

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΩΝ**

**ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.**

**ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΟΙ ΑΠΟΨΕΙΣ ΤΩΝ ΠΟΛΙΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ  
ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ ΣΕ ΑΘΗΝΑ ΚΑΙ ΠΑΤΡΑ  
ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ:**

**ΛΑΓΟΥ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ  
ΠΑΠΑΖΩΗ ΓΕΩΡΓΙΑ**

**ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ:**

**Δρ. ΜΠΑΚΑΛΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ**

**ΠΑΤΡΑ 2009**

*«Ονειρεύομαι μία μέρα όταν όλα τα παιδιά που γεννιούνται είναι ευπρόσδεκτα, όλοι οι άνδρες και όλες οι γυναίκες ίσοι και η σεξουαλικότητα μία έκφραση ειλικρίνειας, απόλαυσης και τρυφερότητας»*

***Elise Ottesen-Jensen***

*(Ιδρύτρια Οικογενειακού  
Προγραμματισμού Σουηδίας)*

### **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

*Για την καθοδήγηση και βοήθεια που μας παρείχε κατά την διάρκεια εκπόνησης της παρούσας πτυχιακής εργασίας, ευχαριστούμε θερμά τον εισηγητή καθηγητή μας κ. Μπακάλη Νικόλαο.*

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η αντισύλληψη είναι πολύ σημαντική για την υγεία και την ποιότητα της ζωής κάθε ανθρώπου. Στη σύγχρονη εποχή τόσο οι γυναίκες, όσο και οι άντρες απαιτούν όλο και περισσότερο έλεγχο στη γονιμότητά τους.

Στις ανεπτυγμένες χώρες, η επανάσταση της αντισύλληψης επέτρεψε στα ζευγάρια να προγραμματίζουν με ασφάλεια και σχετική ακρίβεια τη ζωή τους και τις γεννήσεις των παιδιών. Αυτό ενεργοποίησε μια αλυσιδωτή αντίδραση. Η μητρική θνησιμότητα έπεσε, η ευκαιρίες για σπουδές αυξήθηκαν και τα δυο φύλα απέκτησαν την ελευθερία να ασχοληθούν με τον κόσμο εκτός σπιτιού. Παρόλα αυτά, για τις περισσότερες γυναίκες και άντρες στο κόσμο, η επανάσταση της αντισύλληψης δεν έχει τελειώσει.

Η παρούσα έρευνα που πραγματοποιήθηκε τον Αύγουστο του 2008, σκοπό είχε πρώτον να διαπιστώσει τις απόψεις των πολιτών σχετικά με την αντισύλληψη, δεύτερον να διαπιστώσει πόσο ενημερωμένοι είναι οι πολίτες γι' αυτήν και τρίτον να ερευνηθούν τα μέτρα προστασίας που παίρνουν οι πολίτες και αν είναι αποτελεσματικά.

Χρησιμοποιήθηκε περιγραφική έρευνα με τη χρήση ερωτηματολογίου που κατασκευάστηκε στα πλαίσια μιας ποσοτικής έρευνας. Το ερωτηματολόγιο περιελάμβανε συνολικά 16 ερωτήσεις. Τα αποτελέσματα της έρευνας αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 12.0 και επιλέχθηκε στάθμη αξιοπιστίας σε βαθμό  $p < 0.05$ .

Συμπερασματικά όσον αφορά τις απόψεις των πολιτών για την αντισύλληψη οι περισσότεροι γνωρίζουν την αξία του προφυλακτικού για την προφύλαξη από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Εντούτοις ένα μικρό ποσοστό (13.3%) δεν γνωρίζει τις ωφέλειες της προφύλαξης. Σημειώνεται ότι ένα μεγάλο ποσοστό ενώ γνωρίζει ότι το προφυλακτικό προστατεύει από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα εντούτοις δεν το χρησιμοποιούν με αποτέλεσμα την αδυναμία περιορισμού των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων ή και την έξαρσή τους σε ορισμένα από αυτά που παρατηρούνται στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια. Βασικός λόγος της μη χρήσης προφυλακτικών αναφέρεται η μείωση της σεξουαλικής ικανοποίησης.

Όσον αφορά την πρόληψη μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης αν και βρίσκουν αποτελεσματικό το προφυλακτικό δεν το χρησιμοποιούν όλοι. Ποσοστό 20% του δείγματος απαντούν ότι δεν χρησιμοποιούν καθόλου προφυλάξεις, γεγονός που συμβάλει στις ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες, που στην πλειοψηφία τους καταλήγουν σε εκτρώσεις, που επίσης στη χώρα μας κατέχουν σημαντικά ποσοστά. Επιπρόσθετα σύμφωνα με την έρευνά μας η ενημέρωση από τα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού δεν προτιμάται από αυτούς, ενώ δυστυχώς η ενημέρωση από τους φίλους κατέχει την πρώτη και σημαντικότερη θέση στις προτιμήσεις των νέων για την ενημέρωσή τους σε θέμα σεξουαλικής ζωής.

Ανάλογες έρευνες που έχουν εξετάσει τις απόψεις και τη στάση των πολιτών σχετικά με τη σεξουαλική δραστηριότητα και τη χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων αναφέρουν ότι οι πολίτες στην πλειοψηφία τους δείχνουν ελλιπή ενημέρωση για αυτά τα θέματα.

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Σελίδα

Ευχαριστίες . . . . .	3
Περίληψη . . . . .	4
Περιεχόμενα . . . . .	6

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1	Εισαγωγή . . . . .	9
1.2	Σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία . . . . .	10
1.3	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.) . . . . .	11
1.4	Σκοπός, έννοια και περιεχόμενο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας....	12
1.4.1	Γενικές διατάξεις για την Πρωτοβάθμια φροντίδα Υγείας . . . . .	12
1.5	Τοπική αυτοδιοίκηση και οικογενειακός προγραμματισμός . . . . .	13
1.5.1	Προσωπικό στο Τμήμα Οικογενειακού Προγραμματισμού . . . . .	13
1.6	Γυναίκα και Τοπική Αυτοδιοίκηση . . . . .	14
1.7	Ιστορική αναδρομή οικογενειακού προγραμματισμού . . . . .	15
1.7.1	Δημογραφικά Στοιχεία . . . . .	17
1.7.2	Στόχοι και περιεχόμενο του οικογενειακού προγραμματισμού . . . . .	23
1.7.3	Δημιουργία Εθνικού Κέντρου Διαχείρισης της Τεχνητής Γονιμοποίησης και του Οικογενειακού Προγραμματισμού . . . . .	24
1.8	Οι Λειτουργοί Υγείας στον Οικογενειακό Προγραμματισμό . . . . .	25
1.9	Οι επιμέρους τομείς εργασίας του Οικογενειακού Προγραμματισμού. . .	26
1.10	Οικογενειακός προγραμματισμός και υγεία . . . . .	27
1.10.1	Εισαγωγικά στοιχεία . . . . .	27
1.11	Εμπόδια στην επιτυχία των προγραμμάτων οικογενειακού προγραμμα- τισμού στην Ελλάδα . . . . .	30
1.12	Οφέλη οικογενειακού προγραμματισμού . . . . .	31
1.12.1	Οφέλη οικογενειακού προγραμματισμού για την υγεία της γυναίκας . . . .	32
1.12.2	Οφέλη του οικογενειακού προγραμματισμού για τη υγεία του παιδιού . . . .	32
1.12.3	Οφέλη του οικογενειακού προγραμματισμού για την οικογένεια και την κοινωνία . . . . .	32
1.13	Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού (Ο.Π.) . . . . .	33
1.13.1	Εξέταση μαστών . . . . .	33

1.13.2 Τεστ Παπανικολάου . . . . .	35
1.14 Οικογενειακός προγραμματισμός και σεξουαλική διαπαιδαγώγηση . . . . .	36
1.15 Στόχοι σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης . . . . .	38
1.16 Οικογενειακός προγραμματισμός και αντισύλληψη . . . . .	39
1.17 Μέθοδοι αντισύλληψης . . . . .	41
1.17.1 Μέθοδος του ρυθμού . . . . .	41
1.12.2 Πλεονεκτήματα- μειονεκτήματα της φυσικής αντισύλληψης . . . . .	45
1.17.3 Μέθοδοι που βασίζονται σε μηχανικά μέσα . . . . .	46
1.17.4 Ορμονική αντισύλληψη . . . . .	51
1.17.5 Η επιστημονική έρευνα στην ανδρική αντισύλληψη στο μέλλον . . . . .	52
1.17.6 “Μύθοι” και “πραγματικότητες” των αντισυλληπτικών χαπιών . . . . .	54
1.18 Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (ΣΜΝ) . . . . .	55
1.19 Υπογονιμότητα . . . . .	57
1.19.1 Αίτια υπογονιμότητας . . . . .	57
1.19.2 Ενέργειες της προσωπικής φροντίδας για αύξηση της γονιμότητας . . . . .	58
1.19.3 Υποβοηθούμενη αναπαραγωγή . . . . .	58
1.19.4 Τεχνικές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής . . . . .	59
1.19.5 Ψυχολογική παρέμβαση . . . . .	59
1.20 Προγεννητικός έλεγχος . . . . .	60
1.20.1 Μέθοδοι προγεννητικού ελέγχου . . . . .	60
1.20.2 Τεχνικές προγεννητικής διάγνωσης . . . . .	60
Σκοπός της έρευνας . . . . .	61

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2**

2.1 Μεθοδολογία έρευνας . . . . .	62
2.1.1 Σχεδιασμός . . . . .	62
2.1.2 Διαδικασία . . . . .	63
2.1.3 Μέθοδος συλλογής δεδομένων . . . . .	63
2.1.4 Δείγμα . . . . .	66
2.1.5 Στατιστική ανάλυση . . . . .	67

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3**

3.1	Αποτελέσματα δεδομένων . . . . .	68
3.1.1	Δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος . . . . .	68
3.2	Απόψεις του δείγματος για την αντισύλληψη . . . . .	72

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4**

	Συζήτηση . . . . .	77
	Απόψεις του πληθυσμού του δείγματος για την αντισύλληψη . . . . .	77
	Συμπεράσματα έρευνας . . . . .	80
	Συμπεράσματα μελέτης . . . . .	82
	Προτάσεις . . . . .	84
	Επίλογος . . . . .	87
	Βιβλιογραφικές παραπομπές . . . . .	88
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι: Ερωτηματολόγιο . . . . .	95



# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

## 1.1 Εισαγωγή

Εκατομμύρια έφηβες γυναίκες παγκοσμίως είναι σεξουαλικά δραστήριες και εκτεθειμένες στον κίνδυνο της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων. Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των νεαρών κοριτσιών παρέχει τις απαραίτητες γνώσεις που χρειάζονται για να αναπτύξουν υπεύθυνες σχέσεις. Ταυτόχρονα, χάρη στον οικογενειακό προγραμματισμό ενημερώνονται και προετοιμάζονται για τον υπεύθυνο ρόλο της μητρότητας και οδηγούνται στην ανάπτυξη σεξουαλικών σχέσεων με το αντίθετο φύλο βασιζόμενων στον αμοιβαίο σεβασμό και εμπιστοσύνη. Σημαντικός είναι ο ρόλος της πολιτείας που πρέπει να προωθή τον οικογενειακό προγραμματισμό, ώστε να ενημερώνονται οι έφηβοι μέσα σε ένα εμπιστευτικό και στοργικό περιβάλλον.

Η ασφαλέστερη μέθοδος αποφυγής της εγκυμοσύνης και των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων στην εφηβεία, είναι η αποφυγή των σεξουαλικών σχέσεων. Δυστυχώς, όμως, η πλειονότητα των εφήβων δεν προτιμά τη σεξουαλική αποχή. Για αυτούς η επιλογή του ανδρικού ή του γυναικείου προφυλακτικού αποτελούν την καλύτερη προστασία έναντι της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων. Εδώ καλούνται οι λειτουργοί του οικογενειακού προγραμματισμού να ενημερώνουν και να εκπαιδεύουν τους εφήβους στην έγκαιρη και σωστή τήρηση των κανόνων χρήσης των προφυλακτικών μέσων, ώστε να επιτυγχάνεται το επιθυμητό αποτέλεσμα.

Τέλος, η εγκυμοσύνη στην εφηβεία έχει και αρνητικές κοινωνικές διαστάσεις. Συγκεκριμένα, οι έφηβες έγκυες αναγκάζονται να εγκαταλείψουν τις σπουδές τους, απολύονται από τις δουλειές τους ή δουλεύουν με χαμηλές αποδοχές προκειμένου να επιβιώσουν. Ιδιαίτερα σε φτωχές και αναπτυσσόμενες χώρες αποτελεί συνηθισμένο φαινόμενο οι ανήλικες μητέρες να οδηγούνται στην πορνεία για να εξασφαλίσουν στέγη και τροφή για το παιδί και τον εαυτό τους. Για αυτό η πολιτεία θα πρέπει να εξασφαλίζει την εύκολη και δωρεάν συμμετοχή όλων των γυναικών, και ιδιαίτερα των εφήβων, σε υπηρεσίες υγείας με τμήματα οικογενειακού προγραμματισμού.

Στην εποχή μας έγινε εφικτό, θεωρητικά, κάθε παιδί που γεννιέται να είναι επιθυμητό. Δυστυχώς, στην πράξη υπάρχουν δυσκολίες που οφείλονται στην ελλιπή ενημέρωση, λανθασμένα κοινωνικά πρότυπα και σε προκαταλήψεις. Η ιστορία της αντισύλληψης είναι παλαιά, αλλά ο συνειδητός έλεγχος των γεννήσεων είναι χαρακτηριστικό της σύγχρονης κοινωνίας. Πρέπει να επισημανθεί, ότι ο οικογενειακός προγραμματισμός διαφοροποιείται σημαντικά από το έλεγχο των γεννήσεων, ο οποίος εφαρμόζεται σε ορισμένες χώρες, οι οποίες αντιμετωπίζουν πρόβλημα υπερπληθυσμού. Ο βασικός στόχος του οικογενειακού προγραμματισμού είναι η παροχή υπεύθυνης επιστημονικής ενημέρωσης, καθώς και όλων των ενδεδειγμένων μέσων σε κάθε ζευγάρι, ώστε να ρυθμίζει ελεύθερα την ανάπτυξη και το μέγεθος της οικογένειάς του. Απαραίτητη προϋπόθεση για την υλοποίηση του συγκεκριμένου στόχου είναι, μεταξύ άλλων, η διάδοση και η ορθολογική χρήση των μέσων αντίληψης, η γνώση μέτρων με τα οποία αντιμετωπίζεται η στειρώση και η παροχή συμβούλων σε θέματα ευγονικής, σεξουαλικής αγωγής και πρόληψης των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων (<http://www.md.gr>). Πέραν όμως των προσωπικών στόχων κάθε γυναίκας, αναφορικά με το μέγεθος της οικογένειας που επιθυμεί, ο οικογενειακός προγραμματισμός αφορά και την πολιτεία και τη Διεθνή Κοινότητα.

Η Διεθνής Ομοσπονδία Οικογενειακού Προγραμματισμού (International Planned Parenthood Federation - I.P.P.F.), από τεσσαρακονταετίας και πλέον, παίζει σημαντικό ρόλο στη θέσπιση των κανόνων του οικογενειακού προγραμματισμού, αλλά και στην προσπάθεια να γίνουν γνωστά προγράμματα που αφορούν την εκπαίδευση, αλλά και τις υπηρεσίες που δραστηριοποιούνται στον τομέα αυτό. Μετά τη γενική συνέλευση της Διεθνούς Ομοσπονδίας Οικογενειακού Προγραμματισμού, το 1992, υιοθετήθηκαν οι στρατηγικοί σχεδιασμοί της ομοσπονδίας, σκοπός των οποίων ήταν να προβάλλουν τη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία, ως θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα (Κυπριακός Σύνδεσμος Οικογ. Προγραμματισμού, 2007).

## **1.2 Σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία**

Ο ορισμός της σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας, όπως ορίστηκε το 1994 στο Κάιρο από τη Διεθνή Σύνοδο για τον Πληθυσμό και την Αναπαραγωγή (International Conference on Population and Development- I.C.P.D.) αναφέρει τα εξής:

Αναπαραγωγική υγεία είναι η κατάσταση του «ευ ζην» από πλευράς κοινωνικής, πνευματικής και φυσικής και όχι απλά και μόνο η απουσία νόσου ή κακής διάθεσης, σε όλα τα θέματα που έχουν σχέση με το αναπαραγωγικό σύστημα και τις λειτουργίες του (Ραγιά, 2002).

Στην αναπαραγωγική υγεία περιλαμβάνεται και η δυνατότητα του ανθρώπου να έχει ικανοποιητικό και ασφαλές σεξ και να έχει την ικανότητα και την ελευθερία να το απολαμβάνει τόσο, όσο το επιθυμεί. Ωστόσο, στις χώρες όπου εφαρμόζονται ευρέως οι αρχές του οικογενειακού προγραμματισμού, θέτονται ερωτήματα σχετικά με το πόσο άλλαξε η ζωή των γυναικών και με ποιον τρόπο. Ευθεία απάντηση δεν υπάρχει, μπορεί όμως κανείς να σημειώσει τέσσερα σημαντικά βήματα:

1. Την ελευθερία να επιλέγει τον αριθμό των παιδιών και τα χρονικά διαστήματα μεταξύ των γεννήσεων.
2. Τη βελτίωση της υγείας των γυναικών με την εύκολη χρήση των σύγχρονων μεθόδων αντισύλληψης.
3. Τη δυναμική της αντισύλληψης στη βελτίωση της ζωής της γυναίκας.
4. Τις μεγάλες διαφορές μεταξύ γυναικών διαφορετικών χωρών από πλευράς αναπτύξεως (<http://www.imop.gr>).

### **1.3 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.)**

Σύμφωνα με την Κυριακίδου (2005) Πρωτοβάθμια φροντίδα είναι η φροντίδα υγείας που βασίζεται σε επιστημονικά κατοχυρωμένες πρακτικές και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογίες, οι οποίες είναι προσιτές σε όλα τα άτομα και τις οικογένειες της κάθε κοινότητας με την δική τους πλήρη και ενεργό συμμετοχή και σε κόστος που μπορούν να το αντέξουν, η δε χώρα μπορεί να ανταποκριθεί σε όλη την πορεία της ανάπτυξής τους.

Η Π.Φ.Υ. είναι ενσωματωμένο τμήμα τόσο του συστήματος υγείας της χώρας του οποίου αποτελεί το κεντρικό πυρήνα και την βασική δραστηριότητα όσο και της γενικότερης κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης της κοινότητας. Αποτελεί το πρώτο επίπεδο επικοινωνίας των ατόμων και των οικογενειών της κοινότητας με το

σύστημα Υγείας και μεταφέρει την φροντίδα υγείας όσο το δυνατόν πιο κοντά στον τόπο κατοικίας και εργασίας των ανθρώπων, με σκοπό την εξασφάλιση συνέχειας στη φροντίδα αυτή. Οι σκοποί των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. δεν είναι δυνατόν να επιτευχθούν από ένα μόνο άτομο, οποιασδήποτε ειδικότητας, όταν αυτό εργάζεται μεμονωμένα και χωρίς στενή και συνεχή επικοινωνία και συνεργασία με επιστήμονες άλλων ειδικοτήτων (Κυριακίδου 2005, Γιαννοπούλου 2003).

#### **1.4 Σκοπός, έννοια και περιεχόμενο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας**

##### **1.4.1 Γενικές διατάξεις για την Πρωτοβάθμια φροντίδα Υγείας**

Ως Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, στο πλαίσιο εφαρμογής του νόμου αυτού, νοείται το σύστημα παροχής σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο δέσμης βασικών και ολοκληρωμένων υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής του ατόμου με το σύστημα υγείας της χώρας, του οποίου αποτελεί αναπόσπαστο μέρος και υπηρετεί τους γενικούς και ειδικούς στόχους του (<http://www.eoo.gr/>).

##### **Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας περιλαμβάνει:**

- α. τις υπηρεσίες υγείας, που δεν απαιτούν εισαγωγή σε νοσηλευτικό ίδρυμα,
- β. την εκτίμηση των αναγκών υγείας των πολιτών και το σχεδιασμό και υλοποίηση μέτρων για την πρόληψη των νοσημάτων και την προαγωγή της υγείας,
- γ. τον οικογενειακό προγραμματισμό,
- δ. τις απαραίτητες υποδομές για την εξασφάλιση και τη διαχείριση όλων των ιατρικών πληροφοριών και δεδομένων του πληθυσμού,
- ε. την οδοντιατρική φροντίδα, με έμφαση στην προληπτική οδοντιατρική,
- στ. τις υπηρεσίες μετανοσοκομειακής φροντίδας και τις υπηρεσίες αποκατάστασης,

ζ. την παρακολούθηση χρονίως πασχόντων, για τους οποίους δεν απαιτείται νοσηλεία σε νοσοκομείο,

η. τις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας (<http://www.nd.gr>).

Το Κράτος με στόχο την κοινωνική ανάπτυξη και τη διατήρηση της κοινωνικής συνοχής εξασφαλίζει σε όλους τους κατοίκους της επικράτειας την πρόσβαση σε μια επαρκή δέσμη υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Κατωπόδη, Παφυλάγου και Φώτης, 2007).

## **1.5 Τοπική αυτοδιοίκηση και οικογενειακός προγραμματισμός**

Η πλήρης αρμοδιότητα για τη λειτουργία όλων των θεσμών κοινωνικής βοήθειας πρέπει να ανήκει στην τοπική αυτοδιοίκηση. Όλες οι δομές και λειτουργίες κοινωνικής φροντίδας μεταφέρονται στους οικείους δήμους και συντονίζονται από αυτούς. Συγκεκριμένα τα θέματα που αφορούν τα παιδιά, τους νέους και την οικογένεια όπως είναι οι παιδικοί και βρεφονηπιακοί σταθμοί, τα κέντρα δημιουργικής απασχόλησης, τα κέντρα ημερήσιας φροντίδας, τα προγράμματα βοήθειας στα άτομα με μαθησιακά προβλήματα, τα προγράμματα βοήθειας σε οικογένειες που έχουν ανάγκη, την παροχή υπηρεσιών οικογενειακού προγραμματισμού και εκπαίδευσης, την υποστήριξη των μονογονεϊκών οικογενειών κ.ά. ([www.pasok.gr/portal/gr/000F4240/Data/ATT00871.pdf](http://www.pasok.gr/portal/gr/000F4240/Data/ATT00871.pdf)).

### **1.5.1 Προσωπικό στο Τμήμα Οικογενειακού Προγραμματισμού**

Στο Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού ειδικοί επιστήμονες παρέχουν τις υπηρεσίες τους (<http://homepages.pathfinder.gr>). Στο Κέντρο Υγείας Βάρδας δίδονται λεπτομέρειες για κάθε μέθοδο και συμβουλές για το ποια είναι καταλληλότερη για κάθε γυναίκα από την ιατρό του οικογενειακού προγραμματισμού.

Το προσωπικό που ασχολείται με τα θέματα οικογενειακού προγραμματισμού αποτελείται από την Επιμελήτρια Β΄ Γενικής Ιατρικής και από την Μαία. Οι νοσηλεύτριες που βοηθούν τους γιατρούς ασχολούνται με όλες γενικά τις

νοσηλευτικές υπηρεσίες. Επίσης, στο Κέντρο η ενημέρωση και οι εξετάσεις (γυναικολογική, εξέταση μαστών, pap test) είναι δωρεάν. Στην ενημέρωση μπορεί να έρχεται και ο σύντροφος. Στο κέντρο υπάρχει και ισχύει το «Ιατρικό απόρρητο». Επίσης παρέχεται ψυχολογική – συμβουλευτική βοήθεια σε ζευγάρια και μεμονωμένα άτομα για την σωστή αντιμετώπιση ατομικών και οικογενειακών προβλημάτων.

Η ενημέρωση και πληροφόρηση του κοινού για θέματα οικογενειακού προγραμματισμού γίνεται παράλληλα, εντός και εκτός του Κέντρου Οικογενειακού Προγραμματισμού (ΚΟΠ). Εκτός του ΚΟΠ η ενημέρωση γίνεται με διαλέξεις στους: Δήμους, Κοινότητες, Γυναικείους Εκπολιτιστικούς και εξωραϊστικούς συλλόγους, σε φοιτητές, σχολές και πολλούς οργανισμούς κοινής ωφέλειας.

Εντός του ΚΟΠ του Κ.Υ. Βάρδας γίνονται κατόπιν ραντεβού, ειδικά σεμινάρια και διανέμεται σχετικό έντυπο υλικό. Επίσης παρέχεται ενημέρωση με προσωπική επαφή – συνέντευξη, κατά τη διάρκεια της λειτουργίας του Κέντρου. Οι διαλέξεις – ενημερωτικές ομιλίες πραγματοποιούνται από ειδικά εκπαιδευμένο προσωπικό του ΚΟΠ (<http://homepages.pathfinder.gr/>).

Όσον αφορά τη Νομαρχιακή Μονάδα Υγείας Πάτρας διαθέτει Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού και όσοι θέλουν μπορούν να λάβουν πληροφορίες και ραντεβού (<http://www.ika.gr>). Εξάλλου, το προσωπικό που εργάζεται στο Τμήμα Οικογενειακού Προγραμματισμού του Νοσοκομείου «Άγιος Ανδρέας» απαρτίζεται από μόνιμους και εξελοντές: *A. Μόνιμο Προσωπικό:* ψυχολόγοι, ψυχίατροι, κοινωνικοί λειτουργοί, χειρουργοί-γυναικολόγοι, μαίες, νοσηλευτές, επισκέπτες υγείας, προσωπικό καθαριότητας, διοικητικοί υπάλληλοι. *B. Εθελοντές:* ψυχολόγοι, ψυχίατροι, επισκέπτες υγείας, κοινωνικοί λειτουργοί (<http://www.agandreashosp.gr/>).

## **1.6 Γυναίκα και Τοπική Αυτοδιοίκηση**

Η ανθρώπινη κοινωνία στη μακραίωνη ζωή της πέρασε από διάφορες μορφές διοίκησης και αυτοδιοικητικής οργάνωσης. Η Τοπική Αυτοδιοίκηση (Τ.Α.) είναι ένας αντιπροσωπευτικός θεσμός που οργανικά είναι ενταγμένος στο διοικητικό μηχανισμό του κράτους. Έχει όμως ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, όπως σχετική αυτοτέλεια, άμεση

επαφή και επικοινωνία με τους δημότες, και κάτω από ορισμένες προϋποθέσεις μπορεί να παίξει ουσιαστικό ρόλο σε μια ανάπτυξη που επίκεντρο θα έχει τον άνθρωπο.

Σήμερα η Τ.Α. λειτουργεί ως φορέας, ως σωματείο της Τοπικής κοινωνίας. Οι οικονομικοί της πόροι πολλές φορές δεν φθάνουν στα χέρια της από το κράτος. Έτσι πολλές φορές οι παρεχόμενες υπηρεσίες αναθέτονται σε ιδιωτικές επιχειρήσεις με ανταπόδοση οικονομική. Επίσης διάφορα προγράμματα της Ευρωπαϊκής Ένωσης διαχειρίζονται ιδιωτικές επιχειρήσεις χωρίς προγραμματισμό. Όλοι οι τομείς της Τ.Α. έχουν σχέση με τη γυναίκα και την ποιότητα της ζωής της: Το περιβάλλον, η πολεοδομία, το κυκλοφοριακό, η μόρφωση, η υγεία, ο πολιτισμός, ο αθλητισμός, η εργασία - ανεργία, κοινωνική πολιτική, ειρήνη.

Έτσι η Τ.Α. για να υπηρετεί προς όφελος των δημοτών της πρέπει από κρατικές επιχορηγήσεις να φροντίζει για τη δημιουργία και λειτουργία βρεφονηπιακών σταθμών, κέντρων δημιουργικής απασχόλησης των παιδιών, κέντρων υπερηλικών και ατόμων με ειδικές ανάγκες και τέλος να λειτουργεί Κέντρα οικογενειακού Προγραμματισμού για την ενημέρωση και στήριξη των νέων ζευγαριών (προσφέρουν βοήθεια γύρω από θέματα όπως πρόληψη κι αποφυγή ανεπιθύμητων κυήσεων - καθορισμός των παιδιών στην οικογένεια - γέννηση υγιών παιδιών - χρόνος γέννησης σε σχέση με την ηλικία των γονιών - στειρότητα - υιοθεσία - σεξουαλική αγωγή - άγαμη μητέρα κ.ά.) (Λάμπρου, 2002).

### **1.7 Ιστορική αναδρομή οικογενειακού προγραμματισμού**

Η ιστορία ως αντισύλληψης χάνεται κάπου μέσα στην ομίχλη της προϊστορίας. Οι γυναίκες που είχαν να αντιμετωπίσουν τους κινδύνους της εγκυμοσύνης και του τοκετού καθώς και το βάρος ως ανατροφής των παιδιών τους, ήταν εκείνες που δημιούργησαν τις πρώτες μεθόδους αντισύλληψης. Ζώντας δίπλα και μέσα στην φύση και χρησιμοποιώντας την πολυετή παρατήρηση κατέληξαν σε διάφορα βότανα ενώ παράλληλα μελετώντας την ανατομία τους προσπάθησαν να εμποδίσουν το ανδρικό σπέρμα να μπει μέσα στο κορμί τους. Σήμερα, έχοντας την γνώση της

φυσιολογίας και της φαρμακολογίας, μας εκπλήσσει η "σοφία" των πρωτόγονων αυτών επιλογών (<http://el.thefreedictionary.com>).

Σε μερικούς από εμάς που ζούμε στα στενά όρια της Ευρώπης και στα πιο στενά της Ελλάδας, η έννοια ως αντισύλληψης μας φαίνεται παράδοξη όταν βομβαρδιζόμαστε καθημερινά για τις οικονομικές και κοινωνικές επιπτώσεις της υπογονιμότητας. Και όμως όλοι μας είμαστε ένοικοι του πλανήτη Γη. Η "υπογεννητικότητα" της Ευρώπης εξουδετερώνεται τελείως από την "υπεργεννητικότητα" της Ασίας και της Αφρικής με τους τεράστιους πληθυσμούς τους. Έτσι καταλήγουμε μοιραία σε αυτό που ονομάζεται σήμερα "πληθυσμιακή έκρηξη" με τις φοβερές επιπτώσεις στην φτώχεια και στην πείνα, στην μείωση των πρώτων υλών του πλανήτη και στην μόλυνση του περιβάλλοντος που θα κληρονομήσουμε στα παιδιά μας (Δανέζης, 2002).

