

**Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**Πτυχιακή εργασία
« Οικογενειακός προγραμματισμός
Υπογεννητικότητα
και Μέθοδοι Αντισύλληψης»**



Υπεύθυνος καθηγητής: Δετοράκης Ιωάννης

**Σπουδάστριες: Τριάντη Δήμητρα
Χρυσανθοπούλου Κωνσταντίνα
Χρυσανθοπούλου Παναγιώτα**

ΠΑΤΡΑ 1998

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

Πτυχιακή εργασία
« Οικογενειακός προγραμματισμός
Υπογεννητικότητα
και Μέθοδοι Αντισύλληψης»



Υπεύθυνος καθηγητής: Δετοράκης Ιωάννης

Σπουδάστριες: Τριάντη Δήμητρα
Χρυσανθοπούλου Κωνσταντίνα
Χρυσανθοπούλου Παναγιώτα

ΠΑΤΡΑ 1998

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	2671
----------------------	------

Η εργασία αυτή αφιερώνεται με πολύ αγάπη και σεβασμό Σ' αυτούς που με αγώνα μας έμαθαν και μας δίδαξαν τις αξίες και τα ιδανικά.

Στους γονείς μας.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε το κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού στο Π.Π.Γ.Ν.Π. για την πολύτιμη βοήθεια και συνεργασία. Ιδιαίτερα ευχαριστούμε την κα Σιολάκη που μας βοήθησε στην έρευνά μας. Τον καθηγητή Γυναικολογίας κο Τζιγκούνη και τον κο Κουρούνη. Με μεγάλη εκτίμηση και σεβασμό ευχαριστούμε τον καθηγητή μας κο Ιωάννη Δετοράκη για την πολύτιμη συμβολή του στην ανεύρεση βιβλιογραφίας και τη σύνταξη της εργασίας μας.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	3
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	4
ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο	5
Α. Ιστορική Αναδρομή του Οικογενειακού Προγραμματισμού.....	5
Β. Στόχοι Οικογενειακού Προγραμματισμού.	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο	12
Α. ΑΝΑΤΟΜΙΑ.....	12
1. Το Γεννητικό Σύστημα της Γυναίκας.....	12
2. Το Γεννητικό Σύστημα του Άνδρα.....	13
Β. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ.....	14
1. Φυσιολογία Γυνακείου Γεννητικού Συστήματος.....	14
2. Φυσιολογία Ανδρικού Γεννητικού Συστήματος.....	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο	17
Α. ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ.....	17
- Β. ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ.....	18
Γ. ΣΥΜΒΟΥΛΗ ΚΑΙ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ.....	31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο	40
Α. ΕΚΤΡΩΣΕΙΣ.....	40
Εισαγωγή.....	40
1. Εκτρώσεις στην Ελλάδα.....	41
2. Επικίνδυνοι μέθοδοι.....	41
3. Μέθοδοι έκτρωσης.....	42
4. Μετά την επέμβαση της έκτρωσης.....	43
Β. ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΕΚΤΡΩΣΕΩΝ.....	45
Γ. ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΦΗΒΕΙΑ.....	54
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο	58
Α. ΥΠΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ.....	58
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	58
Αίτια Υπογεννητικότητας.....	62
Β. ΣΤΕΙΡΟΤΗΤΑ.....	67
Γ. ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΗ ΓΥΝΑΙΚΑ.....	77
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο	93
Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα.....	93
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο	105
ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΗΣΗ :.....	105

ΤΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΗΣΗ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΤΟΥΣ	105
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8ο	115
ΤΟ ΚΡΑΤΟΣ ΚΑΙ Ο ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	115
ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ	
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	118
ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ	119
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΣΥΖΗΤΗΣΗ	203
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	205

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Αυτό που μας ώθησε στην πραγματοποίηση της παρούσας έρευνας ήταν η εντύπωσή μας ότι η συντριπτική πλειοψηφία των Ελλήνων φαινόταν να αγνοεί βασικά στοιχεία σχετικά με τις αντισυλληπτικές μεθόδους (ενδείξεις - αντενδείξεις - παρενέργειες - αποτελεσματικότητα κάθε μεθόδου) καθώς επίσης και η διερεύνηση των αιτιών της υπογεννητικότητας στην πόλη μας.

Έχοντας υπ' όψιν μας τα παραπάνω γίνεται επιτακτική η ανάγκη για ενημέρωση των νέων κυρίως, έτσι ώστε να βοηθηθούν για την απόκτηση ευτυχισμένης οικογένειας και να αποφύγουν την έκτρωση που θεωρείται θρησκευτικά, κοινωνικά και ηθικά, απαράδεκτη.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Αν και υπάρχει η αντίληψη ότι ο Οικογενειακός Προγραμματισμός είναι θεσμός γνωστός και εφαρμοζόμενος σε ευρεία κλίμακα, αντίθετα έχει διαπιστωθεί πως δεν έχει γίνει κατανοητός και δεν είναι εφαρμόσιμος παρά μόνο από ένα μικρό μέρος του ελληνικού πληθυσμού. Η διαπίστωση αυτή μας προβληματίζει περισσότερο αν σκεφτούμε πόσο έχουν αλλάξει οι δομές της κοινωνίας τα τελευταία χρόνια, όσον αφορά τις σχέσεις των ανθρώπων και των δύο φύλλων ειδικότερα. Βλέποντας λοιπόν το θέμα από την πλευρά των νέων, αποφασίσαμε να το προσεγγίσουμε όσο περισσότερο μπορούμε γιατί το θέμα αυτό είναι πολύπλοκο και πολυδιάστατο και δεν έχουμε την δυνατότητα να το δούμε σε όλα τα επίπεδά του.

Λαμβάνοντας λοιπόν υπόψη μας τα παραπάνω εμφανίζεται επιτακτική η ανάγκη να προσφερθούν στους Έλληνες και κυρίως στους νέους, οι γνώσεις και τα μέσα που θα τους βοηθήσουν να αποκτήσουν ευτυχισμένη οικογένεια με γερά και επιθυμητά παιδιά και ακόμη θα τους βοηθήσουν να αποφύγουν την έκτρωση που θεωρείται θρησκευτικά, κοινωνικά και ηθικά, απαράδεκτη.

Γι' αυτό το σκοπό χρειάζεται η υιοθέτηση ορισμένων αρχών και μεθόδων Οικογενειακού Προγραμματισμού από την Πολιτεία και η διάδοση αυτών στο κοινό. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με τη δημιουργία κέντρων παροχής πληροφοριών και εκπαιδευμένα άτομα στις αρχές και τις μεθόδους του Οικογενειακού Προγραμματισμού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

A. Ιστορική Αναδρομή του Οικογενειακού Προγραμματισμού.

Μια σύντομη αναδρομή στο ιστορικό του οικογενειακού προγραμματισμού (Ο.Π.) σε διεθνή κλίμακα κρίνεται όχι μόνο χρήσιμη αλλά και απαραίτητη, για να εκτιμηθεί η σημασία του θεσμού και η πορεία του στη χώρα μας.

Άρχισε στις αρχές του αιώνα μας, ως κίνημα κοινωνικό με πρωτοπόρους τρεις γυναίκες, την Margaret Sanget στις Η.Π.Α. το 1912, νοσοκόμα σε βιομηχανική περιοχή της Ν. Υόρκης και τις Mary Stope, γιατρό και Edith Hav- Martyn στη Μ. Βρετανία το 1915.

Στο ξεκίνημά της η Sanget είδε την κίνησή της συνδεδεμένη μόνο με την υγεία και την ευτυχία της οικογένειας, ονομάστηκε κίνηση για τον έλεγχο των γεννήσεων και στηρίχτηκε στην άποψη ότι ο έλεγχος των γεννήσεων και η απελευθέρωση της γυναίκας από τις ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες συνδέεται άμεσα με την προαγωγή της υγείας μάνας και παιδιού.

Στα χρόνια που ακολούθησαν η κίνηση αυτή παίρνει συνεχώς όλο και μεγαλύτερες διαστάσεις και σ' αυτό βοήθησε η υιοθέτησή της από τα γυναικεία σωματεία, κυρίως στην Αγγλία. Στο σημείο αυτό μπορούμε ενδεικτικά να αναφέρουμε:

Το 1916 η Margaret Sanget, η πιο μαχητική πρωτοπόρος της ιδέας ελέγχου των γεννήσεων ανοίγει στη Ν. Υόρκη την πρώτη κλινική ελέγχου των γεννήσεων. Η ενέργεια αυτή θεωρήθηκε επαναστατική και η Sanget συλλαμβάνεται και φυλακίζεται για λίγο. Αυτό όμως δεν αποθαρρύνει τη Μ. Sanget και τους φίλους της, οι οποίοι συνεχίζουν το έργο τους και το 1921 συγκροτούν στην Αμερική το Σύνδεσμο ελέγχου των γεννήσεων.

Ενώ αυτά συνέβαιναν στις Η.Π.Α., η Mary Stope το 1921 ανοίγει στο Λονδίνο τη δική της κλινική « Mary Stope Mather's Clinic For Birth Control».

Για την περαιτέρω εξάπλωση και διεθνοποίηση του κινήματος, συγκαλείται το 1930 στη Ζυρίχη η πρώτη διεθνής συνάντηση για τον έλεγχο των γεννήσεων στην οποία παίρνουν μέρος αντιπρόσωποι από 12 χώρες. Η συνάντηση αυτή είχε και ένα πιο ειδικό σκοπό: Να πλησιάσει και να εξασφαλίσει την υποστήριξη του ιατρικού κόσμου, πράγμα πολύ σημαντικό για την εποχή εκείνη και που σ' ένα βαθμό το κατόρθωσε. Γενικά η εκτίμηση είναι ότι η συνάντηση της Ζυρίχης πέτυχε τους σκοπούς της και αξίζει εδώ να αναφέρουμε περιληπτικά τις προτάσεις της:

1. Ο έλεγχος των γεννήσεων θα πρέπει να θεωρηθεί αντικείμενο της δημόσιας υγείας και της προληπτικής ιατρικής.
2. Η αντισύλληψη είναι ο κυριότερος τρόπος περιορισμού της συχνότητας των εκτρώσεων.
3. Η αντισύλληψη πρέπει να εισαχθεί στα εκπαιδευτικά προγράμματα των Ιατρικών Σχολών.
4. Η στειρότητα θα πρέπει να επιτρέπεται για λόγους θεραπευτικούς και ευγονικούς, όπου η αντισύλληψη δεν μπορεί να εφαρμοσθεί και τέλος
5. Οι γιατροί δεν θα πρέπει να χορηγούν αντισυλληπτικά, για τα οποία δεν είναι γνωστή η χημική τους σύνθεση.

Στη συνέχεια, μέχρι την έναρξη του Β Παγκοσμίου πολέμου, το κίνημα ελέγχου των γεννήσεων άρχισε να εξαπλώνεται προοδευτικά στην Ευρώπη, Ασία και Β. Αμερική. Κατά την διάρκεια του πολέμου η πρωτοβουλία που πάρθηκε στη Ζυρίχη για διεθνή συνεργασία στον τομέα αυτό φυσικά διακόπηκε εξ ολοκλήρου.)

1. Οι μετά τον Β' Παγκόσμιο πόλεμο εξελίξεις

Μετά το τέλος όμως του πολέμου άρχισαν να γίνονται προσπάθειες για την ανασύνταξη των σκόρπιων δυνάμεων. Η Σουηδέζα Elise O Hesen- Jensen, για να δοθεί συνέχεια στις πρωτοβουλίες που πάρθηκαν στη Ζυρίχη το 1930, οργανώνει το 1946 διεθνές συνέδριο στη Στοκχόλ-

μη. Στη συνάντηση αυτή συμφωνήθηκε ότι όλες οι μελλοντικές δραστηριότητες της κίνησης θα έπρεπε να αποσκοπούν στην πραγμάτωση του παρακάτω βασικού σκοπού:

Να προωθηθεί η σωματική και πνευματική υγεία, η ευημερία και ευτυχία του ατόμου, της οικογένειας και της κοινωνίας, σ' ένα καινούργιο και ενωμένο κόσμο. Ανάμεσα στα ψηφίσματα που πάρθηκαν, το πρώτο ήταν το ακόλουθο: «Κάθε παιδί έχει το δικαίωμα να είναι επιθυμητό και από τους δυο γονείς και όλοι οι γονείς έχουν το δικαίωμα να αποφασίζουν για τον αριθμό των παιδιών που θα φέρουν στον κόσμο». Θα μπορούσε να λεχθεί γενικά ότι στη συνάντηση της Στοκχόλμης κυριάρχησε το θέμα των ανθρωπίνων δικαιωμάτων ως βασική αρχή της κίνησης.

Η επόμενη διεθνής συνάντηση μετά τη Στοκχόλμη έλαβε χώρα στο Cheltenham το 1948 με θέμα: «Population and World Resources» για να ακολουθήσει η οργάνωση στη Βομβάη το 1952, του Γ' Παγκοσμίου Συνεδρίου του Ο.Π. Εκεί ιδρύθηκε η διεθνής Ομοσπονδία Οικογενειακού Προγραμματισμού (International Planned Parenthood Federation, I. P. P. F.).

Η ίδρυση της I.P.P.F. αποτέλεσε διεθνώς τον βασικότερο σταθμό στην ιστορία του Οικογενειακού Προγραμματισμού.

Μέσα στην δεκαετία του '50 και συγκεκριμένα το 1956 ο G. Pincus, του ιδρύματος Πειραματικής Βιολογίας Worcester της Μασαχουσέτης, ανακαλύπτει το αντισυλληπτικό χάπι, το οποίο φέρει μια σημαντική επανάσταση στο χώρο της αντισύλληψης και εξακολουθεί μέχρι σήμερα να δεσπόζει στην αντισυλληπτική φαρέτρα.

2. Ηνωμένα Έθνη και Οικογενειακός Προγραμματισμός.

Ένας άλλος μεταπολεμικός σταθμός στην εξέλιξη του Οικογενειακού προγραμματισμού όχι λιγότερο σημαντικός, ήταν η αναγνώρισή του από τον Ο.Η.Ε.

Η γενική συνέλευση του Ο.Η.Ε., για πρώτη φορά το 1966 διακήρυξε ότι «κάθε οικογένεια θα πρέπει να καθορίζει ελεύθερα τον αριθμό

των μελών της». Δυο χρόνια αργότερα, το 1968, στην 20η επέτειο στην Τεχεράνη, το Παγκόσμιο Συνέδριο των Δικαιωμάτων του Ατόμου, διευρύνοντας και εξατομικεύοντας το δικαίωμα τεκνογονίας διατύπωσε την αρχή ότι είναι βασικό δικαίωμα των γονέων:

A. Να επιλέγουν ελεύθερα και υπεύθυνα τον αριθμό και τη χρονική κλιμάκωση γέννησης των παιδιών τους, και

B. Να έχουν επαρκεί κατάρτιση και πληροφόρηση σε αυτό τον τομέα. (Resolution XVIII).

Καθοριστική τέλος είναι η απόφαση της Γενικής Συνέλευσης του 1969, (General Assembly, Resolution 2542 Article 22) η οποία συνιστά στα κράτη - μέλη του να εξασφαλίσουν όχι μόνο τις απαραίτητες γνώσεις αλλά και τα κατάλληλα μέσα για τον έλεγχο της γονιμότητας, ώστε το ζευγάρι να μπορεί να αποφασίσει ελεύθερα και υπεύθυνα για το αν θα κάνει ή όχι παιδιά, πόσα και πότε. Με την απόφαση αυτή οι ευθύνες ασκήσεως του δικαιώματος τεκνογονίας κατανέμονται μεταξύ κράτους και ατόμου. Η Καθολική αποδοχή των αρχών του Οικογενειακού Προγραμματισμού αποτυπώνεται και στα «Παγκόσμια Σχέδια Δράσης για τον Πληθυσμό» που αποδέχτηκαν ομόφωνα τα κράτη-μέλη του Ο.Η.Ε. στα Παγκόσμια Συνέδρια Πληθυσμού στο Βουκουρέστι (1974) και στην Πόλη του Μεξικού (1984). Επίσης το θεσμό του Οικογενειακού Προγραμματισμού αποδέχεται ανεπιφύλακτα το Συμβούλιο της Ευρώπης, συνιστώντας, με δύο αποφάσεις του, (το 1975 και το 1978), στα κράτη-μέλη του να λάβουν διοικητικά και νομοθετικά μέτρα, ώστε το άτομο ελεύθερο και υπεύθυνο να μπορεί να ρυθμίζει την τεκνοποίησή του, έχοντας στη διάθεσή του τις απαραίτητες πληροφορίες και τις κατάλληλες υγειονομικές και κοινωνικές υπηρεσίες. Τελευταία καταβάλλεται προσπάθεια και από πλευράς κρατών-μελών της Ε.Ο.Κ. να πολιτογραφηθεί ενιαία στρατηγική ως προς τη χάραξη της δημογραφικής πολιτικής, στα πλαίσια της οποίας κυρίαρχη θέση αποδίδεται στον Οικογενειακό Προγραμματισμό.

B. Στόχοι Οικογενειακού Προγραμματισμού.

Ο οικογενειακός προγραμματισμός έχει αναγνωρισθεί σε όλες τις αναπτυγμένες χώρες σαν βασικό ανθρώπινο δικαίωμα. Η σημασία του είναι τεράστια στον τομέα της προληπτικής ιατρικής και ιδιαίτερα στην προαγωγή της σωματικής και ψυχικής υγείας των ατόμων.

Βασικός στόχος του οικογενειακού προγραμματισμού είναι να καταστήσει την αναπαραγωγικότητα υπεύθυνη και συνειδητή με αντικειμενικό σκοπό να δημιουργήσει άτομα ισορροπημένα και υγιή. Αυτό επιτυγχάνεται με την υπεύθυνη και αντικειμενική ενημέρωση σε θέματα αναπαραγωγής καθώς και σε θέματα υγείας που έχουν σχέση με την αναπαραγωγή.

1. Βοηθά να αποφευχθεί η γέννηση και επόμενος η μετάδοση κληρονομικών παθήσεων από γονείς που πάσχουν ή είναι φορείς μιας κληρονομικής νόσου.

2. Βοηθά στη διατήρηση της καλής σωματικής κατάστασης των γυναικών μέσα από τον προγραμματισμό των επομένων κυήσεων και στην αναβολή τους για χρονικό διάστημα το οποίο θεωρείται απαραίτητο για κάθε περίπτωση.

3. Βοηθά στη μείωση της μητρικής θνησιμότητας.

4. Θεμελιώδης προϋπόθεση για την εφαρμογή του οικογενειακού προγραμματισμού είναι η ενημέρωση, η διάδοση και η σωστή για κάθε άτομο χρήση των μέσων αντισύλληψης.

Ο οικογενειακός προγραμματισμός αποσκοπεί:

Στη μείωση του αριθμού των εκτρώσεων οι οποίες συνιστούν κίνδυνο τόσο για την υγεία της γυναίκας όσο και για τη μελλοντική της εγκυμοσύνη.

Στη ρύθμιση της ανεξέλεγκτης γονιμότητας.

Στην πρόληψη των αφροδίσιων νοσημάτων.

Στην απόκτηση απαραίτητων γνώσεων για την προστασία της γονιμότητας του άντρα και της γυναίκας.

Στην ενημέρωση και παροχή συμβουλών για τη σεξουαλική ζωή και των δύο φύλων, παίρνοντας υπόψη τις ιδιαίτερες καταστάσεις και την ατομικότητα αυτού στον οποίο απευθύνεται.

Βοηθά και συμβουλεύει ανάλογα τα ζευγάρια που θέλουν να αποκτήσουν παιδιά όπως και τα ζευγάρια που έχουν δυσκολίες να αποκτήσουν παιδιά.

Παρέχει συμβουλές για προβλήματα ευγονικής, εφαρμόζοντας τον προγεννητικό έλεγχο.

«Ποιους αφορά»

Ο οικογενειακός προγραμματισμός αφορά τόσο τις γυναίκες όσο και τους άντρες.

Η ευθύνη της εγκυμοσύνης, του τοκετού ή της έκτρωσης βιολογικά ανήκει ασφαλώς στη γυναίκα.

Η γυναίκα επίσης είναι εκείνη η οποία δέχεται άμεσα τα αποτελέσματα της αντισύλληψης ή όχι.

Ο προβληματισμός όμως και η ευθύνη για τη γέννηση ενός παιδιού ανήκει και στους δύο γονείς.

Η ισορροπημένη σεξουαλική ζωή αν είναι υπόθεση του ενός καταλήγει αναμφίβολα σε αποτυχία.

Η υγεία είναι θέμα που ενδιαφέρει και τα δύο φύλα εξίσου.

Όλα επομένως τα θέματα που αφορούν τον οικογενειακό προγραμματισμό, βοηθούν για μια καλύτερη ποιότητα σχέσεων ανάμεσα στον άντρα και στη γυναίκα και ευρύτερα σε μια καλύτερη ποιότητα ζωής.

Ο οικογενειακός προγραμματισμός αφορά επίσης τόσο τα άτομα όσο και την πολιτεία.

Η ενημέρωση και εκπαίδευση για ζητήματα που έχουν σχέση με την:

- γονιμότητα
- σεξουαλικότητα
- υγεία

Είναι σοβαρή και υπεύθυνη υπόθεση που για να επιτευχθεί είναι απαραίτητη η συμβολή της πολιτείας. Εφαρμογή του οικογενειακού προγραμματισμού σημαίνει:

- Ενημέρωση, εκπαίδευση, γνώσεις
- Κατάλληλα μέσα και ιατρικές υπηρεσίες².

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο

A. ΑΝΑΤΟΜΙΑ

1. Το Γεννητικό Σύστημα της Γυναίκας

Τα γεννητικά όργανα της γυναίκας διακρίνονται σε εσωτερικά και εξωτερικά.

Εξωτερικά γεννητικά όργανα

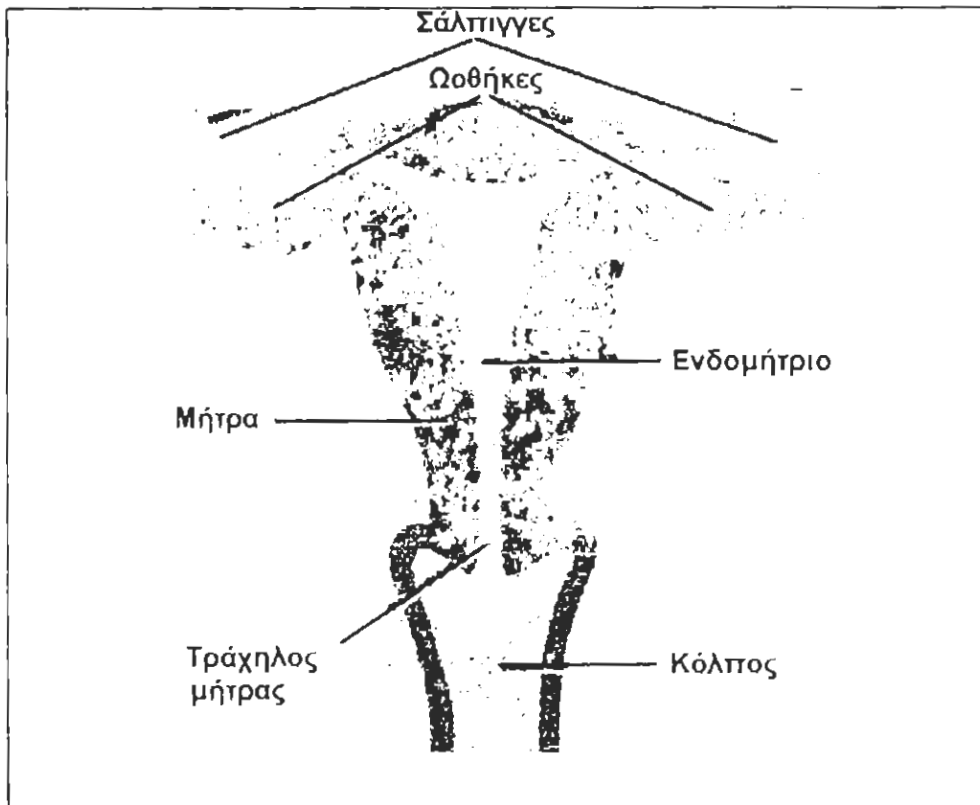
Όλα μαζί είναι γνωστά με τον όρο αιδοίο.

1. Εφηβαίο ή όρος της Αφροδίτης
2. Μεγάλα χείλη
3. Μικρά χείλη
4. κλειτορίδα
5. Πρόδρομο του κόλπου
6. Βολβούς του προδρόμου
7. Αδένες (βαρθολίνειοι και παραουρηθρικοί ή αδένες του Scene)
8. Στόμιο της ουρήθρας
9. Παρθενικός υμένας

Εσωτερικά γεννητικά όργανα

1. Ωοθήκες
 2. Σάλπιγγες
 3. Μήτρα
 4. Κόλπος
 5. Ενδομήτριο
- Ωοθήκες: Αδένες όπου παράγεται το ωάριο. Περίπου μια φορά το μήνα ένα ωάριο ελευθερώνεται από την ωοθήκη για να περάσει στη μήτρα.

- Σάλπιγγες: μεταφέρουν το ωάριο στη μήτρα
- Μήτρα: δρα ως επωαστήριο για το γονιμοποιημένο ωάριο και του επιτρέπει να εξελιχθεί σε έμβρυο.
- Κόλπος: Το μέρος που βρίσκεται το πέος κατά τη διάρκεια των σεξουαλικών επαφών και υποδέχεται το σπέρμα.
- Ενδομήτριο: η εσωτερική επιφάνεια της μήτρας.

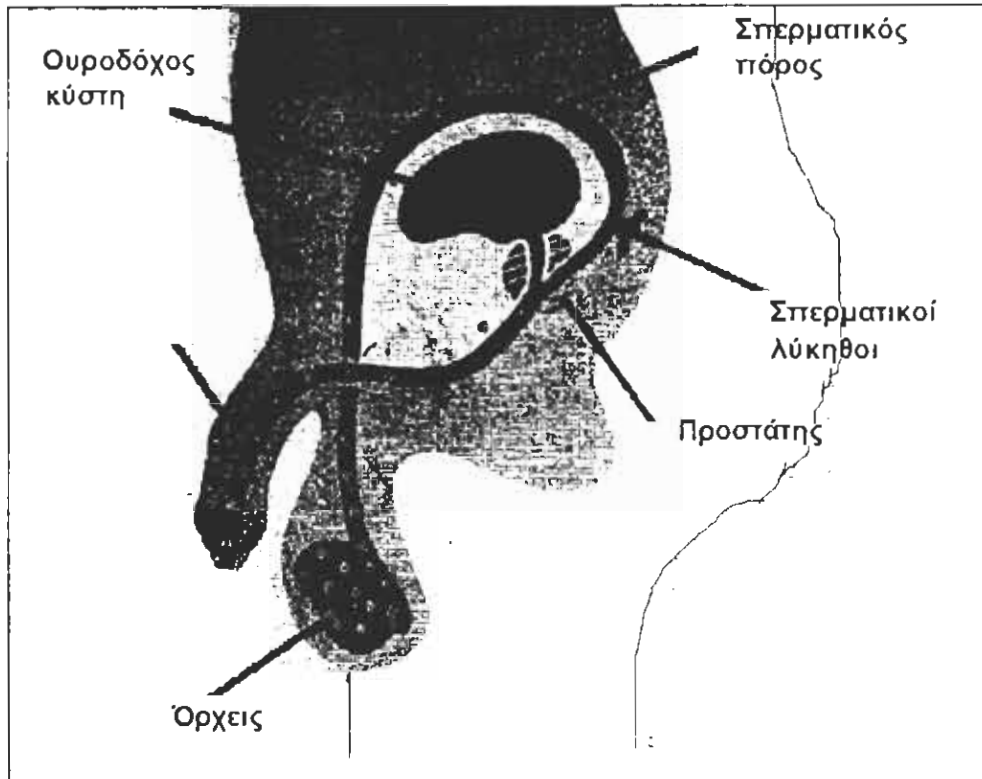


Εσωτερικά γεννητικά όργανα της γυναίκας.

Το Γεννητικό Σύστημα του Άνδρα

1. Όρχεις
 2. Σπερματικοί πόροι
 3. Πέος
 4. Σπερματικοί Λήκυθοι
 5. Προστάτης
 6. Κύστις
- Όρχεις: παράγουν τα σπερματοζώαρια

- Σπερματικοί πόροι: μεταφέρουν το σπέρμα των όρχεων στο πέος
- Πέος: το όργανο από το οποίο απελευθερώνεται το σπέρμα.
- Σπερματικοί Λήκηθοι: οι αποθήκες των σπερματοζωαρίων
- Προστάτης: οι εκκρίσεις αυτού του αδένα συμμετέχουν στη σύνθεση του σπέρματος.
- Κύστις: περιέχει τα ούρα².



Τα γεννητικά όργανα του άνδρα.

B. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

1. Φυσιολογία Γυναικείου Γεννητικού Συστήματος.

Γεννητικός κύκλος

Γεννητικός κύκλος της γυναίκας ονομάζεται το σύνολο των φυσιολογικών φαινομένων τα οποία εμφανίζονται στα γεννητικά της όργανα με περιοδικό ρυθμό και επαναλαμβάνονται ομαλά σε τακτά χρονικά διαστήματα σε όλη τη γόνιμη ηλικία. Μεταβολές παρατηρούνται και σε άλλα όργανα του σώματος (μαστοί) αλλά αυτές είναι λιγότερο χαρα-

κτηριστικές και δεν παρουσιάζουν την ίδια εικόνα από γυναίκα σε γυναίκα. Οι ωοθήκες, είναι γνωστό, αποτελούν τους γεννητικούς αδένες της γυναίκας. Κάνουν διπλή εργασία, δηλαδή αφ' ενός παράγουν τα γεννητικά κύτταρα (ωάριο) αφ' ετέρου παράγουν τις γυναικείες ορμόνες (οιστρογόνα και προγεστερόνη). Οι δύο αυτές εργασίες γίνονται κάτω από τον έλεγχο ενός «άξονα» που ξεκινά από τον εγκέφαλο και καταλήγει στις ωοθήκες. Το κέντρο του εγκεφάλου που δίνει οδηγίες για τη λειτουργία των ωοθηκών λέγεται υποθάλαμος. Ο υποθάλαμος με διάφορες ορμόνες ερεθίζει ένα άλλο εγκεφαλικό κέντρο παραλαβής ορμονών, την υπόφυση. Απ' αυτήν ξεκινούν δύο ορμόνες με στόχο την ωοθήκη. Με την βοήθεια αυτών των δύο ορμονών, αφενός ωριμάζει ένα ωοθυλάκιο απ' τα πολλά που ήδη υπάρχουν στις ωοθήκες και παράγεται ένα ωάριο έτοιμο για γονιμοποίηση, και αφ' ετέρου παράγονται ορμόνες που επιδρούν πάνω στη μήτρα κυρίως, αλλά και στα υπόλοιπα γεννητικά όργανα. Αυτές οι ορμόνες -που είναι τα οιστρογόνα και η προγεστερόνη- επιδρούν στον εσωτερικό χιτώνα της μήτρας (ενδομήτριο). Το ενδομήτριο παχύνετε και εφοδιάζεται με αγγεία και διάφορες ουσίες απαραίτητες για να δεχθούν και να «θρέψουν» το τυχόν γονιμοποιημένο ωάριο. Αν δεν γίνει γονιμοποίηση του ωαρίου παρουσιάζεται η έμμηνος ρύση (περίοδος) η οποία καθορίζει το τέλος του γεννητικού κύκλου. Σε περίπτωση γονιμοποίησης του ωαρίου η ωοθήκη με τα υπολείμματα του ωοθυλακίου -το οποίο τότε λέγεται «ωχρό σωματίο κύησης»- τροφοδοτεί την εγκύμονα μήτρα και το έμβρυο μέχρι τη δουλειά αυτή αναλαμβάνει να κάνει ο πλακούς (ύστερο).

2. Φυσιολογία Ανδρικού Γεννητικού Συστήματος

Η λειτουργία του γεννητικού συστήματος του άνδρα δεν διαφέρει πολύ από αυτή της γυναίκας. Ο αντίστοιχος της ωοθήκης αδένας στον άνδρα, ο όρχις, αποτελείται από ένα μεγάλο δίκτυο μικρών σωληναρίων, των σπερματικών σωληναρίων. Από τον εσωτερικό χιτώνα αυτών των σωληναρίων παράγεται το ανδρικό γεννητικό κύτταρο, το σπερματοζωάριο. Για την παραγωγή όμως των σπερματοζωαρίων ευθύνεται όπως και στη γυναίκα ο εγκέφαλος. Από τον υποθάλαμο λοιπόν του άνδρα ειδικές ορμόνες ερεθίζουν

την ανδρική υπόφυση. Η υπόφυση παράγει δύο ορμόνες (ίδιες με τις γυναίκες), εκ των οποίων η μία ευθύνεται για την παραγωγή των σπερματοζωαρίων και η άλλη για την παραγωγή ανδρικών ορμονών πάλι από τον όρχι.

Εδώ θα πρέπει να αναφερθεί και μια διαφορά στην παραγωγή του ανδρικού και του γυναικείου γεννητικού κυττάρου. Ενώ στη γυναίκα τα ωθυλάκια από τα οποία θα γίνουν τα ωάρια υπάρχουν από τη γέννησή της, στον άνδρα η παραγωγή σπερματοζωαρίου γίνεται από το 12^ο - 14^ο έτος της ηλικίας του. Επίσης ενώ στον άνδρα η παραγωγή γεννητικών κυττάρων είναι συνεχής μετά το γήρας, στη γυναίκα γίνεται ωρίμανση ενός κυττάρου (ωαρίου) κάθε μήνα και η παραγωγή σταματά κατά την κλιμακτήριο, οπότε οι ωοθήκες ατροφούν².

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

A. ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ

Το δικαίωμα στην αντισύλληψη

Βιολογικά η γυναίκα έχει την ευθύνη για την εγκυμοσύνη, την έκτρωση και τον τοκετό. Ο προβληματισμός όμως και η ευθύνη για τη γενετήσια σχέση, σύλληψη-αντισύλληψη, αφορά και τον άνδρα. Στόχος λοιπόν είναι και οι δύο μαζί να αναγνωρίσουν και να κατανοήσουν όλες τις πλευρές ενός τέτοιου ζητήματος που και σοβαρό είναι και απαιτεί μια ιδιαίτερη αντιμετώπιση και ευαισθησία.

Ακόμη η υπεύθυνη αντισύλληψη δεν είναι προσιτή, με αποτέλεσμα η γυναίκα που δεν θέλει ή δεν πρέπει να αποκτήσει παιδί, να το αφήνει στην τύχη ή να χρησιμοποιεί ακατάλληλες και πολλές φορές επικίνδυνες μεθόδους για την υγεία της.

Αυτό που πραγματικά λείπει είναι να μάθουμε ότι η σεξουαλική μας ζωή δεν ταυτίζεται απαραίτητα με την αναπαραγωγική μας λειτουργία, ότι, η ερωτική μας έκφραση δεν πρέπει να συνεπάγεται την ταλαιπωρία του σώματός μας, ότι η ερωτική απόλαυση χωρίς το άγχος και τον φόβο μιας ενδεχόμενης ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης είναι δικαίωμα που μας ανήκει.

Η αντισύλληψη, εφ' όσον γίνεται με υπεύθυνο τρόπο, συνεισφέρει στην συναισθηματική ασφάλεια της γυναίκας, στην παραδοχή του εαυτού της και στην καλή ποιότητα των σχέσεων με τον σύντροφό της.

«Επιλογή αντισυλληπτικής μεθόδου»

Η ποικιλία των μεθόδων αντισύλληψης που υπάρχουν και συνεχώς βελτιώνονται, προβάλλει την ανάγκη επιλογής, που είναι θέμα ατομικό της γυναίκας ή του άνδρα αλλά μπορεί να είναι και συνδυασμός των δυνατοτήτων και των επιθυμιών και των δυο. Απαραίτητη επομένως είναι η συνεργασία με τον γιατρό για να βρεθεί η πιο κατάλληλη και πρακτική μέθοδος.

Απαραίτητες προϋποθέσεις για την υιοθέτηση μιας αντισυλληπτικής μεθόδου είναι οι εξής:

- Να επιτρέπει φυσιολογική σεξουαλική σχέση και να εμποδίζει τη σύλληψη.
- Να μην έχει δυσμενή επίδραση στην σωματική υγεία και την ψυχική διάθεση του ζευγαριού.
- Η δράση της στην ικανότητα σύλληψης να μην είναι μόνιμη αλλά αναστρέψιμη.
- Να είναι απλή και εύχρηστη².

B. Μέθοδοι αντισύλληψης.

I. Σεξουαλική εγκράτεια.

Η μέθοδος αυτή, με την οποία παρεμποδίζεται η εγκυμοσύνη, απαιτεί συγκράτηση είτε ολοκληρωτικά είτε κατά τη διάρκεια των γόνιμων ημερών. Με τη μέθοδο αυτή παρεμποδίζεται απλά το σπερματοζώαριο να συναντήσει το ωάριο. Η σεξουαλική εγκράτεια χαρακτηρίζεται από τους παρακάτω τρόπους:

α. Η συνουσία που διακόπτεται.

Η μέθοδος αυτή συνίσταται στο τράβηγμα (απομάκρυνση) του πέους από τον κόλπο πριν την εκσπερμάτωση. Ο άντρας πρέπει να είναι έτοιμος, με τα πρώτα συμπτώματα εμφάνισης του οργασμού να σταματήσει την συνουσία. Ακόμα και μερικές σταγόνες, αν εισέλθουν στον κόλπο, είναι ικανές να προκαλέσουν εγκυμοσύνη. Τα μειονεκτήματα της μεθόδου αυτής είναι πολλά και η αποτελεσματικότητά της μικρή. Σε 100 ζευγάρια που χρησιμοποίησαν τη μέθοδο αυτή οι 38 γυναίκες έμειναν έγκυες.

Το κυριότερο μειονέκτημα της μεθόδου αυτής είναι ότι δεν είναι απόλυτα ασφαλής. Ο άντρας είναι υπεύθυνος να τραβηχτεί πριν την εκσπερμάτωση, σε βάρος βέβαια της δικής του σεξουαλικής ικανοποίησης, με πιθανό αποτέλεσμα, αν η μέθοδος χρησιμοποιηθεί για μεγάλο χρονικό διάστημα, να του δημιουργεί πρόωρη εκσπερμάτωση. Δημιουργ-

γεί ακόμη άγχος και στη γυναίκα, που δεν είναι απόλυτα σίγουρη για την συγκράτηση του άντρα, με αποτέλεσμα αυτό να αποβαίνει σε βάρος της δικής της σεξουαλικής ικανοποίησης. Επιπλέον μπορεί να δημιουργήσει και σε αυτήν ψυχρότητα³.

β. Μέθοδος ρυθμού (ή ασφαλούς περιόδου).

Ιστορικά, οι έρευνες για την «ασφαλή» περίοδο συνουσίας μέρδευαν την κατάσταση, γιατί γινόταν σύγχυση ανάμεσα στον οργασμό των ζώων και στην εμμηνόρυση των γυναικών. Αλλά από το 1930 και έπειτα με την ανακάλυψη της φυσιολογίας της ωορρηξίας και της εμμηνόρυσης από τον Knaus στην Αυστρία και τον Ogino στην Ιαπωνία, τέθηκε τέρμα σ' αυτή τη σύγχυση και διευκρινίστηκε η ασφαλής περίοδος συνουσίας, γιατί βασίστηκε στην ανακάλυψη της ωορρηξίας. Διαπιστώθηκε λοιπόν πως η ωορρηξία γίνεται τη δέκατη τέταρτη μέρα πριν από την έναρξη της επόμενης έμμηνης περιόδου.

Η μέθοδος αυτή του ρυθμού προκάλεσε το μεγάλο ενδιαφέρον μιας μεγάλης μερίδας χριστιανών και μουσουλμάνων, ενώ και το Βατικανό την αποδέχτηκε. Ωστόσο η μέθοδος του ρυθμού παρουσιάζει αρκετές αδυναμίες όσον αφορά την εξακρίβωση των *επικίνδυνων «γόνιμων ημερών»*, αδυναμίες που προέρχονται απ' την όχι κανονική περίοδο των γυναικών σε ένα ποσοστό 15%. Σ' αυτές τις περιπτώσεις η ωορρηξία μπορεί να συμβεί σε οποιαδήποτε στιγμή κατά τη διάρκεια του μήνα, ακόμα και κατά τις τελευταίες ημέρες της περιόδου. Υπάρχει πιθανότητα μια γυναίκα με κανονικό κύκλο, να παρουσιάσει μια ανωμαλία (όχι κανονικό κύκλο) γεγονός που οφείλεται σε συγκινησιακούς λόγους (θάνατοι, γάμοι ή φιλονικία με αγαπητό πρόσωπο κ.τ.λ.). Ακόμα ένας όχι κανονικός κύκλος είναι πολύ συνηθισμένο φαινόμενο στα νεαρά κορίτσια, γιατί αυτά υφίστανται συνεχείς συγκινησιακές και βιολογικές μεταβολές και είναι σχεδόν φυσιολογικό να εμφανίζονται τέτοια κρούσματα. Συνοψίζοντας, φαίνεται ότι η μέθοδος του ρυθμού παρουσιάζει μεγάλη αβεβαιότητα γι' αυτούς που τη χρησιμοποιούν και θεωρείται γενικά σαν η λιγότερο αποτελεσματική από τις νεότερες μεθόδους.

Ανάμεσα στις μεθόδους που χρησιμοποιούμε για να εξακριβώσουμε τις γόνιμες ή όχι μέρες, ξεχωρίζουμε τις παρακάτω:

1. Μέθοδος ημερολογίου

Για να καθοριστούν με τη μεγαλύτερη δυνατή ακρίβεια οι γόνιμες μέρες, είναι απαραίτητο να έχει καταγραφεί η χρονική διάρκεια των κύκλων του προηγούμενου έτους (περίπου 8 έως 12 μήνες). Έτσι προσδιορίζεται η διάρκεια του μικρού (S) και του μεγάλου κύκλου (L) κατά το χρονικό αυτό διάστημα του έμμηνου κύκλου. Η πρώτη μέρα της εμμηνόρρησης θεωρείται αριθμητικά σαν πρώτη μέρα. Για να βρεθούν οι επικίνδυνες μέρες, αφαιρούμε 11 μέρες από τον μεγάλο κύκλο, ενώ από τον μικρό 18. Έτσι, αν ο μεγαλύτερος κύκλος είναι 30 μέρες και ο μικρότερος 24, έχουμε:

$$30 - 11 = 19 \quad \text{και} \quad 24 - 18 = 6$$

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

Η μέθοδος ημερολογίου δεν δίνει απόλυτα στοιχεία στις εξής περιπτώσεις:

- α. Σε γυναίκες που ο κύκλος τους κρατάει λιγότερο από 20 μέρες
- β. Δεν ισχύει μετά τη γέννα, πριν της επανάληψη της εμμηνόρρησης
- γ. Κατά την εμμηνόπαυση δεν μπορούμε να την χρησιμοποιήσουμε
- δ. Κατά τη διάρκεια ταξιδιού, όταν το κλίμα και η διατάραξη της ρουτίνας διακόπτουν τον έμμηνο κύκλο
- ε. Σε περιπτώσεις αρρώστιας ή ψυχικής διαταραχής είναι ανεφάρμοστη³.

2. Θερμομετρική μέθοδος.

Έχει διαπιστωθεί πως η θερμοκρασία του σώματος κατά τη διάρκεια της ωορρηξίας, πέφτει ελαφρά, ενώ μετά από αυτή ανεβαίνει κατά 0,25 - 0,50 °C υψηλότερα απ' ότι ήταν στην αρχή. Η πτώση της θερμοκρασίας μπορεί να θεωρηθεί σαν δείκτης ωορρηξίας. Απ' την άλλη μεριά εξάλλου η άνοδος της θερμοκρασίας στα υψηλότερά της επίπεδα, μετά από 3 περίπου μέρες, οφείλεται στη δραστηριοποίηση του ωχρού σωματίου. Ακριβώς σ' αυτή τη φάση αρχίζει η εμμηνόρρυση. Συνεπώς, όσο διαρκεί η λειτουργία του ωχρού σωματίου (περίοδος αυξημένης θερμοκρασίας), η γυναίκα βρίσκεται σε ασφαλή περίοδο και μπορεί για αυτό να έχει ελεύθερες σεξουαλικές σχέσεις. Όσον αφορά εξάλλου την διακρίβωση της θερμοκρασίας, η γυναίκα που ενδιαφέρεται μπορεί να την μετρά κάθε πρωί χρησιμοποιώντας κοιλικό θερμομότρο. Η θερμοκρασία σημειώνεται καθημερινά σε διάγραμμα και όταν περάσουν τέσσερις μέρες από την αύξηση της θερμοκρασίας, τότε η συνουσία μπορεί να θεωρηθεί ασφαλής.

Η θερμομετρική μέθοδος δεν μας δίνει με ακρίβεια τις ασφαλείς μέρες και είναι λιγότερο αποτελεσματική από ότι η ημερολογιακή. Αυτό συμβαίνει γιατί είναι δυνατόν πολλές φορές η αύξηση της θερμοκρασίας να οφείλεται σε κάποια ασθένεια, οπότε τα αποτελέσματα της θερμομετρικής μεθόδου να είναι λαθεμένα πέρα για πέρα. Ωστόσο δεν μπορούμε να μην επισημάνουμε και τα πλεονεκτήματα αυτής της μεθόδου. Πρώτον δεν απαιτεί καμία απολύτως δαπάνη. Δεύτερον μπορεί να βοηθήσει σημαντικά στην βελτίωση των σχέσεων σε μερικά ζευγάρια, και τρίτον είναι αποδεκτή και από την εκκλησία.

Και η θερμομετρική, όπως και κάθε μέθοδος παρουσιάζει μερικά μειονεκτήματα. Πρώτον απαιτεί μεγάλη προσοχή και δεύτερον δεν είναι εφαρμόσιμη όταν η γυναίκα έχει ανώμαλο κύκλο. Επίσης είναι αδύνατο να εφαρμοστεί μετά τον τοκετό στο χρονικό διάστημα που έχει γάλα η γυναίκα και κατά την εμμηνόπαυση.

3. Μέθοδος εξέτασης του βλεννογόνου της μήτρας (Mucus method).

Κατά τη διάρκεια του κύκλου και ειδικά κατά τη διάρκεια της ωορρηξίας, συμβαίνει αλλαγή στο βλεννογόνο της μήτρας, οπότε εκκρίνεται περισσότερη βλέννα, που είναι λεπτόρρευστη και πιο γλοιώδεις. Η γυναίκα εξετάζοντας συχνά την υφή του εκκρίματος (βλέννες) αυτού, όταν παρατηρήσει την παραπάνω αλλαγή, καλό θα ήταν να αποφεύγει τις σεξουαλικές σχέσεις.

Τα πλεονεκτήματα της μεθόδου αυτής είναι: α) ότι είναι απλή και β) δεν κοστίζει. Και τα μειονεκτήματά της α) ότι χρειάζεται μεγάλη προσοχή κατά την εφαρμογή της και β) επιπλέον έχει αποδειχθεί ότι δεν παρέχει ικανοποιητικά αποτελέσματα³.

II. Μέσα και τρόποι αντισύλληψης.

A. Προφυλακτικά.

Το προφυλακτικό είναι συνθετικό ελαστικό ή περικάλυμμα από δέρμα ζώου, που εφαρμόζεται πάνω στο πέος, όταν βρίσκεται σε κατάσταση σύσης. Μερικά προφυλακτικά έχουν μια μικρή ρόγα στην άκρη, για να συγκρατεί το σπέρμα. Η κατασκευή του προφυλακτικού είναι τέτοια, ώστε να εμποδίζει το σπέρμα να φτάσει στον κόλπο. Είναι το ίδιο αποτελεσματικό όπως και το διάφραγμα. Η αποτελεσματικότητα του μπορεί να αυξηθεί με τη χρησιμοποίηση προφυλακτικού Gel, με το οποίο αλείφεται το προφυλακτικό εξωτερικά πριν την συνουσία.

Επίσης μπορεί να χρησιμοποιηθεί σπερματοκτόνος αφρός στον κόλπο πριν την συνουσία.

Η χρησιμοποίηση ελαστικού προφυλακτικού είναι μια από τις ευκολότερες μεθόδους. Μπορούμε να τα προμηθευτούμε παντού, ενώ η τιμή τους ποικίλλει και είναι ανάλογη με την ποιότητά τους. Σύμφωνα με μια έρευνα, στα 100 ζευγάρια που χρησιμοποίησαν τη μέθο-

δο αυτή επί ένα χρόνο, παρουσιάστηκε εγκυμοσύνη στα 13 - 14 από αυτά.

Τα μειονεκτήματα της χρήσης προφυλακτικού είναι τα εξής:

- α. εμποδίζουν την πλήρη ικανοποίηση
- β. απαιτούν διακοπή της σεξουαλικής επαφής για να τοποθετηθούν
- γ. το ελαστικό μπορεί να σπάσει ή να κοπεί, ενώ τέλος, το άτομο μπορεί να είναι αλλεργικό στη χρήση τους.

B. Διάφραγμα

Τα κοιλικά διαφράγματα έχουν σχήμα ελαστικού θόλου. Είναι σχεδιασμένα έτσι, ώστε να μπορούν να συγκρατούν το σπέρμα, κλείνοντας την είσοδο του τραχήλου της μήτρας. Έχουν διάμετρο 5-10 εκ. περίπου και στο περιφερειακό τους άκρο είναι προσαρμοσμένος ένας μεταλλικός δακτύλιος. Το κοιλικό διάφραγμα τοποθετείται διαγώνια στον κόλπο και εφαρμόζεται ανάμεσα στον οπίσθιο θόλο και στην ηβική σύμφυση, έτσι ώστε να σκεπάζει όλο τον τράχηλο.

Το διάφραγμα τοποθετείται στη γυναίκα από γιατρό. Πρέπει να χρησιμοποιείται μαζί μ' αυτό κι ένα προφυλακτικό gel. Το gel αυτό τοποθετείται στις άκρες και από τις δύο πλευρές του διαφράγματος, πριν από την τοποθέτηση του τελευταίου. Το διάφραγμα μπορεί να τοποθετηθεί 2 ώρες πριν τη συνουσία και να παραμείνει για 8 ώρες μετά από αυτή. Βρέθηκε ότι στις 100 γυναίκες που χρησιμοποίησαν το διάφραγμα επί 1 χρόνο, παρουσιάστηκε εγκυμοσύνη σε 10-20 από αυτές.

Τα πλεονεκτήματα της χρήσης του διαφράγματος είναι:

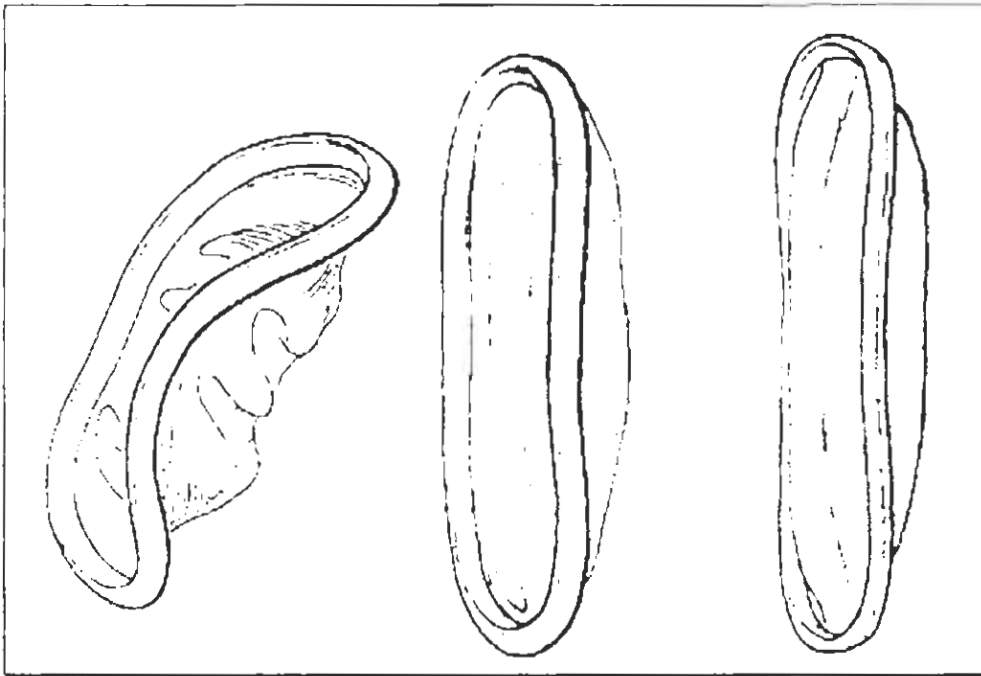
1. Είναι αβλαβές στον οργανισμό.
2. Είναι υγιεινό και δεν προκαλεί καμιά λοίμωξη στον κόλπο.
3. Όταν είναι τοποθετημένο σωστά δεν γίνεται αισθητό κατά τη συνουσία κι έτσι Δε μειώνει τη σεξουαλική ικανοποίηση.

Τα μειονεκτήματά του είναι:

1. Όταν δε τοποθετείται σωστά, προκαλεί πόνο και δυσφορία. Αυτό οφείλεται στη χρησιμοποίηση λανθασμένου μεγέθους, σε υπερβολικό τέντωμα του ελατήριου ή σε δυσκοιλιότητα.

2. Το διάφραγμα ή τα σπερματοκτόνα μπορεί να προκαλέσουν αλλεργία στη γυναίκα ή στο σύντροφό της.

3. Τέλος, σε χρησιμοποιείται από τις γυναίκες που δεν τους αρέσει να αγγίζουν τα γεννητικά τους όργανα καθώς και από αυτές που πρόπτωση μήτρας³.



Τύποι διαφραγμάτων.

Γ) Ενδομήτρια σπειράματα.

Τα ενδομήτρια σπειράματα είναι μαλακά πλαστικά αντικείμενα διαφόρου σχήματος και μεγέθους περίπου 3 - 4 εκατοστά.

Η προφυλακτική δραστηριότητα του ενδομήτριου σπειράματος είναι ανάλογη με την επιφάνειά τους. Για μεγαλύτερη προφύλαξη πρέπει να χρησιμοποιείται το μεγαλύτερο μέρος του σπειράματος, που εφαρμόζεται στη μήτρα.

Τα πιο καινούργια σπειράματα που χρησιμοποιούνται είναι χάλκινα και περιβάλλονται από πλαστικά περικαλύμματα σε σχήμα T και Y. τα ιόντα χαλκού που ελευθερώνονται αυξάνουν την προφυλακτική τους δράση. Ένα ακόμα πιο νέο σπείραμα είναι το σπείραμα προγεστερόνης.

Αποτελείται από μια μικρή πηγή προγεστερόνης, που περιέχεται σε μια μεμβράνη. Η δράση της προγεστερόνης στηρίζεται στην ποσότητα ομόνυμης ουσίας που αποβάλλεται από την πηγή και διοχετεύεται μέσα στην κοιλότητα της μήτρας για μακρύ χρονικό διάστημα.

Η μέθοδος δράσης του ενδομητρίου σπειράματος δεν είναι ακόμη ολότελα γνωστή. Δεν υπάρχουν δηλαδή στοιχεία για το αν και πώς το ενδομήτριο σπείραμα επηρεάζει την ωορρηξία ή τη γονιμοποίηση του ωαρίου και περαιτέρω τη μεταφορά του σπέρματος. Η δράση του πρέπει να είναι μάλλον τοπική, μέσα στη μήτρα, όπου το σπείραμα φαίνεται ότι εμποδίζει την εμφύτευση.

Τα ενδομήτρια σπειράματα τοποθετούνται από γιατρό, συνήθως κατά τη διάρκεια της εμμηνόρρουσης, οπότε η μήτρα έχει διασταλεί. Ο γιατρός θα πρέπει να κάνει απαραίτητη μια εξέταση το μήνα, εκτός αν είναι εντελώς βεβαίως ότι η τοποθέτηση έχει γίνει απόλυτα σωστά. Συμβαίνει πολλές φορές σε μερικές γυναίκες να εμφανιστούν λίγες σταγόνες αίματος ή και αιμορραγίες ακόμα, ανάμεσα σε δύο κύκλους. Δεν είναι εξάλλου σπάνιο το φαινόμενο η γυναίκα να ενοχλείται από πόνους για μερικούς μήνες. Αν οι πόνοι είναι πάρα πολύ δυνατοί, τότε το ενδομήτριο σπείραμα πρέπει να αφαιρεθεί. Αν δεν υπάρχουν παρενέργειες το σπείραμα μπορεί να παραμείνει για μεγάλο χρονικό διάστημα. Με τη χρήση σπειράματος δεν χρειάζεται καμία άλλη αντισυλληπτική μέθοδος, ενώ ο σύζυγος δεν αναγκαίο να γνωρίζει για την παρουσία του. Ένα ενδομήτριο σπείραμα διαθέτει μια νάilon κλωστή που προεξέχει από το άνοιγμα της μήτρας. Μια γυναίκα μπορεί να αισθανθεί πριν την συνουσία, αν το σπείραμα είναι απόλυτα στη θέση του ή αν έχει πέσει στον κόλπο, οπότε ενεργεί κατάλληλα.

Το ενδομήτριο σπείραμα είναι απόλυτα αντιστρεπτό. Τούτο σημαίνει πως, όταν αποφασίσει η γυναίκα να το βγάλει, θα μπορεί, όποτε θέλει, να μείνει έγκυος. Όταν η γυναίκα αποφασίσει να μείνει έγκυος, πηγαίνει στο γιατρό της και το αφαιρεί. Το ποσοστό εγκυμοσύνης που παρουσιάζεται από την χρήση ενδομητρίων σπειραμάτων είναι χαμηλό,

καθώς κυμαίνεται γύρω στο 1 - 5 % ενώ και η τιμή του είναι προσιτή αλλά και η τοποθέτησή του αρκετά εύκολη³.



Τύποι ενδομήτριων σπειραμάτων.

Δ. Πλύσεις

Μερικές γυναίκες πιστεύουν ότι είναι δυνατόν ν' αποφύγουν την εγκυμοσύνη, αν πλυθούν αμέσως μετά τη συνουσία.

Οι πλύσεις μπορούν να γίνουν με διάφορους τρόπους, όπως με ζεστό νερό, ξύδι, χυμό λεμονιού, κομμάτια σαπουνιού διαλυμένα στο νερό ή διάφορα φαρμακευτικά παρασκευάσματα. Σ' όλες πάντως τις περιπτώσεις το υγρό της πλύσης τοποθετείται σε μια μεγάλη πλαστική φούσκα και από εκεί αδειάζετε μέσα στον κόλπο.

Η αποτελεσματικότητα των πλύσεων είναι πολύ μικρή και οφείλεται στο γεγονός ότι το σπέρμα είναι ασφαλές μέσα στη μήτρα 30 δευτερόλεπτα μετά την εκσπερμάτωση. Εξάλλου οι πλύσεις προορίζονται για τον κόλπο και όχι για το εσωτερικό της μήτρας.

Συνίσταται λοιπόν να αποφεύγεται αυτή η μέθοδος γιατί δεν προσφέρει καμιά σιγουριά στο ζευγάρι.

Ε. Κολπικά σπερματοκτόνα

Πρόκειται για χημικά παρασκευάσματα που είναι σε θέση να σκοτώνουν τα σπέρματα ή να παρεμποδίζουν την κίνησή τους. Τα κολπικά σπερματοκτόνα προσφέρονται με τη μορφή αφρού, κρέμας και ζελέ. Πολλές μάρκες σπερματοκτόνων κυκλοφορούν στην αγορά και προσφέρονται χωρίς την ανάγκη συνταγής. Είναι απαραίτητο, ωστόσο, να διαβάζονται με μεγάλη προσοχή οι οδηγίες χρήσης και να εφαρμόζονται με ακρίβεια.

ΣΤ. Κολπικός αφρός

Ένα από τα πιο δραστικά και ταυτόχρονα αποτελεσματικά μέσα αντισύλληψης είναι ο κολπικός αφρός, που έχει το μεγάλο πλεονέκτημα πως χρησιμοποιείται πολύ εύκολα. Με τη βοήθεια μιας πλαστικής σύριγγας παίρνουμε τον αφρό που βρίσκεται υπό πίεση σε ένα δοχείο και τον μεταφέρουμε μισή ώρα πριν τη συνουσία στον κόλπο της γυναίκας.

Ζ. Χάπια

Τα χάπια, αποτελούνται από συνθετικά οιστρογόνα και προγεστερόνη και παρουσιάζουν μεγάλη αποτελεσματικότητα στην πρόληψη της εγκυμοσύνης. Όπως είναι γνωστό, η υπόφυση παράγει τις ορμόνες F.S.H. (θυλακιοτροπίνη) και L.H. (ωχρινοτροπίνη), που είναι απαραίτητες για την παραγωγή και απελευθέρωση του ώριμου ωαρίου από την ωοθήκη. Τα ωοθυλάκια των ωοθηκών παράγουν οιστρογόνα και προγεστερόνη (ορμόνες).

Η προσφορά των οιστρογόνων έγκειται στο γεγονός ότι προετοιμάζουν κατάλληλα την εσωτερική επιφάνια της μήτρας καθορίζοντας το μέγεθος και το βαθμό παραγωγικότητας του βλεννογόνου. Όταν αυξήσουμε την ποσότητα των οιστρογόνων, αναστέλλουμε έμμεσα την παραγωγή της F.S.H.

Η προγεστερόνη προκαλεί έκκριση στα τοιχώματα της μήτρας και βοηθάει στην αναστολή της παραγωγής της L.H.

Όταν το χάπι λαμβάνεται καθημερινά (αρχίζοντας τη 5^η μέρα μετά την αρχή της εμμηνόρροιας), αναστέλλει την παραγωγή των L.H. και F.S.H., πριν παραχθεί ένα ώριμο ωάριο.

Αυτό οφείλεται στην παρουσία της συνθετικής προγεστερόνης και των συνθετικών οιστρογόνων. Με τον τρόπο αυτό αποτρέπεται η ωορρηξία, και έτσι δεν υπάρχει ωάριο, για να ενωθεί με το σπέρμα, που έχει εκκριθεί κατά την συνουσία. Αν όμως το ωάριο απελευθερωθεί, τα συνθετικά οιστρογόνα και η προγεστερόνη επιταχύνουν τη μεταφορά του μέσα στις σάλπιγγες, με αποτέλεσμα αυτό να φτάσει στη μήτρα, όταν αυτή δεν είναι ακόμη έτοιμη να το δεχτεί. Το ενδομήτριο αλλάζει μορφή

και η βλέννη, που εκκρίνεται γίνεται πυκνόρρευστη. Έτσι εμποδίζεται η είσοδος του σπέρματος στη μήτρα.

Η αποφυγή της εγκυμοσύνης με τη μέθοδο των χαπιών, πετυχαίνεται με ποικίλους τρόπους που εξαρτώνται από τη μάρκα του χαπιού που χρησιμοποιείται και από τη δόση και τον αριθμό των χαπιών που παίρνει η γυναίκα. Το μεγαλύτερό του πλεονέκτημα είναι ο εύκολος τρόπος λήψης και η μεγάλη του αποτελεσματικότητα.

Το αντισυλληπτικό χάπι παρέχεται με συνταγή γιατρού, ο οποίος θα συστήσει στη γυναίκα που ενδιαφέρεται, το κατάλληλο χάπι. Η ιατρική εξέταση πρέπει να περιλαμβάνει απαραίτητα: 1) το τεστ Παπανικολάου, 2) την εξέταση του στήθους, 3) την μέτρηση της πίεσης του αίματος, και 4) την λήψη του ιατρικού ιστορικού. Επιβάλλεται να γίνεται αυτό δύο φορές το χρόνο.

Αρκετές γυναίκες παρουσιάζουν παρενέργειες από τη λήψη του χαπιού. Αν οι παρενέργειες αυτές είναι ασθενείς εξαφανίζονται μέσα σε λίγους μήνες. Τέτοιες μπορεί να είναι: κατάθλιψη, ναυτία, εντερικός ερεθισμός, κούραση, πρήξιμο του στήθους και εμφάνιση σταγονιδίων αίματος στη μέση περίπου του κύκλου.

Οι πιο πιθανές παρενέργειες, που συνδέονται με το χάπι οιστρογόνων, είναι θρομβωτικά επεισόδια (του εγκεφάλου και της στεφανιαίας). Τέτοιου είδους θρόμβοι περνώντας στους πνεύμονες προκαλούν πνευμονική εμβολή. Αυτό παρατηρείται συνήθως σε γυναίκες που έχουν τύπο αίματος A και AB. Στις γυναίκες 20 - 34 ετών έχει παρατηρηθεί ποσοστό θανάτου από θρόμβωση περίπου 1,5%. Το ποσοστό αυτό αυξάνεται στις γυναίκες άνω των 34 ετών. Το φαινόμενο θρόμβωσης του αίματος μπορεί να ελαττωθεί με αντικατάσταση του χαπιού οιστρογόνων με άλλο μικρότερης δόσης.

Το χάπι δεν ενδείκνυται για τις γυναίκες που είναι διαβητικές, παχύσαρκες, καπνίζουν πολύ, παρουσιάζουν μεγάλη πίεση του αίματος ή έχουν ιστορικό θρόμβωσης του αίματος. Δεν υπάρχουν αποδείξεις ότι το χάπι προκαλεί καρκίνο. Τα οιστρογόνα ωστόσο μπορεί να αυξήσουν την ανάπτυξη του καρκίνου που προϋπάρχει.

Πρέπει να παίρνονται ορισμένα μέτρα προκειμένου να χρησιμοποιηθεί το χάπι. Δηλαδή: α) πρέπει να λαμβάνεται με συνταγή μετά από ιατρική εξέταση, β) αν παρουσιαστούν δυνατοί πονοκέφαλοι, ξαφνικά θόλωμα ή απώλεια της όρασης, δυνατοί πόνοι των ποδιών, πόνοι στο στήθος ή δύσπνοια είναι ανάγκη να ζητηθεί η συμβουλή και η βοήθεια του γιατρού.

