



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ  
UNIVERSITY OF WEST ATTICA

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΠΡΟΗΓΜΕΝΗ ΚΑΙ ΤΕΚΜΗΡΙΩΜΕΝΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ»

ΜΕΤΡΑ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΥΗΣΗΣ

ΜΙΑ ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Όνομα Φοιτητή : ΓΕΩΡΓΙΑΔΟΥ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ

Υπεύθυνη καθηγήτρια: ΠΑΤΕΛΑΡΟΥ ΕΥΡΥΔΙΚΗ

Αθήνα

Ιανουάριος 2024



**UNIVERSITY OF WEST ATTICA**

**Department of Public and Community Health**

SCHOOL OF HEALTH AND SCIENCE

DEPARTMENT OF MIDWIFERY

POSTGRADUATE STUDIES

**DIPLOMA THESIS**

**‘CONTRACEPTION MEASURES AND PREGNANCY  
TERMINATION’**

**GEORGIADOU PANAGIOTA**

**Registration number: 20013**

**Supervisor: PATELAROU EVRIDIKI**

Athens

JANUARY 2024



# ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ UNIVERSITY OF WEST ATTICA

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΠΡΟΗΓΜΕΝΗ ΚΑΙ ΤΕΚΜΗΡΙΩΜΕΝΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ»

## ΜΕΤΡΑ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΥΗΣΗΣ ΜΙΑ ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Η μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία εξετάστηκε επιτυχώς από την κάτωθι

**Εξεταστική Επιτροπή:**

**Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής συμπεριλαμβανομένου και του Εισηγητή**

A/a	ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ	ΒΑΘΜΙΑΔΑ/ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
1	ΠΑΤΕΛΑΡΟΥ ΕΥΡΥΔΙΚΗ	Καθηγήτρια Επιβλέπουσα	
2	ΛΥΚΕΡΙΔΟΥ ΑΙΚ/ΝΗ	Καθηγήτρια Μέλος	
3	ΣΑΡΑΝΤΑΚΗ ΑΝΤΙΠ ΟΝΗ	Αναπληρώτρια καθηγήτρια Μέλος	

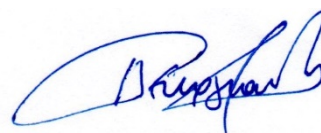
## ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Γεωργιάδου Παναγιώτα του Σωκράτη, με αριθμό μητρώου 20013 φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Προηγμένη και Τεκμηριωμένη Μαιευτική Φροντίδα του Τμήματος Μαιευτικής της Σχολής Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Ο/Η Δηλών/ούσα



## Ευχαριστίες

Η παρούσα διπλωματική πραγματοποιήθηκε με την καθοδήγηση της καθηγήτριας μου κας Πατελάρου Ευρυδίκης, την οποία θα ήθελα να ευχαριστήσω, καθώς και τις καθηγήτριες του μεταπτυχιακού για τις γνώσεις που μου μετέδωσαν.

Επιπλέον, ένα μεγάλο ευχαριστώ στις δύο φίλες ζωής και συναδέλφους, μαζί με τις οποίες εξελισσόμαστε και στηρίζουμε η μια την άλλη.

Το ίδιο βαθύ ευχαριστώ οφείλω στα άτομα της οικογένειας μου, τα οποία μου προσέφεραν την βοήθεια τους, ώστε να ολοκληρώσω αυτό το μεταπτυχιακό.

Τέλος και πάνω από όλους, θα ήθελα να ευχαριστήσω τα παιδιά μου, τα οποία μου δίνουν την ώθηση και την έμπνευση να εξελίσσομαι και να βελτιώνομαι, προσπαθώντας να αποτελώ παράδειγμα για αυτά.

## Περίληψη

Η παρούσα μελέτη διερεύνησε τη χρήση αντισυλληπτικών μέτρων σε σχέση με τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος, καθώς και τη συχνότητα διακοπής κύησης σε συνάρτηση με τα παραπάνω. Ειδικότερα, οι άξονες, οι οποίοι τέθηκαν προς διερεύνηση, όσον αφορά στα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά, ήταν το μορφωτικό επίπεδο, η ηλικία και η οικογενειακή κατάσταση.

Η πραγματοποίηση της μελέτης επιτεύχθηκε με την χρήση μαιευτικών-γυναικολογικών ιστορικών, μέσω καταγραφής των δεδομένων από τα αρχεία του Κέντρου Υγείας Αγίας Σοφίας Πειραιά της 2<sup>ης</sup> ΥΠΕ, τα οποία συνελέγησαν κατά την χρονική περίοδο Οκτώβριος 2019-Οκτώβριος 2021, στο τμήμα Οικογενειακού Προγραμματισμού της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, κατά την επίσκεψη των γυναικών για τον ετήσιο προληπτικό τους έλεγχο.

Δείγμα της παρούσας μελέτης, αποτέλεσαν γυναίκες ηλικίας 20-45 ετών, οι οποίες κατανοούσαν την ελληνική γλώσσα.

Στα βασικά ευρήματα της μελέτης μας, καταγράφηκε σημαντική τάση στη χρήση προφυλακτικού, ως μέτρο αντισύλληψης, καθώς και μειωμένη χρήση μεθόδων αναστρέψιμης αντισύλληψης μακράς διάρκειας. Επιπλέον, φάνηκε το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, η έγγαμη οικογενειακή κατάσταση, καθώς και η μεγαλύτερη ηλικία να αποτελούν καίριους παράγοντες στη μη χρήση αντισύλληψης.

Περαιτέρω, διαπιστώθηκε ότι σχεδόν 1 στις 4 γυναίκες είχαν προβεί σε διακοπή κύησης. Βασικοί παράγοντες, οι οποίοι σχετίζονται με το αναφερόμενο εύρημα, ήταν το χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης, η μη χρήση αντισύλληψης και η πρόωμη έναρξη σεξουαλικής ζωής.

Γενικότερα, διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες, οι οποίες ήταν πιο συνεπείς στον γυναικολογικό τους έλεγχο και την πρόληψη εν γένει, ακολουθούσαν και πιο υπεύθυνη στάση στην σεξουαλική τους πρακτική.

Συμπερασματικά, από τη μελέτη μας φάνηκε να αντιμετωπίζονται με σχετική δυσπιστία άλλες μέθοδοι αντισύλληψης, πέραν του προφυλακτικού, ενώ η χρήση αντισύλληψης, γενικότερα, φάνηκε να συμβάλλει στην αποφυγή διακοπής κύησης.

Τέλος, το μορφωτικό επίπεδο αποτέλεσε καθοριστικό παράγοντα, τόσο στην απόφαση χρήσης αντισύλληψης, όσο και στην διακοπή κύησης.

Συνολικά, η μελέτη μας υπογράμμισε την ανάγκη στοχευμένων δράσεων με σκοπό την ευρύτερη και ενδεδειγμένη ενημέρωση του γενικού πληθυσμού, σε θέματα σχετικά με την αντισύλληψη και την αποφυγή διακοπής κύησης, μέσω προγραμμάτων ευαισθητοποίησης, εξατομικευμένης συμβουλευτικής και βελτιωμένης πρόσβασης σε τμήματα, τα οποία ασχολούνται με την αναπαραγωγική υγεία, καθώς και συνεχή εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, προκειμένου να ελαχιστοποιούνται οι συναισθηματικές, σωματικές και κοινωνικές συνέπειες μετά από διακοπή κύησης.

Επιπλέον, μέσω της μελέτης μας κατέστη εμφανής η ανάγκη ενημέρωσης σχετικά με τις μεθόδους αναστρέψιμης αντισύλληψης μακράς διάρκειας, οι οποίες παρόλο που εμφανίζουν παγκοσμίως πολύ χαμηλά ποσοστά σε σχέση με την διακοπή κύησης, δεν φαίνεται να τυγχάνουν ευρείας αποδοχής, τόσο στην χώρα μας, όσο και παγκοσμίως.

**Λέξεις κλειδιά: αντισύλληψη, διακοπή κύησης, κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά**

## Abstract

The present paper explored the use of contraceptive measures in comparison to the socio-demographic characteristics of the sample, as well as the frequency of pregnancy termination in comparison to the above mentioned. In particular, the axes of investigation, as far as the socio-demographic characteristics are concerned, were the educational level, age and marital status.

The research was conducted with the use of the obstetric gynecological histories, by recording data from the archives of the Agia Sofia Piraeus Health Center of the 2<sup>nd</sup> Health Region, which were collected during the time period of October 2019- October 2021, at the Family Planning Department of the Primary Health Care, during women's visit for their annual checkup.

Subjects of the present research were women between 20-45 years of age, that comprehended the Greek language.

In the main conclusions of the research, significant preference of condoms, as a contraceptive measure was recorded and also reduced use of long acting reversible contraception measures.

In addition, low level of education, married marital status, as well as older age appeared to be key factors in not using contraception.

Furthermore, it was found that 1 in 4 women had terminated a pregnancy. Key factors related to the reported finding were the lower educational level, non contraceptive use and early onset of sexual life.

Generally, it was found that women, who were more consistent in their gynecological control and prevention in general, followed a more responsible attitude in their sexual practice.

In conclusion, from our study it appeared that other methods of contraception, besides the condom, were treated with relative distrust, while the use of contraception, in general, seemed to contribute to avoiding pregnancy termination.

Finally, the educational level was a determining factor, both in the decision to use contraception, and in the termination of pregnancy.



Overall, our research highlighted the need of targeted approaches, aiming to wider and thorough information of the general population regarding contraception issues and pregnancy termination avoidance, through awareness programs, personalized counseling and improved access to reproductive healthcare departments, as well as continuous education of health professionals, in order to minimize the emotional, physical and social consequences after pregnancy termination.

In addition, through our study, became apparent the need for information regarding long-acting reversible contraceptive methods, which although worldwide have very low rates in relation to pregnancy termination, do not seem to be widely accepted, both in our country and worldwide.

**Keywords: contraception, termination of pregnancy, socio-demographic characteristics**

## Περιεχόμενα

Ευχαριστίες .....	5
Περίληψη .....	6
Abstract .....	8
Κατάλογος Εικόνων .....	12
Κατάλογος Πινάκων.....	14
1.Εισαγωγή.....	15
2.Μέθοδοι αντισύλληψης.....	20
2.1 Μέθοδοι φραγμού.....	21
2.1.1 Ανδρικό προφυλακτικό.....	21
2.1.2 Γυναικείο προφυλακτικό.....	23
2.1.3 Κολπικά διαφράγματα.....	24
2.1.4 Τραχηλική καλύπτρα.....	25
2.2 Στεροποίηση.....	26
2.2.1 Στεροποίηση της γυναίκας.....	27
2.2.2 Στεροποίηση του άνδρα.....	29
2.3 Μέθοδοι που βασίζονται σε φαρμακευτικά σκευάσματα.....	30
2.3.1 Από του στόματος αντισυλληπτικά.....	31
2.3.2 Ορμονικές μέθοδοι μακράς διάρκειας.....	31
2.3.2.1 Ορμονικά εμφυτεύματα.....	32
2.3.2.2 Ορμονικές ενδομήτριες συσκευές.....	32
2.3.2.3 Ενέσιμα αντισυλληπτικά.....	33
2.3.2.4 Αντισυλληπτικά επιθέματα.....	33
2.3.3 Επείγουσα αντισύλληψη.....	34
3. Αποτελεσματικότητα της αντισύλληψης.....	35
4. Ηθική περί αντισύλληψης.....	37

5. Οικογενειακός προγραμματισμός και εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας.....	38
6. Διακοπή της κύησης.....	41
6.1 Χειρουργικές μέθοδοι.....	42
6.2 Φαρμακευτικές μέθοδοι.....	44
6.3 Λόγοι που οδηγούν στη μη ασφαλή διακοπή κύησης.....	45
7. Μεθοδολογία.....	49
7.1 Υλικό και μέθοδος.....	49
7.2 Διαδικασία συλλογής δεδομένων.....	49
7.3 Κριτήρια επιλογής δείγματος.....	50
7.4 Σκοπός της μελέτης.....	50
7.5 Επιμέρους στόχοι.....	50
7.6 Διασφάλιση προστασίας προσωπικών δεδομένων.....	51
7.7 Ανάλυση δεδομένων.....	51
8. Αποτελέσματα.....	52
8.1 Περιγραφικά αποτελέσματα.....	52
8.2 Μονοπαραγοντική ανάλυση.....	62
8.3 Πολυπαραγοντική ανάλυση.....	79
9. Συζήτηση.....	82
9.1 Κυριότερα ευρήματα.....	82
9.2 Συσχέτιση ευρημάτων με διεθνή και ξένη βιβλιογραφία.....	85
9.2.1 Επιλογή μεθόδου αντισύλληψης και προφίλ γυναικών.....	85
9.2.2 Μη χρήση αντισύλληψης.....	87
9.2.3 Διακοπή κύησης και χρήση αντισύλληψης.....	88
9.2.4 Επαναλαμβανόμενες διακοπές κύησης.....	90
9.2.5 Διακοπή κύησης και δημογραφικά στοιχεία.....	90

9.3 Πλεονεκτήματα και περιορισμοί της μελέτης.....	91
9.4 Μελλοντική έρευνα.....	92
9.5 Προτάσεις.....	93
9.6 Συμπεράσματα.....	94
Βιβλιογραφία.....	96
Παραρτήματα	
Ιστορικό Κέντρου Υγείας.....	120
Χορήγηση άδειας για τη διεξαγωγή της έρευνας.....	123

## Κατάλογος εικόνων

Εικόνα 1: Τεχνική τοποθέτησης του ανδρικού προφυλακτικού στο πέος.....	22
Εικόνα 2: Απεικόνιση του γυναικείου προφυλακτικού και του τρόπου εφαρμογής του.....	23
Εικόνα 3: Απεικόνιση της τραχηλικής καλύπτρας και του τρόπου εφαρμογής της...	26
Εικόνα 4: Λαπαροσκοπική απολίνωση σαλπίγγων με δακτυλίους, κλιπ και ηλεκτροκαυτηριασμό.....	27
Εικόνα 5: Υστεροσκοπική απολίνωση σαλπίγγων.....	28
Εικόνα 6: Απεικόνιση της βαζεκτομής ως μέθοδος στειροποίησης του άνδρα.....	29
Εικόνα 7: Αντισυλληπτικό ορμονικό εμφύτευμα.....	32
Εικόνα 8: Ορμονική ενδομήτρια συσκευή.....	33
Εικόνα 9: Αντισυλληπτικά επιθέματα.....	34
Εικόνα 10: Επίπεδο εκπαίδευσης συμμετεχουσών.....	53
Εικόνα 11: Επάγγελμα συμμετεχουσών.....	53

Εικόνα 12: Ηλικία 1 <sup>ης</sup> σεξουαλικής επαφής.....	55
Εικόνα 13: Γράφημα εμμήνου ρύσεως.....	55
Εικόνα 14: Γράφημα HPV εμβολιασμού.....	57
Εικόνα 15: Γράφημα οικογενειακού ιστορικού καρκίνου .....	58
Εικόνα 16: Γράφημα χρόνιων νοσημάτων .....	59
Εικόνα 17: Ραβδόγραμμα καπνιστικής συνήθειας συμμετεχουσών .....	59
Εικόνα 18: Γράφημα αντισυλληπτικών μεθόδων .....	61
Εικόνα 19: Γράφημα ηλικίας / μεθόδου αντισύλληψης.....	64
Εικόνα 20: Γράφημα οικ. κατάστασης /μεθόδου αντισύλληψης .....	64
Εικόνα 21: Γράφημα εκπαίδευσης /μεθόδου αντισύλληψης.....	65
Εικόνα 22: Γράφημα HPV εμβολιασμού /μεθόδου αντισύλληψης.....	69
Εικόνα 23: Γράφημα χειρουργικών επεμβάσεων/ μεθόδου αντισύλληψης.....	69
Εικόνα 24: Διάγραμμα αριθμού κύσεων/ μεθόδου αντισύλληψης.....	71
Εικόνα 25: Διάγραμμα αριθμού τοκετών/ μεθόδων αντισύλληψης.....	71
Εικόνα 26: Διάγραμμα διακοπής κύησης/ χρήση αντισύλληψης.....	72
Εικόνα 27: Διάγραμμα αποτυχίας μεθόδου αντισύλληψης/ διακοπής κύησης.....	75
Εικόνα 28 : Διάγραμμα μεθόδου αντισύλληψης/ επαναλαμβανόμενης διακοπή.....	76
Εικόνα 29: Διάγραμμα ηλικίας εμμηναρχής/ αριθμός διακοπών κύησης.....	77
Εικόνα 30: Διάγραμμα έναρξης σεξ. ζωής / αριθμός διακοπών κύησης.....	78

## Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1: Δημογραφικά χαρακτηριστικά.....	52
Πίνακας 2: Στοιχεία γυναικολογικού ιστορικού.....	54
Πίνακας 3: Εξετάσεις συμμετεχουσών και HPV εμβολιασμός.....	56
Πίνακας 4: Οικογενειακό ιστορικό, χρόνια νοσήματα, κάπνισμα, αλκοόλ.....	57
Πίνακας 5: Μαιευτικό ιστορικό .....	60
Πίνακας 6: Αντισυλληπτικές μέθοδοι.....	61
Πίνακας 7: Ποσοστά διακοπής κύησης.....	62
Πίνακας 8: Συσχέτιση μεθόδων αντισύλληψης / δημογραφικών χαρακτηριστικών...62	
Πίνακας 9: Επίπεδο μόρφωσης και έναρξη σεξουαλικής ζωής.....	66
Πίνακας 10: Συσχέτιση οικ. ιστορικού, χρόνιων νοσημάτων, αλλεργιών, καπνίσματος, αλκοόλ / μεθόδων αντισύλληψης.....	66
Πίνακας 11: Συσχέτιση γυναικολογικού ιστορικού / μεθόδων αντισύλληψης.....	67
Πίνακας 12: Συσχέτιση μαιευτικού ιστορικού / μεθόδου αντισύλληψης.....	70
Πίνακας 13: Συσχέτιση διακοπής κύησης με αντισύλληψη και δημογραφικά.....	72
Πίνακας 14: Συσχέτιση μόρφωσης / αντισύλληψης/ διακοπής κύησης.....	74
Πίνακας 15: Επαναλαμβανόμενη διακοπή κύησης και αντισύλληψη.....	75
Πίνακας 16: Ηλικία εμμηναρχής και διακοπή κύησης.....	76
Πίνακας 17: Έναρξη σεξουαλικής ζωής και διακοπή κύησης.....	77
Πίνακας 18: Προφυλακτικό vs καμία προφύλαξη .....	79
Πίνακας 19: Αντισυλληπτικά δισκία ή/και σπιράλ vs καμία αντισύλληψη.....	80
Πίνακας 20: Συσχέτιση διακοπής κύησης / οικογενειακής, εργασιακής κατάστασης, εκπαιδευτικού επιπέδου.....	80

## 1. Εισαγωγή

Τα θέματα της αντισύλληψης και της διακοπής κύησης αποτελούν δύο σημαντικές πτυχές στο ευρύτερο πεδίο της αναπαραγωγικής υγείας. Η αντισύλληψη αναφέρεται στη σκόπιμη χρήση διαφόρων μεθόδων για την πρόληψη ακούσιων κυήσεων, επιτρέποντας στα άτομα να ασκούν έλεγχο στις αναπαραγωγικές επιλογές τους. Από την άλλη πλευρά, ο τερματισμός της εγκυμοσύνης, περιλαμβάνει τη σκόπιμη διακοπή της εγκυμοσύνης, είτε μέσω ιατρικών διαδικασιών, είτε μέσω φαρμακευτικής αγωγής. Αυτά τα δύο θέματα είναι στενά συνδεδεμένα, καθώς και τα δύο περιστρέφονται γύρω από τις επιλογές και τις αποφάσεις των ατόμων, σχετικά με την αναπαραγωγική τους ζωή. (Cleland,2020)

Τα μέτρα αντισύλληψης διαδραματίζουν κρίσιμο ρόλο στην ενδυνάμωση των ατόμων, ιδιαίτερα των γυναικών, παρέχοντάς τους τα μέσα για να προγραμματίσουν την εγκυμοσύνη τους σύμφωνα με τις προτιμήσεις τους. Αυτά τα μέτρα περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα επιλογών, συμπεριλαμβανομένων μεθόδων φραγμού (όπως προφυλακτικά και διαφράγματα), ορμονικών μεθόδων (όπως αντισυλληπτικά χάπια και επιθέματα), ενδομήτριες συσκευές (IUD) και μόνιμων μεθόδων, όπως η στείρωση. Χρησιμοποιώντας αποτελεσματικά αυτές τις μεθόδους αντισύλληψης, τα άτομα μπορούν να μειώσουν σημαντικά τον κίνδυνο ακούσιας εγκυμοσύνης και την ανάγκη για μετέπειτα απόφαση διακοπής της.( Finer et al.,2016) Έρευνα που διεξήχθη σε αναπτυσσόμενες χώρες, κατέδειξε μείωση στον κίνδυνο μητρικής θνησιμότητας κατά 26%, με την προώθηση της χρήσης αντισύλληψης.(Cleland et al, 2012)

Ενώ, σύμφωνα με έρευνα που έγινε στη Σκωτία, 1 στις 13 γυναίκες που τεκνοποίησε και έμεινε έγκυος ξανά, εντός ενός έτους , προχώρησε σε διακοπή κύησης, κάτι που θα μπορούσε να αποφευχθεί με τη χρήση αντισυλληπτικών μέτρων.(Heller et al, 2016)

Ωστόσο, παρά τη διαθεσιμότητα και την αποτελεσματικότητα της αντισύλληψης, μπορεί να προκύψουν ακούσιες εγκυμοσύνες για διάφορους λόγους, όπως αποτυχία της μεθόδου, ασυνεπής ή εσφαλμένη χρήση αντισυλληπτικών, έλλειψη πρόσβασης σε κατάλληλες υπηρεσίες και άλλες συνθήκες. Σε τέτοιες περιπτώσεις, τα άτομα μπορεί να βρεθούν αντιμέτωπα με την απόφαση, εάν θα προχωρήσουν στην εγκυμοσύνη ή θα εξετάσουν τη διακοπή ως επιλογή. Η διακοπή της εγκυμοσύνης είναι ένα περίπλοκο

και άκρως σημαντικό θέμα υπό συζήτηση, που περιλαμβάνει νομικές, ηθικές, θρησκευτικές και προσωπικές εκτιμήσεις. (Sedgh et al.,2014)

Σύμφωνα με έρευνα , η οποία διενεργήθηκε στην Αμερική, περίπου το 40% των μη προγραμματισμένων κυήσεων καταλήγουν σε διακοπή, ενώ το ποσοστό που οδηγείται τελικά σε γέννηση του παιδιού στις ηλικίες 15-44 κυμαίνεται περίπου στο 2,5%. Το 2011 το 45% των κυήσεων ήταν ανεπιθύμητες.( Finer et al.,2016)

Παγκοσμίως, τα ποσοστά της διακοπής ανεπιθύμητης κύησης κυμαίνονται περίπου στα ίδια επίπεδα (50%), η επιλογή όμως διατήρησης της κύησης φαίνεται να αγγίζει το 38%, γεγονός που θα μπορούσε να αποδοθεί στην διαφορετικότητα των κοινωνιών και των αντιλήψεων ανά τον κόσμο. . (Sedgh et al.,2014)

Σε όλη την ιστορία, οι κοινωνίες είχαν διαφορετικές απόψεις σχετικά με τα μέτρα αντισύλληψης και τη διακοπή της εγκυμοσύνης, οδηγώντας σε συνεχείς συζητήσεις παγκοσμίως. Αυτές οι συζητήσεις δεν περιλαμβάνουν μόνο ιατρικές και επιστημονικές προοπτικές, αλλά και κοινωνικό πολιτισμικές, ηθικές και νομικές διαστάσεις.

Η κατανόηση της πολυπλοκότητας που περιβάλλει αυτά τα θέματα είναι απαραίτητη για τα άτομα ως μονάδα, τους επαγγελματίες υγείας, τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής και την κοινωνία στο σύνολό της για να περιηγηθούν σε αυτό το έδαφος με ενσυναίσθηση, σεβασμό και γνώση βασισμένη σε στοιχεία. (Bearak et al.,2020)

Τα μέτρα αντισύλληψης αποτελούν σημαντικό κομμάτι της αναπαραγωγικής υγειονομικής περίθαλψης για δεκαετίες, διαδραματίζοντας καθοριστικό ρόλο στην δυνατότητα των ατόμων να αναλάβουν τον έλεγχο της αναπαραγωγικής τους ζωής. Παρέχοντας στα άτομα τη γνώση και τα εργαλεία για την πρόληψη ακούσιων κυήσεων, τα αντισυλληπτικά μέτρα έχουν συμβάλει στη μείωση των ποσοστών μητρικής και βρεφικής θνησιμότητας, προωθώντας την δυνατότητα των γυναικών, να αδράξουν τις ευκαιρίες στην εκπαίδευση και την επαγγελματική ζωή και δίνοντας τη ευκαιρία στα άτομα να κάνουν επιλογές που ευθυγραμμίζονται με τα σχέδια και τους στόχους της ζωής τους. Επιπλέον, η πρόσβαση σε αξιόπιστη αντισύλληψη έχει αποδειχθεί ότι βελτιώνει τη συνολική οικογενειακή ευημερία, συμπεριλαμβανομένης της ικανότητας να καλύπτονται οι ανάγκες των παιδιών και να υποστηρίζεται η υγιής ανάπτυξή τους. (World Health Organization, 2019).



