

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΘΕΜΑ:**

**ΣΞΕΟΥΑΔΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ &  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ & ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΣΤΗ  
ΣΞΕΟΥΑΔΙΚΗ ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΗΣΗ ΤΩΝ ΕΦΗΒΩΝ (ΣΤΗΝ  
ΕΠΑΡΧΙΑ)**

**ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ:  
ΚΑΡΑΚΑΤΣΑΝΗ ΕΥΘΥΜΙΑ**

**ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ:  
ΣΑΛΑΤΑ ΑΠΟΣΤΟΛΙΑ  
MSc ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΕΦΑΡΜΟΓΩΝ**

**ΠΑΤΡΑ 2008**

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>ΠΡΟΛΟΓΟΣ</b>	<b>3</b>
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b>	<b>4</b>

### **ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

<b><u>Α' ΚΕΦΑΛΑΙΟ</u></b>	<b>5- 25</b>
---------------------------	--------------

**ΗΒΗ  
ΕΦΗΒΕΙΑ  
ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΑΡΡΕΝΟΣ & ΘΗΛΑΙΟΣ**  
*F Ανατομία*

*F Φυσιολογία*

**ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΣΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ**

<b><u>Β' ΚΕΦΑΛΑΙΟ</u></b>	<b>26- 38</b>
---------------------------	---------------

**ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΗΣΗ ΕΦΗΒΩΝ**

*F Ορισμός*

*F Πότε μαθαίνουμε πρώτη φορά για το σεξ*

*F Πώς πρέπει να γίνεται η εκπαίδευση*

*F Τι περιλαμβάνει το μάθημα της σεξουαλικής αγωγής*

*F Ποιοι διδάσκουν το μάθημα και με ποια μέσα*

*F Το όφελος από τη σεξουαλική αγωγή*

*F Ο ρόλος της μητέρας*

*F Η κατάσταση στη χώρα μας*

*F Προτάσεις των εφήβων για τη σεξουαλική αγωγή*

**Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΗΣΗ  
ΤΩΝ ΕΦΗΒΩΝ**

39- 72

### **Γ' ΚΕΦΑΛΑΙΟ**

**ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ ΚΑΙ Σ.Μ.Ν.**

*F Αντισύλληψη*

*F Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα*

## ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ - ΕΡΕΥΝΑ

<b><u>Δ' ΚΕΦΑΛΑΙΟ</u></b>	73
<b>1.ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ</b>	73- 74
<i>F Διατύπωση του προβλήματος</i>	
<i>F Σκοπός της εργασίας</i>	
<i>F Ερευνητικοί –Άξονες – Στόχοι</i>	
<i>F Ερευνητικά Ερωτήματα</i>	
<b>2.ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ</b>	74- 82
<i>F Μεθοδολογία της έρευνας</i>	
<i>F Η επιλογή των δεδομένων της έρευνας</i>	
<i>F Το εργαλείο της έρευνας</i>	
<i>F Αξιοπιστία και Εγκυρότητα</i>	
<i>F Κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού δεδομένων</i>	
<i>F Μορφή Ερωτηματολογίου</i>	
<b>3.ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ</b>	83- 97
<i>F Αποτελέσματα ερωτηματολογίου</i>	
<b>4.ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ</b>	98- 118
<b>5.ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ</b>	
<b>6.ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ</b>	119- 120
<b>7.ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ</b>	121
<b>8.ΕΠΙΛΟΓΟΣ</b>	122
<b>9.ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΠΕΡΑΙΤΕΡΩ ΕΡΕΥΝΑ</b>	123
<b>ΕΠΙΛΟΓΟΣ</b>	124
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b>	125
<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</b>	126- 127
<b>SUMMARY</b>	128
	129

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Εφηβεία, μια δύσκολη περίοδος! Είναι πραγματικά μια από τις δυσκολότερες περιόδους της ζωής ενός ανθρώπου. Ένας έφηβος από το 12<sup>ο</sup> - 18<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας του θα περάσει πολλές καταστάσεις και πολλά προβλήματα στα οποία θα πρέπει να έχει δίπλα του τους σωστούς ανθρώπους που θα τον βοηθήσουν και θα τον στηρίζουν να ξεπεράσει δυσκολίες και αντιξοότητες που θα συναντήσει σ' αυτήν την "παράξενη" ανακάλυψη της ζωής.

Στο χρονικό αυτό διάστημα ο έφηβος θα θελήσει να μάθει για το γεννητικό του σύστημα, το σεξ, την εγκυμοσύνη, την αντισύλληψη, το κάπνισμα, κ.τ.λ. Όλες αυτές οι έννοιες θα πρέπει να του δοθούν με τέτοιο τρόπο ώστε να τις κατανοήσει και να τις δεχτεί όπως πρέπει. Είναι τόσο ευάλωτος ένας έφηβος, που τυχόν λανθασμένες κινήσεις μπορεί να αποβούν μοιραίες.

Όλα τα παραπάνω μου κίνησαν το ενδιαφέρον ώστε να επιλέξουμε το συγκεκριμένο θέμα. Μέσα από αυτή την εργασία θα αποδείξω πόσο σημαντική είναι η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση κατά την εφηβεία. Με αυτή ο έφηβος ενημερώνεται πλήρως για όλα όσα τον αφορούν γύρω από το σεξ, αλλά και για την αντισύλληψη, έτσι ώστε να αποφύγει μία μόλυνση από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα που τον απειλούν, αλλά φυσικά και μία ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη.

Θα επισημάνω επίσης, πόσο σπουδαίος είναι ο ρόλος της Νοσηλεύτριας, η οποία με τα προσόντα που κατέχει μπορεί να σταθεί άξια δίπλα σ' έναν έφηβο και να του παρέχει την βοήθειά της σε όλα αυτά τα θέματα που τον αφορούν.

Επίσης θα αναφέρω τη σπουδαιότητα του οικογενειακού προγραμματισμού, ο οποίος καθοδηγεί, διαφωτίζει και διδάσκει αρχές και μεθόδους προκειμένου να μειωθούν τα προβλήματα της σεξουαλικής ζωής, ώστε οι νέοι να χαίρονται τη γενετήσια σχέση.

Τέλος, θα παρουσιάσω τις μεθόδους αντισύλληψης και την καταλληλότερη μέθοδο από αυτές για την περίοδο της εφηβείας καθώς και τους κινδύνους που διατρέχουν τα σεξουαλικά ενεργά άτομα.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο βιολογικός σκοπός της σεξουαλικής πράξης ανάμεσα στον άνδρα και τη γυναίκα είναι η αναπαραγωγή, η οποία εξασφαλίζει τη διαίωσιση και την εξέλιξη του είδους.

Η ανάπτυξη υγιούς σεξουαλικότητας είναι μέρος της σωματικής και συναισθηματικής ανάπτυξης του εφήβου. Βιολογικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες συνδυάζονται για να δημιουργήσουν, για όλη τη ζωή του εφήβου, υγιή αίσθηση της σεξουαλικότητας και των επιλογών της συμπεριφοράς του.

Για το σκοπό αυτό καθίσταται αναγκαία η αναφορά στη συμβολή των κοινωνικά υπευθύνων για την έγκαιρη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των εφήβων. Ξεκινώντας από την οικογένεια, συνεχίζοντας με το ρόλο του σχολείου και καταλήγοντας στους ειδικούς επιστήμονες, με ιδιαίτερη μνεία στο ρόλο της νοσηλεύτριας, παραθέτουμε τους αρμόδιους για την επιμόρφωση, την σεξουαλική διαπαιδαγώγηση και την ευαισθητοποίηση των εφήβων.

Απαραίτητο κομμάτι της διαπαιδαγώγησης είναι και η αναφορά στους κινδύνους για την υγεία που μπορεί να προκύψουν από τις σεξουαλικές σχέσεις, η πρόληψη εγκυμοσύνης και οι τεχνικές αντισύλληψης. Αυτές τις τεχνικές στοχεύει αυτή η εργασία να αναλύσει, έχοντας απώτερο σκοπό την αφύπνιση της σεξουαλικής συνείδησης των εφήβων.



# Α' ΚΕΦΑΛΑΙΟ

## Α) ΗΒΗ

- § *Πρόωρη ήβη*
- § *Καθυστερημένη ήβη*

## Β) ΕΦΗΒΕΙΑ

## Γ) ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

- § *Ανατομία*
- § *Φυσιολογία*

## Δ) ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΣΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ

- § *Στα αγόρια*
- § *Στα κορίτσια*

## ΗΒΗ

Η ήβη είναι το πέρασμα από την παιδική ηλικία στην εφηβεία. Χαρακτηρίζεται από μια μεταμόρφωση του σώματος (φυσιολογική μεταμόρφωση) και από μια μεταμόρφωση του πνεύματος και των συναισθημάτων (ψυχική μεταμόρφωση). (Ντολτό &, 2000, σελ. 21).

Το πνεύμα μας πρέπει να προσαρμοστεί στις μεταμορφώσεις του σώματος και κάτι τέτοιο δεν είναι πάντα εύκολο να το αντιμετωπίσουμε. Όλη αυτή η αλλαγή, που ο καθένας μας περνά όπως μπορεί και με εντελώς διαφορετικό τρόπο, δημιουργεί μια μεγάλη *αναταραχή* σε όλο μας το «είναι». (Ντολτό &, 2000, σελ. 21).

Η λέξη «ήβη» σημαίνει επίσης το εφηβαίο και το πάνω σ' αυτό αναφερόμενο τρίχωμα. Πράγματι, η εμφάνιση τριχώματος στο εφήβαιο, στις μασχάλες – και στα μάγουλα, στα αγόρια – είναι ένα από τα δείγματα της ήβης, κατά τη λήξη της οποίας θεωρείται κανείς επίγαμος, δηλαδή έτοιμος για να παντρευτεί. Για να πούμε την αλήθεια, όλα αυτά είναι συγκεχυμένα, γιατί η ηλικία της επιγαμίας ποικίλει ανάλογα με τις εποχές και τις κοινωνίες. Αυτή τη στιγμή στη Γαλλία τα κορίτσια είναι επίγαμα, δηλαδή θεωρούνται έτοιμα για γάμο, στα 15, ενώ τα αγόρια στα 18. (Ντολτό &, 2000, σελ. 21).

Στην ιστορία της ανθρωπότητας έγιναν πολυάριθμοι γάμοι μεταξύ παιδιών που δεν είχαν ακόμη μπει στην ήβη, επειδή οι οικογένειές τους ήθελαν να συγγενέψουν. Τα παιδιά αυτά μετά το γάμο έκαναν χρόνια να ξαναϊδωθούν ως την ηλικία της επιγαμίας τους. Υπάρχουν επίσης γάμοι ανάμεσα σε νέους 12 ή 13 ετών, για παράδειγμα στην Αφρική. Στην Ευρώπη, το μεσαίωνα, δεν ήταν σπάνιο μια νέα γυναίκα 20 ετών να έχει κιάλας 3-4 παιδιά. Η ζωή ήταν πιο σύντομη και η συζυγική ζωή ξεκινούσε νωρίτερα, κυρίως για τα κορίτσια. (Ντολτό &, 2000, σελ. 21- 22).

Από τη μία μεριά λοιπόν υπάρχει η ήβη με την κοινωνική έννοια, η οποία ποικίλει ανάλογα με την εποχή και τον τόπο, κι από την άλλη υπάρχει η φυσιολογική ήβη, που τα τελευταία 50 χρόνια τείνει να εμφανίζεται στα κορίτσια νωρίτερα από πριν.



Μερικά κορίτσια που έχουν περίοδο στην ηλικία των 10 ετών αισθάνονται συχνά πιο ώριμα από άλλα κορίτσια 13 ετών που δεν έχουν ακόμα περίοδο. Στα 18, μερικά αγόρια είναι ακόμη μωρά ενώ άλλα έχουν κιάλας μπει στη ζωή.

Σ' αυτή τη μεγάλη μεταλλαγή, όλοι – έφηβοι, γονείς, κοινωνία – τα βγάζουν πέρα όπως μπορούν. Βέβαια αυτό δεν είναι πάντα εύκολο γιατί στο βάθος όλοι φοβούνται λιγάκι το αποτέλεσμα. Οι γονείς, για παράδειγμα, δεν νιώθουν άνετα, γιατί, ακόμα κι αν δεν το συνειδητοποιούν ή δεν θέλουν να το δείξουν, αυτή μεταλλαγή των παιδιών τους μεταβάλλει και ανακινεί πολλά πράγματα μέσα τους. Σε όλες τις περιπτώσεις *το χιούμορ και η ανεκτικότητα* μας βοηθούν πολύ να ξεπεράσουμε τις δύσκολες στιγμές. (Ντολτό &, 2000, σελ. 22).

Η ήβη μπορεί να είναι πρόωρη ή και καθυστερημένη.

*Η πρόωρη ήβη* είναι ο πιο συνηθισμένος τύπος φυλετικής προωρότητας και χαρακτηρίζεται από πρόωρη έναρξη της φυσιολογικής διεργασίας της εφηβείας πριν απ' την ηλικία των 8 – 8,5 χρόνων για το κορίτσι και 9,5 – 10 για το αγόρι. Πρόωρη ενεργοποίηση του υποθάλαμου – υποφυσιγοναδικού μηχανισμού, οφείλεται σε βλάβες του Κ.Ν.Σ., σε επινεφριδικές και γοναδικές ανωμαλίες. (Borten &, 2002, σελ. 10).

Η πραγματική πρόωρη ήβη στοχεύει στην ανάπτυξη της παραγωγικής ικανότητας, που στο κορίτσι εκδηλώνεται με την ωορρηξία.

*Η ψευδοπρόωρη ήβη* σημαίνει την εμφάνιση και ανάπτυξη των δευτερευόντων γνωρισμάτων, χωρίς όμως παράλληλα να συμβαίνει γαμετογένεση.

Η θεραπεία της πραγματικής πρόωρης ήβης στοχεύει στην αναστολή της φυλετικής ανάπτυξης και στην αναστολή της σύγκλεισης των επιφύσεων των οστών που προκαλείται από τα στεροειδή.

Η θεραπεία γίνεται με οξεϊκή μεδροξυπρογεστερόνη, που προκαλεί πτώση των γοναδοτροπινών, παύση της εμμηνορρυσίας, μείωση του όγκου των μαστών και υποχώρηση της οιστρογονικής δράσης. Η ωρίμανση των σκελετικών μυών δε μειώνεται σημαντικά. Αντιγοναδοτροπική δράση επιτυγχάνεται και με τη χορήγηση της νταναζόλης και της κυπροτερόνης.

Ο νεανικός υποθυρεοειδισμός, που προκαλεί πρόωρη ήβη, ελέγχεται με τη χορήγηση θυρεοειδικής ορμόνης, η οποία ομαλοποιεί τις τιμές των γοναδοτροπινών στον ορό του αίματος. (Borten &, 2002, σελ. 12).



Η θεραπεία της πραγματικής πρόωρης ήβης στοχεύει στην αναστολή της φυλετικής ανάπτυξης και στην αναστολή της σύγκλεισης των επιφύσεων των οστών που προκαλείται από τα στεροειδή.

*Καθυστερημένη η ήβη* θεωρείται όταν η ανάπτυξη των μαστών στο κορίτσι δεν έχει αρχίσει στα 13 χρόνια ή όταν έχουν μεσολαβήσει 5 χρόνια ανάμεσα στην ανάπτυξη των μαστών και της εμμηναρχής και όταν οι όρχεις στο αγόρι δεν έχουν αυξηθεί σε μέγεθος μέχρι την ηλικία των 13 χρόνων.

Στα κορίτσια η γοναδική δυσγένεση είναι η πιο συχνή αιτία πρωτοπαθούς υπογοναδισμού και μπορεί να συνδέεται με 45XO ή άλλες χρωμοσωμικές ανωμαλίες. Η διάγνωση μπορεί να γίνει με τον καρυότυπο και τις μετρήσεις των FSH και LH στο ορό.

Πιο δύσκολη είναι η διάγνωση καταστάσεων δευτεροπαθούς υπογοναδοτροπισμού, που οφείλονται σε έκπτωση της λειτουργίας του υποθαλάμου ή της υπόφυσης. Επίσης καθυστέρηση της ήβης μπορεί να συμβεί και σε φυσιολογικά άτομα και μάλιστα αρκετά συχνά ώστε να δημιουργεί διαγνωστικά προβλήματα. (Borten &, 2002, σελ. 12-14).

Η δυσκολία, που παρουσιάζει η διαφορική διάγνωση των αιτιών της καθυστερημένης ήβης, δημιουργεί προβλήματα στη θεραπεία. Στις περιπτώσεις απουσίας των γυναικείων σωματικών χαρακτήρων μετά τα 16 χρόνια, θα πρέπει να ερευνάται το γεννητικό σύστημα κλινικά και εργαστηριακά, να γίνονται ακτινογραφίες των οστών, του τουρκικού επιπίου, καρυότυπος και έλεγχος της λειτουργίας των επινεφριδίων και του θυρεοειδούς.

Η θεραπεία είναι βασικά αιτιολογική. Στις περιπτώσεις γοναδικής δυσγένεσης χορηγούνται οιστρογόνα σε συνδυασμό με ένα προγεσταγόνο. Στις περιπτώσεις βλάβης του άξονα υποθάλαμος – υπόφυση γίνεται θεραπεία με οιστρογόνα. Επίσης θα πρέπει να ρυθμιστεί η διατροφή σωστά και το σωματικό βάρος να κυμαίνεται σε φυσιολογικά επίπεδα. Η πρόκληση ωορρηξίας δεν έχει θεραπευτική ένδειξη στις περιπτώσεις αυτές, εκτός από σπάνιες περιπτώσεις για να βοηθήσει τη διάγνωση ή να διαβεβαιώσει την ασθενή, ότι μελλοντικά έχει πιθανότητα να συλλάβει (Borten &, 2002, σελ. 14- 15).

## ΕΦΗΒΕΙΑ

Η εφηβεία είναι η περίοδος της μετάβασης από την παιδική στην ώριμη ηλικία κι έχει κέντρο της την ήβη. Για να πούμε την αλήθεια, τα όριά της είναι ασαφή. (Ντολτό &, 2000, σελ. 15).

Αυτό με το οποίο μοιάζει περισσότερο είναι αναμφίβολα η γέννηση, κατά την οποία μας χωρίζουν από τη μητέρα μας κόβοντας τον ομφάλιο λώρο. Συχνά όμως ξεχνάμε ότι ανάμεσα στη μητέρα και το παιδί υπήρχε ένα εξαιρετικό όργανο σύνδεσης, ο πλακούντας, που μας έφερνε ότι ήταν απαραίτητο για την επιβίωσή μας και συγκρατούσε πολλές επικίνδυνες ουσίες που κυκλοφορούσαν στο μητρικό αίμα. Χωρίς αυτόν θα ήταν αδύνατη η ζωή πριν από τη γέννηση. Στη γέννηση όμως πρέπει οπωσδήποτε να τον αποχωριστούμε, για να μπορέσουμε να ζήσουμε. (Ντολτό &, 2000, σελ. 15).

Η εφηβεία είναι σαν μια *δεύτερη γέννηση* που γίνεται προοδευτικά. Πρέπει ν' αφήσουμε σιγά σιγά την οικογενειακή προστασία, όπως αφήσαμε κάποτε τον προστατευτικό πλακούντα. Το να αποχωριστούμε την παιδική ηλικία, να εξαφανίσουμε το παιδί μέσα μας, είναι μια μεταλλαγή. Μερικές φορές έχουμε την εντύπωση ότι πεθαίνουμε. Όλες αυτές οι αλλαγές συντελούνται γρήγορα, καμιά φορά μάλιστα πάρα πολύ γρήγορα. Η φύση δουλεύει με το δικό της ρυθμό. Πρέπει να την ακολουθήσουμε και δεν είμαστε πάντοτε έτοιμοι. Αν και γνωρίζουμε αυτό που πεθαίνει μέσα μας, δεν ξεχωρίζουμε ακόμα προς τα πού πηγαίνουμε. «Δεν πάει άλλο» λέμε αλλά δεν ξέρουμε καλά να εξηγήσουμε τους λόγους. Αν και τίποτα δεν είναι όπως πριν, όλα είναι απροσδιόριστα. (Ντολτό &, 2000, σελ. 15).

Για παράδειγμα, η αλλαγή της φωνής είναι επώδυνη για τα αγόρια γιατί είναι σκληρό να πενθεί κανείς τη φωνή με την οποία αναγνώριζε τον εαυτό του για πολλά χρόνια. Υπάρχει έλλειψη αυτοπεποίθησης, μια διάχυτη ανασφάλεια, αλλά παράλληλα και μια επιθυμία να την ξεπεράσουμε. Την ίδια στιγμή χρειαζόμαστε τον έλεγχο των μεγάλων, χρειαζόμαστε και την ελευθερία μας και η ισορροπία ανάμεσα σ' αυτά τα δύο δεν είναι πάντοτε εύκολο να βρεθεί. Για τους γονείς αλλά και για τα παιδιά, η ιδανική λύση διαφέρει ανάλογα με τις ημέρες και τις περιστάσεις. (Ντολτό &, 2000, σελ. 16).

Θα θέλαμε να δείξουμε ότι είμαστε ικανοί να βάλουμε σε κίνδυνο τη ζωή μας μέσα στην κοινωνία. Ο νόμος προβλέπει ότι οι γονείς είναι υπεύθυνοι για τα παιδιά μέχρις ότου αυτά ενηλικιωθούν και καμιά φορά κι εκείνα τα ίδια νιώθουν αυτή την

ανάγκη προστασίας. Ο καθένας όμως οφείλει να είναι υπεύθυνος για τον εαυτό του. Επομένως. Στο βάθος πρόκειται για μια *συνυπευθυνότητα*. (Ντολτό &, 2000, σελ. 16).

Έχουμε ανάγκη να νιώσουμε το ενδιαφέρον του οικογενειακού περιβάλλοντος γι' αυτή την απίστευτη εξέλιξη που συντελείται μέσα μας αλλά, όταν αυτό το ενδιαφέρον εκδηλωθεί, άλλοτε μπορεί να μας εμποδίζει να ξεφύγουμε απ' την παιδική ηλικία κι άλλοτε να μας σπρώξει πολύ γρήγορα προς την ενηλικίωση. Και στις δύο περιπτώσεις νιώθουμε ακινητοποιημένοι απ' αυτό το ενδιαφέρον, ενώ αυτό που ψάχναμε ήταν κάποια υποστήριξη. (Ντολτό &, 2000, σελ. 16).

Θα θέλαμε να μιλάμε σαν τους μεγάλους αλλά δεν έχουμε ακόμα τα μέσα για κάτι τέτοιο. Θα θέλαμε να πάρουμε το λόγο και να μας ακούσουν πράγματι με προσοχή. Όταν όμως μας αφήνουν να μιλήσουμε, πολύ συχνά είναι για να μας κρίνουν χωρίς να ακούσουν τη γνώμη μας. Σπεύδουμε να μιλήσουμε και στο τέλος βρισκόμαστε παγιδευμένοι. (Ντολτό &, 2000, σελ. 16).

Νιώθουμε ότι το να αποχωριστούμε μια μέρα τους γονείς μας είναι ζωτικής σημασίας για μας. Αυτό σημαίνει ήδη ότι κάποια μορφή σχέσης μαζί τους πρέπει να αλλάξει. Θέλουμε να φτιάξουμε μια διαφορετική ζωή. Ποια ζωή όμως; Δε θέλουμε πάντοτε να έχουμε την ίδια ζωή με τη δική τους. Βλέποντάς τους να ζουν νομίζουμε καμιά φορά ότι βλέπουμε το δικό μας μέλλον και κάτι τέτοιο μας τρομάζει. (Ντολτό &, 2000, σελ. 16).

Νιώθουμε ότι γλιστράμε σ' ένα κατήφορο χωρίς να μπορούμε να σταματήσουμε. Χάνουμε τους τρόπους που έχουμε να αμυνόμαστε, τα συνηθισμένα μέσα επικοινωνίας, χωρίς απ' την άλλη να έχουμε καταφέρει να εφεύρουμε άλλα. (Ντολτό &, 2000, σελ. 16- 17).

Η εφηβεία είναι επίσης μια κίνηση γεμάτη δύναμη, υποσχέσεις και ζωή που μοιάζει με το νερό που αναβλύζει. Αυτή η δύναμη είναι πολύ σημαντική, γιατί είναι η ίδια η ενέργεια της μεταμόρφωσης που ζούμε. Όπως οι βλαστοί που βγαίνουν απ' το χώμα, έτσι κι εμείς έχουμε ανάγκη να «βγαίνουμε». Ίσως γι' αυτό η λέξη «βγαίνω» είναι τόσο σημαντική. «Βγαίνω» σημαίνει «αποχωρίζομαι το παλιό κουκούλι που άρχισε να γίνεται αποπνικτικό». Σημαίνει επίσης «έχω μια ερωτική σχέση». Είναι μια λέξη – κλειδί, που αποδίδει σωστά τη θυελλώδη αλλαγή που μας συμβαίνει. (Ντολτό &, 2000, σελ. 17).

Όταν είμαστε σε παρέα, νιώθουμε άνετα, επειδή όλοι έχουμε τα ίδια σημεία αναφοράς, μια εντελώς δική μας κωδικοποιημένη γλώσσα, που μας επιτρέπει να μη χρησιμοποιούμε τη γλώσσα των μεγάλων. Θα μας άρεσε να μην υπήρχανε πια τα



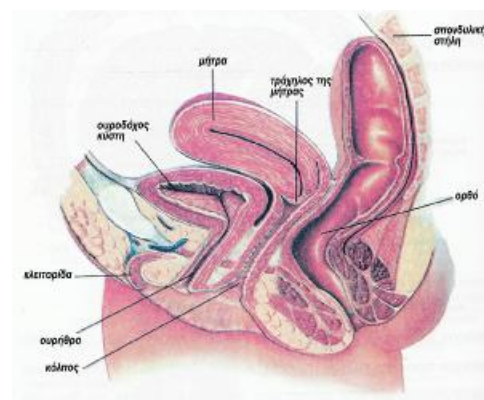


εμφανίζει τρία μέρη, τη βάλανο, το σώμα και τη ρίζα. Η βάλανος χωρίζεται από το σώμα με μία αύλακα, τη βαλανοποσθική αύλακα (τον αυχένα του πέους). Στην κρυφή της βάλανου, υπάρχει το έξω στόμιο της ουρήθρας. Το σώμα αποτελείται από τα δύο σηραγγώδη σώματα του πέους και το σηραγγώδες σώμα της ουρήθρας ενώ η ρίζα από τα δύο σηραγγώδη σώματα του πέους. Το πέος εξωτερικά καλύπτεται από δέρμα, το οποίο, αντίστοιχα προς τη βάλανο, ονομάζεται ακροποσθία ενώ αντίστοιχα προς το σώμα, πόσθη. Κάτω από την πόσθη βρίσκεται η περιτονία του πέους και, κάτω από αυτή, τα δύο σηραγγώδη σώματα του πέους και το σηραγγώδες σώμα της ουρήθρας. (Χατζημπούγιας, 2000, σελ.176- 177).

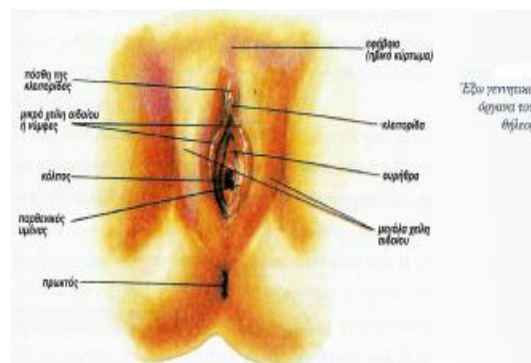
### ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΗΣ ΘΗΛΕΟΣ

Περιλαμβάνει:

**Τα εσωτερικά γεννητικά όργανα:** Τις ωοθήκες -που είναι γεννητικοί αδένες και παράγουν τα θηλυκά γεννητικά κύτταρα ή ωάρια-, τις σάλπιγγες ή ωαγωγούς - τα όργανα μεταφοράς των ωαρίων-, τη μήτρα και τον κόλπο. (Χατζημπούγιας, 2000, σελ.178).



**Τα εξωτερικά γεννητικά όργανα:** Το αιδοίο, το οποίο αποτελείται από το εφήβαιο, τα μεγάλα και μικρά χείλη, την κλειτορίδα, τον πρόδομο του κολεού, τους βολβούς του προδόμου και τους μείζονες αδένες του προδόμου. (Χατζημπούγιας, 2000, σελ.195).

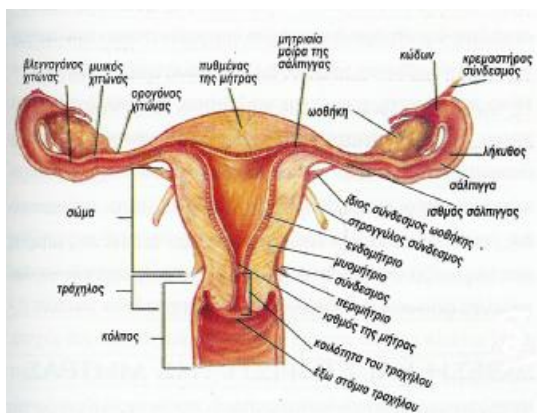


### ΕΣΩ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ

**Οι ωοθήκες:** Είναι τοποθετημένες πολύ κοντά στα τοιχώματα της μικρής πυέλου, μέσα στο περιτόναιο, οι ωοθήκες κρέμονται δίπλα στη μήτρα από τα αιμοφόρα αγγεία που τις τρέφουν και από ινώδεις συνδέσμους. Είναι σχετικά ευκίνητες. Η ωοθήκη έχει σχήμα αμυγδαλού, μήκος περίπου 2,5 εκ., φάρδος 1,5 εκ. Και πάχος 1 εκ. Η επιφάνειά της είναι ανώμαλη, διάσπαρτη με ουλές. Το χρώμα της είναι άσπρο

μαργαρώδες. Η ωοθήκη έχει δύο εκκρίσεις: Την εξωκρινή έκκριση ή ωοτοκία και την εσωτερική έκκριση ή παραγωγή των δύο ορμονών, της θυλακίνης και της προγεστερόνης (Χατζημπούγιας, 2000, σελ.178-179).

**Οι σάλπιγγες ή ωαγωγοί:** Είναι δύο λεπτοί αγωγοί, με διάμετρο 4 mm, διάτρητοι από τη μία άκρη ως την άλλη από έναν αυλό, που έχει διάμετρο 1 mm, καλύπτονται από περιτοναϊκές πτυχές και ο αυλός τους σκεπάζεται από βλεννογόνο. Τα κύτταρα του βλεννογόνου είναι εφοδιασμένα με κροσσούς, που με τις κινήσεις τους οδηγούν το ωάριο να προχωρήσει προς τη μήτρα. Η σάλπιγγα διευρύνεται στη μία της άκρη και παίρνει σχήμα σαν χωνί με κροσσούς: είναι ο κώδων, που απλώνεται επάνω στην ωοθήκη. Η σάλπιγγα που έχει μήκος 10- 12 εκ. περίπου, περιβάλλει την ωοθήκη και ύστερα καταλήγει και χώνεται στο πλάγιο τοίχωμα της μήτρας, όπου και επικοινωνεί μαζί της. (Χατζημπούγιας, 2000, σελ.184- 185).



**Η μήτρα ή υστέρα:** Είναι κοιλομυώδες όργανο που βρίσκεται μέσα στη μικρή πύελο, με σχήμα απιοειδές (αχλαδιού) κατά τον κεντρικό άξονά της που χρησιμεύει για την κύηση και τον τοκετό. Από περιγραφική άποψη η μήτρα αποτελείται: α) από τον πυθμένα, β) από το σώμα και γ) από τον τράχηλο. Εμφανίζει αυλό και δύο στόμια το έσω και το έξω. Ο πυθμένας χωρίζεται από το σώμα με μια νοητή γραμμή, που ενώνει τις εκβολές των σαλπίγγων ενώ όριο μεταξύ σώματος και τραχήλου είναι ο ισθμός που αντιστοιχεί προς τον αυλό, το έσω στόμιο της μήτρας.

*Ο πυθμένας της μήτρας,* φέρεται προς τα άνω και πρόσω και δεν υπερβαίνει την ηβική σύμφυση.

*Το σώμα της μήτρας,* έχει μήκος 7,5 εκ., πλάτος 5,5 εκ. Περίπου και πάχος τοιχώματος 2,5- 3 εκ., και εμφανίζει δύο επιφάνειες, την πρόσθια και την οπίσθια, από τις οποίες η πρόσθια έρχεται σε σχέση με την υπάρχουσα προς τα εμπρός

ουροδόχο κύστη ενώ η οπίσθια επικοινωνεί με το απευθυσμένο, από το οποίο χωρίζεται με την παρεμβολή εντερικών ελίκων.

Ο τράχηλος της μήτρας, με μήκος 2,5 περίπου εκ., με την πρόσφυση του κόλπου γύρω από αυτόν υποδιαιρείται σε δύο μέρη, τον υπερκολεϊκό και το ενδοκολεϊκό. Το υπερκολεϊκό έρχεται σε σχέση με τον πυθμένα της ουροδόχου κύστης. Τα πλάγια χείλη έρχονται σε σχέση με τις βάσεις των πλατέων συνδέσμων, το παραμήτριο και με τη μητριάα αρτηρία. Το ενδοκολεϊκό μέρος του τραχήλου στις άτοκες εμφανίζει χείλη λεία και στις πολύτοκες ρωγμώδη.

Η μήτρα στηρίζεται κυρίως στο κόλπο και στο περίνεο, στα οποία επικάθεται. Στη στήριξη της μήτρας συμβάλλουν επίσης το περιτόναιο, οι πλατείς σύνδεσμοι, το παραμήτριο, οι στρογγυλοί σύνδεσμοι και οι ιερομητρικοί σύνδεσμοι. (Χατζημπούγιας, 2000, σελ.186-190).

## ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΤΟΥ ΑΝΔΡΑ

Οι αναπαραγωγικές λειτουργίες του άνδρα διακρίνονται: α) στη σπερματογένεση, που σημαίνει σχηματισμός του σπέρματος, β) στην εκτέλεση της γενετήσιας (σεξουαλικής) πράξης και γ) στη ρύθμιση των γενετήσιων λειτουργιών από τις διάφορες ορμόνες.

– **Σπερματογένεση:** Γίνεται σ' όλα τα σπερματικά σωληνάκια κατά τη διάρκεια της ενεργούς σεξουαλικής ζωής, που κατά μέσω όρο αρχίζει στην ηλικία των 13 ετών, ως αποτέλεσμα διέγερσης των γεννητικών αδένων από τις γονατρόπους ορμόνες της αδενούπόφυσης (προσθίου λοβού) και συνεχίζεται καθόλη τη διάρκεια της ζωής του άνδρα..

Μια μικρή ποσότητα σπερματοζωαρίων μπορεί να εναποθηκευτεί στην επιδιδυμίδα, τα περισσότερα όμως εναποθηκεύονται στο σπερματικό πόρο και τη σπερματική λήκυθο. Στις περιοχές αυτές μπορούν να παραμείνουν, διατηρώντας τη γονιμοποιητική τους ικανότητα, για αρκετούς μήνες.

Τα συνηθισμένα, ώριμα και γόνιμα, σπερματοζωάρια είναι ικανά να κινούνται με κινήσεις μαστιγίου μέσα σε υγρά με ταχύτητα 1-4 mm/min περίπου. Ενώ μπορούν να επιβιώσουν



Υφή του σπερματοζωαρίου.

για πολλές εβδομάδες μέσα στους γεννητικούς σωλήνες των όρχεων, στο γεννητικό



σωλήνα της γυναίκας μένουν ζωντανά μόνο για 1-3 μέρες (Βαρσαμίδης, 2001, σελ. 143).

– **Σπέρμα:** Εκχέεται κατά την γενετήσια πράξη, αποτελείται από τα υγρά του σπερματικού πόρου, των σπερματοδόχων κύστεων, του προστάτη και των βλεννογόνων αδένων, ιδιαίτερα των βολβοουρηθραίων. Η μέση ποσότητα σπέρματος που συνήθως εκσπερματίζετε κατά την συνουσία είναι περίπου 3,5 ml και κάθε ml περιέχει κατά μέσο όρο 120.000.000 σπερματοζώαρια. Όταν ο αριθμός ανά ml σπέρματος είναι μικρότερος από 20.000.000 περίπου, είναι πιθανό ότι το άτομο είναι στειρό. Στα σπερματοζώαρια βρίσκονται αποθηκευμένες μεγάλες ποσότητες υαλουρονιδάση και πρωτεασών (Βαρσαμίδης, 2001, σελ. 143-144).

– **Η γενετήσια πράξη στον άνδρα:** Οι σημαντικότερες νευρικές ώσεις για την έναρξη της αντρικής γενετήσιας πράξης ξεκινούν από τη βάλανο του πέους, η οποία περιέχει ένα σύστημα αισθητικών τελικών οργάνων που μεταβιβάζει στο Κ.Ν.Σ. ένα ειδικό τύπο αισθήματος, το σεξουαλικό αίσθημα. Γενετήσια συναισθήματα μπορούν ακόμα να ξεκινήσουν από περιοχές της ουρήθρας, της ουροδόχου κύστης, του προστάτη, των σπερματοδόχων κύστεων, των όρχεων και του σπερματικού πόρου, οι οποίοι διεγείρονται. Την ικανότητα του ατόμου για εκτέλεση της γενετήσιας πράξης μπορούν να αυξήσουν σε μεγάλο βαθμό κατάλληλη ψυχικά ερεθίσματα. Πολλά άτομα, ιδιαίτερα έφηβοι, παρουσιάζουν σε διάφορα στάδια της σεξουαλικής τους ζωής, νυχτερινές εκσπερματίσεις (ονειρώξεις) (Βαρσαμίδης, 2001, σελ. 143-144).

– **Στύση:** Προκαλείται από παρασυμπαθητικές ώσεις που ξεκινούν από την ιερή μοίρα του νωτιαίου μυελού και καταλήγουν στο πέος. Οι παρασυμπαθητικές αυτές ώσεις προκαλούν διάταση των αρτηριών και ταυτόχρονη σύσπαση των φλεβών του πέους επιτρέποντας, έτσι, την εισροή αρτηριακού αίματος με μεγάλη πίεση στο στυτικό ιστό. Ο στυτικός ιστός αποτελείται από μεγάλους, σηραγγώδης φλεβικούς κόλπους οι οποίοι φυσιολογικά είναι σχετικά άδειοι αλλά διατείνονται πάρα πολύ όταν γεμίσουν με αρτηριακό αίμα υπό πίεση. (Βαρσαμίδης, 2001, σελ. 143-144).

– **Η τεστοστερόνη και οι άλλες ορμόνες:** Οι όρχεις εκκρίνουν διάφορες ανδρικές ορμόνες, που όλες μαζί ονομάζονται ανδρογόνα. Η σπουδαιότερη είναι η τεστοστερόνη που παράγεται από τα διάμεσα κύτταρα του Leydig, τα οποία βρίσκονται στους διάμεσους χώρους, ανάμεσα στα σπερματικά σωληνάκια, και αποτελούν το 20% περίπου, της μάζας των όρχεων του ενήλικου. Στο έμβρυο η τεστοστερόνη είναι υπεύθυνη για την ανάπτυξη των δευτερευόντων οργάνων του

γεννητικού συστήματος (προστάτη, πέους κ.τ.λ.) ενώ κατά την εφηβεία προκαλεί την περαιτέρω εξελίξει των οργάνων αυτών δρώντας ανάλογα και στο όσχεο αλλά και στον ίδιο τον όρχι. Η τεστοστερόνη έχει έντονη αναβολική δράση προωθώντας την ανάπτυξη του μυοσκελετικού συστήματος, την μεγέθυνση του λάρυγγα, την εμφάνιση της χαρακτηριστικής τριτεύουσας τρίχωσης στον άνδρα (σε κορμό και πρόσωπο) ενώ είναι υπεύθυνη για την ανάπτυξη της ανδρογεννητικής αλωπεκίας σε άτομα με μία αντίστοιχη γενετική προδιάθεση. Επίσης σε κάποιο βαθμό επιδρά στο ψυχισμό του ατόμου (επιθετικότητα). Η έκκριση της τεστοστερόνης βρίσκεται κάτω από τον άμεσο έλεγχο της ωχρινοτρόπου ορμόνης (LH). Στην εφηβεία όμως παρουσιάζεται κάποια μεταβολή της ευαισθησίας του υποθάλαμουποφυσιακού συστήματος στα στεροειδή αυτά και με την επίδραση της εκλυτικής ορμόνης της ωχρινοτρόπου ή των γοναδοτροπινών (LHRH) αυξάνεται έντονα η παραγωγή της LH με αντίστοιχη αύξηση της παραγωγής τόσο της τεστοστερόνης στα άρρενα όσο και των αντίστοιχων στεροειδών της ωοθήκης (οιστρογόνα, προγεστερόνη) στα θήλεα άτομα (Βαρσαμίδης, 2001, σελ. 145-146).

## ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

Η αναπαραγωγή αρχίζει με την ανάπτυξη του ωαρίου στις ωοθήκες. Στο μέσο κάθε καταμηνιαίου γεννητικού κύκλου, από ένα ωοθυλάκιο βγαίνει στην περιτοναϊκή κοιλότητα ένα ωάριο. Το ωάριο αυτό ακολουθώντας μία από τις σάλπιγγες φτάνει στη μήτρα κι αν γονιμοποιηθεί από σπερματοζωάριο, εμφυτεύεται σ' αυτή και εξελίσσεται σε έμβρυο, πλακούντα και εμβρυϊκούς υμένες. (Ντολτό &, 2000, σελ. 24).

Κατά την εφηβεία οι ωοθήκες περιέχουν 300.000 ωάρια. Καθένα τους περιβάλλεται από μία στιβάδα επιθυλιοειδών κοκκωδών κυττάρων, μαζί με την οποία ονομάζεται πρωτογενές ωοθυλάκιο. Σ' όλη τη διάρκεια της αναπαραγωγικής ζωής της γυναίκας μόνο 400 περίπου ωοθυλάκια αναπτύσσονται αρκετά ώστε να απελευθερώσουν τα ωάρια που περιέχουν, ενώ τα υπόλοιπα εκφυλίζονται. Έτσι, στο τέλος της αναπαραγωγικής ηλικίας (εμμηνόπαυση) στις ωοθήκες έχουν απομείνει μερικά πρωτογενή ωοθυλάκια που κι αυτά σύντομα εκφυλίζονται. (Ντολτό &, 2000, σελ. 24).

**ΆΤο ορμονικό σύστημα της γυναίκας:** Περιλαμβάνει, όπως και του άνδρα τρεις κατηγορίες ορμονών:

- α) Μία υποθαλαμική εκλυτική ορμόνη (LHRH)
- β) Τις ορμόνες της πρόσθιας υπόφυσης: FSH & LH, που εκκρίνονται με την επίδραση της υποθαλαμικής εκλυτικής ορμόνης (LHRH)
- γ) Τις ορμόνες των ωοθηκών: οιστρογόνα και προγεστερόνη (ωχρίνη), που εκκρίνονται από τις ωοθήκες με την επίδραση των γοναδοτρόπων ορμονών της αδενούποφουσης (FSH & LH). (Ντολτό &, 2000, σελ. 24).

**ΆΚαταμήνιος ωοθηκικός κύκλος:** Η μέση διάρκεια του κύκλου είναι 28 μέρες αν και μπορεί να κυμαίνεται από 20- 45 μέρες σε υγιής γυναίκες, συχνά όμως η μεγάλη διάρκεια είναι δυνατό να συνοδεύεται από μειωμένη γονιμότητα. Οι ωοθηκικές μεταβολές στη διάρκεια του γεννητικού κύκλου εξαρτώνται αποκλειστικά από τις γοναδοτρόπους ορμόνες που εκκρίνονται από την πρόσθια υπόφυση. Οι ωοθήκες που δεν διεγείρονται από γοναδοτροπίνες παραμένουν τελείως αδρανείς, όπως συμβαίνει σε ολόκληρη, ουσιαστικά, τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας. Στην ηλικία των 8 ετών περίπου, η υπόφυση αρχίζει να εκκρίνει γοναδοτροπίνες και καταλήγει, σε ηλικία μεταξύ 11 και 15 ετών, στην έναρξη των καταμήνιων κύκλων που χαρακτηρίζει την έναρξη της εφηβείας. Η πρόσθια υπόφυση εκκρίνει δύο διαφορετικές ορμόνες την FSH και την LH. Κατά τη διάρκεια του καταμήνιου γενετήσιου κύκλου της γυναίκας οι FSH και LH παρουσιάζουν κυκλική αύξηση και ελάττωση της αύξησή τους.

**ΆΑνάπτυξη του ωοθυλακίου:** Το αρχέγονο ωοθυλάκιο στη διάρκεια της παιδικής ηλικίας δεν αυξάνεται ενώ κατά την εφηβεία, όταν αρχίζει η έκκριση μεγάλων ποσοτήτων FSH από την πρόσθια υπόφυση, αρχίζει να αυξάνει το μέγεθος τόσο των ωοθηκών όσο και των ωοθυλακίων που περιέχουν.

Στην αρχή κάθε μηνιαίου γενετήσιου κύκλου της γυναίκας, όταν αρχίζει η εμμηνορροσία, οι συγκεντρώσεις της FSH και της LH αυξάνουν. Η αύξηση αυτή επιταχύνει την ανάπτυξη 20 περίπου ωοθυλακίων το μήνα. Μετά την ανάπτυξη που διαρκεί μία βδομάδα ένα από τα ωοθυλάκια αρχίζει να μεγαλώνει περισσότερο από τα άλλα, τα οποία αρχίζουν να μικραίνουν και ονομάζονται άτρητα ωοθυλάκια. Το ένα ωοθυλάκιο που γίνεται μεγαλύτερο από τα άλλα εκκρίνει περισσότερο οιστρογόνα. Αυτό προκαλεί παλίνδρομη αναστολή της έκκρισης FSH από την πρόσθια υπόφυση. Η έλλειψη FSH δεν εμποδίζει την αύξηση του μεγαλύτερου ωοθυλακίου, γιατί η μεγάλη ποσότητα οιστρογόνων, την οποία εκκρίνει, ασκεί διεγερτική επίδραση στην αύξησή του. Η έλλειψη όμως του ερεθίσματος της FSH προκαλεί υποστροφή των άλλων ωοθυλακίων. (Βαρσαμίδης, 2001, σελ. 149).

Η διαδικασία της ατρησίας έχει μεγάλη σημασία γιατί επιτρέπει την ανάπτυξη ενός μόνο ωοθυλακίου ως το στάδιο της ωοθυλακιορρηξίας, κατά την οποία το μέγεθός του έχει φτάσει στο 1- 1,5 cm.

**Ώορρηξία:** Στη γυναίκα με κανονικό κύκλο 28 ημερών η ωορρηξία γίνεται 14 μέρες μετά την έναρξη της εμμηνορρυσίας. Λίγο πριν την ωορρηξία το εξωτερικό τοίχωμα του ωοθυλακίου, που προβάλλει από την ωοθήκη διογκώνεται γρήγορα και αρχίζει να αναβλύζει υγρό που προέρχεται από το ωοθυλάκιο. Δύο περίπου λεπτά αργότερα από το άνοιγμα βγαίνει στην περιτοναϊκή κοιλότητα ένα παχύρρευστο υγρό, που βρίσκονταν στην κεντρική περιοχή του ωοθυλακίου και περιέχει το ωάριο. Το κύτταρο αυτό, όπως και το αντίστοιχο κύτταρο του άνδρα το σπερματοζωάριο, έχει υποστεί μειωτική διαίρεση και περιέχει 23 χρωμοσώματα αντί των 46 που περιέχονται στα σωματικά κύτταρα του ανθρώπου.

Για την τελική ανάπτυξη του ωοθυλακίου και την ωορρηξία είναι αναγκαία η επίδραση της LH. Η συνεργική δράση και των δύο ορμονών (FSH & LH) προκαλεί την εξαιρετικά απότομη διόγκωση του ωοθυλακίου που καταλήγει στην ωορρηξία.

Η μάζα των κυττάρων που απομένουν στη θέση του ωοθυλακίου, που υπέστη ρήξη, ονομάζεται ωχρό σωματίο και εκκρίνει προγεστερόνη και οιστρογόνα. Οι ορμόνες αυτές προκαλούν με παλίνδρομο μηχανισμό ελάττωση της έκκρισης FSH και LH. Έτσι στη διάρκεια αυτής της περιόδου κανένα νέο ωοθυλάκιο δεν αναπτύσσεται. Όταν όμως, το ωχρό σωματίο εκφυλίζεται τελείως, έχει ως αποτέλεσμα την έκκριση μεγάλων ποσοτήτων FSH και μικρότερων LH, με συνέπεια την ανάπτυξη νέων ωοθυλακίων και την έναρξη ενός νέου ωοθηκικού κύκλου. Ταυτόχρονα η αναστολή της έκκρισης προγεστερόνης και οιστρογόνων οδηγεί στην εμφάνιση της εμμηνορρυσίας.

**Ώοι ωοθηκικές ορμόνες:** Οι δύο κατηγορίες ορμονών είναι η προγεστερόνη και τα οιστρογόνα.

**Ώοιστρογόνα:** Οι μεγαλύτερες ποσότητες αυτών, εκκρίνονται από τις ωοθήκες, αν και μικρές ποσότητες εκκρίνονται και από το φλοιό των επινεφριδίων. Στη διάρκεια της εγκυμοσύνης τεράστιες ποσότητες οιστρογόνων εκκρίνονται και από τον πλακούντα.

**Ώοπρογεστερόνη:** Όλη σχεδόν η προγεστερόνη εκκρίνεται από το ωχρό σωματίο στη διάρκεια του δεύτερου μισού του ωοθηκικού κύκλου. Κατά την εγκυμοσύνη, όμως

τεράστιες ποσότητες προγεστερόνης εκκρίνονται και από τον πλακούντα, ιδιαίτερα μετά τον τέταρτο μήνα της κύησης.

**Λειτουργίες των οιστρογόνων:** Κύρια λειτουργία αυτών είναι η πρόκληση κυτταρικής υπερπλασίας και αύξησης των ιστών των γεννητικών οργάνων και άλλων ιστών που σχετίζονται με την αναπαραγωγή. Κατά την εφηβεία και μετά η ποσότητα των οιστρογόνων που εκκρίνονται, κάτω από την επίδραση των γοναδοτροπινών της υπόφυσης, είναι 20πλάσια ή και μεγαλύτερη. Το μέγεθος των σαλπίνγων, της μήτρας και του κόλπου αυξάνεται, ενώ μεγαλώνουν και τα έξω γεννητικά όργανα με εναπόθεση λίπους στο εφήβαιο και στα μεγάλα χείλη και με αύξηση του μεγέθους των μικρών χειλέων του αιδοίου.

Επιπλέον, τα οιστρογόνα μετατρέπουν το κολπικό επιθήλιο από κυβικό σε πολύστιβο πλακώδες, που είναι πολύ πιο ανθεκτικό στους τραυματισμούς και στις λοιμώξεις. Τα οιστρογόνα προκαλούν εναπόθεση λίπους στους μαστούς, ανάπτυξη των ιστών του υποστρώματός τους και αύξηση και επέκταση του συστήματος των πόρων τους. Τα οιστρογόνα αυξάνουν την οστεοβλαστική δραστηριότητα και προκαλούν πρόωμη σύγκλειση των επιφύσεων των μακρών οστών. Η επίδραση αυτή είναι πολύ ισχυρότερη από την αντίστοιχη επίδραση της τεστοστερόνης στο σκελετό του αγοριού, με αποτέλεσμα η αύξηση του ύψους της γυναίκας να σταματά συνήθως μερικά χρόνια νωρίτερα από τον άνδρα. Τα οιστρογόνα αυξάνουν την εναπόθεση λίπους στον υποδόριο ιστό, ιδιαίτερα στους γλουτούς και στους μηρούς. Επίσης αυξάνουν την αγγείωση του δέρματος με αποτέλεσμα οι τομές του να αιμορραγούν περισσότερο από ότι άνδρα. (Βαρσαμίδης, 2001, σελ. 149-151)

**Δράση της προγεστερόνης:** Η σημαντικότερη δράση αυτής είναι η προαγωγή των εκκριτικών μεταβολών του ενδομητρίου και η προπαρασκευή της μήτρας για την εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου. Η προγεστερόνη προκαλεί εκκριτικές μεταβολές και στο βλεννογόνο των σαλπίνγων. Τα εκκρίματα που παράγονται έχουν μεγάλη σημασία για την θρέψη του γονιμοποιημένου ωαρίου. Η προγεστερόνη υποβοηθάει την ανάπτυξη των λοβίων και των αδενοκυψελών των μαστών προκαλώντας υπερπλασία των αδενικών κυττάρων, αύξηση του μεγέθους τους και μετατροπή τους σε εκκριτικά.

**Η γενετήσια πράξη στη γυναίκα:** Όπως συμβαίνει και με τον άνδρα, η επιτυχημένη σεξουαλική πράξη στη γυναίκα βασίζεται τόσο στην ψυχική όσο και την τοπική διέγερση των γεννητικών οργάνων της.

Η τοπική σεξουαλική διέγερση των γυναικών είναι όμοια με των ανδρών, γιατί η μάλαξη και η μηχανική ή άλλη διέγερση της περινεϊκής χώρας, των γεννητικών οργάνων και της ουρήθρας δημιουργούν γενετήσια αισθήματα. Ιδιαίτερα ευαίσθητη στην ενεργοποίηση σεξουαλικών αισθημάτων είναι η κλειτορίδα. Όπως και στον άνδρα, οι γενετήσιες αισθητικές ώσεις μεταβιβάζονται στα ιερά μυελότομια του νωτιαίου μυελού με το αιδοϊκό νεύρο και το ιερό πλέγμα. Μετά την είσοδό τους στο νωτιαίο μυελό οι ώσεις αυτές μεταβιβάζονται στον εγκέφαλο.

**Άστυση και εφύγρανση στη γυναίκα:** Γύρω από τον πρόδομο του κόλπου και στην κλειτορίδα υπάρχει στυτικός ιστός όμοιος μ' εκείνον που βρίσκεται στο πέος. Αυτός ο στυτικός ιστός ελέγχεται, όπως και του πέους, με τα παρασυμπαθητικά νεύρα, που φτάνουν στα γεννητικά όργανα με τα στυτικά νεύρα τα οποία ξεκινούν από το ιερό πλέγμα. Στις αρχικές φάσεις της γενετήσιας διέγερσης τα παρασυμπαθητικά νεύρα προκαλούν διαστολή των αρτηριών και σύσπαση των φλεβών των στυτικών ιστών επιτρέποντας, έτσι, τη γρήγορη συγκέντρωση αίματος με αποτέλεσμα ο πρόδομος του κόλπου να περισφίγγεται γύρω από το πέος. Αυτό συντελεί στη κορύφωση της σεξουαλικής διέγερσης του άνδρα και στην εκσπερμάτιση.

Παρασυμπαθητικές ώσεις φτάνουν επίσης στους βαρθολίνειους αδένες που βρίσκονται κάτω από τα μικρά χείλη του αιδοίου, και προκαλούν έκκριση βλέννας που είναι υπεύθυνη για μεγάλο μέρος της εφύγρανσης των γεννητικών οργάνων στη διάρκεια της σεξουαλικής πράξης. Η εφύγρανση, είναι αναγκαία για να προκληθεί, κατά τη συνουσία, ένα ικανοποιητικό αίσθημα μάλαξης κι όχι μηχανικού ερεθισμού.

**Άη γόνιμη περίοδος κάθε γενετήσιου κύκλου:** Μετά την έξοδό του από την ωοθήκη το ωάριο διατηρείται ικανό να γονιμοποιηθεί για 24 ώρες. Λίγα σπερματοζωάρια μπορούν να διατηρήσουν τη ζωτικότητα τους μέσα στο γενετήσιο σωλήνα της γυναίκας μέχρι 72 ώρες, ενώ τα περισσότερα δεν αντέχουν περισσότερο από 24 ώρες. Για να υπάρξει, συνεπώς, γονιμοποίηση, η συνουσία θα πρέπει να γίνει στο διάστημα μίας μέρας μετά την ωοθηλακιορρηξία (Βαρσαμίδης, 2001, σελ. 151-155).

## ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΣΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ

Οι αλλαγές που συμβαίνουν παίρνουν πολύ χρόνο, γιατί η ήβη είναι ένα φαινόμενο που διαρκεί και γίνεται βαθμιαία. Παρόλα αυτά, ορισμένα στάδιά της είναι θεαματικά. Τα πάντα γίνονται κάτω από την επίδραση των *ορμονών*. Μερικοί αδένες – υπόφυση, όρχις, ωθήκες – είναι ώριμοι να εκκρίνουν υγρά που ονομάζονται «ορμόνες». Αυτές οι ορμόνες κυκλοφορούν στο αίμα και μεταβάλλουν τα όργανα για τα οποία προορίζονται και τα οποία μεταμορφώνονται στη διάρκεια της ήβης.

Όλο το σώμα μεγαλώνει. Ιδιαίτερα τα ακραία σημεία του, όπως οι πατούσες, οι παλάμες και η μύτη. Η εξωτερική εμφάνιση, το περίγραμμα του σώματος, δηλαδή η σιλουέτα μεταβάλλονται. Και μαζί τους μεταβάλλεται και ο τρόπος σκέψης.

Τρίχωμα εμφανίζεται στο εφήβαιο και κάτω από τις μασχάλες, τα γεννητικά όργανα αυξάνουν σε όγκο και το δέρμα στο σημείο αυτό σκουραίνει. Τα πάντα έχουν πάρει θέση για να αρχίσει η περίοδος της *γονιμότητας*. (Ντολτό &, 2000, σελ. 22).

### ΣΤΑ ΑΓΟΡΙΑ

Η αλλαγή της φωνής, που ονομάζεται *βράγχος*, είναι πολύ πιο έντονη απ' ό,τι στα κορίτσια. Η φωνή αλλάζει λίγο ως πολύ απότομα. Καμιά φορά αυτό έχει ως αποτέλεσμα την παραγωγή πολύ περιεργών ήχων, λίγο παράφωνων. Όσον αφορά το παρουσιαστικό των αγοριών, εμφανίζονται ακόμη το μουστάκι και τα γένια.

Το πιο σημαντικό απ' όλα είναι ίσως και το πιο μυστικό: *οι στύσεις* γίνονται πιο συχνές και καταλήγουν σε παραγωγή σπέρματος. Ο πολλαπλασιασμός των στύσεων, με το πέος που φουσκώνει και σκληραίνει με το παράξενο ερεθισμό που τη συνοδεύει, είναι ένα φυσιολογικό φαινόμενο, που προκαλείται από τη συρροή αίματος στο πέος. Αυτό μπορεί να συμβεί συχνά την ώρα του ύπνου και γι' αυτό βρίσκουμε τα σημάδια του στο σεντόνι. Δεν είναι κάτι το σοβαρό, τ' αγόρια όμως αισθάνονται ενοχλημένα, κυρίως όταν στρώνει άλλος το κρεβάτι τους και μπορεί να καταλάβει τι συμβαίνει. Κάτι τέτοιο δεν πρέπει να προκαλεί ανησυχία, γιατί συμβαίνει σε όλους τους ενήλικους. Είναι ένα εξωτερικό σημάδι της ήβης, για το οποίο όμως δεν τολμάμε να μιλήσουμε με τους γύρω μας. Επειδή μάλιστα κανείς δεν είναι ξεθαρρεμένος μ' αυτό το θέμα, όλοι σιωπούν κι αυτό είναι πράγματι κρίμα. Είναι φυσιολογικό το αγόρι να νιώθει ταραγμένο, να θέτει ερωτήματα στον εαυτό του

και του κάνει πάντα καλό να μιλάει στους άλλους, καθώς βλέπει ένα σώμα ακόμη παιδικό να παράγει μια ουσία που του επιτρέπει να γίνει κιόλας πατέρας.

Εάν φανταστεί κανείς ότι η στύση σημαίνει *επιθυμία ή ερωτικό συναίσθημα*, τότε κινδυνεύει να πέσει σε παγίδα. Καμιά φορά αυτά τα δύο πάνε μαζί. Καμιά φορά όμως δεν έχουν καμιά σχέση μεταξύ τους. Η παγίδα επίσης βρίσκεται στο να νιώσει κανείς ένοχος όταν αυτές οι κρυφές στύσεις οδηγούν στον αθέλητο αυνανισμό. Στην πραγματικότητα πρόκειται για κάτι το πολύ συχνό και ολότελα φυσικό. (Ντολτό &, 2000, σελ. 23).

## ΣΤΑ ΚΟΡΙΤΣΙΑ

Η πρώτη περίοδος είναι ένα σημαντικό γεγονός στη ζωή κάθε γυναίκας. Μια φορά το μήνα οι ωοθήκες παράγουν ένα ωάριο (ωορρηξία). Η μήτρα, για να το δεχτεί, καλύπτεται από ένα στρώμα γεμάτο αιματώδη αγγεία, θρεπτικό για το ωάριο σε περίπτωση που αυτό γονιμοποιηθεί από ένα σπερματοζώαριο. Εάν το ωάριο δεν γονιμοποιηθεί, το στρώμα αυτό αχρηστεύεται και αποβάλλεται. Αυτή είναι η περίοδος. Η περίοδος αποτελείται λοιπόν από τα κατάλοιπα αυτού του στρώματος. (Ντολτό &, 2000, σελ. 24).

Όλα αυτά συμβαίνουν με την επίδραση των ορμονών που εκκρίνονται από τις ωοθήκες και την υπόφυση, ένα μικρό αδένιο που βρίσκεται στο κέντρο του εγκεφάλου. Αυτές οι ορμόνες προκαλούν επίσης μια ένταση στο στήθος ή σπασμούς που καμιά φορά προκαλούν πόνο στην κοιλιά. Τις περισσότερες φορές η περίοδος δεν πονάει πολύ. Όταν όμως είναι πραγματικά επώδυνη, τότε πρέπει να συμβουλευτούμε ένα γιατρό. (Ντολτό &, 2000, σελ. 24).

Το διάστημα μεταξύ δύο περιόδων λέγεται *κύκλος*. Η ωορρηξία συμβαίνει στη μέση περίπου του κύκλου, πράγμα που σημαίνει ότι η πρώτη ωορρηξία γίνεται πριν από την πρώτη περίοδο. Είναι σημαντικό λοιπόν τα κορίτσια να επισημαίνουν την ωορρηξία τους, γιατί τότε είναι η στιγμή που μπορούν να συλλάβουν ένα παιδί. Οι πρώτοι κύκλοι γίνονται συχνά χωρίς πραγματική ωορρηξία. Αν όμως υπήρξε ωορρηξία, η κοπέλα κινδυνεύει να μείνει έγκυος ακόμα και πριν την πρώτη της περίοδο. Η φύση, που στοχεύει στην αναπαραγωγή, κάνει τα πάντα για να διευκολύνει τη συνάντηση του ωαρίου με το σπερματοζώαριο. (Ντολτό &, 2000, σελ. 24).

Στη διάρκεια της ωορρηξίας και για μερικές ημέρες εκκρίνεται μια βλέννη που είναι εύκολα αντιληπτή και που βοηθά το κορίτσι να γνωρίσει τον κύκλο του. Η



βλέννη αυτή μοιάζει με το ασπράδι ωμού αυγού και είναι πολύ ελκυστική για τα σπερματοζωάρια, τα οποία παρασέρνει σαν κυλιόμενος τάπητας προς τη μήτρα και τις σάλπιγγες. Εκεί τα περιμένει το ωάριο. (Ντολτό &, 2000, σελ. 24).

Γι' αυτό ακριβώς το λόγο, τα ερωτικά παιχνίδια και οι πολύ στενές περιπτώξεις, ακόμα και χωρίς να υπάρχει διείσδυση, είναι επικίνδυνα σε περίοδο ωορρηξίας, γιατί η εκσπερμάτωση του αγοριού μπορεί να οδηγήσει στην *γονιμοποίηση*. Κάτι τέτοιο είναι σπάνιο αλλά καμιά φορά συμβαίνει. (Ντολτό &, 2000, σελ. 25).

Όταν ένα κορίτσι αρχίσει να έχει περίοδο, μπαίνει σ' ένα τρόπο ζωής κυκλικό, που μόνο οι γυναίκες γνωρίζουν. Όπως και να το κάνουμε, ο χρόνος δε κυλά για τις γυναίκες όπως κυλά για τους άντρες, δηλαδή ως μία συνέχεια. Ακόμα και με το χάπι, η γυναίκα βρίσκεται πάντοτε ανάμεσα σε δύο περιόδους. Στην αρχή ή στο τέλος του κύκλου αισθάνεται το σώμα της διαφορετικό, ανάλογο με τις στιγμές. Ακόμα και η διάθεσή της αλλάζει καμιά φορά. (Ντολτό &, 2000, σελ. 25).

Όταν έρθει η περίοδος, η σιλουέτα αλλάζει: το στήθος αναπτύσσεται, αποκτούμε περιφέρεια και γλουτούς. Όμως όλες αυτές τις μεταβολές δε τις αποδεχόμαστε εύκολα. Παράλληλα αλλάζει κι ο μεταβολισμός, δηλαδή ο τρόπος που ξοδεύουμε τις θερμίδες που παίρνουμε απ' τις τροφές. (Ντολτό &, 2000, σελ. 25).

Εάν ένα κορίτσι έχει την τάση να παχαίνει ή έχει κληρονομήσει μια ανάλογη οικογενειακή τάση, καλό θα ήταν, τη στιγμή που αρχίζει η ήβη, να μεταβάλει τη διατροφή του, ώστε να απορροφά λιγότερα λίπη και λιγότερη ζάχαρη. Κάτι τέτοιο όμως είναι δύσκολο σε μια περίοδο που αισθανόμαστε άβολα. (Ντολτό &, 2000, σελ. 25).

Η παγίδα βρίσκεται στο ότι από την πολύ έγνοια μήπως χάσουν τη γραμμή τους τα κορίτσια αρχίζουν τις υπερβολές που μπορεί να οδηγήσουν στη διανοητική ανορεξία, μια αρρώστια που τη συναντούμε συχνά στα κορίτσια και που τα καθιστά ανίκανα να φάνε για ψυχολογικούς λόγους (φόβους μήπως παχύνουν, μήπως γίνουν γυναίκες, φόβος για τη σεξουαλικότητα που μόλις έκανε την εμφάνισή της...). (Ντολτό &, 2000, σελ. 25).

*Η βουλιμία*, αντίθετα, είναι η ακατανίκητη επιθυμία να τρώμε, να γεμίζουμε το σώμα μας με τροφή χωρίς παρόλα αυτά να πεινάμε, καταβροχθίζοντας ότι βρεθεί μπροστά μας. Μερικά κορίτσια περνούν εναλλάξ από την ανορεξία στην βουλιμία, η οποία συνοδεύεται από εμετούς. Όλα αυτά τρομάζουν τους γονείς. Γι' αυτό και δραματοποιούν καμιά φορά μια μικρή έλλειψη όρεξης, η οποία όμως είναι

φυσιολογική, και μάλιστα υγιείς σ' αυτή την ηλικία. Αυτή η ανοησία κάνει συχνά γονείς και παιδιά να υιοθετούν μια άκαμπτη στάση, που επιδεινώνει την κατάσταση και οδηγεί στην αρρώστια. (Ντολτό &, 2000, σελ. 25- 26).

Όταν έχει κανείς προβλήματα βάρους, πραγματικά ή φανταστικά, το καλύτερο που έχει να κάνει είναι να πάει να μιλήσει ο ίδιος σ' ένα γιατρό που γνωρίζει καλά την ψυχολογία των εφήβων και τα προβλήματα διατροφής. Κάτι τέτοιο όχι μόνο βοηθάει τους εφήβους αλλά καθησυχάζει και τους γονείς. Αυτές οι μεταμορφώσεις βιώνονται δύσκολα τόσο από τα κορίτσια όσο κι από τ' αγόρια. Υπάρχουν τόσο σημαντικά πράγματα που περιμένουν απάντηση, που τα μπερδεύουν και δε τολμούν να μιλήσουν γι' αυτά! Έτσι λοιπόν μεταθέτουν συχνά την προσοχή τους σε πιο κοινά μέρη του σώματος. (Ντολτό &, 2000, σελ. 26).

Το πρόσωπο και τα μαλλιά αποκτούν μεγάλη σημασία. Το μακιγιάζ και κόμμωση αποτελούν έξοχους τρόπους να ασχολείται κανείς με το σώμα του, που μεταμορφώνεται, αντί να μιλά γι' αυτό χωρίς να έχει την ευχέρεια. (Ντολτό &, 2000, σελ. 26).

Όλη αυτή η διαδικασία κρατάει χρόνια, όσο χρόνο χρειάζεται κανείς για να φτιάξει το καινούριο του καβούκι. Αυτό δε μας κάνει να νιώθουμε πάντα βολικά, παρουσιάζει όμως πάντοτε ένα έντονο ενδιαφέρον. (Ντολτό &, 2000, σελ. 26).

#### **Αλίν, 16 χρονών**

Νιώθω να ζω περιμένοντας... χωρίς επιθυμία να κινηθώ. Όλα πάνε πολύ γρήγορα και κρατάνε πάρα πολύ. Φοβάμαι μήπως φάω κανένα χαστούκι. Πουθενά δεν είμαι καλά. Δραπετεύω... η δραπέτευση... είμαι σε αναμονή, αλλά τι περιμένω;

#### **Λοράν, 16 χρονών**

Εμείς οι νέοι δεν ξέρουμε να κάνουμε τίποτα άλλο από το να «κυνηγάμε τον εαυτό μας». Δεν είναι δικό μου αυτό, είναι από ένα τραγούδι Σαρλελί Κουτύρ και νομίζω ότι έτσι ακριβώς είναι.

#### **Ναταλί, 14 χρονών**

Εδώ και λίγο καιρό βλέπω ότι όλα μπερδεύονται, όλα είναι μπερδεμένα. Είμαι πολύ μπερδεμένη....

(Ντολτό &, 2000, σελ. 26)



## **Β' ΚΕΦΑΛΑΙΟ**

### **Α) ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΗΣΗ ΕΦΗΒΩΝ**

§ *Ορισμός*

§ *Πότε μαθαίνουμε πρώτη φορά για το σεξ*

§ *Πώς πρέπει να γίνεται η εκπαίδευση*

§ *Τι περιλαμβάνει το μάθημα της σεξουαλικής αγωγής*

§ *Ποιοι διδάσκουν το μάθημα και με ποια μέσα*

§ *Το όφελος από τη σεξουαλική αγωγή*

§ *Ο ρόλος της μητέρας*

§ *Η κατάσταση στη χώρα μας*

§ *Προτάσεις των εφήβων για τη σεξουαλική αγωγή*

### **Β) Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΗΣΗ ΤΩΝ ΕΦΗΒΩΝ**

## ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΗΣΗ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ

Η γενετήσια αγωγή, όπως μπορεί κανείς να την πει, αναφέρεται στις αρχές σύμφωνα με τις οποίες πραγματοποιείται η ενημέρωση του παιδιού ή του εφήβου πάνω στα θέματα των γεννητικών λειτουργιών και η διαφώτισή του σχετικά με τη στάση που πρέπει να τηρείται όσον αφορά του παρορμήσεις του γενετήσιου ενστίκτου. Οι σχέσεις των φύλων αναφέρονται επίσης και ως *σεξουαλική διαπαιδαγώγηση* (Κρεατσάς, 2003, σελ. 29).

Το θέμα της γενετήσιας αγωγής παρουσιάζει σήμερα πολλές αντιθέσεις και προκαλεί αρκετή σύγχυση. Η ευαισθησία γονέων και παιδιών και μερικές φορές οι αντίθετες απόψεις μεταξύ κράτους, κοινωνίας και θρησκείας προκαλούν την μεγαλύτερη δυσκολία στην επιμόρφωση της νεολαίας σε θέματα της γενετήσιας αγωγής. Η παρατήρηση αυτή βέβαια δεν μπορεί ούτε στο ελάχιστο να δικαιολογήσει την ανεπάρκεια συστηματικής εκπαίδευσης πάνω στα θέματα αυτά σε αρκετές χώρες, μεταξύ των οποίων και η δική μας. (Κρεατσάς, 2003, σελ. 29).

Η ανάγκη επομένως για επιμόρφωση ή τουλάχιστον ενημέρωση των εφήβων πάνω στα θέματα γενετήσιας αγωγής είναι επιβεβλημένη, αλλά και υποχρέωση του κράτους και της οικογένειας. Οι έφηβοι από την πλευρά τους επιθυμούν διακαώς να λύσουν έγκαιρα τις απορίες τους όσον αφορά τα θέματα των «επαφών» με το άλλο φύλο. Αυτό φαίνεται και από έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί σε σχολεία της χώρας μας, από τις οποίες προκύπτει ότι τα παιδιά αναζητούν με μεγάλο ενδιαφέρον πληροφορίες για το σεξ και για την αντισύλληψη. (Κρεατσάς, 2003, σελ. 30).

Από μελέτες που έγιναν στην Αγγλία διαπιστώθηκε ότι μεταξύ 6<sup>ου</sup> και 7<sup>ου</sup> έτους της ηλικίας το παιδί αρχίζει να αποκτά τις πρώτες εντυπώσεις σχετικά με την ύπαρξη και τις διαφορές των γεννητικών οργάνων μεταξύ των δύο φύλων. Οι εντυπώσεις αυτές σχηματίζονται νωρίτερα σε παιδιά που έχουν αδέρφια αντίθετου φύλου. Αργότερα, μερικά παιδιά έχουν την τύχη να ενημερώνονται από τους γονείς τους ή να επιμορφώνονται σχετικά με θέματα αναπαραγωγής στο σχολείο. (Κρεατσάς, 2003, σελ. 30-31).

Μια άλλη μελέτη, που επίσης πραγματοποιήθηκε στην Αγγλία, δείχνει ότι 1500 παιδιά ηλικίας 15-19 χρονών και των δύο φύλων είχαν ενημερωθεί για θέματα αναπαραγωγής. Τα μεν αγόρια στην ηλικία περίπου των 10,3 και τα δε

κορίτσια των 10 ετών. Από την ίδια μελέτη φαίνεται ότι η εκπαίδευση στο σχολείο σχετικά με την αντισύλληψη άρχιζε κατά μέσο όρο στα 14 και 14,4 χρόνια για τα αγόρια και τα κορίτσια αντίστοιχα. (Κρεατσάς, 2003, σελ. 31).

Η εκπαίδευση στο μάθημα της σεξουαλικής αγωγής πρέπει να είναι σταδιακή και προοδευτικά να επεκτείνεται από τα βασικά θέματα σε περισσότερο ειδικά.

Το παιδί παίρνει τα πρώτα μηνύματα από την οικογένεια. Στη συνέχεια στο δημοτικό σχολείο αρχίζει να μαθαίνει αδρά την ανατομική, τη φυσιολογία και τη λειτουργία των γεννητικών οργάνων του άντρα και της γυναίκας. Κατόπιν διδάσκονται στοιχεία για την αναπαραγωγή του ανθρώπου και παρέχονται βασικές γνώσεις για την περίοδο, την εγκυμοσύνη και τον τοκετό. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην υγιεινή των γεννητικών οργάνων. (Κρεατσάς, 2003, σελ. 31).

Στις πρώτες τάξεις του γυμνασίου το μάθημα της γενετήσιας αγωγής επεκτείνεται στην αντισύλληψη και στον οικογενειακό προγραμματισμό, στις διαταραχές της περιόδου και στην πρόληψη άλλων παθολογικών καταστάσεων του γεννητικού συστήματος. (Κρεατσάς, 2003, σελ. 31-32).

Ως εκ τούτου, τελειώνοντας το γυμνάσιο, οι έφηβοι έχουν ξεκαθαρίσει στο μυαλό τους τα βασικά θέματα της σεξουαλικής αγωγής και είναι έτοιμοι να αντιδράσουν σωστά σε κάποια σχέση με το άλλο φύλο. (Κρεατσάς, 2003, σελ. 32).

Στο λύκειο τα μαθήματα συνεχίζονται παραθέτοντας περισσότερες λεπτομέρειες για κάθε θέμα. Με βάση ορισμένες παθολογικές καταστάσεις των γεννητικών οργάνων και την αντιμετώπισή τους αναλύονται επίσης θέματα ψυχικής υγιεινής και κοινωνιολογίας, πάντοτε σε σχέση με τη σεξουαλική σχέση και την επαφή με το αντίθετο φύλο. (Κρεατσάς, 2003, σελ. 32).

*Τα μαθήματα γίνονται υπό μορφή συζήτησης και έχουν πάντα διαλογικό χαρακτήρα.*

Το περιεχόμενο και το επίπεδο της συζήτησης καθορίζεται από την ηλικία και το μορφωτικό επίπεδο των ατόμων που απευθύνεται. Η συζήτηση εστιάζεται κυρίως στην ιατρική άποψη της σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας, όπως στην ανατομία και φυσιολογία του γεννητικού συστήματος, στις αλλαγές που συμβαίνουν στο άτομο κατά την εφηβεία, την εφηβική εγκυμοσύνη, την πρόληψη από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (Σ.Μ.Ν.), την ενημέρωση για την

αντισύλληψη καθώς και την υγιεινή του αναπαραγωγικού συστήματος. (Κρεατσάς, 2003, σελ. 32).

Τα παραπάνω πρέπει να συνδυάζονται με την **ψυχοσεξουαλική ανάπτυξη του ατόμου**, που αφορά τη σωστή ενημέρωση στις διαφορές των δύο φύλων, τη δημιουργία σωστής στάσης και σεξουαλικής συμπεριφοράς κ.α. Η ανάλυση των θεμάτων περιλαμβάνει την παιδαγωγική, κοινωνική και ψυχολογική άποψη. (Κρεατσάς, 2003, σελ. 32-33).

Η εκπαίδευση ξεκινά από την οικογένεια. Οι γονείς οφείλουν πρώτα από όλα να ενημερώνονται οι ίδιοι και προοδευτικά να ενημερώνουν και το παιδί, χρησιμοποιώντας πάντα διάφορα παραδείγματα. Το σχολείο αποτελεί τον αμέσως επόμενο τόπο διδασκαλίας. Αργότερα η ενημέρωση μπορεί να συνεχιστεί σε ιδικά κέντρα, σχολές ή πανεπιστήμια, αν κάποιος το επιθυμεί. (Κρεατσάς, 2003, σελ. 33).

Πρόσφατα, διάφορες επιστημονικές εταιρίες, οργανώσεις, κρατικοί φορείς, δήμοι, κοινότητες και λαϊκά πανεπιστήμια οργανώνουν δωρεάν μαθήματα γενετήσιας αγωγής, προσπαθώντας έτσι να καλύψουν την ανάγκη επιμόρφωσης των νέων. (Κρεατσάς, 2003, σελ. 33).

Η διδασκαλία είναι συλλογική και δεν επιφορτίζει ένα μόνο άτομο. Ο ιατρός καλύπτει τα ιατρικά θέματα. Μια ειδικά εκπαιδευμένη ψυχολόγος παρουσιάζει τα ψυχολογικά προβλήματα του εφήβου, τα οποία σχετίζονται με τη γενετήσια δραστηριότητά του και τις διαταραχές της σεξουαλικής του συμπεριφοράς. Επιπλέον κοινωνιολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, επαγγελματίες υγείας και εκπαιδευτικοί αναλαμβάνουν τη διδασκαλία του μαθήματος έπειτα βέβαια από σχετική εκπαίδευση. Σ' αυτό το σημείο αξίζει να αναφέρουμε τη συμβολή της μαίας στο δύσκολο έργο της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης. Με τις γνώσεις που κατέχει μπορεί να πληροφορήσει τους εφήβους γύρω από την ανατομία-φυσιολογία και υγιεινή του γεννητικού συστήματος. Καθώς επίσης την αντισύλληψη, τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα αλλά και την έμμηνο ρήση, την εγκυμοσύνη, τον τοκετό κ.α. Θα τολμούσαμε να πούμε, όμως, ότι η συμβολή της είναι ακόμα μεγαλύτερη στην ψυχολογική υποστήριξη των εφήβων και στην καλύτερη αντιμετώπιση των προβλημάτων τους (Κρεατσάς, 2003, σελ. 33-35).

Το βιβλίο είναι η πλέον απαραίτητη πηγή από την οποία ο έφηβος θα πάρει τα στοιχεία που χρειάζεται. Η παρουσίαση του κειμένου με τη μορφή ερωτήσεων κι απαντήσεων διεγείρει το ενδιαφέρον του εφήβου. Οι εικόνες και τα σχήματα βοηθούν στην καλύτερη κατανόηση των αναφερόμενων λειτουργιών. Η ενημέρωση μέσα από ένα άρθρο περιοδικού ή εφημερίδας μπορεί να προκαλέσει σύγχυση στον έφηβο, αν δεν έχει λάβει προηγουμένως τις απαραίτητες βασικές γνώσεις. Η τηλεόραση και ο κινηματογράφος βοηθούν θετικά, γιατί κεντρίζουν το ενδιαφέρον για αναζήτηση πληροφοριών. Κατάλληλη μέθοδος διδασκαλίας του μαθήματος θεωρείται η προβολή μιας καλής ταινίας και στη συνέχεια η συζήτηση πάνω σ' αυτή. Στο σχολείο τέλος πρέπει να χρησιμοποιούνται εικόνες, σχεδιαγράμματα, χάρτες, προπλάσματα και διαφάνειες για την καλύτερη κατανόηση του μαθήματος (Κρεατσάς, 2003, σελ. 34-35).

Όπως διαπιστώνεται από τα παραπάνω, όταν το παιδί είναι ενημερωμένο πάνω στα θέματα της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης αποφεύγονται δυσάρεστα προβλήματα, όπως οι φλεγμονές των γεννητικών οργάνων, οι ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες και οι εκτρώσεις, οι ψυχικές διαταραχές κ.α. Παράλληλα το παιδί μαθαίνει το σώμα του, τον τρόπο επαφής με το άλλο φύλο, ξέρει να εντοπίζει ορισμένες παθολογικές καταστάσεις και συμβουλευεται έγκαιρα και χωρίς φόβο τους γονείς του για το γιατρό. (Κρεατσάς, 2003, σελ. 35).