«Μητέρα» του οικογενειακού προγραμματισμού θεωρείται μια νοσηλεύτρια από τη Νέα Υόρκη, η Margaret Sanger. Γεννήθηκε στις 14 Σεπτεμβρίου 1879 στο Κόρνινγκ της Νέας Υόρκης και πέθανε στις 6 Σεπτεμβρίου 1966 (Παπαδημητρίου και Γαλάνης, 1995). Η Margaret Sanger συγκλονίστηκε όταν στις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα, παρακολούθησε από κοντά την ανάρρωση μιας νέας κοπέλας που είχε υποβληθεί σε παράνομη έκτρωση (Παπαδημητρίου και Γαλάνης, 1995). Όταν αργότερα η κοπέλα αυτή πέθανε σε μια δεύτερη έκτρωση, η Margaret Sanger έκανε σκοπό της ζωής της, την ενημέρωση του κοινού για τους κινδύνους των εκτρώσεων και την πρότασή της για τον «Οικογενειακό Προγραμματισμό» όπως τον ονόμασε τότε (Παπαδημητρίου και Γαλάνης, 1995).

Οργάνωσε μια απίστευτη εκστρατεία ενημέρωσης τυπώνοντας ένα εκατομμύριο φυλλάδια με τον τίτλο FAMILY LIMITATION. Ταξίδεψε στην Ευρώπη για επιμόρφωση και αφού μελέτησε τις δυσκολίες και τις νομικές επιπτώσεις, άνοιξε το 1916 στο Brooklyn της Νέας Υόρκης την πρώτη κλινική οικογενειακού προγραμματισμού. Κύριος σκοπός της ήταν να αναχαιτίσει την πολυτεκνία της γυναίκας και μέσα από τα αντισυλληπτικά να βάλει τις νέες βάσεις για την απελευθέρωση της γυναίκας (Δετοράκης, 2001).

Η αρχική ιδέα για μια αντισυλληπτική μέθοδο με τη μορφή χαπιού, γεννήθηκε στην Αυστρία το 1920, ενώ το 1938 ανακοινώθηκε η σύνθεση ενός οιστρογόνου, της



αιθθυλοιστραδιόλης, η οποία είναι και η βάση όλων των αντισυλληπτικών. Μετά από πολλές έρευνες, νομικές και οικονομικές δυσκολίες, και πάντα με την ενθουσιώδη υποστήριξη της Margaret Sanger, καθώς και εταιρειών που χρηματοδότησαν τις έρευνες, κυκλοφόρησε περί το 1960 το πρώτο αντισυλληπτικό χάπι (Δετοράκης, 2001). Στην Ελλάδα τα πρώτα αντισυλληπτικά χάπια κυκλοφόρησαν το 1965 με την ονομασία Anovlar και Lyndiol. Τα χάπια αυτά περιείχαν 50mg οιστρογόνου, ενώ τα σημερινά χάπια περιέχουν 25mg, η δόση δηλαδή έχει μειωθεί κατά 25 φορές ([http://www.iatrikionline.gr/ELL\\_M\\_3\\_2008/01.pdf](http://www.iatrikionline.gr/ELL_M_3_2008/01.pdf)). Στην Ελλάδα ο οικογενειακός προγραμματισμός έχει «ανθίσει» τα τελευταία χρόνια, ωστόσο παρουσιάζει κάποιες ελλείψεις ως προς την ενημέρωση για τις υπηρεσίες που παρέχει (Παπαδημητρίου, Γαλάνης, 1995).

### **1.7.1 Δημογραφικά Στοιχεία**

Πριν από 150 χρόνια ο παγκόσμιος πληθυσμός είχε φτάσει το 1 δισεκατομμύριο. Την εποχή εκείνη εμφανίστηκαν διάφορες μελέτες για τις επιπτώσεις του δημογραφικού προβλήματος. Παροιμιώδης έχει μείνει η εργασία του Σκοτσέζου οικονομολόγου Adam Smith, ο οποίος προέβλεπε ότι οι ρυθμοί της πληθυσμιακής αύξησης θα είχαν ως αποτέλεσμα ο πλανήτης μας να μην μπορεί να θρέψει όλα τα στόματα που ζουν σε αυτόν (Berek, 1998). Οι απαισιόδοξες προβλέψεις για τις κοινωνικό-οικονομικές και επιδημιολογικές επιπτώσεις της πληθυσμιακής αύξησης ευτυχώς δεν επιβεβαιώθηκαν. Αυτό, όμως, δεν σημαίνει ότι οι υπολογισμοί τους ήταν εντελώς λανθασμένοι. Μέσα σε 100 χρόνια - δηλαδή ως το Β Παγκόσμιο Πόλεμο - ο πληθυσμός της Γης διπλασιάστηκε στα 2 δισεκατομμύρια, λόγω της ελάττωσης του μέσου όρου θνησιμότητας και κυρίως λόγω της μικρότερης νεογνικής θνησιμότητας. Από το 1945 ως το 1985 (μετά 50 χρόνια) πληθυσμός διπλασιάστηκε ξανά και ξεπέρασε τα 4 δισεκατομμύρια (Berek, 1998). Ο σημερινός ρυθμός αύξησης του παγκόσμιου πληθυσμού ανά έτος είναι περίπου 2% και υπολογίζεται ότι με το ρυθμό αυτό ο πληθυσμός θα φτάσει ως το 2020 τα 10 δισεκατομμύρια (Berek, 1998).

Είναι δύσκολο να ριψοκινδυνέψει κάποιος μια πρόβλεψη για τις συνέπειες της πληθυσμιακής έκρηξης. Θεωρητικά οι συνέπειες μπορεί να είναι από πολύ ήπιες ως εντελώς καταστροφικές, τόσο για τις κοινωνίες των ανθρώπων όσο και για τις

εύθραυστες ισορροπίες του παγκόσμιου οικοσυστήματος. Ήδη, τα οικονομικά συμφέροντα και η πολιτική της επικράτησης του ισχυρότερου σε βάρος του αδύνατου έχουν σαν αποτέλεσμα να ευημερεί μόνο μια μικρή μειοψηφία του πληθυσμού, ενώ η μεγάλη πλειοψηφία να ζει σε συνθήκες υποσιτισμού, κακής υγειονομικής περίθαλψης και κοινωνικό-οικονομικής δυσπραγίας. Θεωρείται δεδομένο ότι η δημογραφική αύξηση θα επιτείνει αυτές τις ανισότητες και τα συνεπαγόμενα προβλήματα. Ο περιορισμός της ανεξέλεγκτης αύξησης του πληθυσμού περνάει μέσα από τον οικογενειακό προγραμματισμό, δηλαδή την εθελοντική πρόληψη της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης. Αν και θεωρητικά είναι υποχρέωση και του άνδρα, ο οικογενειακός προγραμματισμός στοχεύει κυρίως τη σύγχρονη γυναίκα με τη δυνατότητα παρέμβασης στην αναπαραγωγική της ικανότητα (Παπουτσής, 2003).

Η πληθυσμιακή έκρηξη που επιτελείται τα τελευταία χρόνια, καθιστά επιτακτική την ανάγκη για έλεγχο των γεννήσεων μέσα από εθνικά προγράμματα οικογενειακού προγραμματισμού. Ο πληθυσμός της γης ξεπέρασε το φράγμα των 2 δις τη δεκαετία του 1920, έφτασε τα 4 δις το 1975, τα 5 δις το 1987 και ξεπέρασε τα 6 δις το 2000. Διαπιστώνεται ότι η τάση αύξησης του πληθυσμού είναι 2% περίπου ανά έτος. Παρόλα αυτά η υπέρμετρη αύξηση του πληθυσμού, κυρίως λόγω της ελάττωσης της θνησιμότητας, επιδεινώνεται από την άνιση κατανομή της αύξησης αυτής. Στις αναπτυσσόμενες χώρες παρατηρείται το 85% του συνόλου των γεννήσεων, το 95% της παγκόσμιας νεογνικής θνησιμότητας και το 99% της παγκόσμιας μητρικής θνησιμότητας (Δαρδαβέσης, 2003 και Παπουτσής 2003). Αντίθετα, στις αναπτυγμένες χώρες η αλλαγή του τρόπου ζωής, η αύξηση του βιοτικού και του μορφωτικού επιπέδου είχαν ως αποτέλεσμα τον περιορισμό της αύξησης του πληθυσμού με ρυθμό 0.6% έναντι 2.9% που είναι ο ρυθμός αύξησης του πληθυσμού στην Αφρική σήμερα (Δαρδαβέσης, 2003).

Αν και είναι γνωστά τα τεράστια οφέλη του οικογενειακού προγραμματισμού, η προσβασιμότητα σε αυτόν δεν είναι δυνατή σε 350 εκατομμύρια ζευγάρια παγκοσμίως. Επιπροσθέτως, 120 εκατομμύρια παντρεμένες γυναίκες θα ακολουθούσαν κάποια σύγχρονη αντισυλληπτική μέθοδο, εάν υπήρχε κατάλληλη υποστήριξη όσον αφορά την ενημέρωση, τη διάθεση και την εκπαίδευση στη χρήση της αντισύλληψης. Σύμφωνα με μια έρευνα όπως αναφέρει ο Δαρδαβέσης (2003) εάν όλες οι γυναίκες της αναπαραγωγικής ηλικίας είχαν τη δυνατότητα να ελέγξουν τη

γονιμότητά τους, θα είχαν ελαττωθεί κατά 35% στη Λατινική Αμερική, 33% στην Ασία και 17% στην Αφρική. Η μητρική θνησιμότητα θα μπορούσε να ελαττωθεί κατά 100.000 ανά έτος και ο πληθυσμός στον αναπτυσσόμενο κόσμο το 2100 θα είχε ελαττωθεί κατά 2.2 δισεκατομμύρια, εάν όλες οι γυναίκες, που έλεγαν ότι δεν επιθυμούν άλλα παιδιά, ήταν ικανές να σταματήσουν με κάποιο τρόπο την αναπαραγωγική τους ικανότητα (Δαρδαβέσης, 2003). Αναμφισβήτητα η χρήση της αντισύλληψης συμβάλει στην ελάττωση της μητρικής θνησιμότητας και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των γυναικών της αναπαραγωγικής ηλικίας μέσω της αποφυγής των ανεπιθύμητων, υψηλού κινδύνου κυήσεων και της ελάττωσης του αριθμού των εκτρώσεων (Δετοράκης, 2001).

Σύμφωνα με την Μυρτσιώτη Γ (2008) η οποία αναφέρει στην εφημερίδα «Καθημερινή», η ηλικία του «πρωτόρη» έχει κατέβει εντυπωσιακά στη χώρα μας. Στα 12,5 έτη έχουν πλέον οι Έλληνες έφηβοι την **πρώτη σεξουαλική εμπειρία** τους. Σεξουαλικά δραστήριοι είναι όλο και περισσότεροι έφηβοι μέχρι 18 ετών, ωστόσο ελάχιστοι χρησιμοποιούν μεθόδους αντισύλληψης. Έρευνα του 2007 με θέμα «Σεξουαλική Υγεία, Αντισύλληψη και Υπογεννητικότητα» που παρουσιάστηκε στο 5ο Πανελλήνιο Ιατρικό συνέδριο του «Οικογενειακού Προγραμματισμού» στη Θεσσαλονίκη έδειξε αύξηση του ποσοστού των σεξουαλικά δραστήριων εφήβων από 30% το 2003 σε 40% το 2007. Σύμφωνα με την ίδια έρευνα, το 11,25% των εφήβων έχουν την πρώτη σεξουαλική επαφή μεταξύ 12 και 14. Το 21,25% σε ηλικία 14-16 ετών ενώ το 67,5% μεταξύ 16-18 ετών.

Οι νέοι ωστόσο δείχνουν να αγνοούν ή να μην συμμορφώνονται στις αντισυλληπτικές μεθόδους παρά τα ενημερωτικά προγράμματα. Το 27% δεν χρησιμοποιεί αντισυλληπτικές μεθόδους ή χρησιμοποιεί αναποτελεσματικές, όπως η διακεκομμένη συνουσία (25%). Οι γιατροί όμως κρούουν τον κώδωνα του κινδύνου: οι κυήσεις κατά την εφηβεία είναι υψηλού κινδύνου εξαιτίας της αυξημένης μητρικής και νεογνικής περιγεννητικής νοσηρότητας και θνητότητας. Όπως ανακοινώθηκε στο συνέδριο, στις ανεπτυγμένες χώρες 7,5-10% των εφήβων μένουν έγκυοι· οι μισές καταλήγουν σε άμβλωση με πιθανότητα επιπλοκών (Μυρτσιώτη, 2008).

Επιπλέον, κάποια αντισυλληπτικά ελαττώνουν την πιθανότητα μετάδοσης των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων και προστατεύουν από κάποιες μορφές καρκίνου που λαμβάνουν τεράστια έκταση στις αναπτυσσόμενες χώρες με φοβερές

συνέπειες για την ανθρωπότητα (Δαρδαβέσης, 2003). Πρόσφατες έρευνες έδειξαν ότι η τακτική χρήση αντισυλληπτικών χαπιών, μειώνει δραματικά τις πιθανότητες για συγκεκριμένες νόσους, ενώ παράλληλα σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να κατηγορηθούν για εμφάνιση άλλων ασθενειών. Πιο συγκεκριμένα σε δύο κλινικές έρευνες, διάρκειας ενός έτους και σε συνολικό δείγμα 2.400 γυναικών αποδείχτηκε η ασφάλεια και η δραστικότητα ενός νέου αντισυλληπτικού. Μάλιστα, το εν λόγω χάπι έχει ήδη εγκριθεί από τον Food and Drug Administration, τον αντίστοιχο Αμερικανικό Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων (Λαζόπουλος, 2008).

Ένα βελτιωμένο χαρακτηριστικό του είναι ότι η αιμορραγία που προκαλούσαν τα προηγούμενα αντισυλληπτικά με το ξεκίνημα της αγωγής, τώρα σταματάει πολύ συντομότερα, και μάλιστα το 59% των εξεταζομένων γυναικών δεν παρουσίασε αιμορραγία κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα της μελέτης. Το ποσοστό αυτό βέβαια, ακολουθούσε την αγωγή τουλάχιστον ένα χρόνο.

Στις έρευνες τονίζεται ότι η προστασία για πρόληψη της εγκυμοσύνης αγγίζει σχεδόν το 100%, όπως, άλλωστε, όλα τα προηγούμενα αντισυλληπτικά. Οι κίνδυνοι που ενέχει το χάπι αυτό δεν διαφέρουν από αυτούς των «προγόνων» του. Ειδικότερα θρόμβοι, εμφράγματα, και εγκεφαλικά είναι μερικές πιθανές παρενέργειες σε μακροχρόνια χρήση. Ωστόσο, τα νέα αντισυλληπτικά προσφέρουν προστασία από εμφάνιση διαφόρων καλοηθών όγκων καθώς και κακοηθών.

Εξάλλου, στη διάρκεια του 5<sup>ου</sup> Πανελληνίου Συνεδρίου Οικογενειακού Προγραμματισμού που έλαβε χώρα στη Θεσσαλονίκη δημοσιεύτηκαν αποτελέσματα ερευνών σχετικά με το θέμα. Οι έρευνες έδειξαν ότι η τετραετής χρήση αντισυλληπτικών μειώνει τον κίνδυνο για εμφάνιση καρκίνου των ωοθηκών κατά 41%, η οκταετής κατά 54%, και η δωδεκαετής κατά 61%. Συν τοις άλλοις, οι γυναίκες που ακολουθούν αγωγή με αντισυλληπτικά έχουν 50% λιγότερες πιθανότητες να νοσήσουν από καρκίνο του ενδομητρίου για 20 χρόνια μετά το πέρας της αγωγής.

Ο κ. Κ. Στεφανίδης, λέκτορας Μαιευτικής-Γυναικολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών δήλωσε σχετικά με την άγνοια των Ελληνίδων αναφορικά με τις ευεργετικές ιδιότητες των νέων αντισυλληπτικών: «Σε μία μελέτη που πραγματοποιήθηκε από το

νοσοκομείο «Αλεξάνδρα» της Αθήνας, διαπιστώθηκε ότι μεταξύ των νεαρών Ελληνίδων, μόνο το 9%-14,8% λαμβάνει αντισυλληπτικό χάπι» (Λαζόπουλος, 2008). Οι καλές εντυπώσεις ενισχύονται και από ανάλογη Βρετανική έρευνα, της οποίας το εύρος δείγματος ήταν 46.000 γυναίκες. Οι ερευνητές παρακολουθούσαν τις εν λόγω γυναίκες επί σχεδόν 36 χρόνια. Τα αποτελέσματα φανέρωσαν πως μια γυναίκα που παίρνει αντισυλληπτικά σε σταθερή βάση έχει 12% λιγότερες πιθανότητες να εμφανίσει ποικίλες μορφές καρκίνου σε σύγκριση με μια γυναίκα που δε λάμβανε ανάλογα χάπια. Και σε αυτήν την έρευνα ο καρκίνος των ωοθηκών και του ενδομητρίου παρουσιάζει θεαματική μείωση, ενώ νέο στοιχείο είναι η μείωση της πιθανότητας παρουσίασης όγκου του παχέος εντέρου.

Από την άλλη, παρατηρείται και μία αύξηση, ασήμαντη με βάση τους ειδικούς, στην πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του πνεύμονα. Όσον αφορά τον καρκίνο του μαστού, που αποτελεί μάστιγα για το γυναικείο φύλο σήμερα, τα αντισυλληπτικά δεν προκαλούν την εμφάνισή του, μπορούν εντούτοις να συμβάλουν στην προαγωγή αυτής της νόσου, εφόσον υπάρχει ήδη στον μαστό.

Η ιατρική οδεύει ολοένα και γρηγορότερα σε νέα απόκρυφα μονοπάτια, τα οποία άλλοτε αποδεικνύονται οδυνηρά και άλλοτε ευεργετικά για την ανθρωπότητα. Σίγουρα, η γνώση ότι ένα χάπι μπορεί να προσφέρει προστασία από τη μάστιγα του 21<sup>ου</sup> αιώνα αποτελεί πειρασμό, όπως επίσης είναι ανασταλτικός παράγοντας η πιθανή εμφάνιση άλλων καρκίνων. Η απάντηση βρίσκεται κάπου στη μέση. (Λαζόπουλος, 2008).

Η εγκυμοσύνη στην εφηβεία στις ΗΠΑ είναι αυξημένη σε σχέση με άλλες χώρες του δυτικού κόσμου. Το 78% από αυτές είναι ανεπιθύμητες και οι μισές διακόπτονται με κάποια μέθοδο τεχνητής διακοπής της κύησης λόγω έλλειψης ή ανεπάρκειας οικογενειακού προγραμματισμού (Δαρδαβέσης, 2003). Έχει υπολογιστεί παγκοσμίως πως 40- 50 εκατομμύρια γυναίκες προσφεύγουν στην τεχνητή διακοπή της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης κάθε χρόνο και 20 εκατομμύρια από αυτές υποβάλλουν τη ζωή τους σε κίνδυνο, γιατί οι εκτρώσεις εκτελούνται υπό παράνομες και μη ασφαλείς συνθήκες (Δαρδαβέσης, 2003). Δυστυχώς, αυτές συμβάλλουν στο 13% της μητρικής θνησιμότητας παγκοσμίως (Δαρδαβέσης, 2003). Ενθαρρυντικό όμως είναι το γεγονός πως τις τελευταίες τέσσερις δεκαετίες η χρήση αντισυλληπτικών έχει

αυξηθεί παγκοσμίως, ιδιαίτερα στις αναπτυσσόμενες χώρες, στις οποίες η χρήση της αντισύλληψης στις παντρεμένες γυναίκες έχει αυξηθεί από 9% το 1960, στο 60% σήμερα. Ωστόσο, 8-30 εκατομμύρια ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες συμβαίνουν κάθε έτος στις γυναίκες που εφαρμόζουν κάποια μέθοδο αντισύλληψης (Δαρδαβέσης, 2003).

Σύμφωνα με την Μπούκα (2008) άγνωστη έννοια φαίνεται ότι αποτελεί για τις Ελληνίδες η χρήση αντισυλληπτικού χάπιού. Μόλις το 4% χρησιμοποιεί το χάπι, τη στιγμή που στις υπόλοιπες χώρες της Ευρώπης το ποσοστό αυτό φτάνει το 22%-23%. Αποτέλεσμα είναι η χώρα μας να κατέχει μία από τις υψηλότερες θέσεις στο ζήτημα των εκτρώσεων, με εκατοντάδες χιλιάδες εκτρώσεις το χρόνο.

Αναφορικά με τις νεότερες ηλικίες, έρευνες δείχνουν ότι το 17% των κοριτσιών ηλικίας 16-24 επιλέγουν τη διακοπτόμενη επαφή ως τακτική αντισυλληπτική μέθοδο και το 63% το προφυλακτικό. Το 11% δεν χρησιμοποιεί καμία μέθοδο προφύλαξης, ενώ η μέση ηλικία πρώτης σεξουαλικής επαφής είναι τα 18 έτη. Τα στοιχεία αυτά παρουσιάστηκαν κατά τη διάρκεια του 5<sup>ου</sup> Πανελληνίου συνεδρίου οικογενειακού προγραμματισμού, που διοργάνωσε στη Θεσσαλονίκη η Γ' μαιευτική γυναικολογική κλινική του ΑΠΘ.

Σύμφωνα με τους ειδικούς, το χάπι είναι η μοναδική μέθοδος που προσφέρει στη γυναίκα απόλυτο έλεγχο και ανεξαρτησία στην ερωτική της ζωή. Με το χάπι αποφασίζει αν και πότε θα μείνει έγκυος, μηδενίζοντας την πιθανότητα του όποιου "ατυχήματος", για το οποίο τελικά η ίδια θα κληθεί να υποστεί τις συνέπειες, όποιες και αν είναι.

Εξάλλου, το χάπι είναι αντισυλληπτική μέθοδος που εξαρτάται 100% από τη γυναίκα, καθώς δεν απαιτείται ιατρική επέμβαση, όπως για παράδειγμα στο σπирάλ, ούτε συμμετοχή του ερωτικού συντρόφου. Επιπλέον, αποτελεί πολύτιμη επένδυση υγείας, καθώς έχει πολλαπλές ευεργετικές επιδράσεις στην υγεία της γυναίκας.

«Ο συνδυασμός της χρήσης του προφυλακτικού με το αντισυλληπτικό χάπι θεωρείται η ιδανική μέθοδος αντισύλληψης, διότι το προφυλακτικό προστατεύει από τις σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες, ενώ το χάπι αποτρέπει 100% από την

ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. Αυτό είναι το μήνυμα που πρέπει να ακούσουν οι νέοι μας», τόνισε ο διευθυντής της Γ μαιευτικής γυναικολογικής κλινικής ΑΠΘ, καθηγητής ΑΠΘ Β. Καραγιάννης (Μπούκα, 2008).

Όσον αφορά τη στάση του ανδρικού πληθυσμού απέναντι στην αντισύλληψη για πολλές δεκαετίες ήταν κοινή πεποίθηση ότι οι άντρες αδιαφορούσαν για την αντισύλληψη και δεν έπαιρναν την ευθύνη της γονιμότητάς τους. Από τη στιγμή που βγήκε το χάπι για τις γυναίκες έγιναν περισσότερο απρόθυμοι να αναλάβουν το βάρος της αντισύλληψης σε μια σχέση. Αν και αυτό δεν είναι αλήθεια για όλους τους άντρες, μπορεί στο παρελθόν να ίσχυε για αρκετούς.

Παρόλα αυτά, τις τελευταίες δεκαετίες οι δημογραφικές έρευνες δείχνουν μια στροφή στην αντίληψη και την στάση των αντρών. Το 13 έως 80% των αντρών, αναλόγως της χώρας και της έρευνας, εκφράζουν ενδιαφέρον για τη χρήση αντισύλληψης. Μια πρόσφατη μελέτη σε δείγμα 9000 ανδρών σε εννιά χώρες (Ισπανία, Βραζιλία, Μεξικό και Γερμανία) έδειξε ότι το αντίστοιχο ποσοστό είναι πάνω από 60% (Αρτεμάκης, 2006).

### **1.7.2 Στόχοι και περιεχόμενο του οικογενειακού προγραμματισμού**

Σύμφωνα με τη Ρούπα-Δαριβάκη (2006) στόχοι του Οικογενειακού Προγραμματισμού είναι:

- 1.** Η αποφυγή των ανεπιθύμητων κυήσεων με τη σωστή εφαρμογή των αντισυλληπτικών μεθόδων, ώστε να επιτευχθεί η μείωση του αριθμού των εκτρώσεων, οι οποίες αποτελούν κίνδυνο τόσο για την υγεία της γυναίκας όσο και για την μελλοντική της εγκυμοσύνη.
- 2.** Ο καθορισμός του αριθμού των παιδιών της οικογένειας, ώστε να υπάρχουν οι απαραίτητες προϋποθέσεις για την ομαλή ψυχοσωματική τους ανάπτυξη.
- 3.** Η απόκτηση των απαραίτητων γνώσεων για την προστασία της γονιμότητας του άνδρα και της γυναίκας.

4. Η ενημέρωση και παροχή συμβουλών για τη σεξουαλική ζωή και των δύο φύλων, έχοντας υπόψη τις ιδιαίτερες καταστάσεις και την ατομικότητα αυτού στον οποίο απευθύνεται.
5. Η γέννηση όσο γίνεται υγιών παιδιών, με την εφαρμογή του προγεννητικού ελέγχου και τον καθορισμό κατάλληλων κοινωνικο-οικονομικών συνθηκών.
6. Η αποφυγή γεννήσεων και επομένως μετάδοση κληρονομικών παθήσεων από γονείς που πάσχουν ή είναι φορείς μιας κληρονομικής αρρώστιας (Ρούπα-Δαριβάκη, 2006).
7. Πρόληψη αφροδίσιων νοσημάτων (Λεζεκίδη και Παπαρούπα, 1991)
8. Διερεύνηση δημογραφικών προβλημάτων και η παροχή κάθε βοήθειας στην εφαρμογή δημογραφικών προγραμμάτων σε Εθνική και Διεθνή κλίμακα
9. Έγκαιρη διάγνωση παθήσεων των γεννητικών οργάνων και τον προγεννητικό έλεγχο
10. Ψυχικά, κοινωνικά και νομικά προβλήματα του γάμου (Λαζεκίδη και Παπαρούπα, 1991)
11. Ενημέρωση για τη θεραπεία προβλημάτων στειρότητας (Οικογενειακός Προγραμματισμός, 2008)

**Ακόμη, ο οικογενειακός προγραμματισμός βοηθάει:**

- ü Στη διατήρηση της καλής σωματικής κατάστασης των γυναικών με τη ρύθμιση των διαστημάτων μεταξύ των κυήσεων ανάλογα με την κάθε περίπτωση
- ü Στη μείωση της μητρικής και βρεφικής θνησιμότητας
- ü Στην πρόκληση επιθυμητών γεννήσεων με το να βοηθά και να συμβουλεύει τα ζευγάρια που θέλουν να αποκτήσουν παιδιά και τα ζευγάρια που έχουν δυσκολίες στην απόκτηση παιδιών, όπως είναι η αντιμετώπιση προβλημάτων στειρότητας στα ειδικά κέντρα γονιμότητας.

**1.7.3 Δημιουργία Εθνικού Κέντρου Διαχείρισης της Τεχνητής Γονιμοποίησης και του Οικογενειακού Προγραμματισμού**

Σύμφωνα με την Ρούπα-Δαριβάκη 2006, ο καλύτερος τρόπος να αποφευχθούν λάθη και να προστατευθεί η θετική συμβολή μεθόδων για τεχνητή γονιμοποίηση είναι να



δημιουργηθεί κατά τα πρότυπα Κέντρου Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων και Προστασίας Νοσημάτων ένας φορέας του Δημοσίου με ιδιωτικά κριτήρια λειτουργίας, ώστε να υπάρξει μια συγκεκριμένη εθνική διαχείριση προκειμένου να εφαρμοσθούν συγκεκριμένα μέτρα ελέγχου, προστασίας και τήρησης κανόνων.

**Οι αρμοδιότητες που μπορεί να έχει ένα Κέντρο Διαχείρισης Τεχνητής Γονιμοποίησης και Οικογενειακού Προγραμματισμού θα μπορούσαν να είναι:**

- Η ανάπτυξη κοινωνικού διαλόγου για την διαμόρφωση ηθικών κατευθυντηρίων γραμμών.
- Η έρευνα - Η εκπαίδευση - Η Διαθέσιμη Τεχνολογία.
- Ο προσδιορισμός των αποδεκτών μεθόδων.
- Ο ορισμός των προδιαγραφών του εξοπλισμού και του επιστημονικού προσωπικού.
- Η χορήγηση άδειας λειτουργίας Μονάδων Εξωσωματικής Γονιμοποίησης και Εμβρυομεταφοράς.
- Τήρηση λειτουργικών στοιχείων (ενιαίο ιστορικό-αρχείο-έγγραφο συγκατάθεση) (Ρούπα-Δαριβάκη, 2006).

### **1.8 Οι Λειτουργοί Υγείας στον Οικογενειακό Προγραμματισμό**

Όπως αναφέρει η Ρούπα-Δαριβάκη (2006) μέσα στους ποικίλους τομείς δραστηριότητας των Λειτουργών Υγείας εντάσσεται και η εργασία τους σε υπηρεσίες οικογενειακού προγραμματισμού. Ειδικότερα, η εκπαίδευσή του (Ιατρού, Κοινοτικού Νοσηλευτή, Επισκέπτη Υγείας, Μαιευτή και άλλων Επιστημόνων Υγείας) εξασφαλίζει εξειδικευμένες -γνώσεις και ειδικές ευκαιρίες για να ασκήσουν οικογενειακό προγραμματισμό, στον τομέα της ευαισθητοποίησης του κοινού και της εξατομικευμένης συμβουλευτικής.

Τα περισσότερα κράτη έχουν κατατάξει τον Οικογενειακό Προγραμματισμό στην κλίμακα των βασικών ανθρωπίνων δικαιωμάτων, ο δε ΟΗΕ στη Γενική Συνέλευση του 1969 συνιστά στα κράτη - μέλη να δίνουν όχι μόνο πληροφόρηση και εκπαίδευση,

αλλά και τα μέσα, για να ελέγχουν τη γέννηση για μια πιο υπεύθυνη και αποδεκτή τεκνοποίηση.

Ο Οικογενειακός Προγραμματισμός εντάσσεται σαν θέμα στην Κοινωνική Υγεία και έχει τεράστιες κοινωνικο-πολιτικές προεκτάσεις, γι' αυτό και η IPPF (Διεθνές Πρόγραμμα Οικογενειακού Προγραμματισμού) συνιστά πολυδύναμου βάσεως υπηρεσίες με διακλαδικό προσωπικό - προσωπικό υγείας, κοινωνικών επιστημών, νομικούς, θεολόγους, δημοσιογράφους και άλλους.

