίσης, πρέπει να αποφεύγεται η σεξουαλική πράξη για μια τουλάχιστον εβδομάδα.

7.5 ΣΤΕΙΡΩΣΗ

ΟΡΙΣΜΟΣ

Στείρωση είναι η χειρουργική επέμβαση με την οποία αποτρέπεται η απόκτηση παιδιών και από τα δύο φύλα. Κατά την επέμβαση αυτή δεν αφαιρείται κανένα από τα σεξουαλικά όργανα ή αδένες, ενώ δεν υπάρχει καμμία δυσμενής επίδραση στην σεξουαλική δραστηριότητα.

ΣΤΕΙΡΩΣΗ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

Στις γυναίκες κόβονται οι σάλπιγγες και στην συνέχεια δένονται ή καυτηριάζονται, ώστε να μην υπάρξει περίπτωση να επανενωθούν. Η στείρωση

μπορεί να γίνει κατά την διάρκεια καισαρικής τομής ή υπογαστρίου εκτομής. Χρησιμοποιείται το λαπαροσκόπιο, η εισαγωγή του οποίου γίνεται μέσα από τα υπογάστρια τοιχώματα ή με τρύπημα του θόλου του κόλπου, έτσι ώστε να προσδιοριστεί η θέση των σαλπίνγων και να καυτηριαστούν.

Σύμφωνα με άλλη μέθοδο, οι σάλπιγγες πλησιάζονται από τον κόλπο (ενδοσκόπηση). Ο θόλος του κόλπου τρυπιέται και από εκεί το όργανο βρίσκει τις σάλπιγγες και τις καταστρέφει ή τις καυτηριάζει. Η στειρώση δεν έχει καμμία επίπτωση στην σεξουαλική ικανότητα της γυναίκας, όπως προαναφέρθηκε, ενώ μπορεί να γίνει επανασύνδεση των σαλπίνγων. Αυτό όμως γίνεται πολύ σπάνια, παρόλο που τα αποτελέσματα είναι συνήθως επιτυχή.

ΣΤΕΙΡΩΣΗ ΤΟΥ ΑΝΤΡΑ

Στον άντρα, η χειρουργική επέμβαση λέγεται βασεκτομή και συνίσταται στο κάψιμο και δέσιμο ή τον καυτηριασμό των ορχικών πόρων. Απαιτείται τοπική αναισθησία και μικρή τομή και στις δύο πλευρές του όρχεος. Μετά την επέμβαση δεν συμβαίνει καμμία αλλαγή στην λειτουργία του σεξουαλικού οργάνου. Ο σεξουαλικός αδένας συνεχίζει να λειτουργεί κανονικά, εκκρίνοντας ανδρικές γεννητικές ορμόνες στο αίμα. Ο άντρας συνεχίζει να εκσπερματώνει, επειδή τα σπερματικά κύτταρα συνιστούν μόνο το 10% του εκκρινόμενου σπερματικού υγρού. Η μόνη διαφορά έγκειται στο ότι το υγρό είναι ελεύθερο σπέρματος. Ώριμα σπερματικά κύτταρα μπορεί να υπάρχουν στις σπερματικές οδούς μέχρι και έξι εβδομάδες μετά την εγχείρηση. Γι' αυτό συνιστάται να χρησιμοποιούνται αντισυλληπτικά από την γυναίκα κατά την συνουσία, έως ότου το σπερματικό υγρό ελευθερωθεί τελείως από τα σπερματοζώαρια.

Η βασεκτομή δεν προκαλεί ανικανότητα ή απώλεια των σεξουαλικών αισθήσεων. Πολλοί άντρες αισθάνονται μετά από αυτό, μια αίσθηση απελευθέρωσης, ενώ άλλοι αισθάνονται κατάθλιψη, κυρίως λόγω του ότι είναι ψυχολογικά ανώριμοι και ανέτιμοι για κάτι τέτοιο.

8. ΨΥΧΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ

Ο Νευρολόγος - Ψυχίατρος Σακκάς Παύλος αναφέρεται σε τρία σημεία τα οποία αποτελούν ψυχικές παράμετροι για τις αντισυλληπτικές μεθόδους.

Πρώτον, ποιός ψυχολογικός μηχανισμός είναι υπεύθυνος για την άρνηση ή την ελλειπή εφαρμογή μιας οποιασδήποτε μεθόδου αντισύλληψης από ένα ζευγάρι.

Δεύτερον, τί είναι εκείνο που κάνει μια γυναίκα ή ένα ζευγάρι να χρησιμοποιεί μια συγκεκριμένη μέθοδο αντισύλληψης.

Και τέλος, σχετικά με την έκτρωση, ποιές είναι οι επιπτώσεις της στον ψυχισμό της γυναίκας και του ζεύγους κατ'επέκταση.

Τα άτομα που μόνιμα ή τακτικά απορρίπτουν την αντισύλληψη, σε αντίθεση με όσους χρησιμοποιούν αποτελεσματικά τις αντισυλληπτικές μεθόδους, έχουν χαρακτηριστεί σαν ανώριμα, ανασφαλή, παρορμητικά, αναποφάσιστα και εξαρτητικά. Έχει ειπωθεί ότι έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση και μικρή θέληση στο να ελέγξουν την ζωή τους και την ζωή των άλλων. Επίσης, έχουν περιορισμένη ικανότητα στην ανάληψη οποιασδήποτε υπευθυνότητας και πρωτοβουλίας και τέλος, δεν ανέχονται την ματαιώση. Αυτοί όμως οι τόσο γενικευμένοι χαρακτηρισμοί, αποτελούν χοντροειδή και απλοϊκή θεώρηση του προβλήματος. Μπορεί να δικαιολογηθούν από κάποιον θεωρητικό μελετητή του προβλήματος "αντισύλληψη", αλλά όχι από έναν γιατρό που έρχεται σε επαφή καθημερινά με τον κάθε άνθρωπο που αντιμετωπίζει το πρόβλημα.

Είναι δύσκολο να απαριθμήσει κανείς το πλήθος και τον πλούτο των ψυχικών διεργασιών, συνειδητών ή τις περισσότερες φορές υποσυνειδητών, που οδηγούν σε μια "ανεπιθύμητη" εγκυμοσύνη.

Μερικοί από τους λόγους αποτυχίας των αντισυλληπτικών μεθόδων και επομένως "ανεπιθύμητης" εγκυμοσύνης, είναι:

- Μια γυναίκα είναι πιθανόν να αισθάνεται υποσυνείδητα τόσο ένοχη για τις σεξουαλικές της σχέσεις, ώστε να υποχρεωθεί, προκειμένου να διατηρηθεί η ψυχική της ισορροπία, στην αυτοτιμωρία της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης.

Αυτό είναι δυνατόν να συμβεί χωρίς καν να το συνειδητοποιήσει η ίδια, απλά και μόνον ξεχνώντας να πάρει τα χάπια της ή ακόμα μπερδεύοντας την αρίθμηση των ημερών του κύκλου της.

- Κάποια άλλη γυναίκα μπορεί να πιστεύει ότι η εγκυμοσύνη θα την βοηθήσει να παντρευτεί τον ερωτικό της σύντροφο ή να περισώσει έναν κλονισμένο γάμο.

- Όπως επίσης, ένα ακραίο αλλά απτό παράδειγμα: μια γυναίκα "φροντίζει" υποσυνείδητα πάντα να αποτύχει η αντισυλληπτική μέθοδος που της συνέστησε ο γιατρός, γιατί έτσι νομίζει ότι θα τον τιμωρήσει επειδή αυτός δεν της έδειξε την φροντίδα που αυτή περίμενε.

- Άλλη περίπτωση είναι εκείνη η γυναίκα που ενδόμηχα φοβάται ότι αν εξαιρεθεί η ειακρεμάμενη απειλή της εγκυμοσύνης, δεν θα καταφέρει να ελέγξει την σεξουαλική της επιθετικότητα.

- Μερικά πάλι ζευγάρια αισθάνονται ότι η ερωτική διέγερση είναι μεγαλύτερη όταν η επαφή γίνεται κάτω από αντίξοες και επικίνδυνες συνθήκες (πχ απαγορευμένες σχέσεις από τους γονείς, εξωσυζυγικές σχέσεις, ερωτικές περιπτώξεις σε δημόσιους χώρους). Παρόμοια κίνητρα, μπορεί να οδηγήσουν και στην απόφαση για σεξουαλικές σχέσεις χωρίς κανένα αντισυλληπτικό μέτρο.

- Υπάρχουν επίσης γυναίκες που θεωρούν σαν υπέρτατο δείγμα αγάπης, το να μην λαμβάνουν κανένα αντισυλληπτικό μέτρο και μάλιστα λένε: "... το να προστατεύσω τον εαυτόν μου από τον άντρα που αγαπώ, είναι σα να τον απορρίπτω".

Είναι βέβαιο το γεγονός ότι υπάρχει ατελείωτος αριθμός συνδιασμών, καταστάσεων και ενδοψυχικών δυναμικών που μπορεί να οδηγήσουν σε μη χρησιμοποίηση ή σε ελλιπή χρήση των αντισυλληπτικών. Έτσι, μπορεί να πει κανείς ότι η γνώση και η άμεση και εύκολη διαθεσιμότητα (να είναι προσιτή) των αντισυλληπτικών, δεν εξασφαλίζει την χρήση του.

Όσο ο έλεγχος των γεννήσεων εναπόκειται στην ελεύθερη θέληση του καθενός, αποτελεί προσωπική επιλογή για το πότε και ποια μέθοδος ταιριάζει στην ψυχοσύνθεση και τις συνθήκες ζωής κάθε ανθρώπου.

Αν εξαιρέσει κανείς το σπείραμα, κάθε μία από τις υπόλοιπες μεθόδους αντισύλληψης απαιτεί υψηλό κίνητρο. Λάθη και ασυνέπειες στην χρήση τους, οδηγεί σε κύηση, πολύ πιο συχνά από ότι θα δικαιολογούσε η μέθοδος από μόνη της.

Έχει διαπιστωθεί η άποψη (ALINE HOYSE, Μr 1:7, 1973), ότι ο χαρακτήρας και η προσωπικότητα της κάθε γυναίκας την ωθεί στην επιλογή μιας συγκεκριμένης αντισυλληπτικής μεθόδου, μεταξύ αυτών που βρίσκονται στην διάθεσή της.

Έτσι η γυναίκα που χρησιμοποιεί την μέθοδο της απόσυρσης, αρέσει να εξαρτάται από τον άντρα, τον οποίο όμως συγχρόνως τιμωρεί, αφενός με το να του αποστερεί την απόλαυση, και αφετέρου με το να τον καθιστά αυτόν και μόνον ένοχο σε περίπτωση αποτυχίας. Η χρήση οποιασδήποτε άλλης μεθόδου από αυτήν

την γυναίκα, θα απαιτούσε περισσότερο ενδιαφέρον και παραδοχή προς την σχέση και τον σύντροφό της, την οποία όμως αυτή αρνείται σε υποσυνείδητο επίπεδο.

Εξάλλου, μια γυναίκα που παίρνει αντισυλληπτικά χάπια νομίζει ότι διατηρεί καλύτερα το αίσθημα ελέγχου και αυτοκυριαρχίας από ό,τι αν χρησιμοποιούσε σπείραμα. Ίσως την φοβίζει η παθητικότητα που θα σήμαινε γι'αυτήν η χρήση του σπειράματος.

Σε αυτό το σημείο πρέπει να αναφερθεί, ότι υπάρχουν ορισμένες περιπτώσεις γυναικών που σε κάποια περίοδο της ζωής τους χρησιμοποιούν ευσυνείδητα την έκτρωση σαν μέθοδο οικογενειακού προγραμματισμού. Είναι εκείνες οι περιπτώσεις που ψάχνουν να επιβεβαιώσουν την ταυτότητα του φύλλου τους και την ικανότητά τους να συλλάβουν. Είτε πρόκειται για νέες κοπέλες χωρίς προηγούμενη εγκυμοσύνη στο ιστορικό της, είτε για γυναίκες σε προεμμηνοπαυσιακή ηλικία με έντονες εξαρτητικές ανάγκες. Νομίζουν ότι έτσι αφενός θα δείξουν ότι είναι ικανές και αφετέρου θα τραβήξουν την προσοχή και την φροντίδα του προσώπου που τις ενδιαφέρει.

Η έκτρωση λοιπόν είναι η πιο αποτελεσματική αλλά και η χειρότερη μέθοδος οικογενειακού προγραμματισμού. Και αυτό, όχι μόνο για τις ιατρικές-σωματικές παρενέργειες που έχει η επέμβαση αλλά και για τις επιπτώσεις στον ψυχισμό της γυναίκας και του ζεύγους. Κάθε ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη είναι ένα στρες που συνοδεύεται από αμφιθυμία και άγχος. Όλες σχεδόν οι γυναίκες που βρίσκονται μπροστά σε μια έκτρωση, έχουν οικογενειακά, συζυγικά, κοινωνικά, ψυχολογικά και άλλων ειδών προβλήματα ή συγκρούσεις που πρέπει να επιλύσουν. Ο βαθμός όμως των ψυχολογικών αντιδράσεων εξαρτάται από την προσωπικότητα της γυναίκας, τις συνθήκες κάτω από τις οποίες άρχισε να εξελίσσεται η εγκυμοσύνη, τους λόγους για τους οποίους δεν χρησιμοποιήθηκε κάποια αντισύλληψη και πολλές άλλες παραμέτρους.

Συνήθως άτομα με μεγάλες εξαρτητικές ανάγκες, με χαμηλό επίπεδο προσαρμοστικότητας και ισχυρές ηθικές αντιλήψεις, απαγορευτικές για την επέμβαση, παρουσιάζουν τα μεγαλύτερα προβλήματα. Συχνά παρουσιάζεται μια ενδοψυχική σύγκρουση για το αν ήταν σωστή η απόφαση για την έκτρωση. Αυτή η σύγκρουση συνοδεύεται από ενοχή για την σύλληψη και την έκτρωση, αντίδραση πένθους για το παιδί που χάθηκε, απογοήτευση από τα πρόσωπα του περιβάλλοντος και κυρίως του ερωτικού συντρόφου και κατάθλιψη.

Η κατάθλιψη δεν είναι ιδιαίτερου βάθους και συνήθως μέσα σε 3 έως 6 μήνες, ένα ώριμο άτομο λύνει τις συγκρούσεις του και σίγουρο πλέον για τις αποφάσεις που πήρε, προσαρμόζεται στην νέα κατάσταση.

Για τις περισσότερες γυναίκες, η λύτρωση από την ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη υπερκαλύπτει το φυσικό κόστος της επέμβασης. Η έκτωση αυτή καθε-αυτή, ξαλαφρώνει την γυναίκα από ένα σημαντικό συναισθηματικό φορτίο. Γυναίκες ψυχολογικά ισοροπημένες ανέχονται καλά την έκτρωση. Γυναίκες ασταθείς ψυχολογικά, την ανέχονται στον ίδιο βαθμό που ανέχονται και οποιοδήποτε σημαντικό γεγονός στην ζωή τους, που συνεπάγεται έντονο προβληματισμό.

Βεβαίως, γυναίκες με σοβαρό ψυχιατρικό πρόβλημα δεν ανέχονται καλά την έκτρωση. Ψυχιατρική φροντίδα απαιτείται σχεδόν αποκλειστικά, σε περιπτώσεις που ήδη βρίσκονται κάτω από ψυχιατρική παρακολούθηση για άλλους λόγους. Σε σπάνιες περιπτώσεις, η ψυχική επιβάρυνση από μια κύηση και μια έκτρωση, φέρνει στην επιφάνεια χρόνιες, λανθάνουσες ψυχικές διαταραχές.

Ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται στις γυναίκες εκείνες που ήθελαν την κύηση, αλλά πιέστηκαν από κοινωνικούς ή οικογενειακούς παράγοντες να την διακόψουν. Επίσης, ανάλογη φροντίδα και ψυχιατρική υποστήριξη χρειάζονται οι γυναίκες που αναγκάστηκαν να διακόψουν μια εγκυμοσύνη για λόγους υγείας.

Χρειάζεται να αναφερθεί και η αντρική πλευρά πάνω στην έκτρωση που σχεδόν πάντα παραβλέπεται. Πολλές φορές ο άντρας δεν μαθαίνει ούτε για την εγκυμοσύνη ούτε για την έκτρωση. Όταν όμως πληροφορηθεί, η απόφασή του συνήθως έχει μεγάλη βαρύτητα. Οποσδήποτε, οι αντιδράσεις του εξαρτώνται από την προσωπικότητά του, τις ηθικές και θρησκευτικές του αξίες, τον βαθμό που αποδέχεται την συνυπευθυνότητά του, τα συναισθήματά του προς την γυναίκα και πολλούς άλλους παράγοντες. Ένας ώριμος και ισορροπημένος ψυχικά άντρας, είναι πάντα υποστηρικτικός προς την γυναίκα και συχνά είναι αυτός που την συνοδεύει στην επέμβαση.

Τέλος, είναι απαραίτητο να τονισθεί ότι στο ζευγάρι πρέπει, με την βοήθεια βέβαια κάποιου ειδικού, να αποφασίσει πια μέθοδος αντισύλληψης αρμόζει στην ιδιαίτερη φυσιολογία του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β - ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Με τον όρο "σεξουαλική συμπεριφορά", εννοούμε το σύνολο των σωματικών και ψυχικών λειτουργιών και ενεργειών με τις οποίες τα μεν ζώα επιδιώκουν, απόσο ξέρουμε, αποκλειστικά την αναπαραγωγή τους, ο δε άνθρωπος, επιπρόσθετα, την χαρά, την επικοινωνία, την ικανοποίηση, και την συναισθηματική πληρότητα.

Κάθε απόκλιση από την φυσιολογική ετερόφυλη σεξουαλική συμπεριφορά, εφόσον καταλαμβάνει κεντρική θέση στην σεξουαλική ζωή του ατόμου, μπορεί να θεωρηθεί παρέκκλιση της σεξουαλικής συμπεριφοράς. Αν και ο όρος έχει δεχθεί έντονη κριτική, όπως και η κατάταξη της ομοφυλοφυλίας μεταξύ των παρεκκλίσεων, σε αυτήν την εργασία δεν θα μπούμε στην ουσία αυτής της διένεξης, αλλά θα αναφερθούμε συνολικά στις παρεκκλίσεις, καθώς και στις διαταραχές που είναι δυνατόν να εμφανίζονται.

Σίγουρο είναι, ότι τόσο η ομαλότητα στις σεξουαλικές λειτουργίες και των δύο φύλων, όσο και οι σεξουαλικές παρεκκλίσεις και διαταραχές που παρουσιάζονται, οφείλονται σε μεγάλο ποσοστό είτε σε ψυχολογική παλινδρόμηση στα στάδια της ψυχολογικής ανάπτυξης γενικά, είτε σε οργανικές δυσλειτουργίες.

Αναλύοντας έως κάποιο βαθμό τους παράγοντες που επηρεάζουν την οποιαδήποτε σεξουαλική παρεκτροπή και διαταραχή, σε συνδιασμό με την αναφορά μας στα πιο συχνά, κατά την γνώμη μας, φαινόμενα τέτοιων σεξουαλικών παρεκκλίσεων, ίσως καταφέρουμε να δώσουμε στους αναγνώστες μας το ερέθισμα της ανεύρεσης των ψυχοσωματικών τους αναζητήσεων με την ταυτόχρονη αξιολόγηση και εξήγηση της ατομικής τους σεξουαλικής συμπεριφοράς.

Για να μπορέσουμε να κατανοήσουμε την σεξουαλική συμπεριφορά, πρέπει να γνωρίζουμε επακριβώς το τί συμβαίνει, ποιός κάνει τί και σε ποιόν, και κάτω από ποιές συνθήκες. Και αυτό, γιατί η σεξουαλική πράξη είναι ένα πεδίο όπου συνενώνονται το σώμα και η συμπεριφορά. Είναι μια πολυπαραγοντική ψυχοσωματική υπόθεση. Οι άνθρωποι λειτουργούν σαν σύνολα και ταυτόχρονα λειτουργούν και μέρη τους.

Κάθε ψυχοπνευματική κατάσταση του παρόντος, μπορεί να κάνει το άτομο, είτε από τη νεαρή ηλικία είτε στην ώριμη πλέον, να παλινδρομήσει και να γυρίσει σε πιο ανώριμες συμπεριφορές, προκειμένου να δώσει διέξοδο στις ενορμήσεις του.

Για τους ανθρώπους που εμφανίζουν αυτές τις διαταραχές στην σεξουαλική τους λειτουργία, η ώριμη ετεροφυλική σεξουαλική έκφραση αντιπροσωπεύει έναν κίνδυνο, ενώ η παραλλαγή της σεξουαλικής λειτουργίας είναι σε συμβολικό επίπεδο ασφαλής.

Η ανάδυση και του παραμικρού άγχους μπορεί να αναστείλλει τόσο την ερωτική επιθυμία όσο και τις υπόλοιπες φάσεις της σεξουαλικής λειτουργίας, την διέγερση και τον οργασμό. Είναι επόμενο λοιπόν, να εμφανίζονται διάφορα προβλήματα στην σεξουαλική λειτουργία, όταν το άτομο αρχίζει να εκδηλώνει την σεξουαλικότητά του για πρώτη φορά. Αυτή είναι η πιο κρίσιμη φάση της σεξουαλικής ζωής.

Κατά την φάση της διέγερσης, που στον άνδρα συνοδεύεται από στύση και την φάση του οργασμού, ο άνδρας δίνει κατά κάποιο τρόπο εξετάσεις. Εκείνη την στιγμή αισθάνεται ότι αποδεικνύει τον ανδρισμό του. Είναι μια κρίσιμη φάση, η

οποία είναι αγχογόνος. Επιδεινώνεται μάλιστα αν, όπως συμβαίνει συχνά, ο άνδρας διακατέχεται από την οποιαδήποτε αμφιβολία για τις ικανότητές του. Έτσι, μπορούμε να καταλάβουμε γιατί οι παρεκκλίσεις αυτές παρατηρούνται στην συντριπτική πλειοψηφία τους στους άνδρες. Όταν η ετερόφυλη έκφραση της σεξουαλικότητας προκαλεί άγχος στους νέους, είναι επόμενο να αναστέλλεται και να αντικαθίσταται από λιγότερο αγχογόνες και απειλητικές για την προσωπικότητα του νέου ερωτικές εκφράσεις.

Εδώ, η σεξουαλική αγωγή επεμβαίνει για να εκτονώσει την ένταση που υπάρχει μεταξύ των δύο φύλων. Πρέπει να βοηθήσει στο πλησίασμά τους και την κατανόηση των ιδιαιτεροτήτων που κάθε φύλο διαθέτει. Η σεξουαλική αγωγή μπορεί να απαλλάξει τα αγόρια και τα κορίτσια από το άγχος που τους δημιουργεί η σεξουαλική λειτουργία και οι απαιτήσεις της. Αυτός είναι ο αποτελεσματικότερος τρόπος για να προλάβουμε την φυγή των νέων από την ετερόφυλη σχέση και την αναζήτηση της ευχαρίστησης σε άλλα κανάλια σεξουαλικής συμπεριφοράς.

Σαν κύριο μέλημα του παρόντος κεφαλαίου αυτής της εργασίας, τίθεται η αναγκαιότητα να τονιστεί με ιδιαίτερη έμφαση ο καθοριστικός ρόλος που μπορεί να παίξει η σεξουαλική αγωγή στην σεξουαλική ομαλότητα και ωριμότητα των ατόμων. Μέσα από αυτήν, μπορούν και πρέπει να δοθούν οι απαραίτητες επιβεβαιώσεις στους νέους όσον αφορά στην ταυτότητά τους και τα όποια προβλήματα συνδέονται με την έκφραση της σεξουαλικής λειτουργίας.

Στα πλαίσια λοιπόν αυτής της υποχρέωσης που έχουμε και εμείς ως Νοσηλευτές-τριες για την σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των ατόμων και κυρίως των νέων, αποφασίσαμε να ασχοληθούμε με το συγκεκριμένο θέμα, αισιοδοξώντας ότι θα συμβάλλουμε και εμείς με τον τρόπο μας.

1. ΓΙΑΤΙ ΟΙ ΑΝΘΡΩΠΟΙ ΕΧΟΥΝ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ;

Οι μόνες μη περίπλοκες ενέργειες της ανθρώπινης συμπεριφοράς φαίνεται πως είναι εκείνες που ανταποκρίνονται σε σαφείς σωματικές προσαγές: "ανάπνευσε, κοιμήσου, φάε, κ.α.". Ακόμα όμως και αυτές οι πράξεις δεν υπαγορεύονται από το ένστικτο, αλλά συχνά, γίνονται σε συσχετισμό με περίπλοκους πολιτιστικούς κανόνες, όσον αφορά το πότε, το πού, το πώς και με ποιόν.

Οι σεξουαλικές ενέργειες, είτε γίνονται ατομικά (αυνανισμός, φαντασίωση) είτε με κάποιο άλλο άτομο, απέχουν αρκετά από τα απλά ανακλαστικά. Μπορούν να καλύψουν πολλές διαφορετικές ανάγκες ανάλογα με το άτομο και την στιγμή.

- α. **Ανάγκες ταυτότητας** Κατά την παιδική ηλικία και την εφηβεία, το να είσαι σεξουαλικός σημαίνει ότι είσαι ενήλικος σωστός, άνδρας ή γυναίκα. Συνεπώς, όταν τα ενήλικα άτομα επιδίδονται σε σεξουαλικές δραστηριότητες, συχνά το κάνουν για να επιβεβαιώσουν την υπόστασή τους. Η ύπαρξη σεξουαλικών αισθημάτων και η επίδειξη σεξουαλικής συμπεριφοράς μπορεί επιπλέον να χρησιμεύουν σαν επιβεβαίωση της αξίας, της ομαλότητας και της ικανότητας των ατόμων. Η ύπαρξη αισθημάτων αξίας και ικανότητας είναι καθοριστική για την διατήρηση της αυτοεκτίμησης, γιατί χωρίς αυτά οι άνθρωποι νιώθουν κατάθλιψη και φόβο και μερικές φορές φτάνουν ακόμα και στην αυτοκτονία. Η σεξουαλικότητα μπορεί να χρησιμεύσει σαν μια ένδειξη ότι, τουλάχιστον σε ένα τομέα, ένα άτομο είναι ισχυρό, ικανό, παραδεκτό και απόλυτα δυναμικό.

β. **Ανάγκη για σχέσεις** Η λαχτάρα για σωματική και συναισθηματική αμεσότητα και επαφή που αισθάνονται όλοι σχεδόν οι άνθρωποι, συχνά εκδηλώνεται σεξουαλικά. Το άτομο δοκιμάζει ένα βαθύ αίσθημα γαλήνης, ίσως μια υποσυνείδητη ανάμνηση από την βρεφική ηλικία, όταν χαϊδεύεται και αγκαλιάζεται κατά την διάρκεια μιας σεξουαλικής επαφής. Αν και η επικοινωνία της σεξουαλικής επαφής μπορεί να δηλώνει άμεσα ή έμμεσα εμπιστοσύνη, στοργή και απέραντη ευχαρίστηση, ένα πρόσωπο του οποίου οι ανάγκες ζητούν κυρίως συναισθηματική οικειότητα, θα απογοητευθεί από μια καθαρά σεξουαλική σχέση.

Από την άλλη πλευρά, μερικοί άνθρωποι βλέπουν την σεξουαλική επαφή σαν κάτι βρώμικο και ταπεινωτικό. Το χρησιμοποιούν πολλές φορές σαν μέσο για να εξευτελίσουν το άλλο πρόσωπο, εξαναγκάζοντάς το σε ό,τι εκείνοι θεωρούν σαν ταπεινωτική σεξουαλική πράξη.

γ. **Ανάγκες ανάπτυξης** Η σεξουαλική επαφή μπορεί να περικλείει ένα σημαντικό στοιχείο περιπέτειας, καθώς οι άνθρωποι επεκτείνονται πέρα από τις προηγούμενες εμπειρίες τους, για να εξερευνήσουν νέες διαστάσεις αισθήσεων και συγκινήσεων. Το υγιές άτομο έχει μεγάλη περιέργεια για τα φαινόμενα του κόσμου και του εαυτού του και κανένας δεν ξεπερνάει εντελώς την περιέργεια της παιδικής ηλικίας για την σεξουαλική λειτουργία. Η επιθυμία για περιπέτεια και για την γοητεία του καινούριου χρησιμοποιείται μερικές φορές σαν εξήγηση του γιατί τα άτομα κουράζονται να έχουν συνεχώς σεξουαλικές σχέσεις με το ίδιο άτομο, αν και είναι πιθανό τέτοια άτομα να μην έχουν ποτέ επιχειρήσει να εξερευνήσουν τις ποικιλίες της συμπεριφοράς και της εμπειρίας που είναι δυνατόν να δοκιμαστούν σε μία και μόνο σχέση.

δ. **Αλλαγή κινήτρων**: Για να μπορέσουμε να συζητήσουμε τα κίνητρα ενός ατόμου, πρέπει να καθορίσουμε ποιά πλευρά της σεξουαλικότητάς του εξετάζουμε. Για παράδειγμα, τα κίνητρα του αυνανισμού είναι σε ορισμένες περιπτώσεις διαφορετικά από τα κίνητρα της σεξουαλικής πράξης ανάμεσα σε έναν ενήλικο παντρεμένο ζευγάρι, ή από τα κίνητρα της συμμετοχής σε ομαδικό σεξ από τα κίνητρα επίσκεψης σε πορνείο. Επίσης, οι έφηβοι αναζητούν διαφορετικά είδη ικανοποίησης από εκείνα που ζητούν οι νεαροί ενήλικοι, των οποίων τα ενδιαφέροντα είναι με την σειρά τους, διαφορετικά από τα ενδιαφέροντα των μεγαλύτερων ατόμων.

2. Η ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΤΗΝ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ

Οι περισσότεροι άνθρωποι πιστεύουν ότι η σεξουαλική πράξη είναι μια καθαρά ενστικτώδης λειτουργία, ενώ στην πραγματικότητα είναι ένα φαινόμενο μαθησιακό. Μόνο ένα μικρό μέρος της λειτουργίας αυτής είναι ενστικτώδης.

Η αλληλεπίδραση βιολογικών, φυσιολογικών και περιβαλλοντικών παραγόντων ποικίλλει από εποχή σε εποχή και επηρεάζεται όχι μόνο από τις εκάστοτε κοινωνικο-πολιτικές και πολιτιστικές συνθήκες κάτω από τις οποίες μεγαλώνουν και ζουν τα άτομα, αλλά και από τις αλλαγές που γίνονται μέσα στο ίδιο το άτομο, π.χ διακύμανση της διάθεσης του ατόμου. Θεωρείται επίσης, ότι οι

κοινωνικο-πολιτικές συνθήκες επηρεάζουν σημαντικά την σεξουαλική απαντητικότητα.

A. ΑΞΙΕΣ

Είναι φανερό, ότι αξιολογικές θεωρήσεις - συμπεριλαμβανομένης της έννοιας του τί είναι καλό ή κακό ή καλύτερο από κάποιο άλλο ή του τί πρέπει ή δεν πρέπει να κάνει κανείς - διατρέχουν ολόκληρη την ψυχοσωματική σύνοψη της σεξουαλικής επαφής πέρα από τον βασικό κύκλο διέγερσης και αντίδρασης των γεννητικών οργάνων στις σωματικές του πλευρές. Οι "ηθικές" (σωστό/λάθος, καλό/κακό) διακρίσεις, συμβάλλουν στην ανάπτυξη του παιδιού από την αρχή της οικοδόμησης των γνωστικών δομών. Ασφαλώς, αυτό που αρχικά αναγνωρίζει το παιδί σαν καλό ή κακό και σαν "κάτι που πρέπει ή που θα ήθελα να κάνω", δεν είναι παρά συνάρτηση των βιωμάτων του με τους γονείς. Στην παιδική ηλικία, οι άνθρωποι αρχικά αναπτύσσουν τις αξιολογικές ιδέες τους από εκείνες των γονιών τους, καθώς αυτές εκφράζονται στην φροντίδα του παιδιού και, στον βαθμό που οι ενήλικες μπορούν να έχουν συγκρούσεις ή ανάμικτα αισθήματα όσον αφορά την σεξουαλική δραστηριότητα, αυτά τείνουν να συμβάλλουν στην δημιουργία προβλημάτων στο παιδί.

Ένας λόγος, για τον οποίο όλοι μας βιώνουμε κάποιου βαθμού σύγκρουση αναφορικά με την οικειότητα γενικά, δεν προέρχονται μόνο από την ενσωμάτωση των απόψεων των γονιών μας. Περίπου από την μέση παιδική ηλικία η επίπτωση των συνομηλικών αυξάνει και γίνεται σημαντική, με μια συνεχιζόμενη δυνατότητα για σύγκρουση με τις αξίες και τις απόψεις γονικής προέλευσης. Κατέπεκταση, η επίδραση των συνομηλικών καταλήγει να περιλαμβάνει τις επιδράσεις της ευρύτερης κοινωνίας. Αυτό περιλαμβάνει και την κουλτούρα την οποία θα αναλύσουμε παρακάτω.

B. ΚΟΥΛΤΟΥΡΑ

Ο όρος κουλτούρα μπορεί να αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι σαν μεγάλες ομάδες προσαρμόζονται στο περιβάλλον τους. Η "κουλτούρα" δεν είναι ίδια με την "κοινωνία". Οι κοινωνίες είναι συναθροίσεις ανθρώπων οριζόμενες με γεωγραφικούς και κοινωνικο-πολιτικούς όρους. Όλες οι κοινωνίες συντίθεται από "στοιβάδες" ή υποομάδες οριζόμενες με κάποιο άλλο τρόπο. Η "κουλτούρα" συμβαδίζει με το "στρώμα" - κάθε κοινωνικό στρώμα έχει τα διακριτικά πολιτισμικά χαρακτηριστικά στοιχεία του.

Ποιά είναι τα πολιτισμικά χαρακτηριστικά στοιχεία; Μερικοί πρόχειροι τίτλοι περιλαμβάνουν: τη χρήση της γλώσσας, το στυλ ενδυμασίας και τρόπων, κοινές αξίες στην ομάδα, κανόνες συγγένειας, τρόπους με τους οποίους επιτρέπονται ή όχι οι διαντιδράσεις μεταξύ των ανθρώπων. Οι θρησκευτικές επιδράσεις προφανώς είναι σημαντικές και συγκαταλέγονται στις κοινές αξίες, μολονότι μπορούν να έχουν μεγάλη σχέση και με άλλα στοιχεία. Η κουλτούρα επηρεάζει την σεξουαλική συμπεριφορά μέσα από την δημιουργία συναισθημάτων και γνωστικών οντοτήτων στα πλαίσια μιας σχέσης. Επίσης, πρέπει να θυμόμαστε ότι η κουλτούρα προκύπτει από στρώματα που υπάρχουν μέσα στην κοινωνία, έτσι ώστε υπάρχουν διαφορετικές κουλτούρες μέσα σε μια κοινωνία και είναι λάθος να εξισώνεται η "διαφορετική κουλτούρα" με την "διαφορετική κοινωνία".

Η κουλτούρα μπορεί να δημιουργήσει τόσο μια εξωτερική πίεση περισσότερο προς ένα είδος σεξουαλικής δραστηριότητας και όχι σε άλλο, όσο και μια εσωτερική πίεση συνήθως μέσα από την εσωτερίκευση αξιολογικών συστημάτων κατά την παιδική ηλικία. Είναι πολύ συνηθισμένο, για παράδειγμα, στην Βρετανία και τις ΗΠΑ οι άντρες να θεωρούν τον αυνανισμό σαν κακό και να

νιώθουν ενοχή γι' αυτό, λόγω της θρησκευτικής διδασκαλίας τους - Καθολικής ή Διαμαρτυρόμενης - από την πρώτη παιδική ηλικία τους.

Γ. ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΣΥΝΟΨΗ

Το σχήμα αυτό συνοψίζει τις σχέσεις ανάμεσα στην σεξουαλική δραστηριότητα και σε ένα φάσμα από παράγοντες. Μερικούς από αυτούς τους παράγοντες θα αναλύσουμε παρακάτω:

- α. Συναισθήματα και γνωστικές οντότητες: Ο όρος σεξουαλικό σημαίνει δραστηριότητα των γεννητικών οργάνων. Υπάρχουν, βέβαια, αρρώστιες που μπορούν να εμφανίσουν σεξουαλική διέγερση και αντίδραση. Σε απουσία αρρώστιας, το αν θα επισυμβεί πραγματικά ή όχι σε οποιαδήποτε δεδομένη στιγμή, εξαρτάται από την ροή των νευρικών ώσεων, διεγερτικών και αναστελτικών, που από τον εγκέφαλο φτάνουν στα γεννητικά όργανα. Στον εγκέφαλο, σημαντικό είναι το γενικό επίπεδο απαντητικότητας των συναφών κεντρικών νευρικών δομών. Αυτό εννοούμε όταν λέμε διεγερσιμότητα. Η διεγερσιμότητα ποικίλλει πολύ ανάμεσα στους ανθρώπους - ορισμένοι είναι γενικά πιο σεξουαλικοί από άλλους - καθώς επίσης και στο ίδιο άτομο σε διαφορετικές χρονικές στιγμές - ο καθένας ορισμένες φορές νιώθει πιο σεξουαλικός από κάποιες άλλες. Το επίπεδο διεγερσιμότητας διαντιδρά με ψυχολογικές μεταβλητές, οι οποίες έχουν και σωματικές συνιστώσες. Τα έντονα συναισθήματα πάντα τείνουν να επηρεάζουν την σεξουαλική διέγερση. Τα αρνητικά συναισθήματα όπως το άγχος, η λύπη, ο θυμός, κα τείνουν να αναστέλλουν την σεξουαλική αντίδραση. Οι γνωστικές οντότητες συχνά βιώνονται σαν σκέψεις σε αντίθεση με συναισθήματα ή παρορμήσεις. Όμως, οι γνωστικές οντότητες περιλαμβάνουν και άλλα πράγματα, όπως ο τρόπος σκέψης που έχουμε συνηθίσει καθώς και η αναφορά στο τί κάνουμε. Για παράδειγμα, δεν είναι απλώς το να λέω στον εαυτόν μου: "Θέλω να το κάνω" ή "άραγε να το κάνω;". Είναι πολύ συνηθισμένο να ελλατώνεται η σεξουαλική απόλαυση εξαιτίας μιας παράλληλης γνωστικής δραστηριότητας, στην οποία εστιάζεται η προσοχή του ατόμου. Η σεξουαλική απόλαυση είναι συνάρτηση της εμμονής στην σεξουαλική δραστηριότητα και όχι της σκέψης άλλων πραγμάτων, πράγμα που εύκολα αναπτύσσει τα χαρακτηριστικά της συνήθειας.
- β. Περιβαλλοντικά γεγονότα: Εδώ δεν χρειάζεται παρά να σημειώσουμε ότι τόσο τα έμψυχα όσο και τα άψυχα στοιχεία του περιβάλλοντος, συμβάλλουν στον ερωτισμό μιας κατάστασης, π.χ ποιός βρίσκεται μέσα στο δωμάτιο, η θερμοκρασία του δωματίου, κ.λ.π. Επίσης, σημαντικό ρόλο παίζει το τί τον απασχολεί στην τρέχουσα ζωή του - συνήθως ζητήματα που αφορούν την δουλειά του, τα παιδιά, τα οικονομικά, γιατί αυτές είναι οι συνηθέστερες έγνοιες στην ζωή του ανθρώπου. Όλα αυτά επηρεάζουν την σεξουαλική συμπεριφορά με αρνητικό τρόπο, και επιφέρουν απώλεια της ευχαρίστησης, η οδηγούν σε έμμονη σκεπτική ενασχόληση που αντιστρατεύεται την σεξουαλική ευχαρίστηση ή οδηγούν σε ελαττωμένη διεγερσιμότητα μέσω της εξάντλησης του νευρικού συστήματος, ή τέλος, δημιουργώντας σύγκρουση στην σχέση.

- γ. Τρέχουσα σχέση: Σε μια σχέση είναι δυνατόν να υπάρξουν χάσματα ανάμεσα στο ιδανικό και το πραγματικό, που αποτελούν μια αρχική πηγή σύγκρουσης. Καθώς προχωρά μια σχέση, οι συγκρούσεις μάλλον αφορούν σε ζητήματα που γεννά η ζωή της σχέσης (παιδιά, δουλειά, σπίτι, χρήματα). Όμως, οι περιοχές σύγκρουσης αποτελούν μια μείζονα πηγή επίδρασης της τρέχουσας σχέσης γενικά πάνω στην σεξουαλική δραστηριότητα.

Κατά την εκτίμηση μιας σχέσης, είναι χρήσιμο να πάρουμε υπόψιν τη σύγκρουση καθώς και τους τύπους επικοινωνίας, τον συνεχιζόμενο βαθμό αφοσίωσης του ενός συντρόφου στον άλλον και την επιτυχία της λειτουργίας του ρόλου τους, ιδιαίτερα σαν εργαζομένων και σαν αρρώστων.

Δ. ΑΓΧΟΣ

Ανάμεσα στην συναισθηματική κατάσταση και την ικανότητα της σεξουαλικής ανταπόκρισης υπάρχει μια εξαιρετικά καθοριστική σχέση. Το άγχος ιδιαίτερα εμποδίζει την σεξουαλική διέγερση. Αν το άγχος είναι έντονο, μπορεί να μην υπάρξει καθόλου διέγερση. Αν το άγχος είναι μέτριο, μπορεί να αναχαιτίσει μια ισχυρή σεξουαλική ανταπόκριση των γεννητικών οργάνων, αν και κάποιος βαθμός διέγερσης μπορεί να υπάρχει.

Είναι πολλές οι πιθανές πηγές του άγχους που επηρεάζουν την σεξουαλικότητα και είναι χρήσιμο να εξετάσουμε εκείνες που αφορούν τον εαυτόν μας, το σύντροφο και τις ιδιομορφίες της κατάστασης αυτής.

- α. Αισθήματα άγχους γύρω από τον εαυτόν μας: Μερικά άτομα αντιμετωπίζουν οποιαδήποτε σεξουαλική κατάσταση με αισθήματα άγχους. Ίσως να έχουν διδαχτεί να ντρέπονται για την σεξουαλικότητα. Ίσως να θεωρούν τον εαυτόν τους ανίκανο ή αδέξιο ή να πιστεύουν ότι δεν είναι ελκυστικά. Όλα αυτά τα άγχη θα περισπάσουν τα άτομα από το να συγκεντρώσουν το ενδιαφέρον τους στις αισθησιακές πλευρές της ζωής τους και θα μειώσουν την σεξουαλική τους ανταπόκριση. Συχνά, τα άγχη είναι αποτέλεσμα βιωμάτων μάθησης κατά την νηπιακή και παιδική ηλικία.
- β. Αισθήματα άγχους για τον σύντροφο: Η συναισθηματική ατμόσφαιρα που υπάρχει ανάμεσα στους σεξουαλικούς συντρόφους έχει μια ισχυρή επίδραση πάνω στην σεξουαλική ανταπόκριση. Η δυσπιστία, η καχυποψία, ο θυμός, η ζήλεια, ο φόβος, το μίσος, συγκεντρώνουν την προσοχή του ατόμου στις πιθανότητες ψυχικού ή σωματικού τραυματισμού του και μπλέκονται με την σεξουαλική του ανταπόκριση. Είναι πιθανόν, τα συναισθήματα αυτά να χαρακτηρίζουν γενικά την σχέση, αλλά μπορεί να παραμερίζονται κατά την διάρκεια της σεξουαλικής δραστηριότητας. Ο συναισθηματικός τραυματισμός προκαλεί αισθήματα, που χαρακτηρίζουν τις πρώτες σεξουαλικές επαφές, όταν κάποιος από τους δύο συντρόφους δεν είναι αρκετά ήρεμος και χαλαρωμένος. Στις κοινωνίες όπου επιβάλλεται η προγαμιαία σεξουαλική αγνότητα για τον ένα ή και για τους δύο συντρόφους, η πρώτη σεξουαλική επαφή είναι μια συναισθηματική συμφορά, ακόμα και αν υπάρχει αρκετή επικοινωνία μεταξύ τους.
- γ. Αντιδράσεις άγχους απέναντι στα στοιχεία μιας σεξουαλικής κατάστασης: Η χρήση ερωτικών βιβλίων ή φωτογραφιών με σκοπό την διέγερση, μπορούν να προκαλέσουν διαφορετικές αντιδράσεις στα άτομα. Σε μερικά

άτομα, βιβλία ή φωτογραφίες προκαλούν αηδία όχι διέγερση. Σε άλλα, οι απεικονίσεις ή οι περιγραφές ορισμένων σεξουαλικών πράξεων είναι διεγερτικές. Οι αντιδράσεις αυτές οφείλονται σε ατομικές διαφορές που δημιουργήθηκαν στο παρελθόν, όταν το άτομο πρωτοαντίκρουσε παρόμοιο υλικό, καθώς και την στάση που το περιβάλλον του έδειξε απέναντι στην χρήση αυτών των πραγμάτων. Η παρακολούθηση άλλων ανθρώπων, που επιδίδονται σε σεξουαλικές δραστηριότητες προκαλεί συχνά διέγερση. Αν η θέα, οι ήχοι ή οι μυρωδιές τέτοιων δραστηριοτήτων σοκάρουν τον θεατή, τότε η διέγερσή του θα αναχαιτιστεί.

3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΜΟΝΩΝ ΣΤΗΝ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ

Σύμφωνα με αυτά που πιστεύουμε σήμερα, τα χρωμοσώματα του φύλου Χ και Υ, είναι οι φορείς του βασικού υλικού που προκαθορίζει και την ατομική συνιστώσα της σεξουαλικής συμπεριφοράς. Τα χρωμοσώματα αυτά ευθύνονται αρχικά, για την διαφοροποίηση των καταβολών του γεννητικού συστήματος του εμβρύου σε αρσενικούς ή θηλυκούς γεννητικούς αδένες. Οι γεννητικοί αδένες με τις ορμόνες που εκκρίνουν, προκαλούν τη διαφοροποίηση του φύλου του εμβρύου, τόσο στο επίπεδο του κεντρικού νευρικού συστήματος όσο και των γεννητικών οργάνων. Στην συνέχεια, η επίδραση πολλών και ποικίλων ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων, θα διαμορφώσει και θα προσδιορίσει τελικά την σεξουαλική συμπεριφορά.

Η έκκριση των γεννητικών ορμονών ή στεροειδών του φύλου, οι κύριοι εκπρόσωποι των οποίων είναι η τεστοστερόνη και τα οιστρογόνα ελέγχεται στους ενήλικες από το υποθάλαμο-υποφυσιακό σύστημα. Η επίδρασή τους στην σεξουαλική συμπεριφορά είναι καθοριστική στα κατώτερα θηλαστικά, μικρότερου βαθμού στα κατώτερα πρωτεύοντα και πολύ μικρή στον άνθρωπο.

Εμβρυϊκή ζωή

Πολλές και σημαντικές πληροφορίες για την ενδομήτρια (προγεννητική) δράση των ορμονών αυτών, έχουμε πάρει από διάφορες μελέτες που έγιναν σε διάφορες παθολογικές καταστάσεις. Διαπιστώθηκε ότι κατά την εμβρυϊκή ζωή ενώ η τεστοστερόνη και η φυσιολογική ανταπόκριση των ορμονο-ευαίσθητων ιστών σ'αυτήν, είναι στοιχεία απαραίτητα για την αρρενοποίηση τόσο του εγκεφάλου όσο και των γεννητικών οργάνων, τα οιστρογόνα δεν φαίνεται να χρειάζονται για θηλεοποίηση του υποθαλάμου, σαφώς δε δεν απαιτούνται για την θηλεοποίηση των γεννητικών οργάνων.

Παιδική ηλικία

Οι σύγχρονες υπερευαίσθητες αναλυτικές τεχνικές επέτρεψαν την διαπίστωση της παραγωγής κατά την παιδική ηλικία ελάχιστων ποσοτήτων γεννητικών ορμονών, η σκοπιμότητα της παρουσίας των οποίων δεν έχει ακόμα πλήρως εξακριβωθεί. Πιθανολογείται ότι πρέπει να συμβάλλουν στην βαθμιαία προετοιμασία του υποθαλάμου για την τελική ωρίμανση στην εφηβεία και, ενδεχομένως, να σχετίζονται με το σεξουαλικό παιχνίδι της παιδικής ηλικίας και την διαφοροποίηση της ταυτότητας και του ρόλου, τα οποία όμως τελικά, φαίνεται ότι καθορίζονται κυρίως από το κοινωνικό περιβάλλον.