Έρευνα που διεξήχθη μεταξύ του 2015-2019 ανέδειξε το γεγονός ότι, αφενός έχει μειωθεί παγκοσμίως ο αριθμός ανεπιθύμητων κήσεων, αφετέρου έχει αυξηθεί το ποσοστό που καταλήγει τελικά σε διακοπή.(Bearak et al, 2020)

Η διαθεσιμότητα και η προσβασιμότητα των μέτρων αντισύλληψης ποικίλλει σε διαφορετικές περιοχές και χώρες, επηρεαζόμενες από παράγοντες όπως οι πολιτισμικοί κανόνες, οι κοινωνικοοικονομικές συνθήκες, οι θρησκευτικές πεποιθήσεις και τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης. Σε ορισμένες χώρες, τα ολοκληρωμένα προγράμματα σεξουαλικής εκπαίδευσης και ένα ευρύ φάσμα επιλογών αντισύλληψης είναι εύκολα προσβάσιμα, επιτρέποντας στα άτομα να κάνουν συνειδητές επιλογές με βάση την προσωπική τους κατάσταση. Ωστόσο, σε άλλες περιοχές, η περιορισμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες σχετικά με την αντισύλληψη, η έλλειψη ευαισθητοποίησης ή ο κοινωνικός στιγματισμός, μπορεί να εμποδίσουν την ικανότητα των ατόμων να ασκήσουν αποτελεσματικά τα αναπαραγωγικά τους δικαιώματα. Η γεφύρωση αυτών των κενών και η διασφάλιση της καθολικής πρόσβασης σε υψηλής ποιότητας υπηρεσίες αντισύλληψης είναι μια διαρκής πρόκληση που απαιτεί συνεργασία μεταξύ των κυβερνήσεων, των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης, των ΜΚΟ και άλλων ενδιαφερόμενων μερών. (World Health Organization, 2019).

Ετησίως, περίπου 20 εκατομμύρια αμβλώσεις διενεργούνται από άτομα που δεν έχουν τις απαραίτητες γνώσεις και αυτό έχει ως αποτέλεσμα τον θάνατο περίπου 68000 γυναικών.(Grimes et al, 2006)

Ενώ τα αντισυλληπτικά μέτρα στοχεύουν στην πρόληψη ανεπιθύμητων κήσεων, μπορεί να προκύψουν περιπτώσεις, όπου τα άτομα βρίσκονται αντιμέτωπα με την απόφαση διακοπής της εγκυμοσύνης. Οι λόγοι για το ενδεχόμενο τερματισμού είναι πολύπλευροι και μπορεί να περιλαμβάνουν παράγοντες όπως προσωπικές συνθήκες, κίνδυνοι για την υγεία της μητέρας ή του εμβρύου, εμβρυϊκές ανωμαλίες ή περιπτώσεις σεξουαλικής βίας. Η απόφαση τερματισμού μιας κήσης είναι συχνά συναισθηματικά περίπλοκη και βαθιά προσωπική, υπογραμμίζοντας την ανάγκη για συμπονετική και μη επικριτική υποστήριξη από επαγγελματίες υγείας, συμβούλους και αγαπημένα πρόσωπα. (Grimes et al.,2006)

Η διακοπή της εγκυμοσύνης παραμένει ένα πολυσυζητημένο και βαθιά φορτισμένο θέμα σε πολλές κοινωνίες. Οι νόμοι και οι κανονισμοί σχετικά με τις αμβλώσεις ποικίλλουν σημαντικά σε όλο τον κόσμο, από αυστηρές απαγορεύσεις, έως πιο

φιλελεύθερα πλαίσια που δίνουν προτεραιότητα στην αναπαραγωγική αυτονομία των γυναικών. Οι συζητήσεις γύρω από τον τερματισμό συχνά περιλαμβάνουν ερωτήσεις σχετικά με το πότε αρχίζει η προσωποποίηση, τα δικαιώματα του εμβρύου, το ρόλο της κυβέρνησης στη ρύθμιση των αναπαραγωγικών επιλογών και τον πιθανό αντίκτυπο στη σωματική και ψυχική υγεία των γυναικών. Η εξισορρόπηση των αναγκών και των δικαιωμάτων των ατόμων που αναζητούν τερματισμό με τα ευρύτερα κοινωνικά πιστεύω είναι μια διαρκής πρόκληση για τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής, τους νομοθέτες και τους υποστηρικτές, που προσπαθούν να δημιουργήσουν δίκαια και χωρίς αποκλεισμούς συστήματα αναπαραγωγικής υγειονομικής περίθαλψης. (Jones et al, 2017)

Στις μέρες μας, η συμβουλευτική σε θέματα αναπαραγωγής, έχει καλλιεργήσει το έδαφος, ώστε να υπάρχει κατάλληλη ενημέρωση σχετικά με την πιθανότητα εγκυμοσύνης και τους πιθανούς κινδύνους σε περίπτωση τερματισμού της.(Skogsdal et al, 2019; Turner et al, 2018)

Παρόλα αυτά, ακόμη και σήμερα καταγράφεται παγκοσμίως μεγάλος αριθμός ανεπιθύμητων κυήσεων. Πρόσφατη μελέτη στην Αμερική σχετικά με τη λήψη μέτρων αντισύλληψης, πραγματοποιήθηκε στηριζόμενη στο γεγονός ότι σχεδόν οι μισές εγκυμοσύνες είναι ανεπιθύμητες, ειδικά στις φτωχότερες πληθυσμιακές ομάδες.(Quinn et al, 2020)

Άλλη έρευνα που διεξήχθη στην Αμερική και στην Αγγλία διαπιστώνει μεγάλο αριθμό ανεπιθύμητων κυήσεων σε έφηβες γυναίκες, αν και έχει σημειωθεί πτωτική τάση. (Scott et al, 2020)

Ειδικά, όσον αφορά σε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η πρόσβαση σε συμβουλευτική/ενημέρωση πάνω σε θέματα αντισύλληψης και αναπαραγωγικής υγείας, χρήζει βελτίωσης, καθώς πολλές από αυτές τις χώρες δεν έχουν αναπτύξει ένα σύστημα που να διασφαλίζει στους εφήβους την μη ταυτόχρονη ενημέρωση και των γονέων τους, γεγονός που λειτουργεί ως τροχοπέδη στην αναζήτηση σωστής πληροφόρησης. (Michaud et al, 2020)

Γενικότερα , φαίνεται πως οι γυναίκες οι οποίες ξεκίνησαν νωρίς τη σεξουαλική τους ζωή και έχουν συχνή εναλλαγή συντρόφων, καταλήγουν συχνότερα σε μη επιθυμητή εγκυμοσύνη.(Krepelka et al, 2020) Καθοριστικό ρόλο στη χρήση μέτρων

αντισύλληψης, αποτελούν σαφώς, το εκάστοτε επίπεδο μόρφωσης, η οικονομική κατάσταση, τα θρησκευτικά πιστεύω και οι ειδικότερες αντιλήψεις κάθε κοινωνίας. (Makenzius et al, 2019; Rizvi et al, 2019; Scott et al, 2017; Kocourkova, 2016)

Σε συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες, όπως για παράδειγμα οι Ρομά, η αντισύλληψη και η αποφυγή εγκυμοσύνης φαίνεται να αποτελεί ευθύνη αποκλειστικά των γυναικών, ενώ σε χώρες χαμηλού βιοτικού επιπέδου, μελέτη έδειξε ότι υπάρχει υψηλή συσχέτιση ανάμεσα στα ταμπού που υπάρχουν σχετικά με την αντισύλληψη και την άμβλωση. (Asensio et al, 2019; Meurice et al, 2021)

Άλλη μελέτη καταδεικνύει ότι ένα μεγάλο ποσοστό γυναικών που δεν ακολουθούν κάποια αντισυλληπτική μέθοδο, καταλήγουν σε μη επιθυμητή κύηση. (Bishwajit et al, 2017) Οι λόγοι που οδηγούν ακόμη και σήμερα τις γυναίκες σε τεχνητή διακοπή της κύησης είναι ποικίλοι. Σε πολλές περιπτώσεις, ο στιγματισμός της γυναίκας, είναι αυτός που την οδηγεί σε αυτήν την απόφαση. (Jayaweera et al, 2018; Adesse et al, 2016)

Σημαντικό ρόλο παίζουν επίσης, η οικογενειακή κατάσταση των γυναικών και η πιθανή οικονομική δυσχέρεια, ενώ η προηγούμενη διακοπή κύησης και η μεγαλύτερη ηλικία της γυναίκας, φαίνεται να δημιουργούν δεύτερες σκέψεις όσον αφορά στην απόφαση τερματισμού μιας εγκυμοσύνης. (Tilahun et al, 2017)

Δεδομένου ότι στην εποχή μας υπάρχει μεγάλη δυνατότητα πληροφόρησης, θα ήταν σημαντικό οι γυναίκες να απευθύνονται σε κατάλληλους επαγγελματίες που θα τους παρέχουν άρτια ενημέρωση σχετικά με την ενδεδειγμένη μέθοδο αντισύλληψης και την αποφυγή διακοπής κύησης, καθώς και των ψυχολογικών και άλλων συνεπειών που αυτή μπορεί να επιφέρει.

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, το 2008 παγκοσμίως έλαβαν χώρα περίπου 22 εκατομμύρια εκτρώσεις με μη ασφαλή τρόπο, με αποτέλεσμα τον θάνατο 47.000 γυναικών, γεγονός που θα μπορούσε να αποφευχθεί, αν η διαδικασία γινόταν με νόμιμο τρόπο, σε στελεχωμένες με επαγγελματίες υγείας δομές. Σχεδόν όλες οι παράνομες εκτρώσεις συμβαίνουν στις αναπτυσσόμενες χώρες. (Shah & Ahman, 2010)

Οι παράγοντες που παίζουν ρόλο στην ασφάλεια των εκτρώσεων, όπως η μέθοδος που χρησιμοποιείται και η ηλικία της εγκυμονούσας σχετίζονται σε μεγάλο βαθμό με τις υφιστάμενες κοινωνικές συνθήκες, συμπεριλαμβανομένων της διαθεσιμότητας

των υπηρεσιών υγείας αλλά και της νομιμότητας της λειτουργίας όπου πραγματοποιούνται οι εκτρώσεις, το στιγματισμό, τη δυνατότητα ενημέρωσης των ενδιαφερομένων, την ηλικία και το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο.

Νεαρές κοπέλες, χαμηλού οικονομικού επιπέδου, συχνά έχουν δυσκολία στην προσέγγιση ασφαλών συνθηκών με αποτέλεσμα αρνητικές συνέπειες. 41% των μη ασφαλών εκτρώσεων αφορούν έφηβες- γυναίκες 15-24 ετών.

Στις επόμενες ενότητες, θα εμβαθύνουμε στις διάφορες διαθέσιμες μεθόδους αντισύλληψης, τους μηχανισμούς δράσης τους, τα ποσοστά αποτελεσματικότητας και τις πιθανές παρενέργειες. Θα διερευνήσουμε επίσης, τις διάφορες μεθόδους διακοπής της εγκυμοσύνης, συμπεριλαμβανομένων τόσο των χειρουργικών όσο και των ιατρικών διαδικασιών, τους κινδύνους που αυτές ενέχουν, τους λόγους που οδηγούν σε μια μη ασφαλή διακοπή κύησης και θα συζητήσουμε τα νομικά πλαίσια και τις κοινωνικές προεκτάσεις γύρω από την άμβλωση σε διάφορα μέρη του κόσμου. Μέσω αυτής της εξερεύνησης, στοχεύουμε να συμβάλλουμε στη λεπτή κατανόηση αυτών των θεμάτων, να προωθήσουμε την ενσυναίσθηση και τον σεβασμό για διαφορετικές οπτικές και να καλλιεργήσουμε το έδαφος για ενημερωμένες και ουσιαστικές συζητήσεις σχετικά με την αναπαραγωγική υγεία και τις διαθέσιμες επιλογές.

## 2. Μέθοδοι Αντισύλληψης

Ως αντισύλληψη ορίζεται η σκόπιμη χρήση διαφόρων μεθόδων, τεχνικών ή συσκευών για την πρόληψη της εγκυμοσύνης, παρεμποδίζοντας τη διαδικασία της σύλληψης, της γονιμοποίησης ενός ωαρίου ή/και της εμφύτευσής αυτού. Προκειμένου να επιτευχθεί μια επιτυχής αντισύλληψη, συνήθως πραγματοποιείται επιλογή περισσότερων από μία αντισυλληπτικών μεθόδων, οι οποίες θα πρέπει να εφαρμόζονται ορθώς από το ζευγάρι.

Αυτές οι μέθοδοι μπορεί να περιλαμβάνουν φυσικά εμπόδια, όπως προφυλακτικά ή διαφράγματα, ορμονικές μεθόδους, όπως αντισυλληπτικά χάπια ή επιθέματα, ενδομήτριες συσκευές ή διαδικασίες στείρωσης, όπως απολίνωση των σαλπίγγων ή βαζεκτομή. Κάποιες από τις μεθόδους αυτές, σχετίζονται με την εφαρμογή της αντισυλληπτικής μεθόδου στη γυναίκα και άλλες στον άνδρα. Μερικές από αυτές

στηρίζονται στην τροποποίηση της φάσης του κύκλου και των ορμονών, όπως είναι τα φαρμακευτικά σκευάσματα και άλλες σε μηχανικές μεθόδους. Σημαντική προϋπόθεση για τη χρήση και εφαρμογή κάθε μίας μεθόδου είναι να αποτελεί ένα ασφαλές μέσο και να μην ενέχει κάποια πιθανότητα για εμφάνιση παρενεργειών.

## 2.1 Μέθοδοι φραγμού

Οι μέθοδοι φραγμού λειτουργούν εμποδίζοντας φυσικά το σπέρμα να φτάσει στο ωάριο, παρεμποδίζοντας έτσι τη γονιμοποίηση. Αυτές οι μέθοδοι δημιουργούν ένα φράγμα μεταξύ του σπέρματος και του τραχήλου της μήτρας, είτε με τη χρήση μιας συσκευής φραγμού, είτε με την εφαρμογή σπερματοκτόνου. Είναι γενικά εύκολα προσβάσιμες και προσιτές σε όλους, ενώ εμφανίζουν ελάχιστες παρενέργειες. Ένα από τα μεγαλύτερα πλεονεκτήματα τους είναι ότι δεν διαταράσσουν την ορμονική ισορροπία τους σώματος. Ωστόσο, είναι ιδιαίτερα σημαντικό να ακολουθούνται οι οδηγίες χρήσης και φύλαξής τους, ώστε να διασφαλίζεται η αποτελεσματικότητά τους. Αξίζει επίσης να σημειωθεί ότι οι μέθοδοι φραγμού, αν και είναι αποτελεσματικές στην πρόληψη της εγκυμοσύνης και της μετάδοσης των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων (ΣΜΝ), ενδέχεται να μην παρέχουν πλήρη προστασία έναντι ορισμένων ΣΜΝ. (Gilliam & Derman, 2000).

### 2.1.1 Ανδρικό προφυλακτικό

Τα ανδρικά προφυλακτικά (εικ.1) είναι μια δημοφιλής και ευρέως χρησιμοποιούμενη μορφή αντισύλληψης. Κατασκευάζονται από λάτεξ, πολουρεθάνη ή άλλα υλικά και η χρήση τους κατά τη σεξουαλική επαφή συμβάλει στην πρόληψη της εγκυμοσύνης και τη μείωση του κινδύνου ΣΜΝ (Stover et al., 2017).

Η χρήση προφυλακτικών για αντισύλληψη και πρόληψη ασθενειών έχει μακρά ιστορία που χρονολογείται χιλιάδες χρόνια πριν. Τα πρώτα στοιχεία για συσκευές που μοιάζουν με προφυλακτικά μπορούν να εντοπιστούν στους αρχαίους πολιτισμούς. Για παράδειγμα, οι αρχαίοι Αιγύπτιοι χρησιμοποιούσαν λινές θήκες, ως προστασία κατά τη

σεξουαλική επαφή. Παρόμοιες πρακτικές βρέθηκαν στην αρχαία Ρώμη, όπου τα έντερα των ζώων ή η ουροδόχος κύστη χρησιμοποιούνταν ως θήκη.

Το σύγχρονο προφυλακτικό, όπως το ξέρουμε, άρχισε να εμφανίζεται κατά την περίοδο της Αναγέννησης. Τον 16ο αιώνα, ο ανατόμος Gabriele Falloppio περιέγραψε ένα λινό περίβλημα εμποτισμένο με ένα χημικό διάλυμα που θα μπορούσε να αποτρέψει τη σύφιλη. Αυτά τα πρώιμα προφυλακτικά ήταν τυπικά επαναχρησιμοποιήσιμα και δεμένα στη θέση τους με μια κορδέλα (Mortazavi et al., 2013). Ο 19ος αιώνας σηματοδότησε μια σημαντική αλλαγή με την ανακάλυψη και τη μαζική παραγωγή του καουτσούκ. Στη δεκαετία του 1840, ο Charles Goodyear εφηύρε μια μέθοδο, καθιστώντας το καουτσούκ πιο ελαστικό και ανθεκτικό. Αυτό οδήγησε στην παραγωγή προφυλακτικών από καουτσούκ, τα οποία ήταν πιο αποτελεσματικά και άνετα από τις προηγούμενες εκδόσεις (Bullough, 1981). Στις αρχές του 20ου αιώνα αναπτύχθηκε το λατέξ, ένα υλικό που πρόσφερε βελτιωμένη αντοχή, ευελιξία και προσιτή τιμή. Τα προφυλακτικά από λατέξ διαδόθηκαν ευρέως και παραμένουν τα πιο κοινά μέχρι και σήμερα.

Όταν χρησιμοποιούνται σωστά και με συνέπεια, τα ανδρικά προφυλακτικά είναι μια αποτελεσματική μέθοδος αντισύλληψης



Εικόνα 1: Τεχνική τοποθέτησης του ανδρικού προφυλακτικού στο πέος.

Τα λιπαντικά με βάση το λάδι (όπως η βαζελίνη ή τα λάδια μασάζ) θα πρέπει να αποφεύγονται, καθώς μπορούν να αποδυναμώσουν τα προφυλακτικά από λάτεξ και να αυξήσουν τον κίνδυνο θραύσης (Warner & Stone, 2007).

## 2.1.2 Γυναικείο προφυλακτικό

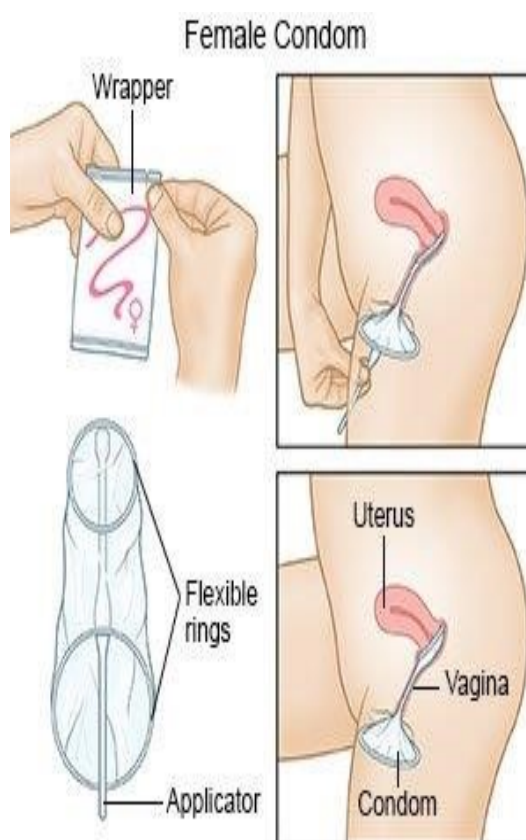
Τα γυναικεία προφυλακτικά (εικόνα 2), επίσης γνωστά ως εσωτερικά προφυλακτικά, είναι μια μορφή αντισύλληψης, που έχει σχεδιαστεί για να εισάγεται στον κόλπο πριν από τη σεξουαλική επαφή. Τα γυναικεία προφυλακτικά κατασκευάζονται συνήθως από πολυουρεθάνη ή νιτρίλιο. (“The Female Condom: Tool for Women’s Empowerment,” 2000).

Τα γυναικεία προφυλακτικά εισάγονται στον κόλπο πριν από τη σεξουαλική επαφή.

Τα περισσότερα είναι προλιπαινόμενα για να ενισχύσουν την άνεση και να μειώσουν την τριβή κατά τη σεξουαλική επαφή (Gallo et al., 2012).

Όταν χρησιμοποιούνται σωστά και με συνέπεια, τα γυναικεία προφυλακτικά είναι μια αποτελεσματική μέθοδος αντισύλληψης, με παρόμοιο ποσοστό αποτελεσματικότητας με τα ανδρικά προφυλακτικά. Παρέχουν επίσης προστασία από ΣΜΝ. Όπως τα ανδρικά προφυλακτικά, η αποτελεσματικότητά τους μπορεί να ποικίλλει ανάλογα με παράγοντες, όπως η σωστή χρήση και η πιθανή βλάβη στο προφυλακτικό (Gallo et al., 2012).

Εικόνα 2: Απεικόνιση του γυναικείου προφυλακτικού και του τρόπου εφαρμογής του.



### 2.1.3 Κολπικά Διαφράγματα

Το διάφραγμα είναι μια ρηχή συσκευή σε σχήμα θόλου κατασκευασμένη από σιλικόνη ή λατέξ και αποτελεί μέθοδο αντισύλληψης που παρεμποδίζει τη γονιμοποίηση (Tagg, 1995).

Η σωστή χρήση προϋποθέτει την παραμονή του διαφράγματος στη θέση του για έξι ώρες μετά την επαφή. Ωστόσο, η παραμονή του δεν θα πρέπει να πραγματοποιείται για περισσότερες από τις 24 ώρες.

Η μέθοδος αντισύλληψης δεν περιλαμβάνει την ορμονική τροποποίηση του κύκλου της γυναίκας και επίσης είναι αναστρέψιμη, καθώς μπορεί να αφαιρεθεί ανά πάσα στιγμή. (“How to Use the Diaphragm.,” 1994).

Με την προϋπόθεση ότι χρησιμοποιείται σωστά και με συνέπεια, το κολπικό διάφραγμα σε συνδυασμό με σπερματοκτόνο θεωρείται μέτρια αποτελεσματικό για την πρόληψη της εγκυμοσύνης. Το ποσοστό αποτυχίας του υπολογίζεται περίπου στο 12%.

Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι ενώ το κολπικό διάφραγμα είναι αποτελεσματικό στην πρόληψη της εγκυμοσύνης, δεν παρέχει προστασία από ΣΜΝ. Εάν ο κίνδυνος επαφής με ΣΜΝ είναι αυξημένος, συνιστάται η χρήση μιας μεθόδου φραγμού, όπως τα προφυλακτικά, εκτός από το διάφραγμα (Allen, 2004).

Σχετικά με την ανάπτυξη των κολπικών διαφραγμάτων φαίνεται πως κατά τον 19ο αιώνα ένας Γερμανός γυναικολόγος, ο Wilhelm P. J. Mensinga, σχεδίασε μια από τις αρχικές εκδοχές του σημερινού κολπικού διαφράγματος. Εκείνη η εκδοχή του, αποτελούνταν από έναν άκαμπτο δακτύλιο καλυμμένο με μια μαλακή μεμβράνη από ζωικό ιστό.

Η σύγχρονη εκδοχή του κολπικού διαφράγματος, όπως αυτό είναι εμπορικά διαθέσιμο σήμερα, ξεκίνησε τον 20<sup>ο</sup> αιώνα. Πιο συγκεκριμένα, κατά τη δεκαετία του 1920, ένας γυναικολόγος, ο Dr. Ernst Gräfenberg, σχεδίασε μια αντισυλληπτική συσκευή από καουτσούκ, η οποία έλαβε την επωνυμία «δακτύλιος Gräfenberg». Η συγκεκριμένη συσκευή κολπικού διαφράγματος, αποτελείται από μια κυκλική ελαστική μεμβράνη συνδεδεμένη σε ένα εύκαμπτο μεταλλικό ελατήριο. Η σημαντική εμπορική διάθεση του συγκεκριμένου τρόπου αντισύλληψης και η χρησιμοποίησή του ευρέως



πραγματοποιήθηκε κατά τα έτη 1950-1970. Η δημοφιλία της συγκεκριμένης συσκευής οφειλόταν και στην αποτελεσματικότητά της, ως επιλογή μεθόδου αντισύλληψης για τις γυναίκες και εισήχθησαν διάφορα σχέδια και μεγέθη με σκοπό τη βελτίωση της άνεσης και της εφαρμογής.

Τέλος, τα τελευταία χρόνια, το κολπικό διάφραγμα φαίνεται να χρησιμοποιείται ως αντισυλληπτική μέθοδος, ωστόσο η χρήση του δεν είναι τόσο ευρεία σε σχέση με τις υπόλοιπες μεθόδους αντισύλληψης. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι το κολπικό διάφραγμα έχει αντιμετωπίσει περιόδους διαμάχης και νομικούς περιορισμούς, λόγω της κοινωνικής στάσης απέναντι στην αντισύλληψη και την αναπαραγωγική υγεία. Ωστόσο, παραμένει μια διαθέσιμη επιλογή για όσους αναζητούν μη ορμονική αντισύλληψη και τα άτομα που ενδιαφέρονται να χρησιμοποιήσουν το διάφραγμα, θα πρέπει να συμβουλευτούν έναν πάροχο υγειονομικής περίθαλψης για να εξασφαλίσουν τη σωστή εφαρμογή και χρήση (Schwartz et al., 2015).