### **1.9 Οι επιμέρους τομείς εργασίας του Οικογενειακού Προγραμματισμού είναι:**

#### **1. Προετοιμασία για την οικογένεια**

Στον τομέα αυτό διδάσκεται:

1. Ανατομία των γεννητικών συστημάτων των δυο φύλων.
2. Φυσιολογία της αναπαραγωγής.
3. Προετοιμασία ψυχοσυναισθηματική για την εφηβεία.
4. Συνειδητοποίηση του ρόλου των δύο φύλων.
5. Βαθιά γνώση της σεξουαλικής συμπεριφοράς και προφύλαξη από τα αφροδίσια.
6. Προσωπικές ευθύνες στη δομή της οικογένειας (Κρεατσάς, 2001).

Η διδασκαλία των ανωτέρω μπορεί να ασκηθεί από τους Λειτουργούς Υγείας, διότι έχουν τις θεωρητικές γνώσεις σε σχέση και με τον τρόπο διδασκαλίας - ευαισθητοποίησης, (γνώσεις της διδασκαλίας σε συσχετισμό με τις υψηλού βαθμού γνώσεις των ψυχολογικών αναγκών του παιδιού εφήβου, υποψηφίας μητέρας και νεόπανδρου ζεύγους - στο χώρο του σχολείου, του σπιτιού, εργασία στα Συμβουλευτικά Κέντρα κ.λπ.). Η γενική επίτευξη από την εφαρμογή αυτής της διαδικασίας είναι η ποιοτική βελτίωση των ανθρωπίνων σχέσεων. Η συνειδητοποίηση της ανάγκης σχεδιασμού για οικογένεια, η προαγωγή της έννοιας της συντροφικότητας και της συνεννόησης - όπως επίσης και ο περιορισμός των πρώιμων γάμων.

## **2. Ρύθμιση της γονιμότητας**

Η γονιμότητα του ανθρώπου αποτελεί τεράστια φυσική δύναμη. Αυτή η φυσική δύναμη συνδυασμένη με τη νοημοσύνη επέτρεψαν στον άνθρωπο να επιβιώσει στη γη. Με τη ρύθμιση της γονιμότητας δηλαδή με τις γνώσεις που παρέχει ο Οικογενειακός Προγραμματισμός και τα μέσα, συνειδητοποιεί το ζευγάρι πότε πρέπει να γεννηθεί ένα παιδί (Pappas - Hollingsworth and Livingston, 1999).

## **3. Αντιμετώπιση της στειρότητας**

Η πρόταση προϋποθέτει ειδική εκπαίδευση των Λειτουργών Υγείας. Πιο συγκεκριμένα, οι Κοινοτικοί Νοσηλευτές, οι Επισκέπτες Υγείας και οι Μαιευτές ασχολούνται με την παροχή υπηρεσιών όπως συμβουλευτική ενημέρωση, πρόληψη, εφαρμογή και έρευνα. Λόγω της εξειδίκευσής τους αποκτούν πείρα στην διαπροσωπική προσέγγιση των ατόμων και των ομάδων. Αυτό τους καθιστά ικανούς να ασχοληθούν υπεύθυνα με τη σεξουαλική αγωγή σε όποιο χώρο κι αν δίδεται αυτή, καθώς και με τον προγεννητικό έλεγχο ο οποίος αποφέρει υγιή πληθυσμό στην κοινωνία.

### **1.10 Οικογενειακός προγραμματισμός και υγεία**

#### **1.10.1 Εισαγωγικά στοιχεία**

Όπως αναφέρει η Ρούπα-Δαριβάκη (2006) αποτελέσματα ερευνών αλλά και η πείρα ανά τον κόσμο παρέχουν ξεκάθαρες αποδείξεις ότι ο οικογενειακός σχεδιασμός ωφελεί την υγεία των γυναικών και των παιδιών. Είναι σκόπιμο για τους πολιτικούς, τους διευθυντές προγραμμάτων, τους ιατρούς, τους λειτουργούς υγείας και τους δασκάλους να δίνουν σύγχρονες πληροφορίες για το πόσο ωφέλιμος είναι ο οικογενειακός σχεδιασμός και γιατί θα πρέπει να στηριχθεί με επαρκείς ανθρώπινες και οικονομικές πηγές σε όλα τα επίπεδα.

Ο οικογενειακός σχεδιασμός σώζει τις ζωές των γυναικών και των παιδιών και βελτιώνει την ποιότητα της ζωής όλων (Κρεατσάς, 2001). Είναι μία από τις καλύτερες επενδύσεις που μπορούν να γίνουν ώστε να διασφαλιστεί η υγεία και η ευημερία των γυναικών, των παιδιών και της κοινωνίας γενικότερα. Ωστόσο, έχει εκτιμηθεί ότι περίπου 120 εκατομμύρια γυναίκες που δεν επιθυμούν να μείνουν έγκυες δεν χρησιμοποιούν τις μεθόδους αντισύλληψης (Κρεατσάς, 2001).

Παρέχοντας όμως στις γυναίκες και τους άνδρες, στην ηλικία αναπαραγωγής, επιλογές μεθόδων αντισύλληψης καθώς και συμβουλές για το πώς να χρησιμοποιούν τις μεθόδους αυτές με ασφάλεια και αποτελεσματικότητα, τα προγράμματα αυτά συμβάλλουν σημαντικά (Ρούπα-Δαριβάκη 2006).

Σύμφωνα με τον Κρεατσά (2001) η αντισύλληψη είναι συνδεδεμένη με παθήσεις, όπως τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα αλλά και με το δημογραφικό πρόβλημα. Το τελευταίο ιδιαίτερα για τη χώρα μας αποτελεί ένα σοβαρό πρόβλημα δεδομένου ότι στοιχεία που προέρχονται από την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία (Ε.Σ.Υ.) αναφέρουν ότι το 1997 οι γεννήσεις και θάνατοι ήταν 102.038 και 99,738 αντίστοιχα, ενώ για το 1998: 100.894 και 102.668. Ιδιαίτερα για το 1998 προκύπτει ότι οι θάνατοι έχουν υπερβεί τις γεννήσεις (Ρούπα-Δαριβάκη 2006).

Στην Ελλάδα, την ευθύνη για τα παραπάνω θέματα έχει η **Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού**, τα **Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού** και τα δύο **Κέντρα Εφηβικής Γυναικολογίας** που λειτουργούν στη Β' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική του Παν. Αθηνών «Νοσοκομείο Αρεταίειο» και στην Α' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική του Παν. Αθηνών «Νοσοκομείο Αλεξάνδρα». Οι νέοι σήμερα δεν πρέπει να διστάζουν να επισκέπτονται τα κέντρα αυτά διότι είναι ο μόνος τρόπος για να εξασφαλίσουν σωστή ενημέρωση και πρόληψη από ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες, αλλά και από τις επιπλοκές μιας πρώιμης σεξουαλικής σχέσης. Η αγωγή υγείας σήμερα στη χώρα μας φαίνεται ότι δεν είναι ιδιαίτερα αναπτυγμένη (Κρεατσάς, 2001).

Μεγάλη ευθύνη έχουν επίσης και τα **μέσα μαζικής ενημέρωσης** (ΜΜΕ) διότι όπως προκύπτει από ανώνυμα ερωτηματολόγια που έχουν δοθεί να συμπληρωθούν από νέους και νέες, περίπου 48% απ' αυτούς δηλώνουν ότι ενημερώνονται από τα μέσα

μαζικής επικοινωνίας και ιδιαίτερα από την τηλεόραση (Κρεατσάς, 2001). Είναι επίσης αξιοσημείωτο να αναφερθεί ότι μόνο 7% από τους ερωτηθέντες δηλώνουν ότι παίρνουν πληροφορίες από ειδικούς.

Η αντισύλληψη στην εφηβεία έχει γίνει σε πολλές χώρες αντικείμενο αυξημένου ενδιαφέροντος μεταξύ γονέων, εκπαιδευτικών, ιατρών και του κοινού γενικά. Όπως αναφέρθηκε η επιδημική αύξηση των κυήσεων και των εκτρώσεων στην εφηβεία και η αύξηση των επιπλοκών τους θεωρείται αποτέλεσμα της έλλειψης, ανεπάρκειας στην εφαρμογή ή μη αποδοχής συστηματικής ενημέρωσης σε θέματα γενετησιακής αγωγής. Τα προβλήματα και οι ιδιαιτερότητες, που αντιμετωπίζει ο/η έφηβος κατά την περίοδο της σεξουαλικής και ψυχολογικής του μετάπλασης προς την ωριμότητα και η δυσκολία πολλές φορές επικοινωνίας με τους γονείς, κάνουν επιτακτική την ανάγκη ξεχωριστής προσέγγισης και ενημέρωσης απ' το σχολείο και ειδικούς.

Η **μέση ηλικία εμμηναρχής** έχει μειωθεί στις αναπτυσσόμενες χώρες και οι νέοι εμφανίζουν **σεξουαλική δραστηριότητα** σε μικρότερες ηλικίες. Σ' αυτό συντελεί η αλλαγή ορισμένων βιολογικών παραγόντων και ενδεχόμενα η πρόωμη έκθεση των νέων στα σεξουαλικά θέματα. Για την τελευταία, όχι σπάνια, ευθύνεται η διαμάχη μεταξύ των γονέων, η δυσαρμονία σχέσεων ανάμεσα στους γονείς και τα παιδιά, η έλλειψη αγωγής απ' το σπίτι και την πολιτεία, καθώς και τα μέσα ενημέρωσης (Berek, 1998).

Αποτέλεσμα της πρόωμης αυτής σεξουαλικής δραστηριότητας είναι η αύξηση των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων στους εφήβους και η αύξηση των κυήσεων και των εκτρώσεων. Παρά τη γενική μείωση του ποσοστού γεννήσεων στις Η.Π.Α. η συχνότητα αυξάνεται για τις ηλικίες 14-17 (Κρεατσάς, 2001). Στατιστικές που αφορούν 20-22 εκατομμύρια εφήβους στην ίδια χώρα (ηλικίας 15-19), δείχνουν ότι το 1/2 ή 11.000.000 απ' αυτούς έχουν ήδη δραστηριοποιηθεί σεξουαλικά (Κρεατσάς, 2001). Απ' τις στατιστικές αυτές προκύπτουν επίσης τα εξής συνταρακτικά στοιχεία: Κάθε 22 δευτερόλεπτα ένα κορίτσι στις ΗΠΑ μένει έγκυος, κάθε 47 δευτερόλεπτα ένα παιδί υφίσταται βιασμό, κάθε 67 δευτερόλεπτα μια έφηβος γεννάει ένα παιδί και κάθε μέρα 623 έφηβοι εμφανίζουν **σύφιλη ή γονοκοκκική λοίμωξη** (Κρεατσάς, 2001). Επισημαίνονται επίσης οι επιπτώσεις της πρόωμης σεξουαλικής δραστηριότητας από τους νέους, οι οποίες είναι η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, οι εκτρώσεις και τα

σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Μελέτες τέλος, από ανατολικές χώρες παρουσιάζουν συνταρακτικά στοιχεία μέσω της WHO όπου τα κρούσματα σύφιλης έχουν αυξηθεί μέχρι και 90 περιπτώσεις ανά 100.000 κατοίκους (Κρεατσάς, 2001).

### **1.11 Εμπόδια στην επιτυχία των προγραμμάτων οικογενειακού προγραμματισμού στην Ελλάδα**

- Τα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού δεν λειτουργούν πάντα ικανοποιητικά και δεν είναι αρκετά.
- Το προσωπικό δεν έχει πάντα τα προσόντα για τη δουλειά που κάνει ή δεν δείχνει τη σωστή συμπεριφορά.
- Η οργάνωση και η διοίκηση είναι καμιά φορά ανεπιτυχείς και ανεπαρκείς.
- Δεν υπάρχει ακριβής εικόνα του προγράμματος, των ενδιαφερομένων και η αξιολόγηση της πορείας και των αποτελεσμάτων.
- Δεν υπάρχει συντονισμός μεταξύ των μελών της ομάδας.
- Δεν υπάρχει παραδοχή, ότι για να υπάρξει συνεργασία απαιτείται σε ορισμένες καταστάσεις να παραιτηθούμε από τίτλους και γόητρο.
- Δεν υπάρχει αρμονία μεταξύ αναγκών, ζήτησης και παρεχομένων υπηρεσιών.
- Δεν τονίζεται αρκετά στους νέους ανθρώπους η σημασία των μεσοδιαστημάτων μεταξύ των γεννήσεων.
- Υπάρχει αρνητική εικόνα γύρω από τον οικογενειακό προγραμματισμό.
- Επιθυμία να αποκτήσει κανείς μεγάλη οικογένεια για προσωπικούς και εθνικούς λόγους.
- Άγχος για την αποτυχία της αντισύλληψης, λόγω ελλιπούς ενημέρωσης.
- Έχουν παραμεληθεί η προστασία του περιβάλλοντος, η ανάπτυξη της εθνικής οικονομίας και το «ευ ζειν» σαν κίνητρα για οικογενειακό προγραμματισμό.
- Δεν παρέχεται πληροφόρηση για οικογενειακό προγραμματισμό σε εφήβους που έχουν σεξουαλική δραστηριότητα και σε άγαμους νέους.
- Δεν αξιοποιούνται τα άμεσα και απώτερα πλεονεκτήματα και οφέλη του οικογενειακού προγραμματισμού.
- Γιατροί και υγειονομικό προσωπικό δεν δίνουν τη σημασία που θα 'πρεπε για τον οικογενειακό προγραμματισμό.

- Υψηλό κόστος αποτελεσματικών μεθόδων οικογενειακού προγραμματισμού.
- Οι Φορείς δεν συνειδητοποιούν ότι οι απλοί πολίτες χρειάζονται τις υπηρεσίες του οικογενειακού προγραμματισμού (Οικογ. Προγραμματισμός, 2008).
- Ανεπαρκής επικοινωνία μεταξύ συζύγων σ' ότι αφορά το ιδανικό μέγεθος της οικογένειας, τα μεσοδιαστήματα, τις αντισυλληπτικές μεθόδους και για το αν θα κάνουν προγραμματισμό οικογένειας.
- Καθυστέρηση στην «αποσεξουαλικοποίηση» του οικογενειακού προγραμματισμού (Λιάπη και Μηλίγκος, 1993).
- Έλλειψη ετοιμότητας των υπηρεσιών οικογενειακού προγραμματισμού.
- Αποτυχία στην επαρκή και έγκυρη πληροφόρηση για προσωπικές και εμπορικές πηγές οικογενειακού προγραμματισμού.
- Προκαταλήψεις για την επιλογή αντισυλληπτικής μεθόδου.
- Ανοχή στην υποδεέστερη θέση της γυναίκας και χλιαρή υποστήριξη του Κινήματος για το Δικαίωμα της Γυναίκας.
- Κόπωση, αμέλεια, απροσεξία στην αντισύλληψη.
- Ανδρική προτίμηση στην τεκνογονία.
- Συζυγική απιστία.
- Υπερτίμηση της οικονομικής απόδοσης των παιδιών.
- Παράγοντες που προκύπτουν από το περιβάλλον κι από ειδικές καταστάσεις (οικονομικές συνθήκες, κοινωνικός αποκλεισμός).
- Τα παιδιά και οι γονείς δεν έχουν επαρκείς πληροφορίες για την σεξουαλική υγεία (Ρούπα-Δαριβάκη, 2006).

### **1.12 Οφέλη οικογενειακού προγραμματισμού**

Ο οικογενειακός προγραμματισμός που αποσκοπεί στον έλεγχο των γεννήσεων σχετίζεται με τεράστια οφέλη για τη γυναίκα, τα παιδιά και την κοινωνία. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) αναγνώρισε τον οικογενειακό προγραμματισμό όχι ως επιλογή κάθε ζευγαριού, αλλά ως αναφαίρετο δικαίωμα. Στις αναπτυγμένες χώρες ο οικογενειακός προγραμματισμός αποτελεί θεμελιώδη παράγοντα των υπηρεσιών υγείας για την ευημερία των πολιτών. Κύριοι στόχοι του οικογενειακού προγραμματισμού είναι η αποφυγή των ανεπιθύμητων κυήσεων, η

πρόκληση επιθυμητών κυήσεων, η ρύθμιση του χρόνου των γεννήσεων σε σχέση με την ηλικία των γονέων, ο καθορισμός του αριθμού των παιδιών στην οικογένεια και η γέννηση υγιών παιδιών (Λιάπη και Μηλίγκος 1993, Οικογ. Προγραμματισμός 2008).

#### **1.12.1 Οφέλη οικογενειακού προγραμματισμού για την υγεία της γυναίκας**

1. Προστασία της υγείας της από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα
2. Προστασία από ορισμένες καλοήθειες και κακοήθειες νεοπλασίες
3. Ελευθερία επιλογής και έλεγχος των γεννήσεων
4. Προστασία από ανεπιθύμητες κυήσεις και επιπλοκές των εκτρώσεων
5. Εξασφάλιση περισσότερου χρόνου φροντίδας για τα παιδιά
6. Λιγότερη σωματική, συναισθηματική και οικονομική καταπίεση
7. Βελτίωση ποιότητας ζωής (Παπουτσής, 2003).

#### **1.12.2 Οφέλη του οικογενειακού προγραμματισμού για τη υγεία του παιδιού**

1. Μείωση της νεογνικής θνησιμότητας και νοσηρότητας
2. Εξασφάλιση περισσότερων οικονομικών πόρων για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των παιδιών
3. Μεγαλύτερες ευκαιρίες για μόρφωση
4. Περισσότερη συναισθηματική υποστήριξη και επικοινωνία των παιδιών με τη μητέρα (Λιάπη και Μηλίγκος, 1993)

#### **1.12.3 Οφέλη του οικογενειακού προγραμματισμού για την οικογένεια και την κοινωνία**

1. Ελευθερία επιλογής του χρόνου τεκνοποίησης
2. Ελευθερία επιλογής του αριθμού των παιδιών της οικογένειας
3. Εξασφάλιση χρόνου για προσωπικές και κοινωνικές δραστηριότητες (Λιάπη και Μηλίγκος, 1993).



### **1.13 Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού (Ο.Π.)**

Στα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού (Ο.Π.) ειδικοί επιστήμονες παρέχουν τις υπηρεσίες τους για να βοηθήσουν το ζευγάρι σε θέματα αντισύλληψης, γονιμότητας ή και γενικά σεξουαλικά προβλήματα. Κάθε οικογένεια είναι απαραίτητο να προγραμματίσει τον αριθμό των παιδιών της για λόγους:

- Ιατρικούς
- Κοινωνικούς
- Οικονομικούς

Αν αφήσει η γυναίκα ένα λογικό χρονικό διάστημα μεταξύ μιας γέννας και της επόμενης, τότε θα νιώσει πιο υγιής και θα είναι σε θέση να φροντίζει καλύτερα την οικογένειά της. Επίσης στα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού είναι εφικτό να πραγματοποιηθούν όλες οι εξετάσεις (γυναικολογικές, εξέταση μαστών, τεστ ΠΑΠ) εντελώς δωρεάν (Λιάπη και Μηλίγκος, 1993).

#### **1.13.1 Εξέταση μαστών**

##### **Σκοποί:**

- 1) Να διαπιστώσει ανωμαλίες στους μαστούς
- 2) Να διδάξει στη γυναίκα την τεχνική της αυτοεξέτασης μαστών. Εδώ θα πρέπει να τονιστούν στην άρρωστη οι περιοχές μεγαλύτερης συχνότητας εμφάνισης του καρκίνου, κυρίως στο άνω και έξω τεταρτημόριο του μαστού και κάτω από τη θηλή.

##### **Τεχνική της αυτοεξέτασης μαστών**

Η τεχνική της αυτοεξέτασης μαστών έχει αποδειχθεί πολύτιμο μέσο έγκαιρης διαπίστωσης του καρκίνου του μαστού. Η πείρα έχει δείξει ότι το 95% των καρκίνων του μαστού ανακαλύπτονται από τις ίδιες τις γυναίκες: Όταν η ανίχνευση ενός

ογκιδίου γίνει σε πρώιμο στάδιο, η χειρουργική επέμβαση μπορεί να αποβεί σωτήρια στο 70- 80% των περιπτώσεων (Berek, 1998).

Η γυναίκα θα πρέπει να υιοθετήσει ένα κανονικό σχήμα μηνιαίας εξέτασης μαστού. Ο καλύτερος χρόνος για να γίνεται η εξέταση είναι μια εβδομάδα μετά την περίοδο. Η αυτοεξέταση θα πρέπει να συνεχίζεται κάθε μήνα μετά την εμμηνόπαυση. Η εξέταση αρχίζει με την επισκόπηση των μαστών μπροστά στον καθρέφτη. Με τα χέρια στα πλάγια του σώματος, η γυναίκα θα πρέπει να παρατηρεί τους μαστούς για ασυμμετρία, εισολκή του δέρματος, αλλαγές στο χρώμα ή εισολκή της θηλής. Επίσης, παρατηρεί το σχήμα και το μέγεθος των μαστών. Κατόπιν, σηκώνει τα χέρια ψηλά και επαναλαμβάνει την επισκόπηση μπροστά στον καθρέφτη, για τα ίδια φυσικά σημεία.

Μετά την επισκόπηση των μαστών ακολουθεί ή ψηλάφηση, για διαπίστωση ασυνηθών ογκιδίων. Η ψηλάφηση θα πρέπει να γίνεται σε ύπτια θέση. Ένα μικρό μαξιλάρι ή μια διπλωμένη πετσέτα τοποθετείται κάτω από τον ώμο της πλευράς που θα εξεταστεί. Έτσι, ανυψώνεται η πλευρά αυτή του σώματος και ο μαζικός αδένας διανέμεται ομοιόμορφα πάνω στο θωρακικό τοίχωμα. Το χέρι της εξεταζόμενης πλευράς τοποθετείται πλάγια προς τα κάτω και ελέγχεται ο μαστός με τα δάκτυλα του άλλου χεριού επαπτόμενα σε αυτόν. Η τεχνική απαιτεί ήπια ψηλάφηση του μαζικού αδένου, αρχίζοντας από το άνω και έξω τεταρτημόριο του μαστού, αφού οι περισσότερες αλλοιώσεις αρχίζουν από την περιοχή αυτή.

Κατόπιν, το χέρι ανυψώνεται πάνω από το κεφάλι και γίνεται μια πλήρης εξέταση του έσω ημίσεως του μαστού, αρχίζοντας από το στέρνο. Μετά την ολοκλήρωση μιας κυκλικής κίνησης των δακτύλων, το χέρι μετακινείται 2cm προς τη θηλή και επαναλαμβάνεται η ίδια διαδικασία, μέχρις ότου ολοκληρωθούν τέσσερις τουλάχιστον κύκλοι. Όταν η εξέταση του μαστού ολοκληρωθεί, το μαξιλάρι τοποθετείται κάτω από τον αντίθετο ώμο και εξετάζεται ο άλλος μαστός ακριβώς κατά τον ίδιο τρόπο (Berek, 1998). Η μέθοδος αυτοεξέτασης του μαστού είναι αποτελεσματική μόνο αν γίνεται σωστά και σε κανονικά διαστήματα (Pappas, Hollingsworth and Livingston, 1999).

### 1.13.2 Τεστ Παπανικολάου

Η συχνότητα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι τόσο υψηλή, που κάνει επιτακτική την ανάγκη ενημέρωσης όλων των γυναικών. Η σωστή ενημέρωση και επαγρύπνηση βοηθούν στην αναγνώριση των ύποπτων συμπτωμάτων. Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας συχνά προειδοποιεί, εμφανίζοντας χαρακτηριστικά συμπτώματα από πολύ νωρίς, για το λόγο αυτό είναι επιτακτική η ενημέρωση (<http://www.activewoman.gr>).

Η πρόληψη είναι δυνατή σε πολλές περιπτώσεις. Ακόμη είναι δυνατό να μην υπάρχουν καθόλου συμπτώματα και η διάγνωση να γίνει μόνο από τον ειδικό στη διάρκεια της προληπτικής εξέτασης. Η προληπτική εξέταση περιλαμβάνει τη γυναικολογική εξέταση και το τεστ Παπανικολάου (<http://health.in.gr>, 2008).

Το τεστ Παπανικολάου είναι ανώδυνο, εύκολο, απλό και γρήγορο. Πρέπει να αρχίζει με την έναρξη των σεξουαλικών σχέσεων και να γίνεται μια φορά το χρόνο. Επίσης το τεστ επιβάλλεται να γίνεται κατά την κύηση καθώς και κατά τη διάρκεια αντισυλληπτικής αγωγής. Για τη σωστή εκτέλεση του τεστ Παπανικολάου η γυναίκα πρέπει να αποφεύγει πριν από τη λήψη του τραχηλικού επιχρίσματος:

- κολπικές πλύσεις
- κολπικά υπόθετα ή αλοιφές, και
- σεξουαλικές επαφές για δυο ημέρες

Το τεστ Παπανικολάου πρέπει να γίνεται μετά τη 10<sup>η</sup> ημέρα του κύκλου. Κάθε γυναίκα πρέπει να παίρνει την απάντηση της εξέτασης κατά Παπανικολάου, γραμμένη, την οποία την παρουσιάζει στο ίδιο ή άλλο κέντρο ή στον προσωπικό της γυναικολόγο απαραίτητα, ακόμη και αν είναι αρνητικό το τεστ. Η εξέταση κατά Παπανικολάου δεν ελέγχει το ενδομήτριο και τις ωοθήκες (<http://www.activewoman.gr>).

### Ο ρόλος του νοσηλευτή

- Εξασφάλιση άνεσης στην άρρωση με την παρουσία του νοσηλευτή κατά την ώρα της εξέτασης

- Ενθάρρυνση της άρρωστης να χαλαρώσει, να είναι ήρεμη και να αναπνέει βαθιά
- Εξασφάλιση του κατάλληλου φωτισμού και των απαραίτητων αντικειμένων για την εξέταση
- Βοήθεια του γιατρού κατά την ώρα της εξέτασης
- Καθαρισμός περινεϊκής χώρας από εκκρίσεις και λιπαντική ουσία, μετά το τέλος της εξέτασης
- Τοποθέτηση της άρρωστης σε άνετη θέση μόλις τελειώσει η εξέταση
- Παροχή χρόνου στην άρρωστη να μείνει για λίγα λεπτά στην καθιστή θέση πάνω στο εξεταστικό τραπέζι, για να ανακτήσει την ισορροπία της προτού κατέβει.
- Επίλυση αποριών της άρρωστης και διασαφήνιση των ιατρικών οδηγιών (Krumberger, 2003).

#### **1.14 Οικογενειακός προγραμματισμός και σεξουαλική διαπαιδαγώγηση**

Ο τρόπος με τον οποίο θα αντιμετωπίσει ένα άτομο τη σεξουαλικότητά του κατά τα διάφορα στάδια της ζωής του, εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση που έλαβε σε όλη τη διάρκεια των παιδικών του χρόνων. Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση δεν αναφέρεται μόνο σε ζητήματα σεξουαλικών σχέσεων, αλλά και σε ευρύτερα θέματα όπως η εικόνα του εαυτού, η αυτοεκτίμηση, οι κανόνες ηθικής, ο αμοιβαίος σεβασμός και η αγάπη. Οι αξίες των γονέων μεταδίδονται μέσα από τα λόγια τους, αλλά κυρίως μέσα από τη στάση τους και το ζωντανό παράδειγμα που δίνουν στα παιδιά τους (Παπαδημητρίου και Γαλάνης, 1995).

Τα παιδιά από πολύ νωρίς δείχνουν περιέργεια για τα στήθη, τα οπίσθια, και τα γεννητικά όργανα ανδρών και γυναικών. Πολλοί γονείς δεν διστάζουν να εμφανίζονται γυμνοί μπροστά στα παιδιά τους και να κάνουν μπάνιο μαζί τους, ενώ άλλοι κρύβονται επιμελώς. Οι ερωτήσεις που εκφράζουν τη σεξουαλική περιέργεια αρχίζουν συνήθως στην προσχολική ηλικία και καταρχάς αναφέρονται στην ανατομία του ανθρώπινου σώματος. Τα παιδιά παρατηρούν τις διαφορές των γεννητικών οργάνων ανδρών και γυναικών ή συνομηλίκων ή μεταξύ παιδιών και ενηλίκων.

Στη συνέχεια, έρχονται ερωτήσεις σχετικά με την τεκνοποίηση («Από πού γεννιούνται τα μωρά;», «Πώς μπαίνουν τα μωρά στην κοιλιά της μαμάς;»). Το περιεχόμενο και η διατύπωση των ερωτήσεων αλλάζουν ανάλογα με την ηλικία. Στην εφηβεία, π.χ. τα ερωτήματα αφορούν τις προγαμιαίες σχέσεις, την αντισύλληψη και τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Το ερώτημα που συνήθως θέτουν οι γονείς είναι πότε πρέπει να αρχίσει η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση. Η καταλληλότερη στιγμή φαίνεται να είναι όταν ρωτήσει το ίδιο το παιδί. Οι πληροφορίες ή οι υπερβολικές λεπτομέρειες που δίνονται χωρίς να έχει προλάβει το παιδί να αναρωτηθεί, δεν μπορούν να αφομοιωθούν και τις πιο πολλές φορές το αφήνουν αδιάφορο ([www.miss.gr](http://www.miss.gr)).

Οι απαντήσεις θα πρέπει να είναι ξεκάθαρες και ακριβείς, σε γλώσσα που αντιστοιχεί στην ηλικία του παιδιού. Καλό είναι να αποφεύγονται τα ψέματα και οι απλοποιημένες θεωρίες που συνήθως χρησιμοποιούνται για τα μικρότερα παιδιά, καθώς γίνονται πιστευτές και είναι δύσκολο να ανασκευαστούν αργότερα.

1. Επίσης η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση παρέχεται από το περιβάλλον του σχολείου. Σε αυτό το στάδιο ανάπτυξης, ορισμένοι «ντροπαλοί» έφηβοι δεν νιώθουν άνετα να πλησιάσουν τους γονείς τους και να τους ρωτήσουν για τις ανησυχίες τους. Σκέφτονται ότι είναι παράδοξες ή αδικαιολόγητες, αλλά αυτό δεν τους εμποδίζει να τις βιώνουν έντονα και να δημιουργούν προσωπικές σεξουαλικές θεωρίες. Στο σχολείο φοιτούν παιδιά από διαφορετικές κοινωνικοπολιτισμικές ομάδες και οικογένειες με διαφορετικά συστήματα αξιών. Οι απαντήσεις στα ερωτήματα των εφήβων είναι καλύτερο να δίνονται σε επιστημονική γλώσσα, με βάση τα βιολογικά δεδομένα, χωρίς να συσχετίζονται με ηθικές και προσωπικές αξίες. Από την άλλη πλευρά, οι γονείς θα πρέπει να μπορούν να προσαρμόζουν τις επιστημονικές γνώσεις στο πλέγμα των αξιών της οικογένειας ([http://www.tear.gr/nea.php?subaction=showfull&id=1145482525&archive=1149360918&start\\_from=&ucat=7&1.6.08](http://www.tear.gr/nea.php?subaction=showfull&id=1145482525&archive=1149360918&start_from=&ucat=7&1.6.08)).