Σήμερα στο εμπόριο κυκλοφορεί μεγάλη ποικιλία χαπιών όπως:

1. τα συνθετικά χάπια
2. τα συνθετικά χάπια χαμηλής δόσης οιστρογόνων, και
3. τα χάπια προγεστερόνης
4. πρωινό χάπι.

1. *Σύνθετα χάπια.*

Κάθε τέτοιο χάπι περιέχει συνθετικά οιστρογόνα και προγεστερόνη. Είναι σχεδιασμένο να λαμβάνεται για 20 - 21 μέρες από την εμμηνόρροια, αρχίζοντας την 5^η μέρα και τελειώνοντας την 24^η - 25^η. μετά για 7 - 8 μέρες σταματά η λήψη του χαπιού.

Μερικές μάρκες περιέχουν 28 χάπια, από τα οποία τα 21 είναι ενεργά, ενώ τα τελευταία 7 είναι Placebos (εικονικό φάρμακο) ή περιέχουν μόνο συμπλήρωμα σιδήρου και επιτρέπουν τη διατήρηση τη συνήθεια λήψης του χαπιού σ' όλη τη διάρκεια του κύκλου των 28 ημερών. Το σύνθετο χάπι είναι η πιο δραστική μέθοδος ελέγχου των γεννήσεων. Το ποσοστό αποτυχίας κυμαίνεται από 0,2% μέχρι 0,5% σε ετήσια βάση.

2. *Σύνθετα χάπια χαμηλής δόσης οιστρογόνων.*

Τα χάπια αυτά δημιουργήθηκαν με την ελπίδα ότι θα μειωθεί η εμφάνιση θρόμβωσης στις γυναίκες που τα χρησιμοποιούν. Ο κίνδυνος αυτός ελαττώνεται με την μείωση της περιεκτικότητάς τους σε οιστρογόνα. Το ποσοστό αποτυχίας πρόληψης της εγκυμοσύνης είναι μεγαλύτερο, ανερχόμενο σε 1 - 2% σε ετήσια βάση.

3.Χάπι προγεστερόνης.

Είναι χάπια που περιέχουν χαμηλή δόση προγεστερόνης. Δεν περιέχουν οιστρογόνα. Σήμερα τα χάπια προγεστερόνης διατίθενται σε πακέτα των 35 - 45 δισκίων. Σε αντίθεση με τα άλλα, το χάπι προγεστερόνης πρέπει να λαμβάνεται καθημερινά και χωρίς καμιά διακοπή, όσο χρόνο είναι επιθυμητό να εμποδιστεί η σύλληψη.

Το χάπι προγεστερόνης δρα κυρίως για την πρόληψη των μεταβολών στο βλεννογόνο της μήτρας και της διόδου του σπέρματος, ενώ υπάρχουν ενδείξεις μεταβολής του ενδομητρίου και της εισόδου των σαλπίνγων. Το ποσοστό αποτυχίας της μεθόδου αυτής είναι 3% σε ετήσια βάση.

4 Πρωινό χάπι.

Αποτελείται από συνθετικά οιστρογόνα και προκαλεί συστολή της μήτρας προστατεύοντας έτσι τις γυναίκες που το χρησιμοποιούν. Απαιτεί μεγάλη προσοχή, γιατί, όταν χρησιμοποιηθεί για μεγάλο χρονικό διάστημα, μπορεί να προκαλέσει καρκίνο.

5 Ένεση τριών μηνών.

Η αντισυλληπτική αυτή μέθοδος περιέχει συνθετική προγεστερόνη, αλλά είναι περιορισμένης χρήσης. Η ένεση γίνεται στον μηρό ή στο χέρι κάθε 90 μέρες. Είναι το μόνο γνωστό αντισυλληπτικό, που μπορεί να αποτρέψει την εγκυμοσύνη για τρεις μήνες. Χρησιμοποιείται από τις γυναίκες εκείνες, που δεν μπορούν να χρησιμοποιήσουν το χάπι³.

Γ. ΣΥΜΒΟΥΛΗ ΚΑΙ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ

Η συμβουλή και η ενημέρωση είναι σημαντικά βήματα στο να παρέχονται ευκολίες στον οικογενειακό προγραμματισμό. Στις περισσότερες περιπτώσεις υγείας, η πρόληψη της αντισύλληψης αφορά την επιλογή. Οι πελάτισσες του οικογενειακού προγραμματισμού είναι ουσιαστικά υγιή άτομα και υπάρχουν μερικές που πρέπει να ακολουθήσουν μια συγκεκριμένη μέθοδο. Η συμβουλή και η ενημέρωση αποτελεί θεμέλιο για την επιλογή από την πελάτισσα, μέθοδο αντισύλληψης, και την κατανόηση ότι το να παρέχεται αυτό το θεμέλιο είναι σημαντικό για κάθε σύμβουλο οικογενειακού προγραμματισμού. Αυτό το κεφάλαιο, του οποίου προηγούνται λεπτομερές περιγραφές κάθε μεθόδου αντισύλληψης, επανεξετάζει τις τεχνικές συμβουλής και ενημέρωσης με τις οποίες πρέπει να είναι εξοικειωμένος ένας σύμβουλος οικογενειακού προγραμματισμού.

Δυστυχώς πολλοί σύμβουλοι δεν μπορούν να διαχωρίσουν τους όρους συμβουλής και ενημέρωσης (πίνακας 1 - 1). Ο όρος συμβουλή αντισύλληψης χρησιμοποιείται συνήθως (κι όμως ακριβώς) και για τους δύο όρους. Είναι αλήθεια ότι η συμβουλή συχνά σχετίζεται με την ενημέρωση ή τουλάχιστον με την αλλαγή πληροφοριών, πάντως το αντίστροφο δεν είναι πάντα αληθές: η συμβουλή δεν αποτελείται μόνο από την ενημέρωση. Πολλοί υπάλληλοι υγείας που παρέχουν γενικές πληροφορίες για τις μεθόδους αντισύλληψης, δεν ενημερώνουν ουσιαστικά τις πελάτισσες, ούτε θα έπρεπε να απαιτείται να το κάνουν, χωρίς κατάλληλη εκπαίδευση. Ενημέρωση (από την ετυμολογία της) είναι το να βοηθάς την πελάτισσα να αντιμετωπίσει τα αισθήματά της χρησιμοποιώντας συγκεκριμένες μεθόδους συγκέντρωσης πληροφοριών με ένα διδακτικό τρόπο αλλά δεν περιέχει συνήθως συμβουλές ή βοήθεια στην λήψη αποφάσεων.

Οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας συμφωνούν ότι οι πελάτισσες του οικογενειακού προγραμματισμού πρέπει να μαθαίνουν τις μεθόδους αντισύλληψης -πώς λειτουργούν και τις πιθανές παρενέργειες. Μια ποικιλία παραγόντων, όμως, μπορούν να επηρεάσουν το αν

το άτομο που δίνει τέτοιες πληροφορίες λειτουργεί πρωταρχικά σαν ενημερωτής ή σαν σύμβουλος και το αν η επαφή είναι ένας προς έναν ή σε συγκεντρώσεις μικρών γκρουπ. Ο πρώτος παράγοντας είναι το υπόβαθρό του συμβούλου και η εκπαίδευσή του. Νοσηλεύτριες, κοινωνικοί λειτουργοί,

Συμβουλή εναντίον ενημέρωσης	
Συμβουλή:	το να βοηθάς την πελάτισσα να αντιμετωπίσει τα αισθήματά της χρησιμοποιώντας τεχνικές συγκέντρωσης πληροφοριών.
Ενημέρωση:	πληροφορίες που δίδονται στην πελάτισσα χωρίς να διευκολύνει την λήψη αποφάσεων.

Πίνακας 1 - 1.

Εκπαιδευτές υγείας και υπάλληλοι υγείας ο καθένας φέρνει το δικό του πλαίσιο συστάσεων στην αλληλεπίδραση της πελάτισσας. Κάποιοι έχουν εκπαιδευτεί να διδάξουν και άλλοι να προσηλώνονται στην λήψη αποφάσεων. Παρ' όλο που το περιεχόμενο των πληροφοριών μπορεί να είναι παρόμοιο, προσωπικά και επαγγελματικά στυλ θα διαφέρουν.

Δύο άλλοι παράγοντες που είναι πιθανόν να ειηρεάσουν τη συμβουλή ή την ενημέρωση για την αντισύλληψη είναι οι ανάγκες που έχουν οι πελάτισσες και το σκηνικό της κλινικής. Είναι σημαντικό να έχουμε υπόψη μας ότι όλες οι πελάτισσες του οικογενειακού προγραμματισμού δεν πάνε στην κλινική για τον ίδιο λόγο. Μερικές έχουν αποφασίσει να χρησιμοποιήσουν αντισύλληψη και χρειάζονται βοήθεια στο να διαλέξουν μια συγκεκριμένη μέθοδο. Άλλες έχουν ήδη αποφασίσει για τη μέθοδο και ζητούν την ιατρική βοήθεια για να κάνουν πράξη την απόφασή τους. Ακόμη άλλες έρχονται για να ανακαλύψουν αν είναι έγκυες, και ανάλογα με το αποτέλεσμα, μπορεί να έχουν ή να μην έχουν κάποιο πρόβλημα να λύσουν. Κάθε μία από αυτές τις περιπτώσεις χρειάζεται διαφορετική αντιμετώπιση.

Το σκηνικό μιας κλινικής μπορεί επίσης να καθορίσει τον τρόπο με τον οποίο δίνονται οι πληροφορίες για την αντισύλληψη. Σε μερικές κλινικές, σαν αυτές που εξυπηρετούν έφηβες, ίσως να ήταν καλό να υπάρχει ένας κοινωνικός λειτουργός ή άλλος επαγγελματίας σύμβουλος που να μιλά με τις πελάτισσες για τις αποφάσεις τους σχετικά με την αντισύλληψη. σε άλλες κλινικές, ιδίως σε αγροτικές περιοχές, υπάλληλοι υγείας ή άλλοι ενημερωτές μπορεί να είναι πιο απαραίτητοι.

ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Η συμβούλευση είναι μια συνεχής διαδικασία που αρχίζει με την ανακάλυψη και την έκφραση των αισθημάτων της πελάτισσας για μια συγκεκριμένη προβληματική κατάσταση. Ο πρωταρχικός στόχος όλων των συμβουλών του συμβούλου είναι να διευκολύνει μια επιτυχή λήψη αποφάσεων μειώνοντας το άγχος, παρέχοντας υποστήριξη, δίνοντας πληροφορίες σχετικά με εναλλακτικές λύσεις και βοηθώντας στην πραγματοποίηση του επιλεγμένου τρόπου δράσης. Ένας καλός σύμβουλος συγκεντρώνει την προσοχή του, στις συνθήκες, στα γεγονότα και στα αισθήματα που συνδέονται με το πρόβλημα της πελάτισσας. Η ενημέρωση παρ' όλο που συχνά είναι επακόλουθο σε μερικούς τύπους συμβούλευσης, δεν είναι μέρος της συμβουλευτικής διαδικασίας. Σαν αποτέλεσμα της διαδικασίας της συμβούλευσης η πελάτισσα εμφανίζεται με ανεβασμένη αυτοπεποίθηση και ικανότητα να λύσει το πρόβλημά της.

Δύο σημαντικά θεμέλια μιας συμβουλευτικής αλληλεπίδρασης είναι η καθιέρωση μιας αρμονικής σχέσης, εμπιστοσύνης και έκφρασης εμπάθειας (πίνακας 1 - 2). Η αρμονική σχέση μεταξύ συμβούλου και πελάτισσας αναπτύσσεται σταδιακά και δεν είναι αυτόματη. Οι λεπτομέρειες της επικοινωνίας όπως η γλώσσα του σώματος του συμβούλου, ο τόνος της φωνής και ο γενικός τρόπος, συμβάλουν πιο πολύ στην καθιέρωση εμπιστοσύνης απ' ό,τι το περιεχόμενο της συναλλαγής. Για να δημιουργήσει εμπάθεια ο σύμβουλος πρέπει να κοιτάξει τη δική του αισθηματική εμπειρία για να καταλάβει ακριβώς τα αισθήματα της πελά-

τισσας παραμένοντας όμως σταθερή στο να διαχωρίζει τα δικά του αισθήματα από της πελάτισσας.

Τεχνικές συμβουλές
<ul style="list-style-type: none"> • Ίδρυση αρμονικής σχέσης • Έκφραση εμπάθειας • Αποτελεσματικές ερωτήσεις • Ενεργή ακρόαση • Αντιμετώπιση των αισθημάτων της πελάτισσας • Βοήθεια στη λήψη αποφάσεων

Πίνακας 1 - 2.

Τρεις είναι οι γενικές τεχνικές για όλους τους τύπους συμβούλευσης: οι αποτελεσματικές ερωτήσεις, η ενεργή ακρόαση και η αντιμετώπιση των αισθημάτων. Η τέχνη των αποτελεσματικών ερωτήσεων αφορά το να ξέρεις πότε να κάνεις συγκεκριμένες ερωτήσεις. Αρχικά ο σύμβουλος θα πρέπει να κάνει ερωτήσεις που θα ενθαρρύνουν την πελάτισσα να ανακαλύψει τα αισθήματά της μεγαλοφώνως και να συγκεντρωθεί στα αισθήματά της για το πρόβλημα. «*Πώς αισθάνεσαι για τον οικογενειακό προγραμματισμό;*» είναι ένα παράδειγμα τέτοιων ερωτήσεων. Η πελάτισσα δεν μπορεί να απαντήσει ναι ή όχι και στις πιο πολλές περιπτώσεις θα δώσει πληροφορίες που θα οδηγήσουν σε περισσότερες ερωτήσεις. Μερικές φορές ο σύμβουλος πρέπει να ενθαρρύνει την πελάτισσα να μιλήσει με μικρές φράσεις όπως «*πες μου περισσότερα για...*» και «*συνέχισε*». Αυτή η τεχνική συνήθως δίνει έξτρα πληροφορίες που μπορούν να διαχωρίσουν το αρχικό πρόβλημα αμέσως. Το να ρωτά αρκετές επιτυχείς ερωτήσεις, βοηθά τον σύμβουλο να μαζέψει πληροφορίες αλλά μπορεί να είναι ανυπόφορο για την πελάτισσα. Ο σύμβουλος θα πρέπει να αφήνει χρόνο στην πελάτισσα μεταξύ των ερωτήσεων για να σκέφτεται την απάντηση.

Ίσως το πιο δύσκολο μέρος της συμβουλευτικής διαδικασίας είναι το να βοηθάς την πελάτισσα να αντιμετωπίζει τα αισθήματά της σχετικά με το πρόβλημα. Πρώτα ο σύμβουλος πρέπει να βοηθήσει την πελάτισ-

σα να νιώσει άνετα με τα αισθήματά του. Για να γίνει αυτό, πρέπει ο σύμβουλος να σιγουρευτεί ότι καταλαβαίνει ακριβώς τα αισθήματα που εκφράζονται. Κατά τη συνάντηση ο σύμβουλος πρέπει περιοδικά να ελέγχει την αντίληψή του για το τι λέει η πελάτισσα («Καταλαβαίνω ότι εννοείται...»). μόλις ο σύμβουλος καταλάβει τι αισθάνεται η πελάτισσα, μπορεί να επιβεβαιώσει το κύρος αυτών των αισθημάτων και να βοηθήσει την πελάτισσα να τα δεθεί. Η αντιμετώπιση των αισθημάτων θα μειώσει το άγχος και θα επιτρέψει να γίνει περισσότερο παραγωγική⁴ λήψη αποφάσεων.

Τα τέσσερα περισσότερο κοινά αισθήματα που βγαίνουν στην επιφάνεια κατά τη συμβούλευση είναι ενοχή, φόβος, αμφιβολία και θυμός. Τα δύο πρώτα - η ενοχή και ο φόβος - πρέπει να ξεπεραστούν από την αρχή για να νοιώσει η πελάτισσα άνετα να σκεφτεί αρχικά τον οικογενειακό προγραμματισμό. Όταν φτάσουμε στο σημείο λήψεως των αποφάσεων, η αμφιβολία και ο θυμός γίνονται τα βασικά εμπόδια.

Η ενοχή είναι ένα αίσθημα που συχνά εκφράζεται στην συμβούλευση οικογενειακού προγραμματισμού. Ο ρόλος του συμβούλου είναι να ανακαλύψει γιατί η πελάτισσα νοιώθει ένοχη και τότε να βοηθήσει την πελάτισσα να αντιληφθεί αυτά τα αισθήματα. Για παράδειγμα η πελάτισσα μπορεί να έχει ακούσει από την οικογένειά της ή τη θρησκεία της ότι είναι «κακό» να εμποδίζεις τη σύλληψη. Αυτές οι ενοχές μπορούν να εξαφανιστούν εάν η πελάτισσα συνειδητοποιήσει ότι τα πραγματικά της αισθήματα δεν ταιριάζουν με αυτά από εξωτερικές επιδράσεις. Η ανάλυση των αισθημάτων ενοχής είναι ένα βήμα κλειδί στο να προετοιμάσουμε την πελάτισσα να επιλέξει μια μέθοδο αντισύλληψης.

Οι πελάτισσες είναι επίσης συνήθως φοβισμένες για τις ιατρικές διαδικασίες που μπορεί να λάβουν χώρα κατά την επίσκεψή τους. Μερικοί άνθρωποι έχουν έναν γενικευμένο φόβο για τους γιατρούς και την ιατρική περίθαλψη, ενώ άλλοι έχουν πιο συγκεκριμένους φόβους για τον πόνο και την αρρώστια. Κατά τη διάρκεια της συμβουλευτικής συζήτησης, πρέπει να δοθεί χρόνος για να αναγνωριστούν αυτοί οι φόβοι και να συζητηθούν. Αν η πελάτισσα δεν αναφέρει ότι φοβάται, ο σύμ-

βουλος θα πρέπει να προβλέψει την πιθανότητα ενός φόβου που δεν έχει εκφραστεί και να δώσει την ευκαιρία να μιλήσει για αυτόν.

Μόλις η πελάτισσα νοιώσει άνετα με το να σκέφτεται τον οικογενειακό προγραμματισμό, η αμφιβολία και ο θυμός θα είναι κοινά εμπόδια για να φτάσουμε στην επιλογή αντισύλληψης. Ο όρος αμφιβολία αναφέρεται στο να έχεις ανάμικτα συναισθήματα για μια συγκεκριμένη κατάσταση. Οι πελάτισσες του οικογενειακού προγραμματισμού νοιώθουν συχνά αμφιβολίας για πολλά θέματα της επίσκεψής τους στην κλινική, αν θα χρησιμοποιήσουν ή όχι αντισύλληψη, ποια μέθοδο θα χρησιμοποιήσουν, αν είναι έγκυες ή όχι, αν θα κάνουν εγχείρηση ή όχι. Είναι σημαντικό να τονίσουμε στην πελάτισσα ότι η αμφιβολία είναι φυσική και αυτό να τη βοηθήσει να εκτιμήσει τα υπέρ και τα κατά των αισθημάτων της πριν πάρει την τελική απόφαση.

Οι πελάτισσες του οικογενειακού προγραμματισμού συχνά εκφράζουν θυμό κατά τη διάρκεια της συμβουλευτικής συνάντησης. Μια γυναίκα μπορεί να είναι θυμωμένη με το σύντροφο της, ειδικά αν αυτός αναλαμβάνει ευθύνη για τον έλεγχο της γονιμότητας ή δεν υποστηρίζει την επίσκεψή της στην κλινική. Σε τέτοιες περιπτώσεις ο θυμός συχνά προστατεύει τη γυναίκα από το να νοιώθει ευάλωτη, προβάλλοντας άμυνα απέναντι στις ανασφάλειές της. Ο σύμβουλος μπορεί να βοηθήσει τη γυναίκα να καταλάβει και να δεχθεί το γεγονός ότι είναι ευάλωτη. Είναι σημαντικό επίσης για τη γυναίκα να αναγνωρίσει ότι ο θυμός σ' αυτή την περίπτωση δεν είναι ασυνήθιστος. Η ενέργεια που παράγεται μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να γίνουν εποικοδομητικές πράξεις για την απόφασή της για τον οικογενειακό προγραμματισμό.

Πάνω από όλα, ένας αποτελεσματικός σύμβουλος δίνει μια κριτική υποστήριξη στην πελάτισσα κατά τη διαδικασία λήψης αποφάσεων δείχνοντας εμπάθεια, δίνοντας πληροφορίες, ξεκαθαρίζοντας αισθήματα και υπογραμμίζοντας εναλλακτικές λύσεις. Άλλες ευθύνες ποικίλουν ανάλογα με τον τύπο της συμβουλής και το σκηνικό στο οποίο γίνεται.

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ

Η ενημέρωση για την αντισύλληψη συχνά αρχίζει πριν η πελάτισσα πάει στις ενημερωτικές συγκεντρώσεις. Οι χώροι αναμονής μπορούν να διακοσμηθούν με ελκυστικές αφίσες που αναφέρουν τρόπους αντισύλληψης. Φυλλάδια και προσπέκτους που περιγράφουν τα πλεονεκτήματα υγείας που έχει ο οικογενειακός προγραμματισμός, και άλλες απόψεις αντισύλληψης μπορούν να τοποθετηθούν στην κλινική για να διαβάζουν οι πελάτισσες. Υλικό ενημέρωσης για την αντισύλληψη συχνά βοηθά την πελάτισσα να συγκεντρωθεί σε συγκεκριμένες ερωτήσεις ή ανησυχίες που θέλει να αποδοθούν κατά την επίσκεψή της. Αν είναι δυνατό τέτοιο υλικό θα πρέπει να είναι σχεδιασμένο ώστε η πελάτισσα να μπορεί να το πάρει μαζί της για μελλοντική χρήση και θα πρέπει να περιέχει πληροφορίες για το πώς μπορεί να επικοινωνήσει κάποιος με το σύμβουλο.

Οι υπάλληλοι υγείας που παρέχουν συμβουλή ή ενημέρωση για την αντισύλληψη πρέπει να έχουν γνώση των τεχνικών όψεων της αντισύλληψης. Το να υπάρχει πείρα σε επάγγελμα υγείας δεν είναι απαραίτητο, αλλά μπορεί να είναι πλεονέκτημα. Τα εκπαιδευτικά προγράμματα για τους συμβούλους πρέπει να είναι κατανοητά και να καλύπτουν θέματα ευρέου φάσματος συμπεριλαμβανομένου και της ανατομίας και φυσιολογίας των αντρικών και γυναικείων γεννητικών οργάνων, των μεθόδων αντισύλληψης και του τρόπου λειτουργίας τους (συμπεριλαμβανομένου και της έκτρωσης και των διαδικασιών στείρωσης), αντενδείξεις και παρενέργειες, τα ποσοστά αποτελεσματικότητας κάθε μεθόδου, τις ψυχοκοινωνικές όψεις της ανθρώπινης σεξουαλικότητας και κάθε έξτρα πληροφορία σχετική με το συγκεκριμένο γκρουπ των πελατισσών που εξυπηρετούνται. Οι ενημερωτές θα πρέπει να είναι ικανοί να μεταδίδουν γενικές πληροφορίες στις νέες πελάτισσες του οικογενειακού προγραμματισμού και να συζητούν πιο συγκεκριμένα θέματα και ανησυχίες με πελάτισσες που ξαναέρχονται. Τα γενικά προσόντα της εκπαίδευσης των ενημερωτών φαίνονται στον πίνακα 1 - 3.

Προσόντα εκπαίδευσης ενημερωτών

- Ανατομία και φυσιολογία των αντρικών και γυναικείων γεννητικών οργάνων
 - Μέθοδοι αντισύλληψης και πώς λειτουργούν
 - Αντενδείξεις και παρενέργειες
 - Ψυχοκοινωνικές όψεις της ανθρώπινης σεξουαλικότητας
 - Βασικές γνώσεις επικοινωνίας για άτομα και ομάδες

Πίνακας 1 - 3.

Οι ενημερωτές αντισύλληψης θα πρέπει ξεκάθαρα να εξηγούν τον κύκλο της περιόδου και να περιγράφουν τις ορμονικές αλλαγές που επιτρέπουν να συμβεί εγκυμοσύνη. Ο αντρικός κύκλος αναπαραγωγής πρέπει επίσης να συζητηθεί, υπογραμμίζοντας τα στάδια από την παραγωγή στη μεταφορά σπέρματος και στην εκσπερμάτωση. Μόλις η πελάτισσα καταλάβει τον κύκλο περιόδου και τον αντρικό κύκλο αναπαραγωγής, μπορεί πιο εύκολα να καταλάβει τις διάφορες μεθόδους αντισύλληψης και τη λειτουργία τους.

Οι πελάτισσες του οικογενειακού προγραμματισμού πρέπει να λαμβάνουν ολοκληρωμένες, αλλά σύντομες πληροφορίες για όλες τις διαθέσιμες μεθόδους για να ληφθεί η κατάλληλη απόφαση για αντισύλληψη.

Για να βοηθήσουν τις πελάτισσες να πάρουν αποφάσεις για αντισύλληψη, οι σύμβουλοι οικογενειακού προγραμματισμού μπορεί από απροσεξία να υπονοήσουν ότι η επιλογή μεθόδου είναι η τελική. Παρ' όλο που ο σκοπός της συμβούλευσης είναι η πελάτισσα να αναγνωρίσει τη μέθοδο που νόμιζε ότι ταιριάζει καλύτερα στην προσωπική της κατάσταση, η πιθανότητα αλλαγής μεθόδου δεν πρέπει να αποκλείεται από την συζήτηση. Μια γυναίκα μπορεί να δοκιμάσει μια μέθοδο για κάποιο διάστημα αλλά να έχει ενοχλητικές παρενέργειες ή απλά να ανακαλύψει ότι δεν είναι τόσο κατάλληλη μέθοδος όσο νόμιζε. Οι σύμβουλοι πρέπει να προβλέπουν αυτά τα συμβάντα και να διαβεβαιώνουν την πελάτισσα ότι μπορεί ανά πάσα στιγμή να ακο-

λουθήσει διαφορετική μέθοδο. Πολλοί σύμβουλοι νομίζουν ότι το να αλλάξεις μεθόδους με μεγάλη συχνότητα είναι ανεπιθύμητο. Αλλά θα πρέπει να αναγνωρίζουν επίσης ότι το να αλλάζει η πελάτισσα μέθοδο, δείχνει ότι θέλει να χρησιμοποιήσει αντισύλληψη, το οποίο διαφέρει από τις πελάτισσες που σταματούν εντελώς την αντισύλληψη. Θα πρέπει να τονιστεί πάντως, ότι ο κίνδυνος μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης αυξάνεται κατά την αλλαγή της μεθόδου αντισύλληψης. Γι' αυτό οι πελάτισσες πρέπει να ενθαρρύνονται να χρησιμοποιούν δυο μεθόδους μαζί για να μην υπάρχει περίοδος που δεν χρησιμοποιείται αντισύλληψη^{4,5,6}.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

ΕΚΤΡΩΣΕΙΣ

Α. Εισαγωγή

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

Καθημερινά δεκάδες γυναίκες περιμένουν στην αίθουσα αναμονής, όχι για να φέρουν ένα παιδί στον κόσμο, αλλά για να ξεριζώσουν πριν οι ρίζες ριζώσουν βαθιά και τις πληγώσουν, τις πονέσουν.

Στα πρόσωπά τους διαγράφεται η ενοχή, ο φόβος, η απογοήτευση, η πίκρα. Ελάχιστες παριστάνουν τις ψυχραιμες, τις αδιάφορες έχοντας συνηθίσει την διαδικασία της έκτρωσης. Μεταξύ τους, όχι λίγες, μαθήτριες Λυκείου ή ακόμα Γυμνασίου. Δεν είχα ολοκληρωμένες σχέσεις, είναι δυνατόν; Πώς έγινε; Μα ήταν η πρώτη φορά!!!

Τι να κάνω; Είναι η δέκατη φορά, δεν υπάρχει τρόπος να λυτρωθώ;

Χιλιάδες γυναίκες σακατεύονται, μένουν στείρες, βασανίζονται από ψυχολογικά και βιολογικά προβλήματα, ενοχές.

Η αντισύλληψη αποτελεί την καλύτερη εγγύηση για μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, ωστόσο δεν μας εξασφαλίζει πάντα απόλυτα. Γι' αυτό θα πρέπει να διεκδικήσουμε το δικαίωμα της νόμιμης έκτρωσης, μια και το θέλει ή να μην θέλει παιδιά, είναι στοιχειώδες δικαίωμα της ίδιας της γυναίκας.

Όταν μία ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη καταλήγει στην έκτρωση σαν ακραίο μέσο αντισύλληψης, είναι ίσως μια υπεύθυνη λύση γιατί αρνείται κανείς να φέρει στον κόσμο ένα ανεπιθύμητο παιδί, στις απαιτήσεις του οποίου δεν θα έχει την δυνατότητα να ανταποκριθεί⁷.

1. Εκτρώσεις στην Ελλάδα.

Στα μαιευτήρια και κλινικές συνήθως ο αριθμός των εκτρώσεων είναι μεγαλύτερος από τον αριθμό των τοκετών. Οι εκτρώσεις ξεπερνούν τις γεννήσεις.

Οι εκτρώσεις στην πατρίδα μας εξακολουθούν να αποτελούν ένα από τα σοβαρότερα κοινωνικά προβλήματα που έχουν γίνει για να ρυθμιστεί το όλο θέμα. Το πρόβλημα των παράνομων εκτρώσεων αναγνωρίζεται από όλα τα δημόσια πρόσωπα.

Τον Σεπτέμβριο του 1978 ψηφίζεται στη Βουλή το νομοσχέδιο περί μεταμοσχεύσεων, στο οποίο γίνεται εισήγηση που ορίζει ότι η γυναίκα θα πρέπει να εξεταστεί από ψυχίατρο πριν κάνει έκτρωση μέχρι και την 20^η εβδομάδα, αν η εγκυμοσύνη της δημιουργεί ψυχολογικό πρόβλημα. Καμιά γυναίκα δεν εφαρμόζει το νόμο. Η προσθήκη αυτής της διάταξης δεν έχει καμιά σχέση με την αποποινικοποίηση της έκτρωσης αλλά φαίνεται απλά να δίνει μια μεγαλύτερη νομική κάλυψη στους γιατρούς.

Υπάρχει μια σειρά επιστημονικών άρθρων γραμμένα από γιατρούς, που παραθέτουν μια σειρά από στατιστικά στοιχεία για τις εκτρώσεις στην Ελλάδα. Αυτά τονίζουν βασικά τις επιπτώσεις τους στην μειωμένη γεννητικότητα παρά επισημαίνουν την αδυναμία των νομοθετικών απαγορεύσεων.

Συγχρόνως επιβεβαιώνουν ότι οι εκτρώσεις γίνονται με καλές συνθήκες και από έμπειρους γιατρούς!!!

Οι γυναίκες απαντούν στην έρευνα χωρίς να γνωρίζουν καν, ότι η έκτρωση είναι παράνομη⁷.

2. Επικίνδυνοι μέθοδοι.

Η αμάθεια, η άγνοια, ο φόβος, η απόγνωση είναι παράγοντες που οδηγούν μερικές φορές τις γυναίκες στο σημείο να καταφεύγουν σε ανεύθυνα άτομα, για να τις βοηθήσουν να απαλλαγούν από μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη ή έκτρωση που γίνεται σε όχι οργανωμένο περιβάλλον, με εργαλεία που δεν έχουν αποστειρωθεί σωστά και χωρίς νάρκω-

ση μπορεί να καταλήξει σε σοβαρές επιπλοκές, όπως αιμορραγία, διάτρηση της μήτρας, σηψαιμία και ακόμη ανακοπή και θάνατο.

Εφαρμόζονται από τις ίδιες τις γυναίκες μερικοί τρόποι, που άλλοτε δεν φέρνουν κανένα αποτέλεσμα και άλλοτε βάζουν σε κίνδυνο σοβαρό τη ζωή της γυναίκας.

Τα χάπια κινίνου: Όσα χάπια κι αν πάρει η γυναίκα δεν πρόκειται να αποβάλλει, μπορεί όμως να έχουν συνέπειες στην υγεία της.

Υπόθετα υπερμαγγανικού καλίου: Καυστική ουσία που καταστρέφει τους ιστούς και μπορεί να προκαλέσει εξελκώσεις, αιμορραγία και μολύνσεις.

Διαλύματα με βάση το σαπούνι: Η ποτάσα αν διεισδύσει στις φλέβες της μήτρας μπορεί να προκαλέσει εμβολή.

Αντισυλληπικά χάπια: σε μεγάλες δόσεις δεν προκαλούν αποβολή, αλλά πιθανόν διαμαρτίες στο έμβρυο. Καθώς επίσης τα υπερβολικά ζεστά μπάνια, η σωματική κόπωση, οι μυρωδιές δεν προκαλούν αποβολή.

Μερικές χρησιμοποιούν μυτερά αντικείμενα, εργαλεία βελόνες πλεξίματος, λεπτά ξύλα με σκοπό την έκτρωση. Το μόνο που καταφέρνουν είναι να προκαλέσουν αιμορραγία, πολλές φορές μεγάλη, βάζοντας σε κίνδυνο τη ζωή τους και καταλήγοντας στο νοσοκομείο⁷.

3. Μέθοδοι έκτρωσης.

Υπάρχουν διάφοροι μέθοδοι έκτρωσης. Η πιο διαδεδομένη σήμερα είναι η μέθοδος της αναρρόφησης του περιεχομένου της μήτρας, η οποία επινοήθηκε στην Κίνα πριν από μια δεκαετία.

Ο ψυχολόγος Karman υποστήριξε ότι με την κατάλληλη ψυχολογική προετοιμασία μπορεί να γίνει αναρρόφηση του περιεχομένου της μήτρας χωρίς γενική αναισθησία. Πολύ επικίνδυνη προϋπόθεση μιας και η επέμβαση και χρόνο παίρνει και επικίνδυνοι είναι.

Στην πατρίδα μας οι πιο πολύ γιατροί χρησιμοποιούν την αναρρόφηση υπό νάρκωση.

Πριν από την επέμβαση προηγείται πλύση των γεννητικών οργάνων με αντισηπτική διάλυση, κένωση της κύστης, συνήθως με καθετηριασμό και γυναικολογική εξέταση για να εκτιμηθεί το μέγεθος και η θέση της μήτρας, καθώς και η σύσταση της υφής του τραχήλου. Χορηγείται νωρίτερα ηρεμιστικό ή σπασμολυτικό χάπι που βοηθάει τη γυναίκα να χαλαρώσει. Στη συνέχεια δίδεται νάρκωση, επακολουθεί διαστολή του τραχήλου της μήτρας, για είναι δυνατόν να αποκολληθεί και να αποξεσθεί το έμβρυο από τα τοιχώματα της μήτρας.

Άλλη μέθοδο έκτρωσης είναι αυτή που γίνεται με διαστολή του τραχήλου της μήτρας και απόξεση του περιεχομένου, κατά κανόνα υπό νάρκωση. Είναι μέθοδος που χρειάζεται πείρα και δεξιότητα.

Σε εγκυμοσύνη μεγαλύτερη των 16 εβδομάδων γίνεται πρόκληση συσπάσεων της μήτρας, με σκοπό να διασταλεί ο τράχηλος και να αποβληθεί το έμβρυο και ο πλακούντας. Οι συσπάσεις είναι οδυνηρές. Για το σκοπό αυτό οι ασκήσεις αναπνοής της ψυχοπροφυλακτικής μεθόδου μπορούν να ανακουφίσουν.

Σε περίπτωση που η εγκυμοσύνη είναι μεγαλύτερη από 16 εβδομάδες γίνεται υστερεκτομή ή χαμηλή καισαρική τομή. Πρόκειται για εγχείρηση. Συνήθως η τομή γίνεται οριζόντια στην περιοχή του εφηβαίου και το έμβρυο και ο πλακούντας αφαιρούνται από την μήτρα, όπως στην καισαρική τομή.

Η όλη διαδικασία δεν επηρεάζει το γεννητικό σύστημα, όταν επακολουθεί φυσιολογική μετεγχειρητική πορεία⁷.

4. Μετά την επέμβαση της έκτρωσης.

Μετά την έκτρωση συνήθως υπάρχει αιμόρρια και πόνος που οφείλεται στις συσπάσεις της μήτρας για να αποβάλλει τους πόνους αίματος και να παλινδρόμηση στο φυσιολογικό της μέγεθος.

Μερικοί γιατροί δίνουν αντιβιοτικά και μητροσυσπαστικά. Καλό θα είναι να ελέγχεται η θερμοκρασία γιατί πάντα υπάρχει ο κίνδυνος της μόλυνσης. Η γυναίκα μετά την έκτρωση θα πρέπει να αποφύγει το μπάνιο σε μπανιέρα και να προτιμά το ντους. Να μην χρησιμοποιεί ταμπόν ή αν το συνηθίζει δεν θα πρέπει να ξεχνάει να το αλλάζει πολύ συχνά. Θα πρέπει να αποφεύγει τις γενετήσιες σχέσεις για δέκα ημέρες. Αν έχει αίμα κόκκινο, μυρίζει δύσοσμα, αν έχει πόνους στην κοιλιά χαμηλά, ή πυρετό θα πρέπει αμέσως να επισκεφτεί το γιατρό της.

Πιθανόν να υπάρχουν υπολείμματα ή να έχει μολυνθεί. Οι επιπλοκές μιας έκτρωσης μπορεί να δημιουργήσουν σοβαρές καταστάσεις στο γεννητικό σύστημα αναπαραγωγής, γι' αυτό θα πρέπει να αντιμετωπιστούν έγκαιρα και συνειδητά.

Η έκτρωση είναι μια βίαιη ιατρική πράξη, που καταλύει την φυσιολογική εξέλιξη και προστασία της εγκυμοσύνης. Οι συνέπειες των επιπλοκών μπορεί να έχουν ολέθριες επιπτώσεις στη σωματική και ψυχική υγεία της γυναίκας, όπως διάτρηση της μήτρας και κίνδυνο για την ίδια τους τη ζωή, φλεγμονές της μήτρας και των σαλπίνγων. Ακόμη μπορεί να καταλήξουν σε δευτεροπαθή στειρώση, καθ' έξη αποβολές, πρώιμο τοκετό κ.α.

Οι γυναίκες που καταλήγουν στην έκτρωση πρέπει να έχουν υπόψη ότι:

Ακόμη και αν η έκτρωση νομιμοποιηθεί και καλύπτεται οικονομικά, νομικά και σαν ιατρική πράξη, η γυναίκα δεν απαλλάσσεται από τις επιπτώσεις στην υγεία της.

Απαιτείται υπεύθυνη και σωστή ενημέρωση όλων των κατάλληλων αντισυλληπτικών μεθόδων, ώστε να μην φθάνει η ώρα της ολέθριας έκτρωσης⁷.

B. Ψυχολογία και ψυχοπαθολογία των Εκτρώσεων.

1. Βιοψυχοκοινωνικοί λόγοι προσέλευσης για έκτρωση.

Μία έγκυος οδηγείται στην έκτρωση είτε εκούσια, είτε υποκύπτοντας στη θέληση άλλων. Συνήθως η έκτρωση δεν είναι ούτε απόλυτα εκούσια ούτε απόλυτα ακούσια. Ανεξάρτητα από το βαθμό συμμετοχής της βούλησής της για έκτρωση, η έγκυος βιώνει μια έντονη ψυχοσύγκρουση που της δημιουργεί συχνά μια κατάσταση έντονου stress. Για να κατανοηθούν οι βαθμοί δημιουργίας της ψυχοσύγκρουσης αυτής θα πρέπει να εξετασθούν οι λόγοι προσέλευσης για έκτρωση και η υφή της ίδιας της ψυχοσύγκρουσης.

Πολλοί και διάφοροι παράγοντες διαμορφώνουν την τελική απόφαση για έκτρωση. Για να διαπιστώσουμε τους παράγοντες κατατάσσουμε τις γυναίκες σχηματικά που οδηγούνται στην έκτρωση στις παρακάτω κατηγορίες:

Ανύπαντρες μητέρες. Καθαρά κοινωνικού είναι οι λόγοι που οδηγούν μια ανύπαντρη νεαρή έγκυο στην έκτρωση. Το κοινωνικό στίγμα της «ανύπαντρης μητέρας» και του «εξώγαμου παιδιού» και η απουσία ουσιαστικής κοινωνικής προστασίας της μητρότητας δεν αφήνουν πολλά περιθώρια εκλογής. Ακόμη και σε κοινωνίες που κατά τεκμήριο είναι πιο απροκατάληπτες από τη δική μας, η ανύπαντρη μητέρα βρίσκεται στο κοινωνικό περιθώριο. Έτσι ενώ πολλές ανύπαντρες κοπέλες θα ήθελαν να ολοκληρώσουν την εγκυμοσύνη τους, αποφασίζουν να κάνουν έκτρωση είτε μόνες τους είτε κάτω από την πίεση της οικογένειάς τους. Οι νεαρές κοπέλες εξαιτίας της αμφιθυμίας και του φόβου τους προσέρχονται συνήθως για την έκτρωση σε πιο προχωρημένο στάδιο εγκυμοσύνης και παρουσιάζουν περισσότερες ψυχοπαθολογικές αντιδράσεις σε σύγκριση με γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας. Εξάλλου, κοπέλες που έχουν συναισθηματική υποστήριξη από την οικογένειά τους εμφανίζουν συνήθως ελαφρότερη ψυχοπαθολογία.

Κουρασμένες μητέρες. Στον αντίποδα της ανύπαντρης μητέρας βρίσκεται η κουρασμένη μητέρα με τα πολλά παιδιά, το λίγο διαθέσιμο

χρόνο και τα πενιχρά οικονομικά μέσα. Συνήθως οι κουρασμένες μητέρες δεν έχουν αξιόλογη αμφιθυμία για την έκτρωση.

Αντίθετα αναφέρεται ότι τυχόν εγκυμοσύνη κατά κανόνα προκαλεί ανάδυση αγχώδους καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Έτσι συχνά μαζί με την έκτρωση ζητούν και στείρωση που θα τις απαλλάξει από την «βιομηχανία παιδιών».

Δοκιμή γονιμότητας. Μερικές γυναίκες επιδιώκουν συνειδητά ή ασυνείδητα να μείνουν έγκυες για να δοκιμάσουν αν είναι γόνιμες χωρίς ακόμη να είναι έτοιμες να αποκτήσουν παιδί. Οι γυναίκες αυτές όπως και οι κουρασμένες μητέρες έχουν πολύ μικρή αμφιθυμία συνήθως σε σχέση με την απόφασή τους για έκτρωση.

Άρνηση μητρότητας. Μερικές γυναίκες έχουν ασυνείδητες ενδοψυχικές συγκρούσεις σχετιζόμενες με την ταυτότητα του φύλου τους και συνεπώς με τη μητρότητα. Οι γυναίκες αυτές αναπτύσσουν έντονη αμφιθυμία και τελικά αρνητική στάση προς την εγκυμοσύνη. Σε συνειδητό επίπεδο προσπαθούν να πείσουν τους άλλους και τον εαυτό τους ότι «δεν είναι προετοιμασμένες για μητέρες» ή ότι «δεν μπορούν να περιορίσουν την ελευθερία τους για χάρη των παιδιών». Αν κάποτε μείνουν έγκυες ζητούν έκτρωση χωρίς αξιόλογη αμφιθυμία εκτός αν η εγκυμοσύνη λειτουργήσει σαν σήμα θηλυκότητα που τους επιβάλλει κατά κάποιο τρόπο την ταυτότητα του φύλου τους.

Αποφυγή ή αποτυχία αντισύλληψης. Ο συχνότερος λόγος καταφυγής σε έκτρωση είναι η μη χρησιμοποίηση ή αποτυχία των αντισυλληπτικών μέτρων. Η αποφυγή αντισύλληψης οφείλεται άλλοτε σε άγνοια, άλλοτε σε φόβο από ανεπαρκή ενημέρωση και άλλοτε σε ντροπή για την αναζήτηση σχετικής πληροφόρησης.

Η αποτυχία μιας προηγούμενα επιτυχημένης αντισυλληπτικής μεθόδου συχνά συμπίπτει με κάποια αλλαγή των συνθηκών της ζωής της γυναίκας και μπορεί να οφείλεται σε ασυνείδητη επιθυμία εγκυμοσύνης. Μερικές γυναίκες σε κρίσιμες περιόδους της ζωής τους (αλλαγή της οικονομικής τους κατάστασης, επαγγελματική αποτυχία, απομάκρυνση συζύγου κ.λ.π.) μπορεί να καταφύγουν συνειδητά ή ασυνείδητα στην ε-

γκυμοσύνη ζητώντας ένα μέσο επιβεβαίωσης του «Εγώ» τους. Έτσι προσπαθούν να χειριστούν το άγχος ή την κατάθλιψη που τους προκαλούν οι συνθήκες της ζωής τους. Αυτές οι γυναίκες πολύ συχνά προσέρχονται για έκτρωση, αν και η έκτρωση δεν μπορεί να είναι τίποτε περισσότερο από μερική μόνο αντιμετώπιση της όλης κατάστασης.

Σωματική ή ψυχική νόσος. Γυναίκες με σοβαρή σωματική ή ψυχική νόσο συχνά παραπέμπονται στον γυναικολόγο από τους ειδικούς που της παρακολουθούν με ένδειξη διακοπής της εγκυμοσύνης. Φαίνεται ότι οι γυναίκες αυτές που αναγκάζονται να διακόψουν την εγκυμοσύνη τους (τις περισσότερες φορές χωρίς να το θέλουν) εμφανίζουν συχνότερα ψυχολογικές αντιδράσεις. Έτσι αναφέρεται ότι το 92% των εγκύων που μετά από αμνιοκέντηση έκαναν έκτρωση για την πρόληψη γενετικού νοσήματος παρουσίασαν κατάθλιψη.

Ασθενείς με χρόνιες σχιζοφρενικές ψυχώσεις που συχνά μένουν έγκυες εξαιτίας της μειωμένης κρίσης τους συνήθως εμφανίζουν έξαρση της συμπτωματολογίας κατά την εγκυμοσύνη. Παρόμοια έξαρση παρουσιάζουν και ασθενείς πάσχουσες από κατάθλιψη οι οποίες μπορεί να εκλάβουν την ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη σαν τιμωρία ή ασυγχώρητη αμαρτία. Μερικές μάλιστα εμφανίζουν επίταση των ιδεών ενοχής με αφορμή την έκτρωση. Γι' αυτό επέμβαση σε τέτοιες περιπτώσεις πρέπει να συνοδεύεται από την κατάλληλη ψυχιατρική αντιμετώπιση. Φαρμακευτική ή ψυχοθεραπευτική.

Εξαναγκασμός από τρίτους. Πολλές φορές οι έγκυες δεν επιθυμούν τη διακοπή της εγκυμοσύνης αλλά υποκύπτουν σε πιέσεις από τους γονείς, το σύζυγο, τον εραστή ή αλλά πρόσωπα που μπορεί να ασκήσουν αποφασιστικά επίδραση προς αυτή την κατεύθυνση. Οι γυναίκες αυτές όπως και εκείνες που έχουν ιατρική ένδειξη διακοπής της εγκυμοσύνης εμφανίζουν συχνότερα ψυχοπαθολογικές αντιδράσεις⁸.

2. Ψυχοπαθολογία πριν από την έκτρωση.

Από την ίδια τη φύση της η ψυχοσύγκρουση που αφορά στην έκτρωση συμβαίνει κατά κανόνα σε πολλά επίπεδα ταυτόχρονα: το ατομικό, το συζυγικό, το οικογενειακό, το κοινωνικό.

Σε ατομικό επίπεδο συγκρούονται οι επιθυμίες για μητρότητα με τους λόγους (ψυχολογικούς ή κοινωνικοοικονομικούς) που την εμποδίζουν και η διάθεση για διακοπή της εγκυμοσύνης με το προσωπικό σύστημα ηθικών αξιών της γυναίκας. Οι ηθικές απαγορεύσεις και συνεπώς οι ψυχοσυγκρούσεις είναι ιδιαίτερα έντονες σε γυναίκες με αυστηρές θρησκευτικές αρχές. Σε τέτοιες περιπτώσεις εκμυστήρευση του διλήμματος σε φιλικό πρόσωπο που ακολουθεί παρόμοιο σύστημα ηθικών αξιών ή σε ένα θρησκευτικό λειτουργό με ευρύτητα αντιλήψεων θα βοηθούσε αποφασιστικά την ομαλή λύση της ψυχοσύγκρουσης.

Παρόμοιες ενδοψυχικές συγκρούσεις με αυτές που εμφανίζει η έγκυος παρουσιάζει και ο σύζυγος ή ο ερωτικός σύντροφος. Στο επίπεδο του συζύγου ή του εραστού οι αντίστοιχες συγκρούσεις αφορούν την αποδοχή της πατρότητας και εξαιρούνται: από την προσωπικότητά του, τυχόν παρουσία ψυχοπαθολογίας, τις ηθικές και θρησκευτικές του αρχές, τα συναισθήματά του προς την έγκυο και την προσωπική αξία που έχει γι' αυτόν η εγκυμοσύνη. Μερικές φορές ο υποψήφιος πατέρας δεν πληροφορείται ούτε την εγκυμοσύνη ούτε την απόφαση της γυναίκας για έκτρωση. Όταν όμως ενημερωθεί μπορεί να επηρεάσει αποφασιστικά την έκβαση της εγκυμοσύνης μετά από το όλο πλέγμα των διαπροσωπικών τους σχέσεων με την έγκυο. Η σταθερότητα της στάσης του και η συνεργασιμότητά του προ και κατά την έκτρωση θεωρούνται θετικά στοιχεία για την πρόληψη της ψυχολογικής αντίδρασης της γυναίκας στην έκτρωση.

Η ψυχοσυναλλαγή της εγκύου σε ο,τι αφορά στην έκτρωση δεν περιορίζεται συνήθως στο σύζυγο ή τον ερωτικό σύντροφο, επεκτείνεται και σε μέλη της ευρύτερης οικογένειάς της. Οι δικές τους ηθικές αξίες, προσδοκίες, συναισθηματικές επένδυσης, θέσεις και αντιθέσεις είναι φυσικό να επηρεάζουν άμεσα τη διαμόρφωση και την ένταση των ψυχολογικών αντιδράσεων της εγκύου. Το ίδιο ισχύει και για μέλη της κοινω-

νικής ομάδας στην οποία ανήκει η έγκυος. Θα μπορούσε κανείς να συνοψίσει τις συγκρούσεις στο οικογενειακό - κοινωνικό επίπεδο σαν την αντιπαράθεση μιας συντηρητικής δύσκαμπτης στάσης που προϋποθέτει εμμονή σε «απόλυτες ηθικές επιταγές» και μιας πιο φιλελεύθερης - απροκατάληπτης προσέγγισης που εξασφαλίζει συνεκτίμηση και παραδοχή των διαφόρων πλευρών μιας πραγματικότητας.

Σαν αποτέλεσμα της ψυχοσύγκρουσης στο ατομικό και οικογενειακό - κοινωνικό επίπεδο η έγκυος πριν από την έκτρωση εμφανίζει μια κατάσταση stress που συνοδεύεται από αμφιθυμία, άγχος, ενοχή και απογοήτευση. Το stress είναι εντονότερο συνήθως εξαιτίας της έλλειψης συναισθηματικής υποστήριξης και της δυσανάλογα μεγάλης ευθύνης που συχνά αναγκάζεται να αναλάβει η ίδια η γυναίκα. Έτσι ορισμένες γυναίκες είναι πιο ευάλωτες ψυχολογικά μπροστά στα διλήμματα της έκτρωσης, είναι συνήθως γυναίκες ψυχοκοινωνικά εξαρτημένες από άλλους, με προηγούμενες δυσκολίες προσαρμογής ή με ισχυρές ηθικές απαγορεύσεις. Φυσικό έντονο stress παρουσιάζουν και οι γυναίκες που κάποτε είχαν ένα υπερβολικό φόβο για τις χειρουργικές επεμβάσεις⁸.

3. Ψυχοπαθολογία μετά την έκτρωση.

Ο μύθος των σοβαρών συναισθηματικών επακόλουθων της έκτρωσης που είχε στηριχθεί σε μεμονωμένα περιστατικά πριν από την δεκαετία του '60 έχει καταπέσει. Ανεξάρτητα από τα αίτια που την προκαλούν η ψυχοπαθολογία μετά την έκτρωση χαρακτηρίζεται από μάλλον ήπια ενοχή και κατάθλιψη, και υποχωρεί συνήθως σε 1 - 2 εβδομάδες ή το πολύ σε 3 - 6 μήνες μετά την έκτρωση. Προφανώς μέσα σε 1 - 2 εβδομάδες οι περισσότερες γυναίκες έχουν αναπτύξει τους προσαρμοστικούς μηχανισμούς που τις απαλλάσσουν από την ελαφρά ψυχοπαθολογία που ακολουθεί την έκτρωση. Σοβαρότερη ψυχοπαθολογία παρουσιάζουν κατά κανόνα γυναίκες με ιστορικό ψυχικής πάθησης στις οποίες μπορεί να παρουσιαστεί έξαρση της προϋπάρχουσας συμπτωματολογίας. Το ίδιο όμως μπορεί να παρατηρηθεί σε αυτές τις γυναίκες και μετά από ένα φυσιολογικό τοκετό.

Θα μπορούσε κανείς να υποθέσει ότι η έκτρωση και ο φόβος μιας νέας έκτρωσης επιδρούν αρνητικά στην σεξουαλική ζωή μιας γυναίκας. Κάτι τέτοιο όμως, αν και δεν έχει μελετηθεί επαρκώς, δεν φαίνεται να συμβαίνει.

Μελέτες σε χώρες που έχουν φιλελευθεροποιήσει τις εκτρώσεις έδειξαν έντονη αντιδραστική ψυχοπαθολογία σε γυναίκες που ζήτησαν νόμιμη έκτρωση και δεν τους επετράπη, ανεξάρτητα αν κατέφυγαν αργότερα σε παράνομη έκτρωση ή αν περάτωσαν την ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. Επίσης σε παιδιά που γεννήθηκαν από ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, είτε δόθηκαν για υιοθεσία είτε όχι, παρατηρήθηκε συχνότερα αντικοινωνική συμπεριφορά, αλκοολισμός, χαμηλότερη επίδοση στα μαθήματα, απαλλαγή από το στρατό και μεγαλύτερη ανάγκη κοινωνικής βοήθειας και ψυχιατρικής φροντίδας.

Αντίθετα, γυναίκες που κάνουν νόμιμα έκτρωση την οποία επιθυμούν, επιβαρύνονται ψυχολογικά λιγότερο. Η πλειονότητα των γυναικών που έκαναν νόμιμη έκτρωση δεν ήταν αυτομομφικές και δεν είχαν καθόλου μετανιώσει για την όλη διαδικασία. Εξάλλου μόνο 2 από 35 γυναίκες που διέκοψαν την εγκυμοσύνη τους, δήλωσαν ότι δεν θα ξανάπαιρναν την ίδια απόφαση.

Η νόμιμη επιθυμητή έκτρωση έχει ψυχοπροφυλακτικό χαρακτήρα για τις περισσότερες γυναίκες. Μάλιστα αναφέρεται σαν μέτρο προληπτικής ψυχιατρικής. Μετά τη επέμβαση εκτονώνεται η συναισθηματική φόρτιση που προηγείται της έκτρωσης. Η ανακούφιση της γυναίκας που βρέθηκε στη δύσκολη θέση να έχει μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη υπερτερεί σε σύγκριση με το μάλλον μικρό συναισθηματικό κόστος της έκτρωσης. Το 95% των γυναικών που έκαναν νόμιμη και επιθυμητή έκτρωση δήλωσε ότι αυτή ήταν η καλύτερη λύση στο πρόβλημά τους. Άλλοι ερευνητές αναφέρουν ότι το ήμισυ και πλέον των γυναικών δήλωσαν ότι μετά την έκτρωση αισθάνθηκαν καλύτερα⁸.

4. Αντιμετώπιση της ψυχοπαθολογίας των εκτρώσεων.

Στο κοινωνικό επίπεδο η φιλελευθεροποίηση των εκτρώσεων και η νόμιμη κατοχύρωση του δικαιώματος κάθε γυναίκας να αποφασίζει αν και πότε θα γίνει μητέρα, θα οδηγήσει σε απενοχοποίηση όλων αυτών που μετέχουν και επηρεάζουν τη διαδικασία της έκτρωσης (γυναίκα, συζύγου, οικογένεια, ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού). Μόνο όταν η διαδικασία της έκτρωσης είναι απροκάλυπτα αποδεκτή θα μπορεί να γίνει ανοιχτή συζήτηση με το γιατρό και διεύρυνση όλων των δυνατών εναλλακτικών λύσεων. Αυτό θα έχει σαν αποτέλεσμα τον περιορισμό των εκτρώσεων, επειδή σε ορισμένες περιπτώσεις θα βρίσκονται άλλες προσφορότερες λύσεις. Άλλωστε η δυνατότητα για παρόμοιες συζητήσεις προάγει τη εφαρμογή και άλλων μεθόδων για αποτελεσματικότερη αντισύλληψη.

Μια ανοιχτή συζήτηση αποτελεί την καλύτερη αντιμετώπιση της ψυχοσύγκρουσης και του άγχους που προηγείται της επέμβασης, αλλά και της ενοχής και της κατάθλιψης που ακολουθούν. Μπορούμε συνεπώς να συμπεράνουμε ότι η φιλελευθεροποίηση των εκτρώσεων θα οδηγήσει ουσιαστικά σε πρόληψη της ψυχοπαθολογίας που σχετίζεται με την έκτρωση.

Σε ατομικό επίπεδο το κύριο βάρος της αντιμετώπισης, ιατρικής και ψυχολογικής, πέφτει στο γυναικολόγο. Είναι μάλλον βέβαιο ότι σχεδόν το σύνολο των γυναικολόγων δεν έχει αμφιθυμία σε ό,τι αφορά την έκτρωση. Όμως πολύ σπάνια προβαίνουν σε συστηματική ψυχολογική αντιμετώπιση των γυναικών που ζητούν να υποβληθούν σ' αυτήν την επέμβαση.

Ο γυναικολόγος θα πρέπει να προβαίνει σε αδρή ψυχοκοινωνική εκτίμηση κάθε περίπτωσης και να βοηθά τη γυναίκα να πάρει μόνη της την απόφαση για την έκτρωση. Συνήθως η ερώτηση που τίθεται δεν είναι αν θα πρέπει να γίνει η διακοπή της εγκυμοσύνης, αλλά με ποιο τρόπο η διαδικασία θα γίνει λιγότερο ψυχοτραυματική. Είναι απαραίτητο για το γιατρό να καταλάβει τι σημαίνει για τη συγκεκριμένη γυναίκα η εγκυμοσύνη και τι αντιπροσωπεύει για αυτήν η έκτρωση. Θα πρέπει να

της δώσει την ευκαιρία να εκφράσει τα συναισθήματά της και τις προσδοκίες της από την έκτρωση. Ακόμη. Μπορεί να είναι χρήσιμη και η συνάντηση με τρίτα πρόσωπα στο σύζυγο, τους γονείς κ.α.) βέβαια μόνο εφόσον η γυναίκα συγκατατεθεί προηγούμενα σ' αυτήν. Σε ορισμένες περιπτώσεις που μετά την πρώτη εκτίμηση, γίνεται φανερό μια έντονα αμφίθυμη στάση της γυναίκας ή το περιβάλλον της για την έκτρωση, είναι σκόπιμο να γίνεται επανεκτίμηση μετά 1 - 2 εβδομάδες. Αυτό το διάστημα βοηθά συχνά τη γυναίκα ν' αποκρυσταλλώσει τη συναισθηματική της στάση απέναντι στην έκτρωση και τα υπόλοιπα προβλήματα γύρω απ' αυτήν.

Η πείρα σε μερικές χώρες έχει δείξει ότι, σε περιπτώσεις με σοβαρές κοινωνικές συνιστώσες μπορεί να προσφέρει σημαντική βοήθεια η κοινωνική λειτουργός, η επισκέπτρια αδελφή ή η νοσηλεύτρια. Στον ψυχίατρο πρέπει να παραπέμπονται μόνο οι γυναίκες με έντονα ψυχιατρικά προβλήματα και ιδίως οι γυναίκες με σχιζοφρενή ψύχωση, με κατάθλιψη και τάσεις αυτοκαταστροφής. Η διαδικασία που προβλέπεται από πολλές νομοθεσίες και εξασφαλίζει απαραίτητα εκτίμηση από ψυχίατρο πριν από κάθε έκτρωση, στην πράξη έχει γίνει γραφειοκρατική τυπικότητα. Υποστηρίζεται μάλιστα ότι είναι περισσότερο επιβλαβής για τη γυναίκα, γιατί της καλλιεργεί την εντύπωση ότι έχει κάνει κάτι παράλογο με αποτέλεσμα να ενισχύεται το αίσθημα ενοχής της. Γενικά έχει παρατηρηθεί ότι ανεπαρκής εκτίμηση της συναισθηματικής κατάστασης των γυναικών πριν από την έκτρωση, έχει άμεση σχέση με τα ψυχολογικά επακόλουθά της. Επίσης για την διερεύνηση και θεραπεία αυτών των ψυχολογικών αντιδράσεων είναι σκόπιμο ο γιατρός να βλέπει τη γυναίκα οπωσδήποτε και μετά την έκτρωση. Μόνο στις λίγες περιπτώσεις που οι αντιδράσεις αυτές είναι έντονες, η ασθενείς πρέπει να παραπέμπεται σε ψυχίατρο, ο οποίος θα τη βοηθήσει να αναγνωρίσει τα συναισθήματά της και να αναπτύξει ρεαλιστικά σχέδια για τη ζωή της στο μέλλον. Οι συναντήσεις αυτές μπορεί να έχουν και τον τύπο της ομαδικής ψυχοθεραπείας με ομάδα ομοιοπαθών γυναικών.

Συμπερασματικά αξίζει να σημειωθούν τα ακόλουθα:

1. Η σχετική με την έκτρωση ψυχοσύγκρουση συμβαίνει ταυτόχρονα σε τρία επίπεδα: το ατομικό, το συζυγικό και το οικογενειακό - κοινωνικό. Έτσι η έγκυος εκτός από την ενδοψυχική της διαπάλη αντιμετωπίζει και τις δυσκολίες που προκύπτουν από την ψυχοσυναλλαγή της με το σύζυγο ή εραστή και το ευρύτερο οικογενειακό και κοινωνικό της περιβάλλον. Η ψυχοσύγκρουση πριν την έκτρωση δημιουργεί μια κατάσταση stress που συνοδεύεται από αμφιθυμία, άγχος, ενοχή και απογοήτευση. Μετά την έκτρωση κατά κανόνα εμφανίζεται ήπια κατάθλιψη που υποχωρεί σε 1 - 2 εβδομάδες ή το πολύ σε 3 - 6 μήνες. Οι σχετικά σπάνια καταστάσεις βαρύτερης ψυχοπαθολογίας συνήθως αφορούν τις γυναίκες με ιστορικό ψυχικής πάθησης.

2. Η έκτρωση όχι μόνο φαίνεται να έχει γενικότερα αρνητικές ψυχολογικές επιπτώσεις, αλλά θα μπορούσε να της αποδοθεί και κάποιος ψυχοπροφυλακτικός ρόλος.

3. Τα κοινωνικά μέσα για την αντιμετώπιση της ψυχοπαθολογίας των εκτρώσεων θα πρέπει να περιλαμβάνουν την φιλελευθεροποίηση των εκτρώσεων. Ανοιχτή διαδικασία για την έκτρωση θα οδηγήσει σε απενοχοποίηση της γυναίκας και του περιβάλλοντός της και συνεπώς σε μεγαλύτερη δυνατότητα διερεύνησης εναλλακτικών λύσεων.

4. Η κύρια ευθύνη για την ατομική αντιμετώπιση της ψυχοπαθολογίας των εκτρώσεων πέφτει στον γυναικολόγο. Ο γυναικολόγος θα πρέπει να κάνει μία αδρή ψυχοκοινωνική εκτίμηση κάθε περίπτωσης και να βοηθά τη γυναίκα να πάρει μόνη της την απόφαση για έκτρωση συνεκτιμώντας όλους τους παράγοντες που θα την διαμορφώσουν.

5. Παραπομπή σε ψυχίατρο πριν από την έκτρωση θα πρέπει να γίνεται μόνο σε περιπτώσεις γυναικών με σοβαρά ψυχιατρικά συμπτώματα που είναι μάλλον σπάνιες⁸.

Γ. ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΦΗΒΕΙΑ

ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ - ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ - ΕΚΤΡΩΣΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Από στοιχεία που προέρχονται από το παιδικής και εφηβικής γυναικολογίας της Α. Μαιευτικής και Γυναικολογικής κλινικής του πανεπιστημίου Αθηνών στο Νοσοκομείο «Αλεξάνδρα» προκύπτει ότι η σεξουαλική δραστηριότητα των εφήβων έχει αυξηθεί σημαντικά τα τελευταία τρία χρόνια. Το γεγονός αυτό έχει συντελέσει στον υπερδιπλασιασμό των κυήσεων στην εφηβεία (1984 5,3%, 1989 11,93) και επομένως και των εκτρώσεων.

Αυτό οφείλεται κυρίως στην άγνοια που έχουν σήμερα οι νέοι σε θέματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης. Αυτό τεκμηριώνεται και από το γεγονός ότι στη Σουηδία και τη Φιλανδία όπου η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση διδάσκεται στα σχολεία, διαπιστώνεται σημαντική ελάττωση του αριθμού των κυήσεων.

Τα πρώτα στοιχεία που έρχονται στο φως αφορούν την ενημέρωση των νέων πάνω στα θέματα αυτά και είναι αποκαρδιωτικά. Ένα ποσοστό 10% αναφέρει ότι η εξέταση Παπανικολάου είναι αντισυλληπτική μέθοδος. Και βέβαια όλα αυτά συμβένουν ενώ η πολητεία δεν δείχνει να έχει αντιληφθεί ακόμα το μέγεθος του προβλήματος.