Εφηβεία

Με την ταχεία ωρίμανση του υποθαλάμου κατά την φυσιολογική ενήβωση κορυφώνεται η παραγωγή των ορμονών του φύλου από τους γεννητικούς αδένες. Σ' αυτή τη φάση αναπτύσσονται τα γεννητικά όργανα και τα δευτερεύοντα χαρακτηριστικά του φύλου και εμφανίζεται η αναπαραγωγική λειτουργία.

Οι γεννητικές ορμόνες διευκολύνουν επίσης την έκφραση, κατά την εφηβεία, της προκαθορισμένης ταυτότητας και του ρόλου με αρσενική ή θηλυκή συναισθηματική, ερωτική και σεξουαλική συμπεριφορά. Υπάρχουν αρκετά ισχυρές, αν και ίσως όχι απόλυτα πειστικές, ενδείξεις ότι τη δράση αυτή ασκούν και στα δύο φύλα τα ανδρογόνα.

Κατά την καθυστέρηση της ήβης, ιδιοπαθή ή παθολογική, η έγκαιρη ορμονική και ψυχολογική θεραπεία μπορεί, στις περισσότερες περιπτώσεις, να οδηγήσει τελικά σε φυσιολογική σεξουαλική συμπεριφορά. Η πρόωμη ήβη δεν φαίνεται να δυσκολεύει αργότερα την ένταξη των παιδιών αυτών στο φυσιολογικό εφηβικό πληθυσμό της ίδιας ηλικίας.

Ενήλικοι άντρες

Τα ανδρογόνα είναι απολύτως απαραίτητα για την διατήρηση της γονιμότητας των ενήλικων ανδρών, αναγκαία για την ολοκλήρωση της ερωτικής τους συμπεριφοράς και παίζουν σπουδαίο ρόλο στον μεταβολισμό του αζώτου και την διατήρηση της μυϊκής τους ισχύος. Δεν έχουν καμία σχέση με την επιθετικότητα ορισμένων ανδρών, η οποία θεωρείται καθαρά ψυχογενές φαινόμενο, ούτε με τις διάφορες παραφυλίες. Όσον αφορά στην ομοφυλοφιλία και την αμφιφυλοφιλία, έχει διαπιστωθεί ότι η πλειονότητα των ατόμων αυτών δεν παρουσιάζει καμία ενδοκρινολογική διαφορά από τους ετεροφυλοφιλικούς άντρες. Το ίδιο ισχύει και για όσους αλλάζουν φύλο χειρουργικά, καθώς και τους τραβεστί. Πρέπει να αναφερθεί ότι υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις από πειραματόζωα ότι ορισμένα σύνδρομα, που χαρακτηρίζονται από μειωμένη επίδραση των ανδρογόνων κατά την ενδομήτριο ζωή, είναι πιθανό να προδιαθέτουν προς την ομοφυλοφιλία περισσότερο από ό,τι αναμένεται για τον γενικό πληθυσμό.

Ενήλικες γυναίκες

Οι ωθητικές ορμόνες (οιστρογόνα και προγεστερόνη) είναι απαραίτητες για την διατήρηση του μηχανισμού της ωορρηξίας, για την κυκλική εμφάνιση της έμμηνης ρύσης και για την εμφύτευση, αλλά δεν επηρεάζουν την επιθυμία ή την δυνατότητα για συνουσία.

Η παρουσία φυσιολογικών ή υπερβολικών ποσοτήτων οιστρογόνων και προγεστερόνης δεν συνδέεται με κανένα τύπο σεξουαλικής συμπεριφοράς, ομοφυλοφιλία ή παραφυλίες. Μεγάλη αβεβαιότητα επικρατεί και για τον ρόλο των ωθητικών ορμονών στο προεμμηνορρυσιακό σύνδρομο, κατά το οποίο αναφέρονται πολλά και ποικίλα συμπτώματα, από τις ήπιες συναισθηματικές διαταραχές και το αίσθημα σωματικής καταπόνησης μέχρι την παθολογική κατάσταση της περιοδικής ψύχωσης, που όμως σαφώς μπορούν να επηρεάσουν την σεξουαλική συμπεριφορά της γυναίκας.

Τα αντισυλληπτικά δισκία, με τις διάφορες συνθέσεις τους (ποσότητες και κατανομή) σε οιστρογόνα και προγεστερονοειδή, θα μπορούσαν να έχουν διαφορετική επίδραση στην σεξουαλική συμπεριφορά των γυναικών, ανάλογα βέβαια και με το γιατί, το πως και το ποια ήταν η προηγούμενη ερωτική ζωή κάθε γυναίκας που τα χρησιμοποιεί. Πάντως σταθερή ποσοτική μεταβολή της σεξουαλικής δραστηριότητας δεν έχει διαπιστωθεί.

Η έλλειψη ωοθηκικών ορμονών, φυσική ή χειρουργική, δεν προκαθορίζει αυτομάτως ότι η γυναίκα θα χάσει την ερωτική της διάθεση, πρωτοβουλία και ανταπόκριση.

Τρίτη ηλικία

Γενικά, δεν έχει αποδειχθεί σαφής συσχέτιση μεταξύ ορμονικής έκκρισης και σεξουαλικής συμπεριφοράς των δύο φύλων κατά την τρίτη ηλικία. Φαίνεται ότι περισσότερο η ποιότητα παρά η ποσότητα της προηγούμενης σεξουαλικής δραστηριότητας των ατόμων, αποτελεί τον πιθανότερο καθοριστικό παράγοντα.

Η ενδεχόμενη σεξουαλική αδιαφορία και αδράνεια, που παρατηρείται σε πολλούς άντρες παρουσιάζεται πολύ πριν τη βαθμιαία μείωση της στάθμης της τεστοστερόνης τους και σε μερικούς μπορεί να είναι σχετικά ανατάξιμη μετά από λήψη εξωγενών ανδρογόνων. Το συχνότερο αίτιο άγχους και απογοήτευσης για τον άντρα, χωρίς βέβαια να αφορά αποκλειστικά την τρίτη ηλικία, είναι η ανεπαρκής απόδοση. Αυτή όμως συχνά είναι συνέπεια άλλης πρωτοπαθούς διαταραχής π.χ του νευρικού συστήματος, του καρδιαγγειακού ή του μεταβολισμού. Άλλοτε πάλι είναι ιατρογενή από την χρήση διαφόρων αντιυπερτασικών φαρμάκων και νευροληπτικών. Σε πολλές όμως περιπτώσεις τα συμπτώματα αυτά είναι ψυχογενή στο πλαίσιο μιας χρονίως διαταραγμένης συζυγικής ερωτικής σχέσης.

Ορμονικές διαταραχές που μπορεί να επηρεάζουν την σεξουαλική συμπεριφορά και των δύο φύλων σε οποιαδήποτε ηλικία, είναι η υπερ- και η υπολειτουργία του θυροειδούς και των επινεφριδίων, τα ορμονοεκκριτικά αδενώματα της υπόφυσης και η ανεπάρκεια της υπόφυσης από διάφορα αίτια. Η θεραπεία της βασικής νόσου και της αποτόκου ορμονικής διαταραχής αποτελεί τον μόνο αναγκαίο χειρισμό.

Στις γυναίκες, παρά την κατακόρυφη πτώση των οιστρογόνων τους κατά την εμμηνόπαυση, παρατηρείται άλλοτε διατήρηση και άλλοτε μείωση ή αύξηση της σεξουαλικής τους δραστηριότητας, χωρίς εξωγενή θεραπεία. Τα οιστρογόνα εδώ χορηγούνται κυρίως τοπικώς σαν κολπική κρέμα, αποκλειστικά για την δυσπαρέυνεια.

Η φοβία της συνουσίας (ξηρότητα, πόνος, κολεόσπασμος), που είναι το θηλυκό ισοδύναμο της ανδρικής ανικανότητας και η ανοργασμία, που είναι πολύ συχνότερη στις γυναίκες, δεν παρατηρούνται ασφαλώς αποκλειστικά στην τρίτη ηλικία και δεν ανταποκρίνονται στην χορήγηση γεννητικών ορμονών. Μπορεί και εδώ να είναι εκδηλώσεις νευρωσικές ή κατάληξη μιας κακής συντροφικής σχέσης. Και πάλι η προσφυγή στην εξειδικευμένη ψυχοθεραπεία αποτελεί την μόνη διέξοδο.

4. ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΕΣ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ

Οι σεξουαλικές δυσλειτουργίες και στον άντρα και στην γυναίκα αφορούν στην διαταραχή της επιθυμίας, της διέγερσης και του οργασμού και διακρίνονται σε πρωτοπαθείς και δευτεροπαθείς. Στην κατηγορία της σχέσης που χαρακτηρίζεται ως "κάνοντας", το άτομο παίρνει πληροφορίες για το σεξ από βιβλία, περιοδικά, φίλους ή άλλες περιστασιακές σχέσεις που είχε στο παρελθόν. Εκείνο που μετράει στη σχέση αυτή είναι η επίδοση.

Στην κατηγορία της σχέσης που χαρακτηρίζεται σαν "έχοντας", το άτομο έχει στην κατοχή του συλλογές ερωτικών βοηθημάτων, φωτογραφίες, πορνογραφικό υλικό, πληρώνει χρήματα για πόρνες, γίνεται ζιγκολό, παντρεύεται για οικονομικά οφέλη ή για απόκτηση υψηλότερης κοινωνικής θέσης, κ.λπ. Στην μορφή αυτής της σχέσης, το σεξ είναι σαν ένα προϊόν που πωλείται και αγοράζεται.

Οι δύο αυτές κατηγορίες σεξουαλικών σχέσεων, αν μπορούν να θεωρηθούν σχέσεις, είναι το τελικό αποτέλεσμα συναισθηματικής ανασφάλειας και αβεβαιότητας. Αντίθετα, στην τελευταία κατηγορία σχέσης "είμαστε", το ζευγάρι είναι ουσιαστικά μαζί. Μοιράζονται τα συναισθήματά τους, τις πίκρες, τα άγχη, τους φόβους κ.λπ., και το σεξ δεν είναι μόνο επίδοση ή ένα προϊόν που πωλείται και αγοράζεται.

Οι σεξουαλικές δυσλειτουργίες χαρακτηρίζονται από διαταραχή στην σεξουαλική λειτουργία. Είναι διαταραχές που δεν επιτρέπουν σε ένα άτομο την σεξουαλική ευχαρίστηση ή μερικές φορές, ακόμα και την οποιαδήποτε σεξουαλική επαφή. Συνήθως, αφορούν αναστολές φυσιολογικών αντιδράσεων - δηλαδή της φλεβικής διόγκωσης των σεξουαλικών οργάνων, της οργασμικής αντίδρασης ή και των δύο - που κάνουν την εμπειρία της σεξουαλικής δραστηριότητας τελικά, δυσάρεστη. Οι σεξουαλικές δυσλειτουργίες είναι κοινά φαινόμενα και απαντούν σε ειδικούς τύπους θεραπείας του σεξ ή σε συνδιασμό θεραπείας του σεξ και υλοκαλυπτικής ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας.

Οι περισσότερες από τις σεξουαλικές δυσλειτουργίες θεωρούνται ότι είναι αρκετά συχνές. Έτσι, μελέτες στην Ευρώπη και στις ΗΠΑ δείχνουν ότι, περίπου 8% των νεαρών ενηλίκων αρρένων έχουν διαταραχή της στύσης στον άντρα. Εκτιμάται ότι περίπου 20% του συνολικού πληθυσμού έχουν διαταραχή υποτονικής σεξουαλικής επιθυμίας, 30% του ανδρικού πληθυσμού έχουν πρόωρη εκσπερμάτιση και περίπου 30% του γυναικείου πληθυσμού έχουν ανεσταλμένο οργασμό στην γυναίκα.

Παρακάτω, αναφέρονται αναλυτικά οι σεξουαλικές δυσλειτουργίες που μπορεί να αντιμετωπίζει ένας άντρας ή μια γυναίκα.

4.1 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΥΠΟΤΟΝΙΚΗΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΕΠΙΘΥΜΙΑΣ

Μερικά άτομα λένε ότι "δεν αισθάνονται τίποτα" στην διάρκεια των προκαταρκτικών διαχύσεων ή ακόμα και την ώρα της σεξουαλικής πράξης. Αν η αποχή ήταν αποδεκτή, απλούστατα θα απέφευγαν την σεξουαλική επαφή. Επειδή όμως φοβούνται, ότι η άρνησή τους να έχουν σεξουαλικές επαφές θα έβλαπτε την σχέση τους ή την αυτοεκτίμησή τους, ενδέχεται να προσπαθήσουν να ξεπεράσουν την έλλειψη ενδιαφέροντος. Επειδή κάποιο ελάχιστο όριο επιθυμίας είναι απαραίτητο για την ανδρική στύση, οι άντρες που δεν νιώθουν επιθυμία, συχνά παραπονιούνται για πρόβλημα στύσης και μόνο, μετά από αρκετή συζήτηση γίνεται φανερό, ότι το πρόβλημα είναι πραγματικά πρόβλημα επιθυμίας. Οι θεραπευτές αναφέρουν ότι είναι περισσότερες οι γυναίκες παρά οι άντρες που λένε ότι το κυριότερο παράπονό τους είναι η έλλειψη επιθυμίας.

4.2 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΑΠΟΣΤΡΟΦΗΣ

Στην περίπτωση σεξουαλικής αποστροφής παρατηρείται μια επίμονη ή επανειλημμένη υπερβολική αποστροφή και αποφυγή κάθε ή σχεδόν κάθε γεννητικής σεξουαλικής επαφής με έναν σεξουαλικό σύντροφο.

Οι αιτίες των καταστάσεων αυτών δεν είναι σαφείς, αν και αυστηρή ανατροφή και ενοχή για την σεξουαλική επαφή, έντονα διαπροσωπικά προβλήματα και διαταραχές του σεξουαλικού προσανατολισμού, μπορούν να παίζουν σημαντικό ρόλο.

4.3 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΔΙΕΓΕΡΣΗΣ

Πολλοί άντρες και γυναίκες αναφέρουν ότι αν και νιώθουν επιθυμία και προσμένουν την σεξουαλική απόλαυση, όταν αρχίζει η δραστηριότητα, δεν νιώθουν να αυξάνεται η διέγερσή τους. Συχνά, νιώθουν ευχαρίστηση, αλλά η διέγερσή τους δεν εκδηλώνεται φυσιολογικά με στύση ή με έκκριση κολπικών υγρών. Όταν συμβαίνει κάτι τέτοιο, τα άτομα αυτά γίνονται συχνά ανυπόμονα, δειλά ή νιώθουν αμηχανία για τις δυσκολίες της επίδοσής τους (ή του συντρόφου τους) αντί να απολαύσουν τα οποιαδήποτε αισθητηριακά ερεθίσματα που τους προσφέρει η στιγμή και να σκεφτούν, ότι αργά ή γρήγορα, η φύση θα λειτουργήσει σωστά. Τα αρνητικά αισθήματα ενισχύουν ακόμα περισσότερο την αναστολή της διέγερσης. Τέτοια κυκλοθυμικά προβλήματα μπορούν να συμβούν, είτε στην αρχή της σεξουαλικής ανταπόκρισης, είτε αργότερα και έτσι ένα άτομο μπορεί να μην νιώσει καμμία αύξηση της διέγερσής του ή μόνο μια πολύ μέτρια διέγερση.

4.4 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΣΤΥΣΗΣ ΤΟΥ ΑΝΤΡΑ Ή ΓΕΝΕΤΗΣΙΑ ΑΝΔΡΙΚΗ ΟΡΓΑΝΙΚΗ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ

Ο όρος "ανδρική γενετήσια ανικανότητα" χαρακτηρίζει την σχετική ή απόλυτη αδυναμία του άντρα στην εγκατάσταση ή διατήρηση της στύσεως του πέους, που θα του επέτρεπε να εκτελέσει κατά τρόπο αποτελεσματικό την σεξουαλική συνεύρεση. Όσον αφορά δε στο φυσιολογικό ρυθμό των σεξουαλικών πράξεων, αποδίδεται μάλλον επιτυχώς με τον γαλλικό αφορισμό "μία κάθε φορά και τρεις φορές την εβδομάδα".

Βεβαίως, η σεξουαλική ζωή κάθε ατόμου, παρουσιάζει τις δικές της ιδιαιτερότητες και οι ενδεχόμενες αποκλίσεις από τα γενικώς επικρατούντα, δεν προσδιορίζουν κατ'ανάγκη σεξουαλική διαταραχή ή ανικανότητα. Άλλωστε, προ της ήβης φυσιολογικά, υπάρχει γενετήσια ανικανότητα, καθώς επίσης και στην γεροντική ηλικία κατά την οποία μάλιστα εμφανίζεται βαθμιαία και σε μακρό βάθος χρόνου. Αλλά και περιστασιακή ανικανότητα είναι δυνατόν να εμφανισθεί σε ποικίλες καταστάσεις, όπως μετά από εντατική πνευματική, σωματική κόπωση, κάτω από το κράτος διαφόρων στενοχωριών της ζωής, κ.λ.π. Ακραία περίπτωση αποτελεί η συγγενής ανικανότητα, κατά την οποία χωρίς να υπάρχει εμφανής αιτία, δεν παρουσιάζεται ποτέ στύση. Η κατάσταση αυτή φαίνεται ότι οφείλεται σε απουσία της φυσιολογικής λειτουργίας των όρχεων ή του προστάτη ή ανωμαλίας του στυτικού κέντρου.

Οι αιτίες που προκαλούν την ανδρική ανικανότητα συνήθως είναι δύο: ψυχολογική (λειτουργική) και σωματική (οργανική). Τις πιο πολλές φορές είναι μικτή.

Ανεξάρτητα όμως από τους λόγους, η ψυχολογική αντίδραση του άντρα και της συζύγου του στο πρόβλημα, είναι κυρίαρχης σημασίας τόσο στις λύσεις που θα υιοθετηθούν όσο και στα αποτελέσματα της θεραπείας.

Ιατρικά, η αντρική στύση είναι το αποτέλεσμα ενός πολύπλοκου φυσιολογικού μηχανισμού. Και προκύπτει από την αλληλοσυνεργασία και επίδραση ορμονικών, νευρικών και κυκλοφορικών λειτουργιών, που προκαλούν την συγκέντρωση αίματος υπό υψηλή πίεση μέσα στα αγγεία του πέους. Έτσι, αυτό γίνεται σκληρό και άκαμπτο.

Επειδή υπάρχουν αρκετές σωματικές νόσοι και διαταραχές που μπορούν να προκαλέσουν διαταραχή της στύσης, είναι καλό να αποκλεισθούν με προσεκτικό ιατρικό ιστορικό και αν χρειάζεται και με φυσική και με νευρολογική εξέταση. Οι πιο συχνές είναι: κούραση, σακχαρώδης διαβήτης, χαμηλά επίπεδα ανδρογόνων, νόσοι του θυρεοειδούς, των νεφρών ή του ήπατος, βαριές αρρώστιες γενικά, νόσοι της καρδιάς και του αναπνευστικού, κατάχρηση ψυχοδραστικών ουσιών και αλκοόλ, οιστρογόνα και παρασυμπαθητικολυτικά φάρμακα, νευρολογικές καταστάσεις όπως σκλήρυνση κατά πλάκας, βλάβες του κατώτερου ωτιαίου μυελού ή των υποθαλαμικών και κροταφικών περιοχών του εγκεφάλου.

Τις περισσότερες φορές, η ανικανότητα είναι ψυχογενής. Ιδίως, όταν το πρόβλημα αναφαίνεται σε άντρες 20 - 50 ετών. Τότε, στο 95% των περιπτώσεων η ανικανότητα έχει ψυχικά αίτια. Η Ψυχολογία πιστεύει ότι το σύνδρομο της αναστολής προκύπτει από διαφορετικούς λόγους στον κάθε άντρα. Συχνά είναι η ισχυρή συναισθηματική (υποσυνείδητη) προσκόλληση στην μητέρα. Η ψυχογενής ανικανότητα είναι το δράμα της νεανικής ηλικίας. Συχνά, "χτυπά" νέα και υγιή άτομα και προκαλεί σεξουαλική απροθυμία, μείωση της αυτοεκτίμησης και ψυχοσωματικό μαρασμό. Ο άντρας γίνεται δύσθυμος, ανήσυχος, αδρανής, ακοινωνήτος, διστακτικός και μισάνθρωπος.

Υπάρχουν σχολές στην Ψυχολογία που υποστηρίζουν ότι οι άντρες που παρουσιάζουν ψυχογενή ανικανότητα είναι αγόρια που παρέμειναν συναισθηματικά προσκολλημένα στην μητέρα, η οποία αποτέλεσε και το πρώτο ερωτικό τους είδωλο. Στις περιπτώσεις εκείνες που η αναστολή δεν είναι εξαιρετικά ισχυρή, το άτομο παραμένει ικανό σε γυναίκες αντίθετες του ειδώλου της μητέρας, π.χ πόρνες.

Η ψυχογενής ανικανότητα είναι οπισθοδρόμηση σε πρώιμα (παιδικά) στάδια ψυχοσεξουαλικής εξέλιξης του ατόμου. Το κύριο πρόβλημα της θεραπείας είναι το άγχος του άντρα ότι μπορεί να ξανααποτύχει.

Είναι τρομερή εμπειρία να πιστέψει κανείς ότι είναι ανίκανος να εκτελέσει την μοναδική πράξη της αναδημιουργίας. Το δράμα πάλι της θεραπευτικής αγωγής είναι να διαβεβαιώσει τον πάσχοντα ότι η περίπτωσή του αποτελεί ψυχολογικό "εκτροχιασμό" των ενστίκτων και δεν είναι σωματική οργανική αδυναμία.

Η αφετηρία μιας σεξουαλικής πράξης είναι ψυχική. Γι'αυτό, ιατρικά συνιστάται η σωστή πληροφόρηση του ατόμου μαζί με ενθάρρυνση, πειθώ και υποβολή.

Το τραγικό είναι, ότι η σεξουαλική αναστολή εκδηλώνεται προς τις γυναίκες εκείνες οι οποίες κυρίως ενδιαφέρουν συναισθηματικά ή ερωτικά τον άντρα. Και τα άτομα, κύρια, πρέπει να χειραφετούνται με σύνεση και αγάπη για να ξεπερνούν το πρόβλημα.

4.5 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΟΡΓΑΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΓΥΝΑΙΚΑ

Εδώ περιλαμβάνονται οι γυναίκες οι οποίες παρουσιάζουν διαταραχές της λειτουργίας του οργασμού, δηλαδή είτε δεν φθάνουν σε οργασμό (ανοργασμία) ή

φθάνουν σπάνια και δύσκολα. Είναι η πιο συνηθισμένη σεξουαλική διαταραχή στην γυναίκα. Υπολογίζεται δε, ότι τουλάχιστον μία στις τρεις γυναίκες παρουσιάζει κάποιο βαθμό οργασμικής δυσλειτουργίας.

α. Αίτια

Οι αιτίες των διαταραχών του οργασμού είναι κυρίως ψυχολογικές και μόνο σε ένα πολύ μικρό ποσοστό γυναικών η αιτία βρέθηκε να είναι οργανική, πχ ενδοκρινικές διαταραχές. Στην σεξουαλική ικανοποίηση της γυναίκας αν και υπεισέρχεται σε πολύ μεγάλο βαθμό το σωματικό στοιχείο, δηλαδή η φυσική διέγερση, η συμμετοχή του ψυχολογικού παράγοντα θεωρείται εξίσου σημαντική. Ψυχολογικοί παράγοντες οπωσδήποτε επηρεάζουν και την σεξουαλική συμπεριφορά του άντρα και ειδικότερα αν είναι άπειρος ή έχει ελαττωμένο σεξουαλικό ενδιαφέρον. Ο οργασμός όμως στον άντρα καθορίζεται γενικά περισσότερο από τον βαθμό της φυσικής διέγερσης.

Θα πρέπει επίσης να επισημάνουμε, ότι η σεξουαλική ανταπόκριση στην γυναίκα αναπτύσσεται συνήθως πολύ βραδύτερα από ό,τι στον άντρα. Η φάση της διέγερσης στον άντρα πολλές φορές διαρκεί λίγα δευτερόλεπτα, ενώ η γυναίκα χρειάζεται πολύ μεγαλύτερο χρόνο, 15 - 20 λεπτά. Αλλά και οι υπόλοιπες φάσεις της σεξουαλικής πράξης διαρκούν περισσότερο στην γυναίκα, γι'αυτό και τις διαφορές αυτές της σεξουαλικής αντίδρασης ανάμεσα στα δύο φύλα, θα πρέπει να τις λαμβάνει υπόψιν του ο άντρας κατά την σεξουαλική πράξη.

Η ανοργασμία μπορεί να είναι πρωτοπαθής, δηλαδή πάντοτε υπήρχε και η γυναίκα ποτέ στην ζωή της δεν έχει νιώσει την εμπειρία του οργασμού, ή δευτεροπαθής, όταν προηγουμένως υπήρχε οργασμική ολοκλήρωση. Θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι η γυναίκα, η οποία αντιδρά φυσιολογικά στα σεξουαλικά ερεθίσματα και νιώθει ευχαρίστηση και απόλαυση από την σεξουαλική επαφή, αλλά δεν φτάνει στον οργασμό, δεν είναι στην πραγματικότητα δυσλειτουργική, δεν έχει πρόβλημα. Εν τούτοις, πολλά άτομα πράγματι αισθάνονται ότι δεν είναι φυσιολογικά, αν δεν είναι σε θέση να φθάσουν σε οργασμό και οι σεξουαλικοί τους σύντροφοι μπορεί να είναι περισσότερο αγχώδεις γι'αυτό και να έχουν την αίσθηση ότι δεν είναι καλοί εραστές.

Πρωτοπαθής διαταραχή του οργασμού

Γενικά, υπάρχει άγνοια της ανατομίας και της φυσιολογίας της σεξουαλικής λειτουργίας και πολλές γυναίκες μαθαίνουν αρκετά αργά στην ζωή τους το πώς να διεγείρονται και να φθάνουν μέχρι τον οργασμό, ενώ άλλες περιμένουν ο οργασμός να συμβεί "φυσιολογικά" από τον κολπικό και μόνο ερεθισμό κατά την σεξουαλική επαφή, χωρίς επαρκή ερεθισμό της κλειτορίδας, η οποία είναι δέκτης και μεταβιβαστής του σεξουαλικού ερεθίσματος.

Άλλες γυναίκες μπορεί ποτέ να μην έμαθαν να αυτοϊκανοποιούνται στην εφηβική τους ηλικία. Στο σημείο αυτό, η γυναίκα μειονεκτεί σε σχέση με τον άντρα, λόγω της θέσεως των γεννητικών της οργάνων. Τα γεννητικά όργανα της γυναίκας είναι απόκρυφα και όχι φανερά κατά την ούρηση, και έτσι δεν προσφέρονται για εξοικείωση και αυτοϊκανοποίηση.

Αυστηρές οικογενειακές και θρησκευτικές αρχές. Η ψυχοσεξουαλική ανάπτυξη του ατόμου είναι βαθιά επηρεασμένη από τις σχετικές επιδράσεις που έχει δεχθεί το άτομο πριν από την ήβη και οι οποίες αποτελούν το κλειδί της γενετησιακής του ορμής και απόλαυσης. Τα σεξουαλικά μηνύματα, που δέχονται οι νέοι, είναι αντιφατικά και δημιουργούν σύγχυση. Επαινούμε τους νέους γιατί

είναι χαριτωμένοι ή ελκυστικοί, αλλά τους κολάζουμε για την σεξουαλική τους δραστηριότητα.

Πολλοί γονείς αρνούνται να απαντήσουν σε απλές φυσικές ερωτήσεις του παιδιού και το επιπλήττουν ή το τιμωρούν επειδή άγγιξε τα γεννητικά του όργανα. Πολλά άτομα δεν κατορθώνουν να ανταπεξέλθουν στα αντιφατικά αυτά μηνύματα και να αναπτύξουν την προσωπική τους σεξουαλική ταυτότητα με τους δικούς τους σκοπούς και αξίες για μια σεξουαλική σχέση, με αποτέλεσμα αργότερα να παρουσιάζουν σεξουαλικά προβλήματα.

Ανησυχίες ή κίνδυνος της πρώτης φοράς: Μια τραυματική εμπειρία κατά την πρώτη σεξουαλική επαφή, μπορεί να έχει πρόσκαιρες ή μακροχρόνιες επιπτώσεις στην σεξουαλική ζωή της γυναίκας. Ο φόβος του πόνου κατά την σεξουαλική επαφή, ο φόβος μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης ή αισθήματα ενοχής και αηδίας, μπορούν να αναστείλουν την σεξουαλική της απάντηση. Μια συνηθισμένη αιτία διαταραχής του οργασμού είναι το άγχος της καλής απόδοσης και ο φόβος της σεξουαλικής αποτυχίας, καταστάσεις που δυσκολεύουν την σεξουαλική τους ολοκλήρωση.

Χαμηλό επίπεδο διεγερσιμότητας: Υπάρχει ένας μικρός αριθμός γυναικών οι οποίες έχουν μεγάλη δυσκολία να φθάσουν σε οργασμό, παρά τον επαρκή ερεθισμό. Στις περιπτώσεις αυτές φαίνεται ότι υπάρχει κάποια φυσιολογική ανεπάρκεια του ΚΝΣ ως προς την οργασμική ανταπόκριση, υπάρχει δηλαδή χαμηλή ιδιοσυστατική σεξουαλική απάντηση χωρίς να συνοδεύεται από αρνητικό ψυχοκοινωνικό σύστημα αξιών.

Ο ρόλος του άντρα: Σε πολλές περιπτώσεις η διαταραχή του οργασμού στην γυναίκα μπορεί να έχει σχέση με την παρουσία του άντρα στην ερωτική πράξη, η στάση του οποίου παίζει σημαντικό ρόλο τόσο στην οργασμική της ολοκλήρωση, όσο και στην θεραπεία της διαταραχής του οργασμού.

Δευτεροπαθής διαταραχή του οργασμού

- I. **Ανεπάρκεια και προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις.** Η φύση της σχέσης του ζευγαριού μπορεί να είναι μια σημαντική αιτία της σεξουαλικής διαταραχής και πληροφορίες για την ποιότητα της σχέσης δυνατόν να είναι πολύτιμες για την περαιτέρω αντιμετώπιση του προβλήματος.

Η σεξουαλική αδιαφορία του υπεραπασχολημένου και κουρασμένου συζύγου ή κάποιο συγκεκριμένο τραυματικό επεισόδιο και αλλαγή στο υπόβαθρο του γάμου, μπορεί να διαταράξει την σεξουαλική συμπεριφορά της γυναίκας. Έτσι, μια γυναίκα είναι δυνατό να υποστεί σεξουαλική αναστολή, διότι νομίζει ότι ο σύντροφός της δεν ενδιαφέρεται πλέον γ'αυτήν ή διότι πιστεύει πως σταμάτησε να την αγαπά.

Μπορεί να νομίζει ότι ο σύντροφος έχει υπερβολικές σεξουαλικές απαιτήσεις, ίσως να μην εγκρίνει ορισμένους τρόπους συμπεριφοράς του ή να αισθάνεται αποτροπή γ'αυτόν, συνήθως στο υποσυνείδητο, για πράγματα που έχει ή δεν έχει κάνει και όλα αυτά είναι δυνατόν να ελαττώσουν την γενετησιακή της επιθυμία και ανταπόκριση.

Δευτεροπαθής διαταραχή του οργασμού μπορεί επίσης να συμβεί:

- II. Μετά από σωματική κακοποίηση, π.χ βιασμό ή δύσκολο τοκετό.

- III. Εξ αιτίας κακής υγείας και προχωρημένης ηλικίας.
- IV. Από ανασφάλεια και ψυχολογικά προβλήματα, μετά από γυναικολογικές εγχειρήσεις και κυρίως υστερεκτομή.
- V. Μια υπερβολική χαλάρωση του κόλπου και των γύρω μυών, συνήθως μετά από επανειλημμένους τοκετούς.

Κολπικός σπασμός (κολεοσπασμός)

Κατ'αυτόν η γυναίκα, όταν επιχειρείται σεξουαλική επαφή, άθελά της συσπά δυνατά τους μυς του πυελικού εδάφους που περιβάλλουν το έξω τριτημόριο του κόλπου και συγκεκριμένα τους μυς του περινέου και τον ανελκκτήρα του πρωκτού. Η λειτουργική αυτή σύσπασση κάνει την σεξουαλική επαφή επώδυνη ή ακόμα και αδύνατη.

Σχεδόν πάντα η αιτία είναι ψυχογενής. Οφείλεται σε φόβο και άγχος σχετικά με την διαδικασία της σεξουαλικής επαφής. Σπανίως υπάρχει μια οργανική βλάβη στην περιοχή π.χ. σκληρός παρθενικός υμένας, διάφραγμα του κόλπου, κ.α. Συνήθως η κλινική εξέταση δεν δείχνει τίποτα, εκτός από μια απροθυμία της ασθενούς για εξέταση.

Η ανωμαλία αυτή παρατηρείται συνήθως σε γυναίκες οι οποίες έχουν υιοθετήσει αρνητικές στάσεις και είναι απρόθυμες για σεξ, είναι ευέξαπτες, αγχώδεις, εγωιστικές και παραχαϊδεμένες.

Κακή σεξουαλική διαπαιδαγώγηση και ανεπαρκής προετοιμασία του κοριτσιού για την ολοκλήρωση των σεξουαλικών σχέσεων, απόπειρα βιασμού και επώδυνες εμπειρίες στην αρχή της σεξουαλικής ζωής, μπορεί να βρίσκεται στην ρίζα του προβλήματος.

Ένα μικρό ποσοστό ασθενών αποτελεί ξεχωριστή ομάδα, όπου η κατάσταση είναι περισσότερο σοβαρή. Στις περιπτώσεις αυτές υπάρχει συνήθως κάποια σοβαρή διαταραχή της προσωπικότητας. Λανθάνουσα ομοφυλοφιλία είναι η συνηθέστερη.

4.6 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΟΡΓΑΣΜΟΥ ΣΤΟΝ ΑΝΤΡΑ

Στην περίπτωση της διαταραχής του οργασμού στον άντρα, παρατηρείται επίμονη ή επανειλημμένη καθυστέρηση ή απουσία του οργασμού ύστερα από μια φάση σεξουαλικής διέγερσης, στην διάρκεια σεξουαλικής δραστηριότητας η οποία εκτιμάται ότι είναι επαρκής ως προς την εστίαση, την ένταση και την διάρκεια, λαμβανομένης υπόψιν και της ηλικίας του ατόμου. Αυτή η αδυναμία να επιτευχθεί οργασμός, συνήθως περιορίζεται σε αδυναμία να φτάσει το άτομο σε οργασμό μέσα στον κόλπο, ενώ ο οργασμός μπορεί να επιτευχθεί με άλλους τύπους ερεθισμού, όπως με αυνανισμό.

Πρόκειται για επιβράδυνση μέχρι απουσία της εκσπερμάτισης στον άντρα, ενώ η στύση είναι συνήθως φυσιολογική.

Μερικές φορές η κατάσταση είναι τόσο σοβαρή που το άτομο δεν μπορεί να εκσπερματίσει ούτε κατά τον αυνανισμό του. Πρέπει να γνωρίζουμε, ότι τη διαταραχή αυτή μπορούν να την προκαλέσουν και σωματικές αιτίες όπως ελαττωμένα επίπεδα ανδρογόνων, ο σακχαρώδης διαβήτης, τραυματισμοί του νωτιαίου μυελού, αντιυπερτασικά φάρμακα. Η θειοριδαζίνη (Melleril) μπορεί να προκαλέσει είτε αναστολή της εκσπερμάτισης είτε και παλίνδρομη (μέσα στην ουροδόχο κύστη) εκσπερμάτιση, που είναι επώδυνη.

Οι πιο συχνοί ψυχολογικοί παράγοντες που ενοχοποιούνται για τον ανεσταλμένο οργασμό στον άντρα είναι η αυστηρή ανατροφή και η ενοχή για το

σεξ που μπορεί αυτή να δημιουργεί, ο καταπιεσμένος θυμός για την σύντροφο, παιδικές συγκρούσεις και φόβος γονεϊκής τιμωρίας, κ.α.

α. Πρόωρη εκσπερμάτιση

Πρόωρη εκσπερμάτιση είναι η εκσπερμάτιση που συμβαίνει πριν την θελήσει το άτομο, άσχετα με τον χρόνο ή τον αριθμό των διεισδύσεων που έχουν προηγηθεί. Το άτομο με πρόωρη εκσπερμάτιση δεν μπορεί να ελέγξει το αντανακλαστικό της εκσπερμάτισης, αρχίζει να φοβάται την σεξουαλική επαφή, οπότε μπορεί να αρχίσει να την αποφεύγει. Μπορεί η πρόωρη εκσπερμάτιση να επιπλακεί και με διαταραχή της στύσης, καθώς και στις δύο διαταραχές σημαντικός ψυχολογικός παράγοντας είναι ότι το άτομο παρατηρεί με άγχος τον εαυτόν του να δει πως θα λειτουργήσει και πως θα αποδώσει. Πρόκειται για πολύ συχνή διαταραχή, ιδιαίτερα στα νέα άτομα. Το άγχος παίζει βασικό ρόλο στην πρόωρη εκσπερμάτιση και ανάμεσα στους ψυχολογικούς παράγοντες που έχουν ενοχοποιηθεί, αναφέρουμε την εχθρότητα προς τις γυναίκες, βιαστικές πρώτες σεξουαλικές εμπειρίες (π.χ. με πόρνες ή με άβολες συνθήκες), συζυγικές διαφορές, κ.λ.π. Πάντως, γνωρίζουμε σήμερα, ότι η αιτιολογία της πρόωρης εκσπερμάτισης είναι πιο πολυσύνθετη από ότι πρέσβευαν οι ψυχαναλυτικές θεωρίες.

Πολύ σπάνια μπορεί η πρόωρη εκσπερμάτιση να οφείλεται σε σωματικές διαταραχές, όπως φλεγμονή του προστάτη, τραυματισμοί του νωτιαίου μυελού, σκλήρυνση κατά πλάκας και άλλες εκφυλιστικές νευρολογικές νόσοι.

4.7 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΣΤΟ ΖΕΥΓΑΡΙ

Δεν υπάρχει άνθρωπος που στο διάβα ολόκληρης της ζωής του να μην είχε κάποιο μικρό ή μεγάλο σεξουαλικό πρόβλημα, μικρής ή μεγάλης διάρκειας και έντασης. Το σίγουρο που φαίνεται από διάφορες επιδημιολογικές μελέτες, είναι ότι το 25% των ενηλίκων, οποιασδήποτε ηλικίας, έχουν κάποιο πρόβλημα. Οι παραφυλίες είναι βέβαια λιγότερο συχνές από ότι οι σεξουαλικές δυσλειτουργίες.

Ενώ παλιά τα ψυχολογικά αίτια εκάλυπταν το 90 - 95% των περιπτώσεων με σεξουαλικά προβλήματα, τα τελευταία χρόνια το ποσοστό αυτό μειώνεται στο 65 - 70% και το υπόλοιπο αποδίδεται σε οργανικά αίτια.

Ιστορικά, τα άτομα με κάποιο σεξουαλικό πρόβλημα το αντιμετώπιζαν θεραπευτικά, τουλάχιστον για το πρώτο ήμισυ του αιώνα μας, από την ψυχανάλυση. Είχε πράγματι η ψυχανάλυση μονοπωλήσει την θεραπεία τους. Μετά τον πόλεμο, όμως, η φροντίδα των ατόμων αυτών περιέρχεται στα χέρια μας ποικιλίας επαγγελματιών και την τελευταία δεκαετία είναι στο προσκήνιο οι ουρολόγοι. Οι ψυχολόγοι και οι ψυχίατροι αντιμετωπίζουν το 65 - 70% των περιπτώσεων και οι ενδοκρινολόγοι αντιμετωπίζουν ένα πολύ μικρό ποσοστό, που τα αίτιά τους αποδίδονται σε ορμονικές διαταραχές. Οξείες και χρόνιες παθήσεις επηρεάζουν την σεξουαλική λειτουργία και η θεραπευτική αντιμετώπιση των περιπτώσεων αυτών απαιτεί ειδικές ψυχοθεραπευτικές γνώσεις.

5. ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΕΣ ΠΑΡΕΚΚΛΙΣΕΙΣ Ή ΠΑΡΑΦΙΛΙΕΣ

Στις σεξουαλικές παρεκκλίσεις υπάρχει μια διαταραχή του σεξουαλικού σκοπού ή στόχου. Στο άτομο με σεξουαλική παρέκκλιση, το σεξουαλικό αντικείμενο προτίμησής του διαφέρει από το συνηθισμένο. Έτσι, το παραφυλικό άτομο διεγείρεται από ερεθίσματα που δεν ερεθίζουν τα πιο πολλά άτομα π.χ. ένα παιδί, ένα ζώο, ή μπορεί να ερεθίζεται μόνο όταν έχει αισθήματα υποδούλωσης,

όταν τιμωρείται, μόνο βλέποντας ή όταν επιδεικνύει τα γεννητικά του όργανα ή όταν προκαλεί πόνο στους άλλους. Η διέγερση όμως και ο οργασμός είναι φυσιολογικά και οδηγούν το άτομο σε σεξουαλική ευχαρίστηση.

Καθώς παραφιλικές φαντασιώσεις ή παραφιλικά αντικείμενα είναι σεξουαλικά διεγερτικά για πολλά άτομα, η διάγνωση της παραφιλίας δεν θα τεθεί αν δεν συντρέχουν τόσο η διάρκεια και η επανειλημμένη και υπερβολική ενασχόληση όσο και η μεταφορά στην πράξη ή η έντονη υποκειμενική ενόχληση.

Εκτός από τον σεξουαλικό μαζοχισμό, ο οποίος είναι είκοσι φορές συχνότερος στους άντρες απ'ότι στις γυναίκες, οι άλλες παραφιλίες ποτέ δεν διαγιγνώσκονται σε γυναίκες στην κλινική πράξη, εκτός από ελάχιστες περιπτώσεις. Οι λόγοι γ'αυτό είναι άγνωστοι. Παιδικές εμπειρίες μπορεί να παίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη των παραφιλικών αλλά και αυτό δεν είναι σίγουρο.

Πολλά άτομα με παραφιλίες δεν θεωρούν ότι είναι άρρωστα και προσέρχονται στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας μόνο όταν η συμπεριφορά τους έρχεται σε σύγκρουση με το περιβάλλον, π.χ. την σύζυγο, την οικογένεια, το νόμο.

Συχνά τα άτομα αυτά δεν μπορούν να ανταποδώσουν τρυφερότητα στην σεξουαλική επαφή ή πάσχουν και από διάφορες σεξουαλικές δυσλειτουργίες.

Οι σεξουαλικές παρεκκλίσεις θεραπεύονται με ορισμένα είδη θεραπείας συμπεριφοράς και με αποκαλυπτική ψυχαναλυτική θεραπεία.

5.1 ΟΜΟΦΥΛΟΦΙΛΙΑ

Η ομοφυλοφιλία που είναι γνωστή από αρχαιοτάτων χρόνων, έχει ξεσηκώσει έντονες διαμάχες μεταξύ επιστημονικών ομάδων, καθώς φυσικά και μεταξύ των απλών ανθρώπων. Θρησκευτικοί αρχηγοί έχουν επιχειρήσει να εξαλείψουν την ομοφυλοφιλία, θεωρώντας την αμάρτημα άξιο τιμωρίας. Νομοθέτες επιδίωξαν το ίδιο πράγμα, καθιστώντας την παράνομη και αξιόποινη πράξη. Τέλος, προσπάθησαν και οι ψυχίατροι κατατάσσοντάς την στις ψυχικές νόσους και προσπαθώντας να την θεραπεύσουν. Ωστόσο, καμιά από αυτές τις εκστρατείες δεν κατάφερε να εξαλείψει την ομοφυλοφιλία. Αυτό όμως που κατόρθωσαν συχνά ήταν να εμψύχουν στο ομοφυλόφιλο άτομο ένα συναίσθημα ενοχής και αποξένωσης.

Επιστήμονες αλλά και απλοί άνθρωποι, εκφράζουν καταδικαστικές θέσεις που διαμορφώνουν εχθρικό κοινωνικό κλίμα προς τα ομοφυλόφιλα άτομα, που πολλές φορές παρασύρει και τους λεγόμενους "ειδικούς". Αυτό πάντως δεν προκαλεί έκπληξη, καθώς η ομοφυλοφιλία ήταν και εξακολουθεί να είναι ισχυρό "ταμπού" της ανθρώπινης σεξουαλικότητας και κατά πάσα πιθανότητα θα εξακολουθεί να είναι για αρκετό καιρό.

Η ομοφυλοφιλία είναι έκφραση της ανθρώπινης σεξουαλικότητας. Για να γίνει λοιπόν κατανοητή πρέπει να αναλυθεί ο όρος σεξουαλικότητα.

Η σεξουαλικότητα είναι μια από τις πιο ευαίσθητες πλευρές της προσωπικότητας που αφορά και στα τρία βασικά επίπεδα ανάπτυξης του ατόμου, δηλαδή στο βιολογικό, το κοινωνικό και το ψυχολογικό. Από βιολογικής πλευράς, η σεξουαλική λειτουργία είναι η φυσιολογική λειτουργία, με την οποία αναπαράγεται το ανθρώπινο είδος. Ενώ όμως η φύση παράγει άτομα ικανά για την αναπαραγωγική λειτουργία, η κοινωνία διαμορφώνει την σεξουαλική συμπεριφορά, δηλαδή την διαδικασία προσέγγισης για την επιτέλεση της αναπαραγωγής.

Τόσο η βιολογική όσο και η κοινωνική συνιστώσα της σεξουαλικότητας επιδρούν στο άτομο, επηρεάζουν επομένως την ψυχολογία του ή καλύτερα τις ψυχολογικές του ανάγκες όπως είναι π.χ. συναισθηματικές. Ωστόσο αν διερευνηθεί η σεξουαλική συμπεριφορά μόνο σε σχέση με την αναπαραγωγή, θα παραβλεφθεί η

σημασία της για την ζωή του κοινωνικού ανθρώπου. Η σπουδαιότητα λοιπόν της ανθρώπινης σεξουαλικής συμπεριφοράς πρέπει να αναζητηθεί πολύ πιο πέρα από τον αναπαραγωγικό ρόλο της. Για να καλυφθούν αυτά δημιουργήθηκε ο όρος σεξουαλικότητα.

Η σεξουαλικότητα είναι ψυχική ενέργεια που βρίσκει και ψυχολογικές εκφράσεις στην επιθυμία για επαφή, ζεστασιά, τρυφερότητα και αγάπη. Με άλλα λόγια, περιλαμβάνει όλες τις αξίες και τους συμβολισμούς που οι άνθρωποι αποφασίζουν να αποδώσουν στις σεξουαλικές τους δραστηριότητες.

Οι κοινωνίες, για να επηρεάσουν αυτά τα συστήματα αξιών, καθιερώνουν θεσμούς για το πως, πού, πότε, με ποιόν και με ποιά συχνότητα πρέπει να γίνονται οι διάφορες σεξουαλικές δραστηριότητες. Παρόλ'αυτά δεν είναι όλοι οι κοινωνικοί θεσμοί αποτελεσματικοί και πολλοί άνθρωποι δεν ακολουθούν τα καθιερωμένα πρότυπα της κοινωνίας και έτσι βρίσκονται στο κοινωνικό περιθώριο στιγματισμένοι. Κάθε πολιτισμός βαπτίζει διαφορετικές σεξουαλικές πρακτικές ως κατάλληλες ή ως ακατάλληλες, ηθικές ή ανήθικες, υγιείς ή διεστραμμένες.

α. Αιτιολογία

Γιατί άλλοι άνθρωποι αναπτύσσουν ετεροφυλόφιλο και άλλοι ομοφυλόφιλο προσανατολισμό; Δεν υπάρχουν ξεκάθαρες απαντήσεις. Στην προσπάθεια να διευκρινίσουν τις αιτίες της ομοφυλοφιλίας, οι ερευνητές έχουν διερευνήσει ποικίλες ψυχολογικές και βιολογικές υποθέσεις.