Από την παιδική κιόλας ηλικία η μητέρα πρέπει να μαθαίνει στο παιδί την καθαριότητα του σώματος και την υγιεινή των γεννητικών οργάνων, έτσι ώστε από μικρό να συνηθίσει από μόνο του να πλένεται καθημερινά και να μην φοβάται το νερό και το σαπούνι. (Κρεατσάς, 2003, σελ. 35).

Αργότερα, η μητέρα εξηγεί στο κορίτσι το ρόλο των γεννητικών οργάνων και του μιλιά για την εμφάνιση της περιόδου. Δυστυχώς ακόμα και σήμερα δεν είναι σπάνιο ένα κορίτσι να επιστρέφει τρομαγμένο από το σχολείο γιατί είδε αίμα να βγαίνει από τα γεννητικά του όργανα και αιφνιδιάστηκε. Παράλληλα η μητέρα αρχίζει να μιλά στο παιδί γενικά για την αναπαραγωγή. Έτσι το κορίτσι έρχεται πιο κοντά με τη μητέρα του, την εμπιστεύεται και εύκολα μπορεί να της μιλήσει, αν κάτι του συμβεί. (Κρεατσάς, 2003, σελ. 35-36).

Πολλοί θεωρούν ότι το αγόρι δεν είναι απαραίτητο να ενημερώνεται. Σ' αυτό συντελεί η αμέλεια ορισμένων γονέων και η έλλειψη κινήτρων για ενημέρωση. Η

τακτική αυτή είναι λανθασμένη. Το αγόρι πρέπει να ενημερώνεται εξίσου σ' όλα τα θέματα, ακόμα και γι αυτά που αφορούν το άλλο φύλο. (Κρεατσάς, 2003, σελ. 36).

*Ἡ παρακάτω έρευνα μας αποκαλύπτει ποια είναι η κατάσταση που επικρατεί στην χώρα μας γύρω από τη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση (τα στοιχεία έχουν παραχωρηθεί από την κυρία Βάσω Παναγιωτοπούλου- Γκόλτσιου):*

Στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε με τη συμπλήρωση ανώνυμου ερωτηματολογίου και έλαβαν μέρος 1000 γονείς (400 άντρες και 600 γυναίκες ηλικίας 30- 45 χρόνων, όλοι απόφοιτοι γυμνασίου) και 1000 έφηβοι (456 αγόρια και 544 κορίτσια, ηλικίας 11- 17 χρόνων, όλοι οι μαθητές της αντίστοιχης σχολικής βαθμίδας) διαπιστώθηκαν τα εξής:

Από τις απαντήσεις των γονέων στο ερώτημα από ποιόν ενημερώθηκαν σε ότι αφορά το σεξουαλικό θέμα, βρέθηκε ότι οι περισσότεροι ενημερώθηκαν από κάποιο συνομήλικο ή φίλο- γνωστό ή από βιβλία. Ως τρίτη πηγή πληροφόρησης αναφέρονται οι γονείς τους και τελευταία ο δάσκαλος στο σχολείο.

Οι περισσότεροι γονείς (ποσοστό 70%) έκριναν ότι η ενημέρωσή τους ήταν ελλιπής κι ότι θα ήθελαν να είχαν λάβει περισσότερες πληροφορίες σχετικά με το θέμα. Περισσότεροι από το 80% ανέφεραν τη δυσκολία που είχαν ως γονείς να ενημερώσουν τα παιδιά τους αναφορικά με το σεξουαλικό θέμα, λέγοντας χαρακτηριστικά: «Το παιδί ζητούσε να μάθει περισσότερα, αλλά δεν ήμουν σε θέση να του εξηγήσω...». «Της μίλησα πολύ λίγο, γιατί νόμιζα ότι ήταν πολύ δύσκολο να της τα πω όλα». «Δίσταζα να του μιλήσω, γιατί φοβόμουν ότι έτσι θα έχανα το σεβασμό του παιδιού μου...Εκείνο με τη σειρά του δίσταζε να με ρωτήσει, γιατί φοβόταν ότι έτσι θα έχανε την αγάπη μου»

Το μεγαλύτερο ποσοστό των γονέων (90%) πιστεύει ότι η εφαρμογή του μαθήματος της σεξουαλικής αγωγής στα σχολεία θα έχει επιτυχία. Πολλοί μάλιστα απ' αυτούς (ποσοστό 51%) πιστεύουν ότι ένα παρόμοιο πρόγραμμα ως εκπαιδευτικό μάθημα πρέπει να αρχίζει από το δημοτικό, άλλοι (ποσοστό 19%) από το γυμνάσιο.

Τα θετικά ενός προγράμματος σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης, όπως αναφέρονται από τους γονείς, είναι:

§ Η σωστή ενημέρωση



§ Η συνειδητοποίηση και η εξοικείωση του παιδιού με το σώμα του

§ Η ωρίμανση της προσωπικότητας του παιδιού

§ Ο ξεκάθαρος ρόλος άνδρα – γυναίκας

§ Η ευκολότερη επικοινωνία των δύο φύλων

Οι προτάσεις των γονέων σχετικά με την εφαρμογή ενός προγράμματος σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης εστιάζονται σε δύο κύρια σημεία:

1. Οι γονείς επισημαίνουν την ανάγκη η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση να γίνεται από άτομα που είναι ειδικοί, με άριστη επαγγελματική κατάρτιση, αγάπη και ευαισθησία για τα παιδιά. Και αυτό, γιατί όπως είπε κάποιος γονιός: «Πάνω απ' όλα, ότι αφορά σχέσεις αγάπης, πρέπει να γίνεται μέσα σε κλίμα αγάπης».

Προτείνουν ότι ένα πρόγραμμα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης πρέπει να περιλαμβάνει τα εξής θέματα: ανατομία των δύο φύλων, βιολογική αναπαραγωγή, αντισύλληψη, πατρότητα-μητρότητα με ιδιαίτερη έμφαση στο συναισθηματικό-ψυχολογικό κόσμο του ατόμου.

2. Τονίζουν ότι η ευαισθητοποίηση ως προς το θέμα της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης πρέπει να αφορά πρώτα απ' όλα τους ίδιους τους γονείς, οι οποίοι με τη σειρά τους θα ευαισθητοποιηθούν και θα ενημερώσουν τα παιδιά τους σχετικά με το θέμα.

Συγκεκριμένα, όταν οι γονείς ρωτήθηκαν ποιον θεωρούν καταλληλότερο για την κατατόπιση των παιδιών τους στο σεξουαλικό θέμα, οι περισσότεροι απάντησαν ότι θεωρούν τη συνεργασία του σχολείου και των ίδιων ως τον καλύτερο τρόπο για την προσέγγιση αυτού του θέματος.

Ορισμένες απόψεις των γονέων, όπως ακριβώς εκφράστηκαν στο θέμα αυτό, είναι:

§ Πρέπει να γίνεται συμβουλευτική γονέων από ειδικούς.

§ Συντονισμός γονέων-σχολείου στην αντιμετώπιση παιδιών.

§ Χρειάζεται από κοινού (γονείς-σχολείο) χάραξη πορείας.

§ Σωστή σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των παιδιών σημαίνει πρώτα απ' όλα σεξουαλική ωριμότητα των γονέων τους.

§ Το σημαντικότερο είναι να μπορέσουν οι γονείς να μιλήσουν σωστά και ελεύθερα στα παιδιά τους.

§ Ευαισθητοποίηση γονέων με μορφή μαθημάτων προς τους ίδιους.

- § Η ενημέρωση πρέπει πρώτα να γίνει στους γονείς, οι οποίοι δυστυχώς πολλές φορές δε γνωρίζουν ούτε οι ίδιοι το σώμα τους και τα συναισθήματά τους.
- § Για να επιτευχθεί η σωστή σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των παιδιών πρέπει προηγουμένως να εξασφαλιστεί η σεξουαλική και συναισθηματική ωριμότητα των γονέων και των ειδικών που θα διδάξουν το μάθημα της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης.
- § Όχι απλές συζητήσεις, αλλά ουσιαστική συνεργασία γονέων-σχολείου για τη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση.

Οι έφηβοι της έρευνας αναφέρουν ως πηγές πληροφόρησης γύρω από το σεξ τα βιβλία και τα μέσα ενημέρωσης (ποσοστό 53%), τους γονείς (ποσοστό 20%), φίλους ή γνωστούς (ποσοστό 17%) και το σχολείο (ποσοστό 10%)

Εντυπωσιακό είναι το γεγονός ότι όλοι σχεδόν οι έφηβοι (ποσοστό 97%) πιστεύουν πως η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση πρέπει να διδάσκεται στο σχολείο και προτείνουν σε ποσοστό 50% η διαπαιδαγώγηση να αρχίζει από το δημοτικό, σε ποσοστό 30% από το νηπιαγωγείο, σε ποσοστό 12% από το γυμνάσιο και 5% από το λύκειο. (Κρεατσάς, 2003, σελ. 36-38).

*Σε αυτό το σημείο αξίζει να αναφερθούν οι προτάσεις των ίδιων των εφήβων για τη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση:*

- Ø Πρέπει να γίνεται πλήρης ενημέρωση από μικρή ηλικία κι από ειδικούς.
- Ø Η ενημέρωση και η διαφώτιση δε βλάπτουν ποτέ και σε κανένα θέμα.
- Ø Να διδάσκεται από μικρή ηλικία κι από υπεύθυνα άτομα, έτσι ώστε να εκλείψει η άγνοια και οι λαθεμένες γνώσεις.
- Ø Να ενημερώνονται τα παιδιά, για να γίνει πρόληψη γεννήσεων παιδιών με κάποιο πρόβλημα.
- Ø Να εδραιωθεί η εμπιστοσύνη σχολείου-γονέων-παιδιών.
- Ø Να συνδέεται η ενημέρωση με το συναισθηματισμό του ατόμου.
- Ø Να γίνεται η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση από ανθρώπους χωρίς «ταμπού» και που έχουν ξεπεράσει τα δικά τους προβλήματα.
- Ø Όταν κάποιος ρωτά, να μαθαίνει την αλήθεια ακόμη και στη νηπιακή ηλικία.
- Ø Επιτέλους ας διδαχθεί η σεξουαλική αγωγή στα ελληνικά σχολεία, για να έχουμε λιγότερους βιασμούς, κακοποιήσεις παιδιών, αιμομιξίες, ψυχρότητες κ.α.

- Ø Να μη θεωρείται κρυφό θέμα και να αναλάβουν οι γονείς να μιλούν στα παιδιά τους με τον ίδιο τρόπο όπως και για όλα τα άλλα θέματα.
- Ø Συνεργασία «ειδικών» και γονέων και στη συνέχεια ανοιχτές συζητήσεις με τα παιδιά.
- Ø Η διαπαιδαγώγηση να γίνεται πρώτα στους γονείς και έπειτα στα παιδιά.
- Ø Να αρχίζει το συντομότερο και προετοιμάζονται οι γονείς να τη δεχτούν πρώτοι, για να περάσουν τα μηνύματα πιο εύκολα και πιο συνειδητά στα παιδιά.
- Ø Να γίνονται ομιλίες στους γονείς των παιδιών.
- Ø Να γίνει αυστηρή επιλογή των ανθρώπων που θα αναλάβουν τη διαφώτιση.

Από τις απαντήσεις-προτάσεις των παιδιών για την εφαρμογή σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης στο πλαίσιο του σχολείου φαίνεται ότι οι έφηβοι στη χώρα μας θεωρούν (σε ποσοστό 80%) απαραίτητη τη συμμετοχή των γονέων. Επιπλέον, όταν ρωτήθηκαν αν έχουν άνεση να συζητούν σχετικά θέματα με τους γονείς τους, ένα ποσοστό 58% απάντησε καταφατικά ενώ οι υπόλοιποι έδωσαν αρνητική απάντηση. Τέλος, κάτι που ζητούν όλοι οι έφηβοι είναι να λείπει από τη νοοτροπία των γονέων τους η «διπλή ηθική»: επιτρέπω στο αγόρι, απαγορεύω στο κορίτσι.

Η παρατήρηση αυτή σε συνδυασμό με τη μεγάλη επιθυμία των εφήβων για πληροφόρηση αυξάνει τις υποχρεώσεις των μεγαλύτερων -γονέων και δασκάλων- για πληρέστερη ενημέρωση των παιδιών.

Παράλληλα πρέπει να τονίζεται στους νέους ότι η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση δεν αφορά μόνο τις γενετήσιες σχέσεις, αλλά όλο το φάσμα των βασικών γνώσεων της φυσιολογίας και ανατομίας του ατόμου, με αποτέλεσμα να μη δημιουργούνται ερωτηματικά κατά τη διάρκεια της διδασκαλίας σε ειδικότερα θέματα.<sup>6</sup>(Κρεατσάς, 2003, σελ. 38-39).

## Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΗΣΗ

"Είμαι σε θέση να κάνω έρωτα;", "Τη σημαίνει διαστροφή;", "Είναι κακό ν' αυνανίζομαι;", "Ποια είναι τα αφροδίσια νοσήματα;", "Ποιος θεωρείται ομοφυλόφιλος;", "Πώς μπορεί να πάθει κανείς AIDS;", "Πρέπει να πάω σε Υπηρεσία Οικογενειακού Προγραμματισμού;", "Τι είναι ο οργασμός;", "Τι είναι η ονειρώξη;", "Όταν σπάσει ο παρθενικός υμένας θα πονέσω;", "Τι είναι οι σεξουαλικές ανωμαλίες;", "Πώς να μάθω να λέω 'όχι' σε μια πρόταση να κάνω έρωτα;" Είναι μερικά από τα ερωτήματα των εφήβων, καθώς στην ηλικία αυτή οι σεξουαλικές ορμές αυξάνουν (<http://www.in.gr/index.html>)

Παρότι η σεξουαλικότητα είναι σημαντική για όλους, δεν είναι εύκολη για κανέναν. Ούτε καν για τους μεγάλους. Επειδή δεν αποτελεί κάτι το αυτονόητο, είναι πάντοτε δύσκολο να μιλάμε γι' αυτή με απλό τρόπο. Υπάρχει βέβαια κι ο παράγοντας της ωριμότητας που συμβάλλει σ' αυτό. Νιώθουμε άβολα όταν σκεφτόμαστε τη σεξουαλικότητα, τη στιγμή που δεν είμαστε έτοιμοι να τη ζήσουμε. Όμως ακόμα και τα πιο μπερδεμένα πράγματα απλοποιούνται από μόνα τους όταν φτάνουν στην κατάλληλη στιγμή, δηλαδή όταν νιώθει κανείς ικανός να το ζήσει (Ντολτό &, 2000, σελ. 41).

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση είναι πολύ σημαντικός γιατί μια νοσηλεύτρια είναι «προικισμένη» όχι μόνο από τις απαραίτητες γνώσεις ιατρικής και υγιεινής αλλά κυρίως από τις εμπειρίες της στους τομείς της επικοινωνίας με τους εφήβους και γενικά τη διαπροσωπική προσέγγιση ατόμων και ομάδων, στην άσκηση σχεδιασμού, οργάνωσης, εκτέλεσης και αξιολόγησης των δραστηριοτήτων της αγωγής υγείας. Τα προσόντα αυτά η νοσηλεύτρια τα αντλεί από τα μαθήματα κατά τη διάρκεια των σπουδών της (συμβουλευτική, πρόληψη, έρευνα, παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας, τριτοβάθμιας περίθαλψης), από επισκέψεις σε ιατρικά κέντρα παιδικής και εφηβικής γυναικολογίας, από σεμινάρια και ομιλίες, από συνέδρια, από μαθήματα και σχετικές ομιλίες στις σχολικές αίθουσες. Έτσι, μπορεί ευκολότερα να προσεγγίσει τους εφήβους και τα προβλήματά τους. Καταφέρνει, δηλαδή, να επιμορφώσει, να διαπαιδαγωγήσει, να ευαισθητοποιήσει τους εφήβους και να τους δώσει χρήσιμες συμβουλές για τις δύσκολες πλευρές της σεξουαλικής ζωής.

Όλα αυτά η νοσηλεύτρια μπορεί να τα επιτύχει με την προληπτική συμβουλευτική, η οποία περιλαμβάνει την ενημέρωση γύρω από την ανατομική κατασκευή των ζωτικών σημείων και τη φυσιολογική λειτουργικότητα του αναπαραγωγικού συστήματος, τη σεξουαλική φυσιολογία του ανθρώπου, τις διάφορες ανωμαλίες που τυχόν μπορεί να υπάρχουν στα γεννητικά όργανα του αγοριού ή του κοριτσιού, τη σωστή τήρηση των κανόνων της υγιεινής, τις διάφορες μεθόδους αντισύλληψης και κυρίως αυτές που εξυπηρετούν τους εφήβους, τους κινδύνους και τους τρόπους προφύλαξης από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και, τέλος, να ενημερώνει τους γονείς, να μην τρομοκρατούν τα παιδιά για να τους εμπνεύσουν τον φόβο γύρω από τη σεξουαλική ορμή.

Μια άλλη, επίσης μέθοδος που χρησιμοποιεί η νοσηλεύτρια για να διαπαιδαγωγήσει τους εφήβους είναι η ενημέρωση σε οργανωμένες συγκεντρώσεις σε σχολεία ή κέντρα απασχόλησης νέων, όπου μπορεί να πραγματοποιηθεί διάλογος μεταξύ των παιδιών και της νοσηλεύτριας, ώστε να εκφράσουν τις απορίες τους οι έφηβοι και να πάρουν τις απαντήσεις τους από ένα πρόσωπο που θα έχουν πρώτα εμπιστευτεί. Άρα πρωτεύουσα σημασία για τη διαπαιδαγώγηση των εφήβων παίζει η κατάκτηση της εμπιστοσύνης από μέρος της νοσηλεύτριας και η διάθεση των εφήβων να εκφράσουν τις απορίες τους πάνω στο σώμα τους και στις σεξουαλικές τους σχέσεις.

Η νοσηλεύτρια είναι σε θέση να βοηθήσει τους εφήβους να απαλλαγούν από τις διάφορες φοβίες που τους δημιουργεί το άγνωστο. Θα πρέπει να ενθαρρύνει τους νέους και να τους κατατοπίζει για την ανάγνωση κατάλληλων βιβλίων, επιστημονικά αναγνωρισμένα κι όχι από διάφορα περιοδικά που κυκλοφορούν στο εμπόριο. Πρέπει να βοηθάει τους εφήβους σε περίπτωση που τους διακατέχουν συναισθήματα ενοχής γύρω από τους τρόπους εκδήλωσης της σεξουαλικής τους ορμής, έτσι συμβάλλει στην αποκατάσταση της σεξουαλικής υγείας. Επίσης, η νοσηλεύτρια θα πρέπει να κάνει τους νέους να αποβάλλουν το αίσθημα της ντροπής που καλλιεργείται σε σχέση με τη σεξουαλική λειτουργία κι αυτό θα επιτευχθεί αν οι γονείς και οι δάσκαλοι μαθαίνουν στα παιδιά τα σωστά ονόματα των σεξουαλικών οργάνων. Μια νοσηλεύτρια ακόμη, μπορεί να κατατοπίσει τον έφηβο με στοιχειώδεις γνώσεις σεξουαλικής τεχνικής.

Θα πρέπει με κατάλληλη επιχειρηματολογία να γίνει πιστευτή, η νοσηλεύτρια, στο γεγονός ότι η σεξουαλική λειτουργία είναι μια υπέροχη λειτουργία και η

σεξουαλική ρώμη είναι ένα δώρο που θα έπρεπε να το χαίρονται όλες οι ανθρώπινες υπάρξεις.

Θα πρέπει μέσω συζητήσεων να δώσει στο κοινό να καταλάβει ότι η ικανοποιητική φυσική ένωση του νεαρού ζευγαριού είναι αδύνατον να πραγματοποιηθεί αν οι σύζυγοι συμπεριφέρονται ατομιστικά στην έγγαμη και ιδιαίτερα στην σεξουαλική τους ζωή. Είναι απαραίτητο να τονίσει για το πνεύμα της σεξουαλικής συντροφικότητας και εμπιστοσύνης που πρέπει να υπάρχει στους συζύγους.

Θα πρέπει να παροτρύνει τους γονείς για τον ενεργό ρόλο που έχουν στο σεξουαλικό ζήτημα των παιδιών τους. Αν οι γονείς καλλιεργούν στα παιδιά τους την ιδέα πως οι σεξουαλικές σχέσεις είναι κάτι το ταπεινωτικό ή ανήθικο, τότε τα παιδιά τους θα κληρονομήσουν μια νηπιακή σεξουαλική αντίδραση και συμπεριφορά.

*Ο ρόλος της νοσηλεύτριας έγκειται επίσης:*

Στην ενημέρωση για τις αντικειμενικές παραδεκτές βιολογικές αλήθειες. Η σεξουαλική λειτουργία θα πρέπει να προσδιοριστεί σε μια μορφή ανθρώπινης έκφρασης, στο σωματικό και ψυχικό πεδίο, αλλά και μια μορφή ανθρώπινης επικοινωνίας ( <http://www.in.gr/index.html>).

Στην ενημέρωση για την κοινωνική πραγματικότητα, δηλαδή τη στάση της Ελλάδας- σε σχέση με άλλες κοινωνίες- σχετικά με τη σεξουαλική δραστηριότητα των ατόμων, τη σχετικότητα των αξιών και τέλος την αντίφαση που συχνά παρατηρείται ανάμεσα στα εκάστοτε ιδεώδη της κοινωνίας- νομικά, θρησκευτικά, ηθικά- και στην πρακτική των διαφόρων ατόμων ( <http://www.in.gr/index.html>).

Να ενθαρρύνουν την κρίση του ατόμου απέναντι στα ερεθίσματα που δέχονται ώστε να μπορούν να επιλέξουν τις ανάγκες τους βάση του νου τους (<http://www.in.gr/index.html>).

Να υποστηρίξουν το άτομο στην εξερεύνηση των λειτουργιών του σώματός του και στη συμμετοχή του στις διαδικασίες μάθησης. Με το διάλογο τονώνεται η αυτοπεποίθηση του εκπαιδευόμενου με την αποδοχή και απάντηση των αναγκών και ερωτημάτων του. Η σεξουαλική αγωγή θα βοηθήσει το άτομο να καταλάβει τις δικές του ανάγκες και μέσα από αυτές να επιλέξει την κατάλληλη αντισυλληπτική μέθοδο που του ταιριάζει. Τέλος, η σεξουαλική λειτουργία δεν πρέπει να αντιμετωπίζεται απλά σαν μια σειρά προβλημάτων αλλά πρώτα να τονίζονται οι χαρακτήρες της που άλλωστε έχουν μεγαλύτερη σημασία ( <http://www.in.gr/index.html>).

Έτσι βοηθάει στη μείωση των εκτρώσεων, στην αύξηση της απόλαυσης που αντλούν οι άνθρωποι από τη γενετήσια ζωή τους και μείωση των σεξουαλικών διαταραχών. ( <http://www.in.gr/index.html>)

Επίσης ένας από τους ρόλους της νοσηλεύτριας είναι να τονίσει τον βασικό στόχο του Οικογενειακού Προγραμματισμού, που είναι η αντιμετώπιση του προβλήματος της γονιμότητας και η διεύρυνση και θεραπεία της συζυγικής στειρότητας. ( <http://www.in.gr/index.html>)

Τέλος πρέπει να της δοθεί η δυνατότητα να διδάσκει το μάθημα της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης στα σχολεία, εφόσον οι γνώσεις της και η κατάρτισή της σε θέματα σεξουαλικής αγωγής είναι μεγάλη. ( <http://www.in.gr/index.html>)

# Γ' ΚΕΦΑΛΑΙΟ

## **A) ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ ΚΑΙ Σ.Μ.Ν.**

§ *Αντισύλληψη*

§ *Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα*





## ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ

*Αντισύλληψη* σημαίνει παρεμπόδιση μίας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης. Η αντισύλληψη εξυπηρετεί στο σωστό προγραμματισμό μιας οικογένειας, δίνοντας τη δυνατότητα στο ζευγάρι να αποφασίσει αν και πότε θα αποκτήσει παιδιά και πόσα, γιατί το μέγεθος δεν πρέπει να είναι θέμα τύχης, αλλά επιλογή του ζευγαριού (Βουλγαριδής, 2002, σελ. 151).

Μέθοδοι για να εμποδιστεί μια εγκυμοσύνη συναντώνται από πάρα πολύ παλιά. Οι αρχαίοι Αιγύπτιοι χρησιμοποιούσαν διαφράγματα από μέλι και natron (παράγωγο της σόδας) για να σκοτώσουν το σπέρμα, ενώ ο Ιπποκράτης ο Κώος στους αφορισμούς του συναντά αντισύλληψη με τοποθέτηση μολύβδινου σωλήνα στον κόλπο, σφηνωμένου εν μέρει στο τραχηλικό στόμιο (πρόγονος ενδομητρικού σπειράματος ,πρώτη αναφορά στην ιστορία). Από τότε πολλές άλλες μέθοδοι έχουν επινοηθεί και ακόμη σήμερα αναζητείται μια αντισυλληπτική μέθοδος που να παρέχει απόλυτη ασφάλεια και να μην έχει παρενέργειες. Ιδιαίτερα σήμερα, που η σεξουαλική ζωή αρχίζει αρκετά νωρίς σε σύγκριση με προηγούμενες εποχές, σε μια ηλικία που μια εγκυμοσύνη από τη μία μπορεί να είναι επικίνδυνη για την υγεία της κοπέλας και από την άλλη μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα στην επαγγελματική και κοινωνική της ζωή, από τη μια η σωστή ενημέρωση κι άλλη η συνεχής αναζήτηση ασφαλέστερων μεθόδων αντισύλληψης έχουν αποκτήσει μεγάλο ενδιαφέρον (Βουλγαριδής, 2002, σελ. 151- 152).

Η αντισύλληψη στην εφηβεία συνιστά αντικείμενο αυξημένου ενδιαφέροντος μεταξύ φορέων υγείας, γιατρών, γονέων και εκπαιδευτών. Επίσης είναι συχνό θέμα συζήτησης και προβληματισμού στις παρέες των νέων.<sup>6</sup>

Η ηλικία της εφηβείας έχει πολλές ιδιαιτερότητες. Κατ' αρχήν μια εγκυμοσύνη σε αυτή την ηλικία συνοδεύεται από αρκετές και σοβαρές συνέπειες για την φυσική και ψυχική υγεία της έφηβης, οπότε η αντισύλληψη θα πρέπει να είναι η πιο αποτελεσματική, αλλά ταυτόχρονα να είναι ακίνδυνη για τον οργανισμό της έφηβης.<sup>6</sup>

Θεωρούμε λοιπόν ότι η σωστή ενημέρωση γονέων, εκπαιδευτικών και παιδιών θα δημιουργήσει τις κατάλληλες βάσεις, οι οποίες θα τεθούν από την ίδια την οικογένεια και θα ενισχυθούν στο σχολείο από τους εκπαιδευτικούς.<sup>6</sup>

Η πολιτεία, θέλοντας να συμβάλει ακόμα περισσότερο, δημιούργησε Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού σε νοσοκομεία της χώρας και προσδοκά να προσφέρει καλύτερη και πληρέστερη ενημέρωση στα νέα ζευγάρια, ώστε να μπορούν να αποφασίζουν πότε θα δημιουργήσουν οικογένεια.<sup>6</sup>

#### **ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ**

- ⊕ Όχι τακτικές σχέσεις
- ⊕ Αγνοια ή παραπληροφόρηση
- ⊕ Διαταραχές του κύκλου
- ⊕ Φόβος για ενημέρωση και λήψη φαρμακευτικών ουσιών
- ⊕ Επικοινωνία με συνομηλίκους
- ⊕ Πληροφορίες από τα Μ.Μ.Ε.

#### **ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ**

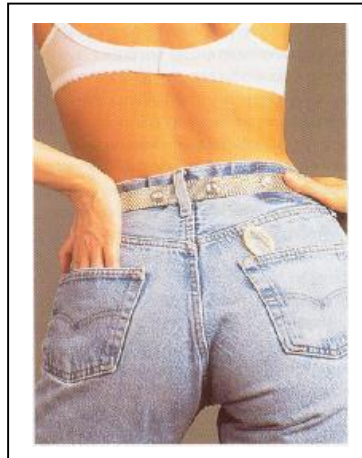
##### ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΟΙΤΕΛΑ:

- ΦΥΣΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ :Μιλάμε για την περιοδική αποχή
  - à ημερολογιακή μέθοδος του ρυθμού
  - à μέτρηση της βασικής θερμοκρασίας
  - à εξέταση τραχηλικής βλέννας
  - à ηλεκτρονικοί ανιχνευτές ορμονών
  - à συμπτωθερμική μέθοδος
- ΜΗΧΑΝΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ:Μιλάμε για την εφαρμογή ενός μηχ/κου εμποδίου
  - à διάφραγμα
  - à αντισυλληπτικοί σπόγγοι
  - à γυναικείο προφυλακτικό
- ΧΗΜΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ:Μιλάμε για χημικές μη ορμονικές ουσίες
  - à κολπικές πλύσεις
  - à σπερματοκτόνα
- ΟΡΜΟΝΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ:Μιλάμε για ορμονικές ουσίες με αντισυλληπτική δράση
  - à από του στόματος αντισυλληπτικά(το χάπι)
  - à αντισύλληψη μετά την συνουσία (επείγουσα αντισύλληψη)
  - à ορμονικά εμφυτεύματα

##### ΓΙΑ ΤΟ ΑΓΟΡΙ:

- ΦΥΣΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ :
- à διακεκομμένη συνουσία
- ΜΗΧΑΝΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ :
- à ανδρικό προφυλακτικό

## ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΟΠΕΛΑ



### Φυσικές μέθοδοι:

Είναι ιδανικές για τα ζευγάρια που δεν θέλουν να επέμβουν στη φυσική τους γονιμότητα, ή που δεν αισθάνονται ασφαλείς απέναντι στις πιθανές παρενέργειες κάποιων άλλων μεθόδων. Δεν προστατεύουν όμως από τα Σ.Μ.Ν ή το AIDS. Μάλιστα περιορίζουν τις αυθόρμητες επαφές μόνο σε ορισμένες ημέρες του κύκλου. Τις υπόλοιπες ημέρες αν το ζευγάρι θέλει να έρθει σε επαφή, θα πρέπει να χρησιμοποιήσει μια άλλη μέθοδο αντισύλληψης, όπως το προφυλακτικό. Για μεγαλύτερη ασφάλεια απέναντι σε μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, κάθε ζευγάρι θα μπορούσε να χρησιμοποιήσει μια φυσική μέθοδο αντισύλληψης συμπληρωματικά στη μέθοδο αντισύλληψης που έχει επιλέξει ως ιδανική για αυτό. Ουσιαστικά οι φυσικές μέθοδοι συνιστούν την περιοδική αποχή από κάθε Σ.Ε τη γόνιμη περίοδο του κάθε κύκλου. Οι γόνιμες ημέρες ενός κύκλου είναι 6, η μέρα της ωοθυλακιορρηξίας και οι 5 προηγούμενες. Επειδή όμως δεν μπορούμε να προσδιορίσουμε με ακρίβεια πότε αρχίζει και πότε τελειώνει αυτό το διάστημα των 6 ημερών ορίσαμε ως γόνιμη περίοδο το χρονικό εκείνο διάστημα του κύκλου όπου πιθανότατα θα περιλαμβάνονται αυτές οι γόνιμες ημέρες.(Βουλγαριδης, 2002, σελ. 158- 159).

ΘΗμερολογιακή μέθοδος του ρυθμού. Πρόκειται για μια από τις παλιότερες, αλλά και την πιο δημοφιλή φυσική μέθοδο αντισύλληψης. Η μέθοδος αυτή βασίζεται σε ορισμένες αρχές της φυσιολογίας της αναπαραγωγής:

*α)* η περίοδος ανάμεσα στην ημέρα της ωοθυλακιορρηξίας και την ημέρα της εμφάνισης της ακόλουθης Ε.Ρ είναι σχετικά σταθερή και διαρκεί περίπου 14(+1) ημέρες.

*β)* τα σπερματοζώαρια μπορούν να επιβιώσουν μέχρι και για 5 μέρες μετά την εναπόθεσή τους στον κόλπο και

γ) το ωάριο μπορεί να γονιμοποιηθεί τις πρώτες 12 έως 24, φυσιολογικά, ώρες από την στιγμή της ωοθλακιορρηξίας (Βουλγαριδης, 2002, σελ. 159).

Η μέθοδος αυτή απαιτεί την καταγραφή των 6-12 τελευταίων κύκλων της γυναίκας και την επισήμανση, ανάμεσα σε αυτούς του πιο βραχέως και του πιο μεγάλου. Ο υπολογισμός της γόνιμης περιόδου γίνεται ως εξής: η πρώτη ημέρα της γόνιμης περιόδου βρίσκεται, αν αφαιρέσουμε 19 ημέρες από τον πιο βραχύ κύκλο και η τελευταία της ημέρα, αν αφαιρέσουμε 12 μέρες από τον μακρότερο (Βουλγαριδης, 2002, σελ. 159).

Η μέθοδος αυτή είναι αρκετά αναξιόπιστη. Κατά αυτή το ζευγάρι δεν επιτρέπεται να έχει Σ.Ε. λίγες μέρες πριν και μετά την ωοθλακιορρηξία. Η στιγμή όμως αυτή είναι δύσκολο να καθοριστεί με βεβαιότητα κι έτσι το ποσοστό επιτυχίας της μεθόδου φτάνει το 20% και κάποιες φορές είναι ακόμα υψηλότερο (Βουλγαριδης, 2002, σελ. 159).

Η ημέρα της ωοθλακιορρηξία είναι δύσκολο να προσδιοριστεί αφού διάφοροι παράγοντες μπορεί ν' αλλάξουν τη διάρκεια του κύκλου με αποτέλεσμα να έχουν πρόωμη ή καθυστερημένη ωοθλακιορρηξία σε περιπτώσεις ανωμαλιών της περιόδου, ωοθλακιορρηξία που προκαλείται τη συνουσία ή από συγκίνηση και σε περίπτωση πολλαπλών ωορρηξιών στη διάρκεια ενός κύκλου (Βουλγαριδης, 2002, σελ. 159).

Δεν συνίσταται σε έφηβες, γιατί απαιτεί υπευθυνότητα, δεν προστατεύει από τα ΣΜΝ και παίρνει χρόνο για να μάθει να τη χρησιμοποιεί σωστά. Επίσης δεν συνιστάται σε γυναίκες με πολύ άστατο κύκλο και σ' αυτές που έχουν συχνές αλλαγές στις ώρες εργασίας τους (Βουλγαριδης, 2002, σελ. 160).

**Μέτρηση της βασικής θερμοκρασίας.** Συνίσταται στο να μετράει η κοπέλα κάθε πρωί την ίδια πάντα ώρα πριν σηκωθεί τη θερμοκρασία της από τον κόλπο ή το στόμα με τη βοήθεια ειδικού θερμομέτρου που πωλείται στα φαρμακεία. Πρόσφατα κυκλοφόρησε ένα ειδικό ηλεκτρονικό θερμόμετρο ( Bioself ), το οποίο ενημερώνει τη χρήστη αν πρόκειται για άγονη ή γόνιμη μέρα, μειώνοντας έτσι τη πιθανότητα λάθους. Αν και η θερμοκρασία του σώματος διαφέρει από άνθρωπο σε άνθρωπο στις περισσότερες γυναίκες η φυσιολογική θερμοκρασία κυμαίνεται στους 36,6 – 36,8° C πριν την ωοθλακιορρηξία και ανεβαίνει γύρω στους 37,1 – 37,3° C από την ωορρηξία και μετά. Πολυάριθμες μελέτες, που πραγματοποιήθηκαν μέχρι σήμερα, έδειξαν ότι υπάρχει μια στενή σχέση ανάμεσα στις μεταβολές της θερμοκρασίας κατά την διάρκεια ενός έμμηνου κύκλου και στις συγκεντρώσεις των ωοθηκικών ορμονών

και των γοναδοτροπινών, στο πλάσμα του αίματος. Έτσι φάνηκε ότι η αύξηση της συγκεντρώσεως των οιστρογόνων στο αίμα λίγο πριν από την ωθηλακιορρηξία έχει ως αποτέλεσμα την πτώση της βασικής θερμοκρασίας κι ότι η άνοδος της βασικής θερμοκρασίας οφείλεται στην αύξηση της συγκεντρώσεως της προγεστερόνης, η οποία ακολουθεί την ωθηλακιορρηξία (Βουλγαριδης, 2002, σελ. 160).

Επειδή το ωάριο μπορεί να γονιμοποιηθεί μέσα σε 24 ώρες (συνήθως μόνο μέσα στις πρώτες 12 ώρες) από τη στιγμή της ωθηλακιορρηξίας, είναι φανερό ότι η άγονη περίοδος αρχίζει 2 μέρες μετά την παρατήρηση της ανόδου της θερμοκρασίας. Η θερμοκρασία παραμένει σε υψηλά επίπεδα μέχρι την εμφάνιση της εμμηνόρροιας, μέχρις ότου δηλαδή το ωχρο σωματίο πάψει να εκκρίνει προγεστερόνη. Η περίοδος που ακολουθεί την εμμηνόρροια μέχρι τη στιγμή της ωθηλακιορρηξίας του επόμενου κύκλου, δεν είναι σίγουρα άγονη. Η ωθηλακιορρηξία συμπίπτει χρονικά με τη στιγμή που η θερμοκρασία βρίσκεται στο χαμηλότερο επίπεδο. Μέσα στις επόμενες 24 – 28 ώρες παρατηρείται μία απότομη άνοδος της θερμοκρασίας κατά 0,3 – 0,5°C, η οποία παραμένει μέχρι την εμφάνιση της περιόδου. Για να είναι σωστές οι μετρήσεις πρέπει η γυναίκα να έχει κοιμηθεί τουλάχιστον 6 ώρες. Ένα μειονέκτημα αυτής της μεθόδου είναι η δυσκολία να εντοπιστεί σωστά η μέρα της ημέρα της ωθηλακιορρηξίας (Βουλγαριδης, 2002, σελ. 160- 161).

Είναι σημαντικό η μέτρηση να γίνεται κάτω από συνθήκες ηρεμίας και αφού έχει προηγηθεί τουλάχιστον 6ωρη νυχτερινή ανάπαυση. Η μέτρηση καταγράφεται σε ειδικά σχεδιαγράμματα. Πριν η γυναίκα αρχίσει να βασίζεται στη μέτρηση θερμοκρασίας, ως αντισυλληπτική μέθοδο, θα πρέπει να περάσουν 3 τουλάχιστον μήνες κατά τους οποίους θα πρέπει να μετράται καθημερινά η θερμοκρασία της. Η μέθοδος αυτή δεν προστατεύει από τα Σ.Μ.Ν., δεν προβλέπει την ωορρηξία (απλώς την επιβεβαιώνει αφού συμβεί), απαιτεί υπευθυνότητα και αρκετό χρόνο για να μάθει η γυναίκα να την χρησιμοποιεί (Βουλγαριδης, 2002, σελ. 161).

Για μεγαλύτερη ασφάλεια η μέθοδος της θερμοκρασίας μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε συνδυασμό και με οποιαδήποτε άλλη μέθοδο αντισύλληψης (Βουλγαριδης, 2002, σελ. 161).

Η μέθοδος, εκτός της επαρκούς αντισυλληπτικής προστασίας, δίνει τη ευκαιρία στη γυναίκα να γνωρίζει πότε θα έχει επόμενη εμμηνόρροια. Επίσης, δεν χρειάζεται προετοιμασία και η επαφή είναι πιο ελεύθερη, ενώ, ως φυσική μέθοδος, δεν επεμβαίνει σε καμία λειτουργία του σώματος (Βουλγαριδης, 2002, σελ. 161).

ΟΕξέταση τραχηλικής βλέννας. Εξετάζοντας τη ρευστότητα της βλέννας, θεωρητικά είναι δυνατό να ξέρουμε αν και πότε έγινε ωοθυλακιορρηξία. Συνήθως η τραχηλική βλέννα είναι παχύρρευστη, σκουρόχρωμη και δεν τεντώνεται. Λίγες ημέρες πριν από την ωοθυλακιορρηξία, γίνεται πιο άφθονη, τόσο που μπορεί να προκαλέσει στη γυναίκα την αίσθηση της «βρεγμένης», το χρώμα της είναι πιο ανοικτό και αν η γυναίκα δοκιμάσει να την τεντώσει μεταξύ του δείκτη και του αντίχειρα, θα διαπιστώσει ότι αυτή δεν «σπάει». Το ζευγάρι θα πρέπει να αποφύγει τις Σ.Ε. όσο η τραχηλική βλέννα είναι «γόνιμη» και μέχρι και την τρίτη ημέρα μετά την επαναφορά της στη προηγούμενη κατάσταση. Στη περίοδο πριν την ωοθυλακιορρηξία, το ζευγάρι πρέπει να αποφύγει τις συχνές επαφές, έτσι ώστε να είναι ευκολότερη και ορθότερη η παρακολούθηση και ερμηνεία της τραχηλικής βλέννας. Το ποσοστό αποτυχίας είναι πολύ μεγάλο, δεν προστατεύει από τα ΣΜΝ, απαιτεί υπευθυνότητα, θέλει χρόνο και επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες (Βουλγαριδής, 2002, σελ. 166).