#### 2.1.4 Τραχηλική καλύπτρα

Η τραχηλική καλύπτρα είναι μια αντισυλληπτική συσκευή που έχει σχεδιαστεί για να καλύπτει τον τράχηλο και να εμποδίζει την είσοδο του σπέρματος (εικόνα 3).

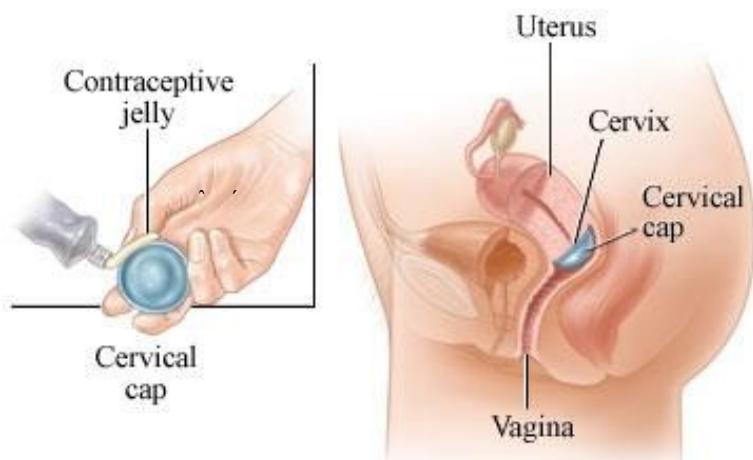
Έχει στρογγυλό σχήμα με σταθερό χείλος και δομή που μοιάζει με θόλο. Κύρια διαφορά της από το διάφραγμα είναι το μικρότερο μέγεθός της, ενώ δεν περιέχει στο χείλος της το ελατήριο και καλύπτει μόνο τον τράχηλο (Gallo et al., 2002).

Η τραχηλική καλύπτρα χρησιμοποιείται μαζί με σπερματοκτόνα. Η καλύπτρα παραμένει στη θέση της για τουλάχιστον έξι ώρες μετά την επαφή και δεν πρέπει να αφήνεται στον κόλπο για περισσότερες από 48 ώρες.

Τα καλύμματα του τράχηλου της μήτρας μπορεί να μην είναι κατάλληλα για όλους. Απαιτούν κατάλληλο μέγεθος και σωστή τεχνική εισαγωγής για βέλτιστη αποτελεσματικότητα. Μερικά άτομα μπορεί να βρουν τη διαδικασία εισαγωγής και αφαίρεσης δύσκολη ή άβολη. Ωστόσο, προσφέρουν ορισμένα πλεονεκτήματα, συμπεριλαμβανομένου του ότι είναι μια αναστρέψιμη μέθοδος αντισύλληψης που μπορεί να χρησιμοποιηθεί κατ' απαίτηση. Παρέχουν ελεγχόμενη από γυναίκες αντισύλληψη και δεν παρεμβαίνουν στους φυσικούς ορμονικούς κύκλους. Ορισμένοι

χρήστες εκτιμούν, επίσης, το γεγονός ότι τα καλύμματα είναι επαναχρησιμοποιήσιμα και δεν απαιτούν τη χρήση ορμονών (Trussell et al., 1993).

Εικόνα 3: Απεικόνιση της τραχηλικής καλύπτρας και του τρόπου εφαρμογής της.



## 2.2. Στεροποίηση

Η στεροποίηση, στο πλαίσιο της αντισύλληψης, αναφέρεται σε μια μόνιμη χειρουργική επέμβαση που εκτελείται είτε σε άνδρες, είτε σε γυναίκες για την πρόληψη της εγκυμοσύνης. Ο σκοπός της είναι να εμποδίσει μόνιμα τα αναπαραγωγικά κύτταρα (σπερματοζώαρια ή ωάρια) να φτάσουν και να γονιμοποιήσουν το ένα το άλλο, εξαλείφοντας έτσι την πιθανότητα εγκυμοσύνης.

Τόσο η γυναικεία όσο και η ανδρική στεροποίηση προορίζονται να είναι μόνιμες μέθοδοι αντισύλληψης. Η γυναικεία στεροποίηση είναι 3 φορές συχνότερη σε σχέση με την ανδρική. Αν και υπάρχουν διαθέσιμες διαδικασίες για την απόπειρα αντιστροφής, δεν είναι πάντα επιτυχείς ή εγγυημένες. Είναι σημαντικό για τα άτομα που εξετάζουν τη στειρώση, να κατανοήσουν και να σταθμίσουν προσεκτικά τη μόνιμη φύση της διαδικασίας, καθώς και να τη συζητήσουν διεξοδικά με έναν πάροχο υγειονομικής περίθαλψης, διασφαλίζοντας ότι ευθυγραμμίζεται με τις αναπαραγωγικές επιλογές και τα μελλοντικά τους σχέδια.

Είναι λοιπόν, σημαντικό να σημειωθεί ότι η στεροποίηση πρέπει να θεωρείται μια διαβίου απόφαση, καθώς δεν είναι εύκολα αναστρέψιμη και οι εναλλακτικές μέθοδοι αντισύλληψης μπορεί να είναι πιο κατάλληλες για άτομα που δεν έχουν οριστικοποιήσει τα σχέδιά τους για μελλοντική γονιμότητα (Moss & Isley, 2015).

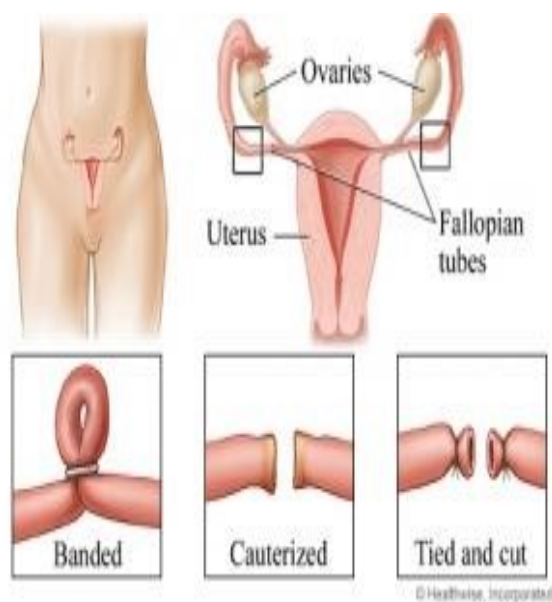
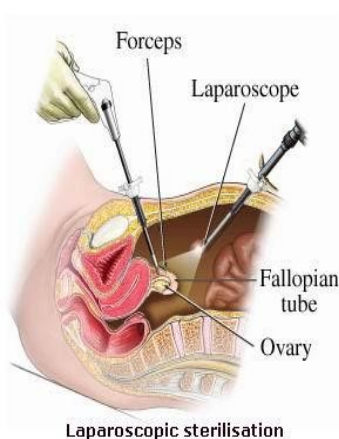
## 2.2.1 Στείρωση της γυναίκας

Η γυναικεία στείρωση, επίσης γνωστή ως στείρωση σαλπίγγων ή σαλπιγγική απολίνωση, αποτελεί μια χειρουργική διαδικασία, η οποία στοχεύει στην μόνιμη αδυναμία μιας γυναίκας να κυφορήσει. Είναι εξαιρετικά αποτελεσματική αντισυλληπτική μέθοδος και προορίζεται για άτομα που έχουν αποφασίσει ότι δεν επιθυμούν να κάνουν παιδιά ή δεν επιθυμούν να κάνουν άλλα παιδιά στο μέλλον (Stuart & Ramesh, 2018).

Η γυναικεία στείρωση περιλαμβάνει την απόφραξη ή απολίνωση των σαλπίγγων, μέσω των οποίων ουσιαστικά πραγματοποιείται η μεταφορά των ωαρίων από τις ωοθήκες στη μήτρα. Υπάρχουν διάφορες μέθοδοι προκειμένου να επιτευχθεί η γυναικεία στείρωση. Πιο συγκεκριμένα μπορεί να επιτευχθεί είτε λαπαροσκοπικά είτε υστεροσκοπικά (Lague, 1987).

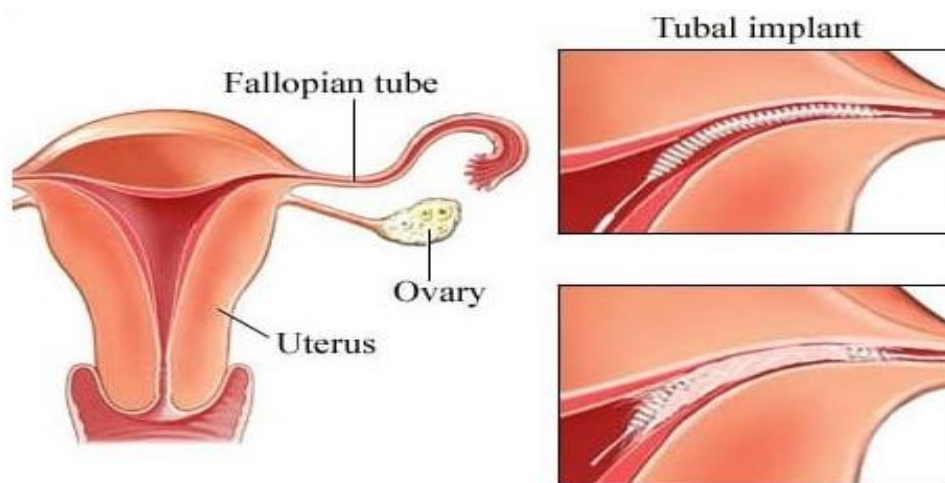
Η λαπαροσκοπική απολίνωση σαλπίγγων (εικόνα 4) αποτελεί την πιο κοινή μέθοδο, η οποία πραγματοποιείται μέσω μικρών τομών στην κοιλιά. Μέσω της μεθόδου αυτής οι σάλπιγγες είτε κόβονται, είτε φράσσονται χρησιμοποιώντας κλιπ, δακτυλίους ή ηλεκτροκαυτηριασμό. Οι τομές κλείνονται με ράμματα ή αυτοκόλλητες ταινίες.

Εικόνα 4: Λαπαροσκοπική απολίνωση σαλπίγγων με δακτυλίους, κλιπ και ηλεκτροκαυτηριασμό.



Η υστεροσκοπική στείρωση των σαλπίγγων (εικόνα 5) είναι μία εναλλακτική της παραπάνω μεθόδου, η οποία είναι λιγότερο επεμβατική και δεν απαιτεί κοιλιακές

τομές. Περιλαμβάνει την τοποθέτηση μικρών εμφυτευμάτων ή σπειρών στις σάλπιγγες, προκαλώντας την ανάπτυξη ουλώδους ιστού και την απόφραξη των σωλήνων. (Rioux, 1979).



Εικόνα 5: Υστεροσκοπική αποσωλήνωση σαλπίγγων.

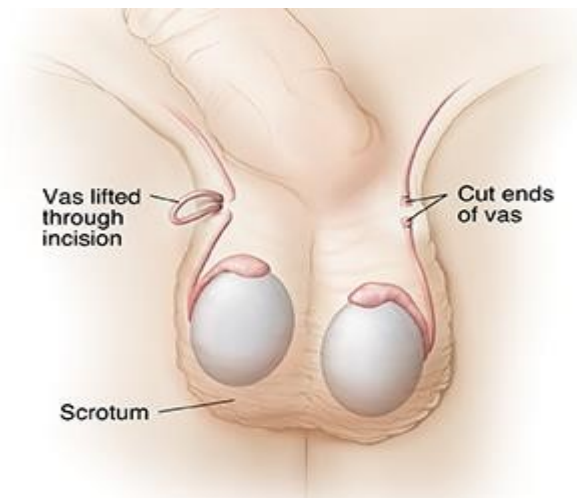
Η γυναικεία στειροποίηση θεωρείται μια εξαιρετικά αποτελεσματική μορφή αντισύλληψης, με πολύ χαμηλό ποσοστό αποτυχίας. Ωστόσο, είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι καμία μέθοδος αντισύλληψης δεν είναι 100% επιτυχής, καθώς έχουν αναφερθεί σπάνιες περιπτώσεις εγκυμοσύνης μετά από τη συγκεκριμένη επεμβατική διαδικασία. Σε ορισμένες περιπτώσεις, οι διαδικασίες στειροποίησης μπορεί να οδηγήσουν σε έκτοπη κύηση, όπου το γονιμοποιημένο ωάριο εμφυτεύεται εκτός της μήτρας.

Όπως συμβαίνει με κάθε χειρουργική επέμβαση, η γυναικεία στειρώση ενέχει ορισμένους κινδύνους, αν και είναι γενικά μια ασφαλής διαδικασία. Αυτοί οι κίνδυνοι μπορεί να περιλαμβάνουν μόλυνση, αιμορραγία, βλάβη στα γύρω όργανα και επιπλοκές που σχετίζονται με την αναισθησία και έκτοπη κύηση.

Επειδή η στειροποίηση είναι μια μόνιμη μορφή αντισύλληψης, οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης, συνήθως απαιτούν από τα άτομα να υποβληθούν σε συμβουλευτική και να παρέχουν ενημερωμένη συγκατάθεση πριν από τη διαδικασία, ώστε να λαμβάνονται υπόψη όλες οι διαθέσιμες επιλογές και να οδηγούνται σε τεκμηριωμένες αποφάσεις (“Committee Opinion No. 695: Sterilization of Women: Ethical Issues and Considerations,” 2017; Danvers & Evans, 2022).

### 2.2.2 Στεροποίηση του άνδρα

Η στείρωση των ανδρών, γνωστή και ως βαζεκτομή, είναι μια κοινή και αποτελεσματική μέθοδος μόνιμης αντισύλληψης και αποτελεί μια πιθανή επιλογή αντρών, οι οποίοι δεν επιθυμούν να αποκτήσουν άλλους ή καθόλου απογόνους. (White et al,2020)



Εικόνα 6 : Απεικόνιση της βαζεκτομής ως μέθοδος στεροποίησης του άνδρα.

Αποτελεί μια χειρουργική επέμβαση που εμποδίζει την απελευθέρωση σπέρματος κατά την εκσπερμάτιση, καθιστώντας έτσι εξαιρετικά απίθανη την γονιμοποίηση ενός ωαρίου (εικόνα 6).

Η διαδικασία της βαζεκτομής περιλαμβάνει αποκοπή των σπερματικών πόρων, δηλαδή των σωλήνων που μεταφέρουν το σπέρμα από τους όρχεις στην ουρήθρα. Η απολίνωση αυτή πραγματοποιείται μέσω αποκοπής, δεσίματος ή σφραγίσματος.(Dassow & Bennett, 2006).

Σχετικά με την αποτελεσματικότητα, όσον αφορά στην αντισύλληψη, θεωρείται πως είναι μια από τις πιο αποτελεσματικές διαδικασίες για τον σκοπό αυτό. Ωστόσο, για να επιτευχθεί η αποτελεσματικότητα της μεθόδου θα πρέπει για ένα χρονικό διάστημα να πραγματοποιηθεί η απομάκρυνση του υπάρχοντος σπέρματος από το αναπαραγωγικό σύστημα. Συνεπώς, για το διάστημα αυτό θα πρέπει να χρησιμοποιούνται επιπρόσθετα

μέτρα αντισύλληψης. Από εκεί και μετά το ποσοστό επιτυχίας αγγίζει το 99% στην πρόληψη της εγκυμοσύνης. Επιπρόσθετα, η βαζεκτομή αποτελεί μια ασφαλή διαδικασία καθώς σοβαρές επιπλοκές προκύπτουν από σπάνια έως και καθόλου. Στις συνήθεις επιπλοκές ανήκουν η μόλυνση, η αιμορραγία ή ο εμμένων πόνος στην περιοχή (Stormont & Deibert, 2023).

Σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι η επέμβαση αυτή δεν επηρεάζει τη σεξουαλική λειτουργία, τόσο ως προς τη φυσιολογία (παραγωγή ορμονών), όσο και ως προς την ανατομία της περιοχής. Τέλος, δεν υπάρχει καμία ένδειξη για την αύξηση της πιθανότητας εμφάνισης προβλημάτων στον προστάτη ή και συναφών με την περιοχή προβλημάτων.

Η βαζεκτομή, όπως προαναφέρθηκε, θεωρείται μία μόνιμη μέθοδος αντισύλληψης. Ωστόσο η αναστρεψιμότητα αυτής είναι δυνατή, όμως τα ποσοστά επιτυχίας ποικίλλουν και δεν είναι εγγυημένη η αποκατάσταση της γονιμότητας.

Για τον λόγο αυτό, συνιστάται για τα άτομα που σκέφτονται να κάνουν βαζεκτομή να συμβουλευτούν έναν ουρολόγο ή έναν εξειδικευμένο επαγγελματία υγείας που μπορεί να παρέχει λεπτομερείς πληροφορίες σχετικά με τη διαδικασία, να απαντήσει σε ερωτήσεις και να τους καθοδηγήσει στη διαδικασία λήψης αποφάσεων και να τους βοηθήσει να κατανοήσουν τεκμηριωμένα τις επιπτώσεις της μόνιμης αντισύλληψης (Yang et al., 2021).

### 2.3 Μέθοδοι που βασίζονται σε φαρμακευτικά σκευάσματα

Η ορμονική αντισύλληψη ξεκίνησε αρκετές δεκαετίες πριν και έχει υποστεί σημαντικές διαφοροποιήσεις μέχρι σήμερα. Το 1956 ο Dr.. John Rock και ο Dr.. Gregory Pincus συνεργάστηκαν για να αναπτύξουν το πρώτο συνδυασμένο από του στόματος αντισυλληπτικό χάπι χρησιμοποιώντας συνθετικές ορμόνες, ενώ 4 χρόνια αργότερα ο Οργανισμός Τροφίμων και Φαρμάκων των ΗΠΑ (FDA) εγκρίνει το πρώτο από του στόματος αντισυλληπτικό χάπι, το Enovid, για αντισυλληπτική χρήση. Ένα χρόνο αργότερα, το χάπι εισάγεται στην Ευρώπη, συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας, και γίνεται η πιο ευρέως χρησιμοποιούμενη αντισυλληπτική μέθοδος. Αργότερα, το 1973, αναπτύχθηκε ένα νέο αντισυλληπτικό χάπι το οποίο περιείχε μόνο προγεστερόνη, κατάλληλο για χρήση από άτομα που δεν μπορούσαν να λάβουν αντισυλληπτικά που

περιέχουν οιστρογόνα Με τα χρόνια, η δόση των ορμονών στα από του στόματος αντισυλληπτικά έχει μειωθεί, για να ελαχιστοποιηθούν οι παρενέργειες, διατηρώντας παράλληλα την αποτελεσματικότητα

Τα αντισυλληπτικά περιέχουν συνθετικές ορμόνες, συνήθως συνδυασμό οιστρογόνου και προγεστερόνης ή προγεστερόνης μόνο, οι οποίες αποτρέπουν την εγκυμοσύνη αναστέλλοντας την ωορρηξία, πυκνώνοντας την τραχηλική βλέννη και λεπταίνοντας το ενδομήτριο.

### 2.3.1 Από του στόματος αντισυλληπτικά

Τα αντισυλληπτικά χάπια, γνωστά και ως από του στόματος αντισυλληπτικά, είναι μια δημοφιλής και ευρέως χρησιμοποιούμενη μέθοδος ορμονικής αντισύλληψης. Είναι συνταγογραφούμενα φάρμακα, που περιέχουν συνθετικές ορμόνες, συνήθως συνδυασμό οιστρογόνου και προγεστερόνης ή προγεστερόνης μόνο.

Όταν χρησιμοποιούνται σωστά και με συνέπεια, τα αντισυλληπτικά χάπια είναι εξαιρετικά αποτελεσματικά στην πρόληψη της εγκυμοσύνης. Εκτός από την πρόληψη της εγκυμοσύνης, προσφέρουν πρόσθετα οφέλη, όπως η ρύθμιση των εμμηνορροϊκών κύκλων ή η μείωση ενοχλητικών συμπτωμάτων της περιόδου.

Ωστόσο, είναι σημαντικό να τονιστεί ότι τα αντισυλληπτικά χάπια δεν προστατεύουν από τα ΣΜΝ, επομένως συνιστάται η χρήση προφυλακτικών ή άλλων μεθόδων για την πρόληψη αυτών. Οι πιο συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες που τα συνοδεύουν περιλαμβάνουν ναυτία, ευαισθησία στο στήθος, ακανόνιστη αιμορραγία και αλλαγές στη διάθεση, οι οποίες συχνά υποχωρούν μέσα σε λίγους μήνες από τη χρήση.

### 2.3.2 Ορμονικές μέθοδοι μακράς διάρκειας

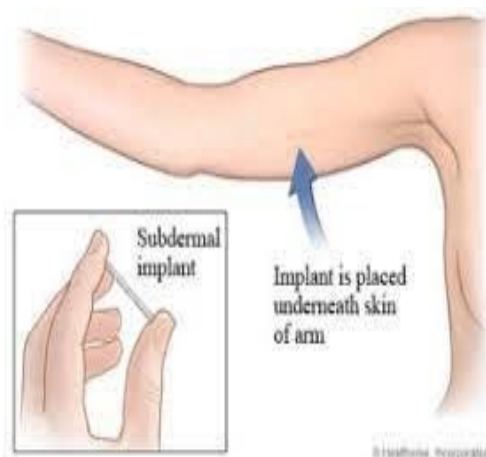
Οι μακροχρόνιες ορμονικές μέθοδοι αντισύλληψης είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικές και παρέχουν αντισύλληψη για μεγάλο χρονικό διάστημα, χωρίς να απαιτείται καθημερινή ή συχνή χορήγηση. Αυτές οι μέθοδοι χρησιμοποιούν ορμονικά σκευάσματα για την πρόληψη της εγκυμοσύνης και προσφέρουν ευκολία και αξιοπιστία. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι οι μακροχρόνιες ορμονικές μέθοδοι δεν

προστατεύουν από τα ΣΜΝ. Εάν υπάρχει κίνδυνος ΣΜΝ, θα πρέπει να ληφθούν υπόψη πρόσθετες προφυλάξεις, όπως η χρήση προφυλακτικών (Halpern et al., 2013).

### 2.3.2.1 Ορμονικά εμφυτεύματα

Τα ορμονικά εμφυτεύματα είναι μικρές, εύκαμπτες ράβδοι που τοποθετούνται κάτω από το δέρμα, συνήθως στον άνω βραχίονα (εικόνα 7). Απελευθερώνουν προγεστερόνη για να αποτρέψουν την εγκυμοσύνη. Παρέχουν αντισύλληψη για μεγάλο χρονικό διάστημα, συνήθως τρία έως πέντε χρόνια, ανάλογα με τον συγκεκριμένο τύπο.

Εικόνα 7 Αντισυλληπτικό εμφύτευμα



### 2.3.2.2 Ορμονικές ενδομήτριες συσκευές

Οι ορμονικές ενδομήτριες συσκευές είναι μια μορφή αναστρέψιμης αντισύλληψης μακράς δράσης, που εισάγονται στη μήτρα για να παρέχουν αντισύλληψη για μεγάλο χρονικό διάστημα (εικόνα 8), μέσω της απελευθέρωσης προγεστερόνης.

Τα ορμονικά σπινάλ είναι μια από τις πιο αποτελεσματικές διαθέσιμες μορφές αντισύλληψης, με ποσοστό αποτυχίας μικρότερο από 1%. Παρέχουν αντισύλληψη για αρκετά χρόνια, ανάλογα με τον τύπο της συσκευής, που κυμαίνεται από τρία έως έξι. Η τοποθέτηση ορμονικού σπινάλ πραγματοποιείται από επαγγελματία υγείας κατά τη διάρκεια επίσκεψης σε κλινική. Οι τακτικοί έλεγχοι και οι επισκέψεις παρακολούθησης είναι ιδιαίτερα σημαντικές για την παρακολούθηση της θέσης, της



αποτελεσματικότητας του και την αντιμετώπιση τυχόν ζητημάτων. Η αφαίρεση μπορεί να γίνει ανά πάσα στιγμή από έναν επαγγελματία υγείας και η γονιμότητα επανέρχεται γρήγορα μετά την αφαίρεση.



Εικόνα 8: Ορμονική ενδομήτρια συσκευή

#### 2.3.2.3 Ενέσιμα αντισυλληπτικά

Η ενέσιμη αντισύλληψη είναι μια μορφή ορμονικής αντισύλληψης, που παρέχει αποτελεσματικό έλεγχο των γεννήσεων με την παροχή μιας ορμόνης (προγεστερόνης) στο σώμα (Rahimy et al., 1999). Μόλις εγχυθεί, η ορμόνη απελευθερώνεται αργά στην κυκλοφορία του αίματος, αποτρέποντας την εγκυμοσύνη αναστέλλοντας την ωορρηξία, πυκνώνοντας τη βλέννα του τραχήλου της μήτρας για να εμποδίσει την κίνηση του σπέρματος και λεπταίνοντας το ενδομήτριο (Bhathena, 2001).