Για τους άντρες πιστεύεται ότι το πρόβλημα είναι αποτέλεσμα εμπειριών της παιδικής ηλικίας με μια πολύ ασφυκτικά κοντινή, δεσμευτική και σαγηνευτική μητέρα και έναν παθητικό, εχθρικό ή απουσιάζοντα πατέρα. Για τις γυναίκες δεν έχει προταθεί καμιά ξεκάθαρη υπόθεση με κάποιου είδους οικογενειακό σχήμα, αλλά οι παραδοσιακές θεωρίες πιστεύουν ότι η ομοφυλοφιλία ανάμεσα στις γυναίκες είναι αποτέλεσμα άλυτων αναπτυξιακών δυσκολιών.

Έρευνες των επιπέδων τεστοστερόνης στο αίμα δεν έδειξαν συστηματικά και σταθερά διαφορές μεταξύ ομοφυλόφιλων και ετεροφυλόφιλων ατόμων. Πιο πρόσφατες έρευνες έχουν εστιασθεί στην υπόθεση ότι διαφορετικά επίπεδα εμβρυικών ανδρογόνων στην ενδομήτρια περίοδο του ατόμου πιθανόν να προγραμματίζουν την ανάπτυξη του εμβρύου προς την μία ή την άλλη κατεύθυνση.

Τελικά λοιπόν, θα μπορούσε κανείς να πει ότι οι διάφορες θεωρίες, ψυχολογικές και βιολογικές που προτάθηκαν για την εξήγηση των αιτιών της ομοφυλοφιλίας, δεν έχουν αποδειχθεί ακόμη. Είναι πιθανόν, ότι τόσο περιβαλλοντικοί όσο και βιολογικοί παράγοντες παίζουν ρόλο στην γένεση της ομοφυλοφιλίας, όπως βέβαια συντελούν και στην γένεση της ετεροφυλοφιλίας.

Η παραδοσιακή θέση θεωρεί την ομοφυλοφιλία ως ένα είδος αρρώστιας ή στην καλύτερη περίπτωση, ως εκδήλωση διαταραγμένης προσωπικότητας. Υποστηρίζεται ότι η ομοφυλοφιλία είναι παρέκκλιση από τον βιολογικό κανόνα, δηλαδή δεν προάγει την αναπαραγωγή του είδους. Υπάρχουν επίσης υποστηρικτές της απόψεως ότι η ομοφυλοφιλία είναι ψυχοπαθολογική εκδήλωση και στηρίζουν την θέση ότι είναι συνέπεια διαταραγμένων σχέσεων γονέων-παιδιού, και επομένως τα άτομα αυτά είναι ψυχικώς διαταραγμένα, γιατί αναπτύχθηκαν σε ψυχοπαθολογικό οικογενειακό περιβάλλον.

Άλλες έρευνες υποστηρίζουν ότι οι ομοφυλόφιλοι άνδρες και γυναίκες είναι νευρωτικοί, ναρκισσιστικοί, καταθλιπτικοί. Ένας άλλος τομέας της προσωπικότητας των ομοφυλόφιλων που μερικοί κλινικοί θεωρούν διαταραγμένο είναι η επίμονη εμπλοκή τους σε ομοφυλοφιλικές σεξουαλικές δραστηριότητες.

που χαρακτηρίζεται ως ψυχαναγκαστικοί και ως εκ τούτου παθολογική. Αυτή η άποψη έχει οδηγήσει στην εντύπωση ότι οι ομοφυλόφιλοι ασχολούνται συνεχώς με το σεξ, αλλάζουν συχνά συντρόφους, είναι ανίκανοι να συγκεράσουν συναισθηματικές και σεξουαλικές ανάγκες, ανίκανοι να διατηρήσουν μια μακροχρόνια σχέση και καταδικασμένοι σε χωρίς ελπίδα αναζήτηση μιας ιδανικής σχέσεως.

β. Θεραπεία

Πολλά είδη θεραπειών έχουν χρησιμοποιηθεί στην προσπάθεια να βοηθήσουμε τα άτομα που θέλουν να αλλάξουν τον ομοφυλοφιλικό τους προσανατολισμό. Ψυχοθεραπεία, ψυχανάλυση και θεραπεία συμπεριφοράς είναι οι πιο συνηθισμένοι τρόποι, όλοι, όμως, είχαν περιορισμένη αποτελεσματικότητα. Ορισμένοι κλινικοί υπολογίζουν ότι το ένα τρίτο των ομοφυλόφιλων ανδρών που αρχίζουν θεραπεία με σκοπό την αλλαγή του σεξουαλικού τους προσανατολισμού επιτυγχάνουν να αλλάξουν τον προσανατολισμό τους σε ετεροφυλικό.

Βασικά, με κάθε ομοφυλόφιλο άτομο, ο κλινικός θα πρέπει προσεκτικά να διευκρινήσει τί στο βάθος θέλει και τί μπορεί και κατόπιν να κατευθύνει την θεραπευτική του προσέγγιση είτε προς την προσπάθεια αλλαγής του ομοφυλόφιλου προσανατολισμού σε ετεροφυλόφιλο ή τουλάχιστον αμφιφυλόφιλο - δύσκολο αλλά όχι ακατόρθωτο - ή προς την καλύτερη προσαρμογή στον ομοφυλόφιλο προσανατολισμό.

5.2 ΕΠΙΔΕΙΞΙΟΜΑΝΙΑ

Η επίδειξη των γεννητικών οργάνων στο άλλο φύλο συναντάται σχεδόν αποκλειστικά στους άνδρες. Έχει σαν σκοπό να ξαφνιάσει ή να σοκάρει τη γυναίκα και όχι να της κάνει κακό. Ο επιδειξίας μπορεί και να αυνανισθεί μπροστά στο θύμα, που μπορεί να είναι κοριτσάκι ή γυναίκα.

Η διαταραχή μπορεί να εμφανισθεί σε οποιαδήποτε ηλικία και πιο συχνά γύρω στα 25. Οι επιδείξεις, αν και συλλαμβάνονται, δεν είναι συνήθως επικίνδυνες για τα θύματά τους.

5.3 ΠΑΙΔΕΡΑΣΤΙΑ Ή ΠΑΙΔΟΦΙΛΙΑ

Η παιδεραστία αφορά στην σεξουαλική επαφή με προεφηβικά αγόρια ή κορίτσια, οπότε μπορεί να είναι ομοφυλοφιλικού, ετεροφυλικού, ή αμφιφυλικού προσανατολισμού.

Οι ετεροφυλόφιλοι παιδεραστές συνήθως είναι κοινωνικά δυσπροσάρμοστα άτομα, συχνά αλκοολικοί με προβληματικούς γάμους και προτιμούν κοριτσάκια 8 - 10 ετών, που συνήθως απλά τα κοιτάζουν ή τα χαϊδεύουν.

Οι ομοφυλόφιλοι παιδεραστές συνήθως είναι άτομα που δεν παντρεύτηκαν ποτέ και που πολλοί από αυτούς είχαν παρόμοιες εμπειρίες όταν ήταν παιδιά.

Πιο συχνή φαίνεται να είναι η ετεροφυλόφιλη παιδεραστία. Ιδιαίτερα συχνή είναι η αιμομικτική σχέση μεταξύ πατέρα και κόρης ή και η σεξουαλική δραστηριότητα μεταξύ πατριού και θετής κόρης.

5.4 ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΣ ΜΑΖΟΧΙΣΜΟΣ

Το άτομο προτιμά να διεγείρεται μόνο με το να δένεται, να δέρνεται, να βασανίζεται. Τόσο ομοφυλόφιλα, όσο και ετεροφυλόφιλα άτομα, άνδρες ή

γυναίκες, μπορεί να αναπτύξουν σεξουαλικό μαζοχισμό. Η διαταραχή αυτή μπορεί να αρχίσει οποτεδήποτε, αλλά πιο συχνά εμφανίζεται στην αρχή της ενήλικης ζωής. Είναι δυνατόν να συμβεί μόνιμη σωματική βλάβη, ευνουχισμός, ή ακόμα και θάνατος από τις παραφιλικές αυτές δραστηριότητες.

5.5 ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΣ ΣΑΔΙΣΜΟΣ

Ο σεξουαλικός σαδισμός είναι η πρόκληση σωματικού ή ψυχολογικού πόνου σε ένα άλλο άτομο με σκοπό την σεξουαλική διέγερση του παραφιλικού ατόμου.

Το άλλο άτομο μπορεί να συναινεί ή όχι. Ο σεξουαλικός σαδισμός συμβαίνει τόσο σε ομοφυλόφιλα, όσο και σε ετεροφυλόφιλα άτομα και συνήθως εμφανίζεται στην αρχή της ενήλικης ζωής. Η παραφιλική δραστηριότητα μπορεί να είναι ήπια ή μπορεί να προξενήσει κακώσεις ή και το θάνατο. Ο σεξουαλικός σαδισμός μπορεί να συνοδεύεται και από σεξουαλικό μαζοχισμό στο ίδιο άτομο.

5.6 ΦΕΤΙΧΙΣΜΟΣ

Το άτομο με φετιχισμό συχνά αυνανίζεται ενώ κρατά, χαϊδεύει ή μυρίζει στηθόδεσμούς, γυναικεία εσώρουχα, κάλτσες, παπούτσια, κ.λ.π.

5.7 ΠΑΡΕΝΔΥΣΙΑΚΟΣ Ή ΤΡΑΝΣΒΕΣΤΙΚΟΣ ΦΕΤΙΧΙΣΜΟΣ

Η ένδυση με ρούχα του αντίθετου φύλου τυπικά αρχίζει στην παιδική ηλικία ή κυρίως στην εφηβεία. Το άτομο, που σχεδόν πάντα είναι ετεροφυλόφιλο, ντύνεται με γυναικεία ρούχα και συνήθως αυνανίζεται και φαντάζεται άλλους άνδρες να ελκύονται από αυτόν σαν γυναίκα μέσα στα γυναικεία του ρούχα. Ο τρανσβεστικός φετιχισμός μπορεί να εξελιχθεί σε τρανσεξουαλισμό, αλλά αυτό είναι σπάνιο. Στις περισσότερες περιπτώσεις ο τρανσεξουαλισμός διακρίνεται σαφώς από τον τρανσβεστικό φετιχισμό από το ότι το τρανσεξουαλικό άτομο έχει γυναικεία ταυτότητα φύλου.

5.8 ΗΔΟΝΟΒΛΕΨΙΑ

Ο ηδονοβλεψίας δεν επιζητεί σεξουαλική δραστηριότητα με το παρατηρούμενο άτομο, αλλά μπορεί να αυνανισθεί κατά την διάρκεια της παρακολούθησης ή μετά, ανακαλώντας στην μνήμη του τη σκηνή.

5.9 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΝ ΠΑΡΕΚΚΛΙΣΕΩΝ

Οι σεξουαλικές παρεκκλίσεις θεωρούνται από πολλούς ότι έχουν σαν βάση ψυχολογικούς παράγοντες και ότι πηγάζουν από εμπειρίες της παιδικής ηλικίας. Κατά συνέπεια, πολλοί κλινικοί χρησιμοποιούν την ψυχοθεραπεία σαν τρόπο αντιμετώπισης αυτών των διαταραχών. Η ψυχανάλυση προσπαθεί να φέρει στην επιφάνεια και να επιλύσει παιδικές ψυχικές συγκρούσεις που θεωρούνται υπεύθυνες για την παρέκκλιση, αλλά πολλά άτομα με τέτοιες διαταραχές δεν μπορούν να αντέξουν τέτοιου είδους έντονη θεραπεία. Η ατομική ψυχοθεραπεία μπορεί να φανεί χρήσιμη στο να βοηθήσει το άτομο να αναγνωρίσει τα συναισθήματα και τις φαντασιώσεις που το παροτρύνουν για παρεκκλίνουσα σεξουαλική συμπεριφορά, να αποκτήσει πιο παραδεκτούς τρόπους σεξουαλικής

ικανοποίησης, καθώς και να ελέγξει το βαθμό που η παρεκκλίνουσα συμπεριφορά του παρεμβαίνει στην κοινωνική και επαγγελματική του ζωή.

6. ΑΥΝΑΝΙΣΜΟΣ

Τόσο τα αγόρια όσο και τα κορίτσια γνωρίζουν το πρόβλημα του αυνανισμού. Κι εδώ τα αγόρια είναι περισσότερο ενεργητικά. Μόνο ένα μέρος των κοριτσιών αυνανίζονται, ενώ είναι ελάχιστα τα αγόρια, που δεν ανακαλύπτουν τον αυνανισμό.

α. Τι είναι αυνανισμός;

Όλοι ξέρουμε, πόσο ευαίσθητα είναι στην επαφή τα γεννητικά όργανα. Κάθε βίαιη επαφή προκαλεί πόνο, ενώ μια προσεκτική επαφή είναι ευχάριστη και ηδονική.

Το αγόρι έχει περισσότερες ευκαιρίες να γνωρίσει τα γεννητικά του όργανα. Στην καθημερινή επαφή μαζί του ανακαλύπτει και την ευχαρίστηση που προκαλεί το άγγιγμά του. Προκαλούν συνειδητά την σεξουαλική ένταση, και την οδηγούν στο αποκορύφωμά της. Ένα μεγάλο μέρος των κοριτσιών, αντίθετα, δεν ανακαλύπτει ποτέ τον αυνανισμό.

β. Προκαλεί ο αυνανισμός κινδύνους;

Υπάρχουν πολλοί γονείς και παιδαγωγοί, που αντιμετωπίζουν με πολύ σκεπτικισμό τον αυνανισμό. Πολλοί φοβούνται, πως ο νέος άνθρωπος με τον αυνανισμό μαθαίνει να σκέφτεται μόνο τον εαυτόν του και πως αργότερα επιζητεί μόνο την δική του σεξουαλική ικανοποίηση. Σίγουρα στον αυνανισμό κρύβεται ένα μεγάλο μέρος της αγάπης του ίδιου μας του εαυτού και εγωισμός. Δεν αποτελεί όμως ένα στοιχείο της ηλικίας της ανάπτυξης το γεγονός, ότι ο νέος στρέφεται προς τον εαυτόν του;

Εξάλλου, δημιουργείται η εντύπωση ότι η αυτοϊκανοποίηση τον αποπροσανατολίζει: Ο νέος άνθρωπος δεν πρόκειται όμως να εμποδιστεί από τον αυνανισμό να αγαπήσει κάποτε έντιμα και αληθινά. Αν αναπτύσσεται λαθεμένα και δεν ψάχνει ύστερα από λίγα χρόνια για ένα άτομο, που ανήκει στο άλλο φύλο, δεν μπορούμε να πούμε πως αυτό αποτελεί συνέπεια του αυνανισμού.

Ακόμα και τα νεαρά άτομα, που υποφέρουν από αναγκαστικό αυνανισμό και δεν μπορούν να απελευθερωθούν πια από την επιθυμία να αυνανίζονται συνεχώς και σπασμωδικά, δεν έφτασαν σ' αυτό το σημείο από τον αυνανισμό. Προσπαθούν μ' αυτό τον τρόπο, με την επαναλαμβανόμενη εμπειρία της ηδονής, να γεμίσουν με ένα νόημα τη ζωή τους, που τους φαίνεται τόσο άδεια, χωρίς περιεχόμενο και σκοπό. Ο αναγκαστικός αυνανισμός είναι συνέπεια μιας κατάστασης της ζωής, που δεν επιτρέπει στο νεαρό άνθρωπο καμιά άλλη χαρά ή ελπίδα. Τις περισσότερες φορές δεν μπορούν οι νέοι να ξεφύγουν μόνο με τις δικές τους δυνάμεις απ' αυτή την κατάσταση. Χρειάζονται την βοήθεια κάποιου ψυχαναλυτή.

Έως τώρα δεν συνηθιζόταν να γίνεται τόσο αναλυτικά λόγος για τον αυνανισμό. Κι όταν γινόταν λόγος, συνοδευόταν από προειδοποιήσεις και απαγορεύσεις. Ορισμένες από αυτές είμαστε πρόθυμοι να τις αποδεχτούμε: Κανείς δεν πρέπει να παρασύρει τον άλλο στον αυνανισμό. Ο αυνανισμός είναι μια υπόθεση φυσική, όταν ανακαλύπτεται από τον ίδιο. Ίσως είναι γι' αυτόν πολύ νωρίς, όταν του επιστηθεί η προσοχή, με αποτέλεσμα να αποκτήσει τραυματικές



εμπειρίες. Και δεν πρέπει κανείς να αποκτά τέτοιες εμπειρίες από την σεξουαλικότητα, που έχει την αποστολή να προκαλεί χαρά.

γ. Συχνότητα του αυνανισμού

Είπαμε ήδη ότι τα κορίτσια αυνανίζονται λιγότερο από τα αγόρια. Συμβαίνει καμιά φορά να αυνανίζονται συχνά για βραχύ χρονικό διάστημα και ύστερα να διακόπτουν τον αυνανισμό για πολλούς μήνες χωρίς να αισθάνονται την ανάγκη του.

Ο ανάγκες των αγοριών είναι γενικά εντονότερες. Αλλά και εδώ παρουσιάζει η συχνότητα του αυνανισμού μεγάλες διαφορές. Οι στατιστικοί ισχυρίζονται, πως τα αγόρια, που βρίσκονται στην ηλικία της ανάπτυξης, αυνανίζονται δύο φορές την εβδομάδα, περίπου. Η ανάγκη του αυνανισμού αμβλύνεται από μόνη της με το πέρασμα του χρόνου. Μερικά αγόρια νιώθουν καθημερινά για ένα διάστημα την επιθυμία να αυνανιστούν, και κατόπιν περνά ένα διάστημα και νιώθουν αυτή την επιθυμία σπανιότερα. Δεν πρέπει να θεωρήσουμε, πως ένας νεαρός που αυνανίζεται καθημερινά για μεγάλο χρονικό διάστημα, υποφέρει από αναγκαστικό αυνανισμό. Ο αναγκαστικός αυνανισμός θεωρείται σαν σημάδι ασθένειας. Δεν διαφέρει οπωσδήποτε στην συχνότητα από τον φυσικό αυνανισμό στην ηλικία της ανάπτυξης. Η διαφορά βρίσκεται στο βίωμα. Ο αναγκαστικός αυνανισμός συμβαίνει παρά την θέληση του νέου. Ο νέος υποφέρει περισσότερο, από την χαρά που προκαλεί στον εαυτόν του με τον αυνανισμό. Χαρακτηριστικό για τον αναγκαστικό αυνανισμό είναι ένα αίσθημα μοναξιάς, απομόνωσης από τον έξω κόσμο, ένα αίσθημα παραμερισμού, μη αναγνώρισης. Ο νεαρός δεν μπορεί να ξεφύγει μόνος του από το αδιέξοδο αυτό και χρειάζεται ψυχιατρική βοήθεια.

7. ΔΙΑΦΩΤΙΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΤΩΝ ΝΕΩΝ

Η εφηβεία είναι μια θυελλώδης δημιουργική και δύσκολη περίοδος της ζωής, γεμάτη αντιθέσεις, άλματα, συγκρούσεις, διεκδικήσεις, κατακτήσεις, απογοητεύσεις, ανασφάλειες, όνειρα, ελπίδες και οδύνες.

Οι έφηβοι μάχονται ένθερμα για την ανεξαρτησία τους και παράλληλα συνειδητοποιούν την παρατεινόμενη εξάρτησή τους από τους γονείς τους. Ενώ πιστεύουν αρχικά πως η εξάρτησή τους είναι μόνο οικονομική, συνειδητοποιούν ότι είναι εξαρτημένοι και συναισθηματικά από αυτούς γιατί οι γονείς έχουν τη δύναμη να επηρεάζουν τον συναισθηματικό τους κόσμο, που συχνά πληγώνουν με διάφορους τρόπους: με τον αυστηρό έλεγχό τους, με την αμφισβήτησή τους, με την υποτίμησή με την απόρριψή τους.

Είναι μια δύσκολη περίοδος και για τις δυο γενιές και μόνο ο διάλογος που πρέπει να έχει ανοίξει πολύ νωρίτερα, από την παιδική ηλικία μπορεί να βοηθήσει την κατάσταση. Ο διάλογος και η κατανόηση, από την πλευρά των μεγάλων.

Τί μπορεί να σημαίνει λοιπόν, για την εφηβεία αυτή την δύσκολη περίοδο της ζωής η έννοια "ικανοποιητικές σεξουαλικές σχέσεις"; Η αίσθηση ότι είναι κανείς αρεστός, επιθυμητός ή τουλάχιστον όχι ανεπιθύμητος, η επιβεβαίωση του ανδρισμού ή της θυληκότητας; Τι ωθεί τους εφήβους στην επιλογή του ερωτικού συντρόφου ή συντρόφων; Η ανάγκη απορρόφησης της αρμονικής έντασης και η εξισορρόπηση της οργανικής λειτουργίας, η ηρεμία που επακολουθεί και η δυνατότητα να λειτουργήσουν στα υπόλοιπα καθήκοντά τους; Μήπως μαζί με όλα αυτά, πέρα από την περιέργεια και την μίμηση ή και τον εντυπωσιασμό των συνομήλικων, γίνεται χρήση των σεξουαλικών σχέσεων σαν ένα αναισθητικό κατά των διάφορων πόνων, για τους προσωπικούς φόβους και αμφιβολίες. Μήπως-

μια μερίδα εφήβων χρησιμοποιεί το σεξ σαν ένα υποκατάστατο συναισθηματικής στέρησης από το πρωτογενές τους περιβάλλον; Η σεξουαλική ικανοποίηση δεν πετυχαίνεται μέσα από μια μηχανιστική προσέγγιση.

Οι ικανοποιητικές σεξουαλικές σχέσεις αποτελούν σημαντικό παράγοντα για την ψυχολογική ισορροπία, την κοινωνική προσαρμογή και την πνευματική προσωπική ανάπτυξη.

Οι γονείς, για να βοηθήσουν τους νέους στην ομαλή, ανεμπόδιστη, ικανοποιητική και χαρούμενη απόλαυση της σεξουαλικότητάς τους, πρέπει, πρώτα, οι ίδιοι να κάνουν μια αναδρομή στην δική τους πορεία.

Το σεξ δεν είναι απλά μια βιολογική λειτουργία. Αποτελεί μια σωματική δραστηριότητα με άμεσες και μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στον συναισθηματικό κόσμο. Η προσδοκία, η επιθυμία, η αναστάτωση, η αδιαφορία, η ευφορία, η τρυφερότητα, η γαλήνη, η οργή, ταπείνωση και αποστροφή που μπορεί να νιώθει κανείς πριν ή μετά την επαφή, αποτελούν το κέρδος που αντλείται ή το τίμημα που καταβάλλεται στον τρόπο προσέγγισης της σεξουαλικής δραστηριότητας.

Η ικανοποιητική σεξουαλική δραστηριότητα, προϋποθέτει βιολογική ωριμότητα (ολοκλήρωση της σωματικής ανάπτυξης), συναισθηματική ισορροπία (αυτοεκτίμηση, επαρκή συναισθηματική ανεξαρτησία) και κοινωνική ανάπτυξη (σεβασμό της προσωπικότητας και των δικαιωμάτων των άλλων).

Πέρα από την πληροφόρηση για την φυσιολογία των δύο φύλων (ομοιότητες και διαφορές), για να δημιουργηθούν ικανοποιητικές σεξουαλικές σχέσεις απαιτείται κάποια έλξη και ένας βαθμός συναισθηματικής επένδυσης και αποδοχής της προσωπικότητας του συντρόφου. Χρειάζεται κοινή προσπάθεια και ειλικρινής διάθεση για να χαρούν και οι δυο όσα είναι έτοιμοι να χαρούν και να προχωρούν αναζητώντας τρόπους για κοινή απόλαυση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ - ΑΦΡΟΔΙΣΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Με τον όρο αφροδίσια νοσήματα, εννοούμε τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, που σύμφωνα με τον παραπάνω χαρακτηρισμό μπορούν να μεταδοθούν με την σεξουαλική επαφή, αλλά και με άλλους τρόπους, όπως κατά την ενδομήτριο ζωή δια μέσω του πλακούντα.

Στο παρόν κεφάλαιο της εργασίας μας, θα προσπαθήσουμε να προσεγγίσουμε όσο το δυνατόν περισσότερο τα νοσήματα αυτά. Και τούτο, γιατί θεωρούμε αναγκαία την ενημέρωση των ανθρώπων, ανεξαρτήτου φύλου ή ηλικίας για τα αφροδίσια νοσήματα, μια και δεν κάνουν διαχωρισμό σε ηλικία, φύλο ή φυλή. Ανά πάσα στιγμή, ο καθένας, σε όποια κοινωνικο-οικονομική τάξη και αν ανήκει μπορεί να προσβληθεί από αυτά και να βρεθεί αντιμέτωπος με τις συνέπειες που θα έχει μια τέτοια μόλυνση.

Στις μέρες μας, από επιστημονικές έρευνες που έχουν γίνει, μπορούμε να δούμε ότι υπάρχει μεγάλη έξαρση των νοσημάτων αυτών παγκοσμίως, και ένας από τους κύριους φυσικά λόγους είναι η άγνοια του κοινού. Γι'αυτό λοιπόν, οι 65 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις αφροδισίων νοσημάτων που συμβαίνουν κάθε χρόνο, αποτελούν μια δυσάρεστη πραγματικότητα, που δυστυχώς για άλλη μια φορά μας αναγκάζει να ασχοληθούμε μαζί τους, προσπαθώντας να συμβάλλουμε και εμείς με την σειρά μας στην σωστή ενημέρωση και αντιμετώπιση αυτού του προβλήματος.

Συνεπώς, επειδή η καλύτερη θεραπεία είναι η πρόγνωση και η πρόληψη, θέλουμε να πιστεύουμε ότι διαβάζοντας την εργασία μας, θα καταφέρουμε να σας κεντρίσουμε το ενδιαφέρον και να σας κατατοπίσουμε για τα ουσιαστικά μέρη και σημεία της κάθε νόσου.

1. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΑΦΡΟΔΙΣΙΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

Ο προσδιορισμός των επιδημιολογικών παραμέτρων είναι σχεδόν απόλυτα ακριβής σε χώρες όπου η υγειονομική παρακολούθηση είναι σωστά οργανωμένη και τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα είναι υποχρεωτικώς δηλωμένα.

Στην χώρα μας, υπάρχουν τα σχετικά στοιχεία για την δήλωση των νοσημάτων αυτών στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, όμως δεν γίνεται πάντα γιατί δεν είναι επιθυμητή από τους αρρώστους.

Στο Νοσοκομείο "Α. Συγγρός" λειτουργεί Γραφείο Στατιστικής και Επιδημιολογικής παρακολούθησης, από το οποίο προέρχονται ακριβή στοιχεία για τις ροπές των Αφροδισίων Νοσημάτων στην χώρα μας.

Αύξηση λοιπόν της συχνότητας των αφροδισίων νόσων παρατηρήθηκε διεθνώς από το 1925 έως το 1955 με αιχμή το 1942 έως το 1945 κατά τον II Παγκόσμιο Πόλεμο. Μετά το 1955, η πτώση της συχνότητας υπήρξε κατακόρυφη, όμως στην δεκαετία του 1960 και μέχρι το μέσο της δεκαετίας του 1970, σημειώθηκε αισθητή άνοδος, η οποία, δυστυχώς, συνεχίστηκε από το 1978 και εξής.

Στην χώρα μας, παρατηρήθηκαν παρόμοια αποτελέσματα με ηπιότερες διακυμάνσεις, εξαιρώντας όμως την περίπτωση των οξυτενών κονδυλωμάτων, τα οποία την δεκαετία 1973 έως το 1983, παρουσίασαν τριπλασιασμό της αύξησής τους.

2. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΑΦΡΟΔΙΣΙΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

A. ΙΑΤΡΟΓΕΝΕΙΣ

1. Γυναίκες με ασυμπτωματική νόσο.
2. Ομοφυλόφυλοι άνδρες - ασυμπτωματικοί.
3. Αποτυχία θεραπευτικής αγωγής.
4. Χρησιμοποίηση αντισυλληπτικών, με αποτέλεσμα την έλλειψη προστασίας ή την έλλειψη αναστολών και μεγαλύτερο αριθμό επαφών και εναλλαγή ερωτικών συντρόφων.
5. Πρωϊμότερη ωρίμανση των γυναικών, σε σύγκριση με 40 - 80 χρόνια νωρίτερα, με αποτέλεσμα πρωϊμότερη έναρξη σεξουαλικής ζωής.

B. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

1. Μετακίνηση πληθυσμών (τουρισμός, πολεμικές συρράξεις, κ.λ.π.).
2. Αύξηση του χρόνου ανάπαυσης και διακοπών.
3. Εύκολη μετακίνηση από πόλη σε πόλη και από χώρα σε χώρα.
4. Αύξηση του αλκοολισμού.
5. Χαλάρωση των ηθών.
6. Ευκολότερη και πιο ελεύθερη διακίνηση των εκδιδόμενων γυναικών.
7. Συχνή εναλλαγή ερωτικών συντρόφων.
8. Άγνοια που επιτείνεται από την άποψη ότι τα αφροδίσια νοσήματα είναι χωρίς σημασία.

Γ. ΒΑΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

1. Η νόσηση του ενός ερωτικού συντρόφου και η μετάδοση στον άλλο.
2. Η προϋπόθεση πολλαπλών σεξουαλικών επαφών (εκδιδόμενες γυναίκες, ομοφυλόφυλοι, κ.α.).

3. ΣΥΦΙΛΗ

Η σύφιλη είναι γενική, χρόνια, μεταδοτική, λοιμώδης νόσος, η οποία υπάγεται στα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Οφείλεται στο τρεπόννημα το ωχρόν των Shaudin και Hoffman ή ωχρά σπειροχαίτη και μεταδίδεται κυρίως δια της σεξουαλικής επαφής, αλλά και κατ'άλλους τρόπους, όπως συγγενώς στο έμβρυο, κατά την ενδομήτριο ζωή. Η νόσος δεν είναι κληρονομική. Χαρακτηρίζεται από πλούσια ποικιλία κλινικών εκδηλώσεων από όργανα και συστήματα σε μια πρώιμη φάση ή παραμένει ασυμπτωματική και λανθάνουσα σε μια όψιμη φάση.

ΙΣΤΟΡΙΑ

Υποστηρίζεται, ότι η σύφιλη υπήρχε κατά την αρχαιότητα και τους αιγυπτιακούς χρόνους. Ο Ιπποκράτης περιέγραφε το 360 π. Χ. συφιλιδικά έλκη που είχαν παρουσιαστεί στα γεννητικά όργανα ασθενών, ενώ παρόμοια δείγματα πάρθηκαν από εξετάσεις που έγιναν σε κόκκαλα από υπολείμματα μουμιών.

Είναι σχεδόν βέβαιο ότι στην Ευρώπη η σύφιλη εμφανίστηκε το 1493 μετά την επιστροφή του Κολόμβου και των ναυτών του, οι οποίοι μολύνθηκαν κατά την διαμονή τους στην Νέα Ήπειρο.

Το όνομα "Σύφιλις" δόθηκε το 1521 από τον Ιταλό ποιητή Girolamo Fracastore, ο οποίος έγραψε ένα ποίημα, το "Syphilus, sive Morbus Gallicus", αναφερόμενο σε κάποιο βοσκό που έπασχε από αυτή την νόσο.

Από την εμφάνιση της σύφιλης υπήρχε μεγάλη σύγχυση ως προς την φύση και την αιτιολογία των αφροδισίων νοσημάτων. Αν και ο Balfour πρώτος κατάφερε να ξεχωρίσει την σύφιλη από την βλεννόρροια, ωστόσο η σύγχυση δεν έπαυε να υπάρχει μέχρι το 1905 που ανακαλύφθηκε το αίτιο της σύφιλης, το τρεπόννημα το ωχρόν.

Αργότερα, κατά τον II Παγκόσμιο Πόλεμο, μόνο στην Γερμανία υπήρχαν 500.000 περίπου συφιλιδικοί. Από τις αρχές του 20ου αιώνα, η σύφιλη ακολουθεί κυματοειδή καμπύλη επιδημιολογικής εξέλιξης, με βαθμιαία ελάττωση των πασχόντων, η οποία οφείλεται στην ανεύρεση και εφαρμογή αποτελεσματικών μεθόδων διάγνωσης και θεραπείας. Οι εξάρσεις της νόσου συμπίπτουν με την μεταπολεμική περίοδο των δύο τελευταίων Παγκοσμίων Πολέμων. Επακολούθησε σημαντική πτώση της συχνότητας αυτής, που οφειλόταν στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας με πενικιλίνη. Σήμερα, αναφέρονται στην Ευρώπη ετησίως περίπου 30.000 - 40.000 νέα κρούσματα και στην Αμερική περίπου 15 νέες μολύνσεις ανά 100.000 κατοίκους.

Βέβαιο είναι ότι η κοινωνική σημασία της σύφιλης είναι μεγάλη. Αν δεν διαγνωσθεί και δεν θεραπευθεί εγκαίρως, μπορεί να προκαλέσει σοβαρές αλλοιώσεις του δέρματος, των βλεννογόνων, των οστών, των αγγείων και του Κ.Ν.Σ., οι οποίες οδηγούν σε χρόνιες παθήσεις ή ακόμα και στον αιφνίδιο θάνατο.

ΑΙΤΙΟ

Το αίτιο της σύφιλης όπως είπαμε και παραπάνω είναι η ωχρά σπειροχαίτη ή αλλιώς τρεπόννημα το ωχρόν. Πρόκειται για μικρόβιο υπό μορφή νηματίου, μήκους 15 - 20 μm, είναι σπειροειδές με 14 - 20 σπείρες. Στο μικροσκόπιο παρουσιάζει με σκοτεινό οπτικό πεδίο τρεις σπειροειδείς κινήσεις. Δεν καλλιεργείται σε θρεπτικά υλικά και καταστρέφεται εύκολα σε θερμοκρασία 41,5°C. Υποστηρίζεται ότι στο πτώμα του ανθρώπου διατηρείται στην ζωή 1 - 2 μέρες. Ανευρίσκεται στον ορό του συφιλιδικού έλκους και των δευτερογόνων συφιλιδικών εκδηλώσεων, στους αδένες και στο αίμα. Πύλη εισόδου του μικροβίου είναι ο βλεννογόνος και το δέρμα εφόσον υπάρχει λύση της συνεχειας. Από την πύλη εισόδου, ο μικροοργανισμός διασπείρεται σε όλο το σώμα και την λέμφο μέσα σε λίγες ώρες. Η διασπορά του προηγείται σημαντικά από την εμφάνιση των πρώτων κλινικών εκδηλώσεων της νόσου.

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

Η σύφιλη ταξινομείται ανάλογα με τον τρόπο μόλυνσης, σε επίκτητη και συγγενή.

Η επίκτητος σύφιλη μεταδίδεται κατά την σεξουαλική επαφή με άτομο που πάσχει από την νόσο.

Χωρίζεται επίσης, σε:

- Πρώμη σύφιλη, δηλαδή μέχρι δύο χρόνια από την μόλυνση, και

- Όψιμη, δηλαδή μετά τα δύο χρόνια από την μόλυνση.

Μεταδοτικές μορφές της επίκτητης σύφιλης είναι μόνο οι εκδηλώσεις της πρωτογόνου, δευτερογόνου και λανθάνουσας, με πιθανότητες μόλυνσης που διαφέρουν ανάλογα με τον χρόνο εξέλιξης και τις κλινικές εκδηλώσεις που παρουσιάζει ο ασθενής κατά την εξέταση, καθώς και ανάλογα με τον τύπο του εξάνθηματος.

Η συγγενής σύφιλη μεταδίδεται από την μητέρα στο έμβρυο κατά την ενδομήτριο ζωή δια της πλακούντιας κυκλοφορίας και χωρίζεται σε πρώιμη και όψιμη μορφή.

ΕΠΙΚΤΗΤΟΣ ΣΥΦΙΛΗ

α) Πρώιμος Σύφιλη:

Χαρακτηριστική εκδήλωση αυτού του σταδίου είναι η εμφάνιση συφιλιδικού έλκους και σύστοιχης βουβωνικής αδενίτιδας. Το έλκος είναι ανώδυνο με σκληρή περιφέρεια και συνοδεύεται από διόγκωση των επιχωρίων λεμφαδένων. Συνήθως το έλκος αυτό εντοπίζεται στα εξωτερικά γεννητικά όργανα ή σε οποιαδήποτε άλλα μέρη του σώματος, όπως ο πρωκτός, η στοματική κοιλότητα, οι μαστοί, κ.λ.π.

Το έλκος εμφανίζεται 15 - 30 μέρες μετά την μόλυνση και περιέχει μεγάλο αριθμό τρεπονημάτων. Στο στάδιο αυτό, το άτομο μπορεί να μεταδώσει την νόσο. Η βουβωνική αδενίτιδα χαρακτηρίζεται από διόγκωση των σύστοιχων λεμφαδένων. Σε παρακέντηση του αδένος, ανευρίσκονται άφθονες σπειροχαίτες μέσα στον ορό.

β) Δευτερογόνος Σύφιλη:

Σε αυτό το στάδιο εκδηλώνεται εξάνθημα μικρο - κηλιδώδες, ρόδινης χροιάς, που εντοπίζεται κυρίως στον κορμό και ονομάζεται ροδάνθη. Το εξάνθημα εντοπίζεται στους βλεννογόνους των γεννητικών οργάνων, του στόματος, κ.λ.π., ανεξάρτητα από τον τρόπο μετάδοσης. Άλλες εκδηλώσεις είναι ο χαμηλός πυρετός, κακουχία, ανορεξία, απώλεια βάρους, αλωπεκία κατά τόπους, αρθρίτιδα, κ.λ.π. (βλέπε εικόνα 1, 2, 3, 4).

γ) Λανθάνουσα Σύφιλη:

Σε αυτό το στάδιο δεν υπάρχουν κλινικές εκδηλώσεις της νόσου, παρόλο που οι ορολογικές αντιδράσεις είναι θετικές. Αν και η πρώιμη σύφιλη μετά την κατάλληλη θεραπεία ιάται απόλυτα, η λανθάνουσα εξελίσσεται χωρίς συμπτώματα και μπορεί να επιφέρει οριστικές βλάβες στα μάτια, στο νευρικό και καρδιαγγειακό σύστημα. Στην αρχική περίοδο αυτού του σταδίου που φτάνει τα 4 χρόνια, το άτομο μεταδίδει τη νόσο, ενώ μετά από αυτό το χρονικό όριο, η νόσος δεν μεταδίδεται, είναι όμως δυνατή η μόλυνση του εμβρύου από την μητέρα. Σ'ένα 30% των ατόμων από αυτό το στάδιο, η νόσος θα εξελιχθεί και θα περάσει στην συμπτωματολογία της τριτογόνου (όψιμης) σύφιλης.



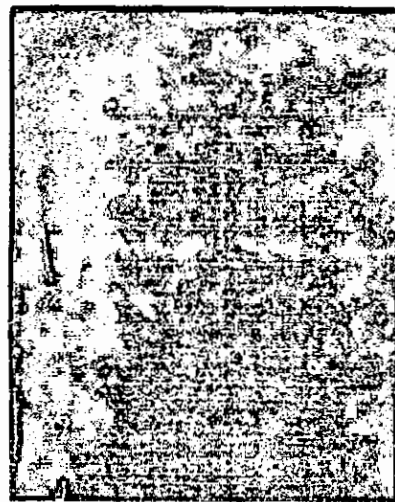
εικ.1 : Εξέλκωμα πέους κατά το στάδιο της πρώιμης σύφιλης. Η βάση του εξελκώματος είναι πυώδης.



εικ.2 : Φυσσαλιδικές και εξανθηματικές πληγές κατά το στάδιο της δευτερογόνου σύφιλης.



εικ.3 : Δευτερογόνος σύφιλη στην παλάμη του χεριού.



εικ.4 : Συφιλιδικά εξελκώματα κατά την δευτερογόνο σύφιλη.

ΟΨΙΜΗ (ΤΡΙΤΟΓΟΝΟΣ) ΣΥΦΙΛΗ

Κατά την διάρκεια αυτού του σταδίου, η νόσος εξελίσσεται αργά και ο ασθενής δεν μεταδίδει την νόσο. Οι κύριες κλινικές εκδηλώσεις του είναι τα συφιλιδικά κομμιώματα, η σύφιλη του καρδιαγγειακού συστήματος και η νευροσύφιλη.

Τα συφιλιδικά κομμώματα αναπτύσσονται 1 - 20 χρόνια μετά την αρχική μόλυνση. Το μέγεθός τους ποικίλλει, είναι ανώδυνα και εξελίσσονται αργά. Αναπτύσσονται κυρίως στο δέρμα και τα οστά, αλλά μπορεί να εμφανιστούν σε οποιοδήποτε όργανο. Η θεραπεία με πενικιλίνη μπορεί να δώσει ικανοποιητικά αποτελέσματα.

Οι εκδηλώσεις στο καρδιαγγειακό σύστημα παρατηρούνται 5 - 10 χρόνια μετά την αρχική μόλυνση και οφείλονται στη νέκρωση του μέσου χιτώνα και την καταστροφή του τοιχώματος της ανιούσας αορτής.

Η νευροσύφιλη εκδηλώνεται ως ασυμπτωματική νευροσύφιλη, μηνιγγοαγγειακή, νωτιάδα φθίση και γενική πάρεση.

ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΣΥΦΙΛΗ

Οφείλεται στην μετάδοση της ωχράς σπειροχαίτης από την μητέρα στο παιδί μέσω του πλακούντα. Ο μικροοργανισμός μεταδίδεται στο έμβρυο μετά τον 4ο μήνα της κύησης και αν γίνει θεραπεία της μητέρας αυτούς τους μήνες, το έμβρυο δεν προσβάλλεται από την νόσο.

Σε αντίθετη περίπτωση, ο ενδομήτριος θάνατος του εμβρύου φτάνει στο 25% των περιπτώσεων. Από τα παιδιά που θα επιζήσουν, περίπου τα μισά εμφανίζουν τα συμπτώματα της νόσου.

Χωρίζεται σε:

- Πρώιμη Συγγενής Σύφιλη
- Όψιμη Συγγενής Σύφιλη (η οποία είναι σπάνια στις μέρες μας).

α) Πρώιμη Συγγενής Σύφιλη:

Το παιδί που γεννιέται με συμπτώματα πρώιμης συγγενούς σύφιλης, είναι μεταδοτικό για το περιβάλλον του (μαιά, γιατρός). Είναι γεμάτο από εξανθήματα της δευτερογόνου σύφιλης, στα οποία υπάρχουν άφθονες σπειροχαίτες. Οι εκδηλώσεις παρατηρούνται στα δύο πρώτα χρόνια της ζωής. Πρώτο εύρημα είναι η ρινίτιδα που συνοδεύεται από πυώδη και πυοαιματηρή έκκριση. Μετά ακολουθεί η ανάπτυξη εξανθήματος που είναι ιδιαίτερα εμφανές στις παλάμες, τα πέλματα, γύρω από το στόμα και τον πρωκτό. Σ'αυτή την περίπτωση, το εξάνθημα μπορεί να εξελιχθεί σε φυσαλλιδώδες, σε αντίθεση με το εξάνθημα της δευτερογόνου σύφιλης. Άλλες εκδηλώσεις είναι η ηπατο - σπληνομεγαλία, ίκτερος, αναιμία, θρομβοκυτταροπενία, οστεοχονδρίτιδα, κ.α.

β) Όψιμη Συγγενής Σύφιλη:

Οι εκδηλώσεις της όψιμης συγγενής σύφιλης εμφανίζονται μετά από 5 - 15 χρόνια από την γέννηση. Αυτές μπορεί να είναι η αμφοτερόπλευρη διάμεση κερατίτιδα, η νευροσύφιλη, η κώφωση και χαρακτηριστικοί βαρελοειδής όδοντες. Σπανιότερα παρατηρείται προσβολή του νευρικού συστήματος και του καρδιαγγειακού.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η πρόγνωση για την αντισυφιλιδική θεραπεία με πενικιλίνη εξαρτάται από το στάδιο και την μορφή της σύφιλης.

Στην πρώιμη επίκτητη σύφιλη, οι κλινικές εκδηλώσεις αποκαθίστανται μέχρι και 95% των περιπτώσεων και οι οροαντιδράσεις γίνονται αρνητικές στο 85 - 95%.

Στην όψιμη λανθάνουσα σύφιλη, η πρόγνωση δεν είναι τόσο καλή. Οι κλινικές εκδηλώσεις υποχωρούν, όμως πολλές φορές οι οροαντιδράσεις παραμένουν θετικές.

Στην πρώιμη συγγενή σύφιλη, η πρόγνωση είναι καλή αν το νεογνό μπορέσει να ζήσει για λίγους μήνες.

Στην όψιμη συγγενή σύφιλη, η πρόγνωση εξαρτάται από τις αλλοιώσεις που υπάρχουν.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Το φάρμακο που χρησιμοποιούν την σημερινή εποχή για την θεραπεία της σύφιλης είναι η πενικιλλίνη. Είναι το ισχυρότερο αντισηψιλικό και ατοξικό φάρμακο από όλα που έχουν χρησιμοποιηθεί μέχρι τώρα. Το τρεπόνιμα το ωχρόν εξαφανίζεται μέσα σε 5 - 24 ώρες μετά την χορήγηση της πενικιλλίνης, από τον ορό του σφιλιδικού έλκους.

Το 1943 έγινε αντιληπτό ότι η πενικιλλίνη ήταν πολύ δραστική στην θεραπεία της πρωτοπαθούς και πρωϊμου λανθάνουσας σύφιλης. Η δόση και ο τρόπος χορήγησής της δεν είχε καθοριστεί επακριβώς, αλλά 3.600.000 έως 6.000.000 μονάδες πενικιλλίνης δίδονται για περίοδο μιας έως τριών εβδομάδων. Στις μέρες μας έχουν δοθεί νεώτεροι τύποι πενικιλλίνης μακράς διάρκειας. Εάν ο ασθενής είναι αλλεργικός στην πενικιλλίνη, χρησιμοποιείται ερυθρομυκίνη ή τετρακυκλίνη.

4. ΟΞΥΤΕΝΗ ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΑ

Κονδυλώματα ή αφροδίσιες εκβλαστήσεις, είναι θηλωματώδεις καλοήθεις υπερπλασίες ρόδινης χροιάς, οι οποίες εμφανίζονται κατέκλυγη στα γεννητικά όργανα και τις παρακείμενες πτυχές.

ΑΙΤΙΟ

Οφείλονται σε ένα Papiloma DNA ιό, ο οποίος μορφολογικά δεν μπορεί να ξεχωρισθεί από τον ιό των κοινών μυρμηκιών. Ο χρόνος επώασης είναι συνήθως 1 - 8 μήνες.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Παρουσιάζονται θηλωματώδεις εκβλαστήσεις, ρόδινες ή γκριζωπές με επιφάνεια λεία, κοκκώδη ή ανθοκραμβοειδή, με βάση πεπλατυσμένη ή μισχωτή. Πολλαπλασιαζόμενα με αυτοενοφθαλμισμό μπορεί να συρρέουν, σχηματίζοντας μεγάλες πλάκες. Μεταξύ των θηλωματωδών εκβλαστήσεων παράγεται δύσοσμο παχύρευστο έκκριμα και μερικές φορές αιμορραγούν.

Στους άνδρες εντοπίζεται:

- Στην βάλανο, το έσω πέταλο και τον δακτύλιο της ακροποσθίας καθώς και στο στόμιο της ουρήθρας (ενώ σπανιότερα στο όσχεο).

Στις γυναίκες εμφανίζονται:

- Στον κόλπο και τον τράχηλο της μήτρας, καθώς επίσης στα μικρά και μεγάλα χείλη και τον δακτύλιο. Σε έγκυες γυναίκες δεν είναι σπάνιο να προσλάβουν μεγάλο όγκο. Το ίδιο μπορεί να συμβεί και σε βλάβες που εντοπίζονται στον δακτύλιο.

Άλλες εξωγεννητικές και σπανιότερες θέσεις εντοπισμού είναι ο βλεννογόνος του στόματος και μάλιστα οι γωνίες των χειλιών, ο φάρυγγας, οι επιπεφυκότες, οι μασχάλες και τα μεσοδακτύλια διαστήματα των ποδιών.