Το πλεονέκτημα αυτής της φυσικής μεθόδου, είναι ότι δεν χρειάζονται υπολογισμοί ή μετρήσεις, αλλά πολύ απλά η παρατήρηση των υγρών που ρέουν από τον κόλπο. Αν όμως το ζευγάρι έχει συχνές Σ.Ε. είναι δύσκολο να παρατηρηθεί τραχηλική βλέννα (Βουλγαριδής, 2002, σελ. 166).



ΟΗλεκτρονικοί ανιχνευτές. Το Persona είναι ένας μικρός Η\Υ ο οποίος παρακολουθώντας τα επίπεδα των ορμονών που ελέγχουν τον κύκλο της γυναίκας, είναι σε θέση να την πληροφορήσει ποιες ημέρες του κύκλου μπορεί να έχει ΣΕ χωρίς να μείνει έγκυος (Βουλγαριδής, 2002, σελ. 167).

Πιο συγκεκριμένα το Persona παρακολουθεί τα επίπεδα των οιστρογόνων (E3G) και της LH, δύο ορμόνες ‘κλειδιά’ στον έλεγχο της ωοθυλακιορρηξίας. Όταν τα επίπεδα της E3G αυξηθούν, ο υπολογιστής καταλαβαίνει



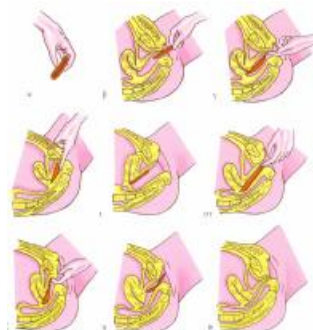
ότι ακολουθούν γόνιμες μέρες ενώ όταν τα επίπεδα της LH αυξηθούν σημαντικά ο υπολογιστής καταλαβαίνει ότι σε λίγες μέρες η γόνιμη περίοδος τελειώνει. Στην Ελλάδα η μέθοδος κυκλοφόρησε πρόσφατα για αυτό και δεν υπάρχουν στοιχεία που να εγγυώνται την αποτελεσματικότητά της. Επιπλέον, η αγορά του στοιχίζει αρκετά. Τέλος, όπως και οι άλλες φυσικές μέθοδοι, δεν προστατεύει από τα Σ.Μ.Ν. (Βουλγαριδής, 2002, σελ. 167- 169).

**Ο Συμπτωθερμική μέθοδος** συνδυάζει δύο ή περισσότερες μεθόδους υπολογισμού των γόνιμων ημερών, όπως την παρατήρηση των μεταβολών της τραχηλικής βλέννας, το διάγραμμα της βασικής θερμοκρασίας, την παρατήρηση των συμπτωμάτων που συνοδεύουν την ωορρηξία (πόνος στο κάτω μέρος της κοιλιάς, πρήξιμο του στήθους, ελαφρά αιμορραγία), το στατιστικό υπολογισμό της ημερολογιακής μεθόδου του ρυθμού και τη μέτρηση των συγκεντρώσεων των ορμονών. Η ταυτόχρονη χρήση περισσότερων μεθόδων προσδιορισμού των γόνιμων ημερών δίνει αξιόπιστα αποτελέσματα. Η αποχή από τις Σ.Ε. πρέπει ν' αρχίσει την ημέρα που προσδιορίζεται ως η πρώτη ημέρα της γόνιμης περιόδου σύμφωνα με την πρώτη μέθοδο, που συνήθως είναι η ημερολογιακή ή αυτή της τραχηλικής βλέννας, και να τελειώσει την ημέρα που προσδιορίζεται ως τελευταία ημέρα της γόνιμης περιόδου σύμφωνα με την τελευταία μέθοδο, που συνήθως είναι αυτή της θερμοκρασίας ή της τραχηλικής βλέννας (Βουλγαριδής, 2002, σελ. 169- 170).

### **Μηχανικές μέθοδοι:**

Έχουν ως κοινό χαρακτηριστικό την εφαρμογή ενός μηχανικού εμποδίου στην συνάντηση του σπερματοζωαρίου με το ωάριο και προτιμώνται γιατί εφαρμόζονται τοπικά και δεν επηρεάζουν ολόκληρο τον οργανισμό ούτε έχουν παρενέργειες σε άλλα όργανα πέραν αυτών του γεννητικού συστήματος (Βουλγαριδής, 2002, σελ. 173).

**Ο Διάφραγμα.** Το διάφραγμα είναι ένα μαλακό λαστιχένιο ημισφαίριο προσαρμοσμένο σε έναν εύκαμπτο μεταλλικό δακτύλιο, καλυμμένο από καουτσούκ για να μην ερεθίζει την περιοχή όπου τοποθετείται. Υπάρχει σε διάφορα μεγέθη με διάμετρο που κυμαίνεται από 50-105 χιλιοστά για να εφαρμόζουν καλύτερα στις διαστάσεις κάθε κόλπου. Το διάφραγμα είναι σωστά τοποθετημένο μέσα στον κόλπο, όταν εφαρμόζει ανάμεσα στον οπίσθιο λοβό του κολεού και την βάση της



ηβικής σύμφυσης. Για να εφαρμόζει καλά, έτσι ώστε να μην υπάρχει κίνδυνος να μετακινηθεί από την θέση του κατά την ΣΕ, πρέπει η γυναίκα να συμβουλευτεί τον γιατρό της. Ο γιατρός θα διαπιστώσει αν είναι η κατάλληλη μέθοδος και μετά θα φροντίσει για το κατάλληλο μέγεθος. Πρέπει να χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με σπερματοκτόνες αλοιφές για μεγαλύτερη ασφάλεια, τόσο για μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη όσο και από τα Σ.Μ.Ν. Η κοπέλα το τοποθετεί μόνη της, πριν από κάθε Σ.Ε. και πρέπει να το αφήσει στη θέση του τουλάχιστον 6 ώρες, μετά τη τελευταία επαφή. Δεν πρέπει, όμως, να παραμείνει πάνω από 24 ώρες χωρίς να αφαιρεθεί και να πλυθεί, γιατί μπορεί να προκαλέσει τοξικό σοκ. Πλένεται με ζεστό νερό και ουδέτερο σαπούνι και να επανατοποθετηθεί στην ειδική θήκη του αφού ραντιστεί με ταλκ, χωρίς απότομους χειρισμούς και φυλάγεται σε δροσερό περιβάλλον. Όταν το διάφραγμα χρησιμοποιείται σωστά είναι μια μέθοδος αρκετά έμπιστη (Βουλγαριδής, 2002, σελ. 173- 175).

Το διάφραγμα ενδείκνυται σε γυναίκες που έχουν κάνει ήδη ένα παιδί, γιατί στην αντίθετη περίπτωση ο κόλπος είναι πολύ στενός και είναι συχνά δύσκολη η τοποθέτηση και ο έλεγχος για τη σωστή του θέση. Ωστόσο δεν πρέπει να χρησιμοποιηθεί τις πρώτες 6 βδομάδες μετά τον τοκετό. Χρησιμοποιείται από γυναίκες που ο οργανισμός τους δεν δέχεται το χάπι ή το σπιράλ. Ακόμη από γυναίκες που δεν έχουν συχνά Σ.Ε. και που θέλουν να έχουν αυτές την πρωτοβουλία στη χρήση της αντισυλληπτικής μεθόδου (Βουλγαριδής, 2002, σελ. 176).

Σε ορισμένες γυναίκες, ύστερα από κανονική χρήση του διαφράγματος, παρατηρήθηκαν εκτός από ερεθισμός το κόλπο και μόλυνση της ουρήθρας, ιδίως κυστίτιδα και ουρηθρίτιδα (Βουλγαριδής, 2002, σελ. 176).

Σαν *πλεονέκτημα* μπορεί να θεωρηθεί ότι δεν χρειάζεται να υπάρξει διακοπή της ερωτικής πράξης (Βουλγαριδής, 2002, σελ. 176).

Τα *μειονεκτήματά* του είναι η δυσχέρεια εκμάθησης του σωστού τρόπου εφαρμογής του και ότι δεν προστατεύει από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (Βουλγαριδής, 2002, σελ. 177).

**Ο Αντισυλληπτικός σπόγγος.** Είναι ένας μικρός σπόγγος μιας χρήσεως, από μαλακό σπογγώδες ελαστικό (πολυουρεθάνιο), έχει τη φόρμα του καπέλου ενός μανιταριού και περιέχει σπερματοκτόνο ουσία. Ο αντισυλληπτικός σπόγγος εμποδίζει τα σπερματοζώαρια να περάσουν στο εσωτερικό του τραχήλου





της μήτρας, φράζοντας το στόμιο του τραχήλου, απορροφώντας τα σπερματοζώρια μέσα στις κυψέλες του και σκοτώνοντάς τα με τη βοήθεια της σπερματοκτόνου ουσίας που περιέχει. Εκτός από αντισυλληπτική προστασία, υπάρχουν ενδείξεις ότι παρέχει προστασία και από σεξουαλικά μεταδιδόμενες νόσους, γεγονός που αυξάνει το ενδιαφέρον της μεθόδου. Παρέχει προστασία για 24 ώρες από την είσοδό του, ανεξάρτητα από τη συχνότητα των επαφών και πρέπει να μείνει στη θέση του για πάνω από 2 ώρες από τη τελευταία επαφή, για να είναι σίγουρο ότι όλα τα σπερματοζώρια που βρίσκονται στον κόλπο έχουν σκοτωθεί. Ο αντισυλληπτικός σπόγγος δεν πρέπει να μένει στον κόλπο για περισσότερες από 24 ώρες, διότι υπάρχει κίνδυνος να προκαλέσει τοξικό σοκ (Βουλγαριδής, 2002, σελ. 177).

ΘΓυναικείο προφυλακτικό. Το Femidon, το πρώτο γυναικείο προφυλακτικό που έφερε την επανάσταση στον τομέα της αντισύλληψης, πρόσφατα ήρθε στην Ελλάδα. Έχει μήκος 17 εκατοστά και 7 εκατοστά πλάτος. Μοιάζει πολύ με το ανδρικό παραδοσιακό προφυλακτικό, μόνο που αντί να εφαρμόζεται στο ανδρικό πέος, εφαρμόζεται στον γυναικείο κόλπο και σε κάθε άκρη του προφυλακτικού υπάρχει ένας εύκαμπτος δακτύλιος. Είναι φτιαγμένο από πολουρεθάνιο και είναι επικαλυμμένο με κατάλληλο λιπαντικό (διμεθικόνη) ώστε να εισχωρεί και να εφαρμόζει με μεγάλη άνεση στον κόλπο. Είναι εύκολο στην εφαρμογή του πιο εύκολο από το διάφραγμα, διότι δεν χρειάζεται να τοποθετηθεί ο δακτύλιος σε κάποια ακριβή θέση γύρω από τον τράχηλο της μήτρας. Μετά το τέλος της συνουσίας, ο εξωτερικός δακτύλιος πρέπει να περιστραφεί, έτσι ώστε το σπέρμα να συγκρατηθεί μέσα στο προφυλακτικό. Προστατεύει από διάφορα Σ.Μ.Ν. όπως το AIDS ωστόσο η προστασία του που παρέχει από τις Σ.Μ.Ν. δεν φτάνει αυτή του αντρικού, γιατί το πέος έρχεται και σε επαφή με το αιδοίο και πολλές Σ.Μ.Ν. μπορούν κάλλιστα να μεταδοθούν (Βουλγαριδής, 2002, σελ. 190).



Για μια γυναίκα με μέση ή έντονη σεξουαλική δραστηριότητα, δηλαδή που δεν διατηρεί μια μονογαμική σχέση, τότε η καλύτερη προφύλαξη είναι το χάπι σε συνδυασμό με προφυλακτικό (Βουλγαριδής, 2002, σελ. 192)

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΥ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟΥ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΑΝΔΡΙΚΟ:

- Το γυναικείο μπορεί να μπει οποιαδήποτε στιγμή πριν από το σεξ.
- Δεν είναι απαραίτητο να αφαιρεθεί αμέσως μετά την Σ.Ε.
- Χρησιμοποιείται ανεξάρτητα από τη διέγερση του πέους.
- Το υλικό κατασκευής είναι πολύ πιο ανθεκτικό από αυτό του ανδρικού.

### Χημικές μέθοδοι:

Στις χημικές μεθόδους αντισύλληψης ανήκουν χημικές μη ορμονικές ουσίες, οι οποίες είναι βλαβερές για τα σπερματοζωάρια ή για το ωάριο, χωρίς να βλάπτουν τα άλλα κύτταρα του οργανισμού στις συγκεντρώσεις που χρησιμοποιούνται και με τον τρόπο που εφαρμόζονται (Βουλγαριδής, 2002, σελ. 196).

ΟΚολπικές πλύσεις. Συνίσταται στην πλύση του κόλπου με σκοπό την απομάκρυνση του σπέρματος από αυτόν. Οι πλύσεις δεν πρέπει να γίνονται με σαπούνι αλλά με ειδικά για το σκοπό αυτό προϊόντα που μπορεί κανείς να τα προμηθευτεί από το φαρμακείο. Είναι και αυτή μια από τις παλιότερες αντισυλληπτικές μεθόδους και παρόλο που είναι πολύ ανασφαλής μέθοδος χρησιμοποιείται ακόμη και σήμερα. Τέλος δεν προσφέρει προστασία από τα ΣΜΝ (Βουλγαριδής, 2002, σελ. 172).

ΟΣπερματοκτόνες ουσίες. Είναι χημικές ουσίες που τοποθετούνται στον κόλπο υπό την μορφή κολπικού υπόθετου, σπρέι, κρέμας, ταινίας αφρού ή δισκία. Από τη μία δημιουργούν μια παχύρρευστη βλέννα ή αφρό που κλείνουν το στόμιο της μήτρας και από την άλλη μπορούν να σκοτώσουν σε πολύ μικρό χρονικό διάστημα τα σπερματοζωάρια. Συνήθως δρουν καταστρέφοντας την κυτταρική μεμβράνη των σπερματοζωαρίων (Βουλγαριδής, 2002, σελ. 196).

Συνίστανται να χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό με ένα άλλο μέσο αντισύλληψης. Σε περίπτωση αποτυχίας της μεθόδου δεν έχει παρατηρηθεί καμία αύξηση στην συχνότητα των γενετικών ανωμαλιών (συμπεριλαμβανομένου του Συνδρόμου DOWN) ή των αποβολών (Βουλγαριδής, 2002, σελ. 197).

Οι ουσίες αυτές δρουν αμέσως μετά την εισαγωγή τους στον κόλπο. Αν ακολουθήσουν κι άλλες επαφές τότε πρέπει κάθε φορά να τοποθετείται μία νέα δόση σπερματοκτόνου. Μετά την επαφή η γυναίκα δεν πρέπει να πλυθεί για τις επόμενες 2 – 6 ώρες. Γενικά τα χημικά μέσα αντισύλληψης δεν έχουν παρενέργειες και γίνονται αποδεκτά από τον οργανισμό (Βουλγαριδής, 2002, σελ. 197).

Πολλά από τα σκευάσματα έχουν αντισηπτικές ιδιότητες, όμως δεν είναι βέβαιο αν προστατεύουν από τα αφροδίσια νοσήματα και του AIDS. Οι αφροί είναι ασφαλέστεροι γιατί καλύπτουν καλύτερα τον τράχηλο και τα τοιχώματα του κόλπου σε σύγκριση με τα σπρέι και τα άλλα παρασκευάσματα. Είναι αρκετά αναξιόπιστη μέθοδος και είναι καλό να μην χρησιμοποιείται μόνη της σαν μέθοδος αντισύλληψης αλλά σε συνδυασμό με κάποια άλλη (Βουλγαριδής, 2002, σελ. 197).

### Ορμονικές μέθοδοι:

Σε αυτές ανήκουν ουσίες με ορμονικό χαρακτήρα και αντισυλληπτική δράση, και συνήθως επηρεάζουν τον οργανισμό στο σύνολό του (Βουλγαριδης, 2002, σελ. 198).

**ØΤο χάπι.** Το χάπι ανήκει στα ορμονικά μέσα αντισύλληψης και είναι η πιο σίγουρη σύγχρονη μέθοδος αντισύλληψης .Δρα εμποδίζοντας :

- α)την ωρίμανση ενός ωαρίου ικανού να γονιμοποιηθεί,
- β)την προετοιμασία του ενδομητρίου προκειμένου να δεχτεί ένα γονιμοποιημένο ωάριο και
- γ)τη ρευστοποίηση της τραχηλικής βλέννας (Βουλγαριδης, 2002, σελ. 198).

Έτσι λοιπόν τα σπερματοζώαρια δεν μπορούν να διασχίσουν την παχύρρευστη τραχηλική βλέννα και να περάσουν στο ιστορικό της μήτρας και στη συνέχεια της σάλπιγγας, όπου θα μπορούσαν να γονιμοποιήσουν ένα ωάριο. Έπειτα δεν απελευθερώνεται κανένα ωάριο από τις ωοθήκες, ώστε να μπορούσαν να το γονιμοποιήσουν τα σπερματοζώαρια, μα ακόμα κι αν αυτά τα δύο εμπόδια ξεπεραστούν, δεν έχει δημιουργηθεί ένα κατάλληλο ενδομήτριο όπου θα μπορούσε να εμφυτευτεί ένα γονιμοποιημένο ωάριο (Βουλγαριδης, 2002, σελ. 198).

Τα αντισυλληπτικά χάπια περιέχουν ένα οιστρογόνο και ένα προγεσταγόνο δύο ορμόνες που παίζουν πρωταρχικό ρόλο στη ρύθμιση του γυναικείου κύκλου και της εγκυμοσύνης και παρουσιάζουν μια κυρίαρχη δράση στον υποθάλαμο. Υπάρχουν πάρα πολλοί τύποι χαπιών με σημαντικές διαφορές μεταξύ τους (Βουλγαριδης, 2002, σελ. 198).

Υπάρχουν τα χάπια που δρουν σε μία φάση (μονοφασικά). Και τα χάπια που δρουν σε δύο ή τρεις φάσεις (συμφασικά και τριφασικά) (Βουλγαριδης, 2002, σελ. 200- 201).

Τα χάπια της μιας φάσεως λαμβάνονται καθημερινά για 21 συνεχείς μέρες (1 κάθε μέρα). Κατόπιν η λήψη διακόπτεται για 7 ημέρες και 2 – 4 ημέρες μετά τη διακοπή εμφανίζεται η εμμηνορρυσία. Ανεξάρτητα από το εάν η αιμορραγία έχει σταματήσει, την 8 ημέρα μετά τη λήψη του τελευταίου χαπιού αρχίζει η λήψη των δισκίων της επόμενης συσκευασίας. Τα συμφασικά



λαμβάνονται για 22 ημέρες και τα τριφασικά για 21 ημέρες, τις οποίες ακολουθεί ένα διάλειμμα 6 ή 7 ημερών αντίστοιχα, μέσα στο οποίο εμφανίζεται η περίοδος (Βουλγαριδής, 2002, σελ. 201).

Κάθε δισκίο πρέπει να λαμβάνεται κατά προτίμηση την ίδια πάντοτε ώρα της ημέρας και το διάστημα μεταξύ 2 διαδοχικών λήψεων δεν πρέπει να υπερβαίνει τις 36 ώρες (Βουλγαριδής, 2002, σελ. 201).

Αντισυλληπτικά δισκία χορηγούμε την περίοδο μετά τον τοκετό, τα οποία είναι δυνατόν να επηρεάσουν τη γαλουχία, προκαλώντας ελάττωση της ποσότητας και ποιότητας του μητρικού γάλακτος. Τα από του στόματος αντισυλληπτικά αντενδεικνύονται στην κύηση (Βουλγαριδής, 2002, σελ. 201).

Η διακοπή λήψης του χαπιού μπορεί να γίνει όποτε θελήσει η χρήστης. Η γυναίκα που θα σταματήσει να παίρνει το χάπι είναι γόνιμη, συνήθως από τον πρώτο μήνα μετά την διακοπή (Βουλγαριδής, 2002, σελ. 201).

Κάποιες παρενέργειες που συνήθως εμφανίζονται και είναι ακίνδυνες, όπως τάση για εμετό και φούσκωμα του στήθους, εξαφανίζονται μετά από μερικούς κύκλους. Εκτεταμένες έρευνες έχουν δείξει ότι πολλές παρενέργειες οφείλονται στον ψυχολογικό παράγοντα. Η χρήση του χαπιού κάποιες φορές μπορεί να επηρεάσει την διάθεση (κατάπτωση) ή τη σεξουαλική επιθυμία (Βουλγαριδής, 2002, σελ. 204).

Παλαιότερα, ακολουθούσε αύξηση του βάρους ύστερα από τη χρήση του χαπιού. Η χρήση του αντισυλληπτικού χαπιού δεν αυξάνει τον κίνδυνο του διαβήτη τύπου 2 (μη ινσουλινοεξαρτώμενος). Επίσης έρευνες έδειξαν ότι δεν υπάρχει άμεση σχέση μεταξύ του χαπιού και του αυξημένου κινδύνου για έμφραγμα και τέλος, δεν αυξάνει τον κίνδυνο των καρδιαγγειακών νόσων (Βουλγαριδής, 2002, σελ. 205).

Σήμερα μπορούμε να πούμε με σιγουριά ότι η εξέλιξη μιας εγκυμοσύνης που ακολουθεί παραμένει εντελώς φυσιολογική. Πρέπει επίσης να πούμε ότι ούτε οι πιθανότητες να γεννηθεί ένα παιδί με ανωμαλίες είναι αυξημένες, ούτε συναντώνται συχνότερα αποβολές ή άλλες επιπλοκές στην κύηση και στον τοκετό ή γεννήσεις διδύμων σε γυναίκες που παλαιότερα χρησιμοποιούσαν το χάπι (Βουλγαριδής, 2002, σελ. 205).

Κάθε κοπέλα πριν ξεκινήσει να παίρνει το χάπι πρέπει να συμβουλευτεί τον γυναικολόγο της, ο οποίος έπειτα από μια σειρά εξετάσεων (μελέτη του οικογενειακού και προσωπικού ιατρικού ιστορικού, γενική και γυναικολογική εξέταση που περιλαμβάνει το τεστ ΠΑΠ, ψηλάφηση μήτρας και μαστών, προσδιορισμό τριγλυκεριδίων, σακχάρου, πίεσης αίματος, ηπατικό έλεγχο και

ορμονικές εξετάσεις) και μία συζήτηση γύρω από την σεξουαλικότητα της ενδιαφερόμενης, θα της προτείνει το κατάλληλο χάπι. Ο γιατρός θα πρέπει να εξετάσει εξονυχιστικά την κοπέλα γιατί υπάρχουν περιπτώσεις προβλημάτων υγείας στις οποίες η χρήση του χαπιού δεν επιτρέπεται. Το χάπι που κυκλοφορούσε παλιότερα, περιείχε μεγάλη ποσότητα ορμονών, σε αντίθεση με το σύγχρονο χάπι που κυκλοφορεί σήμερα και περιέχει μικρή ποσότητα ορμονών. Μια άλλη διαφορά είναι στη σύσταση. Το σημερινό χάπι περιέχει ορμόνες που γίνονται ευκολότερα ανεκτές από τον οργανισμό, έχουν λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες και πολλές ευεργετικές δράσεις. Στην περίπτωση όμως που η κοπέλα ενώ παίρνει τα χάπια παρατηρήσει κάτι, οτιδήποτε ασυνήθιστο, θα πρέπει αμέσως να συμβουλευτεί τον γυναικολόγο της οπού αυτός ανάλογα με την περίπτωση θα κρίνει την διακοπή ή την συνέχιση του χαπιού (Βουλγαριδής, 2002, σελ. 205).

ΘΕπείγουσα αντισύλληψη(αντισύλληψη μετά την συνουσία). Με τον όρο επείγουσα αντισύλληψη έχει επικρατήσει να εννοούμε την αντισυλληπτική μέθοδο που χρησιμοποιείται μετά από μια επικίνδυνη επαφή ή μια επαφή όπου οι μόνιμες αντισυλληπτικές μέθοδοι δεν τους καλύπτουν. Η μέθοδος που κατεξοχήν χρησιμοποιείται είναι το χάπι του επόμενου πρωινού και η χρήση του βασίζεται στη γνώση ότι η λήψη υψηλών δόσεων οιστρογόνων μέσα σε 72ώρες από την επαφή έχει σαν αποτέλεσμα την αναστολή της ανεπιθύμητης κύησης σε μεγάλο ποσοστό. Σήμερα στην επείγουσα ορμονική αντισύλληψη χρησιμοποιείται μια ποικιλία σκευασμάτων που περιέχουν είτε συνδυασμό οιστρογόνου με προγεστερόνη, είτε μόνο προγεσταγόνο ή άλλους μη ορμονικούς παράγοντες (Βουλγαριδής, 2002, σελ. 210- 211).

ΘΟρμονικά εμφυτεύματα. Πρόκειται για συσκευές οι οποίες είναι σε θέση να απελευθερώνουν σε συνάρτηση με τον χρόνο, σταθερές και προκαθορισμένες ποσότητες ουσιών με αντισυλληπτική δράση. Οι πρώτες έρευνες ξεκίνησαν το 1967 και συνεχίζονται ακόμη, αν και έχουν κυκλοφορήσει στο εμπόριο δυο μόνο προϊόντα αυτού του τύπου: το Implanon και το Norplant. α) Το Implanon αποτελείται από μια μικρή ημιστέρη ράβδο μήκους 4 cm και διαμέτρου 2mm που περιέχεται σε σωλήνα ενός αποστειρωμένου εφαρμοστή μιας χρήσης. Το Implanon δεν περιέχει οιστρογόνο αλλά μόνο προγεσταγόνο. Η αντισυλληπτική του δράση αρχίζει 8ώρες μετά την εμφύτευσή του και διαρκεί για τρία χρόνια. Είναι το μοναδικό εμφύτευμα που δρα αναστέλλοντας την ωορρηξία και επιπλέον εμποδίζει το σπερματοζωάριο να διαπεράσουν την τραχηλική βλέννα και μειώνει την δυνατότητα εμφύτευσης ενός

γονιμοποιημένου ωαρίου στη μήτρα. Η ράβδος εισάγεται κάτω από το δέρμα στην εσωτερική πλευρά του άνω βραχίονα της κοπέλας. Η εισαγωγή και η αφαίρεση του είναι απλή και γίνεται με τοπική αναισθησία. β) Το Norplant αποτελείται από 6 λεπτούς σωληνίσκους διαμέτρου 2,4 mm και μήκους 34 mm οι οποίες περιέχουν προγεσταγόνο και τοποθετούνται υποδορίως στην εσωτερική πλευρά του βραχίονα της κοπέλας ή στην κάτω επιφάνεια του πήχη. Η δράση τους αρχίζει 24ώρες μετά την εμφύτευση του και διαρκεί για πέντε χρόνια. Και τα δύο εμφυτεύματα δίνουν υψηλά ποσοστά επιτυχίας στην αποτροπή της εγκυμοσύνης (Βουλγαριδης, 2002, σελ. 211-215).



### **ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΑΓΟΡΙ**

Σαν φυσική μέθοδος αντισύλληψης για τον έφηβο μπορεί να χαρακτηριστεί η **διακεκομμένη συνουσία** (διακοπτόμενη). Είναι η αρχαιότερη μέθοδος και η πιο αγαπημένη των μεσογειακών λαών. Η μέθοδος αυτή συνίσταται στην απομάκρυνση του πέους από τον κόλπο, πριν από την εκσπερμάτωση. Η μέθοδος αυτή είναι πολύ ανασφαλής γιατί:

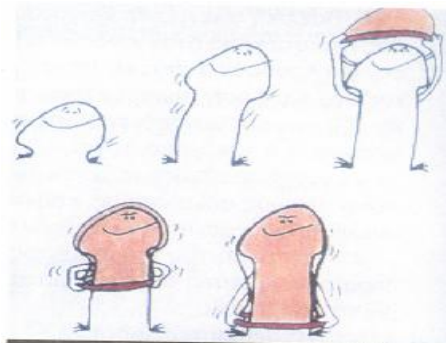
- α) Εφόσον οι εκκρίσεις από τον τράχηλο είναι άφθονες, μπορούν να εγκλωβίσουν τα σπερματοζωάρια από το έξω τμήμα του κόλπου,
- β) οι νέοι και ιδιαίτερα οι νευρικοί ελέγχουν δύσκολα την εκσπερμάτωση τους,
- γ) αν ακολουθήσει δεύτερη επαφή τα σπερματοζωάρια που έχουν μείνει γύρω από το πέος και μέσα στην ουρήθρα μπορεί να περάσουν στο εσωτερικό της μήτρας,
- δ) το έκκριμα των αδένων του Cooper, οι οποίοι υγραίνουν το πέος κατά την σε, μπορεί καμιά φορά να περιέχει κάποια ποσότητα σπερματοζωαρίων ικανή να γονιμοποιήσει το ωάριο τις γόνιμες ημέρες και τέλος
- ε) η μέθοδος αυτή έχει αρκετά μεγάλο ποσοστό αποτυχίας και δεν προστατεύει από τα Σ.Μ.Ν (Βουλγαριδης, 2002, σελ. 170).

Η συχνή διακοπή της συνουσίας, μπορεί να γίνει βασική αφορμή της γυναικείας ψυχρότητας και οφείλεται λιγότερο στη γυναίκα από το σύντροφό της. Μπορεί επίσης να ευνοήσει την πρόωρη εκπερμάτωση, γιατί αυτή ή τεχνική περιέχει το φόβο μήπως ο άντρας δεν προλάβει να τραβηχτεί έγκαιρα. Εξάλλου ο συνεχής φόβος μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης είναι πηγή άγχους και απόσπασης, μοιραίοι εχθροί μιας ικανοποιητικής ερωτικής επαφής (Βουλγαριδής, 2002, σελ. 172).

Τέλος, μπορεί να δημιουργήσει νευρικές διαταραχές στη γυναίκα, όταν εφαρμόζεται κατά κανόνα, ιδιαίτερα σ' εκείνες που χρειάζονται χρόνο για να φτάσουν στον οργασμό και που η απότομη διακοπή της εμποδίζει ακριβώς να το πετύχουν (Βουλγαριδής, 2002, σελ. 172).

Ø Το ανδρικό προφυλακτικό ανήκει στις μηχανικές μεθόδους αντισύλληψης δηλαδή είναι ένα μηχανικό εμπόδιο που εφαρμόζει στο πέος καλύπτοντάς το και εμποδίζει την συνάντηση σπερματοζωαρίου – ωαρίου. Έχει το σχήμα ενός μικρού σακουλιού με διάμετρο περίπου 3 cm και μήκος περίπου 16 cm (Βουλγαριδής, 2002, σελ. 184).

Κατασκευάζεται από πολύ λεπτό λάστιχο (latex). Το προφυλακτικό εμποδίζει το σπέρμα να περάσει στον κόλπο. Ακόμη προφυλάσσει και τους δύο συντρόφους από την μετάδοση αφροδισίων νοσημάτων, αφού δεν γίνεται ανταλλαγή των υγρών που εκκρίνονται από τα γεννητικά όργανα. Ωστόσο δεν προφυλάσσει πάντα από την σύφιλη,



κονδυλώματα, έρπη και γενικά νόσους που παρουσιάζουν αλλοιώσεις στην περιοχή του αιδοίου, του όσχεου, του περινέου και του εφηβαίου, και μπορούν να μεταδοθούν με την απλή δερματική επαφή των αλλοιώσεων. Αν το προφυλακτικό χρησιμοποιηθεί σωστά είναι από μόνο του αρκετά ασφαλής μέθοδος (Βουλγαριδής, 2002, σελ. 184-185).

Φοριέται όταν το πέος βρίσκεται σε στύση και αλλάζεται αν ακολουθήσεις δεύτερη φορά. Αν σχιστεί θεωρείται άχρηστο (Βουλγαριδής, 2002, σελ. 185).

### **Τελικά ποια μέθοδος είναι η πιο κατάλληλη?**

Η ηλικία της εφηβείας έχει πολλές ιδιαιτερότητες. Καταρχήν μια εγκυμοσύνη σε αυτή την ηλικία συνοδεύεται από αρκετές και σοβαρές συνέπειες για την φυσική και ψυχική της υγεία, οπότε η αντισύλληψη θα πρέπει να είναι η πιο αποτελεσματική,

αλλά ταυτόχρονα να είναι ακίνδυνα για τον οργανισμό της έφηβης (Βουλγαριδής, 2002, σελ. 229).

Το χάπι είναι η πιο αποτελεσματική αντιστρέψιμη μέθοδος που υπάρχει σήμερα και έχει ιδιαίτερες ενδείξεις για τις έφηβες, γιατί:

- Μια έφηβη σπάνια παρουσιάζει προβλήματα υγείας που αντενδεικνύουν τη χρήση του χαπιού.
- Διορθώνει το συνήθως ακανόνιστο κύκλο της.
- Ανακουφίζει από την δυσμηγόρροια, η οποία εμφανίζεται σε αυτή την εποχή στις περισσότερες γυναίκες.
- Την προστατεύει από πολλές παθήσεις, όπως π.χ. κύστεις στις ωοθήκες (Βουλγαριδής, 2002, σελ. 229).

Στην ηλικία αυτή, το άτομο είναι ιδιαίτερα δραστήριο σεξουαλικά και αλλάζει συχνά ερωτικούς συντρόφους. Η συμπεριφορά αυτή την εκθέτει σημαντικά στον κίνδυνο μόλυνσης από τις ΣΜΝ, συμπεριλαμβανομένου του HIV, και το πιο ασφαλές μέσο προφύλαξης είναι το προφυλακτικό. Το χάπι δεν προστατεύει από την μόλυνση, εμποδίζει όμως την επέκταση της στο εσωτερικό της μήτρας και στα άλλα όργανα του γεννητικού συστήματος και σε αυτά που περιβάλλονται από το περιτόναιο, γιατί φράζει το στόμιο της μήτρας (διατηρεί την τραχηλική βλέννα πάντα παχύρρευστη) (Βουλγαριδής, 2002, σελ. 229).

Μάλιστα, η επίσκεψη στο γυναικολόγο (το χάπι χορηγείται μόνο με ιατρική συνταγή) δίνει την ευκαιρία για μια τακτική παρακολούθηση της έφηβης. Έτσι μπορεί αυτή να εκτεθεί περισσότερο στις ΣΜΝ, αλλά η έγκαιρη διάγνωση ενός προβλήματος εγγυάται τη διαφύλαξη της υγείας της. Οι φυσικές μέθοδοι αντενδείκνυνται σε αυτή την ηλικία, γιατί:

- Ø Μια έφηβη συνήθως δεν έχει σταθερό κύκλο.
- Ø Μια έφηβη δεν έχει αρκετή εμπειρία στο να αντιλαμβάνεται ή να προβλέπει την ωορρηξία της σωστά.
- Ø Μια φυσική μέθοδος είναι πολύ ανασφαλής και εκθέτει την έφηβη σε υψηλό κίνδυνο ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και μόλυνσης από Σ.Μ.Ν.
- Ø Οι έφηβοι δυσκολεύονται πολύ να ελέγξουν την εκσπερμάτωσή τους (Βουλγαριδής, 2002, σελ. 229).



Οι σεξουαλικές επαφές σε αυτή την ηλικία είναι στην πλειοψηφία αυθόρμητες και οποιαδήποτε μέθοδος που προϋποθέτει μια σχετική προετοιμασία ,στην πράξη δεν εφαρμόζεται σχεδόν ποτέ.

Άρα λοιπόν, η ιδανικότερη αντισύλληψης για τους έφηβους είναι *το χάπι σε συνδυασμό με το προφυλακτικό* (Βουλγαριδης, 2002, σελ. 230).

## **ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΕΣ ΝΟΣΟΙ**

Ο άνθρωπος χρησιμοποιεί τη γενετήσια πράξη με σκοπό άλλοτε την αναπαραγωγή και άλλοτε την ηδονή. Η σεξουαλική επαφή όμως συχνά συνοδεύεται από ανεπιθύμητους κινδύνους, που σήμερα όσο ποτέ άλλοτε έχουν απασχολήσει τον καθένα από εμάς. Οι νόσοι που μεταδίδονται με τη σεξουαλική επαφή και αυτές ακόμη που δεν μεταδίδονται σεξουαλικά, μα σχετίζονται με την αναπαραγωγική ικανότητα, αποτελούν μία απειλή τόσο για τη βιολογική όσο και για τη ψυχική υγεία του ατόμου και της κοινωνίας. Η πρόσφατη απειλή του AIDS άλλαξε τη σεξουαλική συμπεριφορά μας όσο δε κατάφερε καμιά άλλη σεξουαλικά μεταδιδόμενη νόσος πριν από αυτή. Σήμερα μάλιστα, που από τη μία η σεξουαλική απελευθέρωση έδωσε το πράσινο φως στις εφήμερες σχέσεις, η απειλή της μόλυνσης από ένα θανατηφόρο ιό έρχεται να επιβάλλει κανόνες και περιορισμούς στην απόλαυση αυτής της ελευθερίας. (Βουλγαριδης, 2002, σελ. 105).

Συνειδητοποιώντας λοιπόν τη σημασία της πρόληψης αυτών των προβλημάτων ας δούμε με ποιο τρόπο μπορούμε να ελέγξουμε και να προστατέψουμε την υγεία της αναπαραγωγικής μας ικανότητας. Για να μπορούμε με ασφάλεια να απολαμβάνουμε τον έρωτα! (Βουλγαριδης, 2002, σελ. 106).

## **ΝΟΣΟΙ ΠΟΥ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΜΕΤΑΔΟΘΟΥΝ ΚΑΤΑ ΤΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΕΠΑΦΗ**

Όταν ερχόμαστε σε ερωτική επαφή με κάποιον, δεν είναι τα γεννητικά όργανα τα μόνα που λαμβάνουν μέρος σε αυτή. Η γυμνή αγκαλιά, τα χάρδια του δέρματος, τα φιλιά που ανταλλάζουν οι ερωτικοί σύντροφοι παίζουν σημαντικό ρόλο στην απόλαυση της ερωτικής επαφής. Άρα λοιπόν, όταν γίνεται λόγος για ασφαλές sex, πρέπει κανείς να λαμβάνει υπόψη του όχι μόνο τις Σεξουαλικά Μεταδιδόμενες Νόσους, αλλά και όλες εκείνες τις νόσους που μεταδίδονται με το σάλιο ή με την

άμεση επαφή του δέρματος οποιασδήποτε περιοχής του σώματος. (Βουλγαριδης, 2002, σελ. 121).

Κάποιες από τις νόσους αυτές μεταδίδονται ανεξάρτητα από το εάν θα υπάρξει ή όχι επαφή των γεννητικών οργάνων. Άλλωστε, με τον όρο Σ.Μ.Ν. εννοούμε τις νόσους που μπορούν να μεταδοθούν κυρίως, αλλά όχι αποκλειστικά, με την ερωτική επαφή. (Βουλγαριδης, 2002, σελ. 121).

Οι νόσοι αυτές αφορούν όλους μας ανεξαιρέτως, ακόμη κι αυτούς που διατηρούν μια μονογαμική σχέση. Επίσης, πρέπει να είναι ξεκάθαρο σε όλους μας ότι, όταν γίνεται λόγος για τις Σεξουαλικά Μεταδιδόμενες Νόσους, δεν εννοείται μονάχα το AIDS, αλλά ένας συνεχώς αυξανόμενος αριθμός νόσων που μπορούν να μεταδοθούν κι αυτές με τη σεξουαλική επαφή (Βουλγαριδης, 2002, σελ. 121).

### **ΓΕΝΙΚΕΣ ΝΟΣΟΙ ΠΟΥ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΜΕΤΑΔΟΘΟΥΝ ΚΑΤΑ ΤΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΕΠΑΦΗ**

Οι ασθένειες αυτές έχουν την ίδια ιδιότητα να μεταδίδονται από το ένα άτομο στο άλλο όταν αυτά έρχονται σε στενή επαφή. Αυτές είναι ασθένειες που μεταδίδονται μέσω του σάλιου (π.χ. φυματίωση) ή άλλων εκκρίσεων του σώματος και μέσω της άμεσης επαφής με το δέρμα του ασθενούς (π.χ. έρπης ζωστήρας). Για την πρόληψη των ασθενειών που μεταδίδονται μέσω του αέρα και του σάλιου καλό θα ήταν να αποφεύγεται η παραμονή σε χώρους που είναι πολυσύχναστοι και αερίζονται λίγο. Η απόσταση ενός μέτρου είναι συνήθως αρκετή για να μην μολυνθεί κάποιος από το φτάρνισμα ενός μολυσμένου ατόμου (Βουλγαριδης, 2002, σελ. 122).