Τέλος, η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση ξεκινά από την πρώιμη παιδική ηλικία και διαρκεί όλη τη ζωή. Μπορεί να γίνει με ή χωρίς την καθοδήγηση των γονέων. Αν το παιδί αφηθεί μόνο του, θα διαμορφώσει τις δικές του απόψεις με βάση πληροφορίες που θα πάρει από την αυλή του σχολείου ή από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Κινδυνεύει να κατασκευάσει θεωρίες λανθασμένες, γελοίες ή τρομακτικές, οι οποίες

κατ' ανάγκη θα επηρεάσουν τη μετέπειτα σεξουαλική συμπεριφορά του. Η συνεπής και απαλλαγμένη από προκαταλήψεις συμμετοχή των γονέων θα επιτρέψει τόσο την υγιή αντιμετώπιση των ζητημάτων της σεξουαλικότητας όσο και τη μετάδοση των οικογενειακών ηθικών αξιών (<http://www.femme.gr/gynecologist.htm>).

Όπως αναφέρει ο Κρεατσάς (1992) η Ελλάδα είναι από τις λίγες ευρωπαϊκές χώρες που δεν έχει συγκεκριμένη πολιτική στο θέμα της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης. Το μάθημα της Σεξουαλικής Αγωγής, σύμφωνα με τον Κιντή (1995), χωρίς να είναι απαγορευμένο, πρακτικά δεν γίνεται. Σε κάποια μαθήματα (Βιολογία, Ανθρωπολογία, Θρησκευτικά) υπάρχουν κάποια στοιχεία πάνω στο θέμα, αλλά δεν διδάσκονται. Κατά καιρούς διατίθενται φυλλάδια ενημερωτικά για επίκαιρα θέματα από το Υπουργείο Παιδείας. Υπάρχει δυνατότητα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης μέσα από τα θεσμοθετημένα, τελευταία, προγράμματα Υγείας, αρκεί φυσικά να έχει επιλεγεί ανάλογο θέμα. Αυτά τα προγράμματα αναπτύσσονται συνήθως εκτός ωρολογίου προγράμματος και ο αριθμός των παιδιών που συμμετέχουν είναι περιορισμένος (Κιντής, 1995).

Όπως αναφέρει ο Κρουσταλάκης (1995) πρέπει πρώτα να «απαγκιστρωθεί» το εκπαιδευτικό σύστημα από τον αποκλειστικό στόχο της επαγγελματικής αποκατάστασης του μαθητή και να δώσει περισσότερη σημασία στις ανθρώπινες σχέσεις, τη συναισθηματική ωρίμανση και την ολοκλήρωση της προσωπικότητας του μαθητή.

### **1.15 Στόχοι σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης**

Στη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση πέρα από τις βιολογικές και ιατρικές διαστάσεις πρέπει να εξετάζονται και οι πολιτιστικές και ψυχολογικές παράμετροι. Με βάση αυτό, οι στόχοι της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης μπορούν να είναι οι πιο κάτω:

- **Απόκτηση τεκμηριωμένης γνώσης** (δηλαδή επιστημονική προσέγγιση των θεμάτων της σεξουαλικότητας πέρα από μύθους, προκαταλήψεις, προσωπικές εμπειρίες κ.τ.λ.) και διασαφήνιση των σεξουαλικών μας αξιών. Κατάκτηση μετά από αυτό προσωπικής τεκμηριωμένης συνειδητής στάσης στις συγκρουόμενες

απόψεις (θρησκεία, οικογένεια, φίλοι, ΜΜΕ κ.λπ.) για θέματα σεξουαλικότητας, όπως γάμος, αυνανισμός, μονογαμικότητα, ομοφυλοφιλία, κλπ.

- **Διαμόρφωση θετικής αντίληψης του εαυτού μας για το σεξ** (ανάπτυξη της αυτοεκτίμησής μας) και ως εκ τούτου βελτίωση της ανθρώπινης επικοινωνίας (π.χ. η απαλλαγή από το άγχος συνομιλίας για θέματα σεξ μεταξύ εραστών, γονέων-παιδιών βελτιώνει τη σχέση τους).
- **Αναγνώριση των αρνητικών σημείων στις σχέσεις μας** (εκμετάλλευση του ενός συντρόφου από τον άλλο, τα ψέματα στη σχέση, η υπερβολική εξάρτηση του ενός ή και των δυο συντρόφων, η ζήλια).
- **Έλεγχος γονιμότητας** (αντισύλληψη, προγεννητικός έλεγχος, αντιμετώπιση δυσκολιών στη σύλληψη κ.λπ.).
- **Αποφυγή σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων** (έρπης, χλαμύδια, κονδυλώματα, ηπατίτιδες, AIDS κ.λπ.).
- **Κατανόηση και αντιμετώπιση προβλημάτων σεξουαλικής ανταπόκρισης** (σεξουαλικά προβλήματα όπως ανοργασμία, έλλειψη στύσης, πρόωρη εκσπερμάτιση κ.λπ.) (Παπαδημητρίου και Γαλάνης, 1995).

### 1.16 Οικογενειακός προγραμματισμός και αντισύλληψη

Αντισύλληψη καλείται η αναστολή της γονιμότητας, με σκοπό την αποφυγή ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης. Ακόμη μπορούμε να χαρακτηρίσουμε σαν αντισύλληψη τη λήψη μέτρων που παίρνουμε για την προσωρινή αποφυγή σύλληψης (Κρεατσάς, 1989).

Σήμερα υπάρχει ποικιλία ασφαλών και αποτελεσματικών αντισυλληπτικών με διαφορετικά χαρακτηριστικά, ώστε να καλύπτουν τις διαφορετικές ανάγκες και προτιμήσεις των χρηστών. Κάθε αντισυλληπτική μέθοδος έχει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα, τα οποία οι επιστήμονες υγείας οφείλουν να τα εξηγούν στο ζευγάρι

που ενδιαφέρεται για οικογενειακό προγραμματισμό. Έτσι άλλες αντισυλληπτικές μέθοδοι παρέχουν μόνιμη και άλλες προσωρινή αντισυλληπτική προστασία. Άλλες προστατεύουν το χρήστη από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και νεοπλασίες. Κάποιες χρησιμοποιούνται μόνο κατά τη σεξουαλική επαφή, ενώ άλλες μπορούν να χρησιμοποιηθούν ανεξάρτητα από την ώρα της συνουσίας. Φυσικά, πάντα πρέπει να λαμβάνεται υπ' όψιν το ποσοστό της αντισυλληπτικής προστασίας που παρέχουν οι διάφορες αντισυλληπτικές μέθοδοι, το οποίο επηρεάζεται σημαντικά από τη σωστή χρήση και εκπαίδευση του ενδιαφερόμενου. Ο γιατρός συμμετέχει και κατευθύνει τον ενδιαφερόμενο στην επιλογή της αντισυλληπτικής μεθόδου, έχοντας υπ' όψιν του την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, τον αριθμό των παιδιών που ήδη υπάρχουν, τη συχνότητα των επαφών, την ποιότητα και το μέλλον της σχέσης, την οικειότητα του χρήστη με τη μέθοδο και το επίπεδο της άνεσης με το σώμα του (Αραβαντινός και Μηλίγκος, 1993).

Σημαντικοί παράγοντες που καθορίζουν τη σωστή επιλογή του αντισυλληπτικού αποτελούν η κατάσταση υγείας του ενδιαφερόμενου, το ιστορικό της χρήσης αντισυλληπτικών και της εμφάνισης σεξουαλικά μεταδιδόμενης νόσου στο παρελθόν (Δανέζης, 2003). Ακόμη η διαφορά στη συχνότητα εμφάνισης των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων στην κοινωνία ανά ηλικίες καθώς και η σεξουαλική συμπεριφορά του ενδιαφερόμενου είναι καθοριστικοί παράγοντες στην επιλογή της αντισυλληπτικής μεθόδου (Δανέζης, 2003). Επίσης, το οικονομικό κόστος της μεθόδου, η ελευθερία και η ευκολία της πρόσβασης σε προγράμματα οικογενειακού προγραμματισμού, η ψυχολογική επιβάρυνση από την εφαρμογή της, η κουλτούρα, οι θρησκευτικές, οι πολιτιστικές συνήθειες του ενδιαφερόμενου και της κοινωνίας δεν πρέπει να αγνοούνται από τον λειτουργό του οικογενειακού προγραμματισμού (Δανέζης, 2003).

Τέλος, στους ενδιαφερόμενους πρέπει να παρέχεται η ευελιξία να αλλάζουν την αντισυλληπτική μέθοδο, καθώς οι ανάγκες του οικογενειακού τους προγραμματισμού μεταβάλλονται με το πέρασμα του χρόνου. Δηλαδή, μια μέθοδος η οποία είναι κατάλληλη και αποδεκτή από μια νεαρή ανύπαντρη γυναίκα μπορεί να μη είναι η καλύτερη επιλογή για την ίδια γυναίκα μερικά χρόνια αργότερα (Λιάπη, 1993). Επίσης, θα πρέπει να διασφαλίζεται από την πολιτεία το αναφαίρετο δικαίωμα του



ενδιαφερομένου ή του ζευγαριού να συμμετέχουν στην επιλογή ή τη διακοπή κάποιας αντισυλληπτικής μεθόδου (Κρεατσάς, 1998).

### **1.17 Μέθοδοι αντισύλληψης**

Οι κυριότεροι αντισυλληπτικές μέθοδοι σύμφωνα με τον Ντολαντζά (2001) είναι:

- Η μέθοδος του ρυθμού (ποσοστό αποτυχίας 30-40%).
- Σπερματοκτόνες ουσίες (ποσοστό αποτυχίας 10-20%).
- Κολπικές πλύσεις (90-100%).
- Κολπικό διάφραγμα (20-30%).
- Κολπικός αντισυλληπτικός σπώγγος (10-20%).
- Διακεκομμένη συνουσία (20-30%).
- Προφυλακτικό (3-4%).
- Ενδομητρικό σπείρα μα (0,8-5%).
- Αντισυλληπτικό χάπι (0,03-5%).
- Απολίνωση σπερματικών πόρων στον άνδρα (99- 1 00%) και
- Απολίνωση σαλπινγγών (99-100%).

#### **1.17.1 Μέθοδος του ρυθμού**

- Μέθοδος του ημερολογίου
- Μέθοδος της θερμομέτρησης
- Μέθοδος της τραχηλικής βλέννης
- Συνδυασμένη μέθοδος

#### **Μέθοδος του ημερολογίου**

Η μέθοδος του ημερολογίου εφαρμόζεται μέχρι σήμερα, αν και έχουν αναπτυχθεί νέα πρωτόκολλα οικογενειακού προγραμματισμού, που βασίζονται στη γνώση της φυσιολογίας του εμμηνορρυσιακού κύκλου της γυναίκας. Τα νέα πρωτόκολλα

βασίζονται στη τραχηλική βλέννη, η οποία μεταβάλλεται κατά τον κύκλο και επηρεάζεται από τα οιστρογόνα, και στη βασική θερμοκρασία του σώματος, η οποία επηρεάζεται από την προγεστερόνη (Δαρδαβέσης, 2003).

### **Τεχνική της μεθόδου**

Η μέθοδος του ημερολογίου προβλέπει την ημέρα της ωοθυλακιορρηξίας χρησιμοποιώντας την καταγραφή της διάρκειας του εμμηνορρυσιακού κύκλου για μια περίοδο αρκετών μηνών (6- 12). Η έναρξη της γόνιμης περιόδου υπολογίζεται με την αφαίρεση 11 ημερών από τη διάρκεια του μεγαλύτερου κύκλου. Έτσι, εάν για παράδειγμα, οι εμμηνορρυσιακοί κύκλοι μιας γυναίκας κυμαίνονται από 26- 32 ημέρες, η αποχή πρέπει να εκτείνεται από την 8η ημέρα ( $26 - 18 = 8$ η ημέρα) μέχρι την 21η ημέρα ( $32 - 11 = 21$ η ημέρα) (Δαρδαβέσης, 2003). Το διάστημα, δηλαδή, της αποχής είναι 14 ημέρες κάθε μήνα. Η γυναίκα αξιολογεί τη διάρκεια κάθε κύκλου και διορθώνει το χρονικό διάστημα της αποχής, αν ο κύκλος είναι μεγαλύτερος ή μικρότερος από τους προηγούμενους.

Είναι σαφές ότι η μέθοδος του ημερολογίου δεν είναι χρήσιμη κατά την περίοδο της λοχείας, κατά τη γαλουχία και στα άκρα της αναπαραγωγικής ηλικίας, όταν οι κύκλοι παρουσιάζουν μεγάλη διακύμανση. Επιπλέον, δεν έχει αξία για τα ζευγάρια που δεν μπορούν να τηρήσουν την αποχή ή δεν μπορούν να εφαρμόσουν κάποια μέθοδο φραγμού κατά τις γόνιμες μέρες. Στις γυναίκες με ασταθή κύκλο, η περίοδος της αποχής είναι ιδιαίτερα παρατεταμένη. Το 60% περίπου, των γυναικών έχουν κύκλους με διακύμανση μεγαλύτερη από οκτώ ημέρες σε διάστημα ενός έτους. Αυτό σημαίνει ότι η μέση γυναίκα πρέπει να απέχει από επαφές για διάστημα τουλάχιστον 16 ημερών σε κάθε κύκλο. Γενικά, η μέθοδος του ημερολογίου δεν συστήνεται, σήμερα, από τα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού. Ποσοστό Αποτυχίας: 15-20% (Δαρδαβέσης, 2003).

### **Μέθοδος της θερμομέτρησης**

Μια πιο αποτελεσματική προσέγγιση της περιοδικής αποχής είναι η μέθοδος της θερμομέτρησης, διότι η πιο αξιόπιστη απόδειξη της ωοθυλακιορρηξίας λαμβάνεται με την καταγραφή της βασικής θερμοκρασίας του σώματος. Η σχέση ανάμεσα στη

θερμοκρασία και την ωοθυλακιορρηξία είναι γνωστή από το 1920. Η θερμοκρασία από τον κόλπο ή από το ορθό λαμβάνεται κατά την πρώιμη αφύπνιση, πριν από οποιαδήποτε φυσική δραστηριότητα. Αν και αρκετές φορές δεν γίνεται αντιληπτή παρατηρείται μικρή πτώση της θερμοκρασίας 24- 36 ώρες πριν από την ωοθυλακιορρηξία (Καλλιπολίτης, 1999). Στη συνέχεια, η θερμοκρασία ανεβαίνει απότομα κατά 0.3- 0.4°C και παραμένει στο επίπεδο αυτό για το υπόλοιπο διάστημα του κύκλου. Η τρίτη ημέρα μετά την άνοδο της θερμοκρασίας θεωρείται ως το τέλος της γόνιμης περιόδου. Για να εξασφαλιστεί η αξιοπιστία της μεθόδου, οι γυναίκες πρέπει να καταγράφουν την πραγματική βασική θερμοκρασία του σώματος π.χ. υποθερμία από άλλα αίτια (Καλλιπολίτης, 1999).

Ένα σημαντικός περιορισμός της μεθόδου αυτής είναι το γεγονός ότι η πρόβλεψη του χρόνου ωοθυλακιορρηξίας σε κάθε κύκλο γίνεται αναδρομικά, πράγμα που δυσχεραίνει την πρόβλεψη της έναρξης της γόνιμης περιόδου. Τα διαγράμματα καταγραφής της βασικής θερμοκρασίας του σώματος παρουσιάζουν μεγάλη ποικιλία μεταξύ γυναικών και μεταξύ κύκλων. Επομένως, η ερμηνεία των διαγραμμάτων αυτών απαιτεί ιδιαίτερη εξάσκηση. Ποσοστό Αποτυχίας: 0.8% (Παπουτσής, 2003)

### **Μέθοδος της τραχηλικής βλέννης**

Η μέθοδος της τραχηλικής βλέννης ή μέθοδος Billings βασίζεται στην παρατήρηση των τραχηλικών εκκρίσεων. Οι εκκρίσεις συλλέγονται από τον κόλπο ή από το αιδοίο και οι μεταβολές στα χαρακτηριστικά τους παρακολουθούνται περιοδικά. Οι μεταβολές της βλέννης αντανakλούν τα επίπεδα των οιστρογόνων, τα οποία μπορεί να χρησιμοποιηθούν για να εκτιμηθεί ο χρόνος ωοθυλακιορρηξίας (Καλλιπολίτης, 1999). Τα χαρακτηριστικά των εκκρίσεων διαφέρουν, αν συλλέγονται από τον τράχηλο ή από το αιδοίο. Εξετάζεται η ποσότητα, το χρώμα, η διαφάνεια, η ελαστικότητα και η γλοιότητα. Η ποσότητα εξαρτάται από τα επίπεδα των οιστρογόνων και ελαττώνεται κατά τη γαλουχία και με την πάροδο της ηλικίας (Καλλιπολίτης, 1999).

Γενικά, αρκετές ημέρες πριν και μετά την ωοθυλακιορρηξία η τραχηλική βλέννη είναι λεπτή και υδαρής, ενώ στο υπόλοιπο διάστημα του κύκλου είναι πυκνότερη και αδιαφανής (Καλλιπολίτης, 1999). Συστήνεται αποχή κατά τη διάρκεια της έμμηνου

ρύσης, διότι η γυναίκα δεν μπορεί να παρακολουθεί τις εκκρίσεις της. Μετά την έμμηνο ρύση μπορεί να υπάρξει μια περίοδος χωρίς πολλές εκκρίσεις, κατά τη διάρκεια της οποίας επιτρέπεται η σεξουαλική δραστηριότητα. Η αύξηση των οιστρογόνων κατά την παραγωγική φάση συνοδεύεται από την αύξηση ποσότητας της τραχηλικής βλέννης, η οποία χαρακτηρίζεται ως λεπτή και υδαρής (Καλλιπολίτης, 1999). Η τελευταία ημέρα, κατά την οποία παρατηρούνται τέτοιες εκκρίσεις ονομάζεται «η ημέρα των κορυφαίων συμπτωμάτων». Η αποχή είναι απαραίτητη κατά την περίοδο της αύξησης των οιστρογόνων και για μερικές μέρες μετά από αυτήν ή, κλινικά, από την ημέρα εμφάνισης των τραχηλικών εκκρίσεων μέχρι την τέταρτη ημέρα μετά την ημέρα των κορυφαίων συμπτωμάτων. Κατά το τελευταίο μέρος της ωχρινικής φάσης του κύκλου, η τραχηλική βλέννη είναι ελάχιστη και οι σεξουαλικές επαφές δεν θα οδηγήσουν σε εγκυμοσύνη (Καλλιπολίτης, 1999).

Η μέθοδος της τραχηλικής βλέννης απαιτεί την καθημερινή καταγραφή των συμπτωμάτων και σημείων. Υπάρχουν έτοιμα διαγράμματα με σύμβολα για τη διάκριση των διαφορετικών ευρημάτων της τραχηλικής βλέννης. Με σωστή καθοδήγηση και εξάσκηση η γυναίκα βελτιώνει την ικανότητά της να διακρίνει τις μεταβολές των εκκρίσεων και να παρακολουθεί την πορεία του εμμηνορρυσιακού της κύκλου. Ποσοστό Αποτυχίας: 3% (Καλλιπολίτης, 1999).

### **Συνδυασμένη μέθοδος**

Ο συνδυασμός των μεθόδων θερμομέτρησης και ημερολογίου χρησιμοποιεί στοιχεία και των δυο μεθόδων για τον ακριβέστερο υπολογισμό του χρόνου ωοθυλακιορρηξίας (Καλλιπολίτης, 1999). Αντίθετα, άλλα πρωτόκολλα συνδυάζουν τη θερμομέτρηση και την εκτίμηση της τραχηλικής βλέννης. Σύμφωνα με τον συνδυασμό αυτό, η αποχή πρέπει να εκτείνεται από την πρώτη μέρα των γόνιμων τραχηλικών εκκρίσεων μέχρι την τρίτη ημέρα από την αύξηση της θερμοκρασίας. Ο συνδυασμός θερμομέτρησης και τραχηλικής βλέννης θεωρείται από τους ασφαλέστερους και συστήνεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) και από τα διάφορα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού. Ποσοστό Αποτυχίας: 2- 3% (Καλλιπολίτης, 1999).

## **Μέθοδος της διακοπτόμενης συνουσίας**

Είναι από τις παλαιότερες αντισυλληπτικές μεθόδους και συνίσταται στην απόσυρση του πέους από τον κόλπο λίγο πριν από την εκσπερμάτωση. Μολονότι η χρήση της μεθόδου σε ιστορικές και μοντέρνες κοινωνίες ποικίλλει, είναι συχνές οι αναφορές σε εβραϊκά, χριστιανικά και ισλαμικά κείμενα. Ο Μωάμεθ ενέκρινε τη χρήση του a|-az| (διακοπτόμενη συνουσία) με τη σύμφωνη, όμως, γνώμη της γυναίκας (Παπουτσής 2003).

Με τη διακοπτόμενη συνουσία το σπέρμα δεν εναποτίθεται στο γυναικείο γεννητικό σωλήνα. Το μειονέκτημα της μεθόδου είναι η ανάγκη για πλήρη αυτοέλεγχο από τον άνδρα, προκειμένου η απόσυρση να γίνει πριν από την εκσπερμάτωση. Μολονότι τα ποσοστά αποτυχίας της μεθόδου αυτής είναι υψηλότερα από τις άλλες περισσότερες μεθόδους, υπάρχουν ακόμη ζευγάρια που τη χρησιμοποιούν. Η αποτυχία της μεθόδου μπορεί να οφείλεται στην έξοδο ποσότητας σπέρματος πριν από τον οργασμό ή στην εναπόθεση σπέρματος στα έξω γεννητικά όργανα της γυναίκας, κοντά στον κόλπο. Ποσοστό Αποτυχίας: 20- 30% (Παπουτσής, 2003).

## **Πλύσεις μετά την συνουσία**

Το νερό, το ξύδι, διάφορα προϊόντα γυναικείας υγιεινής, ακόμη και η κόκα κόλα, έχουν χρησιμοποιηθεί για πλύσεις μετά τη συνουσία. Θεωρητικά, οι πλύσεις ξεπλένουν το σπέρμα από τον κόλπο και οι διάφορες ουσίες μπορεί να έχουν σπερματοκτόνες ιδιότητες. Ωστόσο, το σπέρμα ανευρίσκεται στην τραχηλική βλέννη μέσα σε 90 δευτερόλεπτα από την εκσπερμάτωση. Επομένως η μέθοδος αυτή είναι αναξιόπιστη και αναποτελεσματική. Ποσοστό Αποτυχίας: 40% (Λιάπη, Μηλίγκος, 1993).

### **1.12.2 Πλεονεκτήματα- μειονεκτήματα της φυσικής αντισύλληψης**

**Τα πλεονεκτήματα της φυσικής αντισύλληψης είναι:**

- Μη χρήση χημικών ουσιών
- Μη χρήση μηχανικών μέσων (Δεν υπάρχουν παρενέργειες, Χαμηλό ή μηδενικό κόστος)

- Δεν υπάρχει εξάρτηση από επαγγελματίες υγείας μετά την εκμάθηση της μεθόδου
- Και τα δυο μέλη του ζευγαριού συμμετέχουν στην αντισυλληπτική προσπάθεια
- Είναι δυνατόν, χρησιμοποιώντας αντίστροφα τη γνώση, να επιδιώξουν κύηση (Stoppard, 2002).

#### **Τα μειονεκτήματα της μεθόδου είναι:**

- Υπάρχουν ζευγάρια που δεν μπορούν να πειθαρχήσουν στην αποχή
- Τα άτομα δεν προστατεύονται έναντι των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων
- Απαιτούνται αρκετοί «κύκλοι» μέχρις ότου εφαρμοσθεί η τεχνική σωστά
- Πρέπει και οι δυο να συμμετέχουν πάντοτε (Παπουτσής 2003, Μηλίγκος 1994).

#### **1.17.3 Μέθοδοι που βασίζονται σε μηχανικά μέσα**

Εδώ πρέπει να αναφέρουμε:

- τις μεθόδους φραγμού
- τη στείρωση
- τα ενδομήτρια σπειράματα (I.U.D.)

##### **► Μέθοδοι φραγμού**

- Ανδρικό προφυλακτικό (Χατζημπούγιας, 2002)
- Γυναικείο προφυλακτικό
- Κολπικό διάφραγμα
- Κολπικός σπόγγος
- Τραχηλικό κάλυμμα (Αραβαντινός κ.ά. 1993)

#### **Ανδρικό προφυλακτικό**

Η ιστορία του ξεκινά από τον Fallori και τον Casanova όπου περιέγραφαν τη χρήση κατασκευών, είτε από λεπτοϋφασμένο λινό, εμποτισμένο με λίπος, είτε κατασκευές από έντερο ζώων, οι οποίες παρείχαν προστασία κυρίως έναντι των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων (Berek 1998, Nieschlag και Behre 1997).

Στη σημερινή του μορφή είναι κατασκευασμένο από ελαστική ύλη και τοποθετείται στο πέος πριν τη σεξουαλική πράξη. Εμποδίζει το σπέρμα να εισχωρήσει στον κόλπο. Είναι ιατρικώς ασφαλές, χωρίς επιπλοκές, φθινό, διαθέσιμο χωρίς ιατρική συνταγή και αποτελεσματικό στην πρόληψη των αφροδίσιων νοσημάτων και του AIDS. Βασικά του μειονεκτήματα είναι ότι μπορεί να υποστεί θραύση, να προκαλέσει αλλεργίες ή να μειώσει τη σεξουαλική αίσθηση. Ποσοστό Αποτυχίας: 3-5% (Παπουτσής, 2003).

Τα στατιστικά δείχνουν ότι τα προφυλακτικά ευθύνονται για το 15% των ανεπιθύμητων κυήσεων. Άλλα βασικά μειονεκτήματά τους είναι:

1. Δεν αρέσουν στους άντρες γιατί μειώνουν την απόλαυση
2. Οι γυναίκες έρχονται σε δύσκολη θέση όταν οι άντρες αρνούνται την χρήση τους
3. Είναι πολύ ευαίσθητα στη θερμότητα κατά τη μεταφορά και την αποθήκευση
4. Πρέπει να χρησιμοποιούνται σε κάθε επαφή και οι φτωχές οικονομίες αδυνατούν να εξασφαλίσουν την ευρεία παροχή τους (Αρτεμάκης, 2006).

### **Γυναικείο προφυλακτικό**

Η ανάγκη για αντισύλληψη φραγμού, που να ελέγχεται από τη γυναίκα και ταυτόχρονα να υπάρχει προστασία από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, οδήγησε στην ανάπτυξη των γυναικείων προφυλακτικών τη δεκαετία του 1920.

Υπάρχει μια ποικιλία γυναικείων προφυλακτικών, των οποίων το μεγαλύτερο πρόβλημα είναι η αποδοχή από μέρους των γυναικών και η συνεχής και όχι ευκαιριακή χρήση τους. Αποτελούνται κυρίως από πολυουρεθάνη και είναι παχύτερα κατά 0.4% από ένα αντίστοιχο ανδρικό προφυλακτικό, που είναι φτιαγμένο από Latex (<http://health.in.gr/>, 2008).

Το γυναικείο προφυλακτικό είναι ένας μαλακός «σωλήνας», κλειστός στη μια άκρη και ανοικτός στην άλλη. Στις δυο άκρες υπάρχουν ειδικοί, εύκαμπτοι δακτύλιοι. Μετά την τοποθέτηση, ο εξωτερικός δακτύλιος μένει έξω από τον κόλπο, καλύπτοντας τα χείλη

του αιδοίου. Είναι ασφαλές, διαθέσιμο χωρίς ιατρική συνταγή, τοποθετείται πριν την ερωτική πράξη και είναι αποτελεσματικό στην προστασία των αφροδίσιων νοσημάτων. Βασικά του μειονεκτήματα είναι ότι μπορεί να προκαλέσει αλλεργίες ή να μην τοποθετηθεί σωστά. Ποσοστό Αποτυχίας: 3- 5% (Λιάπη και Μηλίγκος, 1993).

### **Κολπικό διάφραγμα**

Είναι εξάρτημα από μαλακό καουτσούκ που τοποθετείται στον κόλπο της γυναίκας. Δεν το αισθάνεται ούτε ο άνδρας, ούτε η γυναίκα. Φράζει τον τράχηλο και δεν αφήνει τα σπερματοζωάρια να εισχωρήσουν στη μήτρα.

Η συνεχής του χρήση δεν ενδείκνυται, καθότι έχουν αναφερθεί συχνά ουρολοιμώξεις και, εάν υπάρχουν τέτοιες υποτροπές, θα πρέπει αυτές οι γυναίκες να χρησιμοποιούν άλλες μεθόδους. Τελευταίως, έχουν αναπτυχθεί προϊόντα που συνδυάζουν το κολπικό διάφραγμα με το τραχηλικό κάλυμμα και σε συνδυασμό με σπερματοκτόνες ουσίες δίνουν πολύ καλά αποτελέσματα. Ποσοστό Αποτυχίας: 6-10% (Παπανικολάου, 1986).

### **Κολπικός σπόγγος**

Είναι φυσικός ή συνθετικός σπόγγος και χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με σπερματοκτόνες ουσίες. Ο σπόγγος υγραίνεται με νερό και τοποθετείται στον κόλπο πριν τη σεξουαλική πράξη. Δρα μέχρι 24 ώρες και μπορεί να παραμείνει τοποθετημένος για πάω από 6 ώρες μετά τη σεξουαλική πράξη (Παπανικολάου, 1986). Ο σπόγγος εκτός της αντισυλληπτικής προστασίας που προσφέρει, υπάρχουν ενδείξεις, ότι παρέχει προστασία από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και αυτό το γεγονός αυξάνει το ενδιαφέρον της μεθόδου αυτής. Ποσοστό Αποτυχίας: 10% (Παπαδημητρίου και Γαλάνης 1995, Παπανικολάου 1986).

### **Τραχηλικό κάλυμμα**

Είναι κάλυμμα από λάστιχο και χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με σπερματοκτόνες ουσίες. Το τραχηλικό κάλυμμα προσαρμόζεται πάνω στον τράχηλο και είναι μια αποτελεσματική επιλογή για τη γυναίκα που δεν μπορεί να χρησιμοποιήσει ορμονική αντισύλληψη.



Βασικό μειονέκτημα είναι η ύπαρξη δυσκολίας στον τρόπο τοποθέτησης. Η εισαγωγή και η εξαγωγή του τραχηλικού καλύμματος είναι δυσκολότερη από εκείνη του κολπικού διαφράγματος. Επίσης, μπορεί να προκληθεί αλλεργική αντίδραση και έντονη κολπική οσμή μετά από 3 ή 4 ημέρες. Ποσοστό Αποτυχίας: 6- 8% (Παπαδημητρίου και Γαλάνης, 1995).

### ► Στείρωση

Έχουμε τη στείρωση του άνδρα και τη στείρωση της γυναίκας.