Οι ΑΙΤΙΕΣ που ευνοούν την ανάπτυξη των οξυτενών κονδυλωμάτων είναι η εγκυμοσύνη, οι τοπικές λοιμώξεις από τριχομονάδες αλλά και γενικά οι λοιμώξεις των γεννητικών οργάνων των γυναικών από οποιαδήποτε άλλη αιτία, η οποία έχει σαν αποτέλεσμα την διαβροχή της περιοχής από τις κολπικές εκκρίσεις, η φίμωση και η ουριθρίτιδα στον άντρα, η οξιουρίαση και η τοπική χρήση κορτικοειδών.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση των κονδυλωμάτων είναι εύκολη, εάν κάποιος έχει υπόψιν του την κλινική τους μορφή. Η δυσκολία εμφανίζεται όταν τα κονδυλώματα συνέρχονται και σχηματίζουν πλάκες, οπότε είναι δυνατόν να ταυτισθούν με τα ονομαζόμενα "πλατέα κονδυλώματα" της δευτερογόνου σύφιλης.

Κακοήθης εξαλλαγή μπορεί να συμβεί, αλλά σπανιότατα. Ωστόσο, η διόγκωση μιας περιοχής των κονδυλωμάτων ή εξέγκωση ή σκλήρυνση και μάλιστα σε μικρό χρονικό διάστημα, δημιουργεί υποψίες για ανάπτυξη ενός καρκινώματος, οπότε είναι απαραίτητη η ιστολογική εξέταση της περιοχής αυτής.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

α) Καταστροφή - Χειρουργική επέμβαση των βλαβών.

Όταν οι βλάβες είναι ολιγάριθμες, προτιμάται η καταστροφή τους με διαθερμοπηξία (κατόπιν τοπικής αναισθησίας). Η χειρουργική αντιμετώπιση θα εφαρμοσθεί σε εξαιρετικές περιπτώσεις και κυρίως όταν έχουμε ανάπτυξη αυτών σε έδαφος φίμωσης (γίνεται περιτομή) και σε παραμελημένες περιπτώσεις στην περιοχή του δακτυλίου, όταν τα οξυτενή κονδυλώματα συρρέουν σε ενιαίες υπερπλαστικές πλάκες και δεν ανταποκρίνονται στην τοπική θεραπεία.

β) Τοπικά φάρμακα.

Το κυριότερο είναι η ποδοφυλλίνη (κυτταροτοξικό φάρμακο) σε βάμμα βενζόλης 20 - 30% ή σε βαζελίνη. Το DNCB τοπικώς μετά από κατάλληλη ευαισθητοποίηση του ατόμου έχει εφαρμοσθεί με επιτυχία. Άλλα τοπικά φάρμακα εφαρμοζόμενα λιγότερο συχνά είναι η κολχικίνη, ο νιτρικός άργυρος, η ιντερφερόνη, κ.α.

Μετά την επιτυχή εφαρμογή οποιασδήποτε από τις παραπάνω θεραπείες, ο ασθενής θα πρέπει να τεθεί υπό παρακολούθηση για 6 - 8 μήνες περίπου, ώστε να επισημανθεί εγκαίρως μια τυχόν υποτροπή της νόσου. Μετά από παρέλευση ενός 8μήνου χωρίς υποτροπή, η νόσος μπορεί να θεωρηθεί πρακτικώς ιαθείσα. Συνίσταται ωστόσο, να γίνεται εξέταση και του συντρόφου του ασθενή για να αποφευχθεί τυχόν αναμόλυνση.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Είναι γενικά παραδεκτό ότι υπάρχει διεθνώς μια αύξηση του ποσοστού των οξυτενών κονδυλωμάτων. Στην Αγγλία το ποσοστό ανόδου έχει βρεθεί ότι είναι 30% από το 1970 - 1973.

Στον Ελληνικό χώρο, το ποσοστό ήταν 40% από το 1968 - 1972. Η αύξηση όμως είναι πολύ μεγαλύτερη από το 1973 έως το 1983, με στοιχεία που προέρχονται από το Νοσοκομείο "Α. Συγγρός". Έτσι, το 1973 θεραπεύτηκαν 536 περιπτώσεις οξυτενών κονδυλωμάτων στο Νοσοκομείο "Α. Συγγρός", ενώ στα

επόμενα χρόνια ακολούθησε προοδευτική αύξηση, ώστε το 1983 να νοσηλευτούν 1450 άρρωστοι.

5. ΚΟΛΠΙΤΙΔΑ

Η κολπίτιδα είναι ένα πολύ συχνό κλινικό σύνδρομο και αποτελεί την συχνότερη αιτία συμπτωμάτων από το γεννητικό σύστημα των γυναικών.

ΑΙΤΙΑ

Οι κύριοι αιτιολογικοί παράγοντες της κολπίτιδας είναι

α) Το πρωτόζωο "*Trichomonas Vaginalis*"

β) Ο μύκητας "*Candida Albicans*" και

γ) Ένας τρίτος τύπος κολπίτιδας αναφέρεται ως "μη ειδική κολπίτιδα", η οποία πιθανώς είναι πολυμικροβιακής αιτιολογίας.

Η τριχομονάδωση, η καντιντίαση και η μη ειδική κολπίτιδα, εμφανίζονται με την ίδια περίπου αναλογία και όλες μαζί αντιπροσωπεύουν ποσοστό μεγαλύτερο από το 90% των περιπτώσεων κολπίτιδας.

Η τριχομονάδωση παρατηρείται με μεγαλύτερη συχνότητα σε γυναίκες που έχουν πολλούς ερωτικούς συντρόφους, ενώ η καντιντίαση παρατηρείται με μεγαλύτερη συχνότητα σε γυναίκες με ένα ερωτικό σύντροφο.

5.1 ΚΟΛΠΙΤΙΔΑ ΑΠΟ ΤΟ ΠΡΩΤΟΖΩΟ "*TRICHOMONAS VAGINALIS*"

Η "*Τριχομονάδα vaginalis*" είναι ένα ζωομαστιγοφόρο πρωτόζωο, το οποίο δεν εμφανίζει κυστικό στάδιο, αλλά μόνο την βλαστική μορφή, δηλαδή τον τροφοζώιτη. Ο κύκλος ζωής της τριχομονάδας είναι άμεσος, δηλαδή το πρωτόζωο ζει μέσα στον κόλπο ή την ουρήθρα και αναπαράγεται με διχοτόμηση.

Στους άνδρες, η εγκατάσταση του πρωτοζώου στην ουρήθρα σπανίως συνοδεύεται από συμπτώματα ουρηθρίτιδας, ενώ ποσοστό 25% των γυναικών φέρουν το πρωτόζωο στον κόλπο χωρίς να εμφανίζουν συμπτώματα κολπίτιδας.

Η τριχομονάδα απομονώνεται από το 30 - 50% των γυναικών με βλεννόρροια και ο γονόκοκκος απομονώνεται από ανάλογο ποσοστό γυναικών με τριχομονάδωση.

Στις γυναίκες η τριχομονάδωση έχει χρόνο επώασης 4 - 28 ημέρες.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Χαρακτηριστική εκδήλωση της νόσου είναι η εκροή άφθονου, λεπτόρευστου, λευκοκίτρινου ή κιτρινοπράσινου αφρώδους υγρού από τον κόλπο, το οποίο πολλές φορές είναι δύσοσμο.

Σε πολλές περιπτώσεις, η γυναίκα παραπονείται για αίσθημα ελαφρού κνησμού στα χείλη του αιδοίου. Στο 25% των περιπτώσεων, παρατηρείται δυσουρία και συχνουρία από την ταυτόχρονη ανάπτυξη ουρηθρίτιδας, ενώ συχνή είναι η δυσπαρευνία. Χωρίς θεραπεία, τα συμπτώματα παραμένουν για εβδομάδες ή μήνες, με περιόδους ύφεσης και έξαρσης.

Συνήθως, τα συμπτώματα παρατηρούνται κατά την διάρκεια ή αμέσως μετά την έμμηνο ρύση, πιθανώς επειδή σε αυτό το στάδιο αυξάνει το pH του κόλπου και το πρωτόζωο πολλαπλασιάζεται με ταχύτερο ρυθμό.

5.2 ΚΟΛΠΙΤΙΔΑ ΑΠΟ ΤΟΝ ΜΥΚΗΤΑ "CANDIDA ALBICANS"

Η "Candida albicans" σαπροφυτεύει σε διάφορες κοιλότητες του οργανισμού και οι περισσότερες λοιμώξεις που προκαλεί είναι ενδογενής. Η Candida Albicans, είναι βλαστομύκητας, ενώ τα βλαστοκύτταρά του χρωματίζονται Gram+. Αναπτύσσεται στο υλικό Sabourand άγαρ σε θερμοκρασία δωματίου και οι αποικίες της είναι μεγάλες, μαλθακές και έχουν κίτρινο χρώμα.

Περίπου 50% των γυναικών της αναπαραγωγικής ηλικίας αποικίζονται στον κόλπο από τον μύκητα. Ο μύκητας βρίσκεται σε μικρούς αριθμούς και δεν προκαλεί συμπτώματα κολπίτιδας.

Μεγάλη ανάπτυξη του μύκητα, με αποτέλεσμα την εμφάνιση συμπτωμάτων κολπίτιδας, παρατηρείται μετά από χρήση αντιβιοτικών ευρέως φάσματος, στην διάρκεια της κύησης, σε γυναίκες που πάσχουν από διαβήτη, ή χρησιμοποιούν αντισυλληπτικά χάπια. Η μετάδοση της νόσου με την σεξουαλική επαφή αναφέρεται σε μικρό ποσοστό περιπτώσεων, περίπου 10%, στις οποίες ο σεξουαλικός σύντροφος εμφανίζει βαλανοποσθίτιδα από C. Albicans.

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Η καντιντίαση των γεννητικών οργάνων της γυναίκας, εκδηλώνεται ως αιδιοκολπίτιδα και χαρακτηρίζεται από έντονο κνησμό στα χείλη του αιδοίου. Τα χείλη του αιδοίου είναι ελαφρώς οίδηματώδη, ερυθματώδη και πολλές φορές παρατηρούνται διαβρώσεις. Το έκκριμα από τον κόλπο είναι παχύρευστο και περιγράφεται ως "τυρώδες" ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις η ποσότητα του εκκρίματος είναι πολύ μικρή ή δεν υπάρχει έκκριμα. Σε ορισμένες γυναίκες η ένταση των συμπτωμάτων αυξάνει πριν από την έμμηνο ρύση. Δυσουρία παρατηρείται σε λίγες μόνο περιπτώσεις, ενώ η δυσπαρευνία δεν είναι συχνή.

6. ΜΗ ΓΟΝΟΚΟΚΚΙΚΗ - ΕΙΔΙΚΗ ΟΥΡΗΘΡΙΤΙΣ

Πρόκειται για μια πολυ-αιτιολογικής φύσεως ουρηθρίτιδα που έχει σημαντική αύξηση της συχνότητάς της κατά τα τελευταία χρόνια.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Εμφανίζεται υπό την μορφή πρωινής κυρίως εκκρίσεως από την ουρήθρα του άντρα. Το έκκριμα αυτό είναι ορώδες ή οροπυώδες, διαυγές ή ελαφρώς υποκίτρινο. Λερώνει τα εσώρουχα και εμφανίζεται με ελαφρά απόμυξη του πέους οποιαδήποτε ώρα της ημέρας. Συνυπάρχει ένα ελαφρό αίσθημα κνησμού ή καύσου ή κάποια απροσδιόριστη ενόχληση.

Στην γυναίκα δεν παρατηρείται ανάλογη ενόχληση, εξαιτίας των φυσιολογικών υγρών του κόλπου.

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Η μη ειδική ουρηθρίτιδα οφείλεται σε πολλές αιτίες και κυρίως στα χλαμύδια, σε αναλογία 57 - 70% των περιπτώσεων. Σε ένα μικρό ποσοστό αποδίδεται στο ουρόπλασμα, χωρίς αυτό να θεωρείται σήμερα ως βέβαιο. Σημασία έχει επίσης, το γεγονός ότι σε άτομα που προσεβλήθηκαν από βλεννόρροια, ανευρέθησαν μετά την θεραπεία της νόσου Chlamydia trachomatis, σε συχνότητα 50% των περιπτώσεων. Αυτό σημαίνει ότι πρέπει να γίνεται ανάλογη αντιμετώπιση.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Σπάνια επιπλοκή είναι η κατ'επινέμηση προέκταση της μόλυνσης στους παρακείμενους ιστούς, π.χ ορχεοεπιδιδυμίτιδα και στις γυναίκες, Bartholinίτιδα.

Κύρια όμως επιπλοκή είναι η δυσμενής ψυχολογική κατάσταση που δημιουργείται στον άρρωστο από ένα νόσημα ενοχλητικό και παρατεταμένο, με συχνές υποτροπές. Ο ασθενής οδηγείται σε ειδική ψυχική, παθολογική κατάσταση, που ονομάζεται "αφροδισιοφοβία".

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

- 1) Συμβουλή στον άρρωστο να μην κάνει απόμυξη του πέους προκειμένου να ελέγχει την πορεία της νόσου.
- 2) Αποφυγή οινοπνευματωδών ποτών.
- 3) Καλλιέργεια - ευαισθησία και λήψη ανάλογου αντιβιοτικού σε πρώτη φάση. Συγχρόνως, καλλιέργεια με χλαμύδια. Αν όμως η εξέταση αυτή είναι δύσκολο να γίνει (είναι δύσκολη εξέταση) τότε,
- 4) Σε δεύτερη φάση, μετά την λήψη του αρχικού αντιβιοτικού που σκοπό έχει την εξουδετέρωση των μικροβίων (που αν και είναι δευτεροπαθούς φύσεως εντούτοις κυριαρχούν), χορηγείται τετρακυκλίνη 1 - 2 gr ημερησίως, για τρεις εβδομάδες τουλάχιστον.

6.1 ΜΗ ΓΟΝΟΚΟΚΚΙΚΗ ΟΥΡΗΘΡΙΤΙΔΑ ΑΠΟ ΤΡΙΧΟΜΟΝΑΔΕΣ

Η τριχομονάδα του κόλπου (*Trichomonas Vaginalis*) είναι ένα από τα πιο συνηθισμένα αίτια της "Μη Γονοκοκκικής Ουρηθρίτιδας". Ανεύρεται στο 15% των ανδρών και στο 20% των γυναικών που πάσχουν από μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα. Ο χρόνος επώασης ανέρχεται σε 2 - 60 ημέρες και κατά μέσο όρο στις 20 ημέρες.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Στον άνδρα, χαρακτηρίζεται από συμπτωματολογία Ο.Γ.Ο στο 20% των περιπτώσεων, ΥΓΟ στο 80% και ΧΓΟ στις υπόλοιπες περιπτώσεις.

Στις γυναίκες, χαρακτηρίζεται από αφρώδη, διαφόρου χροιάς και σύστασης λευκόρροια από τον κόλπο, από ερυθρωτά στίγματα του βλεννογόνου του κόλπου και από κνησμό του αιδοίου, το οποίο παρουσιάζει φαινόμενα φλεγμονής.

Η "μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα από τριχομονάδες" επιπλέκεται πολλές φορές στον άντρα με προστατίτιδα, ενώ στην γυναίκα με τραχηλίτιδα.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Βασίζεται στην κλινική εικόνα και την ανεύρεση των τριχομονάδων σε νωπά παρασκευάσματα, σε κεχρωσμένα παρασκευάσματα και σε καλλιέργεια.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Είναι γενική και τοπική. Η ίαση ελέγχεται με τρεις αρνητικές εξετάσεις 2, 6 και 15 ημέρες μετά την λήξη της θεραπείας.

6.2 ΜΗ ΓΟΝΟΚΟΚΚΙΚΗ ΟΥΡΗΘΡΙΤΙΔΑ ΑΠΟ CANDIDA

Η Candida όπως και οι τριχομονάδες, είναι από τα πιο συνηθισμένα αίτια της "μη γονοκοκκικής ουρηθρίτιδας", καθώς σε αυτήν οφείλεται το 15 - 20 % των περιπτώσεων.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Στον άνδρα, χαρακτηρίζεται είτε από αμβληχρά είτε από έντονα φλεγμονώδη φαινόμενα, ενώ στην γυναίκα από κνησμό, δυσουρία και άφθονη λευκωπή πύση από τον κόλπο με άφθονα γαλακτώδη πύγματα.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Βασίζεται στην κλινική εικόνα αλλά κυρίως στην ανεύρεση της Candida κατά την έμμεση εξέταση και την καλλιέργεια.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Είναι γενική και τοπική. Στον άντρα, συνιστώνται 2-3 ενσταλάξεις 3-4 ml διαλύματος μυκοστατίνης στην πρόσθια ουρήθρα άπαξ, ανά διήμερο.

Η ίαση ελέγχεται με τρεις αρνητικές εξετάσεις 10, 30 και 60 ημέρες μετά την εφαρμογή της θεραπείας.

7. ΕΡΠΗΣ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Ο απλός έρπης οφείλεται σε δύο τύπους ιών:

- α) Ο Herpes Virus - type I, που εντοπίζεται κατά προτίμηση στα νευρικά γάγγλια της κεφαλής και εκδηλώνεται στους οφθαλμούς, μύτη, μάγουλα, χείλη, και
- β) ο Herpes Virus - type II (HSV - II) που εδρεύει στα νευρικά γάγγλια της οσφυϊκής και ιερής χώρας και εκδηλώνεται στην περιοχή των γεννητικών οργάνων και του πρωκτού.

Η πρωτομόλυνση με ιό τύπου I γίνεται συνήθως κατά την παιδική ηλικία και διατρέχει υποκλινικώς.

Πρωτομόλυνση με οποιονδήποτε από τους δύο ιούς σε όψιμη φάση της ζωής, δημιουργεί μεγάλη αντίδραση των ιστών και εκσεσημασμένη κλινική εικόνα.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η συχνότητα του έρπη των γεννητικών οργάνων έχει κατά πολύ αυξηθεί παρά το γεγονός ότι δεν είναι δηλούμενο νόσημα.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Πρωτομόλυνση

Ο χρόνος επώασης κυμαίνεται από 3 - 20 ημέρες. Στην περιοχή που πρόκειται να εκδηλωθεί ο έρπης, παρατηρούνται πρόδρομα συμπτώματα όπως: ελαφρά εξοίδηση, ερυθρότητα, αίσθημα καύσου ή πόνου στο σημείο αυτό. Ακολουθεί εμφάνιση των φυσαλλίδων που περιέχουν ορρώδες υγρό και βρίσκονται σε ερυθρηματώδη βάση. Οι φυσαλλίδες σπάνε και παραμένουν για 5 - 6 ημέρες πολυκυκλικές, με επιπολείς διαβρώσεις. Κατά την φάση αυτή, η νόσος είναι πολύ

μεταδοτική. Σε 10 - 20 ημέρες από την ημέρα της εμφάνισης των ενοχλημάτων, ο έρπης εξαφανίζεται.

ΥΠΟΤΡΟΠΕΣ

Το μεγάλο πρόβλημα των ασθενών με απλό έρπητα των γεννητικών οργάνων, είναι οι συχνές υποτροπές.

Υπολογίσθηκε ότι το 33% των ασθενών με πρωτομόλυνση εμφανίζει υποτροπές μέχρι 2 - 4 μήνες και το 14% μετά τους 4 μήνες. Οι υποτροπές αυτές έχουν πανομοιότυπη εικόνα με εκείνη της πρωτομόλυνσης, αλλά ηπιότερη.

Ερεθίσματα για την έκλυση της υποτροπής είναι: υψηλός πυρετός, έμμηνος ρύση, δυνατό κτύπημα, έκθεση στον ήλιο για πολύ ώρα ή στο κρύο, έντονη στενοχώρια, κ.λπ.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Οι κύριες επιπλοκές είναι:

- 1) Η πιθανότητα νεογνικού έρπητα, με βαριά πρόγνωση εάν και εφόσον κατά την περίοδο του τοκετού βρίσκεται έρπητας εν εξελίξει, οπότε κινδυνεύει το νεογνό κατά την διέλευσή του από τον γεννητικό σωλήνα να μολυνθεί. Η ύπαρξη έρπητα γεννητικών οργάνων, ή η αναφορά ιστορικού έστω, αποτελεί ένδειξη καισαρικής, στις περιπτώσεις αυτές.
- 2) Η ανάπτυξη καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, συχνότερα σε γυναίκες που έχουν έρπητα υποτροπιάζοντα και η ανεύρεση κυτταρικών εγκλειστών DNA ιού έρπητα σε καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Η άποψη αυτή αμφισβητείται, όμως.
- 3) Η ανάπτυξη υποτροπιάζοντα Πολύμορφου Ερυθήματος μετά την αποδρομή του έρπητα, και
- 4) Η δημιουργία ιατρο - κοινωνικών και ιατρο - ψυχολογικών προβλημάτων σε άτομα που για απροσδιόριστο διάστημα αχρηστεύονται σεξουαλικά, εξαιτίας των συχνών υποτροπών του έρπητα. Ιδιαίτερα έντονα συμβαίνει το φαινόμενο αυτό όταν η έμμηνος ρύση ακολουθείται από υποτροπή έρπητα.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ειδική θεραπεία δεν υπάρχει. Είναι όμως νόσημα αυτοϊώμενο.

Προληπτικά, συνιστάται η αποφυγή σεξουαλικής επαφής κατά την φάση των εκδηλώσεων.

Θεραπεία τοπική: Χρήση υπέρτονου διαλύματος χλωριούχου νατρίου, ή αιθέρα 50% με οινόπνευμα 5% σε απεσταγμένο νερό, ή βορικού οξέος 4% σε αλοιφή ή αλοιφές 2-deoxy-D-glucose ή χρωστικών ή Povidone iodine (Betadine 10%) ή Vidarabine 3% ή idoxuridine 5% σε διάλυμα και άλλων πολλών θεραπευτικών μέσων.

Συστηματικά, έχουν χορηγηθεί πολλά φάρμακα με σκοπό την εξουδετέρωση των υποτροπών. Αναφέρονται η Cimetidine, τα εμβόλια, η Griseofulvine, η Ριφαμπισίνη, κ.λπ.

Δύο φάρμακα όμως θεωρούνται σαν πιο δραστικά.

Το ένα είναι η ασπρίνη με δράση κυρίως αντιπροσταγλανδινική και το άλλο, το Acyclovir. Αυτό αδρανοποιεί το DNA του ιού ασκώντας 30 φορές ισχυρότερη έλξη προς την DNA - πολυμεράση του ιού από ό,τι προς το DNA - πολυμεράση των επιδερμικών κυττάρων.

8. ΜΑΛΑΚΟ ΕΛΚΟΣ

Το μαλακό έλκος οφείλεται στον στρεπτοβάκιλλο του Ducey. Ανακαλύφθηκε το 1889. Είναι νόσος τοπική.

Η επώαση της νόσου διαρκεί από 2 - 5 ημέρες. Το μαλακό έλκος εντοπίζεται κυρίως στα γεννητικά όργανα. Χαρακτηρίζεται από έλκη βαθειά και καταστρεπτικά. Πρόκειται για βαθειά έλκωση με χείλη ακανόνιστα, υπεσκαμμένα, πυθμένα σκωληκόβρωτο, ρυπαρό και βάση μαλθακή και οιδηματώδη. Η έλκωση είναι επώδυνη.

Συνοδεύεται από σύστοιχη βουβωνική αδενίτιδα. Οι αδένες όμως είναι μαλθακοί, επώδυνοι, φλεγμονώδεις και συμφιώνται με το υπερκείμενο δέρμα. Αν ο άρρωστος μείνει χωρίς θεραπεία, οι αδένες αυτοί εξελκώνονται και σχηματίζουν επιφανειακά συρίγγια.

Το μαλακό έλκος αυτοενοφθαλμίζεται, γι' αυτό εμφανίζονται συνήθως πολλαπλά έλκη και όχι μονήρες. Διαρκεί συνήθως αρκετές εβδομάδες.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Εκτός από την λεμφαδενίτιδα με την δημιουργία συριγγίων, παρατηρούνται μικρά αποστήματα και λεμφαγγείτις. Έχει συμβεί να συνυπάρχει μαλακό και συφιλιδικό έλκος. Επειδή το μαλακό έλκος έχει βραχύτερο χρόνο επώασης (5 ημέρες) από το συφιλιδικό (21 ημέρες), προηγούνται οι κλινικοί χαρακτήρες του μαλακού έλκους και προοδευτικά επικρατούν οι χαρακτήρες του συφιλιδικού έλκους.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση γίνεται με την ανεύρεση του στρεπτοβάκιλλου του Ducey στα παρασκευάσματα ή με ενδοδερμοαντίδραση Dmelkos.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η χρήση οποιουδήποτε αντιβιοτικού, τοπικώς ή συστηματικώς χορηγούμενου, δίνει έξοχο θεραπευτικό αποτέλεσμα. 1 - 2gr αμπικιλίνης ημερησίως επί 8 - 10 ημέρες είναι μια καλή μέθοδος θεραπείας συγχρόνως με τοπική θεραπεία με αντιμικροβιακά σκευάσματα.

9. ΑΦΡΟΔΙΣΙΟ ΛΕΜΦΟΚΟΚΚΙΩΜΑ

Αίτιο της νόσου είναι ο ενδοκυττάριος μικροοργανισμός Chlamidia Trachomatis.

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Το αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα είναι τρεις φορές συχνότερο στους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες. Ο χρόνος επώασης της νόσου κυμαίνεται από 3 ημέρες έως 3 εβδομάδες.

Χωρίς θεραπεία, η νόσος εξελίσσεται σε τρία διαδοχικά στάδια:

- Το αρχικό, που χαρακτηρίζεται από μια παροδική βλάβη κυρίως στα εξωτερικά όργανα
- Το δεύτερο στάδιο, που χαρακτηρίζεται από διαλυτική λεμφαδενίτιδα των επιχωρίων λεμφαδένων και γενικά συμπτώματα, και
- Το τρίτο στάδιο με εκδηλώσεις από την απόφραξη των απαγωγών λεμφαγγείων της περιοχής.

Η πρωτοπαθής εντόπιση της λοίμωξης είναι συνήθως τα εξωτερικά γεννητικά όργανα, καθώς επίσης ο οπίσθιος κοιλικός κόλπος, ο τράχηλος και ο πρωκτός. Χαρακτηριστική εκδήλωση είναι η εμφάνιση μιας μικρής βλατίδας, φυσαλλίδας ή έλκους. Η αρχική βλάβη είναι ανώδυνη, παραμένει για λίγες μόνο μέρες, δεν αφήνει ουλή και στις περισσότερες περιπτώσεις παρέρχεται απαρατήρητη. Εάν η περιοχή της πρωτοπαθούς εντόπισης είναι ο πρωκτός, είναι δυνατόν η βλάβη να συνοδεύεται από τεινεσμό, διάρροια και βλεννοπυώδες ή πυοαιματηρό έκκριμα, ενώ κατά την ορθοσκόπηση διαπιστώνεται διάχυτη ή εντοπισμένη εξέγκωση του ορθού.

Μετά από 2 έως 6 εβδομάδες από την αρχική μόλυνση αναπτύσσεται επώδυνη διόγκωση των επιχωρίων λεμφαδένων. Χαρακτηριστική είναι η διόγκωση και η διαπύση των βουβωνικών λεμφαδένων, η οποία σε πολλές περιπτώσεις είναι αμφοτερόπλευρη. Με την πάροδο του χρόνου, οι λεμφαδένες συμφύονται από την εκτεταμένη περιαδενίτιδα και το υπερκείμενο δέρμα λεπύνεται. Όταν προχωρήσει η διαπύση των λεμφαδένων, το δέρμα σχίζεται σε πολλά σημεία και σχηματίζονται συρρίγγια από τα οποία αποβάλλεται πύον. Η επούλωση των συρριγγίων γίνεται σε διάστημα αρκετών μηνών και πάντοτε καταλείπεται ουλή.

Το στάδιο της λεμφαδενίτιδας συνοδεύεται συνήθως από εκδηλώσεις συστηματικής νόσου όπως πυρετό, ρίγος, πονοκέφαλο, ανορεξία, μυαλγίες και αρθραλγίες. Σε μικρότερη συχνότητα παρατηρείται άσηπτη μηνιγγίτιδα, επιπεφυκίτιδα, ηπατίτιδα και οξώδες ερύθημα. Από το περιφερικό αίμα διαπιστώνεται ζευγοκυττάρωση, αύξηση της Τ.Κ.Ε., ενώ οι βιοχημικές δοκιμασίες για τον έλεγχο της ηπατικής λειτουργίας δεν είναι φυσιολογικές.

Στο τρίτο στάδιο της νόσου, αναπτύσσονται σοβαρές επιπλοκές, οι οποίες οφείλονται στην ανάπτυξη συνδετικού ιστού και την απόφραξη των απαγωγών λεμφαγγείων της περιοχής. Οι επιπλοκές αυτές περιλαμβάνουν την ελεφαντίαση του πέους, του όσχεου και του αιδοίου.

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η εργαστηριακή διάγνωση του αφροδίσιου λεμφοκοκκιώματος βασίζεται στην απομόνωση του αιτιολογικού παράγοντα από το πύον των βουβωνικών λεμφαδένων.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία στηρίζεται στη χορήγηση χλωροτετρακυκλίνης, η οποία έχει αποδειχθεί αρκετά αποτελεσματική. Μερικοί ασθενείς επίσης, θεραπεύονται με δισκία σουλφοναμίδης. Η αποκατάσταση όμως των βλαβών προχωρημένου σταδίου, όπως οι ουλές, είναι δύσκολη και επιτυγχάνεται με χειρουργική επέμβαση.

10. ΒΛΕΝΝΟΡΡΟΙΑ Ή ΓΟΝΟΚΟΚΚΙΚΗ ΟΥΡΗΘΡΙΤΙΔΑ

Η βλεννόρροια είναι αφροδίσιο νόσημα μολυσματικό, μεταδιδόμενο σχεδόν αποκλειστικά με την σεξουαλική επαφή. Είναι το συχνότερο αφροδίσιο νόσημα. Πολλά άτομα προσβάλλονται πολλές φορές επειδή το νόσημα δεν αφήνει ανοσία. Οφείλεται στον γονόκοκκο ή Ναϊσέρια της γονόρροιας που είναι αερόβιο, διπλόκοκκο, Gram-. Ανακαλύφθηκε από τον Neisser, το 1879.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

ΟΞΕΙΑ ΒΛΕΝΝΟΡΡΟΙΑ ΣΤΟΝ ΑΝΤΡΑ

Μετά από χρόνο επώασης 3 - 5 ημερών αρχίζουν τα πρώτα ενοχλήματα που είναι: αίσθημα κνησμού στην ουρήθρα εντεινόμενου προοδευτικά έτσι που να γίνει αίσθημα έντονου καύσου στο τέλος. Η ούρηση είναι βασανιστική. Από το στόμιο της ουρήθρας εκρέει αρχικά οροπυώδες έκκριμα που γρήγορα γίνεται πυώδες, παχύρρευστο πυώδες ή ακόμα βαθύ κίτρινο. Αν ο άρρωστος μείνει χωρίς θεραπεία μετά από 3 - 6 εβδομάδες, τα ενοχλήματα γίνονται ηπιότερα και η κατάσταση τελικά μετατοπίζεται στη χρόνια βλεννόρροια, με συνεχή αλλά ηπιότερη και αμβληχρή συμπτωματολογία. Συγχρόνως, αρχίζουν οι επιπλοκές.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΣΤΟΝ ΑΝΤΡΑ

- α) Γονοκοκκική επιδιδυμίτις ή ορχεο-επιδιδυμίτις με τελική κατάληξη την στείρωση στην περίπτωση που η ορχεο-επιδιδυμίτις θα είναι αμφοτερόπλευρη.
- β) Γονοκοκκική προστατίτιδα: φλεγμαίνει και αλγεί ο προστάτης.
- γ) Γονοκοκκική σπερματοδοχοκυστίτιδα, με αιματηρό σπέρμα.

ΟΞΕΙΑ ΒΛΕΝΝΟΡΡΟΙΑ ΣΤΗΝ ΓΥΝΑΙΚΑ

Η βλεννόρροια στην γυναίκα αρχικά διατρέχει με αμβληχρή συμπτωματολογία, γι' αυτό και δεν αντιλαμβάνεται εύκολα τη μόλυνση. Μέσα σε λίγες μέρες όμως, η έκκριση γίνεται πυώδης, δύσοσμη και συνοδεύεται από αίσθημα βάρους στα γεννητικά όργανα που ακολουθείται από τσούξιμο και πόνο. Αν μείνει χωρίς θεραπεία, η συμπτωματολογία προοδευτικά ελαττώνεται. Συγχρόνως, αρχίζουν οι επιπλοκές.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΣΤΗΝ ΓΥΝΑΙΚΑ

- α) Κολπίτις Διασπορά του γονόκοκκου στον κόλπο. Ο γονόκοκκος αρχικά εγκαθίσταται και ενδημεί στο στόμιο της ουρήθρας και στο στόμιο του τραχήλου της μήτρας. Η ανάπτυξή του ευνοείται μόνο στο κυλινδρικό επιθήλιο του κόλπου και όχι στο πλακώδες.
- β) Γονοκοκκική σαλπγγίτιδα ή ωθηκίτιδα: Πρόκειται για επώδυνη φλεγμονή των εξαρτημάτων με διόγκωση. Συνυπάρχει πυρετός. Αν προσβληθούν και οι δύο σάλπιγγες, τότε η γυναίκα παραμένει συνήθως στείρα.

ΚΟΙΝΕΣ ΜΟΛΥΝΣΕΙΣ ΑΝΔΡΩΝ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΩΝ:

- α) Γονοκοκκική πρωκτίτιδα: Είναι πιο συνηθισμένη στις γυναίκες εξαιτίας της φυσιολογικής ροής των υγρών - με γονόκοκκο - από τον κόλπο.

- β) Γονοκοκκική οφθαλμία: Παρουσιάζεται στα νεογέννητα αλλά και στους ενήλικες, λόγω μεταφοράς των μικροβίων.
 γ) Γονοκοκκική σηψαιμία: Βαριά κατάσταση σε καχεκτικά άτομα με ελαττωμένη αντίσταση και διασπορά του γονόκοκκου.

ΓΕΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Γονοκοκκική ουρηθρίτιδα, περικαρδίτιδα, ενδοκαρδίτιδα, τενοντοθηκίτιδα, σύνδρομο του Reiter. Οι επιπλοκές αυτές σήμερα είναι εξαιρετικά ασυνήθιστες.

ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΒΛΕΝΝΟΡΡΟΙΑ

Η έννοια της ασυμπτωματικής βλεννόρροιας είναι σύγχρονη. Είναι η μόλυνση με γονόκοκκους του επιθηλιακού ιστού της στοματο-φαρυγγικής κοιλότητας, μετά από στοματογεννητική σεξουαλική επαφή.

Συνήθως η μόλυνση διατρέχει χωρίς συμπτωματολογία και η παρουσία του γονόκοκκου διατηρείται χωρίς ενοχλητικές εκδηλώσεις. Παραμένει όμως ως εστία μόλυνσης. Πρόκειται για ιδιόζουσα κατάσταση που εμφανίζεται σε σημαντική αναλογία στις προηγμένες χώρες και οφείλεται κυρίως σε πλημμελή θεραπευτική αγωγή. Αντίθετα, η χρόνια βλεννόρροια εμφανίζεται σε υπανάπτυκτες χώρες.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η καλύτερη θεραπευτική αγωγή της βλεννόρροιας είναι η χορήγηση πενικιλίνης 6 - 8 εκατοστιαίες μονάδες ημερησίως, για 5 - 6 ημέρες. Στην περίπτωση της πενικιλίνης όμως υπάρχει ο κίνδυνος επικάλυψης συνυπάρχουσας σύφιλης. Αυτή η σκέψη πρέπει να πρωτανεύει στον θεράποντα γιατρό και να επακολουθεί ο κατάλληλος ορολογικός έλεγχος.

Σε περιπτώσεις ευαισθησίας στην πενικιλίνη, χορηγείται καναμυκίνη 1 - 2 gr ημερησίως επί 3 ημέρες ενδομυϊκώς ή τέλος, σπεκτινομυκίνη 2 gr εφ'άπαξ είναι αρκετή δόση για αποτελεσματική θεραπεία.

Τα δύο τελευταία φάρμακα δεν επηρεάζουν την ωχρά σπειροχαΐτη και συνεπώς δεν επικαλύπτουν τυχόν ύπαρξη σύφιλης.

Επίσης, η χορήγηση τετρακυκλίνης, ερυθρομυκίνης ή αμπικιλίνης σε δόση 2gr ημερησίως για 4 - 5 ημέρες είναι εύκολος και αποτελεσματικός τρόπος θεραπείας της βλεννόρροιας.

Ο γονόκοκκος, όχι σπάνια γίνεται φαρμακοάντοχος, γι'αυτό χρειάζεται περίσκεψη κατά της θεραπείας της νόσου.

11. ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β (HbsAg)

Πολύ σύγχρονες παρατηρήσεις σε διεθνή επίπεδα απέδειξαν ότι η Ηπατίτιδα Β είναι δυνατόν να μεταδοθεί με την σεξουαλική επαφή. Ο ιός αποδείχθηκε ότι υπάρχει στον σπέρμα και τα υγρά του κόλπου. Η μετάδοση γίνεται από φορείς με ασυμπτωματική λοίμωξη ή με υποκλινικές εκδηλώσεις. Η συνουσία με έμμηνο ρύση ή συνουσία από τον πρωκτό, ευνοούν την μετάδοση.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση της Ηπατίτιδας Β πριν από την εμφάνιση του ικτέρου είναι δύσκολη πολλές φορές, επειδή τα ενοχλήματα δεν είναι φανερά.

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

- Αύξηση του ποσού των τρανσαμινασών.
- Αύξηση του σιδήρου του ορού.
- Αύξηση της χολερυθρίνης του αίματος.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Ο βαθμός θνησιμότητας στην Ηπατίτιδα Β είναι πολύ χαμηλός, όμως αυξάνει σημαντικά με την ηλικία και την υποκείμενη συστηματική νόσο.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Απαιτείται παραμονή του αρρώστου στο κρεβάτι και απόλυτη ηρεμία.

Επίσης η τροφή του αρρώστου πρέπει να είναι εύπεπτη, πλούσια σε λευκώματα και υδατάνθρακες και σχετικά φτωχή σε λιπαρές ουσίες.

Κατάλληλη είναι η παρεντερική χορήγηση ηπατικών εκχυλισμάτων, με το σύμπλεγμα των βιταμινών Β, Α, Κ και C για αναγέννηση των ηπατικών κυττάρων. Τα γλυκοκορτικοειδή είναι το φάρμακο που περισσότερο ενδείκνυται. Καλή είναι και η ενδοφλέβια έγχυση γλυκόζης, προς αύξηση του γλυκογόνου του ήπατος και προστασία του ηπατικού κυττάρου από τοξικές επιδράσεις.

ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ ΑΠΟ ΤΗ ΝΟΣΟ

- Χορήγηση γ-σφαιρίνης Προφυλάσσει από την Ηπατίτιδα Β στα 2/3 περίπου των περιπτώσεων. Όταν προσβληθεί το άτομο από τη νόσο, η γ-σφαιρίνη μπορεί να μην αναστείλει την εμφάνισή της, όμως συντελεί στην ήπια διαδρομή της.
- Εμβολιασμός.
- Πρόληψη μολύνσεων από ενέσεις Η προφύλαξη πραγματοποιείται με την χρησιμοποίηση συρίγγων και βελονών μιας χρήσεως και λήψεως μέτρων για την άμεση καταστροφή τους.
- Προφύλαξη στις σεξουαλικές σχέσεις Σε περίπτωση σεξουαλικής σχέσης με έναν αποκλειστικά σύντροφο, ο οποίος δεν έχει προσβληθεί από τον ιό της Ηπατίτιδας Β, δεν υπάρχει κίνδυνος μόλυνσης. Πρέπει να αποφεύγεται η εναλλαγή των ερωτικών συντρόφων και οι ευκαιριακές σεξουαλικές σχέσεις. Εάν πραγματοποιούνται ευκαιριακές σεξουαλικές σχέσεις, είναι απαραίτητη η χρήση προφυλακτικού.

12. A.I.D.S

Για κάποιο χρονικό διάστημα, ο σάλος που δημιουργήθηκε γύρω από την καινούρια μάστιγα της εποχής μας, το A.I.D.S, ήταν πολύ μεγάλος όχι όμως αδικαιολόγητος. Η προβολή του ζητήματος από τον τύπο εκεί που δεν ήταν υπερβολική είχε θετικά αποτελέσματα, στο επίπεδο της πληροφόρησης. Αυτός είναι και ο δικός μας στόχος. Το να μάθει ο καθένας μας τί τελικά είναι αυτό το περιβόητο A.I.D.S, πώς εμφανίζεται και, σε τελευταία ανάλυση, εάν δικαιολογείται ο πανικός που έχει εξαπλωθεί σε φοβερό βαθμό γύρω μας. Το "Σύνδρομο της Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας", που τα αρχικά του στα αγγλικά μας δίνουν το σύντομο όνομα A.I.D.S, είναι μια νοσολογική οντότητα, που παραμένει στην πρώτη γραμμή της επικαιρότητας αλλά και του παγκόσμιου επιστημονικού ενδιαφέροντος. Αυτό οφείλεται στην συνεχιζόμενη εξάπλωση της νόσου, στη μέχρι τώρα μη εξεύρεση αποτελεσματικής θεραπευτικής αγωγής και στις μεγάλες κοινωνικές επιπτώσεις της, καθώς και στην θανατηφόρα εξέλιξή της. Το

ψυχολογικό άγχος και ο φόβος που προκαλεί η εξάπλωσή της, λίγο διαφέρει από τον φόβο της πανώλης κατά την αρχαία εποχή και τον Μεσαίωνα, της ευλογιάς και των άλλων λοιμωδών νόσων.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ AIDS

Τα πρώτα κρούσματα της επιδημίας του AIDS διαγνώστηκαν στις ΗΠΑ το 1981 και αφορούσαν νεαρούς ομοφυλόφιλους. Αυτό συνέβη πριν ακόμα ανακαλυφθεί το αίτιο της νόσου. Από το 1981 έως σήμερα, η νόσος εξαπλώθηκε και έλαβε μεγάλες διαστάσεις.

Από τα στατιστικά δεδομένα και τις μελέτες που έχουμε στην διάθεσή μας, μπορούμε να διακρίνουμε τρία ξεχωριστά επιδημιολογικά μοντέλα της νόσου.

Το πρώτο μοντέλο αφορά τις χώρες της Β. Αμερικής, Δ. Ευρώπης, Αυστραλίας, Ν. Ζηλανδίας και ορισμένες χώρες της Λατινικής Αμερικής και έχει τα εξής χαρακτηριστικά:

- Η ομοφυλοφιλική σχέση ήταν μέχρι τώρα ο κυριότερος τρόπος μετάδοσης του ιού.
- Η ετεροφυλοφιλική μετάδοση του ιού, ευθύνεται για ένα σχετικά μικρό αριθμό περιπτώσεων, αλλά ο αριθμός αυτός έχει αρχίσει να αυξάνεται συνεχώς.
- Οι κυριότεροι υπεύθυνοι για την ετεροφυλοφιλική μετάδοση του ιού σε αυτό το μοντέλο, είναι οι μολυσμένοι τοξικομανείς. Η μετάδοση του ιού με το αίμα και τα παράγωγά του κατά τις μεταγγίσεις, έχει τεθεί υπό έλεγχο στις χώρες αυτού του μοντέλου.
- Επίσης, σε αυτό το μοντέλο, η αναλογία μολυσμένων ανδρών προς γυναίκες είναι 10:1 και 15:1 υπέρ των ανδρών.
- Η διασπορά της μόλυνσης στον γενικό πληθυσμό αυτών των χωρών, δεν ξεπερνά το 1%, αλλά σε ορισμένες ομάδες υψηλού κινδύνου (π.χ ομοφυλόφιλοι), είναι δυνατόν να υπερβαίνει το 50%.

Το δεύτερο επιδημιολογικό μοντέλο αφορά την Αφρική και ορισμένες χώρες της Καραϊβικής. Τα χαρακτηριστικά του είναι τα εξής:

- Η μετάδοση του ιού είναι κυρίως ετεροφυλοφιλική και η σχέση μολυσμένων ανδρών προς μολυσμένες γυναίκες είναι 1:1.
- Η ομοφυλοφιλική μετάδοση σε αυτό το μοντέλο καθώς και η μετάδοση λόγω τοξικομανίας είναι ή ανύπαρκτη ή πολύ χαμηλή.
- Εκτεταμένη μετάδοση σε αυτές τις χώρες φαίνεται ότι άρχισε την δεκαετία του 1970 και σήμερα το ποσοστό των μολυσμένων ατόμων του γενικού πληθυσμού, ξεπερνάει κατά πολύ το 1% και σε ορισμένες περιοχές φθάνει το 20% μεταξύ των σεξουαλικά ενεργών ατόμων.

Το τρίτο επιδημιολογικό μοντέλο αφορά τις χώρες της Β. Αφρικής, Ανατολικής Ευρώπης, Ανατολικής Μεσογείου, την Ασία, και το μεγαλύτερο μέρος του Ειρηνικού.

- Στις χώρες αυτές, ο HIV εισήχθη στην δεκαετία του 1980 και γι'αυτό προς το παρόν έχουμε μικρό αριθμό κρουσμάτων AIDS.
- Στις χώρες αυτές, παρατηρείται και ομοφυλοφιλική και ετεροφυλοφιλική μετάδοση του ιού.
- Ένας μεγάλος αριθμός των μολυσθέντων ατόμων, μολύνθηκε ύστερα από ταξίδι σε ενδημικές για το νόσημα περιοχές ή αφού ήρθε σε επαφή με ταξιδιώτες από άλλες χώρες.

- Επίσης, ένας αριθμός μολυσθέντων σε αυτές τις χώρες, προέκυψε από μετάγγιση με εισαχθέντα παράγωγα αίματος.

Η Ελλάδα ανήκει σε αυτό το τρίτο επιδημιολογικό μοντέλο, όσον αφορά την επιδημία της λοίμωξης HIV.

Παρακάτω, παρατίθενται ορισμένα στατιστικά στοιχεία σε πίνακες, τα οποία αφορούν τα κρούσματα AIDS σε ολόκληρο τον κόσμο και στην Ελλάδα, έως τις 30-6-1990.

ΠΙΝΑΚΑΣ Ι ΧΡΟΝΟΛΟΓΙΑ ΔΗΛΩΣΗΣ ΚΡΟΥΣΜΑΤΩΝ

ΧΡΟΝΟΛΟΓΙΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΡΟΥΣΜΑΤΩΝ	ΣΥΣΣΩΡΕΥΤΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ
1984	6	6
1985	7	13
1986	22	35
1987	53	88
1988	82	170
1989	107	277
1990	70	347
ΣΥΝΟΛΟ	347	

ΠΙΝΑΚΑΣ ΙΙ Η ΚΑΤΑ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΩΝ ΔΗΛΩΘΕΝΤΩΝ ΚΡΟΥΣΜΑΤΩΝ

ΗΛΙΚΙΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΡΟΥΣΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
<25	37	10.7
25-29	66	19.0
30-34	59	17.0
35-39	54	15.6
40-44	48	13.8
45+	76	21.9
άγνωστοι	7	2.0
ΣΥΝΟΛΟ	347	100.0

ΠΙΝΑΚΑΣ ΙΙΙ
ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΩΝ ΔΗΛΩΘΕΝΤΩΝ ΚΑΤΑ ΧΩΡΑ ΔΙΑΜΟΝΗΣ

ΧΩΡΑ ΔΙΑΜΟΝΗΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΕΛΛΑΔΑ	301	86.7
ΑΦΡΙΚΗ	15	4.3
ΑΜΕΡΙΚΗ	15	4.3
ΕΥΡΩΠΗ	11	3.2
Άλλοι (διάφοροι)	5	1.5
ΣΥΝΟΛΟ	347	100.0

ΠΙΝΑΚΑΣ ΙV
ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΩΝ ΚΡΟΥΣΜΑΤΩΝ ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΟΧΗ ΣΕ ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

ΠΕΡΙΟΧΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΑΤΤΙΚΗ	219	72.7
ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑ	10	3.3
ΘΕΣΣΑΛΙΑ	12	3.9
ΉΠΕΙΡΟΣ	2	0.7
ΠΕΛΛΟΠΟΝΗΣΟΣ	10	3.3
ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ-ΘΡΑΚΗ	23	7.6
ΚΡΗΤΗ-ΝΗΣ.ΕΛΛΑΔΑ	25	8.5
ΣΥΝΟΛΟ	301	100.0

Ο αριθμός αυτός θεωρείται απατηλός, γιατί πολλά κρούσματα δεν δηλώνονται. Επιπλέον, αν πάρουμε σαν δεδομένη την μακριά περίοδο επώασης της νόσου, αυτά τα κρούσματα αντιπροσωπεύουν το επίπεδο της μόλυνσης από HIV πριν 5, 8 ή και 10 χρόνια.