Χορηγείται μία φορά κάθε τρεις μήνες (κάθε 12 έως 14 εβδομάδες) από επαγγελματία υγείας. Είναι εξαιρετικά αποτελεσματική όταν χρησιμοποιείται σύμφωνα με τις οδηγίες, με ποσοστό αποτυχίας μικρότερο από 1%. Παρέχει συνεχή αντισύλληψη για περίπου 12 εβδομάδες, προσφέροντας μια μακροπρόθεσμη αντισυλληπτική λύση σε σύγκριση με άλλες μεθόδους, ενώ η γονιμότητα συνήθως επιστρέφει μέσα σε λίγους μήνες μετά τη διακοπή των ενέσεων (Bhathena, 2001).

#### 2.3.2.4 Αντισυλληπτικά επιθέματα

Το αντισυλληπτικό επίθεμα αποτελεί μια μορφή ορμονικής αντισύλληψης, μέσω της παροχής ενός συνδυασμού ορμονών οιστρογόνου και προγεστερόνης στο σώμα.

(εικόνα 9). Εφαρμόζεται συνήθως στους γλουτούς, στην κοιλιά, στο άνω εξωτερικό μέρος του βραχίονα ή στο άνω μέρος του κορμού. Απαιτεί εβδομαδιαία εφαρμογή και αντικαθίσταται κάθε εβδομάδα για τρεις εβδομάδες, ενώ ακολουθεί μία εβδομάδα χωρίς επίθεμα (Audet, 2001; Gracia et al., 2010).

Αποτελεί μια εξαιρετικά αποτελεσματική μορφή αντισύλληψης, όταν χρησιμοποιείται σωστά, με ποσοστό αστοχίας μικρότερο από 1%. Η έγκαιρη αντικατάσταση είναι απαραίτητη, προκειμένου να εξασφαλιστεί η βέλτιστη αντισυλληπτική προστασία. Μερικές συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες περιλαμβάνουν ευαισθησία στο στήθος, ναυτία, πονοκεφάλους και ακανόνιστη αιμορραγία ή κηλίδες. Αυτές οι παρενέργειες είναι συνήθως ήπιες και τείνουν να υποχωρούν μέσα σε λίγους μήνες από τη χρήση καθώς το σώμα προσαρμόζεται στις ορμόνες (Gracia et al., 2010).



Εικόνα 9 : Αντισυλληπτικά επιθέματα

### 2.3.3 Επείγουσα αντισύλληψη

Η επείγουσα αντισύλληψη, επίσης γνωστή ως «χάπι της επόμενης μέρας», είναι μια μέθοδος αντισύλληψης που χρησιμοποιείται για την πρόληψη ακούσιας εγκυμοσύνης μετά από σεξουαλική επαφή χωρίς προστασία ή αποτυχία της αντισύλληψης (Gemzell-Danielsson et al., 2013). Προορίζεται για χρήση σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης και δεν πρέπει να χρησιμοποιείται ως τακτική μορφή αντισύλληψης.

Τα χάπια περιέχουν υψηλές δόσεις προγεστερόνης ή συνδυασμό οιστρογόνων και προγεστερόνης. Λειτουργούν αναστέλλοντας ή καθυστερώντας την ωορρηξία, αποτρέποντας τη γονιμοποίηση ενός ωαρίου ή παρεμποδίζοντας την εμφύτευση (Grimes & Raymond, 2002). Τα χάπια επείγουσας αντισύλληψης είναι πιο

αποτελεσματικά, όταν λαμβάνονται το συντομότερο δυνατό μετά από σεξουαλική επαφή χωρίς προστασία, αλλά μπορούν να χρησιμοποιηθούν έως και έναν ορισμένο αριθμό ωρών ή ημερών μετά, ανάλογα με το χάπι. Ορισμένα χάπια είναι αποτελεσματικά έως και 72 ώρες (3 ημέρες) μετά τη σεξουαλική επαφή, ενώ άλλα μπορεί να είναι αποτελεσματικά έως και 120 ώρες (5 ημέρες).

### 3. Αποτελεσματικότητα της αντισύλληψης

Η χρήση αποτελεσματικότερων μέσων αντισύλληψης και ιδιαίτερα μακράς διάρκειας, όπως το εμφύτευμα είναι πιο διαδεδομένες στη Μεγάλη Βρετανία, ενώ στις Η.Π.Α. επικρατέστερη μέθοδο αντισύλληψης αποτελεί η χρήση προφυλακτικού και η αποχή από την σεξουαλική επαφή. Η ηλικία έναρξης της σεξουαλικής ζωής τα τελευταία χρόνια δεν έχει μεταβληθεί και στις δύο χώρες, αλλά και σε αμφότερες παρατηρείται μία στροφή προς την χρήση αποτελεσματικότερων μέσων αντισύλληψης με χαμηλά ποσοστά αποτυχίας.

Η ελάττωση της σεξουαλικής δραστηριότητας, που παρατηρείται μόνο στις Η.Π.Α., έχει συμβάλει στην ελάττωση του αριθμού των εγκυμοσύνων στην εφηβεία, με αποτέλεσμα τη μείωση του χάσματος μεταξύ των δύο χωρών στο θέμα αυτό. Τελικά, από το 2007 η αλλαγή της συνήθειας μη χρήσης αντισύλληψης προς τη χρήση αποτελεσματικότερων μέσων αντισύλληψης είναι ο κύριος λόγος ελάττωσης του αριθμού ανεπιθύμητων εγκυμοσύνων, αφού από το 2007 και μετά δεν έχει καταγραφεί μείωση της σεξουαλικής δραστηριότητας στη χώρα.

Αυτό επιβεβαιώνεται από έρευνες που εστιάζουν στις συνήθειες εφήβων ηλικίας 15-19 ετών από το 2007 έως το 2014 στις Η.Π.Α. (Lindberg et al, 2018; Santelli et al, 2004; Lindberg et al, 2016)

Η μεγαλύτερη χρήση αποτελεσματικότερων μέσων αντισύλληψης στη Μεγάλη Βρετανία αντανakλά, ίσως την μεγαλύτερη ευκολία και δωρεάν πρόσβαση, σε οποιαδήποτε μορφή αντισύλληψης.

Αντίθετα, στις Η.Π.Α. οι έφηβοι και οι νέοι θα πρέπει να βασιστούν στην ασφάλεια υγείας των γονιών τους. (Frost et al, 2018) Στις Η.Π.Α. οι έφηβοι, ως μέσο αντισύλληψης χρησιμοποιούν περισσότερο το προφυλακτικό και την αποχή από την

σεξουαλική επαφή κατά τις γόνιμες μέρες, σε σχέση με τους συνομηλίκους τους στη Μεγάλη Βρετανία, μέθοδοι που δεν απαιτούν επίσκεψη σε κάποια μονάδα υγείας. Οι διαφορές στην χρήση μεθόδων αντισύλληψης στους εφήβους των δύο χωρών, αντικατοπτρίζουν, επίσης, και διαφορές στην κοινωνικό-ηθική προσέγγιση της εφηβικής σεξουαλικότητας και της αναπαραγωγικής υγείας γενικότερα.

Στις Η.Π.Α. τις προηγούμενες δεκαετίες η πολιτική προστασίας και συμβουλευτικής για την σεξουαλικότητα των νέων ανθρώπων, περιοριζόταν στο χαρακτηρισμό των σεξουαλικών επαφών ως ριψοκίνδυνων, παρακινώντας, εμμέσως πλην σαφώς, τους νέους σε αποφυγή των σεξουαλικών επαφών πριν το γάμο.

Παρόλα αυτά, τα ποσοστά ανεπιθύμητης κύησης είναι 8 φορές μεγαλύτερα, συγκριτικά με τους εφήβους στην Ολλανδία και το ποσοστό αμβλώσεων διπλάσιο, γεγονός που αποδίδεται στο ότι οι έφηβοι στην Ολλανδία έχουν καλύτερη πληροφόρηση και νιώθουν περισσότερο σεξουαλικά αυτόνομοι, κάτι που τους καλλιεργεί την υπευθυνότητα, όσον αφορά στη σεξουαλική συμπεριφορά τους.(Schalet, 2011)

Στη Μεγάλη Βρετανία επίσης, η αντίστοιχη πολιτική εστιάζει στη σωστή ενημέρωση των νέων για τις υπηρεσίες σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας της χώρας και συμβουλεύει τους νέους να ξεκινούν τη σεξουαλική ζωή, όταν αισθάνονται έτοιμοι και όταν οι ίδιοι το επιθυμούν. Ακόμα, η Μεγάλη Βρετανία και οι ΗΠΑ έχουν διαφορετική πολιτική και χρηματοδότηση στον σχεδιασμό προγραμμάτων πρόληψης ανεπιθύμητων κυήσεων.(Hadley et al, 2016))

Η στρατηγική της κυβέρνησης της Μεγάλης Βρετανίας που εφαρμόστηκε από το 1999 έως το 2010 περιλάμβανε, μεταξύ άλλων, την εισαγωγή στη βαθμίδα της μέσης εκπαίδευσης, προγραμμάτων ενημέρωσης σχετικά με την μακράς διάρκειας αντιστρέψιμη αντισύλληψη (LARC, long-acting reversible contraceptive), πετυχαίνοντας ελάττωση του αριθμού των εγκυμοσύνων στη εφηβεία. (Wellings et al, 2016; Hadley et al, 2016)

Το ίδιο χρονικό διάστημα στις Η.Π.Α. υπήρξε, επίσης, ενημέρωση και ενθάρρυνση της χρήσης της συγκεκριμένης μεθόδου, αλλά η πενιχρή χρηματοδότηση για την πραγματοποίησή της, έφερε και τα αντίστοιχα πενιχρά αποτελέσματα, ενώ η ύπαρξη προγραμμάτων που προωθούσαν την αποχή μέχρι το γάμο, διαπιστώθηκε ότι δεν είχε

συνεισφορά, ως προς την καθυστέρηση της έναρξης της σεξουαλικής δραστηριότητας.(Francis et al, 2017; ‘Providing quality family planning services: Recommendations CDC and the U.S. Office of population affairs, 2014; Santelli et al, 2017)

#### 4.Ηθική περί αντισύλληψης

Οι ηθικοί κανόνες και η θέση της κοινωνίας ως προς τη χρήση της αντισύλληψης και τη διακοπή της κύησης, εξακολουθούν να θέτουν σε σοβαρό κίνδυνο την υγεία και την ποιότητα ζωής πολλών γυναικών σε όλο τον κόσμο. Αυτό αποτελεί μέρος των παραγόντων, εξαιτίας των οποίων, περίπου οι μισές από τις διακοπές κύησης που διενεργούνται παγκοσμίως είναι μη ασφαλείς.(Grimes et al, 2006; Sedgh et al, 2012; Sedgh et al, 2016)

Ο κίνδυνος θανάτου συνδεδεμένος με εγκυμοσύνη είναι υψηλότερος σε ηλικίες 15-19 σε σύγκριση με εγκυμοσύνη σε άλλες ηλικίες.(Nove et al, 2014; World Health Organization, 2014; Say et al, 2014)

Τα νεαρά κορίτσια και γυναίκες, ειδικά οι άγαμες, αντιμετωπίζουν πολλά εμπόδια ως προς χρήση της αντισύλληψης σωστά και συστηματικά, με σημαντικότερο εμπόδιο την προκατάληψη έναντι της σεξουαλικής δραστηριότητας εκτός γάμου, δυσχεραίνοντας ακόμα και αυτή κάθε αυτή τη μελέτη των περιπτώσεων αυτών.(Nove et al,2014; Yegon et al, 2016; Hakansson et al, 2018; Darroch et al, 2016)

Μελέτες τέτοιου είδους δεν συμπεριλαμβάνουν άγαμες γυναίκες και σε περίπτωση που αποτελούν δείγμα της μελέτης, αποφεύγουν να δηλώσουν τη σεξουαλική τους δραστηριότητα, φοβούμενες την κοινωνική κατακραυγή για την προσωπική τους ζωή ως άγαμες.(Cleland et al, 2014; Beguy et al, 2009; Sedgh et al, 2016)

Επιπλέον, πολλές γυναίκες, αλλά και άνδρες, ανησυχούν για τις συνέπειες της αντισύλληψης στο σώμα των γυναικών, όπως η αύξηση του σωματικού βάρους, οι μεταβολές στην εμμηνορυσιακό κύκλο, η σεξουαλική επιθυμία και απόλαυση.(Wells

et al, 2015; John et al, 2015; National Council for population and development, 2014; Kabagenyi et al, 2014)

Αυτές οι μελέτες αποκαλύπτουν ότι η άρνηση και των δύο φύλων για την αντισύλληψη σχετίζεται με παραδοσιακά φυλετικά στερεότυπα εξουσίας και με την υποψία ότι προσπαθούν κάποιοι να ελέγξουν τη γονιμότητα της γυναίκας, εκτός από την ίδια.(Sedgh et al, 2016)

Συνολικά, το ποσοστό σεξουαλικά δραστήριων άγαμων γυναικών, που δεν χρησιμοποιούν αντισύλληψη, ανέρχεται στο 18% του συνόλου των γυναικών στις αναπτυσσόμενες χώρες, με την ανάγκη για χρήση οποιασδήποτε μεθόδου αντισύλληψης να είναι αδύνατο να καλυφθεί.(Darroch et al, 2016; Sedgh et al, 2016; Kenya Demographic and Health Survey, 2014)

## 5. Οικογενειακός προγραμματισμός και εκπαίδευση

### επαγγελματιών υγείας

Ο Moos και οι συνεργάτες ανέπτυξαν ένα πρόγραμμα εργαλείο για την υγεία και την φροντίδα των γυναικών, που θέλουν να προγραμματίσουν την οικογενειακή τους ζωή. Απευθύνεται στις γυναίκες και στους άνδρες που προτίθενται να αποκτήσουν ή όχι παιδιά, να ανακαλύψουν στρατηγικές για επιτυχημένο οικογενειακό προγραμματισμό, αποφυγή ανεπιθύμητων κήσεων και αρνητικών για την υγεία συνεπειών που μπορεί να επηρεάσουν αργότερα την πιθανότητα εγκυμοσύνης. (Moos et al, 2008)

Οι γυναίκες στην αναπαραγωγική ηλικία θα πρέπει να ερωτώνται για τις προθέσεις τους να αποκτήσουν παιδί βραχυπρόθεσμα ή μακροπρόθεσμα και να ενημερώνονται για την πιθανότητα μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης.(Jack et al, 2008)

Ο προγραμματισμός μπορεί να βοηθήσει τις γυναίκες να επιλέξουν την κατάλληλη για αυτές μέθοδο αντισύλληψης, ανάλογα με την επιθυμία τους για αναπαραγωγή.

Μελέτη που διενεργήθηκε στη Σουηδία σχετικά με την αντισύλληψη είχε ανταπόκριση και οι γυναίκες προγραμμάτιζαν την τελευταία τους εγκυμοσύνη σε νεαρότερη ηλικία.(Stern et al, 2013)

Γυναίκες που πήραν μέρος σε παρόμοια έρευνα, δήλωσαν σε πολύ μεγάλο ποσοστό (76%), ότι η συμβουλευτική σχετικά με τον οικογενειακό προγραμματισμό, θα ήταν χρήσιμο να αποτελεί μέρος της συμβουλευτικής που γίνεται σχετικά με την αντισύλληψη.

Οι άντρες επίσης φάνηκε να έχουν επωφεληθεί από προγράμματα που αφορούν στην αναπαραγωγική υγεία και τον οικογενειακό προγραμματισμό.(Bodin et al, 2018)

Οι υγειονομικοί που παρακολούθησαν παρόμοιο πρόγραμμα, έδωσαν έμφαση στη λεπτότητα με την οποία θα πρέπει να γίνεται η συμβουλευτική και στο σεβασμό στα κοινωνικά πρότυπα των ατόμων, που επηρεάζουν τη λήψη αποφάσεων στην απόκτηση παιδιού.(Stern et al, 2015)

Η μη συμμόρφωση με τη συμβουλευτική σχετίζεται με την έλλειψη σεξουαλικής δραστηριότητας, το φόβο της διαταραχής της ορμονικής δραστηριότητας, την πιθανότητα παρενεργειών, την αδυναμία επιλογής της κατάλληλης μεθόδου αντισύλληψης ή την πεποίθηση ότι η χρήση μέτρων(όπως το προφυλακτικό) μειώνει την απόλαυση.(Kopp et al, 2015; Fennel, 2014)

Σύμφωνα με έρευνα 40% όλων των κυήσεων παγκοσμίως το 2012, ήταν ακούσιες.(Sedgh et al, 2014)

Προτάθηκε ότι οι υγειονομικοί υπάλληλοι θα πρέπει να αναγνωρίζουν τις γυναίκες που θέλουν να προγραμματίσουν την εγκυμοσύνη τους και να τις προτρέπουν να χρησιμοποιήσουν υπάρχουσες πλατφόρμες ενημέρωσης πριν από τη σύλληψη.(Barker et al, 2018)

Σε μελέτη που ακολούθησε, υγειονομικοί πήραν μέρος σε έρευνα σχετικά με την γονιμότητα και με την υγεία πριν την εγκυμοσύνη. Δημιουργήθηκε ιστοσελίδα φιλική προς τα κινητά, όπου πολίτες αλλά και επαγγελματίες υγείας θα μπορούσαν να αναζητήσουν πληροφορίες σχετικά με την αναπαραγωγική υγεία. Το πρόγραμμα αυτό αξιολογήθηκε πολύ θετικά από τους υγειονομικούς, ενώ η συγκεκριμένη ιστοσελίδα έκτος από αγγλικά μεταφράστηκε σε 6 ακόμα γλώσσες, μεταξύ των οποίων και τα ελληνικά.(Ekstrand et al, 2018)

Άλλη μελέτη διαπίστωσε ότι η εξατομικευμένη συμβουλευτική σε θέματα γονιμότητας και μητρότητας είχε μεγάλη αποδοχή, με αποτέλεσμα πολλές γυναίκες να δηλώσουν

ότι αποτέλεσε λόγο να διαμορφώσουν άποψη. Η πρόκληση ωστόσο των υπηρεσιών υγείας είναι ο σχεδιασμός στρατηγικής πρόληψης με μακροχρόνια αποτελέσματα. (Sylvest et al, 2018)

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ τα άτομα διακατέχονται και δρουν περισσότερο με βάση αξίες και τάσεις που προέρχονται από παραπληροφόρηση και χωρίς εξέταση, ενσωματώνοντας τα εκάστοτε κοινωνικά πρότυπα και την ηθική περί των εκτρώσεων, παρά με γνώμονα τη σωστή πληροφόρηση και το δικαίωμα της γυναίκας να αποφασίζει για μια ενδεχόμενη διακοπή κύησης.(WHO: Unsafe abortion, 2011)

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας συστήνει και ενθαρρύνει την παρέμβαση στην αποσαφήνιση αξιών, ως αναπόσπαστο μέρος της εκπαίδευσης των λειτουργών υγείας που ασχολούνται με τη διακοπή της κύησης, ώστε να μη στοχοποιούνται ,ως 'συνένοχοι', σύμφωνα με τις κοινωνικές προκαταλήψεις.

Η αποσαφήνιση των αξιών (values clarification) είναι η διαδικασία κατά την οποία ένα άτομο αναλύει και επαναπροσδιορίζει τις αρχές και τις αξίες που έχουν σημασία για αυτό και εξετάζει τις εναλλακτικές, προκειμένου να αλλάξει και να βελτιώσει την ποιότητα ζωής του.( Rokeach,1973;Steele, 1979)

Η διαδικασία της αποσαφήνισης των αξιών ή και (επαναπροσδιορισμού των αξιών) στηρίζεται σε τρεις άξονες : την επιλογή της αξίας, την επιβεβαίωση της και τη δραστηριοποίηση πάνω στην αξία και αντανάκλα την κινητοποίηση του ατόμου πάνω στην ιδέα, που συνειδητά πλέον έχει επιλέξει από άλλες και τη δράση του με συγκεκριμένο τρόπο προς την κατεύθυνση αυτή.

Σε περιοχή της Νότιας Αφρικής (Limpopo) 94% των συμμετεχόντων λειτουργών υγείας σε προγράμματα επαναπροσδιορισμού των αξιών, επέδειξε ενσυναίσθηση προς τις γυναίκες που ήθελαν να κάνουν διακοπή κύησης, αλλά και προς τους επαγγελματίες που διενεργούν τις διαδικασίες αυτές. Ενώ, πριν από την αρχή του προγράμματος αρκετοί λειτουργοί ήταν κατά των αμβλώσεων, μετά το τέλος του προγράμματος οι μισοί παρέμειναν σταθεροί στην άποψή τους και κάποιοι που αρχικά ήταν σύμφωνοι με τις αμβλώσεις, αλλά κατά περίπτωση, στο τέλος του προγράμματος θεωρούσαν ότι δεν ήταν σε θέση να κρίνουν τις γυναίκες που ήθελαν να προβούν σε διακοπή.(Mpeli et al, 2015)



Οι επαγγελματίες υγείας μέσω τέτοιων προγραμμάτων αποκτούν επιπλέον γνώσεις ή κατανοούν σε βάθος πράγματα σχετικά με τους ανθρώπους, οι οποίοι εμπλέκονται στη διακοπή της κύησης, δηλαδή τόσο τις ενδιαφερόμενες γυναίκες όσο και τους εργαζόμενους στον τομέα υγείας. (Turner et al, 2008)

## 6. Διακοπή της κύησης

Ο τερματισμός της εγκυμοσύνης, γνωστός και ως άμβλωση, αναφέρεται στον σκόπιμο τερματισμό μιας εγκυμοσύνης, πριν το έμβρυο μπορέσει να επιβιώσει εκτός της μήτρας. Υπάρχουν διάφοροι λόγοι για τους οποίους τα άτομα μπορεί να εξετάσουν το ενδεχόμενο διακοπής μιας εγκυμοσύνης, συμπεριλαμβανομένων προσωπικών, ιατρικών ή κοινωνικό-οικονομικών παραγόντων.

Το νομικό καθεστώς και οι κανονισμοί σχετικά με την άμβλωση διαφέρουν από χώρα σε χώρα. Σε ορισμένα μέρη η ισχύουσα νομοθεσία επιτρέπει την άμβλωση υπό ορισμένες συνθήκες, όπως για την προστασία της υγείας της γυναίκας ή σε περιπτώσεις εμβρυϊκών ανωμαλιών, ενώ σε άλλα μέρη περιοριστικές πολιτικές απαγορεύουν την πρόσβαση στην άμβλωση εντελώς.

Οι μέθοδοι διακοπής της εγκυμοσύνης μπορεί να διαφέρουν ανάλογα με το στάδιο της κύησης. Η πρόωρη διακοπή της εγκυμοσύνης, συνήθως εντός του πρώτου τριμήνου (έως 12 εβδομάδες), μπορεί συχνά να επιτευχθεί χρησιμοποιώντας μεθόδους που βασίζονται σε φάρμακα (Wildschut et al., 2011). Αυτό περιλαμβάνει τη χορήγηση φαρμάκων, όπως η μifeπριστόνη και η μισοπροστόλη, που προκαλούν την αποβολή της εγκυμοσύνης. Οι ιατρικές αμβλώσεις θεωρούνται γενικά ασφαλείς και αποτελεσματικές, αλλά απαιτούν στενή ιατρική παρακολούθηση (Christin-Maitre et al., 2000).

Οι χειρουργικές αμβλώσεις, συνήθως εκτελούνται όταν η εγκυμοσύνη είναι πιο παρατεταμένη ή σε περιπτώσεις όπου η ιατρική άμβλωση δεν είναι κατάλληλη. Η συγκεκριμένη χειρουργική επέμβαση μπορεί να ποικίλλει, αλλά οι κοινώς χρησιμοποιούμενες μέθοδοι περιλαμβάνουν αναρρόφηση κενού και διαστολή και απόξεση. Γενικότερα, οι χειρουργικές αμβλώσεις σε πρώιμο στάδιο δεν παρουσιάζουν

περισσότερες παρενέργειες συγκριτικά με τις φαρμακευτικές μεθόδους (Keder, 2003; Paul et al., 2002).

Οι καθυστερημένες αμβλώσεις, που συνήθως πραγματοποιούνται μετά την 20η εβδομάδα κύησης, είναι λιγότερο συχνές και γενικά υπόκεινται σε πιο αυστηρούς κανονισμούς. Συνήθως προορίζονται για περιπτώσεις όπου η ζωή ή η υγεία της μητέρας κινδυνεύει ή όταν το έμβρυο έχει σοβαρές γενετικές ανωμαλίες, ασύμβατες με την ζωή. Η απόφαση διακοπής μιας εγκυμοσύνης είναι σημαντική και τα άτομα θα πρέπει να αναζητήσουν την κατάλληλη αρωγή, συμβουλευτική και υποστήριξη για να διασφαλίσουν ότι κάνουν μια τεκμηριωμένη επιλογή που ευθυγραμμίζεται με τις ατομικές τους επιθυμίες και αξίες. (Belton & Whittaker, 2007a)

## 6.1. Χειρουργικές Μέθοδοι

Αναρρόφηση (αναρρόφηση κενού):

Η αναρρόφηση κενού είναι μια από τις πιο συχνά χρησιμοποιούμενες χειρουργικές μεθόδους για τον τερματισμό της πρώιμης εγκυμοσύνης, συνήθως έως τη 12η εβδομάδα κύησης.

Σύμφωνα με έρευνα, γυναίκες που προχώρησαν σε διακοπή κύησης το 1<sup>ο</sup> τρίμηνο, δεν ανέφεραν μεγάλες διαφορές στην αίσθηση του πόνου, είτε με χρήση χειροκίνητης αναρρόφησης, είτε με χρήση ηλεκτρικής αναρρόφησης. (Edelman et al, 2001)

Διαστολή και εκκένωση (D&E):

Η διαστολή και η εκκένωση (D&E) είναι μια χειρουργική μέθοδος που χρησιμοποιείται συνήθως για τον τερματισμό της εγκυμοσύνης στο δεύτερο τρίμηνο, γενικά μεταξύ 13 και 24 εβδομάδων κύησης.