#### **ΔΙΦΘΕΡΙΤΙΔΑ**

Είναι μια ασθένεια που οφείλεται στο βακτηρίδιο *Corinebacterium diftheriae*, το οποίο βρίσκεται στο χλώμα, στη σκόνη και στις βλεννογόνους του ασθενούς και μεταδίδεται μέσω του αέρα και του σάλιου. Ο παθογόνος τύπος του βακτηριδίου αυτού παράγει μια τοξίνη η οποία καταστρέφει όλων των τύπων τα κύτταρα, τα πιο σημαντικά από τα οποία είναι αυτά του περικαρδίου, τα νευρικά (ιδιαίτερα τα περιφερικά νεύρα) και των νεφρών. Αποτέλεσμα της δράσης της τοξίνης είναι η παραγωγή μεμβρανών αποτελούμενων από νεκρά κύτταρα και κύτταρα του αίματος. (Βουλγαριδης, 2002, σελ. 122).

Η ασθένεια μπορεί να εκδηλωθεί με τέσσερις διαφορετικούς τρόπους :

α) Σε Διφθεριτική Φαρυγγίτιδα τα μηχανικά προβλήματα (φράξιμο του φάρυγγα), εξαιτίας του πολλαπλασιασμού του μικροοργανισμού, δεν είναι σοβαρά. Ωστόσο λόγω της καλής αιμάτωσης της περιοχής η τοξίνη περνάει εύκολα στο αίμα προκαλώντας σοβαρά προβλήματα που αφορούν ολόκληρο τον οργανισμό.

β) Σε Διφθεριτική Λαρυγγίτιδα τα μηχανικά προβλήματα είναι σοβαρά αφού φράζει τις αναπνευστικές οδούς προκαλώντας δύσπνοια και τελικά τον πνιγμό. Αντιθέτως η δράση της τοξίνης είναι περιορισμένη για δύο λόγους: Η αμυδρή αιμάτωση του λάρυγγα περιορίζει τη διάχυσή της στην κυκλοφορία του αίματος, ενώ η έλλειψη σιδήρου τον οποίο το βακτηρίδιο παίρνει από την αιμοσφαιρίνη καταστέλλει την ίδια την παραγωγή της τοξίνης.

γ) Σε Διφθεριτική Ρινίτιδα, η οποία εμφανίζεται συνήθως στα νεογνά και στα θηλάζοντα μωρά, δεν είναι σοβαρή.

δ) Σε Διφθεριτική Δερματίτιδα περιορισμένη τοπικά και συνήθως χρόνια, για την οποία δεν είναι γνωστός ο τρόπος μετάδοσης. Η μόλυνση γίνεται συνήθως μέσω του αέρα και του σάλιου. (Βουλγαριδης, 2002, σελ. 123).

Η πρόληψη της Διφθερίτιδας είναι δυνατή με την αποφυγή της μόλυνσης και τον υποχρεωτικό εμβολιασμό. Στην Ελλάδα και σε άλλες ανεπτυγμένες χώρες ο υποχρεωτικός εμβολιασμός υπάρχει εδώ και αρκετά χρόνια με αποτέλεσμα η ασθένεια να έχει εξαφανιστεί πλέον, όμως ένα σοβαρό πρόβλημα αποτελούν οι πρόσφυγες από άλλες χώρες όπου πιθανόν ο εμβολιασμός για τη διφθερίτιδα να μη γίνεται. Η θεραπεία είναι συνήθως δυνατή μα ορισμένες φορές πολύ δύσκολη. (Βουλγαριδης, 2002, σελ. 123).

### **ΒΑΚΤΗΡΙΔΙΑΚΗ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑ**

Δεν πρόκειται για μια ασθένεια, μα μάλλον για ένα σύμπτωμα κοινό σε πολλές ασθένειες οφειλόμενες σε διαφορετικούς μικροοργανισμούς, οι πιο σημαντικοί από τους οποίους είναι: ο *Haemophilus influenzae* (συχνός στα βρέφη), η *Neisseria meningitidis* (συχνός στους νέους), ο *Streptococcus pneumoniae* (συχνός στους ηλικιωμένους που πάσχουν από διαβήτη), η *Listeria monocytogenes* (βρίσκεται στο μολυσμένο γάλα) και η *Escherichia coli* K1 (συχνή στα βρέφη) Τα συμπτώματα της μηνιγγίτιδας από βακτηρίδια είναι: εντονότατη κεφαλαλγία, πυρετός, σκλήρυνση του αυχένα, εμετός νευρολογικής αιτίας. Μπορεί να εξελιχθεί σε εγκεφαλίτιδα, η οποία είναι θανατηφόρα (Βουλγαριδης, 2002, σελ. 123- 124).

Ο τρόπος μετάδοσης εξαρτάται από το βακτηρίδιο, το οποίο συχνότερα μεταδίδεται μέσω του αέρα και του σάλιου, αν και αυτοί οι δύο δεν είναι οι μόνοι τρόποι μόλυνσης (Βουλγαριδης, 2002, σελ. 124).

Η πρόληψη συνίσταται στην αποφυγή της μόλυνσης και στον εμβολιασμό. Έτσι θα πρέπει να αποφεύγεται για τα βακτηρίδια που μπορεί να την προκαλέσουν. Η θεραπεία είναι συνήθως δυνατή, μα ορισμένες φορές δύσκολη (Βουλγαριδης, 2002, σελ. 124).

### **ΚΟΚΙΤΗΣ**

Η ασθένεια αυτή οφείλεται στη μόλυνση από το βακτηρίδιο *Bordetella pertussis* και εκδηλώνεται σε δύο φάσεις. Στην πρώτη φάση, η οποία διαρκεί 7 – 10 μέρες εμφανίζεται πυρετός, κρυολόγημα και παραγωγικός βήχας. Στη δεύτερη φάση, η οποία διαρκεί περίπου δύο εβδομάδες, εμφανίζεται βήχας, εμετός και αναπνευστική δυσκολία. (Βουλγαριδης, 2002, σελ. 124).

Η τοξίνη που παράγει το βακτηρίδιο, προκαλεί υπογλυκαιμία η οποία μπορεί να αποβεί μοιραία (συνήθως στα βρέφη). Επίσης καταστέλλει τη λειτουργία του αμυντικού συστήματος με αποτέλεσμα να διευκολύνονται τυχόν επιμολύνσεις. Μεταδίδεται μέσω του αέρα και του σάλιου. Η πρόληψη είναι δυνατή με την αποφυγή της μόλυνσης και με τον εμβολιασμό και η θεραπεία βασίζεται στην χορήγηση αντιβιοτικών (Βουλγαριδης, 2002, σελ. 124).

### **ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ**

Για την ασθένεια αυτή οφείλεται το *Mycobacterium Tuberculosis*. Το μυκοβακτηρίδιο αυτό δημιουργεί κοκκιώματα, αρχικά στους πνεύμονες, με αποτέλεσμα τη νέκρωση των κυττάρων της γύρω περιοχής. Το μικρόβιο μεταδίδεται μέσω του αέρα, του σάλιου και της άμεσης επαφής του δέρματος. Η θεραπεία είναι δύσκολη, μα συνήθως δυνατή με τη χορήγηση κατάλληλων φαρμάκων (Βουλγαριδης, 2002, σελ. 124- 125).

### **ΠΑΝΩΛΗ Ή ΠΑΝΟΥΚΛΑ**

Είναι μια θανατηφόρα νόσος, η οποία οφείλεται στην μόλυνση από το βακτηρίδιο *Yersinia Pestis*. Το μικρόβιο συνήθως μεταδίδεται από τα τροφικά μέσω των ψύλλων και η μόλυνση συνοδεύεται από πυρετό. Όταν ο πυρετός ξεπεράσει τους 37 C, ο ψύλλος, μη υποφέροντας τη θερμοκρασία αυτή, εγκαταλείπει τον ασθενή και

πάει να μολύνει έναν υγιή οργανισμό. Η πνευμονική πανώλη είναι πολύ πιο μεταδοτική. Ο ασθενείς πεθαίνει μετά από 2-3 μέρες (Βουλγαριδης, 2002, σελ. 125).

## **ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΕΣ ΝΟΣΟΙ**

Η παράγραφος αυτή αφορά τις ασθένειες εκείνες που μπορούν να μεταδοθούν μέσω της επαφής των γεννητικών οργάνων. Είναι όμως δυνατόν να μεταδοθούν και κατά τον αμοιβαίο αυνανισμό, αφού είναι δυνατή η μετάδοση των ασθενειών αυτών και μέσω των εκκρίσεων των γεννητικών οργάνων (Βουλγαριδης, 2002, σελ. 129).

### **ΗΠΑΤΙΤΙΔΕΣ ΑΠΟ ΟΡΟ**

Η ηπατίτιδα είναι μια φλεγμονή του συκωτιού, η οποία μπορεί να οφείλεται σε διάφορες αιτίες, χημικές (π.χ. κατάχρηση οινόπνεύματος) ή βιολογικές (π.χ. ιώσεις). Επειδή ακριβώς οι παράγοντες που την προκαλούν είναι πολλοί, για την ορθότερη μελέτη της, κάθε ηπατίτιδα χαρακτηρίζεται από ένα όνομα που δηλώνει την αιτία που την προκαλεί. Οι ηπατίτιδες από ορό είναι φλεγμονές του συκωτιού οι οποίες οφείλονται σε ιούς και μεταδίδονται μέσω του ορού του αίματος. Άρα λοιπόν μεταδίδονται μέσω του αίματος και των παραγόντων του, καθώς και μέσω αντικειμένων ή υγρών μολυσμένων από αυτά, όπως σύριγγες, σπέρμα, κολπικά υγρά και σάλιο (Βουλγαριδης, 2002, σελ. 129).

Είναι γνωστοί 4 τύποι ηπατίτιδας από ορό: η Β, η C, η δ, η G. Τα συμπτώματα είναι: ανορεξία, δυσπεψία, πόνος στο στομάχι και στο συκώτι, ναυτία, εμετός και ίκτερος (Βουλγαριδης, 2002, σελ. 129).

- Η ηπατίτιδα Β οφείλεται στην μόλυνση του συκωτιού από τον ιό HBV. Τα συμπτώματα της βλάβης των κυττάρων του συκωτιού εμφανίζονται 2-6 μήνες μετά την μόλυνση από τον ιό και διαρκούν 2-3 εβδομάδες, μα τις περισσότερες φορές η μόλυνση είναι ασυμπτωματική, γι' αυτό και συνήθως δεν γίνεται σύντομα αντιληπτή.

Το 10% περίπου των περιπτώσεων ηπατίτιδας Β καταλήγει στον θάνατο, ενώ ένα άλλο 10% εξελίσσεται σε χρόνια ηπατίτιδα, η οποία μπορεί να καταλήξει σε κύρωση του ήπατος (1%). Στις περιπτώσεις όπου η μόλυνση έχει γίνει μέσω μετάγγισης αίματος, η θνησιμότητα φθάνει το 20%, λόγω της μεγαλύτερης ποσότητας ιών που μεταφέρονται. Ευτυχώς τις περισσότερες φορές ο ασθενής αποθεραπεύεται και διατηρεί ανοσία στον ιό για αρκετά χρόνια, ίσως και για ολόκληρη τη ζωή (Βουλγαριδης, 2002, σελ. 130).

Η πρόληψη είναι δυνατή χάρη στον υποχρεωτικό πλέον εμβολιασμό, μα κυρίως στην τήρηση κάποιων κανόνων συμπεριφοράς που βοηθούν στην αποφυγή της μόλυνσης από τον ιό. Μέχρι πριν λίγα χρόνια τα παιδιά δεν έκαναν το εμβόλιο της ηπατίτιδας Β, γιατί δεν υπήρχε. Επίσης πρέπει να αποφεύγεται η κοινή χρήση συριγγών και άλλων αιχμηρών αντικειμένων, να αποφεύγονται οι ερωτικές επαφές υψηλού κινδύνου (πρωκτική επαφή, συχνή εναλλαγή ερωτικών συντρόφων) και να μην αμελείται η χρήση του προφυλακτικού. (Βουλγαριδης, 2002, σελ. 130).

Σε περίπτωση μόλυνσης του νεογνού κατά τον τοκετό, ο εμβολιασμός γίνεται αμέσως και παρέχονται ταυτόχρονα στο νεογνό αντισώματα κατά του HBV. Αν το βρέφος μολυνθεί είναι μεγάλη η πιθανότητα να εξελιχθεί η νόσος σε χρόνια ηπατίτιδα και κύρωση του ήπατος στα 15 επόμενα χρόνια. (Βουλγαριδης, 2002, σελ. 130).

Η θεραπεία είναι δυνατή, μα όχι πάντα εφικτή. Το 1% των νοσηλευόμενων ασθενών δεν αποφεύγει τον θάνατο.

- Η ηπατίτιδα δ οφείλεται στην μόλυνση του συκωτιού από τον παράγοντα δ, έναν ιό που από μόνος του δεν μπορεί να μολύνει τον οργανισμό. Πρόκειται για έναν ελαττωματικό ιό, ο οποίος έχει ανάγκη την παρουσία του HBV για να αναπαραχθεί. Έτσι λοιπόν η ηπατίτιδα δ συνυπάρχει πάντα με την ηπατίτιδα Β και φυσικά η κατάσταση του ασθενούς είναι πιο σοβαρή. Δεν υπάρχει εμβόλιο για τον παράγοντα δ, όμως ένα άτομο που έχει αποκτήσει ανοσία απέναντι στον ιό HBV, είναι προστατευόμενος και από τον παράγοντα δ. (Βουλγαριδης, 2002, σελ. 130).

- Η ηπατίτιδα C οφείλεται στην μόλυνση του συκωτιού από τον ιό HCV. Τα συμπτώματα εμφανίζονται 2-4 μήνες μετά την μόλυνση και δεν εμφανίζεται πάντα ίκτερος. Σε ποσοστό 80% η μόλυνση είναι ασυμπτωματική, όμως το 1/5 των ατόμων που εκδηλώνουν την ασθένεια καταλήγει σε θάνατο. Στην περίπτωση της ηπατίτιδας C η μετάδοση μέσω της σεξουαλικής επαφής είναι λιγότερο πιθανή, ωστόσο είναι η πιο συχνή ηπατίτιδα, μεταξύ των ναρκομανών. Η θεραπεία από την ηπατίτιδα C είναι δύσκολη (Βουλγαριδης, 2002, σελ. 131).

- Η ηπατίτιδα G, οφείλεται στη μόλυνση του συκωτιού από τον ιό HGV type C. Ο ιός αυτός ανακαλύφθηκε πρόσφατα και δε γνωρίζουμε ακόμη αρκετά γι' αυτόν. Σύμφωνα με τις μέχρι στιγμής έρευνες, ο HGV προκαλεί μια ασυμπτωματική, συνήθως, μόλυνση, η οποία ίσως εκδηλωθεί με οξεία ηπατίτιδα, μα δε φαίνεται να προκαλεί κάποια χρόνια μορφή ηπατίτιδας, παρόλο που ο ιός παραμένει για χρόνια στον ορό του μολυσμένου ατόμου. Συναντάται συνήθως σε άτομα που κάνουν χρήση

ναρκωτικών ουσιών και είναι φορείς και της ηπατίτιδας C, και σε ασθενείς που κάνουν αιμοδιάλυση (Βουλγαριδης, 2002, σελ. 131).

Ο HGV φαίνεται να είναι ευαίσθητος στην ιντερφερόνη α, η οποία χρησιμοποιείται στη θεραπεία της ηπατίτιδας C, μα μετά το τέλος της θεραπείας ο HGV παραμένει στον ορό (Βουλγαριδης, 2002, σελ. 131).

### **ΓΟΝΟΡΡΟΙΑ**

Ο Neisseria gonorrhoeae είναι ένας γονόκοκκος και προκαλεί τη γονόρροια. Η γονόρροια διαφέρει στους άντρες από τις γυναίκες ως προς την πορεία, την οξύτητα και την ευκολία της διάγνωσης (Βουλγαριδης, 2002, σελ. 131).

Στους άντρες, μετά από 2-7 μέρες από τη μόλυνση εμφανίζεται μια πυώδης έκκριση από την ουρήθρα συνοδευόμενη επίσης από δυσκολία στην ούρηση. Η μόλυνση μπορεί να αυτοπεριοριστεί, αν όμως δεν θεραπευτεί μπορεί να επεκταθεί περαιτέρω προσβάλλοντας τον προστάτη, τις σπερματοδόχους κύστες και τέλος την επιδιδυμίδα. Η νόσος μπορεί να προκαλέσει ακόμα και στειρότητα. Το άτομο που έχει μολυνθεί μπορεί να γίνει χρόνιος φορέας της νόσου, ενώ υπάρχουν περιπτώσεις όπου μπορεί να μην εμφανίσει συμπτώματα. Η μόλυνση του ορθού, συχνή στους ομοφυλόφιλους άντρες, είναι συνήθως ασυμπτωματική, αλλά μπορεί να προκαλέσει κνησμό, δυσκολία στην αφόδευση και πυώδεις εκκρίσεις. Οι γυναίκες συνήθως δεν εμφανίζουν συμπτώματα, κάποιες φορές ωστόσο η ασθένεια εμφανίζεται αρχικά με ουρηθρίτιδα ή τραχηλίτιδα, σε τόσο ήπιο βαθμό ώστε να περάσει απαρατήρητη. Στο 20% των περιπτώσεων η μόλυνση επεκτείνεται στη μήτρα κατά τη διάρκεια του 1<sup>ου</sup>, 2<sup>ου</sup> και ακόλουθων εμμηνορρυσιακών κύκλων, προκαλώντας ενδομητρίωση, σαλπινγίτιδα ή πυελοπεριτονίτιδα. Μια πιθανή επιπλοκή είναι η σηψαιμία, με αρθρίτιδα, δερματικές αλλοιώσεις, ενδοκαρδίτιδα και μηνιγγίτιδα. Η νόσος μπορεί να προκαλέσει πρωκτίτιδα στους ομοφυλόφιλους άνδρες, ενώ κατά το στοματικό έρωτα μπορεί να μολυνθούν οι αμυγδαλές και ο φάρυγγας, προκαλώντας αντίστοιχα αμυγδαλίτιδα και φαρυγγίτιδα. Ο θάνατος είναι σπάνιο γεγονός εκτός από την περίπτωση της ενδοκαρδίτιδας. (Βουλγαριδης, 2002, σελ. 131- 132).

Η γονόρροια μεταδίδεται με τη σεξουαλική επαφή και με τον ιδρώτα. Τα συμπτώματα εμφανίζονται γενικά μετά από 2-7 μέρες, ωστόσο κάποιες φορές μπορεί το διάστημα αυτό να είναι μεγαλύτερο (Βουλγαριδης, 2002, σελ. 132).

### **ΟΥΡΗΘΡΙΤΙΔΑ ΑΠΟ ΧΛΑΜΙΔΙΑ**

Πρόκειται για φλεγμονή της ουρήθρας που προκαλείται από χλαμΐδια και προσβάλλει τους άνδρες. Τα συμπτώματα δε διακρίνονται εύκολα από αυτά της γονόρροιας, έστω κι αν συνήθως είναι πιο καλοήθη. Πιο συγκεκριμένα εμφανίζεται μία αμυδρή αδιαφανή έκκριση από την ουρήθρα και τσούξιμο κατά την ούρηση. Μπορεί να συνυπάρξει με τη γονόρροια και να παραμείνει και μετά την επιτυχή θεραπεία τις τελευταίας. Στις γυναίκες η μόλυνση προκαλεί τραχηλίτιδα και σαλπγγίτιδα, κάποιες φορές όμως η μόλυνση μπορεί να είναι ασυμπτωματική. Η νόσος μεταδίδεται με τη σεξουαλική επαφή και τα πρώτα συμπτώματα εμφανίζονται μετά από 5-7 μέρες. (Βουλγαριδης, 2002, σελ. 132- 133).

### **ΑΦΡΟΔΙΣΙΟ ΛΕΜΦΟΚΟΚΚΙΩΜΑ**

Τα *Clamydia trachomatis* μπορεί να προκαλέσουνε και μία άλλη, ίσως λίγο πιο σοβαρή νόσο, το αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα.



Η νόσος αυτή εκδηλώνεται αρχικά με μία μικρή ανώδυνη διάβρωση, κονδύλωμα, οζίδιο ή με μια ερπητοειδή αλλοίωση του πέους ή του αιδοίου, ενώ όταν η φλεγμονή επεκταθεί στους γύρω ιστούς προκαλεί κατά τόπους τη συσσώρευση πύου. Και στα 2 φύλα είναι δυνατή η ελεφαντίαση των γεννητικών οργάνων. Συχνά είναι τα ρίγη, οι κεφαλαλγίες, ο πυρετός, η αρθρίτιδα και η ανορεξία. Η πορεία της νόσου είναι γενικά αργή, αλλά συνήθως δεν είναι θανατηφόρα. Το αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα μεταδίδεται κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής, με την άμεση επαφή με τις ανοιχτές αλλοιώσεις του δέρματος των μολυσμένων ατόμων. Οι αλλοιώσεις αυτές εμφανίζονται γενικά μεταξύ 4<sup>ης</sup> και 21<sup>ης</sup> μέρας ,μέρας μετά τη μόλυνση (Βουλγαριδης, 2002, σελ. 133).

### **ΤΡΑΧΩΜΑ**

Υπεύθυνα για το τράχωμα είναι για άλλη μια φορά τα χλαμΐδια. Το τράχωμα είναι μια λοιμώδης πάθηση του επιπεφυκότα του ματιού, η οποία αν δε θεραπευτεί διαρκεί για πολύ, ακόμη και για ολόκληρη τη ζωή. Χαρακτηρίζεται από τη φλεγμονή του επιπεφυκότα με θυλακοειδής ή θηλοειδής υπερπλασίες, συνήθως συνοδευόμενες από φλεγμονή των αγγείων του κερατοειδούς, και τέλος, σε πιο προχωρημένα στάδια, από ουλές που μπορεί να καθορίσουν παραμορφώσεις των βλεφάρων, μείωση της οράσεως, μέχρι και τύφλωση. Ένας ακόμη παράγοντας που έρχεται να προστεθεί στη σοβαρότητα της νόσου είναι η φλεγμονή από βακτηρίδια, που συχνά τη συνοδεύει.



Το τράχωμα μεταδίδεται μέσω της άμεσης επαφής με τις οφθαλμικές εκκρίσεις και ίσως των βλεννών που προέρχονται από τη ρινική κοιλότητα ή αντικείμενα μολυσμένα από αυτές. Άλλα μέρη του σώματος που μπορούν να προσβληθούν από τη νόσο είναι κυρίως τα γεννητικά όργανα. Η μετάδοση σ' αυτή την περίπτωση, είναι δυνατή μέσω της σεξουαλικής επαφής και μπορεί να προκαλέσει φλεγμονή στον τράχηλο, η οποία να μην παρουσιάζει συμπτώματα. Αυτή μπορεί στη συνέχεια να μεταδοθεί στο έμβρυο υπό τη μορφή επιπεφυκίτιδας ή και πνευμονίας. Τα παιδιά φαίνεται ότι είναι περισσότερα ευαίσθητα στη νόσο από τους ενήλικους. Επίσης οι κλιματικές συνθήκες, όπως η έλλειψη νερού, η έκθεση σε ξηρούς ανέμους, η σκόνη και ψιλή άμμος συμβάλλουν στην επιδείνωση της ασθένειας (Βουλγαριδης, 2002, σελ. 133-134).

### **ΤΡΙΧΟΜΟΝΑΔΕΣ**

Ένα πρωτόζωο το *Trichomonas vaginalis*, είναι υπεύθυνο για την πιο συχνή ίσως πάθηση του ουρογεννητικού συστήματος.

Οι τριχομονάδες προκαλούν στις γυναίκες κολπίτιδα, συνοδευόμενη από αιμορραγίες του δέρματος και κιτρινωπά κολπικά υγρά δυσάρεστης οσμής. Κάποιες φορές ωστόσο μπορεί να μην εμφανιστούν συμπτώματα. Στους άντρες το πρωτόζωο αυτό εισβάλλει στο προστάτη, στην ουρήθρα ή στις σπερματοδόχους κύστεις, όμως



σπανίως η νόσος παρουσιάζει εμφανή συμπτώματα και αλλοιώσεις. Τα πρώτα συμπτώματα εμφανίζονται 4-20 μέρες μετά τη μόλυνση. Σε σύγκριση με τους άνδρες οι τριχομονάδες παρουσιάζονται συχνότερα στις γυναίκες και ιδιαίτερα σε εκείνες ηλικίας μεταξύ 16 και 35 ετών. Η νόσος μεταδίδεται μέσω της Σ.Ε και ίσως με την επαφή με αντικείμενα μολυσμένα από τις εκκρίσεις του κόλπου και της ουρήθρας (Βουλγαριδης, 2002, σελ. 134).

### **ΕΡΠΗΣ ΤΩΝ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ**

Ένα μέλος της ομάδας των ιών του έρπη, ο Herpes Simplex Virus 2 (HSV-2) ή, σύμφωνα με νέα ορολογία, Human herpesvirus 2 (HHV-2) προκαλεί μία από τις σοβαρότερες Σ.Μ.Ν., για την οποία δυστυχώς δεν έχει ακόμα βρεθεί μία αποτελεσματική θεραπεία. Η μόλυνση από τον ιό αρχικά είναι ασυμπτωματική, όμως το 10% των περιπτώσεων εμφανίζουν οξεία ουλοστοματιτιδα, κερατοεπιπεφυκίτιδα, αιδοιοκολπίτιδα ή τραχηλίτιδα. Οι δερματολογικές εκδηλώσεις είναι ίδιες με αυτές

του έρπη των χειλών, μόνο που η περιοχή όπου εμφανίζονται είναι αυτή των γεννητικών οργάνων και γι' αυτό είναι μια Σ.Μ.Ν. Φαίνεται ακόμη, ότι υπάρχει κάποια σχέση μεταξύ της μόλυνσης από τον ιό του έρπη και της εμφάνισης καρκινώματος του τραχήλου της μήτρας. Σε άντρες ομοφυλόφιλους έχει περιγραφεί ερπητική πρωκτίτιδα. Η πιο σοβαρή μορφή μόλυνσης είναι ο έρπης των σπλάχνων, μια θανατηφόρα μόλυνση που προσβάλλει πολλά όργανα. Η μόλυνση από τον HHV-2 είναι σοβαρή κι όταν γίνεται από την μητέρα στο νεογνό κατά τον τοκετό, μπορεί να προκαλέσει τύφλωση και βλάβες νευρολογικής φύσεως. Αν μία έγκυος έχει μολυνθεί από τον ιό πρέπει να γεννήσει με καισαρική τομή, γιατί ο κίνδυνος μόλυνσης του νεογέννητου κατά τον τοκετό είναι μεγάλος. (Βουλγαριδης, 2002, σελ. 134- 135).



Η μόλυνση από τον ιό είναι δυνατή μέσω της άμεσης επαφής με την πληγή ή μέσω αντικειμένων ή εκκρίσεων που αμέσως πριν ήρθαν σε επαφή με αυτήν. Τα πρώτα συμπτώματα της μόλυνσης εμφανίζονται συνήθως 2-3 εβδομάδες μετά από αυτή. (Βουλγαριδης, 2002, σελ. 135).

Ο έρπης των γεννητικών οργάνων είναι περισσότερο ενοχλητικός σε σχέση με αυτόν των χειλών, λόγω του πόνου που προκαλεί και λόγω της καταστολής της σεξουαλικής δραστηριότητας (Βουλγαριδης, 2002, σελ. 135).

Μόλις πρόσφατα παρασκευάστηκε ένα εμβόλιο το οποίο όμως βρίσκεται ακόμη σε πειραματικό στάδιο (Βουλγαριδης, 2002, σελ. 135).

### **ΕΡΠΗΣ ΤΟΥ ΣΑΡΚΩΜΑΤΟΣ ΚΑΡΟΣΙ Ή HHV-8**

Ο HHV-8 βρέθηκε σε όλους τους ασθενείς του AIDS που έπασχαν από σάρκωμα Καρσί, η σχέση ωστόσο του HHV-8 με το σάρκωμα του Καρσί δεν έχει ακόμη διευκρινιστεί. Πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι μπορεί να είναι σεξουαλικών μεταδιδόμενος, κι ότι υπάρχουν πολλοί περισσότεροι υγιείς φορείς από όσους αρχικά πιστευόταν (Βουλγαριδης, 2002, σελ. 135).

### **ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ**

Τα κονδυλώματα είναι αλλοιώσεις του δέρματος και των βλεννογόνων που οφείλονται στον ιό HPV. Ανάμεσα στις αλλοιώσεις αυτές περιλαμβάνονται και οι γνωστοί σε όλους κοινή κρεατοελιά. Όταν ο ιός προσβάλλει την περιοχή των γεννητικών οργάνων, οι αλλοιώσεις που προκαλεί στο σημείο της εισβολής του έχουν

τη μορφή κουνουπιδιού και συνήθως βρίσκονται στις πιο υγρές περιοχές, όπως ανάμεσα στα μεγάλα χείλη του αιδοίου και ανάμεσα στο όσχεο και στους μηρούς (Βουλγαριδής, 2002, σελ. 135).

Τα κονδυλώματα μεταδίδονται με τη σεξουαλική επαφή, και γενικά με την άμεση επαφή με τις αλλοιώσεις του δέρματος. Τέσσερις συνήθως, μήνες μετά εμφανίζονται τα πρώτα συμπτώματα, μπορεί όμως και να εμφανιστούν μετά από 20 μήνες (Βουλγαριδής, 2002, σελ. 136).

### **ΜΑΛΑΚΟ ΕΛΚΟΣ**

Το μαλακό έλκος είναι μία οξεία τοπική νόσος των γεννητικών οργάνων που χαρακτηρίζεται από μονά ή πολλαπλά έλκη. Οι αλλοιώσεις συνοδεύονται συνήθως από επίπονο πρήξιμο και συσώρευση πύου στα λεμφογάγγλια. Η νόσος εμφανίζεται 3-14 μέρες μετά τη μόλυνση από το βακτηρίδιο του Ducey, ή αλλιώς, το *Haemophilus ducreyi*. (Βουλγαριδής, 2002, σελ. 136).

Γενικά η νόσος είναι διαδεδομένη παντού. Ιδιαίτερα όμως, συναντάται στις περιοχές όπου βρίσκονται και στις τροπικές και υποτροπικές ζώνες. Όπου η συχνότητά της ξεπερνάει ορισμένες φορές αυτή της σύφιλης. Μεταδίδεται κυρίως με την άμεση επαφή με τις αλλοιώσεις του δέρματος κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής και σπάνια με έμμεσο τρόπο (Βουλγαριδής, 2002, σελ. 136).



### **ΜΟΛΥΣΜΑΤΙΚΗ ΤΕΡΜΙΝΘΟΣ**

Η μολυσματική τέρμινθος είναι μία νόσος του δέρματος που οφείλεται σε έναν ιό, μέλος της ομάδας των poxvirus. Εκδηλώνεται 2-7 βδομάδες μετά τη μόλυνση με κονδυλώματα των οποίων το χρώμα ποικίλει από ροζ σε άσπρο. Το μέγεθος των κονδυλωμάτων ποικίλει κι αυτό από 1-10 mm. Στους ενηλίκους εμφανίζονται πολλαπλές αλλοιώσεις στα γεννητικά όργανα, ενώ στα παιδιά μπορεί να εμφανιστούν οπουδήποτε. Το εξάνθημα συνήθως εξαφανίζεται από μόνο του μέσα σε 6-9 μήνες. Η μολυσματική τέρμινθος μεταδίδεται συνήθως με την άμεση επαφή με τα κονδυλώματα, όμως είναι πιθανή και η μετάδοση μέσω των εκκρίσεων. Φαίνεται ότι τα παιδιά και ιδιαίτερα τα αγόρια είναι πιο ευάλωτα στη νόσο σε σχέση με τους ενηλίκους (Βουλγαριδής, 2002, σελ. 136).

## ΣΥΦΙΛΗ

Η σύφιλη των γεννητικών οργάνων οφείλεται σε έναν μικροοργανισμό, μια σπειροχαίτη, το *Treponema pallidum*. Είναι μια οξεία και χρόνια νόσος, η οποία χαρακτηρίζεται από μια αρχική ανώδυνη διάβρωση του δέρματος ( συφιλιδικό έλκος- πρωτοπαθής σύφιλη ) και στη συνέχεια από εξάνθημα (δευτεροπαθής σύφιλη), το οποίο μπορεί να εντοπιστεί οπουδήποτε στο σώμα, στο δέρμα και στους βλεννογόνους. Το συφιλιδικό έλκος έχει το χρώμα μυϊκής σάρκας, με ομαλά χείλη και συνήθως συνοδεύεται από σύστοιχη αδενίτιδα. Τα εξανθήματα της δευτερογενούς συφιλίτιδος είναι η ροδάνθη (ιλαροειδές μικροκηλιδώδες εξάνθημα , που εντοπίζεται κυρίως στο κορμό), συφιλιδικές πλάκες κ.τ.λ. Η εξέλιξη της νόσου παρουσιάζει περιόδους κατά τους οποίους φαινομενικά εξαφανίζεται (λανθάνουσες περίοδοι) και περιόδους με επανεμφάνιση των αλλοιώσεων στο δέρμα, στα οστά, στα σπλάχνα, στο Κ.Ν.Σ και στο καρδιαγγειακό σύστημα. Οι αρχικές αλλοιώσεις συνήθως εξαφανίζονται μετά από 3 εβδομάδες. Οι λανθάνουσες περίοδοι μπορεί να διαρκέσουν μέχρι και χρόνια, ακόμη και για ολόκληρη τη ζωή, ενώ δεν αποκλείεται, η νόσος να θεραπευτεί μόνη της. Η σύφιλη στα αρχικά στάδια δεν είναι θανατηφόρα, οι επόμενες όμως εκδηλώσεις της εξαντλούν τον οργανισμό και μειώνουν τη διάρκεια της ζωής. Η μόλυνση του εμβρύου από τη μητέρα είναι συνήθως θανατηφόρα. Τα πρώτα συμπτώματα της νόσου εμφανίζονται συνήθως 3 – 4 εβδομάδες μετά τη μόλυνση (Βουλγαριδής, 2002, σελ. 136- 137).



Η σύφιλη είναι διαδεδομένη σ' όλο τον κόσμο και προσβάλλει συχνότερα τους άντρες από τις γυναίκες. Πριν από την εμφάνιση του συνδρόμου επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας αποτελούσε το σοβαρότερο σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα. (Βουλγαριδής, 2002, σελ. 137).

Το μικρόβιο υπάρχει στο σάλιο, στο σπερματικό υγρό, στο αίμα και στις κολπικές εκκρίσεις. Έτσι μεταδίδεται μέσω της σεξουαλικής επαφής, όμως σπάνια μέσω του σάλιου. Η μητέρα μπορεί να το μεταδώσει στο παιδί, ιδιαίτερα στα αρχικά στάδια της νόσου και να προκαλέσει τη συγγενή σύφιλη. Ακόμα μπορεί να μεταδοθεί μέσω της μετάγγισης αίματος, αν ο δωρητής βρισκόταν στο αρχικό στάδιο της νόσου. Είναι, τέλος, δυνατή η έμμεση μετάδοση μέσω μολυσμένων αντικειμένων (Βουλγαριδής, 2002, σελ. 137).

### **ΦΘΕΙΡΙΑΣΗ ΤΩΝ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ**

Φθειρίαση ονομάζεται η μόλυνση του δέρματος από φθείρες (ψείρες), νύμφες ή αυγά, τα οποία προκαλούν έντονο κνησμό του δέρματος. Αν δεν θεραπευτεί μπορεί να προκαλέσει επίσης λεμφαδενίτιδα στον τράχηλο της μήτρας. Η φθειρίαση των γεννητικών οργάνων μεταδίδεται συνήθως με τη σεξουαλική επαφή, έστω κι αν είναι δυνατοί κι άλλοι τρόποι μετάδοσης. Σε ευνοϊκές συνθήκες τα αυγά ανοίγουν σε μια εβδομάδα και τα έντομα ωριμάζουν σεξουαλικά μέσα σε 2 εβδομάδες (Βουλγαριδής, 2002, σελ. 137).

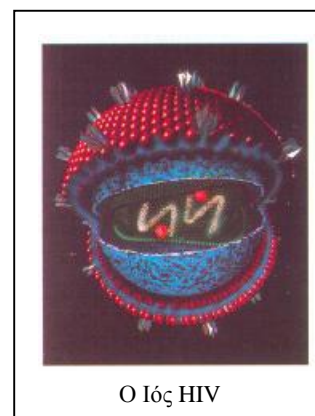


### **ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΠΙΚΤΗΤΗΣ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ (Σ.Ε.Α.Α.)- AIDS**

Το AIDS είναι η πιο συζητημένη σεξουαλικά μεταδιδόμενη νόσος των ημερών μας κι αυτό οφείλεται τόσο στην σοβαρότητα των συμπτωμάτων της και στον τρόπο μετάδοσής της, όσο και στην αδυνατότητα της θεραπείας της.

Υπεύθυνος για την εμφάνιση του συνδρόμου επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας είναι ένας ιός, HIV-Human Immunodeficiency Virus.

Όταν ο ιός περνάει στο αίμα ενός ατόμου επιτίθεται στα λεμφοκύτταρα τύπου T CD4+, μέσα από τα οποία πολλαπλασιάζεται και παράγει νέους ιούς. Στο μεταξύ όμως ο HIV προκαλεί το μολυσμένο κύτταρο να συντηχθεί με άλλα όμοιά του και μαζί στη συνέχεια να καταστρέφονται. Έτσι σιγά σιγά ο αριθμός των λεμφοκυττάρων T CD4+ μειώνεται. Τα κύτταρα όμως αυτά είναι απαραίτητα στην άμυνα του οργανισμού και η



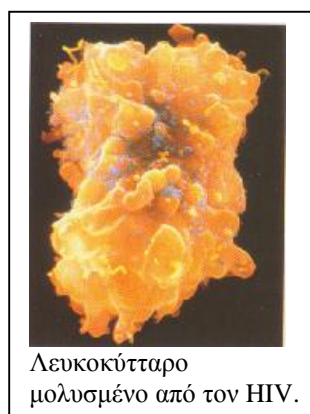
Ο Ιός HIV

σημαντική μείωσή τους κάνει τον οργανισμό ευάλωτο σε άλλα μικρόβια και ιούς με αποτέλεσμα ο ασθενής του AIDS να εκδηλώνει συμπτώματα χαρακτηριστικά της κάθε λοίμωξης (Βουλγαριδής, 2002, σελ. 138).

Η ασθένεια εξελίσσεται αργά. Τα πρώτα συμπτώματα εμφανίζονται λίγους μήνες μετά τη μόλυνση, συνήθως 4-6 μήνες μετά και στο σύνολό τους χαρακτηρίζονται με τον όρο ARC (AIDS Related Complex = Σύμπλεγμα σχετικό με το AIDS.) Το ARC χαρακτηρίζεται από πυρετό, κεφαλαλγία, αδυναμία στη συνέχεια από καντιντίαση του στόματος, γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια (διόγκωση των

λεμφοαδένων) εξανθήματα στο δέρμα, διάρροια που επιμένει και αδυνάτισμα (συνέπεια της διάρροιας). Στο μεταξύ, στην περίοδο αυτή έχουμε την παραγωγή αντισωμάτων αντι-HIV, τα οποία όμως δεν καταφέρνουν να αντιμετωπίσουν τη μόλυνση, τόσο γιατί ο ιός μεταλλάσσεται συνεχώς, όσο και γιατί δεν είναι αρκετά ώστε να αντεπεξέλθουν στον εξαιρετικό ρυθμό με τον οποίο πολλαπλασιάζεται ο ιός. Μετά από αυτήν την πρώτη φάση, ακολουθεί μία μεταβλητή περίοδος, της οποίας η διάρκεια εξαρτάται από τη γενική εγκατάσταση του ίδιου του οργανισμού όσο και από εξωτερικούς παράγοντες που μπορούν να προκαλέσουν στρες στον οργανισμό. Αυτή η περίοδος διαρκεί κατά μέσον όρο 8-10 χρόνια, από τότε έχουμε τη δεύτερη φάση της ασθένειας, το ΔΙΑΓΝΩΣΜΕΝΟ AIDS, η οποία χαρακτηρίζεται από μια σημαντική πτώση του αριθμού των λεμφοκυττάρων T CD4+ (από 1000 κύτταρα/mm αίματος σε 200-400 κύτταρα/mm), κατάσταση η οποία διευκολύνει τις ευκαιριακές λοιμώξεις, ιδιαίτερα από cytomegalovirus, από σάρκωμα Kaposi κι από πνευμοκύστη carinii (η τελευταία προκαλεί μία γενικά σπάνια μορφή πνευμονίας μόνο σε άτομα με εξασθενημένο ανοσοποιητικό σύστημα και αποτελεί την κύρια αιτία θανάτου των ασθενών με AIDS.) Τα συμπτώματα που εμφανίζουν τότε οι ασθενείς με AIDS, είναι ειδικά για κάθε λοίμωξη. Πρόσφατα ανακαλύφθηκε η άμεση σχέση του ιού του AIDS με κάποιες ενοχλήσεις του Ν.Σ, οι οποίες συνίστανται σε εγκεφαλοπάθειες, μυελοπάθειες και νευροπάθειες των περιφερικών νεύρων και ακόμη σε ψυχικά συμπτώματα, όπως κατάθλιψη, διαταραχές της μνήμης και των αισθήσεων, εξαιτίας της δράσεως του ιού στον εγκέφαλο. (Βουλγαριδής, 2002, σελ. 138- 139).