Σύμφωνα με τους στατιστικούς υπολογισμούς, πιστεύουμε ότι ως το τέλος του 1989, είχαν μολυνθεί με τον ιό 5.000.000 άτομα παγκοσμίως (είναι δηλαδή φορείς του ιού) και ως το 2000 πιστεύεται ότι ο αριθμός αυτός θα αυξηθεί σημαντικά.

ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΤΟ AIDS

A.I.D.S είναι ένα λοιμώδες νόσημα, το οποίο οφείλεται στον ιό HIV (από τα αρχικά των λέξεων Human Immunodeficiency Virus) της ανθρώπινης ανοσοεπάρκειας, ο οποίος ανήκει στην οικογένεια των ρετροϊών και ανακαλύφθηκε στο τέλος του 1983 και αρχές του 1984. Οι ιοί αυτοί για να πολλαπλασιαστούν, έχουν ανάγκη ένα ζωντανό κύτταρο. Στην περίπτωση του A.I.D.S είναι τα T4 βοηθητικά λεμφοκύτταρα. Ο ιός HIV μπαίνει στο κύτταρο στόχος, με την βοήθεια του ενζύμου "ανάστροφη τρανσκριπτάση" καταλαμβάνει τον γενετικό μηχανισμό του κυττάρου και το υποχρεώνει να αναπαράγει αντίγραφα του εαυτού του, καταστρέφοντάς το τελικά.

ΠΩΣ ΔΗΜΙΟΥΡΓΗΘΗΚΕ ΤΟ AIDS

Έχουν διατυπωθεί πολλές θεωρίες σχετικά με την προέλευση του ιού του AIDS. Υπάρχουν πολλές ενδείξεις ότι ο ιός πρωτομόλυνε τον άνθρωπο στην Κεντρική Αφρική, πριν δεκάδες χρόνια. Ο ιός του AIDS πέρασε από τον πράσινο πίθηκο της Αφρικής στον άνθρωπο. Στον πράσινο πίθηκο, ο ιός δεν είναι παθογόνος. Ο τρόπος που μολύνθηκε ο άνθρωπος βασάνισε χρόνια τους μελετητές της νόσου. Ο ανθρωπολόγος Anicet Kashamugere, ο οποίος μελέτησε τα ήθη και τα έθιμα της φυλής Injwi, στο βιβλίο που έγραψε το 1973, περιγράφει ότι οι άνδρες και οι γυναίκες της φυλής αυτής που ζουν σε ένα νησί της λίμνης Κίνυ, για να αυξήσουν την σεξουαλική τους ενεργητικότητα, εμβολίαζαν με αίμα πράσινου πιθήκου τους μηρούς, την πβική χώρα και την ράχη τους. Οι άντρες χρησιμοποιούσαν αίμα αρσενικού πιθήκου και οι γυναίκες θηλυκού. Συνεπώς, η μόλυνση ήταν αιματογενής.

ΠΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΕΤΑΙ Ο ΙΟΣ ΤΟΥ AIDS

Το AIDS είναι μια μεταδοτική ασθένεια, αλλά οι τρόποι μετάδοσής του είναι περιορισμένοι και αφορά το αίμα, το σπέρμα και τις κολπικές εκκρίσεις. Επομένως, μπορούμε να πούμε ότι το AIDS μεταδίδεται:

α. Αιματογενώς: Εδώ, ο κύριος παράγοντας είναι το ολικό αίμα με τα κυτταρικά στοιχεία του, με το πλάσμα και τους παράγοντες πήξης. Αυτός βέβαια ο κίνδυνος αφορούσε τους μεταγγιζόμενους πριν το 1985, γιατί από τον Σεπτέμβριο του ίδιου χρόνου άρχισε ο έλεγχος για τον ιό του AIDS των αιμοδοτών και κατά συνέπεια ο κίνδυνος να πάρει κάποιος μολυσμένο αίμα έχει ελαχιστοποιηθεί. Σε όλο τον κόσμο αποκλείονται ως αιμοδότες οι ομοφυλόφιλοι και οι τοξικομανείς. Στους τοξικομανείς που κάνουν χρήση ενδοφλεβίων ναρκωτικών με σύριγγες ή βελόνες κοινής χρήσης, είναι δυνατή η μετάδοση του ιού και οφείλεται στην μεταφορά μικρής ποσότητας αίματος από το ένα άτομο στο άλλο κατά την κοινή χρήση.

β. Σεξουαλική μετάδοση: Ο ιός ανιχνεύθηκε στο σπέρμα και στο τραχηλικό έκκριμα φορέων. Ο ρόλος της γεννητήσιας οδού στην μετάδοση του AIDS είναι σημαντικός. Κατά συνέπεια μολύνεται κάποιος κάνοντας όλες τις σεξουαλικές πράξεις, κατά φύση ή παρά φύση.

γ. Περιγεννητική και κάθετη μετάδοση: Η μετάδοση γίνεται από την μητέρα που έχει μολύνει το κύημα ή το νεογνό κατά τον τοκετό λίγο μετά την γέννηση και κατά την διάρκεια του θηλασμού. Ο ιός μπορεί να απομονωθεί στο μητρικό γάλα και έχει βεβαιωθεί περίπτωση μόλυνσης νεογνού από θηλασμό. Η πιθανότητα προσβολής στην περιγεννητική περίοδο από την μητέρα στο παιδί είναι 50% περίπου.

δ. Άτυπη μετάδοση: Είναι δυνατή η μετάδοση του ιού με την είσοδο μικρής ποσότητας αίματος ή άλλων μολυσματικών υγρών και εκκρίσεων από τις αμυχές του δέρματος. Αυτό μπορεί να συμβεί με την κοινή χρήση ξυριστικών μηχανών, οδοντόβουρτσας και ερωτικών αντικειμένων.

ΠΩΣ ΔΕΝ ΜΕΤΑΔΙΔΕΤΑΙ Ο ΙΟΣ ΤΟΥ AIDS

Ο HIV δεν μεταδίδεται με την καθημερινή συναναστροφή ούτε με τα βιολογικά υγρά, όπως ο ιδρώτας, το σάλιο, τα ούρα, τα κόπρανα, κ.α. Γι'αυτό τον λόγο δεν υπάρχει κανένας κίνδυνος μόλυνσης κατά την κοινή οικογενειακή, σχολική, εργασιακή ή αθλητική συμβίωση με φορείς ή ασθενείς του AIDS, ούτε με την χρήση κοινών οικιακών σκευών, όπως χαρτοπετσέτες, πιάτα, ποτήρια, ούτε από τις τουαλέτες. Ο ιός επίσης δεν μεταδίδεται με τα τσιμπήματα εντόμων. Τα εμβόλια, οι παράγοντες πήξεως και οι ανοσοσφαιρίνες (έτοιμα αντισώματα) δεν

μεταδίδουν την λοίμωξη. Τέλος, δεν υπάρχει κανένας κίνδυνος για τους αιμοδότες.

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΤΟΥ AIDS

Τα πιο συνηθισμένα τεστ που βοηθούν στην διάγνωση του AIDS είναι τα εξής:

α. Ανίχνευση αντισωμάτων έναντι του ιού HIV, με την μέθοδο Elisapou είναι η πλέον ειδική, ευαίσθητη και εφαρμόσιμη στην καθημερινή πράξη. Εάν βρεθούν αντισώματα στο αίμα του δότη, αυτό δεν σημαίνει απαραίτητα ότι το άτομο έχει AIDS ή θα αναπτύξει τον ιό, ούτε πάλι σημαίνει ότι το άτομο απέκτησε ανοσία έναντι του ιού του AIDS (συνήθως τα αντισώματα προστατεύουν το άτομο από την ασθένεια, αλλά αυτό δεν συμβαίνει με τα αντισώματα του AIDS). Εάν βρεθούν αντισώματα στο αίμα του δότη, αυτό απλά σημαίνει ότι κάποια στιγμή στο παρελθόν ο ιός μπήκε στο αίμα του και επομένως το άτομο αυτό μπορεί να θεωρηθεί μικροβιοφορέας της νόσου.

β. Η μέθοδος Western Blot είναι περισσότερο ειδική αλλά δεν προσφέρεται στην καθημερινή πράξη. Χρησιμοποιείται σαν επιβεβαιωτική μόνο της προηγούμενης μεθόδου γιατί προσδιορίζει την ύπαρξη του αντιγόνου αυτού καθ'εαυτού.

ΓΙΟΙΑ ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΟΥ AIDS

Τα συμπτώματα του AIDS στους ενήλικες εμφανίζονται μετά το στάδιο του φορέα, το οποίο θεωρείται το πρωταρχικό στάδιο για την εκδήλωση της νόσου. Τα συμπτώματα είναι μη ειδικά και ασαφή και είναι τα εξής:

- Απώλεια βάρους που μπορεί σταδιακά να φτάσει στο 20-30% του αρχικού βάρους.
- Ανεξήγητος πυρετός και νυχτερινός ιδρώτας.
- Αρθραλγίες
- Ανεξήγητη διάρροια
- Επίμονος ξηρός βήχας.
- Διόγκωση λεμφαδένων στον λαιμό και τις μασχάλες.
- Αλλοιώσεις στο δέρμα, στο εσωτερικό του στόματος, στην μύτη και τα βλέφαρα.

ΕΥΚΑΙΡΙΑΚΕΣ ΝΟΣΗΣΕΙΣ ΠΟΥ ΑΠΑΝΤΩΝΤΑΙ ΣΤΟ AIDS

Οι ασθένειες που προσβάλλουν τον άνθρωπο όταν έχει AIDS είναι:

1. Πρωτοζωικές και Παρασιτικές Κρυπτοσποριδίωση, πνευμονία από πνευμονοκύστη *carinii*, τοξοπλάσμωση, στρογγυλοειδίωση.
2. Μυκητιάσεις Καντιντίαση του οισοφάγου, κρυπτοκόκκωση.
3. Βακτηριακές Γενικευμένη φυματίωση από *M. Avium*, *Intracellulare*, *Kansasii*.
4. Ιογενείς Κυτταρομεγαλοϊός, ερπητοϊός, προοδευτική πολυεστιακή λευκοεγκεφαλοπάθεια.
5. Νεοπλάσματα: Σάρκωμα Carosi, λέμφωμα εγκεφάλου.
6. Άλλες ευκαιριακές λοιμώξεις (με ανίχνευση και anti HIV): Διάχυτη ιστοπλάσμωση, βρογχική ή πνευμονική καντιντίαση, ισοσπορίωση.
7. Χρόνια λεμφοειδής διάμεση πνευμονία (σε παιδιά κάτω των 13 ετών)
8. Λέμφωμα Burkitt, λέμφωμα ή σάρκωμα ανοσοβλαστικό B ή αγνώστου φαινότυπου.

ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΑΤΟΜΩΝ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

- Πιο πρόσφοροι σε προσβολή από τον ιό του AIDS είναι:
- Οι ομοφυλόφιλοι
- Όσοι χρησιμοποιούν κοινή με άλλους σύριγγα για λήψη φαρμάκων ή ναρκωτικών
- Όσοι δεν χρησιμοποιούν προφυλακτικό κατά την σεξουαλική επαφή καθώς και όσοι εναλλάσσουν τους ερωτικούς συντρόφους
- Οι αιμορροφιλικοί και οι δεχόμενοι μετάγγιση αίματος από ανεξέλεγκτη πηγή.
- Τα παιδιά ασθενών μητέρων, τα οποία μπορούν να προσβληθούν ως έμβρυα κατά την περίοδο της κύησης ή και αργότερα με τον θηλασμό.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ακόμα δεν υπάρχει αποτελεσματική θεραπεία που να προκαλεί ίαση στο ήδη μολυσμένο άτομο. Η θεραπεία είναι συμπτωματική έναντι των ευκαιριακών λοιμώξεων και καρκίνων. Ανάμεσα στα δραστικά φαρμακευτικά προϊόντα, μόνο το AZT έδειξε ευνοϊκά αποτελέσματα σε αρκετούς πάσχοντες από το AIDS καθώς επίσης και στους φορείς. Τα πειράματα συνεχίζονται, η έρευνα είναι έντονη για την ανακάλυψη και άλλων ουσιών λιγότερο τοξικών που θα μπορούσαν να εφαρμοσθούν στο πρώιμο στάδιο της μόλυνσης. Τέλος, πρέπει να σημειωθεί πως δεν υπάρχει και ούτε θα υπάρξει σύντομα παθητική (αντιορός) ή ενεργητική ανοσοποίηση (εμβόλιο) έναντι του ιού, λόγω σημαντικών εμποδίων που υπάρχουν για την παρασκευή τους.

ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ

Μερικές απλές προφυλάξεις είναι δυνατόν να ελαττώσουν ή και ακόμα να εξαφανίσουν τον κίνδυνο μετάδοσης:

α) Προφύλαξη από σεξουαλικές σχέσεις: Μια σχέση σταθερή, με αποκλειστικά έναν σύντροφο που δεν έχει μολυνθεί από τον ιό του AIDS, αποκλείει κάθε πιθανότητα μόλυνσης. Είναι απαραίτητη μια καλή γνωριμία με τον ερωτικό σύντροφο πριν την έναρξη των σεξουαλικών σχέσεων. Στην αντίθετη περίπτωση, είναι καλός ο περιορισμός του αριθμού των σεξουαλικών συντρόφων και η αποφυγή των ευκαιριακών σεξουαλικών σχέσεων. Στην περίπτωση των ευκαιριακών σεξουαλικών σχέσεων, επειδή δεν είναι γνωστό το ιστορικό του ερωτικού συντρόφου, πρέπει να χρησιμοποιείται προφυλακτικό. Το προφυλακτικό είναι μέσο πρόληψης που ελαττώνει σημαντικά την πιθανότητα μόλυνσης.

Είναι καλύτερα να αποφεύγονται επαφές που είναι δυνατόν να προκαλέσουν τραυματισμούς και να διευκολύνουν την μετάδοση του ιού (π.χ. πρωκτικές).

β) Μέτρα υγιεινής προστασίας: Οι συνηθισμένοι κανόνες υγιεινής αρκούν για να προλάβουν την μόλυνση κατά την συμβίωση με φορείς του HIV. Δεν πρέπει όμως να χρησιμοποιούνται από κοινού αιχμηρά αντικείμενα (ξυραφάκια, βελόνες, ψαλίδια, οδοντόβουρτσες κ.λπ.).

Ο ιός καταστρέφεται εύκολα με θέρμανση πάνω από 60 βαθμούς κελσίου, καθώς και από τα κοινά απολυμαντικά χρώου, όπως η χλωρίνη. Συνεπώς, τα εσώρουχα, τα σεντόνια, κ.α., μπορούν να πλένονται σε κοινό πλυντήριο.

Η σύριγγα αν ανταλλάσσεται ή ξαναχρησιμοποιείται, μπορεί να μεταδώσει τον ιό. Είτε πρόκειται για ναρκωτικά είτε για φάρμακα, δεν πρέπει ποτέ να χρησιμοποιείται η ίδια σύριγγα για δεύτερη φορά.

Τα χειρουργικά εργαλεία (νυστέρια, λαβίδες) ή απλώς τα εργαλεία του οδοντογιατρού έρχονται αναπόφευκτα σε επαφή με το αίμα. Η κανονική

αποστειρώσή τους αποσοβεί κάθε κίνδυνο. Ωστόσο, εάν κάποιος είναι φορέας του ιού, πρέπει να ενημερώσει τους γιατρούς με τους οποίους συναλλάσσεται.

13. ΓΕΝΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΩΝ ΑΦΡΟΔΙΣΙΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ - ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΔΙΑΦΩΤΙΣΗ

Συνεχώς από τον χώρο της ιατρικής επιστήμης ακούμε ότι η καλύτερη θεραπεία είναι η πρόληψη, για οποιοδήποτε νόσημα. Αυτό αφορά φυσικά και τα αφροδίσια νοσήματα σε πολύ μεγάλο ποσοστό, μια και η εμφάνιση ή όχι των νόσων αυτών εξαρτάται σχεδόν αποκλειστικά από το ίδιο το άτομο.

Η σοβαρότητα και η υπευθυνότητα που διακατέχει τον καθένα ξεχωριστά είναι τα κυρίαρχα στοιχεία που παίζουν πρωταρχικό ρόλο στην διατήρηση της υγείας μας. Είναι αναγκαίο να συνειδητοποιήσουν όλοι ότι η υγεία δεν είναι παιχνίδι, αλλά το κύριο μέσο με το οποίο μας δίνεται η δυνατότητα να ζήσουμε ευτυχισμένα και ήρεμα.

Γι' αυτό, κάποιοι βασικοί κανόνες πέρα από την ευαισθητοποίηση του κοινού, μπορούν να δοθούν για να βοηθήσουν κατά κάποιο τρόπο στην πρόληψη των αφροδισίων νοσημάτων.

Η χρήση του προφυλακτικού για τον άντρα προσφέρει μερική προφύλαξη από τα αφροδίσια νοσήματα, καθώς επίσης ικανοποιητικό μέτρο προστασίας είναι και η χρήση διαφόρων αλοιφών ή χημικών παρασκευασμάτων πριν από την σεξουαλική επαφή. Η γυναίκα, λόγω της ιδιόρρυθμης κατανομής των γεννητικών της οργάνων, δεν είναι δυνατόν να χρησιμοποιήσει τέτοιου είδους προφυλακτικά μέσα. Το σίγουρο είναι ότι άντρες και γυναίκες μπορούν να επωφεληθούν από προσεκτικό καθαρισμό των γεννητικών οργάνων και της γύρω περιοχής μετά από την σεξουαλική πράξη.

Αν όμως κάποιος αντιληφθεί συμπτώματα που του προξενούν ανησυχία, θα πρέπει αμέσως να επισκευθεί κάποιον αρμόδιο γιατρό χωρίς κανένα ενδοιασμό ή ντροπή. Ένα από τα δυσκολότερα σημεία της πληροφόρησης της κοινής γνώμης, είναι η δυνατότητα να την απαλλάξουν από τον φόβο και την μειωμένη εμπιστοσύνη στο πλαίσιο της εχεμύθειας προς το πρόσωπο του γιατρού. Πρέπει να τονιστεί ότι η διάγνωση και η θεραπεία των αφροδισίων νοσημάτων γίνεται πάντα με απόλυτη εχεμύθεια που τηρείται από σχετικό νόμο και δεν υπάρχει κανένας φόβος για τυχόν δημοσιότητα του ονόματος σε τρίτα πρόσωπα.

Επίσης, είναι αναγκαίο να τονίσουμε με έμφαση ότι μια συγκεκριμένη νόσος δεν εκδηλώνεται πάντα με την ίδια μορφή και η θεραπεία δεν είναι για όλους η ίδια. Αυτό το αναφέρουμε εξαιτίας της αντίληψης που επικρατεί σε μερικούς να απευθύνονται σε μη αρμόδια άτομα (όπως φίλους, γνωστούς που τυχόν είχαν παρόμοιο πρόβλημα) και να χρησιμοποιούν θεραπεία με φάρμακα χωρίς συνταγή γιατρού. Αυτό είναι καθαρά εγκληματικό γιατί επιφυλάσσει μεγάλους κινδύνους, όπως

- Είναι δυνατόν, κατά την εφαρμογή της θεραπείας για κάποιο από τα αφροδίσια νοσήματα χωρίς την παρακολούθηση γιατρού, να εμφανιστεί στον ασθενή αλλεργική αντίδραση από την πενικιλίνη, γεγονός που μπορεί να τον οδηγήσει σε θάνατο αν δεν ληφθούν έγκαιρα τα κατάλληλα μέτρα.
- Επίσης, πιθανόν να καλυφθούν μεν οι δερματικές εκδηλώσεις από την τυχόν ελλειπή θεραπεία, όμως η νόσος να συνεχίζει να υποβόσκει.

Το δυσάρεστο όμως είναι ότι το ενδιαφέρον του ιατρικού κόσμου δεν έχει στραφεί όσο χρειάζεται προς τα νοσήματα αυτά, μια και κάποια μεμονωμένα (π.χ.

AIDS), έχουν προκαλέσει πανικό. Έτσι έχει ξεχαστεί ίσως ότι και τα υπόλοιπα είναι το ίδιο πολυσύχναστα και επικίνδυνα. Με αυτό τον τρόπο, η ενημέρωση της κοινής γνώμης για αυτά τα νοσήματα έχει παραμεριστεί κάπως. Από πλευράς Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας και από την Υπηρεσία Δημόσιας Υγείας, δεν έχει ποτέ μέχρι τώρα εκδοθεί κάποιο ενημερωτικό φυλλάδιο που να αναφέρεται για τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα, εκτός από αυτά που κατά καιρούς κυκλοφορούν για το AIDS. Αυτό βέβαια οφείλεται στην μεγάλη έξαρση που παρουσίασε η ασθένεια αυτή τα τελευταία χρόνια.

Η αποτελεσματικότερη διαφώτιση γύρω από τα αφροδίσια νοσήματα ξεκινάει από την μικρή ηλικία, από άτομα επιστημονικά καταρτισμένα, με πείρα και γνώσεις, με παιδαγωγικό και επιστημονικό τρόπο. Ο σωστός τρόπος διαφώτισης σε αυτή την ηλικία (προβολή διαφανειών, φωτογραφιών, συζητήσεις κ.λπ) προκαλεί το αρχικό ενδιαφέρον των ατόμων που κάποια χρόνια αργότερα θα εκτεθούν σε όλους αυτούς τους κινδύνους και που θα κληθούν να τους αντιμετωπίσουν με ωριμότητα.

Είναι απαραίτητο, η διδασκαλία αυτή να ξεκινάει από το Δημοτικό και να συνεχίζεται φυσικά στην δευτεροβάθμια εκπαίδευση (Γυμνάσια, Λύκεια) με το μάθημα της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης, που θα περιλαμβάνει πολλούς τρόπους ενημέρωσης, όπως προβολή διαφανειών, φωτογραφιών, επίσκεψη μαθητών σε νοσοκομεία για την λήψη πιο συγκεκριμένων πληροφοριών γύρω από τα νοσήματα αυτά, κ.α.

Επίσης, καθοριστικό ρόλο στην διαφώτιση των ατόμων, παίζει και το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Καθήκον τους είναι να συζητήσουν με όλους τους ασθενείς και να τους ενημερώσουν για τα νοσήματα αυτά λεπτομερώς, απαντώντας σε όλες τις τυχόν απορίες τους, και τονίζοντάς τους την σπουδαιότητα των επανειλημμένων εξετάσεων όπως ορίζονται από τον γιατρό, παίρνοντας και αυτοί με την σειρά τους την σωστή θέση στο υγειονομικό σύστημα της χώρας μας.

14. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΦΡΟΔΙΣΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Η Νοσηλευτική φροντίδα του ασθενή που πάσχει από κάποιο αφροδίσιο νόσημα σε γενικές γραμμές αποσκοπεί:

- α) Στην παροχή ψυχολογικής και θεραπευτικής φροντίδας στον πάσχοντα.
- β) Στην πρόληψη της νόσου.

Για να μπορέσει ο Νοσηλευτής-τρια να ανταποκριθεί στις ευθύνες που έχει απέναντι στον ασθενή λόγω του επαγγέλματός του, πρέπει να έχει υπόψιν του τα εξής:

- 1) Τα τυπικά γνωρίσματα και την χαρακτηριστική πορεία καθενός από τα αφροδίσια νοσήματα.
- 2) Την παθολογία κάθε νοσήματος, τον χρόνο επώασης, τα συμπτώματα και τον τύπο ανάρρωσης.
- 3) Τα ενδεικνύμενα μέτρα προφύλαξης, τα οποία πρέπει να λαμβάνει για τον εαυτόν της και το περιβάλλον.
- 4) Να ενημερώνει συχνά το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενή και τον ίδιο για τις βασικές αρχές υγιεινής (ατομικής περιβάλλοντος), δίνοντας έμφαση στην αξία της προφυλακτικής ανοσίας.
- 5) Πρέπει να ξέρει καλά ότι ο ασθενής χρειάζεται αγάπη και φροντίδα περισσότερο από οποιαδήποτε άλλη στιγμή και ότι με την δική της

ψυχολογική υποστήριξη μπορεί να του προσφέρει μεγάλη χαρά και σιγουριά, πράγματα σημαντικά για την συναισθηματική του ισορροπία που καταρρέει σε παρόμοιες περιπτώσεις.

Ο Νοσηλευτής-τρια όπως αναφέραμε και παραπάνω, είναι υπεύθυνος τόσο για την σωματική, όσο και για την ψυχολογική άνεση και ευεξία του ασθενή. Είναι το άτομο που εκ των πραγμάτων βρίσκεται συνεχώς κοντά του. Γι'αυτό, ο Νοσηλευτής-τρια επιδιώκει να αναπτύξει μια ζεστή σχέση ανάμεσά τους μια και ο ασθενής εξαρτάται άμεσα από αυτόν. Χορηγεί φάρμακα στον ασθενή, εκτελεί νοσηλίες και θεραπείες, όμως ταυτόχρονα του εξηγεί τους σκοπούς όλων αυτών όπως και τους παράγοντες που επηρεάζουν την πορεία της ασθένειας και τον οργανισμό του. Ο Νοσηλευτής-τρια που επιθυμεί να βρεθεί κοντά στον ασθενή και να κατανοήσει τις ανάγκες του, οφείλει να παρακολουθεί και να μελετά τους εμφανείς τρόπους συμπεριφοράς του και να μπορεί να διακρίνει όλα αυτά τα οποία ο ασθενής, είτε δεν μπορεί είτε δεν θέλει να εξωτερικεύσει σε άλλα άτομα.

Η ασθένεια αυξάνει την ανάγκη του ασθενή για αγάπη και ενδιαφέρον από τους γύρω του. Εξάλλου, η υποχρεωτική αδράνεια αυξάνει την επιθυμία επιστροφής σε μια εξαρτημένη κατάσταση παρόμοια με αυτή της παιδικής ηλικίας. Ο Νοσηλευτής-τρια εκδηλώνει το ενδιαφέρον του και σέβεται την αγωνία, τις ιδέες και τα συναισθήματά του. Επίσης, διαθέτει χρόνο γι'αυτόν, παραμένοντας κοντά του, αντιμετωπίζοντας ανάλογα τις ψυχολογικές του ανάγκες. Επίσης, διευκολύνει τις επισκέψεις συγγενών και φίλων στον ασθενή και του εξασφαλίζει διάφορα μέσα απασχόλησης που τον ενδιαφέρουν (π.χ βιβλία), χωρίς ποτέ να σταματάει να του συμπεριφέρεται με αγάπη, προσωπικό ενδιαφέρον και πηγαία ευγένεια.

Αυτή η νοσηλευτική προσέγγιση βοηθά τον ασθενή να αντιμετωπίσει την ασθένειά του με την απαιτούμενη ωριμότητα και την ανάληψη προσωπικής ευθύνης για την αποκατάστασή του, επιταχύνει την ανάρρωσή του και εμπνέει τον πόθο της ζωής.

15. ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΦΥΛΑΞΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΑΠΟ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΦΡΟΔΙΣΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Υπάρχουν όμως και κάποια καθήκοντα του Νοσηλευτικού προσωπικού που έχουν σχέση τόσο με την θεραπευτική φροντίδα του ασθενή, όσο και με την προφύλαξη του περιβάλλοντος και των ατόμων που υπάρχουν γύρω του.

Τα δωμάτια στα οποία νοσηλεύονται ασθενείς με κάποιο αφροδίσιο νόσημα καθώς και τα αντικείμενα που υπάρχουν μέσα σε αυτά θεωρούνται μολυσμένα, διότι ας μην ξεχνάμε ότι πολλά από τα νοσήματα αυτά μεταδίδονται όχι μόνο άμεσα αλλά και έμμεσα. Οι χώροι έξω από τα δωμάτια αυτά θεωρούνται και πρέπει να διατηρηθούν καθαροί.

Τα άτομα που έρχονται σε επαφή με τον ασθενή πρέπει να χρησιμοποιούν προφυλακτική μπλούζα και γάντια.

Τα χέρια πρέπει να πλένονται επιμελώς μετά από κάθε νοσηλεία ή χρήση μολυσμένου αντικειμένου με αντισηπτικό υγρό.

Τα αντικείμενα που χρησιμοποιεί ο ασθενής πρέπει να είναι ατομικά.

Τα μολυσμένα λευχείματα τοποθετούνται ασφαλώς μέσα σε ειδικούς σάκους και μεταφέρονται για αποστείρωση σε κλιβάνους, πριν πλυθούν με τα υπόλοιπα μολυσμένα είδη.

Ο χώρος μέσα στο δωμάτιο καθώς και το περιεχόμενό του, πρέπει να απολυμαίνονται ξεχωριστά με αντισηπτική ουσία.

Οι σκωραμίδες και τα ουροδοχεία πρέπει να αποστειρώνονται μετά από κάθε χρήση.

Κόπρανα, ούρα, υγρά υπολείμματα τροφής, κ.λπ. εφόσον θεωρούνται μολυσμένα, τοποθετούνται μέσα σε καλυμμένο δοχείο το οποίο περιέχει αντισηπτική διάλυση.

Επιπλέον, ο Νοσηλευτής-τρια παίζει καθοριστικό ρόλο στην πρόληψη και την διαφώτιση τόσο των ασθενών όσο και της κοινής γνώμης για τα αφροδίσια νοσήματα. Έχουν υποχρέωση να ενημερώνουν τους ασθενείς ότι τα αφροδίσια νοσήματα πρέπει να δηλώνονται και ότι τα άτομα που ήρθαν σε επαφή μαζί τους χρειάζεται να καταφεύγουν σε ειδικούς γιατρούς για άμεση πρόληψη και θεραπεία σε περίπτωση νόσησης. Είναι αναγκαίο επίσης να τους ενημερώσουν ότι χρησιμοποιούνται αριθμοί αντί για ονόματα στους δημόσιους χώρους για την αποφυγή κινδύνου να μάθουν άλλοι την φύση της ασθένειας. Ταυτόχρονα, ο Νοσηλευτής-τρια πρέπει να έρχεται συνεχώς σε επαφή με την οικογένεια του ασθενή για να τους πείσει να δεχτούν τον άνθρωπό τους με αγάπη και κατανόηση.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΜΕΘΟΔΟΣ - ΥΛΙΚΟ

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε από τον Οκτώβριο του 1993 έως τον Ιανουάριο του 1995 στην Πάτρα από τέσσερις σπουδάστριες του Τ.Ε.Ι. Πατρών.

Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 978 άτομα, σπουδαστές και φοιτητές της Πάτρας.

Η συλλογή των στοιχείων έγινε με τη βοήθεια ανώνυμου ερωτηματολογίου, κλειστού τύπου και πολλαπλής επιλογής. Το ερωτηματολόγιο εδόθη σε όλες τις σχολές του Τ.Ε.Ι. (Νοσηλευτικής, Κοινωνικής εργασίας, Πολιτικών έργων υποδομής, Ηλεκτρολογίας, Μηχανολογίας, Λογιστικής, Διοίκησης επιχειρήσεων, Τουριστικών επαγγελμάτων) και σε ορισμένες σχολές του Πανεπιστημίου (Νηπιαγωγών, Δασκάλων, Η/Υ, Χημικών, Μαθηματικών, Φυσικών). Μοιράστηκαν από τις τέσσερις σπουδάστριες και συμπληρώθηκαν σε διάστημα τριών εβδομάδων.

Το ερωτηματολόγιο περιέχει γενικές ερωτήσεις ατομικών χαρακτηριστικών (φύλο, ηλικία, τόπο διαμονής, επάγγελμα) καθώς και ειδικές ερωτήσεις που επικεντρώνονται στα εξής θέματα:

- α) αντισύλληψη
- β) αφροδίσια νοσήματα
- γ) σεξουαλική συμπεριφορά

Τα στοιχεία υπέστησαν επεξεργασία με ηλεκτρονικό υπολογιστή και η ανάλυση των δεδομένων έγινε με τα εμπορικά πακέτα dBASE III +, StatGraphics 4 και Excel 5.0.

Το ποσοστό απροθυμίας στην απάντηση του ερωτηματολογίου ήταν πολύ μικρό, 2,2 εκατοστιαίας αναλογίας.

Για την συγκέντρωση των στοιχείων επισκεφτήκαμε την γενική βιβλιοθήκη Πατρών, την βιβλιοθήκη των Τ.Ε.Ι. και Πανεπιστημίου Πάτρας, το Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού και το Κέντρο Τεκμηρίωσης Ερευνών της Αθήνας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Πίνακας 1: Κατανομή του δείγματος 978 ερωτηθέντων ατόμων ανάλογα με το φύλο.

Φύλο	Αριθμός	Ποσοστό
Άνδρες	500	51,12%
Γυναίκες	478	48,88%
Σύνολα	978	100,00%

Στον πίνακα 1 φαίνεται ότι το δείγμα είναι ισοκατανεμημένο ως προς το φύλο.

Σχήμα 1 : Κατανομή 978 ερωτηθέντων ατόμων ανάλογα με το φύλο.



Όπως στον Πίνακα 1

Πίνακας 2: Κατανομή του δείγματος 978 ερωτηθέντων ατόμων ανάλογα με την ηλικία.

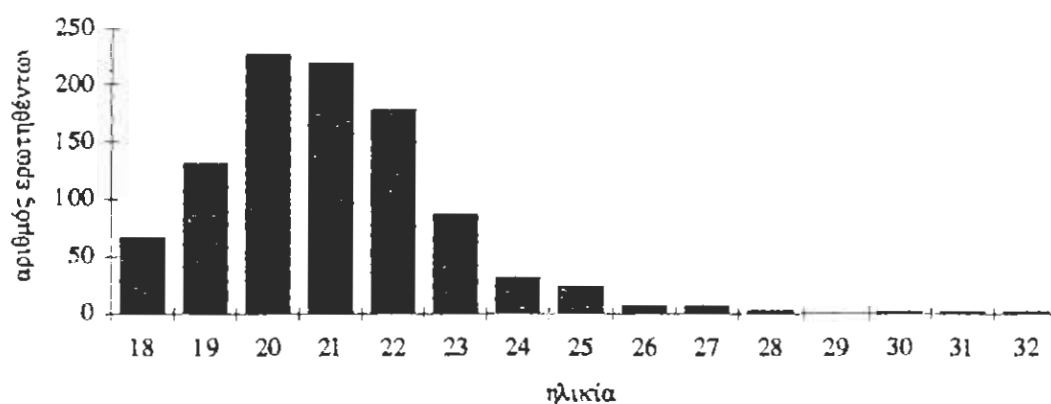
Ηλικία	Αριθμός	Ποσοστό
18	66	6,75%
19	131	13,39%
20	227	23,21%
21	219	22,39%
22	178	18,20%
23	86	8,79%
24	31	3,17%
25	23	2,35%
26	6	0,61%
27	6	0,61%
28	2	0,20%
29	0	0,00%
30	1	0,10%
31	1	0,10%
32	1	0,10%
Σύνολα	978	100,00%

Στον πίνακα 2 φαίνεται ότι το δείγμα είναι ηλικίας κυρίως 19 ως 23 ετών.

Πίνακας 2α: Κατανομή του δείγματος 978 ερωτηθέντων ατόμων ανάλογα με την ηλικία και το φύλο.

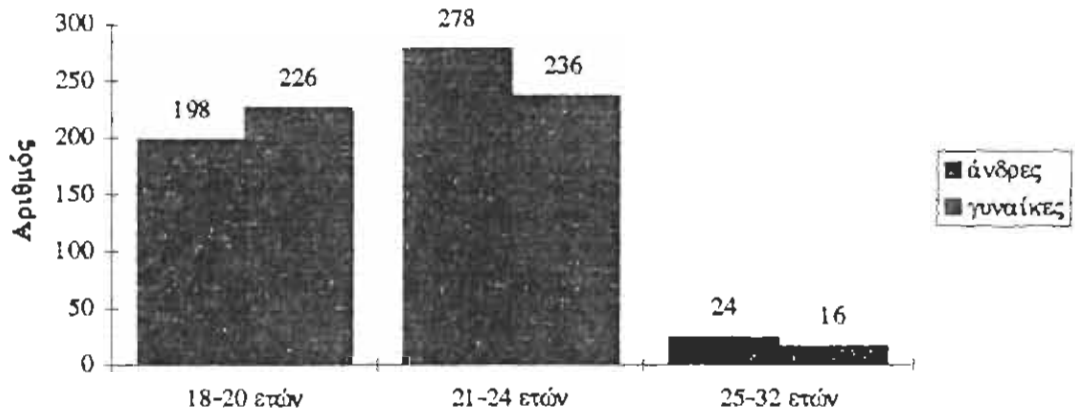
Ηλικία	Άνδρες	Γυναίκες
18 - 20 ετών	198	226
21 - 24 ετών	278	236
25 - 32 ετών	24	16
Σύνολα	500	478

Σχήμα 2 : Ηλικιακή κατανομή των 978 ερωτηθέντων ατόμων.



Όπως στον Πίνακα 2

Σχήμα 2α: Κατανομή 978 ερωτηθέντων ατόμων ανάλογα με την ηλικία και το φύλο



Όπως στον Πίνακα 2α

Πίνακας 3: Κατανομή του δείγματος 978 ερωτηθέντων ατόμων ανάλογα με το θρήσκευμα.

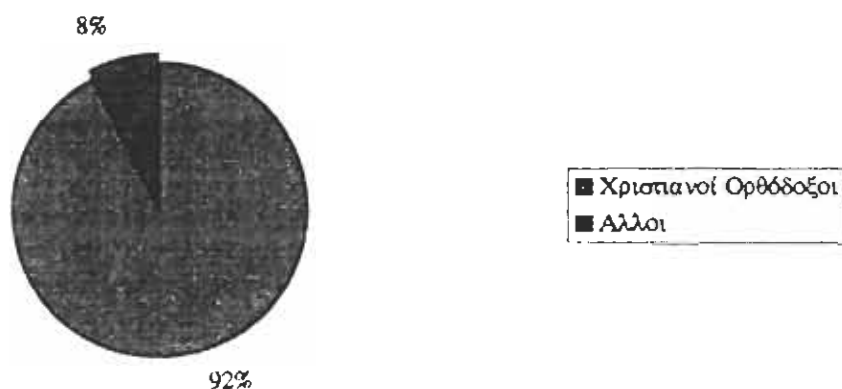
Θρήσκευμα	Αριθμός	Ποσοστό
Χριστιανοί ορθόδοξοι	904	92,43%
Άλλοι	74	7,57%
Σύνολα	978	100,00%

Στον πίνακα 3 φαίνεται ότι οι ερωτηθέντες είναι Χριστιανοί ορθόδοξοι.

Πίνακας 3α: Κατανομή του δείγματος 978 ερωτηθέντων ατόμων ανάλογα με τη θρησκεία και το φύλο.

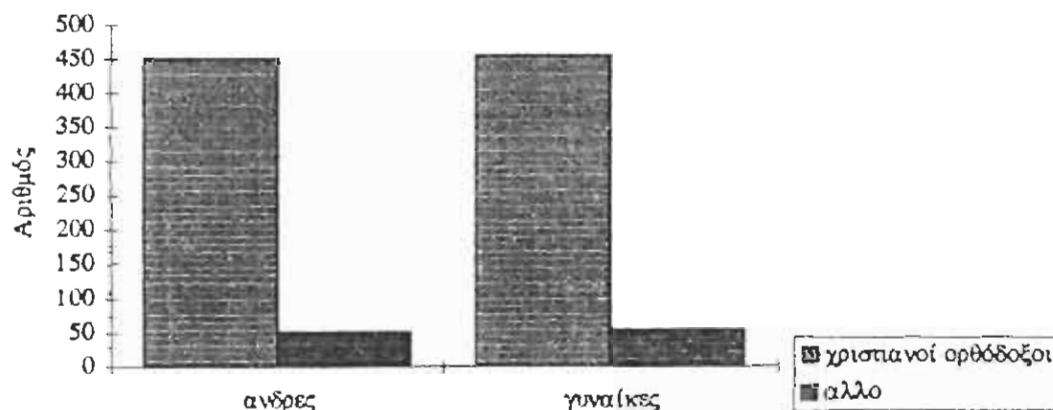
Θρήσκευμα	Άνδρες	Ποσοστό	Γυναίκες	Ποσοστό
Χριστιανοί ορθόδοξοι	450	46,01%	454	46,42%
Άλλο	50	5,11%	24	2,46%
Σύνολα	500	51,12%	478	48,88%

Σχήμα 3: Κατανομή 978 ερωτηθέντων ατόμων ανάλογα με το θρήσκευμα



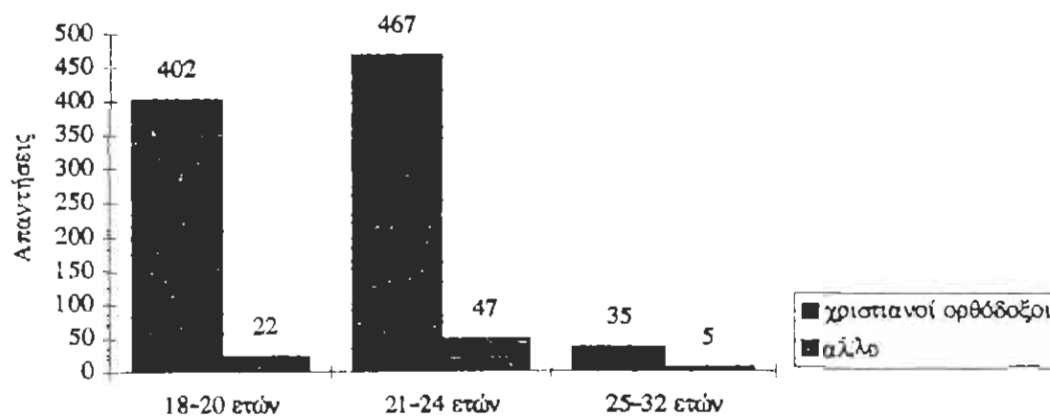
Όπως στον Πίνακα 3

Σχήμα 3α: Κατανομή 978 ερωτηθέντων ατόμων ανάλογα με την θρησκεία και το φύλο



Όπως στον Πίνακα 3α

Σχήμα 3β: Κατανομή 978 ερωτηθέντων ατόμων ανάλογα με το θρήσκευμα και την ηλικία.



Πίνακας 4: Κατανομή του δείγματος 978 ερωτηθέντων ατόμων ανάλογα με την οικογενειακή τους κατάσταση.

Οικογενειακή κατάσταση	Αριθμός	Ποσοστό
Έγγαμος	19	1,94%
Άγαμος	949	97,03%
Διαζευγμένος	10	1,02%
Σύνολα	978	100,00%

Στον πίνακα 4 φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων είναι άγαμοι.

Πίνακας 4α: Κατανομή του δείγματος 978 ερωτηθέντων ατόμων ανάλογα με το φύλο και την οικογενειακή κατάσταση.

Οικογενειακή κατάσταση	Άνδρες	Ποσοστό	Γυναίκες	Ποσοστό
Έγγαμοι	8	0,82%	11	1,12%
Άγαμοι	486	49,69%	463	47,34%
Διαζευγμένοι	6	0,61%	4	0,41%
Σύνολα	500	51,12%	478	48,88%

Πίνακας 4β: Κατανομή κατά ηλικία 978 ερωτηθέντων ατόμων ανάλογα με την οικογενειακή τους κατάσταση.

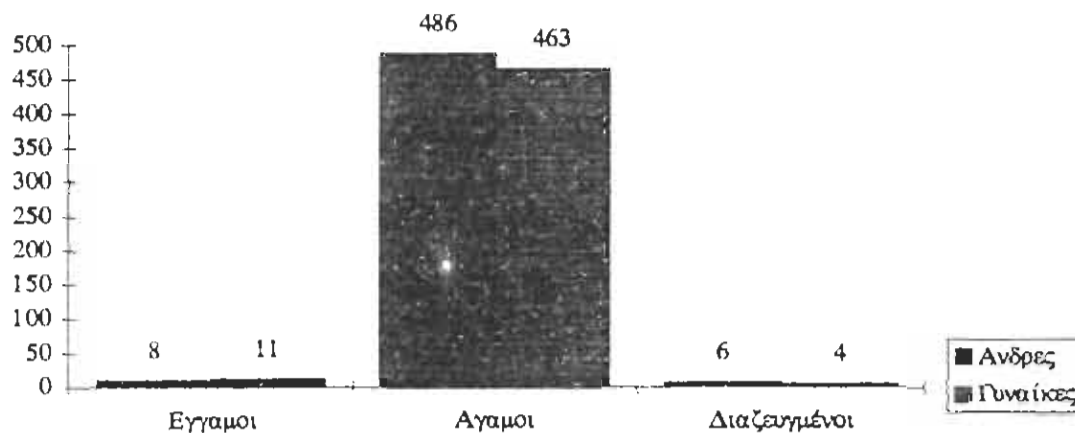
Οικογενειακή κατάσταση	18 - 20 ετών	21 - 24 ετών	25 - 32 ετών
Έγγαμοι	6 (0,6%)	8 (0,8%)	5 (0,5%)
Άγαμοι	412 (42,1%)	503 (51,4%)	34 (3,5%)
Διαζευγμένοι	6 (0,6%)	3 (0,3%)	1 (0,1%)
Σύνολα	424 (43,4%)	514 (52,4%)	40 (4,1%)

Σχήμα 4: Κατανομή 978 ερωτηθέντων ατόμων ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση



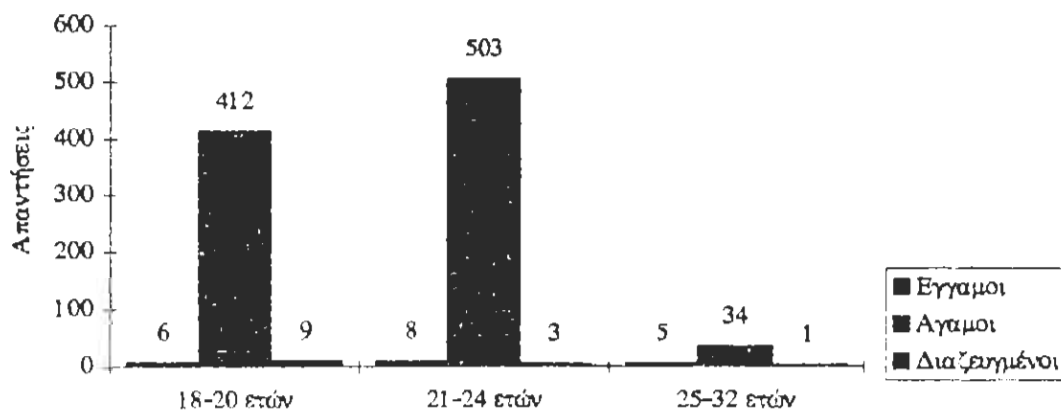
Όπως στον Πίνακα 4

Σχήμα 4α: Κατανομή 978 ερωτηθέντων ατόμων ανάλογα με το φύλο και την οικογενειακή κατάσταση.



Όπως στον Πίνακα 4α

Σχήμα 4β: Κατανομή 978 ερωτηθέντων ατόμων ανάλογα με την ηλικία και την οικογενειακή κατάσταση.



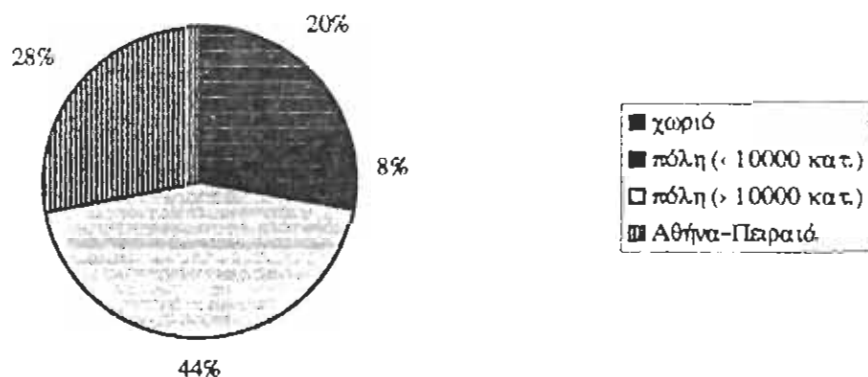
Όπως στον Πίνακα 4β

Πίνακας 5: Κατανομή του δείγματος 978 ερωτηθέντων ατόμων ανάλογα με τον τόπο γέννησής τους.