Στα παραπάνω προστίθεται και η αύξηση των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων τα οποία φαίνεται ότι με τον τρόπο αυτό έρχονται πάλι στην επικαιρότητα. Και βέβαια δεν μειλάει κανένας για τον πολυσηζητημένο ιό του AIDS αλλά για τη σύφιλη και τη γονοκοκκή ουρηθρίτιδα, καθώς και για τις άλλες μικροβιακές καταστάσεις που επηρεάζουν άμεσα το γεννητικό σύστημα τόσο στον άντρα όσο και σ'τη γυναίκα.

Τα παραπάνω έρχονται να τροποποιήσουν τις μέχρι σήμερα χρησιμοποιούμενες αντισυλληπτικές μεθόδους και ιδίως εκείνες που χρησιμοποιούνται από τους νέους. Ενώ το χάπι θεωρείται προσφυλής αντισυλληπτική μέθοδος στη εφηβία, το προφυλακτικό έχει αρχίσει και κατακτάει έδαφος γιατί παράλληλα προφυλάσει και από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Η κυκλοφορία τέλος ειδικών κολπικών σπόγγ-

γων με σύγχρονη αντισπερματοκτόνο, αντιβακτηριδιακή και αντι-ική δράση παρέχει μια ακόμα αντισυληπτική δυνατότητα στις νέες κοπέλες οι οποίες επιθυμούν να αποφύγουν την ορμονική αντισύληψη.

Όλα αυτά στρέφονται γύρω από την ενημέρωση των νέων. Σήμερα θεωρείται επιβέβλημένο, οι νέοι να ενημερώνονται σωστά πάνω σε θέματα γεννησιακής αγωγής και να ενταχθεί το μάθημα της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης στα σχολεία, γιατί μόνο έτσι θα προλυφθούν ανεπιθύμητες κοινωνικές και ψυχολογικές επιπτώσεις καθώς επίσης και επιπλοκές από το γεννητικό σύστημα, η ακαιρεότητα του οποίου θεωρείται απαραίτητη για την αναπαραγωγική λειτουργία μετά από μερικά χρόνια⁹.

Κυησεις και εκτρώσεις στην εφηβία.

Η εφηβία είναι μια φυσική ψυχολογική και κοινωνική μεταβατική περίοδος, κατά την οποία συντελούνται μεταβολές σε διάφορα επίπεδα, αντιπροσωπεύει δε, το ποίο ενδιαφέρον και κρίσιμο στάδιο στην ανάπτυξη του κοριτσιού όπου αυτό αναζητεί την σεξουαλική του ταυτότητα.

Ιατρικοί κίνδυνοι για την έφηβη έγκυο.

Τα ιατρικά προβλήματα τα οποία έρχονται να συμπληρώσουν τα ψυχολογο-κοινωνικο-οικονομικά, που επιβαρύνουν την έφηβη έγκυο γυναίκα είναι:

1. η τοξιναιμία (προεκλαμψία - εκλαμψία)
2. η πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα
3. η δυσαναλογία και,
4. αναιμία.

Αναλυτικότερα, έχει παρατηρηθεί αυξημένη επίπτωση της παθολογίας της κύησης στις έφηβες έγκυες και ειδικότερα, προβλήματα από έλλειψη σιδήρου, βιταμινών, ασβεστίου, προβλήματα αναιμίας με σοβαρότερη όλων την συχνότερη εμφάνιση τοξιναιμίας.

Τοξιναιμία είναι επιπλοκή της εγκυμοσύνης που εκδηλώνεται με υψηλή πίεση, οιδήματα, λευκωματουρία και μερικές φορές σπασμούς, θέτοντας σε άμεσο κίνδυνο τη ζωή της έφηβης μέλλουσας μητέρας όσο και του εμβρύου.

Οι μικρότερες διαστάσεις της πυέλου στην έφηβη δημιουργούν δυσαναλογία μεταξύ εμβρύου και πυέλου πράγμα καθοριστικό για το είδος του τοκετού.

Τέλος, η συχνότητα γεννήσεων παιδιών με τρισωμία 21 (σύνδρομο Down) είναι σχεδόν ίδια στις έφηβες όσο και στις γυναίκες άνω των 40 ετών, ενώ αρκετά συχνά παρατηρείται πρόωρη αποκόλληση πτυ πλακούντα.

Η σοβαρότητα αυτών των κινδύνων, καθιστούν επιβεβλημένη την ιατρική παρακολούθηση των νεαρών κοριτσιών σε καλά οργανωμένα κέντρα, από την αρχή της εγκυμοσύνης μέχρι και την περάτωση του τοκετού.

Εκτρώσεις στην εφηβεία.

Θα ήταν πάρα πολύ δύσκολο, μιλώντας κανείς για τις εκτρώσεις στην εφηβεία, να αναφερθεί σε ποσοστά.

Εν τούτοις οι εκτρώσεις για κορίτσια 14 - 19 ετών, ενώ για το 1975 αντιπροσώπευαν ένα ποσοστό 28,8%, το 1989 αυτό αυξήθηκε σε >35%. Για το ίδιο θέμα ανατρέχοντας σε επίσημα στατιστικά στοιχεία από τη γείτονα μας Ιταλία, το ποσοστό των κοριτσιών κάτω των 20 ετών που ζήτησαν εκούσια διακοπή της κύησης για τα έτη 1979 - 1986, αντιπροσώπευε περίπου μόλις το 8% του συνόλου. Στις Η.Π.Α. το 39% των κυήσεων στην εφηβεία καταλήγουν σε εκτρώσεις, ενώ το $\frac{1}{3}$ όλων των εκτρώσεων αφορά νεαρά κορίτσια κάτω των 20 ετών.

Στην Ελλάδα, η διακοπή της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης μέχρι την 12η εβδομάδα κύησης, νομοθετικά κατοχυρωμένη σήμερα, απαιτεί για την συναινούσα έφηβη γραπτή συγκατάθεση ενός από τους δύο γονείς

ή του ατόμου που την επιμελείται. Απαραίτητος είναι ο κλινικοεργαστηριακός έλεγχος και η αναισθησιολογική εξέταση πριν από την επέμβαση. Γι' αυτήν, η οποία είναι ολιγόλεπτης διάρκειας, απαιτείται κατάλληλος εξοπλισμός και πρέπει να γίνεται σε καλά οργανωμένα κέντρα.

Είναι όμως επικίνδυνη;

Σ' αυτό το ερώτημα απαντούν οι παγκόσμιες ανακοινώσεις, που αναφέρουν ποσοστό θανάτου που δεν υπερβαίνει, ευτυχώς, το 2% στις 100.000 γυναίκες. Οι επιπλοκές από την επέμβαση διακρίνονται σε άμεσες και έμμεσες. Στις άμεσες επιπλοκές η διάτρηση της μήτρας και η προκαλούμενη αιμορραγία μπορούν να οδηγήσουν ακόμη και σε ολική υστερεκτομία. Κακώσεις κατά την ώρα της επέμβασης και επιγενόμενες φλεγμονές, πρέπει να τυγχάνουν ιδιαίτερης προσοχής και θεραπευτικής αντιμετώπισης για την αποτροπή των απωτέρων επιπλοκών όπως ενδομητρίτιδα, σαλπινγίτιδα, πυελίτιδα και ανεπάρκεια του έσω τραχηλικού στομίου.

Στο φόβο της έκτρωσης και των επιπλοκών της, που είναι σήμερα ο μόνος τρόπος για την διακοπή της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, απαντούν ερευνητές από τη Γαλλία, δοκιμάζοντας με μεγάλη επιτυχία τη φαρμακευτική διακοπή της εγκυμοσύνης.

Συμπεράσματα.

- Η εγκυμοσύνη στην εφηβεία δημιουργεί κοινωνικά και ιατρικά προβλήματα.
- Πιστεύουμε ότι το ποσοστό των κυήσεων και εκτρώσεων στην εφηβεία είναι δυνατόν να ελαττωθεί, εάν εφαρμοστούν σωστά προγράμματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης και οικογενειακού προγραμματισμού.
- Οι επιπλοκές της εγκυμοσύνης στην εφηβεία θα μειωθούν, αν γίνεται η παρακολούθηση σε καλά οργανωμένα ειδικά κέντρα, με σωστή ιατρική και κοινωνική φροντίδα¹⁰.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο

Α. ΥΠΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η γεννητικότητα είναι ένα θέμα αρκετά δύσκολο, αλλά και περίπλοκο, γιατί για τη διαμόρφωσή του υπεισέρχονται πολλοί παράγοντες, κοινωνικοί, πολιτιστικοί αλλά και πολιτικοί. Για παράδειγμα οι συντηρητικές ή φιλελεύθερες ιδέες του κόμματος που κυβερνάει καθρεφτίζονται πάνω στον τρόπο που αντιμετωπίζει τη γεννητικότητα.

Επίσης στις αγροτικές κοινωνίες βλέπουμε ότι είναι πατροπαράδοτη η τάση για υψηλά ποσοστά γεννητικότητας και θανάτων. Αυτή η πολυτεκνία στην επαρχία υπαγορεύεται από την επιθυμία των γονέων να αποκτήσουν πολλά παιδιά και μάλιστα αγόρια, που θα τα χρησιμοποιήσουν στα σκληρές εργασίες της υπαίθρου, ενώ ταυτόχρονα θα αποτελέσουν εγγύηση για τα γηρατειά και τις αρρώστιες.

Ένας άλλος λόγος εξίσου σοβαρός ξεκινάει από την αντίληψη πως όσα περισσότερα παιδιά γεννήσει μια γυναίκα, τόσο πιο «προκομμένη» είναι, τόσο περισσότερο καταξιώνεται στους κόλπους της οικογένειας και της κοινωνίας.

Εξάλλου εκεί όπου η θνησιμότητα των παιδιών είναι υψηλή, παρατηρείται μια τάση εκ μέρους των ζευγαριών για απόκτηση περισσότερων παιδιών. Με τη βελτίωση της δημόσιας υγείας παρατηρείται ελάττωση του ποσοστού θανάτων μεγαλύτερη από την ελάττωση ποσοστού γεννήσεων. Η μείωση του αριθμού των θανάτων δε συνοδεύεται με παράλληλη ελάττωση του αριθμού των γεννήσεων. Το ποσοστό των γεννήσεων τείνει να ελαττωθεί με την αύξηση της αστυφιλίας που συνεπάγεται τη σταδιακή ανάπτυξη της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης των πολιτών.³

Α' ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ (ΑΠΟΓΡΑΦΕΣ ΚΑΙ ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΙ)

Π: 1. Πληθυσμός, επιφάνεια και πυκνότητα του πληθυσμού της Ελλάδος¹: 1821-1981

Έτος απογραφής	Πληθυσμός	Μεταβολές		Επιφάνεια σε τ. χμ. ²	Κάτοικοι ανά τ. χμ.
		Απόλυτοι αριθμοί	%		
1821 ³	938,765	-	-	47,516	19,76
1828.....	753,400	-185,365	-19,75	47,516	15,86
1838.....	752,077	-1,323	-0,18	47,516	15,83
1839.....	823,773	71,696	9,53	47,516	17,34
1840.....	850,246	26,473	3,21	47,516	17,89
1841.....	861,019	10,773	1,27	47,516	18,12
1842.....	853,005	-8,014	-0,93	47,516	17,95
1843.....	915,059	62,054	7,27	47,516	19,26
1844.....	930,295	15,236	1,67	47,516	19,58
1845.....	960,236	29,941	3,22	47,516	20,21
1848.....	986,731	26,495	2,76	47,516	20,77
1853.....	1,035,527	48,796	4,95	47,516	21,79
1856.....	1,062,625	27,100	2,62	47,516	22,36
1861 (12 III - 10 V)	1,096,810	34,183	3,22	47,516	23,08
1870 (2 - 17 V) ⁴	1,457,894	361,084	32,92	50,211	29,04
1879 (15 - 21 IV) ...	1,679,470	221,576	15,20	50,211	33,45
1889 (16 IV) ⁵	2,187,208	507,738	30,23	63,606	34,39
1896 (6 X).....	2,433,806	246,598	11,27	63,606	38,26
1907 (27 X) ⁶	2,631,952	198,146	8,14	63,211	41,64
1920 (19 XII) ⁷	5,016,889	2,384,937	90,61	127,000	39,50
1928 (16 V).....	6,204,684	1,187,795	23,68	129,281	47,99
1940 (16 X).....	7,344,860	1,140,176	18,38	129,281	56,81
1951 (7IV) ^{8 9}	7,632,801	287,941	3,92	131,957	57,84
1961 (19 III).....	8,388,553	755,752	9,90	131,957	63,57
1971 (14 III).....	8,768,641	380,088	4,53	131,957	66,45
1981 (5 IV)	9,740,417	971,776	11,08	131,957	73,82

¹ Τα δεδομένα αναφέρονται στον πραγματικό αριθμό.² Περιλαμβάνονται οι ποταμοί Ήλμπεκλά, που βρίσκονται στα όρια της χώρας.³ Ο πληθυσμός εξακριβώθηκε αναδρομικά με την απογραφή 1828.⁴ Μετά την προσάρτηση των Ιονίων Νήσων το 1864.⁵ Μετά την προσάρτηση της Θεσσαλίας και Ήλβας το 1881.⁶ Μετά την παραχώρηση μικρής λωρίδας εδάφους της Θεσσαλίας το 1897.⁷ Μετά στα όρια της συνθήκης της Λοζάννης (1923). Δεν περιλαμβάνεται ο πληθυσμός και η έκταση της Ανατολικής Θράκης, Ήβρου και Τεντέου, τα οποία είχαν αρχικά περιληφθεί στην απογραφή του 1920.⁸ Μετά την προσάρτηση της Δωδεκανήσου το 1947.⁹ Η επιφάνεια εξακριβώθηκε με εμβοδομέτρηση που έγινε το 1963 και αναθεωρήθηκε το 1973 και το 1983.

Π. 2. Πληθυσμός της Ελλάδος κατά φύλο, κατά τις απογραφές 1870 - 1981.

Έτος απογραφής	Πληθυσμός			Επί 100 κατοίκων		Θήλεις επί 100 αρρένων
	Αμφότερων των φύλων	Άρρενες	Θήλεις	Άρρενες	Θήλεις	
1870.....	1,457,894	754,176	703,718	52	48	93
1879.....	1,679,470	880,952	798,518	52	48	91
1889.....	2,187,208	1,133,625	1,053,583	52	48	93
1896.....	2,433,806	1,266,816	1,166,990	52	48	92
1907.....	2,631,952	1,324,942	1,307,010	50	50	99
1920.....	5,016,889	2,495,316	2,521,573	50	50	101
1928.....	6,204,684	3,076,235	3,128,449	50	50	102
1940.....	7,344,860	3,658,393	3,686,467	50	50	101
1951.....	7,632,801	3,721,648	3,911,153	49	51	105
1961.....	8,388,553	4,091,894	4,296,659	49	51	105
1971 ¹	8,768,372	4,286,748	4,481,624	49	51	105
1981 ²	9,739,589	4,779,571	4,960,018	49	51	104

1. Δειγματοληπτική επεξεργασία 25% των δελτίων της απογραφής πληθυσμου.

2. Δειγματοληπτική επεξεργασία 10% των δελτίων της απογραφής πληθυσμου.

Β. ΦΥΣΙΚΗ ΚΙΝΗΣΗ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

Π. Γάμοι, γεννήσεις, θάνατοι - Απόλυτοι αριθμοί και ποσοστά: 1933 - 1940 και 1953 - 1991.

Έτος	Γάμοι		Γεννήσεις ζώντων		Γεννήσεις νεκρών		Θάνατοι		Θάνατοι κάτω του 1 έτους	
	Απόλυτοι αριθμοί	Επί 1,000 κατοίκων	Απόλυτοι αριθμοί	Επί 1,000 κατοίκων	Απόλυτοι αριθμοί	Επί 1,000 γεννηθέντων ζώντων	Απόλυτοι αριθμοί	Επί 1,000 κατοίκων	Απόλυτοι αριθμοί	Επί 1,000 γεννηθέντων ζώντων
1933	46,263	6,98	189,583	28,62	1,980	10,44	111,447	16,82	23,268	122,73
1934	47,301	7,03	208,929	31,06	2,107	10,08	100,651	14,94	23,329	111,66
1935	45,690	6,68	192,511	28,16	1,794	9,32	101,416	14,83	21,708	112,76
1936	38,750	5,59	193,343	27,87	1,759	9,10	105,005	15,14	22,074	114,77
1937	45,833	6,52	183,878	26,16	1,814	9,86	105,674	15,04	22,469	122,19
1938	46,027	6,46	184,509	25,91	1,835	9,94	93,766	13,17	18,345	99,13
1939	47,559	6,59	178,852	24,77	1,804	10,09	100,459	13,91	21,132	118,15
1940	32,830	4,49	179,500	24,53	93,830	12,82
1953	60,909	7,78	143,765	18,37	1,605	11,16	56,680	7,24	6,107	42,48
1954	63,535	8,05	151,892	19,23	1,652	10,88	55,625	7,04	6,432	42,35
1955	66,274	8,31	154,263	19,35	1,854	12,02	54,781	6,87	6,713	43,52
1956	55,233	6,88	158,203	19,70	2,032	12,84	59,460	7,40	6,128	38,73
1957	68,818	8,50	155,940	19,26	1,956	12,54	61,664	7,62	6,884	44,15
1958	69,178	8,46	155,359	19,01	2,097	13,50	58,106	7,12	6,063	39,03
1959	74,213	8,99	160,199	19,40	2,162	13,49	60,852	7,37	6,510	40,64
1960	58,165	6,98	157,239	18,88	2,274	14,46	60,563	7,27	6,300	40,07
1961	70,914	8,44	150,716	17,94	2,042	13,55	63,955	7,61	6,006	39,85
1962	70,675	8,36	152,158	18,01	2,206	14,50	66,554	7,88	6,144	40,38
1963	78,038	9,20	148,249	17,48	2,211	14,91	66,813	7,88	5,825	39,29
1964	76,042	8,94	153,109	18,00	2,441	15,94	69,429	8,16	5,488	35,84
1965	80,728	9,44	151,448	17,71	2,384	15,74	67,269	7,87	5,194	34,30
1966	71,666	8,32	154,613	17,95	2,479	16,03	67,912	7,88	5,253	33,97
1967	81,706	9,37	162,839	18,68	2,434	14,94	71,975	8,26	5,590	34,33
1968	65,371	7,43	160,338	18,21	2,241	13,98	73,309	8,33	5,518	34,41
1969	72,544	8,21	154,077	17,44	2,238	14,53	71,825	8,13	4,899	31,80
1970	67,439	7,67	144,928	16,48	1,922	13,26	74,009	8,42	4,290	29,60
1971	73,350	8,31	141,126	15,98	1,920	13,60	73,819	8,36	3,797	26,90
1972	60,114	6,77	140,891	15,85	1,806	12,82	76,859	8,65	3,851	27,33
1973	73,762	8,26	137,526	15,40	1,697	12,34	77,648	8,70	3,320	24,14
1974	68,059	7,59	144,069	16,08	1,756	12,19	76,303	8,51	3,448	23,93
1975	76,452	8,45	142,273	15,73	1,701	11,95	80,077	8,85	3,409	23,96
1976	63,540	6,90	146,566	16,00	1,807	12,41	81,818	8,90	3,300	22,50
1977	76,228	8,22	143,739	15,51	1,566	10,89	83,750	9,04	2,927	20,36
1978	72,523	7,75	146,588	15,66	1,503	10,25	81,615	8,72	2,833	19,33
1979	79,023	8,36	147,965	15,66	1,454	9,83	82,338	8,71	2,772	18,73
1980	62,352	6,47	148,134	15,36	1,368	9,20	87,282	9,05	2,658	17,94
1981	71,178	7,31	140,953	14,48	1,323	9,38	86,261	8,86	2,294	16,27
1982	67,784	6,92	137,275	14,01	1,187	8,65	86,345	8,82	2,076	15,12
1983	71,143	7,22	132,608	13,47	1,174	8,85	90,586	9,20	1,932	14,57
1984	54,793	5,54	125,724	12,70	1,130	8,99	88,397	8,93	1,803	14,34
1985	63,709	6,41	116,481	11,73	950	8,16	92,886	9,35	1,647	14,14
1986	58,891	5,83	112,810	11,32	926	8,21	91,783	9,21	1,381	12,24
1987	66,166	6,62	106,392	10,65	853	8,02	95,656	9,58	1,247	11,72
1988	47,873	4,79	107,505	10,75	736	6,85	92,407	9,24	1,187	11,04
1989	61,884	6,16	101,657	10,13	735	7,23	92,720	9,24	989	9,73
1990	59,052	5,85	102,229	10,13	735	7,19	94,152	9,33	993	9,71
1991	65,568	6,43	102,620	10,06	706	6,88	95,498	9,36	927	9,03

Γενική παρατήρηση: Τα γενεστικά στοιχεία αφορούν πλήρη χρονιά (γάμοι, γεννήσεις, θάνατοι) άνω των 15 ετών και το έτος 1940.

1933, και το έτος για καθάρσεις, και από το έτος 1956 και ύστερα, και το έτος του διαζυγίου. Στα στοιχεία των ετών από το 1954 και

εγκλιμακώνεται η διακοπή της η οποία προδηλώνεται στην Ελλάδα το 1945

Αίτια Υπογεννητικότητας

1. Αστικοποίηση - Εισόδημα - Μόρφωση

Σε αντιστοιχία με τη διάκριση σε διεθνές επίπεδο του υψηλού ρυθμού αναπαραγωγής των μη ανεπτυγμένων χωρών από τον σχετικά χαμηλότερο των ανεπτυγμένων, παρατηρούνται παρόμοιες διαφοροποιήσεις και μέσα στα πλαίσια κάθε έθνους. Στατιστικές μετρήσεις, που υπάρχουν σε επάρκεια όσον αφορά τις προηγμένες χώρες, οδηγούν στο συμπέρασμα ότι διαφορετικές κατηγορίες ανθρώπων αναπαράγονται με διαφορετικούς ρυθμούς μέσα στα πλαίσια του ίδιου εθνικού πληθυσμιακού συνόλου.

Μια πρώτη τέτοια διαφοροποίηση παρατηρείται μεταξύ των κατοίκων των πόλεων και της αγροτικής υπαίθρου. Ο βαθμός αστικοποίησης ενός πληθυσμιακού συνόλου σχετίζεται κατ' αντίστροφο λόγο με τον μέσο όρο του αριθμού παιδιών ανά οικογένεια, έτσι ώστε οι άνθρωποι των πόλεων να αποκτούν λιγότερα παιδιά από τους ανθρώπους των αγροτικών περιοχών. Στην εκδήλωση αυτής της διαφοράς του ρυθμού αναπαραγωγής θεωρείται ότι συμβάλλει μια ποικιλία παραγόντων όπως οι παραλλαγές στις μορφές της οικογένειας μεταξύ πόλης και χωριού, η διαφορετική αποτελεσματικότητα των ηθών και των εθίμων, η διαφορά του ευρύτερου κοινωνικού μα και φυσικού περιβάλλοντος και μια σειρά άλλοι παράγοντες, «υποκειμενικής» ή «αντικειμενικής» αιτιολογίας. Πάντως σαν γενικότερη εξήγηση αυτής της ανισότητας των ρυθμών αναπαραγωγής, υποστηρίζεται ότι ισχύει η διαφορά του πολιτιστικού επιπέδου μεταξύ πόλης και υπαίθρου. Το ανώτερο πολιτιστικό επίπεδο των πόλεων θεωρείται ότι ευνοεί μια περισσότερο υπεύθυνη στάση απέναντι στην αξία ζωής του ανθρώπου, και κατά συνέπεια οι γονείς με αστικό πολιτιστικό υπόβαθρο είναι πιο προσεκτικοί και πιο επιφυλακτικοί για το πόσα παιδιά θα φέρουν στον κόσμο. Αντίθετα οι γονείς με αγροτικό πολιτιστικό υπόβαθρο, όντας πιο κοντά στη γη και στους φυσικούς ρυθ-

μούς της επιδίδονται στην τεκνοποιητική λειτουργία πιο αυθόρμητα και πιο απερίσκεπτα.

Παράλληλα, διαπιστώνεται ότι και η διαφορά στο ύψος του εισοδήματος επηρεάζει τον ρυθμό αναπαραγωγής των ανθρώπων. Σε μια κοινωνία τα μέλη με τα χαμηλότερα εισοδήματα κάνουν περισσότερα παιδιά σε σύγκριση με τα μέλη της ίδιας κοινωνίας που έχουν μεγαλύτερα εισοδήματα. Για την αιτιολόγηση αυτής της διαφοράς μπορούν να αναφερθούν αρκετοί παράγοντες, από την έλλειψη στους φτωχούς των μέσων ελέγχου της αναπαραγωγικής λειτουργίας μέχρι και το διαφορετικό περιεχόμενο της καθημερινής ζωής μεταξύ πλούσιων και φτωχών. Αλλά και σ' αυτή την περίπτωση, σαν γενικότερη εξήγηση του υψηλότερου ρυθμού αναπαραγωγής των φτωχότερων σε σχέση με τους πλουσιότερους, θεωρείται ότι ισχύει η αντίστοιχη διαφορά του πολιτιστικού επιπέδου. Όσο πιο φτωχός είναι ο άνθρωπος τόσο περισσότερο είναι απορροφημένος από την προσπάθεια αντιμετώπισης των βασικών υλικών αναγκών της ζωής του, και τόσο λιγότερο ευκαιρεί να ασχοληθεί με την καλλιέργεια των πνευματικών δυνατοτήτων του. Έτσι και η αξιολόγηση της σπουδαιότητας του γεγονότος της τεκνοποίησης παραμένει σχετικά χαμηλότερη στους φτωχούς οι οποίοι, σε σύγκριση με τους πλούσιους, πιο εύκολα και με λιγότερους ενδοιασμούς αποφασίζουν να κάνουν παιδιά.

Τέλος ένα ακόμα χαρακτηριστικό που σχετίζεται με τις διακυμάνσεις του ρυθμού αναπαραγωγής ενός πληθυσμού είναι το μορφωτικό επίπεδο των επιμέρους πληθυσμιακών κατηγοριών. Η σχέση μεταξύ αυτών των δύο μεγεθών, μόρφωσης και αναπαραγωγής, είναι ιδιαίτερα υψηλή και οπωσδήποτε υπερισχύει όλων των άλλων συσχετίσεων. Βέβαια η μόρφωση είναι μια αρκετά γενική και ασαφής έννοια και είναι αμφισβητούμενο αν μπορεί να αποτελέσει αντικείμενο μετρήσεων. Όμως αν περιοριστούμε στη μερικότερη έννοια της μόρφωσης που αντιστοιχεί στα επίπεδα της εκπαίδευσης όπως αυτή παρέχεται συστηματοποιημένη στα μέλη κάθε κοινωνίας, τότε έχουμε να κάνουμε με κάτι αρκετά συγκεκριμένο και μετρήσιμο. Υπάρχουν πολλές στατιστικές που αποδεικνύουν ότι όσο υψηλότερο είναι το επίπεδο αυτής της κοινωνικά συστη-

ματοποιημένης εκπαίδευσης, τόσο χαμηλότερος είναι ο ρυθμός αναπαραγωγής. Οι εντελώς ανεκπαιδευτοι άνθρωποι κάνουν περισσότερα παιδιά από εκείνους που έχουν λάβει στοιχειώδη εκπαίδευση κι ακόμα περισσότερα από όσους έχουν λάβει μέση εκπαίδευση.

Η ίδια κλιμακωτή μείωση του ρυθμού αναπαραγωγής ισχύει και για τις υπόλοιπες βαθμίδες της ανώτερης και της ανώτατης εκπαίδευσης. Είναι τόσο ισχυρή αυτή η συσχέτιση της τεκνοποίησης με το επίπεδο της συστηματοποιημένης εκπαίδευσης ώστε, κατά μέσο όρο, οι άνθρωποι μιας κοινωνίας που δεν έχουν εκπαιδευτεί καθόλου, αποκτούν σχεδόν διπλάσιο αριθμό παιδιών από εκείνους που έχουν λάβει ανώτατη εκπαίδευση.

Σαν συμπληρωματική προς την κοινωνικά συστηματοποιημένη εκπαίδευση, μια άλλη εξειδίκευση της γενικότερης έννοιας «μόρφωση», είναι εκείνη που αποκτάται στη βάση των προσωπικών εφοδίων ζωής και την οποία μπορούμε να κατονομάσουμε με τον όρο «δια βίου μόρφωση». Η τελευταία όντας λιγότερο προϊόν της οργανωμένης εκπαίδευσης που παρέχει η κοινωνία, και οφειλόμενη περισσότερο σε σχετικά αστάθμητους παράγοντες όπως το συναισθηματικό δυναμικό, η διανοητική ευχέρεια, η ευφυΐα, η πνευματικότητα, ο ψυχολογικός προσανατολισμός, ο πλούτος εμπειριών κ.τ.λ. δεν είναι δυνατό να καταμετρηθεί συγκεκριμένα και απόλυτα. Όμως είναι δυνατό να γίνει αντιληπτή σε μια ευέλικτη και ευαίσθητη ανθρωπολογική παρατήρηση που δεν περιορίζεται από αυστηρούς μεθοδολογικούς κανόνες. Αντί των έγκυρων στατιστικών μετρήσεων που αναφέρονται στην «συστηματοποιημένη εκπαίδευση», θα πρέπει να αρκεστούμε, όσον αφορά το επίπεδο της « δια βίου μόρφωσης», σε ενδείξεις λιγότερο σαφείς αλλά εξίσου χρήσιμες. Κι εδώ δικαιολογείται η ίδια διαπίστωση που αποδεδειγμένα ισχύει για την συστηματοποιημένη εκπαίδευση. Όσο ανώτερου επιπέδου είναι η «δια βίου μόρφωση» που χαρακτηρίζει τους ανθρώπους, τόσο χαμηλότερος είναι ο μέσος όρος του αριθμού των παιδιών που αποκτούν αυτοί.

Αυτή η αντίστροφη σχέση του γενικού επιπέδου μόρφωσης με τον ρυθμό της αναπαραγωγής, αποτελεί ένα εξαιρετικά σημαντικό δεδομέ-

νο για τη μελέτη των αιτιών που φέρνουν τους ανθρώπους στην απόφαση να κάνουν παιδιά. Το γεγονός ότι η μόρφωση αντιστρατεύεται στην αυξημένη αναπαραγωγή των ανθρώπων μπορεί να ερμηνευθεί κατά ένα μέρος σαν αποτέλεσμα της αξιοποίησης των μέσων γνώσης που διαθέτουν οι μορφωμένοι περισσότερο από τους μη έχοντες μόρφωση.

Είναι σίγουρο πως η μόρφωση σαν εργαλείο, χρησιμεύει στην αυτοδιαχείριση της ζωής του ανθρώπου σύμφωνα με τις δικές του επιθυμίες. Όμως πέρα από αυτό, η μόρφωση με την ευρύτερη έννοιά της, είναι για τον άνθρωπο ένα από τα κύρια εφόδια που τον καθιστούν ικανό να αναλάβει την ευθύνη της ζωής του, να προχωρήσει στην αναζήτηση της προσωπικής του ολοκλήρωσης, να επιθυμήσει την κοινωνική του ένταξη και να επιλέξει τον τρόπο της ηθελημένης πραγματοποίησής της. Η μόρφωση τόσο με την έννοια της «συστηματοποιημένης εκπαίδευσης» αλλά και ακόμα περισσότερο με την πολυδιάστατη έννοια που αποκαλέσαμε «δια βίου μόρφωση» αποτελεί τον δυναμικότερο ίσως παράγοντα για την πολιτιστική ανέλιξη του ανθρώπου και της ανθρωπότητας. Γι' αυτό και σύμφωνα με τα παραπάνω, η αρνητική συσχέτιση του επιπέδου μόρφωσης με τον μέσο όρο του αριθμού παιδιών, ισοδυναμεί με μια πολιτιστική δικαίωση του χαμηλότερου ρυθμού της αναπαραγωγής των ανθρώπων³.

2. Εκπαίδευση και νομική θέση της γυναίκας.

Η εκπαίδευση των γυναικών επηρεάζει αναμφίβολα τη γεννητικότητα. Έτσι μια μορφωμένη γυναίκα προσανατολίζεται και σε άλλους τομείς της ανθρώπινης δραστηριότητας, διεκδικεί ίσα δικαιώματα, ίσες ευκαιρίες με το ισχυρό φύλο, ζητάει νομική κατοχύρωση στις διεκδικήσεις της.

Στις παλιότερες εποχές, τη γυναίκα τη θεωρούσαν υποδεέστερο πράγμα από τον άντρα, που διεκδικούσε το δικαίωμα θανάτου και ζωής πάνω της. Αντίθετα σήμερα βλέπουμε με χαρά πως η γυναίκα εξισώθηκε πέρα για πέρα με τον άντρα και είναι αστείο να μιλάμε πια για αφέντη και δούλα.

3. Πολιτιστικά πρότυπα.

Παλιότερα στην Ελλάδα ο προορισμός του κοριτσιού ήταν να παντρευτεί σε μικρή ηλικία, για να δημιουργήσει μια ευτυχισμένη οικογένεια με πολλά παιδιά. Μετά το Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο, όμως, το ποσοστό των γυναικών που τελείωσαν τα ανώτατα εκπαιδευτικά ιδρύματα αυξήθηκε σημαντικά. Τότε ήταν που η γυναίκα άρχισε να εξομοιώνεται με τον άνδρα με αποτέλεσμα να γίνεται οικονομικά ανεξάρτητη και να μη θέλει πλέον τη μεγάλη οικογένεια.

Στην Ελλάδα σήμερα για κάθε οικογένεια αντιστοιχούν 2,6 παιδιά στις μεγάλες πόλεις και 2,9 στην ύπαιθρο.

4. Διαθεσιμότητα των αντισυλληπτικών.

Η παροχή πληροφοριών σχετικά με τα αντισυλληπτικά και τις υπηρεσίες διαφώτισης, κλινικές κ.τ.λ. είναι ένας παράγοντας που επηρεάζει άμεσα τη γεννητικότητα.

Αυτό το διαπιστώνει ο καθένας σε χώρες και λαούς όπου δεν γίνεται καμιά πληροφόρηση γύρω από τα αντισυλληπτικά. Οι ανορθόδοξοι τρόποι αμβλώσεων, που δίνουν διέξοδο στις ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες, μικρές μητέρες και οι υπέρμετρα πολυμελείς οικογένειες είναι τα κύρια χαρακτηριστικά των υπανάπτυκτων λαών.

5. Κυβερνητική πολιτική.

Η Πολιτική της εκάστοτε Κυβέρνησης είναι η ενίσχυση της αναπαραγωγικότητας με κάθε τρόπο. Αυτό προκύπτει από τα μέτρα που παίρνει κάθε φορά για την προστασία του θεσμού του γάμου, της μητρότητας, της εργαζόμενης μητέρας καθώς και από τις φορολογικές απαλλαγές και τα ειδικά επιδόματα που θεσπίζει.

Για παράδειγμα στη Γαλλία η Κυβέρνηση τάχτηκε υπέρ της αύξησης του μεγέθους της οικογένειας. Αντίθετα στην Ινδία η Κυβέρνηση προσπάθησε να αποθαρρύνει τον γρήγορο ρυθμό τεκνοποίησης. Στην Κίνα γίνεται διαφώτιση σε ευρεία κλίμακα και δίνονται ελεύθερα τα α-

ντισυλληπτικά, ώστε να αναχαιτιστεί η πολυτεκνία, που μαστίζει τη χώρα.

Διαπιστώνουμε λοιπόν, μετά τα παραπάνω παραδείγματα, πως, όπου υπάρχει υπογονιμότητα, παίρνονται μέτρα από την Πολιτεία για την ενθάρρυνση της αναπαραγωγικότητας, ενώ όπου ο ρυθμός της τεκνοποίησης είναι πολύ γρήγορος, παίρνονται μέτρα για την ανάσχεση της γεννητικότητας.³

B. ΣΤΕΙΡΟΤΗΤΑ

Αιτιολογία της Ανδρικής Στειρότητας

Τρεις ομάδες παθήσεων καλύπτουν την αιτιολογία της ανδρικής στειρότητας.

Η πρώτη ομάδα περιλαμβάνει τις φλεγμονές των γεννητικών οργάνων, η δεύτερη την κισσοκήλη και η τρίτη τα προβλήματα ανάπτυξης και καθόδου των όρχεων.

α. Φλεγμονές των γεννητικών οργάνων.

Όταν αναφερόμαστε στις δυσμενείς επιπτώσεις των φλεγμονών πάνω στην ανδρική γονιμότητα, εννοούμε συνήθως τις αρνητικές τους επιδράσεις στην ποιότητα του σπέρματος. Στην πραγματικότητα όμως οι βιολογικές κι βιοχημικές διαταραχές του σπέρματος δεν αποτελούν παρά μία μόνο δυσμενή επίπτωση της φλεγμονής. Αυτό συμβαίνει γιατί η φλεγμονή μπορεί να προκαλέσει στα γεννητικά όργανα σοβαρές ανατομικές βλάβες, που κι αυτές επιδρούν αρνητικά στην ανδρική γονιμότητα.

Έτσι, η κακή ποιότητα του σπέρματος μπορεί να οφείλεται όχι μόνο στην παρουσία μικροβίων στο γεννητικό σύστημα του άνδρα, αλλά και στις διαταραχές των εκκρίσεων που προκαλούνται από δευτεροπαθείς ανατομικές βλάβες των οργάνων. Η μεταφλεγμονώδης απόφραξη της επιδιδυμίδας ή του σπερματικού πόρου, αποτελεί τη κυριότερη αλλοίωση που μπορεί να προκαλέσει μια φλεγμονή.

Όσον αφορά τις προσβολές, οι συχνότερες αφορούν τον προστάτη, ο οποίος μάλιστα συμμετέχει σχεδόν πάντοτε στις φλεγμονές και των άλλων γεννητικών οργάνων. Έτσι, η έννοια της προστατίτιδας ανήκει στις φλεγμονές του ανδρικού γεννητικού συστήματος, η δε παθολογία της έχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον, δεδομένου ότι προκαλεί διαταραχές στην παραγωγή του σπερματικού υγρού, τη σύστασή του και τη παροχέτευσή του.

Η προστατίτιδα αποτελεί την πιο συχνή φλεγμονή στον ενήλικα άνδρα και είναι ακόμα η πιο συχνή αφορμή ουρολοίμωξης. Το 35% των ανδρών στην ηλικία των 50 ετών, είχαν στο παρελθόν, έχουν, ή θα έχουν στο μέλλον χρόνια προστατίτιδα.

Όσον αφορά τον αριθμό των λευκοκυττάρων στο σπέρμα, πρέπει να τονιστεί ότι φυσιολογικά ανευρίσκονται τόσο στο σπέρμα, όσο και το προστατικό υγρό. Ο αριθμός τους ποικίλει από μέρα σε μέρα καθώς επίσης και από τη μια εκσπερμάτωση στην άλλη, για άγνωστους μέχρι σήμερα λόγους. Ο μέσος φυσιολογικός αριθμός τους είναι $1,3 \times 10^6$ ανά κ.εκ. ο αριθμός αυτός πρέπει να θεωρηθεί ενδεικτικός, και όχι αποδεικτικός φλεγμονής και μόνο η παρουσία παθογόνων μικροβίων είναι χαρακτηριστική της φλεγμονής.

Η πυκνότητα των μικροβίων πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη, όμως η παρουσία μερικών παθογόνων κόκκων στο σπέρμα δεν είναι αρκετή για τη διάγνωση φλεγμονής.

Ιδιαίτερη σημασία έχει το γεγονός ότι στις περισσότερες φορές η εγκατάσταση της λοίμωξης είναι σιωπηρή και έτσι η προστατίτιδα ανακαλύπτεται συχνά στη φάση της χρόνιας φλεγμονής.

Πιθανό είναι να εγκαθίσταται η χρόνια προστατίτιδα μόνο όταν προϋπάρχουν ορισμένες τοπικές συνθήκες ελαττωμένης άμυνας του προστάτη απέναντι στις λοιμώξεις. Κι αυτό γιατί είναι γνωστό ότι το προστατικό υγρό διαθέτει φυσική αντιμικροβιακή δραστηριότητα, η οποία κατά μια άποψη, οφείλεται στον ψευδάργυρο. Χαμηλή στάθμη ψευδάργυρου θα μπορούσε να εξηγήσει την ελάττωση της αντίστασης του προστάτη στις λοιμώξεις.

Αν και η φλεγμονή του γεννητικού συστήματος αποτελεί συχνή υποψία για την αιτιολογία της ανδρικής στειρότητας, ο ακριβής της ρόλος είναι ακόμη ασαφής και συχνά αμφισβητούμενος.

Πρόσφατες πειραματικές μελέτες, όσον αφορά την επίδραση της φλεγμονής στη γονιμότητα του άνδρα καταλήγουν στα εξής συμπεράσματα:

1. Επίδραση στην κινητικότητα. Επιβεβαιώνονται παλαιότερες παρατηρήσεις, σύμφωνα με τις οποίες το κολοβακτηρίδιο επιδρά αρνητικά στην κινητικότητα των σπερματοζωαρίων, προκαλώντας ασθενοσπερμία. Επιπλέον, η επίδραση των κολοβακτηριδίων είναι σαφέστερη από την αντίστοιχη των εντεροκόκκων. Και για τα δύο μικρόβια η απώλεια κινητικότητας είναι ανάλογη με τη συγκέντρωση των μικρόβιων.

2. Εμφάνιση συγκολλησεως κατά σωρούς. Δεν αποτελεί σταθερό εύρημα. Η έντασή της επίσης ποικίλει σημαντικά, χωρίς να έχει σχέση με τη συγκέντρωση και τον τύπο του μικροβίου. Δεν υπάρχει επίσης συσχέτιση ανάμεσα στην έκταση της ακινητοποίησης των σπερματοζωαρίων και τη συγκόλληση. Δηλαδή πολλά σπερματοζωάρια είναι ακίνητα μακριά από εστίες συγκολλησεως.

3. Μορφολογικές αλλαγές. Ανωμαλίες στη μορφή των σπερματοζωαρίων παρατηρούνται κυρίως στις μεγάλες συγκεντρώσεις των μικροβίων στις οποίες επηρεάζεται σαφώς και η κινητικότητα των σπερματοζωαρίων.

β. Κιρσοκήλη

Αν και η παθογένεια της κιρσοκήλης είναι σήμερα καλά γνωστή, ο μηχανισμός της δυσμενούς της επίδρασης στη σπερματογένεση παραμένει ακόμα αδιασάφητος. Σύμφωνα με μια πρώτη άποψη, η αύξηση της θερμοκρασίας των όρχεων από την κιρσοκήλη αποτελεί έναν από τους μηχανισμούς βλαπτικής της επιδράσεως στη σπερματογένεση. Σύμφωνα με μια δεύτερη άποψη, η παλινδρόμηση ορμονών από τα επινεφρίδια σε σχετικά υψηλή συγκέντρωση, προς το διευρυμένο φλεβικό δίκτυο στην κιρσοκήλη, έχει πιθανώς τοξική επίδραση στους όρχεις. Σύμφωνα

με μία Τρίτη άποψη, η κισσοκήλη επιδρά βλαπτικά λόγω ανοξαιμίας του αρχικού παρεγχύματος που προκαλεί. Τέλος, σύμφωνα με μια τέταρτη άποψη, η κισσοκήλη προκαλεί διαταραχή της εκκριτικής λειτουργίας της επιδιδυμίδας, με αποτέλεσμα την εμφάνιση κυρίως ανθοσπερμίας, η οποία συνεχώς επιδεινώνεται και κατά δεύτερο λόγο ολιγοσπερμίας.

Η μελέτη βιοψιών όρχεων σε άνδρες με κισσοκήλη και πρόβλημα στειρότητας έδειξε ότι η πιο συχνή ιστολογική αλλοίωση ήταν η σπερματογεννητική στάση στο επίπεδο των σπερματίδων ή των σπερματοκύτταρων και η ανώμαλη αρχιτεκτονική ή αποφολίδωση του σπερματικού επιθηλίου.

Προβλήματα αναπτύξεως και καθόδου των όρχεων.

Η ανατομική και λειτουργική ανάπτυξη και η κάθοδος του εμβρυϊκού όρχεως στο όσχεο έχουν άμεση σχέση με τη μελλοντική γονιμότητα στον άντρα. Αυτό συμβαίνει γιατί η οργανογένεση του ανδρικού γεννητικού συστήματος ρυθμίζεται από τις εμβρυϊκές ορμόνες του όρχεως και γιατί τα ανδρικά βλαστικά κύτταρα δεν μπορούν να αναπτυχθούν ή να ωριμάσουν μέσα στην κοιλιά.

Είναι γνωστό ότι στις περιπτώσεις κρυφορχίας που δεν υποβλήθηκαν σε χειρουργική αποκατάσταση σε μικρή ηλικία, οι όρχεις παρουσιάζουν γενικά βαριές ιστολογικές αλλοιώσεις οι οποίες συνεπάγονται αμετάκλητη στειρότητα.

Στον ενήλικα, οι όρχεις που παρέμειναν σε υψηλή θέση, έξω από το όσχεο, είναι σαφώς μικρότεροι σε μέγεθος από τους αντιστοίχους φυσιολογικούς.

Οι αλλοιώσεις των σπερματικών σωληναρίων είναι η αιτία της ελαττωμένης γονιμότητας ή της απόλυτης στειρότητας των ατόμων με εταιρόπλευρη ή αμφοτερόπλευρη κρυφορχία.

Η παθογένεια των ορχικών αλλοιώσεων δεν έχει αρκετά διευκρινιστεί. Η υψηλή θερμοκρασία του περιβάλλοντος έχει οπωσδήποτε μεγάλη σημασία. Εν' τούτοις, τα φτωχά αποτελέσματα της έγκαιρης ορχεοπηξίας σε σχέση με τη μελλοντική γονιμότητα δείχνουν ότι η υψηλή

θερμοκρασία δεν είναι κατά πάσα πιθανότητα η μοναδική αιτία. Και παραμένει ανοιχτό το ερώτημα αν τελικά δεν είναι η κακή θέση υπεύθυνη, αλλά ένας συνδυασμός ανωμαλιών της διάπλασης που οδηγούν και στην κακή θέση των όρχεων αλλά και τις αλλοιώσεις των σπερματικών σωληναρίων.

Σύμφωνα με μια πρώτη άποψη, οι ορχικές βλάβες είναι επίκτητες και αποτέλεσμα της κακής θέσης των όρχεων. Για το λόγο αυτό προτείνεται η χειρουργική αποκατάσταση όσο γίνεται νωρίτερα. Σύμφωνα με μια δεύτερη άποψη, οι ιστολογικές αλλοιώσεις αποτελούν έκφραση διαταραχής της διαπλάσεως και έτσι η χειρουργική αντιμετώπιση μικρή μόνο βοήθεια προσφέρει.

Υπάρχουν τέλος δεδομένα που συνηγορούν υπέρ της απόψεως ότι η γενετική επίδραση παίζει τον κύριο λόγο στα προβλήματα καθόδου των όρχεων, όχι μόνο στις περιπτώσεις ανωμαλιών των φυλετικών χρωματοσωμάτων αλλά και σε άλλα σύνδρομα με καλά γνωστή γοναδική δυσγενεσία:

- Επανεμφάνιση προβλήματος καθόδου των όρχεων και σε άλλο παιδί της ίδιας οικογένειας παρατηρείται σε ποσοστό 4 - 5%.
- Η γονιμότητα στις οικογένειες ανδρών με πρόβλημα καθόδου των όρχεων είναι ελαττωμένη.
- Ελαττωμένη γονιμότητα παρατηρείται όχι μόνο σε με ετερόπλευρη κρυφορχία αλλά και στους συγγενείς τους.

Τα παραπάνω δεδομένα οδηγούν στην άποψη ότι η κάθοδος των όρχεων οφείλεται σε γενετικά καθορισμένο πρόβλημα, η εκδήλωση του οποίου είναι εντονότερη στην αμφοτερόπλευρη και λιγότερο έντονη στην ετερόπλευρη κρυφορχία¹¹.

Αιτιολογία της γυναικείας στειρότητας.

Οι αιτίες στειρότητας στη γυναίκα μπορούν να ταξινομηθούν σε δύο μεγάλες ομάδες: Στην πρώτη ομάδα, έχουμε εκείνες που οφείλο-

νται σε μηχανικά και φλεγμονώδη αίτια και στη δεύτερη ομάδα, εκείνες που έχουν σαν αιτία για ομονική διαταραχή.

Μηχανικά και φλεγμονώδη αίτια:

1. Η κολπίτιδα μπορεί να είναι ένας παράγοντας στειρότητας. Ορισμένες ανωμαλίες στην κατασκευή του κόλπου είναι επίσης δυνατό να εμποδίζουν τη γονιμότητα, με την έννοια ότι κάνουν προβληματική τη συνουσία.

2. Η δυσπαρέυνεια είναι μια άλλη αιτία, που κάνει την συνουσία αδύνατη και ιδιαίτερα επίπονη. Πρόκειται για σύσπαση των μυών που μικραίνει ή εξαφανίζει την είσοδο του κόλπου την ώρα της επαφής. Η προσπάθεια για συνουσία προκαλεί στη γυναίκα έντονο πόνο και κακή ψυχική διάθεση. Το πρόβλημα είναι καθαρά ψυχολογικό στις περισσότερες περιπτώσεις.

Υποσυνείδητα δηλαδή, η γυναίκα δεν επιθυμεί τη επαφή και αντιδρά σ' αυτήν. Τέτοιου είδους καταστάσεις είναι φυσικό να δημιουργούν δυσκολία για γονιμοποίηση. Είναι δυνατό συνδέονται με κακές σεξουαλικές εμπειρίες, με κακή προετοιμασία για επαφή από μέρους του συζύγου, με σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα ή προβλήματα γονιμότητας.

3. Η τραχηλίτιδα και ενδοτραχηλίτιδα μπορούν να κάνουν την τραχηλική βλέννα αφιλόξενη για τα σπερματοζώαρια. Οφείλονται σε μικρόβια, όπως είναι ο εντερόκοκκος, το κολοβακτηρίδιο, ο σταφυλόκοκκος κ.λ.π..

Η αφιλόξενη για τα σπερματοζώαρια τραχηλική βλέννα ή η πολύ μικρή της ποσότητα οφείλονται συνήθως σε φλεγμονώδη αίτια, σε τραυματικές κακώσεις του ενδοτραχήλου, σε ανεπάρκεια οιστρογόνου ή σε ανοσολογικά αίτια.

4. Η στένωση του τραχήλου της μήτρας είναι δυνατό να αποτελεί πρόβλημα για γονιμότητα, κυρίως με την έννοια ότι συντελεί στην συντήρηση μιας ενδοτραχηλίτιδας ή γιατί συνοδεύεται από ελαττωματική έκκριση τραχηλικής βλέννας.

Οι παθήσεις και τα προβλήματα μορφολογίας της μήτρας αποτελούν μian άλλη κατηγορία αιτιών γυναικείας στειρότητας.

5. Στις ανωμαλίες κατασκευής της μήτρας υπάγονται η δίκερη και μονόκερη μήτρα αλλά και άλλες σπανιότερες ανωμαλίες. Τέτοιου είδους βλάβες προκαλούν συνήθως αποβολές και λιγότερο δυσκολία για σύλληψη.
6. Η υποπλαστική μήτρα οφείλεται συνήθως σε ορμονικό πρόβλημα και κανονικά στα πλαίσια αυτού του προβλήματος πρέπει να αντιμετωπίζεται. Οι μικροδιαφορές στο μέγεθος της μήτρας από τη μια γυναίκα στην άλλη, είναι συχνές και δεν έχουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον για την εκτίμηση της γονιμότητας, αν η μορφολογία του οργάνου είναι φυσιολογική.
7. Οι ανωμαλίες θέσεως της μήτρας συχνά συνοδεύονται από φλεγμονώδη φαινόμενα, υπεύθυνα για το σχηματισμό συμφύσεων και με αυτή την έννοια θα μπορούσαν να θεωρηθούν αιτίες στειρότητας. Γενικά όμως και παρά τις αντίθετες παλαιότερες απόψεις, μια απλή οπίσθια θέση της μήτρας δεν πρέπει να θεωρείται εύκολα υπεύθυνη στειρότητας ή τουλάχιστον να αποδίδεται η στειρότητα μόνο σ' αυτή.

Τα ινομύωματα μπορεί να αποτελέσουν αιτία στειρότητας. Πάντως, πολλές φορές η ανάπτυξη εγκυμοσύνης είναι δυνατή όταν υπάρχει ινομύωμα.

8. Οι ενδοτραχηλικές και ενδομητρικές συμφύσεις αποτελούν μία άλλη αιτία γυναικείας στειρότητας. Είναι συνήθως μετατραυματικές και σπανιότερα μεταφλεγμονώδεις.

Αναφέρονται τέλος, η αδеноμύωση της μήτρας καθώς και ορισμένες δυστροφικές καταστάσεις του ενδομητρίου, που προκαλούν στειρότητα στη γυναίκα.

9. Τα προβλήματα διαβατότητας των σαλπίνγων φαίνεται ότι αποτελούν το συχνότερο αίτιο γυναικείας στειρότητας. Οφείλονται συνήθως σε ανιούσες φλεγμονές από κοινά μικρόβια και σπανιότερα σε φυματίωση των γεννητικών οργάνων. Είναι ακόμη δυνατό να οφείλονται σε περιτονίτιδα, κυρίως μετά από σκωληκοειδίτιδα.

Ορμονικά αίτια.

Είναι γνωστό ότι η ωορρηξία είναι το αποτέλεσμα της κυκλικής εκκρίσεως των γοναδοτροπινών, δηλαδή της θυλακιοτρόπου (FSH) και της ωχρινοτρόπου (LH) ορμόνης. Οι ορμόνες αυτές εκκρίνονται από την υπόφυση και η έκκρισή τους βρίσκεται σε άμεση σχέση με τη λειτουργία του υποθαλάμου και των ωοθηκών. Ο υποθάλαμος εκκρίνει τη γοναδοεκλυτίνη (LH - RH), δηλαδή την ορμόνη που είναι υπεύθυνη για την έκκριση των γοναδοτροπινών από την υπόφυση. Οι γοναδοτροπίνες επιδρούν με τη σειρά τους στις ωοθήκες και προκαλούν την έκκριση των οιστρογόνων και της προγεστερόνης.

Οποιαδήποτε διαταραχή στον άξονα υποθάλαμος - υπόφυση - ωοθήκες, είναι δυνατό να δημιουργήσει ανωορρηξία.

Στο επίπεδο των ωοθηκών, συγγενείς παθήσεις, ενζυματικές διαταραχές, φλεγμονές, αυτοάνωσοι μηχανισμοί και τοξικές επιδράσεις είναι δυνατό να αποτελούν αιτίες ανωορρηξίας. Στις συγγενείς παθήσεις υπάγονται διάφορες μορφές γονιδικής δυσγενεσίας και χρωματοσωμικές ανωμαλίες. Αλλά στις παθήσεις αυτές υπάρχει συνήθως αμηνόρροια, η οποία αποτελεί και το βασικό πρόβλημα των γυναικών αυτών. Στις ενζυματικές διαταραχές περιλαμβάνεται το σύνδρομο Steinleventhal. Από τις φλεγμονές των ωοθηκών η φυματίωση παρουσιάζει ενδιαφέρων καθώς και διάφοροι αυτοάνωσοι μηχανισμοί που μπορούν να δημιουργήσουν αυτοάνωση ωοθηκίτιδα. Τοξικές επιδράσεις από φάρμακα είναι επίσης δυνατό να προκαλέσουν ανωορρηξία καθώς και η επίδραση ακτινοβολίας και η επίδραση κυτταροστατικών φαρμάκων.

Βλάβες στην περιοχή του υποθαλάμου - υποφύσεως είναι επίσης δυνατόν να δημιουργούν ανωορρηξία. Στις περιπτώσεις αυτές η ανωορρηξία είναι αποτέλεσμα της ανεπάρκειας στην έκκριση των γοναδοτροπινών ή αποτέλεσμα διαταραχής στη κυκλική τους έκκριση. Ψυχικές διαταραχές είναι δυνατό να δράσουν με τον παραπάνω μηχανισμό. Τέλος, υπάρχουν οργανικές παθήσεις της περιοχής υποθαλάμου - υποφύ-

σεως όπως οι όγκοι της υποφύσεως, αδενώματα χρωμόφοβα, ησινόφιλα, προλακτινώματα κ.λ.π.¹¹.

Άλλη μια αιτία στειρότητας και για τα δύο φύλα είναι τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα όπως βλεννόρροια, χλαμύδια, μυκητίαση, τριχομονάδωση, μη ειδική κολπίτιδα, οξυτενή κονδυλώματα, έρπης των γεννητικών οργάνων, σύφιλη, ψώρα, ψείρες του εφηβαίου. (Γα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα αναλύονται στο κεφάλαιο 6)¹³.

Βασικές αρχές στην θεραπεία της συζυγικής στειρότητας.

Πρέπει να τονιστεί ότι, παρά τη σημαντική πρόοδο στη διερεύνηση και θεραπεία της συζυγικής στειρότητας που συντελέστηκε τα τελευταία χρόνια, τα θεραπευτικά αποτελέσματα απέχουν ακόμα πολύ από το εκατό τα εκατό. Ακόμα, οι θεραπείες στειρότητας είναι συχνά μακροχρόνιες, επίπονες και δυστυχώς πολλές φορές πολυέξοδες. Είναι ανάγκη να ενημερώνεται το ζευγάρι για τις παραπάνω δυσκολίες.

Από πλευράς γιατρού που παρέχει συμβουλές για πρόβλημα γονιμότητας, οι παρακάτω βασικές αρχές παρουσιάζουν ίσως σημαντικό ενδιαφέρον:

1. Σύσταση για υπομονή: Μια επαφή στις γόνιμες μέρες δεν ακολουθείται υποχρεωτικά από γονιμοποίηση, ακόμη και σε ένα ζευγάρι με φυσιολογική γονιμότητα.

Για κάθε θεραπεία που αποτελείται σε ένα στείρο ζευγάρι, χρειάζεται αρκετό χρονικό διάστημα, προκειμένου να ελεγχθεί η αποτελεσματικότητά της. Είναι ανάγκη, αυτό να τονιστεί ιδιαίτερα στο ζευγάρι, γιατί δεν υπάρχει μεγαλύτερη απογοήτευση για τη γυναίκα που υποβάλλεται σε θεραπεία στειρότητας, από την εμφάνιση της περιόδου.

2. Τήρηση χρονολογικής σειράς αν υπάρχουν περισσότερα από ένα προβλήματα. Αν π.χ. συνυπάρχει στην ίδια γυναίκα απόφραξη σαλπίγγων και ανωορρηξία, να μην επιχειρείται πρόκληση ωορρηξίας πριν αποκατασταθεί η διαβατότητα των σαλπίγγων. Αν η ανωορρηξία στη γυναίκα συνδυάζεται με έντονη ολιγοασθενοσπερμία στο σύζυγο,

να θεραπεύεται πρώτα η oligoασθενοσπερμία και στη συνέχεια να επιχειρείται πρόκληση ωορρηξίας.

3. **Επιφυλακτικότητα στην αξιολόγηση των θεραπευτικών αποτελεσμάτων.** Οι ειδικοί στη θεραπεία στειρότητας αναφέρουν περιστατικά γυναικών που έμειναν έγκυες κατά τη διάρκεια της διερευνησεως και πριν ακόμη αρχίσουν οι θεραπευτικές προσπάθειες. Υπάρχουν επίσης περιπτώσεις στις οποίες κανένα σοβαρό πρόβλημα γονιμότητας δεν ανευρίσκεται και παρ' όλο αυτά η στειρότητα παραμένει για μεγάλα χρονικά διαστήματα.

4. **Σύσταση για εγκατάλειψη των προσπαθειών ή καταφυγή σε κοινωνική λύση (τεχνική γονιμοποίηση, υιοθεσία) όταν δεν υπάρχουν θεραπευτικές δυνατότητες.** Γεγονός είναι ότι, οι άσκοπες θεραπευτικές προσπάθειες που δεν οδηγούν σε κανένα αποτέλεσμα, έχουν ιδιαίτερα δυσάρεστες ψυχολογικές επιπτώσεις στο ζευγάρι¹.

Λύση στο πρόβλημα της στειρότητας.

Η τεχνική γονιμοποίηση και η υιοθεσία, αποτελούν κοινωνικές λύσεις ανυπέρβλητων προβλημάτων στειρότητας. Απευθύνονται σε ζευγάρια με ψυχολογική και κοινωνική ωριμότητα. Ιδιαίτερη προσοχή, από την πλευρά του γιατρού χρειάζεται στην επιλογή των ζευγαριών, στα οποία θα συστηθεί μια από τις δύο κοινωνικές λύσεις. Τις περισσότερες όμως φορές, το ζευγάρι ζητάει να πληροφορηθεί για τις δυνατότητες της τεχνητής γονιμοποίησης και της υιοθεσίας, ύστερα από μια μακροχρόνια ανεπιτυχή θεραπευτική προσπάθεια ή ύστερα από τον αποκλεισμό θεραπευτικών δυνατοτήτων εκ μέρους του γιατρού.

Η υιοθεσία παρουσιάζει το πλεονέκτημα της οριστικής λύσης του προβλήματος απόκτησης παιδιού. Δυστυχώς τα διαθέσιμα παιδιά είναι στις ανεπτυγμένες χώρες πάρα πολύ λίγα και γι' αυτό απαιτείται μακροχρόνια υπομονή.

Η τεχνητή γονιμοποίηση παρουσιάζει το πλεονέκτημα ότι το παιδί που θα γεννηθεί θα έχει σαν μητέρα την φυσική του μητέρα. Αποφεύγεται επίσης η γνωστοποίηση του προβλήματος στειρότητας τόσο στο περιβάλλον όσο και στο ίδιο το παιδί.

Η μέθοδος δίνει ικανοποιητικά αποτελέσματα από πλευράς επιτυχιών. Στους τρεις πρώτους κύκλους τεχνητής γονιμοποίησης επιτυγχάνεται κατά μέσο όρο 50% περίπου εγκυμοσύνες. Το ποσοστό επιτυχίας στους έξι πρώτους κύκλους προσπαθειών είναι της τάξεως του 70% περίπου και στους 12 μήνες της τάξεως του 90%.

Είναι ανάγκη να τονίζεται στα ενδιαφερόμενα ζευγάρια ότι η επιτυχία δεν είναι εξασφαλισμένη από τον πρώτο κύκλο των προσπαθειών οι δότες υποβάλλονται σε προκαθορισμένο ιστορικό έλεγχο ο οποίος είναι ανάγκη να τηρείται με σχολαστικότητα. Το σπέρμα που χρησιμοποιείται για την τεχνητή γονιμοποίηση μπορεί να είναι φρέσκο, επίσης από πρόσφατη εκσπερμάτωση ή κατεψυγμένο. Από πλευράς αποτελεσμάτων, φαίνεται ότι το φρέσκο σπέρμα δίνει λίγο καλύτερα αποτελέσματα.

Το κατεψυγμένο σπέρμα παρουσιάζει το βασικό πλεονέκτημα της ευκολίας απαντήσεως σε οποιαδήποτε ζήτηση, καθώς και την οικονομία από πλευράς σπέρματος, δεδομένου ότι από μία εκσπερμάτωση παρουσιάζονται πολλές δόσεις για τεχνητή γονιμοποίηση.

Η κατάψυξη και παρακαταθήκη του σπέρματος γίνεται από τις τράπεζες σπέρματος.

Απαιτείται ειδικός μηχανικός εξοπλισμός και ειδική πείρα για την κατεργασία και αποθήκευση του σπέρματος¹¹.

Γ. ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΗ ΓΥΝΑΙΚΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ είναι ένα εξαιρετικά κοινό πρόβλημα που συχνά το παραβλέπουμε. Πρόσφατες έρευνες έχουν υπολογίσει ότι το ήμισυ τουλάχιστον των παντρεμένων ζευγαριών αντιμετωπίζουν κάποια σεξουαλική δυσκολία ή πρόβλημα.

Δεδομένου δε ότι η σεξουαλική ικανοποίηση συνδέεται συχνά με την συζυγική και προσωπική ευτυχία, γίνεται φανερό η μεγάλη σημασία της ευρείας υπάρξεως των σεξουαλικών προβλημάτων. Ευτυχώς τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια διαρκώς αυξημένη αποδοχή της σε-

ξουαλικότητας ως παράγοντας υγείας, που νομιμοποιείται για επιστημονική μελέτη και ενδιαφέρον. Η εξέλιξη αυτή είχε ως αποτέλεσμα την έκκριση νέων πληροφοριών σχετικά με τη φυσιολογία της σεξουαλικής λειτουργίας, τη διάγνωση και θεραπεία των σεξουαλικών προβλημάτων. Η πρόοδος αυτή, σε συνδυασμό με το μεγάλο ενδιαφέρον που εξεδήλωνε το κοινό για τα σεξουαλικά θέματα, προκάλεσε αύξηση της ζήτησης για συμβουλές και βοήθεια από τους γιατρούς σε θέματα σχετικά με τη σεξουαλική λειτουργία. Οι περισσότεροι όμως γιατροί είναι απροετοίμαστοι για να αντιμετωπίσουν τα σεξουαλικά προβλήματα, τις ερωτήσεις κι ανησυχίες των ασθενών των, αφού δεν έχουν εκπαιδευτεί για να χειριστούν τέτοιες περιπτώσεις και αισθάνονται εξαιρετικά άβολα όταν βρεθούν αντιμέτωποι με τον ασθενή. Η ανεπάρκεια αυτή στις γνώσεις, αλλά και στην κλινική επιδεξιότητα των γιατρών στην αντιμετώπιση σεξουαλικών προβλημάτων, έχει σχέση όχι μόνο με την ανεπάρκεια της ιατρικής εκπαίδευσης, αλλά και με τη σεξουαλική αγωγή, που οι ίδιοι οι γιατροί πήραν από το σχολείο και τα σπίτια τους. Ως μέλη μιας κοινωνίας μπορεί να συμερίζονται απόψεις, μύθους και προκαταλήψεις που επικρατούν στη συγκεκριμένη κοινωνία. Επίσης μπορεί και οι ίδιοι να έχουν τα δικά τους άλυτα σεξουαλικά προβλήματα.