#### - *Στείρωση του άνδρα*

Η στείρωση του άνδρα επιτυγχάνεται με απολίνωση των σπερματικών πόρων. Η απολίνωση είναι μια χειρουργική επέμβαση κατά την οποία κόβεται η οδός που οδηγεί τα σπερματοζωάρια από τους όρχεις, στο πέος. Μετά την επέμβαση και κατά τη σεξουαλική πράξη θα υπάρχει πάντοτε εκροή σπέρματος. Οι ελεύθερες σχέσεις επιτρέπονται τρεις μήνες μετά την επέμβαση και μετά από εξέταση σπέρματος, που να διαπιστώνει αζωοσπερμία ([www.cyfamplan.org](http://www.cyfamplan.org), Brumfield, Lins και Conner 1996).

Οι απώτερες επιπλοκές σχετίζονται με την απολίνωση των σπερματικών πόρων με κακοήθειες του ανδρικού γεννητικού συστήματος και κυρίως καρκίνου των όρχεων και του προστάτη. Επίσης, η απολίνωση του σπερματικού πόρου δημιουργεί, σε ποσοστό που φθάνει το 70%, αυτοευσθητοποίηση έναντι των αντιγόνων των σπερματοζωαρίων, ατροφία όρχεων και πιθανώς να συνδέεται με ανάπτυξη σπερματονεφρίτιδος και αρτηριοσκλήρωσης, δευτερογενώς, από ανάπτυξη αυτοάνοσων συμπλεγμάτων. Ποσοστό Αποτυχίας: κάτω από 0.15% (Παπαδημητρίου και Γαλάνης, 1995).

Η βασεκτομή τα τελευταία χρόνια έχει γίνει ακόμη πιο αποτελεσματική με την ευρέως διαδεδομένη μη-χειρουργική τεχνική (No-Scalpel Vasectomy). Η τεχνική NSV διαρκεί 10 με 15 λεπτά. Ο χειρουργός προσεγγίζει τους σπερματογωγούς μέσω μιας μικρής οπής στο όσχεο που σημαίνει ότι δεν απαιτούνται ράμματα. Επιπρόσθετα, οι γιατροί υποστηρίζουν ότι η καυτηρίαση των άκρων των σπερματογωγών αντί για το δέσιμο τους, κάνει την βασεκτομή πιο αξιόπιστη από ποτέ (Αρτεμάκης, 2006).

Πρόσφατα ο αμερικανικός οργανισμός τροφίμων και φαρμάκων ενέκρινε ένα κλιπ σε μέγεθος ρυζιού και σχήμα πόρπης που προσαρμόζεται στους σπερματογωγούς και μπλοκάρει τους αγωγούς. Η χρήση του κλιπ ωστόσο δεν έχει ακόμα αξιολογηθεί για την αποτελεσματικότητα της σε σχέση με τις συνήθεις μεθόδους.

Ωστόσο η βασεκτομή έχει και σημαντικά **μειονεκτήματα**. Η **αναστροφή της επέμβασης** δεν είναι κάτι στο οποίο μπορεί να βασιστεί κάποιος. Τα στατιστικά δείχνουν ποσοστά επιτυχημένων κυήσεων περίπου 30% για άντρες που έχουν κάνει **αντιστροφή**, και είναι ακόμα πιο χαμηλή για άντρες που έχουν κάνει την επέμβαση πριν πολλά χρόνια. Έτσι δεν ενδείκνυται για νεαρούς άντρες που δεν έχουν ολοκληρώσει την τεκνοποίησή τους και δεν έχουν αποφασίσει για μόνιμη στειροποίηση.

Η αποτελεσματικότητα της εναντίον της μετάδοσης αφροδίσιων νοσημάτων είναι μηδαμινή. Σε συνδυασμό με τα παραπάνω, φαίνεται ότι απευθύνεται σε ένα πολύ μικρό ποσοστό μορφωμένων, ενημερωμένων και κατασταλαγμένων ανθρώπων που έχουν αποφασίσει ότι πραγματικά δεν θέλουν παιδιά και ξέρουν να προστατεύουν τον εαυτό τους από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Για άντρες σε αναπτυσσόμενες χώρες, είναι δύσκολο να δοθεί προτεραιότητα στην βασεκτομή όταν τα συστήματα υγείας των χωρών αυτών μαστίζονται από το AIDS (Αρτεμάκης, 2006).

#### - *Στείρωση της γυναίκας*

Η στειροποίηση της γυναίκας μέσω της απολίνωσης των ωαγωγών, μια διαδικασία κατά την οποία το ωάριο εμποδίζεται να φτάσει στη μήτρα, γίνεται: -είτε με λαπαροτομία -είτε με λαπαροσκόπηση Σήμερα οι παλαιότερες μεθοδολογίες στείρωσης των γυναικών που απαιτούσαν γενική αναισθησία και λαπαροτομία έχουν σχεδόν εγκαταλειφθεί. Η σύγχρονη προσέγγιση γίνεται μέσω της λαπαροσκοπήσεως. Η στείρωση είναι μόνιμη και συνεπώς πρέπει να γίνεται όταν το ζευγάρι δεν θέλει άλλα παιδιά (Berek, 1998).

#### 1.17.4 Ορμονική αντισύλληψη

Η ορμονική αντισύλληψη περιλαμβάνει:

- τα αντισυλληπτικά χάπια
- τα ορμονικά αντισυλληπτικά μακράς δράσεως και
- την επείγουσα αντισύλληψη ([www.femme.gr](http://www.femme.gr) και [http://www.iatrikionline.gr/EL\\_M\\_2\\_2004/2.htm](http://www.iatrikionline.gr/EL_M_2_2004/2.htm))

**Αντισυλληπτικά δισκία** υπάρχουν τα εξής:

- Συνδυασμένο χάπι
- Χάπι προγεστερόνης

Ποσοστό Αποτυχίας: 0.1- 0.4% (Κρεατσάς, 1998)

#### **Συνδυασμένο χάπι**

Περιέχει οιστρογόνο και συνθετικές ορμόνες, οι οποίες έχουν παρόμοια επίδραση με τη φυσική προγεστερόνη. Λαμβάνεται ένα χάπι κάθε μέρα για 20 ή 21 ημέρες. Η διαδικασία ξαναρχίζει μετά από διακοπή 7 ημερών ([www.femme.gr](http://www.femme.gr), 02-08).

#### **Πλεονεκτήματα**

- Ρυθμίζει την απώλεια εμμήνων
- Μειώνει το nittelschmerz (η γερμανική λογοτεχνική απόδοση για τον «ήπιο πόνο»- τον πόνο κατά την ωορρηξία)
- Ελαττώνει την ροή των εμμήνων
- Ελαττώνει τη συχνότητα εμφάνισης καλοθών κύστεων του μαστού, ενδομητρίωσης, εξωσωματικής εγκυμοσύνης, καρκίνου του ενδομητρίου και των ωοθηκών, θυρεοειδή, πεπτικών ελκών και ακμής (Παπαδημητρίου και Γαλάνης, 1995).

#### **Μειονεκτήματα**

- Αύξηση βάρους
- Κατακράτηση υγρών
- Υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης ενδιάμεσων αιμορραγιών και ναυτίας

- Προβλήματα στους φακούς επαφής
- Αύξηση κολπικών εκκρίσεων (Παπουτσής 2003)
- Αύξηση της συχνότητας εμφάνισης ημικρανιών και πονοκεφάλων, θρομβοφλεβίτιδας (θρομβοεμβολή), υψηλής πίεσης αίματος, ίκτερου και μολύνσεων της ουροποιητικής οδού
- Παρεμπόδιση της επανόδου στη γονιμότητα (Χανδακάς 2008 και [www.femme.gr](http://www.femme.gr), 2002-2008).

### **1.17.5 Η επιστημονική έρευνα στην ανδρική αντισύλληψη στο μέλλον**

Η επιστημονική έρευνα στην ανδρική αντισύλληψη προσανατολίζεται σε τέσσερις κατευθύνσεις:

#### **1. Ορμονικές αγωγές, στις ίδιες γραμμές με το γυναικείο χάπι**

Οι ορμόνες όμως θα χορηγούνται με τη μορφή εμφυτευμάτων ή ενέσεων. Οι δυσκολίες ανάπτυξης ορμονικών μεθόδων είναι ποικίλες. Δεν είναι εύκολο να σταματήσεις το σπέρμα στην πηγή του με αρκετή ακρίβεια και χωρίς παρενέργειες. Είναι πολύ απαιτητικό να γνωρίζεις ποιος συνδυασμός ορμονών, σε ποιες δόσεις και με ποιο σύστημα μεταφοράς θα τις χορηγήσεις. Οι παρενέργειες (ισχύει και στα υπάρχοντα γυναικεία χάπια) είναι αναρίθμητες και ο μηχανισμός δράσης των ορμονών δεν είναι πλήρως κατανοητός. Ωστόσο επειδή ο κλάδος είναι ιδιαίτερα ελκυστικός επιστημονικά και εξαιρετικά προσοδοφόρος, οι έρευνες είναι ιδιαίτερα εντατικές.

#### **2. Μη ορμονικές αγωγές με τη χρήση συστατικών όπως η νιφεδιπίνη και το ενεργό συστατικό του *Tripterygium wilfordii***

Η νιφεδιπίνη είναι ένα συστατικό δραστικό κατά της υπέρτασης που λαμβάνεται από το στόμα και επιδρά σε ολόκληρο τον οργανισμό. Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε αγωγή παρουσιάζουν μειωμένη γονιμότητα αλλά δεν είναι γνωστό αν προκαλείται από την ίδια την ουσία ή πρόκειται για επιπλοκές υγείας που έχουν οι υπερτασικοί. Το χάπι της νιφεδιπίνης κυκλοφορεί στο εμπόριο εδώ και είκοσι χρόνια χωρίς ακόμα να

χρησιμοποιείται για αντισύλληψη. Διάφορες έρευνες γίνονται πάνω στο δραστικό συστατικό του κινεζικού βοτάνου *Tripterygium wilfordii* ή *lei gong teng*. Το βότανο χρησιμοποιείται στην Κίνα εδώ και χιλιετίες για τη θεραπεία σχεδόν όλων των ασθενειών, από τη ρευματοειδή αρθρίτιδα στο ερυθηματώδη λύκο. Μια από της γνωστές παρενέργειες του είναι η πρόκληση στειρότητας. Από τα διάφορα παρασκευάσματα που προς το παρόν έχουν δοκιμαστεί τα πιο ενθαρρυντικά αποτελέσματα έχει δώσει η τριπτολίδη.

### **3. Παραλλαγές της βασεκτομής και ιδιαίτερα της μη-χειρουργικής μεθόδου.**

Ήδη στο τελικό στάδιο κλινικών δοκιμών, βρίσκεται η μέθοδος RISUG όπου αντί για τομή ή καυτηρίαση των σπερματογωγών γίνεται έγχυση ενός υλικού το οποίο τους περιβάλλει. Όταν το υλικό αυτό πολυμεριστεί συσφίγγει τους αγωγούς εμποδίζοντας την αγωγή των σπερματοζωαρίων. Όταν τελειοποιηθεί η μέθοδος, θα είναι πλήρως αναστρέψιμη αφού το συγκεκριμένο υλικό θα μπορεί να εκλυθεί με κοινά φαρμακευτικά διαλύματα.

### **4. Θερμικές αγωγές**

Η δηλητηριώδης επίδραση της θερμότητας στην ανδρική γονιμότητα είναι γνωστή από τον 5ο αιώνα προ Χριστού και τον Ιπποκράτη. Δεν είναι ιδιαίτερα κατανοητή αλλά γνωρίζουμε ότι άτομα με κρυπορχιδία είναι λιγότερο γόνιμα εξαιτίας της θέρμανσης του σπέρματος. Πάνω σε αυτή την αρχή κινούνται διάφορες ερευνητικές προσπάθειες για την ανάπτυξη μεθόδων τεχνητής κρυπορχιδίας. Προς το παρόν, έχουν γίνει μελέτες με θερμά λουτρά, υπέρηχους, ακόμα και στηρικτικά εσώρουχα για την παραγωγή της θερμότητας που απαιτείται. Ωστόσο, καμία μέθοδος δεν έχει ακόμα τελειοποιηθεί.

Ευτυχώς, διάφορες άλλες μέθοδοι ανδρικής αντισύλληψης βρίσκονται σε πειραματικό στάδιο και αντιπροσωπεύουν ελκυστικές επιλογές. Οι μέθοδοι αυτές έχουν τύχει σποραδικής προσοχής από τη ερευνητική κοινότητα και επειδή δεν είναι πάρα πολύ γνωστές πολλοί υποθέτουν ότι υποστηρίζονται από περιορισμένα δεδομένα. Ωστόσο η ανάπτυξη τους είναι μέσα στις δυνατότητες της επιστήμης και της κοινωνίας αν και οι τεχνολογικές προκλήσεις είναι σύνθετες. Δεν χρειάζεται κάποια τεχνολογική

επανάσταση απλώς περισσότερη αφοσίωση και πόροι για να τελειοποιηθούν (Αρτεμάκης, 2006).

#### 1.17.6 “Μύθοι” και “πραγματικότητες” των αντισυλληπτικών χαπιών

“Μύθοι” ταλαιπωρούν τις σημερινές γυναίκες που φοβούνται τα αντισυλληπτικά χάπια και υφίστανται μια έκτρωση αφού δεν γίνεται αλλιώς.

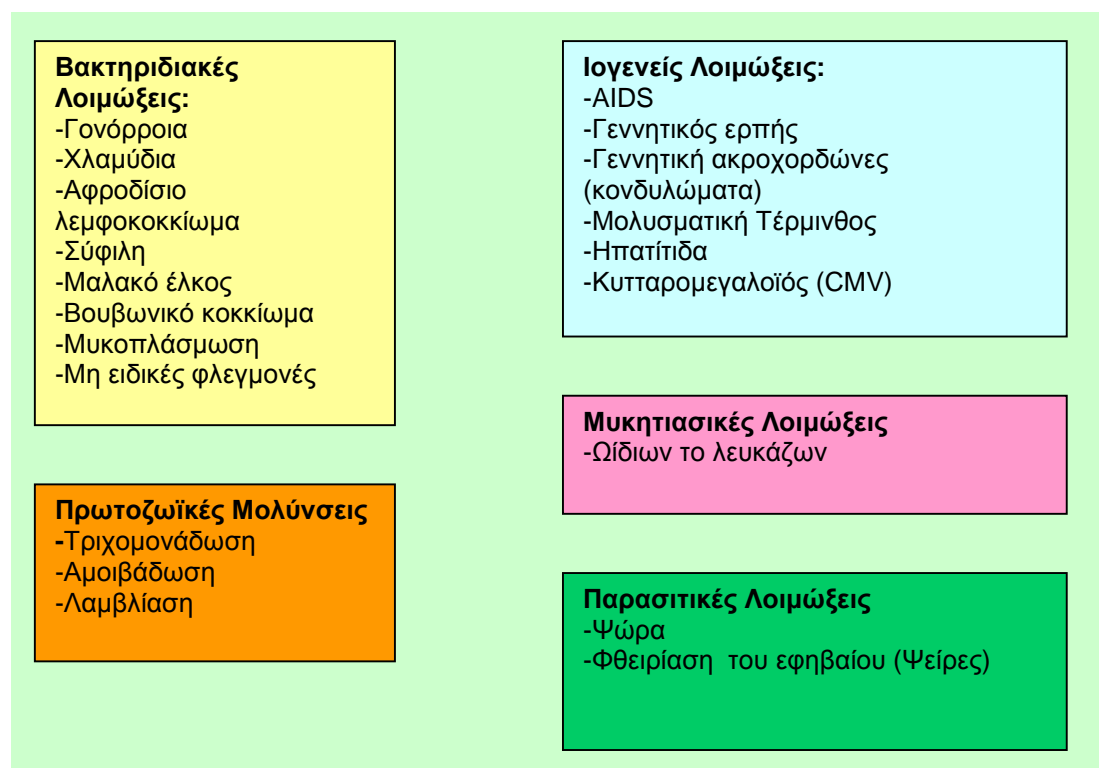
1. **Τα αντισυλληπτικά αυξάνουν το βάρος:** Αυτό ίσχυε πράγματι με τα πρώτα χάπια που περιείχαν μεγάλες ποσότητες οιστρογόνων. Τα σημερινά χάπια μπορεί να προκαλέσουν μόνο μια παροδική κατακράτηση υγρών που μεταφράζεται σε 1-2 κιλά (<http://www.cyfamplan.org>). Είναι αλήθεια όμως ότι η δίαιτα αδυνατίσματος δεν αποδίδει τόσο στις γυναίκες που παίρνουν αντισυλληπτικά χάπια.
2. **Τα αντισυλληπτικά προκαλούν καρκίνο:** Το θέμα αυτό έχει πλέον ξεκαθαριστεί οριστικά. Γυναίκες με χρήση αντισυλληπτικών χαπιών παθαίνουν λιγότερο συχνά καρκίνο των ωοθηκών και καρκίνο του ενδομητρίου (<http://www.cyfamplan.org>). Τα χάπια δεν σχετίζονται με τον καρκίνο του τραχήλου, ενώ δεν έχει αποδειχθεί ότι προκαλούν καρκίνο του μαστού.
3. **Τα αντισυλληπτικά προκαλούν στειρότητα:** Ουδέν αναληθέστερον. Μόλις μια γυναίκα σταματήσει τη λήψη του χαπιού, οι ωοθήκες της επαναλειτουργούν κανονικά ([www.femme.gr](http://www.femme.gr), 2002-2008)
4. **Δεν πρέπει να παίρνουν αντισυλληπτικά οι νέες κοπέλες:** Οι έρευνες και οι προσπάθειες για τη βελτίωση των αντισυλληπτικών χαπιών, έγιναν για να προστατεύουν τις νέες κοπέλες, που στο τέλος έχουν και λιγότερους από τους λεγόμενους επιβαρυντικούς παράγοντες, όπως παχυσαρκία, κισοί, σακχαρώδης διαβήτης κ.λπ. (<http://www.cyfamplan.org>). Αυτό δεν σημαίνει βέβαια ότι και οι μεγαλύτερες γυναίκες δεν μπορούν να χρησιμοποιούν αυτή τη μέθοδο αντισύλληψης.

5. **Τα αντισυλληπτικά προκαλούν κατάθλιψη:** Είναι μια σπάνια ανεπιθύμητη ενέργεια, που συμβαίνει κυρίως σε γυναίκες που έχουν προδιάθεση στην κατάθλιψη (Χανδακάς, 2008).

Στην Ελλάδα κάνουν χρήση του χαπιού μόνο το 2.4% των γυναικών αντίστοιχης ηλικίας με μείωση -14.3% σε σχέση με το 1998. Στη χώρα μας έχουμε σταθερά 100.000 εκτρώσεις το χρόνο με μόνο 1.4 παιδιά να γεννιούνται από κάθε Ελληνίδα (Παπανικολάου 1986 και <http://www.cyfamplan.org>).

### 1.18 Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (ΣΜΝ)

Σήμερα παρατηρείται μια σαφής έξαρση και ευρεία διάδοση των Σ.Μ.Ν. Οι παράγοντες που έχουν επηρεάσει τη διάγνωση και τη θεραπεία τους είναι η ανερχόμενη συχνότητα, η επικράτηση των αιτιολογικών μικροοργανισμών και η παρουσία πολλαπλών μολύνσεων. Τα Σ.Μ.Ν. ταξινομούνται ως εξής (Κουρούνης, 2004):



Η εφαρμογή του προφυλακτικού εμβολίου (για την ώρα κυκλοφορούν δύο) για τη λοίμωξη από τους ιούς των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV) παίζει ουσιαστικό ρόλο στην πρωτογενή πρόληψη κατά του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Παρ' όλα αυτά, γυναίκες που εμβολιάστηκαν με το τετραδύναμο εμβόλιο και για τους 4 τύπους του ιού HPV (16 και 18), οι οποίοι ευθύνονται για το 70% των περιπτώσεων του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, συνεχίζουν να διατρέχουν τον κίνδυνο επιμόλυνσης από άλλους υψηλού κινδύνου τύπους. Έτσι, ο έλεγχος με τεστ Παπανικολάου δεν πρέπει να σταματά μετά τον εμβολιασμό, αλλά να θεωρείται επιτακτικός.

Επιπρόσθετα, η προώθηση συγκεκριμένων σεξουαλικών συμπεριφορών (όπως αποχή, αμοιβαία μονογαμική σχέση και χρήση προφυλακτικού) ίσως αποδειχθεί αποτελεσματική για τον περιορισμό της περαιτέρω μετάδοσης του ιού HPV και της σχετιζόμενης με αυτόν θνητότητας. Η αποχή και η αμοιβαία τηρούμενη μονογαμία στα ζευγάρια αποδεδειγμένα μειώνουν τον κίνδυνο της HPV λοίμωξης.

Η χρήση προφυλακτικού έχει αποδειχθεί ότι σε μεγάλο βαθμό μειώνει τον κίνδυνο μετάδοσης του ιού HIV (AIDS), όμως η έκταση της προστασίας που παρέχει ενάντια σε άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα παραμένει ασαφής. Υπάρχει, όμως, ισχυρή ένδειξη ότι το προφυλακτικό προστατεύει κάποιες γυναίκες από την ανάπτυξη καρκίνου του τραχήλου της μήτρας (Κάλφα, 2008).

## **Προστασία**

Πρόσφατη έρευνα στην Ολλανδία έδειξε ότι η χρήση προφυλακτικού σχετίζεται με αυξημένα ποσοστά βελτίωσης βλαβών που σχετίζονται με HPV, δηλαδή ενδοεπιθηλιακής αλλοίωσης (CIN) στις γυναίκες και επιπέδων βλαβών στο γεννητικό όργανο των ανδρών. Οι συγγραφείς της έρευνας υπέθεσαν ότι η χρήση του προφυλακτικού μείωνε την πιθανότητα αναμόλυνσης των συντρόφων και περιόριζε έτσι τη διάρκεια της μόλυνσης.

Άλλες έρευνες στις Ηνωμένες Πολιτείες, στις οποίες έλαβαν μέρος φοιτήτριες πανεπιστημίου, λίγο πριν ή κατά την έναρξη της σεξουαλικής τους δραστηριότητας, που παρακολουθούνταν με HPV τεστ ανά τετράμηνο, έδειξαν ότι εκείνες των οποίων



οι σεξουαλικοί σύντροφοι χρησιμοποιούσαν προφυλακτικό σε όλες τις σεξουαλικές επαφές και για 8 μήνες πριν από τον έλεγχο με HPV τεστ είχαν 70% λιγότερες πιθανότητες να αποκτήσουν HPV λοίμωξη από αυτές που οι σύντροφοί τους χρησιμοποιούσαν προφυλακτικό σε λιγότερο από το 5% του αντίστοιχου χρόνου.

Οι μελέτες δείχνουν ότι η χρήση του προφυλακτικού μπορεί να παίξει σημαντικό ρόλο στη μείωση της συχνότητας της μετάδοσης των HPV λοιμώξεων. Παρ' όλα αυτά, ακόμη και με συνεχή χρήση προφυλακτικού, η μετάδοση των λοιμώξεων που οφείλονται σε HPV ιούς είναι δυνατόν να συμβεί με μόνη την άμεση επαφή ακάλυπτων επιφανειών του δέρματος των γεννητικών οργάνων, χωρίς απαραίτητα να προηγείται ή να απαιτείται διείσδυση. Συνεπώς, η εξασφάλιση ασφαλών σεξουαλικών επαφών, ο εμβολιασμός και ο τακτικός έλεγχος με τεστ Παπανικολάου συνθέτουν τη στρατηγική προσέγγισης για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας (Κάλφα, 2008).

## **1.19 Υπογονιμότητα**

Υπογονιμότητα ονομάζεται η αδυναμία ενός ζευγαριού για γονιμοποίηση, μετά την πάροδο ενός έτους τουλάχιστον κατά την διάρκεια του οποίου υπήρχαν φυσιολογικές σεξουαλικές σχέσεις. Διακρίνεται σε πρωτοπαθή και δευτεροπαθή. Στη πρώτη δεν υπάρχει καμία εγκυμοσύνη στο αναμνηστικό των δύο μελών, ενώ στη δεύτερη έχουν προηγηθεί μια ή περισσότερες κυήσεις. Συνηθίζεται επίσης να ονομάζεται στειρώση, όταν το αίτιο είναι απόλυτο και απλώς υπογονιμότητα όταν το αίτιο δεν αποκλείει, αλλά απλώς δυσχεραίνει τη γονιμότητα (Μηλίγκος, 1994).

### **1.19.1 Αίτια υπογονιμότητας**

Η υπογονιμότητα ενός ζευγαριού μπορεί να οφείλεται στους παρακάτω λόγους:

- ✓ Διαταραχές της ωθηλακιορρηξίας (15- 20%)
- ✓ Διαταραχές από τον τράχηλο (10%)
- ✓ Διαταραχές από τις σάλπιγγες και τη σχέση τους με τις ωθήκες (25-30%)
- ✓ Διαταραχές από τη μήτρα

- ✓ Διαταραχές από τον κόλπο
- ✓ Αυξημένη ηλικία της γυναίκας
- ✓ Διαταραχές από τον άντρα (30-50%)
- ✓ Παράγοντες που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής (Αθανασιάδου και Λαμπράκη, 2007).

### **1.19.2 Ενέργειες της προσωπικής φροντίδας για αύξηση της γονιμότητας**

Προκειμένου να αυξηθεί η γονιμότητα στο ζευγάρι θα πρέπει να αποφεύγονται τα λιπαντικά κόλπου πετρελαϊκής βάσης και πλύσεων μετά τη συνουσία, οι οποίες θα μπορούσαν να αλλάξουν το κολπικό pH. Καλό είναι να γίνεται χρήση της υπέρτερης στάσης του άντρα κατά τη συνουσία. Μετά την ερωτική πράξη η γυναίκα πρέπει να ανυψώσει του γοφούς και να μείνει ξαπλωμένη για μία ώρα ώστε να βοηθηθεί η κατακράτηση σπέρματος. Επίσης η συνουσία να γίνεται 1-3 φορές εβδομαδιαίως σε διαστήματα τουλάχιστον 48 ωρών για να μεγιστοποιηθεί η δυνατότητα γονιμότητας. Τέλος, για την αύξηση της παραγωγής, της ποιότητας και της κινητικότητας των σπερματοζωαρίων ο άνδρας θα πρέπει να έχει επαρκή διατροφή, να μειώσει το άγχος, να φοράει άνετα εσώρουχα να αποφεύγει το ζεστό μπάνιο και τα αναπαραγωγικά χάπια (Pappas και άλλοι, 1999).

### **1.19.3 Υποβοηθούμενη αναπαραγωγή**

Με αυτόν τον όρο εννοούμε γενικότερα την αναπαραγωγή στην οποία εμπλέκεται ο γυναικολόγος. Ένα μέρος αυτής της διαδικασίας είναι και η εξωσωματική γονιμοποίηση, αλλά, όπως ήδη είπαμε, δυσκολία φυσιολογικής σύλληψης δεν σημαίνει απαραίτητα εξωσωματική γονιμοποίηση. Άλλωστε, η δυνατότητα που η φύση δίνει σε κάθε ζευγάρι να πετύχει εγκυμοσύνη κάθε μήνα είναι σχετικά μικρή. Όταν η γυναίκα είναι μέχρι 35 ετών, κάθε μήνα που έρχεται σε σεξουαλική επαφή με τον σύντροφο της έχει πιθανότητες να μείνει έγκυος σε ποσοστό μέχρι και 30% (Μηλίγκος και Αραβαντινός, 1985). Μετά τα 35 χρόνια όμως -αν και δεν έχει υπολογιστεί ακριβώς πόσο- οι πιθανότητες αυτές μειώνονται κατά πολύ (Ένθετο Υγεία, 2004). Ο βασικός έλεγχος που συνίσταται στο ζευγάρι είναι:

σπερμοδιάγραμμα, έλεγχος ωορρηξίας, διακολλικό υπερηχογράφημα, υστεροσαλπιγγογραφία, υστεροσκόπηση, ορμονικές εξετάσεις και λαπαροσκόπηση.

#### **1.19.4 Τεχνικές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής**

Ως τεχνικές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής ορίζεται οποιαδήποτε μέθοδος περιλαμβάνει χειρισμούς ή παρεμβάσεις στους γαμέτες ώστε να επιτευχθεί εγκυμοσύνη. Οι τεχνικές που κυρίως χρησιμοποιούνται είναι οι εξής:

- ✓ Εξωσωματική γονιμοποίηση
- ✓ Ενδοσαλπιγγική μεταφορά γαμετών
- ✓ Μικρογονιμοποίηση
- ✓ Ενδομητρική σπερματέγχυση
- ✓ Δωρεά σπέρματος
- ✓ Δωρεά ωοκυττάρων (Αθανασιάδου και Λαμπράκη, 2007)

#### **1.19.5 Ψυχολογική παρέμβαση**

Σήμερα οι ψυχολογικές μέθοδοι είναι χρήσιμες για να βοηθήσουν τα ζευγάρια να διευκολύνουν την ρύθμιση των ψυχολογικών προβλημάτων. Τα μέλη των ζευγαριών που αντιμετωπίζουν το πρόβλημα της υπογονιμότητας είναι κατά κανόνα φυσιολογικά από ψυχιατρικής άποψης και μπορούν συνήθως να ανταπεξέλθουν στο στρες της υπογονιμότητας. Όπως αναφέρουν μελέτες γενικά δεν διαπιστώνονται υψηλά επίπεδα στρες στα άτομα με υπογονιμότητα. Ερευνητές βρήκαν ότι το 50% των ζευγαριών που περιμένουν για εξωσωματική γονιμοποίηση ζήτησαν ψυχολογική συμβουλευτική υποστήριξη (Κρεατσάς, 1989).

Στο παρελθόν, η θεραπεία στηριζόταν στην πεποίθηση ότι οι ψυχολογικοί παράγοντες εμπόδιζαν τη γονιμοποίηση. Κατά τη θεραπεία οι θεραπευτικές μέθοδοι προσπαθούσαν να αυξήσουν τις ευκαιρίες για σύλληψη. Με την βελτίωση των διαγνωστικών μεθόδων έγινε σαφές ότι ο αριθμός των περιπτώσεων που δεν ανευρίσκεται οργανική αιτία, είναι μικρός. Έτσι, σήμερα, οι ψυχολογικές μέθοδοι είναι

χρήσιμες για να βοηθήσουν τα ζευγάρια με υπογονιμότητα να χειριστούν το στρες, να τονώσουν τη συναισθηματική τους διάθεση και να διευκολύνουν τη ρύθμιση των ψυχολογικών προβλημάτων που ανακύπτουν από την υπογονιμότητα ([http://www.iatrikionline.gr/ELL\\_M\\_3\\_2008/01.pdf](http://www.iatrikionline.gr/ELL_M_3_2008/01.pdf)).