Οι διαδικασίες D&E είναι πιο περίπλοκες και απαιτούν πρόσθετη τεχνογνωσία σε σύγκριση με την αναρρόφηση, λόγω του προχωρημένου σταδίου της εγκυμοσύνης.

Η επαρκής παροχή συμβουλών, η συγκατάθεση και η κατάλληλη φροντίδα παρακολούθησης είναι ζωτικής σημασίας για τη διασφάλιση της σωματικής και

συναισθηματικής ευεξίας των ατόμων που υποβάλλονται σε χειρουργικές μεθόδους τερματισμού.(Getahun et al., 2023a)

### **Κίνδυνοι διακοπής κύησης**

Πολλές γυναίκες αποφασίζουν να διακόψουν μια κύηση, είτε επειδή δεν θέλουν να τεκνοποιήσουν τη δεδομένη στιγμή, είτε επειδή έχει προηγηθεί τεκνοποίηση πολύ πρόσφατα, είτε επειδή βρίσκονται σε προχωρημένη ηλικία και δεν επιθυμούν να αποκτήσουν άλλο παιδί.(Skogsdal et al, 2019)

Γυναίκες με ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη καταφεύγουν συχνά σε επικίνδυνες τεχνικές διακοπής κύησης που εκτελούνται από ανθρώπους με ανεπαρκή εκπαίδευση και σε χώρους που δεν πληρούν τις απαραίτητες συνθήκες υγιεινής και ασφάλειας με αποτέλεσμα είτε επιπλοκές στην υγεία τους, είτε, ως πιο ακραία κατάληξη ,το θάνατο της κυοφορούσας, ειδικά στις αναπτυσσόμενες και υπανάπτυκτες χώρες.

Οι κίνδυνοι διακοπής της κύησης για τη γυναίκα σε αυτές τις περιπτώσεις είναι:

- Διάτρηση της μήτρας
- Τραυματισμός άλλων κοιλιακών οργάνων
- Ρήξη τραχήλου
- Αιμορραγία
- Λοίμωξη

### **Συναισθηματική και ψυχολογική υποστήριξη:**

Είναι σημαντικό να αναγνωρίσουμε ότι η απόφαση διακοπής μιας εγκυμοσύνης, μπορεί να έχει συναισθηματικές και ψυχολογικές επιπτώσεις για τα άτομα. Οι χειρουργικές μέθοδοι, όπως με κάθε διαδικασία τερματισμού, μπορούν να προκαλέσουν μια σειρά

συναισθηματικών αντιδράσεων, συμπεριλαμβανομένης της λύπης, της ανακούφισης, της ενοχής ή της αίσθησης απώλειας. Είναι σημαντικό για τα άτομα να έχουν πρόσβαση σε συμπονετικές και μη επικριτικές συμβουλευτικές υπηρεσίες, πριν, κατά τη διάρκεια και μετά τη διαδικασία για την αντιμετώπιση τυχόν συναισθηματικών ή ψυχολογικών ανησυχιών που μπορεί να έχουν. Οι υποστηρικτικοί πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης και οι συμβουλευτικές υπηρεσίες μπορούν να διαδραματίσουν κρίσιμο ρόλο βοηθώντας τα άτομα να αφουγκραστούν τις συναισθηματικές πτυχές του τερματισμού και να παρέχουν την απαραίτητη υποστήριξη σε όλη τη διαδικασία.

## 6.2 Φαρμακευτικές Μέθοδοι

Η διαδικασία της ιατρικής άμβλωσης περιλαμβάνει συνήθως μια προσέγγιση δύο σταδίων:

**Βήμα 1:** Χορήγηση μifeπριστόνης - Στο άτομο χορηγείται μifeπριστόνη για λήψη από το στόμα.

**Βήμα 2:** Χορήγηση μισοπροστόλης - Περίπου 24 έως 48 ώρες μετά τη λήψη μifeπριστόνης. Αυτό το φάρμακο προκαλεί συσπάσεις της μήτρας, οδηγώντας στην αποβολή του κυήματος. Η μισοπροστόλη μπορεί να ληφθεί από το στόμα ή να εισαχθεί κολπικά. Η διαδικασία αποβολής της εγκυμοσύνης μπορεί να διαρκέσει από αρκετές ώρες έως μερικές ημέρες.

Το ποσοστό επιτυχίας της ιατρικής άμβλωσης είναι συνήθως περίπου 95% έως 98%, ανάλογα με την ηλικία κύησης και τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται.

**Απόρρητο και ευκολία:** Οι φαρμακευτικές μέθοδοι τερματισμού προσφέρουν στα άτομα την ευκαιρία να υποβληθούν στη διαδικασία, στην ιδιωτικότητα και την άνεση του σπιτιού τους. Αυτή η πτυχή μπορεί να είναι ιδιαίτερα ελκυστική για όσους επιθυμούν την εμπιστευτικότητα και προτιμούν να έχουν τον έλεγχο του χρόνου και του καθορισμού του τερματισμού. Είναι σημαντικό να σημειωθεί, ωστόσο, ότι τα άτομα πρέπει να είναι προετοιμασμένα για τη σωματική και συναισθηματική διαδικασία που ακολουθεί τη χορήγηση φαρμάκων και να έχουν πρόσβαση σε

συστήματα υποστήριξης ή επαγγελματίες υγείας για την αντιμετώπιση τυχόν ανησυχιών ή επιπλοκών που μπορεί να προκύψουν.(R. M. Renner et al., 2013)

**Συναισθηματικές εκτιμήσεις και συμβουλευτική:** Ο τερματισμός της εγκυμοσύνης μπορεί να είναι μια συναισθηματικά προκλητική απόφαση για τα άτομα, ανεξάρτητα από τη μέθοδο που επιλέγεται. Είναι σημαντικό να ληφθούν υπόψη οι πιθανές συναισθηματικές επιπτώσεις και να αναζητηθεί η κατάλληλη συμβουλευτική ή υποστήριξη πριν, κατά τη διάρκεια και μετά τη διαδικασία. Πολλοί πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης προσφέρουν συμβουλευτικές υπηρεσίες, για να βοηθήσουν τα άτομα να εξερευνήσουν τα συναισθήματά τους, να αντιμετωπίσουν τυχόν ανησυχίες και να λάβουν τεκμηριωμένες αποφάσεις σχετικά με την αναπαραγωγική τους υγεία. Η συναισθηματική υποστήριξη μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στη συνολική ευημερία των ατόμων που υποβάλλονται σε ιατρική άμβλωση.(O’Connell et al., 2009; R.-M. Renner et al., 2016)

**Νομικά και ηθικά ζητήματα:** Η νομιμότητα και η διαθεσιμότητα των φαρμακευτικών μεθόδων τερματισμού διαφέρουν ευρέως σε διαφορετικές χώρες και περιοχές. Είναι σημαντικό τα άτομα να γνωρίζουν τους νόμους και τους κανονισμούς που αφορούν στην περιοχή τους. Η πρόσβαση σε ασφαλείς και νόμιμες ιατρικές υπηρεσίες είναι ζωτικής σημασίας, για τη διασφάλιση της ευημερίας των ατόμων που αναζητούν βοήθεια για τον τερματισμό μιας κύησης. Συνιστάται η αναζήτηση πληροφοριών από αξιόπιστους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης ή οργανισμούς αναπαραγωγικής υγείας, για να γίνουν κατανοητά τα νομικά και ηθικά ζητήματα που σχετίζονται με τις φαρμακευτικές μεθόδους τερματισμού.(Tschann et al., 2017b)

### 6.3 Λόγοι που οδηγούν στη μη ασφαλή διακοπή κύησης

Παγκοσμίως, έχει αυξηθεί η δυνατότητα πρόσβασης των γυναικών σε δομές υγείας, όπου πραγματοποιούνται διακοπές κύησης με ασφάλεια, όπως και η χρήση αποτελεσματικότερων μεθόδων αντισύλληψης, ωστόσο σε χώρες χαμηλού και μεσαίου

οικονομικού επιπέδου, η προσβασιμότητα στις δομές αυτές είναι ακόμα περιορισμένη.(Cleland et al, 2012; Chandra et al, 2014; Sedgh et al, 2014; Ganatra, 2015)

Παράγοντες όπως η ηλικία, οι ιδιαίτερες πληθυσμιακές ομάδες (επί παραδείγματι οι πρόσφυγες), καθώς και γεωγραφικοί και φυλετικοί παράγοντες, θα μπορούσαν να αποτελέσουν λόγους, οι οποίοι θα οδηγούσαν σε μη ασφαλή διακοπή κύησης.

Στην Κένυα, για παράδειγμα, απαγορεύεται η διακοπή της κύησης, εκτός και αν κάποιος λειτουργός υγείας κρίνει ότι η εγκυμοσύνη δεν βαίνει ομαλά και ότι η ζωή της εγκυμονούσας βρίσκεται σε κίνδυνο. Δεν εκτελείται σε δημόσια νοσοκομεία, παρά μόνο σε ιδιωτικά και επομένως η πρόσβαση είναι εφικτή κυρίως σε εγκύους που ανήκουν στα ανώτερα οικονομικά στρώματα.

Σε έρευνα που διεξήχθη στην Αιθιοπία αποκαλύφθηκε ότι το 88,2% των γυναικών που πήραν μέρος σε αυτή, δεν γνώριζαν τίποτα σχετικά με τον νόμο περί αμβλώσεων ή που θα μπορούσαν να αποταθούν για να προβούν σε μια διακοπή κύησης με ασφάλεια. (Getahun et al, 2023a)

Σε παρόμοιες γεωγραφικές περιοχές, ο κοινωνικός στιγματισμός υιοθετείται, ως συμπεριφορά προς τους λειτουργούς υγείας που ασχολούνται με την διακοπή κύησης. Οι υγειονομικοί έρχονται σε προσωπική σύγκρουση, θυματοποιούνται εξαιτίας των απόψεων της τοπικής κοινωνίας, αλλά και των ίδιων των συναδέλφων τους.(Loi et al, 2015)

Ο στιγματισμός της χρήσης αντισυλληπτικών μεθόδων και της διακοπής κύησης τροφοδοτείται, συνήθως, από φυλετικά στερεότυπα, τα οποία αποτρέπουν τα νεαρά κορίτσια από την χρήση αντισύλληψης και την διακοπή της κύησης και καλλιεργούν το πρότυπο της μητρότητας. Το πρότυπο της μητρότητας τοποθετείται σε πολλές κοινωνίες ως πρώτη προτεραιότητα των νεαρών γυναικών, ακόμα και πάνω από την αποφοίτηση του σχολείου.(Makenzius et al, 2019; Darroch et al, 2016)

Σε πολλές περιπτώσεις, οι αρνητικές συνέπειες ενισχύονται από τον πολιτιστικό και θρησκευτικό φονταμενταλισμό και η κοινωνική κατακραυγή για τη διακοπή κύησης κατευθύνεται τόσο προς τις γυναίκες, όσο και προς τους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στον τομέα αυτό, καθώς και σε όσους αγωνίζονται για το δικαίωμα διακοπής της κύησης. Τελικά, ο στιγματισμός προσπαθεί να υποβιβάσει και να

καταργήσει τις συγκεκριμένες νόμιμες δομές υγείας, απαξιώνοντας και όσους υποστηρίζουν τη νομιμότητά τους και την προσβασιμότητά τους σε αυτές.(Makenzius et al, 2019)

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, το 2003 σημειώθηκαν 20 εκατομμύρια μη ασφαλείς αμβλώσεις, των οποίων η συντριπτική πλειοψηφία (95%) , διενεργήθηκε σε αναπτυσσόμενες χώρες. (Cook et al, 2004)

Στις Ηνωμένες Πολιτείες οι μισές σχεδόν εγκυμοσύνες είναι ανεπιθύμητες, με τα υψηλότερα ποσοστά να παρατηρούνται μεταξύ ισπανόφωνων και μεταξύ μαύρων μη ισπανόφωνων γυναικών.(Finer et al, 2016; Kim et al, 2016)

Η διεξαγωγή ερευνών αποτελεί χρήσιμο εργαλείο σχετικά με τη δυνατότητα πρόσβασης που έχουν οι γυναίκες διαφόρων κοινωνικών ομάδων, σε μεθόδους αντισύλληψης και επομένως στην δυνατότητα αποφυγής μιας διακοπής κύησης.(Aiken et al, 2016)

Εξετάζοντας τον παράγοντα της ηλικίας, θα πρέπει να αναφερθούμε στα ποσοστά εγκυμοσύνης μεταξύ των ανήλικων κοριτσιών. Συγκεκριμένα, στις Η.Π.Α. και στη Μεγάλη Βρετανία τα ποσοστά αυτά έχουν ελαττωθεί σημαντικά, ωστόσο παραμένουν σε υψηλά επίπεδα σε σχέση με άλλες ανεπτυγμένες χώρες.(Scott et al, 2020)

Καθοριστικό ρόλο στις μικρές ηλικίες, διαδραματίζει η πρόωμη έναρξη των σεξουαλικών επαφών τις τελευταίες δεκαετίες, συγκριτικά με παλαιότερες εποχές. (Scott et al, 2020; Chandra et al, 2014; Sedgh et al, 2014; Ganatra, 2015; Heller et al, 2016; Huibregtse et al, 2011)

Η σεξουαλική δραστηριότητα και επιλογή της αντισύλληψης καθορίζονται εν πολλοίς, σε ατομικό επίπεδο από την οικογένεια και την κοινωνία και σε εθνικό επίπεδο από την παιδεία, τη θρησκεία, την ανέχεια, τις ανισότητες, την εθνικότητα ή τη φυλή.

Στις Η.Π.Α. και στη Μεγάλη Βρετανία, οι περισσότερες εγκυμοσύνες σε νεαρά κορίτσια παρατηρούνται σε άτομα χαμηλού κοινωνικού επιπέδου. (Kearney et al,2014; Conrad, 2012; Scott et al, 2017)

Σε άλλες χώρες της Ευρώπης τα ποσοστά εγκυμοσύνης στις εφήβους ποικίλουν, με την Ελβετία να έχει τα χαμηλότερα ποσοστά (8% των εφήβων κοριτσιών), ενώ χώρες όπως η Πορτογαλία και η Ισπανία εμφανίζουν ποσοστά στο 25% των εφήβων

κοριτσιών, με τη Μεγάλη Βρετανία να φτάνει το 46%. Στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες οι εγκυμοσύνες αυτές διακόπτονται σε ποσοστό 30-70%, αλλά στις μισές από αυτές τις χώρες επιτρέπεται η λήψη αντισυλληπτικού χαπιού χωρίς τη γονική συγκατάθεση, όπως αναφέρει ο ΠΟΥ.(Michaud et al, 2020; Krepelka et al, 2020; Makenzius et al, 2019)

Τέλος, θα πρέπει να εστιάσουμε σε μια ακόμη ειδική κατηγορία, η οποία είναι οι γυναίκες πρόσφυγες. Αυτές οι γυναίκες αντιμετωπίζουν δυσκολία στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, επιπλέον των προβλημάτων βίας, κακοποίησης και σεξουαλικής εκμετάλλευσης που υφίστανται.(Metusela et al, 2017; Willie et al, 2017; Miller et al, 2010)

Εκτός από την έλλειψη βασικών ειδών διαβίωσης, συχνά οι νεαρές πρόσφυγες διατρέχουν τον κίνδυνο βιασμού, ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, και σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων.(Eaton et al, 2008) Η ενημέρωσή τους σχετικά με μεθόδους αντισύλληψης, καθώς και η πρόσβαση τους σε αυτές, κυρίως λόγω του στιγματισμού τους, καθίσταται σχεδόν αδύνατη. (Ivanova et al, 2018;Metusela et al, 2017)

Σε χώρους διαβίωσης προσφύγων οι νεαρές γυναίκες είναι δυνατόν να ξεκινούν σε πολύ μικρή ηλικία τις σεξουαλικές επαφές, χωρίς προφύλαξη και με διάφορους συντρόφους και χωρίς τις ηθικές αναστολές μιας οργανωμένης κοινωνίας.( Huibregtse et al, 2011; Pizzarossa et al, 2017)

Η ανέχεια και η ανασφάλεια των γυναικών καθιστούν ανέφικτη την αντισύλληψη εν γένει, πόσο μάλλον την πρόσβαση σε σύγχρονες μεθόδους αντισύλληψης.(Eaton et al, 2008; Miller et al, 2010; Brant et al, 2017; Kocourkova, 2016)



## 7. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

### 7.1 Υλικό και μέθοδος

Πρόκειται για μια αναδρομική – προοπτική μελέτη, η οποία αφορούσε στη χρονική περίοδο Οκτωβρίου 2019 - Οκτωβρίου 2021.

Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν γυναίκες που προσήλθαν στο Κέντρο Υγείας Αγίας Σοφίας Πειραιά της 2<sup>ης</sup> Υγειονομικής Περιφέρειας και συγκεκριμένα στο τμήμα Οικογενειακού Προγραμματισμού της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Η συλλογή των δεδομένων έγινε μέσω των αρχείων του Κέντρου Υγείας, κάνοντας χρήση των γυναικολογικών- μαιευτικών ιστορικών, τα οποία είχαν συμπληρωθεί, κατά την επίσκεψη των γυναικών στα Ιατρεία, προκειμένου να υποβληθούν στον ετήσιο προληπτικό τους έλεγχο ή να ενημερωθούν σε θέματα σχετικά με την αντισύλληψη.

Για την πραγματοποίηση της μελέτης έγινε χρήση 150 ιστορικών.

### 7.2 Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Η διαδικασία συλλογής έγινε τηρώντας την εμπιστευτικότητα των προσωπικών δεδομένων, χωρίς καμία επιβάρυνση του Κέντρου Υγείας Αγίας Σοφίας Πειραιά. Τηρήθηκαν οι κώδικες ηθικής και δεοντολογίας με τις κείμενες διατάξεις και ζητήθηκε άδεια από το επιστημονικό συμβούλιο της 2ης Υγειονομικής Περιφέρειας, στην οποία ανήκει το Κέντρο Υγείας Αγίας Σοφίας Πειραιά.

Τα ιστορικά τα οποία χρησιμοποιήθηκαν περιείχαν ερωτήσεις που αφορούσαν στα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος, όπως η ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης και η οικογενειακή κατάσταση, καθώς και ερωτήσεις σχετικά με τη χρήση μεθόδων αντισύλληψης, την έναρξη της σεξουαλικής ζωής, τον γυναικολογικό τους έλεγχο, την ύπαρξη ΣΜΝ, το μαιευτικό ιστορικό και τον αριθμό τυχόν τεχνητών διακοπών κήσεως.

### 7.3 Κριτήρια επιλογής δείγματος

- ❖ γυναίκες ηλικίας 20-45 ετών
- ❖ γυναίκες οι οποίες κατανοούσαν την ελληνική γλώσσα
- ❖ γυναίκες οι οποίες προσήλθαν στο τμήμα Οικογενειακού Προγραμματισμού του Κέντρου Υγείας Αγίας Σοφίας Πειραιά κατά την χρονική περίοδο Οκτωβρίου 2019 - Οκτωβρίου 2021

### 7.4 Σκοπός της μελέτης

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η καταγραφή του επιπολασμού της χρήσης αντισυλληπτικών μεθόδων και η συσχέτιση με τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.

### 7.5 Επιμέρους στόχοι

- η συσχέτιση των κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος με τη μη χρήση αντισύλληψης
- η συσχέτιση χρήσης ή μη μεθόδων αντισύλληψης με την διακοπής κύησης
- η συσχέτιση της συχνότητας διακοπής κύησης με τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά

Στόχος μας ήταν η απόκτηση γνώσεων σχετικά με το συγκεκριμένο θέμα, προκειμένου αυτό να οδηγήσει στη δυνατότητα χάραξης επιπρόσθετων παρεμβάσεων και ενημέρωσης, σε θέματα που σχετίζονται με την αναπαραγωγική υγεία.

Τα ευρήματα αναμένεται να συμβάλλουν στο υπάρχον σύνολο γνώσεων , σχετικά με τα υπό μελέτη θέματα.

## 7.6 Διασφάλιση προστασίας προσωπικών δεδομένων

Τα προσωπικά δεδομένα συλλέχθηκαν από την μεταπτυχιακή φοιτήτρια και χρησιμοποιήθηκαν αποκλειστικά για την πραγματοποίηση της έρευνας.

Τα δεδομένα φυλάσσονται σε ηλεκτρονικό υπολογιστή της μεταπτυχιακής φοιτήτριας με κωδικό πρόσβασης.

Τα προσωπικά δεδομένα του δείγματος διατηρούνται ανώνυμα.

## 7.7 Ανάλυση δεδομένων

Με τη χρήση του κριτηρίου Kolmogorov-Smirnov ελέγχθηκαν οι κατανομές των ποσοτικών μεταβλητών ως προς την κανονικότητα της κατανομής τους. Για εκείνες που κατανέμονταν κανονικά χρησιμοποιήθηκαν οι μέσες τιμές (mean) και οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD) για την περιγραφή τους, ενώ για εκείνες που δεν κατανέμονταν κανονικά χρησιμοποιήθηκαν επιπλέον και οι διάμεσοι (median) και τα ενδοτεταρτημοριακά εύρη (interquartile range). Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ περισσότερων από δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το μη παραμετρικό κριτήριο Kruskal-Wallis. Για τη σύγκριση αναλογιών χρησιμοποιήθηκε το Pearson's  $\chi^2$  test ή το Fisher's exact test όπου ήταν απαραίτητο. Για τον έλεγχο του σφάλματος τύπου I, λόγω των πολλαπλών συγκρίσεων χρησιμοποιήθηκε η διόρθωση κατά Bonferroni σύμφωνα με την οποία το επίπεδο σημαντικότητας είναι  $0,05/k$  ( $k$ = αριθμός των συγκρίσεων). Για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με τις μεθόδους αντισύλληψης και την διακοπή κύησης έγινε ανάλυση λογαριθμιστικής παλινδρόμησης (logistic regression analysis) με τη διαδικασία διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise) και προέκυψαν σχετικοί λόγοι (Odds ratio) με τα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης τους (95% ΔΕ). Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 26.0.

## 8. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

### 8.1 Περιγραφικά αποτελέσματα

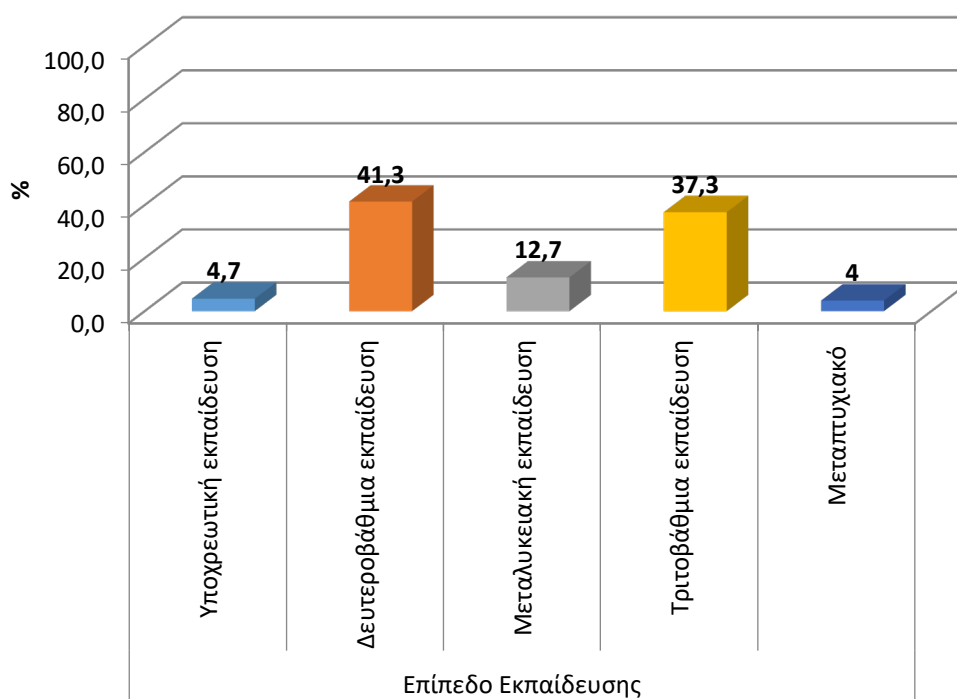
Το δείγμα αποτελείται από 150 γυναίκες που προσήλθαν στο Κέντρο Υγείας Αγίας Σοφίας Πειραιά με μέση ηλικία 33,8 έτη (SD=7,6 έτη). Ακολουθεί ο πίνακας με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά τους.