Έτσι οι γιατροί θα πρέπει πρώτα να αναγνωρίσουν και να ξεπεράσουν τα δικά τους προβλήματα και τις δικές τους προκαταλήψεις στο σεξ, για να μπορέσουν να συμβουλέψουν ή να θεραπεύσουν άτομα με τέτοια προβλήματα.

Η κλινική γυναικολογία έχει αλλάξει σημαντικά κατά τη διάρκεια των δύο τελευταίων δεκαετιών. Κινήθηκε και κινείται με ταχείς ρυθμούς από την πρακτική της χειρουργικής γυναικολογίας προς μεγαλύτερη ανάμειξη στη γυναικολογική ενδοκρινολογία και τις λειτουργικές γυναικολογικές διαταραχές. Έτσι τώρα σε πολλές χώρες θεωρείται απαραίτητο ο γυναικολόγος να έχει τις απαραίτητες γνώσεις, για την αναγνώριση και αντιμετώπιση των σεξουαλικών προβλημάτων¹².

ΑΙΤΙΑ

Τα σεξουαλικά προβλήματα γενικά μπορεί να οφείλονται σε αίτια οργανικά, ψυχολογικά, στη λήψη φαρμάκων ή σε διάφορες κοινωνικές συνήθειες, π.χ αλκοολισμός, κάπνισμα.

Τα **οργανικά αίτια** ευθύνονται σε μικρότερο ποσοστό απ' ό τι τα ψυχολογικά και η αναλογία αυτή επηρεάζεται άμεσα από την ηλικία του ατόμου. Σε ορισμένες περιπτώσεις είναι δυνατό να συνυπάρχει οργανική και ψυχολογική αιτία, γεγονός που δυσκολεύει περισσότερο τη λύση του προβλήματος. Ο αριθμός και η ποικιλία των οργανικών αιτιών, τα οποία είναι δυνατό να προκαλέσουν σεξουαλική δυσλειτουργία, τόσο στον άνδρα όσο και στη γυναίκα, είναι εντυπωσιακός, μπορούν δε να ταξινομηθούν στις παρακάτω κατηγορίες:

1. Ανατομικά.
2. Ενδοκρινικά. (Υπέρ - υποθηροειδισμός)
3. Μεταβολικά (σακχαρώδης διαβήτης - χρόνια νεφρική ανεπάρκεια - κίρρωση ήπατος).
4. Παθήσεις του κεντρικού νευρικού συστήματος (σκλήρυνση κατά πλάκας - κακώσεις του νωτιαίου μυελού - Parkinson).
5. Καρδιαγγειακές παθήσεις.
6. Παθήσεις του ουρο - γεννητικού συστήματος (φλεγμονές).
7. Χειρουργικές επεμβάσεις.

Τα **ψυχολογικά αίτια** τα διακρίνουμε σε γενικά (άγχος, φόβος, άγνοια, προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις) και ειδικά. Εδώ περιλαμβάνονται διάφορες ειδικές ψυχικές παθήσεις (κατάθλιψη, σχιζοφρένεια, υστερία κ.λ.π.).

Οι συνηθέστερες σεξουαλικές διαταραχές, που μπορεί να εμφανισθούν στη γυναίκα, είναι:

- Η γενική σεξουαλική δυσλειτουργία.
- Οι διαταραχές του οργασμού.
- Ο κολπικός σπασμός (κολεόσπασμος).
- Η επώδυνη συνουσία (δυσπαρευνία).

- Το σύνδρομο υπεραιμίας της πυέλου.

1. Γενική σεξουαλική δυσλειτουργία

Στην κατηγορία αυτή ανήκουν γυναίκες οι οποίες χαρακτηρίζονται από έλλειψη του Libido και από παντελή έλλειψη ή μικρή φυσιολογική ανταπόκριση στα σεξουαλικά ερεθίσματα. Εδώ μπορούμε να διακρίνουμε δύο κατηγορίες:

- Γυναίκες χωρίς ειδική επιθυμία για σεξ, οι οποίες όμως εάν ερεθιστούν καταλλήλως, μπορεί να διεγερθούν και να φτάσουν ακόμα και σε οργασμό, αν και ο οργασμός αυτός δεν συνοδεύεται από την ανάλογη αισθησιακή εμπειρία.
- Γυναίκες οι οποίες ούτε επιθυμία έχουν για σεξ, αλλά ούτε μπορούν να διεγερθούν με κανενός είδους ερεθισμό. Η κληρονομική έλλειψη κάθε σεξουαλικής επιθυμίας και ορμής είναι πολύ σπάνια. Οι περισσότερες από αυτές τις γυναίκες έχουν ελαττωμένο Libido και είναι δυνατό να διεγερθούν κάτω από κατάλληλες συνθήκες και από τον κατάλληλο άνδρα. Ατυχώς όμως οι γυναίκες με ελαττωμένο Libido συνήθως διαλέγουν ή είναι υποχρεωμένες να δεχτούν καταστάσεις, οι οποίες καταστέλλουν παρά διεγείρουν την οποιαδήποτε σεξουαλική τους διάθεση. Συνήθως διαλέγουν άντρες με λιγοστές σεξουαλικές απαιτήσεις. Θα πρέπει γενικά να τονισθεί, ότι τα άτομα που παρουσιάζουν έλλειψη του Libido δύσκολα μπορούν να βοηθηθούν.

Στο παρελθόν τις διαταραχές αυτές τις ονομάζαμε «ψυχρότητα». Ήταν ένας άσχημος όρος, ο οποίος έχει πλέον εγκαταλειφθεί.

2. Διαταραχές του οργασμού

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 στη γυναίκα. Υπολογίζεται δε, ότι τουλάχιστον μία στις τρεις γυναίκες παρουσιάζει κάποιο βαθμό οργασμικής δυσλειτουργίας.

Αιτιολογία: σύμφωνα με τους Masters και Johnson, οι αιτίες των διαταραχών του οργασμού είναι κυρίως ψυχολογικές και μόνο σε ένα πολύ μικρό ποσοστό γυναικών η αιτία βρέθηκε να είναι οργανική, π.χ. ενδοκρινικές διαταραχές, βλάβες που μειώνουν τον τόνο των μυών του περινέου, νοσήματα που καταστρέφουν τα νεύρα ή αγγεία που συμμετέχουν στη σεξουαλική διέγερση (σκλήρυνση κατά πλάκας, βλάβες του νωτιαίου μυελού, προχωρημένος σακχαρώδης διαβήτης κ.λ.π.). στη σεξουαλική ικανοποίηση της γυναίκας (οργασμό) 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 τη σεξουαλική συμπεριφορά του άνδρα και ειδικότερα αν είναι άπειρος ή έχει μειωμένο σεξουαλικό ενδιαφέρον. Ο οργασμός όμως στον άνδρα καθορίζεται γενικά περισσότερο από το βαθμό της φυσικής διεγέρσεως.

Θα πρέπει επίσης να επισημάνουμε εδώ, ότι η σεξουαλική ανταπόκριση στη γυναίκα αναπτύσσεται συνήθως πολύ βραδύτερα απ' ότι στον άνδρα. Η φάση της διέγερσης στον άνδρα 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 στη γυναίκα, γι' αυτό και τις διαφορές αυτές της σεξουαλικής αντίδρασης ανάμεσα στα δύο φύλα, θα πρέπει να τις λαμβάνει υπόψη του ο άνδρας κατά τη σεξουαλική πράξη.

Η ανοργασμία μπορεί να είναι πρωτοπαθής, δηλαδή πάντοτε υπήρχε, η γυναίκα ποτέ στη 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 το σεξ, αλλά δεν φθάνει σε 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 εραστές¹².

A. Πρωτοπαθής διαταραχή του οργασμού

Σύμφωνα με τον Kinsey και την Kaplan, το 10 -15 % περίπου των γυναικών δεν έχουν νιώσει ποτέ οργασμό είτε με τη σεξουαλική επαφή είτε με τον αυνανισμό.

Αιτιολογία : Άγνοια - λαθεμένες αντιλήψεις - κακή ή ελλιπής ενημέρωση γύρω από το σεξ. Άγνοια του τι περιμένει κανείς από το σεξ ή του τι πρέπει να κάνει για να ικανοποιηθεί περισσότερο.

Γενικά, υπάρχει άγνοια της ανατομίας και φυσιολογίας της σεξουαλικής λειτουργίας και πολλές γυναίκες μαθαίνουν αρκετά αργά στη 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 τη σεξουαλική επαφή, χωρίς επαρκή ερεθισμό της κλειτορίδας, η οποία είναι δέκτης και μεταβιβαστής του σεξουαλικού ερεθίσματος. Σ' αυτό μπορεί να φταίει και η φρουϊδική θεωρία, η οποία ξεχώρισε τον γυναικείο οργασμό σε κλειτοριδικό και κολπικό. Ο πρώτος προκαλείται από τον ερεθισμό της κλειτορίδας και συνδυάστηκε με ανώριμη και νευρωτική συμπεριφορά, ενώ ο δεύτερος (φυσιολογικός) από τον ερεθισμό των τοιχωμάτων του κόλπου, και συσχετίστηκε με ψυχοσεξουαλικά ώριμα άτομα. Η θεωρία αυτή επικράτησε μέχρι το 1966, όταν οι Masters και Johnson πρώτοι απέδειξαν ότι η φυσιολογική ανταπόκριση και αισθησιακή απόλαυση είναι η ίδια, είτε ο γυναικείος οργασμός πυροδοτείται από τον ερεθισμό της κλειτορίδας, είτε από τους εμβολισμούς του πέους στον κόλπο. Ο οργασμός είναι ένας και ενιαίος. Είναι ένα πολύπλοκο φαινόμενο, μια ψυχοσωματική αντίδραση που δεν περιορίζεται μόνο στα γεννητικά όργανα.

Άλλες γυναίκες μπορεί ποτέ να μην έμαθαν να αυτοϊκανοποιούνται στην εφηβική τους ηλικία. Στο σημείο αυτό η γυναίκα μειονεκτεί σε σχέση με τον άνδρα, λόγω της θέσεως των γεννητικών της οργάνων. Τα γεννητικά όργανα της γυναίκας είναι απόκρυφα και όχι φανερά κατά την ούρηση, όπως το ανδρικό πέος, και έτσι δεν προσφέρονται για εξοικείωση και αυτοϊκανοποίηση. Είναι δηλαδή δύσκολο να δείξει η μια κοπέλα στην άλλη το πώς αυνανίζεται, όπως συνήθως κάνουν τα αγόρια. Πολλές γυναίκες μαθαίνουν για τη διέγερση που προκαλεί ο ερεθισμός της

κλειτορίδας αργότερα, όταν τους το δείξουν οι άνδρες. Υπάρχουν επίσης γυναίκες οι οποίες δεν έχουν ποτέ αυνανισθεί ή που δεν αισθάνονται άνετα ακόμα να κοιτάζουν ή να αγγίζουν όλα τα μέρη του σώματός τους. Η γυναίκα μπορεί να πιστεύει ότι είναι ανοργασμική, γιατί η κλειτορίδα της είναι πολύ μικρή ή σε λάθος θέση. Μπορεί να κατηγορεί το σεξουαλικό της σύντροφο ότι το πέος του είναι πολύ μικρό ή ότι είναι υπερβολικά μεγάλο.

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, ελκυστικοί ή σέξι, αλλά τους κολάζουμε για τη 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, ενώ η μάνα περνά το μήνυμα στην κόρη ότι το σεξ είναι κακό και «βρώμικο» και είναι μόνο αποδεκτό για τεκνοποίηση και ως συζυγική υποχρέωση. Ο νέος δηλαδή, άλλα μπορεί να αισθάνεται και άλλα να είναι υποχρεωμένος να πράττει. Πολλά άτομα δεν κατορθώνουν να αντεπεξέλθουν τα αντιφατικά αυτά μηνύματα και να αναπτύξουν την προσωπική τους σεξουαλική ταυτότητα με τους δικούς τους σκοπούς και αξίες για μια σεξουαλική σχέση, με αποτέλεσμα στη συνέχεια να παρουσιάζουν σεξουαλικά προβλήματα.

Ανησυχίες ή ο κίνδυνος «της πρώτης φοράς» : Μια τραυματική εμπειρία κατά την πρώτη σεξουαλική επαφή, μπορεί να έχει πρόσκαιρες ή μακροχρόνιες επιπτώσεις στη σεξουαλική ζωή της γυναίκας.

Ο φόβος του πόνου κατά τη σεξουαλική επαφή, ο φόβος μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης ή **αισθήματα** ενοχής και αηδίας ή σωματικής μειονεξίας μπορούν να αναστείλουν τη σεξουαλική της απάντηση. Μια συνηθισμένη αιτία διαταραχής του οργασμού είναι το άγχος της καλής

απόδοσης και ο φόβος της σεξουαλικής αποτυχίας ή μη καλής συμπεριφοράς (απρεπούς) κατά την ώρα του οργασμού, καταστάσεις που δυσκολεύουν τη σεξουαλική τους ολοκλήρωση. Πολλές γυναίκες δεν παραδίνονται στο παιχνίδι του έρωτα, αλλά παίζουν το ρόλο του θεατή και κριτή του εαυτού τους, σκεπτόμενες αν είναι σωστές στο ρόλο τους, τι σκέφτεται ο σύντροφός τους γι' αυτές, μήπως αργούν και τον κουράζουν κ.λ.π., με αποτέλεσμα να μην φθάνουν σε οργασμό.

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 (ένταση) χωρίς να συνοδεύεται από αρνητικό ψυχοκοινωνικό σύστημα αξιών.

Ο ρόλος του άνδρα

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

Οι ατομικές παραλλαγές στη σεξουαλική ανταπόκριση της γυναίκας ποικίλλουν περισσότερο απ' ότι στον άνδρα, δηλαδή ο τρόπος με τον οποίο μια γυναίκα διεγείρεται και αντιδρά στα σεξουαλικά ερεθίσματα είναι πιο εξατομικευμένος από ότι στους άνδρες. Εάν λοιπόν, ο άνδρας δεν κατανοήσει τη γενική φυσική ανταπόκριση της γυναίκας και δεν είναι σε θέση να εκτιμήσει τα ειδικά εκείνα ερεθίσματα που διεγείρουν την ψυχογενετήσια σφαίρα της, τότε δεν θα πρέπει να ελπίζει σε οργασμική της ανταπόκριση.

Επίσης θα πρέπει να είναι ενήμερος για τη διαφορά χρόνου που παρουσιάζει η διέγερση της γυναίκας σε σχέση με την διέγερση του άνδρα. Η γυναίκα, όπως ήδη αναφέραμε, χρειάζεται περισσότερο χρόνο να διεγερθεί απ' ότι ο άνδρας και ενώ αυτός μπορεί μέσα σε λίγα λεπτά ή ακόμα και δευτερόλεπτα να έχει τελειώσει και να αρχίζει να «ροχαλίζει», η γυναίκα τότε πιθανό να μπαίνει στη φάση της διέγερσης. Η σεξουαλική απογοήτευση αυξανόμενη, μπορεί να μετατραπεί σε πραγματική νεύρωση και η γυναίκα να παύσει να ελπίζει πλέον ότι μπορεί να φτάσει σε οργασμό.

Ο άνδρας λοιπόν, θα πρέπει να καταναλίσκει μάλλον αρκετό χρόνο για την ψυχογενετησιακή προετοιμασία της γυναίκας, προτού εισαγάγει το όργανό του στον κόλπο της. Μερικές μάλιστα φορές η ευθύνη του άνδρα είναι δεδομένη, π.χ. η πρόωγη εκσπερμάτωση οπωσδήποτε αναστέλλει τη σεξουαλική ικανοποίηση της γυναίκας. Στην πράξη γενικά, η σεξουαλική απειρία και οποιαδήποτε σεξουαλική διαταραχή του άνδρα, μπορεί να έχει ως τελικό αποτέλεσμα την απώλεια του ανδρικού ειδώλου και τη διαταραχή της γενετησιακής ανταπόκρισης και ικανοποίησης της γυναίκας¹².

B. Δευτεροπαθής διαταραχή του οργασμού

I. Ανεπάρκεια και προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις. Η φύση της σχέσεως του ζευγαριού μπορεί να είναι μια σημαντική αιτία της σεξουαλικής διαταραχής και πληροφορίες για την ποιότητα της σχέσεως δυνατό 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 τη σεξουαλική συμπεριφορά της γυναίκας. Είναι δυνατό να προκύψουν διαφωνίες μεταξύ των δύο συντρόφων, οι οποίες μπορεί να οδηγήσουν σε αλλαγή των αισθημάτων για τον άλλο σύντροφο, π.χ. μπορεί η γυναίκα

να νιώθει πικραμένη, θυμωμένη ή αγανακτισμένη με το σύντροφό της ή να νιώθει ανασφάλεια.

Έτσι μια γυναίκα πιθανό να υποστεί σεξουαλική αναστολή, διότι νομίζει ότι ο σύντροφός της δεν ενδιαφέρεται πλέον γι' αυτήν ή διότι πιστεύει πως σταμάτησε να την αγαπά.

Μπορεί να νομίζει πως ο σύντροφος έχει υπερβολικές σεξουαλικές απαιτήσεις, ίσως να μην εγκρίνει ορισμένους τρόπους συμπεριφοράς του ή να αισθάνεται αποτροπή γι' αυτόν, συνήθως στο υποσυνείδητο, για πράγματα που έχει ή δεν έχει κάνει και όλα αυτά είναι δυνατό να ελαττώσουν τη 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, δεν επιτρέπει τη στενή επαφή πέους και κολπικού τοιχώματος και μερικές φορές η γυναίκα έχει δυσκολία να φτάσει σε οργασμό.

VI. Οι συνθήκες κάτω από τις οποίες γίνεται η σεξουαλική πράξη: η γυναίκα για να λειτουργήσει σεξουαλικά θα πρέπει να αισθάνεται άνετα, χαλαρά και να είναι απερίσπαστη στη σεξουαλική πράξη. Αυτό είναι βασικό και για τον άντρα. Σε πολλά όμως σπίτια, κυρίως στις κατώτερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις, δεν υπάρχει άνεση χώρου, και μπορεί ως εκ τούτου να δημιουργηθούν σεξουαλικές διαταραχές. Η παρουσία στο ίδιο ή διπλανό δωμάτιο παιδιών ή γονέων και η πιθανότητα να ακούγονται «οι θόρυβοι» της κρεβατοκάμαρας δρουν ανασταλτικά στον οργασμό.

Κολπικός σπασμός (κολεόσπασμος - vaginism).

Κατ' αυτόν η γυναίκα, όταν επιχειρείται σεξουαλική επαφή, άθελά της συσπά δυνατά τους μύες του πυελικού εδάφους που περιβάλλουν το έξω τριτιμόριο του κόλπου και συγκεκριμένα τους μύες του περινέου και τον ανελκτήρα του πρωκτού. Η λειτουργική αυτή σύσπασση κάνει την είσοδο του πέους δύσκολη και επώδυνη ή ακόμη και αδύνατη. Μερικές φορές μάλιστα είναι τόσο έντονη, ώστε να κλείνει ο κόλπος και το ζευγάρι να νομίζει ότι υπάρχει οργανικό κώλυμα.

Σχεδόν πάντοτε η αιτία είναι ψυχογενής. Οφείλεται σε φόβο και άγχος σχετικά με την είσοδο του πέους στον κόλπο. Σπανίως υπάρχει μια οργανική βλάβη στην περιοχή, πχ σκληρός παρθενικός υμένας, διάφραγμα του κόλπου, επώδυνη ουλή ή φλεγμονή, η οποία προκαλεί ακούσιο σπασμό σαν προστατευτικό αντανακλαστικό. Συνήθως η κλινική εξέταση δεν αποκαλύπτει τίποτε, εκτός από μια απροθυμία της ασθενούς για εξέταση. Η σειρά των γεγονότων έχει κάπως έτσι: έγινε προσπάθεια για συνουσία, η γυναίκα πόνεσε και τραυματίστηκε. Για να προστατεύσει λοιπόν τον εαυτό της από παραπέρα τραυματισμούς σε νέα απόπειρα, αντιδρά με σύσπασση των μυών του ανελκτήρα του πρωκτού και των προσαγωγών μυών του μηρού και κλείνει τα γόνατα. Από δω και εμπρός αποκτά ένα εξαρτημένο αντανακλαστικό, που λειτουργεί σε όλες τις μελλοντικές προσπάθειες για σεξουαλική επαφή.

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

Συχνά ο σύντροφος, συγκριτικά, έχει λιγότερες σεξουαλικές απαιτήσεις, είναι πολύ περιποιητικός και μαλθακός (χωρίς ανδροπρέπεια).

Κακή σεξουαλική διαπαιδαγώγηση και ανεπαρκής προετοιμασία του κοριτσιού για την ολοκλήρωση των σεξουαλικών σχέσεων, απόπειρα βιασμού και επώδυνες εμπειρίες στην αρχή της σεξουαλικής ζωής, λόγω άγνοιας, αδεξιότητας και απειρίας του σεξουαλικού συντρόφου, μπορεί να βρίσκεται στη ρίζα του προβλήματος. Πόνος κατά τη συνουσία και μεταγενέστερος σπασμός, μπορεί να είναι το αποτέλεσμα έλλειψης ε-

φύγρανσης του κόλπου. Αυτή η εφύγρανση συμβαίνει στην αρχή της σεξουαλικής διέγερσής της γυναίκας, απουσιάζει δε όταν υπάρχει τελεία αναστολή της σεξουαλικής διέγερσης σαν αποτέλεσμα έντονης ενοχής, άγχους ή φόβου σε σχέση με τη σεξουαλική πράξη. Η συνουσία είναι τότε «στεγνή» και δυσάρεστη και για τους δυο.

Η γυναίκα, λόγω του πόνου, είναι αδύνατο να έχει φυσιολογική επαφή και αρχίζει να πιστεύει πως υπάρχει κάποιο τοπικό πρόβλημα, είτε ο κόλπος της είναι μικρός (είναι φτιαγμένη μικρή) ή το πέος του άνδρα είναι πολύ μεγάλο, αλλά και οι δύο εκδοχές είναι εσφαλμένες.

Δεν είναι εντελώς ασυνήθιστη η περίπτωση να συναντά κανείς γυναίκες οι οποίες είναι παντρεμένες επί πολλά χρόνια, και οι δυο σύντροφοι να μην έχουν αντιληφθεί ότι δεν είχαν ποτέ κανονική σεξουαλική επαφή. Η γυναίκα είναι παρθένα και συνήθως επισκέπτονται το γιατρό γιατί δεν μπορούν να κάνουν παιδιά.

Τώρα, είτε η δύσκολη και επώδυνη συνουσία οφείλεται σε οργανικά αίτια είτε σε παράγοντες ψυχολογικούς, η θεραπεία έχει συνήθως σχετικά καλά αποτελέσματα, αρκεί η γυναίκα να ζητήσει τη συμβουλή του γιατρού της.

Όταν μια γυναίκα έλθει στο ιατρείο παραπονούμενη για πόνο κατά τη σεξουαλική επαφή, είναι φρόνιμο να μην προτρέξουμε να φθάσουμε σε κάποιο συμπέρασμα, για την αιτία του προβλήματός της, χωρίς μια πλήρη γυναικολογική εξέταση.

Είναι σχετικά σπάνιες οι περιπτώσεις όπου μια γυναίκα έχει επαρκή αυτογνωσία (αυτοεπίγνωση) ώστε να αντιληφθεί ότι οι δυσκολίες της με τη σεξουαλική επαφή μπορεί να βρίσκονται στην ψυχή (εγκέφαλο). Συνήθως τις αποδίδει σε κάποια τοπική αιτία (απορρίπτοντας οποιαδήποτε προσωπική της ευθύνη), την οποία ο γιατρός μπορεί να βρει και να θεραπεύσει.

Από τη στιγμή που η ασθενής βλέπει έτσι το πρόβλημά της, ο γιατρός θα πρέπει να το προσεγγίσει προς την ίδια κατεύθυνση. Αν αρχίσει να της μιλάει για τις ψυχοσωματικές πλευρές της σεξουαλικής επαφής, το μόνο που θα επιτύχει είναι την απομακρύνει. Στην πράξη η γυναικο-

λογική εξέταση είναι χρήσιμη για τη διάγνωση και για τη θεραπεία. Θα πρέπει όμως να έχουμε υπόψη μας ότι, αν και ζούμε σε μια ανεκτική κοινωνία, πολλές ακόμη γυναίκες δεν είναι πρόθυμες να επισκεφθούν το γυναικολόγο και να του μιλήσουν για πράγματα τα οποία θεωρούν αυστηρά προσωπικά, όπως το σεξ, και στη συνέχεια να υποβληθούν σε εξέταση που αφορά μια περιοχή του σώματος, την οποία από την παιδική τους ηλικία έχουν συνηθίσει να την κρατούν καλυμμένη και κρυφή.

Έτσι η γυναικολογική εξέταση σ' αυτές τις γυναίκες είναι αρκετά δύσκολη, επειδή δε συνεργάζονται και χρειάζεται επιμονή, λεπτότητα και επιδεξιότητα από μέρος του γυναικολόγου.

Η εισαγωγή του δακτύλου στον κόλπο, εκτός του ότι αποκλείει οργανική πάθηση, καθησυχάζει και διαβεβαιώνει την ασθενή για την χωρητικότητα του κόλπου και την πείθει ότι μπορεί να χαλαρώσει. Μπορεί δε να λεχθεί κατηγορηματικά ότι, εφόσον υπάρχει κόλπος, υπάρχει πάντοτε αρκετός χώρος για να γίνει συνουσία, αρκεί η γυναίκα να μπορεί να χαλαρώσει.

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.

Επώδυνη συνουσία (δυσπαρεύνεια).

Η επώδυνη συνουσία είναι συνήθως γυναικολογικό πρόβλημα. Σπανίως εμφανίζεται στον άνδρα και τότε οφείλεται κυρίως σε οργανική αιτία.

Πόνος κατά τη σεξουαλική επαφή δεν είναι πολύ συχνός, αλλά όταν υπάρχει, μπορεί να είναι τόσο ενοχλητικός, ώστε η γυναίκα να αποφεύγει τη συνουσία. Εάν μια γυναίκα υποφέρει από δυσπαρευνία, θα πρέπει με την πρώτη ευκαιρία και χωρίς ντροπή να συμβουλευτεί το γυναικολόγο της, διότι στις περισσότερες περιπτώσεις η θεραπεία είναι εύκολη και γρήγορη.

Ατυχώς, όμως, πολλές γυναίκες είτε συμβιβάζονται με τον πόνο είτε αποφεύγουν τη σεξουαλική επαφή. Η ένταση βεβαίως του πόνου ποικίλει πολύ και μπορεί η γυναίκα να τον αισθάνεται επιφανειακά στην περιοχή του αιδοίου ή στο βάθος στην πύελο.

1. Επιφανειακή δυσπαρέυνεια: μια από τις συχνές αιτίες, που προκαλούν καυστικό πόνο και τσούξιμο, κατά τη σεξουαλική επαφή, είναι οι φλεγμονές του κόλπου και του αιδοίου, που οφείλονται κυρίως σε τριχομονάδες, μύκητες, έρπητα των γεννητικών οργάνων κλπ.

Επίσης, ειδική ευαισθησία του κολπικού βλεννογόνου σε ορισμένες χημικές ουσίες ή αντισυλληπτικές κρέμες, ή τα ελαστικά προφυλακτικά και κολπικά διαφράγματα μπορεί να προκαλέσει επώδυνη συνουσία.

Η ατροφία του κολπικού επιθηλίου, που συμβαίνει μετά την εμμηνόπαυση και κατά τη διάρκεια της γαλουχίας λόγω ελλείψεως οιστρογόνων, είναι δυνατό μερικές φορές να προκαλέσει δυσφορία και πόνο κατά τη σεξουαλική πράξη.

Επώδυνες ουλές μετά από τοκετό ή εγχείρηση, κολπικά διαφράγματα και όγκοι στην περιοχή των γεννητικών οργάνων μπορεί να προκαλούν πόνο.

1. Εν τω βάθει δυσπαρέυνεια: Όταν η γυναίκα αισθάνεται τον πόνο στο βάθος, τότε μπορεί να οφείλεται σε φλεγμονές των σαλπίνγων και της ελάσσονος πυέλου, σε ενδομητρίωση ή, καμιά φορά, σε οπίσθια κάμψη της μήτρας. Γενικά, όλες οι γυναικολογικές παθήσεις, από την απλή κολπίτιδα μέχρι το γυναικολογικό καρκίνο, είναι δυνατόν να διαταράξουν τη σεξουαλική συμπεριφορά της γυναίκας είτε κάνοντας τη σεξουαλική πράξη επώδυνη ή αδύνατη, είτε αναστέλλοντας τη διάθεση για σεξ μέσω ψυχολογικών μηχανισμών.

Τέλος, παθήσεις της μέσης, όπως πρόπτωση δίσκου, ισχιαλγία, είναι δυνατόν να προκαλούν πόνο μετά τη συνουσία, ο οποίος μπορεί να αντανakλά και στην κάτω κοιλία. Χαρακτηριστικά ο πόνος αυτός διαρκεί για μία ή περισσότερες μέρες μετά τη σεξουαλική πράξη.

Η κλινική εξέταση της γυναίκας, που παραπονείται για δυσπαρευνία, θα ανακαλύψει το αίτιο και με την κατάλληλη θεραπεία μπορεί να απαλλαγεί από τον πόνο. Στις περισσότερες όμως περιπτώσεις η εξέταση δεν αποκαλύπτει τίποτε, εκτός από μια απροθυμία της γυναίκας για εξέταση και η αιτία του πόνου είναι ο κολπικός σπασμός.

Το σύνδρομο υπεραϊμίας της πυέλου.

Αρκετά ενοχλήματα της γυναίκας έχουν αποδοθεί στην υπεραϊμία των γεννητικών οργάνων και της πυέλου γενικότερα, η οποία συσχετίζεται με τις διαταραχές της σεξουαλικής πράξης και σεξουαλικές απογοητεύσεις. Κατά τη σεξουαλική διέγερση της γυναίκας, οι Masters και Johnson έχουν δείξει ότι επέρχεται μια υπεραϊμία των γεννητικών οργάνων και του εδάφους της πυέλου, η οποία παρέχεται αμέσως λόγω των ρυθμικών μυϊκών συσπάσεων κατά τον οργασμό, αργεί όμως να παρέλθει και το αίμα λιμνάζει, εάν δεν επακολουθήσει οργασμός.

Σε μια τέτοια υπεραϊμία των γεννητικών οργάνων, η οποία προκαλείται από επανειλημμένους γενετησιακούς ερεθισμούς και μη παρερχόμενη αμέσως λόγω ελλείψεως οργασμού, έχουν αποδοθεί αρκετά ενοχλήματα σε γυναίκες με μη ικανοποιητικές σεξουαλικές σχέσεις και σεξουαλική απογοήτευση, όπως ανωμαλίες της περιόδου, χαμηλή οσφυαλγία, ελαφρώς διάχυτος πόνος στην πύελο. Είναι όμως δύσκολο να γνωρίζουμε πόσο βάρος να αποδώσουμε σε έναν τέτοιο παράγοντα, όταν η μη σεξουαλική ικανοποίηση είναι τόσο συχνά ένα σύμπτωμα κακών σχέσεων και μιας γενικότερης δυσαρέσκειας. Σε κάθε περίπτωση, καλή καθοδήγηση του ζευγαριού συνήθως θα επιφέρει μια βελτίωση στη γενική υγεία και ψυχική άποψη, η οποία θα καταστήσει τις σχετικές μικρές φυσικές ανωμαλίες ανεκτές, αν δεν τις απαλείψει τελείως.

Συμπερασματικά, θα μπορούσε να λεχτεί ότι για να νιώσει σεξουαλική ικανοποίηση και ηδονή η γυναίκα, θα πρέπει να έχει σταθερή προσωπικότητα με σωστές αντιλήψεις για τις σεξουαλικές σχέσεις και σεξουαλική συμπεριφορά. Να μην κατέχεται από τη φοβία της σύλληψης, να αισθάνεται σιγουριά και αγάπη στη σχέση. Ο δε σύντροφός της να είναι σωστά πληροφορημένος και να δείχνει στοργή και κατανόηση. Η

υγεία της θα πρέπει να είναι καλή και να μην αισθάνεται υπερβολικά κουρασμένη, διότι όπως όλες οι άλλες λειτουργίες, διανοητικές ή σωματικές, έτσι και η σεξουαλική λειτουργία για να αποδώσει σωστά, χρειάζεται τα άτομα να είναι υγιή και ξεκούραστα. Ο βαθμός δε της σεξουαλικής ικανοποίησης ή απογοήτευσης της γυναίκας έχει σχέση με το τι προσδοκά από τη σεξουαλική επαφή και σε ποιο βαθμό αυτή η προσδοκία ικανοποιείται¹².

ΜΕΤΡΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΥΠΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

1. Προστασία του θεσμού του γάμου.

Όλα τα νομοθετικά, κοινωνικά και οικονομικά μέτρα που έχουν υιοθετηθεί μέχρι σήμερα αποσκοπούν στην ενίσχυση του γάμου. Τα περισσότερα αυτά συμβάλουν εμμέσως και στην ενίσχυση της αναπαραγωγικότητας. Η απαγόρευση γάμου μεταξύ συγγενών, ορισμένες νομοθετικές ρυθμίσεις συνάψεως και διαλύσεως γάμου, η επιδίκαση διατροφής, οι φορολογικές απαλλαγές, τα επιδόματα τελέσεως γάμου (από την εργατική εστία) και συζύγου, καθώς και οι στεγαστικές παροχές αναφέρονται μόνο ενδεικτικά σαν ενισχυτικοί της αναπαραγωγικότητας παράγοντες. Αντίθετα ορισμένες απαγορευτικές διατάξεις του νόμου περί διαζυγίων και η απαγόρευση τέταρτου γάμου δεν φαίνεται να επιδρούν αρνητικά στην αναπαραγωγικότητα τουλάχιστον σε σημαντικό βαθμό.

2. Προστασία της μητρότητας

Στον τομέα αυτό δεν εφαρμόζεται ενιαίο πρόγραμμα και δεν υπάρχει συντονισμός δραστηριοτήτων των διάφορων φορέων. Οι παροχές διαφέρουν ανάλογα με τον φορές και καλύπτουν σε διάφορο βαθμό τις ανάγκες μαιευτικής παρακολούθησης και τοκετού όπως συμβαίνει και για κάθε άλλη κοινωνικο-οικονομική και υγειονομική παροχή.

Συνοπτικά από τους σπουδαιότερους φορείς προσφέρονται οι παρακάτω υγειονομικές και κοινωνικο-οικονομικές παροχές:

α. Δημόσιοι υπάλληλοι και υπάλληλοι Ν.Π.Δ.Δ.

Παρέχεται πλήρης ιατροφαρμακευτική κάλυψη και άδεια από τον όγδοο μήνα της εγκυμοσύνης που παρατείνεται για δύο μήνες μετά τον τοκετό.

β. Ι.Κ.Α.

Με την προϋπόθεση συμπλήρωσεως 200 ημερομισθίων παρέχεται πλήρης ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, άδεια 42 ημερών μετά τον τοκετό, καθώς και ειδικό επίδομα τοκετού.

γ. Ο.Γ.Α.

Η εγκυμοσύνη και ο τοκετός αντιμετωπίζονται σαν τμήμα της παρεχόμενης ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Δεν χορηγείται φαρμακευτική κάλυψη.

Οι παροχές των λοιπών ασφαλιστικών οργανισμών (Δ.Ε.Η., ΤΑΠΟΤΕ, Τραπεζών, ΤΕΒΕ κλπ) διαφέρουν ανάλογα με τις καταστατικές τους διατάξεις, αλλά κυμαίνονται περίπου στα πλαίσια των παροχών του ΙΚΑ. Θα πρέπει να τονιστεί ότι όλες αυτές οι παροχές δεν αντιμετωπίζουν τις δαπάνες του τοκετού που τις περισσότερες φορές είναι πολλαπλάσιες των παρεχομένων.

3. Οικογενειακή προστασία.

Α. Υγειονομική προστασία.

Κυμαίνεται ανάλογα με τον ασφαλιστικό φορέα όπως εκτέθηκε ήδη παραπάνω. Εδώ θα πρέπει να τονίσουμε τη συμβολή του ΠΙΚΠΑ στον τομέα της προληπτικής ιατρικής με τους συμβουλευτικούς σταθμούς επιτόκων και βρεφών, τις δύο πολυκλινικές και τα ιατροκοινωνικά κέντρα. Θα πρέπει ακόμη να αναφερθεί η συμβολή της τοπικής αυτοδιοίκησης των διαφόρων ιδιωτικών φορέων και της εθελοντικής προσφοράς.

β. Προστασία της εργαζόμενης μητέρας.

Η εργαζόμενη μητέρα απαγορεύεται να απολυθεί κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης και της λοχείας. Οι μητέρες Δημόσιοι Υπάλληλοι έχουν μειωμένο ωράριο εργασίας κατά 2 ώρες μέχρι συμπλήρωσης του δεύτερου έτους και κατά μία ώρα μέχρι τη συμπλήρωση του τετάρτου έτους του παιδιού. Οι άλλοι οργανισμοί και επιχειρήσεις δεν ακολουθούν ομοιόμορφο σύστημα, υποχρεούνται όμως στη χορήγηση δύο διακοπών μισής ώρας εργασίας καθημερινά για θηλασμό του βρέφους. Δεν υπάρχει πρόβλεψη μακρότερης άδειας ή μερικής απασχόλησης.

γ. Οικονομικές διευκολύνσεις και παροχές.

I. Ενιαία μέτρα

α) Φορολογικές απαλλαγές: Αυτές διαμορφώνονται ανάλογα με τον τιμάριθμο και κλιμακώνονται ανάλογα με τον αριθμό των παιδιών και μέχρι να συμπληρώσουν το 18^ο έτος της ζωής τους ή το 25^ο εφ' όσον σπουδάζουν. Οι απαλλαγές ισχύουν για τα μέλη οικογένειας που δεν έχουν δικό τους εισόδημα μεγαλύτερο από ένα κατώτερο ποσό. Επίσης αναγνωρίζονται εκπτώσεις από το φορολογητέο εισόδημα για χρήματα που δαπανήθηκαν για ιατρική περίθαλψη, για φροντίδα κωφαλάλων, διανοητικά αναπήρων και άλλων απροσάρμοστων παιδιών, για ασφάλεια ζωής κλπ.

β) Πολύτεκνοι. Από το 1940 στους πολύτεκνους (πάνω από 5 παιδιά) προσφέρεται δωρεάν εκπαίδευση, νοσοκομειακή περίθαλψη, προτίμηση σε διορισμούς, εκπτώσεις σε εισιτήρια και άλλες διάφορες παροχές, καμία όμως άμεση επιδότηση.

γ. τρίτο και πάνω παιδί. Με το Ν.Δ. 1153/1972 από 1^η Ιανουαρίου 1972 για κάθε νέο παιδί που γεννιέται σε μία οικογένεια με δύο τουλάχιστον παιδιά στη ζωή χορηγείται μηνιαίο επίδομα 500 δρχ μέχρι συμπλήρωσης του 16^{ου} έτους της ζωής άσχετα με πιθανή μεταβολή στην μέχρι τότε οικογενειακή κατάσταση. Με το αυτό Ν.Δ. καθιερώθηκε ετήσιο επίδομα 2000 δρχ για οικογένειες που είχαν πάνω από 4 παιδιά την 31 Δεκεμβρίου 1971.

Τα επιδόματα αυτά βαρύνουν τον κρατικό προϋπολογισμό και χορηγούνται μέσω ΟΓΑ χωρίς να λαμβάνεται υπ' όψη κανένα οικονομικό ή άλλο κριτήριο και άσχετα με τα παρακάτω ειδικά επιδόματα.

II. Ειδικά επιδόματα.

Στη χορήγηση των ειδικών αυτών επιδομάτων όπως και στην υγειονομική και κοινωνική προστασία υπάρχει μεγάλη ανομοιομορφία ανάλογα με τον ασφαλιστικό φορέα.

α. Στους Δημόσιους υπαλλήλους και στους υπαλλήλους ΝΠΔΔ καταβάλλεται επίδομα ανάλογα με το μέγεθος της οικογένειας.

β. Στους μισθωτούς που είναι ασφαλισμένοι στο ΙΚΑ καταβάλλονται από το Διανεμητικό Λογαριασμό Οικογενειακών Επίδομάτων, μέσω του Ο-ΑΕΔ, ετήσιο επίδομα ανάλογα με τον αριθμό των παιδιών και των πραγματοποιούμενων, μέσα σε ένα χρόνο ημερών εργασίας. Η επιδότηση γίνεται από το πρώτο μέχρι το έκτο παιδί και μέχρι συμπλήρωσης του 14^{ου} έτους της ηλικίας. Ο λογαριασμός καλύπτει το 80% περίπου του συνόλου των απασχολούμενων με σχέση εργασία ιδιωτικού δικαίου και συντηρείται από τις κρατήσεις που γίνονται σε βάρος των εργοδοτών (1%) και των εργαζομένων (1%) επί των αποδοχών τους.

γ. Στους μισθωτούς ασφαλισμένους σε άλλους οργανισμούς. Για κάθε ένα μέχρι 3 παιδιά, καταβάλλεται από τον εργοδότη μηνιαίο επίδομα 5%, επί του βασικού τους μισθού, χωρίς κρατήσεις, βάσει των συλλογικών συμβάσεων.

δ. Στεγαστικές παροχές

Και αυτές χαρακτηρίζονται από ανομοιογένεια ανάλογα με τον υπεύθυνο φορέα που χορηγούνται:

α) Από το Υ.Κ.Υ. σε συνεργασία με το Υπουργείο Δημοσίων έργων. Ακολουθούνται οι διατάξεις περί Λαϊκής κατοικίας και προϋποθέτουν έλλειψη στέγης, δυσμενείς στεγαστικές συνθήκες ή μετακίνηση οικισμών. Συνήθως χορηγούνται δάνεια αυτοστέγασης για ανέγερση ή αγορά κατοικίας, ανάλογα με την περιοχή οικισμού (αγροτικός - αστικός) και τον αριθμό των παιδιών. Μέρος του δανείου χορηγείται δωρεάν σε κρατική βοήθεια. Το μεγαλύτερο μέρος του δανείου είναι άτοκο, τμήμα Δε αυτού είναι έντοκο. Στο σχήμα της δανειοδότησης λαμβάνεται σοβαρά υπ' όψη ο αριθμός των παιδιών.

β) Οργανισμός εργατικής κατοικίας. Ιδρύθηκε το 1954 και παρέχει κατοικία ή δάνειο αυτοστέγασης. Συντηρείται από τις εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων. Προτεραιότητα αναγνωρίζεται στους ολικά ή μερικά ανάπηρους και στους πολύτεκνους. Για τους υπόλοιπους η ιεράρ-

χηση εξαρτάται από το μέγεθος της οικογένειας, το επίδομα και το συνολικό χρόνο εργασίας.

γ) Για τους Δημόσιους και τους Υπαλλήλους ΝΠΔΔ. Χορηγούνται δάνεια αυτοστέγασης από το Τ.Π.Δ. και τα Ταχυδρομικά Ταμειυτήρια. Γενικά όλα τα παραπάνω προγράμματα αυτοστέγασης χαρακτηρίζονται από την βραδύτητά τους και δεν καλύπτουν τις αιτήσεις των δικαιούχων χρηματοδοτήσεως.

ε. Κοινωνική προστασία.

I. Απροστάτευτα παιδιά.

Στο Υ.Κ.Υ. λειτουργεί Επιτροπή Παιδικής Προστασίας για ορφανά, νόθα, εγκαταλελειμμένα ή παιδιά με γονείς άρρωστους ή ανίκανους να τα φροντίσουν. Η επιτροπή φροντίζει για την εισαγωγή των παιδιών αυτών σε ορφανοτροφεία, σε άλλα ειδικά ιδρύματα ή σε οικογένειες με μηνιαία επιδότηση.

II. Βρεφονηπιακοί σταθμοί.

Αποτελούν σημαντικό μέτρο κοινωνικής προστασίας που έμμεσα συμβάλλει σημαντικά στην ενίσχυση της αναπαραγωγικότητας. Ο αριθμός τους είναι μικρός και δεν καλύπτει τις υπάρχουσες ανάγκες. Διακρίνονται σε:

α) *Αστικούς Βρεφονηπιακούς σταθμούς του Υ.Κ.Υ.* Υπάρχουν στις πρωτεύουσες των νομών και στις μεγάλες πόλεις και δέχονται παιδιά ορφανά από πατέρα ή με εργαζόμενη μητέρα ακολουθώντας ιεράρχηση των αναγκών, ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση, το εισόδημα κλπ. Παρέχουν φαγητό, ψυχαγωγία και διδασκαλία δωρεάν ή με μικρή οικονομική επιβάρυνση ανάλογα με τις οικονομικές δυνατότητες της οικογένειας.

β. *Αγροτικό βρεφονηπιακοί σταθμοί.* Ιδρύθηκαν περί τους 300 σε διάφορα χωριά που δέχονται δωρεάν παιδιά 3 - 6 ετών.

γ. Άλλοι βρεφονηπιακοί σταθμοί. Έχουν ιδρυθεί από τους Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης, άλλους Οργανισμούς και Ιδιωτικές Επιχειρήσεις.

III. Νηπιαγωγεία.

Έχουν ήδη ιδρυθεί Δημόσια Νηπιαγωγεία για τα δύο προσχολικά χρόνια. Αυτά μαζί με τα ιδιωτικά Νηπιαγωγεία καλύπτουν τις ανάγκες του 1/4 περίπου των παιδιών της ηλικίας αυτής.

IV. Μαθητικά Οικοτροφεία.

Υπάρχει περιορισμένος αριθμός Οικοτροφείων που λειτουργούν σε κωμοπόλεις που υπάρχουν Γυμνάσια. Εξυπηρετούν τα παιδιά που κατοικούν σε μικρά χωριά και αναγκάζονται να μετακινούνται στις πόλεις αυτές για να σπουδάσουν.

V. Παιδικές κατασκηνώσεις.

Οι ένοπλες δυνάμεις διαθέτουν κέντρα θερινών διακοπών για οικογένειες. παιδικές κατασκηνώσεις έχουν οργανωθεί από διάφορους κρατικούς, ημικρατικούς, εκκλησιαστικούς και ιδιωτικούς φορείς.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο

Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα

Εισαγωγή

Τα αφροδίσια είναι μια ομάδα νοσημάτων που μεταδίδονται από άτομο σε άτομο συνήθως με την ετεροφυλοφιλική ή ομοφυλοφιλική σεξουαλική επαφή. Το όνομά τους προέρχεται από την Αφροδίτη, τη θεά του Έρωτα. Διαδόθηκαν σε όλη την Ευρώπη κατά τον 15^ο και 16^ο αιώνα. Εξακολουθούν και σήμερα να παραμένουν οι συχνότερες μεταδοτικές παθήσεις και να αντιπροσωπεύουν σε παγκόσμια κλίμακα ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα Υγείας. Ο αριθμός των ασθενών που υποβάλλονται στη θεραπεία κάθε χρόνο εξακολουθεί να αυξάνεται, παρά την πρόοδο που έχει γίνει, όσον αφορά τη διάγνωση και θεραπεία τους. Περίπου διακόσια εκατομμύρια νέες περιπτώσεις βλεννόρροιας και σαράντα εκατομμύρια νέες περιπτώσεις σύφιλης καταγράφονται διεθνώς κάθε χρόνο.

Ο όρος «αφροδίσια» συχνά αναφέρεται στη σύφιλη και τη βλεννόρροια, οι οποίες μέχρι το τέλος του δευτέρου παγκοσμίου πολέμου αποτελούσαν τις πιο συχνές παθήσεις που μεταδίδονται με τη σεξουαλική επαφή.

Μετά τον πόλεμο όμως άρχισε να εμφανίζεται ένας αυξανόμενος αριθμός ασθενών, που έπασχε από άλλες καταστάσεις, που επίσης μεταδίδονται με τη σεξουαλική επαφή, όπως η τριχομονάδωση, η μυκητίαση, η «μη ειδική» ουρηθρίτιδα, τα κονδυλώματα, ο έρπης των γεννητικών οργάνων κ.λ.π.. Σήμερα οι ασθενείς που πάσχουν από τα κλασικά αφροδίσια νοσήματα αποτελούν τη μειοψηφία. Κρίθηκε λοιπόν σκόπιμο να αντικατασταθεί ο όρος «αφροδίσια» με παραπλήσιο όρο που να στιγματίζει λιγότερο το άτομο. Έτσι άρχισε η χρήση του όρου «παθήσεις μεταδιδόμενες με σεξουαλική επαφή». Οι παθήσεις αυτές εντοπίζονται κυρίως στην περιοχή των γεννητικών οργάνων και μπορούν

να προσβάλλουν οποιονδήποτε ανεξάρτητα από την ηλικία και κοινωνική τάξη. Τα αφροδίσια πάντοτε υπήρχαν. «Εν αρχή ο Θεός εποίησε τον ουρανόν, την γην, τους ανθρώπους και τας αφροδισίας νόσους», έλεγε γνωστός Γάλλος γιατρός, υπονοώντας πιθανότατα ότι τα αφροδίσια νοσήματα είναι τόσο παλιά όσο και ο άνθρωπος. Μερικά από αυτά προκαλούνται από βακτηρίδια και άλλους μικροοργανισμούς που υπάρχουν φυσιολογικά στο σώμα μας, χωρίς να μας προκαλούν πάθηση, π.χ. στον κόλπο της γυναίκας υπάρχουν πολλοί διαφορετικοί μικροοργανισμοί που ζουν σε αρμονία ο ένας με τον άλλο. Όταν αυτή η ισορροπία διαταραχτεί, ένας ή περισσότεροι από αυτούς τους μικροοργανισμούς μπορεί να πολλαπλασιαστεί τόσο πολύ, ώστε να προκύψει μια νοσηρή κατάσταση, που μπορεί να μεταδοθεί και σε κάποιον άλλο. Οι περισσότερες, όμως, οφείλονται σε παθογόνα βακτηρίδια και ιούς, που μεταδίδονται από άτομο σε άτομο.

Τις παθήσεις που μεταδίδονται με τη σεξουαλική επαφή θα μπορούσαμε να τις κατατάξουμε σε τέσσερις (4) ομάδες:

1^η ομάδα: Σύφιλη

Βλεννόρροια

2^η ομάδα: Μαλακό έλκος

Αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα

Βουβωνικό κοκκίωμα

3^η ομάδα: Τριχομονάδωση

Μυκητίαση ή καντιτίαση

«Μη ειδική κολπίτιδα»

Οξυτενή κονδυλώματα

Έρπης των γεννητικών οργάνων

Χλαμύδια

Ηπατίτιδα Β

4^η ομάδα: Ψώρα

Ψείρες του εφηβαίο

Εντερικές παθήσεις (δυσεντερία, αμοιβάδωση, λαμβλίαση)

Η πρώτη ομάδα περιλαμβάνει τα κλασικά αφροδίσια νοσήματα, που υπόκεινται σε υποχρεωτική διεθνή καταγραφή και αναφορά. Οι παθήσεις της δεύτερης ομάδας παρατηρούνται συνήθως στα θερμά τροπικά κλίματα, αλλά ο τουρισμός και η μετανάστευση έχουν αυξήσει τη συχνότητά τους και στις δυτικές χώρες. Η τρίτη ομάδα περιλαμβάνει τις παθήσεις εκείνες που, ενώ γενικά θεωρούνται ανάλογες με τις κλασικές, δεν υπόκεινται σε υποχρεωτική καταγραφή. Η τέταρτη ομάδα περιλαμβάνει παθήσεις που εύκολα μπορούν να μεταφερθούν από τον ένα σύντροφο στον άλλο, αλλά συνήθως μεταδίδονται με άλλες επαφές παρά με την ετεροφυλοφιλική σεξουαλική σχέση, π.χ. κλινოსκεπάσματα, στενή σωματική επαφή μεταξύ των μελών μιας οικογένειας. Τέλος, εκτός από τις παραπάνω παθήσεις, τα τελευταία χρόνια εμφανίστηκε μια καινούρια πάθηση πολύ επικίνδυνη: το σύνδρομο της επίκτητης ανοσοβιολογικής ανεπάρκειας¹³.

ΒΛΕΝΝΟΡΡΟΙΑ

Η βλεννόρροια είναι μια από τις πιο συχνές παθήσεις που μεταδίδονται με τη σεξουαλική επαφή. Προκαλεί σηπτικές βλάβες, συνήθως στα γεννητικά όργανα, σπανιότερα στο έντερο (πρωκτίτιδα) και ενίοτε στη στοματοφαρυγγική κοιλότητα.

Η Παγκόσμια οργάνωση υγείας υπολόγισε το 1968 σε διακόσα εκατομμύρια τις περιπτώσεις βλεννόρροιας σε όλο τον κόσμο. Στη Μ. Βρετανία το 1982 καταγράφηκαν εξήντα χιλιάδες νέες περιπτώσεις, η δε αναλογία ανδρών και γυναικών είναι περίπου η ίδια.

Το μικρόβιο που προκαλεί τη βλεννόρροια λέγεται γονόκοκκος ή ναιϊσέρια γονοκοκκική. Ο γονόκοκκος δεν αντέχει για πολύ έξω από το σώμα, καταστρέφεται ταχύτατα από την ξηρασία και θερμότητα.

Στους άνδρες με ή χωρίς συμπτώματα, οι οποίοι ήρθαν σε επαφή με μολυσμένο σύντροφο, θα πρέπει να επισκεφθούν το γιατρό. Στις γυναίκες που προσβάλλονται, τα συμπτώματα (πυώδης κολπική ροή, κάψιμο κατά την ούρηση,) εμφανίζονται σε δύο εβδομάδες περίπου από τη

μόλυνση και σε ποσοστό λιγότερο του 50%. Οι υπόλοιπες παραμένουν χωρίς συμπτώματα (ασυμπτωματική μορφή), παρόλο που έχουν το μικρόβιο.

Στους άνδρες, ο γονόκοκκος μπορεί να επεκταθεί στον προστάτη και στην επιδιδυμίδα και να προκαλέσει και εκεί φλεγμονή (προστατίτιδα, επιδιδυμίτιδα). Στις γυναίκες, επίσης υπάρχει μεγάλος κίνδυνος ο γονόκοκκος να επεκταθεί στις σάλπιγγες και να προκαλέσει οξεία σαλπιγγίτιδα. Βλεννόρροια που δεν θεραπεύτηκε, μπορεί να παραμείνει για μήνες ή χρόνια και να προκαλέσει πολλές βλάβες που μπορεί να φτάνουν ως τη στειρώση, τόσο στον άντρα όσο και στη γυναίκα. Στους άντρες, η διάγνωση γίνεται με μικροσκοπική εξέταση και καλλιέργεια των υγρών της ουρήθρας. Στις γυναίκες, η πλέον αξιόπιστη μέθοδος, είναι η καλλιέργεια υγρών από τον τράχηλο της μήτρας και την ουρήθρα. Επίσης, παίρνουμε καλλιέργεια από το έντερο και το φάρυγγα, όταν υπάρχει ένδειξη. Η πιο αποτελεσματική θεραπεία είναι ενέσεις πενικιλίνης¹³.

ΧΛΑΜΥΔΙΑ

Τα χλαμύδια είναι η περισσότερο συχνή πάθηση που μεταδίδεται με τη σεξουαλική επαφή. Η ύπαρξή της έγινε γνωστή τα τελευταία χρόνια, αν και δεν είναι εντελώς καινούργια «πάθηση». Παλιότερα, η νόσος αυτή είχε χαρακτηριστεί στους άνδρες σα «μη ειδική» ουρηθρίτιδα.

Τα συμπτώματα είναι παρόμοια με της βλεννόρροιας, αλλά ελαφρότερης μορφής. Οι άνδρες συνήθως παρουσιάζουν ροή από το στόμιο της ουρήθρας, παρόμοια με εκείνη της βλεννόρροιας και αίσθημα καύσου κατά την ούρηση.

Τα συμπτώματα αυτά συνήθως εμφανίζονται 5 - 14 ημέρες μετά τη σεξουαλική επαφή. Αλλά το 1/3 όλων των ανδρών με χλαμύδια δεν έχει κανένα σύμπτωμα.

Στις γυναίκες, τα χλαμύδια μπορεί να προκαλέσουν άφθονη μη φυσιολογική ροή. Στην πλειοψηφία όμως των περιπτώσεων οι γυναίκες δεν έχουν κανένα σύμπτωμα. Τα χλαμύδια μπορεί να επεκταθούν στις σάλπιγγες και να προκαλέσουν φλεγμονή (σαλπιγγίτιδα). Επίσης και

στους άνδρες, αν δεν θεραπευθούν, μπορεί να προκαλέσουν προστατίτιδα κ.α.

Ο γιατρός θα πρέπει να παίρνει (με ένα βαμβακοφόρο στειλεό) δείγμα έκκρισης από όλους τους άνδρες με ροή από την ουρήθρα και να το στέλνει στο εργαστήριο για καλλιέργεια μικροβίων. Στη γυναίκα, το δείγμα παίρνεται από τον τράχηλο της μήτρας. Η διάγνωση θα βασιστεί επίσης στο ιστορικό της σεξουαλικής δραστηριότητας του ασθενή και στην προσεκτική εξέταση από τον γιατρό. Η σωστή διάγνωση έχει βασική σημασία, καθώς η φλεγμονή αυτή μπορεί να μπερδευτεί με τη βλεννόρροια.

Η θεραπεία γίνεται με αντιβιοτικά που ο άρρωστος παίρνει για δύο περίπου εβδομάδες από το στόμα. Τα υγρά μπορεί να υποχωρήσουν αργά και οι υποτροπές να είναι συχνές. Ο γιατρός θα συμβουλεύσει την αποφυγή της σεξουαλικής επαφής μέχρι να ολοκληρωθεί η θεραπεία¹³.

Μυκητίαση (καντιτίαση)

Η μυκητίαση ή καντιτίαση, προκαλείται από μύκητες. Οι κύριες εκδηλώσεις της νόσου στα γεννητικά όργανα της γυναίκας είναι η φλεγμονή του κόλπου (κολπίτιδα) και του αιδοίου, ενώ στον άνδρα η φλεγμονή της βαλάνου και πόσθης του πέους (βαλανοποσθίτιδα).

Οι μύκητες απαντώνται φυσιολογικά στο στόμα και το έντερο. Έχουν επίσης βρεθεί, σε ελάχιστες αποικίες, στον κόλπο και το αιδοίο του Ό περίπου των γυναικών, χωρίς να προκαλούν κανένα ενόχλημα. Εάν όμως το περιβάλλον του κόλπου αλλάζει κατά κάποιο τρόπο (π.χ. εγκυμοσύνη, διαβήτης, αντιβιοτικά, κ.λ.π.), οι μύκητες μπορεί να αρχίσουν να πολλαπλασιάζονται και να δημιουργήσουν φλεγμονή (κολπίτιδα). Η φλεγμονή τότε μπορεί να μεταδοθεί και στον σεξουαλικό σύντροφο.

Στις γυναίκες η μυκητίαση των γεννητικών οργάνων δεν μεταδίδεται πάντα με τη σεξουαλική επαφή. Μύκητες από τον πρωκτό μπορεί να επεκταθούν προς τα εμπρός και να μολύνουν το αιδοίο και τον κόλπο. Στους άνδρες όμως σχεδόν πάντοτε μεταδίδεται με τη σεξουαλική επαφή. Τα συμπτώματα που μπορεί να προκαλέσει στον άνδρα η μυκητίαση

είναι παροδική φαγούρα ή φλεγμονή της βαλάνου και πόσθης του πέους (βαλανοποσθίτιδα) σπανίως δε ουρηθρίτιδα.

Στις γυναίκες, τα συμπτώματα που μπορεί να προκαλέσει η μυκητίαση είναι ερεθισμός και έντονη φαγούρα στην είσοδο του κόλπου και τα έξω γεννητικά όργανα. Συχνά υπάρχει ένα αίσθημα ξηρότητας. Μπορεί επίσης να εμφανιστεί μια φυσιολογική έκκριση - άσπρη, άοσμη και τυρώδης.

Αν και η μυκητίαση μπορεί να υποχωρήσει και χωρίς θεραπεία πολλές φορές παρουσιάζει υποτροπή. Ένας τρόπος να θέσουμε τη φλεγμονή υπό έλεγχο είναι να αλλάζουμε το βαθμό οξύτητας του κόλπου.

Συνήθως για τη θεραπεία της, χορηγούνται κολπικά υπόθετα ή κολπικές κρέμες¹³.

Τριχομονάδωση

Η τριχομονάδωση προκαλείται από ένα μικρό παράσιτο (τριχομονάδα), που συνήθως μεταδίδεται με τη σεξουαλική επαφή. Στη γυναίκα, η τριχομονάδωση είναι η περισσότερο συχνή αιτία μη φυσιολογικής έκκρισης από το ουρογεννητικό σύστημα, ενώ οι άνδρες σπάνια εμφανίζουν συμπτώματα, παρά το γεγονός ότι αυτοί είναι συχνά οι φορείς της φλεγμονής.

Τα υγρά στις γυναίκες έχουν άσχημη οσμή, μπορεί να είναι άφθονα και συχνά αναμιγμένα με αίμα. Άλλα συμπτώματα μπορεί να είναι το κοκκίνισμα και το πρήξιμο του αιδοίου, έντονη φαγούρα στα εξωτερικά γεννητικά όργανα και αίσθημα καύσου κατά την ούρηση.

Ας σημειωθεί όμως ότι το 1/3 των γυναικών που έχουν μολυνθεί με τριχομονάδες εμφανίζουν ελαφρά συμπτώματα ή καθόλου.

Για τη διάγνυσή της, ο γιατρός παίρνει δείγμα εκκρίματος από τον βλεννογόνο του κόλπου και το εξετάζει στο μικροσκόπιο για τριχομονάδες.

Τέλος, όσον αφορά τη θεραπεία αυτή δίνεται ταυτόχρονα στη γυναίκα και στον σεξουαλικό της σύντροφο, διαφορετικά ο άνδρας μπορεί

να ξαναμολύνει την γυναίκα. Κατά την διάρκεια της θεραπείας απαγορεύεται η σεξουαλική επαφή¹³.

Μη ειδική κολπίτιδα

Σχεδόν κάθε είδος βακτηριδίων μπορεί να προκαλέσει κολπίτιδα. Συνήθως προκαλείται από έναν μικροοργανισμό, που ονομάζεται αιμόφιλος του κόλπου, και βακτηρίδια του εντέρου που έχουν μολύνει τον κόλπο. Η έκκριση που προκαλείται έχει συνήθως άσχημη οσμή. Τέτοιες κολπικές φλεγμονές είναι συχνές, ειδικότερα σε γυναίκες ηλικίας μεγαλύτερης των 35 ετών.

Η θεραπεία συνήθως περιλαμβάνει κολπικά υπόθετα ή κολπικές κρέμες. Αν αυτά δεν βοηθήσουν, μπορούν να χορηγηθούν αντιβιοτικά από το στόμα¹³.

Οξυτενή κονδυλώματα

Τα κονδυλώματα οφείλονται σε ιό. Αποτελούν συχνό πρόβλημα στην περιοχή των γεννητικών οργάνων και η μετάδοση γίνεται με στενή σωματική επαφή. Είναι πιο συχνά στον άνδρα απ' ό τι στη γυναίκα.

Όσον αφορά τα συμπτώματα, αυτά εμφανίζονται στα γεννητικά όργανα και τον πρωκτό, τόσο στον άνδρα όσο και στη γυναίκα, 1 - 3 μήνες μετά από σεξουαλική επαφή με μολυσμένο άτομο. Τα κονδυλώματα είναι λευκά ή ελαφρώς κόκκινα ογκίδια, έχουν ανώμαλη επιφάνεια, αναπτύσσονται σε σωρούς και μπορούν σε ορισμένες περιπτώσεις να μεγαλώσουν αρκετά. Συχνά προκαλούν φαγούρα. Στις γυναίκες, τα κονδυλώματα αναπτύσσονται συνήθως στην είσοδο του κόλπου ή μέσα στον κόλπο, στο αιδοίο και στο περίνεο, ενώ στους άνδρες στη βαλανοποσθική αύλακα, στην πόσθη, στη βάλανο και κάποτε μέσα στο στόμιο της ουρήθρας ή τον πρωκτό.

Για την διάγνωση των κονδυλωμάτων δεν είναι απαραίτητες οι εργαστηριακές εξετάσεις, γιατί μπορούν να αναγνωρισθούν εύκολα. Και τέλος για τη θεραπεία των κονδυλωμάτων, ο γιατρός επαλείφει τα κονδυλώματα πολλές φορές με ένα ειδικό καυστικό υγρό. Αν το υγρό αυτό δεν τα εξαφανίσει, τότε ο γιατρός τα καταστρέφει με ηλεκτροκαυστήρα.

Σε όλες τις περιπτώσεις, η περιοχή όπου υπάρχουν κονδυλώματα θα πρέπει να διατηρείται στεγνή. Οποιαδήποτε έκκριση θα πρέπει να εξαλειφθεί και οι γυναίκες δεν θα πρέπει να φορούν παντελόνια ή νάυλον εσώρουχα. Τα κονδυλώματα είναι δυνατό να παρουσιάζουν υποτροπή¹³.

Έρπης των γεννητικών οργάνων.

Είναι η πλέον συχνή αιτία που προκαλεί έλκη (πληγές) στην περιοχή των γεννητικών οργάνων και οφείλεται σε ιό. Τα τελευταία χρόνια έχει παρουσιάσει μεγάλη έξαρση και ίσως είναι από τα πλέον συχνά αφροδίσια νοσήματα.

Στην Αμερική το 1979 καταγράφηκαν 270.000 νέες περιπτώσεις, ενώ στην Αγγλία 15.000 το 1982.