Τόπος γέννησης	Αριθμός	Ποσοστό
Χωριό	193	19,73%
Πόλη (<10.000 κατ.)	80	8,18%
Πόλη (>10.000 κατ.)	431	44,07%
Αθήνα - Πειραιάς	274	28,02%
Σύνολα	978	100,00%

Στον πίνακα 5 φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων γεννήθηκε σε πόλη άνω των 10.000 κατοίκων. Ακολουθούν με φθίνουσα σειρά οι απαντήσεις «Αθήνα - Πειραιά» και «χωριό».

Σχήμα 5: Κατανομή 978 ερωτηθέντων ατόμων ανάλογα με τον τόπο γέννησης



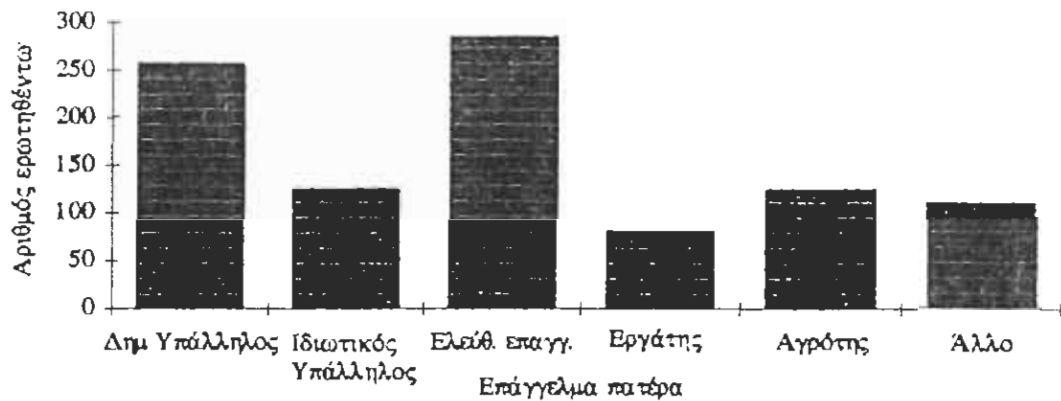
Όπως στον Πίνακα 5

Πίνακας 6: Κατανομή του δείγματος 978 ερωτηθέντων ατόμων ανάλογα με το επάγγελμα του πατέρα.

Επάγγελμα πατέρα	Αριθμός	Ποσοστό
Δημ υπάλληλος	256	26,18%
Ιδιωτ. υπάλληλος	124	12,68%
Ελεύθ. επαγγελματίας	283	28,94%
Εργάτης	80	8,18%
Αγρότης	124	12,68%
Άλλο	111	11,35%
Σύνολα	978	100,00%

Στον πίνακα 6 φαίνεται ότι το επάγγελμα του πατέρα των ερωτηθέντων είναι κυρίως ελεύθερος επαγγελματίας και δημόσιος υπάλληλος.

Σχήμα 6: Κατανομή 978 ερωτηθέντων ατόμων ανάλογα με το επάγγελμα του πατέρα



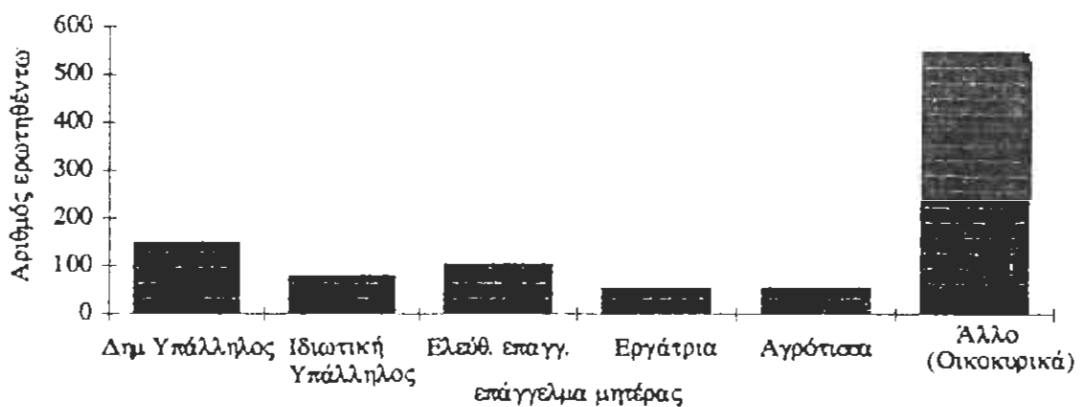
Όπως στον Πίνακα 6

Πίνακας 7: Κατανομή του δείγματος 978 ερωτηθέντων ατόμων ανάλογα με το επάγγελμα της μητέρας

Επάγγελμα μητέρας	Αριθμός	Ποσοστό
Δημ. υπάλληλος	147	15,03%
Ιδιωτ. υπάλληλος	78	7,98%
Ελεύθ. επαγγελματίας	102	10,43%
Εργάτρια	52	5,32%
Αγρότισσα	54	5,52%
Οικοκυρά	544	55,62%
Σύνολα	977	99,90%

Στον πίνακα 7 φαίνεται ότι το επάγγελμα της μητέρας των ερωτηθέντων είναι κυρίως οικιακά. Ακολουθούν με φθίνουσα σειρά οι απαντήσεις «δημόσιος υπάλληλος» και «ελεύθερη επαγγελματίας».

Σχήμα 7: Κατανομή 978 ερωτηθέντων ατόμων ανάλογα με το επάγγελμα της μητέρας



Όπως στον Πίνακα 7

Πίνακας 8: Κατανομή του δείγματος 978 ερωτηθέντων ατόμων ανάλογα με την ιδιότητα των ερωτηθέντων.

Ιδιότητα	Αριθμός	Ποσοστό
Σπουδαστής -τρια	578	59,10%
Φοιτητής -τρια	400	40,90%
Σύνολα	978	100,00%

Στον πίνακα 8 φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων είναι σπουδαστές.

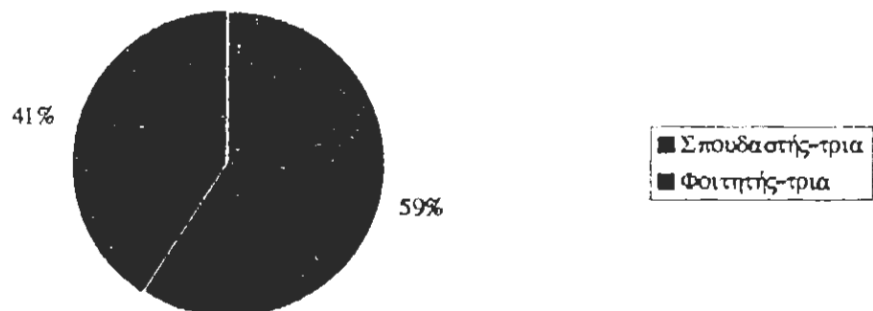
Πίνακας 8α: Κατανομή 978 ερωτηθέντων ατόμων ανάλογα με το φύλο και την ιδιότητα.

Ιδιότητα	Άνδρες	Ποσοστό	Γυναίκες	Ποσοστό
Σπουδαστές	266	27,20%	312	31,90%
Φοιτητές	234	23,93%	166	16,97%
Σύνολα	500	51,12%	478	48,88%

Πίνακας 8β: Κατανομή των απαντήσεων 978 ερωτηθέντων ατόμων κατά ηλικία και ιδιότητα.

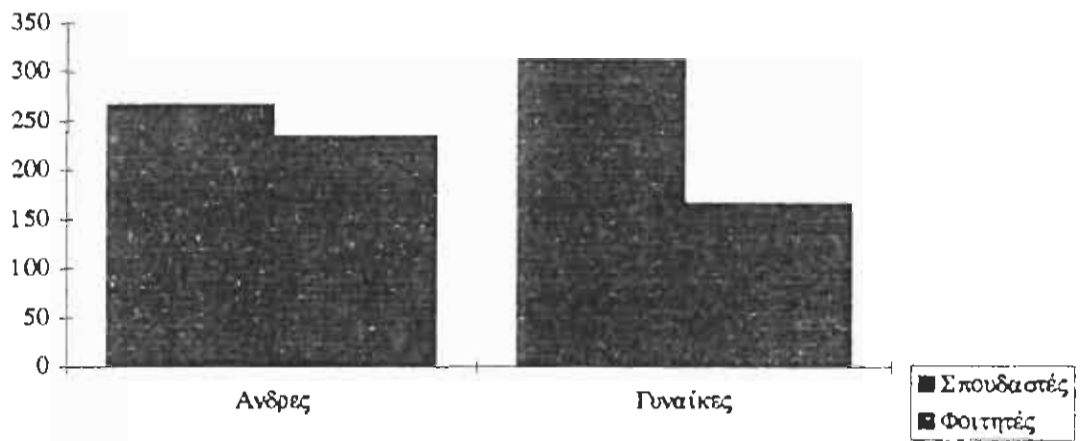
Ιδιότητα	18 - 20 ετών	21 - 24 ετών	25 - 32 ετών
Σπουδαστές	246 (25,2%)	308 (31,5%)	24 (2,5%)
Φοιτητές	178 (18,2%)	206 (21,1%)	16 (1,6%)
Σύνολα	424 (43,4%)	514 (52,4%)	40 (4,1%)

Σχήμα 8: Κατανομή 978 ερωτηθέντων ατόμων ανάλογα με την ιδιότητά τους



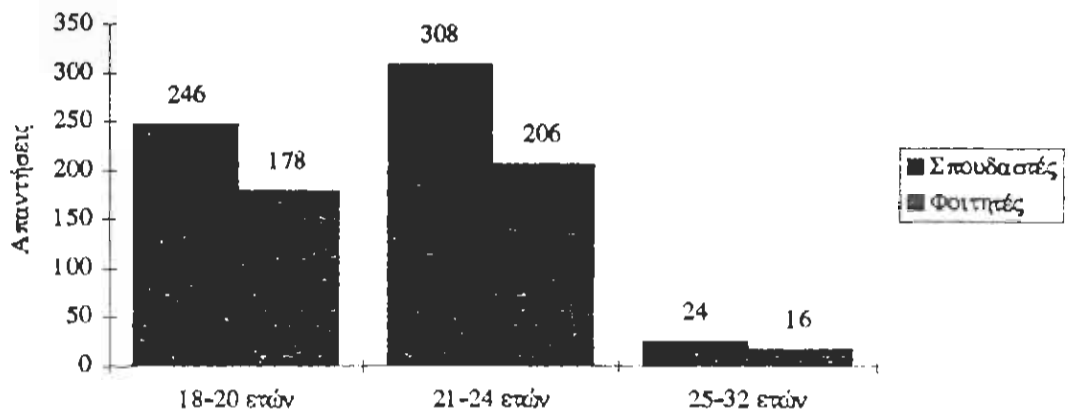
Όπως στον Πίνακα 8

Σχήμα 8α: Κατανομή 978 ερωτηθέντων ατόμων κατὰ φύλο και ιδιότητα.



Όπως στον Πίνακα 8α

Σχήμα 8β: Κατανομή 978 ερωτηθέντων ατόμων ανάλογα με την ηλικία και την ιδιότητα.



Όπως στον Πίνακα 8β

Πίνακας 9: Κατανομή του δείγματος 978 ερωτηθέντων ατόμων ανάλογα με τη γνώση τους για μεθόδους αντισύλληψης.

	Αριθμός	Ποσοστό
Γνωρίζουν	960	98,16%
Δεν γνωρίζουν	18	1,84%
Σύνολα	978	100,00%

Από τον πίνακα 9 προκύπτει ότι οι ερωτηθέντες γνωρίζουν μεθόδους αντισύλληψης.

Πίνακας 9α: Κατανομή των απαντήσεων ανάλογα με το φύλο και τις γνώσεις τους για μεθόδους αντισύλληψης.

	Άνδρες	Ποσοστό	Γυναίκες	Ποσοστό
Γνωρίζουν	488	49,90%	472	48,26%
Δεν γνωρίζουν	12	1,23%	6	0,61%
Σύνολα	500	51,12%	478	48,88%

Πίνακας 9β: Κατανομή των απαντήσεων 978 ερωτηθέντων ατόμων κατά ηλικία ανάλογα με τη γνώση τους για κάποια αντισυλληπτική μέθοδο.

	18 - 20 ετών	21 - 24 ετών	25 - 323 ετών
Γνωρίζουν	414 (42,3%)	508 (51,9%)	37 (3,8%)
Δεν γνωρίζουν	10 (1,1%)	6 (0,6%)	3 (0,3%)
Σύνολα	424 (43,4%)	514 (52,4%)	40 (4,1%)

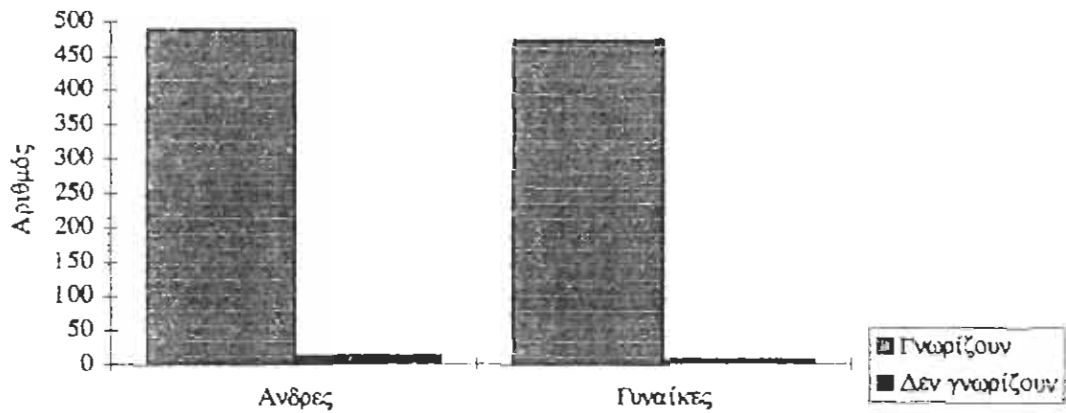
Πίνακας 9β: $\chi^2=9,88$ B.E.=4 P=0,042

Σχήμα 9: Κατανομή 978 ερωτηθέντων ατόμων ανάλογα με την γνώση τους για μεθόδους αντισύλληψης



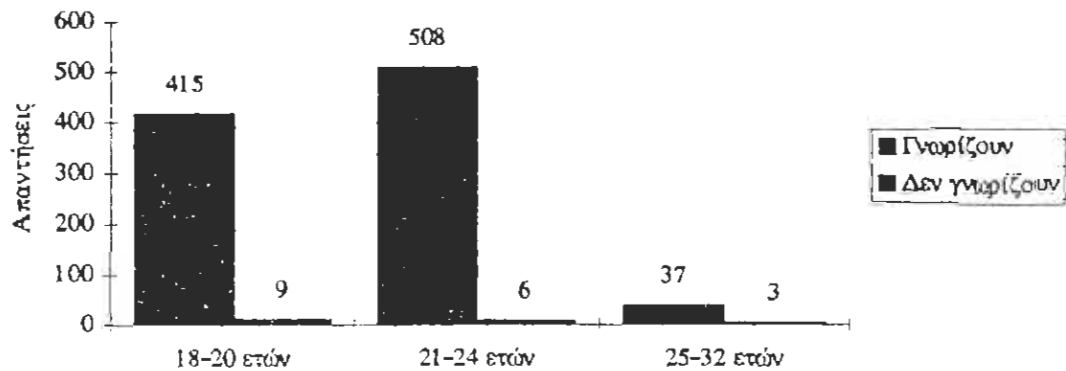
Όπως στον Πίνακα 9

Σχήμα 9α: Κατανομή 978 ερωτηθέντων ατόμων κα τα φύλο ανάλογα με την γνώση τους για μεθόδους αντισύλληψης



Όπως στον Πίνακα 9α

Σχήμα 9β: Κατανομή 978 ερωτηθέντων ατόμων ανάλογα με την ηλικία και την γνώση τους για αντισυλληπτικές μεθόδους



Όπως στον Πίνακα 9β

Πίνακας 10: Κατανομή του δείγματος 978 ερωτηθέντων ατόμων ανάλογα με την πηγή της πληροφόρησής τους για την αντισύλληψη.

Πηγή πληροφόρησης	Αριθμός	Ποσοστό
M.M.E.	526	53,78%
Οικογένεια	107	10,94%
Σχολείο	34	3,48%
Φίλοι	200	20,45%
Κέντρα Οικ. Προγρ.	26	2,66%
Αρμόδιοι φορείς	80	8,18%
Δεν απάντησαν	5	0,51%
Σύνολα	978	100,00%

Στον πίνακα 10 φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων πληροφορήθηκε για την αντισύλληψη από τα M.M.E. Ακολουθεί η απάντηση «φίλοι».

Πίνακας 10α: Κατανομή των απαντήσεων ανάλογα με το φύλο και τις πηγές πληροφόρησής τους για την αντισύλληψη.

Πηγή πληροφόρησης	Άνδρες	Ποσοστό	Γυναίκες	Ποσοστό
M.M.E.	279	28,53%	247	25,26%
Οικογένεια	56	5,73%	51	5,21%
Σχολείο	12	1,23%	22	2,25%
Φίλοι	121	12,37%	79	8,08%
Κέντρα Οικ. Προγρ.	8	0,82%	18	1,84%
Αρμόδιοι φορείς	19	1,94%	61	6,24%
Δεν απάντησαν	5	0,51%	0	0,00%
Σύνολα	500	51,12%	478	48,88%

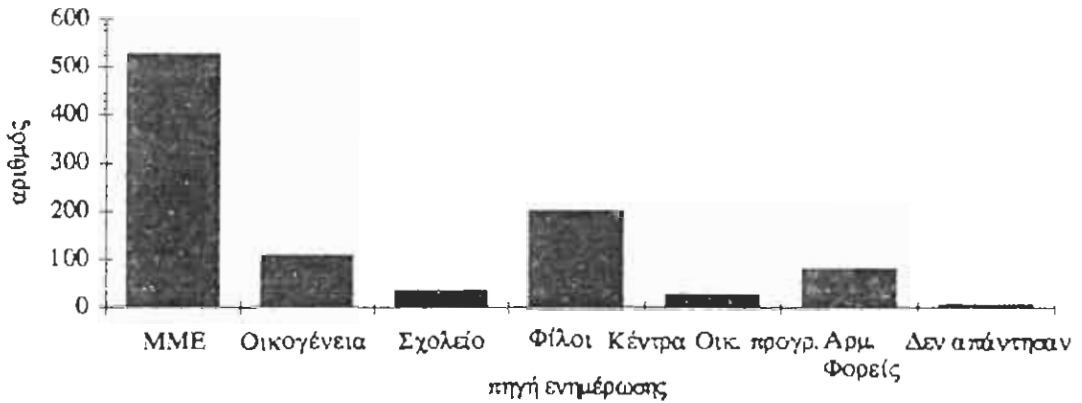
Πίνακας 10α: $\chi^2=44,3$ B.E.=6 P=0,000

Πίνακας 10β: Κατανομή των απαντήσεων κατά ηλικία 978 ερωτηθέντων ατόμων ανάλογα με την πηγή της πληροφόρησής τους για την αντισύλληψη.

Πηγή πληροφόρησης	18 - 20 ετών	21 - 24 ετών	25 - 32 ετών
M.M.E.	232 (23,7%)	280 (28,6%)	14 (1,4%)
Οικογένεια	55 (5,6%)	50 (5,1%)	2 (0,2%)
Σχολείο	14 (1,4%)	20 (2,1%)	0 (0,0%)
Φίλοι	83 (8,3%)	105 (10,7%)	12 (1,2%)
Κέντρα Οικ. Προγρ.	6 (0,6%)	16 (1,6%)	4 (0,4%)
Αρμόδιοι φορείς	30 (3,1%)	42 (4,3%)	8 (0,8%)
Δεν απάντησαν	4 (0,4%)	1 (0,1%)	0 (0,0%)
Σύνολα	424 (43,4%)	514 (52,4%)	40 (40,1%)

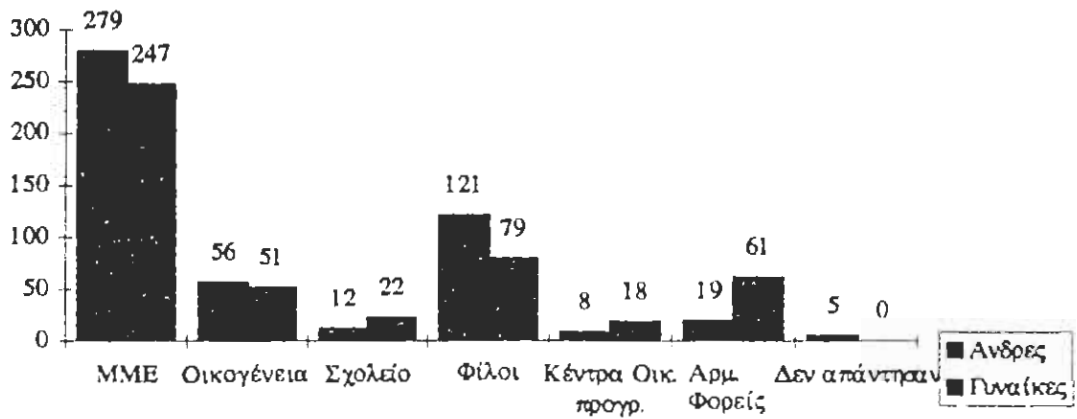
Πίνακας 10β: $\chi^2=31,1$ B.E.=12 P=0,001

Σχήμα 10: Κατανομή 978 ερωτηθέντων ατόμων ανάλογα με την πηγή ενημέρωσης για την αντισύλληψη



Όπως στον Πίνακα 10

Σχήμα 10α: Κατανομή 978 ερωτηθέντων ατόμων κατά φύλο ανάλογα με την πηγή ενημέρωσής τους για την αντισύλληψη.



Όπως στον Πίνακα 10α

Σχήμα 10β: κατανομή 978 ερωτηθέντων ατόμων ανάλογα με την ηλικία και τις πηγές ενημερωσής τους για την αντιούλληψη.



Όπως στον Πίνακα 10β

Πίνακας II: Κατανομή του δείγματος 978 ερωτηθέντων ατόμων ανάλογα με την αντισυλληπτική μέθοδο που χρησιμοποιούν.

Αντισυλληπτική μέθοδος	Αριθμός	Ποσοστό
Προφυλακτικό	543	55,52%
Διακεκομμένη συνουσία	142	14,52%
Χάπι	60	6,13%
Σπιράλ	4	0,41%
Διάφραγμα	4	0,41%
Καμία	225	23,01%
Σύνολα	978	100,00%

Από τον πίνακα II προκύπτει ότι η αντισυλληπτική μέθοδος που χρησιμοποιεί το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων είναι το προφυλακτικό και η αμέσως επόμενη είναι η διακεκομμένη συνουσία.

Πίνακας IIα: Κατανομή των απαντήσεων ανάλογα με το φύλο και τη μέθοδο αντισύλληψης που χρησιμοποιούν.

Αντισυλληπτική μέθοδος	Άνδρες	Ποσοστό	Γυναίκες	Ποσοστό
Προφυλακτικό	366	37,42%	177	18,10%
Διακεκομμένη συνουσία	55	5,62%	87	8,90%
Χάπι	14	1,43%	46	4,70%
Σπιράλ	1	0,10%	3	0,31%
Διάφραγμα	3	0,31%	1	0,10%
Καμία	61	6,24%	164	16,77%
Σύνολα	500	51,12%	478	48,88%

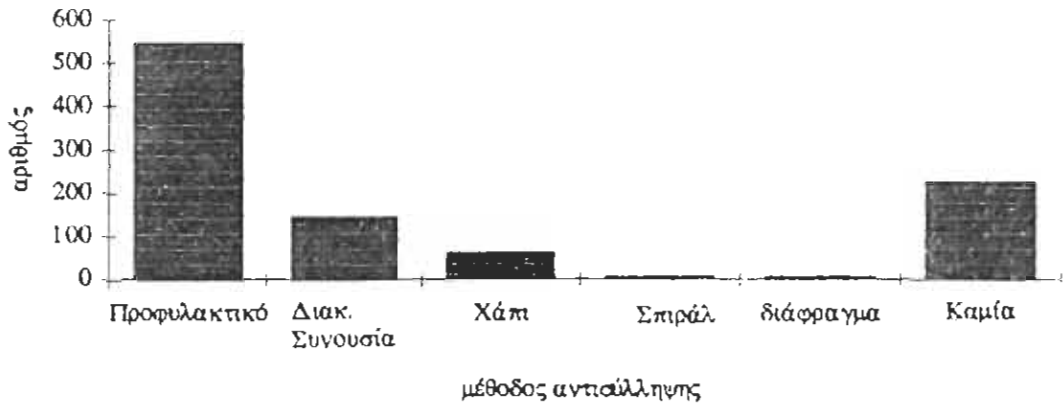
Πίνακας IIα: $\chi^2=138,7$ B.E.=5 P=0,000

Πίνακας IIβ: Κατανομή των απαντήσεων 978 ερωτηθέντων ατόμων κατά ηλικία ανάλογα με την αντισυλληπτική μέθοδο που χρησιμοποιούν.

Αντισυλληπτική μέθοδος	18 - 20 ετών	21 - 24 ετών	25 - 32 ετών
Προφυλακτικό	240 (24,5%)	283 (28,9%)	20 (2,0%)
Διακεκομμένη συνουσία	46 (4,7%)	87 (8,9%)	9 (0,9%)
Χάπι	16 (1,6%)	41 (4,2%)	3 (0,3%)
Σπιράλ	0 (0,0%)	3 (0,3%)	1 (0,1%)
Διάφραγμα	3 (0,3%)	1 (0,1%)	0 (0,0%)
Καμία	119 (12,2%)	99 (10,1%)	7 (0,7%)
Σύνολα	424 (43,4%)	514 (52,4%)	40 (4,1%)

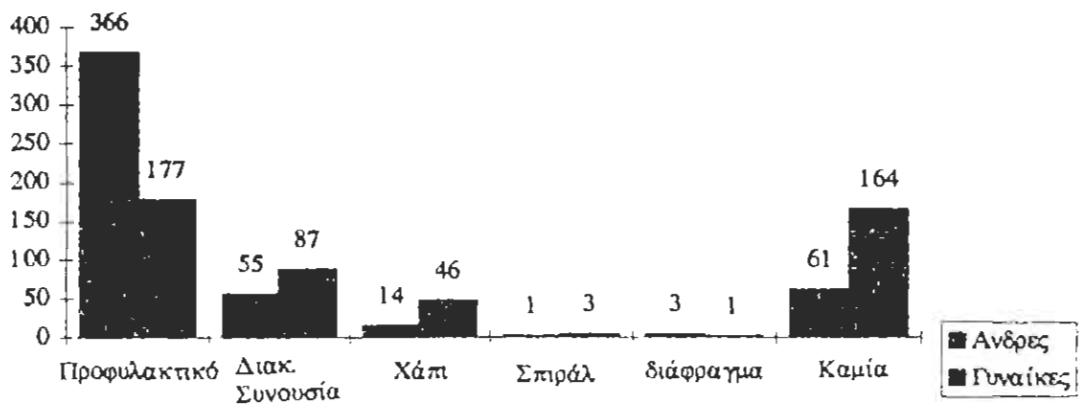
Πίνακας IIβ: $\chi^2=31,32$ B.E.=10 P=0,005

Σχήμα 11: Κατανομή 978 ερωτηθέντων ατόμων ανάλογα με την αντισυλληπτική μέθοδο που χρησιμοποιούν



Όπως στον Πίνακα 11

Σχήμα 11α: Κατανομή 978 ερωτηθέντων ατόμων κατά φύλο ανάλογα με την μέθοδο αντισύλληψης που χρησιμοποιούν



Όπως στον Πίνακα 11α

Σχήμα 11β: Κατανομή 978 ερωτηθέντων ατόμων ανάλογα με την ηλικία και την αντισυλληπτική μέθοδο που χρησιμοποιούν.



Όπως στον Πίνακα 11β

Πίνακας 12: Κατανομή του δείγματος 978 ερωτηθέντων ατόμων ανάλογα με τους λόγους για τους οποίους δεν χρησιμοποιούν καμία αντισυλληπτική μέθοδο.

Λόγος	Αριθμός	Ποσοστό
Θέλουν να κάνουν παιδί	53	5,42%
Αντιτίθεται στη θρησκεία τους	9	0,92%
Φόβος	13	1,33%
Δεν έχουν σχέσεις	136	13,91%
Δεν απάντησαν	767	78,43%
Σύνολα	978	100,00%

Στον πίνακα 12 φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων δεν απάντησε.

Πίνακας 12α: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το φύλο και τους λόγους που δεν χρησιμοποιούν αντισυλληπτική μέθοδο.

Λόγος	Άνδρες	Ποσοστό	Γυναίκες	Ποσοστό
Θέλουν να κάνουν παιδί	38	3,89%	15	1,53%
Αντιτίθεται στη θρησκεία τους	5	0,51%	4	0,41%
Φόβος	4	0,41%	9	0,92%
Δεν έχουν σχέσεις	15	1,53%	121	12,37%
Δεν απάντησαν	438	44,79%	329	33,64%
Σύνολα	500	51,12%	478	48,88%

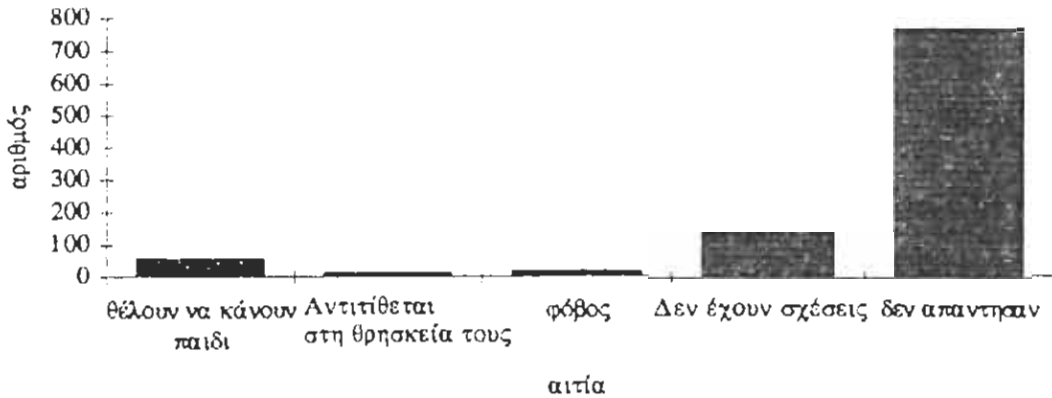
Πίνακας 12α: $\chi^2=114,7$ B.E.=5 P=0,000

Πίνακας 12β: Κατανομή των απαντήσεων 978 ερωτηθέντων ατόμων κατά ηλικία ανάλογα με τους λόγους για τους οποίους δεν χρησιμοποιούν αντισυλληπτική μέθοδο.

Λόγος	18 - 20 ετών	21 - 24 ετών	25 - 32 ετών
Θέλουν να κάνουν παιδί	23 (2,4%)	28 (2,9%)	2 (0,2%)
Αντιτίθεται στη θρησκεία τους	5 (0,5%)	3 (0,3%)	1 (0,1%)
Φόβος	8 (0,8%)	5 (0,5%)	0 (0,0%)
Δεν έχουν σχέσεις	80 (8,2%)	54 (5,5%)	2 (0,2%)
Δεν απάντησαν	308 (31,5%)	424 (43,4%)	35 (3,6%)
Σύνολα	424 (43,4%)	514 (52,4%)	40 (4,1%)

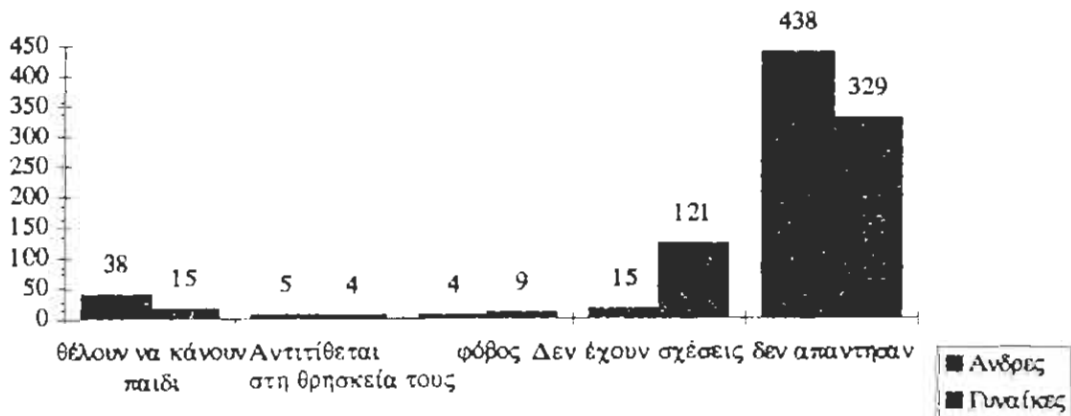
Πίνακας 12β: $\chi^2=30,97$ B.E.=10 P=0,005

Σχήμα 12: κατανομή 978 ερωτηθέντων ατόμων για τους λόγους μη χρησιμοποιήσης κάποιας αντισυλληπτικής μεθόδου



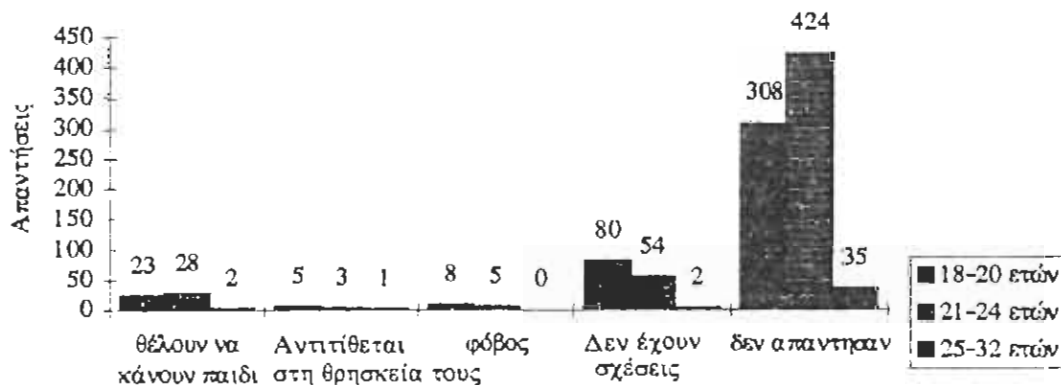
Όπως στον Πίνακα 12

Σχήμα 12α: Κατανομή 978 ερωτηθέντων ατόμων κατα φύλο ανάλογα με τους λόγους για τους οποίους δεν χρησιμοποιούν καμία μέθοδο αντισύλληψης



Όπως στον Πίνακα 12α

Σχήμα 12β: Κατανομή 978 ερωτηθέντων ατόμων ανάλογα με την ηλικία και τους λόγους για τους οποίους δεν χρησιμοποιούν καμία αντισυλληπτική μέθοδο.



Όπως στον Πίνακα 12β

Πίνακας 13: Κατανομή του δείγματος 978 ερωτηθέντων ατόμων ανάλογα με το αν χρησιμοποίησαν αντισυλληπτική μέθοδο στην πρώτη τους επαφή.

	Αριθμός	Ποσοστό
Ναι	445	45,50%
Όχι	348	35,58%
Δεν έχουν σχέσεις	185	18,92%
Σύνολα	978	100,00%

Στον πίνακα 13 φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (45%) έχει χρησιμοποίησει αντισυλληπτική μέθοδο στην πρώτη του επαφή ενώ το 36% δεν έχει χρησιμοποίησει.

Πίνακας 13α: Απαντήσεις κατά φύλο ανάλογα με το αν χρησιμοποίησαν αντισυλληπτική μέθοδο στην πρώτη τους επαφή.

	Άνδρες	Ποσοστό	Γυναίκες	Ποσοστό
Ναι	289	29,55%	156	15,95%
Όχι	178	18,20%	170	17,38%
Δεν έχουν σχέσεις	33	3,37%	152	15,54%
Σύνολα	500	51,12%	478	48,88%

Πίνακας 13α: $\chi^2=116,0$ B.E.=2 P=0,000

Πίνακας 13β: Κατανομή των απαντήσεων 978 ερωτηθέντων ατόμων κατά ηλικία ανάλογα με το αν χρησιμοποίησαν αντισυλληπτική μέθοδο στην πρώτη τους επαφή.

	18 - 20 ετών	21 - 24 ετών	25 - 32 ετών
Ναι	187 (19,1%)	245 (25,1%)	13 (1,3%)
Όχι	124 (12,7%)	201 (20,6%)	23 (2,4%)
Δεν έχουν σχέσεις	113 (11,6%)	68 (7,0%)	4 (0,4%)
Σύνολα	424 (43,4%)	514 (52,4%)	40 (4,1%)

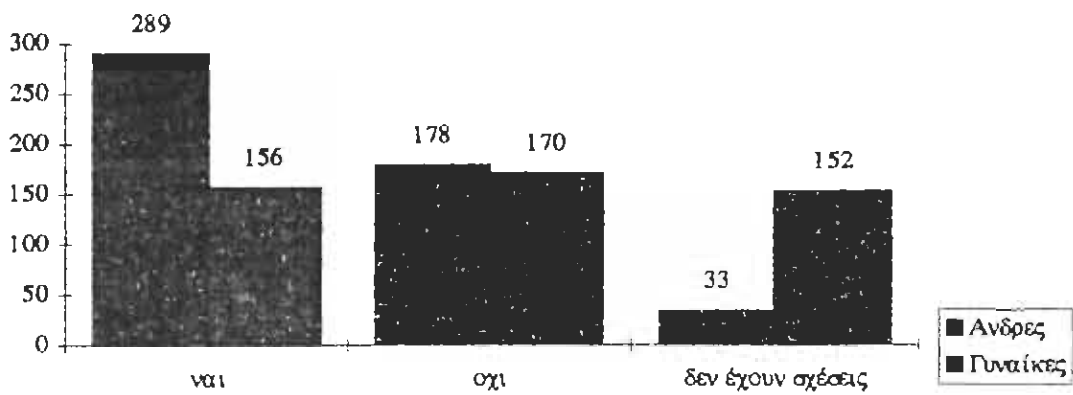
Πίνακας 13β: $\chi^2=38,05$ B.E.=4 P=0,000

Σχήμα 13: Κατανομή 978 ερωτηθέντων ατόμων ανάλογα με το αν χρησιμοποίησαν αντισυλληπτική μέθοδο από την πρώτη τους επαφή



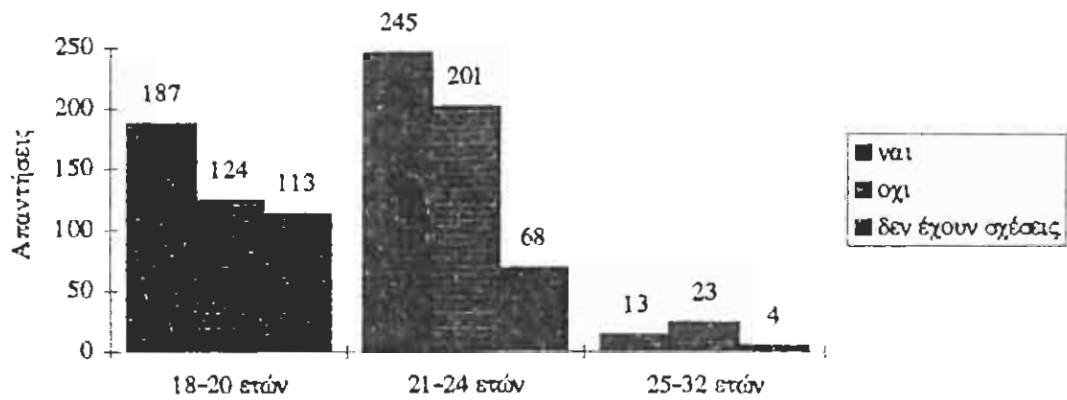
Όπως στον Πίνακα 13

Σχήμα 13α: Κατανομή 978 ερωτηθέντων ατόμων κατα φύλο ανάλογα με το αν χρησιμοποίησαν αντισυλληπτική μέθοδο στην πρώτη τους επαφή



Όπως στον Πίνακα 13α

Σχήμα 13β: Κατανομή 978 ερωτηθέντων ατόμων κατά ηλικία ανάλογα με το αν χρησιμοποίησαν αντιαιλλητική μέθοδο στην πράτη τους επαφή.



Όπως στον Πίνακα 13β

Πίνακας 14: Απαντήσεις 978 ερωτηθέντων ατόμων ανάλογα με το ποιος στο ζευγάρι αποφασίζει την αντισυλληπτική μέθοδο που θα ακολουθήσουν.

	Αριθμός	Ποσοστό
Οι ίδιοι	181	18,51%
Ο σύντροφός τους	18	1,84%
Κοινή απόφαση	615	62,88%
Δεν έχουν σχέσεις	164	16,77%
Σύνολα	978	100,00%

Στον πίνακα 14 φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων αποφασίζει από κοινού για την αντισυλληπτική μέθοδο που χρησιμοποιεί.

Πίνακας 14α: Απαντήσεις κατά φύλο ανάλογα με το ποιος αποφασίζει στο ζευγάρι την αντισυλληπτική μέθοδο που θα ακολουθήσουν.

	Άνδρες	Ποσοστό	Γυναίκες	Ποσοστό
Οι ίδιοι	125	12,78%	56	5,73%
Ο σύντροφός τους	9	0,92%	9	0,92%
Κοινή απόφαση	337	34,46%	278	28,43%
Δεν έχουν σχέσεις	29	2,97%	135	13,80%
Σύνολα	500	51,12%	478	48,88%

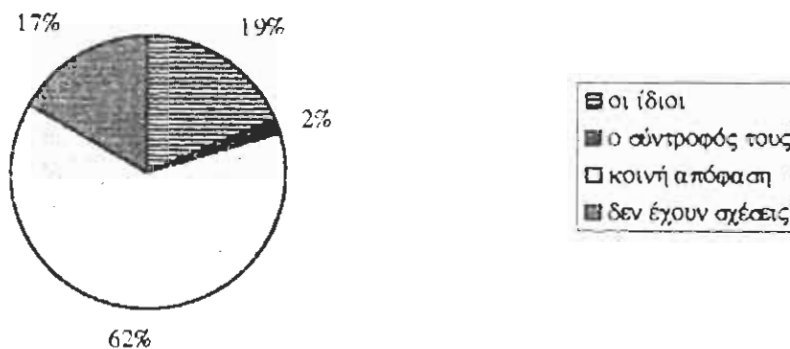
Πίνακας 14α: $\chi^2=100,0$ B.E.=3 P=0,000

Πίνακας 14β: Κατανομή κατά ηλικία των απαντήσεων 978 ερωτηθέντων ατόμων ανάλογα με το ποιος στο ζευγάρι αποφασίζει την αντισυλληπτική μέθοδο που θα ακολουθήσουν.

	18 - 20 ετών	21 - 24 ετών	25 - 32 ετών
Οι ίδιοι	69 (7,1%)	102 (10,4%)	10 (1,0%)
Ο σύντροφός τους	7 (0,7%)	10 (1,0%)	1 (0,1%)
Κοινή απόφαση	251 (25,7%)	339 (34,7%)	25 (2,6%)
Δεν έχουν σχέσεις	97 (9,9%)	63 (6,4%)	4 (0,4%)
Σύνολα	424 (43,4%)	514 (52,4%)	40 (4,1%)

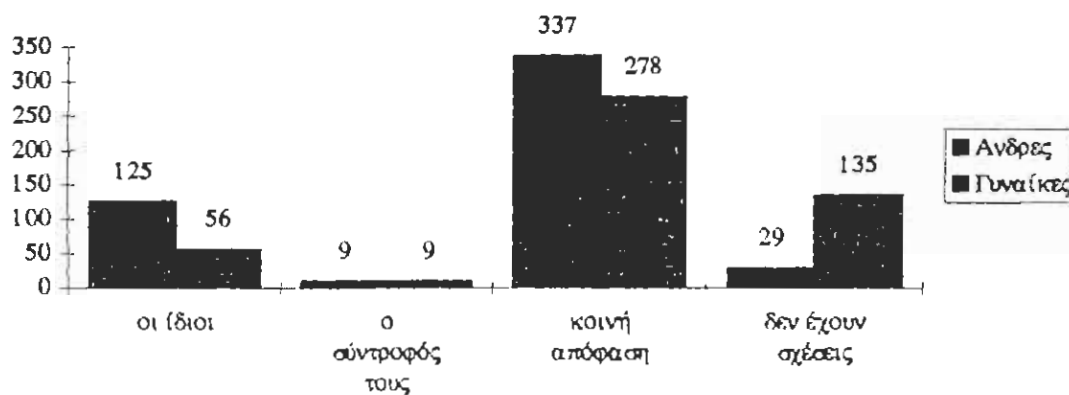
Πίνακας 14β: $\chi^2=21,90$ B.E.=6 P=0,001

Σχήμα 14: Κατανομή 978 ερωτηθέντων ατόμων ανάλογα με το ποιός αποφασίζει την μέθοδο αντιούλληψης που χρησιμοποιούν.



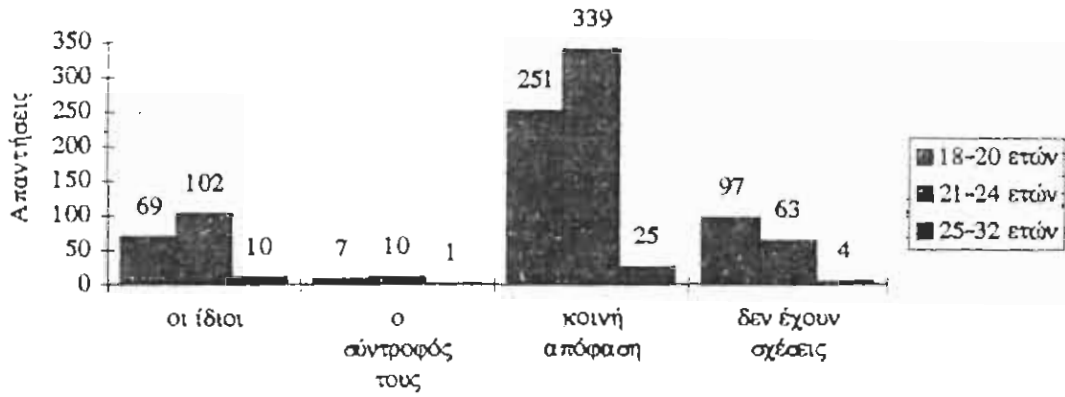
Όπως στον Πίνακα 14

Σχήμα 14α: Κατανομή 978 ερωτηθέντων ατόμων κατά φύλο ανάλογα με το ποιός από το ζευγάρι αποφασίζει για την μέθοδο αντιούλληψης.



Όπως στον Πίνακα 14α

Σχήμα 14β: Κατανομή 978 ερωτηθέντων ατόμων κατά ηλικία ανάλογα με το ποιός αποφασίζει στο ζευγάρι την μέθοδο αντισύλληψης



Όπως στον Πίνακα 14β

Πίνακας 15: Κατανομή των απαντήσεων 978 ερωτηθέντων ατόμων ανάλογα με την ηλικία της πρώτης τους σεξουαλικής επαφής.

Ηλικία πρώτης επαφής	Αριθμός	Ποσοστό
<15 ετών	58	5,93%
15 - 17 ετών	277	28,32%
18 - 20 ετών	387	39,57%
>20 ετών	76	7,77%
Δεν έχουν σεξ. σχέσεις	179	18,30%
Δεν απάντησαν	1	0,10%
Σύνολα	978	100,00%

Στον πίνακα 15 φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων είχε την πρώτη του σεξουαλική επαφή στην ηλικία των 18 - 20 ετών και ακολουθεί το 28% σε ηλικία 15 - 17 ετών.

Πίνακας 15α: Κατανομή των απαντήσεων 978 ερωτηθέντων ατόμων κατά φύλο ανάλογα με την ηλικία της πρώτης τους σεξουαλικής επαφής.