Όταν ο ιός μολύνει ένα άτομο, περνάει στο αίμα του, όπου προκαλεί την παραγωγή ειδικών αντισωμάτων, τα οποία μπορούν να ανιχνευτούν με κατάλληλες τεχνικές στο εργαστήριο. Ελεγχόμενα αντισώματα για τον HIV αναπτύσσονται 3 μήνες μετά την μόλυνση. Ένα τεστ αντισωμάτων HIV με θετικό αποτέλεσμα, σημαίνει ότι το άτομο έχει μολυνθεί με τον ιό (οροθετικό) και έχει την ικανότητα να μεταδώσει τον ιό σε άλλα άτομα. Στην περίπτωση που το τεστ δώσει αρνητικό αποτέλεσμα, σημαίνει ότι ο εξεταζόμενος δεν έχει αντισώματα HIV, δηλαδή ότι πιθανότατα δεν έχει μολυνθεί. Το τεστ όμως δεν μπορεί να αποκλείσει μια πρόσφατη μόλυνση. (Βουλγαριδής, 2002, σελ. 140).



Λευκοκύτταρο μολυσμένο από τον HIV.

Ένα άτομο που έχει μολυνθεί με τον HIV και δεν έχει εκδηλώσει συμπτώματα της νόσου είναι φορέας του ιού και επομένως μπορεί να τον μεταδώσει σε άλλα

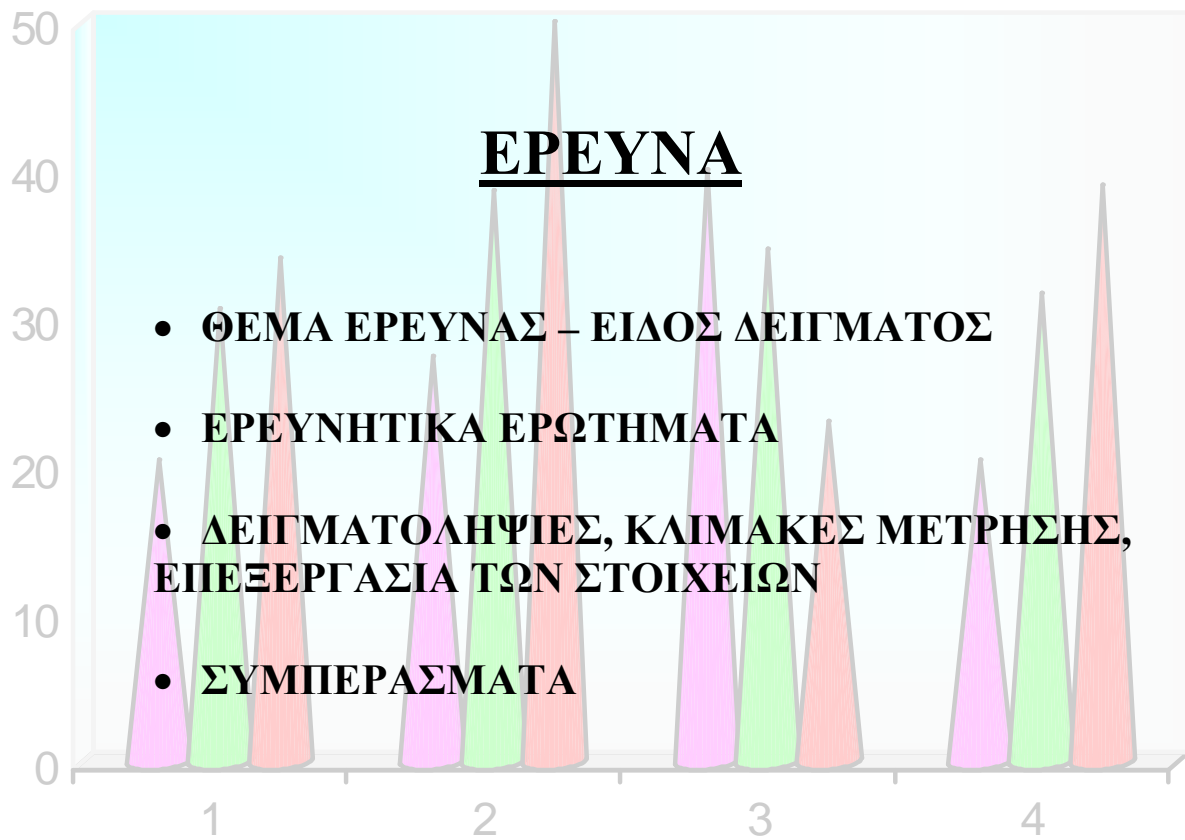
άτομα. Το μολυσμένο άτομο είναι ικανό να μεταδώσει τον ιό από την ίδια στιγμή κιάλας που μολύνθηκε.

Η μετάδοση της νόσου γίνεται μέσω του αίματος και των παραγώγων του, ή εκκρίσεις και αντικείμενα μολυσμένα από αυτά. Έτσι ο HIV μπορεί να μεταδώσει μέσω της μετάγγισης μολυσμένου αίματος, μέσω του σπέρματος και των εκκρίσεων της μήτρας και του κόλπου, μέσω της κοινής χρήσης συριγγών και άλλων αντικειμένων μολυσμένων από αίμα ή εκκρίσεις που μπορεί να περιέχουν τον ιό, μα δεν υπάρχει κίνδυνος μετάδοσης της νόσου από οδοντιατρικά ή χειρουργικά εργαλεία, εφόσον αυτά είναι κατάλληλα αποστειρωμένα. Επίσης, ο HIV δε μεταδίδεται μέσω του αέρα, του νερού, του ιδρώτα, της τροφής, ή μέσω της συντροφιάς, της αγάπης, της συνεργασίας και της φιλίας, που τόσο πολύ έχουν ανάγκη τα άτομα που έχουν μολυνθεί από τον ιό κι που άλλο τόσο ο κόσμος φοβάται να τους δώσει. Ο ιός βρέθηκε στο σάλιο σε πολύ μικρές ποσότητες. Η μετάδοσή του μέσω του φιλιού με το στόμα δεν έχει αποδειχθεί, πιστεύεται όμως ότι η μετάδοση θα μπορούσε να είναι δυνατή με την ανταλλαγή αρκετής ποσότητας σάλιου, όπως μπορεί να συμβεί με ένα φιλί με τη γλώσσα ή κατά τη διάρκεια ερωτικών πρακτικών στις οποίες εμπλέκεται η στοματική επαφή. Ο κίνδυνος μετάδοσης του HIV είναι μεγαλύτερος στα πλαίσια μιας ομοφυλοφιλικής σχέσης μεταξύ ανδρών, διότι είναι πιο εύκολη η μετάδοση μέσω της πρωκτικής επαφής (Βουλγαριδης, 2002, σελ. 140-141).

Κάποιες έρευνες έδειξαν ότι η νόσος προήλθε από την Κεντρική Αφρική, διαδόθηκε στην Αϊτή κι από κει στις ΗΠΑ και στην Ευρώπη. Όσον αφορά τον αριθμό των κρουσμάτων παγκοσμίως, είναι προτιμότερο να μην αναφερθεί ένα ακριβές νούμερο, το οποίο πάντως ξεπερνάει σήμερα τις μερικές δεκάδες εκατομμυρίων. Αρκεί μονάχα να αναφερθεί ότι ο αριθμός των οροθετικών ατόμων ανά τον κόσμο αυξάνει κατά ένα περίπου άτομο το δευτερόλεπτο. Στις ΗΠΑ η διάδοση της νόσου δεν είναι ομοιογενής : στη Ν. Υόρκη και στο Σαν Φραντσίσκο τα κρούσματα των ασθενών είναι πάρα πολλά, ενώ σε κάποιες άλλες πολιτείες δεν υπάρχουν κρούσματα. Στην Ευρώπη τα μεγαλύτερα ποσοστά των οροθετικών συναντώνται στη Γαλλία, τη Μ. Βρετανία, την Ελβετία και την Ιταλία, ενώ παρουσιάζεται μια μικρότερη διάδοση στις ανατολικές χώρες. Στην Ελλάδα ο αριθμός των δηλωμένων κρουσμάτων παρουσιάζει μεγαλύτερη συγκέντρωση στην Αττική. Στις ΗΠΑ η νόσος είναι διαδεδομένη περισσότερο μεταξύ των ομοφυλόφιλων, ενώ στην Ευρώπη μεταξύ των τζικομανών. (Βουλγαριδης, 2002, σελ. 141).

Ο αγώνας ενάντια στο AIDS είναι ακόμα άνισος, με την ασθένεια να υπερέχει, μα τα τελευταία χρόνια σημαντικές εξελίξεις υπήρξαν στον τομέα της περίθαλψης, όπου καταφέραμε να μεγαλώσουμε τη διάρκεια ζωής όχι μόνο του ασθενούς του AIDS αλλά και του φορέα. Μάλιστα, πρόσφατες μελέτες δίνουν πολλές ελπίδες για την καταπολέμηση του HIV, τόσο με την παραγωγή εμβολίων που θα προστατεύουν από τη μόλυνση, όσο και με την παραγωγή φαρμάκων για την θεραπεία αυτών που έχουνε ήδη μολυνθεί (Βουλγαριδης, 2002, σελ. 141).





# 1.ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

## Διατύπωση του προβλήματος

Η διατύπωση ενός ερευνητικού προβλήματος απαιτεί ακρίβεια και σαφώς το κάθε ερευνητικό πρόβλημα πρέπει να πληροί δύο βασικούς όρους: τον όρο της σχετικότητας και αυτόν της δυνατότητας της πρακτικής εφαρμογής του (Bird et al., 1999).

Η πρωτοτυπία, η συμβολή στην κεκτημένη γνώση, η προσβασιμότητα σε πηγές, η μεθοδολογική προσέγγιση, η διατύπωση της ερευνητικής υπόθεσης και το κοινό στο οποίο απευθύνεται η έρευνα, είναι παράγοντες που καθορίζουν την πορεία τόσο από πρακτική όσο και από θεωρητική άποψη (Παρασκευόπουλος, 1993, Δημητριάδη, 2004, σελ. 8).

Κάνοντας μια πιο προσεκτική ανάλυση του ερευνητικού θέματος που θέλησα να μελετήσω μπορώ να καταγράψω υποθέματα του σκοπού της έρευνάς μου. Η έρευνά μου εστιάζεται στις ανάγκες επιμόρφωσης των εφήβων της επαρχίας πάνω σε θέματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης.

Η επιλογή της συγκεκριμένης διάστασης της έρευνάς μου έγινε, καθώς η ενημέρωση των εφήβων και συγκεκριμένα της επαρχίας, στα σεξουαλικά θέματα είναι μειωμένη στην εποχή μας.

Βασικότερο σημείο αδυναμίας του σημερινού συστήματος ενημέρωσης των εφήβων πάνω σ' αυτά τα θέματα είναι το γεγονός ότι δεν υφίσταται συγκεκριμένο μάθημα σεξουαλικής αγωγής από τις πρώτες, ίσως, τάξεις του δημοτικού, ώστε στην περίοδο της εφηβείας οι γνώσεις να επαρκούν και να μην καταφεύγουν οι έφηβοι σε λάθη που μπορούν να αποβούν μοιραία για τη συνέχεια της ζωής τους. Επιπλέον από έρευνες αποδεικνύεται, ότι όσο μεγαλύτερος είναι ο βαθμός γνώσης στο σχετικό θέμα τόσο αυξάνεται το ενδιαφέρον των εφήβων (Σαλάτα, 2007, σελ 1) .

Βασικός άξονας της έρευνάς μας λοιπόν είναι η ενημέρωση των εφήβων στο προαναφερθέν θέμα.

## Σκοπός της εργασίας

Ο σκοπός της εργασίας είναι η μελέτη της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης των εφήβων της επαρχίας και η ανάγκη τους για έγκαιρη και επαρκή ενημέρωση πάνω σ' αυτά τα θέματα.

### **Ερευνητικοί –Άξονες – Στόχοι**

Οι ερευνητικοί στόχοι - άξονες της εργασίας διατυπώνονται ως εξής:

- Ø βαθμός γνώσης που έχουν οι έφηβοι πάνω στο θέμα της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης.
- Ø Οι βασικές πηγές πληροφόρησης των εφήβων στο σχετικό θέμα.
- Ø Γνώμη των εφήβων για την σεξουαλική αγωγή και τα θέματα που τους απασχολούν περισσότερο πάνω σ' αυτή.

### **Ερευνητικά Ερωτήματα**

Οι προαναφερόμενοι άξονες σε συνδυασμό με το θεωρητικό πλαίσιο και την προσωπική προβληματική βάσει εμπειρικών δεδομένων οδήγησαν στη διαπίστωση των ακολούθων ερευνητικών ερωτημάτων.

- Ø Οι έφηβοι δείχνουν ενδιαφέρον όσο αφορά την σεξουαλική αγωγή και σε ποιο ποσοστό;
- Ø Η πληροφόρηση επί του θέματος από πού πηγάζει;
- Ø Ποια η γνώμη των εφήβων της επαρχίας για την ύπαρξη της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης και από ποιες πηγές θα ήθελαν αυτοί να πληροφορούνται;

## **2.ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ**

### **Μεθοδολογία της έρευνας**

Η επιλογή της μεθόδου βάσει της οποίας κάναμε τη συλλογή των δεδομένων ικανοποιεί συνθήκες που σχετίζονται τόσο με το σκοπό και τους στόχους που θέτει η ερευνά μας όσο και με πρακτικής φύσεως θέματα που καθορίζουν κατά πόσο η έρευνα μπορεί να πραγματοποιηθεί (Bird, & συν. 1999, σ. 118). Αν και δεν υπάρχουν κανόνες βάσει των οποίων ένας ερευνητής μπορεί να επιλέξει μια συγκεκριμένη μέθοδο για την πραγματοποίηση της έρευνας του, εντούτοις τα χαρακτηριστικά της έρευνας μπορούν να μας οδηγήσουν στην επιλογή της μεθόδου (Bird, & συν. 1999, σ. 121). Χρησιμοποιείται η περιγραφική δειγματοληπτική μέθοδος με τη χρήση ερωτηματολογίου. Η δειγματοληπτική έρευνα με ερωτηματολόγια και στατιστικές μεθόδους ανάλυσης είναι η πιο διαδεδομένη μορφή εμπειρικής έρευνας. Μέσω της τυποποίησης των συλλεγομένων στοιχείων, δίνεται η δυνατότητα ανάλυσης και ανάδειξης γενικών τάσεων και ομοιομορφιών δηλαδή οδηγούμαστε στην

συστηματική συλλογή, περιγραφή και ερμηνεία των δεδομένων(Cohen & Manion, 1997, Φίλιας, 1997, Κυριαζή, 2000, σ.99). Επίσης η ποσοτική μέθοδος θέτει σε δοκιμασία τις παραγόμενες θεωρίες της ποιοτικής προσέγγισης, επιτρέποντας την αποδοχή ή αναθεώρηση τους (Σαλάτα, 2007, σελ 4).

### **Η επιλογή των δεδομένων της έρευνας**

#### **Πληθυσμός- Δείγμα**

Πηγή άντλησης πληροφοριών αποτέλεσαν 52 έφηβοι ηλικίας 14- 18, εκ των οποίων οι 26 ήταν αγόρια και οι 26 κορίτσια. Ο αριθμός αυτός θεωρείται επαρκής γιατί η έρευνά μας περιορίζεται μόνο σε μία συγκεκριμένη περιοχή της Ελλάδας, όπου ερωτήθηκαν όλοι οι έφηβοι του σχολείου. Το δείγμα καλύπτει το 100% των μαθητών του λυκείου της Τήνου και θεωρείται αντιπροσωπευτικό.

### **Η διαδικασία συλλογής δεδομένων**

Γενικά για να διασφαλίσουμε την εγκυρότητα και αξιοπιστία της έρευνας μας λάβαμε υπόψη μας τα εξής:

- Να συμπεριληφθούν όσο το δυνατόν περισσότερες προσδιοριστικές μεταβλητές ή κριτήρια αξιολόγησης καθώς «όσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμός τους, τόσο περισσότερο έγκυρος και αξιόπιστος μπορεί να είναι ο προσδιορισμός αυτός» (Μακράκης, 1998, σ.270).
- Χρησιμοποιήσαμε την πεντάβαθμη κλίμακα Likert που ελαχιστοποιεί τις λανθασμένες απαντήσεις και δίνει αξιόπιστα στοιχεία.
- Ο σχεδιασμός του ερωτηματολογίου έγινε έτσι ώστε οι ερωτήσεις να είναι κατανοητές και όχι διφορούμενες και πολύπλευρες. Η εξασφάλιση της αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου προκύπτει από την αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος, και τον προκαταρκτικό έλεγχο του ερωτηματολογίου, όπου οι απαντήσεις των ερωτώμενων ενός μικρού δείγματος, συμπίπτουν με τις απαντήσεις των ερωτώμενων του ευρύτερου δείγματος.
- Η πιλοτική έρευνα αυξάνει την εγκυρότητα του ερωτηματολογίου, καθώς εξασφαλίζεται μέσω της δοκιμής η άντληση στοιχείων σχετικά με τη διερευνούμενη διάσταση (Faulkner et al., 1999).

### **Τόπος και Χρόνος της έρευνας**

Τα στοιχεία συλλέχθηκαν το Δεκέμβριο του 2007 στην Τήνο και οι ερωτώμενοι συναντήθηκαν με την υπεύθυνη της έρευνας στο λύκειο της Τήνου.

### **Δυσκολίες και περιορισμοί κατά την ερευνητική διαδικασία**

Οι κυριότερες δυσκολίες εστιάστηκαν κυρίως στη συλλογή των δεδομένων και αφορούσαν:

- Τη μη πλήρη συμπλήρωση ορισμένων ερωτηματολογίων. Οι λόγοι που επικαλέστηκαν οι παραλήπτες του ερωτηματολογίου ήταν α) η μη επαρκή κατανόηση κάποιων ερωτήσεων τις οποίες προτίμησαν να μην απαντήσουν από το να προβούν σε μία ακόμα διευκρίνιση τους από την ερευνήτρια, β) η έλλειψη χρόνου, διότι ήταν διδακτική ώρα και δεν μπόρεσε η ερευνήτρια να απασχολήσει περισσότερη ώρα τους μαθητές.

### **Τρόπος αντιμετώπισης των δυσκολιών και περιορισμών**

- Επειδή ορισμένοι ιδιαίτερα βιαστικοί αρχίζουν συνήθως την συμπλήρωση χωρίς διευκρινήσεις γεγονός που θέτει υπό αμφισβήτηση τη σαφή κατανόηση όλων των ζητούμενων κάθε ερευνητικής προσπάθειας. Οι διευκρινίσεις δόθηκαν εγκαίρως. (Σαλάτα, 2007, σελ 6)
- Μετά τη διανομή των ερωτηματολογίων και τις σχετικές διευκρινήσεις επειδή η παρουσία της ερευνήτριας ίσως δημιουργούσε επηρεασμό των ερωτώμενων γι' αυτό κρίθηκε σκόπιμη η αποχώρησή της. (Σαλάτα, 2007, σελ 6)
- Για να αποτραπεί ο επηρεασμός των ερωτώμενων δόθηκαν οι απαραίτητες διευκρινήσεις για την ουδέτερη στάση της ερευνήτριας κατά τη συλλογή και την επεξεργασία των στοιχείων (Cohen, Manion, 1997).

### **Το εργαλείο της έρευνας**

Στη συγκεκριμένη έρευνα επιλέχθηκε σαν εργαλείο μόνο το ερωτηματολόγιο.

### **Το ερωτηματολόγιο**

Σ' αυτή την έρευνα χρησιμοποιείται το ερωτηματολόγιο ως μια από τις τεχνικές συλλογής δεδομένων σε σύντομο χρονικό διάστημα. Πρόκειται για ένα σύνολο γραπτών ερωτήσεων σχετικών με το πρόβλημα, τις οποίες ο ερευνητής

απευθύνει ομοιόμορφα στα υποκείμενα του δείγματος, προκειμένου να συγκεντρώσει τα απαραίτητα στοιχεία για την έρευνα (Σαλάτα, 2007, σελ 7).

Βασικό μέλημα κατά την ανάπτυξη του ερωτηματολογίου είναι η ανταπόκριση του περιεχομένου του στους στόχους της σύνταξής του, προκειμένου να καταστεί σεβαστό και αξιόπιστο ερευνητικό εργαλείο (Φραγκούλης, 2001).

Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο (ώστε να διασφαλιστεί η αμεροληψία των απαντήσεων) και κωδικοποιημένο. Πιο ειδικά το ερωτηματολόγιο αποτελείται από ένα σύνολο κλειστών και ανοικτών ερωτήσεων ώστε να εξασφαλιστεί η συγκρισιμότητα των απαντήσεων και να διευκολυνθεί η ανάλυση. Περιέχονται ερωτήσεις δημογραφικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών, η κωδικοποίηση των οποίων θα γίνει με *ονομαστική κλίμακα* (Σαλάτα, 2007, σελ 7) δηλαδή η ονομαστική κλίμακα δεν χρησιμεύει για την μέτρηση στάσεων, επιτρέπει μόνο σύγκριση απαντήσεων τύπου «Όμοιος» «Διαφορετικός» και ερωτήσεις που έχουν άμεση σχέση με τους στόχους της έρευνας. Η κωδικοποίηση των απαντήσεων έγινε κυρίως με την ασυνεχή τακτική μέτρηση Likert, αλλά και με την επεξεργασία ερωτήσεων δυαδικής και πολλαπλής επιλογής με στόχο την ποσοτικοποίηση των πληροφοριών και των δεδομένων της έρευνας και η ανάπτυξη του ερωτηματολογίου στηρίζεται στη διαθέσιμη βιβλιογραφία (Σαλάτα, 2007, σελ 8)

Στο ερωτηματολόγιο δίνεται ιδιαίτερη έμφαση:

- στον προσδιορισμό των πιο πρόσφορων λεκτικών διατυπώσεων, ώστε να διερευνάται με ακρίβεια το ζητούμενο και να γίνεται κατανοητή η ερώτηση από τα υποκείμενα της έρευνας (Φραγκούλης, 2001) Δηλαδή, ερωτήσεις κατανοητές με ξεκάθαρες έννοιες, λιτές και σύντομες, μονοδιάστατες, η διατύπωση να μην προτρέπει σε συγκεκριμένη απάντηση, να απευθύνεται στο μορφωτικό επίπεδο των μαθητών (Σαλάτα, 2007, σελ 8).
- στην *καλή οργάνωση και εμφάνιση του ερωτηματολογίου* (Σαλάτα, 2007, σελ 8).
- στη μη χρήση *καθοδηγούμενων (leading questions) και ασαφών ερωτήσεων* (Σαλάτα, 2007, σελ 8).
- στην *ουδετερότητα του ερευνητή* (Σαλάτα, 2007, σελ 8), όπου δίδονται επεξηγήσεις με γνώμονα πάντα να μην επηρεαστεί η άποψη των ερωτώμενων από την υποκειμενική, προσωπική άποψη, ή την μεροληψία του ερευνητή,

- στο να πεισθούν οι ερωτώμενοι ότι θα διαφυλαχθεί η ανωνυμία των ερωτηματολογίων, στο να μην επηρεασθούν οι έφηβοι από το ρόλο του ερευνητή
- στη διάθεση κατάλληλου χώρου και χρόνου για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου
- στη διάθεση χρόνου για επεξηγήσεις

Μετά τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου τοποθετούνται όλα μαζί σε ένα φάκελο (Σαλάτα, 2007, σελ 8).

### **Αξιοπιστία και Εγκυρότητα**

Με τον όρο «αξιοπιστία» εννοούμε το βαθμό σταθερότητας των μετρήσεων και το βαθμό συμφωνίας μεταξύ των επαναλαμβανομένων μετρήσεων κάτω από τις ίδιες συνθήκες (Faulkner, κ.α., 1999).

Η «εγκυρότητα» είναι ο βαθμός ακρίβειας με την οποία παρουσιάζονται τα γεγονότα (Bird, και συν., 1999 σ. 55 – 56). Εγκυρότητα καλείται ο βαθμός με τον οποίο τα συλλεχθέντα στοιχεία, πραγματικά αντανακλούν το φαινόμενο που ερευνάται (Ανδριώτης, 2003, σ. 162).

Με τη δική μου παρουσία κατά τη διανομή του ερωτηματολογίου έδωσα τις απαραίτητες εξηγήσεις και επισήμανα την αναγκαιότητα της έρευνας ώστε να εξασφαλίσουμε τη μεγαλύτερη ανταπόκριση και την πιο προσεκτική επιμελημένη απάντηση στο ερωτηματολόγιο μου.

Στο σημείο αυτό πρέπει να αναφερθεί ότι μεγάλη μέριμνα έχει ληφθεί ώστε οι ερωτήσεις να μην φανερώνουν στόχους της έρευνας. Με αυτόν τον τρόπο εξασφαλίζουμε την εγκυρότητα της ερευνάς αποφεύγοντας οι ερωτηθέντες να δίνουν απαντήσεις που θα ικανοποιούν και θα είναι αρεστές ή όχι. (Σαλάτα, 2007, σελ 9)

Επιλέχθηκε το ερωτηματολόγιο, γιατί προσφέρεται για εύκολα καταμετρήσιμες και διαχρονικά συγκρίσιμες απαντήσεις (Κυριαζής, 1999). Χρησιμοποιήθηκαν κυρίως κλειστού τύπου ερωτήσεις, ώστε ο ερωτώμενος να επιλέξει υποχρεωτικά από τις προκαθορισμένες απαντήσεις. Το πεδίο εφαρμογής τους περιορίζεται στη συγκέντρωση αντικειμενικών χαρακτηριστικών. Η ταξινόμηση των επιλογών είναι εύκολη (Σαλάτα, 2007, σελ 9), δεν υπάρχει πρόβλημα ερμηνείας των απαντήσεων, γίνεται οικονομία χώρου και χρόνου εφόσον οι ερωτώμενοι δεν απαντούν όσοι και όσο θέλουν (Σαλάτα, 2007, σελ 9).

Το ερωτηματολόγιο μοιράστηκε από εμένα προσωπικά, διότι η αμεσότητα στην επικοινωνία παρουσιάζει πλεονεκτήματα, όπως υψηλότερο ποσοστό ανταπόκρισης, επεξήγησης από τον ερευνητή σε περίπτωση παρανόησης κάποιας ερώτησης κ.α. (Faulkner, & συν. 1999, σ. 102).

### **Δομή Ερωτηματολογίου**

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται: **α)** από μια κατηγορία ερωτήσεων από όπου συλλέξαμε πληροφορίες σχετικά με το ατομικό προφίλ των ερωτώμενων: οι τρεις πρώτες ερωτήσεις αφορούν το φύλο, την ηλικία και την εθνικότητα, ενώ οι τρεις επόμενες την οικογενειακή τους κατάσταση, **β)** από έντεκα ομάδες ερωτήσεων κλειστού τύπου και μία ανοικτού τύπου όπου οι ερωτώμενοι εκφέρουν ελεύθερα τη γνώμη τους για το ποιοι είναι οι κυριότεροι λόγοι ύπαρξης της σεξουαλικής αγωγής.

### **Επιλογή ερωτήσεων ερωτηματολογίων**

Στο ερωτηματολόγιο, μετά την παροχή των δημογραφικών στοιχείων, οι ερωτήσεις εστιάζονται στους τρόπους πληροφόρησης των εφήβων γύρω από σεξουαλικά θέματα, στις κύριες πηγές πληροφόρησής τους, στην επιρροή που τους ασκείται σ' αυτά τα θέματα και από ποιους, στην σπουδαιότητα της ύπαρξη της σεξουαλικής αγωγής και στα θέματα που τους απασχολούν ιδιαίτερα στα σεξουαλικά ζητήματα.

### **Κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού δεδομένων**

**Κριτήρια εισαγωγής** στην έρευνά μας ήταν:

- Η ηλικία του ερωτώμενου

και **κριτήρια αποκλεισμού** ήταν:

- μη πλήρως συμπληρωμένα ερωτηματολόγια

### **Κωδικοποίηση και Στατιστική Ανάλυση**

Μετά την συλλογή των δεδομένων οι απαντήσεις κωδικοποιήθηκαν, έγινε η εισαγωγή των στοιχείων στον ηλεκτρονικό υπολογιστή με την χρήση του στατιστικού πακέτου EXCEL και, έπειτα από κατάλληλη στατιστική επεξεργασία των ποσοτικών μεταβλητών, προσδιορίστηκαν για κάθε ερώτηση οι απόλυτες και σχετικές συχνότητες που συνδέονται από τα σχετικά διαγράμματα για καλύτερη κατανόηση. Τέλος, αναλύθηκαν οι σχέσεις των απαντήσεων με βάση την ηλικία, το φύλο, κ.λ.π.



των ερωτώμενων (πίνακες συνάφειας, στατιστική σημαντικότητα, δείκτες συνάφειας).

Για την ανάλυση των δεδομένων ακολουθήθηκε κάποια διαδικασία, η οποία συμπεριλαμβάνει τα παρακάτω στάδια:

1. Κατοχύρωση των δεδομένων
2. Έλεγχος των δεδομένων
3. Διενέργεια στατιστικών ελέγχων
4. Ανάλυση και μελέτη των αποτελεσμάτων (πίνακες συχνοτήτων και πίνακες συνάφειας)
5. Παρουσίαση των αποτελεσμάτων (Σαλάτα, 2007, σελ 11).

Κάθε πιθανή απάντηση σε μία ερώτηση, κωδικοποιήθηκε με ένα ακέραιο αριθμό ανάλογα με τον αριθμό των δυνατών απαντήσεων. Έπειτα, τα δεδομένα εισήχθησαν στον ηλεκτρονικό υπολογιστή σε μεταβλητές, που η κάθε μία αντιπροσώπευε μία ερώτηση. (Σαλάτα, 2007, σελ 11).

#### **Περιγραφική κατανομή:**

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν, συντάχθηκαν σε πίνακες στους οποίους αναφέρεται το όνομα της μεταβλητής καθώς και η αντίστοιχη ερώτηση στην οποία αναφέρεται. Επίσης αναφέρονται οι εξεταζόμενες ομάδες καθώς και τα σύνολα των απαντήσεων (Σαλάτα, 2007, σελ 11).

#### **Στατιστικές συγκρίσεις:**

Για να διαπιστωθεί αν ορισμένες κατηγορίες ερωτηθέντων έδωσαν διαφοροποιημένες απαντήσεις σε σχέση με κάποιο χαρακτηριστικό, χρησιμοποιήθηκαν πίνακες με τους οποίους συνδυάζονται οι απαντήσεις των δύο ερωτήσεων που μας ενδιαφέρουν (Σαλάτα, 2007, σελ 12).

Στο τέλος, αναγράφονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τον στατιστικό έλεγχο. (Σαλάτα, 2007, σελ 12).

Με βάση τα παραπάνω, έχουν εξαχθεί και τα συμπεράσματα από την ερευνά μας τα οποία και αναλύονται στην συζήτηση (Σαλάτα, 2007, σελ 12).

## Μορφή Ερωτηματολογίου

Το ερωτηματολόγιο αναφέρεται σε θέματα σεξουαλικής αγωγής στο σχολείο. Παρακαλούμε να συμπληρώσετε όλες τις ερωτήσεις. Οι απαντήσεις σας είναι ανώνυμες και εμπιστευτικές.

1. Φύλο: Αγόρι  Κορίτσι  2. Ηλικία: .....
3. Γεννήθηκες στην Ελλάδα; ΝΑΙ  ΟΧΙ  Αν **όχι**, σε ποια χώρα γεννήθηκες; ..... Ποια χρονιά ήρθες στην Ελλάδα.....
4. Εκπαίδευση γονέων:

	Κάποιες τάξεις του δημοτικού	Δημοτικό	Γυμνάσιο (1 - 3 τάξεις)	Λύκειο	Τεχν. Σχολή	ΑΕΙ /ΤΕΙ
<b>Πατέρας</b>						
<b>Μητέρα</b>						

5. Επάγγελμα γονέων:

	Δημ. Υπάλλ.	Ιδιωτ. Υπάλλ.	Ελεύθ. επαγγελμ.	Συντ/χος	Άνεργος/η	Οικιακά
<b>Πατέρας</b>						
<b>Μητέρα</b>						

6. Οικογενειακή κατάσταση των γονέων σου: παντρεμένοι  χωρισμένοι /διαζευγμένοι  2<sup>ος</sup> γάμος πατέρα  2<sup>ος</sup> γάμος μητέρας  θάνατος πατέρα  θάνατος μητέρας
7. Έχεις συμμετάσχει σε κάποιο πρόγραμμα σεξουαλικής αγωγής; ΝΑΙ  ΟΧΙ
8. Μεγαλώνοντας, με ποιους από τους παρακάτω τρόπους πληροφορήθηκες γύρω από σεξουαλικά θέματα; Από: **(κύκλωσε όσα ισχύουν)**

1. Μητέρα	4. Αδερφή/ές	7. Φίλους/ες στη δική μου περίπου ηλικία	10. Τηλεόραση	13. Περιοδικά ή εφημερίδες
2. Πατέρα	5. Άλλο/ους συγγενή/είς	8. Πρώτο δεσμό ή ερωτικό σύντροφο	11. Ραδιόφωνο	14. Άλλο (προσδιόρισε) .....
3. Αδερφό/ούς	6. Μαθήματα στο σχολείο	9. Γιατρό, νοσοκόμα ή κλινική	12. Βιβλία	15. Δεν θυμάμαι

9. Από **ποιο** από αυτά έμαθες τα περισσότερα; **(σημείωσε το κυριότερο. Αν δεν μπορείς να επιλέξεις μόνο ένα, μπορείς να σημειώσεις έως και τρεις επιλογές)**

1. Μητέρα	4. Αδερφή/ές	7. Φίλους/ες στη δική μου περίπου ηλικία	10. Τηλεόραση	13. Περιοδικά ή εφημερίδες
2. Πατέρα	5. Άλλο/ους συγγενή/είς	8. Πρώτο δεσμό ή ερωτικό σύντροφο	11. Ραδιόφωνο	14. Άλλο (προσδιόρισε) .....
3. Αδερφό/ούς	6. Μαθήματα στο σχολείο	9. Γιατρό, νοσοκόμα ή κλινική	12. Βιβλία	15. Δεν γνωρίζω /δεν θυμάμαι

10. Ποιος/οι πιστεύεις πως ασκεί/ούν μεγαλύτερη επιρροή στη σεξουαλική σου συμπεριφορά; **(μπορείς να σημειώσεις έως και τρεις επιλογές)**

1. Ο πατέρας	4. Οι συνομήλικοι	7. Το σχολείο
2. Η μητέρα	5. Ειδικά βιβλία	8. Η κοινωνία – ΜΜΕ
3. Τα αδέρφια	6. Η εκκλησία	9. ΑΛΛΟ (προσδιόρισε).....

11. Από τα παραπάνω (ερωτ. 3), ποιον ή ποιους θεωρείς σημαντικότερους και αρμόδιους για το θέμα της σεξουαλικής αγωγής; **(μπορείς να σημειώσεις έως και τρεις επιλογές: γράψε τα νούμερά τους κατά σειρά προτεραιότητας)** .....

12. Πόσο έχεις μιλήσει με την μητέρα σου για τα ακόλουθα θέματα:

	Πάρα πολύ	Πολύ	Μέτρια	Λίγο	Καθόλου
--	-----------	------	--------	------	---------

Για το σεξ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Αν πρέπει να έχεις σχέσεις προτού παντρευτείς	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Πόσα παιδιά θέλεις να αποκτήσεις	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Αν θα χρησιμοποιήσεις αντισύλληψη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Για την έμμηνου ρύση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Πότε θα αποκτήσεις το πρώτο σου παιδί	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Είναι απαραίτητη κατά τη γνώμη σου η σεξουαλική αγωγή; ΝΑΙ  ΟΧΙ  ΔΕΝ ΞΕΡΩ

14. Εάν ναι, ποιον θεωρείς κυριότερο λόγο ύπαρξης σεξουαλικής αγωγής; .....

15. Σε ποια ηλικία πιστεύεις πως θα πρέπει να αρχίζει η σεξουαλική αγωγή; Από ..... Χρονών

16. Είσαι ικανοποιημένος /η από την σεξουαλική αγωγή που δέχεσαι; ΝΑΙ  ΟΧΙ  ΔΕΝ ΞΕΡΩ

17. Ποιο /α από τα παρακάτω θέματα θεωρείς ότι σε απασχολούν έντονα; **(μπορείς να σημειώσεις έως και πέντε επιλογές)**

1. Μορφή και μέγεθος γεννητικών οργάνων	8. Έκτρωση	15. Φόβος για επώδυνη σεξουαλική επαφή
2. Μορφή και μέγεθος στήθους	9. Αφροδίσια νοσήματα	16. Πρώτη σεξουαλική επαφή
3. Φυσική εμφάνιση και ερωτική ελκυστικότητα	10. Παράλληλες ερωτικές σχέσεις	17. Σεξουαλικές φαντασιώσεις
4. Αυνανισμός	11. Ερωτήσεις σχετικά με τον οργασμό	18. Έλλειψη ικανοποίησης του/ της συντρόφου
5. Ομοφυλοφιλική έλξη	12. Φόβος για προβλήματα οργασμού	19. Έλλειψη κατανόησης εκ μέρους του/ της συντρόφου
6. Ομοφυλοφιλικές δραστηριότητες	13. Πρόωρη εκσπερμάτιση	20. Ασυνήθιστα ενδιαφέροντα ή περιέργες σεξουαλικές δραστηριότητες
7. Φόβος εγκυμοσύνης	14. Προβλήματα στύσης (προσωπικά ή του συντρόφου)	21. Άλλο (προσδιόρισε) .....

18. Για ποιο/ ποια από τα παρακάτω θέματα θα ήθελες να μάθεις περισσότερα; **(μπορείς να σημειώσεις έως και πέντε επιλογές)**

1. Πως λειτουργεί το γεννητικό σύστημα του άνδρα και της γυναίκας	6. Ποιες είναι οι μέθοδοι αντισύλληψης και πως εφαρμόζονται	11. Την πρώτη σεξουαλική επαφή (πότε και πως)
2. Τι είναι η έμμηνος ρύση (περίοδος)	7. Ομοφυλοφιλία	12. Γενικά για τις σχέσεις αγοριών – κοριτσιών
3. Ποιες αλλαγές συμβαίνουν στο σώμα του αγοριού και του κοριτσιού κατά την εφηβεία	8. Γενικά για την εγκυμοσύνη	13. Άλλο (προσδιόρισε).....
4. Τι είναι ο οργασμός	9. AIDS και άλλες ασθένειες που μεταδίδονται με την σεξουαλική επαφή	
5. Τι ακριβώς είναι το σπέρμα και πως πραγματοποιείται η εκσπερμάτιση	10. Αυνανισμός	

## ΕΡΕΥΝΑ ΣΤΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΗΣΗ ΤΩΝ ΕΦΗΒΩΝ ΤΗΣ ΕΠΑΡΧΙΑΣ 2008

Από τους 52 εφήβους οι 26 ήταν αγόρια και 26 κορίτσια, ηλικίας 14-18. Σχεδόν το 88,5% προέρχεται από την Ελλάδα κι ένα ποσοστό 11,5 από την Αλβανία και την Γερμανία. Το εκπαιδευτικό επίπεδο των γονιών είναι κυρίως το δημοτικό και οι τεχνικές σχολές για τους πατέρες και το γυμνάσιο και το λύκειο για τις μητέρες. Όσον αφορά το επάγγελμα του πατέρα, ένα ποσοστό 60% περίπου είναι ιδιωτικοί υπάλληλοι και ελεύθεροι επαγγελματίες, ενώ της μητέρα, σχεδόν το 40% ασχολείται με τα οικιακά. Ανάμεσα σ' αυτούς υπάρχει, ευτυχώς, ένα 7,7% μόνο που είναι χωρισμένοι. Το 88,5% των εφήβων δεν συμμετείχε σε πρόγραμμα σεξουαλικής αγωγής.