Όσον αφορά τα συμπτώματα, τα έλκη του έρπητα εμφανίζονται 3 - 7 μέρες μετά από σεξουαλική επαφή με μολυσμένο άτομο. Το πρώτο σημάδι είναι η εμφάνιση, κατά ομάδες, μικρών ρόδινων κηλίδων με ή χωρίς τοπικά ενοχλήματα (φαγούρα, αίσθηση καύσου κατά την ούρηση), οι οποίες γρήγορα μετασχηματίζονται σε φυσαλίδες σπάζουν και δημιουργούνται διαβρώσεις και επώδυνα έλκη.

Στους άνδρες τα έλκη εμφανίζονται στο πέος ή τον πρωκτό. Στις γυναίκες, συνήθως εντοπίζονται στα χείλη του αιδοίου, τον κόλπο, τον τράχηλο της μήτρας και το περίνεο.

Ο ιός του έρπητα είναι αρκετά μεταδοτικός. Το άτομο που έχει αυτά τα έλκη δεν θα πρέπει να έχει σεξουαλική επαφή. Ο ιός μπορεί να μεταφερθεί στα γεννητικά όργανα και από το στόμα. Είναι επομένως σημαντικό για το άτομο να είναι προσεκτικό και όταν ακόμα έχει επιχείλιο έρπητα.

Για τη διάγνωση του έρπητα, θα πρέπει να είμαστε προσεκτικοί για να μπορέσουμε να τον ξεχωρίσουμε από την σύφιλη. Ο γιατρός εξετάζει τα έλκη, παίρνει δείγματα εκκρίματος από αυτά και τα στέλνει στο εργαστήριο για μικροσκοπική εξέταση και καλλιέργεια για την εξακρίβωση του ιού.

Οι επιπλοκές του έρπητα στην εγκυμοσύνη μπορεί να είναι πολύ επικίνδυνες. Στην αρχή της εγκυμοσύνης μπορεί να προκαλέσει αποβο-

λή, ενώ κατά τον τοκετό είναι δυνατό να μολύνει το παιδί. Μπορεί να χρειαστεί να γίνει καισαρική τομή για να προφυλάξουμε το νεογέννητο από πιθανές θανατηφόρες επιπλοκές.

Και τέλος, όσον αφορά τη θεραπεία, μπορούμε να πούμε ότι μέχρι σήμερα δεν υπάρχει αποτελεσματική και ασφαλής θεραπεία. Ο γιατρός, όμως μπορεί να προτείνει τρόπους που ελαττώνουν τα ενοχλήματα. Τα έλκη θα πρέπει να διατηρούνται, όσο γίνεται, καθαρά. Θα επουλωθούν μόνα τους σε 2 - 4 εβδομάδες και δεν θα αφήσουν ουλές. Ο έρπητας όμως συχνά παρουσιάζει υποτροπή. Οι εκκρίσεις διαφόρων υγρών επιβραδύνουν την επούλωση. Καταστάσεις που μπορούν να ευνοήσουν τις υποτροπές είναι: διάφορες άλλες λοιμώξεις η έμμηνος ροή, η ψυχολογική ένταση κ.α. Τελευταία όμως κυκλοφόρησε ένα καινούργιο φάρμακο εναντίον του ιού του έρπητα το Acyclovir που έχει δείχθει ότι μειώνει την ένταση των συμπτωμάτων και μικραίνει την διάρκεια της κλινικής πορείας της νόσου.

Επίσης απαγορεύεται η σεξουαλική επαφή όταν υπάρχουν έλκη¹³.

Σύφιλη.

Σήμερα η συχνότητα της σύφιλης έχει σημαντικά ελαττωθεί, ώστε να αποτελεί σπανιότερη πάθηση από εκείνες που μεταδίδονται με τη σεξουαλική επαφή. Στο παρελθόν ήταν περισσότερο συχνή και η πιο επικίνδυνη από τα αφροδίσια νοσήματα, γιατί δεν υπήρχε αποτελεσματική θεραπεία.

Το μικρόβιο που προκαλεί τη σύφιλη λέγεται ωχρά σπειροχαίτη. Εισέρχεται στον οργανισμό μας κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής, πολλαπλασιάζεται ταχύτατα και διασπείρεται σε όλα τα μέρη του σώματος με το αίμα και το λεμφικό σύστημα.

Το πρώτο σύμπτωμα της σύφιλης είναι μια μικρή πληγή (έλκος) που δεν πονάει, είναι σκληρή και γεμάτη μικρόβια. Εμφανίζεται στο σημείο που το μικρόβιο εισέρχεται στο σώμα μας (σεξουαλικά όργανα, έ-

ντερο, στόμα), 1 -4 εβδομάδες μετά την επαφή με μολυσμένο άτομο. Σε πολλές περιπτώσεις, το άτομο μπορεί να μην αντιληφθεί το έλκος, αφού μπορεί να βρίσκεται στον κόλπο, τον τράχηλο της μήτρας ή το έντερο.

Το έλκος επουλώνεται σε 2 περίπου εβδομάδες ακόμα και χωρίς θεραπεία και δεν αφήνει σημάδι. Τα μικρόβια όμως μπορούν να παραμείνουν στο σώμα και να διασπείρονται παντού. Έτσι, αν δε γίνει θεραπεία, μετά έναν ή περισσότερους μήνες εμφανίζεται το δεύτερο στάδιο της νόσου, που μπορεί να εκδηλωθεί με μορφή δερματικού εξανθήματος και είναι πολύ μολυσματικό. Το άτομο συνήθως νιώθει κόπωση και ναυτία, πόνο στις αρθρώσεις και ελαφρύ πυρετό. Μερικές φορές τα συμπτώματα είναι εντελώς ελαφρά και διαρκούν λίγο. Τα συμπτώματα αυτά συνήθως περνούν και χωρίς θεραπεία, αλλά το άτομο δεν έχει θεραπευθεί. Εξακολουθεί να είναι άρρωστο. Αν δεν γίνει θεραπεία, η νόσος τότε μπορεί να προχωρήσει στο τρίτο στάδιο, το οποίο μετά από χρόνια μπορεί να προκαλέσει σοβαρές βλάβες στην καρδιά και το κεντρικό νευρικό σύστημα. Η σύφιλη είναι πολύ μεταδοτική, όταν υπάρχει το έλκος και κατά τη διάρκεια του δεύτερου σταδίου.

Προσοχή χρειάζεται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, γιατί η σύφιλη αν δεν θεραπευτεί, μπορεί να περάσει από τη μήτρα στο έμβρυο και να προκαλέσει σοβαρές βλάβες ή ακόμα και τον θάνατο του εμβρύου¹³.

Ψώρα.

Η ψώρα προκαλείται από το παράσιτο άκαρι της ψώρας, το οποίο εισχωρεί κάτω από το δέρμα και εκεί γεννάει τα αυγά του. Η ψώρα μπορεί να μεταδοθεί με τη σεξουαλική επαφή, καθώς επίσης και με οποιαδήποτε άλλη στενή επαφή. Είναι νόσος μεταδοτική. Τα συμπτώματα της ψώρας είναι: έντονη φαγούρα (που αρχίζει 2 - 6 εβδομάδες μετά τη μόλυνση και συνήθως επιδεινώνεται κατά τη διάρκεια της νύχτας) και εξάνθημα δέρματος. Το άκαρι της ψώρας προτιμά τα γεννητικά όργανα, τη μασχάλη, τις περιοχές μεταξύ των δακτύλων, γύρω από τις θηλές, τον αφαλό, τους μηρούς κ.α. Δεν προσβάλλει το πρόσωπο, το τριχωτό της κεφαλής και το λαιμό.

Για να απαλλαγούμε από το άκαρι της ψώρας, χρησιμοποιούμε ειδικά διαλύματα και κρέμες με τα οποία επαλείφουμε όλο το σώμα, εκτός από το κεφάλι. Για να επιτύχει η θεραπεία της ψώρας, πρέπει να γίνει συγχρόνως σε όλα τα άτομα της οικογένειας, με ταυτόχρονη απολύμανση των ενδυμάτων και κλινοσκεπασμάτων¹³.

Ψείρες του εφηβαίου.

Οι ψείρες του εφηβαίου μεταδίδονται με τη στενή σωματική επαφή, αλλά και έμμεσα με μολυσμένα ρούχα. Η συχνότητά τους βαθμιαία αυξάνει.

Οι ψείρες αυτές είναι χρώματος καφέ και έχουν μέγεθος κεφαλής καρφίτσας. Προτιμούν να ζουν στην περιοχή του εφηβαίου, αλλά μπορούν να βρεθούν και σε άλλες περιοχές που καλύπτονται από τρίχες, εκτός από το κεφάλι. Οι ψείρες και το αίμα τους προσκολλώνται στερεά στο δέρμα και στα πλάγια των τριχών, γι' αυτό και η αποκόλλησή τους είναι δύσκολη.

Για τη θεραπεία τους, χρησιμοποιούμε D.D.T. Αφού αποκολλήσουμε τα αυγά χρησιμοποιώντας ζεστό ξύδι, βάζουμε άφθονη σκόνη D.D.T. στην περιοχή του εφηβαίου και την αφήνουμε για 12 - 24 ώρες.

Η σκόνη σκοτώνει τις ψείρες σε 6 - 24 ώρες. Η θεραπεία επαναλαμβάνεται η ίδια μετά από 8 ημέρες. Τελευταία αντί για σκόνη D.D.T. χρησιμοποιούμε ειδικά διαλύματα και κρέμες με πολύ καλά αποτελέσματα¹³.

Εντερικές παθήσεις

Υπάρχουν αρκετές ενδείξεις ότι ορισμένες εντερικές παθήσεις μπορούν να μεταδοθούν και με τη σεξουαλική επαφή π.χ.

- αμοιβάδωση
- λαμβλίαση
- βακτηριακή δυσεντερία
- σαλμονέλωση

Οι παθήσεις αυτές είναι περισσότερο συχνές μεταξύ των ομοφυλόφιλων και έχουν αναφερθεί μικρές επιδημίες ανάμεσα σε τέτοιες ομάδες. Κατά τη στοματοπρωκτική επαφή, εύκολα μπορούν να μεταφερθούν οι μικροοργανισμοί, που προκαλούν αυτές τις παθήσεις, από τον ένα σύντροφο στον άλλο¹³.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο

ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΗΣΗ :

ΠΩΣ ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΟΙ ΓΟΝΕΙΣ ΝΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΥΝ

ΤΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΗΣΗ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΤΟΥΣ

Εισαγωγή

Το παιδί πρέπει να έχει την ευκαιρία να μαθαίνει από τους γονείς του γι' αυτή, που θεωρείται μια από τις πιο βασικές εμπειρίες της ζωής. Εξάλλου, οι γονείς είναι τα πιο κατάλληλα πρόσωπα για να του εξηγήσουν τα σχετικά γεγονότα. Αν το σκεφτούμε λογικά, δεν υπάρχει κανείς λόγος να κρύβουμε τις λεπτομέρειες της αναπαραγωγής ή του σεξ από τα παιδιά μας. Παρ' όλη, όμως, την αναγκαιότητα της σεξουαλικής ενημέρωσης, υπάρχουν πολλοί γονείς που είτε συναντούν δυσκολίες είτε είναι αντίθετοι με αυτή την άποψη.

Πολλοί είναι οι λόγοι που εμποδίζουν τους γονείς να συζητήσουν με τα παιδιά τους γι' αυτό το θέμα. Αρκετοί γονείς πιστεύουν ότι η ανθρώπινη σεξουαλικότητα είναι ένα απλό φαινόμενο, που μαθαίνεται τελείως φυσικά. Αυτοί οι γονείς πιστεύουν ότι η επιστημονική γνώση καταστρέφει το «μυστήριο» και την ιερότητα του σεξ και περιορίζει έτσι τη μελλοντική απόλαυση.

Άλλοι γονείς έχουν συναισθηματικής φύσεως αντιρρήσεις. Φοβούνται μήπως ξεπέσουν στα μάτια των παιδιών τους. Αυτός ο φόβος όμως, προϋποθέτει μια δική τους αρνητική στάση απέναντι στο σεξ και θεωρούν δεδομένο ότι και το παιδί θα δει το σεξ σαν κάτι βρώμικο ή απαγορευμένο. Αυτό όμως, είναι πρόβλημα των γονιών κι όχι των παιδιών.

Άλλοι γονείς πάλι, καθώς είναι οι ίδιοι από την αγωγή τους φορτωμένοι με αρνητικά μηνύματα, δεν θέλουν να τα μεταδώσουν και στα παιδιά τους. Άλλοι πάλι δεν έχουν και οι ίδιοι ακόμη ξεκαθαρίσει τη στάση τους γύρω από το σεξ.

Μερικοί γονείς πάλι αρνούνται τη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση, λέγοντας ότι «αν το παιδί μου γνωρίσει το σεξ, δε θα θελήσει να πειραματιστεί».

Το ότι το παιδί θα δεχτεί τις πληροφορίες σχετικά με το σεξ και θα τις θέσει αμέσως σε εφαρμογή, αποτελεί πλήρη παρεξήγηση. Η παρεξήγηση αυτή επικρατεί γιατί οι ενήλικες έχουν την τάση να προβάλλουν τα δικά τους συναισθήματα στο παιδί. Οι ερωτήσεις του παιδιού προέρχονται από πνευματική περιέργεια. Γιατί θέλει να καταλάβει τον κόσμο καλύτερα. Η γνώση για το σεξ δεν επηρεάζει το βαθμό πειραματισμού, όταν η γνώση αυτή αρχίζει μέσα στη φυσιολογική διαδρομή της συγκινησιακής ανάπτυξης του παιδιού. Στην πραγματικότητα, πολλά παιδιά που δεν γνωρίζουν τα γεγονότα, αρχίζουν να πειραματίζονται την ίδια εποχή με τους περισσότερο ενημερωμένους φίλους τους.

Υπάρχει, όμως και μια άλλη μερίδα γονιών που ενώ παραδέχονται την ανάγκη της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης, παρ' όλα αυτά αισθάνονται πολύ δύσκολα, άσχημα, αμήχανα κι απροετοίμαστα γι' αυτόν τον ρόλο.

Δυστυχώς, η ανησυχία τους δεν είναι αδικαιολόγητη. Τους λείπουν οι βασικές γνώσεις σχετικά με το πώς να συζητήσουν το θέμα αυτό με τα παιδιά. Πολλές φορές οι γονείς θυμούνται τις δικές τους τραυματικές εμπειρίες και τις συγκεχυμένες ιδέες τους, ορισμένες από τις οποίες προέρχονται από παρανοήσεις, που είχαν δημιουργηθεί από κακά πληροφορημένα άτομα. Συχνά οι γονείς θυμούνται ότι τους μίλησαν για το σεξ και την αναπαραγωγή άλλα πρόσωπα - εκτός από τους γονείς τους που δεν τους μίλησαν καθόλου.

Είναι γνωστό, ότι είναι ελάχιστες οι περιπτώσεις παιδιών που δεν καταφεύγουν στην έξω από την οικογένεια πληροφόρηση με λόγια, έντυπα, αναγνώσματα και θεάματα ή ακόμη και με ταπεινωτικές χειρονομίες.

Το μεγάλο μειονέκτημα, όμως, όλων αυτών των πηγών πληροφόρησης είναι η διαστρέβλωση της πραγματικότητας, η καλλιέργεια φόβου, ντροπής, ενοχής ή υπερβολικών προσδοκιών.

Η λαθεμένη πληροφόρηση και η άγνοια δημιουργούν συνήθως αρνητικές πεποιθήσεις και στάσεις απέναντι στο σεξ, που μπορεί να προκαλέσουν ακόμη και σεξουαλικές δυσλειτουργίες. Και είναι αλήθεια ότι η σωστή ενημέρωση προλαβαίνει, προστατεύει και βοηθάει. Τα καλύτερα και έγκαιρα ενημερωμένα παιδιά, γύρω από την ανθρώπινη σεξουαλικότητα, έχουν μεγάλες πιθανότητες να ζήσουν μια ευτυχισμένη, υπεύθυνη σεξουαλική ζωή. Τα μαθήματα για την έγγαμη οικογενειακή ζωή με ειδική ενημέρωση γύρω από τις σεξουαλικές σχέσεις, βοήθησε πολλά νέα ζευγάρια να αποφύγουν ένα διαζύγιο, μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη κ.α.

Ανύπαντρες κοπέλες που έμειναν έγκυες, αφού ενημερώθηκαν για τις μεθόδους αντισύλληψης, δεν ξανάπεσαν θύματα της «κοινωνικής αυτής αρρώστιας».

Τα γεγονότα αυτά αποτελούν μια απόδειξη ότι η άγνοια γύρω από την ανθρώπινη σεξουαλικότητα οδηγεί σε δυστυχία.

Επιπλέον, η ενημέρωση περιορίζει τη σεξουαλική ενοχή, δημιουργεί μια πιο ανεκτική στάση απέναντι στις απόψεις των άλλων, καλλιεργεί μεγαλύτερη υπευθυνότητα στην προσωπική σεξουαλική ζωή, οδηγεί στην εγκατάλειψη των διπλών μέτρων και σταθμών και ενισχύει την πεποίθηση ότι οι σεξουαλικές σχέσεις πρέπει να υπάρχουν ανάμεσα σε άτομα που αγαπιούνται ή τουλάχιστον νιώθουν μια έντονη συναισθηματική έλξη.

Τι πρέπει, λοιπόν, να κάνουμε για να διαπαιδαγωγήσουμε σωστά τα παιδιά γύρω από το σεξ ;

Για να είμαστε ικανοί να διαπαιδαγωγήσουμε σωστά τα παιδιά μας, πρέπει να φροντίζουμε να είμαστε οι ίδιοι σωστά ενημερωμένοι, να παραδεχόμαστε τι δεν ξέρουμε, να διδάσκουμε γεγονότα και όχι μύθους, να είμαστε αντικειμενικοί και, τέλος, να έχουμε σα στόχο τη γνώση και όχι τις συναισθηματικές προκαταλήψεις. Είναι ένας στόχος πραγματικά δύσκολος, γιατί οι περισσότεροι άνθρωποι μεγάλωσαν σ' έναν κόσμο όπου επικρατούσε η άγνοια και η δυσπροσαρμοστικότητα στη σεξουαλική ζωή, με συχνά αρνητικές στάσεις απέναντι στον έρωτα.

Όμως, η σπουδαιότητα της σεξουαλικής ενημέρωσης δεν παύει να είναι μια πραγματικότητα, που απαιτεί από τον κάθε γονιό να συζητάει αυτά τα θέματα με το παιδί του. Αν την αποφύγει, το παιδί μπορεί να σχηματίσει την ιδέα ότι τα θάματα αυτά είναι απαγορευμένα ή απαράδεκτα. Πρέπει να αναλάβουν οι γονείς την πρωτοβουλία και την ευθύνη να προσφέρουν τις πληροφορίες αυτές, γιατί έτσι έχουν την ευκαιρία να μαθαίνουν τι γνωρίζει το παιδί και να ξεκαθαρίζουν οποιεσδήποτε συγκεχυμένες ιδέες μπορεί να έχει. Ίσως, λοιπόν, ένας ακόμα σοβαρός λόγος, για τον οποίο πρέπει οι γονείς να αποτελούν την πρώτη πηγή των πληροφοριών του παιδιού, βρίσκεται στο γεγονός ότι έτσι ελέγχουν καλύτερα το είδος των πληροφοριών που παίρνει το παιδί. Ο οποιοσδήποτε άλλος δεν έχει - κατά πάσα πιθανότητα - την ίδια ευαισθησία απέναντι στο παιδί και είναι πολύ πιο πιθανό ότι ο πατέρας ή η μητέρα μπορεί να μεταδώσει το σχετικό μήνυμα προς το παιδί πολύ πιο σωστά.

Η ενημέρωση γύρω από την αναπαραγωγή και το σεξ, θα πρέπει να είναι ένας συνεχής διάλογος, μόνιμα ανοιχτός και να αρχίζει από πολύ νωρίς. Συνήθως, με τη μητέρα που βρίσκεται περισσότερο χρόνο με το παιδί - ιδίως όταν είναι μικρό οι πιθανότητες να αναλάβει αυτή το έργο αυτό είναι μεγαλύτερες. Αυτό, όμως, δεν σημαίνει ότι και οι δύο γονείς δεν έχουν την αρμοδιότητα και την ευθύνη να απαντούν στα ερωτήματα του παιδιού.

Σε περίπτωση που ο ένας εκ των δύο έχει κάποια δυσκολία, αναλαμβάνει εκείνος που έχει μεγαλύτερη επικοινωνία και επαφή με το παιδί. Τα περισσότερα παιδιά αρχίζουν να υποβάλλουν ερωτήσεις σε μικρή ηλικία, δύο, τριών ή τεσσάρων χρόνων το αργότερο. Αυτές οι αρχικές ερωτήσεις είναι συνήθως άμεσες και τελείως απλές. «Από πού ήρθα» ή «πώς έρχονται στον κόσμο τα μωρά». Οι γονείς καλό είναι να απαντήσουν αμέσως, χωρίς αναβολή και με ειλικρίνεια. Το πόσα πρέπει να πούμε κάθε φορά στο παιδί, εξαρτώνται από την ηλικία του παιδιού. Οι πληροφορίες που δίνουμε, πρέπει να είναι κατανοητές για να μην προκαλέσουν σύγχυση. Οδηγός στις απαντήσεις μας είναι το ίδιο το παιδί.

θέτουν ερωτήματα για την αναπαραγωγή και όχι για τα συναισθήματα του σεξ. Πάρα πολύ συχνά οι γονείς συζητούν στο μικρό παιδί για το σεξ, ενώ εκείνο στην πραγματικότητα το μόνο που θέλει να μάθει είναι τα σχετικά με την αναπαραγωγή. Τα περισσότερα μικρά παιδιά θέλουν συγκεκριμένα γεγονότα σχετικά με τη φυσιολογία και για το ποιος θα κάνει τι, πότε και πώς. Στην αρχή είναι προτιμότερο να πιστεύει το κάθε παιδί ότι οι σεξουαλικές πληροφορίες είναι παρόμοιες με οποιεσδήποτε άλλες πληροφορίες. Όμως, καθώς το παιδί πλησιάζει προς την εφηβεία, γύρω ίσως στην εποχή της μέσης παιδικής ηλικίας, όταν παρατηρούνται τα πρώτα συναισθήματα διέγερσης που προκαλούν ευχαρίστηση στα αγόρια και στα κορίτσια, τότε η ενημέρωση γύρω από τα σεξουαλικά συναισθήματα γίνεται αναγκαία.

Συζητώντας για το σεξ με έναν προέφηβο ή έφηβο, θα πρέπει να αποφεύγονται οι ηθικολογίες και να δίνεται μια πλήρης φυσιολογική και θετική εικόνα τόσο για την эρωτική πράξη, όσο και για τα συναισθήματα που τη συνοδεύουν. Συχνά οι έφηβοι ρωτούν για τα προσωπικά συναισθήματα και τις εμπειρίες των γονιών. Στην προκειμένη περίπτωση, ο κίνδυνος που μπορεί να προκύψει από τις συγκεκριμένες απαντήσεις, είναι η δημιουργία μιας ανησυχίας και σεξουαλικής διέγερσης στο παιδί, που τις περισσότερες φορές επηρεάζει αρνητικά τη σεξουαλική προσαρμογή του. Θα μπορούσε, λοιπόν, ο γονιός να αρνηθεί, λέγοντας πως οι σεξουαλικές εμπειρίες κάθε ανθρώπου είναι ιδιωτική υπόθεση και όχι θέμα γενικότερης συζήτησης.

Αντίθετα, σε περίπτωση που το παιδί δεν ζητά πληροφορίες, οι γονείς θα πρέπει να πάρουν την πρωτοβουλία και να του δώσουν την ευκαιρία να κάνει ερωτήσεις. Κατά πάσα πιθανότητα κάποιος άλλος έχει απαντήσει στα ερωτήματά του ή πήρε ψεύτικες πληροφορίες από τους γονείς.

Μπορεί να μην ξαναρωτήσει ποτέ, αλλά μπορεί και να ξαναγυρίσει για να επαληθεύσει αυτά που έχει ήδη πληροφορηθεί. Και στις δύο περιπτώσεις, καθήκον των γονέων είναι να ενθαρρύνουν το παιδί να συζητά τις απορίες του μαζί τους. Ακόμη κι αν την εποχή που δίνεται μια

πληροφορία φαίνεται πολύ μακρινή και χωρίς κανένα νόημα, όταν παρουσιαστεί μια δύσκολη περίπτωση το παιδί θα διαθέτει ήδη τις κατάλληλες γνώσεις και θα θυμάται ότι οι γονείς ήταν εκείνοι που το προετοίμασαν για να αντιμετωπίσει την κρίση αυτή. Φυσικά η ενημέρωση προϋποθέτει ότι οι ίδιοι οι γονείς είναι καλά πληροφορημένοι για το σεξ και την αναπαραγωγή και δεν βασίζονται απλώς στις δικές τους εμπειρίες ή τις εμπειρίες άλλων. Είναι προτιμότερο να δηλώσουν άγνοια και να χρησιμοποιήσουν ένα σχετικό βιβλίο ή μια εγκυκλοπαίδεια, παρά να διατρέξουν τον κίνδυνο να δώσουν μια λάθος πληροφορία ή ένα αμφίβολο μήνυμα. Το βέβαιο είναι, ότι η άγνοια ή και οι παρανοήσεις αφήνουν το παιδί απροστάτευτο σε καταστάσεις που περιλαμβάνουν σεξουαλικές αντιδράσεις, για τις οποίες δεν γνωρίζει τίποτα. Είναι εκπληκτικό πόσοι έφηβοι ασχολούνται με σεξουαλικά παιχνίδια, ακόμη και με τη συνουσία, χωρίς να καταλαβαίνουν τίποτα για το σεξ ή την αναπαραγωγή.

Οι νεαροί αυτοί και οι νεαρές ποτέ δεν σκέφτονται τα διάφορα αντιουλληπτικά, γιατί δεν έχουν ποτέ ακούσει γι' αυτά.

Το να μη μιλάμε στο παιδί σχετικά με τα σεξουαλικά θέματα, είναι παρόμοιο με το να μη του διδάξουμε τίποτα για τους κανόνες της οδικής κυκλοφορίας. Κανένας γονιός, που έχει συναίσθηση ευθύνης, δε θα παραλείψει να διδάξει στο παιδί του πώς να διασχίζει με ασφάλεια τους δρόμους, γιατί η γνώση αυτή προφυλάσσει το παιδί. Με τον ίδιο τρόπο, αν δεν μιλήσουμε στο παιδί για το σεξ, το αφήνουμε εντελώς εκτεθειμένο σε τυχόν τραυματικές εμπειρίες. Υπάρχουν πάρα πολλά στοιχεία που αποδεικνύουν ότι πολλοί έφηβοι κακοποιούνται σεξουαλικά, γιατί δεν καταλαβαίνουν τι τους συμβαίνει. Στην πράξη, η προσέγγιση της εφηβείας χωρίς να έχει προηγηθεί καμία σχετική ενημέρωση και προετοιμασία για το σεξ, μπορεί να οδηγήσει σε ψυχολογικές διαταραχές, ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, αφροδίσια νοσήματα κ.λ.π. Η έλλειψη ενημέρωσης μπορεί να είναι επικίνδυνη και κατά έναν άλλο τρόπο. Το παιδί αρχίζει να αισθάνεται φόβους, επειδή έχει σεξουαλικές αντιδράσεις ή σωματικές αντιδράσεις, που δεν τις καταλαβαίνει και που δεν γνωρίζει τίποτα γι' αυτές. Πάρα πολλές φορές η εμφάνιση της περιόδου, η στύση των αγοριών, οι κοιλικές αισθήσεις των κοριτσιών και η κλειτοριδική ευχαρί-

στηση, μπορεί να οδηγήσουν το παιδί σε έντονες αντιδράσεις αμηχανίας, ανησυχίας, φόβου, ντροπής και ενοχής, απλά γιατί δεν ξέρει τι σημαίνουν τα γεγονότα αυτά. Η πληροφόρηση δίνει γνώση και η γνώση είναι δύναμη¹⁴.

ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

Ο Αυνανισμός: Πρόκειται για ένα φυσιολογικό φαινόμενο που αρχίζει κατά την παιδική ηλικία και συνεχίζεται με μεταβαλλόμενη συχνότητα, η οποία εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Η αυτοερωτική ικανοποίηση είναι πολύ συνηθισμένη στην εφηβεία και αποτελεί μια προκαταρκτική δραστηριότητα, που θα οδηγήσει τον έφηβο στην ετερόφυλη σεξουαλική ικανοποίηση. Ο αυνανισμός δεν είναι επιβλαβής, αλλά γίνεται πρόβλημα από τη στιγμή που ο γονιός αποδίδει μεγάλη έμφαση σ' αυτόν και παίρνει μια σαφώς τιμωρητική στάση. Το παιδί τότε αντιδρά νιώθοντας εξαιρετικά ένοχο, γιατί μαθαίνει πως ασχολείται με μια απαγορευμένη πράξη, κάθε φορά που αυνανίζεται. Το συναίσθημα αυτό ενοχής μπορεί να γενικευτεί απέναντι σε κάθε σεξουαλική κατάσταση, πράγμα που αποτελεί κακό οικονό για τις μελλοντικές σεξουαλικές σχέσεις του.

Ποια θα πρέπει να είναι η στάση των γονιών ; Κατ' αρχήν θα πρέπει να αποδεχτούν τον αυνανισμό. Πολλοί γονείς - στα λόγια - υπονοούν μια αποδοχή, αλλά εξακολουθούν να ζητούν πλάγιους τρόπους για να εξαναγκάσουν τον έφηβο να απόσχει. Η απαγόρευση και οι τιμωρίες δεν κάνουν άλλο παρά να χειροτερεύουν το κακό που νομίζουν ότι καταπολεμούν.

Αν ο αυνανισμός φτάνει σε μία συχνότητα που δεν επιτρέπει πια καμιά άλλη δραστηριότητα, τότε οι γονείς και οι παιδαγωγοί, αντί να ενοχοποιήσουν κάτι που δεν είναι παρά ένα σύμπτωμα συμπεριφοράς, είναι προτιμότερο να αναζητούν τις κρυφές αιτίες που προκαλούν αυτή τη συνεχή αυτοερωτική δραστηριότητα. Μπορεί να είναι κάποιο ψυχικό

τραύμα ή μη συγκινησιακή απογοήτευση, στέρηση αγάπης, μοναξιά, άνοια, άγχος κλπ.

Αμοιβαίος αυνανισμός: είναι φυσιολογικό για τα παιδιά να ασχολούνται με δραστηριότητες σεξουαλικών εξερευνήσεων. Μπορεί να φτάσουν σε σημείο που να ασχολούνται με «αμοιβαίο αυνανισμό». Για τα παιδιά που αυνανίζονται ταυτόχρονα δεν υπάρχει κανένα ενδεχόμενο κακό, εκτός από την πιθανότητα ότι η πράξη αυτή μπορεί να γίνει αρκετά ικανοποιητική για το παιδί, ώστε να δείχνει σαφή προτίμηση για το είδος αυτό σεξουαλικής διέγερσης, οπότε η συνεχιζόμενη προτίμησή του οφείλεται πιθανότατα σε άλλα αίτια. Και σ' αυτή την περίπτωση θα πρέπει να δούμε τη συμπεριφορά αυτή σαν σύμπτωμα μιας γενικότερης ψυχολογικής κατάστασης του παιδιού. Από τη στιγμή που θα εντοπίσουμε τα αίτια και θα δώσουμε και την κατάλληλη βοήθεια, το παιδί πιθανότατα θα προχωρήσει ομαλά στη σεξουαλική του ανάπτυξη και ολοκλήρωση.

Άλλες σεξουαλικές εμπειρίες της παιδικής ηλικίας: Το παιχνίδι του γιατρού φαίνεται πως αποτελεί μια διεθνή σεξουαλική εμπειρία. Σχεδόν κάθε παιδί στο παιχνίδι αυτό φαίνεται ότι ικανοποιεί - σε κάποιο βαθμό - τη σεξουαλική του περιέργεια. Τα παιδιά εξετάζουν το ένα τα γεννητικά όργανα του άλλου. Όταν τα παιδιά αποκτήσουν την εμπειρία αυτή, η περιέργειά τους ικανοποιείται και σταματούν να εξερευνούν το ένα το σώμα του άλλου, έχουν κάνει, όμως, ένα σημαντικό βήμα προόδου πέρα από το στάδιο της αυτοδιέγερσης. Το παιχνίδι του γιατρού δεν είναι η μόνη σεξουαλική εξερεύνηση. Υπάρχουν και άλλες μορφές παιχνιδιών. Τα παιδιά μπορούν να παίζουν διάφορους ρόλους με πρόσωπα του ίδιου φύλου ή του αντίθετου φύλου (το μπαμπά ,τη μαμά κλπ). Η στάση των γονέων, σε περίπτωση που γνωρίζουν κάτι τέτοιο, δεν πρέπει να είναι τιμωρητική γιατί αυτό μπορεί όχι μόνο να μην αποτρέψει το παιδί από μια τέτοια ασχολία, αλλά αντίθετα να του εντείνει την τάση να ασχολείται όλο και συχνότερα με τέτοιου είδους παιχνίδια.

Το παιδί στο κρεβάτι των γονιών: Μια από τις πρωιμότερες εμπειρίες που αποκτά το παιδί και που μπορεί να προκαλέσει κάποιο

βαθμό σεξουαλικής διέγερσης και να έχει αργότερα σεξουαλική σημασία, είναι να πηγαίνει το παιδί στο κρεβάτι των γονιών. Αν το παιδί συνηθίζει να βρίσκεται συχνά στο κρεβάτι των γονιών, η συνήθεια αυτή μπορεί να αναχαιτίζει τη σεξουαλική δραστηριότητα του ζευγαριού και να εξελιχθεί σε πηγή δυσaráσκειας. Το να αποτελεί το παιδί μια σφήνα μεταξύ συζύγων, μπορεί προς στιγμή να του είναι ευχάριστο, αλλά τελικά του δημιουργεί δυσκολίες στην αποκατάσταση της σεξουαλικής του προσωπικότητας. Αν το παιδί νομίζει ότι μπορεί να παρεμβάλλεται μεταξύ των γονιών του, θα έχει λιγότερη τάση να ταυτιστεί με τον γονέα του ίδιου φύλου. Μην ξεχνάμε άλλωστε, ότι ο γονιός του ίδιου φύλου είναι εκείνος που επέτρεψε στον εαυτό του να παραγκωνιστεί. Στην προκειμένη περίπτωση, λοιπόν, η στάση των γονιών θα πρέπει να είναι απαγορευτική, διότι και το παιδί μπορεί να φορτιστεί με κάποια διέγερση, που δεν του είναι χρήσιμη, και οι συζυγικές σχέσεις διατρέχουν τον κίνδυνο να διαταραχθούν.

Το παιδί στο δωμάτιο των γονιών: και εδώ η στάση των γονιών θα πρέπει να είναι απαγορευτική ακόμα κι όταν πρόκειται για βρέφη ή για πάρα πολύ μικρά παιδιά. Τα βρέφη και τα μικρά παιδιά μπορεί να μην βλέπουν, αντιλαμβάνονται όμως θαυμάσια τους ήχους, τις κινήσεις και τις εκφράσεις των γονιών τους κατά τη διάρκεια της ερωτικής πράξης.

Οι ψυχίατροι και οι ψυχολόγοι γνωρίζουν από πολύ καιρό ότι στη σκέψη του παιδιού μπορεί να δημιουργηθεί σύγχυση, αν κάνει κάποιο συσχετισμό μεταξύ επιθετικότητας, βιαιότητας και σεξουαλικής διέγερσης. Είναι, λοιπόν, προτιμότερο για το παιδί να μην μεγαλώνει στο υπνοδωμάτιο των γονιών του, αλλά να ζει στο δικό του χώρο μόνο του ή με τα αδέρφια του¹⁴.

Η στάση των ίδιων των γονιών και ο τρόπος ζωής τους

Η ομαλή ανάπτυξη της σεξουαλικότητας του παιδιού και το μέλλον της σεξουαλικής συμπεριφοράς του εξαρτώνται πολύ από τον τρόπο που ζουν, σκέπτονται και απαντούν στις ερωτήσεις του οι γονείς του. Οι αντιλήψεις του για τον έρωτα, για τις σχέσεις ανάμεσα στον άνδρα

και τη γυναίκα έχουν βέβαια τις ρίζες τους στις κοινωνικές, οικονομικές, πολιτικές και πολιτιστικές συνθήκες της κοινωνίας που ζει. Άλλα το πρώτο βλέμμα του παιδιού πέφτει στο οικογενειακό περιβάλλον. Στα πρώτα χρόνια της ζωής του, όταν το παιδί μαθαίνει να δίνει και να δέχεται, ν' αγαπά και να μισεί.

Είναι βέβαιο ότι το γονικό περιβάλλον αποτελεί το χώρο μέσα στον οποίο το παιδί ασκείται για την ίδια τη ζωή. Η οικογένεια είναι το εργαστήριο μέσα στο οποίο μαθαίνει τις ανθρώπινες και φυσικά και τις ερωτικές σχέσεις. Μέσα από θετικές και αρνητικές εμπειρίες και μακροχρόνιες διαδικασίες και ταυτίσεις γίνεται άνδρας και γυναίκα.

Η ενημέρωση, μαζί με το παράδειγμα, αποτελούν τα δυο βασικά στοιχεία της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης, πάνω στην οποία το παιδί θα χτίσει τη δική του ερωτική ζωή. Η μεν πληροφόρηση προλαβαίνει, προστατεύει και βοηθάει, ο δε τρόπος ζωής και η στάση των γονιών δείχνουν στο παιδί το δρόμο, που πρέπει να ακολουθήσει για να προσεγγίσει αυτό το σύνθετο βιολογικό, κοινωνικό και ψυχολογικό - φιλοσοφικό φαινόμενο, που λέγεται έρωτας και σεξ.

Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση είναι μια αναγκαιότητα, της οποίας την ευθύνη έχει τόσο η πολιτεία, όσο και εμείς οι γονείς. Από τη στιγμή που θα δεχθούμε τις δικές μας αδυναμίες και θα ενεργήσουμε με φυσικότητα, απλότητα, χιούμορ και αγάπη, θα μπορέσουμε να εκτελέσουμε καλύτερα το έργο μας και να λειτουργήσουμε σωστότερα ως γονείς και ως άνθρωποι. Ας μην ξεχνάμε, άλλωστε, ότι η σεξουαλικότητά μας είναι αυτό που είμαστε, δηλαδή: η μοναδική έκφραση σχέσης με τον εαυτό μας και με τους άλλους¹⁴.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8ο

ΤΟ ΚΡΑΤΟΣ ΚΑΙ Ο ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ

Αν και το κράτος έχει θεσπίσει για την ενίσχυση της αναπαραγωγικότητας τα παραπάνω αναφερόμενα μέτρα εντούτοις, εμείς πιστεύουμε ότι στην πραγματικότητα, το Κράτος φαίνεται να αδιαφορεί όχι μόνο για τη Δημόσια Υγεία αλλά και για το θέμα του Οικογενειακού Προγραμματισμού. Αν και τα κονδύλια για τη Δημόσια Υγεία είναι περιορισμένα, για τον οικογενειακό προγραμματισμό είναι σχεδόν ανύπαρκτα.

Υπήρχε βέβαια και το επιχείρημα ότι δήθεν «η εφαρμογή του Οικογενειακού Προγραμματισμού στην Ελλάδα θα συντελούσε στη μείωση της ήδη χαμηλής γεννητικότητας», αλλά το Κράτος είχε αποφύγει τις ευθύνες του - κοινωνικές, οικονομικές - για πολλά χρόνια. Αν όμως τόσα χρόνια χρειάστηκαν για να αναγνωριστεί από την Πολιτεία η σοβαρότητα του προβλήματος, πόσα χρόνια θα χρειαστούν ακόμα για να δημιουργηθεί η κατάλληλη υποδομή ; Και πόσο "κατάλληλη" θα είναι όταν η κρατική πολιτική στον τομέα της υγείας γενικότερα, δεν έχει αποδείξει μέχρι σήμερα παρά ουσιαστική αδιαφορία για τον πολίτη.

Έτσι οι γυναίκες θα συνεχίσουν να είναι θύματα άγνοιας και κερδοσκοπίας των ιδιωτικών γιατρών, η έκτρωση θα παραμείνει ο βασικός τρόπος αντισύλληψης και φυσικά το κύριο βάρος του προβλήματος θα εξακολουθούν να έχουν οι γυναίκες των κατωτέρων κοινωνικών τάξεων, οι οποίες δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα να καλύψουν με δικούς τους πόρους την ανυπαρξία ή τις ελλείψεις ενός κοινωνικού προγράμματος οικογενειακού προγραμματισμού.

Γι' αυτό λοιπόν πιστεύουμε ότι: ο Οικογενειακός Προγραμματισμός κατάλληλα θεσμοθετούμενος και ενισχυόμενος με μέτρα δημογραφικής πολιτικής του Κράτους δεν αντιστρατεύεται το στόχο της αύξησης των γεννήσεων, αλλά ενδέχεται να ισχυροποιεί και να επιταχύνει την επίτευξή του. Μ' άλλα λόγια η έννοια του Οικογενειακού Προγραμ-

ματισμού και η δημογραφική πολιτική δεν είναι έννοιες ασυμβίβαστες, δεν δρουν ή τουλάχιστον δεν πρέπει να δρουν ανταγωνιστικά, αλλά συμπληρωματικά και μπορούν να εναρμονιστούν μεταξύ τους, αρκεί να υπάρχει το απαιτούμενο για την συνύπαρξή τους, θεσμικό και νομικό πλαίσιο, καθώς και τα κατάλληλα οικονομικοκοινωνικά κίνητρα τεκνοποίησης.

Σχετικά, τώρα, με την Ελλάδα, όπου υπάρχει το πρόβλημα της υπογεννητικότητας, υπάρχει η θέση ότι δεν πρέπει να μιλάμε για Οικογενειακό Προγραμματισμό. Πιστεύουμε ότι η θέση ισχύει εν μέρει. Η αναπαραγωγικότητα ενός λαού ή μιας κοινωνικής ομάδας, όπως αναφέρθηκε, επηρεάζεται από την κοινωνικοοικονομική και πολιτιστική του ανάπτυξη. Έτσι τα κίνητρα είτε για μικρή είτε για μεγάλη οικογένεια είναι πάντα προσωπικά.

Ξέρουμε εξάλλου ότι στην Ελλάδα η άγνοια και η αντίθεση στην αποτελεσματική αντισύλληψη έχει οδηγήσει στη σιωπηλή ανοχή των εκτρώσεων και το μέγεθος της Ελληνικής οικογένειας έχει περιοριστεί σε 1 - 2 παιδιά. Εδώ άραγε δεν χρειάζεται ο Οικογενειακός Προγραμματισμός ; Πιστεύουμε ότι και βέβαια χρειάζεται, αλλά χαρακτηριζόμενος ως ανθρώπινο δικαίωμα που έχει ένα άτομο να ελέγχει τη γονιμότητα του και να είναι ελεύθερο να αποφασίζει εάν θα κάνει ή όχι παιδιά, πόσα και πότε, ανεξάρτητα από την όποια δημογραφική πολιτική που θέλει να εφαρμόσει η πολιτεία / κράτος.

Εδώ ακριβώς χρειάζεται Κράτος και Οικογενειακός Προγραμματισμός να συνεργασθούν και το κράτος να λάβει διοικητικά και νομοθετικά μέτρα, ώστε το άτομο ελεύθερο και υπεύθυνο να μπορεί να ρυθμίζει την τεκνοποίησή του, έχοντας στη διάθεσή του τις απαραίτητες πληροφορίες και τις κατάλληλες υγειονομικές και κοινωνικές υπηρεσίες.

Σ' αυτό το σημείο είναι σημαντικό να αναφέρουμε την πρόταση της Ελλάδας στο Παγκόσμιο Σεμινάριο Οικογενειακού Προγραμματισμού που έγινε το Νοέμβριο του 1979 στην Ισπανία. Η βασική πρόταση της Ελλάδας ήταν η ανάληψη από το Κράτος της ευθύνης για τον Οικογενειακό Προγραμματισμό, δηλαδή η ίδρυση σχετικής υπηρεσίας στο αρμόδιο Υπουργείο. (Εκλογή - Απρίλιος 1980)

Η υπηρεσία αυτή θα έπρεπε να λειτουργήσει με μια ομάδα - πυρήνα ατόμων διαφορετικών ειδικοτήτων (γιατρό, μαία, κοινωνικό λειτουργό, επισκέπτρια αδελφή), ειδικευμένα στον Οικογενειακό Προγραμματισμό, η οποία θα άρχιζε να μελετάει το θέμα, δηλαδή, ένταξη του Οικογενειακού Προγραμματισμού στον τομέα της προληπτικής ιατρικής, αλλαγή της νομοθεσίας σχετικά σε θέματα αντισυλληπτικών μεθόδων και οικογενειακού προγραμματισμού, ένταξη όλων των προγραμμάτων οικογενειακού προγραμματισμού στα προγράμματα προστασίας της μητρότητας και του παιδιού, ίδρυση κέντρων οικογενειακού προγραμματισμού σε όλα τα δημόσια νοσοκομεία μαιευτήρια - πολυιατρεία της Ελλάδας, ενημέρωση της κοινής γνώμης στα θέματα Οικογενειακού Προγραμματισμού.

Οι προτάσεις αυτές δόθηκαν στους αρμόδιους (Υ.Κ.Υ. Σχολές Κοινωνικών Λειτουργών, Πρόεδρο Ελληνικής Εταιρίας Οικογενειακού Προγραμματισμού).

Συμπερασματικά λοιπόν από τα παραπάνω πιστεύουμε ότι αν το κράτος δεν ευαισθητοποιηθεί από τους στόχους του οικογενειακού προγραμματισμού ως ενός ανθρώπινου δικαιώματος δεν πρέπει να περιμένουμε και πολλά πράγματα.

Ο θεσμός θα εξακολουθεί να χωλαίνει και ίσως στο τέλος εκλείψει³.

Εισαγωγή

Η έρευνα έγινε με σκοπό να διαπιστώσουμε κατά πόσο οι γυναίκες της πόλης μας είναι ενημερωμένες σε θέματα Οικογενειακού Προγραμματισμού και κατά πόσο τα Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού συμβάλουν στην καλύτερη ενημέρωση

Υλικό και Μέθοδος

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε το διάστημα μεταξύ Σεπτεμβρίου '97 και Μαΐου '98, σε σύνολο 200 ατόμων που προέρχονταν 100 άτομα από το κέντρο της πόλης και 100 από το Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού του Π.Π.Ν.Ρ.

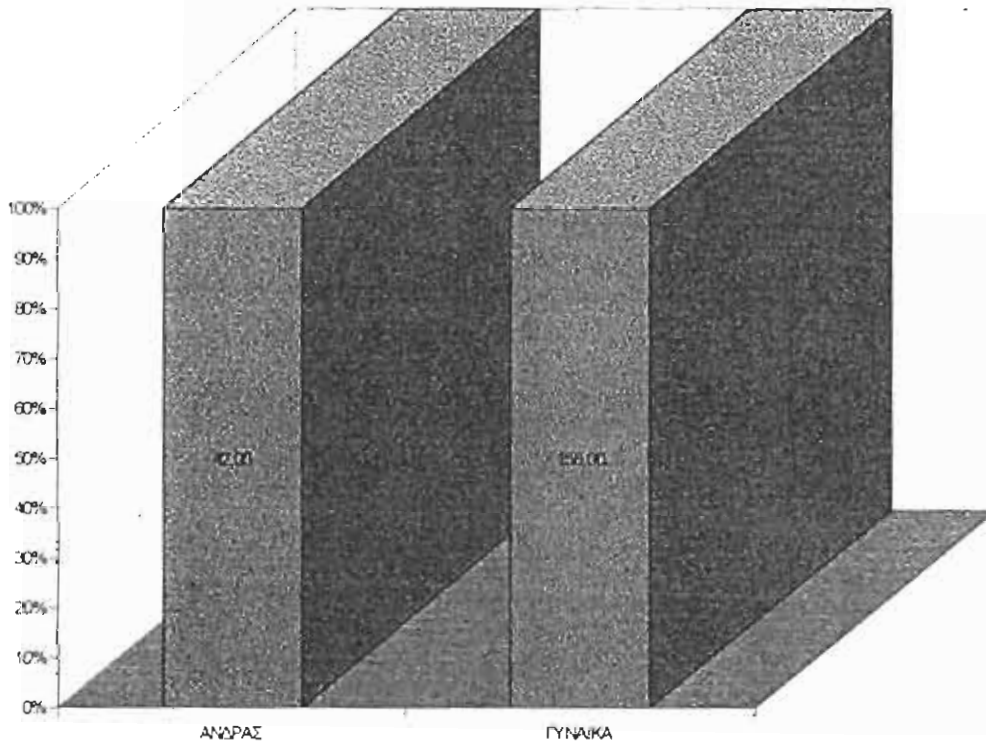
Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 60 ερωτήσεις και απευθύνεται σε άτομα ηλικίας 19 - 49 ετών, διαφόρου μορφωτικού επιπέδου και καταγωγής.

Εφαρμόσαμε το μη παραμετρικό τεστ χ^2 για να εξετάσουμε αν υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ διαφόρων μεταβλητών όπως το φύλο, η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, το επάγγελμα, το μορφωτικό επίπεδο των γονιών των ατόμων του δείγματος, η οικογενειακή τους κατάσταση και μεταβλητών σχετικά με τις γνώσεις των ατόμων του δείγματος σε θέματα αντισύλληψης, αφροδισίων νοσημάτων και οικογενειακού προγραμματισμού. Μετά την εμφάνιση μέσω του παραπάνω τεστ σημαντικών σχέσεων εξάρτησης μεταξύ των μεταβλητών εφαρμόσαμε τον μη παραμετρικό συντελεστή συσχέτισης Gamma προκειμένου να μετρηθεί ο βαθμός εξάρτησης. Ο συντελεστής Gamma μας δείχνει τη σχέση που υπάρχει μεταξύ των δύο παραμέτρων. Όταν ο ρυθμός αύξησης είναι ίδιος και για τις δύο παραμέτρους η τιμή του συντελεστή αυξάνεται, ενώ όταν ο ρυθμός αύξησης είναι αρνητικός η τιμή του ελαττώνεται. Ο συντελεστής δεν έχει μονάδες και παίρνει τιμές μεταξύ του -1 και 1. Όταν ο συντελεστής παίρνει την τιμή 0 σημαίνει ότι δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

- Το δείγμα αποτελείται από 200 άτομα. Τα εκατό άτομα επιλέγησαν από το κέντρο της πόλης της Πάτρας και τα υπόλοιπα εκατό επιλέγησαν από το Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού Πάτρας.

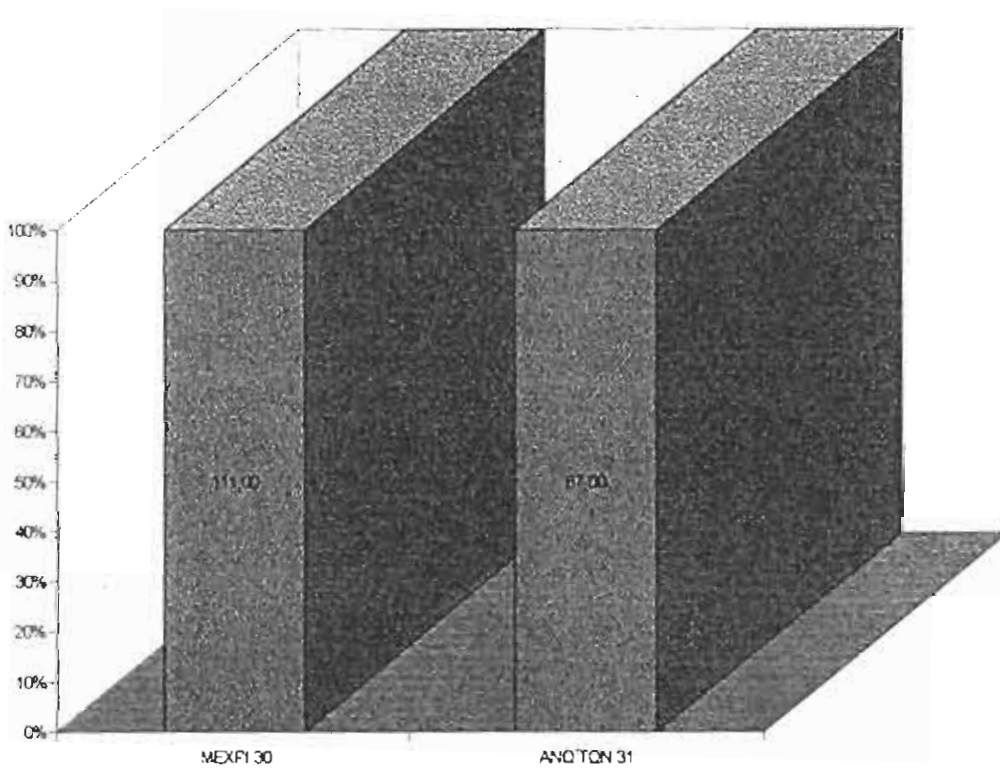
1. Φύλο



ΦΥΛΟ	Αριθμός (%) ατόμων
ΑΝΔΡΑΣ	42 (21%)
ΓΥΝΑΙΚΑ	158 (79%)

Το 79% του δείγματος το αποτελούν γυναίκες και το 21% του δείγματος αποτελείται από άνδρες.

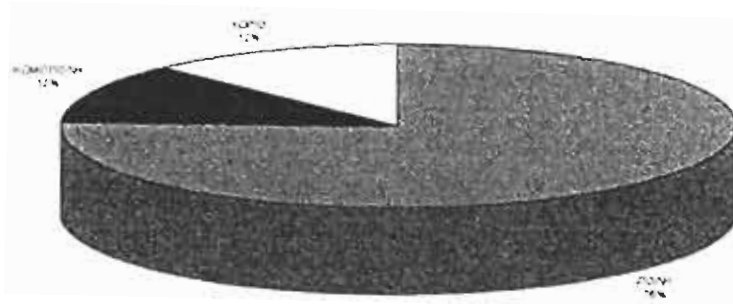
2. Ηλικία



ΗΛΙΚΙΑ (ΕΤΗ)	Αριθμός (%) ατόμων
Μέχρι 30	111 (55,5%)
Ανω των 31	87 (43,5%)

Η ηλικία των ατόμων του δείγματος κυμαίνεται από 18 έως 60 ετών. Το 55,5% των ατόμων είναι μέχρι 30 ετών.

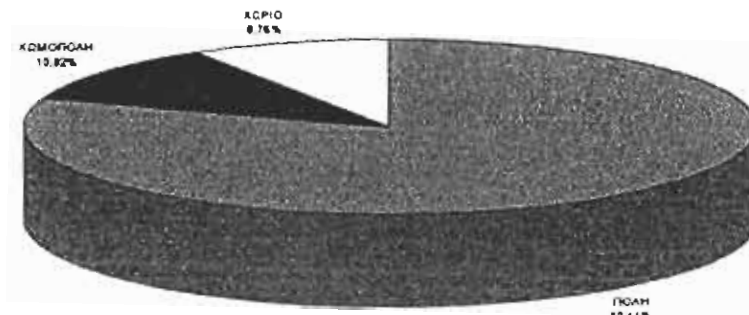
3. Τόπος γεννήσεως



ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ	Αριθμός (%) ατόμων
ΠΟΛΗ	150 (76%)
ΚΩΜΟΠΟΛΗ	24 (12%)
ΧΩΡΙΟ	24 (12%)

Το 75% των ατόμων του δείγματος γεννήθηκαν σε πόλη.

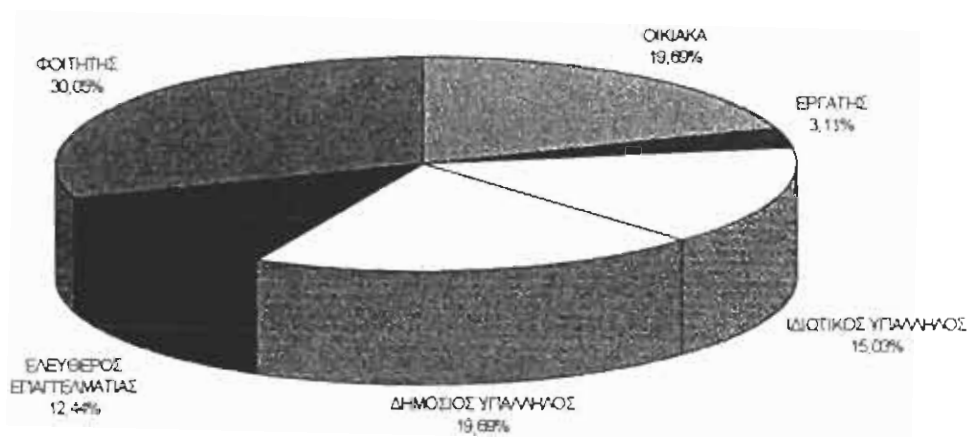
4. Τόπος κατοικίας τα τελευταία πέντε χρόνια



ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	Αριθμός (%) ατόμων
ΠΟΛΗ	156 (80,41%)
ΚΩΜΟΠΟΛΗ	21 (10,82%)
ΧΩΡΙΟ	17 (8,76%)

Το 80,41% του δείγματος απάντησαν ότι τα τελευταία πέντε χρόνια κατοικούν σε πόλη.

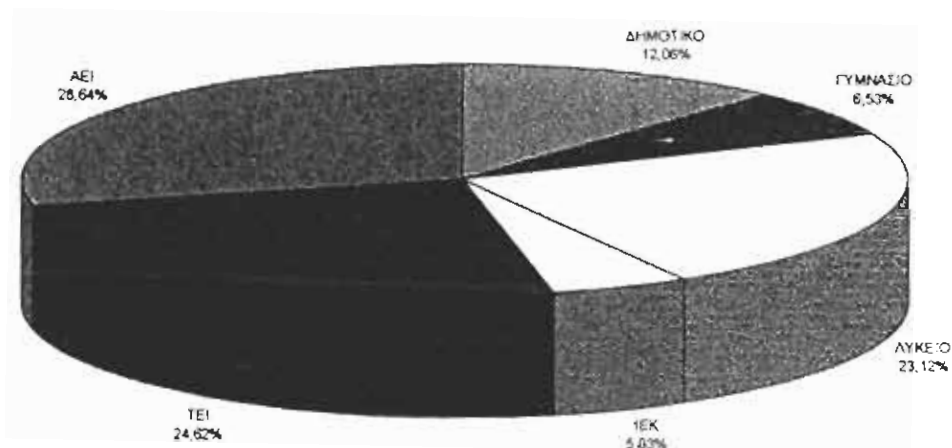
5. Επάγγελμα



ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	Αριθμός (%) ατόμων
ΟΙΚΙΑΚΑ	38 (19,69%)
ΕΡΓΑΤΗΣ/ΑΓΡΟΤΗΣ	6 (3,1%)
ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	29 (15,03)
ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	38 (19,69%)
ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ	24 (12,44%)
ΦΟΙΤΗΤΗΣ	58 (30,05%)

Το 30,05% των ατόμων απάντησαν ότι είναι φοιτητές, ενώ το 19,69% των ατόμων απάντησαν ότι ασχολούνται με τα οικιακά καθώς και το ίδιο ποσοστό απάντησαν ότι είναι δημόσιοι υπάλληλοι.

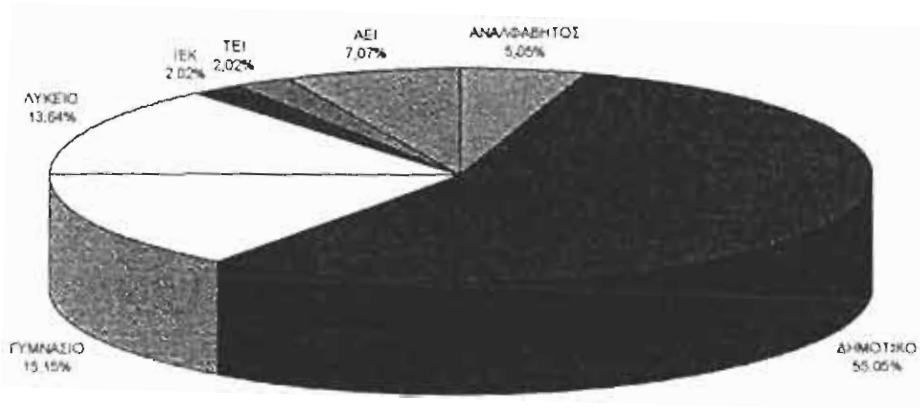
6. Γραμματικές γνώσεις



ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ	Αριθμός (%) ατόμων
ΔΗΜΟΤΙΚΟ	24 (12,06%)
ΓΥΜΝΑΣΙΟ	13 (6,53%)
ΛΥΚΕΙΟ	46 (23,12%)
ΙΕΚ	10 (5,03%)
ΤΕΙ	49 (24,62%)
ΑΕΙ	57 (28,64%)

Το 28,64% των ατόμων του δείγματος είναι απόφοιτοι ΑΕΙ, ενώ το 24,62% είναι απόφοιτοι ΤΕΙ.

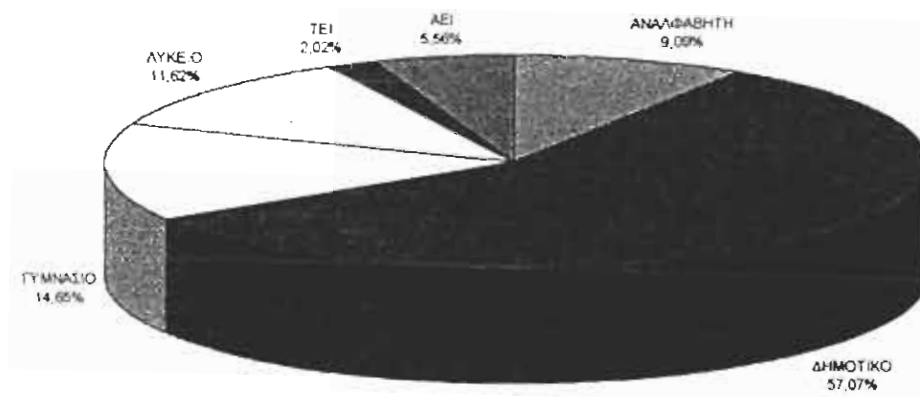
7. Γραμματικές γνώσεις πατέρα



ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ	Αριθμός (%) ατόμων
ΑΝΑΛΦΑΒΗΤΟΣ	10 (5,05%)
ΔΗΜΟΤΙΚΟ	109 (55,05%)
ΓΥΜΝΑΣΙΟ	30 (15,15%)
ΛΥΚΕΙΟ	27 (13,64%)
ΙΕΚ	4 (2,02%)
ΤΕΙ	4 (2,02%)
ΑΕΙ	14 (7,07%)

Το 55,05% των ατόμων του δείγματος απάντησαν ότι ο πατέρας τους έχει γραμματικές γνώσεις δημοτικού.

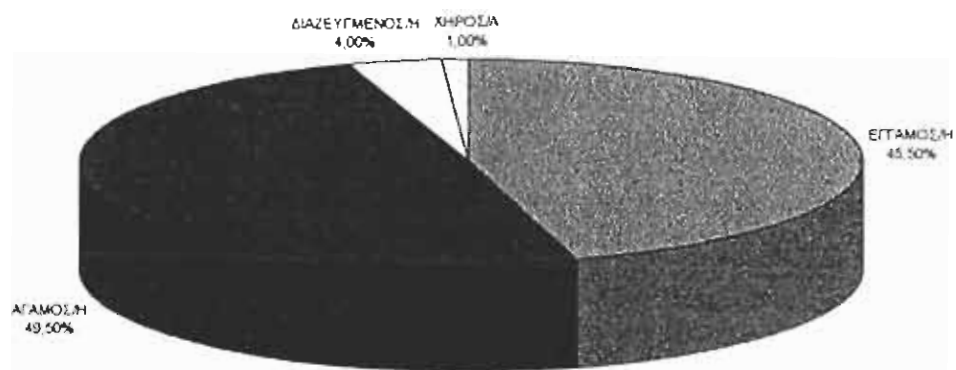
Γραμματικές γνώσεις μητέρας



ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ	Αριθμός (%) ατόμων
ΑΝΑΛΦΑΒΗΤΗ	18 (9,09%)
ΔΗΜΟΤΙΚΟ	113 (57,07%)
ΓΥΜΝΑΣΙΟ	29 (14,65%)
ΛΥΚΕΙΟ	23 (11,62%)
ΤΕΙ	4 (2,02%)
ΑΕΙ	11 (5,56%)

Το 57,07% των ατόμων του δείγματος απάντησαν ότι η μητέρα τους έχει γραμματικές γνώσεις δημοτικού.

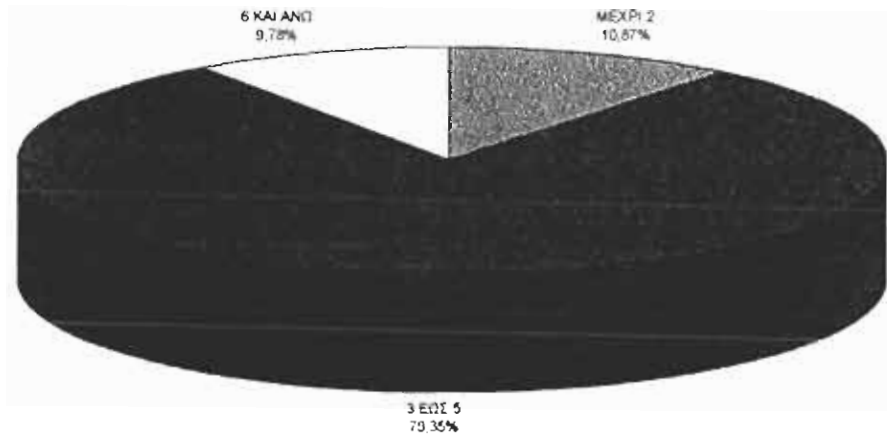
8. Οικογενειακή κατάσταση



ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	Αριθμός (%) ατόμων
ΕΓΓΑΜΟΣ/Η	91 (45,5%)
ΑΓΑΜΟΣ/Η	99 (49,5%)
ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η	8 (4%)
ΧΗΡΟΣ/Α	2 (1%)

Το 49,5% των ατόμων του δείγματος είναι άγαμοι και το 45,5% απάντησαν ότι είναι έγγαμοι.