## **1.20 Προγεννητικός έλεγχος**

Ο οικογενειακός προγραμματισμός είναι μία υπόθεση, που αφορά όλες τις επιστήμες υγείας και προσπαθεί να αντιμετωπίσει ψυχικά και κοινωνικοοικονομικά προβλήματα. Αυτό σημαίνει μια νέα τοποθέτηση της εγκύου και του παιδιού στο στενό και ευρύτερο περιβάλλον (οικία, σχολείο, εργασία δημοσιότητα) (Τοκμακίδης, 2000).

### **1.20.1 Μέθοδοι προγεννητικού ελέγχου**

Οι τεχνικές προγεννητικής διάγνωσης που χρησιμοποιούνται για τη διάγνωση των συγγενών ανωμαλιών, των κληρονομικών νοσημάτων και των άλλων χρωμοσωματικών ανωμαλιών είναι ακριβής και αξιόπιστες.

Οι πλέον συχνές τεχνικές που χρησιμοποιούνται για προγεννητική διάγνωση είναι:

- ✓ Η υπερηχογραφική απεικόνιση του εμβρύου και του ενδομητρίου περιβάλλοντος του
- ✓ Οι υπερηχογραφικά κατευθυνόμενες επεμβάσεις για τη λήψη και ανάλυση διαφόρων εμβρυϊκών ιστών (Μιχαλάς 2000 και Παρασκευόπουλος 2006).

### **1.20.2 Τεχνικές προγεννητικής διάγνωσης**

- ✓ Αμνιοκέντηση
- ✓ Λήψη τροφοβλαστικού ιστού
- ✓ Λήψη εμβρυϊκού αίματος (Brumfield και Coner, 1996).

Έρευνες έχουν γίνει αρκετές στην Ελλάδα σχετικά με την αντισύλληψη, όπως δείχνει η νοσηλευτική και ιατρική βιβλιογραφία. Πιο συγκεκριμένα, οι περισσότερες έρευνες έχουν εξετάσει τις απόψεις και την στάση των πολιτών σχετικά με τη σεξουαλική δραστηριότητα και τη χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων. Είναι ενδιαφέρον να αναφερθεί ότι οι περισσότερες έρευνες δείχνουν ελλιπή ενημέρωση των πολιτών στα παραπάνω θέματα.

### **Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν**

- Να διαπιστωθούν οι απόψεις των ατόμων σχετικά με την αντισύλληψη και πόσο ενημερωμένοι είναι για αυτήν.
- Να ερευνηθούν τα μέτρα προστασίας που παίρνουν οι πολίτες και αν είναι αποτελεσματικά.
- Να διαπιστωθεί με ποια κριτήρια επιλέγουν την αντισυλληπτική τους μέθοδο.
- Να προταθούν αλλαγές όπου και αν χρειάζεται.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### 2.1 Μεθοδολογία έρευνας

Ο συστηματικός και προγραμματισμένος τρόπος δράσης, προσέγγισης, εξέτασης, ανάλυσης και ερμηνείας προβλημάτων ή φαινομένων βάση συγκεκριμένων κανόνων προκειμένου να επιτευχθεί ένας εκ των προτέρων προκαθορισμένος στόχος είναι η μέθοδος που πρέπει να ακολουθείται σύμφωνα με τον Μαντζαράκη (2004) σε κάθε επιστημονική έρευνα.

Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε περιγραφική έρευνα με τη χρήση ερωτηματολογίου που κατασκευάστηκε στα πλαίσια μιας ποσοτικής έρευνας. Για να διαχειριστούμε μία συγκεκριμένη, αναλυτική και αποτελεσματική έρευνα αποφασίσαμε να επικεντρωθούμε σε δύο διαφορετικές πόλεις.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε τον Αύγουστο του 2008, σε δύο μεγάλες πόλεις της χώρας μας, στην Αθήνα και Πάτρα.

#### 2.1.1 Σχεδιασμός

Για το σχεδιασμό της έρευνας, αποφάσεις έπρεπε να ληφθούν σχετικά με τα θέματα που θα εξερευνούσαμε για τις γνώσεις και αντιλήψεις των πολιτών για την αντισύλληψη. Η βιβλιογραφική ανασκόπηση στο πρώτο κεφάλαιο, έδειξε ότι υπάρχουν ερευνητικά δεδομένα αλλά όχι αρκετά που να καλύπτουν το θέμα. Ως αποτέλεσμα, αποφασίστηκε να πραγματοποιηθεί η συγκεκριμένη έρευνα για να διαπιστώσουμε τις απόψεις των πολιτών σε μεγάλες πόλεις της χώρας μας.

Σύμφωνα με τους Μάντα και Ντάνο (1994) η περιγραφική έρευνα δίνει έμφαση στα ειδικά χαρακτηριστικά μιας δεδομένης κατάστασης και προσπαθεί να ανακαλύψει αλληλεξαρτήσεις μεταξύ των παραγόντων τους. Ο Παρασκευόπουλος επίσης (1985)

αναφέρει ότι μελετά τις τάσεις και τις κατευθύνσεις που αναπτύσσονται μέσα σε μια κοινωνική ομάδα και προσπαθεί να προβλέψει τις πιθανές συνέπειες ενός γεγονότος.

Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε όπως προαναφέρθηκε η ποσοτική μέθοδος. Τα δεδομένα συλλέχτηκαν με τη χρήση του ερωτηματολογίου, που κατασκευάστηκε από τους ερευνητές, με συνολικά 15 ερωτήσεις.

### **2.1.2 Διαδικασία**

Το δείγμα των συμμετεχόντων (n= 60) συλλέχτηκε με δειγματοληψία ευκολίας. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε Αθήνα και Πάτρα. Ανωνυμία, εμπιστευτικότητα και εθελοντική συμμετοχή περιλαμβάνονταν στα ερωτηματολόγια. Ο χρόνος συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων κυμαινόταν από 5 έως 10 λεπτά. Ερωτήσεις κατά τη διάρκεια συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου έγιναν από πολίτες οι οποίοι δεν γνώριζαν κάποιες από τις μεθόδους αντισύλληψης. Διευκρινίσεις δόθηκαν όπου χρειάστηκε.

### **2.1.3 Μέθοδος συλλογής δεδομένων**

Στη περιγραφική μας έρευνα, ποσοτική μέθοδος χρησιμοποιήθηκε διότι σύμφωνα με τους Burns και Grove (1987) είναι η ερευνητική μέθοδος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει, να εξετάσει σχέσεις και θεωρείται η πιο αποδεκτή μέθοδος για την ανάπτυξη της επιστήμης. Το πιο διαδεδομένο μέσο συλλογής πληροφοριών της ποσοτικής έρευνας είναι το ερωτηματολόγιο. Σύμφωνα με το Δημητρόπουλο (1994) το ερωτηματολόγιο συνθέτει έναν τρόπο γραπτής επικοινωνίας μεταξύ ερευνητή και υποκειμένου. Επιπροσθέτως, ένα ερωτηματολόγιο μπορεί να διανεμηθεί σε μεγάλο πληθυσμό και να αναλυθεί εύκολα (Cormack, 2000).

Σύμφωνα με τη Niewiadomy (1987) τα πλεονεκτήματα του ερωτηματολογίου είναι:

§ Τα ερωτηματολόγια είναι ένας γρήγορος και γενικά οικονομικός τρόπος που περιλαμβάνει μεγάλο αριθμό ανταποκριτών.

- § Τα ερωτηματολόγια είναι ένα εύκολο όργανο αναζήτησης για τον έλεγχο της αξιοπιστίας και εγκυρότητας.
- § Ελάχιστη ικανότητα χρειάζεται στην διαχείριση των ερωτηματολογίων.
- § Τα ερωτηματολόγια είναι λιγότερο χρονοβόρα από την συνέντευξη και την παρατήρηση.
- § Στοιχεία μπορούν να συμπεριληφθούν από διάσπαρτες γεωγραφικές περιοχές.
- § Παρέχουν την δυνατότητα πλήρους ανωνυμίας.
- § Εάν η ανωνυμία είναι εγγυημένη, η συμμετέχοντες δίνουν ειλικρινές απαντήσεις.
- § Οι συμμετέχοντες δεν πιέζονται να απαντήσουν ερωτήσεις, στις οποίες δεν είναι σε θέση σε αντίθεση με τις συνεντεύξεις.
- § Στοιχεία από κλειστού τύπου ερωτήσεις είναι σχετικά εύκολα να αναλυθούν.

Η Δημητριάδη (2000) αναφέρει μερικές από τις κυριότερες γενικές αρχές ανάπτυξης αποτελεσματικών ερωτηματολογίων:

- § Θα πρέπει να εδράζεται στους συγκεκριμένους στόχους της έρευνας.
- § Το λεξιλόγιο και συντακτική δομή των ερωτήσεων να είναι ανάλογα με το αντιληπτικό και μορφωτικό επίπεδο των ερωτώμενων.
- § Να αποφεύγονται οι σύνθετες ερωτήσεις.
- § Να αποφεύγεται η χρήση όρων που φορτίζουν /καθοδηγούν τον ερωτώμενο προς μια συγκεκριμένη κατεύθυνση.
- § Να αποφεύγονται οι πολλές αρνήσεις.
- § Να προσδιορίζεται με ακρίβεια και σαφήνεια η διατύπωση του περιεχομένου της ερώτησης.
- § Να χρησιμοποιούνται ερωτήσεις –κλειδιά για τον έλεγχο της αξιοπιστίας των απαντήσεων.

Τα ερωτηματολόγια όμως έχουν και μειονεκτήματα που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη, όπως τα περιγράφει η Nieswiadomw (1987) όπως:

- § Οι ερωτώμενοι μπορεί να θεωρούν απόρρητες κάποιες απαντήσεις.
- § Η ταχυδρόμηση των ερωτηματολογίων μπορεί να είναι δαπανηρή.



- § Η ανταπόκριση μπορεί να είναι χαμηλή.
- § Ο ερωτώμενος δεν έχει την δυνατότητα να του δοθούν διευκρινήσεις.
- § Τα ερωτηματολόγια δεν μπορούν να εξερευνήσουν ένα θέμα σε βάθος.
- § Το δείγμα μπορεί να μην είναι αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού.
- § Οι πληροφορίες από ανοιχτού τύπου ερωτήσεις είναι δύσκολο να αναλύουν
- § Δυσκολία συμπλήρωσης ερωτηματολογίου.
- § Έλλειψη επικοινωνίας μεταξύ ερευνητή και συμμετέχοντος στη έρευνα.

Στην παρούσα έρευνα, χρησιμοποιήθηκε το ίδιο ερωτηματολόγιο και στις δύο πόλεις. Πιο συγκεκριμένα, στο ερωτηματολόγιο έγιναν ερωτήσεις σχετικά με δημογραφικά στοιχεία όπως φύλλο, ηλικία, εκπαίδευση, κ.λπ. και ερωτήσεις σχετικά με τη χρήση μεθόδων αντισύλληψης, με τη γνώση για τη χρησιμότητάς τους, με τα κριτήρια επιλογής αντισυλληπτικών μεθόδων, με τη σεξουαλική εκπαίδευση. Οι περισσότερες ερωτήσεις ήταν κλειστού τύπου, διχοτομικές (ναι-όχι), ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής, ερωτήσεις αριθμητικής κλίμακας κ.λπ.

Επιπλέον, εξετάστηκε προσεχτικά ο βαθμός αξιοπιστίας και εγκυρότητας της έρευνας. Σύμφωνα με την Σαχίνη-Καρδάση (2004) αξιοπιστία, ορίζεται ως ο βαθμός στον οποίο ελαχιστοποιείται το σφάλμα μέτρησης, ενώ οι Polit και Hungler (1997) την ορίζουν ως ο λόγος μεταβλητότητας του πραγματικού βαθμού προς την μεταβλητότητα του παρατηρούμενου βαθμού. Τρία είναι τα χαρακτηριστικά αξιοπιστίας του οργάνου μέτρησης όταν οι ερευνητές συλλέγουν δεδομένα: η σταθερότητα, η εσωτερική συνοχή, και η ισοδυναμία. Στην έρευνα μας χρησιμοποιήσαμε μεταβλητές από τη βιβλιογραφία που μπορούν να προσδώσουν περισσότερη αξιοπιστία και εγκυρότητα των πορισμάτων.

Η εγκυρότητα αναφέρεται στην μαρτυρία ότι το όργανο μετρά πραγματικά ότι προτίθεται να μετρήσει. Η αξιοπιστία είναι απαραίτητη για την εγκυρότητα ενός οργάνου. Χρησιμοποιούνται τρεις τύποι εγκυρότητας: εγκυρότητα περιεχομένου, εγκυρότητα σχετιζόμενη με κριτήριο και δομική εγκυρότητα (Σαχίνη-Καρδάση, 2004). Στην παρούσα έρευνα για την εγκυρότητα περιεχομένου και δομική εγκυρότητα απευθυνθήκαμε στον επόπτη της εργασίας μας καθηγητή κ. Μπακάλη που πιστοποίησε ότι το περιεχόμενο, η δομή και η διατύπωση των ερωτήσεων ήταν

ικανοποιητική. Τα ερωτηματολόγια χρησιμοποιήθηκαν σε πιλοτική μορφή και έδειξαν ικανοποιητικό βαθμό αξιοπιστίας και εγκυρότητας.

#### **2.1.4 Δείγμα**

Η δειγματοληψία αποτελεί ένα ουσιαστικό βήμα της ερευνητικής διεργασίας, αφού η μέθοδος με την οποία αποτελείται είναι καθοριστική για το αν το δείγμα αντιπροσωπεύει το συνολικό πληθυσμό και αν ο ερευνητής θα είναι σε θέση να συμπεράνει ότι τα αποτελέσματα της μελέτης μπορούν να γενικευτούν σε όλο το πληθυσμό της. Αν και δεν υπάρχει μέθοδος που να εγγυάται πλήρως ότι ένα δείγμα είναι αντιπροσωπευτικό, η Σαχίνη- Καρδάση (2004) υποστηρίζει ότι ορισμένες διαδικασίες δειγματοληψίας είναι λιγότερο πιθανόν να δώσουν διαβλητά δείγματα από τις άλλες. Σύμφωνα με τους Brint και Wood (1989) η αντιπροσωπευτικότητα ενός δείγματος καθορίζεται κυρίως από δύο παράγοντες: α) το μέγεθος του δείγματος και β) τον τρόπο επιλογής του δείγματος.

Χρησιμοποιήθηκε δειγματοληψία ευκολίας λόγω της έλλειψης χρόνου και οικονομικών πόρων. Η δειγματοληψία ευκολίας ή περιστασιακή δειγματοληψία επιτρέπει τη χρησιμοποίηση οποιασδήποτε διαθέσιμης ομάδας μελών ή στοιχείων του πληθυσμού της έρευνας (Σαχίνη–Καρδάση, 2004). Σύμφωνα με τον Bowling (1997) η δειγματοληψία ευκολίας απαιτεί την χρήση του πιο βιολογικού δείγματος από τον πληθυσμό. Όμως οι Polit και Hungler (1997) αναφέρουν ότι το πρόβλημα στην δειγματοληψία ευκολίας είναι ότι το διαθέσιμο δείγμα μπορεί να μην είναι αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού σε ότι έχει σχέση με τις μεταβλητές που εξετάζονται.

Το μέγεθος του δείγματος πρέπει να καθορίζεται πριν ξεκινήσει η έρευνα. Γενικά, και όταν το επιτρέπουν οι οικονομικοί πόροι τα μεγάλα δείγματα προτιμούνται από τα μικρότερα. Σύμφωνα με τον Sirkin (1995) όσο μεγαλύτερο είναι το δείγμα τόσο περισσότερο αξιόπιστα είναι τα συμπεράσματα που εξάγονται, είναι πιο αντιπροσωπευτικά του πληθυσμού, έχουν λιγότερα δειγματολογικά λάθη και παρέχουν καλύτερη στατιστική ανάλυση.

Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος “rule of thumb” που απαιτεί περισσότερους συμμετέχοντες από ότι μεταβλητές. Η έρευνα είχε 15 μεταβλητές και έτσι χρειαζόμασταν τουλάχιστον 15 άτομα. Για στατιστικούς λόγους αποφασίστηκε να αυξηθεί το δείγμα. Τελικά, το δείγμα μας αποτέλεσαν 60 άτομα για να ενισχυθεί όσο το δυνατόν περισσότερο η αξιοπιστία των πορισμάτων του.

### **2.1.5 Στατιστική ανάλυση**

Τα αποτελέσματα της έρευνας αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 12.0. Επιλέξαμε στάθμη αξιοπιστίας σε βαθμό  $p < 0,05$  για το συσχετισμό και τις διαφορές στην ανάλυση των δεδομένων. Σύμφωνα με τον Δημητρόπουλο (1994) η χρήση της περιγραφικής στατιστικής πετυχαίνει:

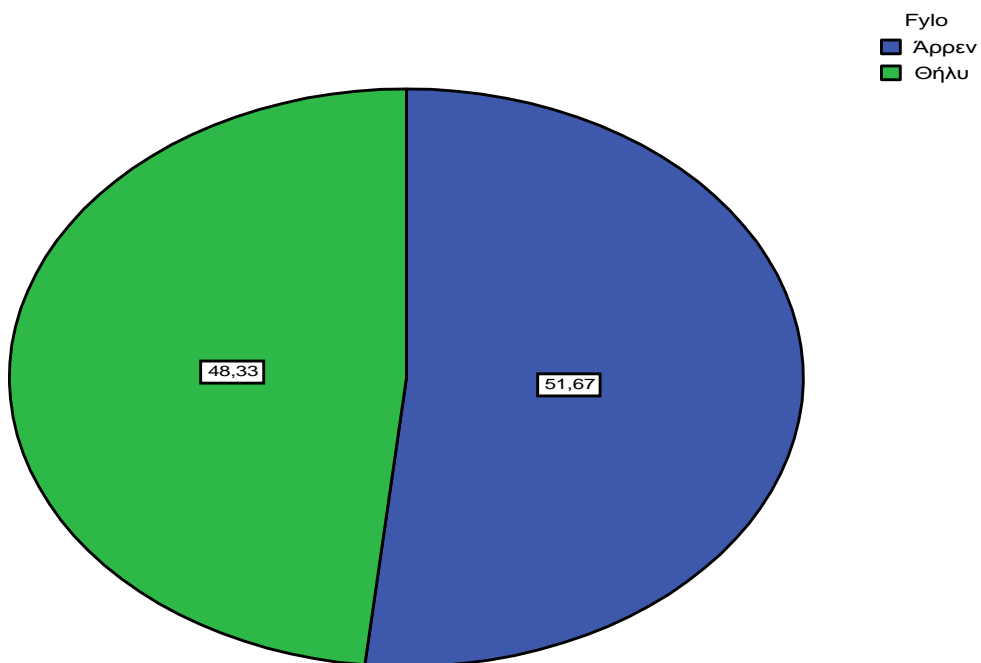
- § Την περιγραφή ποσοτικών δεδομένων μέσω πινάκων
- § Γραφικών απεικονίσεων
- § Την περιγραφή της κεντρικής τάσης και της διασποράς της κατανομής
- § Την μεταφορά δεδομένων στις διάφορες κλίμακες εκφράσεις τιμών.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### 3.1 Αποτελέσματα δεδομένων

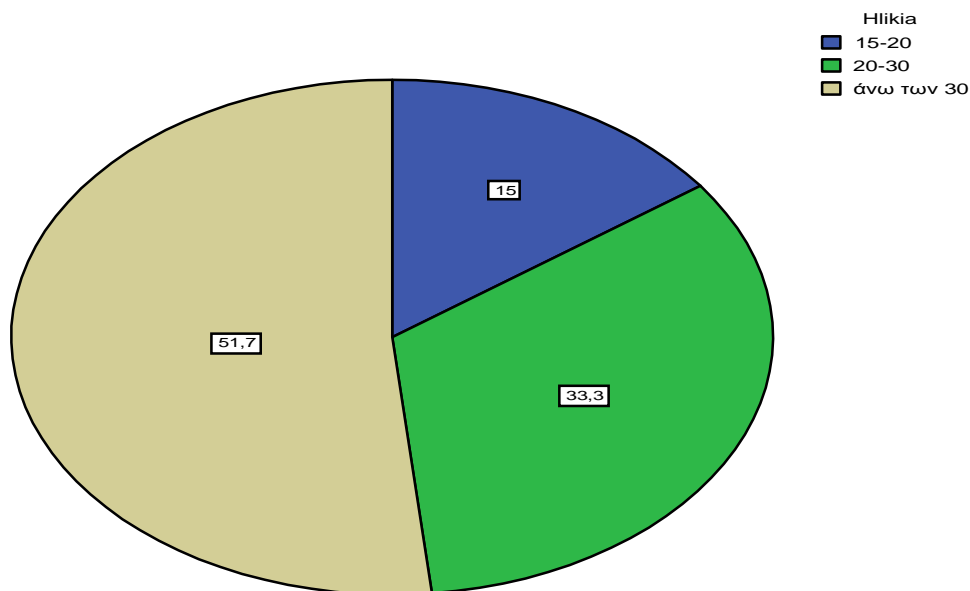
#### 3.1.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος

Γράφημα 1: Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος σε σχέση με το φύλο



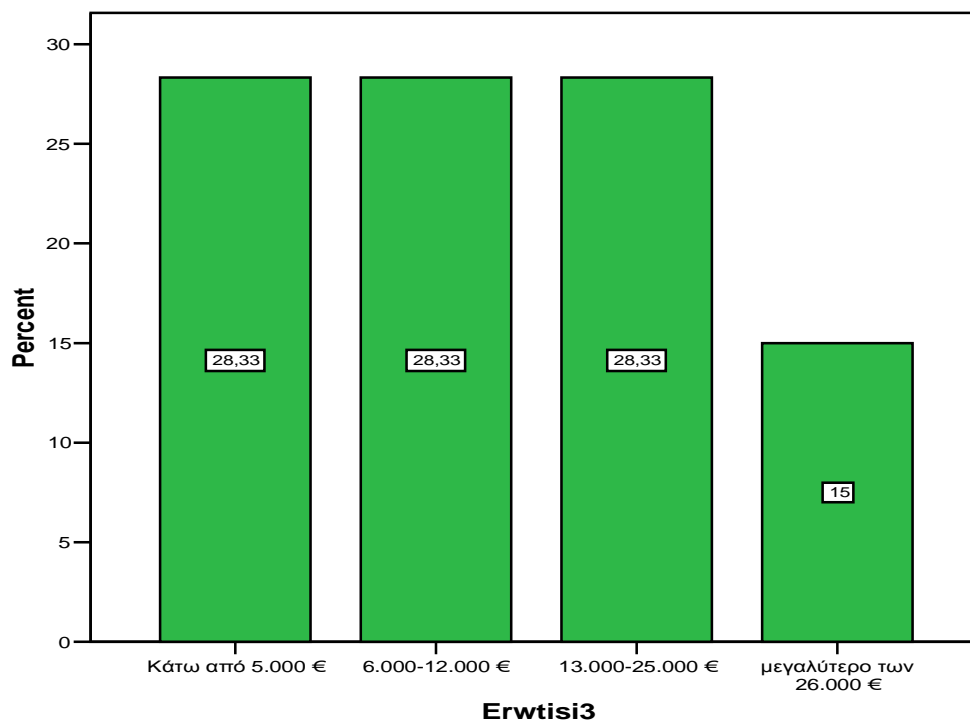
Οι **άνδρες** του (51.67%) δείγματος υπερिशύουν κατά λίγο των γυναικών (48.33%) .

Γράφημα 2: Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος σε σχέση με την ηλικία



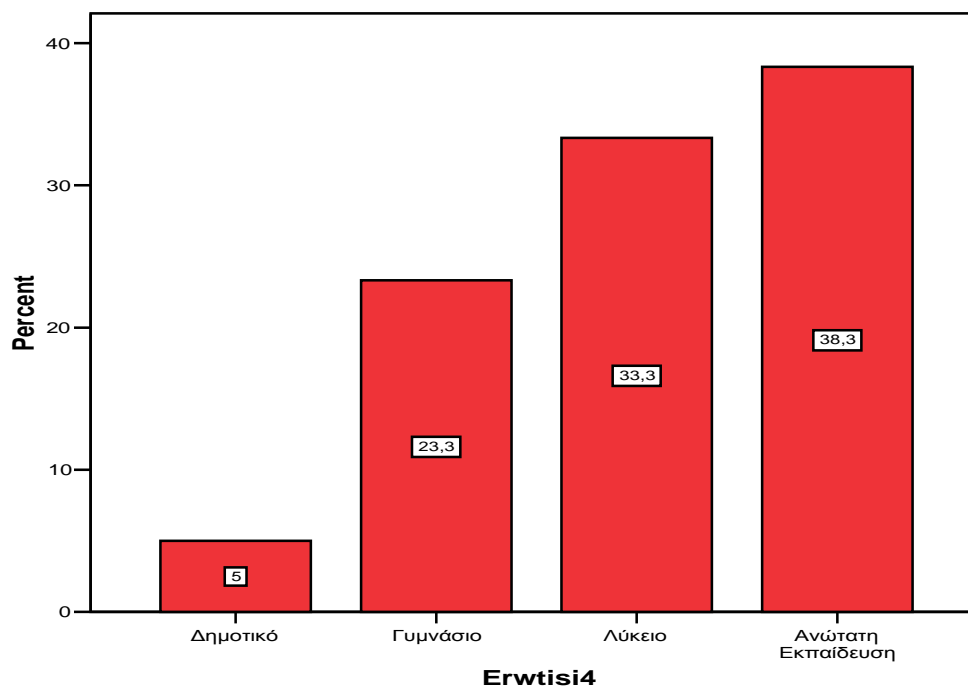
Η πλειοψηφία του δείγματος (51.7%) είχε ηλικία **άνω των 30 ετών**.

Γράφημα 3: Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος σε σχέση με την οικονομική κατάσταση



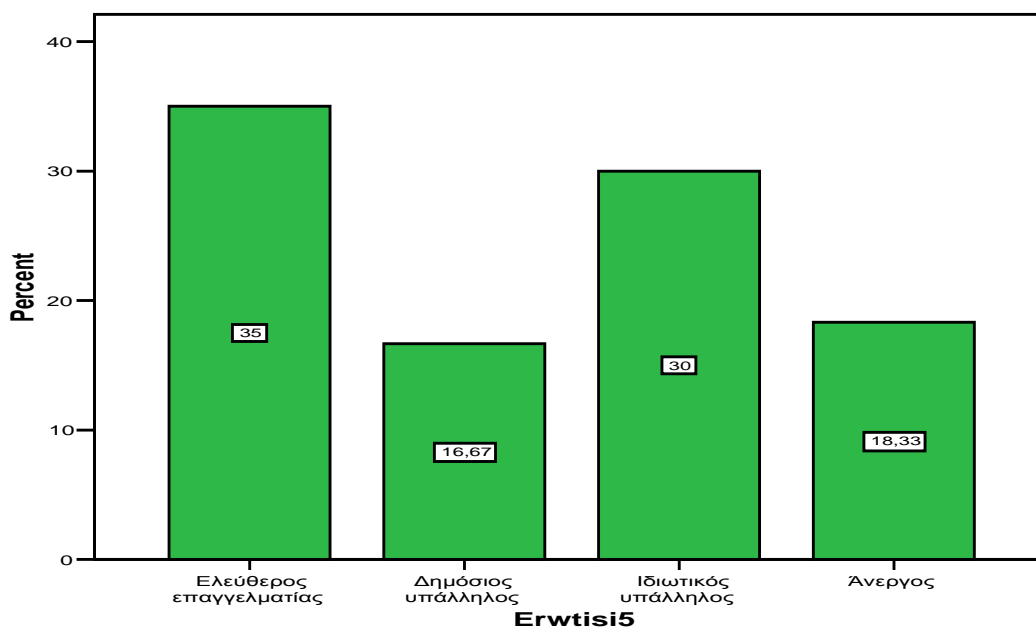
Το δείγμα με ισόποσα κατανεμημένα τα ποσοστά (28.3%) είχε εισοδήματα από 13.000-25.000 €, 6.000-12.000 € και κάτω από 5.000 €.

Γράφημα 4: Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος σε σχέση με το μορφωτικό επίπεδο



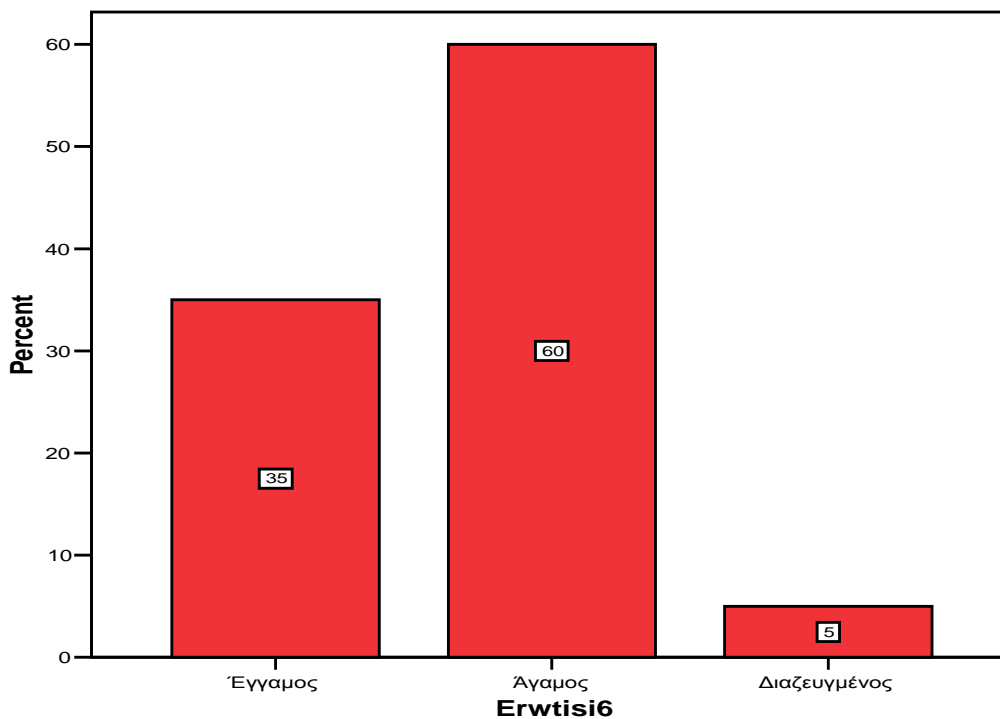
Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (38.3%) είχε **ανώτατη** εκπαίδευση και **λυκειακή** εκπαίδευση (αντίστοιχα) ενώ το 23.3% ήταν απόφοιτοι γυμνασίου.