	N	%	
<b>Ηλικία, Μέση τιμή (SD), Διάμεσος (ενδ. εύρος)</b>	33,8 (7,6)	34,0 (28 – 41)	
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>	Άγαμη	67	44,7
	Διαζευγμένη	4	2,7
	Έγγαμη	74	49,3
	Σε συγκατοίκηση	5	3,3
<b>Αριθμός Τέκνων</b>	0	80	53,3
	1	33	22,0
	2	27	18,0
	3	7	4,7
	4	3	2,0
<b>Επίπεδο Εκπαίδευσης</b>	Υποχρεωτική εκπαίδευση	7	4,7
	Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	62	41,3
	Μεταλυκειακή εκπαίδευση	19	12,7
	Τριτοβάθμια εκπαίδευση	56	37,3
	Μεταπτυχιακό	6	4,0
<b>Επάγγελμα</b>	Δημόσιος υπάλληλος	13	8,7
	Ιδιωτικός υπάλληλος	74	49,3
	Ελεύθερη επαγγελματίας	3	2,0
	Άνεργος/η	26	17,3
	Άλλο (πχ οικιακά)	34	22,7

*Πίνακας 1*

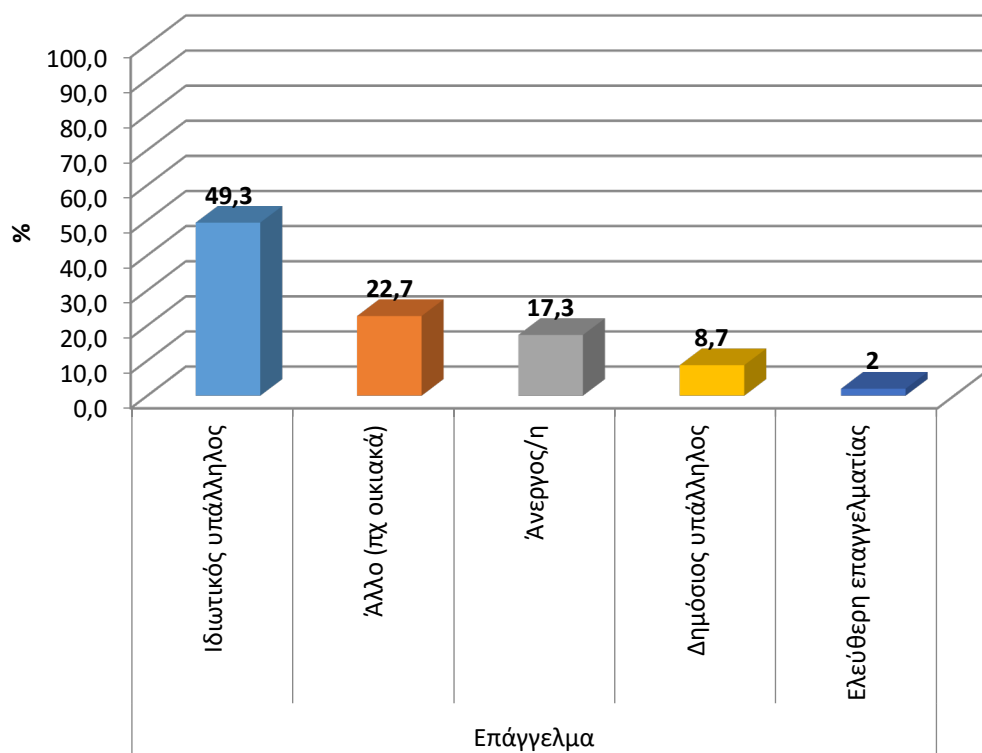
Το 49,3% των γυναικών ήταν έγγαμες και το 53,3% δεν είχε παιδιά. Το 41,3% ήταν απόφοιτες δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης το 37,3% τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, ενώ μόλις το 4% είχαν ολοκληρώσει μεταπτυχιακές σπουδές. Επίσης το 49,3% εργάζονταν ως ιδιωτικοί υπάλληλοι, το 8,7% ως δημόσιοι υπάλληλοι, το 17,3% ήταν άνεργες, το 2% ελεύθεροι επαγγελματίες και το 22,7% ασχολούνταν με κάτι άλλο π.χ. οικιακά. Συνολικά, το 60% των συμμετεχουσών ήταν εργαζόμενες.

Ακολουθεί το ραβδόγραμμα σχετικά με το εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχουσών γυναικών.



**εικόνα 10**

Ακολουθεί το ραβδόγραμμα σχετικά με την επαγγελματική κατάσταση των συμμετεχουσών γυναικών.



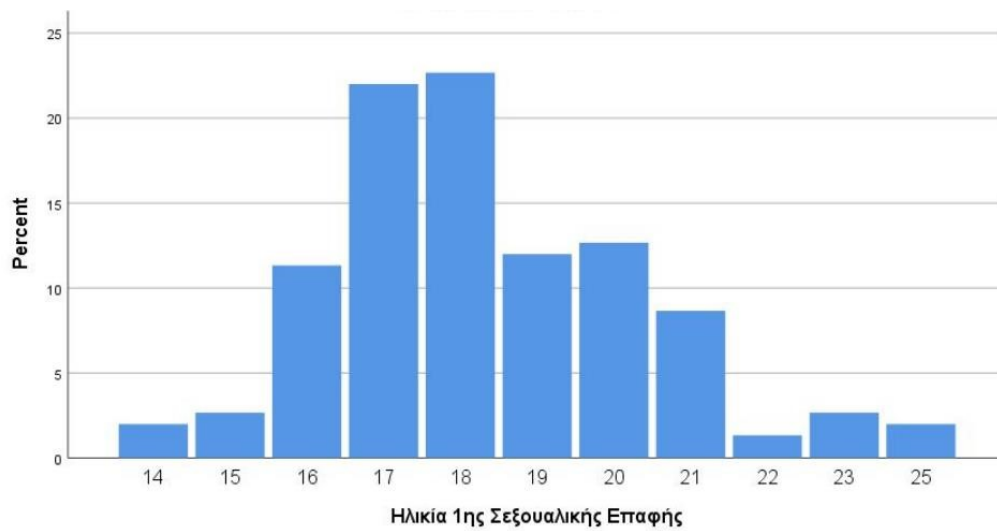
**εικόνα 11**

Ακολουθούν τα στοιχεία σχετικά με το γυναικολογικό ιστορικό των γυναικών.

		N	%
<b>Ηλικία εμμηναρχής Μέση τιμή (SD), Διάμεσος (ενδ. εύρος)</b>		12,9 (1,6)	13 (12 - 14)
<b>E.P. Συχνότητα (σταθερή)</b>	Όχι	15	10,0
	Ναι	135	90,0
<b>E.P. ΔΙΑΡΚΕΙΑ Μέση τιμή (SD), Διάμεσος (ενδ. εύρος)</b>		5,2 (1,2)	5 (4,5 – 5,5)
<b>Αμηνόρροια</b>	Όχι	144	96,0
	Ναι	6	4,0
<b>Ηλικία 1ης Σεξουαλικής Επαφής Μέση τιμή (SD), Διάμεσος (ενδ. εύρος)</b>		18,4 (2,1)	18 (17 – 20)
<b>Ηλικία 1ου Τεστ Παπ, Μέση τιμή (SD), Διάμεσος (ενδ. εύρος)</b>		20,9 (3,3)	20 (19 – 23)
<b>Ηλικία τελευταίου Τεστ Παπ, Μέση τιμή (SD), Διάμεσος (ενδ. εύρος)</b>		32,2 (7,4)	32 (26 – 39)

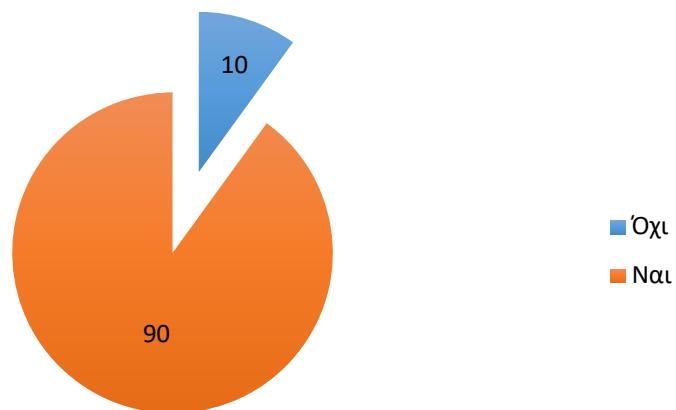
*Πίνακας 2*

Η μέση ηλικία εμμηναρχής ήταν τα 12,9 έτη (SD=1,6 έτη). Το 90% των συμμετεχόντων είχε σταθερή συχνότητα E.P και η μέση διάρκειά της ήταν 5,2 ημέρες (SD=1,2 ημέρες). Μόνο το 4,0% είχε αμηνόρροια. Επίσης, η μέση ηλικία πρώτης σεξουαλικής επαφής ήταν τα 18,4 έτη (SD=2,1 έτη). Παρόλα αυτά σύμφωνα με το γράφημα στην εικόνα 12, όπου αποτυπώνεται η ακριβής ηλικία της 1<sup>ης</sup> σεξουαλικής επαφής, φαίνεται πως το 38% των συμμετεχουσών είχαν την πρώτη τους σεξουαλική επαφή πριν την ενηλικίωση. Η μέση ηλικία του πρώτου τεστ Παπ τα 20,9 έτη (SD=3,3 έτη) και τελευταίου δηλωμένου τεστ Παπ τα 32,2 έτη (SD=7,4 έτη).



*εικόνα 12*

Ακολουθεί το γράφημα σχετικά με την σταθερή συχνότητα Ε.Ρ.



Ε.Ρ. Συχνότητα (σταθερή)

*Εικόνα 13*

Στη συνέχεια δίνεται ο πίνακας σχετικά με τον HPV εμβολιασμό και τις εξετάσεις των συμμετεχουσών γυναικών.

		N	%
<b>HPV Εμβολιασμός</b>	Όχι	120	80,5
	Ναι	29	19,5
<b>Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα</b>	Όχι	110	73,3
	Ναι	28	18,7
	Δεν γνωρίζω	12	8,0
<b>Κολποσκόπηση / Βιοψία</b>	Όχι	137	91,3
	Ναι	13	8,7
<b>Καυτηριασμός / Λείζερ / Κρυοπηξία</b>	Όχι	132	88,0
	Ναι	18	12,0
<b>Μαστοί / Υπέρηχοι / Μαστογραφία</b>	Όχι	145	96,7
	Ναι	5	3,3
<b>Χειρουργικές επεμβάσεις</b>	Όχι	121	80,7
	Ναι	29	19,3
<b>Ιστολογική εξέταση</b>	Όχι	127	84,7
	Ναι	9	6,0
	Δεν γνωρίζω	14	9,3

### *Πίνακας 3*

Το 19,5% είχαν εμβολιαστεί για HPV. Το 18,7% είχε σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Είναι σημαντικό να αναγνωρίσουμε τους πιθανούς περιορισμούς των αυτοαναφερόμενων δεδομένων, καθώς τα άτομα μπορεί να μην γνώριζαν την κατάσταση μόλυνσης ή να επέλεξαν να μην το αποκαλύψουν (8%).

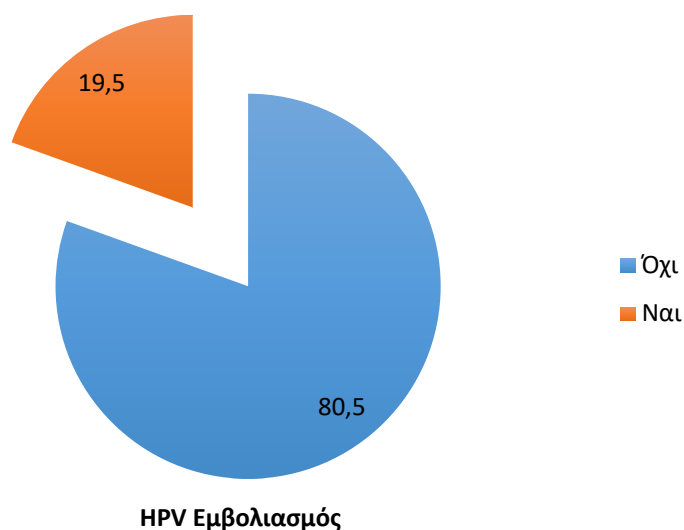
Ωστόσο, παραμένει θετικό γεγονός το υψηλό ποσοστό μη αναφερόμενου ΣΜΝ (73,3%), ως δείκτης αναπαραγωγικής υγείας.

Επίσης, το 8,7% είχε υποβληθεί σε κολποσκόπηση/ βιοψία, το 12% σε καυτηριασμό/λείζερ/ κρυοπηξία και μόνο το 3,3% σε μαστογραφία, γεγονός, που θα πρέπει σε ένα βαθμό να το αποδώσουμε στην ηλικιακή ομάδα που αποτέλεσε το δείγμα.



Το 19,3% είχε υποβληθεί σε χειρουργικές επεμβάσεις και το 6,0% σε ιστολογικές εξετάσεις.

Δίνεται το γράφημα σχετικά με τον HPV εμβολιασμό.



εικόνα 14

Στη συνέχεια δίνεται ο πίνακας σχετικά με το οικογενειακό ιστορικό, τα χρόνια νοσήματα, το κάπνισμα και την κατανάλωση αλκοόλ και ουσιών.

		N	%
<b>Οικογενειακό Ιστορικό Καρκίνου</b>	Όχι	109	73,6
	Ναι	39	26,4
<b>Νοσήματα (χρόνιες ή σοβαρές παθήσεις)</b>	Όχι	107	71,3
	Ναι	43	28,7
<b>Φαρμακευτική αγωγή (χρόνια λήψη)</b>	Όχι	111	74,0
	Ναι	39	26,0
<b>Αλλεργίες</b>	Όχι	135	90,0
	Ναι	15	10,0
<b>Κάπνισμα</b>	Δεν καπνίζω	101	67,8
	1-10 τσιγάρα ανά μέρα	30	20,1
	11-19 τσιγάρα ανά μέρα	14	9,4

	άνω των 20 ανά μέρα	4	2,7
<b>Χρήση αλκοόλ</b>	Όχι	130	86,7
	Ναι	20	13,3
<b>Χρήση ουσιών</b>	Όχι	150	100,0
	Ναι	0	0,0

*Πίνακας 4*

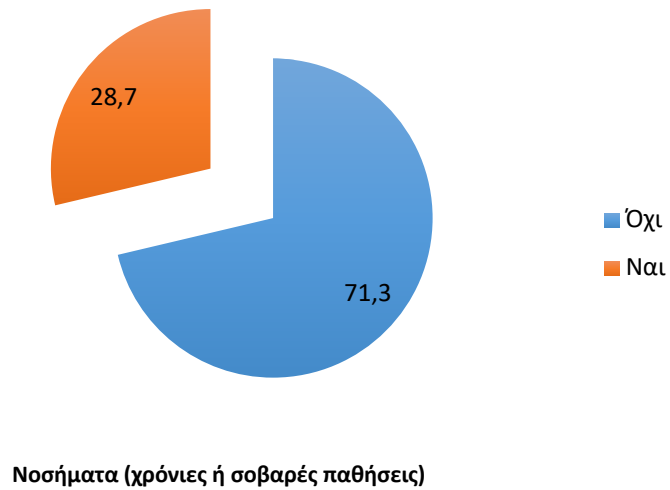
Το 26,4% είχε ιστορικό καρκίνου στην οικογένεια. Το 28,7% έπασχε από κάποιο νόσημα και το 26% λάμβανε χρόνια φαρμακευτική αγωγή. Επίσης, το 10,0% είχε αλλεργίες, το 67,8% δεν κάπνιζε, ενώ το 20,1% κάπνιζε 1-10 τσιγάρα την ημέρα. Τέλος, το 13,3% έκανε χρήση αλκοόλ, αλλά καμία δεν έκανε χρήση ουσιών.

Δίνεται το γράφημα για την ύπαρξη καρκίνου στο ιστορικό της οικογένειας.



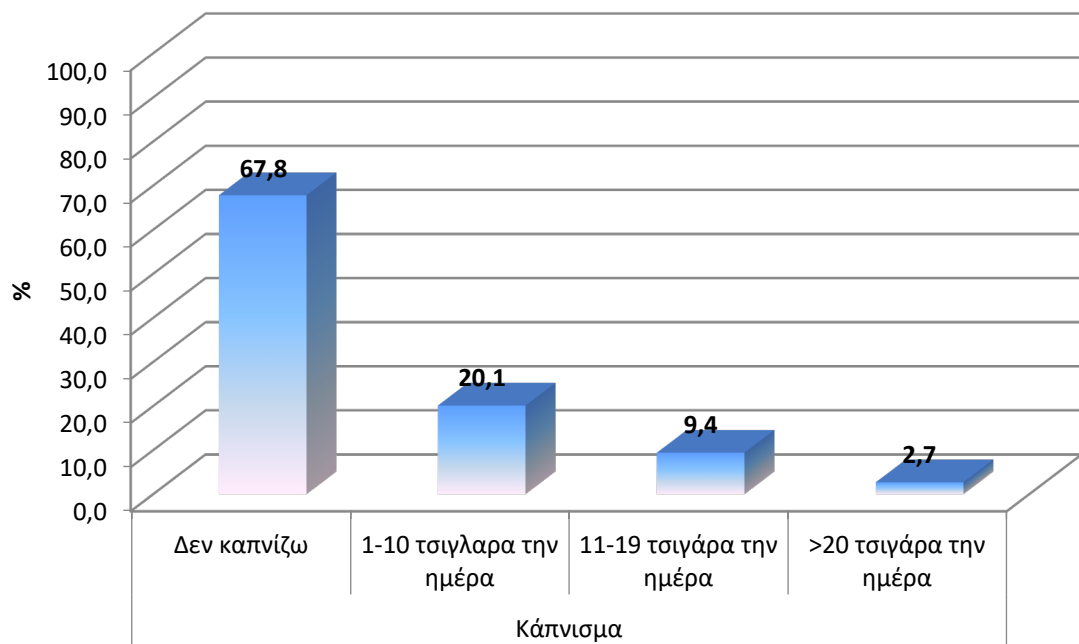
*εικόνα 15*

Ακολουθεί το γράφημα σχετικά με την ύπαρξη χρόνιων νοσημάτων.



εικόνα 16

Ακολουθεί το ραβδόγραμμα για τις καπνιστικές συνήθειες των συμμετεχόντων.



εικόνα 17

Ακολουθούν τα στοιχεία σχετικά με το μαιευτικό ιστορικό των γυναικών.

		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Κυήσεις, Μέση τιμή (SD), Διάμεσος (ενδ. εύρος)</b>		1,4 (1,5)	1,0 (0- 2)
<b>Τοκετοί</b>	0	78	52,0
	1	36	24,0
	2	26	17,3
	3	7	4,7
	4	3	2,0
<b>IVF</b>	Όχι	144	96,6
	Ναι	5	3,4
<b>Αυτόματη Αποβολή</b>	Όχι	129	86,0
	Ναι	21	14,0
<b>Ενδομήτριος θάνατος / θνησιγενές έμβρυο</b>	Όχι	149	99,3
	Ναι	1	0,7
<b>Τεχνητή διακοπή κύησης</b>	Όχι	114	76,0
	Ναι, 1	26	17,3
	Ναι, 2	7	4,7
	Ναι, 3	2	1,3
	Ναι, 5	1	0,7
<b>Θηλασμός</b>	Όχι	96	64,0
	Ναι	54	36,0

*Πίνακας 5*

Ο διάμεσος αριθμός κυήσεων ήταν 1 (ενδ. εύρος: 0-2). Το 52% δεν είχε πραγματοποιήσει τοκετό και το 24% είχε πραγματοποιήσει έναν. Το 3,4% είχε κάνει IVF και το 14,0% είχε αυτόματη αποβολή, ενώ μόνο το 0,7% είχε ενδομήτριο θάνατο/θνησιγενές έμβρυο και συνολικά το 24,0% είχε έστω και μία τεχνητή διακοπή κύησης. Τέλος, το 36% του δείγματος είχε θηλάσει.

Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δώσουμε στα ευρήματα της Τεχνητής Διακοπής κύησης.

Σύμφωνα με αυτά το 76% των συμμετεχουσών δεν είχαν υποβληθεί σε τερματισμό κύησης. Αντίθετα το 24 % είχε προβεί σε διακοπή, ωστόσο η πλειοψηφία ανέφερε ότι το έκανε μόνο μια φορά.

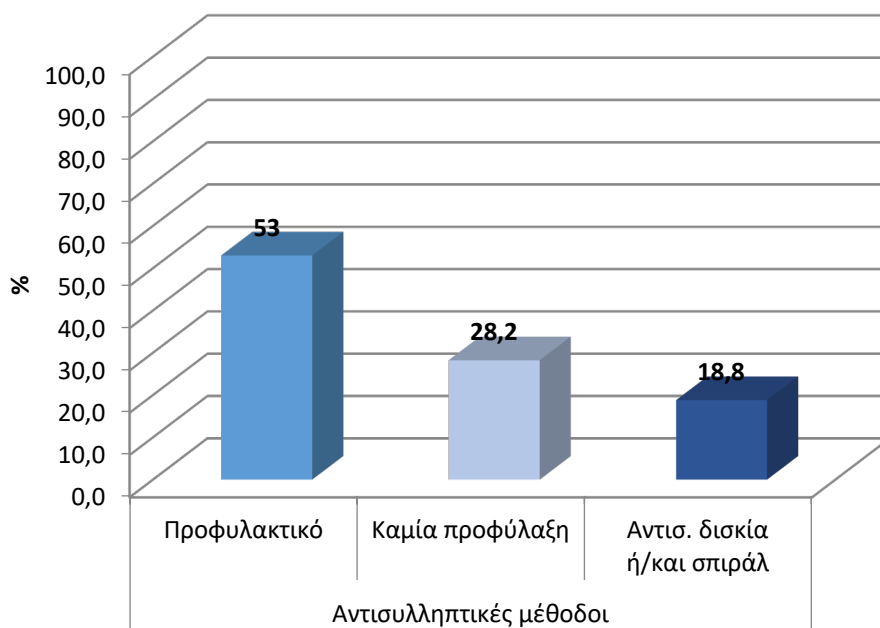
Στη συνέχεια ακολουθεί ο πίνακας σχετικά με τη μέθοδο αντισύλληψης που χρησιμοποιούσαν οι συμμετέχουσες γυναίκες.

		N	%
<b>Αντισυλληπτικές μέθοδοι</b>	Αντισυλ. δισκία ή/και σπιράλ	28	18,8
	Καμία προφύλαξη	42	28,2
	Προφυλακτικό	79	53,0

**Πίνακας 6**

Το 53% χρησιμοποιούσε προφυλακτικό, καθιστώντας το, το συνηθέστερο μέτρο αντισύλληψης, το 28,2% δεν έπαιρνε προφυλάξεις και το 18,8% χρησιμοποιούσε αντισυλληπτικά δισκία ή/και σπιράλ.

Δίνεται το γράφημα σχετικά με τις μεθόδους αντισύλληψης, σε φθίνουσα σειρά.



**Εικόνα 18**

Όπως παρατηρείται και παραπάνω, το διάγραμμα που απεικονίζει τις μεθόδους αντισύλληψης που χρησιμοποιήθηκαν μεταξύ των συμμετεχουσών, όντως αποκαλύπτεται μια εντυπωσιακή τάση, με μια σημαντική πλειοψηφία να βασίζεται αποκλειστικά στο ανδρικό προφυλακτικό ως την προτιμώμενη μέθοδο αντισύλληψης.

Ο παρακάτω πίνακας αφορά στην τεχνητή διακοπή κύησης τουλάχιστον μία φορά.

		N	%
<b>Τεχνητή διακοπή κύησης</b>	1	26	72,2
	2	7	19,4
	3	2	5,6
	5	1	2,8

*Πίνακας 7*

Το 72,2% των συμμετεχουσών είχε μία διακοπή κύησης, το 19,4% δύο, το 5,6% τρεις και μόνο μία γυναίκα, το 2,8%, είχε πέντε τεχνητές διακοπές κύησης.

## 8.2 Μονοπαραγοντική ανάλυση

Παρακάτω δίνεται ο πίνακας συσχέτισης της μεθόδου αντισύλληψης με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.