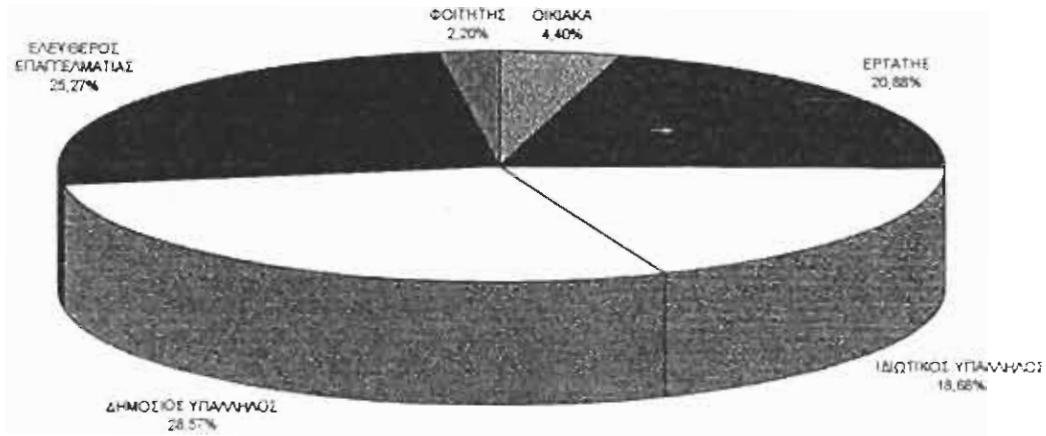
9. Αριθμός μελών οικογένειας



ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΕΛΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ	Αριθμός (%) ατόμων
Μέχρι 2	20 (10,87%)
3 - 5	146 (79,35%)
6 και άνω	18 (9,78%)

Το 79,35% των ατόμων του δείγματος απάντησαν ότι η οικογένειά τους αποτελείται από 3 έως 5 άτομα.

10. Επάγγελμα συζύγου

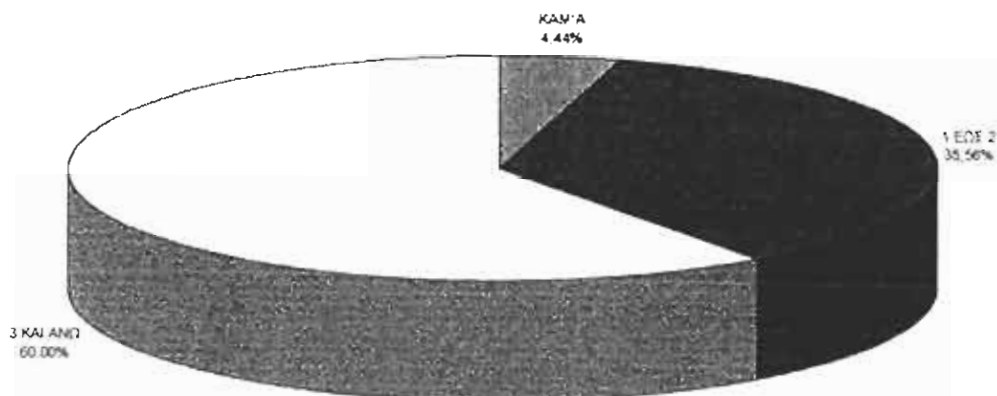


Λαμβάνοντας υπόψιν τα άτομα του δείγματος (91 άτομα) που είναι παντρεμένοι λάβαμε τις ακόλουθες απαντήσεις

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΣΥΖΥΓΟΥ	Αριθμός (%) ατόμων
ΟΙΚΙΑΚΑ	4 (4,4%)
ΕΡΓΑΤΗΣ/ΑΓΡΟΤΗΣ	19 (20,88%)
ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	17 (18,68%)
ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	26 (28,57%)
ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ	23 (25,27%)
ΦΟΙΤΗΤΗΣ	2 (2,2%)

Το 28,57% των ατόμων απάντησαν ότι το επάγγελμα του συζύγου τους είναι δημόσιος υπάλληλος.

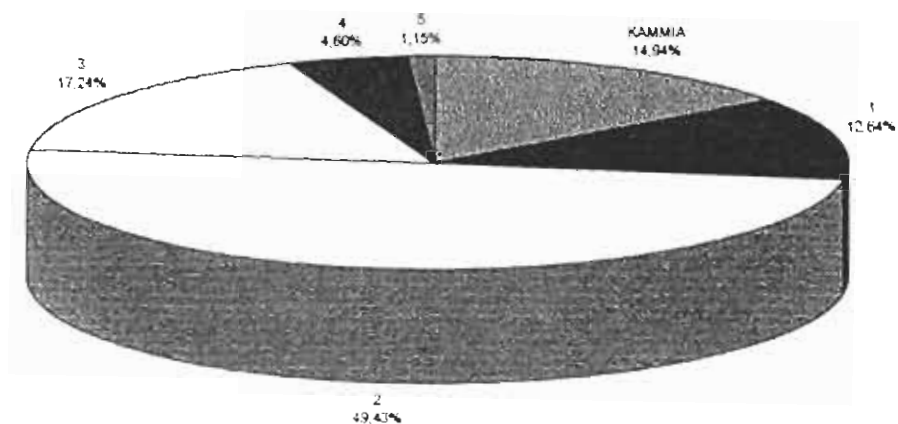
11. Σε σύνολο 90 ατόμων που απάντησαν στην ερώτηση πόσες φορές έχετε μείνει έγκυος λάβαμε τις ακόλουθες απαντήσεις



Πόσες φορές έχετε μείνει έγκυος;	Αριθμός (%) ατόμων
Καμία	4 (4,44%)
1 - 2	32 (35,56%)
3 και άνω	54 (60%)

Το 60% των ατόμων απάντησαν ότι έχουν μείνει πάνω από 3 φορές έγκυος.

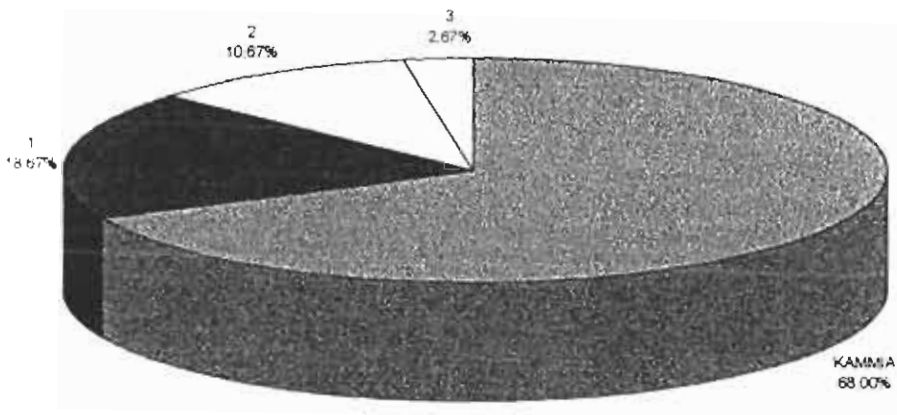
12. Σε σύνολο 87 ατόμων που απάντησαν στην ερώτηση πόσες φορές έχουν γεννήσει λάβαμε τις ακόλουθες απαντήσεις



Πόσες φορές έχετε γεννήσει;	Αριθμός (%) ατόμων
Καμμία	13 (14,94%)
1	11 (12,64%)
2	43 (49,43%)
3	15 (17,24%)
4	4 (4,6%)
5	1 (1,15%)

Το 49,43% των ατόμων απάντησαν ότι έχουν γεννήσει 2 φορές.

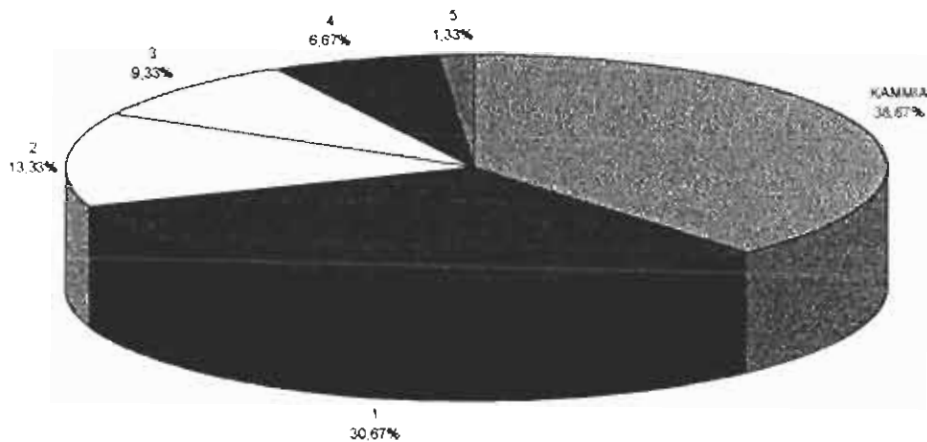
13. Σε σύνολο 75 ατόμων που απάντησαν στην ερώτηση πόσες αυτόματες αποβολές είχαν λάβαμε τις ακόλουθες απαντήσεις



Πόσες αυτόματες αποβολές είχατε;	Αριθμός (%) ατόμων
Καμία	51 (68%)
1	14 (18,67%)
2	8 (10,67%)
3	2 (2,67%)

Το 68% των ατόμων απάντησαν ότι δεν είχαν καμία αυτόματη αποβολή, ενώ το 18,6% απάντησαν ότι είχαν 1 αυτόματη αποβολή.

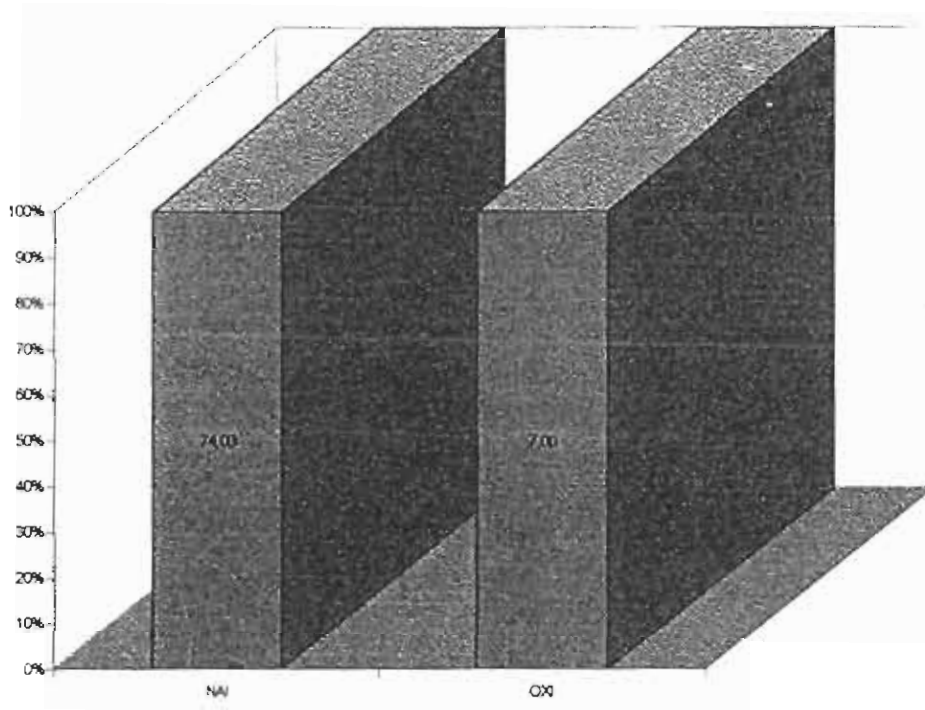
14. Σε σύνολο 75 ατόμων που απάντησαν στην ερώτηση πόσες τεχνητές εκτρώσεις έχουν κάνει λάβαμε τις ακόλουθες απαντήσεις



Πόσες τεχνητές εκτρώσεις έχετε κάνει;	Αριθμός (%) ατόμων
Καμμία	29 (38,67%)
1	23 (30,67%)
2	10 (13,33%)
3	7 (9,33%)
4	5 (6,67%)
5	1 (1,33%)

Το 38,67% των ατόμων απάντησαν ότι δεν έχουν κάνει καμμία τεχνητή έκτρωση, ενώ το 30,67% απάντησαν ότι έχουν κάνει 1 τεχνητή έκτρωση.

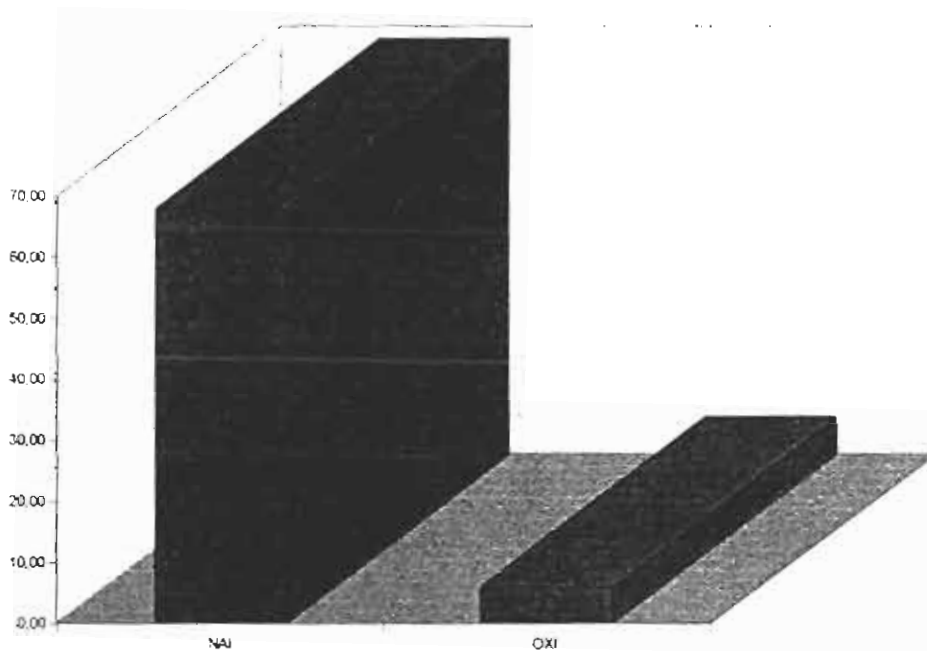
15. Από τα 81 άτομα που απάντησαν αν ήταν επιθυμητοί οι τοκετοί τους από τους ίδιους λάβαμε τις ακόλουθες απαντήσεις



Ήταν επιθυμητοί οι τοκετοί σας από εσάς;	Αριθμός (%) ατόμων
ΝΑΙ	74 (91,4%)
ΟΧΙ	7 (8,6%)

Το 91,4% των ατόμων απάντησαν ότι ήταν επιθυμητοί από τους ίδιους οι τοκετοί τους.

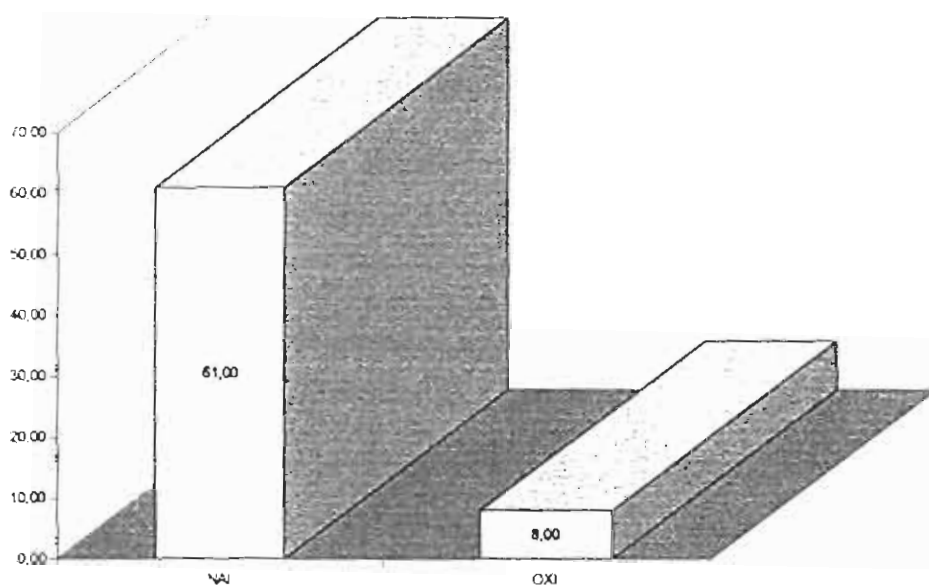
16. Από τα 74 άτομα που απάντησαν αν ήταν επιθυμητοί οι τοκετοί τους από τον σύζυγό τους λάβαμε τις ακόλουθες απαντήσεις



Ήταν επιθυμητοί οι τοκετοί σας από τον σύζυγό σας;	Αριθμός (%) ατόμων
ΝΑΙ	68 (91,9%)
ΟΧΙ	6 (8,1%)

Το 91,9% των ατόμων απάντησαν ότι οι τοκετοί τους ήταν επιθυμητοί από τον σύζυγό τους.

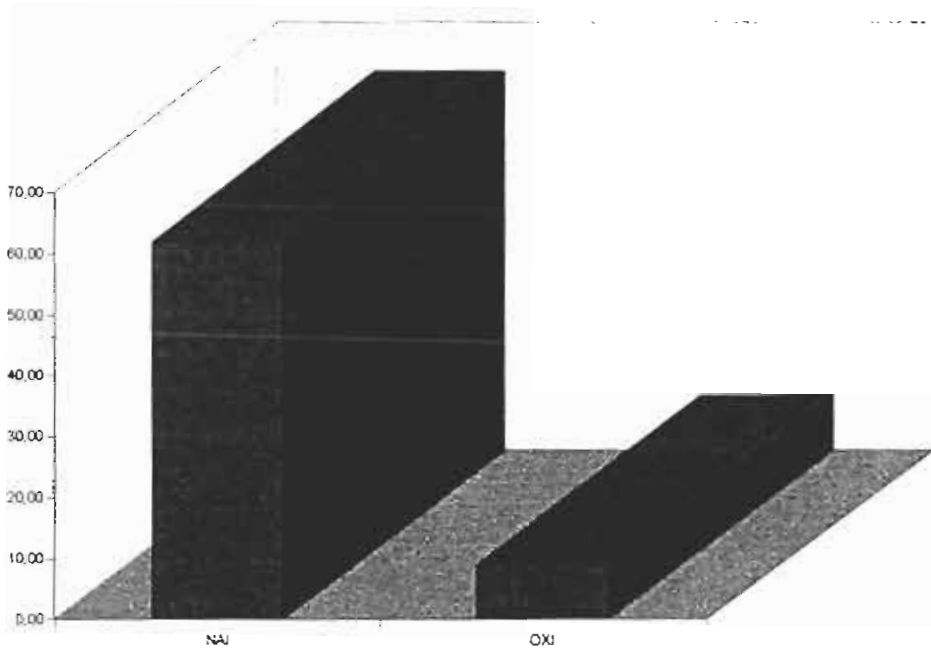
17. Από τα 69 άτομα που απάντησαν στην ερώτηση αν οι τοκετοί τους ήταν επιθυμητοί από την οικογένειά τους λάβαμε τις ακόλουθες απαντήσεις



Ήταν επιθυμητοί οι τοκετοί σας από την οικογένειά σας;	Αριθμός (%) ατόμων
ΝΑΙ	61 (88,4%)
ΟΧΙ	8 (11,6%)

Το 88,4% των ατόμων απάντησαν ότι οι τοκετοί τους ήταν επιθυμητοί από την οικογένειά τους.

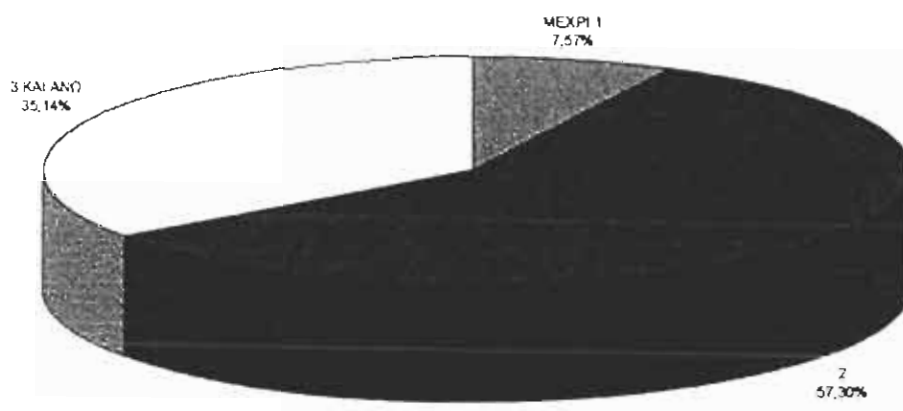
18. Από τα 71 άτομα που απάντησαν στην ερώτηση αν οι τοκετοί τους ήταν επιθυμητοί από την οικογένεια του συζύγου τους λάβαμε τις ακόλουθες απαντήσεις



Ήταν επιθυμητοί οι τοκετοί σας από την οικογένεια του συζύγου σας;	Αριθμός (%) ατόμων
ΝΑΙ	62 (87,3%)
ΟΧΙ	9 (12,7%)

Το 87,3% των ατόμων απάντησαν ότι οι τοκετοί τους ήταν επιθυμητοί από την οικογένεια του συζύγου τους.

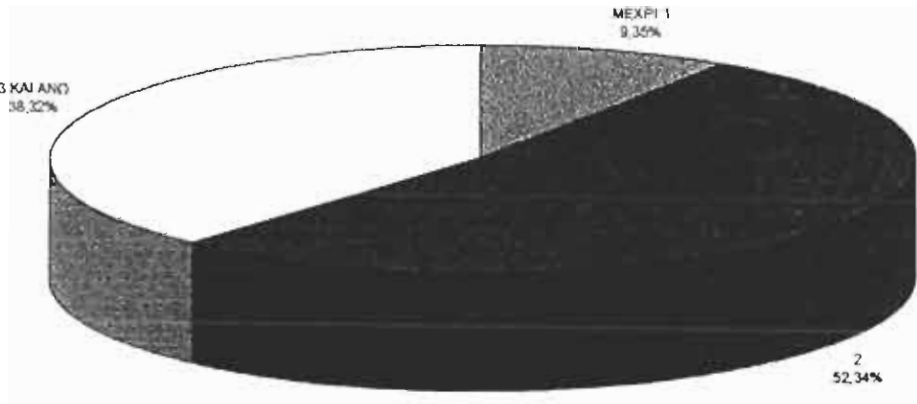
19. Πόσα παιδιά θέλετε να αποκτήσετε;



ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ	Αριθμός (%) ατόμων
Μέχρι 1	14 (7,57%)
2	106 (57,30%)
3 και άνω	65 (35,14%)

Το 57,30% του δείγματος απάντησαν ότι θέλουν να αποκτήσουν 2 παιδιά, ενώ το 35,14% των ατόμων απάντησαν ότι θέλουν να αποκτήσουν πάνω από 3 παιδιά.

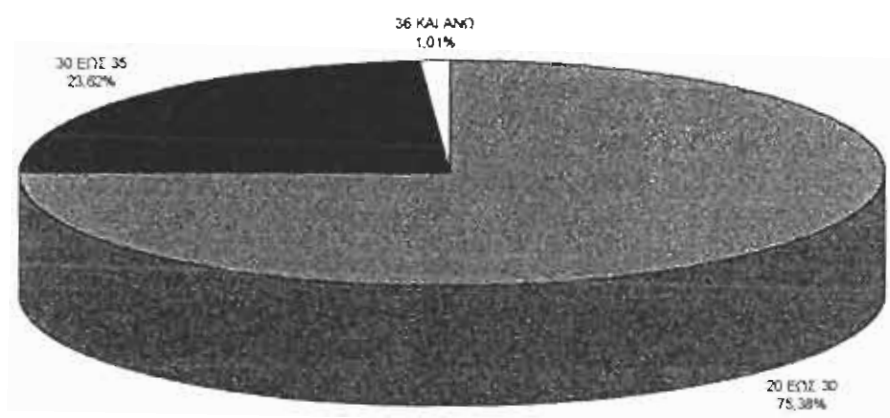
20. Πόσα παιδιά θέλει ο/η συζυγός σας;



ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ	Αριθμός (%) ατόμων
Μέχρι 1	10 (9,35%)
2	56 (52,34%)
3 και άνω	41 (38,32%)

Το 52,34% των ατόμων απάντησαν ότι ο/η συζυγός τους θέλει να αποκτήσουν 2 παιδιά.

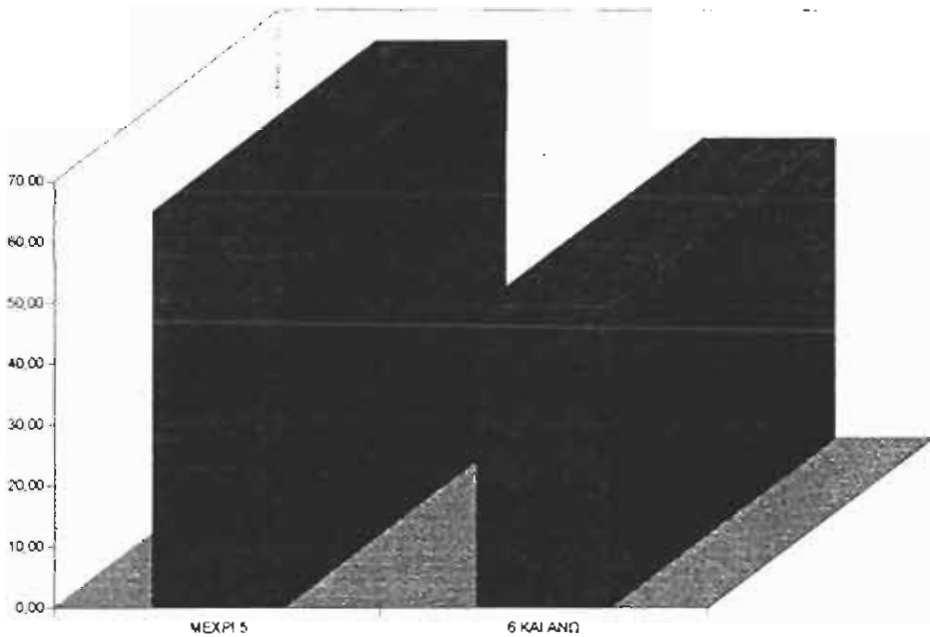
21. Ποιά ηλικία θεωρείται η καλύτερη για την απόκτηση τέκνων;



ΗΛΙΚΙΑ (ΕΤΗ)	Αριθμός (%) ατόμων
20 - 30	150 (75,38%)
30 - 35	47 (23,62%)
36 και άνω	2 (1,01%)

Το 75,38% των ατόμων του δείγματος απάντησαν ότι η καλύτερη ηλικία για την απόκτηση παιδιών είναι μεταξύ 20 και 30 ετών.

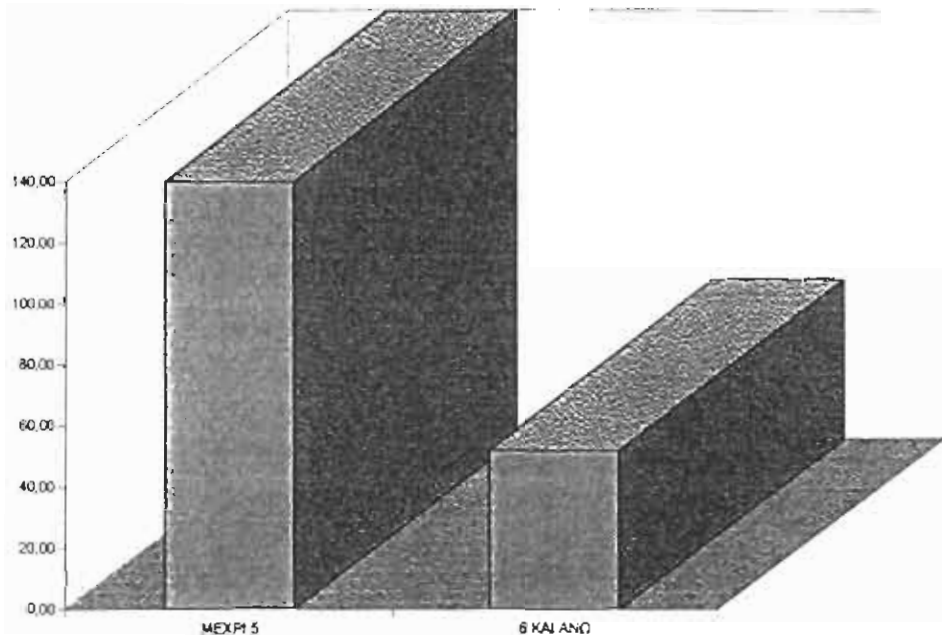
22. Πόση διαφορά ηλικίας έχετε από τον συζυγό σας;



ΕΤΗ	Αριθμός (%) ατόμων
Μέχρι 5	65 (32,5%)
6 και άνω	49 (24,5%)

Το 32,5% των ατόμων του δείγματος απάντησαν ότι έχουν μέχρι 5 χρόνια διαφορά ηλικίας από τον συζυγό τους.

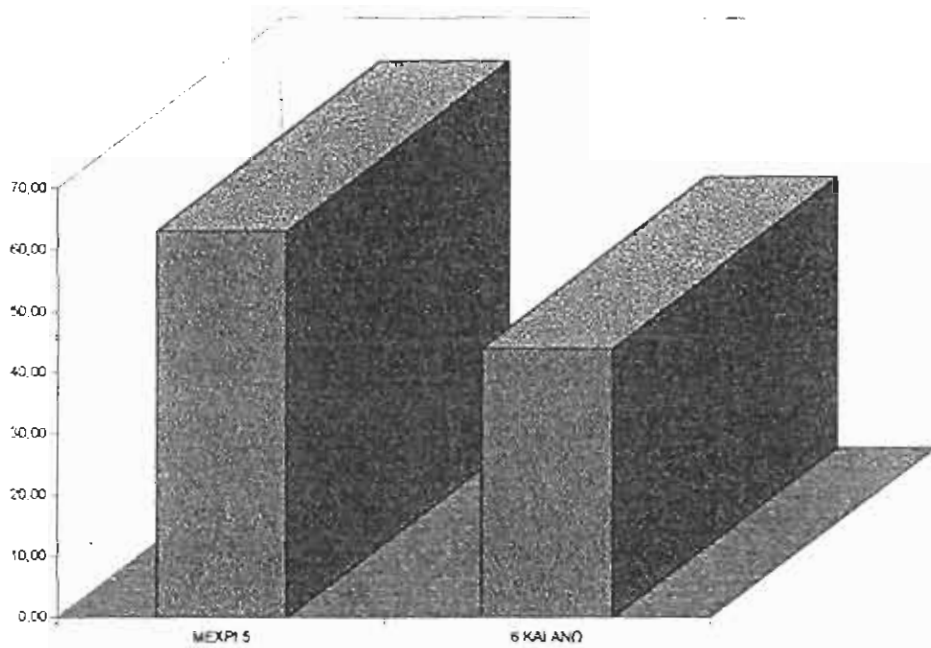
23. Πόση θεωρείτε ιδανική διαφορά ηλικίας μεταξύ των συζύγων;



ΕΤΗ	Αριθμός (%) ατόμων
Μέχρι 5	140 (70%)
6 και άνω	52 (26%)

Το 70% των ατόμων του δείγματος απάντησαν ότι θεωρούν ιδανική διαφορά ηλικίας μεταξύ των συζύγων μέχρι 5 χρόνια.

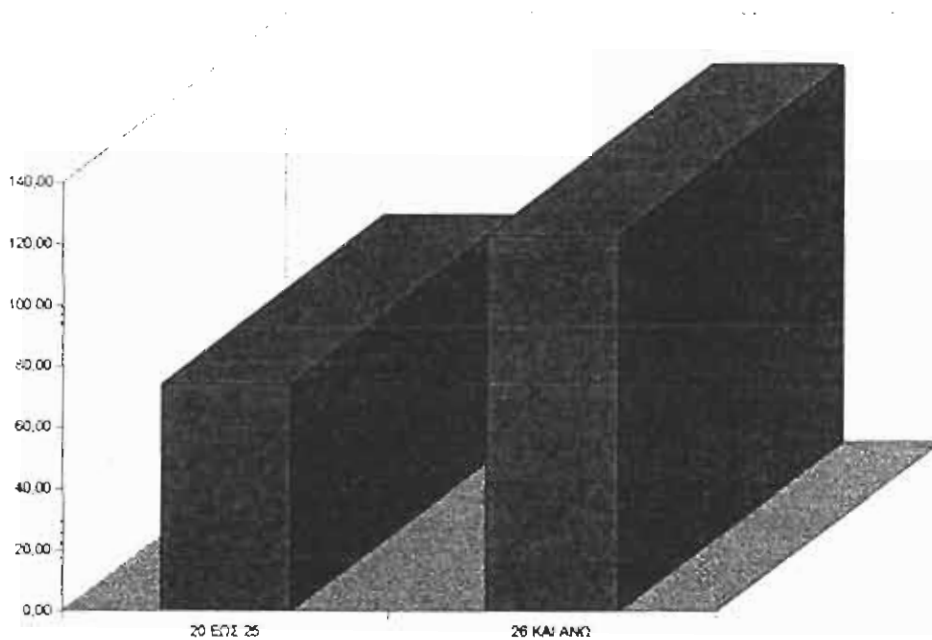
24. Ο συζυγός σας πόση διαφορά ηλικίας θεωρεί καλύτερη;



ΕΤΗ	Αριθμός (%) ατόμων
Μέχρι 5	63 (31,5%)
6 και άνω	44 (22%)

Το 31,5% των ατόμων του δείγματος απάντησαν ότι ο συζυγός τους θεωρεί ότι η καλύτερη διαφορά ηλικίας μεταξύ των συζύγων είναι μέχρι 5 χρόνια.

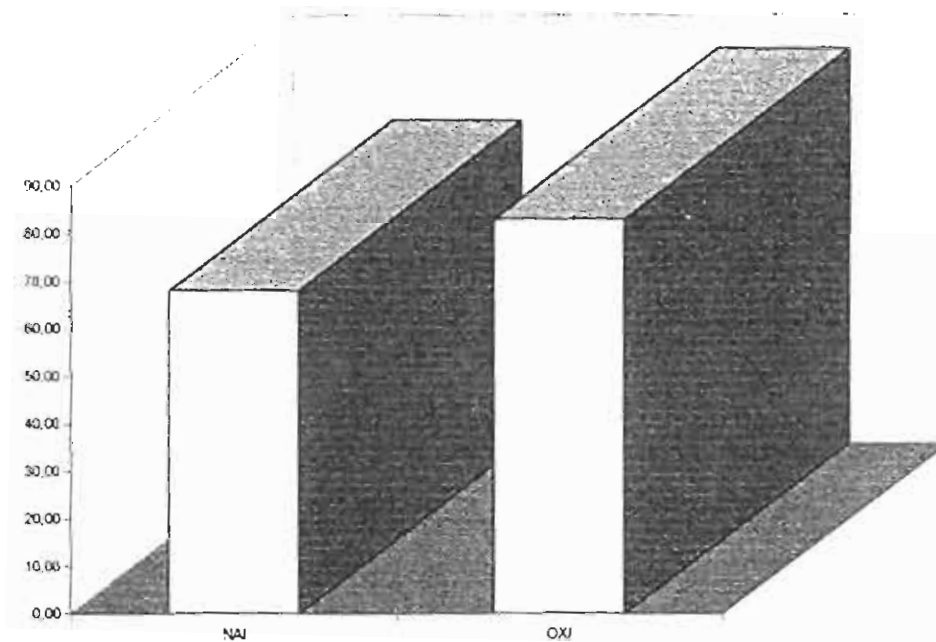
25. Ποιά είναι η καλύτερη ηλικία γάμου;



ΗΛΙΚΙΑ (ΕΤΗ)	Αριθμός (%) ατόμων
20 - 25	74 (37%)
26 και άνω	123 (61,5%)

Το 61,5% των ατόμων του δείγματος απάντησαν ότι η καλύτερη ηλικία γάμου είναι άνω των 26 ετών.

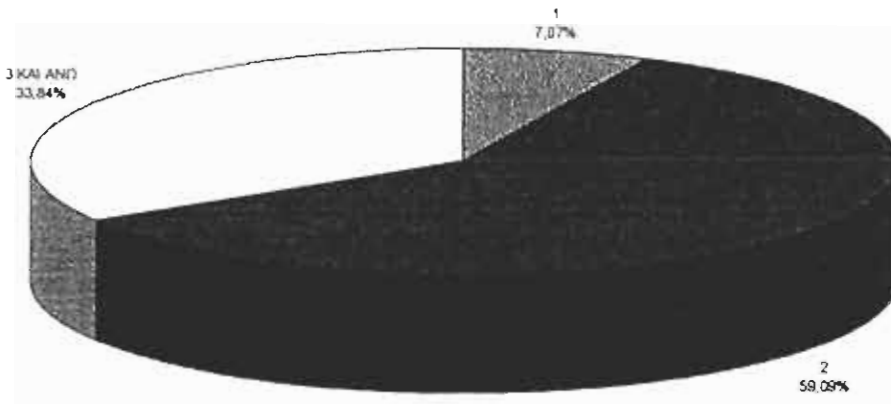
26. Εάν μένατε έγκυος παρά την θέλησή σας θα διατηρούσατε την εγκυμοσύνη;



Θα διατηρούσατε την εγκυμοσύνη;	Αριθμός (%) ατόμων
ΝΑΙ	68 (34%)
ΟΧΙ	83 (41,5%)

Το 41,5% των ατόμων του δείγματος απάντησαν ότι δεν θα διατηρούσαν την εγκυμοσύνη τους εάν έμεναν έγκυοι παρά την θέλησή τους.

27. Πόση διαφορά ηλικίας νομίζετε ότι πρέπει να έχουν τα παιδιά μεταξύ τους;



ΕΤΗ	Αριθμός (%) ατόμων
1	14 (7,07%)
2	117 (59,09%)
3 και άνω	67 (33,84%)

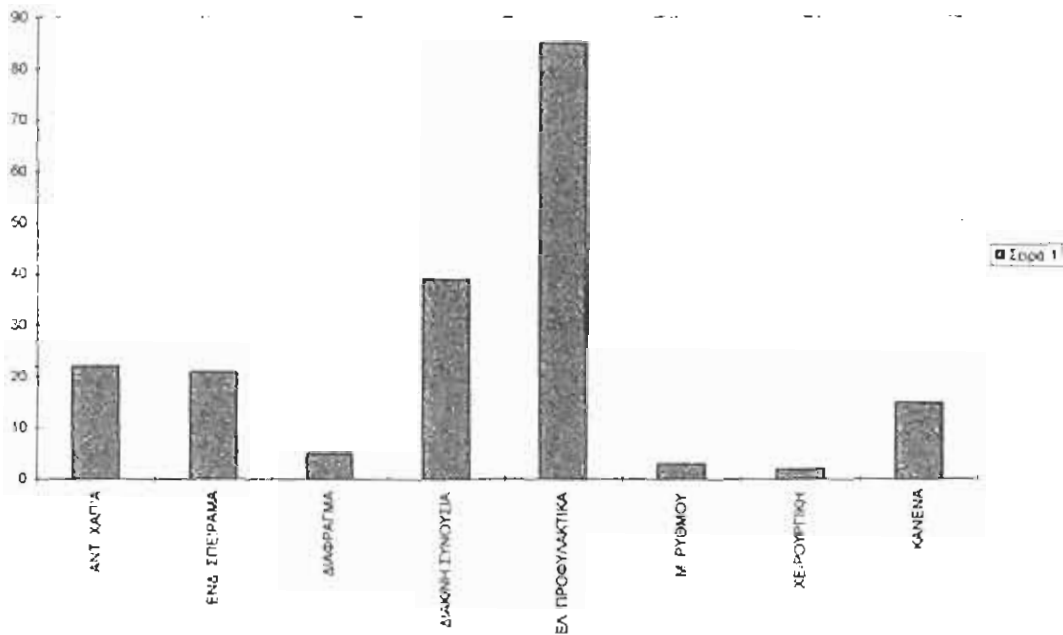
Το 59,09% των ατόμων του δείγματος απάντησαν ότι τα παιδιά θα πρέπει να έχουν 2 χρόνια διαφορά μεταξύ τους.

28. Ποιούς τρόπους αντισύλληψης γνωρίζετε;

Ποιούς τρόπους αντισύλληψης γνωρίζετε;	Αριθμός (%) ατόμων	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Αντισυλληπτικά χάπια	188 (94%)	9 (4,5%)
Ενδομήτριο σπείραμα	143 (71,5%)	54 (27%)
Διάφραγμα	128 (64%)	69 (34,5%)
Κολπικές αλοιφές	83 (41,5%)	114 (57%)
Διακεκομένη συνουσία	162 (81%)	35 (17,5%)
Ελαστικά προφυλακτικά	182 (91%)	15 (7,5%)
Μέθοδος ρυθμού	59 (29,5%)	138 (69%)
Χειρουργική	83 (41,5%)	114 (57%)
Κανένα	2 (1%)	195 (97,5%)

Το 94% του δείγματος απάντησαν ότι γνωρίζουν ως μέθοδο αντισύλληψης τα αντισυλληπτικά χάπια. Επίσης το 91% των ατόμων απάντησαν ότι γνωρίζουν ως τρόπο αντισύλληψης τα ελαστικά προφυλακτικά.

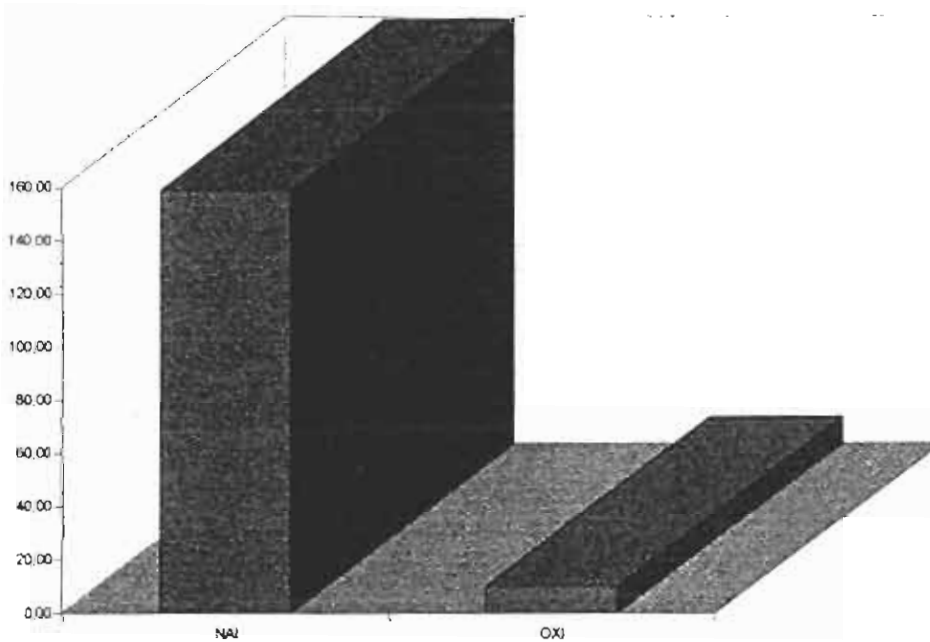
29. Ποιά μέθοδο αντισύλληψης χρησιμοποιείτε;



ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ	Αριθμός (%) ατόμων
Αντισυλληπτικά χάπια	22 (11%)
Ενδομήτριο σπείραμα	21 (10,5%)
Διάφραγμα	5 (2,5%)
Διακεκομένη συνουσία	39 (19,5%)
Ελαστικά προφυλακτικά	85 (42,5%)
Μέθοδος ρυθμού	3 (1,5%)
Χειρουργική	2 (1%)
Κανένα	15 (7,5%)

Το 42,5% του δείγματος απάντησαν ότι χρησιμοποιούν ως μέθοδο αντισύλληψης τα ελαστικά προφυλακτικά, ενώ το 19,5% των ατόμων του δείγματος απάντησαν ότι χρησιμοποιούν ως μέθοδο αντισύλληψης την διακεκομένη συνουσία.

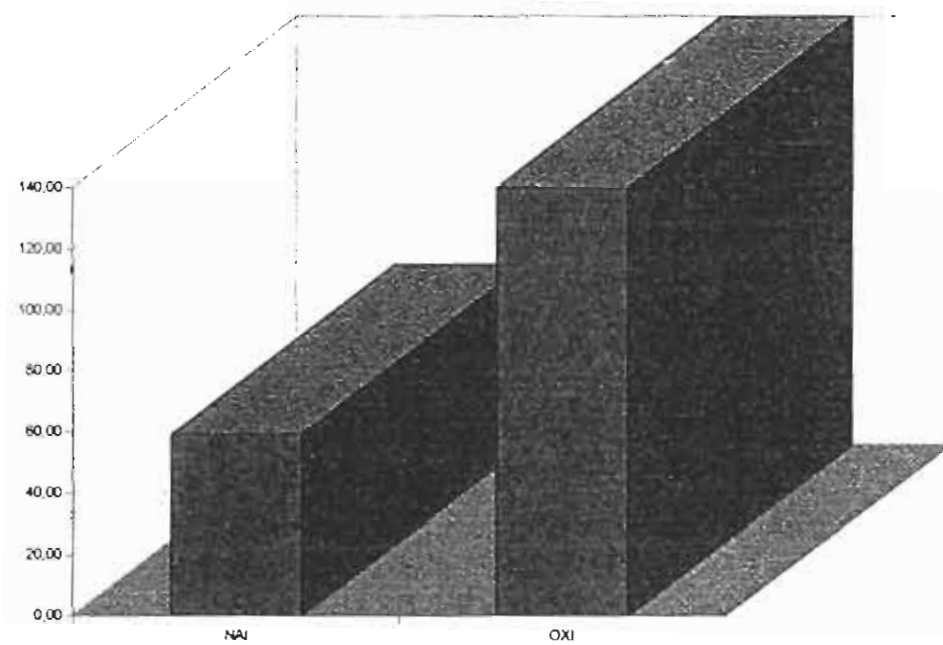
30. Συμφωνείτε με τον/την συζυγό σας για την μέθοδο που χρησιμοποιείτε;



	Αριθμός (%) ατόμων
ΝΑΙ	159 (79,5%)
ΟΧΙ	10 (5%)

Το 79,5% των ατόμων του δείγματος απάντησαν ότι συμφωνούν με τον/την συζυγό τους για την μέθοδο αντισύλληψης που χρησιμοποιούν.

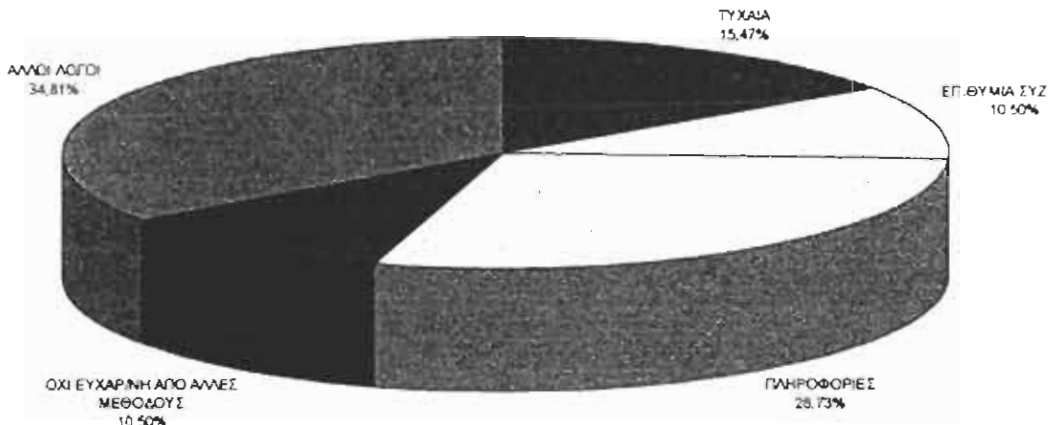
31. Νομίζετε ότι επηρεάζονται οι σχέσεις του ζεύγους από τις αντισυλληπτικές μεθόδους;



	Αριθμός (%) ατόμων
ΝΑΙ	59 (29,5%)
ΟΧΙ	140 (70%)

Το 70% των ατόμων απάντησαν ότι οι σχέσεις του ζεύγους δεν επηρεάζονται από τις αντισυλληπτικές μεθόδους.

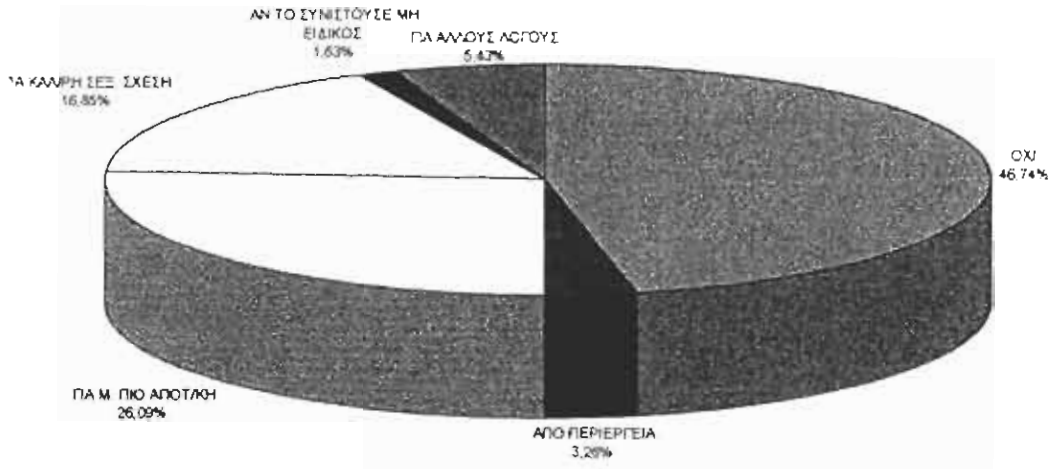
32. Γιατί προτιμάτε αυτή την μέθοδο αντισύλληψης;



	Αριθμός (%) ατόμων
Τυχαία	28 (15,47%)
Ηταν επιθυμία του συζύγου σας	19 (10,5%)
Είχατε πληροφορίες	52 (28,73%)
Δεν είχατε μείνει ευχαριστημένη από άλλες μεθόδους	19 (10,5%)
Για άλλους λόγους	63 (34,81%)

Το 28,73% των ατόμων του δείγματος απάντησαν ότι προτιμούν αυτή την μέθοδο αντισύλληψης επειδή είχαν κάποιες πληροφορίες για αυτήν την μέθοδο. Το 34,81% του δείγματος απάντησαν ότι προτιμούν κάποια συγκεκριμένη μέθοδο αντισύλληψης για άλλους λόγους.

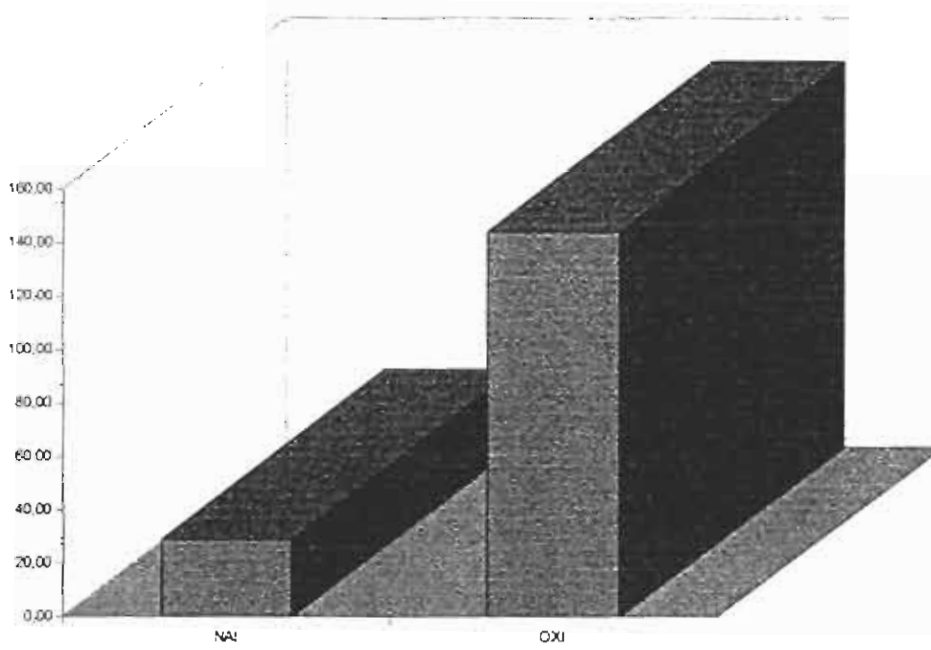
33. Θα αντικαθιστούσατε την μέθοδο αυτή με άλλη;



	Αριθμός (%) ατόμων
Οχι	86 (46,74%)
Ναι από περιέργεια	6 (3,26%)
Ναι για μέθοδο πιο αποτελεσματική	48 (26,09%)
Ναι για καλύτερη σεξουαλική σχέση	31 (16,85%)
Ναι αν σας το συνιστούσε κάποιος μη ειδικός	3 (1,63%)
Ναι για άλλους λόγους	10 (5,43%)

Το 46,74% των ατόμων του δείγματος απάντησαν ότι δεν θα αντικαθιστούσαν την συγκεκριμένη μέθοδο αντισύλληψης που χρησιμοποιούν με κάποια άλλη. Ενώ το 26,09% των ατόμων απάντησαν ότι θα την αντικαθιστούσαν για μια μέθοδο πιο αποτελεσματική.

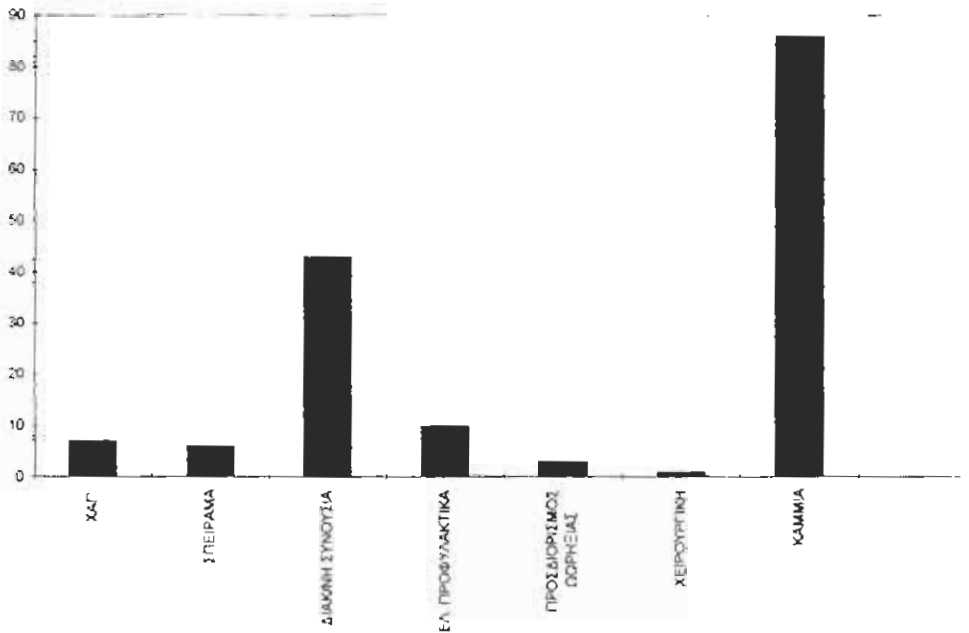
34. Είχατε ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες ενώ χρησιμοποιούσατε κάποια μέθοδο αντισύλληψης;



	Αριθμός (%) ατόμων
ΝΑΙ	29 (14,5%)
ΟΧΙ	144 (72%)

Το 72% των ατόμων του δείγματος απάντησαν ότι δεν είχαν ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες ενώ χρησιμοποιούσαν κάποια μέθοδο αντισύλληψης.

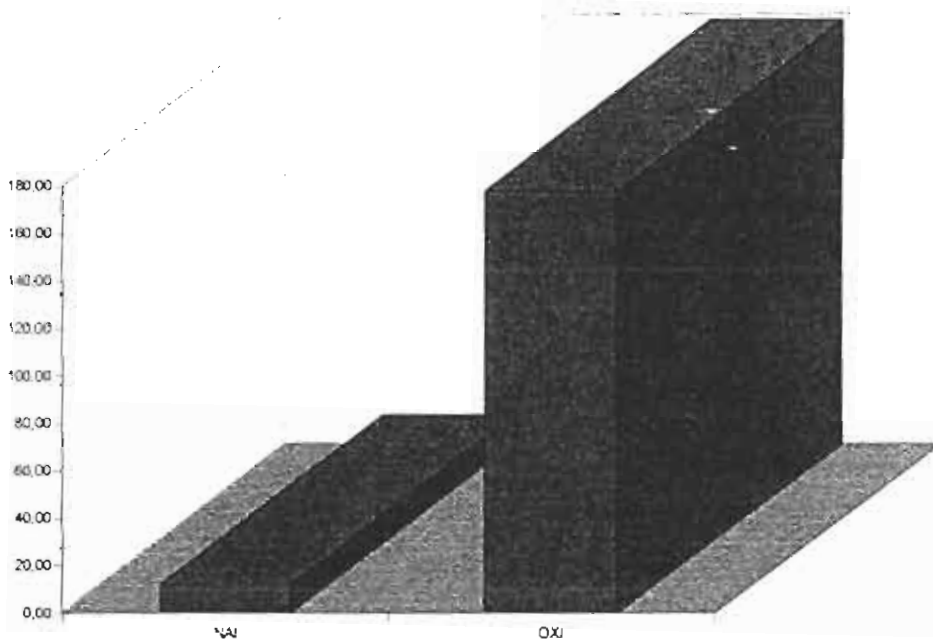
35. Ποιά μέθοδο είχε αποτύχει σαν αντισύλληψη;



	Αριθμός (%) ατόμων
Χάπι	7 (3,5%)
Σπείραμα	6 (3%)
Διακεκομένη συνουσία	43 (21,5%)
Ελαστικά προφυλακτικά	10 (5%)
Χειρουργική	1 (0,5%)
Προσδιορισμός ωορηξίας	3 (1,5%)
Καμμία	86 (43%)

Το 43% των ατόμων του δείγματος απάντησαν ότι καμμία μέθοδο από αυτές που χρησιμοποιούσαν δεν είχε αποτύχει ως μέθοδο αντισύλληψης. Το 21,5% του δείγματος απάντησαν ότι η διακεκομένη συνουσία είχε αποτύχει ως μέθοδο αντισύλληψης.

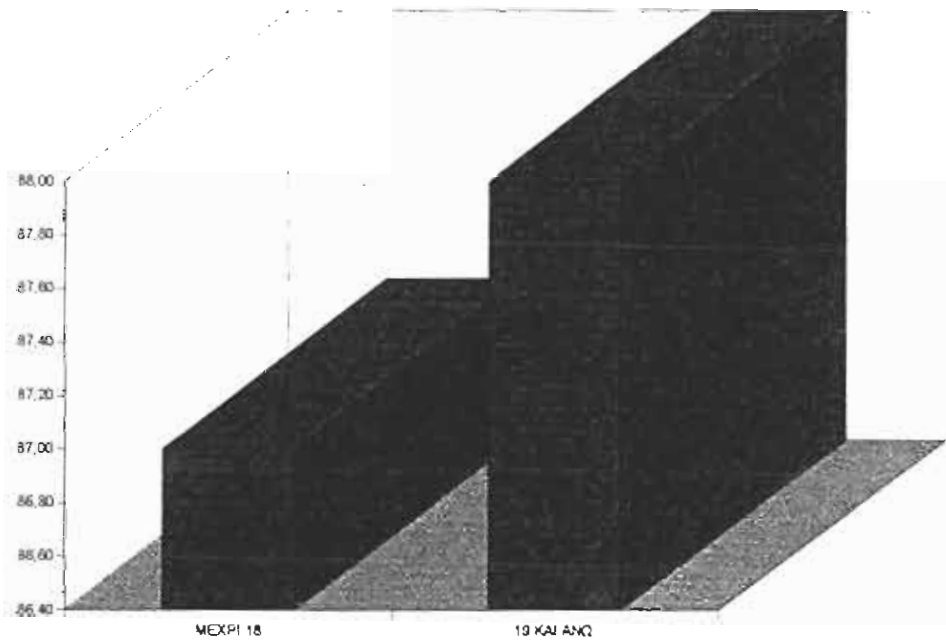
36. Έχετε σκεφτεί να κάνετε στείρωση;



Έχετε σκεφτεί να κάνετε στείρωση;	Αριθμός (%) ατόμων
ΝΑΙ	12 (6%)
ΟΧΙ	178 (89%)

Το 89% των ατόμων του δείγματος απάντησαν ότι δεν έχουν σκεφτεί να κάνουν στείρωση.

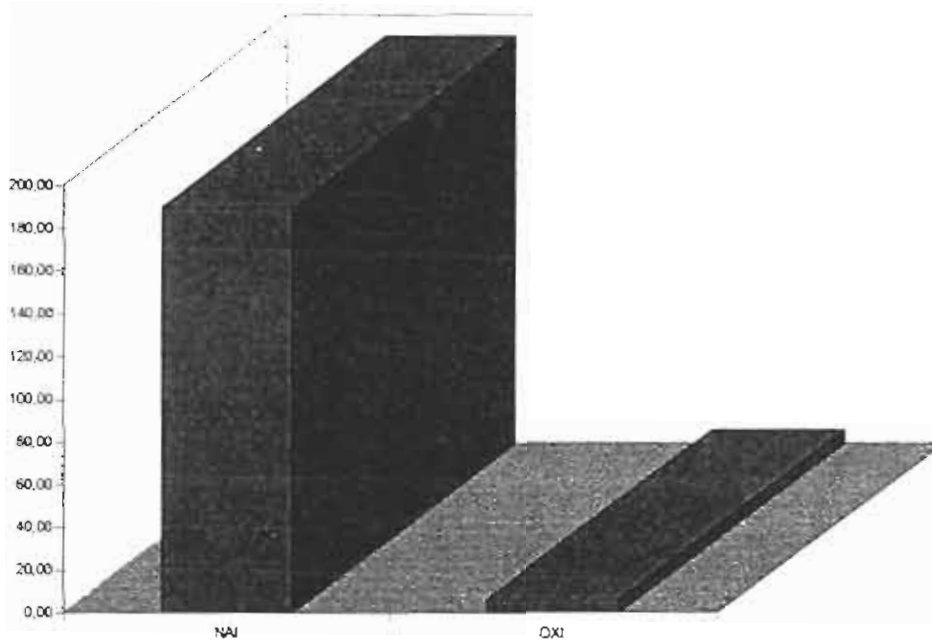
37. Σε ποιά ηλικία είχατε την πρώτη σεξουαλική επαφή;



ΗΛΙΚΙΑ (ΕΤΗ)	Αριθμός (%) ατόμων
Μέχρι 18	87 (43,5%)
19 και άνω	88 (44%)

Το 44% των ατόμων του δείγματος απάντησαν ότι είχαν την πρώτη τους σεξουαλική επαφή άνω των 19 ετών.

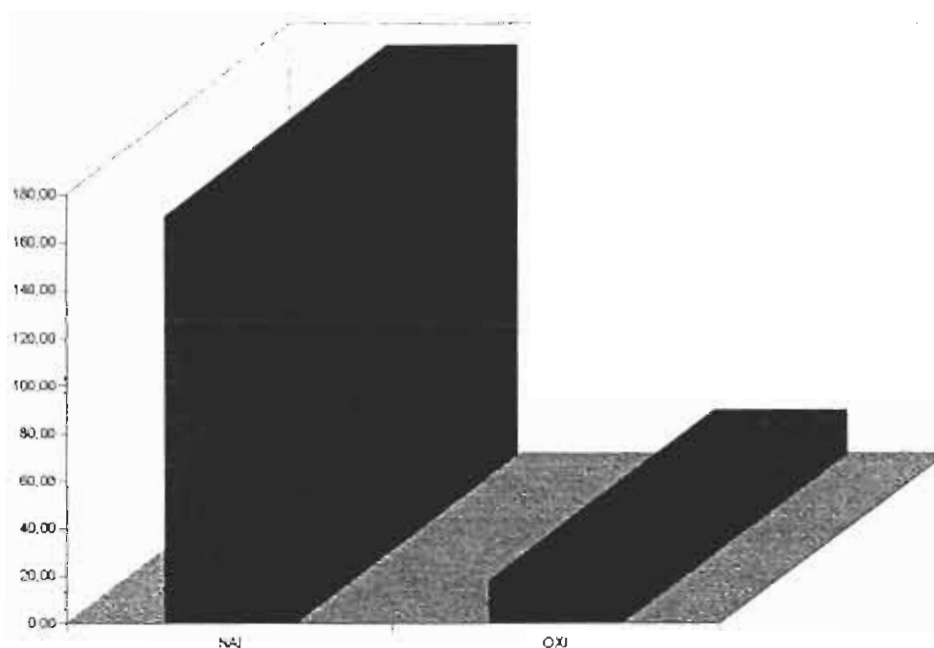
38. Γνωρίζετε τί είναι οργασμός;



ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΟΡΓΑΣΜΟΣ;	Αριθμός (%) ατόμων
ΝΑΙ	190 (95%)
ΟΧΙ	6 (3%)

Το 95% των ατόμων του δείγματος απάντησαν ότι γνωρίζουν τι είναι οργασμός.