Ηλικία πρώτης επαφής	Άνδρες	Ποσοστό	Γυναίκες	Ποσοστό
<15 ετών	49	5,01%	9	0,92%
15 - 17 ετών	212	21,68%	65	6,65%
18 - 20 ετών	189	19,33%	198	20,25%
>20 ετών	17	1,74%	59	6,03%
Δεν έχουν σεξ. σχέσεις	32	3,27%	147	15,03%
Δεν απάντησαν	1	0,10%	0	0,00%
Σύνολα	500	51,12%	478	48,88%

Στον πίνακα 15α φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ανδρών έχει την πρώτη του σεξουαλική επαφή σε ηλικία 15 έως 20 ετών ενώ οι γυναίκες από 18 έως 20 ετών.

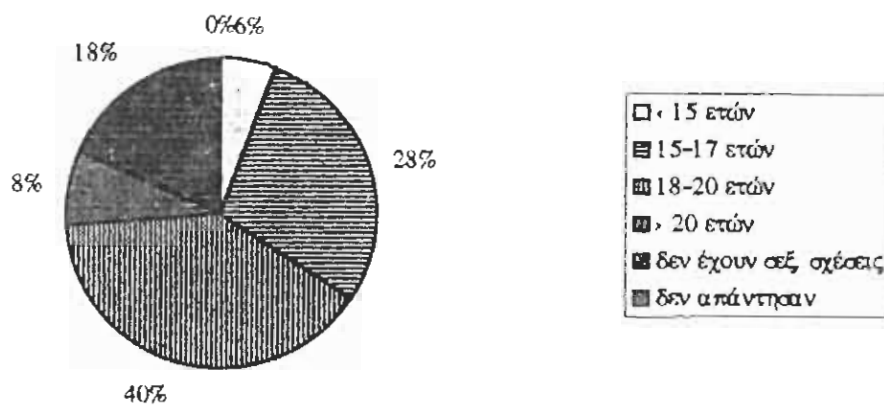
Πίνακας 15α: $\chi^2=203,5$ B.E.=5 P=0,000

Πίνακας 15β: Κατανομή των απαντήσεων 978 ερωτηθέντων ατόμων κατά ηλικία ανάλογα με την ηλικία της πρώτης τους σεξουαλικής επαφής.

Ηλικία πρώτης επαφής	18 - 20 ετών	21 - 24 ετών	25 - 32 ετών
<15 ετών	25 (2,6%)	29 (3,0%)	4 (0,4%)
15 - 17 ετών	115 (11,8%)	148 (15,1%)	14 (1,4%)
18 - 20 ετών	163 (16,7%)	206 (21,1%)	18 (1,8%)
>20 ετών	10 (1,0%)	65 (6,6%)	1 (0,1%)
Δεν έχουν σεξ. σχέσεις	111 (11,3%)	66 (6,7%)	2 (0,2%)
Δεν απάντησαν	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,1%)
Σύνολα	424 (43,4%)	514 (52,4%)	40 (4,1%)

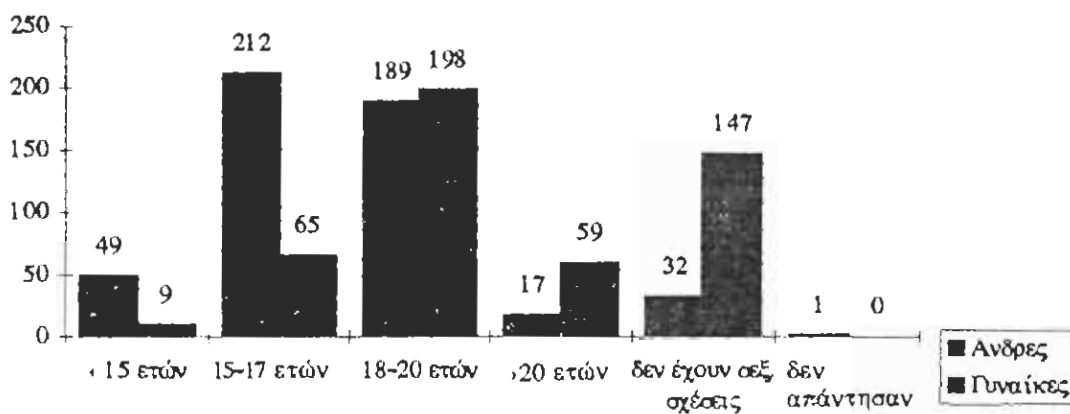
Πίνακας 15β: $\chi^2=85,74$ B.E.=10 P=0,000

Σχήμα 15: κατανομή 978 ερωτηθέντων ατόμων ανάλογα με την ηλικία της πρώτης σεξουαλικής επαφής.



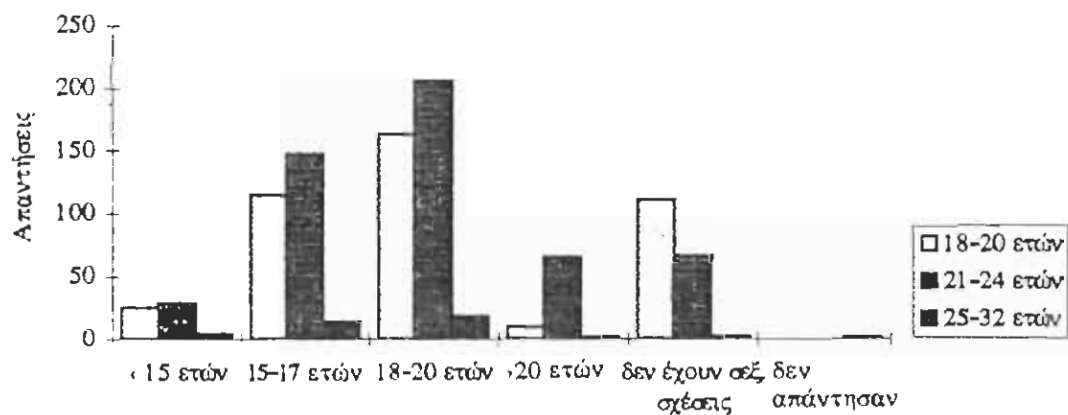
Όπως στον Πίνακα 15

Σχήμα 15α: Κατανομή 978 ερωτηθέντων ατόμων κατά φύλο ανάλογα με την ηλικία της πρώτης σεξουαλικής επαφής.



Όπως στον Πίνακα 15α

Σχήμα 15β: Κατανομή 978 αρσενικών ατόμων ανά ηλικία ανάλογα με τον χρόνο της πρώτης σεξουαλικής επαφής



Όπως στον Πίνακα 15β

Πίνακας 16: Κατανομή του δείγματος 978 ερωτηθέντων ατόμων ανάλογα με τον αριθμό των ερωτικών τους συντρόφων.

Ερωτικοί σύντροφοι	Αριθμός	Ποσοστό
Περισσότεροι από 5	216	22,09%
Λιγότεροι από 5	581	59,41%
Κανένας	181	18,51%
Σύνολα	978	100,00%

Στον πίνακα 16 φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων έχει λιγότερους από 5 ερωτικούς συντρόφους και ακολουθεί η απάντηση «περισσότερους από 5».

Πίνακας 16α: Κατανομή 978 ερωτηθέντων ατόμων κατά φύλο ανάλογα με τον αριθμό των ερωτικών τους συντρόφων.

Ερωτικοί σύντροφοι	Άνδρες	Ποσοστό	Γυναίκες	Ποσοστό
Περισσότεροι από 5	172	17,59%	44	4,50%
Λιγότεροι από 5	292	29,86%	289	29,55%
Κανένας	36	3,68%	145	14,83%
Σύνολα	500	51,12%	478	48,88%

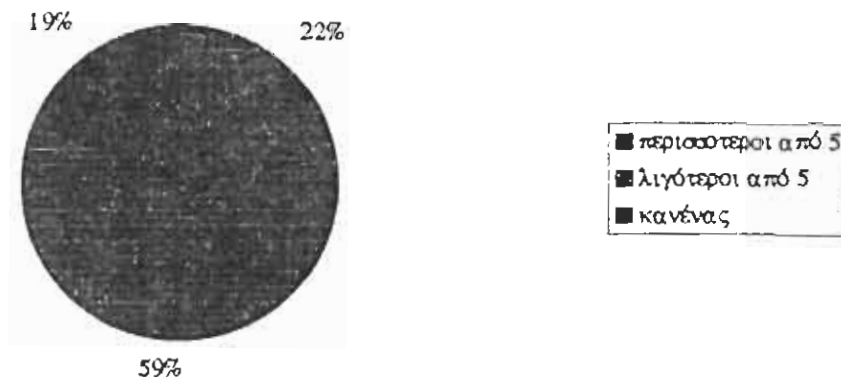
Πίνακας 16α: $\chi^2=141,0$ B.E.=2 P=0,000

Πίνακας 16β: Κατανομή των απαντήσεων 978 ερωτηθέντων ατόμων κατά ηλικία ανάλογα με τον αριθμό των ερωτικών τους συντρόφων.

Ερωτικοί σύντροφοι	18 - 20 ετών	21 - 24 ετών	25 - 32 ετών
Περισσότεροι από 5	64 (6,5%)	134 (13,7%)	18 (1,8%)
Λιγότεροι από 5	252 (25,8%)	310 (31,7%)	19 (1,9%)
Κανένας	108 (11,0%)	70 (7,2%)	3 (0,3%)
Σύνολα	424 (43,4%)	514 (52,6%)	40 (4,1%)

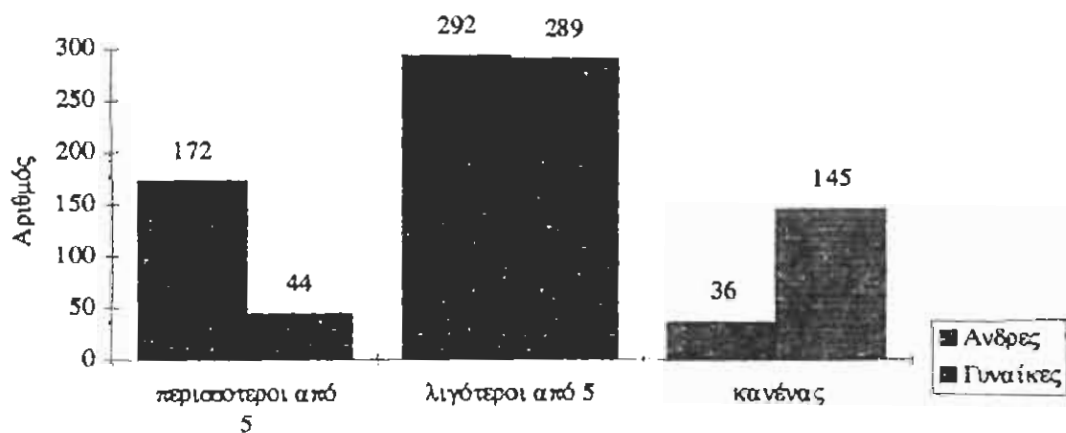
Πίνακας 16β: $\chi^2=43,48$ B.E.=4 P=0,000

Σχήμα 16: Κατανομή 978 ερωτηθέντων ατόμων ανάλογα με τον αριθμό των ερωτικών τους συντρόφων



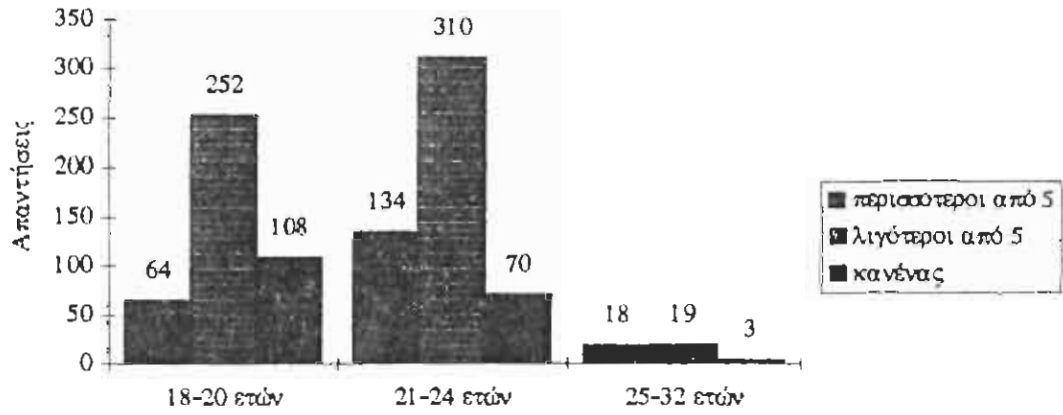
Όπως στον Πίνακα 16

Σχήμα 16α: Κατανομή 978 ερωτηθέντων ατόμων κατά φύλο ανάλογα με τον αριθμό των ερωτικών συντρόφων



Όπως στον Πίνακα 16α

Σχήμα 16β: Κατανομή 978 ερωτηθέντων ατόμων με την ηλικία και τον αριθμό των συντρόφων τους



Όπως στον Πίνακα 16β

Πίνακας 17: Κατανομή του δείγματος 978 ερωτηθέντων ατόμων ανάλογα με τη συχνότητα των σεξουαλικών τους επαφών.

Συχνότητα επαφών	Αριθμός	Ποσοστό
Κάθε μέρα	164	16,77%
1 - 2 φορές/εβδομάδα	269	27,51%
1 - 2 φορές/μήνα	166	16,97%
Σπάνια	189	19,33%
Καθόλου	189	19,33%
Δεν απάντησαν	1	0,10%
Σύνολα	978	100,00%

Στον πίνακα 17 φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων έχει σεξουαλική επαφή 1 -2 φορές την εβδομάδα (27,51%). Ακολουθούν οι απαντήσεις «σπάνια» και «καθόλου» με ίδιο ποσοστό 19,33%.

Πίνακας 17α: Κατανομή 978 ερωτηθέντων ατόμων κατά φύλο ανάλογα με τη συχνότητα των σεξουαλικών τους επαφών.

Συχνότητα επαφών	Άνδρες	Ποσοστό	Γυναίκες	Ποσοστό
Κάθε μέρα	85	8,69%	79	8,08%
1 - 2 φορές/εβδομάδα	137	14,01%	132	13,50%
1 - 2 φορές/μήνα	113	11,55%	53	5,42%
Σπάνια	127	12,99%	62	6,34%
Καθόλου	37	3,78%	152	15,54%
Δεν απάντησαν	1	0,10%	0	0,00%
Σύνολα	500	51,12%	478	48,88%

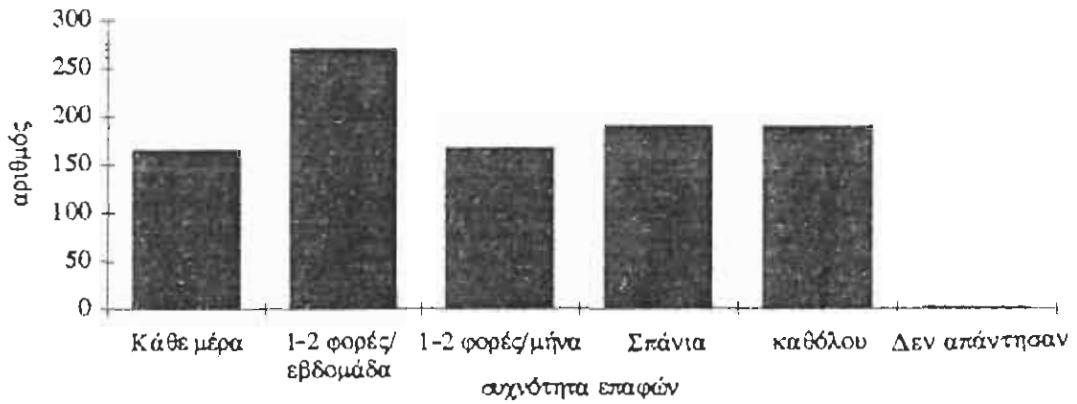
Πίνακας 17α: $\chi^2=114,8$ B.E.=5 P=0,000

Πίνακας 17β: Κατανομή των απαντήσεων 978 ερωτηθέντων ατόμων κατά ηλικία ανάλογα με τη συχνότητα των σεξουαλικών τους επαφών.

Συχνότητα επαφών	18 - 20 ετών	21 - 24 ετών	25 - 32 ετών
Κάθε μέρα	58 (5,9%)	95 (9,7%)	11 (1,1%)
1 - 2 φορές/εβδομάδα	85 (8,7%)	164 (16,8%)	20 (2,0%)
1 - 2 φορές/μήνα	77 (7,9%)	88 (9,0%)	1 (0,1%)
Σπάνια	90 (9,2%)	95 (9,7%)	4 (0,4%)
Καθόλου	113 (11,6%)	72 (7,4%)	4 (0,4%)
Δεν απάντησαν	1 (0,1%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Σύνολα	424 (43,4%)	514 (52,6%)	40 (4,1%)

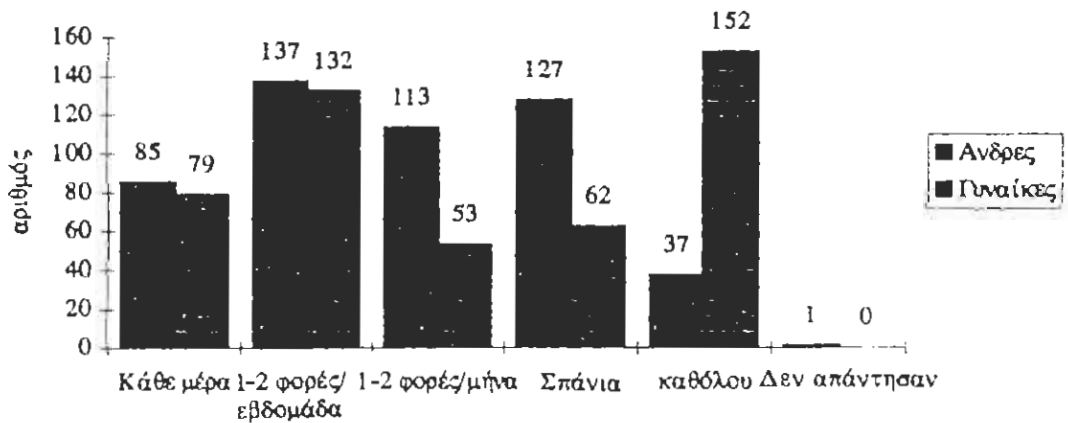
Πίνακας 17β: $\chi^2=56,09$ B.E.=10 P=0,000

Σχήμα 17: Κατανομή 978 ερωτηθέντων ατόμων ανάλογα με την συχνότητα των σεξουαλικών τους σχέσεων.



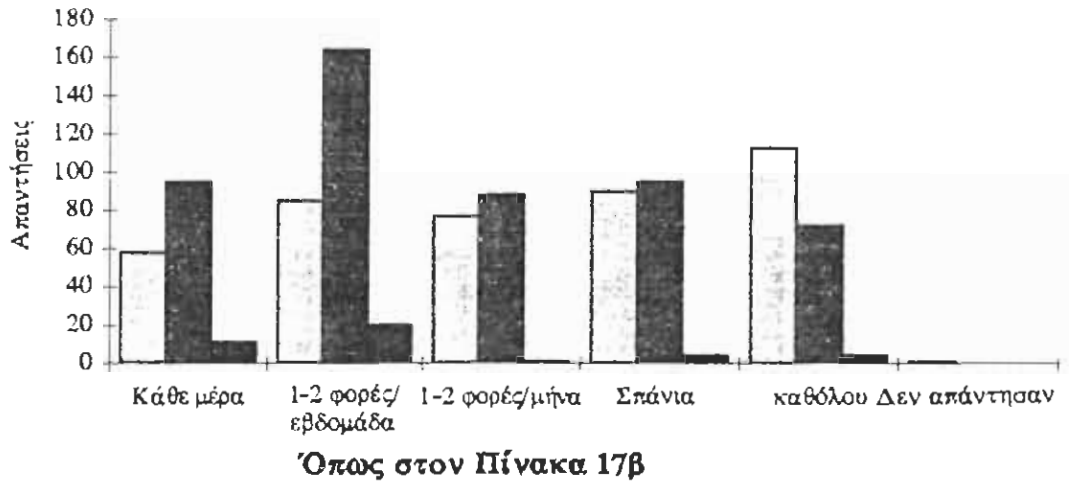
Όπως στον Πίνακα 17

Σχήμα 17α: Κατανομή 978 ερωτηθέντων ατόμων κατά φύλο ανάλογα με την συχνότητα των σεξουαλικών επαφών.



Όπως στον Πίνακα 17α

Σχήμα 17β: Κατανομή 978 ερωτηθέντων ατόμων ανάλογα με την ηλικία και την συχνότητα των σεξουαλικών επαφών.



Πίνακας 18: Κατανομή του δείγματος 978 ερωτηθέντων ατόμων ανάλογα με την ηλικία των ερωτικών τους συντρόφων.

Ηλικία συντρόφου	Αριθμός	Ποσοστό
>5 χρόνια	287	29,35%
≤5 χρόνια	93	9,51%
Ίδιας ηλικίας	498	50,92%
Δεν απάντησαν	100	10,22%
Σύνολα	978	100,00%

Από τον πίνακα 18 προκύπτει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων έχει ερωτικούς συντρόφους της ίδιας ηλικίας (51%) και ακολουθεί η απάντηση «μεγαλύτερος από 5 χρόνια» σε ένα ποσοστό 29%.

Πίνακας 18α: Κατανομή των απαντήσεων 978 ερωτηθέντων ατόμων ανάλογα με το φύλο όσον αφορά την ηλικία του συντρόφου τους.

Ηλικία συντρόφου	Άνδρες	Ποσοστό	Γυναίκες	Ποσοστό
>5 χρόνια	72	7,36%	215	21,98%
≤5 χρόνια	69	7,06%	24	2,45%
Ίδιας ηλικίας	338	34,56%	160	16,36%
Δεν απάντησαν	21	2,15%	79	8,08%
Σύνολα	500	51,12%	478	48,88%

Στον πίνακα 18α φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών προτιμά σύντροφο μεγαλύτερο από 5 χρόνια ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό των ανδρών προτιμά σύντροφο ίδιας ηλικίας.

Πίνακας 18α: $\chi^2=189,8$ B.E.=3 P=0,000

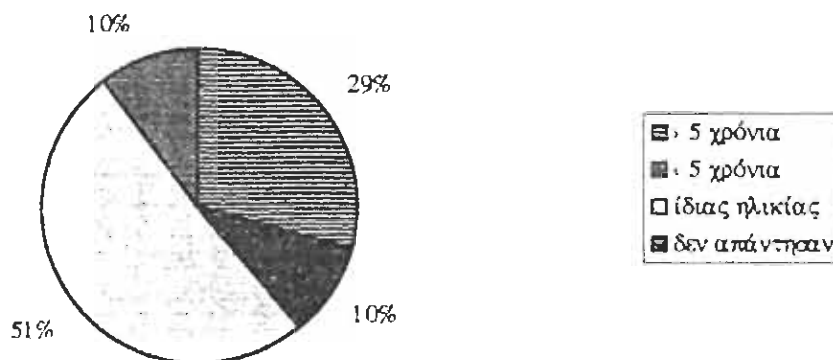
Πίνακας 18β: Κατανομή των απαντήσεων 978 ερωτηθέντων ατόμων κατά ηλικία ανάλογα με την ηλικία των συντρόφων τους.

Ηλικία συντρόφου	18 - 20 ετών	21 - 24 ετών	25 - 32 ετών
>5 χρόνια	121 (12,4%)	159 (16,3%)	7 (0,7%)
≤5 χρόνια	28 (2,9%)	57 (5,8%)	8 (0,8%)
Ίδιας ηλικίας	209 (21,4%)	266 (27,2%)	23 (2,4%)
Δεν απάντησαν	66 (6,7%)	32 (3,3%)	2 (0,2%)
Σύνολα	424 (43,4%)	514 (52,6%)	40 (4,1%)

Στον πίνακα 18β φαίνεται ότι τα άτομα ηλικίας 18 έως 24 ετών έχουν ερωτικό σύντροφο ίδιας ηλικίας.

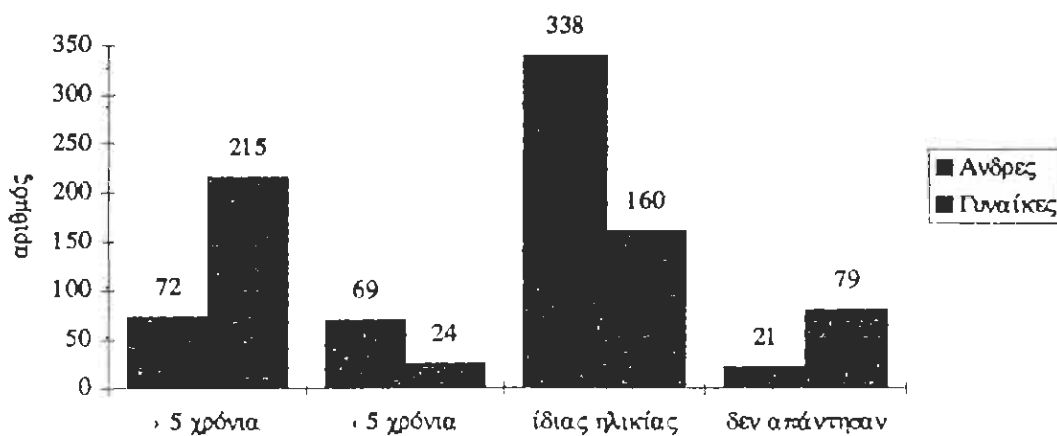
Πίνακας 18β: $\chi^2=33,76$ B.E.=2 P=0,000

Σχήμα 18: κατανομή 978 ερωτηθέντων ατόμων ανάλογα με την ηλικία του συντρόφου σε σχέση με την δική τους



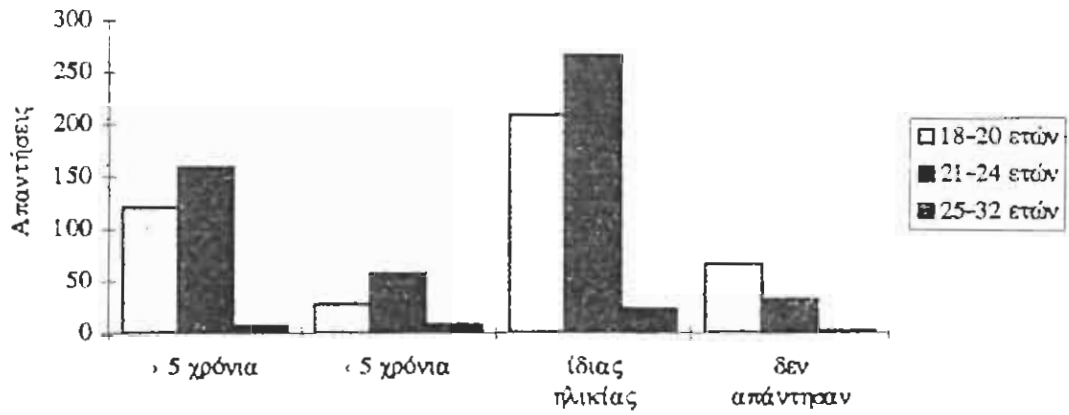
Όπως στον Πίνακα 18

Σχήμα 18α: Κατανομή 978 ερωτηθέντων ατόμων ανάλογα με το φύλο σχετικά με την ηλικία των ερωτικών τους συντρόφων.



Όπως στον Πίνακα 18α

Σχήμα 18β: Κατανομή 978 ερωτηθέντων ατόμων ανάλογα με την ηλικία αυτών σε σχέση με τους συντρόφους τους.



Όπως στον Πίνακα 18β

Πίνακας 19: Κατανομή του δείγματος 978 ερωτηθέντων ατόμων ανάλογα με το αν είχαν ή όχι ομοφυλοφιλική σχέση.

	Αριθμός	Ποσοστό
Ναι	47	4,81%
Όχι	931	95,19%
Σύνολα	978	100,00%

Στον πίνακα 19 φαίνεται ότι οι ερωτηθέντες δεν έχουν ομοφυλοφιλική σχέση.

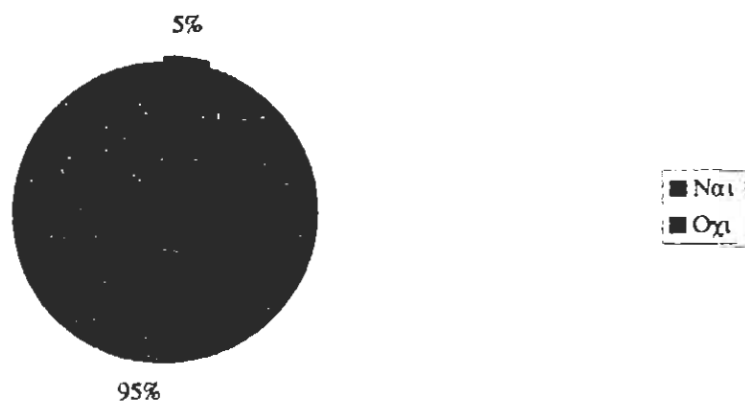
Πίνακας 19α: Κατανομή κατά φύλο των απαντήσεων 978 ερωτηθέντων ατόμων όσον αφορά πιθανή ομοφυλοφιλική τους σχέση.

	Άνδρες	Ποσοστό	Γυναίκες	Ποσοστό
Ναι	31	3,17%	16	1,64%
Όχι	469	47,96%	462	47,24%
Σύνολα	500	51,12%	478	48,88%

Πίνακας 19β: Κατανομή 978 ερωτηθέντων ατόμων κατά ηλικία ανάλογα με το αν είχαν ποτέ ομοφυλοφιλική σχέση.

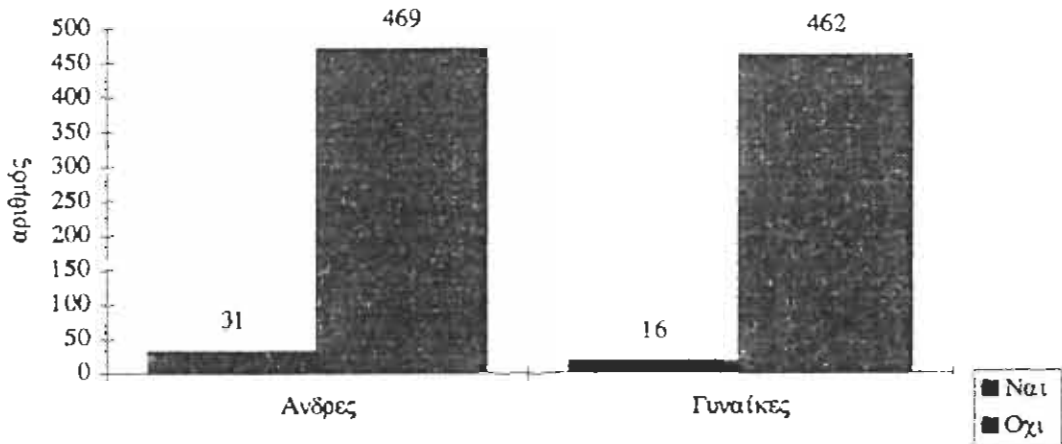
	18 - 20 ετών	21 - 24 ετών	25 - 32 ετών
Ναι	15 (1,5%)	31 (3,2%)	1 (0,1%)
Όχι	409 (41,8%)	483 (49,4%)	39 (4,0%)
Σύνολα	424 (43,4%)	514 (52,6%)	40 (4,1%)

Σχήμα 19: Κατανομή 978 ερωτηθέντων ατόμων ανάλογα με το αν είχαν ποτέ ομοφυλοφιλική σχέση.



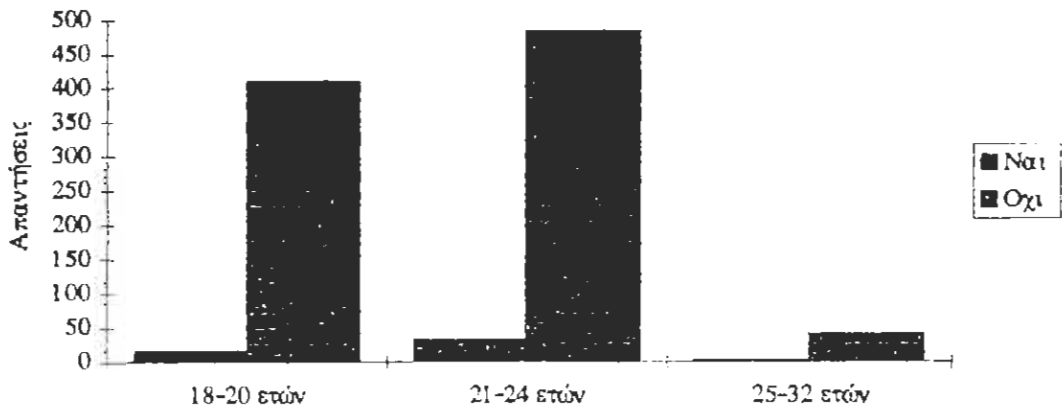
Όπως στον Πίνακα 19

Σχήμα 19α: Κατανομή 978 ερωτηθέντων ατόμων κατα φύλο ανάλογα με το αν είχαν ομοφυλοφυλική εμπειρία.



Όπως στον Πίνακα 19α

Σχήμα 19β: Κατανομή 978 ερωτηθέντων ατόμων ανάλογα με την ηλικία και εάν είχαν ομοφυλοφυλική εμπειρία.



Όπως στον Πίνακα 19β

Πίνακας 20: Απαντήσεις 978 ερωτηθέντων ατόμων ανάλογα με το ποιες από τις ασθένειες θεωρούν ότι δεν μεταδίδονται με σεξουαλική επαφή.

Ασθένειες	Αριθμός	Ποσοστό
AIDS	30	3,07%
Σύφιλη	13	1,33%
Βλεννόρροια	31	3,17%
Ουρολοίμωξη	399	40,80%
Μύκητες	62	6,34%
Χλαμύδια	58	5,93%
Κονδυλώματα	75	7,67%
Ηπατίτιδα Β	197	20,14%
Δεν απάντησαν	113	11,55%
Σύνολα	978	100,00%

Στον πίνακα 20 φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (40,80%) απάντησε ότι η ουρολοίμωξη δεν μεταδίδεται με τη σεξουαλική επαφή και ακολουθεί η ηπατίτιδα Β (20,14%).

Πίνακας 20α: Κατανομή κατά φύλο των απαντήσεων 978 ερωτηθέντων ατόμων ως προς το ποιες από τις ασθένειες θεωρούν μη σεξουαλικά μεταδιδόμενες.

Ασθένειες	Άνδρες	Ποσοστό	Γυναίκες	Ποσοστό
AIDS	22	2,25%	8	0,82%
Σύφιλη	5	0,51%	8	0,82%
Βλεννόρροια	13	1,33%	18	1,84%
Ουρολοίμωξη	196	20,04%	203	20,76%
Μύκητες	35	3,58%	27	2,76%
Χλαμύδια	27	2,76%	31	3,17%
Κονδυλώματα	33	3,37%	42	4,29%
Ηπατίτιδα Β	84	8,59%	113	11,55%
Δεν απάντησαν	85	8,69%	28	2,86%
Σύνολα	500	51,12%	478	48,88%

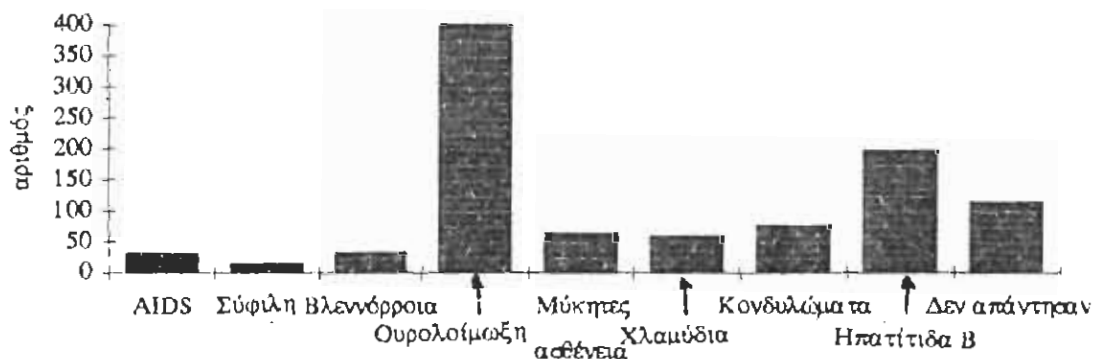
Στον πίνακα 20α φαίνεται ότι το 17% των ανδρών δεν απάντησε ενώ από τις γυναίκες μόνο το 5,86% δεν απάντησε.

Πίνακας 20α: $\chi^2=43,09$ B.E.=8 P=0,000

Πίνακας 20β: Κατανομή κατά ηλικία 978 ερωτηθέντων ατόμων ανάλογα με το ποιες από τις αναφερόμενες ασθένειες θεωρούν ότι δεν μεταδίδονται σεξουαλικά.

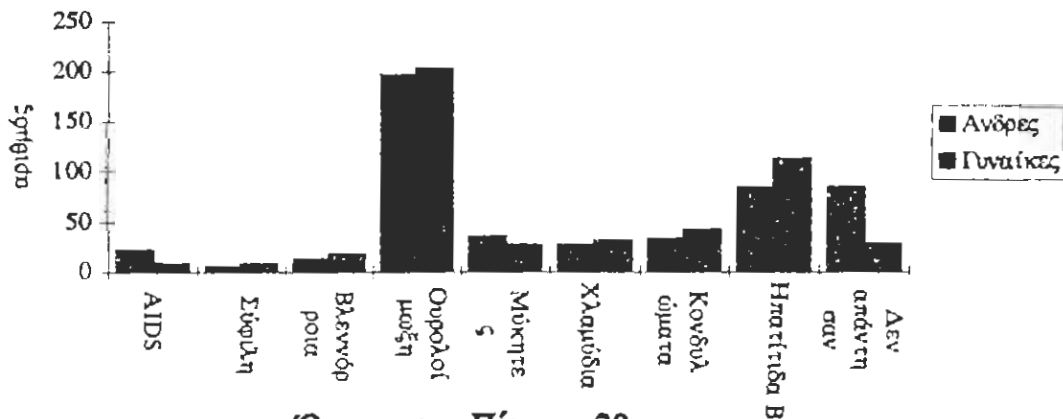
Ασθένειες	18 - 20 ετών	21 - 24 ετών	25 - 32 ετών
AIDS	15 (1,5%)	14 (1,4%)	1 (0,1%)
Σύφιλη	6 (0,6%)	6 (0,6%)	1 (0,1%)
Βλεννόρροια	21 (2,1%)	10 (1,0%)	0 (0,0%)
Ουρολοίμωξη	156 (16,0%)	228 (23,3%)	15 (1,5%)
Μύκητες	29 (3,0%)	31 (3,2%)	2 (0,2%)
Χλαμύδια	29 (3,0%)	26 (2,7%)	3 (0,3%)
Κονδυλώματα	24 (2,5%)	46 (4,7%)	5 (0,5%)
Ηπατίτιδα Β	81 (8,3%)	110 (11,2%)	6 (0,6%)
Δεν απάντησαν	63 (6,3%)	43 (4,3%)	7 (0,7%)
Σύνολα	424 (43,4%)	514 (52,6%)	40 (4,1%)

Σχήμα 20: Κατανομή 978 ερωτηθέντων ατόμων ανάλογα με το ποια από τις ασθένειες θεωρούν ότι δεν μεταδίδονται σεξουαλικά.



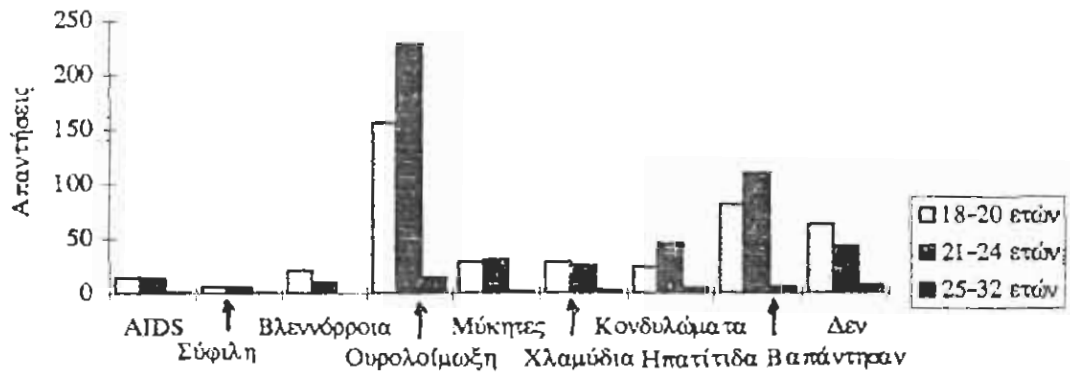
Όπως στον Πίνακα 20

Σχήμα 20α: Απαντήσεις 978 ερωτηθέντων ατόμων κατά φύλο ανάλογα με το ποιας ασθένειες θεωρούν ότι δεν μεταδίδονται με σεξουαλική επαφή.



Όπως στον Πίνακα 20α

Σχήμα 20β: Κατανομή 978 ερωτηθέντων ατόμων ανάλογα με την ηλικία και την γνώμη τους για το κατά πόσο από τις αναφερόμενες ασθένειες δεν μεταδίδονται σεξουαλικά.



Όπως στον Πίνακα 20β

Πίνακας 21: Απαντήσεις 978 ερωτηθέντων ατόμων όσον αφορά τους κυριότερους τρόπους μετάδοσης της ηπατίτιδας Β.

Τρόπος μετάδοσης	Αριθμός	Ποσοστό
Αίμα	395	40,39%
Τουαλέτα	266	27,20%
Χειραψία	3	0,31%
Σεξουαλική επαφή	91	9,30%
Φιλί	4	0,41%
Δεν γνωρίζουν	219	22,39%
Σύνολα	978	100,00%

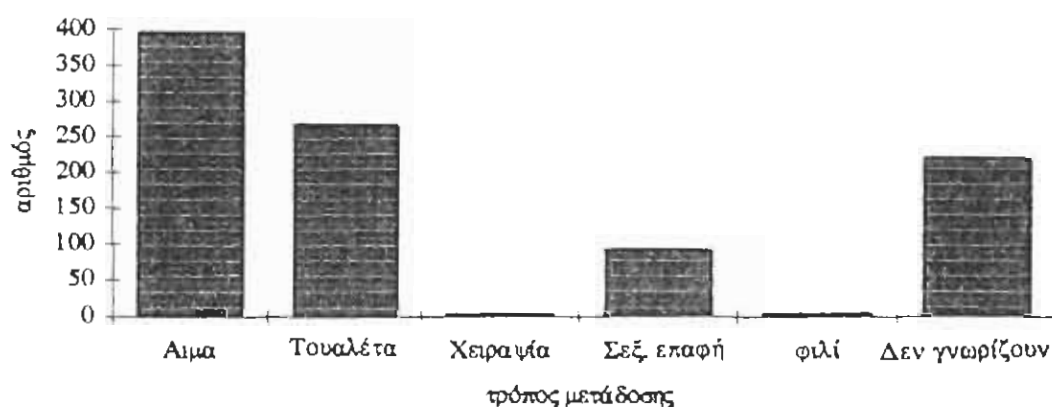
Στον πίνακα 21 φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (40,39%) απάντησε ότι η ηπατίτιδα Β μεταδίδεται κυρίως με το αίμα. Ακολουθούν με φθίνουσα σειρά οι απαντήσεις «με την τουαλέτα» (27,20%) και «δεν γνωρίζω» (22,39%).

Πίνακας 21α: Κατανομή των απαντήσεων κατά φύλο 978 ερωτηθέντων ατόμων όσον αφορά τον κυριότερο τρόπο μετάδοσης της ηπατίτιδας Β.

Τρόπος μετάδοσης	Άνδρες	Ποσοστό	Γυναίκες	Ποσοστό
Αίμα	186	19,02%	209	21,37%
Τουαλέτα	134	13,70%	132	13,50%
Χειραψία	1	0,10%	2	0,20%
Σεξουαλική επαφή	42	4,29%	49	5,01%
Φιλί	3	0,31%	1	0,10%
Δεν γνωρίζουν	134	13,70%	85	8,69%
Σύνολα	500	51,12%	478	48,88%

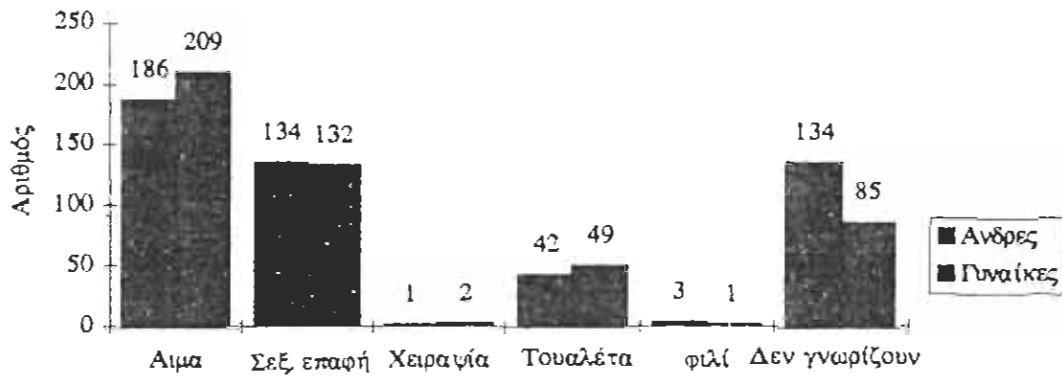
Πίνακας 21α: $\chi^2=13,7$ B.E.=5 P=0,017

Σχήμα 21: Κατανομή 978 ερωτηθέντων ατόμων ανάλογα με τον τρόπο που νομίζουν ότι μεταδίδεται η Ηπατίτιδα Β.



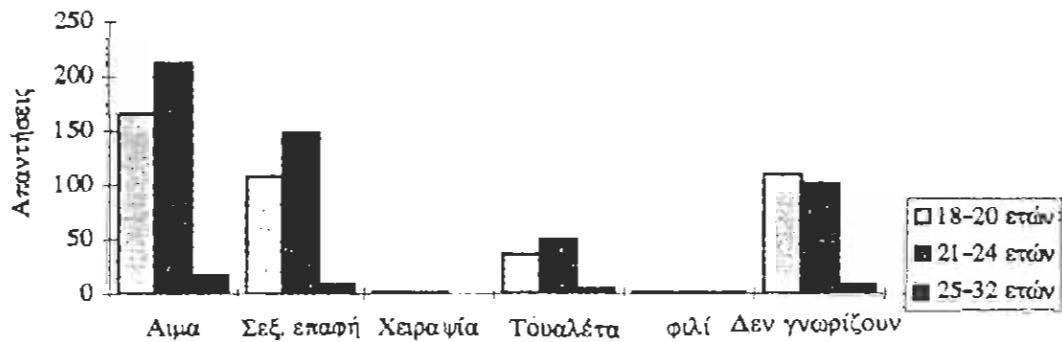
Όπως στον Πίνακα 21

Σχήμα 21α: Κατανομή 978 ερωτηθέντων ατόμων κατά φύλο ανάλογα με το ποιός νομίζουν ότι είναι ο κυριότερος τρόπος μετάδοσης της ηπατίτιδας Β.



Όπως στον Πίνακα 21α

Σχήμα 21β: Κατανομή 978 ερωτηθέντων ατόμων ανάλογα με την ηλικία και τις γνώσεις τους για τον τρόπο μετάδοσης της Ηπατίτιδας Β.



Πίνακας 22: Απαντήσεις 978 ερωτηθέντων ατόμων όσον αφορά τους κυριότερους τρόπους μετάδοσης της μυκητίασης των γεννητικών οργάνων.

Τρόπος μετάδοσης	Αριθμός	Ποσοστό
Μετά από αντιβιοτικά	52	5,32%
Μετά από αντισυλληπτικά	8	0,82%
Μετά από σεξ. επαφή με μολυσμένο άτομο	592	60,53%
Από την τουαλέτα	79	8,08%
Δεν γνωρίζουν	247	25,26%
Σύνολα	978	100,00%

Στον πίνακα 22 φαίνεται ότι το 61% των ερωτηθέντων πιστεύουν ότι η μυκητίαση των γεννητικών οργάνων μεταδίδεται μετά από σεξουαλική επαφή με μολυσμένο άτομο. Ένα 25% δεν γνωρίζει.

Πίνακας 22α: Κατανομή των απαντήσεων 978 ατόμων κατά φύλο ανάλογα με τους τρόπους μετάδοσης της μυκητίασης των γεννητικών οργάνων.