	Αντισυλληπτικές μέθοδοι						P
	Αντισυλληπτικά ή/και σπιράλ		Καμία προφύλαξη		Προφυλακτικό		
	N	%	N	%	N	%	
<b>Ηλικία</b>	36,2 (7,7)	38,5 (30,5 – 42,5)	37 (6,7)	39,5 (32,0 – 42,0)	31,2 (7,1)	31,0 (25,0 – 37,0)	<b>&lt;0,001+</b>

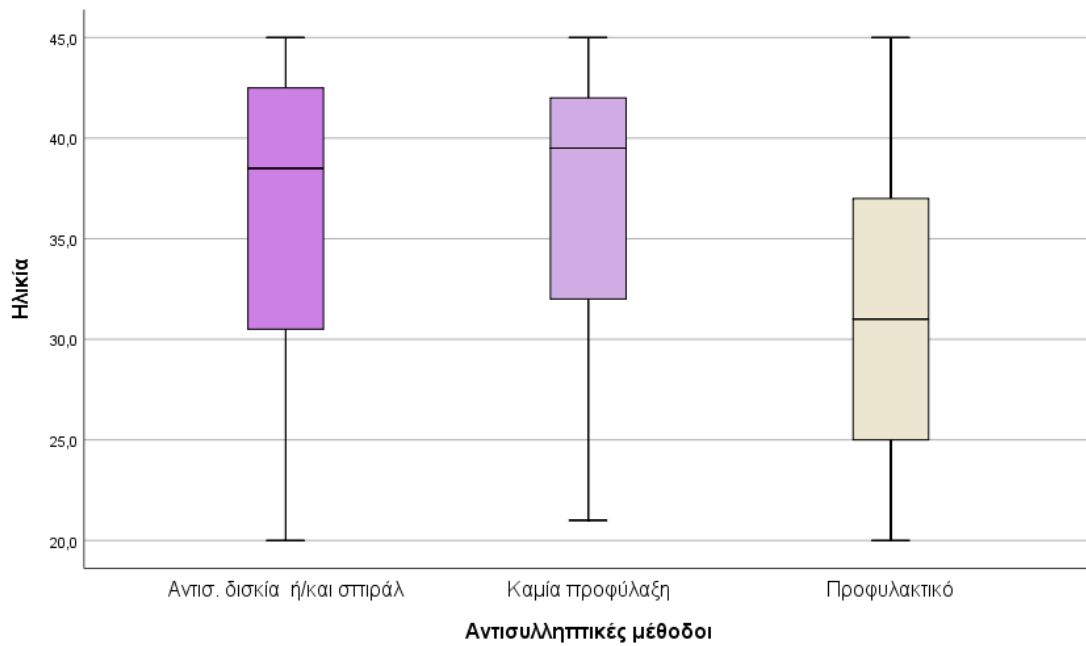
<b>Έγγαμη/ Σε συμβίωση</b>	Όχι	11	15,7	14	20,0	45	64,3	<b>0,031++</b>
	Ναι	17	21,5	28	35,4	34	43,0	
<b>Αριθμός Τέκνων</b>		0,9 (1,1)	1 (0 – 2)	1,5 (1,1)	2 (1– 2)	0,4 (0,7)	0 (0 – 1)	<b>&lt;0,001+</b>
<b>Εργαζόμενη</b>	Όχι	9	15,0	22	36,7	29	48,3	0,154++
	Ναι	19	21,3	20	22,5	50	56,2	
<b>Επίπεδο εκπαίδευσης</b>	Μέχρι Δευτεροβάθμια	12	17,4	29	42,0	28	40,6	<b>0,008++</b>
	Μεταλυκειακή	3	15,8	5	26,3	11	57,9	
	Ανώτερη (ΑΕΙ/ Μεταπτυχιακό)	13	21,3	8	13,1	40	65,6	

+Kruskal-Wallis test ++Pearson's  $\chi^2$  test

### Πίνακας 8

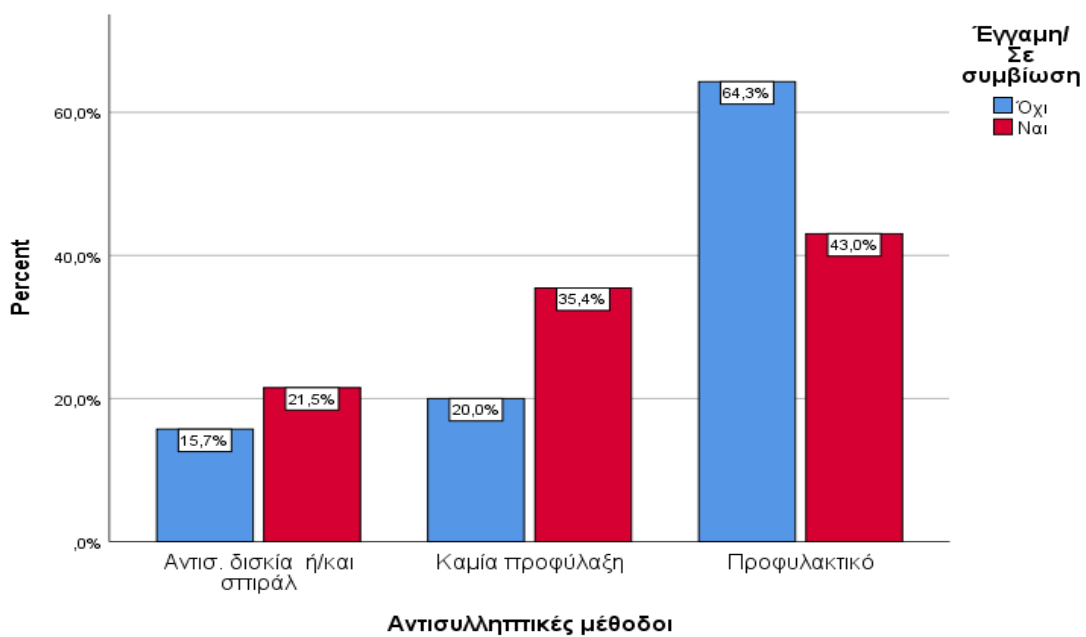
Μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni βρέθηκε ότι ο τρόπος αντισύλληψης διαφέρει ανάλογα με την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση και το εκπαιδευτικό επίπεδο. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες που χρησιμοποιούσαν αντισυλληπτικά ή και/ σπιράλ ήταν μεγαλύτερης ηλικίας συγκριτικά με όσες χρησιμοποιούσαν προφυλακτικό και ομοίως γυναίκες που δεν έπαιρναν προφυλάξεις ήταν μεγαλύτερης ηλικίας συγκριτικά με όσες χρησιμοποιούσαν προφυλακτικό. Επίσης, όσες ήταν έγγαμες χρησιμοποιούσαν το προφυλακτικό σαν μέθοδο αντισύλληψης σε ποσοστό 43%, ενώ το αντίστοιχο για όσες δεν ήταν έγγαμες ήταν 64,3%. Όσες είχαν το πολύ δευτεροβάθμια εκπαίδευση δεν χρησιμοποιούσαν προφύλαξη σε ποσοστό 42%, ενώ τα αντίστοιχα ποσοστά για όσες είχαν μεταλυκειακή ή ανώτερη εκπαίδευση ήταν 26,3% και 13,1%. Όσες είχαν μεταλυκειακή ή ανώτερη εκπαίδευση χρησιμοποιούσαν, κατά πλειοψηφία 57,9% και 65,6% αντίστοιχα προφυλακτικό, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για όσες είχαν μέχρι δευτεροβάθμια εκπαίδευση ήταν 40,6%. Μεγαλύτερο αριθμό παιδιών είχαν όσες δεν χρησιμοποιούσαν προφύλαξη ή χρησιμοποιούσαν αντισυλληπτικά ή και/ σπιράλ συγκριτικά με όσες χρησιμοποιούσαν προφυλακτικό.

Ακολουθεί το γράφημα για την ηλικία ανάλογα με την μέθοδο αντισύλληψης.



εικόνα 19

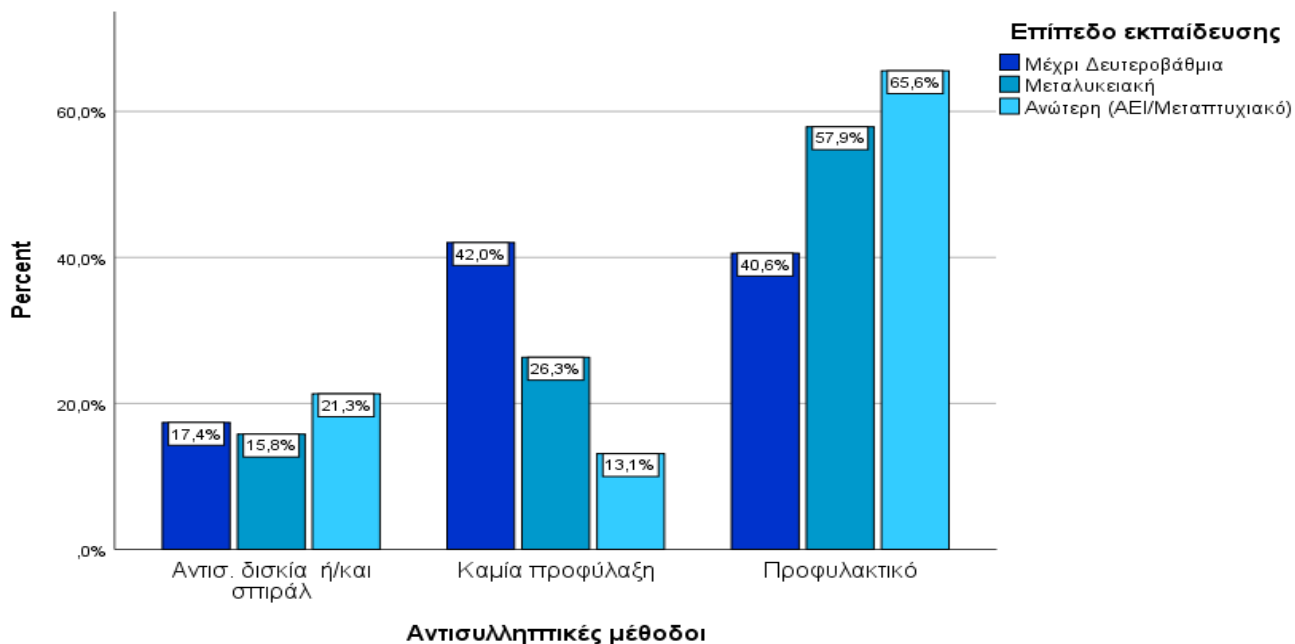
Ακολουθεί το γράφημα για τις μεθόδους αντισύλληψης ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση.



εικόνα 20



Ακολουθεί το γράφημα για τις μεθόδους αντισύλληψης ανάλογα με την εκπαίδευση



**Εικόνα 21**

Οι γυναίκες που έχουν ολοκληρώσει ανώτερη εκπαίδευση, εμφανίζονται να προτιμούν ως μέτρο αντισύλληψης το προφυλακτικό σε ποσοστό 65,6%, ενώ παρόμοια τάση εμφάνισαν και οι γυναίκες που είχαν ολοκληρώσει μεταλυκειακή εκπαίδευση (57,9%). Φαίνεται πως το χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης συσχετίζεται με την απόφαση για μη λήψη προφύλαξης.

Στον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 9) αναλύεται η έναρξη της σεξουαλικής ζωής σύμφωνα με το μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχουσών. Παρατηρείται έντονη τάση, στις γυναίκες που ολοκληρώνουν σπουδές στην τριτοβάθμια εκπαίδευση να ξεκινούν τη σεξουαλική τους ζωή μετά την ενηλικίωση. Ακολούθως, οι γυναίκες που ολοκλήρωσαν μεταπτυχιακές σπουδές, ξεκινούν και αυτές την σεξουαλική τους ζωή μετά την ενηλικίωση.

Επίπεδο Μόρφωσης	N Αριθμός Γυναικών	Έναρξη σεξουαλικής ζωής πριν την ενηλικίωση	Έναρξη σεξουαλικής ζωής μετά την ενηλικίωση
Υποχρεωτική εκπαίδευσης έως Γ' Γυμνασίου	7	57.1 %	42.9 %
Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	63	47.6 %	52.4 %
Μεταλυκειακή εκπαίδευση	19	47.4 %	52.6 %
Τριτοβάθμια εκπαίδευση ΑΕΙ/ΤΕΙ	55	21.8 %	78.2 %
Μεταπτυχιακές σπουδές	6	33.3%	66.7 %

*Πίνακας 9. Επίπεδο μόρφωσης και έναρξης σεξουαλικής ζωής.*

Στη συνέχεια δίνεται ο πίνακας σχετικά με το οικογενειακό ιστορικό, τα χρόνια νοσήματα, το κάπνισμα, τις αλλεργίες και την κατανάλωση αλκοόλ ανάλογα με την μέθοδο αντισύλληψης.

		Αντισυλληπτικές μέθοδοι						P
		Αντισ. δισκία ή/και σπιράλ		Καμία προφύλαξη		Προφυλακτικ ό		
		N	%	N	%	N	%	
<b>Οικογενειακό Ιστορικό Καρκίνου</b>	Όχι	20	18,5	28	25,9	60	55,6	0,664++
	Ναι	7	17,9	13	33,3	19	48,7	
<b>Νοσήματα (χρόνιες ή σοβαρές παθήσεις)</b>	Όχι	21	19,6	31	29,0	55	51,4	0,814++
	Ναι	7	16,7	11	26,2	24	57,1	
<b>Φαρμακευτική αγωγή (χρόνια λήψη)</b>	Όχι	21	18,9	32	28,8	58	52,3	0,944+
	Ναι	7	18,4	10	26,3	21	55,3	

Αλλεργίες	Όχι	23	17,2	39	29,1	72	53,7	0,301++
	Ναι	5	33,3	3	20,0	7	46,7	
Κάπνισμα	Όχι	20	19,8	24	23,8	57	56,4	0,219++
	Ναι	8	16,7	18	37,5	22	45,8	
Χρήση αλκοόλ	Όχι	24	18,6	35	27,1	70	54,3	0,712++
	Ναι	4	20,0	7	35,0	9	45,0	

++Pearson's  $X^2$  test

### Πίνακας 10

Οι αντισυλληπτικές μέθοδοι δεν διέφεραν ανάλογα με κάποιον από τους παραπάνω παράγοντες.

Ακολουθεί ο πίνακας με τα στοιχεία σχετικά με το γυναικολογικό ιστορικό των γυναικών ανάλογα με τη μέθοδο αντισύλληψης.

		Αντισυλληπτικές μέθοδοι						P
		Αντισ. δισκία ή/και σπιράλ		Καμία προφύλαξη		Προφυλακτικό		
		N	%	N	%	N	%	
Ηλικία εμμηναρχής		12,5 (1,2)	12,5 (12 - 13)	13,3 (1,7)	13 (12 - 14)	12,7 (1,7)	13 (12 - 14)	0,093+
Ε.Ρ. Συχνότητα (σταθερή)	Όχι	3	20,0	4	26,7	8	53,3	0,987÷
	Ναι	25	18,7	38	28,4	71	53,0	
Αμηνόρροια (ημ. έναρξης)	Όχι	26	18,2	39	27,3	78	54,5	0,179÷
	Ναι	2	33,3	3	50,0	1	16,7	
Ηλικία 1ης Σεξουαλικής Επαφής		18,3 (2,4)	18 (17 - 19,5)	18,2 (1,7)	18 (17 - 19)	18,5 (2,2)	18 (17 - 20)	0,686+
Ηλικία 1ου Τεστ ΠΑΠ		21,1 (3,6)	20 (19 - 22,5)	20,6 (3,0)	20 (19 - 22)	20,9 (3,5)	20 (19 - 23)	0,816+
Ηλικία τελευταίου Τεστ ΠΑΠ		35,2 (7,5)	37 (29,5 - 41)	35,6 (6,8)	38 (31 - 41)	29,4 (6,6)	30 (23 - 34)	<0,001+
	Όχι	24	20,2	38	31,9	57	47,9	0,025++

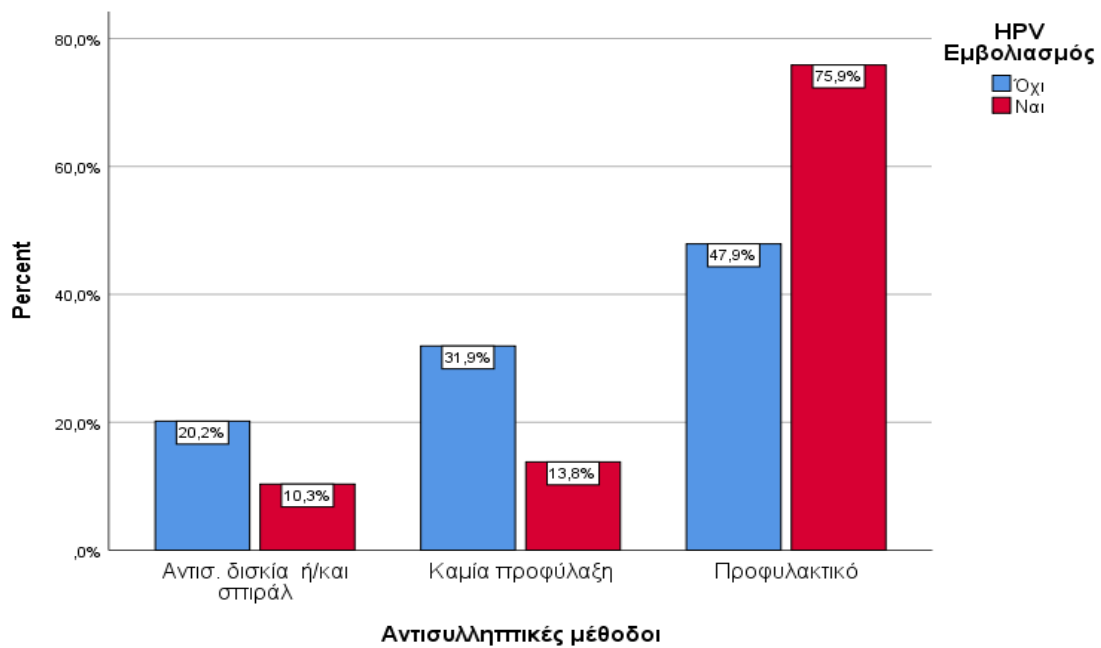
<b>HPV Εμβολιασμός</b>	Ναι	3	10,3	4	13,8	22	75,9	
<b>Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα</b>	Όχι	21	19,3	31	28,4	57	52,3	0,059÷
	Ναι	6	21,4	9	32,1	13	46,4	
	Δεν γνωρίζω	1	8,3	2	16,7	9	75,0	
<b>Κολποσκόπηση / Βιοψία</b>	Όχι	25	18,4	39	28,7	72	52,9	0,927÷
	Ναι	3	23,1	3	23,1	7	53,8	
<b>Καυτηριασμός / Λείζερ / Κρυοπηξία</b>	Όχι	24	18,3	34	26,0	73	55,7	0,170++
	Ναι	4	22,2	8	44,4	6	33,3	
<b>Μαστοί / Υπέρηχοι / Μαστογραφία</b>	Όχι	27	18,8	42	29,2	75	52,1	0,393÷
	Ναι	1	20,0	0	0,0	4	80,0	
<b>Χειρουργικές επεμβάσεις</b>	Όχι	18	15,0	34	28,3	68	56,7	<b>0,044++</b>
	Ναι	10	34,5	8	27,6	11	37,9	

+Kruskal-Wallis test ++Pearson's  $X^2$  test ÷Fisher's exact test

#### *Πίνακας 11*

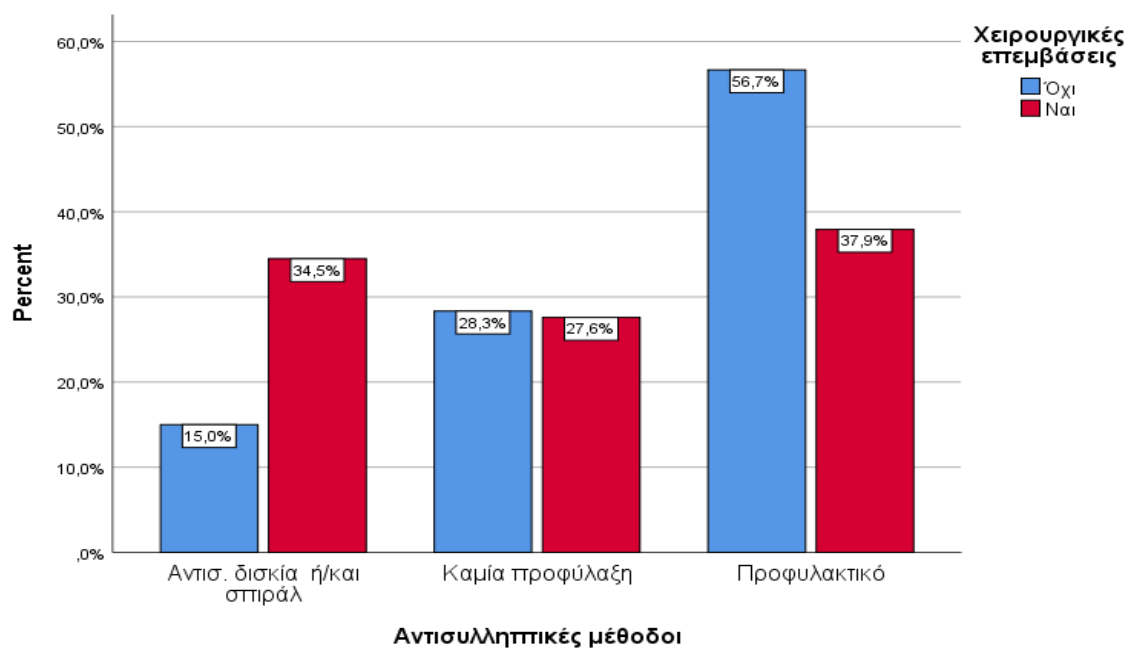
Η μέθοδος αντισύλληψης διέφερε ανάλογα με την ηλικία τελευταίου τεστ Παπ, τον HPV εμβολιασμό και τις χειρουργικές επεμβάσεις. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες που είχαν επισκεφτεί γυναικολογικό ιατρείο για τεστ Παπανικολάου και ήταν μικρότερης ηλικίας έτειναν να χρησιμοποιούν σε μεγαλύτερο βαθμό προφυλακτικό. Όσες γυναίκες είχαν εμβολιαστεί χρησιμοποιούσαν το προφυλακτικό σαν μέθοδο αντισύλληψης σε ποσοστό 75,9%, ενώ το αντίστοιχο για όσες δεν είχαν εμβολιαστεί ήταν 47,9%. Επίσης, όσες δεν είχαν εμβολιαστεί δεν έπαιρναν προφυλάξεις σε ποσοστό 31,9% ενώ για τις εμβολιασμένες το ποσοστό ήταν 13,8%. Επίσης, όσες είχαν υποστεί χειρουργική επέμβαση χρησιμοποιούσαν προφυλακτικό σε ποσοστό 37,9%, ενώ όσες δεν είχαν υποβληθεί σε ποσοστό 56,7%. Επιπλέον, όσες είχαν υποστεί χειρουργική επέμβαση χρησιμοποιούσαν αντισυλληπτικά δισκία ή/και σπιράλ σε ποσοστό 34,5%, ενώ όσες δεν είχαν υποβληθεί σε ποσοστό 15%.

Παρακάτω δίνεται το γράφημα για τις μεθόδους αντισύλληψης ανάλογα με τον εμβολιασμό για HPV.



εικόνα 22

Ακολουθεί το γράφημα για τις μεθόδους αντισύλληψης ανάλογα με τις χειρουργικές επεμβάσεις.



Εικόνα 23

Έπεται ο πίνακας με τα στοιχεία σχετικά με το μαιευτικό ιστορικό των γυναικών ανάλογα με τη μέθοδο αντισύλληψης.