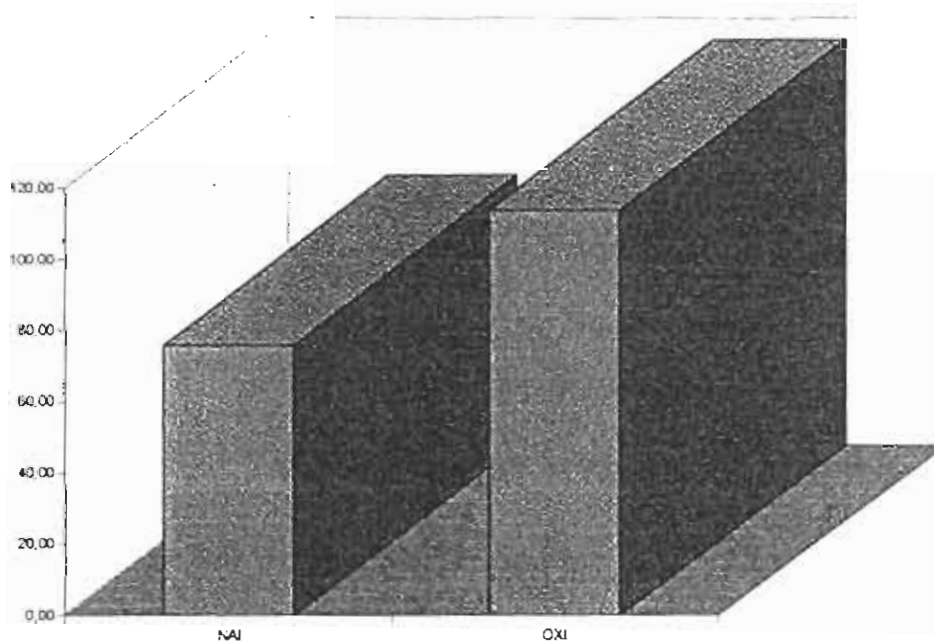
39. Εσείς έχετε οργασμό;



ΕΧΕΤΕ ΟΡΓΑΣΜΟ;	Αριθμός (%) ατόμων
ΝΑΙ	171 (85,5%)
ΟΧΙ	18 (9%)

Το 85,5% των ατόμων του δείγματος απάντησαν ότι έχουν οργασμό.

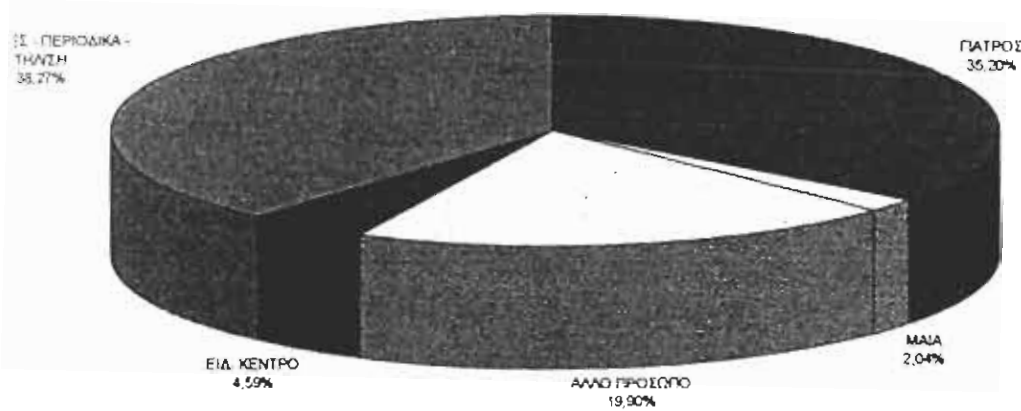
40. Τα προφυλακτικά μέσα ελαττώνουν την ικανοποίηση;



	Αριθμός (%) ατόμων
ΝΑΙ	76 (38%)
ΟΧΙ	114 (57%)

Το 57% των ατόμων του δείγματος απάντησαν ότι τα προφυλακτικά μέσα δεν ελαττώνουν την ικανοποίηση.

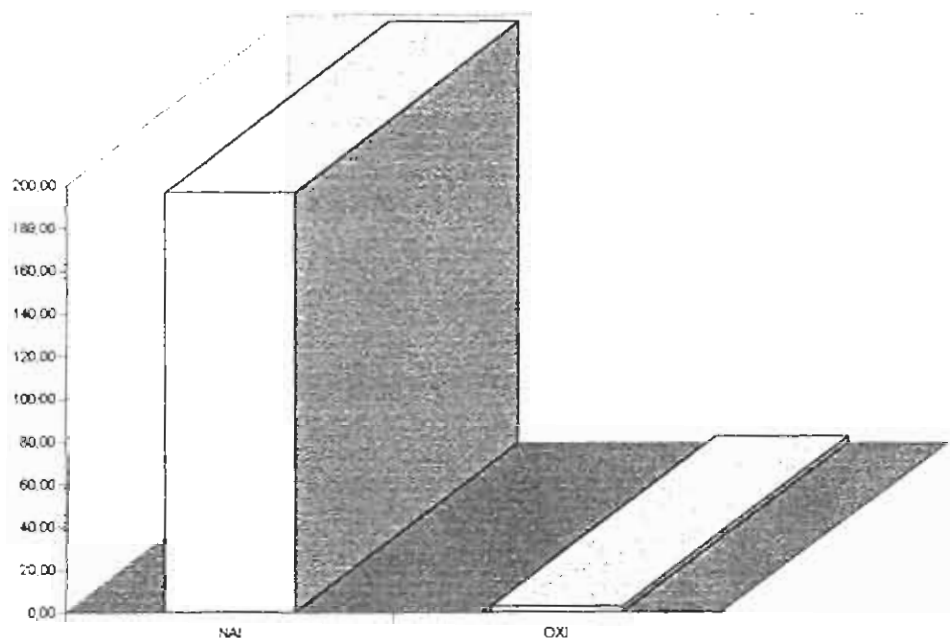
41. Ποιός νομίζετε ότι σας βοήθησε στις γνώσεις που έχετε για τις μεθόδους αντισύλληψης;



	Αριθμός (%) ατόμων
ΓΙΑΤΡΟΣ	69 (35,2%)
ΜΑΙΑ	4 (2,04%)
ΑΛΛΟ ΠΡΟΣΩΠΟ	39 (19,9%)
ΕΙΔΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ	9 (4,59%)
ΕΦΗΜΕΡΙΔΕΣ-ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ-ΤΗΛΕΟΡΑΣΗ	75 (38,27%)

Το 38,27% των ατόμων του δείγματος απάντησαν ότι τις γνώσεις που έχουν για τις μεθόδους αντισύλληψης τις απέκτησαν από τις εφημερίδες, τα περιοδικά και την τηλεόραση, ενώ το 35,2% των ατόμων απάντησαν ότι τις απέκτησαν από τον γιατρό τους.

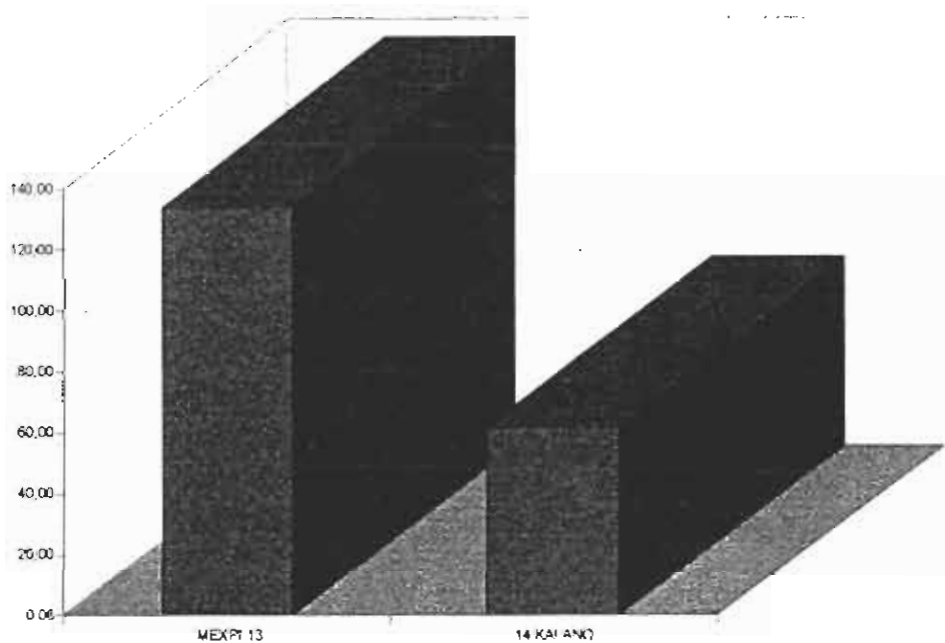
42. Πιστεύετε ότι είναι αναγκαία η διαφώτιση των μαθητών στα σχολεία σχετικά με τον οικογενειακό προγραμματισμό;



	Αριθμός (%) ατόμων
ΝΑΙ	197 (98,5%)
ΟΧΙ	3 (1,5%)

Το 98,5% των ατόμων του δείγματος απάντησαν ότι είναι αναγκαία η διαφώτιση των μαθητών στα σχολεία σχετικά με τον οικογενειακό προγραμματισμό.

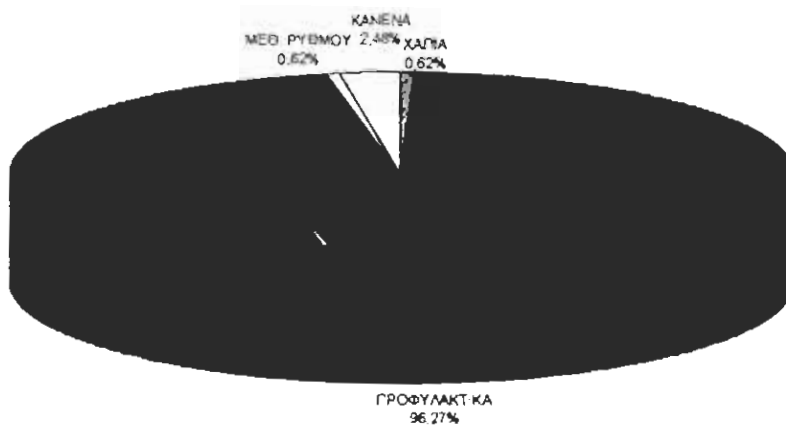
43. Από ποιά σχολική ηλικία πρέπει να αρχίζει η ενημέρωση σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού;



ΗΛΙΚΙΑ (ΕΤΗ)	Αριθμός (%) ατόμων
Μέχρι 13	134 (67%)
14 και άνω	62 (31%)

Το 67% των ατόμων του δείγματος απάντησαν ότι η ενημέρωση σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού θα πρέπει να αρχίζει σε ηλικία μέχρι 13 ετών.

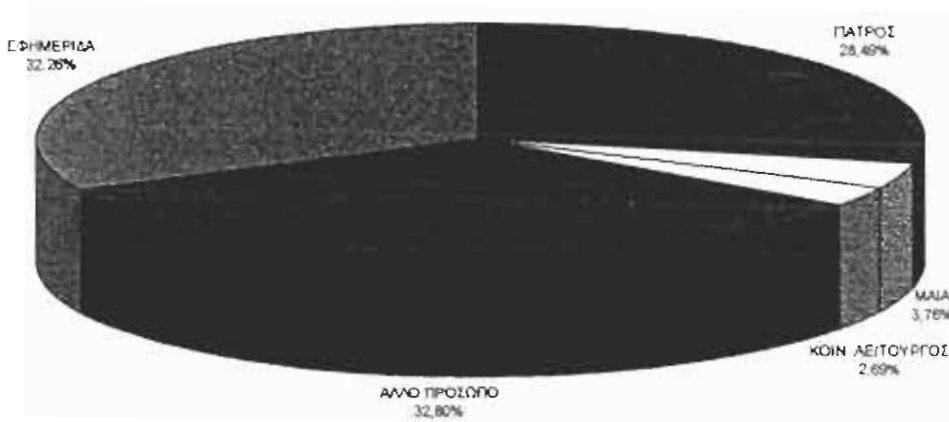
44. Ποιά μέθοδο αντισύλληψης νομίζετε ότι σας προφυλλάσει από τα αφροδίσια νοσήματα;



ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ	Αριθμός (%) ατόμων
ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΑ ΧΑΠΙΑ	1 (0,62%)
ΕΛΑΣΤΙΚΑ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΑ	155 (96,27%)
ΜΕΘΟΔΟΣ ΡΥΘΜΟΥ	1 (0,62%)
ΚΑΝΕΝΑ	4 (2,48%)

Το 96,27% των ατόμων του δείγματος απάντησαν ότι η μέθοδος αντισύλληψης που θεωρούν ότι τους προφυλλάσει από τα αφροδίσια νοσήματα είναι τα ελαστικά προφυλακτικά.

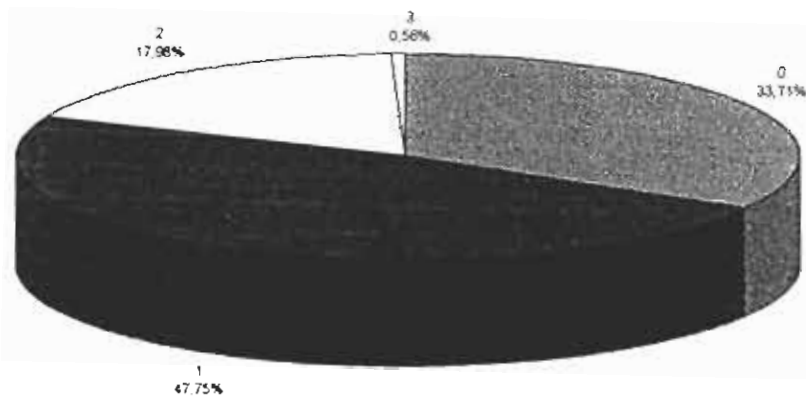
45. Από πού έχετε πληροφορηθεί για το κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού;



	Αριθμός (%) ατόμων
ΓΙΑΤΡΟΣ	53 (28,49%)
ΜΑΙΑ	7 (3,76%)
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	5 (2,69%)
ΑΛΛΟ ΠΡΟΣΩΠΟ	61 (32,8%)
ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ-ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ-ΤΗΛΕΟΡΑΣΗ	60 (32,26%)

Το 32,8% των ατόμων του δείγματος απάντησαν ότι έχουν πληροφορηθεί για το κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού από κάποιο άλλο πρόσωπο, ενώ το 32,26% των ατόμων απάντησαν ότι έχουν πληροφορηθεί από εφημερίδες, περιοδικά και τηλεόραση για τα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού.

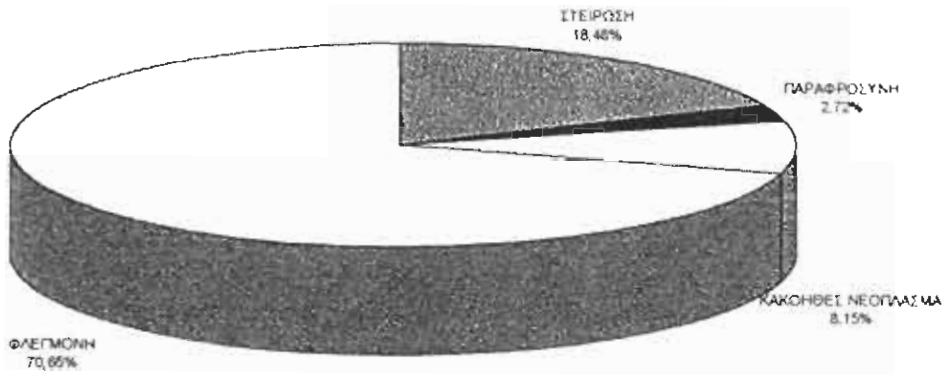
46. Πόσα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού γνωρίζετε στην Πάτρα;



ΚΕΝΤΡΑ ΟΙΚΟΓΕΝ. ΠΡΟΓΡΑΜ.	Αριθμός (%) ατόμων
0	60 (33,71%)
1	85 (47,75%)
2	32 (17,98%)
3	1 (0,56%)

Το 47,75% των ατόμων του δείγματος απάντησαν ότι γνωρίζουν 1 κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού στην Πάτρα, ενώ το 33,71% των ατόμων δεν γνωρίζει κανένα κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού στην Πάτρα.

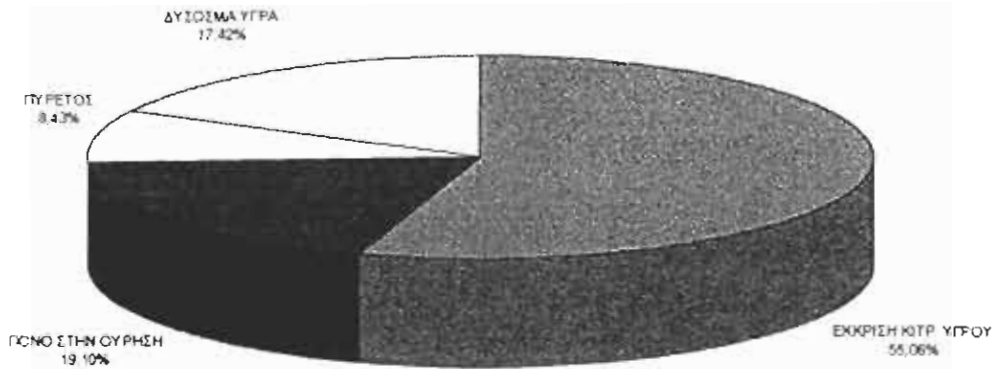
47. Τί νομίζετε ότι προκαλεί η βλενόρροια;



Η ΒΛΕΝΟΡΡΟΙΑ ΠΡΟΚΑΛΕΙ:	Αριθμός (%) ατόμων
ΣΤΕΙΡΩΣΗ	34 (18,48%)
ΠΑΡΑΦΡΟΣΥΝΗ	5 (2,7%)
ΚΑΚΟΗΘΕΣ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑ	15 (8,15%)
ΦΛΕΓΜΟΝΗ (σαλπγγίτιδα στις γυναίκες/προστατίτιδα στους άνδρες)	130 (70,65%)

Το 70,65% των ατόμων του δείγματος απάντησαν ότι η βλενόρροια προκαλεί φλεγμονή (δηλ. σαλπγγίτιδα στις γυναίκες και προστατίτιδα/επιδυμιτίτιδα στους άνδρες).

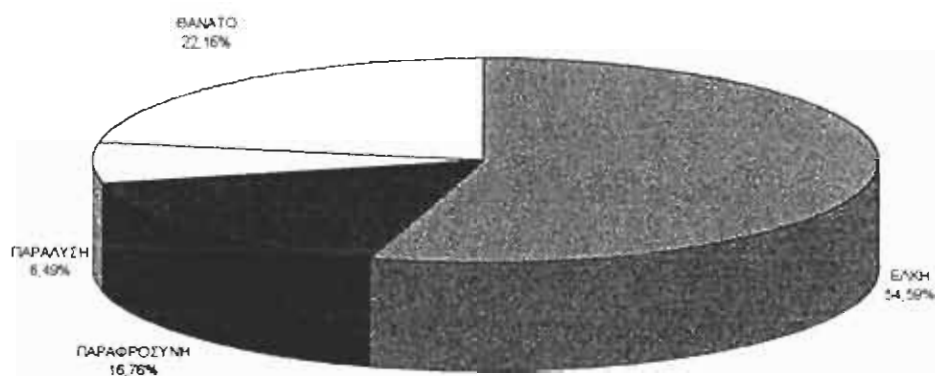
48. Οι γυναίκες που έχουν βλενόρροια έχουν πάντοτε τα ακόλουθα συμπτώματα:



	Αριθμός (%) ατόμων
ΕΚΚΡΙΣΗ ΚΙΤΡΙΝΟΥ ΥΓΡΟΥ	98 (55,06%)
ΠΟΝΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΟΥΡΗΣΗ	34 (19,1%)
ΠΥΡΕΤΟΣ	15 (8,43%)
ΔΥΣΟΣΜΑ ΥΓΡΑ	31 (17,42%)

Το 55,06% των ατόμων του δείγματος απάντησαν ότι η βλενόρροια προκαλεί στις γυναίκες έκκριση κίτρινου υγρού.

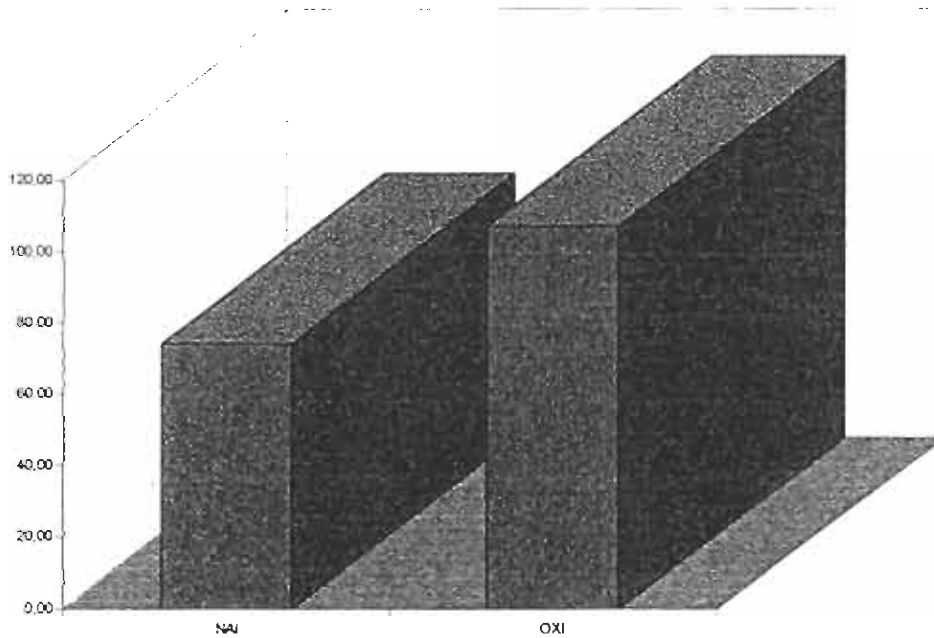
49. Τί νομίζετε ότι προκαλεί η σύφιλη;



	Αριθμός (%) ατόμων
ΕΛΚΗ	101 (54,59%)
ΠΑΡΑΦΡΟΣΥΝΗ	31 (16,76%)
ΠΑΡΑΛΥΣΗ	12 (6,49%)
ΘΑΝΑΤΟ	41 (20,16%)

Το 54,59% των ατόμων του δείγματος απάντησαν ότι η σύφιλη προκαλεί έλκη.

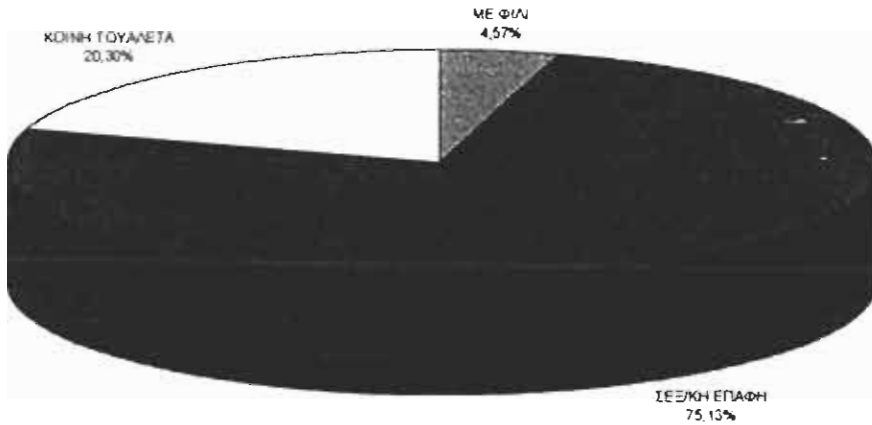
50. Γνωρίζετε ότι η τυχόν εμφάνιση σαλπγγίτιδας στις γυναίκες και προστατίτιδα στους άνδρες μπορεί να οφείλεται σε χλαμύδια;



	Αριθμός (%) ατόμων
ΝΑΙ	74 (37%)
ΟΧΙ	107 (53,5%)

Το 53,5% των ατόμων του δείγματος απάντησαν ότι δεν γνωρίζουν αν η τυχόν εμφάνιση σαλπγγίτιδας στις γυναίκες και η προστατίτιδα στους άνδρες μπορεί να οφείλεται σε χλαμύδια.

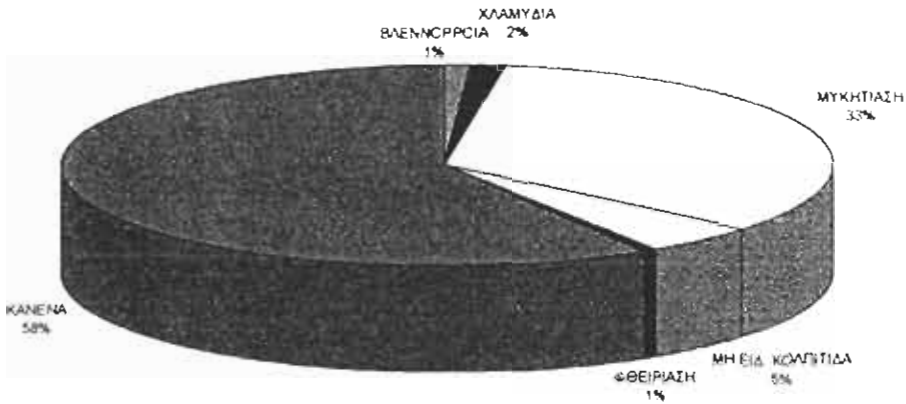
51. Πιστεύετε ότι ο ιός της ηπατίτιδας μεταδίδεται από το ένα άτομο στο άλλο:



	Αριθμός (%) ατόμων
ΜΕ ΦΙΛΙ	9 (4,57%)
ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΕΠΑΦΗΣ	148 (75,13%)
ΧΡΗΣΗ ΚΟΙΝΗΣ ΤΟΥΑΛΕΤΑΣ	40 (20,3%)

Το 75,13% των ατόμων του δείγματος απάντησαν ότι ο ιός της ηπατίτιδας μεταδίδεται από το ένα άτομο στο άλλο κατά την διάρκεια της σεξουαλικής επαφής.

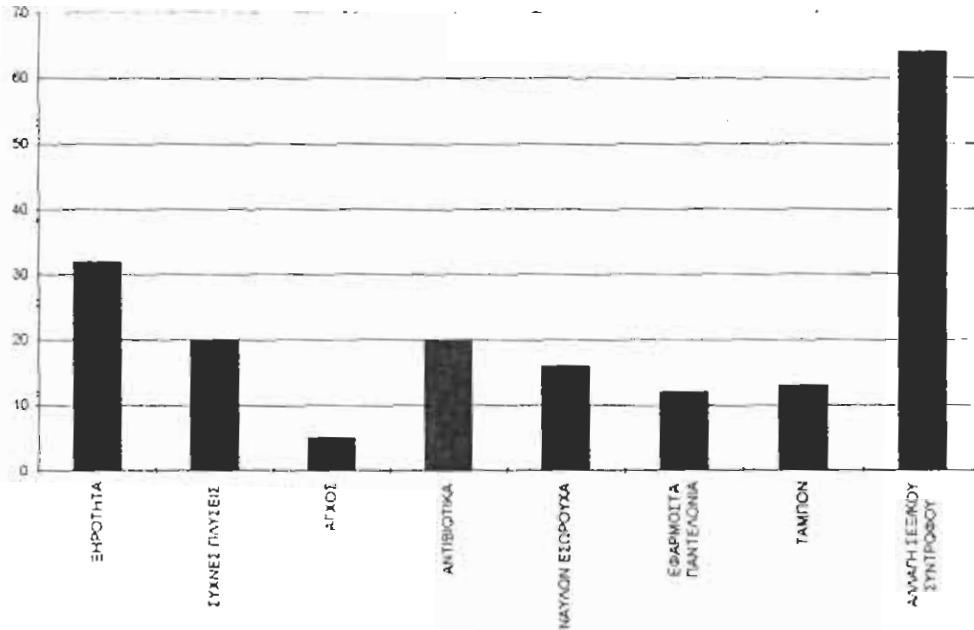
52. Έχετε κολλήσει κάποιο από τα κατώτερα νοσήματα;



	Αριθμός (%) ατόμων
ΒΛΕΝΟΡΡΟΙΑ	2 (1%)
ΧΛΑΜΥΔΙΑ	3 (2%)
ΜΥΚΗΤΙΑΣΗ	64 (33%)
ΜΗ ΕΙΔΙΚΗ ΚΟΛΠΙΤΙΔΑ	9 (5%)
ΦΘΕΙΡΙΑΣΗ ΤΟΥ ΕΦΗΒΑΙΟΥ	1 (1%)
ΚΑΝΕΝΑ	112 (58%)

Το 58% των ατόμων του δείγματος απάντησαν ότι δεν έχουν κολλήσει κανένα από τα παραπάνω νοσήματα, ενώ το 33% των ατόμων απάντησαν ότι είχαν πάθει μυκητίαση.

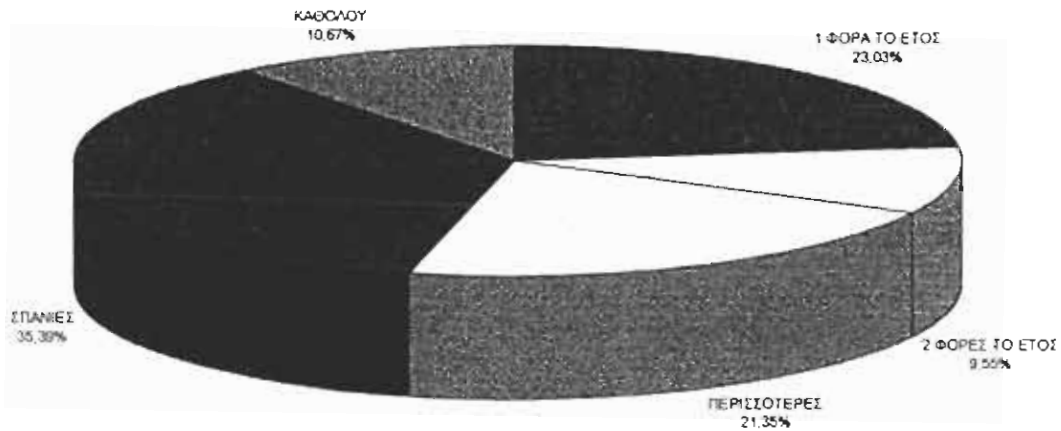
53. Οι συχνές φλεγμονές στον κόλπο οφείλονται σε:



	Αριθμός (%) ατόμων
ΞΗΡΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΚΟΛΠΟΥ	32 (16%)
ΣΥΧΝΕΣ ΠΛΥΣΕΙΣ (ΚΟΛΠΙΚΕΣ)	20 (10%)
ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΟ ΑΓΧΟΣ	5 (2,5%)
ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΗ ΛΗΨΗ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΩΝ	20 (10%)
ΧΡΗΣΗ ΝΑΥΛΟΝ ΕΣΩΡΟΥΧΩΝ	16 (8%)
ΕΦΑΡΜΟΣΤΑ ΠΑΝΤΕΛΟΝΙΑ	12 (6%)
ΧΡΗΣΗ ΕΝΔΟΚΟΛΠΙΚΟΥ ΤΑΜΠΟΝ	13 (6,5%)
ΣΥΧΝΗ ΑΛΛΑΓΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΥ ΣΥΝΤΡ.	64 (32%)

Το 32% των ατόμων του δείγματος απάντησαν ότι οι συχνές φλεγμονές στον κόλπο οφείλονται στην συχνή αλλαγή σεξουαλικού συντρόφου.

54. Πόσες συχνές είναι οι φλεγμονές στον κόλπο;



	Αριθμός (%) ατόμων
1 ΦΟΡΑ ΤΟ ΕΤΟΣ	41 (23,03%)
2 ΦΟΡΕΣ ΤΟ ΕΤΟΣ	17 (9,55%)
ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ	38 (21,35%)
ΣΠΑΝΙΕΣ	63 (35,39%)
ΚΑΘΟΛΟΥ	19 (10,67%)

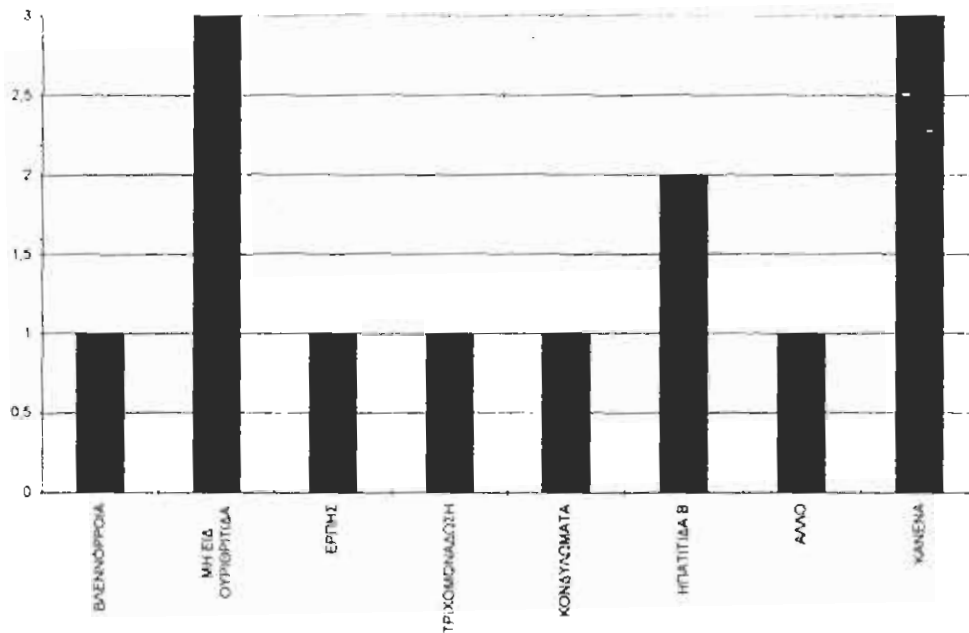
Το 35,39% των ατόμων του δείγματος απάντησαν ότι είναι σπάνιες οι φλεγμονές στον κόλπο.

55. Ποιές από τις παρακάτω αιτίες πιστεύετε ότι μπορούν να διαταράξουν την ισορροπία του κόλπου;

	Αριθμός (%) ατόμων	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Εγκυμοσύνη	101 (50,5%)	84 (42%)
Διαβήτης	45 (22,5%)	140 (70%)
Αντισυλληπτικά χάπια	79 (39,5%)	106 (53%)
Ξηρότητα του κόλπου λόγω προχωρημένης ηλικίας	83 (41,5%)	102 (51%)
Ερέθισμα του κοιλιακού επιθηλίου κατά τη σεξουαλική πράξη εξαιτίας περιορισμένης έκκρισης υγρών	60 (30%)	125 (62,5%)
Πολύ συχνές πλύσεις των γεννητικών οργάνων ή χρησιμοποίηση αντισυλληπτικών σαπουνιών	79 (39,5%)	106 (53%)
Ερεθισμός του κόλπου από την τοποθέτηση ενδοκολπικού ταμπόν	69 (34,5%)	116 (58%)
Χαμηλή αντίσταση του οργανισμού που μπορεί να οφείλεται σε κούραση (stress) ή σε άλλη πάθηση	43 (21,5%)	142 (71%)
Λήψη αντιβιοτικών για θεραπεία άλλων παθήσεων	87 (43,5%)	98 (49%)
Ελλιπής ατομική υγιεινή	131 (65,5%)	54 (27%)
Συχνή χρήση εφαρμοστών παντελονιών, ναύλον εσωρούχων ή καλτσόν	116 (58%)	69 (34,5%)

Το 65,5% των ατόμων του δείγματος απάντησαν ότι η ελλιπής ατομική υγιεινή είναι η αιτία που μπορεί να διαταράξει την ισορροπία του κόλπου, ενώ το 58% των ατόμων απάντησαν ότι η ισορροπία του κόλπου μπορεί να διαταραχθεί από την συχνή χρήση εφαρμοστών παντελονιών, ναύλον εσωρούχων ή καλτσόν.

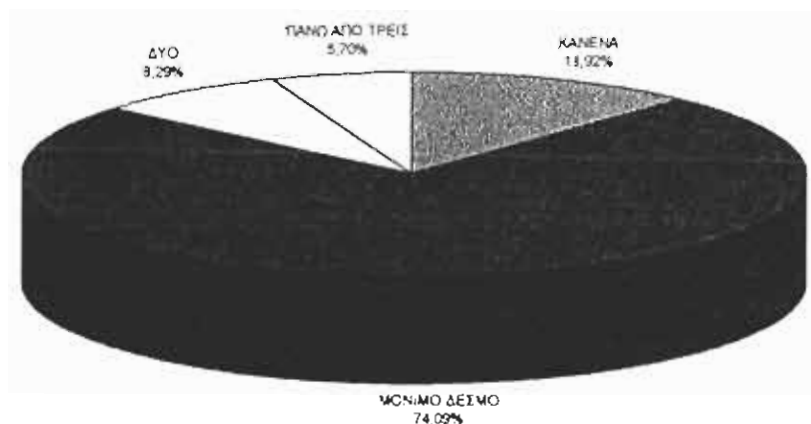
56. Ο σύντροφός σας πέρασε κάποιο από τα κατώτερα νοσήματα;



	Αριθμός (%) ατόμων
ΒΛΕΝΟΡΡΟΙΑ	1 (0,5%)
ΜΗ ΕΙΔΙΚΗ ΟΥΡΙΘΡΙΤΙΔΑ	3 (1,5%)
ΕΡΠΗΣ ΤΩΝ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ	1 (0,5%)
ΤΡΙΧΟΜΟΝΟΔΩΣΗ	1 (0,5%)
ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΑ	2 (1%)
ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β	1 (0,5%)
ΚΑΤΙ ΑΛΛΟ	3 (1,5%)
ΚΑΝΕΝΑ	165 (82,5%)

Το 82,5% των ατόμων του δείγματος απάντησαν ότι ο σύντροφός τους δεν έχει περάσει κάποιο από τα παραπάνω νοσήματα.

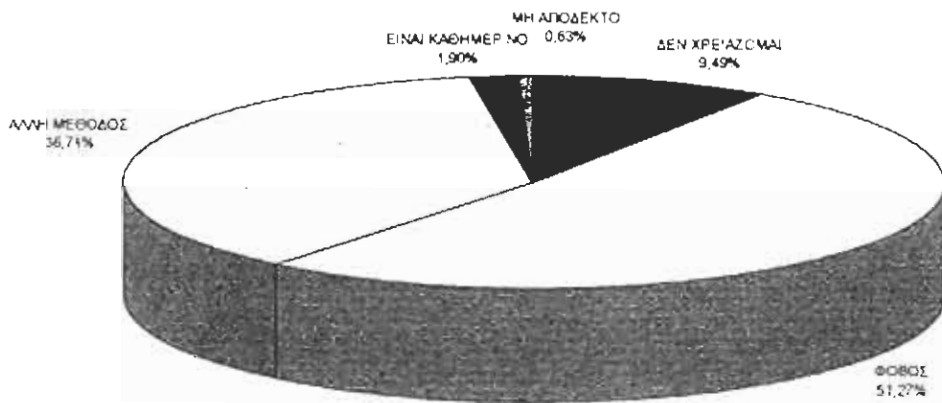
57. Πόσους σεξουαλικούς συντρόφους έχετε αλλάξει τα τελευταία δύο χρόνια;



	Αριθμός (%) ατόμων
ΔΕΝ ΕΧΩ ΚΑΝΕΝΑ	23 (11,92%)
ΕΧΩ ΜΟΝΙΜΟ ΔΕΣΜΟ	143 (74,09%)
ΔΥΟ ΣΥΝΤΡΟΦΟΥΣ	16 (8,29%)
ΠΑΝΩ ΑΠΟ ΤΡΕΙΣ	11 (5,7%)

Το 74,09% των ατόμων του δείγματος απάντησαν ότι τα τελευταία δύο χρόνια έχουν μόνιμο δεσμό.

58. Ποιός από τους παρακάτω είναι ο λόγος που δεν χρησιμοποιείτε το χάπι για αντισύλληψη;



	Αριθμός (%) ατόμων
ΔΕΝ ΧΡΕΙΑΖΟΜΑΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ	15 (9,49%)
ΦΟΒΟ ΓΙΑ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ	81 (51,27%)
ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΩ ΑΛΛΗ ΜΕΘΟΔΟ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ	58 (36,71%)
ΓΙΑΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΛΑΜΒΑΝΕΤΑΙ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ	3 (1,9%)
ΜΗ ΑΠΟΔΕΚΤΟ ΑΠΟ ΤΗ ΘΡΗΣΚΕΙΑ ΜΟΥ	1 (0,63%)

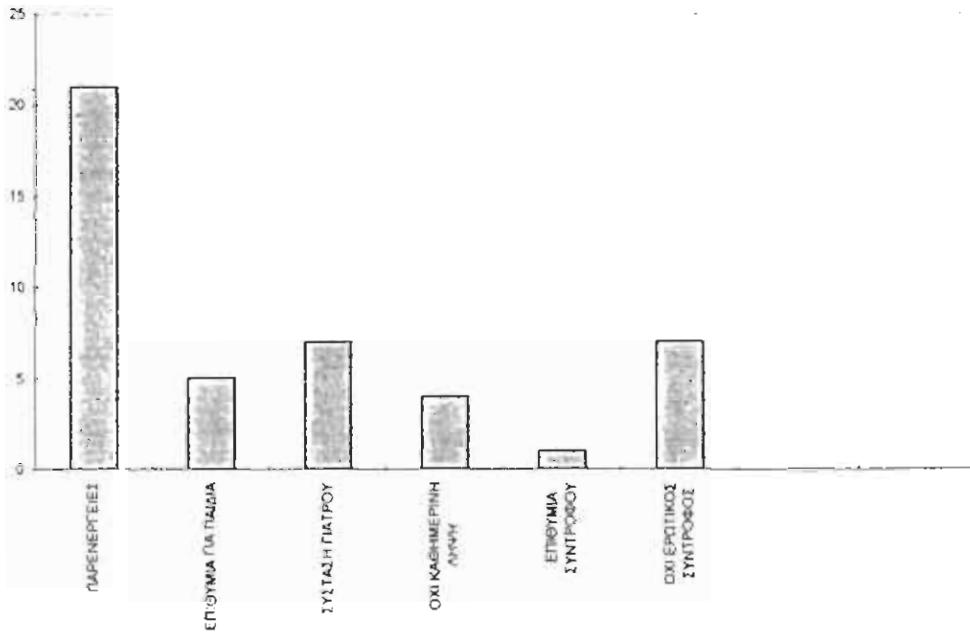
Το 51,27% των ατόμων του δείγματος απάντησαν ότι δεν χρησιμοποιούν το χάπι για αντισύλληψη επειδή φοβούνται τις παρενέργειες που πιθανόν να έχει.

59. Πιστεύεται ότι το χάπι μπορεί να προκαλέσει κάποιο από τα παρακάτω συμπτώματα;

	Αριθμός (%) ατόμων	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΠΟΝΟΚΕΦΑΛΟΥΣ	115 (57,5%)	47 (23,5%)
ΝΑΥΤΙΑ	93 (46,5%)	69 (34,5%)
ΕΜΕΤΟΙ	82 (41%)	80 (40%)
ΘΟΛΩΜΑ ΤΗΣ ΟΡΑΣΗΣ	29 (14,5%)	133 (66,5%)
ΠΟΝΟΙ ΣΤΑ ΠΟΔΙΑ ΚΑΙ ΣΤΟ ΣΤΗΘΟΣ	53 (26,5%)	109 (54,5%)
ΔΥΣΠΝΟΙΑ	33 (16,5%)	129 (64,5%)

Το 57,5% των ατόμων του δείγματος απάντησαν ότι το χάπι μπορεί να προκαλέσει πονοκεφάλους, ενώ το 46,5% των ατόμων απάντησαν ότι μπορεί να προκαλέσει ναυτία.

60. Λαμβάνοντας υπόψιν τα 45 άτομα που απάντησαν στην ερώτηση ποιά ήταν η αιτία που σταμάτησαν την λήψη χαπιών πήραμε τις ακόλουθες απαντήσεις:



	Αριθμός (%) ατόμων
ΕΝΟΧΛΗΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ	21 (46,7%)
ΕΠΙΘΥΜΙΑ ΓΙΑ ΑΠΟΚΤΗΣΗ ΠΑΙΔΙΩΝ ΣΑΣ ΤΟ ΣΥΝΕΣΤΗΣΕ Ο ΓΙΑΤΡΟΣ	5 (11,1%)
ΔΕΝ ΘΥΜΟΣΑΣΤΕ ΝΑΤΟ ΠΑΙΡΝΕΤΕ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ	4 (8,8%)
ΕΠΙΘΥΜΙΑ ΤΟΥ ΣΥΝΤΡΟΦΟΥ ΣΑΣ ΝΑ ΤΟ ΣΤΑΜΑΤΗΣΕΤΕ	1 (2,2%)
ΔΕΝ ΕΧΕΤΕ ΑΠΟ ΚΑΙΡΟ ΕΡΩΤΙΚΟ ΣΥΝΤΡΟΦΟ	7 (15,5%)

Το 46,7% των ατόμων απάντησαν ότι η αιτία που σταμάτησαν την λήψη των χαπιών ήταν οι ενοχλητικές παρενέργειες.

- Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των ατόμων που έχουν επιλεγεί από το κέντρο της πόλης και των ατόμων που έχουν επισκεφθεί το κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού σχετικά με το πόση θεωρούν ιδανική διαφορά ηλικίας μεταξύ των συζύγων ($p = 0.0052$, $\text{Gamma} = 0.43158$).

	Πόση θεωρείται ιδανική διαφορά ηλικίας μεταξύ των συζύγων;	
	Μέχρι 5 έτη	6 έτη και άνω
Κέντρο της πόλης	80 (81,6%)	18 (18,4%)
Κέντρο Οικογεν. Προ- γραμμ.	60 (63,8%)	34 (36,2%)

Το 81,6% των ατόμων που επιλέχθηκαν από το κέντρο της πόλης απάντησαν ότι η ιδανική διαφορά ηλικίας μεταξύ των συζύγων είναι μέχρι 5 έτη, ενώ μόνο το 63,8% των ατόμων που επιλέχθηκαν από το κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού απάντησαν το ίδιο.

- Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των ατόμων που έχουν επιλεγεί από το κέντρο της πόλης και των ατόμων που έχουν επιλεγεί από το κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού σχετικά με το ποια θεωρούν ότι είναι η καλύτερη ηλικία γάμου ($p = 0.0013$, $\text{Gamma} = -0.44542$).

	Ποια η καλύτερη ηλικία γάμου;	
	20 - 25 ετών	26 ετών και άνω
Κέντρο της πόλης	26 (26,5%)	72 (73,5%)
Κέντρο Οικογ. Προ- γραμμ.	48 (48,5%)	51 (51,5%)

Το 48,5% των ατόμων που επιλέγηκαν από το κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού απάντησαν ότι η καλύτερη ηλικία γάμου είναι μεταξύ 20 με 25 ετών, ενώ την ίδια απάντηση έδωσε μόνο το 26,5% των ατόμων που επιλέγηκαν από το κέντρο της πόλης.

- Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των ατόμων που επιλέγηκαν από το κέντρο της πόλης και των ατόμων που επιλέγηκαν από το κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού σχετικά με το ποια διαφορά ηλικίας

θα πρέπει να έχουν τα παιδιά μεταξύ τους ($p = 0.0357$, $\text{Gamma} = 0.28231$).

	Πόση διαφορά ηλικίας θα πρέπει να έχουν τα παιδιά μεταξύ τους;		
	1 έτος	2 έτη	3 έτη και άνω
Κέντρο της πόλης	11 (11,2%)	59 (60,2%)	28 (28,6%)
Κέντρο Οικογ. Προγραμ.	3 (3%)	58 (58%)	39 (39%)

Το 11,2% των ατόμων από το κέντρο της πόλης απάντησαν ότι τα παιδιά θα πρέπει να έχουν μέχρι 1 έτος διαφορά μεταξύ τους, ενώ μόνο το 3% των ατόμων από το κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού πιστεύουν το ίδιο.

1P. Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των ατόμων που επιλέχθηκαν από το κέντρο της πόλης και των ατόμων από το κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού σχετικά με το αν γνωρίζουν ως μέθοδο αντισύλληψης το ενδομήτριο σπείραμα ($p = 0.0032$, $\text{Gamma} = -0.44643$).

	Γνωρίζετε ως μέθοδο αντισύλληψης το ενδομήτριο σπείραμα;	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Κέντρο της πόλης	62 (63,3%)	36 (36,7%)
Κέντρο Οικογ. Προγραμ.	81 (81,8%)	18 (18,2%)

Το 81,8% των ατόμων από το κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού απάντησαν ότι γνωρίζουν ως μέθοδο αντισύλληψης το ενδομήτριο σπείραμα, ενώ μόνο το 63,3% των ατόμων που επιλέγηκαν από το κέντρο της πόλης απάντησαν το ίδιο.

2P. Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των ατόμων από το κέντρο της πόλης και των ατόμων από το κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού σχετικά με τα συμπτώματα που πιστεύουν ότι προκαλεί η βλεννόρροια στις γυναίκες ($p = 0.0031$, $\text{Gamma} = -0.26732$).

	Τι συμπτώματα προκαλεί η βλεννόρροια στις γυναίκες;			
	Έκκριση κίτρινου υγρού	Πόνος κατά την ούρηση	Πυρετός	Δύσσομα υγρά
Κέντρο της πόλης	35 (43,2%)	22 (27,2%)	11 (13,6%)	13 (16%)
Κέντρο Οικογ. Προγραμ.	63 (64,9%)	12 (12,4%)	4 (4,1%)	18 (18,6%)

Το 64,9% των ατόμων από το κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού απάντησαν ότι η βλεννόρροια προκαλεί στις γυναίκες έκκριση κίτρινου υγρού, ενώ μόνο το 43,2% των ατόμων που επιλέγηκαν από το κέντρο της πόλης έδωσαν την ίδια απάντηση.

3P. Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των ατόμων από το κέντρο της πόλης και των ατόμων από το κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού σχετικά με το τι νομίζουν ότι προκαλεί η σύφιλη ($p = 0.0165$, Gamma = - 0.23580).

	Τι νομίζετε ότι προκαλεί η σύφιλη;			
	Έλκη	Παραφροσύνη	Παράλυση	Θάνατο
Κέντρο της πόλης	42 (48,3%)	12 (13,8%)	10 (11,5%)	23 (26,4%)
Κέντρο Οικογ. Προγραμ.	59 (60,2%)	19 (19,4%)	2 (2%)	18 (18,4%)

Το 60,2% των ατόμων από το κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού απάντησαν ότι η σύφιλη προκαλεί έλκη, ενώ μόνο το 48,3% των ατόμων από το κέντρο της πόλης απάντησαν το ίδιο.

- Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των ατόμων από το κέντρο της πόλης και το κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού σχετικά με το αν πιστεύουν ότι η εγκυμοσύνη μπορεί να διαταράξει την ισορροπία του κόλπου ($p = 0.0018$, Gamma = - 0.43562).

	Μπορεί η εγκυμοσύνη να διαταράξει την ισορροπία του κόλπου;	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Κέντρο της πόλης	37 (42,5%)	50 (57,5%)
Κέντρο Οικογ. Προγραμ.	64 (65,3%)	34 (34,7%)

Το 65,3% των ατόμων από το κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού απάντησαν ότι η εγκυμοσύνη αποτελεί αιτία για την διατάραξη της ισορροπίας του κόλπου, ενώ μόνο το 42,5% των ατόμων από το κέντρο της πόλης έδωσαν την ίδια απάντηση.

- Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των ατόμων από το κέντρο της πόλης και των ατόμων από το κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού σχετικά με το αν ο διαβήτης μπορεί να διαταράξει την ισορροπία του κόλπου ($p = 0.0044$, Gamma = - 0.46807).

	Μπορεί ο διαβήτης να διαταράξει την ισορροπία του κόλπου;	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Κέντρο της πόλης	13 (14,9%)	74 (85,1%)
Κέντρο Οικογ. Προγραμ.	32 (32,7%)	66 (67,3%)

Το 32,7% των ατόμων από το κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού απάντησαν ότι ο διαβήτης μπορεί να διαταράξει την ισορροπία του κόλπου, ενώ μόνο το 14,9% των ατόμων από το κέντρο της πόλης πιστεύουν το ίδιο.

- Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των ατόμων από το κέντρο της πόλης και των ατόμων από το κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού σχετικά με το αν η ξηρότητα του κόλπου λόγω προχωρημένης ηλικίας μπορεί να διαταράξει την ισορροπία του κόλπου ($p = 0.0010$, Gamma = - 0.45875).

	Μπορεί η ξηρότητα του κόλπου λόγω προχωρημένης ηλικίας να διαταράξει την ισορροπία του κόλπου;	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Κέντρο της πόλης	28 (32,2%)	59 (67,8%)
Κέντρο Οικογ. Προγραμ.	55 (56,1%)	43 (43,9%)

Το 56,1% των ατόμων από το κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού απάντησαν ότι μπορεί η ξηρότητα του κόλπου λόγω προχωρημένης ηλικίας να διαταράξει την ισορροπία του κόλπου, ενώ την ίδια απάντηση έδωσε μόνο το 32,2% των ατόμων από το κέντρο της πόλης.

- Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των ατόμων από το κέντρο της πόλης και των ατόμων από το κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού σχετικά με το αν ο ερεθισμός του κόλπου από την τοποθέτηση ενδοκολπικού ταμπόν μπορεί να διαταράξει την ισορροπία του ($p = 0.0226$, $\text{Gamma} = -0.33791$).

	Μπορεί ο ερεθισμός του κόλπου από την τοποθέτηση ενδοκολπικού ταμπόν να διαταράξει την ισορροπία του;	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Κέντρο της πόλης	25 (28,7%)	62 (71,3%)
Κέντρο Οικογ. Προγραμ.	44 (44,9%)	54 (55,1%)

Το 44,9% των ατόμων από το κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού απάντησαν ότι μπορεί ο ερεθισμός του κόλπου από την τοποθέτηση ενδοκολπικού ταμπόν να διαταράξει την ισορροπία του, ενώ μόνο το 28,7% των ατόμων από το κέντρο της πόλης πιστεύουν το ίδιο.

- Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των ατόμων από το κέντρο της πόλης και των ατόμων από το κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού σχετικά με το αν η χαμηλή αντίσταση του οργανισμού που μπορεί να οφείλεται σε κούραση (stress) ή σε άλλη πάθηση αποτελεί αιτία

που μπορεί να διαταράξει την ισορροπία του κόλπου ($p = 0.0284$, $\text{Gamma} = -0.37334$).

	Μπορεί η χαμηλή αντίσταση του οργανισμού που μπορεί να οφείλεται σε κούραση ή σε άλλη πάθηση αποτελεί αιτία που μπορεί να διαταράξει την ισορροπία του κόλπου;	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Κέντρο της πόλης	14 (16,1%)	73 (83,9%)
Κέντρο Οικογ. Προγραμ.	29 (29,6%)	69 (70,4%)

Το 29,6% των ατόμων από το κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού απάντησαν ότι η χαμηλή αντίσταση του οργανισμού που μπορεί να οφείλεται σε κούραση ή σε άλλη πάθηση αποτελεί αιτία για την διατάραξη της ισορροπίας του κόλπου, ενώ μόνο το 16,1% των ατόμων από το κέντρο της πόλης απάντησαν το ίδιο.

- Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των ατόμων από το κέντρο της πόλης και των ατόμων από το κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού σχετικά με το αν η λήψη αντιβιοτικών για θεραπεία άλλων παθήσεων μπορεί να διαταράξει την ισορροπία του κόλπου ($p = 0.0032$, $\text{Gamma} = -0.41325$).

	Μπορεί η λήψη αντιβιοτικών για θεραπεία άλλων παθήσεων να διαταράξει την ισορροπία του κόλπου;	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Κέντρο της πόλης	31 (35,6%)	56 (64,4%)
Κέντρο Οικογ. Προγραμ.	56 (57,1%)	42 (42,9%)

Το 57,1% των ατόμων από το κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού απάντησαν ότι μπορεί η λήψη αντιβιοτικών για θεραπεία άλλων παθήσεων να διαταράξει την ισορροπία του κόλπου, ενώ την ίδια απάντηση έδωσε μόνο το 35,6% των ατόμων από το κέντρο της πόλης.

- Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των ατόμων από το κέντρο της πόλης και από το κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού σχετικά με το αν η συχνή χρήση εφαρμοστών παντελονιών, νάilon εσωρούχων ή καλτσόν διαταράσσει την ισορροπία του κόλπου ($p = 0.0090$, Gamma = - 0.38047).

	Μπορεί η συχνή χρήση εφαρμοστών παντελονιών, κ.α να διαταράξει την ισορροπία του κόλπου;	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Κέντρο της πόλης	46 (52,9%)	41 (47,1%)
Κέντρο Οικογ. Προγραμ.	70 (71,4%)	28 (28,6%)

Το 71,4% των ατόμων από το κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού απάντησαν ότι μπορεί η συχνή χρήση εφαρμοστών παντελονιών, κ.α να αποτελεί αιτία για την διατάραξη της ισορροπίας του κόλπου, ενώ την ίδια απάντηση έδωσαν μόνο το 52,9% των ατόμων από το κέντρο της πόλης.

4P. Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των ατόμων από το κέντρο της πόλης και των ατόμων από το κέντρο του οικογενειακού προγραμματισμού σχετικά με το πόσους σεξουαλικούς συντρόφους έχουν αλλάξει τα δύο τελευταία χρόνια ($p = 0.0004$, Gamma = - 0.12342).

	Πόσους σεξουαλικούς συντρόφους έχετε αλλάξει τα τελευταία 2 χρόνια;			
	Δεν έχω κανένα	Έχω μόνιμο δεσμό	2 συντρόφους	Πάνω από τρεις
Κέντρο της πόλης	16 (16,8%)	58 (61,1%)	13 (13,7%)	8 (8,4%)
Κέντρο Οικογ. Προγραμ.	7 (7,1%)	85 (86,7%)	3 (3,1%)	3 (3,1%)

Το 86,7% των ατόμων από το κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού απάντησαν ότι έχουν μόνιμο δεσμό τα τελευταία δύο χρόνια, ενώ μόνο το 61,1% των ατόμων από το κέντρο της πόλης διατηρούν μόνιμο δεσμό τα τελευταία δύο χρόνια.

- Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των ανδρών και των γυναικών του δείγματος σχετικά με το πόση θεωρούν ιδανική διαφορά ηλικίας μεταξύ των συζύγων ($p = 0.0132$, Gamma = 0.51613).

ΦΥΛΟ	Πόση θεωρείται ιδανική διαφορά ηλικίας μεταξύ των συζύγων;	
	Μέχρι 5 έτη	6 έτη και άνω
ΑΝΔΡΑΣ	35 (87,5%)	5 (12,5%)
ΓΥΝΑΙΚΑ	105 (69,1%)	47 (30,9%)

Το 87,5% των ανδρών του δείγματος απάντησαν ότι η ιδανική διαφορά ηλικίας μεταξύ των συζύγων είναι μέχρι 5 χρόνια, ενώ μόνο το 69,1% των γυναικών του δείγματος συμφωνεί με αυτή την άποψη.

- Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των ανδρών και γυναικών του δείγματος σχετικά με το ποια θεωρούν ότι είναι η καλύτερη ηλικία γάμου ($p = 0.000$, Gamma = - 0.88710).

ΦΥΛΟ	Ποια είναι η καλύτερη ηλικία γάμου;	
	20 - 25 ετών	26 ετών και άνω
ΑΝΔΡΑΣ	2 (4,9%)	39 (95,1%)
ΓΥΝΑΙΚΑ	72 (46,2%)	84 (53,8%)

Το 46,2% των γυναικών του δείγματος απάντησαν ότι η καλύτερη ηλικία γάμου είναι μεταξύ 20 με 25 ετών, ενώ μόνο το 4,9% των ανδρών συμφωνεί ότι αυτή είναι η καλύτερη ηλικία γάμου.

- Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των ανδρών και των γυναικών του δείγματος σχετικά με το πόση διαφορά ηλικίας θα πρέπει να έχουν τα παιδιά μεταξύ τους ($p = 0.0366$, Gamma = 0.40992).

ΦΥΛΟ	Πόση διαφορά ηλικίας θα πρέπει να έχουν τα παιδιά μεταξύ τους;		
	1 έτος	2 έτη	3 έτη και άνω
ΑΝΔΡΑΣ	4 (10%)	29 (72,5%)	7 (17,5%)
ΓΥΝΑΙΚΑ	10 (6,3%)	88 (55,7%)	60 (38%)

Το 72,5% των ανδρών του δείγματος απάντησαν ότι τα παιδιά θα πρέπει να έχουν μεταξύ τους δύο χρόνια διαφορά ηλικίας, ενώ μόνο το 55,7%

των γυναικών πιστεύουν ότι θα πρέπει να είναι τόση η διαφορά ηλικίας μεταξύ των παιδιών.

- Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των ανδρών και των γυναικών του δείγματος σχετικά με το αν γνωρίζουν ως μέθοδο αντισύλληψης το ενδομήτριο σπείραμα ($p = 0.0069$, $\text{Gamma} = -0.46667$).

ΦΥΛΟ	Γνωρίζετε ως μέθοδο αντισύλληψης το ενδομήτριο σπείραμα;	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΑΝΔΡΑΣ	22 (55%)	18 (45%)
ΓΥΝΑΙΚΑ	121 (77,1%)	36 (22,9%)

Το 77,1% των γυναικών απάντησαν ότι γνωρίζουν ως μέθοδο αντισύλληψης το ενδομήτριο σπείραμα, ενώ μόνο το 55% των ανδρών γνωρίζει αυτόν τον τρόπο αντισύλληψης.

5P. Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των ανδρών και γυναικών του δείγματος σχετικά με τους λόγους για τους οποίους προτιμούν μια συγκεκριμένη μέθοδο αντισύλληψης ($p = 0.0269$, $\text{Gamma} = -0.12229$)

ΦΥΛΟ	Τυχασία	Ήταν επιθυμία του συζύγου σας	Είχατε πληροφορίες	Δεν είχατε μείνει ευχαριστημένοι από άλλες μεθόδους	Για άλλους λόγους
ΑΝΔΡΑΣ	2 (5,4%)	8 (21,6%)	9 (24,3%)	2 (5,4%)	16 (43,2%)
ΓΥΝΑΙΚΑ	26 (18%)	11 (7,6%)	43 (29,9%)	17 (11,8%)	47 (32,6%)

Το 21,6% των ανδρών του δείγματος απάντησαν ότι χρησιμοποιούν κάποια συγκεκριμένη μέθοδο αντισύλληψης επειδή ήταν επιθυμία της συζύγου τους, ενώ μόνο το 7,6% των γυναικών απάντησε ότι χρησιμοποιεί κάποια συγκεκριμένη μέθοδο αντισύλληψης για τον ίδιο λόγο.

6P. Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των ανδρών και των γυναικών του δείγματος σχετικά με την ηλικία στην οποία είχαν την πρώτη σεξουαλική επαφή ($p = 0.0003$, Gamma = 0.61994).

ΦΥΛΟ	Σε ποια ηλικία είχατε την πρώτη σεξουαλική επαφή;	
	Μέχρι 18 ετών	19 ετών και άνω
ΑΝΔΡΑΣ	26 (76,5%)	8 (23,5%)
ΓΥΝΑΙΚΑ	61 (43,3%)	80 (56,7%)

Το 76,5% των ανδρών του δείγματος απάντησαν ότι είχαν την πρώτη τους σεξουαλική επαφή σε ηλικία μέχρι 18 ετών, ενώ μόνο το 43,3% των γυναικών απάντησαν ότι ξεκίνησαν να έχουν σεξουαλική ζωή σε αυτή την ηλικία.

- Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των ανδρών και γυναικών του δείγματος σχετικά με το αν ο διαβήτης μπορεί να διαταράξει την ισορροπία του κόλπου ($p = 0.0045$, Gamma = - 0.69775).

ΦΥΛΟ	Μπορεί ο διαβήτης να διαταράξει την ισορροπία του κόλπου;	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΑΝΔΡΑΣ	2 (6,5%)	29 (93,5%)
ΓΥΝΑΙΚΑ	43 (27,9%)	111 (72,1%)

Το 27,9% των γυναικών του δείγματος απάντησαν ότι ο διαβήτης μπορεί να διαταράξει την ισορροπία του κόλπου, ενώ μόνο το 6,5% των ανδρών πιστεύει το ίδιο.

- Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών σχετικά με το αν η χαμηλή αντίσταση του οργανισμού που μπορεί να οφείλεται σε κούραση (stress) ή σε άλλη πάθηση μπορεί να διαταράξει την ισορροπία του κόλπου ($p = 0.0068$, Gamma = - 0.68057).

ΦΥΛΟ	Μπορεί η χαμηλή αντίσταση του οργανισμού που μπορεί να οφείλεται σε κούραση να διαταράξει την ισορροπία του κόλπου;	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΑΝΔΡΑΣ	2 (6,5%)	29 (93,5%)
ΓΥΝΑΙΚΑ	41 (26,6%)	113 (73,4%)

Το 26,6% των γυναικών του δείγματος απάντησαν ότι μπορεί η χαμηλή αντίσταση του οργανισμού που μπορεί να οφείλεται σε κούραση ή σε άλλη πάθηση να διαταράξει την ισορροπία του κόλπου, ενώ μόνο το 6,5% των ανδρών απάντησαν το ίδιο.

- Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών του δείγματος σχετικά με το αν η λήψη αντιβιοτικών για θεραπεία άλλων παθήσεων μπορεί να διαταράξει την ισορροπία του κόλπου ($p = 0.0080$, Gamma = - 0.50352).

ΦΥΛΟ	Μπορεί η λήψη αντιβιοτικών για θεραπεία άλλων παθήσεων να διαταράξει την ισορροπία του κόλπου;	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΑΝΔΡΑΣ	8 (25,8%)	23 (74,2%)
ΓΥΝΑΙΚΑ	79 (51,3%)	75 (48,7%)

Το 51,3% των γυναικών του δείγματος απάντησαν ότι μπορεί η λήψη αντιβιοτικών για θεραπεία άλλων παθήσεων να διαταράξει την ισορροπία του κόλπου, ενώ μόνο το 25,8% των ανδρών του δείγματος πιστεύουν το ίδιο.

- Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των ανδρών και των γυναικών του δείγματος σχετικά με το αν η συχνή χρήση εφαρμοστών παντελονιών, νάilon εσωρούχων ή καλτσόν μπορεί να διαταράξει την ισορροπία του κόλπου ($p = 0.0001$, Gamma = - 0.64523).

ΦΥΛΟ	Μπορεί η συχνή χρήση εφαρμοστών παντελονιών κ.α να διαταράξει την ισορροπία του κόλπου;	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΑΝΔΡΑΣ	10 (32,3%)	21 (67,7%)
ΓΥΝΑΙΚΑ	106 (68,8%)	48 (31,2%)

Το 68,8% των γυναικών του δείγματος απάντησαν ότι μπορεί η συχνή χρήση εφαρμοστών παντελονιών κ.α. να διαταράξει την ισορροπία του κόλπου, ενώ μόνο το 32,3% των ανδρών απάντησαν το ίδιο.

- Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ της ηλικίας των ατόμων του δείγματος και της διαφοράς ηλικίας που έχουν από τον σύζυγό τους ($p = 0.0319$, Gamma = 0.41144).

ΗΛΙΚΙΑ (ΕΤΗ)	Πόση διαφορά ηλικίας έχετε από τον σύζυγό σας;	
	Μέχρι 5 έτη	6 έτη και άνω
Μέχρι 30	28 (70%)	12 (30%)
31 και άνω	36 (49,3%)	37 (50,7%)

Το 70% των ατόμων ηλικίας μέχρι 30 ετών απάντησαν ότι έχουν μέχρι 5 χρόνια διαφορά ηλικίας από τον σύζυγό τους, ενώ μόνο το 49,3% των ατόμων ηλικίας άνω των 31 ετών απάντησε το ίδιο.

- Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ της ηλικίας των ατόμων σχετικά με το ποια είναι η καλύτερη ηλικία γάμου ($p = 0.0129$, Gamma = -0.35449).

ΗΛΙΚΙΑ (ΕΤΗ)	Ποια η καλύτερη ηλικία γάμου;	
	20 - 25 ετών	26 ετών και άνω
Μέχρι 30	33 (30,3%)	76 (69,7%)
31 και άνω	41 (47,7%)	45 (52,3%)

Το 47,7% των ατόμων ηλικίας 31 ετών και άνω απάντησαν ότι η καλύτερη ηλικία γάμου είναι μεταξύ 20 και 25 ετών, ενώ μόνο το 30,3% των ατόμων ηλικίας μέχρι 30 ετών έδωσε την ίδια απάντηση.

- 7P.** Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ της ηλικίας των ατόμων σχετικά με το αν γνωρίζουν ως μέθοδο αντισύλληψης το διάφραγμα ($p = 0.0077$, Gamma = 0.38298).

ΗΛΙΚΙΑ (ΕΤΗ)	Γνωρίζετε ως μέθοδο αντισύλληψης το διάφραγμα;	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Μέχρι 30	80 (73,4%)	29 (26,6%)
31 και άνω	48 (55,2%)	39 (44,8%)

Το 73,4% των ατόμων ηλικίας μέχρι 30 ετών γνωρίζουν ως μέθοδο αντισύλληψης το διάφραγμα, ενώ μόνο το 55,2% των ατόμων ηλικίας άνω των 31 ετών γνωρίζουν αυτό τον τρόπο αντισύλληψης.

- Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ της ηλικίας των ατόμων του δείγματος και το αν γνωρίζουν ως τρόπο αντισύλληψης τις κολπικές αλοιφές ($p = 0.0303$, Gamma = 0.30864).

ΗΛΙΚΙΑ (ΕΤΗ)	Γνωρίζετε ως μέθοδο αντισύλληψης τις κολπικές αλοιφές;	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Μέχρι 30	53 (48,6%)	56 (51,4%)
31 και άνω	29 (33,3%)	58 (66,7%)

Το 48,6% των ατόμων ηλικίας μέχρι 30 ετών απάντησαν ότι γνωρίζουν ως μέθοδο αντισύλληψης τις κολπικές αλοιφές, ενώ μόνο το 33,3% των ατόμων ηλικίας άνω των 31 ετών γνωρίζουν αυτό τον τρόπο αντισύλληψης.

8P. Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ της ηλικίας των ατόμων του δείγματος σχετικά με το τί νομίζουν ότι προκαλεί η σύφιλη ($p = 0.000$, Gamma = -0.36299).

ΗΛΙΚΙΑ (ΕΤΗ)	Τί νομίζετε ότι προκαλεί η σύφιλη;			
	Ελκη	Παραφροσύνη	Παράλυση	Θάνατο
Μέχρι 30	49 (48%)	10 (9,8%)	12 (11,8%)	31 (30,4%)
31 και άνω	52 (63,4%)	20 (24,4%)		10 (12,2%)

Το 30,4% των ατόμων ηλικίας μέχρι 30 ετών απάντησαν ότι η σύφιλη μπορεί να προκαλέσει θάνατο, ενώ μόνο το 12,2% των ατόμων άνω των 31 ετών απάντησε το ίδιο.

- Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ της ηλικίας των ατόμων του δείγματος και της συχνότητας φλεγμονών στον κόλπο ($p = 0.0038$, $\text{Gamma} = 0.20593$).

ΗΛΙΚΙΑ	1φορά/ετος	2φορές/έτη	Περισσότερες	Σπάνιες	Καθόλου
Μέχρι 30	22 (22%)	13 (13%)	29 (29%)	26 (26%)	10 (10%)
31 και άνω	18 (23,4%)	4 (5,2%)	9 (11,7%)	37 (48,1%)	7 (11,7%)

Το 29% των ατόμων ηλικίας μέχρι 30 ετών απάντησαν ότι έχουν φλεγμονές στον κόλπο περισσότερες από 2 φορές τον χρόνο, ενώ μόνο το 11,7% των ατόμων ηλικίας άνω των 31 ετών έχει κολπικές φλεγμονές με την ίδια συχνότητα.

- Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ της ηλικίας των ατόμων του δείγματος σχετικά με το αν οι πολύ συχνές πλύσεις των γεννητικών οργάνων ή η χρησιμοποίηση αντισηπτικών σαπουνιών μπορεί να διαταράξει την ισορροπία του κόλπου ($p = 0.0014$, $\text{Gamma} = 0.45626$).

ΗΛΙΚΙΑ (ΕΤΗ)	Μπορεί οι πολύ συχνές πλύσεις των γεννητικών οργάνων να διαταράξει την ισορροπία του κόλπου;	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Μέχρι 30	55 (52,4%)	50 (47,6%)
31 και άνω	23 (29,1%)	56 (70,9%)

Το 52,4% των ατόμων ηλικίας μέχρι 30 ετών απάντησαν ότι μπορεί οι πολύ συχνές πλύσεις των γεννητικών οργάνων ή η χρησιμοποίηση αντισηπτικών σαπουνιών να διαταράξει την ισορροπία του κόλπου, ενώ μόνο το 29,1% των ατόμων ηλικίας άνω των 31 ετών απάντησε το ίδιο.

9P. Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ του τόπου γέννησης των ατόμων του δείγματος σχετικά με το ποια είναι η καλύτερη ηλικία γάμου ($p = 0.0233$, $\text{Gamma} = -0.40569$).

Εδώ η διαφορά απόψεων όσον αφορά την καλύτερη ηλικία γάμου έχει να κάνει με τα διάφορα ήθη - έθιμα - συνήθειες των ανθρώπων της επαρχίας γύρω από το θέμα αυτό.

ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	ΠΟΙΑ Η ΚΑΛΥΤΕΡΗ ΗΛΙΚΙΑ ΓΑΜΟΥ;	
	20 - 25 ετών	26 ετών και άνω
ΠΟΛΗ	49 (32,9%)	100 (67,1%)
ΚΩΜΟΠΟΛΗ	11 (47,8%)	12 (52,2%)
ΧΩΡΙΟ	14 (60,9%)	9 (39,1%)

Το 60,9% των ατόμων που έχουν γεννηθεί σε χωριό απάντησαν ότι η καλύτερη ηλικία γάμου είναι μεταξύ 20 με 25 ετών, ενώ μόνο το 32,9% των ατόμων που έχουν γεννηθεί σε πόλη απάντησε το ίδιο.

10P. Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ του τόπου γέννησης των ατόμων του δείγματος και το αν γνωρίζουν ως τρόπο αντισύλληψης το διάφραγμα ($p = 0.0227$, $\text{Gamma} = 0.39540$).

ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ	Γνωρίζετε ως τρόπο αντισύλληψης το διάφραγμα;	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΠΟΛΗ	103 (70,1%)	44 (29,9%)
ΚΩΜΟΠΟΛΗ	14 (58,3%)	10 (41,7%)
ΧΩΡΙΟ	10 (41,7%)	14 (58,3%)

Το 70,1% των ατόμων που έχουν γεννηθεί σε πόλη απάντησαν ότι γνωρίζουν ως τρόπο αντισύλληψης το διάφραγμα, ενώ μόνο το 41,7% των ατόμων που έχουν γεννηθεί σε χωριό απάντησαν ότι γνωρίζουν αυτή την μέθοδο αντισύλληψης.

- Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ του τόπου γέννησης των ατόμων του δείγματος και το αν πιστεύουν ότι οι πολύ συχνές πλύσεις των γεννητικών οργάνων ή η χρησιμοποίηση αντισηπτικών σαπουνιών μπορεί να διαταράξει την ισορροπία του κόλπου ($p = 0.000$, $\text{Gamma} = 0.67415$).

ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ	Μπορεί οι πολύ συχνές πλύσεις των γεννητικών οργάνων να διαταράξουν την ισορροπία του κόλπου;	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΠΟΛΗ	71 (51,1%)	68 (48,9%)
ΚΩΜΟΠΟΛΗ	8 (33,3%)	16 (66,7%)
ΧΩΡΙΟ		21 (100%)

Το 51,1% των ατόμων του δείγματος που έχουν γεννηθεί σε πόλη απάντησαν ότι μπορεί οι πολύ συχνές πλύσεις των γεννητικών οργάνων ή η χρησιμοποίηση αντισηπτικών σαπουνιών να διαταράξουν την ισορροπία του κόλπου, ενώ κανένας από τα άτομα που έχουν γεννηθεί σε χωριό δεν απάντησε το ίδιο.

11P. Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ του τόπου γέννησης των ατόμων του δείγματος σχετικά με το αν το χάπι μπορεί να προκαλέσει πονοκεφάλους ($p = 0.0058$, Gamma = - 0.17078).

ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ	Πιστεύετε ότι το χάπι μπορεί να προκαλέσει πονοκεφάλους;	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΠΟΛΗ	83 (69,7%)	36 (30,3%)
ΚΩΜΟΠΟΛΗ	12 (54,5%)	10 (45,5%)
ΧΩΡΙΟ	19 (95%)	1 (5%)

Το 95% των ατόμων που έχουν γεννηθεί σε χωριό απάντησαν ότι το χάπι μπορεί να προκαλέσει πονοκεφάλους, ενώ μόνο το 54,5% των ατόμων που έχουν γεννηθεί σε κωμόπολη πιστεύει το ίδιο.

- Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ του τόπου γέννησης των ατόμων του δείγματος σχετικά με το αν πιστεύουν ότι το χάπι μπορεί να προκαλέσει πόνους στα πόδια και στο στήθος ($p = 0.0057$, Gamma = 0.45187).

ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ	Πιστεύετε ότι το χάπι μπορεί να προκαλέσει πόνους στα πόδια και στο στήθος;	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΠΟΛΗ	44 (37%)	75 (63%)
ΚΩΜΟΠΟΛΗ	7 (31,8%)	15 (68,2%)
ΧΩΡΙΟ	1 (5%)	19 (95%)

Το 37% των ατόμων που έχουν γεννηθεί σε πόλη απάντησαν ότι το χάπι μπορεί να προκαλέσει πόνους στα πόδια και στο στήθος, ενώ μόνο το 5% των ατόμων που έχουν γεννηθεί σε χωριό πιστεύουν το ίδιο.

- Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ του τόπου κατοικίας των ατόμων του δείγματος τα τελευταία 5 χρόνια σε σχέση με το ποιά θεωρούν την καλύτερη ηλικία γάμου ($p = 0.0023$, Gamma = - 0.34436).

ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ ΤΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ 5 ΧΡΟΝΙΑ	ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΚΑΛΥΤΕΡΗ ΗΛΙΚΙΑ ΓΑΜΟΥ;	
	20 - 25 ετών	26 ετών και άνω
ΠΟΛΗ	53 (34,4%)	101 (65,6%)
ΚΩΜΟΠΟΛΗ	6 (28,6%)	15 (71,4%)
ΧΩΡΙΟ	13 (76,5%)	4 (23,5%)

Το 76,5% των ατόμων του δείγματος που τα τελευταία 5 χρόνια κατοικούν σε χωριό απάντησαν ότι η καλύτερη ηλικία γάμου είναι 20 με 25 ετών, ενώ μόνο το 28,6% των ατόμων που κατοικούν σε κωμόπολη απάντησαν το ίδιο.

12P. Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ του τόπου κατοικίας των ατόμων του δείγματος τα τελευταία 5 χρόνια σχετικά με το αν γνωρίζουν ως τρόπο αντισύλληψης τη μέθοδο του ρυθμού ($p = 0.0294$, Gamma = 0.52666).

Τόπος κατοικίας τα τελευταία 5 χρόνια	Γνωρίζετε ως τρόπο αντισύλληψης την μέθοδο του ρυθμού;	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Πόλη	52 (33,8%)	102 (66,2%)
Κωμόπολη	3 (14,3%)	18 (85,7%)
Χωριό	2 (11,8%)	15 (88,2%)

Το 33,8% των ατόμων του δείγματος που κατοικούν τα τελευταία 5 χρόνια σε πόλη απάντησαν ότι γνωρίζουν ως τρόπο αντισύλληψης την μέθοδο του ρυθμού, ενώ μόνο το 11,8% των ατόμων που κατοικούν σε χωριό γνωρίζουν αυτή τη μέθοδο αντισύλληψης.

13P. Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ του τόπου κατοικίας των ατόμων του δείγματος τα τελευταία 5 χρόνια σε σχέση με το αν νομίζουν ότι επηρεάζονται οι σχέσεις του ζεύγους από τις αντισυλληπτικές μεθόδους ($p = 0.0052$, Gamma = 0.62532).

Τόπος κατοικίας τα τελευταία 5 χρόνια	Επηρεάζονται οι σχέσεις του ζεύγους από τις αντισυλληπτικές μεθόδους;	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Πόλη	55 (35,5%)	100 (64,5%)
Κωμόπολη	2 (9,5%)	19 (90,5%)
Χωριό	2 (11,8%)	15 (88,2%)

Το 35,5% των ατόμων του δείγματος που τα τελευταία 5 χρόνια κατοικούν σε πόλη απάντησαν ότι επηρεάζονται οι σχέσεις του ζεύγους από τις αντισυλληπτικές μεθόδους, ενώ μόνο το 9,5% των ατόμων που κατοικούν σε κωμόπολη απάντησαν το ίδιο.

- Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ του επαγγέλματος των ατόμων του δείγματος σχετικά με το πόση θεωρούν ιδανική διαφορά ηλικίας μεταξύ των συζύγων ($p = 0.0302$, Gamma = - 0.38830).

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	Πόση θεωρείτε ιδανική διαφορά ηλικίας μεταξύ των συζύγων;	
	Μέχρι 5 χρόνια	6 χρόνια και άνω
Οικιακά	22 (59,5%)	15 (40,5%)
Εργάτης/Αγρότης	3 (60%)	2 (40%)
Ιδιωτ. Υπάλληλος	19 (65,5%)	10 (34,5%)
Δημ. Υπάλληλος	27 (71,1%)	11 (28,9%)
Ελευθ. Επαγγελμ.	19 (79,2%)	5 (20,8%)
Φοιτητής	46 (88,5%)	6 (11,5%)

Το 88,5% των ατόμων του δείγματος που είναι φοιτητές απάντησαν ότι θεωρούν ιδανική διαφορά ηλικίας μεταξύ των συζύγων μέχρι 5 χρόνια,

ενώ την ίδια άποψη έχει μόνο το 59,5% των ατόμων που ασχολούνται με τα οικιακά.

- Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ του επαγγέλματος των ατόμων του δείγματος σχετικά με το ποιά θεωρούν ότι είναι η καλύτερη ηλικία γάμου ($p = 0.0004$, $\text{Gamma} = 0.40157$).

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΠΟΙΑ Η ΚΑΛΥΤΕΡΗ ΗΛΙΚΙΑ ΓΑΜΟΥ;	
	20 - 25 ετών	26 ετών και άνω
ΟΙΚΙΑΚΑ	26 (68,4%)	12 (31,6%)
ΕΡΓΑΤΗΣ/ΑΓΡΟΤΗΣ	2 (40%)	3 (60%)
ΙΔΙΩΤ. ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	11 (39,3%)	17 (60,7%)
ΔΗΜ. ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	10 (27%)	27 (73%)
ΕΛΕΥΘ. ΕΠΑΓΓΕΛΜ.	5 (20,8%)	19 (79,2%)
ΦΟΙΤΗΤΗΣ	16 (27,6%)	42 (72,4%)

Το 68,4% των ατόμων που ασχολούνται με τα οικιακά απάντησαν ότι η καλύτερη ηλικία γάμου είναι 20 με 25 ετών, ενώ μόνο το 20,8% των ατόμων που είναι ελεύθεροι επαγγελματίες θεωρούν ότι αυτή είναι η καλύτερη ηλικία γάμου.

14Ρ. Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ του επαγγέλματος των ατόμων του δείγματος σχετικά με το αν γνωρίζουν ως τρόπο αντισύλληψης το διάφραγμα ($p = 0.0096$, $\text{Gamma} = -0.29241$).

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	Γνωρίζετε ως τρόπο αντισύλληψης το διάφραγμα;	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΟΙΚΙΑΚΑ	18 (47,4%)	20 (52,6%)
ΕΡΓΑΤΗΣ/ΑΓΡΟΤΗΣ	1 (16,7%)	5 (83,3%)
ΙΔΙΩΤ. ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	19 (67,9%)	9 (32,1%)
ΔΗΜ. ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	28 (75,7%)	9 (24,3%)
ΕΛΕΥΘ. ΕΠΑΓΓΕΛΜ.	15 (65,2%)	8 (34,8%)
ΦΟΙΤΗΤΗΣ	43 (74,1%)	15 (25,9%)

Το 75,7% των ατόμων που είναι δημόσιοι υπάλληλοι απάντησαν ότι γνωρίζουν ως τρόπο αντισύλληψης το διάφραγμα, ενώ μόνο το 16,7% των ατόμων που είναι εργάτες ή αγρότες απάντησαν ότι γνωρίζουν αυτή την μέθοδο αντισύλληψης.

15P. Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ του επαγγέλματος των ατόμων σχετικά με το αν γνωρίζουν ως τρόπο αντισύλληψης την χειρουργική μέθοδο ($p = 0.0261$, $\text{Gamma} = -0.24702$).

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	Γνωρίζετε ως τρόπο αντισύλληψης την χειρουργική;	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΟΙΚΙΑΚΑ	12 (31,6%)	26 (68,4%)
ΕΡΓΑΤΗΣ/ΑΓΡΟΤΗΣ		6 (100%)
ΙΔΙΩΤ. ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	11 (39,3%)	17 (60,7%)
ΔΗΜ. ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	19 (51,4%)	18 (48,6%)
ΕΛΕΥΘ. ΕΠΑΓΓΕΛΜ.	9 (39,1%)	14 (60,9%)
ΦΟΙΤΗΤΗΣ	31 (53,4%)	27 (46,6%)

Το 53,4% των ατόμων που είναι φοιτητές απάντησαν ότι γνωρίζουν ως τρόπο αντισύλληψης την χειρουργική μέθοδο, ενώ κανένας από τα άτομα που είναι εργάτες ή αγρότες δεν γνωρίζει αυτή την μέθοδο.

16P. Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ του επαγγέλματος των ατόμων του δείγματος σχετικά με το αν νομίζουν ότι επηρεάζονται οι σχέσεις του ζεύγους από τις αντισυλληπτικές μεθόδους ($p = 0.0092$, $\text{Gamma} = -0.33747$).

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	Νομίζετε ότι επηρεάζονται οι σχέσεις του ζεύγους από τις αντισυλληπτικές μεθόδους;	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΟΙΚΙΑΚΑ	4 (10,5%)	34 (89,5%)
ΕΡΓΑΤΗΣ/ΑΓΡΟΤΗΣ	1 (16,7%)	5 (83,3%)
ΙΔΙΩΤ. ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	6 (20,7%)	23 (79,3%)
ΔΗΜ. ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	13 (34,2%)	25 (65,8%)
ΕΛΕΥΘ. ΕΠΑΓΓΕΛΜ.	12 (50%)	12 (50%)
ΦΟΙΤΗΤΗΣ	20 (35,1%)	37 (64,9%)

Το 50% των ατόμων που είναι ελεύθεροι επαγγελματίες απάντησαν ότι οι αντισυλληπτικές μέθοδοι επηρεάζουν τις σχέσεις του ζεύγους, ενώ μόνο το 10,5% των ατόμων που ασχολούνται με τα οικιακά απάντησαν το ίδιο.

- Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ του επαγγέλματος των ατόμων του δείγματος σε σχέση με το αν πιστεύουν ότι τα αντισυλληπτικά χάπια μπορούν να διαταράξουν την ισορροπία του κόλπου ($p = 0.0252$, Gamma = 0.02018).

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	Πιστεύετε ότι τα αντισυλληπτικά χάπια μπορούν να διαταράξουν την ισορροπία του κόλπου;	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΟΙΚΙΑΚΑ	16 (43,2%)	21 (56,8%)
ΕΡΓΑΤΗΣ/ΑΓΡΟΤΗΣ	1 (25%)	3 (75%)
ΙΔΙΩΤ. ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	17 (65,4%)	9 (34,6%)
ΔΗΜ. ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	8 (22,9%)	27 (77,1%)
ΕΛΕΥΘ. ΕΠΑΓΓΕΛΜ.	7 (35%)	13 (65%)
ΦΟΙΤΗΤΗΣ	26 (46,4%)	30 (53,6%)

Το 65,4% των ατόμων που είναι ιδιωτικοί υπάλληλοι απάντησαν ότι τα αντισυλληπτικά χάπια μπορεί να διαταράξουν την ισορροπία του κόλπου, ενώ μόνο το 22,9% των ατόμων που είναι δημόσιοι υπάλληλοι απάντησαν το ίδιο.

- Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των γραμματικών γνώσεων των ατόμων του δείγματος σε σχέση με το πόση διαφορά ηλικίας έχουν από τον/την σύζυγό τους ($p = 0.0003$, Gamma = - 0.50115).

ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΕΣ	Πόση διαφορά ηλικίας έχετε από τον/την σύζυγό σας;	
	Μέχρι 5 χρόνια	6 χρόνια και άνω
ΓΝΩΣΕΙΣ		
ΔΗΜΟΤΙΚΟ	8 (40%)	12 (60%)
ΓΥΜΝΑΣΙΟ	3 (25%)	9 (75%)
ΛΥΚΕΙΟ	16 (45,7%)	19 (54,3%)
ΙΕΚ	4 (100%)	
ΤΕΙ	18 (81,8%)	4 (18,2%)
ΑΕΙ	16 (76,2%)	5 (23,8%)

Το 100% των ατόμων που είναι απόφοιτοι των ΙΕΚ απάντησαν ότι έχουν μέχρι 5 χρόνια διαφορά ηλικίας από τον/την σύζυγό τους, ενώ μόνο το 25% των ατόμων που είναι απόφοιτοι γυμνασίου απάντησαν ότι έχουν τόση διαφορά ηλικίας από τον/την σύζυγό τους.

- Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των γραμματικών γνώσεων των ατόμων του δείγματος σε σχέση με το πόση θεωρούν ιδανική διαφορά ηλικίας μεταξύ των συζύγων ($p = 0.0041$, $\text{Gamma} = -0.39612$).

ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ	Πόση θεωρείτε ιδανική διαφορά ηλικίας μεταξύ των συζύγων;	
	Μέχρι 5 έτη	6 έτη και άνω
ΔΗΜΟΤΙΚΟ	14 (60,9%)	9 (39,1%)
ΓΥΜΝΑΣΙΟ	8 (61,5%)	5 (38,5%)
ΛΥΚΕΙΟ	25 (55,6%)	20 (44,4%)
ΙΕΚ	8 (80%)	2 (20%)
ΤΕΙ	41 (85,4%)	7 (14,6%)
ΑΕΙ	44 (84,6%)	8 (15,4%)

Το 85,4% των ατόμων που είναι απόφοιτοι ΤΕΙ απάντησαν ότι θεωρούν ιδανική διαφορά ηλικίας μεταξύ των συζύγων μέχρι 5 χρόνια, ενώ μόνο το 55,6% των ατόμων που είναι απόφοιτοι Λυκείου την θεωρεί ιδανική διαφορά ηλικίας.

- Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των γραμματικών γνώσεων των ατόμων του δείγματος σε σχέση με το ποιά είναι η καλύτερη ηλικία γάμου ($p = 0.000$, $\text{Gamma} = 0.50094$).

ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ	Ποιά είναι η καλύτερη ηλικία γάμου;	
	20 - 25 ετών	26 ετών και άνω
ΔΗΜΟΤΙΚΟ	16 (69,6%)	7 (30,4%)
ΓΥΜΝΑΣΙΟ	10 (76,9%)	3 (23,1%)
ΛΥΚΕΙΟ	17 (37,8%)	28 (62,2%)
ΙΕΚ	4 (40%)	6 (60%)
ΤΕΙ	18 (37,5%)	30 (62,5%)
ΑΕΙ	9 (15,8%)	48 (84,2%)

Το 76,9% των ατόμων που έχουν γραμματικές γνώσεις γυμνασίου απάντησαν ότι η καλύτερη ηλικία γάμου είναι 20 με 25 ετών, ενώ μόνο το 15,8% των ατόμων που είναι απόφοιτοι ΑΕΙ θεωρούν ότι αυτή είναι η καλύτερη ηλικία γάμου.

- Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των γραμματικών γνώσεων των ατόμων του δείγματος σε σχέση με το αν γνωρίζουν ως τρόπο αντισύλληψης το διάφραγμα ($p = 0.0000$, $\text{Gamma} = -0.46933$).

ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ	Γνωρίζετε ως τρόπο αντισύλληψης το διάφραγμα;	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΔΗΜΟΤΙΚΟ	3 (12,5%)	21 (87,5%)
ΓΥΜΝΑΣΙΟ	6 (46,2%)	7 (53,8%)
ΛΥΚΕΙΟ	31 (67,4%)	15 (32,6%)
ΙΕΚ	9 (90%)	1 (10%)
ΤΕΙ	36 (76,6%)	11 (23,4%)
ΑΕΙ	43 (75,4%)	14 (24,6%)

Το 90% των ατόμων που είναι απόφοιτοι ΙΕΚ απάντησαν ότι γνωρίζουν ως τρόπο αντισύλληψης το διάφραγμα, ενώ μόνο το 12,5% των ατόμων που είναι απόφοιτοι δημοτικού γνωρίζουν αυτή την μέθοδο αντισύλληψης.

17Ρ. Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των γραμματικών γνώσεων των ατόμων του δείγματος σχετικά με το αν γνωρίζουν ως τρόπο αντισύλληψης τις κολπικές αλοιφές ($p = 0.0004$, $\text{Gamma} = -0.40356$).

ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ	Γνωρίζετε ως τρόπο αντισύλληψης τις κολπικές αλοιφές;	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΔΗΜΟΤΙΚΟ	3 (12,5%)	21 (87,5%)
ΓΥΜΝΑΣΙΟ	3 (23,1%)	10 (76,9%)
ΛΥΚΕΙΟ	15 (32,6%)	31 (67,4%)
ΙΕΚ	4 (40%)	6 (60%)
ΤΕΙ	28 (59,6%)	19 (40,4%)
ΑΕΙ	30 (52,6%)	27 (47,4%)

Το 59,6% των ατόμων που είναι απόφοιτοι ΤΕΙ απάντησαν ότι γνωρίζουν ως τρόπο αντισύλληψης τις κολπικές αλοιφές, ενώ μόνο το 12,5% των ατόμων που είναι απόφοιτοι δημοτικού γνωρίζουν αυτή την μέθοδο αντισύλληψης.

18P. Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των γραμματικών γνώσεων των ατόμων του δείγματος σχετικά με το αν γνωρίζουν ως τρόπο αντισύλληψης την χειρουργική μέθοδο ($p = 0.0016$, Gamma = - 0.34176).

ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ	Γνωρίζετε ως τρόπο αντισύλληψης την χειρουργική;	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΔΗΜΟΤΙΚΟ	4 (16,7%)	20 (83,3%)
ΓΥΜΝΑΣΙΟ	3 (23,1%)	10 (76,9%)
ΛΥΚΕΙΟ	16 (34,8%)	30 (65,2%)
ΙΕΚ	3 (30%)	7 (70%)
ΤΕΙ	29 (61,7%)	18 (38,3%)
ΑΕΙ	28 (49,1%)	29 (50,9%)

Το 61,7% των ατόμων που είναι απόφοιτοι ΤΕΙ απάντησαν ότι γνωρίζουν ως τρόπο αντισύλληψης την χειρουργική μέθοδο, ενώ μόνο το 16,7% των ατόμων που είναι απόφοιτοι δημοτικού απάντησαν ότι γνωρίζουν αυτή την μέθοδο.

19P. Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των γραμματικών γνώσεων των ατόμων του δείγματος σχετικά με το αν πιστεύουν ότι το χάπι μπορεί να προκαλέσει ναυτία ($p = 0.0306$, Gamma = - 0.01867).

ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ	ΜΠΟΡΕΙ ΤΟ ΧΑΠΙ ΝΑ ΠΡΟΚΑΛΕΣΕΙ ΝΑΥΤΙΑ;	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΔΗΜΟΤΙΚΟ	12 (57,1%)	9 (42,9%)
ΓΥΜΝΑΣΙΟ	5 (45,5%)	6 (54,5%)
ΛΥΚΕΙΟ	19 (50%)	19 (50%)
ΙΕΚ	9 (100%)	
ΤΕΙ	25 (62,5%)	15 (37,5%)
ΑΕΙ	22 (52,4%)	20 (47,6%)

Το 100% των ατόμων που είναι απόφοιτοι ΙΕΚ απάντησαν ότι το χάπι μπορεί να προκαλέσει ναυτία, ενώ μόνο το 45,5% των ατόμων που είναι απόφοιτοι γυμνασίου πιστεύουν το ίδιο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΣΥΖΗΤΗΣΗ.

1P. Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των ατόμων που επιλέχθηκαν από το κέντρο της πόλης και των ατόμων από το κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού σχετικά με το αν γνωρίζουν ως μέθοδο αντισύλληψης το ενδομήτριο σπείραμα ($p = 0.0032$, $\text{Gamma} = -0.44643$).

Έτσι διαπιστώνουμε ότι τα άτομα που έχουν επισκεφτεί το κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού είναι πιο ενημερωμένα όσον αφορά τις μεθόδους αντισύλληψης.

2P. Μια άλλη διαφορά μεταξύ των δύο αυτών δειγμάτων είναι με τα συμπτώματα που προκαλεί η βλεννόρροια στις γυναίκες. Τα άτομα από το κέντρο της πόλης δεν γνώριζαν ότι η έκκριση κίτρινου υγρού είναι σύμπτωμα της βλεννόρροιας. ($p = 0.0031$, $\text{Gamma} = -0.26732$).

3P. Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των ατόμων από το κέντρο της πόλης και των ατόμων από το κέντρο του Οικογενειακού προγραμματισμού σχετικά με το τι νόμιζαν ότι προκαλεί η σύφιλη. Μικρό ποσοστό των ατόμων της πόλης γνώριζαν ότι αρχικό σύμπτωμα της σύφιλης είναι το έλκος ενώ μεγάλο ποσοστό από αυτό, πίστευε ότι ακόμη και στην εποχή μας, η σύφιλη προκαλεί θάνατο. ($p = 0.0165$, $\text{Gamma} = -0.23580$).

4P. Σχετικά με το πόσους σεξουαλικούς συντρόφους έχουν αλλάξει τα δύο τελευταία χρόνια ($p = 0.0004$, $\text{Gamma} = -0.12342$).

Η διαφορά αυτή οφείλεται στη μεγαλύτερη ηλικία των ατόμων του Οικογενειακού Προγραμματισμού από ότι των ατόμων στο κέντρο της πόλης.

5P. Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των ανδρών και γυναικών του δείγματος σχετικά με τους λόγους για τους οποίους προτιμούν μια συγκεκριμένη μέθοδο αντισύλληψης. Διαπιστώνουμε ότι ένα μικρό ποσοστό των γυναικών ακολουθεί μια συγκεκριμένη μέθοδο αντισύλληψης που είναι επιθυμία των συντρόφων. Πιθανόν το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών να προτιμά μια ακόμη μέθοδο αντισύλληψης (λόγω ανασφάλειας). ($p = 0.0269$, $\text{Gamma} = -0.12229$).

6P. Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των ανδρών και των γυναικών του δείγματος σχετικά με την ηλικία στην οποία είχαν την πρώτη τους

σεξουαλική επαφή. Διαπιστώνεται ότι οι άντρες είχαν σε μικρότερη ηλικία την πρώτη τους σεξουαλική επαφή σχετικά με τις γυναίκες ($p = 0.0003$, Gamma = 0.61994).

7P. Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ της ηλικίας των ατόμων σχετικά με το αν γνωρίζουν ως μέθοδο αντισύλληψης το διάφραγμα. Διαπιστώνουμε ότι άτομα ηλικίας άνω των 30 είναι λιγότερο ενημερωμένα, πιθανόν γιατί η ενημέρωση σχετικά με τις μεθόδους αντισύλληψης ήταν ελλιπής πιο παλιά. ($p = 0.0077$, Gamma = 0.38298).

8P. Σχετικά με το τι νομίζουν ότι προκαλεί η σύφιλη ($p = 0.000$, Gamma = - 0.36299).

Η διαφορά εδώ υφίσταται γιατί δεν υπάρχει ενημέρωση.

9P. Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ του τόπου γέννησης των ατόμων του δείγματος σχετικά με το ποια είναι η καλύτερη ηλικία γάμου ($p = 0.0233$, Gamma = -0.40569).

Εδώ η διαφορά απόψεων όσον αφορά την καλύτερη ηλικία γάμου έχει να κάνει με τα διάφορα ήθη - έθιμα - συνήθειες των ανθρώπων της επαρχίας γύρω από το θέμα αυτό.

10P. Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ του τόπου γέννησης των ατόμων του δείγματος σχετικά με το αν γνώριζαν ως τρόπο αντισύλληψης το διάφραγμα. Δυστυχώς ακόμα και στις μέρες μας τα άτομα του χωριού είναι λιγότερο ενημερωμένα γύρω από τις μεθόδους αντισύλληψης. ($p = 0.0227$, Gamma = 0.39540).

11P. Επίσης υπάρχει σημαντική διαφορά του τόπου γέννησης των ατόμων του δείγματος σχετικά με το αν το χάπι μπορεί να προκαλέσει πονοκεφάλους ($p = 0.0058$, Gamma = - 0.17078).

12P. Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ του τόπου κατοικίας των ατόμων του δείγματος τα τελευταία 5 χρόνια σχετικά με το αν γνωρίζουν ως τρόπο αντισύλληψης τη μέθοδο του ρυθμού. Και εδώ διαπιστώνεται ότι άτομα που ζουν έστω και μόνα τα τελευταία πέντε χρόνια σε πόλη έχουν ενημερωθεί σε σύγκριση με τα άτομα που κατοικούν σε χωριό. ($p = 0.0294$, Gamma = 0.52666).

13P. Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ του τόπου κατοικίας των ατόμων του δείγματος τα τελευταία πέντε χρόνια σε σχέση με το αν νομί-

ζουν ότι επηρεάζονται οι σχέσεις του ζεύγους από τις αντισυλληπτικές μεθόδους. Μεγάλο ποσοστό των ατόμων του δείγματος που ζουν στην πόλη (τα τελευταία πέντε χρόνια) απάντησαν ότι επηρεάζονται. Πιθανώς να επηρεάζονται από το ρυθμό ζωής της πόλης και όχι από τις αντισυλληπτικές μεθόδους. ($p = 0.0052$, $\text{Gamma} = 0.62532$).

14P. Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ του επαγγέλματος των ατόμων του δείγματος σχετικά με το αν γνωρίζουν ως τρόπο αντισύλληψης το διάφραγμα ($p = 0.0096$, $\text{Gamma} = -0.29241$).

Διαφορετική η εργασία την οποία εκτελούν και οι άνθρωποι με τους οποίους συναναστρέφονται οπότε το αποτέλεσμα φυσικό.

15P. Μια άλλη διαφορά μεταξύ του επαγγέλματος των ατόμων είναι σχετική με το αν γνωρίζουν ως τρόπο αντισύλληψης τη χειρουργική μέθοδο. Κανένας από τα άτομα που είναι εργάτες δεν γνωρίζει αυτή τη μέθοδο. Δυστυχώς διαπιστώνουμε ότι η ενημέρωση στις κατώτερες κοινωνικές τάξεις είναι ελλιπής. ($p = 0.0261$, $\text{Gamma} = -0.24702$).

16P. Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ του επαγγέλματος των ατόμων του δείγματος σχετικά με το αν νομίζουν ότι επηρεάζονται οι σχέσεις του ζεύγους από τις αντισυλληπτικές μεθόδους. Πιθανόν γιατί τα άτομα που ασχολούνται με το σπίτι και την οικογένειά τους είναι πιο ισορροπημένα ($p = 0.0092$, $\text{Gamma} = -0.33747$).

17P. Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των γραμματικών γνώσεων των ατόμων του δείγματος σχετικά με το αν γνωρίζουν ως τρόπο αντισύλληψης τις κολπικές αλοιφές. Διαπιστώνουμε ότι τα άτομα ανώτερου μορφωτικού επιπέδου είναι πιο ενημερωμένα. Δυστυχώς η ενημέρωση είναι ανάλογη με τη μόρφωση. ($p = 0.0004$, $\text{Gamma} = -0.40356$).

18P. Σχετικά με το αν γνωρίζουν ως τρόπο αντισύλληψης την χειρουργική μέθοδο ($p = 0.0016$, $\text{Gamma} = -0.34176$).

19P. Τέλος υπάρχει μια ακόμη διαφορά μεταξύ των γραμματικών γνώσεων των ατόμων του δείγματος σχετικά με το αν πιστεύουν ότι το χάπι μπορεί να προκαλέσει ναυτία. Για άλλη μια φορά διαπιστώνεται ότι τα άτομα χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου είναι λιγότερο ενημερωμένα. ($p = 0.0306$, $\text{Gamma} = -0.01867$).

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
«ΥΠΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ»

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1. ΦΥΛΟ: ΑΝΔΡΑΣ
ΓΥΝΑΙΚΑ

2. ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ

3. ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ

4. ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ ΤΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΠΕΝΤΕ ΧΡΟΝΙΑ

5. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

6. ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ

ΑΝΑΛΦΑΒΗΤΟΣ

ΔΗΜΟΤΙΚΟ

ΓΥΜΝΑΣΙΟ

ΛΥΚΕΙΟ

Ι.Ε.Κ.

Τ.Ε.Ι.

Α.Ε.Ι.

7. ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ	ΠΑΤΕΡΑ	ΜΗΤΕΡΑΣ
- ΑΝΑΛΦΑΒΗΤΟΣ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ΔΗΜΟΤΙΚΟ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ΓΥΜΝΑΣΙΟ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ΛΥΚΕΙΟ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Ι.Ε.Κ.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Τ.Ε.Ι .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Α.Ε.Ι .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

- ΕΓΓΑΜΟΣ/Η
- ΑΓΓΑΜΟΣ/Η
- ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η
- ΧΗΡΟΣ/Α

ΑΠΟ ΠΟΣΟΑ ΑΤΟΜΑ ΑΠΟΤΕΛΕΙΤΑΙ Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΣΑΣ;

9. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΣΥΖΥΓΟΥ

10. ΠΟΣΕΣ ΦΟΡΕΣ ΕΧΕΤΕ ΜΕΙΝΕΙ ΕΓΚΥΟΣ;

11. ΠΟΣΕΣ ΦΟΡΕΣ ΕΧΕΤΕ ΓΕΝΝΗΣΕΙ;

12. ΠΟΣΑ ΠΑΙΔΙΑ ΕΧΕΤΕ ΣΕ ΖΩΗ;

13. ΠΟΣΕΣ ΛΥΤΟΜΑΤΕΣ ΑΠΟΒΟΛΕΣ ΕΙΧΑΤΕ;

14. ΠΟΣΕΣ ΤΕΧΝΗΤΕΣ ΕΚΤΡΩΣΕΙΣ ΕΧΕΤΕ ΚΑΝΕΙ;

15. ΕΤΗ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΠΑΙΔΙΩΝ

- | | | |
|----|----|----|
| 1. | 4. | 7. |
| 2. | 5. | 8. |
| 3. | 6. | 9. |

16. ΉΣΑΝ ΕΠΙΘΥΜΗΤΟΙ ΟΙ ΤΟΚΕΤΟΙ ΣΑΣ;

Ναι

Όχι

17. ΠΟΣΑ ΠΑΙΔΙΑ ΘΕΛΕΤΕ ΝΑ ΑΠΟΚΤΗΣΕΤΕ ;

18. ΠΟΣΑ ΠΑΙΔΙΑ ΘΕΛΕΙ Ο/Η ΣΥΖΥΓΟΣ ΣΑΣ ;

19. ΑΠΑΝΤΗΣΤΕ Σ' ΑΥΤΗ ΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ ΑΝ Ο ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ 17 ΕΙΝΑΙ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΟΣ ΑΠΟ ΤΗΣ ΕΡΩΤΗΣΗΣ 10:

ΘΑ ΣΥΝΕΧΙΣΕΤΕ ΝΑ ΚΑΝΕΤΕ ΠΑΙΔΙΑ; ΝΑΙ ΟΧΙ

ΑΝ ΟΧΙ ΤΟΤΕ ΠΟΙΟΙ ΛΟΓΟΙ ΣΑΣ ΕΜΠΟΔΙΖΟΥΝ;

-Α. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ

-Β. ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΖΩΗ

-Γ. ΦΥΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΑΣ

-Δ. ΦΥΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΥΖΥΓΟΥ

-Ε. ΑΛΛΟΙ ΛΟΓΟΙ

20. ΠΟΙΑ ΗΛΙΚΙΑ ΘΕΩΡΕΙΤΑΙ Η ΚΑΛΥΤΕΡΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΚΤΗΣΗ ΤΕΚΝΩΝ;

-Α. 15 - 20

-Β. 20- 30

-Γ. 36 ΚΑΙ ΑΝΩ

21. ΠΟΣΗ ΔΙΑΦΟΡΑ ΗΛΙΚΙΑΣ ΕΧΕΤΕ ΑΠΟ ΤΟΝ/ΤΗΝ ΣΥΖΥΓΟ ΣΑΣ; ΕΤΗ

22. ΠΟΣΗ ΘΕΩΡΕΙΤΑΙ ΙΔΑΝΙΚΗ ΔΙΑΦΟΡΑ ΗΛΙΚΙΑΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΣΥΖΥΓΩΝ ;

23. Ο/Η ΣΥΖΥΓΟΣ ΣΑΣ ΠΟΣΗ ΔΙΑΦΟΡΑ ΗΛΙΚΙΑΣ ΘΕΩΡΕΙ ΚΑΛΥΤΕΡΗ;

24. ΠΟΙΑ Η ΚΑΛΥΤΕΡΗ ΗΛΙΚΙΑ ΓΛΜΟΥ;

25. ΕΑΝ ΜΕΝΑΤΕ ΕΓΚΥΟΣ ΠΑΡΑ ΤΗ ΘΕΛΗΣΗ ΣΑΣ ΘΛ
ΔΙΑΤΗΡΟΥΣΑΤΕ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ; ΝΑΙ ΟΧΙ

26. ΠΟΣΗ ΔΙΑΦΟΡΑ ΗΛΙΚΙΑΣ ΠΙΣΤΕΥΕΤΑΙ ΟΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ
ΕΧΟΥΝ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕΤΑΞΥ ΤΟΥΣ;

27. ΠΑΣΧΕΤΑΙ ΑΠΟ:

- Α. ΔΙΑΒΗΤΗ Ο/Η ΣΥΖΥΓΟΣ ΣΑΣ Α.
- Β. ΥΠΕΡΤΑΣΗ Ο/Η ΣΥΖΥΓΟΣ ΣΑΣ Β.
- Γ. ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ Ο/Η ΣΥΖΥΓΟΣ ΣΑΣ Γ.
- Δ. ΜΙΚΡΟΔΡΕΠΑΝΟΚΥΤΤΑΡΙΚΗ Ο/Η ΣΥΖΥΓΟΣ ΣΑΣ Δ.

28. ΠΟΙΟΥΣ ΤΡΟΠΟΥΣ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ ΓΝΩΡΙΖΕΤΑΙ;

- Α. ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΑ ΧΑΠΙΑ
- Β. ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟ ΣΠΕΙΡΑΜΑ
- Γ. ΔΙΑΦΡΑΓΜΑ
- Δ. ΚΟΛΠΙΚΕΣ ΑΛΟΙΦΕΣ
- Ε. ΔΙΑΚΕΚΟΜΕΝΗ ΣΥΝΟΥΣΙΑ
- ΣΤ. ΕΛΑΣΤΙΚΑ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΑ
- Ζ. ΜΕΘΟΔΟΣ ΡΥΘΜΟΥ
- Η. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ
- Θ. ΚΑΝΕΝΑ

29. ΠΟΙΑ ΜΕΘΟΔΟ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΕΙΤΕ;

- Α Β Γ Δ
Ε ΣΤ Ζ Η Θ

30. ΣΥΜΦΩΝΕΙΤΑΙ ΜΕ ΤΟΝ/ΤΗΝ ΣΥΖΥΓΟ ΣΑΣ ΓΙΑ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ
ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΕΙΤΑΙ; ΝΑΙ ΟΧΙ

31. ΝΟΜΙΖΕΤΑΙ ΟΤΙ ΕΠΗΡΕΑΖΟΝΤΑΙ ΟΙ ΣΧΕΣΕΙΣ ΤΟΥ ΖΕΥΓΟΥΣ
ΑΠΟ ΤΙΣ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΥΣ; ΝΑΙ ΟΧΙ

32. ΓΙΑΤΙ ΠΡΟΤΙΜΑΤΕ ΑΥΤΗ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ;

A. ΤΥΧΑΙΑ

B. ΗΤΑΝ ΕΠΙΘΥΜΙΑ ΤΟΥ/ΤΗΣ ΣΥΖΥΓΟΥ ΣΑΣ

Γ. ΕΙΧΑΤΕ ΠΛΗΡΟΦΟΡΕΙΕΣ

Δ. ΔΕΝ ΕΙΧΑΤΕ ΜΕΙΝΕΙ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΗ/ΝΟΣ ΑΠΟ
ΑΛΛΕΣ ΜΕΘΟΔΟΥΣ

Ε. ΓΙΑ ΑΛΛΟΥΣ ΛΟΓΟΥΣ

33. ΘΑ ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΟΥΣΑΤΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΑΥΤΗ ΜΕ ΑΛΛΗ:

1. ΟΧΙ

2. ΝΑΙ ΑΠΟ ΠΕΡΙΕΡΓΕΙΑ

3. ΝΑΙ ΓΙΑ ΜΕΘΟΔΟ ΠΙΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ

4. ΝΑΙ ΓΙΑ ΚΑΛΥΤΕΡΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΣΧΕΣΗ

5. ΝΑΙ ΑΝ ΣΑΣ ΤΟ ΣΥΝΙΣΤΟΥΣΕ ΚΑΠΟΙΟΣ ΜΗ ΕΙΔΙΚΟΣ

6. ΝΑΙ ΓΙΑ ΑΛΛΟΥΣ ΛΟΓΟΥΣ

34. ΕΙΧΑΤΕ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΕΣ ΕΝΩ

ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΣΑΤΕ ΚΑΠΟΙΑ ΜΕΘΟΔΟ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ;

ΝΑΙ ΟΧΙ

35. ΠΟΙΑ ΜΕΘΟΔΟΣ ΕΙΧΕ ΑΠΟΤΥΧΕΙ ΣΑΝ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ :

1. ΧΑΠΙ

2. ΣΠΕΙΡΑΜΑ

3. ΚΟΛΠΙΚΗ ΑΛΟΙΦΗ

4. ΚΟΛΠΙΚΑ ΥΠΟΘΕΤΑ

5. ΔΙΑΦΡΑΓΜΑΤΑ

6. ΔΙΑΚΕΚΟΜΕΝΗ ΣΥΝΟΥΣΙΑ

7. ΕΛΑΣΤΙΚΑ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΑ

8. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

9. ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΩΡΙΜΕΙΑΣ

10. ΚΑΜΜΙΑ

36. ΕΧΕΤΕ ΣΚΕΦΤΕΙ ΝΑ ΚΛΑΝΕΤΕ ΣΤΕΙΡΩΣΗ; ΝΑΙ ΟΧΙ

37. ΣΕ ΠΟΙΑ ΗΛΙΚΙΑ ΕΙΧΑΤΕ ΤΗΝ ΠΡΩΤΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΕΠΑΦΗ;

38. ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΟΡΓΑΣΜΟΣ; ΝΑΙ ΟΧΙ

39. ΕΧΕΤΕ ΕΣΕΙΣ ΟΡΓΑΣΜΟ; ΝΑΙ ΟΧΙ

ΑΝ ΟΧΙ ΓΙΑΤΙ;

Α. ΒΙΑΣΜΟΣ

Β. ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ

Γ. ΚΑΚΗ ΠΡΩΤΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

Δ. ΑΛΛΟΙ ΛΟΓΟΙ

40. ΤΑ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΑ ΜΕΣΑ ΕΛΑΤΤΩΝΟΥΝ ΤΗΝ
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ; ΝΑΙ ΟΧΙ

41. ΠΟΙΟΣ ΝΟΜΙΖΕΤΕ ΟΤΙ ΣΑΣ ΒΟΗΘΗΣΕ ΣΤΙΣ ΓΝΩΣΕΙΣ ΠΟΥ
ΕΧΕΤΕ ΓΙΑ ΤΙΣ ΜΕΘΟΔΟΥΣ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ;

Α. ΓΙΑΤΡΟΣ

Β. ΜΛΙΑ

Γ. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ

Δ. ΑΛΛΟ ΠΡΟΣΩΠΙΟ

Ε. ΕΙΔΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ

ΣΤ. ΕΦΗΜΕΡΙΔΕΣ - ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ - ΤΗΛΕΟΡΑΣΗ

42. ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΕΙΝΑΙ ΑΝΑΓΚΑΙΑ Η ΔΙΑΦΩΤΙΣΗ ΤΩΝ ΜΑΘΗΤΩΝ ΣΤΑ ΣΧΟΛΕΙΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟ; ΝΑΙ ΟΧΙ
43. ΑΠΟ ΠΟΙΑ ΣΧΟΛΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΑΡΧΙΖΕΙ Η ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ;
44. ΠΟΙΑ ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ ΝΟΜΙΖΕΤΕ ΟΤΙ ΣΑΣ ΠΡΟΦΥΛΛΑΣΕΙ ΑΠΟ ΤΑ ΑΦΡΟΔΙΣΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ;
45. ΑΠΟ ΠΟΥ ΕΧΕΤΑΙ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΘΕΙ ΓΙΑ ΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ;
- Α. ΓΙΑΤΡΟΣ
- Β. ΜΑΙΑ
- Γ. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ
- Δ. ΑΛΛΟ ΠΡΟΣΩΠΟ
- Ε. ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ - ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ - ΤΗΛΕΟΡΑΣΗ
46. ΠΟΣΑ ΚΕΝΤΡΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΣΤΗΝ ΠΑΤΡΑ;
47. ΤΙ ΝΟΜΙΖΕΤΑΙ ΟΤΙ ΠΡΟΚΑΛΕΙ Η ΒΛΕΝΟΡΡΟΙΑ;
- Α. ΣΤΕΙΡΩΣΗ
- Β. ΠΑΡΑΦΡΟΣΥΝΗ
- Γ. ΚΑΚΟΗΘΕΣ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑ
- Δ. ΦΛΕΓΜΟΝΗ (ΣΑΛΠΙΓΓΙΤΙΔΑ ΣΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ
ΠΡΟΣΤΑΤΙΤΙΔΑ - ΕΠΙΔΥΔΙΜΙΤΙΔΑ ΣΤΟΥΣ ΑΝΤΡΕΣ)

48. ΟΙ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΒΛΕΝΟΡΡΟΙΑ ΕΧΟΥΝ ΠΙΑΝΤΟΤΕ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΟΠΩΣ:

- A. ΕΚΚΡΙΣΗ ΚΙΤΡΙΝΟΥ ΥΓΡΟΥ
- B. ΠΟΝΟ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΟΥΡΗΣΗ
- Γ. ΠΥΡΕΤΟΣ
- Δ. ΔΥΣΟΣΜΑ ΥΓΡΑ

49. ΤΙ ΝΟΜΙΖΕΤΕ ΟΤΙ ΠΡΟΚΑΛΕΙ Η ΣΥΦΙΛΗ :

- A. ΕΛΚΗ
- B. ΠΑΡΑΦΡΟΣΥΝΗ
- Γ. ΠΑΡΑΛΥΣΗ
- Δ. ΘΑΝΑΤΟ

50. ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΟΤΙ Η ΤΥΧΟΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΣΑΛΠΙΓΓΙΤΙΔΑΣ ΣΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΤΑΤΙΤΙΔΑΣ ΣΤΟΥΣ ΑΝΤΡΕΣ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΟΦΕΙΛΕΤΑΙ ΣΕ ΧΛΑΜΥΔΙΑ; ΝΑΙ ΟΧΙ

51. ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ Ο ΙΟΣ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ ΜΕΤΑΔΙΔΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟ ΕΝΑ ΑΤΟΜΟ ΣΤΟ ΑΛΛΟ :

- A. ΜΕ ΦΙΛΙ
- B. ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΕΠΑΦΗΣ
- Γ. ΧΕΙΡΑΨΙΑ
- Δ. ΧΡΗΣΗ ΚΟΙΝΗΣ ΤΟΥΑΛΕΤΑΣ

52. ΕΧΕΤΕ ΚΟΛΛΗΣΕΙ ΚΑΠΟΙΟ ΑΠΟ ΤΑ ΚΑΤΩΤΕΡΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ;

- A. ΒΛΕΝΟΡΡΟΙΑ
- B. ΧΛΑΜΥΔΙΑ
- Γ. ΜΥΚΗΤΙΑΣΗ
- Δ. ΜΗ ΕΙΔΙΚΗ ΚΟΛΠΙΤΙΔΑ (ΑΙΜΟΦΙΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΛΠΟΥ, ΧΛΑΜΥΔΙΑ, ΜΥΚΟΠΛΑΣΜΑ)

- Ε. ΟΞΥΤΕΝΗ ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΑ
- ΣΤ. ΕΡΙΠΗΣ ΤΩΝ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ
- Ζ. ΣΥΦΙΛΗ
- Η. ΨΩΡΑ
- Θ. ΦΘΕΙΡΙΑΣΗ ΤΟΥ ΕΦΗΒΑΙΟΥ
- Ι. ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β.
- Κ. ΚΑΝΕΝΑ
53. ΟΙ ΣΥΧΝΕΣ ΦΛΕΓΜΟΝΕΣ ΣΤΟΝ ΚΟΛΠΟ ΟΦΕΙΛΟΝΤΑΙ ΣΕ:
- Α. ΞΗΡΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΚΟΛΠΟΥ
- Β. ΣΥΧΝΕΣ ΠΛΥΣΕΙΣ (ΚΟΛΠΙΚΕΣ)
- Γ. ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΟ ΑΓΧΟΣ
- Δ. ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΗ ΧΡΗΣΗ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΩΝ
- Ε. ΧΡΗΣΗ ΝΑΪΛΟΝ ΕΣΩΡΟΥΧΩΝ
- ΣΤ. ΕΦΑΡΜΟΣΤΑ ΠΑΝΤΕΛΟΝΙΑ
- Ζ. ΧΡΗΣΗ ΕΝΔΟΚΟΛΠΙΚΟΥ ΤΑΜΠΟΝ
- Η. ΣΥΧΝΗ ΑΛΛΑΓΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΥ ΣΥΝΤΡΟΦΟΥ
54. ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΦΛΕΓΜΟΝΕΣ ΣΤΟΝ ΚΟΛΠΟ;
- Α. 1 ΦΟΡΑ ΤΟ ΕΤΟΣ
- Β. 2 ΦΟΡΕΣ ΤΟ ΕΤΟΣ
- Γ. ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ
- Δ. ΣΠΑΝΙΕΣ
- Ε. ΚΑΘΟΛΟΥ

55. ΠΟΙΕΣ ΑΠΟ ΤΙΣ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΑΙΤΙΕΣ ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΔΙΑΤΑΡΑΞΟΥΝ ΤΗΝ ΙΣΟΡΡΟΠΟΙΑ ΤΟΥ ΚΟΛΠΟΥ;

- Α. ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ
- Β. ΔΙΑΒΗΤΗΣ
- Γ. ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΑ ΧΑΠΙΑ
- Δ. ΞΗΡΟΤΗΤΑ ΚΟΛΠΟΥ ΛΟΓΩ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ
- Ε. ΕΡΕΘΙΣΜΑ ΤΟΥ ΚΟΛΠΙΚΟΥ ΕΠΙΘΗΛΙΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΠΡΑΞΗ ΕΞΕΙΤΙΑΣ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗΣ ΕΚΚΡΙΣΗΣ ΥΓΡΩΝ
- ΣΤ. ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΕΣ ΠΛΥΣΕΙΣ ΤΩΝ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ Η ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΗ ΑΝΤΙΣΗΠΤΙΚΩΝ ΣΑΠΟΥΝΙΩΝ
- Ζ. ΕΡΕΘΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΚΟΛΠΟΥ ΑΠΟ ΤΗΝ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΕΝΔΟΚΟΛΠΙΚΟΥ ΤΑΜΠΟΝ
- Η. ΧΑΜΗΛΗ ΑΝΤΙΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ ΠΟΥ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΟΦΕΙΛΕΤΑΙ ΣΕ ΚΟΥΡΑΣΗ (STRESS) Η ΣΕ ΑΛΛΗ ΠΑΘΗΣΗ
- Θ. ΛΗΨΗ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΩΝ ΓΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΛΛΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ
- Ι. ΕΛΛΕΙΠΗΣ ΑΤΟΜΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ
- Κ. ΣΥΧΝΗ ΧΡΗΣΗ ΕΦΑΡΜΟΣΤΩΝ ΠΑΝΤΕΛΟΝΙΩΝ, ΝΑΪΛΟΝ ΕΣΩΡΟΥΧΩΝ Η ΚΑΛΤΣΟΝ

56. Ο ΣΥΝΤΡΟΦΟΣ ΣΑΣ ΠΕΡΑΣΕ ΚΑΠΟΙΟ ΑΠΟ ΤΑ ΚΑΤΩΤΕΡΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ;

- Α. ΒΛΕΝΟΡΡΟΙΑ
- Β. ΜΗ ΕΙΔΙΚΗ ΟΥΡΙΘΡΙΤΙΔΑ (ΧΛΑΜΥΔΙΑ, ΜΥΚΟΠΛΑΣΜΑΤΑ)
- Γ. ΕΡΠΗΣ ΤΩΝ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ
- Δ. ΤΡΙΧΟΜΟΝΑΔΩΣΗ
- Ε. ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΑ
- ΣΤ. ΣΥΦΙΛΗ

- Z. ΗΠΙΑΤΙΤΙΔΑ
- H. ΚΑΤΙ ΑΛΛΟ
- Θ. ΚΑΝΕΝΑ
57. ΠΟΣΟΥΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΥΣ ΣΥΝΤΡΟΦΟΥΣ ΕΧΕΤΕ ΑΛΛΑΞΕΙ
ΤΑ ΔΥΟ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΧΡΟΝΙΑ;
- A. ΔΕΝ ΕΧΩ ΚΑΝΕΝΑ
- B. ΕΧΩ ΜΟΝΙΜΟ ΔΕΣΜΟ
- Γ. ΔΥΟ ΣΥΝΤΡΟΦΟΥΣ
- Δ. ΠΛΗΝΩ ΑΠΟ ΤΡΕΙΣ
58. ΠΟΙΟΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΕΙΝΑΙ Ο ΛΟΓΟΣ ΠΟΥ ΔΕΝ
ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΕΙΤΕ ΤΟ ΧΑΠΙ ΓΙΑ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ;
- A. ΔΕΝ ΧΡΕΙΑΖΟΜΑΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ
- B. ΦΟΒΟΣ ΓΙΑ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ
- Γ. ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΩ ΑΛΛΗ ΜΕΘΟΔΟ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ
- Δ. ΓΙΑΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΛΑΜΒΑΝΕΤΑΙ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ
- E. ΜΗ ΑΠΟΔΕΚΤΟ ΑΠΟ ΤΗ ΘΡΗΣΚΕΙΑ ΜΟΥ
59. ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΤΟ ΧΑΠΙ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΠΡΟΚΑΛΕΣΕΙ ΚΑΠΟΙΟ
ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ;
- A. ΠΟΝΟΚΕΦΑΛΟΣ
- B. ΝΑΥΤΙΑ
- Γ. ΕΜΕΤΟΙ
- Δ. ΘΟΛΩΜΑ ΤΗΣ ΟΡΑΣΗΣ
- E. ΠΟΝΟΙ ΣΤΑ ΠΟΔΙΑ ΚΑΙ ΣΤΟ ΣΤΗΘΟΣ
- ΣΤ. ΔΥΣΠΝΟΙΑ

60. ΠΟΙΑ ΑΠΟ ΤΙΣ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΗΤΑΝ Η ΑΙΤΙΑ ΠΟΥ
ΣΤΑΜΑΤΗΣΑΤΕ ΤΗ ΛΗΨΗ ΧΑΠΙΩΝ;

Α. ΕΝΟΧΛΗΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

Β. ΕΠΙΘΥΜΙΑ ΓΙΑ ΑΠΟΚΤΗΣΗ ΠΑΙΔΙΩΝ

Γ. ΣΑΣ ΤΟ ΣΥΝΕΣΤΗΣΕ Ο ΓΙΑΤΡΟΣ

Δ. ΔΕΝ ΘΥΜΟΣΑΣΤΕ ΝΑ ΤΟ ΠΑΙΡΝΕΤΕ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ

Ε. ΕΠΙΘΥΜΙΑ ΤΟΥ ΣΥΝΤΡΟΦΟΥ ΣΑΣ ΝΑ ΤΟ

ΣΤΑΜΑΤΗΣΕΤΕ

ΣΤ. ΔΕΝ ΕΧΕΤΕ ΑΠΟ ΚΑΙΡΟ ΕΡΩΤΙΚΟ ΣΥΝΤΡΟΦΟ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Δέκα Χρόνια παρουσίας και δράσης της Εταιρίας Οικογενειακού Προγραμματισμού (1976 - 1986) Αθήνα 1988.
2. Οικογενειακός Προγραμματισμός και Λαϊκή Επιμόρφωση. Δεύτερη Έκδοση. Νομαρχιακή Επιτροπή Λαϊκής Επιμόρφωσης Ν. Αττικής. 1985
3. Δετοράκης Ιωάννης. Οικογενειακός Προγραμματισμός (Αντισύλληψη - Σεξουαλική διαπαιδαγώγηση) Εκδόσεις Πατάκη. Πρώτη Έκδοση Αθήνα Ιούνιος 1983.
4. Barwin N : Psychological factors: Coumseling and Motivation of the Contraceptive patient. International Journal of Gynecology and Obstetrics 1979.
5. Beresford T : Short - Term Relationship Counseling. Baltimore, Planned Parenthood of Maryland. 1977
6. Diamond M : Contraceptive counseling for sexually active adolescents. Medical Aspects of Human sexuality. November 1977.
7. Συκάκη - Δούκα Αλέκα: Μαία - Ψυχοπροφυλάκτρια: "Ο τοκετός είναι Αγάπη" Δεύτερη Έκδοση Νοέμβριος 1984
8. Σολδάτος Κώστας. Σακκάς Παύλος, Μπεριαννάκη Ιωάννα: Ψυχολογία και ψυχοπαθολογία των Εκτρώσεων. Ιπποκράτης. Τόμος 12. Αθήνα 1984

9. Κρεατσάς Γ. : Επίκουρος Καθηγητής Μαιευτικής και Γυναικολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών. : Σεξουαλικές σχέσεις και Εφηβεία. Αθήνα 1990
10. Δεληγεωρόγλου Ευθύμιος : Μαιευτήρας - Γυναικολόγος Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών. Κυήσεις και Εκτρώσεις στην Εφηβεία. Αθήνα 1990
11. Δρ. Παπαθανασίου Ζήσης: Μαιευτήρας - Γυναικολόγος: Προσανατολισμός του Ζεύγους σε Προβλήματα Αναπαραγωγής: Αντρική και Γυναικεία Στείρωση. Αθήνα 1995.
12. Κιντής Γ.: Μαιευτήρας - Γυναικολόγος Πανεπιστημίου Αθηνών : Σεξουαλικές Διαταραχές στη Γυναίκα. Αθήνα 1986.
13. Κιντής Γ. : Σύγχρονες Γνώσεις για τα Αφροδίσια Νοσήματα. Εταιρία Οικογενειακού Προγραμματισμού. Αθήνα 1986.
14. Σταύρου Μελίνα: Συμβουλευτικός ψυχολόγος : Σεξουαλική Αγωγή και Υγεία. Εταιρία Οικογενειακού Προγραμματισμού. Αθήνα 1992.