Τρόπος μετάδοσης	Άνδρες	Ποσοστό	Γυναίκες	Ποσοστό
Μετά από αντιβιοτικά	15	1,53%	37	3,78%
Μετά από αντισυλληπτικά	4	0,41%	4	0,41%
Μετά από σεξ. επαφή με μολυσμένο άτομο	284	29,04%	308	31,49%
Από την τουαλέτα	34	3,48%	45	4,60%
Δεν γνωρίζουν	163	16,67%	84	8,59%
Σύνολα	500	51,12%	478	48,88%

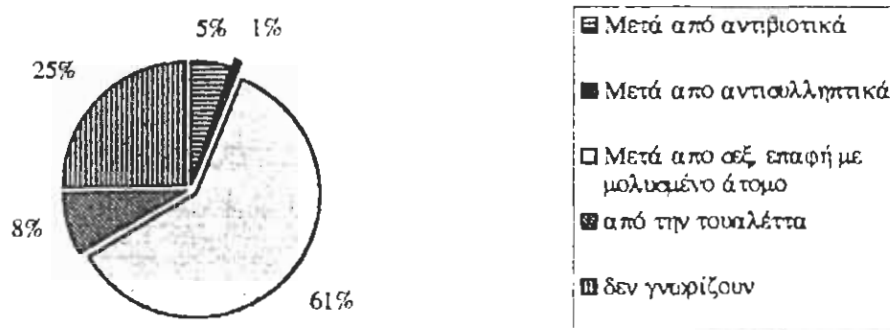
Πίνακας 22α: $\chi^2=36,6$ B.E.=4 P=0,000

Πίνακας 22β: Απαντήσεις κατά ηλικία 978 ερωτηθέντων ατόμων ανάλογα με τις πιθανές αιτίες μυκητιάσεων.

Τρόπος μετάδοσης	18-20 ετών	21-24 ετών	25-32 ετών
Μετά από αντιβιοτικά	14 (1,4%)	35 (3,6%)	3 (0,3%)
Μετά από αντισυλληπτικά	6 (0,6%)	1 (0,1%)	1 (0,1%)
Μετά από σεξ. επαφή με μολυσμένο άτομο	230 (23,5%)	330 (33,7%)	32 (3,3%)
Από την τουαλέτα	38 (3,9%)	40 (4,1%)	1 (0,1%)
Δεν γνωρίζουν	136 (13,9%)	108 (11,0%)	3 (0,3%)
Σύνολα	424 (43,4%)	514 (52,6%)	40 (4,1%)

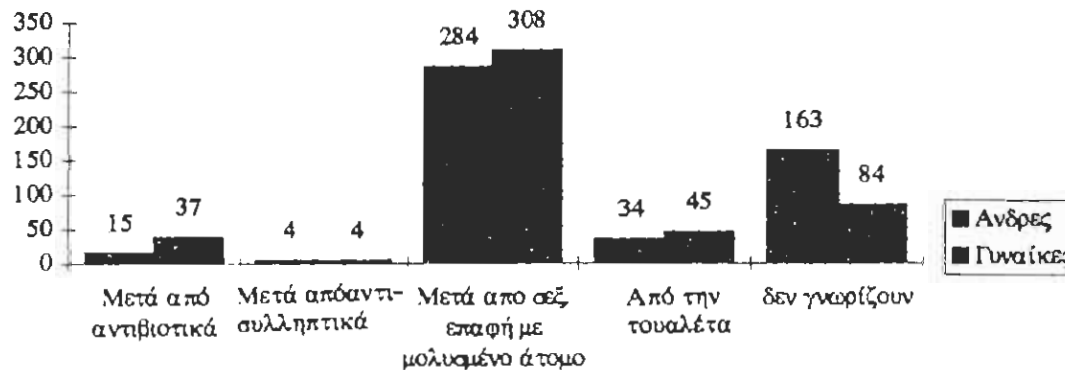
Πίνακας 22β: $\chi^2=36,31$ B.E.=8 P=0,000

Σχήμα 22: Κατανομή 978 ερωτηθέντων ατόμων ανάλογα με τον τρόπο που πιστεύουν ότι μεταδίδεται η μυκητίαση των γεννητικών οργάνων.



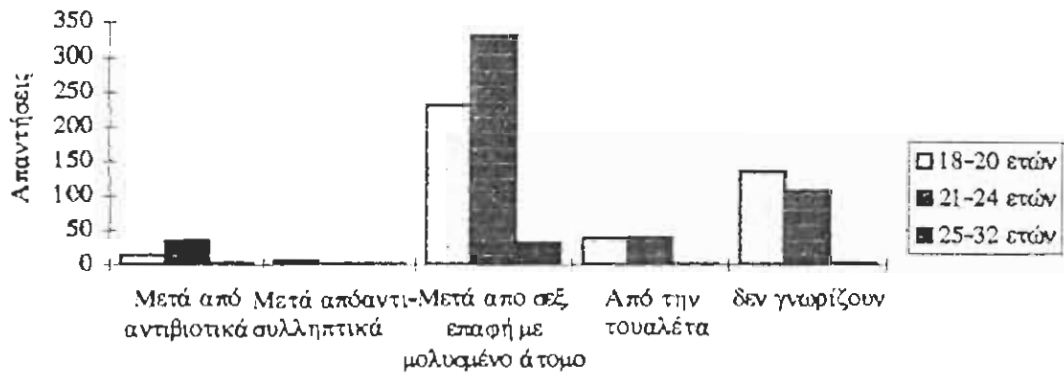
Όπως στον Πίνακα 22

Σχήμα 22α: Κατανομή 978 ερωτηθέντων ατόμων κατά φύλο ανάλογα με το ποιές νομίζουν ότι είναι οι αιτίες μυκητίασης των γεννητικών οργάνων.



Όπως στον Πίνακα 22α

Σχήμα 22β: Κατανομή 978 ερωτηθέντων ατόμων ανάλογα με την ηλικία και τις γνώσεις τους για τον τρόπο μετάδοσης της μυκητιάσης των γεννητικών οργάνων.



Όπως στον Πίνακα 22β

Πίνακας 23: Απαντήσεις 978 ερωτηθέντων ατόμων όσον αφορά τους τρόπους που χρησιμοποιούν για να προφυλαχθούν από τη σύφιλη και τη βλεννόρροια.

Τρόπος προφύλαξης	Αριθμός	Ποσοστό
Αποφεύγοντας δημ. τουαλέτες	110	11,25%
Περιορισμένος αριθμός συντρόφων	150	15,34%
Χρήση προφυλακτικού	557	56,95%
Δεν προφυλάσσονται	160	16,36%
Δεν απάντησαν	1	0,10%
Σύνολο	978	100,00%

Στον πίνακα 23 φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (58%) προφυλάσσεται από τη σύφιλη και τη βλεννόρροια με τη χρήση προφυλακτικού. Ακολουθούν με φθίνουσα σειρά οι απαντήσεις «δεν προφυλάσσονται» (16%) και «περιορισμένος αριθμός συντρόφων» (15%).

Πίνακας 23α: Κατανομή κατά φύλο των απαντήσεων 978 ερωτηθέντων ατόμων όσον αφορά τους τρόπους προφύλαξης από τη σύφιλη και τη βλεννόρροια που χρησιμοποιούν.

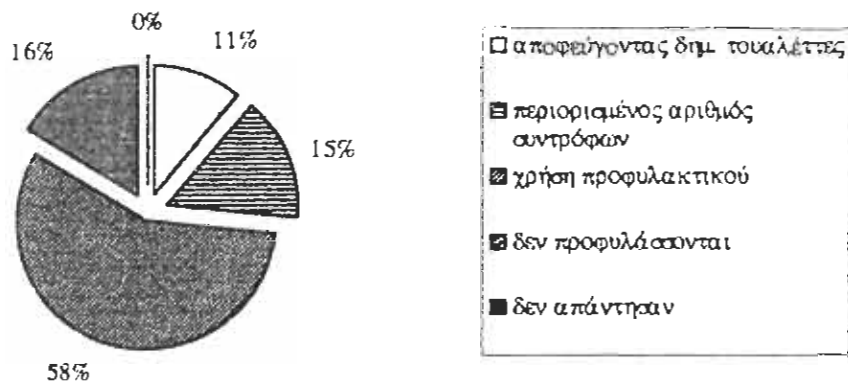
Τρόπος προφύλαξης	Άνδρες	Ποσοστό	Γυναίκες	Ποσοστό
Αποφεύγοντας δημ. τουαλέτες	35	3,58%	75	7,67%
Περιορισμένος αριθμός συντρόφων	56	5,73%	94	9,61%
Χρήση προφυλακτικού	321	32,82%	236	24,13%
Δεν προφυλάσσονται	88	9,00%	72	7,36%
Δεν απάντησαν	0	0,00%	1	0,10%
Σύνολο	500	51,12%	478	48,88%

Πίνακας 23α: $\chi^2=39,2$ B.E=4 P=0,000

Πίνακας 23β: Κατανομή των απαντήσεων κατά ηλικία 978 ερωτηθέντων ατόμων ανάλογα με τον τρόπο προστασίας τους από τα αφροδίσια νοσήματα.

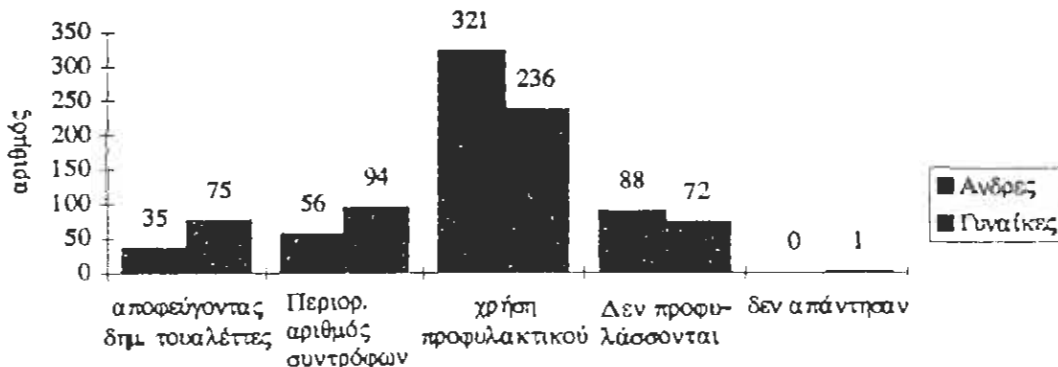
Τρόπος προφύλαξης	18 - 20 ετών	21 - 24 ετών	25 - 32 ετών
Αποφεύγοντας δημ. τουαλέτες	59 (6,0%)	48 (4,9%)	3 (0,3%)
Περιορισμένος αριθμός συντρόφων	60 (6,1%)	80 (8,2%)	10 (1,0%)
Χρήση προφυλακτικού	231 (23,6%)	304 (31,1%)	22 (2,2%)
Δεν προφυλάσσονται	74 (7,6%)	81 (8,3%)	5 (0,5%)
Δεν απάντησαν	0 (0,0%)	1 (0,1%)	0 (0,0%)
Σύνολο	424 (43,4%)	514 (52,6%)	40 (4,1%)

Σχήμα 23: Κατανομή 978 ερωτηθέντων ατόμων ανάλογα με τον τρόπο προστασίας απο την σύφιλη και βλεννόρροια.



Όπως στον Πίνακα 23

Σχήμα 23α: Κατανομή 978 ερωτηθέντων ατόμων ανάλογα με το φύλο ως προς τους ενδεικνυόμενους τρόπους προφύλαξης από την σύφιλη και την βλεννορροια.



Όπως στον Πίνακα 23α

Σχήμα 23β: Κατανομή 978 ερωτηθέντων ατόμων ανάλογα με την ηλικία και την άποψή τους για τους τρόπους προφύλαξης από την σύφιλη και την βλεννόρροια.



Όπως στον Πίνακα 23β

Πίνακας 24: Κατανομή των απαντήσεων 978 ερωτηθέντων ατόμων όσον αφορά τους τρόπους μετάδοσης του AIDS.

Τρόποι μετάδοσης	Αριθμός	Ποσοστό
Φιλί	4	0,41%
Σεξουαλική επαφή	614	62,78%
Χειραψία	6	0,61%
Οικιακά σκεύη	7	0,72%
Αίμα	347	35,48%
Σύνολα	978	100,00%

Στον πίνακα 24 φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων απάντησαν ότι το AIDS μεταδίδεται κυρίως με τη σεξουαλική επαφή.

Πίνακας 24α: Κατανομή κατά φύλο των απαντήσεων 978 ερωτηθέντων ατόμων ως προς τους τρόπους μετάδοσης του AIDS.

Τρόποι μετάδοσης	Ανδρες	Ποσοστό	Γυναίκες	Ποσοστό
Φιλί	1	0,10%	3	0,31%
Σεξουαλική επαφή	314	32,11%	300	30,67%
Χειραψία	4	0,41%	2	0,20%
Οικιακά σκεύη	6	0,61%	1	0,10%
Αίμα	175	17,89%	172	17,59%
Σύνολα	500	51,12%	478	48,88%

Πίνακας 24β: Κατανομή των απαντήσεων 978 ερωτηθέντων ατόμων για τη μετάδοση του AIDS ανάλογα με την ηλικία.

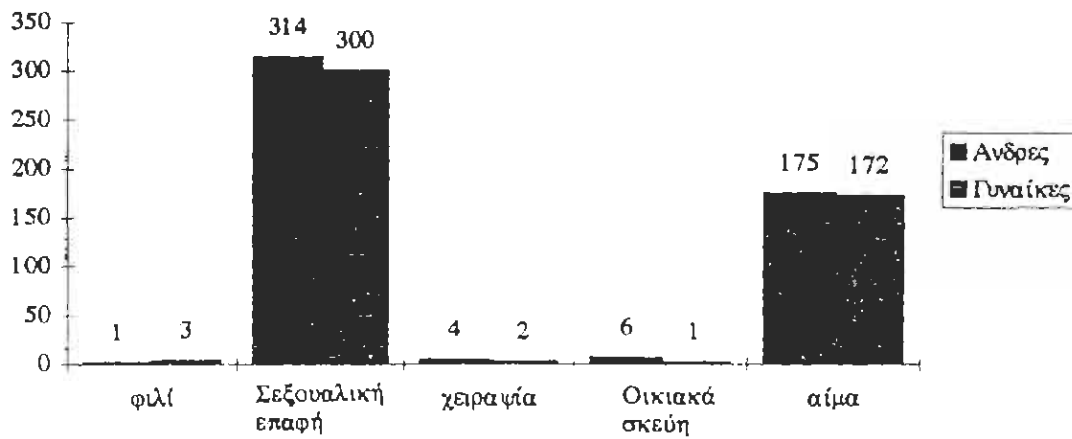
Τρόποι μετάδοσης	18 - 20 ετών	21 - 24 ετών	25 - 32 ετών
Φιλί	3 (0,3%)	1 (0,1%)	0 (0,0%)
Σεξουαλική επαφή	257 (26,3%)	330 (33,7%)	27 (2,8%)
Χειραψία	3 (0,3%)	3 (0,3%)	0 (0,0%)
Οικιακά σκεύη	2 (0,2%)	4 (0,4%)	1 (0,1%)
Αίμα	159 (16,3%)	176 (18,0%)	12 (1,2%)
Σύνολα	424 (43,4%)	514 (52,6%)	40 (4,1%)

Σχήμα 24: Κατανομή 978 ερωτηθέντων ατόμων ανάλογα με τον τρόπο που πιστεύουν ότι μεταδίδεται το AIDS.



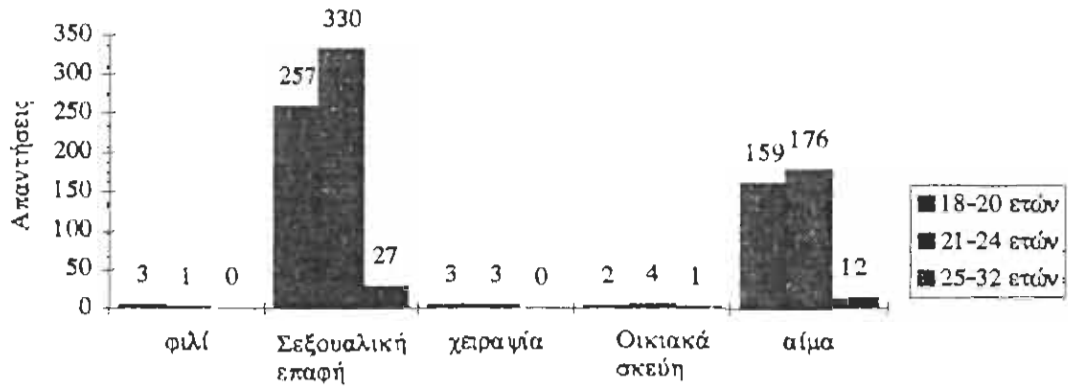
Όπως στον Πίνακα 24

Σχήμα 24α: Κατανομή 978 ερωτηθέντων ατόμων κατά φύλο ανάλογα με τους τρόπους μετάδοσης του AIDS.



Όπως στον Πίνακα 24α

Σχήμα 24β: Κατανομή 978 ερωτηθέντων ατόμων ανάλογα με την ηλικία και τις γνώσεις τους για τους τρόπους μετάδοσης του AIDS.



Όπως στον Πίνακα 24β

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η αντισύλληψη, τα afroδίσια νοσήματα και η σεξουαλική συμπεριφορά είναι θέματα που απασχολούν ιδιαίτερα τη νεολαία. Για τον λόγο αυτό η παρούσα εργασία ερευνήσε τις γνώσεις και τον τρόπο που τα αντιμετωπίζουν. Ερωτήθηκαν 1000 άτομα, σπουδαστές και φοιτητές, ηλικίας 18 έως 32 ετών από τα οποία απάντησαν και μελετήθηκαν 978.

Το δείγμα είναι ισοκατανομημένο ως προς το φύλο. Σχετικά με την ηλικία το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων είναι από 18 έως 25 χρονών. Ο αριθμός των ατόμων ηλικίας 26 έως 32 ετών είναι πολύ μικρός με αποτέλεσμα η έρευνα ν' ασχοληθεί μόνο με τα άτομα ηλικίας 18 έως 25 ετών. Τα άτομα αυτά είναι κυρίως Χριστιανοί Ορθόδοξοι και άγαμοι. Το 44% κατοικούν σε πόλη άνω των 10.000 κατοίκων, το 28% σε Αθήνα - Πειραιά, το 20% σε χωριό και το 8% σε πόλη κάτω των 10.000 κατοίκων. Το επάγγελμα που επικρατεί στον πατέρα είναι Δημόσιος Υπάλληλος και Ελεύθερος Επαγγελματίας ενώ στην μητέρα Οικιακά.

Το 98,16% του δείγματος γνωρίζουν κάποια μέθοδο αντισύλληψης. Το 53,78% έχουν ενημερωθεί για την αντισύλληψη από τα Μ.Μ.Ε. και το 20,45% από τους φίλους. Ένα μικρό ποσοστό, 10,94% και 8,18% έχει ενημερωθεί αντίστοιχα από την οικογένεια και τους αρμόδιους φορείς ενώ ένα μηδαμινό ποσοστό 2,66% και 3,48% έχει ενημερωθεί αντίστοιχα από τον Οικογενειακό Προγραμματισμό και το σχολείο. Ίσως λοιπόν να συνεχίζεται η προκατάληψη από την οικογένεια και το σχολείο πάνω στην αντισύλληψη, τα afroδίσια και την σεξουαλική συμπεριφορά. Ενώ υπάρχει μια άμεση επαφή των νέων με την οικογένεια και το σχολείο, όπως και με τα Μ.Μ.Ε. και τους φίλους, τα πρώτα δύο δεν έχουν καταφέρει να προσφέρουν σ' αυτόν τον τομέα, προσφορά των οποίων θα ήταν πολύ πιο αποτελεσματική απ' ό,τι των δύο τελευταίων (Μ.Μ.Ε. και φίλοι). Στην περίπτωση δε του οικογενειακού προγραμματισμού και των αρμόδιων φορέων είναι αντιληπτό το γεγονός ότι δεν έχει αναπτυχθεί σε ικανοποιητικό βαθμό η επικοινωνία με τους νέους. Οι απαντήσεις εδώ έχουν $P=0,000$ δηλαδή το τεστ είναι στατιστικά σημαντικό.

Η αντισυλληπτική μέθοδος που επικρατεί είναι το προφυλακτικό (55,52%). Δεύτερη σε συχνότητα, με μεγάλη όμως διαφορά από την πρώτη, είναι η διακεκομμένη συνουσία (14,52%). Δηλαδή το 70% των νέων εφαρμόζει προφυλακτικό ή διακεκομμένη συνουσία. Όλες οι υπόλοιπες μέθοδοι καλύπτουν το 7%. Έτσι ένα 6,13% χρησιμοποιεί χάπι, 0,41% σπιράλ και 0,41% διάφραγμα. Το 23,01% δεν χρησιμοποιεί καμία αντισυλληπτική μέθοδο. Στην ερώτηση «αν δεν χρησιμοποιούν αντισυλληπτική μέθοδο, για ποιους λόγους το κάνουν», το 78,43% δεν απάντησε πράγμα που σημαίνει ότι χρησιμοποιούν μέθοδο αντισύλληψης ενώ το 13,91% ανέφερε ως λόγο το γεγονός ότι δεν έχουν σεξουαλικές σχέσεις. Εδώ το προφυλακτικό είναι σαφώς η επικρατέστερη αντισυλληπτική μέθοδος, μάλλον λόγω του χαμηλού κόστους και της ευκολίας χρήσης του. Και πάλι έχουμε $P=0,000$ (στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα).

Στο αν εφάρμοσαν αντισυλληπτική μέθοδο στην πρώτη τους σεξουαλική επαφή το 45,5% απαντάει «ναι» ενώ ένα αξιόλογο ποσοστό 36% «όχι». Οι πολλές αρνητικές απαντήσεις πρέπει μάλλον να αποδοθούν σε έλλειψη πληροφόρησης, αφού οι περισσότεροι ερωτηθέντες είχαν την πρώτη τους επαφή σε μικρή σχετικά ηλικία. Και εδώ το αποτέλεσμα είναι στατιστικά σημαντικό με $P=0,000$.

Η μέθοδος αντισύλληψης που χρησιμοποιεί το ζευγάρι αποφασίζεται από κοινού σε ποσοστό 63%. Αυτό ισχύει τόσο για τις γυναίκες όσο και για τους άντρες. Ένα 19% αποφασίζουν οι ίδιοι ενώ ένα 2% ο σύντροφός τους. Προφανώς

λοιπόν στις περισσότερες σχέσεις επικρατεί συντροφικότητα και ισοτιμία. Όπως και πριν, ισχύει $P=0,000$.

Όσον αφορά την ηλικία της πρώτης τους σεξουαλικής επαφής το 40% ξεκίνησε σε ηλικία 18 - 20 ετών, το 28% σε ηλικία 15 - 17 ετών, το 8% σε πάνω από τα είκοσί τους χρόνια, το 6% κάτω από τα 15 τους χρόνια και το 18% δεν έχει σεξουαλικές σχέσεις. Ανάλογα με το φύλο παρατηρήθηκε ότι πολλοί άνδρες άρχισαν τις σεξουαλικές τους σχέσεις σε ηλικία κάτω των 15 ετών, σε σύγκριση με τις γυναίκες που εμφανίζουν ερωτικές επαφές κυρίως σε ηλικία 18 - 20 ετών. Επίσης ένας σημαντικός αριθμός γυναικών δεν έχει σεξουαλικές σχέσεις. Και για αυτή την ερώτηση το αποτέλεσμα είναι στατιστικά σημαντικό.

Ο αριθμός των ερωτικών συντρόφων είναι μικρότερος από 5 στο 59,41% του δείγματος και μεγαλύτερος από 5 στο 22,09%. Από πλευράς φύλου παρατηρείται ότι οι άνδρες έχουν περισσότερους από 5 ερωτικούς συντρόφους σε μεγαλύτερη συχνότητα από τις γυναίκες. Γενικά η επιφυλακτικότητα και οι λίγοι ερωτικοί σύντροφοι είναι χαρακτηριστικό της εποχής μας, αφού υπάρχει ο φόβος των αφροδισίων νοσημάτων και τα ζευγάρια ζητούν σταθερότητα στους δεσμούς. Το αποτέλεσμα είναι στατιστικά σημαντικό ($P=0,000$).

Η συχνότητα των επαφών είναι 1 - 2 φορές την εβδομάδα στο 27,51%. Κάθε μέρα και 1 - 2 φορές το μήνα το ποσοστό είναι περίπου ίδιο δηλαδή 16,77% και 16,97% αντίστοιχα. Ένα 19,33% έρχονται σπάνια σε επαφή με προτεραιότητα στους άνδρες και ένα 19,33% δεν έρχεται καθόλου σε επαφή με προτεραιότητα στις γυναίκες. Και εδώ έχουμε $P=0,000$.

Η ηλικία του συντρόφου σε σχέση με την ηλικία των ερωτηθέντων είναι ίδια στο 51%, στο 29% μεγαλύτερη από 5 χρόνια, στο 10% μικρότερη από 5 χρόνια και 10% δεν απάντησαν. Σ' αυτό το σημείο υπάρχει διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών. Οι άνδρες προτιμούν σύντροφο της ίδιας ηλικίας ενώ οι γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας. Πιθανότατα αυτό είναι αποτέλεσμα της παραδοσιακής αντίληψης ότι οι γυναίκες πρέπει να έχουν σύντροφο μεγαλύτερό τους. Και πάλι το αποτέλεσμα είναι στατιστικά σημαντικό.

Σε μια σειρά νοσημάτων που καταγράφηκαν στο ερωτηματολόγιο με στόχο να διαπιστωθεί αν γνωρίζουν ποια απ' αυτά είναι ή όχι σεξουαλικά μεταδιδόμενα το 40,8% απάντησε την ουρολοιμώξη πράγμα που σημαίνει ότι αυτό το ποσοστό γνωρίζει ποια είναι τα αφροδίσια νοσήματα. Βέβαια δεν παραλείπεται το 20,14% που ανέφερε την ηπατίτιδα Β ως μη σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα, καθώς και το 11,55% που δεν απάντησε. Το τελευταίο δηλώνει ότι κάποια άτομα δεν γνωρίζουν τα αφροδίσια. Απ' αυτούς που δεν απάντησαν το 8,69% είναι άντρες και μόνο το 2,86% είναι γυναίκες. Ως προς το φύλο, το τεστ υπήρξε στατιστικά σημαντικό.

Όσον αφορά τους κυριότερους τρόπους μετάδοσης της ηπατίτιδας Β το 40,39% υποστηρίζει από το αίμα, το 9,3% από την σεξουαλική επαφή, ένα 27,2% από την τουαλέτα και 22,39% δεν γνωρίζει. Άρα το 49,69% γνωρίζει και το 49,59% δεν γνωρίζει. Ακόμη παρατηρήθηκε ότι οι γυναίκες στο θέμα αυτό είναι πιο ενημερωμένες από τους άνδρες γιατί θεώρησαν το αίμα και τη σεξουαλική επαφή σαν κυριότερο τρόπο μετάδοσης σε αναλογία 26,38% σε αντιπαράθεση με το 23,31% των ανδρών. Επίσης πρέπει να προστεθεί ότι στην απάντηση «δεν γνωρίζω» υπερέχουν οι άνδρες με 13,7% σε σχέση με το 8,69% των γυναικών. Και εδώ έχουμε $P=0,017$ (στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα) ως προς το φύλο.

Σχετικά με το αν γνωρίζουν πώς μεταδίδεται η μυκητίαση των γεννητικών οργάνων το 61% αναφέρει μετά από σεξουαλική επαφή με άτομο που έχει μυκητίαση, το 25% δεν γνωρίζει και το 8% από την τουαλέτα. Εδώ έχουμε στατιστικά σημαντικό τεστ ($P=0,000$).

Στον τρόπο προστασίας από την σύφιλη και βλεννόρροια το 57% απάντησε με τη χρήση προφυλακτικού, το 15% περιορίζοντας τους ερωτικούς συντρόφους, το 11% αποφεύγοντας τις δημόσιες τουαλέτες ενώ ένα 16% δεν παίρνει μέτρα προφύλαξης. Να υπογραμμιστεί ότι στο τελευταίο ποσοστό συγκαταλέγονται και αυτοί που δεν έχουν σεξουαλικές σχέσεις. Το αποτέλεσμα έχει $P=0,000$ εξεταζόμενο ως προς το φύλο.

Τέλος στην περίπτωση της μετάδοσης του AIDS το 98,24% γνωρίζει ότι γίνεται με το αίμα και την σεξουαλική επαφή. Η γνώσεις όσον αφορά το AIDS είναι λοιπόν περισσότερες από αυτές για τα υπόλοιπα αφροδίσια, πράγμα που προφανώς οφείλεται στην ευρύτατη προβολή του θέματος από τα Μ.Μ.Ε. και την απήχηση που έχει η νόσος σαν «μάστιγα της εποχής μας».

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα παρακάτω είναι μια περίληψη βασισμένη σε θέματα που συζητήθηκαν σε συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο. Πρόκειται για τα βασικά σημεία, τα οποία σχετίζονται με τις αντισυλληπτικές μεθόδους, τα αφροδίσια νοσήματα και τη σεξουαλική συμπεριφορά.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των νέων έχει ενημερωθεί για τις μεθόδους αντισύλληψης από τα Μ.Μ.Ε. (53,78%) και τους φίλους (20,45%). Η οικογένεια, το σχολείο, ο οικογενειακός προγραμματισμός και οι αρμόδιοι φορείς συμμετέχουν ελάχιστα στην πληροφόρηση αυτών των θεμάτων.

Η κατ' εξοχήν χρησιμοποιούμενη αντισυλληπτική μέθοδος είναι το ανδρικό προφυλακτικό (55,52%) και ακολουθούν κατά φθίνουσα σειρά η διακεκομμένη συνουσία (14,52%) και το χάπι (6,13%). Το 23,01% δεν εφαρμόζει καμιά μέθοδο αντισύλληψης. Σ' αυτό το ποσοστό ανήκει το 13,91% το οποίο δεν έχει σεξουαλικές σχέσεις.

Η χρήση προφυλακτικού από έναν μεγάλο αριθμό νέων είναι παρήγορη γιατί δηλώνει ότι ξέρουν να προφυλάσσονται από τα αφροδίσια και να αποφεύγουν ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες.

Όσον αφορά την ηλικία της πρώτης σεξουαλικής επαφής το 40% ξεκίνησε σε ηλικία 18 - 20 ετών, το 28% σε ηλικία 15 - 17 ετών και το 18% δεν έχει σεξουαλικές σχέσεις. Η ηλικία των 18 - 20 θεωρείται μια ώριμη ηλικία για να έρθει το άτομο σε σεξουαλική επαφή και το ποσοστό του 40% είναι ενθαρρυντικό. Στο 28% που αντιστοιχεί στα άτομα ηλικίας 15 - 17 ετών υπάρχει το ενδεχόμενο λάθους μεγαλύτερου από των 18 - 20 ετών πάνω στην επιλογή του ερωτικού συντρόφου και στους τρόπους αντισύλληψης και προφύλαξης από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

Ο αριθμός των ερωτικών συντρόφων είναι μικρότερος από 5 στο 59,41% του δείγματος και μεγαλύτερος από 5 στο 22,01%. Από τα παραπάνω προκύπτει ότι η εναλλαγή των ερωτικών συντρόφων δεν είναι αυξημένη και ότι ο μεγαλύτερος αριθμός των νέων έχει σταθερούς δεσμούς.

Στα αφροδίσια νοσήματα που αναφέρθηκε το ερωτηματολόγιο (ηπατίτιδα Β, βλεννόρροια, σύφιλη, μυκητίαση κ.ά.) ένα 50% γνωρίζει τον τρόπο μετάδοσης και ένα 50% έχει άγνοια. Μοναδική εξαίρεση αποτελεί το AIDS στην περίπτωση του οποίου όλοι είναι ενημερωμένοι στον τρόπο μετάδοσης. Επομένως από τα ανωτέρω διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει επαρκής ενημέρωση για όλα τα αφροδίσια νοσήματα.

SUMMARY

The following is a summary based on topics discussed in a particular questionnaire. The main points, which are the following, are related to birth control methods, venereal diseases and sexual behaviour.

The biggest percentage of young people has been informed about the methods of birth control by the mass media (53,78%) and friends (20,45%). The family, the school, the family planning and carriers in charge are in the least participating informers on these topics.

The main birth control method is the male contraceptive, usually known as condom (55,52%) and following in descending order the withdrawing sexual intercourse (14,52%) and the pill (6,13%). The 23,01% of the sample does not use any method of birth control. In this percentage belong the 13,91% that have no sexual relationships.

The use of condoms by a large number of young people is consoling because it declares that they know how to protect themselves from venereal diseases and to avoid undesired pregnancies.

Regarding the age of first sexual contact, 40% has started at the age of 18 - 20, 28% has started at the age of 15 - 17 and 18% hasn't had any sexual contact. The age of 18 - 20 is considered as a mature age for a person to have sex and the percentage of 40% is very encouraging. The percentage of 28% refers to people of the age 15 - 17 where there is a larger possibility of making the wrong decision than that at the age of 18 - 20, about choosing their sexual partner, birth control method and protection against sexually transmitted diseases.

The number of sexual partners is less than 5 for the 59,41% of the sample and more than 5 for the 22,01%. From the above comes forward that the alternation of sexual partners is not increased and the biggest number of young people has stable relationships.

The way of transmission of the venereal diseases in which the questionnaire was concerned (hepatitis B, gonorrhoea, syphilis, fungi etc) is known in the 50% of the sample while the other 50% is ignorant. The exception is AIDS where everyone is informed about its transmission. From all the previous it is concluded that there is not enough information for all the venereal diseases.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

1) Φύλο:

Άρρεν Θήλυ

2) Ηλικία: _____

3) Θρήσκευμα: _____

4) Οικογενειακή κατάσταση:

- α) Έγγαμος
- β) Άγαμος
- γ) Διαζευγμένος

5) Γεννηθήκατε:

- α) Σε χωριό
- β) Σε πόλη μέχρι 10.000 κατοίκους
- γ) Σε πόλη άνω των 10.000 κατοίκων
- δ) Στην Αθήνα, Πειραιά, Θεσσαλονίκη

6) Ποιο είναι το επάγγελμα του πατέρα σας;

- α) Δημόσιος υπάλληλος
- β) Ιδιωτικός υπάλληλος
- γ) Ελεύθερος επαγγελματίας
- δ) Εργάτης
- ε) Αγρότης
- στ) Άλλο

7) Ποιο είναι το επάγγελμα της μητέρας σας;

- α) Δημόσιος υπάλληλος
- β) Ιδιωτική υπάλληλος
- γ) Ελεύθερη επαγγελματίας
- δ) Εργάτρια
- ε) Αγρότισσα
- στ) Οικιακά

8) Ποιο είναι το επάγγελμά σας;

- α) Σπουδαστής (-τρια)
 β) Φοιτητής (-τρια)

9) Γνωρίζετε κάποιες μεθόδους αντισύλληψης;

ΝΑΙ ΟΧΙ

10) Αν ναι, από που έχετε ενημερωθεί;

- α) Μαζικά μέσα ενημέρωσης (Μ.Μ.Ε.)
 β) Οικογένεια
 γ) Σχολείο
 δ) Φίλους
 ε) Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού
 στ) Αρμόδιοι φορείς υγείας (Γυναικολόγος, νοσηλεύτρια κ.ά.)

11) Ποια αντισυλληπτική μέθοδο χρησιμοποιείτε;

- α) Προφυλακτικό
 β) Διακεκομμένη συνουσία (τράβηγμα)
 γ) Χάπι
 δ) Ενδομήτριο σπείραμα (σπινάλ)
 ε) Διάφραγμα
 στ) Καμία

12) Αν δεν χρησιμοποιείτε καμία μέθοδο, ποιος είναι ο λόγος;

- α) Θέλω να κάνω παιδιά
 β) Είναι αντίθετο με τη θρησκεία μου
 γ) Από φόβο, λόγω έλλειψης πληροφόρησης για τις αντισυλληπτικές μεθόδους
 δ) Δεν έχω σεξουαλικές σχέσεις
 ε) Δεν απαντώ

13) Χρησιμοποιήσατε αντισυλληπτική μέθοδο στην πρώτη σας σεξουαλική επαφή;

- α) ΝΑΙ
 β) ΟΧΙ
 γ) Δεν έχω σεξουαλικές σχέσεις

14) Αποφασίζετε εσείς για τη μέθοδο αντισύλληψης που χρησιμοποιείτε ή αφήνετε τον σύντροφό σας;

- α) Αποφασίζω εγώ
 β) Αποφασίζει ο σύντροφός μου
 γ) Είναι κοινή απόφαση
 δ) Δεν έχω σεξουαλικές σχέσεις

15) Σε ποια ηλικία είχατε την πρώτη σας ερωτική επαφή;

- α) Κάτω των 15 ετών
- β) 15 - 17 ετών
- γ) 18 - 20 ετών
- δ) Άνω των 20 ετών
- ε) Δεν έχω σεξουαλικές σχέσεις

16) Πόσους ερωτικούς συντρόφους είχατε έως τώρα;

- α) Περισσότερους από 5
- β) Λιγότερους από 5
- γ) Κανένα

17) Πόσο συχνά έχετε σεξουαλικές επαφές;

- α) Κάθε μέρα
- β) 1 - 2 φορές την εβδομάδα
- γ) 1 - 2 φορές το μήνα
- δ) Σπάνια
- ε) Καθόλου

18) Ποια είναι η ηλικία των ερωτικών σας συντρόφων;

- α) Μεγαλύτερος -η 5 χρόνια από εσάς
- β) Μικρότερος -η 5 χρόνια από εσάς
- γ) Ίδιας ηλικίας

19) Είχατε ποτέ στη ζωή σας ομοφυλοφιλική σχέση;

ΝΑΙ ΟΧΙ

20) Ποιες από τις παρακάτω ασθένειες θεωρείτε πως δεν είναι σεξουαλικά μεταδιδόμενες;

- α) AIDS
- β) Σύφιλη
- γ) Βλεννόρροια
- δ) Ουρολοίμωξη
- ε) Μύκητες
- στ) Χλαμύδια
- ζ) Κονδυλώματα
- η) Ηπατίτιδα Β

21) Ποιος νομίζετε ότι είναι ο κυριότερος τρόπος μετάδοσης της ηπατίτιδας Β;

- α) Με το αίμα
- β) Από την τουαλέτα
- γ) Με τη χειραψία
- δ) Με τη σεξουαλική επαφή
- ε) Με το φιλί
- στ) Δεν γνωρίζω

22) Πότε πιστεύετε πως παρουσιάζεται κυρίως η μυκητίαση των γεννητικών οργάνων;

- α) Μετά από χρήση αντιβιοτικών
- β) Μετά από χρήση αντισυλληπτικών χαπιών
- γ) Μετά από σεξουαλική επαφή με άτομο που έχει μυκητίαση
- δ) Από την τουαλέτα
- ε) Δεν γνωρίζω

23) Πώς προφυλάσσετε τον εαυτό σας από τη σύφιλη και τη βλεννόρροια;

- α) Αποφεύγοντας τις δημόσιες τουαλέτες
- β) Περιορίζοντας τον αριθμό των ερωτικών σας συντρόφων
- γ) Χρησιμοποιώντας προφυλακτικό κατά τη σεξουαλική επαφή
- δ) Δεν παίρνω προφύλαξη

24) Το AIDS μεταδίδεται κυρίως:

- α) Με το φιλί
- β) Με τη σεξουαλική επαφή
- γ) Με τη χειραψία
- δ) Με τα οικιακά σκεύη
- ε) Με το αίμα

Επίλογος

Η επιθυμία της σεξουαλικής ολοκλήρωσης καθώς και η ανάγκη αναπαραγωγής και διαιώνισης του ανθρώπινου είδους, καθορίζονται από οργανικές λειτουργικές διαδικασίες, τις οποίες, έως κάποιον βαθμό, δεν μπορεί να ελέγξει από μόνος του ο άνθρωπος. Είναι φυσικές λειτουργίες που είτε απλά οδηγούν στην ψυχική και σωματική ικανοποίηση και ευχαρίστηση των ατόμων, είτε αποτελούν την ηθική ικανοποίηση της δημιουργίας νέων γενεών.

Είναι όμως σίγουρο ότι τα πάντα έχουν δύο όψεις: την όμορφη και την άσχημη. Έτσι και σε αυτή την ιδιαίτερη δραστηριότητα του ανθρώπου, υπάρχουν κάποια όρια που δεν πρέπει να παραβιαστούν. Κι αυτό, γιατί αν η κατάσταση ξεφύγει από τον έλεγχο, τότε μπορεί να καταλήξει από βασανιστική έως και επικίνδυνη τόσο για το ίδιο το άτομο, όσο και για τους γύρω του. Μπορεί να σταθεί φραγμός στην σωματική ή ψυχική υγεία του, ή να συντελέσει στην ολοκληρωτική δυστυχία του ίδιου ή των ανθρώπων που τον περιβάλλουν και μπορούν να επηρεαστούν άμεσα (οικογένεια, παιδιά, κοινωνία).

Οι κίνδυνοι είναι πολλοί. Και στην περίπτωση που δεν υπάρχει η κατάλληλη ενημέρωση, οι συνέπειες είναι δυνατόν να αποβούν έως και καταστρεπτικές. Η ισορροπία της σεξουαλικής συμπεριφοράς του ατόμου, είναι δυνατόν, ανά πάσα στιγμή, να διαταραχθεί και τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα είναι μια συνεχής απειλή για όλους. Και φυσικά, δεν μπορούμε να παραλείψουμε το τόσο επίκαιρο και επίμαχο θέμα που βγήκε στην επιφάνεια με τις τελευταίες στατιστικές και τα παγκοσμίου ενδιαφέροντος συνέδρια, τον έλεγχο των γεννήσεων. Το πρόβλημα αυτό γίνεται περισσότερο σοβαρό και άμεσο, αν αναλογιστεί κανείς ότι αν δεν εφαρμοστεί κάποιος προγραμματισμός των γεννήσεων με τις αντισυλληπτικές μεθόδους, ανά τον κόσμο, υπολογίζεται ότι το 2050, ο πληθυσμός της γης θα φτάσει τα 12 δις.

Όλ' αυτά λοιπόν είναι θέματα που απασχολούν τόσο τους επιστήμονες πολλών ειδικοτήτων, όσο και τους απλούς πολίτες που, δυστυχώς, στην πλειοψηφία τους κυριεύονται από άγνοια ή ακόμα χειρότερα από έλλειψη ενδιαφέροντος σε ό,τι αφορά το σώμα τους, τους κινδύνους που τους απειλούν, αλλά ιδιαίτερα τους τρόπους που μεσολαβούν για την πρόληψή τους.

Εμείς, από την πλευρά μας, νιώθοντας την ευθύνη που πρόκειται να αναλάβουμε από εδώ και στο εξής απέναντι στους ανθρώπους που πρόκειται να μας εμπιστευτούν το πιο πολύτιμο κομμάτι της ζωής τους, την υγεία τους, θεωρήσαμε πρόπον να ξεκινήσουμε την σταδιοδρομία μας ως λειτουργοί του ανθρώπου, δίνοντάς τους κάποιες χρήσιμες πληροφορίες για το σώμα τους, τα μυστικά που κρύβουν οι λειτουργίες του και για όλα αυτά που πρέπει να προσέχουν αν θέλουν μια ζωή γεμάτη υγεία και ευτυχία.

Με αφορμή αυτή την πτυχιακή εργασία που έπρεπε να δημιουργήσουμε ως το τελευταίο δείγμα προς τους καθηγητές μας όλων των γνώσεων που αποκομίσαμε τα χρόνια αυτά, μας δόθηκε η ευκαιρία να συμβάλλουμε και εμείς στην ενημέρωση και πρόληψη σοβαρών, κατά την γνώμη μας, θεμάτων υγείας.

Τα θέματα, φυσικά, με τα οποία ασχοληθήκαμε δεν έχουν εξαντληθεί. Πώς όμως θα μπορούσε να γίνει αυτό, αν σκεφτούμε ότι επί δεκαετίες επιστήμονες από όλο τον κόσμο έχουν ασχοληθεί με αυτά και ούτε οι ίδιοι τα έχουν εξαντλήσει; Εμείς, από την πλευρά μας, θεωρούμε την εργασία αυτή ως ένα ερέθισμα που πρέπει να δοθεί σε όλους και κυρίως στους νέους που όλη η ζωή είναι μπροστά τους, και με βάση αυτό, να παροτρυνθούν να γνωρίσουν το σώμα τους και

κατέπεκταση τον ίδιο τους τον εαυτό. Ελπίζουμε να δώσαμε τα μηνύματα που είχαμε σαν στόχο να μεταφέρουμε.

Ευχαριστούμε...

Βιβλιογραφία

- Βαϊδάκης Νίκος "Ανατομία και φυσιολογία της σεξουαλικής πράξης". Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού, Έκδοση 1η, Τόμος II, Αθήνα 1993
- Δετοράκης Ιωάννης "Οικογενειακός προγραμματισμός - αντισύλληψη - σεξουαλική διαφώτιση". Έκδοση 1η, Εκδόσεις Πατάκη, Αθήνα 1989
- Δετοράκης Ιωάννης "Βλεννόρροια, σύφιλη, AIDS". Έκδοση 1η, Student's Editions, Πάτρα 1987
- Δημητρακόπουλος Γεώργιος "Εισαγωγή στην κλινική μικροβιολογία και τα λοιμώδη νοσήματα". Έκδοση 1η, Εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα 1987
- Καπετανάκης Ιωάννης "Εγχρωμη δερματολογία, διαγνωστική και θεραπευτική". Έκδοση 2η, Εκδόσεις Παρισιάνου, Τόμος II, Αθήνα 1987
- Κονιτάκης Κωνσταντίνος "Δερματολογία - αφροδισιολογία". Έκδοση 1η, Εκδόσεις Σακκούλα, Θεσσαλονίκη 1982
- Καραγιαννόπουλος Στέφανος "Δυσκολίες σεξουαλικής συμπεριφοράς - προβλήματα και θεραπεία". Έκδοση 1η, Εκδόσεις Θεωρία, Αθήνα 1987
- Κομνηνός Αντώνιος "Βασικές γνώσεις στην αντισύλληψη". Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού, Έκδοση 1η, Αθήνα 1991
- Κολ Όσβαλντ [μετάφραση Αντωνόπουλος] "Το σεξ στην εποχή μας". Εκδόσεις Βλάσση, Αθήνα 1988
- Κοντή - Φαρή "Ατλας γυναικολογίας". Οικογενειακός Προγραμματισμός, Έκδοση 1η, Τόμος III, Αθήνα 1994
- Λαίστ Μ. [μετάφραση Κουναλάκη Αγγελική] "Οι νέοι και το σεξ". Έκδοση 1η, Εκδόσεις Νότος, Αθήνα 1979
- Μάνος Νίκος "Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής". Έκδοση 1η, Εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1988
- Μανταλενάκης Στέργιος "Σύννοψη μαιευτικής και γυναικολογίας". Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 1986
- Μπουλαγούρης Γιάννης "Ορμόνες και σεξουαλική συμπεριφορά - διαταραχές της σεξουαλικής λειτουργίας". Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού, Έκδοση 1η, Τόμος II, Αθήνα 1993
- Στρατηγός Ιωάννης "Μαθήματα δερματολογίας - Αφροδισιολογίας". Εκδόσεις Ιατρικά χρόνια, Αθήνα 1985
- Σακκάς Παύλος "Ψυχικές παράμετροι αντισυλληπτικών μεθόδων". Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού, Έκδοση 1η, Τόμος I, Αθήνα 1992

Σακκάς Παύλος "Προτιμήσεις στη σεξουαλική συμπεριφορά του ατόμου και παράγοντες που την επηρεάζουν". Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού, Έκδοση 1η, Τόμος II, Αθήνα 1993

Τασόπουλος Χρ. "Ορμόνες και σεξουαλική συμπεριφορά του ανθρώπου". Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού, Έκδοση 1η, Τόμος II, Αθήνα 1993

Τίφερ Λήνονορ [μετάφραση Κωστόπουλος Ιωάννης] "Η ανθρώπινη σεξουαλικότητα". Εκδόσεις Ψυχογιός, Αθήνα 1982

Χατζηβασιλείου Μαρία "Σεξουαλική αγωγή και υγεία". Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού, Έκδοση 1η, Τόμος II, Αθήνα 1993