Γράφημα 5: Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος σε σχέση με την επαγγελματική εργασία



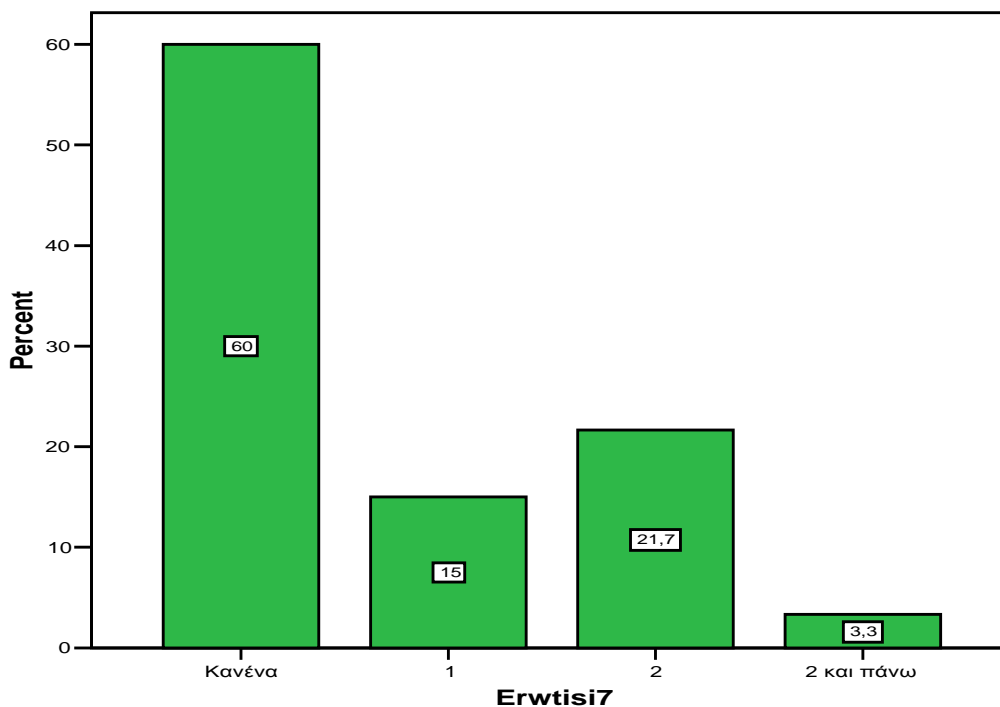
Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (35%) ήταν **ελεύθεροι επαγγελματίες** με τους **ιδιωτικούς υπαλλήλους** να ακολουθούν σε ποσοστό 30%.

Γράφημα 6: Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση



Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (60%) ήταν **άγαμοι**.

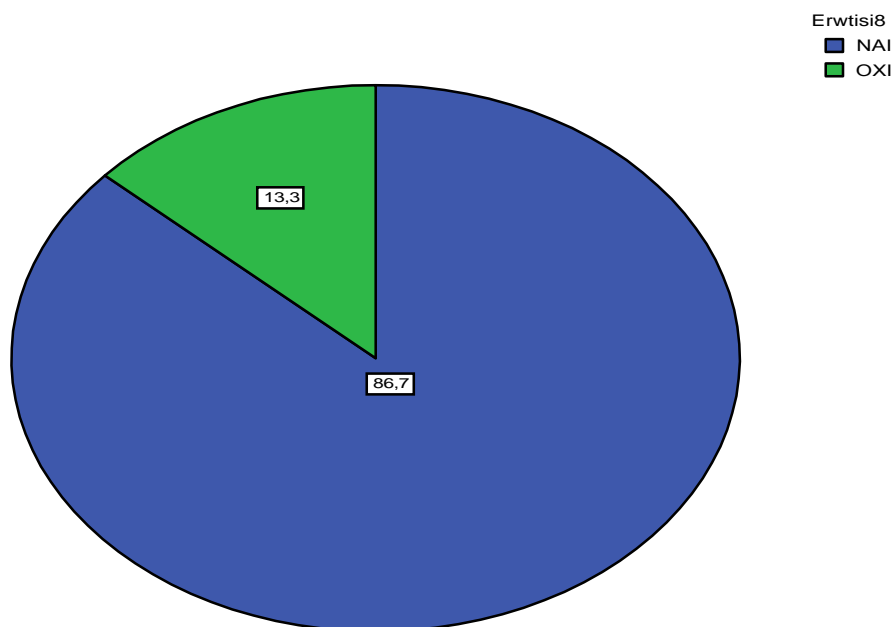
Γράφημα 7: Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος σε σχέση με τον αριθμό των τέκνων



Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (60%) **δεν είχε παιδιά**. Ακολουθούν οι έχοντες **2 παιδιά** σε ποσοστό 21.7%.

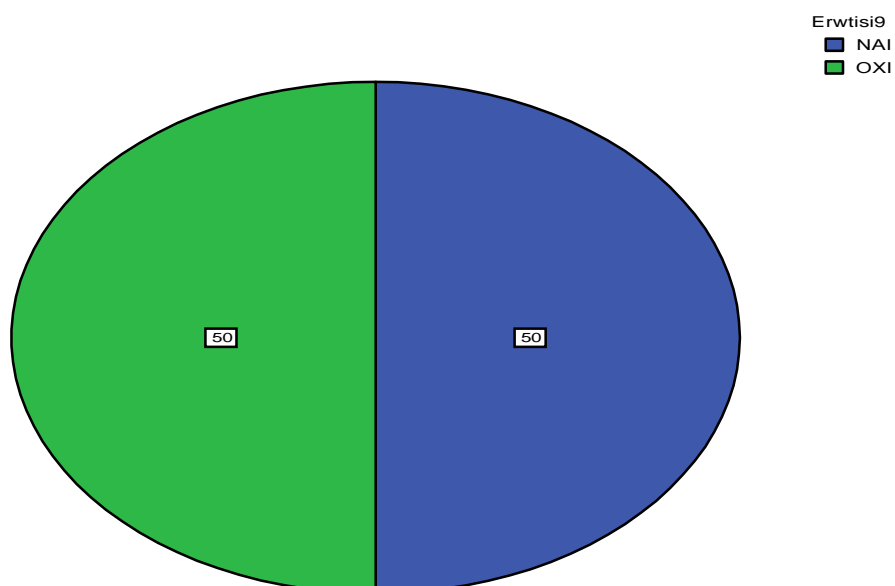
### 3.2 Απόψεις του δείγματος για την αντισύλληψη

Γράφημα 8: Πιστεύεται ότι το προφυλακτικό προστατεύει από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα;



Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (86,7%) πιστεύει **ότι προστατεύει**.

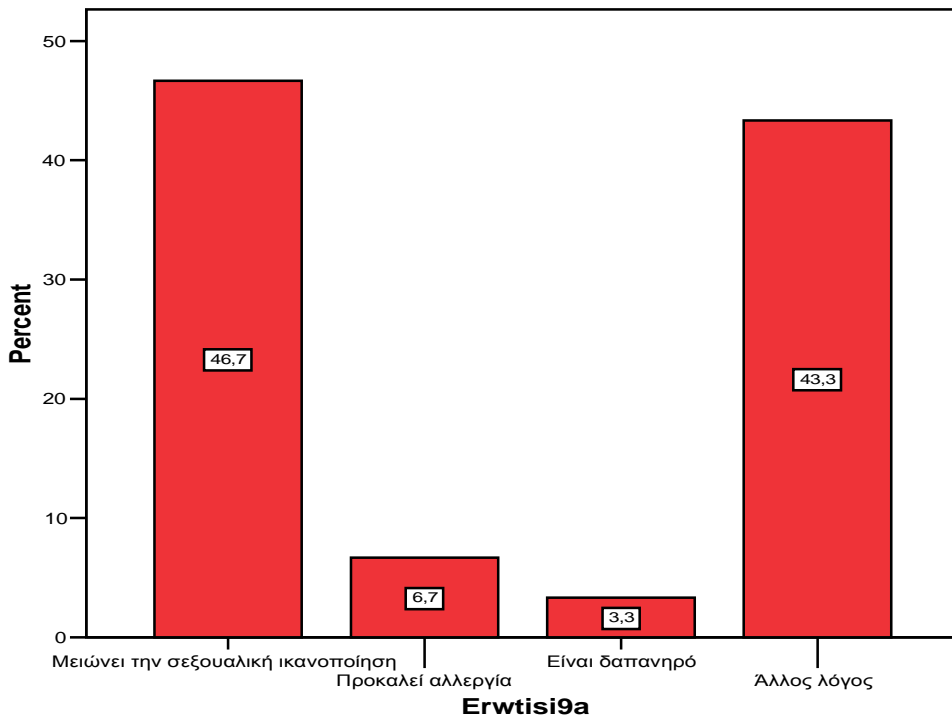
Γράφημα 9: Χρησιμοποιείτε προφυλακτικό;



Το δείγμα **ισοκατανέμεται** στην συγκεκριμένη ερώτηση, ότι χρησιμοποιεί (50%) και όχι (50%).

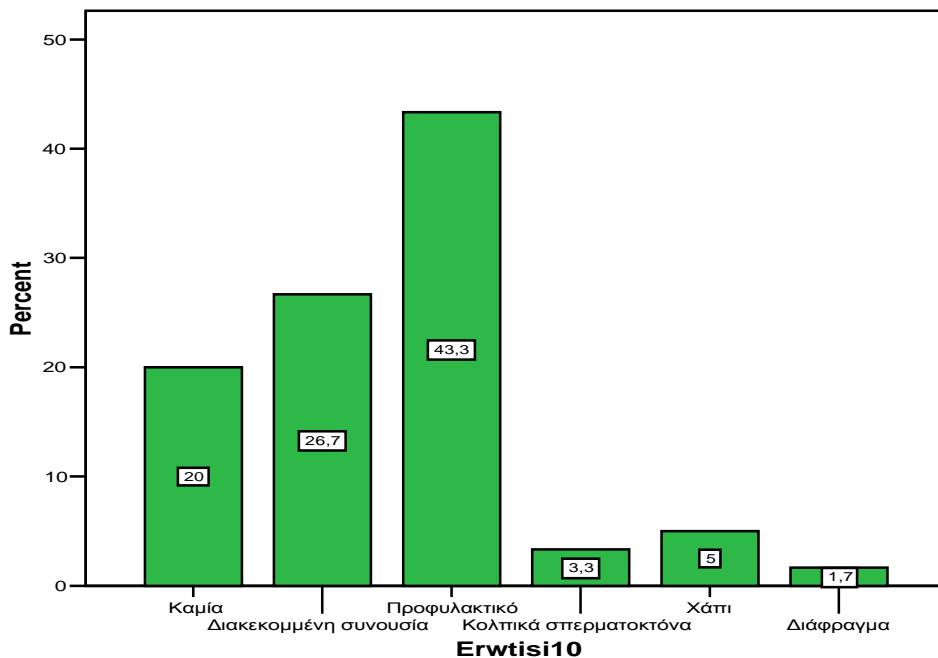


Γράφημα 10: Δικαιολόγηση της απάντησης από αυτούς που απάντησαν όχι



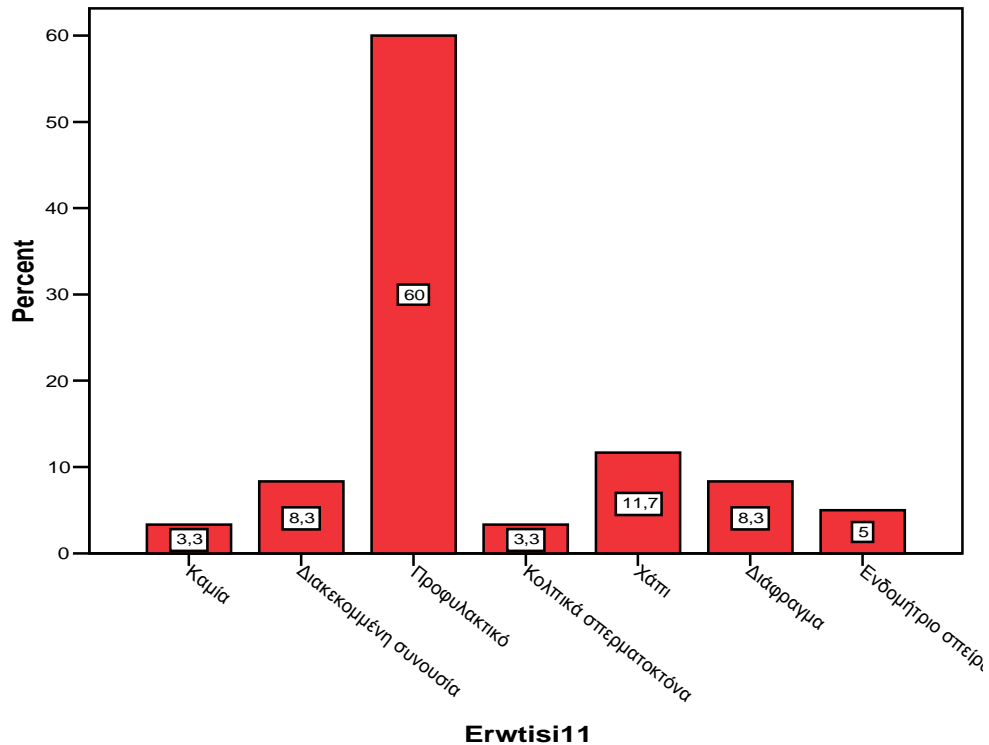
Σύμφωνα με την πλειοψηφία που απάντησαν ότι δεν χρησιμοποιούν προφυλακτικό, ο βασικός λόγος (46.7%) είναι γιατί **μειώνει την σεξουαλική ικανοποίηση**.

Γράφημα 11: Ποια μέθοδο αντισύλληψης χρησιμοποιείτε;



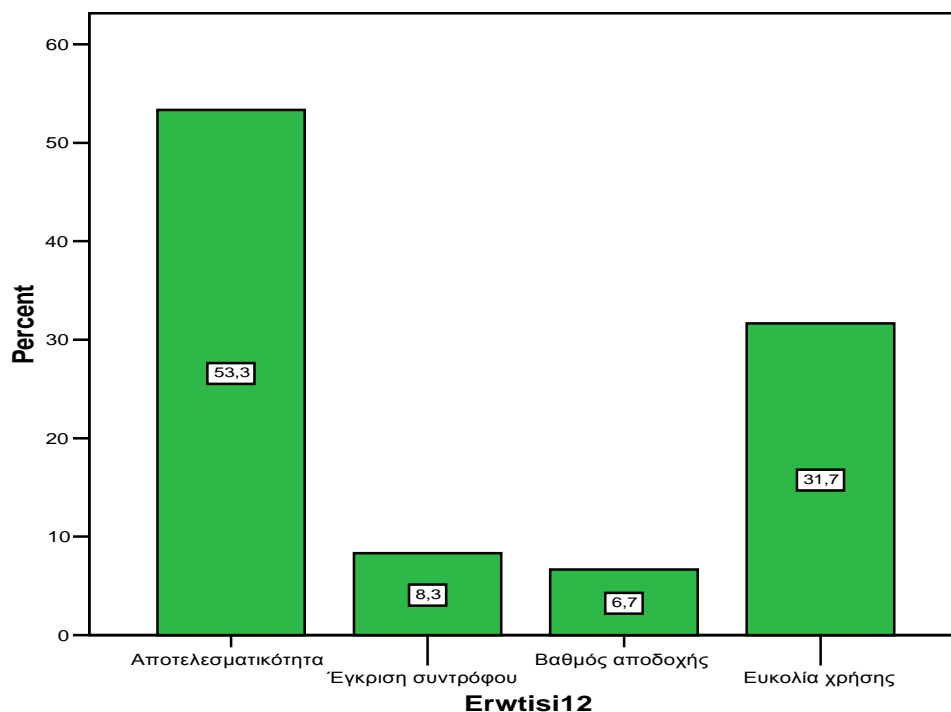
Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (43.3%) χρησιμοποιεί **προφυλακτικό** και ακολουθεί η **διακεκομμένη συνουσία** με ποσοστό 26.7%. Παραμένει μεγάλο όμως το ποσοστό όσων απαντούν ότι δεν χρησιμοποιούν καμία προφύλαξη (20%).

Γράφημα 12: Ποια μέθοδο θεωρείτε ότι προσφέρει την μεγαλύτερη προστασία;



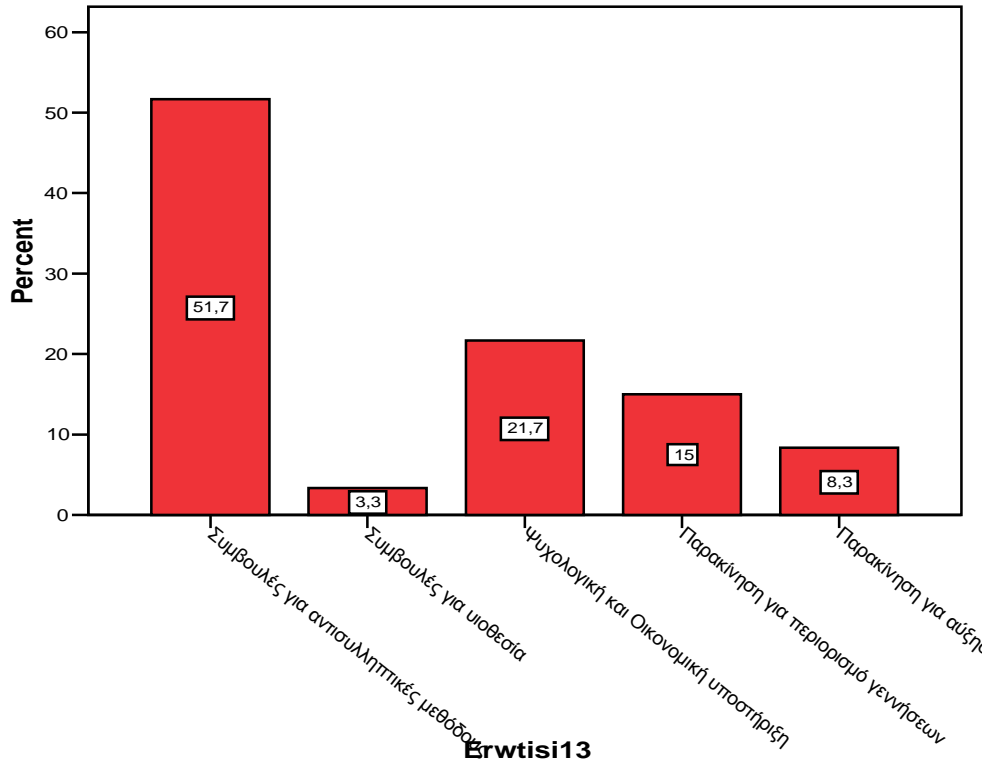
Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (60%) θεωρεί **το προφυλακτικό**.

Γράφημα 13: Με ποια κριτήρια επιλέγεται την μέθοδο αντισύλληψης;



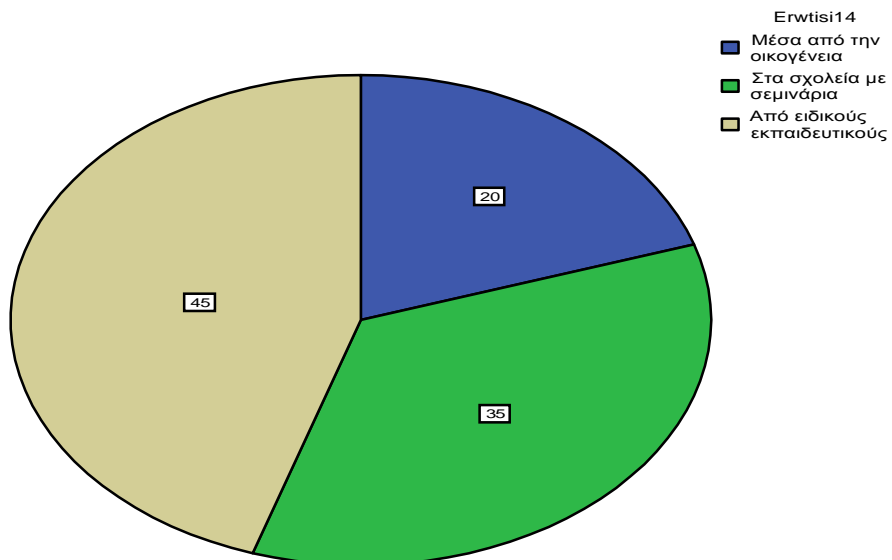
Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (53.3%) επιλέγει με κριτήριο την **αποτελεσματικότητα**.

Γράφημα 14: Τι πιστεύετε ότι παρέχει ένα κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού:



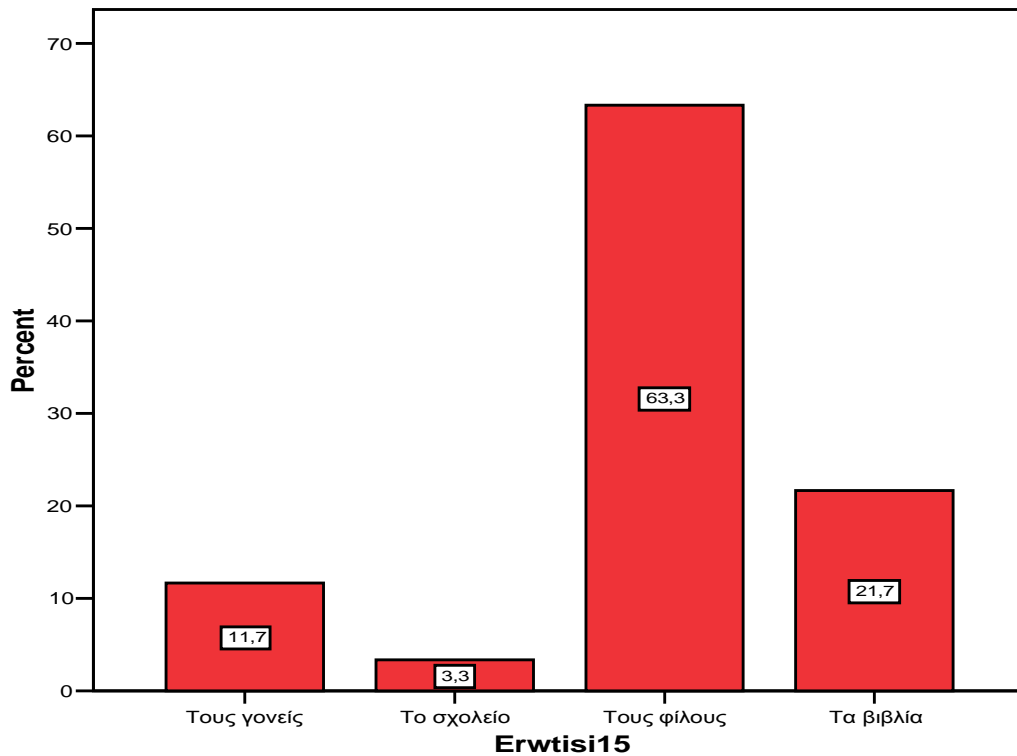
Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (51.7%) θεωρεί ότι **παρέχει συμβουλές για αντισυλληπτικές μεθόδους**, ενώ το 21.7% ψυχολογική και οικονομική υποστήριξη.

Γράφημα 15: Ποια πιστεύεται ότι είναι η καλύτερη μέθοδος σεξουαλικής εκπαίδευσης;



Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (45%) πιστεύει από **ειδικούς εκπαιδευτικούς**, ενώ το 35% παρέχεται στα σχολεία με σεμινάρια.

Γράφημα 16: Από πού πήρατε τις πρώτες σεξουαλικές γνώσεις;



Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (63.3%) πήρε **τις πρώτες σεξουαλικές γνώσεις από τους φίλους**, ενώ το 21.7% από τα βιβλία. Αξιοσημείωτο είναι ότι μόνο το 11.7% πήρε σεξουαλικές γνώσεις από τους γονείς.

Θα πρέπει να αναφερθεί ότι **δεν υπήρξαν στατιστικά σημαντικά ευρήματα (σε βαθμό  $p < 0,05$ )**, ανάμεσα σε δημογραφικά στοιχεία και λοιπές ερωτήσεις, με αποτέλεσμα να μην κρίνεται απαραίτητο να αναφερθούν.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Από τα δημογραφικά προκύπτει ότι σε σχέση με το φύλο οι άνδρες του δείγματος (51.61%) υπερισχύουν κατά λίγο των γυναικών (48.31%). Η πλειοψηφία του δείγματος, ποσοστό 51.7%, έχει ηλικία άνω των 30. Ακολουθούν οι έχοντες ηλικία από 20-30 σε ποσοστό 33.3% και μόνο το 15% είναι κάτω των 20 ετών. Η μειοψηφία του δείγματος (15%) έχει εισόδημα άνω των 26.000 € με ισόποσα κατανεμημένα τα ποσοστά των άλλων οικονομικών εισοδημάτων (28.33%). Είναι σημαντικό ότι οι περισσότεροι, που αν και όπως προκύπτει πιο πάνω είναι άνω των 30 ετών, έχουν εισόδημα συνολικά κάτω των 12.000 € ετησίως.

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος έχει ανώτατη εκπαίδευση, είναι ελεύθεροι επαγγελματίες και είναι άγαμοι.

#### **Απόψεις του πληθυσμού του δείγματος για την αντισύλληψη:**

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (86.7%) πιστεύει ότι το προφυλακτικό προστατεύει από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Βέβαια είναι σημαντικό ότι το 13.3% των ερωτώμενων δεν έχει γνώση για το ρόλο προφύλαξης στην προκειμένη περίπτωση του προφυλακτικού.

Σχετικά με το αν χρησιμοποιούν προφυλακτικό, είναι χαρακτηριστικό ότι το δείγμα ισοκατανέμεται στην συγκεκριμένη ερώτηση. Αξίζει εδώ να σημειωθεί ότι παρότι οι ερωτώμενοι σε μεγάλο ποσοστό απάντησαν στην προηγούμενη ερώτηση ότι το προφυλακτικό προστατεύει από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα εντούτοις οι μισοί δεν το χρησιμοποιούν.

Σύμφωνα με την πλειοψηφία που απάντησαν ότι δεν χρησιμοποιούν προφυλακτικό, ως βασικός λόγος (46.7%) αναφέρεται η μείωση της σεξουαλικής ικανοποίησης και ένα σημαντικό ποσοστό (43.3%) δηλώνει άλλο λόγο. Μια υποερώτηση πιθανά για την μονιμότητα ή όχι των ερωτικών συντρόφων ίσως μας έδινε και επιπλέον άλλα

στοιχεία. Παρόμοια αποτελέσματα αναδεικνύεται και από μια παγκόσμια έρευνα που πραγματοποιήθηκε από εταιρεία καλλυντικών όπου αναφέρεται ότι το 56% των ανδρών φοβούνται ότι θα μολυνθούν αλλά μόνο τέσσερις στους δέκα θα έλεγαν όχι στη σεξουαλική επαφή χωρίς προφυλακτικό ([www.world.gr/forum](http://www.world.gr/forum)).

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (43.3%) χρησιμοποιεί προφυλακτικό και ακολουθεί η διακεκομμένη συνουσία με ποσοστό 26.7%. Παραμένει μεγάλο όμως το ποσοστό όσων απαντούν ότι δεν χρησιμοποιούν καμία προφύλαξη (20%). Παρόμοια είναι και τα αποτελέσματα σε έρευνα της Μυρσιώτη (2008), που παρουσιάστηκε στο 5<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο με θέμα *Σεξουαλική Υγεία, Αντισύλληψη και Υπογεννητικότητα*, όπου αναφέρει ότι το 1/3 περίπου των νέων δεν χρησιμοποιεί αντισυλληπτικές μεθόδους ή χρησιμοποιεί μη αποτελεσματικές όπως η διακεκομμένη συνουσία.

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (60%) θεωρεί το προφυλακτικό ως την καλύτερη μέθοδο αντισύλληψης, και ακολουθεί το χάπι σε ποσοστό 11.7%. Στην ερώτηση σχετικά με τα κριτήρια επιλογής της μεθόδου αντισύλληψης το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (53.3%) επιλέγει με κριτήριο την αποτελεσματικότητα και ακολουθούν όσοι επιλέγουν με κριτήριο την ευκολία χρήσης σε ποσοστό 31.7%.

Σχετικά με το τι παρέχει ένα κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (51.7%) θεωρεί ότι παρέχει συμβουλές για αντισυλληπτικές μεθόδους και ακολουθεί η ψυχολογική και οικονομική υποστήριξη σε ποσοστό 21.7%. Φαίνεται ότι οι πολίτες δεν γνωρίζουν το στόχο και τον σκοπό των κέντρων αυτών. Η συμβολή της κοινοτικής νοσηλευτικής στον τομέα αυτό θα ήταν πολύ σημαντική.

Σε ερώτηση για το ποια πιστεύετε ότι είναι η καλύτερη μέθοδος σεξουαλικής εκπαίδευσης, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (45%) πιστεύει από ειδικούς εκπαιδευτικούς (γιατρούς –νοσηλευτές), ακολουθούν σε ποσοστό 35% τα σεμινάρια σε σχολεία και το 20% μέσα από την οικογένεια.

Είναι πολύ σημαντικό το ότι οι περισσότεροι απαντούν (63.3%) ότι πήραν τις πρώτες σεξουαλικές γνώσεις από τους φίλους. Ακολουθούν τα βιβλία στο 21.7% και μόνο το 11.7% από τους γονείς και το 3.3% από το σχολείο. Ως επακόλουθο οι γνώσεις πάνω

σε σεξουαλικά θέματα δεν ήταν επιστημονική. Ο σχολικός νοσηλευτής θα μπορούσε να προσφέρει επιστημονικές γνώσεις στους μαθητές με σκοπό τη σωστή και εμπειριστατωμένη διαπαιδαγώγησή τους.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Το προφίλ των μελών της ομάδας, που αποτελεί το δείγμα της έρευνάς μας, αποτελείται από ανθρώπους και των δύο φύλων με μικρή διαφορά στην υπεροχή των ανδρών, με ηλικία άνω των 30 ετών, οι περισσότεροι είναι απόφοιτοι λυκείου και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και στην πλειοψηφία τους είναι χαμηλόμισθοι με ετήσιο εισόδημα κάτω των 12.000 €. Επίσης οι περισσότεροι είναι ελεύθεροι επαγγελματίες ή ιδιωτικοί υπάλληλοι, οι περισσότεροι είναι άγαμοι και δεν έχουν παιδιά και οι έγγαμοι έχουν κυρίως δύο παιδιά.

Σχετικά με τις απόψεις τους για την αντισύλληψη συμπεραίνουμε ότι ενώ οι περισσότεροι γνωρίζουν την αξία του προφυλακτικού για την προφύλαξη από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα εντούτοις ένα μικρό αλλά πολύ σημαντικό στην προκειμένη περίπτωση (της τάξης του 13.3%) ποσοστό δεν την γνωρίζει και επίσης αξίζει να σημειωθεί ότι παρότι οι ερωτώμενοι σε μεγάλο ποσοστό απάντησαν στην προηγούμενη ερώτηση ότι το προφυλακτικό προστατεύει από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα εντούτοις οι μισοί δεν το χρησιμοποιούν. Αποτέλεσμα αυτών ή μη λήψη μέτρων προφύλαξης που συμβάλει στην αδυναμία περιορισμού των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων ή και στην έξαρσή τους σε ορισμένα εξ αυτών που παρατηρείται στη χώρα μας τα τελευταία χρόνια. Ως βασικός λόγος της μη χρήσης προφυλακτικών αναφέρεται η μείωση της σεξουαλικής ικανοποίησης.