<b>Φύλο</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Αγόρι	26	50,0	50,0	50,0
	Κορίτσι	26	50,0	50,0	100,0
	Total	52	100,0	100,0	

<b>Ηλικία</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	15	1	1,9	1,9	1,9
	16	15	28,8	28,8	30,8
	17	19	36,5	36,5	67,3
	18	17	32,7	32,7	100,0
	Total	52	100,0	100,0	

<b>Αν γεννήθηκαν στην Ελλάδα</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Όχι	3	5,8	5,8	5,8
	Ναι	49	94,2	94,2	100,0
	Total	52	100,0	100,0	

<b>Χώρα γέννησης</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Αλβανία	2	66,7	66,7	66,7
	Γερμανία	1	33,3	33,3	100,0
	Total	3	100,0	100,0	

<b>Χρονιά που ήρθαν στην Ελλάδα</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1990	2	66,7	66,7	66,7
	1994	1	33,3	33,3	100,0
	Total	3	100,0	100,0	

<b>Εκπαίδευση πατέρα</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Κάποιες τάξεις του δημοτικού	1	1,9	1,9	1,9
	Δημοτικό	14	26,9	26,9	28,8
	Γυμνάσιο	11	21,2	21,2	50,0
	Λύκειο	10	19,2	19,2	69,2
	Τεχνική Σχολή	14	26,9	26,9	96,2
	ΑΕΙ/ΤΕΙ	2	3,8	3,8	100,0
	Total	52	100,0	100,0	

<b>Εκπαίδευση μητέρας</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Κάποιες τάξεις του δημοτικού	1	1,9	1,9	1,9
	Δημοτικό	11	21,2	21,2	23,1
	Γυμνάσιο	15	28,8	28,8	51,9
	Λύκειο	15	28,8	28,8	80,8
	Τεχνική Σχολή	3	5,8	5,8	86,5
	ΑΕΙ/ΤΕΙ	7	13,5	13,5	100,0
	Total	52	100,0	100,0	

<b>Επάγγελμα πατέρα</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Δημόσιος υπάλληλος	7	13,5	13,5	13,5
	Ιδιωτικός υπάλληλος	11	21,2	21,2	34,6
	Ελεύθερος επαγγελματίας	31	59,6	59,6	94,2
	Συνταξιούχος	3	5,8	5,8	100,0
	Total	52	100,0	100,0	

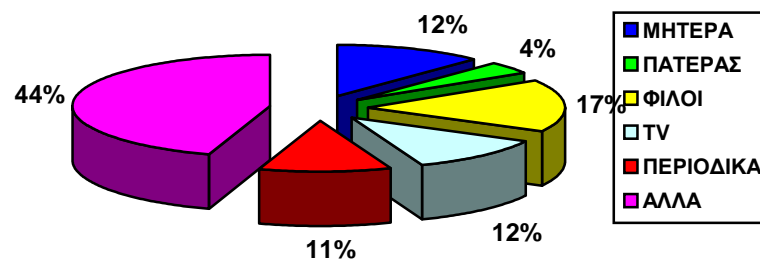
<b>Επάγγελμα μητέρας</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Δημόσιος υπάλληλος	2	3,8	3,8	3,8
	Ιδιωτικός υπάλληλος	15	28,8	28,8	32,7
	Ελεύθερος επαγγελματίας	13	25,0	25,0	57,7
	Συνταξιούχος	1	1,9	1,9	59,6
	Οικιακά	21	40,4	40,4	100,0
	Total	52	100,0	100,0	

<b>Οικογενειακή κατάσταση γονέων</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Παντρεμένοι	44	84,6	84,6	84,6
	Χωρισμένοι/Διαζευγμένοι	4	7,7	7,7	92,3
	Δεύτερος γάμος πατέρα	3	5,8	5,8	98,1
	Θάνατος πατέρα	1	1,9	1,9	100,0
	Total	52	100,0	100,0	

Συμμετοχή σε πρόγραμμα σεξουαλικής αγωγής					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Όχι	46	88,5	88,5	88,5
	Ναι	6	11,5	11,5	100,0
	Total	52	100,0	100,0	

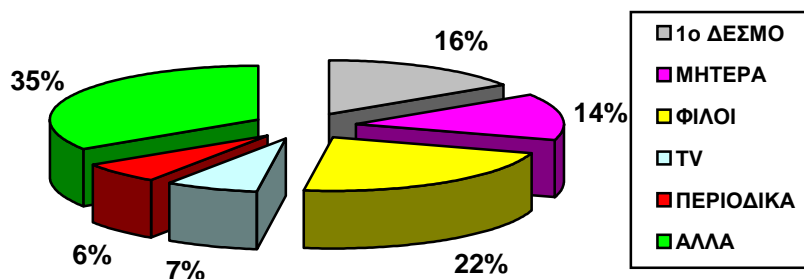
Η κύρια πηγή πληροφόρησης γύρω από σεξουαλικά θέματα για τους εφήβους είναι οι φίλοι συνομήλικοι (50%) και ακολουθούν η μητέρα, η τηλεόραση και τα περιοδικά.

Group \$q8 Τρόποι ενημέρωσης για σεξουαλικά θέματα					
Category label	Code	Count	Pct of Responses	Pct of Cases	
Μητέρα	1	19,0	12,7	36,5	
Πατέρας	2	6,0	4,0	11,5	
Αδερφός	3	5,0	3,3	9,6	
Αδερφή	4	10,0	6,7	19,2	
Άλλοι συγγενείς	5	6,0	4,0	11,5	
Μαθήματα στο σχολείο	6	5,0	3,3	9,6	
Φίλοι συνομήλικοι	7	26,0	17,3	50,0	
Πρώτος δεσμός/ερωτικός σύντροφος	8	17,0	11,3	32,7	
Γιατρός/νοσοκόμα/κλινική	9	4,0	2,7	7,7	
Τηλεόραση	10	18,0	12,0	34,6	
Βιβλία	12	12,0	8,0	23,1	
Περιοδικά/εφημερίδες	13	17,0	11,3	32,7	
Άλλο	14	1,0	0,7	1,9	
ΔΘ	15	4,0	2,7	7,7	
----- ---- ----					
Total responses		150	100,0	288,5	
0 missing cases; 52 valid cases					



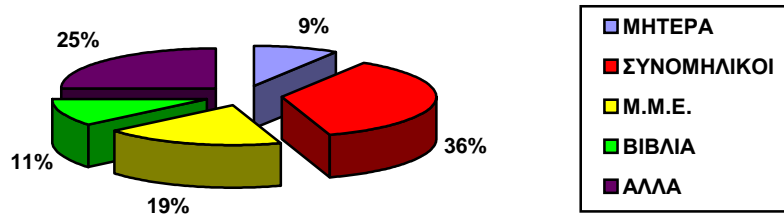
Τα περισσότερα από αυτά που γνωρίζουν τα έμαθαν από τους φίλους τους, τον πρώτο τους δεσμό και τη μητέρα τους.

Group \$q9 Τρόποι ενημέρωσης για σεξουαλικά θέματα που τους έμαθαν τα περισσότερα					
Category label	Code	Count	Pct of Responses	Pct of Cases	
Μητέρα	1	13,0	13,8	25,0	
Πατέρας	2	7,0	7,4	13,5	
Αδερφός	3	4,0	4,3	7,7	
Αδερφή	4	5,0	5,3	9,6	
Άλλοι συγγενείς	5	4,0	4,3	7,7	
Μαθήματα στο σχολείο	6	1,0	1,1	1,9	
Φίλοι συνομήλικοι	7	21,0	22,3	40,4	
Πρώτος δεσμός/ερωτικός σύντροφος	8	15,0	16,0	28,8	
Γιατρός/νοσοκόμα/κλινική	9	5,0	5,3	9,6	
Τηλεόραση	10	7,0	7,4	13,5	
Βιβλία	12	4,0	4,3	7,7	
Περιοδικά/εφημερίδες	13	6,0	6,4	11,5	
ΔΓ/ΔΘ	15	2	2,1	3,8	
----- ---- ----					
Total responses		94,0	100,0	180,8	
0 missing cases; 52 valid cases					



Μεγαλύτερη επιρροή στη σεξουαλική τους συμπεριφορά ασκούν πρώτα οι συνομήλικοι, ύστερα τα ΜΜΕ και ακολουθούν τα βιβλία και η μητέρα.

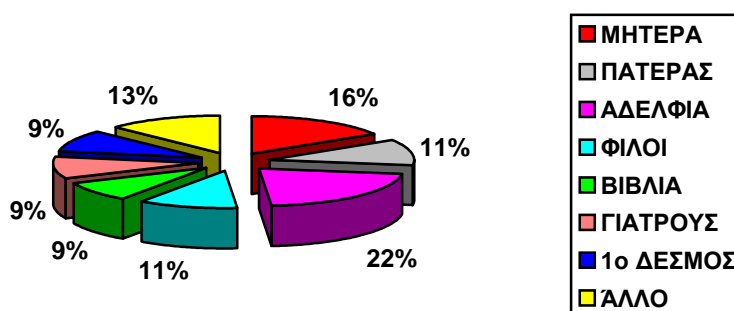
Group \$q10 Μεγαλύτερη επιρροή στη σεξουαλική τους συμπεριφορά					
Category label	Code	Count	Pct of Responses	Pct of Cases	
Πατέρας	1	3,0	3,8	5,8	
Μητέρα	2	7,0	8,8	13,5	
Αδέρφια	3	6,0	7,5	11,5	
Συνομήλικοι	4	29,0	36,3	55,8	
Ειδικά βιβλία	5	9,0	11,3	17,3	
Εκκλησία	6	1,0	1,3	1,9	
Σχολείο	7	4,0	5,0	7,7	
Κοινωνία/ΜΜΕ	8	15,0	18,8	28,8	
Ερωτικός σύντροφος	9	6,0	7,5	11,5	
----- ---- -					
Total responses		80,0	100,0	153,8	
0 missing cases; 52 valid cases					





Σημαντικότεροι και πιο αρμόδιοι για το θέμα της σεξουαλικής αγωγής οι έφηβοι θεωρούν την οικογένεια, τους φίλους, τους γιατρούς και τα βιβλία.

Group \$q11 Σημαντικότεροι και πιο αρμόδιοι τρόποι ενημέρωσης για σεξουαλικά θέματα					
Category label	Code	Count	Pct of Responses	Pct of Cases	
Μητέρα	1	19,0	16,2	36,5	
Πατέρας	2	13,0	11,1	25,0	
Αδερφός	3	8,0	6,8	15,4	
Αδερφή	4	17,0	14,5	32,7	
Άλλοι συγγενείς	5	4,0	3,4	7,7	
Μαθήματα στο σχολείο	6	4,0	3,4	7,7	
Φίλοι συνομήλικοι	7	13,0	11,1	25,0	
Πρώτος δεσμός/ερωτικός σύντροφος	8	11,0	9,4	21,2	
Γιατρός/νοσοκόμα/κλινική	9	11,0	9,4	21,2	
Τηλεόραση	10	5,0	4,3	9,6	
Βιβλία	12	10,0	8,5	19,2	
Περιοδικά/εφημερίδες	13	2,0	1,7	3,8	
Total responses		117	100,0	225,0	
0 missing cases; 52 valid cases					



Στην ερώτηση πόσο έχει μιλήσει με τη μητέρα του ο έφηβος το μεγαλύτερο ποσοστό δυστυχώς ήταν αρνητικό σε ότι αφορά :τη σεξουαλική επαφή, τις προγαμιαίες σχέσεις, τον αριθμό των παιδιών που θέλουν να κάνουν, την αντισύλληψη, την έμμηνο ρύση και την ηλικία της 1η εγκυμοσύνης.

<b>Πόσο έχουν μιλήσει στη μητέρα τους για το σεξ (αγόρια)</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	21	40,4	40,4	40,4
	Λίγο	8	15,4	15,4	55,8
	Μέτρια	12	23,1	23,1	78,8
	Πολύ	7	13,5	13,5	92,3
	Πάρα πολύ	4	7,7	7,7	100,0
	Total	52	100,0	100,0	

<b>Πόσο έχουν μιλήσει στη μητέρα τους για το σεξ (κορίτσια)</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου/Λίγο	29	55,8	55,8	55,8
	Μέτρια	12	23,1	23,1	78,8
	Πολύ/Πάρα πολύ	11	21,2	21,2	100,0
	Total	52	100,0	100,0	

<b>Πόσο έχουν μιλήσει στη μητέρα τους για τη σχέση πριν το γάμο(αγόρια)</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	19	36,5	36,5	36,5
	Λίγο	5	9,6	9,6	46,2
	Μέτρια	10	19,2	19,2	65,4
	Πολύ	4	7,7	7,7	73,1
	Πάρα πολύ	14	26,9	26,9	100,0
	Total	52	100,0	100,0	

<b>Πόσο έχουν μιλήσει στη μητέρα τους για τη σχέση πριν το γάμο(κορίτσια)</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου/Λίγο	24	46,2	46,2	46,2
	Μέτρια	10	19,2	19,2	65,4
	Πολύ/Πάρα πολύ	18	34,6	34,6	100,0
	Total	52	100,0	100,0	

<b>Πόσο έχουν μιλήσει στη μητέρα τους για το πόσα παιδιά θέλουν να αποκτήσουν(αγόρια)</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	16	30,8	30,8	30,8
	Λίγο	15	28,8	28,8	59,6
	Μέτρια	12	23,1	23,1	82,7
	Πολύ	5	9,6	9,6	92,3
	Πάρα πολύ	4	7,7	7,7	100,0
	Total	52	100,0	100,0	

<b>Πόσο έχουν μιλήσει στη μητέρα τους για το πόσα παιδιά θέλουν να αποκτήσουν(κορίτσια)</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου/Λίγο	31	59,6	59,6	59,6
	Μέτρια	12	23,1	23,1	82,7
	Πολύ/Πάρα πολύ	9	17,3	17,3	100,0
	Total	52	100,0	100,0	

<b>Πόσο έχουν μιλήσει στη μητέρα τους για την αντισύλληψη(αγόρια)</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	21	40,4	40,4	40,4
	Λίγο	6	11,5	11,5	51,9
	Μέτρια	6	11,5	11,5	63,5
	Πολύ	10	19,2	19,2	82,7
	Πάρα πολύ	9	17,3	17,3	100,0
	Total	52	100,0	100,0	

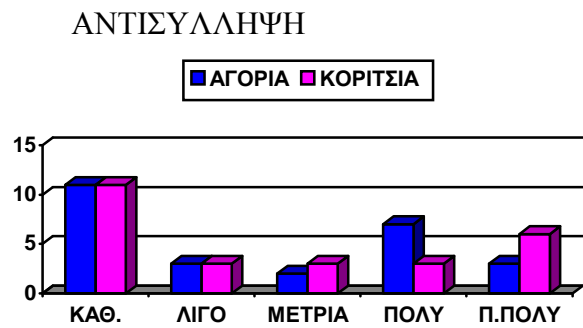
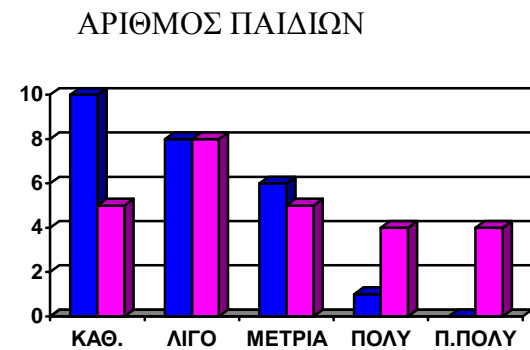
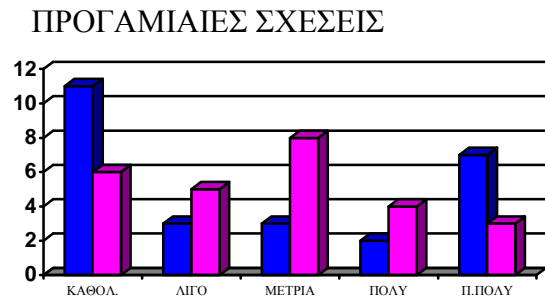
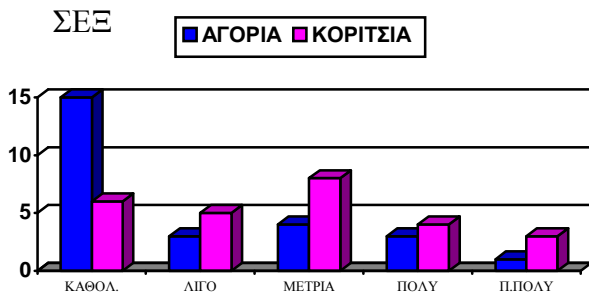
<b>Πόσο έχουν μιλήσει στη μητέρα τους για την αντισύλληψη(κορίτσια)</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου/Λίγο	27	51,9	51,9	51,9
	Μέτρια	6	11,5	11,5	63,5
	Πολύ/Πάρα πολύ	19	36,5	36,5	100,0
	Total	52	100,0	100,0	

<b>Πόσο έχουν μιλήσει στη μητέρα τους για την έμμηνο ρύση(αγόρια)</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	20	38,5	38,5	38,5
	Λίγο	7	13,5	13,5	51,9
	Μέτρια	6	11,5	11,5	63,5
	Πολύ	6	11,5	11,5	75,0
	Πάρα πολύ	13	25,0	25,0	100,0
	Total	52	100,0	100,0	

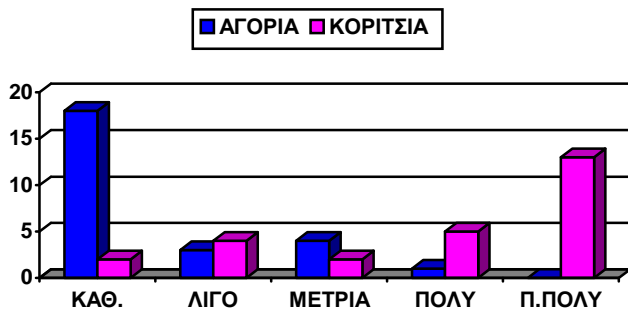
<b>Πόσο έχουν μιλήσει στη μητέρα τους για την έμμηνο ρύση(κορίτσια)</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου/Λίγο	27	51,9	51,9	51,9
	Μέτρια	6	11,5	11,5	63,5
	Πολύ/Πάρα πολύ	19	36,5	36,5	100,0
	Total	52	100,0	100,0	

<b>Πόσο έχουν μιλήσει στη μητέρα τους για το πότε θα αποκτήσουν το πρώτο τους παιδί(αγόρια)</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	29	55,8	55,8	55,8
	Λίγο	6	11,5	11,5	67,3
	Μέτρια	7	13,5	13,5	80,8
	Πολύ	8	15,4	15,4	96,2
	Πάρα πολύ	2	3,8	3,8	100,0
	Total	52	100,0	100,0	

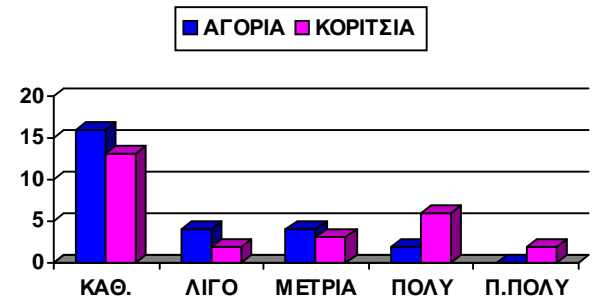
Πόσο έχουν μιλήσει στη μητέρα τους για το πότε θα αποκτήσουν το πρώτο τους παιδί(κορίτσια)					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου/Λίγο	35	67,3	67,3	67,3
	Μέτρια	7	13,5	13,5	80,8
	Πολύ/Πάρα πολύ	10	19,2	19,2	100,0
	Total	52	100,0	100,0	



ΕΜΜΗΝΟΣ ΡΥΣΗ

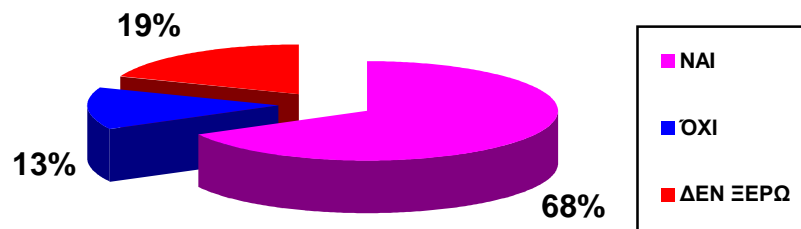


1η ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ



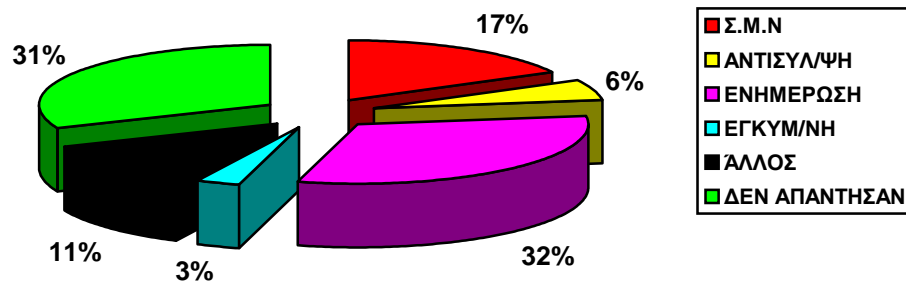
Είναι άξιο να αναφερθεί ότι στην έρευνα που έγινε οι περισσότεροι έφηβοι θεωρούν απαραίτητη την σεξουαλική αγωγή!

Γνώμη για την αναγκαιότητα της σεξουαλικής αγωγής					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΔΓ	10	19,2	19,2	19,2
	Όχι	7	13,5	13,5	32,7
	Ναι	35	67,3	67,3	100,0
	Total	52	100,0	100,0	



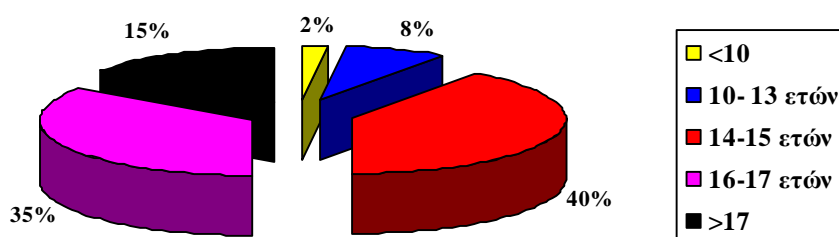
Οι κυριότεροι λόγοι ύπαρξης της Σ.Α. κατά τους εφήβους της έρευνάς μου είναι στο μεγαλύτερο ποσοστό τους η αναζήτηση πλήρης ενημέρωσης γύρω από θέματα σεξουαλικής αγωγής και τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα, ακολουθεί η αντισύλληψη και η εγκυμοσύνη. Σαν λόγοι αναφέρθηκαν, επίσης, σε μικρότερα ποσοστά, η έκτρωση, η υγιεινή των γεννητικών οργάνων και η ανάγκη για δημιουργία σωστή οικογένειας.

Κυριότερος λόγος ύπαρξης της σεξουαλικής αγωγής					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ενημέρωση	11	31,4	31,4	31,4
	Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα	6	17,1	17,1	48,6
	Προφύλαξη	2	5,7	5,7	54,3
	Εγκυμοσύνη	1	2,9	2,9	57,1
	Άλλος	2	5,7	5,7	62,9
	ΔΑ	13	37,1	37,1	100,0
	Total	35	100,0	100,0	



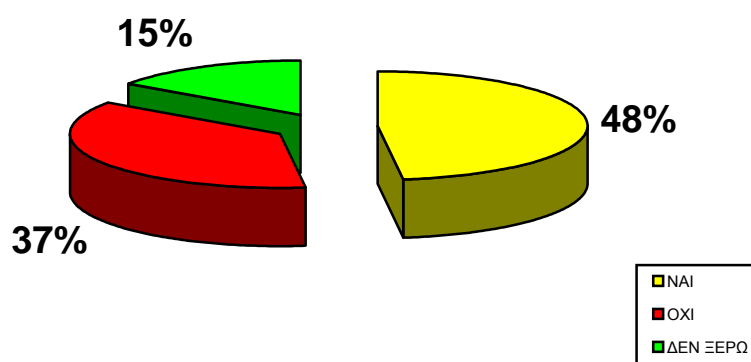
Το 35% των εφήβων θεωρεί την ηλικία των 16-17 κατάλληλη για σεξουαλική αγωγή, ενώ το 40% θεωρεί κατάλληλη την ηλικία των 14-15. Υπάρχει κι ένα 15% που πιστεύει πως η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση θα πρέπει να ξεκινάει μετά τα 17.

Ηλικία που θα έπρεπε να αρχίζει η σεξουαλική αγωγή					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	7	1	1,9	1,9	1,9
	10	1	1,9	1,9	3,8
	13	3	5,8	5,8	9,6
	14	7	13,5	13,5	23,1
	15	14	26,9	26,9	50,0
	16	9	17,3	17,3	67,3
	17	9	17,3	17,3	84,6
	18	7	13,5	13,5	98,1
	19	1	1,9	1,9	100,0
	Total	52	100,0	100,0	



Οι μισοί σχεδόν έφηβοι είναι ικανοποιημένοι από τη σεξουαλική αγωγή που δέχονται.

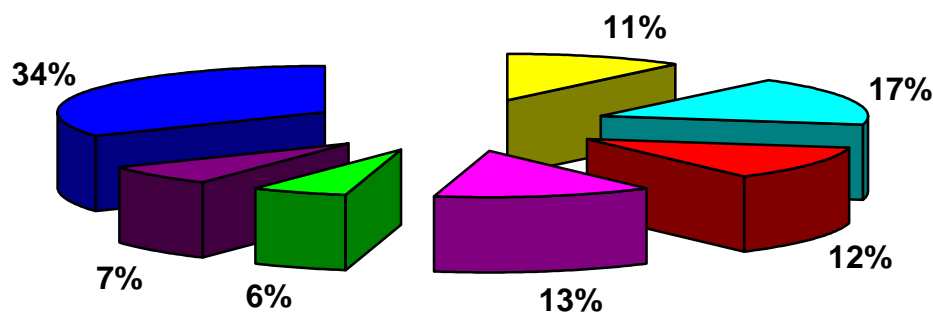
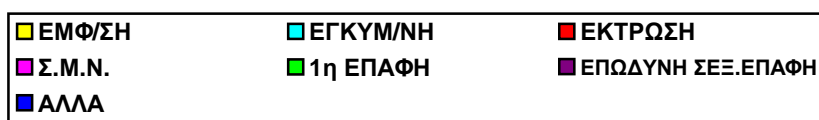
Ικανοποίηση από τη σεξουαλική τους αγωγή					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΔΓ	8	15,4	15,4	15,4
	Όχι	19	36,5	36,5	51,9
	Ναι	25	48,1	48,1	100,0
	Total	52	100,0	100,0	





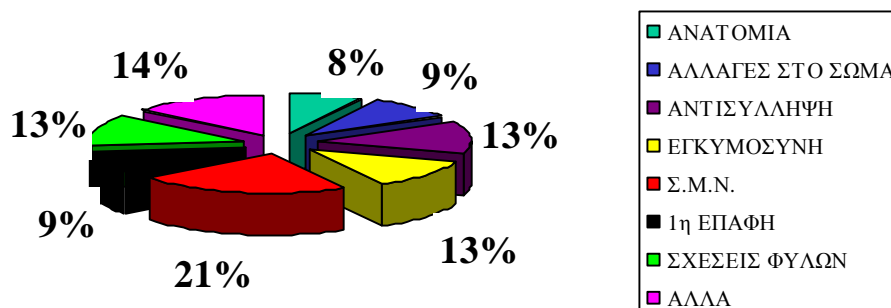
Το 15% περίπου των εφήβων ενδιαφέρεται για την εμφάνισή του και την πρώτη σεξουαλική επαφή, υπάρχει ένα 13% που το απασχολούν σημαντικά τα Σ.Μ.Ν και ένα 30% περίπου που ενδιαφέρεται για την εγκυμοσύνη και την έκτρωση. Ενώ ένα ποσοστό 34% τον απασχολούν άλλα θέματα όπως η ικανοποίηση του ίδιου και του συντρόφου του και τα προβλήματα κατά την επαφή.

Group \$q17 Θέματα που τους απασχολούν έντονα				
Category label	Cod e	Coun t	Pct of Response s	Pct of Case s
Μορφή και μέγεθος γεννητικών οργάνων	1	4	2,2	7,7
Μορφή και μέγεθος στήθους	2	9	5	17,3
Φυσική εμφάνιση και ερωτική έλξη	3	18	10	34,6
Αυνανισμός	4	2	1,1	3,8
Ομοφυλοφιλική έλξη	5	1	0,6	1,9
Φόβος εγκυμοσύνης	7	29	16,1	55,8
Έκτρωση	8	20	11,1	38,5
Αφροδίσια νοσήματα	9	22	12,2	42,3
Παράλληλες ερωτικές σχέσεις	10	8	4,4	15,4
Ερωτήσεις σχετικά με τον οργασμό	11	5	2,8	9,6
Πρόωρη εκσπερμάτιση	13	6	3,3	11,5
Προβλήματα στύσης	14	1	0,6	1,9
Φόβος για επώδυνη σεξουαλική επαφή	15	12	6,7	23,1
Πρώτη σεξουαλική επαφή	16	10	5,6	19,2
Σεξουαλικές φαντασιώσεις	17	6	3,3	11,5
Έλλειψη ικανοποίησης συντρόφου	18	13	7,2	25
Έλλειψη κατανόησης εκ μέρους του συντρόφ	19	7	3,9	13,5
Ασυνηθιστα ενδιαφέροντα/Περίεργες σεξουα	20	6	3,3	11,5
Άλλο	21	1	0,6	1,9
Total responses		180	100	346,2
0 missing cases; 52 valid cases				



Στην έρευνα το AIDS / Σ.Μ.Ν και η αντισύλληψη είναι τα πρώτα θέματα για τα οποία θέλουν να ενημερωθούν επιπλέον οι έφηβοι ενώ ακολουθεί η πρώτη σεξουαλική επαφή και οι σχέσεις των δύο φύλλων και ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό ενδιαφέρεται να μάθει περισσότερα για την εγκυμοσύνη.

Group \$q18 Θέματα για τα οποία θα ήθελαν να μάθουν περισσότερα					
Category label	Code	Count	Pct of Responses	Pct of Cases	
Λειτουργία γεννητικού συστήματος άνδρα/γ	1	12	7,9	23,1	
Τι είναι η έμμηνος ρύση	2	3	2,0	5,8	
Αλλαγές που συμβαίνουν στο σώμα κατά την	3	14	9,2	26,9	
Τι είναι ο οργασμός	4	4	2,6	7,7	
Τι είναι το σπέρμα και πως πραγματοποιεί	5	7	4,6	13,5	
Μέθοδοι αντισύλληψης και τρόποι εφαρμογή	6	19	12,5	36,5	
Ομοφυλοφιλία	7	5	3,3	9,6	
Εγκυμοσύνη	8	19	12,5	36,5	
AIDS και άλλες σεξουαλικά μεταδιδόμενες	9	34	22,4	65,4	
Αυνανισμός	10	3	2,0	5,8	
Πρώτη σεξουαλική επαφή(Πότε και πως)	11	13	8,6	25,0	
Σχέσεις αγοριών-κοριτσιών	12	19	12,5	36,5	
Total responses		152	100,0	292,3	
0 missing cases; 52 valid cases					



## ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ ΥΠΟΜΟΝΑΔΩΝ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Οι συγκρίσεις αυτές καταδεικνύουν τις διαφορετικές ανάγκες της κάθε ομάδας και συμβάλλουν στην αρτιότερη διοργάνωση της ενημέρωσης των εφήβων πάνω στα θέματα της σεξουαλικής αγωγής. Για να διαπιστωθεί αν ορισμένες κατηγορίες ερωτηθέντων έδωσαν διαφοροποιημένες απαντήσεις σε σχέση με κάποιο χαρακτηριστικό, χρησιμοποιήθηκαν ενδεικτικά και για λίγες περιπτώσεις λόγω του μικρού αριθμού του δείγματος μας, crosstabs με τα οποία συνδυάζονται οι απαντήσεις των δύο ερωτήσεων που μας ενδιαφέρουν.

Στο τέλος των crosstabs αναγράφονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τον στατιστικό έλεγχο. Πιο συγκεκριμένα τα στατιστικά αποτελέσματα αποτελούνται από:

1. Το μέγεθος του δείγματος
2. Την τιμή του στατιστικού τεστ
3. Τους βαθμούς ελευθερίας του τεστ
2. Πιθανότητα στατιστικής σημαντικότητας (**p**)

Θεωρούμε σαν στατιστικώς σημαντική μία διαφορά ως προς κάποιο χαρακτηριστικό, αν και μόνο αν το αποτέλεσμα που δίνεται από το στατιστικό έλεγχο οδηγεί σε μία πιθανότητα  $p < 0.05$ .

**ΠΙΝΑΚΑΣ 1α:** Συγκριτική συσχέτιση των απαντήσεων σε σχέση με το φύλο και την ερώτηση 12Α (Πόσο έχουν μιλήσει στη μητέρα τους για το σεξ)

	ΕΡΩΤΗΣΗ 12Α					
ΦΥΛΟ	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	ΣΥΝΟΛΟ
ΑΓΟΡΙ	15	3	4	3	1	26
ΚΟΡΙΤΣΙ	6	5	8	4	3	26
ΣΥΝΟΛΟ	21	8	12	7	4	52

$\chi^2$	Βαθμοί ελευθερίας	P
6.83	4	> 0.005
<b>Στατιστικά σημαντική διαφορά</b>		<b>ΌΧΙ</b>

Η συγκριτική στατιστική ανάλυση έδειξε ότι οι απαντήσεις σ' αυτή την ερώτηση δεν επηρεάζονται (δηλαδή δεν εμφάνισαν στατιστικά σημαντικές διαφορές) από το δημογραφικό στοιχείο του φύλου.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 1β:** Συγκριτική συσχέτιση των απαντήσεων σε σχέση με το φύλο και την ερώτηση 12B (Πόσο έχουν μιλήσει στη μητέρα τους για τη σχέση πριν το γάμο)

	ΕΡΩΤΗΣΗ 12B					
ΦΥΛΟ	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	ΣΥΝΟΛΟ
ΑΓΟΡΙ	11	3	3	2	7	23
ΚΟΡΙΤΣΙ	8	2	7	2	7	26
ΣΥΝΟΛΟ	19	5	10	4	14	52

$\chi^2$	Βαθμοί ελευθερίας	P
2.27	4	> 0.005
Στατιστικά σημαντική διαφορά		ΌΧΙ

Η συγκριτική στατιστική ανάλυση έδειξε ότι οι απαντήσεις σ' αυτή την ερώτηση δεν επηρεάζονται (δηλαδή δεν εμφάνισαν στατιστικά σημαντικές διαφορές) από το δημογραφικό στοιχείο του φύλου.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 1γ:** Συγκριτική συσχέτιση των απαντήσεων σε σχέση με το φύλο και την ερώτηση 12Γ (Πόσο έχουν μιλήσει στη μητέρα τους για το πόσα παιδιά θέλουν να αποκτήσουν)

ΦΥΛΟ	ΕΡΩΤΗΣΗ 12Γ					ΣΥΝΟΛΟ
	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	
ΑΓΟΡΙ	11	7	7	1	0	26
ΚΟΡΙΤΣΙ	5	8	5	4	4	26
ΣΥΝΟΛΟ	16	15	12	5	4	52

$\chi^2$	Βαθμοί ελευθερίας	P
8.45	4	< 0.005
Στατιστικά σημαντική διαφορά		ΝΑΙ

Η συγκριτική στατιστική ανάλυση έδειξε ότι οι απαντήσεις σ' αυτή την ερώτηση επηρεάζονται (δηλαδή εμφάνισαν στατιστικά σημαντικές διαφορές) από το δημογραφικό στοιχείο του φύλου.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 1δ:** Συγκριτική συσχέτιση των απαντήσεων σε σχέση με το φύλο και την ερώτηση 12Α (Πόσο έχουν μιλήσει στη μητέρα τους για την αντισύλληψη)

	ΕΡΩΤΗΣΗ 12Α					
ΦΥΛΟ	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	ΣΥΝΟΛΟ
ΑΓΟΡΙ	10	3	3	7	3	26
ΚΟΡΙΤΣΙ	11	3	3	3	6	26
ΣΥΝΟΛΟ	21	6	6	10	9	52

$\chi^2$	Βαθμοί ελευθερίας	P
2.65	4	> 0.005
Στατιστικά σημαντική διαφορά		ΟΧΙ

Η συγκριτική στατιστική ανάλυση έδειξε ότι οι απαντήσεις σ' αυτή την ερώτηση δεν επηρεάζονται (δηλαδή δεν εμφάνισαν στατιστικά σημαντικές διαφορές) από το δημογραφικό στοιχείο του φύλου.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 1ε:** Συγκριτική συσχέτιση των απαντήσεων σε σχέση με το φύλο και την ερώτηση 12Ε (Πόσο έχουν μιλήσει στη μητέρα τους για την έμμηνο ρύση)

ΦΥΛΟ	ΕΡΩΤΗΣΗ 12Ε					ΣΥΝΟΛΟ
	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	
ΑΓΟΡΙ	18	3	4	1	0	26
ΚΟΡΙΤΣΙ	2	4	2	5	13	26
ΣΥΝΟΛΟ	20	7	6	6	13	52

$\chi^2$	Βαθμοί ελευθερίας	P
29.28	4	< 0.005
Στατιστικά σημαντική διαφορά		ΝΑΙ

Η συγκριτική στατιστική ανάλυση έδειξε ότι οι απαντήσεις σ' αυτή την ερώτηση επηρεάζονται (δηλαδή εμφάνισαν στατιστικά σημαντικές διαφορές) από το δημογραφικό στοιχείο του φύλου.



**ΠΙΝΑΚΑΣ 1στ:** Συγκριτική συσχέτιση των απαντήσεων σε σχέση με το φύλο και την ερώτηση 12ΣΤ (Πόσο έχουν μιλήσει στη μητέρα τους για το πότε θα αποκτήσουν το πρώτο τους παιδί)

	ΕΡΩΤΗΣΗ 12ΣΤ					
ΦΥΛΟ	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	ΣΥΝΟΛΟ
ΑΓΟΡΙ	16	4	4	2	0	26
ΚΟΡΙΤΣΙ	13	2	3	6	2	26
ΣΥΝΟΛΟ	29	6	7	8	2	52

$\chi^2$	Βαθμοί ελευθερίας	P
5.12	4	> 0.005
<b>Στατιστικά σημαντική διαφορά</b>		<b>ΟΧΙ</b>

Η συγκριτική στατιστική ανάλυση έδειξε ότι οι απαντήσεις σ' αυτή την ερώτηση δεν επηρεάζονται (δηλαδή δεν εμφάνισαν στατιστικά σημαντικές διαφορές) από το δημογραφικό στοιχείο του φύλου.

Όπως βλέπουμε από τα αποτελέσματα αυτής της ερώτησης, τα αγόρια όσο αφορά το σεξ δεν έχουν μιλήσει με τη μητέρα τους σ' ένα ποσοστό μικρότερο του 50%, ενώ για τα κορίτσια το ποσοστό ξεπερνά το 50%. Για τις σχέσεις πριν από το γάμο επίσης δεν έχουν μιλήσει καθόλου ούτε τα αγόρια, ούτε τα κορίτσια με εμφανή όμως πάλι τη διαφορά του ποσοστού των κοριτσιών που τείνει να ακουμπήσει το 50%. Την ίδια απάντηση είχαμε κι όταν ρωτήθηκαν πόσο έχουν μιλήσει με τη μητέρα τους για τον αριθμό των παιδιών που θέλουν να αποκτήσουν. Εδώ η αρνητική απάντηση των κοριτσιών φτάνει να είναι διπλάσια των αγοριών. Για την αντισύλληψη πάλι βρισκόμαστε στη δυσάρεστη θέση να δούμε ότι ούτε τα αγόρια ούτε τα κορίτσια δεν έχουν μιλήσει με τη μητέρα τους καθόλου, με τα κορίτσια να κρατούν και πάλι τα ινία της πρωτιάς! Για την έμμηνο ρύση, διαπιστώνουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των απαντήσεων των εφήβων βρίσκεται στο "καθόλου" με τα κορίτσια να ξεπερνούν για ακόμα μια φορά το 50%. Τέλος, η συζήτηση με τη μητέρα τους που αφορά την ηλικία απόκτησης του πρώτου τους παιδιού πάλι είναι ανύπαρκτη αφού το μεγαλύτερο ποσοστό είναι πάλι στο "καθόλου", αλλά αυτή τη φορά βρίσκει και τα αγόρια και τα κορίτσια σύμφωνους σ' ένα ποσοστό πάνω από το 50%. Γεγονός που μας υποδεικνύει ότι το φύλο πρέπει να λαμβάνεται υπόψη όσο αφορά τη συζήτηση με τη μητέρα τους αν και σε γενικές γραμμές οι ανάγκες των εφήβων είναι οι ίδιες σ' αυτό το θέμα.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 2:** Συγκριτική συσχέτιση των απαντήσεων σε σχέση με το φύλο και την ερώτηση 7 (Έχεις συμμετάσχει σε κάποιο πρόγραμμα σεξουαλικής αγωγής; ).

ΦΥΛΟ	ΕΡΩΤΗΣΗ 7		
	ΌΧΙ	ΝΑΙ	ΣΥΝΟΛΟ
ΑΓΟΡΙ	21	5	26
ΚΟΡΙΤΣΙ	25	1	26
ΣΥΝΟΛΟ	46	6	52

$\chi^2$	Βαθμοί ελευθερίας	P
3.01	1	< 0.005
Στατιστικά σημαντική διαφορά		ΝΑΙ

Η συγκριτική στατιστική ανάλυση έδειξε ότι οι απαντήσεις σ' αυτή την ερώτηση δεν επηρεάζονται (δηλαδή δεν εμφάνισαν στατιστικά σημαντικές διαφορές) από το δημογραφικό στοιχείο του φύλου. Δεν υφίσταται διαφορά στις απαντήσεις των αγοριών και των κοριτσιών. Αυτό μας οδηγεί δυστυχώς στο συμπέρασμα ότι οι έφηβοι γενικά δεν έχουν πάρει μέρος σε κάποιο πρόγραμμα κι αυτή η άρνηση μπορεί να είναι επιλογή τους, μπορεί όμως να μην τους έχει δοθεί ποτέ καν η δυνατότητα αυτής της επιλογής. Οπότε η δημιουργία τέτοιου είδους προγραμμάτων στις επαρχίες είναι απαραίτητη, όπως επίσης και η προτροπή των νέων σ' αυτά από τους αρμόδιους.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 3:** Συγκριτική συσχέτιση των απαντήσεων σε σχέση με το φύλο και την ερώτηση 8 (Μεγαλώνοντας, με ποιους από τους παρακάτω τρόπους πληροφορήθηκε γύρω από σεξουαλικά θέματα)

ΕΡΩΤΗΣΗ 8						
ΦΥΛΟ	ΜΗΤΕΡΑ	ΠΑΤΕΡΑΣ	ΑΔΕΡΦΟΣ	ΑΔΕΡΦΗ	ΑΛΛΟΙ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ	ΜΑΘΗΜΑΤΑ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ
ΑΓΟΡΙ	4	4	2	2	3	5
ΚΟΡΙΤΣΙ	15	2	3	8	3	0
ΣΥΝΟΛΟ	19	6	5	10	6	5

ΕΡΩΤΗΣΗ 8					
ΦΥΛΟ	ΦΙΛΟΙ ΣΥΝΟΜΗΛΙΚΟΙ	ΕΡΩΤΙΚΟΣ ΣΥΝΤΡΟΦΟΣ	ΓΙΑΤΡΟΣ	ΤΗΛΕΟΡΑΣΗ	ΒΙΒΛΙΑ
ΑΓΟΡΙ	9	5	2	8	2
ΚΟΡΙΤΣΙ	17	12	2	10	10
ΣΥΝΟΛΟ	26	17	4	18	12

ΕΡΩΤΗΣΗ 8				
ΦΥΛΟ	ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ/ΕΦΗΜΕΡΙΔΕΣ	ΑΛΛΟ	ΔΘ	ΣΥΝΟΛΟ
ΑΓΟΡΙ	5	1	3	26
ΚΟΡΙΤΣΙ	12	0	1	26
ΣΥΝΟΛΟ	17	1	4	52

Η συγκριτική στατιστική ανάλυση έδειξε ότι οι απαντήσεις σ' αυτή την ερώτηση επηρεάζονται (δηλαδή εμφάνισαν στατιστικά σημαντικές διαφορές) από το δημογραφικό στοιχείο του φύλου. Ενώ για τα αγόρια σαν πηγές πληροφόρησης έχουν κυρίως τους φίλους, την τηλεόραση, τα περιοδικά και τον ερωτικό τους σύντροφο, τα κορίτσια θέτουν μεν ως πρώτη πηγή πληροφόρησης τους φίλους αλλά μετά ακολουθούν η μητέρα, ο σύντροφος και τα περιοδικά.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 4:** Συγκριτική συσχέτιση των απαντήσεων σε σχέση με το φύλο και την ερώτηση 10 (Ποιοι πιστεύεις πως ασκούν μεγαλύτερη επιρροή στη σεξουαλική σου συμπεριφορά;)

	ΕΡΩΤΗΣΗ 10					
ΦΥΛΟ	ΠΑΤΕΡΑΣ	ΜΗΤΕΡΑ	ΑΔΕΡΦΙΑ	ΣΥΝΟΜΗΛΙΚΟΙ	ΕΙΔΙΚΑ ΒΙΒΛΙΑ	ΕΚΚΛΗΣΙΑ
ΑΓΟΡΙ	3	2	3	13	6	1
ΚΟΡΙΤΣΙ	0	5	3	16	3	0
ΣΥΝΟΛΟ	3	7	6	29	9	1

	ΕΡΩΤΗΣΗ 10			
ΦΥΛΟ	ΣΧΟΛΕΙΟ	ΚΟΙΝΩΝΙΑ/ΜΜΕ	ΕΡΩΤΙΚΟΣ ΣΥΝΤΡΟΦΟΣ	ΣΥΝΟΛΟ
ΑΓΟΡΙ	3	10	2	43
ΚΟΡΙΤΣΙ	1	5	4	37
ΣΥΝΟΛΟ	4	15	6	80

Η συγκριτική στατιστική ανάλυση έδειξε ότι οι απαντήσεις σ' αυτή την ερώτηση δεν επηρεάζονται (δηλαδή δεν εμφάνισαν στατιστικά σημαντικές διαφορές) από το δημογραφικό στοιχείο του φύλου. Διαπιστώνουμε ότι και για τα αγόρια και για τα κορίτσια μεγαλύτερη επιρροή ασκούν οι συνομήλικοι, τα Μ.Μ.Ε. και ακολουθούν ο σύντροφος και τα ειδικά βιβλία.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 5:** Συγκριτική συσχέτιση των απαντήσεων σε σχέση με την ηλικία και την ερώτηση 8 (Τρόποι ενημέρωσης για σεξουαλικά θέματα)

	ΕΡΩΤΗΣΗ 8					
<b>ΗΛΙΚΙΑ</b>	<b>ΜΗΤΕΡΑ</b>	<b>ΠΑΤΕΡΑΣ</b>	<b>ΑΔΕΡΦΟΣ</b>	<b>ΑΔΕΡΦΗ</b>	<b>ΑΛΛΟΙ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ</b>	<b>ΜΑΘΗΜΑΤΑ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ</b>
15	0	0	0	0	0	0
16	9	3	2	4	0	1
17	6	2	0	4	5	2
18	4	1	3	2	1	2
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	19	6	5	10	6	5

	ΕΡΩΤΗΣΗ 8				
<b>ΗΛΙΚΙΑ</b>	<b>ΦΙΛΟΙ ΣΥΝΟΜΗΛΙΚΟΙ</b>	<b>ΕΡΩΤΙΚΟΣ ΣΥΝΤΡΟΦΟΣ</b>	<b>ΓΙΑΤΡΟΣ</b>	<b>TV</b>	<b>ΒΙΒΛΙΑ</b>
15	1	0	0	0	1
16	8	5	1	3	5
17	10	8	2	9	5
18	7	4	1	6	1
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	26	17	4	18	12

	ΕΡΩΤΗΣΗ 8			
<b>ΗΛΙΚΙΑ</b>	<b>ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ/ΕΦΗΜΕΡΙΔΕΣ</b>	<b>ΑΛΛΟ</b>	<b>ΔΘ</b>	<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>
15	1	0	0	1
16	7	0	2	15
17	6	0	1	19
18	3	1	1	17
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	17	1	4	52

Η συγκριτική στατιστική ανάλυση έδειξε ότι οι απαντήσεις σ' αυτή την ερώτηση επηρεάζονται (δηλαδή εμφάνισαν στατιστικά σημαντικές διαφορές) από το δημογραφικό στοιχείο της ηλικίας. Στην ηλικία των 15 ετών οι κύριες πηγές πληροφόρησης γύρω από σεξουαλικά θέματα είναι οι φίλοι, τα βιβλία και τα περιοδικά. Στην ηλικία των 16 ετών πρώτη μπαίνει η μητέρα και ακολουθούν οι φίλοι και τα περιοδικά, ενώ 17-18 ετών οι απόψεις των εφήβων συμπίπτουν όσο αφορά την

πληροφόρησή τους με κύρια πηγή τους συνομήλικους κι ύστερα η τηλεόραση, ο σύντροφος και η μητέρα. Όπως διαπιστώνεται από αυτή τη σύγκριση της ηλικίας και της κύριας πηγής πληροφόρησης ένα μεγάλο ποσοστό (**50%**) στηρίζεται στη γνώμη των συνομήλικών τους και ακολουθούν η μητέρα, η τηλεόραση και τα περιοδικά. Από αυτό μπορούμε να δούμε πόσο απέχουν οι φορείς της οικογένειας και του σχολείου από το πεδίο του νέου γύρω από την πηγή της πληροφόρησης του. Επίσης διαπιστώνουμε ότι όσο ο έφηβος μεγαλώνει η θέση της μητέρας όλο και κατεβαίνει στην επιλογή του ως πηγή πληροφόρησης..

**ΠΙΝΑΚΑΣ 6α:** Συγκριτική συσχέτιση των απαντήσεων σε σχέση με το επάγγελμα μητέρας και την ερώτηση 12Α (Πόσο έχουν μιλήσει στη μητέρα τους για το σεξ)

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ	ΕΡΩΤΗΣΗ 12Α					ΣΥΝΟΛΟ
	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	
ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	0	0	1	0	1	2
ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	6	2	4	1	1	15
ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ	4	3	3	3	1	13
ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ	0	0	0	0	1	1
ΟΙΚΙΑΚΑ	11	3	4	3	0	21
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>21</b>	<b>8</b>	<b>12</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>52</b>

$\chi^2$	Βαθμοί ελευθερίας	P
23.22	16	> 0.005
<b>Στατιστικά σημαντική διαφορά</b>		<b>ΌΧΙ</b>

Η συγκριτική στατιστική ανάλυση έδειξε ότι οι απαντήσεις σ' αυτή την ερώτηση δεν επηρεάζονται (δηλαδή δεν εμφάνισαν στατιστικά σημαντικές διαφορές) από το δημογραφικό στοιχείο του επαγγέλματος της μητέρας.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 6β:** Συγκριτική συσχέτιση των απαντήσεων σε σχέση με το επάγγελμα μητέρας και την ερώτηση 12B (Πόσο έχουν μιλήσει στη μητέρα τους για τη σχέση πριν το γάμο)

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ	ΕΡΩΤΗΣΗ 12B					ΣΥΝΟΛΟ
	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	
ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	1	0	0	1	0	2
ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	6	3	3	1	2	15
ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ	4	1	2	0	6	13
ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ	0	0	1	0	0	1
ΟΙΚΙΑΚΑ	8	1	4	2	6	21
ΣΥΝΟΛΟ	19	5	10	4	14	52

$\chi^2$	Βαθμοί ελευθερίας	P
16.55	16	> 0.005
Στατιστικά σημαντική διαφορά		ΌΧΙ

Η συγκριτική στατιστική ανάλυση έδειξε ότι οι απαντήσεις σ' αυτή την ερώτηση δεν επηρεάζονται (δηλαδή δεν εμφάνισαν στατιστικά σημαντικές διαφορές) από το δημογραφικό στοιχείο του επαγγέλματος της μητέρας.



**ΠΙΝΑΚΑΣ 6γ:** Συγκριτική συσχέτιση των απαντήσεων σε σχέση με το επάγγελμα μητέρας και την ερώτηση 12Γ (Πόσο έχουν μιλήσει στη μητέρα τους για το πόσα παιδιά θέλουν να αποκτήσουν)

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ	ΕΡΩΤΗΣΗ 12Γ					ΣΥΝΟΛΟ
	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	
ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	0	0	2	0	0	2
ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	5	4	1	3	2	15
ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ	3	6	3	0	1	13
ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ	1	0	0	0	0	1
ΟΙΚΙΑΚΑ	7	5	6	2	1	21
ΣΥΝΟΛΟ	16	15	12	5	4	52

$\chi^2$	Βαθμοί ελευθερίας	P
16.62	16	> 0.005
Στατιστικά σημαντική διαφορά		ΌΧΙ

Η συγκριτική στατιστική ανάλυση έδειξε ότι οι απαντήσεις σ' αυτή την ερώτηση δεν επηρεάζονται (δηλαδή δεν εμφάνισαν στατιστικά σημαντικές διαφορές) από το δημογραφικό στοιχείο του επαγγέλματος της μητέρας.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 6δ:** Συγκριτική συσχέτιση των απαντήσεων σε σχέση με το επάγγελμα μητέρας και την ερώτηση 12Δ (Πόσο έχουν μιλήσει στη μητέρα τους για την αντισύλληψη)

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ	ΕΡΩΤΗΣΗ 12Δ					ΣΥΝΟΛΟ
	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	
ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	0	0	0	2	0	2
ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	7	3	0	2	3	15
ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ	7	1	2	0	3	13
ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ	0	0	0	0	1	1
ΟΙΚΙΑΚΑ	7	2	4	6	2	21
ΣΥΝΟΛΟ	21	6	6	10	9	52

$\chi^2$	Βαθμοί ελευθερίας	P
23.03	16	> 0.005
Στατιστικά σημαντική διαφορά		<b>ΌΧΙ</b>

Η συγκριτική στατιστική ανάλυση έδειξε ότι οι απαντήσεις σ' αυτή την ερώτηση δεν επηρεάζονται (δηλαδή δεν εμφάνισαν στατιστικά σημαντικές διαφορές) από το δημογραφικό στοιχείο του επαγγέλματος της μητέρας.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 6ε:** Συγκριτική συσχέτιση των απαντήσεων σε σχέση με το επάγγελμα μητέρας και την ερώτηση 12Ε (Πόσο έχουν μιλήσει στη μητέρα τους για την έμμηνο ρύση)

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ	ΕΡΩΤΗΣΗ 12Ε					ΣΥΝΟΛΟ
	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	
ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	1	1	0	0	0	2
ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	7	2	2	0	4	15
ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ	3	1	0	3	6	13
ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ	0	0	0	0	1	1
ΟΙΚΙΑΚΑ	9	3	4	3	2	21
ΣΥΝΟΛΟ	20	7	6	6	13	52

$\chi^2$	Βαθμοί ελευθερίας	P
17.81	16	> 0.005
Στατιστικά σημαντική διαφορά		<b>ΌΧΙ</b>

Η συγκριτική στατιστική ανάλυση έδειξε ότι οι απαντήσεις σ' αυτή την ερώτηση δεν επηρεάζονται (δηλαδή δεν εμφάνισαν στατιστικά σημαντικές διαφορές) από το δημογραφικό στοιχείο του επαγγέλματος της μητέρας.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 6στ:** Συγκριτική συσχέτιση των απαντήσεων σε σχέση με το επάγγελμα μητέρας και την ερώτηση 12ΣΤ (Πόσο έχουν μιλήσει στη μητέρα τους για το πότε θα αποκτήσουν το πρώτο τους παιδί)

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ	ΕΡΩΤΗΣΗ 12ΣΤ					ΣΥΝΟΛΟ
	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	
ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	1	0	1	0	0	2
ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	8	1	2	3	1	15
ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ	8	1	1	2	1	13
ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ	0	0	1	0	0	1
ΟΙΚΙΑΚΑ	12	4	2	3	0	21
ΣΥΝΟΛΟ	29	6	7	8	2	52

$\chi^2$	Βαθμοί ελευθερίας	P
13.05	16	> 0.005
Στατιστικά σημαντική διαφορά		<b>ΌΧΙ</b>

Η συγκριτική στατιστική ανάλυση έδειξε ότι οι απαντήσεις σ' αυτή την ερώτηση δεν επηρεάζονται (δηλαδή δεν εμφάνισαν στατιστικά σημαντικές διαφορές) από το δημογραφικό στοιχείο του επαγγέλματος της μητέρας.

Μπορεί ως αποτέλεσμα να μην επηρεάζεται, όμως από τους παραπάνω πίνακες μπορούμε να διακρίνουμε ότι ακόμα και οι μητέρες που δεν δούλευαν και ασχολιόνταν με τα οικιακά δεν αφιέρωσαν χρόνο ώστε να μιλήσουν στα παιδιά τους για αυτά τα θέματα.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 7:** Συγκριτική συσχέτιση των απαντήσεων σε σχέση με την ηλικία και την ερώτηση 17 (Θέματα που τους απασχολούν έντονα)

ΕΡΩΤΗΣΗ 17					
ΗΛΙΚΙΑ	ΜΟΡΦΗ ΚΑΙ ΜΕΓΕΘΟΣ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ	ΜΟΡΦΗ ΚΑΙ ΜΕΓΕΘΟΣ ΣΤΗΘΟΥΣ	ΦΥΣΙΚΗ ΕΜΦΑΝΙΣΗ/ ΕΡΩΤΙΚΗ ΕΛΞΗ	ΑΥΝΑΝΙΣΜΟΣ	ΟΜΟΦΥΛΟ ΦΙΛΙΚΗ ΕΛΞΗ
15	0	0	0	0	0
16	0	1	3	1	1
17	1	3	6	1	0
18	3	5	9	0	0
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	4	9	18	2	1

ΕΡΩΤΗΣΗ 17					
ΗΛΙΚΙΑ	ΦΟΒΟΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ	ΕΚΤΡΩΣΗ	ΑΦΡΟΔΙΣΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ	ΠΑΡΑΛΛΗΛΕΣ ΕΡΩΤΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ	ΟΡΓΑΣΜΟΣ
15	0	1	1	0	0
16	11	8	5	3	3
17	7	9	9	1	2
18	11	2	7	4	0
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	29	20	22	8	5

ΕΡΩΤΗΣΗ 17				
ΗΛΙΚΙΑ	ΠΡΟΩΡΗ ΕΚΣΠΕΡΜΑΤΙΣΗ	ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΥΣΗΣ	ΕΠΩΔΥΝΗ ΣΞΞΟΥΑΛΙΚΗ ΕΠΑΦΗ	ΠΡΩΤΗ ΣΞΞΟΥΑΛΙΚΗ ΕΠΑΦΗ
15	0	0	1	1
16	1	0	5	3
17	2	1	4	5
18	3	0	2	1
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	6	1	12	10

ΕΡΩΤΗΣΗ 17				
ΗΛΙΚΙΑ	ΣΞΞΟΥΑΛΙΚΕΣ ΦΑΝΤΑΣΙΩΣΕΙΣ	ΕΛΛΕΙΨΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΥΝΤΡΟΦΟΥ	ΕΛΛΕΙΨΗ ΚΑΤΑΝΟΗΣΗΣ ΣΥΝΤΡΟΦΟΥ	ΑΣΥΝΗΘΙΣΤΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΑ
15	0	0	0	0
16	2	5	3	3
17	1	4	3	1
18	3	4	1	2
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	6	13	7	6

ΕΡΩΤΗΣΗ 17		
ΗΛΙΚΙΑ	ΑΛΛΟ	ΣΥΝΟΛΟ
15	0	4
16	0	58
17	0	60
18	1	58
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	1	180

Η συγκριτική στατιστική ανάλυση έδειξε ότι οι απαντήσεις σ' αυτή την ερώτηση δεν επηρεάζονται (δηλαδή δεν εμφάνισαν στατιστικά σημαντικές διαφορές) από το δημογραφικό στοιχείο της ηλικίας. Τους έφηβους, ανεξαρτήτου ηλικίας, τους απασχολούν έντονα τα ίδια θέματα. Ο φόβος μιας πιθανής εγκυμοσύνης έρχεται πρώτος και ακολουθεί η έκτρωση, τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και η πρώτη επαφή.

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

Από τους 52 εφήβους οι 26 ήταν αγόρια και 26 κορίτσια, ηλικίας 14-18. Σχεδόν το 88,5% προέρχεται από την Ελλάδα κι ένα ποσοστό 11,5 από την Αλβανία και την Γερμανία. Το εκπαιδευτικό επίπεδο των γονιών είναι κυρίως το δημοτικό και οι τεχνικές σχολές για τους πατέρες και το γυμνάσιο και το λύκειο για τις μητέρες. Όσον αφορά το επάγγελμα του πατέρα, ένα ποσοστό 60% περίπου είναι ιδιωτικοί υπάλληλοι και ελεύθεροι επαγγελματίες, ενώ της μητέρα, σχεδόν το 40% ασχολείται με τα οικιακά. Ανάμεσα σ' αυτούς υπάρχει, ευτυχώς, ένα 7,7% μόνο που είναι χωρισμένοι. Το 88,5% των εφήβων δεν συμμετείχε σε πρόγραμμα σεξουαλικής αγωγής δυστυχώς.

Στην ερώτηση 8 όπου ρωτώνται τους τρόπους πληροφόρησης γύρω από σεξουαλικά θέματα διαπιστώνεται ότι η κύρια πηγή πληροφόρησης για τους εφήβους είναι οι φίλοι/συνομήλικοι (**50%**) και ακολουθούν η μητέρα με ένα ποσοστό περίπου 13%, η τηλεόραση (12%) και τα περιοδικά (11%). Όπως είναι φανερό οι έφηβοι ανταλλάσσουν απόψεις γύρω από τέτοια θέματα οι οποίες δεν στηρίζονται σε επιστημονικά τεκμηριωμένες γνώσεις, με αποτέλεσμα οι περισσότερες να είναι λανθασμένες.

Απαντώντας στην ερώτηση από ποιους από αυτούς έμαθαν τα περισσότερα από αυτά που γνωρίζουν οι φίλοι τους είχαν το προβάδισμα με 22% ποσοστό κι ακολουθούν ο πρώτος τους δεσμός (16%), ενώ η μητέρα τους έρχεται Τρίτη με ένα ποσοστό 14%.

Μεγαλύτερη επιρροή στη σεξουαλική τους συμπεριφορά (ερώτηση 10) ασκούν πρώτα οι συνομήλικοι 36%, ύστερα τα ΜΜΕ 19% και ακολουθούν τα βιβλία 11% και η μητέρα 9%.

Όταν κρίθηκαν να απαντήσουν στο ποιους θεωρούν σημαντικότερους και πιο αρμόδιους για το θέμα της σεξουαλικής αγωγής οι έφηβοι σ' ένα μεγάλο ποσοστό

(48%) θεώρησαν την οικογένεια τους (μητέρα, πατέρα, αδέρφια), έπειτα τους φίλους 11%, τους γιατρούς (9%) και τα βιβλία (9%). Όπως, λοιπόν, διαπιστώνουμε ενώ οι έφηβοι θεωρούν ότι πρέπει οι βάσεις στα σεξουαλικά θέματα να προέρχονται από την οικογένεια εν τούτοις αυτές έρχονται από το φιλικό περιβάλλον.

Στην ερώτηση 12 πόσο έχει μιλήσει με τη μητέρα του ο έφηβος για το σεξ, τις προγαμιαίες σχέσεις, τον αριθμό των παιδιών που θέλουν να κάνουν, την αντισύλληψη, την έμμηνο ρύση και την ηλικία της 1η εγκυμοσύνης, στο μεγαλύτερο ποσοστό δυστυχώς ήταν αρνητικό. Όσο αφορά το σεξ τα αγόρια δεν έχουν μιλήσει καθόλου σ' ένα ποσοστό 40% και τα κορίτσια σ' ένα ακόμα σε μεγαλύτερο ποσοστό 56%! Για τις σχέσεις πριν από το γάμο επίσης δεν έχουν μιλήσει καθόλου ούτε τα αγόρια (37%), ούτε τα κορίτσια (46%). Την ίδια απάντηση είχαμε κι όταν ρωτήθηκαν πόσο έχουν μιλήσει με τη μητέρα τους για τον αριθμό των παιδιών που θέλουν να αποκτήσουν (τα αγόρια 31% και τα κορίτσια 60%). Για την αντισύλληψη, το οποίο θεωρείται ένα πολύ σημαντικό θέμα και πρέπει να συζητείται από μικρή ηλικία ώστε να μην βρίσκονται οι νέοι αντιμέτωποι με τα λάθη τους λόγω έλλειψης γνώσεως, πάλι βρισκόμαστε στη δυσάρεστη θέση να δούμε ότι ούτε τα αγόρια (40%) ούτε τα κορίτσια (52%) δεν έχουν μιλήσει με τη μητέρα τους καθόλου. Για την έμμηνο ρύση, που μπορεί να απασχολεί κατά κύριο λόγο τα κορίτσια αλλά πρέπει να έχουν και μία σχετική γνώση και τα αγόρια διαπιστώνουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των απαντήσεων των εφήβων βρίσκεται στο " καθόλου " (αγόρια 39%, κορίτσια 52%). Τέλος, η συζήτηση με τη μητέρα τους που αφορά την ηλικία απόκτησης του πρώτου τους παιδιού πάλι είναι ανύπαρκτη αφού το μεγαλύτερο ποσοστό είναι πάλι στο "καθόλου" και για τα αγόρια (56%) και για τα κορίτσια (67%).

Είναι άξιο να αναφερθεί ότι στην έρευνα που έγινε οι περισσότεροι έφηβοι θεωρούν απαραίτητη την σεξουαλική αγωγή (67%)! (ερώτηση 13) και οι κυριότεροι λόγοι ύπαρξης της Σ.Α. κατά τους εφήβους (ερώτηση 14) είναι στο μεγαλύτερο ποσοστό τους η αναζήτηση πλήρης ενημέρωσης γύρω από θέματα σεξουαλικής αγωγής (31%) και τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα(17%), ακολουθεί η αντισύλληψη (6%) και η εγκυμοσύνη(3%). Σαν λόγοι αναφέρθηκαν, επίσης, σε μικρότερα ποσοστά, η έκτρωση, η υγιεινή των γεννητικών οργάνων και η ανάγκη για δημιουργία σωστής οικογένειας.

Στην ερώτηση 15 που ερευνά την ηλικία έναρξης της σεξουαλικής αγωγής το 35% των εφήβων θεωρεί την ηλικία των 16-17 κατάλληλη, ενώ το 40% θεωρεί

κατάλληλη την ηλικία των 16-17. Υπάρχει κι ένα 15% που πιστεύει πως η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση θα πρέπει να ξεκινάει μετά τα 17!

Μεγάλη εντύπωση προκαλεί η απάντηση των εφήβων στο αν είναι ικανοποιημένοι με την σεξουαλική διαπαιδαγώγηση που δέχονται (ερ.16), όπου οι μισοί σχεδόν έφηβοι (48%) δείχνουν να είναι.

Θίγοντας τα θέματα που απασχολούν κυρίως τους εφήβους(ερ.17), το 15% περίπου ενδιαφέρεται για την εμφάνισή του και την πρώτη σεξουαλική επαφή, υπάρχει ένα 13% που το απασχολούν σημαντικά τα Σ.Μ.Ν και ένα 30% περίπου που ενδιαφέρεται για την εγκυμοσύνη και την έκτρωση. Ενώ ένα ποσοστό 34% τον απασχολούν άλλα θέματα όπως η ικανοποίηση του ίδιου και του συντρόφου του και τα προβλήματα κατά την επαφή.

Στην τελευταία ερώτηση που τέθηκε, ζητήθηκε από τους εφήβους να πουν για τα θέματα που θα ήθελαν να μάθουν περισσότερα. Το AIDS / Σ.Μ.Ν και η αντισύλληψη είναι τα πρώτα θέματα για τα οποία θέλουν να ενημερωθούν επιπλέον οι έφηβοι (35%) ενώ ακολουθεί η πρώτη σεξουαλική επαφή (9%) και οι σχέσεις των δύο φύλλων (12%) και ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό ενδιαφέρεται να μάθει περισσότερα για την εγκυμοσύνη (12%).

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από την ερευνητική διαδικασία (ερωτηματολόγιο) απαντήθηκαν τα ερευνητικά ερωτήματα που διατυπώθηκαν με βάση τους ερευνητικούς άξονες που αναφέρθηκαν σε προηγούμενο κεφάλαιο.

Πιο συγκεκριμένα για τον άξονα 1: **(βαθμός γνώσης των εφήβων πάνω στο θέμα της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης)** αποδεικνύεται η ελλιπής γνώση των εφήβων, διότι αφενός δεν έχουν παρακολουθήσει ούτε συμμετάσχει σε κάποιο πρόγραμμα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης, αφετέρου θεωρούν ικανοποιητική την σεξουαλική αγωγή που δέχονται. Φανερώνοντας μια αδιαφορία από τους εφήβους για τα θέματα αυτά μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι οι έφηβοι δεν έχουν καταλάβει τη σημαντικότητα αυτών των γνώσεων ώστε να είναι έχουν μία ομαλή και υγιή σεξουαλική ζωή γνωρίζοντας όχι μόνο τους κινδύνους που караδοκούν (ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα κ.α), αλλά και τους τρόπους ευχαρίστησης.



Για τον άξονα 2, δηλαδή **τις βασικές πηγές πληροφόρησης των εφήβων στο σχετικό θέμα:**

Αναφέραμε δυστυχώς ότι οι πηγές ενημέρωσης που χρησιμοποιούν οι έφηβοι είναι κυρίως το φιλικό τους περιβάλλον, το οποίο όπως είναι λογικό είναι της ίδιας ηλικίας. Από αυτό είναι εύκολο να συμπεράνουμε τις λάθος βάσεις που θέτονται στους νέους εξ' αρχής. Η μητέρα έρχεται σε δεύτερη θέση ως πηγή ενημέρωσης και ειδικά σε ορισμένα θέματα όπως το σεξ, η αντισύλληψη, οι προγαμιαίες σχέσεις, η έμμηνος ρύση, η εγκυμοσύνη κ.α., με τας λύπης μας διαπιστώνουμε ότι ο ρόλος της μητέρας είναι ανενεργός. Από την έρευνα όμως, οι ίδιοι οι έφηβοι θεωρούν το οικογενειακό τους περιβάλλον ως το σημαντικότερο και πιο αρμόδιο για την ενημέρωσή τους πάνω στα σεξουαλικά θέματα. Οπότε καθίσταται αναγκαία η κατάλληλη ενημέρωση της μητέρας για να μπορεί να προσεγγίσει τα παιδιά της και κυρίως τα κορίτσια, στα οποία ασκεί και μεγαλύτερη επιρροή και να τα φέρει σε πρώτη επαφή μ' αυτά τα θέματα. Για να γίνει όμως αυτό πρέπει πρώτοι οι γονείς να κατέχουν την σεξουαλική αγωγή και να βρουν τρόπους μετάδοσης των γνώσεων αυτών στα παιδιά, ξεκινώντας τη από μικρή ηλικία για να μπορέσουν να τους περάσουν πιο εύκολα τα μηνύματα και πιο συνειδητά. Επίσης η πραγματοποίηση προγραμμάτων σεξουαλικής αγωγής εντός και εκτός σχολικού χώρου και σχετικών ομιλιών με ολοκληρωμένη ενημέρωση των ατόμων πάνω στη σεξουαλική αγωγή είναι πλήρως απαραίτητη. Τέλος, εφόσον για τους νέους η τηλεόραση αποτελεί την πρώτη πηγή πληροφόρησης τους, καλό θα ήταν να υπάρχουν περισσότερα ενημερωτικά προγράμματα για σεξουαλικά θέματα.

Για τον άξονα 3, δηλαδή **τη γνώμη των εφήβων για την σεξουαλική αγωγή και τα θέματα που τους απασχολούν περισσότερο πάνω σ' αυτή.**

Οι έφηβοι επιζητούν τρόπους σωστής ενημέρωσης γύρω από τα θέματα σεξουαλικού περιεχομένου, γιατί τους απασχολούν ολοένα και περισσότερο η αντισύλληψη, τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, η άμβλωση κ.α. Οπότε η ύπαρξη περισσότερων επιστημονικών βιβλίων για τη σεξουαλική αγωγή στο σχολείο αλλά και στο σπίτι είναι απαραίτητη. Η διδασχή της σεξουαλικής αγωγής στα Ελληνικά σχολεία εφόσον οι έφηβοι τη θεωρούν απαραίτητη είναι ένα θέμα που πρέπει να απασχολήσει το κοινωνικό σύνολο και γιατί όχι να γίνει και ένα αίτημα στο υπουργείο παιδείας και θρησκευμάτων.

## ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

- Û Περισσότερα ενημερωτικά προγράμματα για σεξουαλικά θέματα στην τηλεόραση, αφού αποτελεί την πρώτη πηγή πληροφόρησής τους!
- Û Περισσότερα επιστημονικά βιβλία με θέμα τη σεξουαλική αγωγή!
- Û Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση να αρχίζει από μικρή ηλικία και να προετοιμάζονται οι γονείς να τη δεχτούν πρώτοι, για να περάσουν τα μηνύματα πιο εύκολα και πιο συνειδητά στα παιδιά!
- Û Η μητέρα θα πρέπει να ενημερώνεται κατάλληλα για να μπορέσει να προσεγγίσει τα παιδιά της και κυρίως τα κορίτσια, στα οποία ασκεί μεγαλύτερη επιρροή!
- Û Να διδαχθεί η σεξουαλική αγωγή στα Ελληνικά σχολεία γιατί οι έφηβοι την θεωρούν απαραίτητη και επίσης γιατί επηρεάζονται σημαντικά από άτομα της ηλικίας τους!
- Û Οι έφηβοι χρειάζονται περισσότερη πληροφόρηση γύρω από την αντισύλληψη γιατί τους απασχολούν ολοένα και περισσότερο τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και η έκτρωση!
- Û Θα πρέπει να γίνουν περισσότερα προγράμματα σεξουαλικής αγωγής, καθώς και κάποιες ομιλίες για την ολοκληρωμένη ενημέρωση των ατόμων!

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η σωστή και άρτια ενημέρωση των εφήβων πάνω σε θέματα σεξουαλικής αγωγής είναι η βάση για μία ομαλή και υγιή σεξουαλική ζωή του ανθρώπου. Έχοντας γνώση από μικρή ηλικία στους κινδύνους που υπάρχουν γύρω από αυτά τα θέματα και στη σωστή προσέγγιση τους, θα μπορούν να απολαμβάνουν τον έρωτα χωρίς φόβο.

Σύμφωνα με την έρευνά μας:

- ⇒ Διαπιστώνεται η υστέρηση γνώσεων των εφήβων πάνω σε θέματα σεξουαλικής αγωγής που θα πρέπει να αναπληρωθεί από ειδικευμένο προσωπικό στο εν λόγω θέμα.
- ⇒ Καθίσταται αναγκαία η ενημέρωση των εφήβων των εφήβων κι όχι μόνο από ένα φορέα αλλά από περισσότερους.
- ⇒ Η επιμόρφωση των εφήβων θα πρέπει να ξεκινάει πρώτα από την επιμόρφωση των ατόμων που ασκούν την κύρια επιρροή και πηγή πληροφόρησης τους.

## ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΠΕΡΑΙΤΕΡΩ ΕΡΕΥΝΑ

Βλέποντας και κρίνοντας τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας πάνω στην μελέτη της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης των εφήβων και επικεντρώνοντας το ενδιαφέρον στους εφήβους της επαρχίας θα πρότεινα να συνεχιστεί η έρευνα και σε άλλες πόλεις της Ελλάδας, να γίνουν οι απαραίτητες συγκρίσεις, να συγκεντρωθούν οι απόψεις των εφήβων ώστε να γνωστοποιηθεί το πρόβλημα και να αντιμετωπιστεί. Επίσης πιστεύω ότι θα ήταν πολύ σημαντικό να γινόταν μία έρευνα πάνω στο ίδιο θέμα με αποδέκτες τους ανθρώπους που επηρεάζουν τους εφήβους (οικογένεια-σχολείο).

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η εμπειρία των ειδικών στη χώρα μας έχει δείξει ότι τόσο οι νέοι όσο και οι γονείς τους τις περισσότερες φορές δεν γνωρίζουν τα στοιχειώδη θέματα που αφορούν το σεξ και τις σχέσεις των δύο φύλων. Το αποτέλεσμα είναι ότι τα εντελώς ανημέρωτα παιδιά έχουν τις πρώτες τους σεξουαλικές επαφές- εμπειρίες απροστάτευτα, με κίνδυνο είτε την ανάπτυξη σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων ή μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. Δεν είναι τυχαίο, λοιπόν, ότι στη χώρα μας κάθε χρόνο πραγματοποιούνται 100.000 - 120.000 εκτρώσεις! Εξίσου σοβαρός όμως είναι και ο αντίκτυπος στον ψυχικό τους κόσμο.

Εγώ ευαισθητοποιήθηκα και προσπάθησα να απαντήσω με την εργασία μου σ' αυτό το φλέγον πρόβλημα. Θα ήθελα να πληροφορήσω και να ενημερώσω έγκυρα και εμπειριστατωμένα τους νέους -αγόρια και κορίτσια- για θέματα σεξουαλικών σχέσεων, αναπαραγωγής, σεξουαλικής δραστηριότητας και αντισύλληψης. Ο απλός και σαφής τρόπος γραφής, οι φωτογραφίες και οι πίνακες, απαντάν σε κάθε ερώτημα που μπορεί να θέσει ένας νέος άνθρωπος σχετικά με τα θέματα αυτά.

Αν μέσα από αυτές τις σελίδες βοηθήσω έστω κι έναν έφηβο, αν καταφέρω να τον κάνω να βγει από την άγνοια, να δει τη ζωή και τον έρωτα με άλλο μάτι, τότε σίγουρα η ηθική ικανοποίηση, για μένα, θα είναι πολύ μεγάλη. Επειδή, όμως, δεν φτάνει μόνο η δική μου προσπάθεια, θα πρέπει ολόκληρη η κοινωνία να αγκαλιάσει τους νέους της και να τους προστατέψει, γιατί από αυτούς εξαρτάται το μέλλον κάθε χώρας!!!

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

- § **Ντολτό Φρανζουάς, Ντολτό-Τολίτς Κατρίν, Περσεμινιέ Κολέτ,** (Οκτώβριος 2000), *Έφηβοι- Προβλήματα και ανησυχίες*, Αθήνα: Εκδόσεις Πατάκη.
- § **Dr. Irene Borten- Kririne, Dr. Diane Winaver.** (2002). *Εφηβεία, Έρωτας και Σεξουαλικότητα*. Αθήνα: Σαβάλλας.
- § **Λούρος, Ν.** (1973). *Η σεξουαλική αγωγή σ' όλες τις ηλικίες*. Αθήνα: Ελληνική παιδεία.
- § **Χατζημπούγιας, Ι.** (2000). *Στοιχεία ανατομικής του ανθρώπου*. Θεσσαλονίκη: Φιλώτας.
- § **Βαρσαμίδης, Ε.** (2001). *Φυσιολογία του ανθρώπου*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- § **Γ. Κρεατσάς,** (2003) *Σεξουαλική αγωγή & σχέσεις των δυο φύλων*, Αθήνα: Εκδ. Ελληνικά γράμματα.
- § **Γ.Ζ. Βουλγαριδης,** (2002), *Αναπαραγωγή*, Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανού.
- § <http://www.in.gr/index.html>

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

- § **Bird, M., Hammersley, M., Gomm, R., Woods, P. κ.λ.π.,** (1999). *Εκπαιδευτική έρευνα στην πράξη – Εγχειρίδιο μελέτης*. Μτφρ: Φράγκου, Ε., Πάτρα: ΕΑΠ.
- § **1993???** **Παρασκευόπουλος, Ι.** (1985). *Εξελικτική Ψυχολογία, σχολική ηλικία*. Τ. 3<sup>ος</sup> Αθήνα: ιδίου.
- § **Cohen, L., Manion, L.,** (1997). *Μεθοδολογία Εκπαιδευτικής Έρευνας*. Αθήνα: Έκφραση.
- § **Μακράκης, Β.** (1998). Αξιολόγηση συστημάτων Ανοικτής και εξ Αποστάσεως Εκπαίδευσης, **στο Βεργίδης, Δ., Λιοναράκης, Α., Λυκουργιώτης, Α., Μακράκης, Β., Ματράλης, Χ.,** (1999) *Ανοιχτή και εξ Αποστάσεως εκπαίδευση – Θεσμοί και λειτουργίες*, τ: Α, σελ. 247 – 255. Πάτρα: ΕΑΠ.

- § **Faulkner, D., Swann, J., Bird, M., Carty, J., (1999).** *Εξέλιξη του παιδιού στο κοινωνικό περιβάλλον – Εγχειρίδιο μεθοδολογίας.* Ομάδα εκτέλεσης έργου ΕΑΠ, Πάτρα: ΕΑΠ.
- § **Φραγκούλης, Ι. (2001).** *Η Αναγκαιότητα Εφαρμογής της Περιβαλλοντικής Αγωγής Εκπαίδευσης Ενηλίκων – Σχεδιασμός Διδακτικού Μοντέλου.* Διδακτορική Διατριβή, Π.Τ.Δ.Ε. Πανεπιστήμιο Πατρών.
- § **Ανδριώτης, Κ. (2003).** *Ποσοτική έρευνα και ανάλυση δεδομένων με SPSS.* Αθήνα: Κλειδάριθμος.
- § **Σαλάτα, Α. (2007).** *Διερεύνηση εκπαιδευτικών αναγκών των εκπαιδευτών του Τ.Ε.Ι. Πάτρας στη χρήση αλκοόλ από εφήβους.* Διπλωματική διατριβή στο ΕΑΠ: Πάτρα.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στην εργασία αυτή πραγματοποιείται μια λεπτομερής παρουσίαση ολόκληρου του φάσματος της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης των εφήβων. Παραθέτοντας τις απόψεις των ίδιων των εφήβων μέσα από μία προσωπική έρευνα που πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του θέματος αυτού.

Έτσι, προσεγγίσαμε την ήβη, την εφηβεία και τις διαφοροποιήσεις που έχουν τα δύο φύλα σ' αυτές τις φάσεις, μιλήσαμε για την αντισύλληψη και τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, τη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση και την αναγκαιότητά της στην εφηβεία. Τέλος, επισημάνσαμε τον ρόλο που παίζει η Νοσηλεύτρια στη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση του εφήβου και τους τρόπους προσέγγισης αυτού.



## **SUMMARY**

In this essay is accomplished a detailed presentation of the entire spectrum of the sexual education of teenagers. By mentioning the aspects of the teenagers themselves through a personal research that was carried out within this context.

Thus, we approached puberty, adolescence and the differences that the two sexes in these phases have, we talked about contraception and the diseases transmitted through sex, sexual education and its necessity in adolescence. Finally, we pointed out the sexual education of a teenager and the ways of approaching them.