Σχετικά με την πρόληψη μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης αν και οι περισσότεροι θεωρούν το προφυλακτικό ως πιο αποτελεσματικό εντούτοις το χρησιμοποιούν λιγότεροι από τους μισούς με ένα σημαντικό ποσοστό να ακολουθεί την διακεκομμένη συνουσία. Δυστυχώς και το κριτήριο επιλογής αντισύλληψης με σχέση την αποτελεσματικότητα λαμβάνεται υπόψη μόνο από τους μισούς, σε συνδυασμό με το ότι ένα μεγάλο ποσοστό των ατόμων του δείγματος απαντούν ότι δεν χρησιμοποιούν καμία προφύλαξη (20%) συμβάλει στις ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες, που στην πλειοψηφία τους καταλήγουν σε εκτρώσεις, που επίσης στη χώρα μας κατέχουν σημαντικά ποσοστά παρά τα αρκετά διαθέσιμα πλέον στο εμπόριο μέτρα αντισύλληψης.



Φαίνεται επίσης ότι είναι ελλιπής η ενημέρωση σχετικά με τον ρόλο των κέντρων οικογενειακού προγραμματισμού. Αναδεικνύεται δυστυχώς ότι η ενημέρωση από τους φίλους κατέχει την πρώτη και σημαντικότερη θέση για την πρώτη ενημέρωση των νέων για το sex με όποια επισφάλεια και κινδύνους αυτή περικλείει. Παρόλα αυτά προτείνεται από τα μέλη του δείγματος ότι κυρίως ειδικοί εκπαιδευτικοί και το σχολείο αλλά και σε κάποιο βαθμό και η οικογένεια θα πρέπει να αναλάβει τον ρόλο της ενημέρωσης και σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης των νέων.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΜΕΛΕΤΗΣ

- Για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ο ρόλος της τοπικής αυτοδιοίκησης στον τομέα της υγείας πρέπει να είναι καθοριστικός καθώς και οι δήμοι που καλούνται να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας όσον αφορά την παροχή υπηρεσιών οικογενειακού προγραμματισμού και εκπαίδευσης.
- Η μεταρρύθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας, και ιδιαίτερα των Νοσοκομείων του ΕΣΥ, δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί, εάν δεν λειτουργήσει προηγουμένως ένα σύστημα αποτελεσματικής παροχής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (<http://www.mohaw.gr>).
- Η αντισύλληψη ή ρύθμιση της γονιμότητας αποβλέπει στην παραγωγή της σωματικής και πνευματικής υγείας της γυναίκας, του άνδρα, και της οικογένειας γενικότερα. Ο ρόλος της έχει πολυδιάστατη μορφή: προληπτική, θεραπευτική και κοινωνική (Ρούπα και Δαριβάκη, 2006).
- Ο οικογενειακός σχεδιασμός σώζει τις ζωές των γυναικών και των παιδιών και βελτιώνει την ποιότητα της ζωής όλων. Είναι μία από τις καλύτερες επενδύσεις που μπορούν να γίνουν ώστε να διασφαλιστεί η υγεία και η ευημερία των γυναικών, των παιδιών και της κοινωνίας γενικότερα.
- Ο οικογενειακός προγραμματισμός παρέχει σημαντικά κοινωνικά και οικονομικά οφέλη για την κοινότητα (Μιχαλάς, 2000).
- Ο έλεγχος της γονιμότητας είναι από τις πιο ευαίσθητες αποφάσεις. Η απόφαση αυτή βασίζεται συχνά σε θρησκευτικές και φιλοσοφικές πεποιθήσεις. Για το λόγο αυτό ο γιατρός πρέπει να προσεγγίσει τις ανάγκες της γονιμότητας κάθε ατόμου με ιδιαίτερη ευαισθησία, ωριμότητα και χωρίς κριτική συμπεριφορά. Πρέπει να σημειωθεί **ότι υπάρχει ανάγκη για αντισύλληψη**, γιατί ο παγκόσμιος πληθυσμός αυξάνεται με γοργούς ρυθμούς. Επομένως, οι

επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με την αντισύλληψη, πρέπει να ικανοποιήσουν τις ανάγκες των γυναικών με ποικίλες κοινωνικές και οικονομικές απαιτήσεις (<http://www.body.gr/display.php3/cat>).

- Η αντισύλληψη εφαρμόζεται στα περισσότερα ζευγάρια για προσωπικούς λόγους. Όποια και αν είναι τα αίτια της απόφασης για αντισύλληψη, οι γιατροί πρέπει να παρέχουν ακριβείς πληροφορίες για τα οφέλη και τους κινδύνους της εγκυμοσύνης και της αντισύλληψης. Ως κοινωνική πολιτική κάποιες αναπτυσσόμενες χώρες προωθούν την αντισύλληψη για να περιορίσουν την αύξηση του πληθυσμού τους (Κουρούνης, 2004).
- Εν κατακλείδι, ο οικογενειακός προγραμματισμός βοηθά τα ζευγάρια και ιδιαίτερα τους νέους ανθρώπους να κάνουν υπεύθυνες επιλογές (Κουρούνης, 2004).

## ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

- Να κυκλοφορεί σε όλη τη χώρα Ενημερωτικό Έντυπο Οικογενειακού Προγραμματισμού σχετικά με τις Υπηρεσίες Οικογενειακού Προγραμματισμού ενημερώνοντας έγκυρα για θέματα, όπως: **I. ΤΟΚΕΤΟΣ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ** (προγεννητικός έλεγχος). **II. ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ** (βοήθεια στα σεξουαλικά προβλήματα). **III. ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ** (λίστα αντισυλληπτικών μεθόδων και παγκόσμια λίστα κέντρων).
- Ο Οικογενειακός Προγραμματισμός να προσφέρει τις υπηρεσίες του δωρεάν για όσους ζουν στην Ελλάδα, όπου το εξειδικευμένο επιστημονικό προσωπικό ενημερώνει τον πελάτη σχετικά με όλες τις μεθόδους ρύθμισης της γονιμότητας που υπάρχουν και συζητάνε τις τυχόν απορίες που ο ασθενής έχει αντισύλληψη, εκτρώσεις κλπ.) και του δίνει διάφορα ενημερωτικά φυλλάδια επιπλέον.
- Σημαντικός είναι επίσης ο ρόλος των Κοινοτικών Νοσηλευτών, Επισκεπτών Υγείας και των Μαιευτών στον Οικογενειακό Προγραμματισμό, όπου είναι ανάλογος με την υπευθυνότητά του απέναντι στους πελάτες και την κοινότητα, τα προσωπικά τους πιστεύω και την επίσημη κυβερνητική πολιτική της χώρας.
- Οι Κοινοτικοί Νοσηλευτές, οι Επισκέπτες Υγείας και οι Μαιευτές επίσης, με την κατάλληλη εκπαίδευση και υποστήριξη από διεθνείς και μη κυβερνητικούς οργανισμούς αναπτύσσουν τα εκπαιδευτικά υλικά σε ό,τι αφορά την υγεία της μητέρας και του παιδιού, των εφήβων και την διατροφή τους, όπως και τη μείωση του αριθμού των ανεπιθύμητων κυήσεων.
- Όλα τα παραπάνω για να επιτευχθούν χρειάζονται τη συμβολή της διοίκησης και διεύθυνσης των κεντρικών υπηρεσιών, καθώς και την έρευνα που κάθε επιστήμονας Υγείας πρέπει να είναι ικανός να διεξάγει, συλλέγοντας, αναλύοντας και ερμηνεύοντας πληροφορίες για τον Οικογενειακό Προγραμματισμό (Ρούπα-Δαριβάκη 2006).
- Η Τοπική Αυτοδιοίκηση μπορεί να συμβάλει στο σωστό οικογενειακό προγραμματισμό λειτουργώντας Κέντρα οικογενειακού Προγραμματισμού για την

ενημέρωση και στήριξη των νέων ζευγαριών (προσφέρουν βοήθεια γύρω από θέματα όπως πρόληψη κι αποφυγή ανεπιθύμητων κυήσεων - καθορισμός των παιδιών στην οικογένεια - γέννηση υγιών παιδιών - χρόνος γέννησης σε σχέση με την ηλικία των γονιών - στείρωση - υιοθεσία - σεξουαλική αγωγή - άγαμη μητέρα κ.ά.).

- Η Τοπική Αυτοδιοίκηση μπορεί να συμβάλει στο σωστό οικογενειακό προγραμματισμό λειτουργώντας Δημοτικά ιατρεία πρόληψης ασθενειών (pap- έιτζ κ.λ.π.). Η πρόληψη εξάλλου κοστίζει λιγότερο από τη θεραπεία (Λάμπρου, 2002).
- Η ενημέρωση και πληροφόρηση του κοινού για θέματα οικογενειακού προγραμματισμού πρέπει να γίνεται παράλληλα, εντός και εκτός των Κέντρων Οικογενειακού Προγραμματισμού (ΚΟΠ)

§ *Εκτός* του Κέντρου Οικογενειακού Προγραμματισμού η ενημέρωση πρέπει να γίνεται με διαλέξεις στους: Δήμους, Κοινότητες, Γυναικείους Εκπολιτιστικούς και εξωραϊστικούς συλλόγους, σε φοιτητές, σχολές και πολλούς οργανισμούς κοινής ωφέλειας.

§ *Εντός* των Κέντρων Οικογενειακού Προγραμματισμού η ενημέρωση πρέπει να γίνεται κατόπιν ραντεβού, με ειδικά σεμινάρια και να διανέμεται σχετικό έντυπο υλικό.

- Επίσης πρέπει να παρέχεται ενημέρωση με προσωπική επαφή – συνέντευξη, κατά τη διάρκεια της λειτουργίας του Κέντρων Οικογενειακού Προγραμματισμού.
- Οι διαλέξεις – ενημερωτικές ομιλίες πρέπει να πραγματοποιούνται από ειδικά εκπαιδευμένο προσωπικό των Κέντρων Οικογενειακού Προγραμματισμού.
- Στην ενημέρωση καλό θα ήταν να έρχονται και οι δύο σύντροφοι.

## **Επίσης προτείνονται:**

1. Η παροχή υπηρεσιών οικογενειακού προγραμματισμού και προμηθειών αντισυλληπτικών υλικών στη βάση μη κερδοσκοπικής επιχείρησης.
2. Η ενσωμάτωση του συστήματος οικογενειακού προγραμματισμού στα γενικά συστήματα υγείας και στους προϋπολογισμούς και άλλων υπουργείων, εκτός από αυτό της Υγείας.
3. Η εμπλοκή της τοπικής αυτοδιοίκησης στα προγράμματα αυτά.
4. Η πιο εντατική εκπαίδευση και χρησιμοποίηση παραϊατρικού προσωπικού στην παροχή υπηρεσιών οικογενειακού προγραμματισμού.
5. Συνεργασία και συντονισμός και των ιδιωτικών και εμπορικών τομέων, παράλληλα με τη συνεργασία των παραγωγικών τομέων.
6. Μεγαλύτερος αριθμός γυναικών στις υπηρεσίες Οικογενειακού Προγραμματισμού.
7. Η μεγαλύτερη κοινοποίηση των μηνυμάτων μέσα από τα μέσα μαζικής επικοινωνίας.
8. Η προσθήκη δημογραφικών και γνώσεων γύρω από τον Οικογενειακό Προγραμματισμό στα σχολεία.
9. Η δημιουργία προσοδοφόρων προγραμμάτων επιμόρφωσης, που να περιλαμβάνουν και εκπαίδευση στον Ο.Π., κυρίως στις αγροτικές περιοχές, παράλληλα με την αποκέντρωση των υπηρεσιών Ο.Π. (Παπαδημητρίου, Γαλάνης, 1995).

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Ο Οικογενειακός Προγραμματισμός και η Αντισύλληψη, αποτέλεσε διεθνώς και στη χώρα μας πεδίο επιστημονικών αναζητήσεων και συγκρούσεων κοινωνικά εμπλεκόμενων φορέων, γνωστών από το παρελθόν, πολλών αιώνων.

Όπως είναι φυσικό, η εξέλιξη της Ιατρικής επιστήμης, οι Υγειονομικές μεταρρυθμίσεις, οι Πολιτικές της υγείας και οι κοινωνικές αλλαγές, επηρέασαν την πορεία του Οικογενειακού Προγραμματισμού και της Αντισύλληψης, φέροντάς τους σε ένα εξελικτικό σημείο, όπου σαν αυτόνομος επιστημονικός τομέας πλέον, συμβάλει στη σύγχρονη προσέγγιση των χρηστών του (Ρούπα και Δαριβάκη, 2006).

Ένα από τα μεγαλύτερα επιτεύγματα των τελευταίων δεκαετιών ήταν η εδραίωση και η διάδοση της ιδέας και του δικαιώματος της αναπαραγωγικής υγείας. Εξασκώντας το δικαίωμα αυτό, άνδρες και γυναίκες μπορούν να έχουν ικανοποιητική και ασφαλή ερωτική ζωή με σύγχρονο έλεγχο της αναπαραγωγής, δηλαδή την δυνατότητα να αποκτήσουν παιδιά όποτε το θέλουν και όσα επιθυμούν.

Την δυνατότητα αυτή την παρέχει ο οικογενειακός προγραμματισμός που προσφέροντας περισσότερους μεθόδους αντισύλληψης εξασφαλίζει στα ζευγάρια την ελευθερία να αποκτούν απογόνους όποτε το θελήσουν χωρίς να διαταράσσεται η ερωτική τους ζωή.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ

Αραβαντινός Ι και Μηλίγκος Σ (1993) Εφηβεία. Γυναικολογία. Αναπαραγωγή. Εμμηνοπάυση, Αθήνα.

Αρτεμάκης Σ (2006) Ανδρική αντισύλληψη, Δημοσίευση: 11/10/06, <http://www.men24.gr/html/ent/415/ent.5415.asp>.

Berek J (1998) Γυναικολογία Ι. Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα.

Brumfield G - Lins S and Conner W (1996) Pregnancy out – come following genetic amniocentesis at 11-14 weeks gestation. Obst Egnecol, 88: 114-118.

Burns N και Grove S (1987) Nursing Research. WB Saunders, Philadelphia.

Button R, Savage W και Reader F (1990) The “morning after pill”: is this rong name for it? Br. J. Fam. Plann, 22:119-121.

Γιαννοπούλου Α (2003) Διλήμματα και προβλήματα στην σύγχρονη νοσηλευτική. Ταβίθα, Αθήνα.

Gordon JD και Speroff L (2002). Family planning, sterilization and abortion. Lippincott, New York.

Δανέζης Ι (2002) Οικογενειακός Προγραμματισμός, Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού, Αθήνα.

Δανέζης Ι (2002) Πληθυσμός και φτώχεια. Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού, Αθήνα.

Δανέζης Ι (2003), Οικογενειακός Προγραμματισμός. Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού, Αθήνα.

Δαρδαβέσης Θ (2003) Στοιχεία επιδημιολογίας. Θεσσαλονίκη.

Δημητριάδη Ζ (2000) Μεθοδολογία έρευνας. Interbooks, Αθήνα.



Δημητρόπουλος Ε (1994) Εισαγωγή στη μεθοδολογία της επιστημονικής έρευνας. Έλλην, Αθήνα.

Δετοράκης Γ (2001) Οικογενειακός Προγραμματισμός. Αντισύλληψη. Σεξουαλική διαφώτιση. Πατάκη, Αθήνα.

Καλλιπολίτης Γ (1999) Επίκαιρα θέματα Μαιευτικής και Γυναικολογίας. Παρισιανός, Αθήνα.

Καλλιπολίτης Γ (1999) Μαιευτική και Γυναικολογία, Παρισιανός, Αθήνα.

Κάλφα Μ (2008) Προφυλακτικό: προστατεύει από την HPV λοίμωξη;  
<http://www.hpvtoday.com>

Κατωπόδη Δ, Παφυλάγου Ζ και Φώτης Θ (2007) Ηθικά διλήμματα στη διοίκηση υπηρεσιών υγείας, [www.medlook.net](http://www.medlook.net), file:/D://cy/barners/transparent.gif.

Κέντρο Σεξουαλικής και Αναπαραγωγικής Υγείας (ΚΕ.Σ.Α.Υ.) (2000-2008)  
<http://www.imop.gr>

Κέντρο Υγείας Βάρδας. Κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού. Τι πρέπει να γνωρίζετε για τον οικογενειακό προγραμματισμό.  
[http://homepages.pathfinder.gr/k\\_y\\_vardas/ygeia\\_uemata%20enimervsis.htm](http://homepages.pathfinder.gr/k_y_vardas/ygeia_uemata%20enimervsis.htm)

Κιντής Γ (1995) Σεξουαλική αγωγή στην Ελλάδα. Διαφυλικές σχέσεις. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.

Cormack I (2000) The Research Process in Nursing, 4<sup>th</sup> ed. Blackwell science, London.

Κουρούνης Γ (2004) Παθολογία κατώτερου γεννητικού συστήματος –Κολποσκόπηση. Κουρούνη, Αθήνα.

Κρεατσάς Γ (1989) Σεξουαλική Διαπαιδαγώγηση. Β΄ έκδοση, Δωρικός, Αθήνα.

Κρεατσάς Γ (1992) Σεξουαλική διαπαιδαγώγηση. Εντοπία, Αθήνα

Κρεατσάς Γ (1998) Γυναικολογία. Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα.

Κρεατσάς Γ (2001) Γυναικολογία και μαιευτική της νεαρής ηλικίας. Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα.

Κρεατσάς Γ (1998) Σύγχρονη Γυναικολογία και Μαιευτική. Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα.

Κρουσταλάκης Γ (1995) Γονείς και παιδιά μπροστά στην ερωτική σχέση. Διαφυλικές σχέσεις. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.

Krumberger W (2003) Μαιευτική και Γυναικολογική Νοσηλευτική Φροντίδα. Έλλην. Αθήνα.

Κυπριακός Σύνδεσμος Οικογενειακού Προγραμματισμού (2007) <http://www.cyfamplan.org/FamPlan/page.php?pageID=8>.

Κυριακίδου Ε (2005) Κοινοτική νοσηλευτική. «Η ΤΑΒΙΘΑ», Αθήνα

Κυρούσης Γ. <http://www.miss.gr/article.asp?intID=931&intIDSub=58> 2.6.08

Λαζεκίδη Θ και Παπαρούπα Κ (1991) Οικογενειακός προγραμματισμός, Πτυχιακή εργασία, ΑΤΕΙ Πάτρας.

Λαζόπουλος Δ (2008) Σωτήρια αντισύλληψη «3ης γενιάς»; τεύχος 17 – Απρίλιος, [jlazopoulos@hotmail.com](mailto:jlazopoulos@hotmail.com), <http://pacific.jour.auth.gr/emmeis/issues/17/17epistim2.htm>

Λάμπρου Ε (2002) Υγιεινή ΙΙΙ. <http://www.servitoros.gr/dirfi/view.php/18/311>

Λιάπη Α (1993) Εφηβεία, Γυναικολογία, Αναπαραγωγή Εμμηνόπαυση, 2:92-95.

Λιάπη Α και Μηλίγκος Σ (1993). Εφηβεία, Γυναικολογία, Αναπαραγωγή. Εμμηνόπαυση, 2: 96-110.

Loutradis D και Kalianidis K (1991) Ovulation response after suppression with a GnRH-a different chronological periods prior to gonadotropin stimulation for in vitro fertilization. Gyn and Obst Invest, 32:68-71.

Μηλίγκος Σ (1994) Διαγνωστική προσέγγιση του υπογόνιμου άντρα. Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογία. Παρισσιανού, Αθήνα.

- Μηλίγκος Σ (1994) Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογία, Παρισιάνος, Αθήνα.
- Μηλίγκος Σ και Αραβαντινός Ι (1985) Παθολογία της Γυναίκας. Παρισιάνος, Αθήνα.
- Μιχαλάς Σ Π (2000) Επίτομη Μαιευτική και Γυναικολογία. Παρισιανού, Αθήνα.
- Μπούκα Ν (2008) Αντισύλληψη. Πλάτη στο χάπι γυρίζουν οι Ελληνίδες, ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ, Θεσσαλονίκη, <http://www.makthes.gr/index.php?name=News&file=article&sid=14614>.
- Μυρτσιώτη Γ (2008) Πρώτη σεξουαλική εμπειρία στα 12,5 [http://news.kathimerini.gr/4dcgi/w\\_articles\\_ell\\_2\\_15/03/2008\\_262971](http://news.kathimerini.gr/4dcgi/w_articles_ell_2_15/03/2008_262971), Θεσσαλονίκη.
- Nieschlag E και Behre HM (1997) Andrology: Male reproductive health and dysfunction. Springer- Verlag, New York.
- Nieswiadomy R-M (1987) Foundations of Nursing Research. Appleton and Lange.
- Νομαρχιακή Μονάδα Υγείας Πάτρας. <http://www.ika.gr/gr/infopages/contact/addresses/452.cfm>.
- Νοσοκομείο «Άγιος Ανδρέας». <http://www.agandreashosp.gr/>
- Ντολατζάς Θ (2001) Ο γιατρός συμβουλεύει: Σύγχρονη προληπτική Ιατρική. Λίγκας Books, Αθήνα.
- Οικογενειακός Προγραμματισμός (2008) ενημερωτικό φυλλάδιο. Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού, Μαιευτήριο «Αλεξάνδρα».
- Ottesen-Jensen E [http://www.cyfamplan.org/FamPlan/page.php?page\\_ID=8](http://www.cyfamplan.org/FamPlan/page.php?page_ID=8).
- Polit και Hungler P (1997) Nursing Research: methods, appraisal and utilization. 4<sup>th</sup> ed. Lippincott, Philadelphia.
- Παπαδημητρίου Α και Γαλάνης Θ (1995) Αντισύλληψη: Πρακτική και προοπτικές. Λίτσας, Αθήνα.
- Παπανικολάου Ν (1986) Στείρωση (Γυναικεία, Αντρική-Αντισύλληψη). Λίτσας, Θεσσαλονίκη.

Pappas A, Hollingsworth A και Livingston Z (1999) Μαιευτική και Γυναικολογική Νοσηλευτική. Έλλην, Αθήνα.

Παπουτσής Α (2003) Αντισύλληψη και οικογενειακός προγραμματισμός. <http://www.electridea.gr/issue12/epistimi2.html>.

Παπουτσής Κ. <http://www.electridea.gr/issue12/epistimi2.html> 2.6.08

Παπουτσής Κ (2003) Αντισύλληψη και οικογενειακός προγραμματισμός. Επιστήμη, Αθήνα.

Παρασκευόπουλος Ι (1985) Μεθοδολογία επιστημονικής έρευνας, Αθήνα.

Παρασκευόπουλος Ι (2006) Η πρώτη αγωγή του παιδιού. Η προγεννητική αγωγή. Στο: Ευγονία Προγεννητική Αγωγή. Η αγωγή του παιδιού αρχίζει από τη σύλληψη. Δασκαλάκη Αικ. Νομαρχία Αθηνών.

Ραγιά Α (2002) Νοσηλευτική Δεοντολογία και ποιότητα στη φροντίδα υγείας, [www.iatrotek.gr](http://www.iatrotek.gr), <http://www.iatrotek.org/ioArt.asp?id=16337>.

Ρούπα - Δαριβάκη Ζ (2006) Οικογενειακός Προγραμματισμός και αντισύλληψη. Έλλην, Αθήνα.

Ρούσος Χ και Τσίμας Σ (2003) Μαιευτική και Γυναικολογική. Κλινική Αριστοτελείου Πανεπ. Θεσσαλονίκης. [http://www.iatrikionline.gr/EL\\_M\\_2-2004/2.htm](http://www.iatrikionline.gr/EL_M_2-2004/2.htm) 30-5-08

Σαχίνη-Καρδάση Α (2004) Μεθοδολογία έρευνας. ΒΗΤΑ, Αθήνα.

Σεξουαλική διαπαιδαγώγηση (2008), <http://health.in.gr/>

Shapiro P (2001) Μαιευτική και Γυναικολογική. Έλλην, Αθήνα.

Sirkin M (1995) Statistics for the social sciences. Sage, Thousand Oaks.

Stoppard M (2002) Το γυναικείο σώμα, ένας οδηγός για τη ζωή. Δομική, Αθήνα.

Σχέδιο νόμου για την οργάνωση και λειτουργία της Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. [http://www.mohaw.gr/gr/theministry/nomothesia/sxedio\\_nomou\\_pfy\\_2008.pdf](http://www.mohaw.gr/gr/theministry/nomothesia/sxedio_nomou_pfy_2008.pdf)

Τοκμακίδης Π (2000) Μαιευτική. Επιστημονικά Βιβλία και Περιοδικά, Θεσσαλονίκη.

Τοπική αυτοδιοίκηση και κοινωνική πολιτική. <http://www.pasok.gr/portal/gr/000F4240/Data/ATT00871.pdf>

Τράπεζα νομικών πληροφοριών ΔΣΑ. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, [http://www.eoo.gr/upload/003/3235\\_2004.doc](http://www.eoo.gr/upload/003/3235_2004.doc).

Υγεία: Γυναικολογικός Οδηγός – Αύγ 2004.

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης <http://www.mohaw.gr/>

Φραγκογιαννοπούλου Χ. <http://www.nd.gr/programma/index4b.html>.

Χανδακάς Σ (2008), Νέες μέθοδοι αντισύλληψης. [http://www.woman.com.gr/article\\_detail.asp?article\\_id=229&node\\_serial=001001003&node\\_id=377](http://www.woman.com.gr/article_detail.asp?article_id=229&node_serial=001001003&node_id=377)

Χατζημπούγιας Ι (2002) Στοιχεία ανατομικής του ανθρώπου. GM Design, Αθήνα.

<http://el.thefreedictionary.com>

<http://homepages.pathfinder.gr>

[http://www.activewoman.gr/pap\\_smear.htm](http://www.activewoman.gr/pap_smear.htm).

<http://www.csd.uoc.gr/~tziritas/pictures/family.jpg>, εικόνα εξωφύλλου.

<http://www.myworld.gr/browse/435>

<http://www.miss.gr>.

[http://www.tear.gr/nea.php?subaction=showfull&id=1145482525&archive=1149360918&start\\_from=&ucat=7&1.6.08](http://www.tear.gr/nea.php?subaction=showfull&id=1145482525&archive=1149360918&start_from=&ucat=7&1.6.08)

<http://www.body.gr/display.php3/cat>

[http://www.iatrikionline.gr/EL\\_M\\_2\\_2004/2.htm](http://www.iatrikionline.gr/EL_M_2_2004/2.htm)

<http://www.mohaw.gr/gr/theministry/minservices/diarthrosi>

<http://www.body.gr/display.php3/cat>.

[www.femme.gr](http://www.femme.gr). Αντισυλληπτικά δισκία (2008).

<http://www.cyfamplan.org/FamPlan/page.php?pageID=75>. Αντισύλληψη.

<http://www.femme.gr/gynecologist.htm>. Ο γυναικολόγος σου.

<http://health.in.gr/woman/narticle.asp?arcode=4772>

<http://www.world.gr/forum>. Ταμπού για τους νέους η χρήση προφυλακτικού.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΔΙΑΒΑΣΤΕ ΠΡΟΣΕΚΤΙΚΑ

Είμαστε προπτυχιακές φοιτήτριες στο τμήμα Νοσηλευτικής του ΑΤ.Ε.Ι Πάτρας. Η πτυχιακή μας υπό την επίβλεψη του Δρ. Ν. Μπακάλη, ερευνά τις απόψεις των πολιτών με σκοπό να πληροφορηθούμε τις απόψεις τους σχετικά με την αντισύλληψη σε Αθήνα και Πάτρα.

*Παρακαλούμε απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις, διαλέγοντας μία μόνο επιλογή.*

***Όλες οι απαντήσεις θα κρατηθούν αυστηρώς απόρρητες.***

Λαγού Παναγιώτα  
Παπαζώη Γεωργία

Ευχαριστούμε για τη βοήθειά σας!!!

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

### ΟΙ ΑΠΟΦΕΙΣ ΤΩΝ ΠΟΛΙΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ ΣΕ ΑΘΗΝΑ ΚΑΙ ΠΑΤΡΑ

Πιστεύετε ότι το προφυλακτικό προστατεύει από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα;

ναι

όχι

Χρησιμοποιείτε προφυλακτικό;

ναι

όχι

Αν απαντήσατε όχι δικαιολογήστε την απάντηση:

μειώνει την σεξουαλική ικανοποίηση

προκαλεί αλλεργία

είναι δαπανηρό

άλλος λόγος

Ποια μέθοδο αντισύλληψης χρησιμοποιείτε;

καμία

διακεκομμένη συνουσία

προφυλακτικό

κολπικά σπερματοκτόνα

χάπι

διάφραγμα

μέθοδος ρυθμού περιόδου

ενδομήτριο σπείραμα



**Ποια από τις παραπάνω μεθόδους θεωρείτε ότι προσφέρει τη μεγαλύτερη προστασία;**

**Με ποια κριτήρια επιλέγετε τη μέθοδο αντισύλληψης;**

- αποτελεσματικότητα
- έγκριση συντρόφου
- βαθμός αποδοχής
- ευκολία χρήσης

**Τι πιστεύετε ότι παρέχει ένα κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού;**

- συμβουλές για αντισυλληπτικές μεθόδους
- συμβουλές για υιοθεσία
- ψυχολογική και οικονομική υποστήριξη
- παρακίνηση για περιορισμό γεννήσεων
- παρακίνηση για αύξηση της τεκνοποίησης

**Ποια πιστεύετε ότι είναι η καλύτερη μέθοδος σεξουαλικής εκπαίδευσης;**

- μέσα από την οικογένεια
- στα σχολεία με σεμινάρια
- από ειδικούς εκπαιδευτικούς
- από διάφορα έντυπα που κυκλοφορούν

**Από πού πήρατε τις πρώτες σεξουαλικές γνώσεις;**

- τους γονείς
- το σχολείο
- τους φίλους
- τα βιβλία

## Δημογραφικά στοιχεία:

### Φύλο:

άρρεν

θήλυ

### Ηλικία:

15-20

20-30

άνω των 30 ετών

### Οικονομική κατάσταση:

κάτω από 5.000 €

6.000 €-12.000 €

13.000 €-25.000 €

μεγαλύτερο των 26.000 €

### Που κατατάσσετε το μορφωτικό σας επίπεδο;

δημοτικό

γυμνάσιο

λύκειο

ανώτατη εκπαίδευση

### Ποια είναι η επαγγελματική σας εμπειρία;

ελεύθερος επαγγελματίας

δημόσιος υπάλληλος

ιδιωτικός υπάλληλος

άνεργος

**Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;**

- έγγαμος
- άγαμος
- διαζευγμένος

**Αριθμός των τέκνων σας:**

- κανένα
- 1
- 2
- 2 και άνω