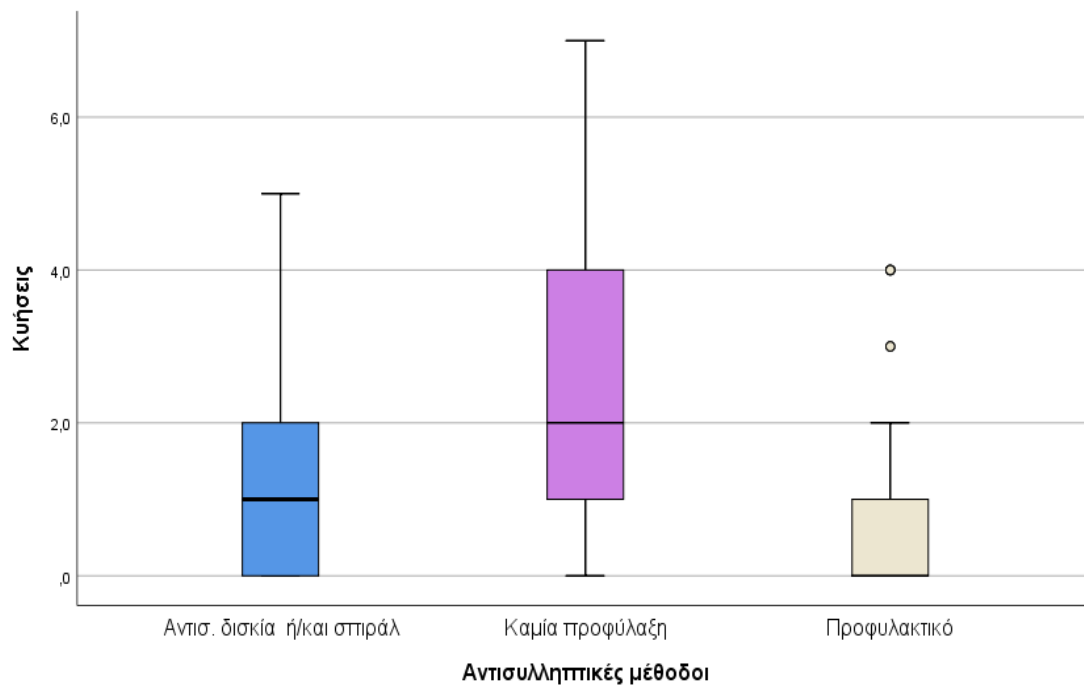
	Αντισυλληπτικές μέθοδοι						P	
	Αντισ. δισκία ή/και σπιράλ		Καμία προφύλαξη		Προφυλακτικό			
	N	%	N	%	N	%		
<b>Κυήσεις</b>	1,4 (1,4)	1 (0 - 2)	2,5 (1,8)	2 (1 - 4)	0,8 (1,1)	1 (0 - 1)	<b>&lt;0,001+</b>	
<b>Τοκετοί</b>	0,9 (1,1)	1 (0 - 2)	1,5 (1,1)	2 (1 - 2)	0,4 (0,7)	1 (0 - 1)	<b>&lt;0,001+</b>	
<b>IVF</b>	Όχι	26	18,2	40	28,0	77	53,8	0,479÷
	Ναι	2	40,0	1	20,0	2	40,0	
<b>Αυτόματη Αποβολή</b>	Όχι	22	17,2	34	26,6	72	56,3	0,144++
	Ναι	6	28,6	8	38,1	7	33,3	
<b>Ενδομήτριος θάνατος/ θνησιγενές έμβρυο</b>	Όχι	28	18,9	41	27,7	79	53,4	0,470÷
	Ναι	0	0,0	1	100,0	0	0,0	
<b>Τεχνητή διακοπή κύησης</b>	Όχι	24	21,1	27	23,7	63	55,3	0,072++
	Ναι	4	11,4	15	42,9	16	45,7	
<b>Θηλασμός</b>	Όχι	15	15,8	19	20,0	61	64,2	<b>&lt;0,001+</b> +
	Ναι	13	24,1	23	42,6	18	33,3	

+Kruskal-Wallis test ++Pearson's  $X^2$  test ÷Fisher's exact test

**Πίνακας 12**

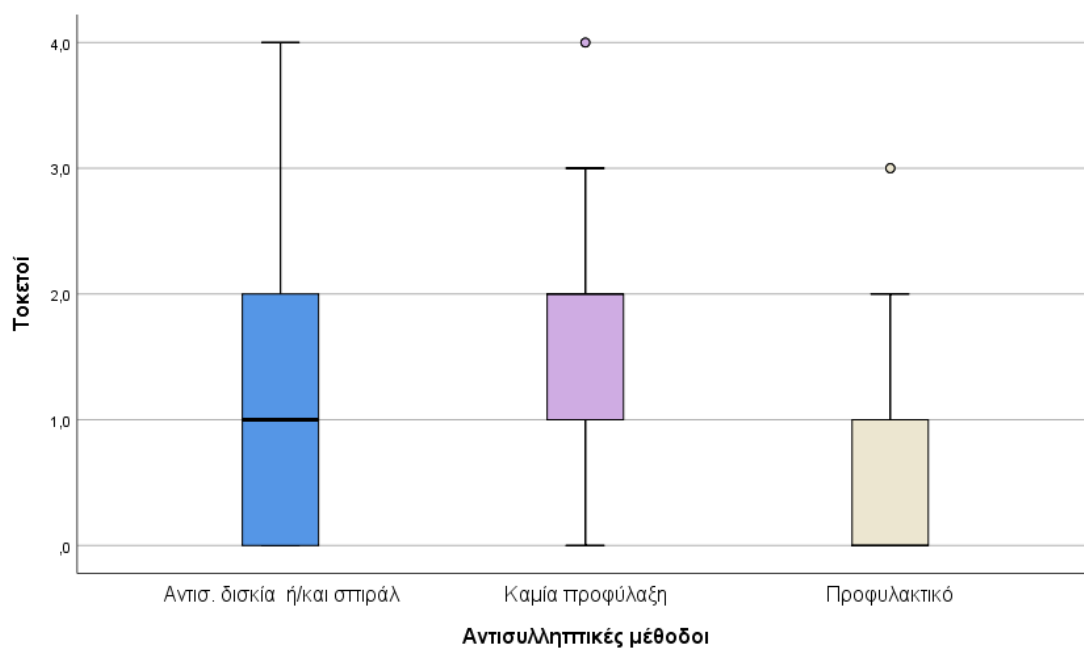
Ο αριθμός κυήσεων, τοκετών και ο θηλασμός διέφεραν ανάλογα με τη μέθοδο αντισύλληψης. Συγκεκριμένα, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni, όσες δεν χρησιμοποιούσαν προφύλαξη είχαν σημαντικά αυξημένο αριθμό κυήσεων συγκριτικά με όσες χρησιμοποιούσαν είτε προφυλακτικό είτε αντισυλληπτικά δισκία ή/και σπιράλ. Επίσης, όσες χρησιμοποιούσαν προφυλακτικό είχαν σημαντικά λιγότερους τοκετούς συγκριτικά με όσες χρησιμοποιούσαν αντισυλληπτικά δισκία ή/και σπιράλ ή δεν έπαιρναν καμία προφύλαξη.

Ακολουθεί το διάγραμμα του αριθμού κήσεων ανάλογα με τη μέθοδο αντισύλληψης.



εικόνα 24

Ακολουθεί το διάγραμμα του αριθμού τοκετών ανάλογα με τη μέθοδο αντισύλληψης.



εικόνα 25

➤ Συσχέτιση διακοπής κύησης με αντισύλληψη και δημογραφικά

Ακολουθεί ο πίνακας συσχέτισης της διακοπής κύησης με την αντισύλληψη.

			Αντισύλληψη				P
			Όχι		Ναι		
			N	%	N	%	
Τεχνητή κύησης	διακοπή	Όχι	27	64,3	87	81,3	0,027+
		Ναι	15	35,7	20	18,7	

Πίνακας 13

Η διακοπή κύησης διέφερε ανάλογα με την αντισύλληψη. Όσες δεν χρησιμοποιούσαν αντισύλληψη είχαν κάνει τεχνητή διακοπή κύησης σε ποσοστό 35,7%, ενώ όσες χρησιμοποιούσαν σε ποσοστό 18,7%.

Έπεται το γράφημα σχετικά με την διακοπή κύησης και την χρήση αντισύλληψης.



εικόνα 26



Το 58.3% των γυναικών που έχει προβεί σε τεχνητή διακοπή κύησης, έχει δηλώσει πως διαθέτει μόνο απολυτήριο Λυκείου (Δευτεροβάθμια εκπαίδευση). Το 86.8% των γυναικών που είχαν τουλάχιστον Τριτοβάθμια εκπαίδευση ΑΕΙ/ΤΕΙ (συνυπολογίζονται και οι κάτοχοι μεταπτυχιακών τίτλων σπουδών) δήλωσαν πως δεν είχαν προβεί σε κάποιου είδους τεχνητή διακοπή κύησης

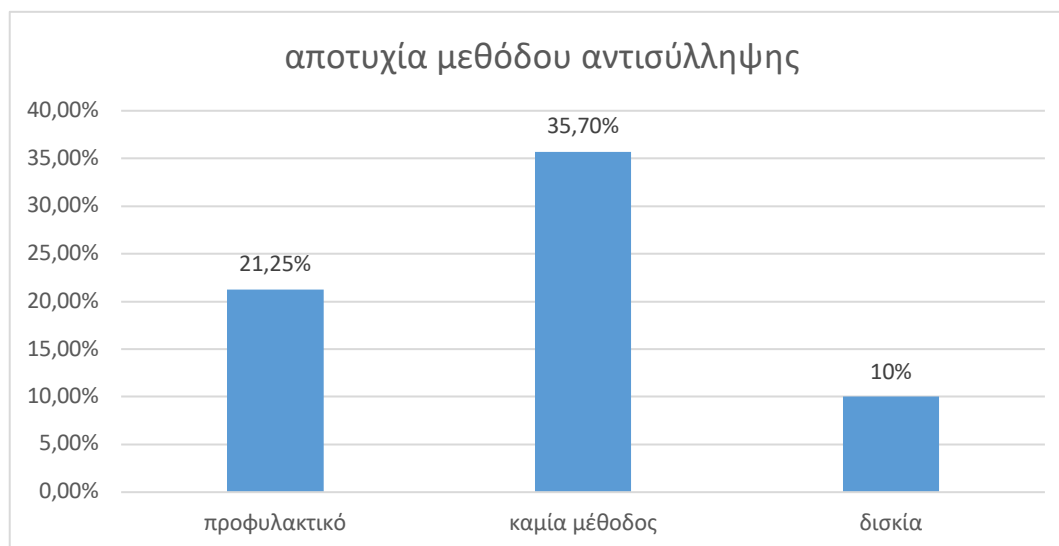
Επιπλέον, το 44,8% των γυναικών που είχαν μέχρι Δευτεροβάθμια εκπαίδευση και δεν λάμβαναν προφυλάξεις, είχαν προχωρήσει σε διακοπή κύησης, ενώ όσες από αυτές λάμβαναν, είχαν ανάλογη εμπειρία σε ποσοστό 29,2%.

Γυναίκες ανώτερης και ανώτατης εκπαίδευσης που λάμβαναν προφυλάξεις, εμφάνιζαν πολύ χαμηλότερα ποσοστά διακοπής κύησης (13,2%).. (Πίνακας 14)

	Επίπεδο Μόρφωσης	Έχει προβεί σε τεχνητή διακοπή κύησης (N άτομα)	
		Όχι	Ναι
Δεν λαμβάνει κανένα μέτρο προφύλαξης	Υποχρεωτικής εκπαίδευσης (έως Γ' Γυμνασίου)	40%	60%
	Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	58,3%	41,6%
	Μεταλυκειακή εκπαίδευση	80%	20%
	Τριτοβάθμια εκπαίδευση (ΑΕΙ/ΤΕΙ) Μεταπτυχιακές σπουδές	87,5%	12,5%
	Σύνολο	64,2%	35,7%
Λαμβάνει κάποιο μέτρο προφύλαξης	Υποχρεωτικής εκπαίδευσης (έως Γ' Γυμνασίου)	50%	50%
	Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	71,8%	28,2%
	Μεταλυκειακή εκπαίδευση	85,7%	14,3%
	Τριτοβάθμια εκπαίδευση (ΑΕΙ/ΤΕΙ)/ Μεταπτυχιακές σπουδές	86,8%	13,2%
	Σύνολο	81,3%	18,7%
Συνολικά	Υποχρεωτικής εκπαίδευσης (έως Γ' Γυμνασίου)	42,8%	57,1%
	Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	66,6%	33,3%
	Μεταλυκειακή εκπαίδευση	84,2%	15,8%
	Τριτοβάθμια εκπαίδευση (ΑΕΙ/ΤΕΙ)/ Μεταπτυχιακές σπουδές	86,9%	13,1%
	Σύνολο	76%	24%

Πίνακας 14

Τα ποσοστά αποτυχίας των πιο διαδεδομένων μεθόδων αντισύλληψης στην σεξουαλική πρακτική, που οδήγησαν σε διακοπή κύησης, αντικατοπτρίζονται στο παρακάτω διάγραμμα. (εικόνα 23)



εικόνα 27

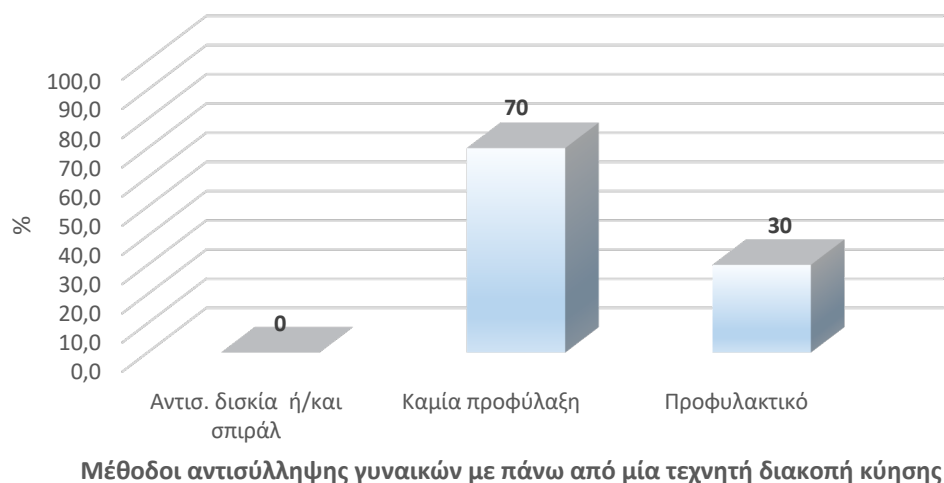
Δίνεται ο πίνακας σχετικά με τις αντισυλληπτικές μεθόδους που χρησιμοποιούσαν οι γυναίκες που είχαν πάνω από μία τεχνητή διακοπή κύησης.

	Αντισ. δισκία ή/και σπιράλ		Καμία προφύλαξη		Προφυλακτικό	
	N	%	N	%	N	%
Πάνω από μία τεχνητή διακοπή κύησης*	0	0,0	7	70,0	3	30,0

Πίνακας 15

\*Τα ποσοστά υπολογίζονται με βάση όσες είχαν πάνω από μία διακοπή

Ακολούθως δίνεται το αντίστοιχο διάγραμμα σχετικά με τις αντισυλληπτικές μεθόδους που χρησιμοποιούσαν οι γυναίκες που είχαν πάνω από μία τεχνητή διακοπή κύησης.



**Εικόνα 28**

Στη συνέχεια δίνεται ο πίνακας σχετικά με την ηλικία εμμηναρχής των γυναικών που είχαν πραγματοποιήσει τεχνητή διακοπή κύησης ανάλογα τον αριθμό των τεχνητών διακοπών.

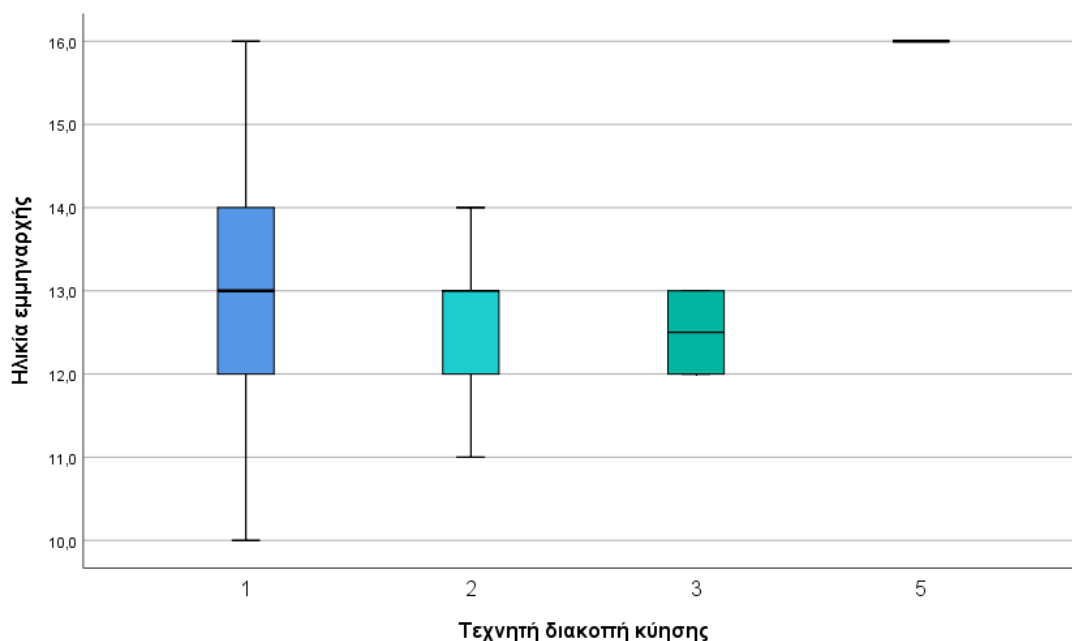
		Ηλικία εμμηναρχής	
		Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)
Τεχνητή διακοπή κύησης	1	13,2 (1,3)	13,0 (12-14)
	2	12,6 (1,0)	13,0 (12-13)
	3	12,5 (0,7)	12,5 (12-13)
	5	16,0	16,0

**Πίνακας 16**

Η διάμεση ηλικία εμμηναρχής για όσες είχαν μία τεχνητή διακοπή κύησης ήταν τα 13 έτη (ενδ. εύρος: 12 – 14 έτη). Ομοίως για όσες είχαν δύο ήταν τα 13 έτη (ενδ. εύρος: 12 – 13 έτη). Για όσες είχαν τρεις τεχνητές διακοπές η διάμεση ηλικία ήταν τα 12,5

έτη(ενδ. εύρος: 12 – 13 έτη), ενώ μόνο μία είχε πέντε τεχνητές διακοπές με ηλικία εμμηναρχής τα 17 έτη.

Έπεται το γράφημα της ηλικίας εμμηναρχής ανάλογα με τον αριθμό τεχνητών διακοπών κύησης.



εικόνα 29

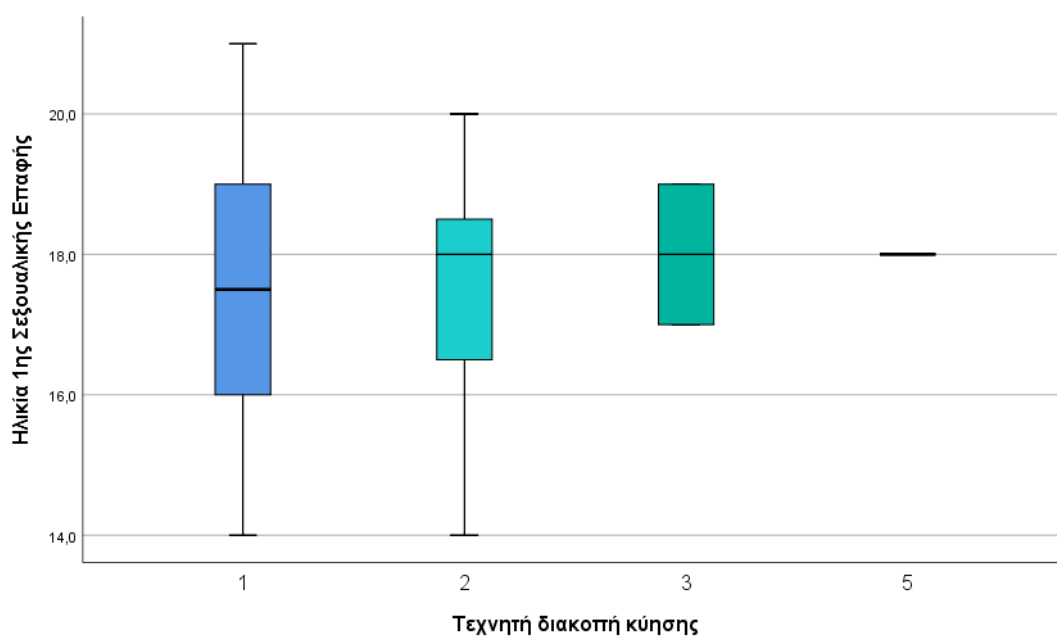
Στη συνέχεια δίνεται ο πίνακας σχετικά με την ηλικία έναρξης σεξουαλικής ζωής των γυναικών που είχαν πραγματοποιήσει τεχνητή διακοπή κύησης ανάλογα τον αριθμό των τεχνητών διακοπών.

		Ηλικία έναρξης σεξουαλικής ζωής	
		Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)
Τεχνητή κύησης	διακοπή	1	17,7 (1,9) / 17,5 (16-19)
		2	17,4 (2,0) / 18,0 (16-19)
		3	18,0 (1,4) / 18,0 (17-19)
		5	18,0 / 18,0

Πίνακας 17

Η διάμεση ηλικία έναρξης σεξουαλικής ζωής για όσες είχαν μία τεχνητή διακοπή κύησης ήταν τα 17,5έτη (ενδ. εύρος: 16 – 19 έτη). Για όσες είχαν δύο ήταν τα 18,0 έτη (ενδ. εύρος: 16 – 19 έτη). Για όσες είχαν τρεις τεχνητές διακοπές η διάμεση ηλικία ήταν τα 18 έτη(ενδ. εύρος: 17 – 19 έτη), ενώ μόνο μία είχε πέντε τεχνητές διακοπές με ηλικία έναρξης σεξουαλικής ζωής τα 18 έτη.

Έπεται το γράφημα της ηλικίας έναρξης σεξουαλικής ζωής ανάλογα με τον αριθμό τεχνητών διακοπών κύησης.



*εικόνα 30*

### 8.3 Πολυπαραγοντική ανάλυση

Στη συνέχεια για την εύρεση των παραγόντων που σχετίζονται με τις μεθόδους αντισύλληψης έγιναν πολυπαραγοντικές λογαριθμιστικές παλινδρομήσεις με εξαρτημένη μεταβλητή την λήψη προφύλαξης (προφυλακτικό vs καμία προφύλαξη και αντισυλληπτικά δισκία ή/και σπιράλ vs καμία προφύλαξη) και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων, το ατομικό, γυναικολογικό και μαιευτικό τους ιστορικό. Τα αποτελέσματα των αναλύσεων με τη διαδικασία διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise) δίνονται στους παρακάτω πίνακες.

#### ➤ Μέθοδοι προφύλαξης: Προφυλακτικό vs καμία προφύλαξη

	<b>OR (95%ΔΕ)</b>	<b>P</b>
<b>Ηλικία</b>	0,90 (0,84 – 0,95)	<b>&lt;0,001</b>
<b>Εκπαίδευση (Μέχρι Δευτεροβάθμια)</b>		
Μεταλυκειακή	2,22 (0,64 – 7,78)	0,211
Ανώτερη (ΑΕΙ/ Μεταπτυχιακό)	4,7 (1,79 – 12,39)	<b>0,002</b>

*Πίνακας 18*

Η ηλικία και η εκπαίδευση βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη χρήση προφυλακτικού έναντι καμίας προφύλαξης. Συγκεκριμένα:

- Μεγαλύτερη ηλικία συνεπαγόταν μειωμένη πιθανότητα χρήσης προφυλακτικού.
- Όσες είχαν ανώτερη εκπαίδευση ήταν 4,7 φορές πιο πιθανό να χρησιμοποιούν προφυλακτικό συγκριτικά με όσες είχαν μέχρι και δευτεροβάθμια εκπαίδευση.

➤ **Μέθοδοι προφύλαξης: Αντισυλληπτικά δισκία ή/και σπιράλ vs καμία προφύλαξη**

	<b>OR (95%ΔΕ)</b>	<b>P</b>
<b>Χειρουργικές επεμβάσεις (Όχι)</b>		
Ναι	3,1 (1,02 – 10,62)	<b>0,046</b>
<b>Εκπαίδευση (Μέχρι Δευτεροβάθμια)</b>		
Μεταλυκειακή	2,2 (0,42 – 11,64)	0,354
Ανώτερη (ΑΕΙ/ Μεταπτυχιακό)	4,7 (1,45 – 15,22)	<b>0,010</b>

**Πίνακας 19**

Οι χειρουργικές επεμβάσεις και η εκπαίδευση βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη χρήση αντισυλληπτικών δισκίων ή/και σπιράλ έναντι καμίας προφύλαξης. Συγκεκριμένα:

- Όσες είχαν κάνει χειρουργική επέμβαση ήταν 3,1 φορές πιο πιθανό να χρησιμοποιούν αντισυλληπτικά δισκία ή/και σπιράλ συγκριτικά με όσες δεν είχαν κάνει .
- Όσες είχαν ανώτερη εκπαίδευση ήταν 4,7 φορές πιο πιθανό να χρησιμοποιούν αντισυλληπτικά δισκία ή/και σπιράλ συγκριτικά με όσες είχαν μέχρι και δευτεροβάθμια εκπαίδευση.

Για την εύρεση των παραγόντων που σχετίζονται ανεξάρτητα με τη διακοπή κύησης έγινε πολυπαραγοντική λογαριθμιστική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη διακοπή κύησης και ανεξάρτητες την οικογενειακή και εργασιακή κατάσταση των γυναικών, καθώς και το εκπαιδευτικό τους επίπεδο. Τα αποτελέσματα δίνονται στον παρακάτω πίνακα.

	<b>OR (95%ΔΕ)</b>	<b>P</b>
<b>Έγγαμη/ Σε συμβίωση (Όχι)</b>		
Ναι	0,95 (0,44 – 2,05)	0,887
<b>Εκπαίδευση (Μέχρι Δευτεροβάθμια)</b>		
Μεταλυκειακή	0,37 (0,10 – 1,39)	0,141
Ανώτερη (ΑΕΙ/ Μεταπτυχιακό)	0,34 (0,14 – 0,82)	<b>0,017</b>
<b>Εργαζόμενη (Όχι)</b>		
Ναι	0,71 (0,32– 1,57)	0,399

**Πίνακας 20**



Μόνο το εκπαιδευτικό επίπεδο βρέθηκε να σχετίζεται ανεξάρτητα με την διακοπή κύησης. Συγκεκριμένα, όσες είχαν ανώτερη εκπαίδευση είχαν κατά 66% μικρότερη πιθανότητα να έχουν πραγματοποιήσει τεχνητή διακοπή κύησης συγκριτικά με όσες είχαν μέχρι και δευτεροβάθμια εκπαίδευση.

## 9. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

### 9.1 Κυριότερα ευρήματα

Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκαν 150 ιστορικά, γυναικών ηλικίας 20-45 ετών. Ο μέσος όρος ηλικίας των γυναικών ήταν τα 33,8 έτη.

Το 49,3% των συμμετεχουσών δήλωσαν έγγαμες, ενώ το 44,7% άγαμες.

Το 53,3% των συμμετεχουσών ήταν άτεκνες, ενώ το 60% δήλωσαν εργαζόμενες.

Στην παρούσα έρευνα, πιο διαδεδομένο μέσο αντισύλληψης αποτελεί το ανδρικό προφυλακτικό (53%).

Το εύρημα αυτό συναντάται σε όλα τα επίπεδα εκπαίδευσης, πλην των γυναικών που ολοκλήρωσαν μόνο την υποχρεωτική εκπαίδευση, η πλειοψηφία των οποίων δεν χρησιμοποιεί καμία αντισυλληπτική μέθοδο.

Επιπρόσθετα, η χρήση προφυλακτικού φαίνεται να είναι πιο διαδεδομένη σε μικρότερες ηλικίες και σε άγαμες γυναίκες (64,3%).

Όσον αφορά σε άλλες μεθόδους, αντισυλληπτικά ή / και σπιράλ χρησιμοποιούσε το 18,8%, (σπιράλ μεμονωμένα το 4,7%), ενώ ποσοστό 28,2% δεν έκανε χρήση κάποιας μεθόδου προφύλαξης.

Γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας και έγγαμες, ήταν πιο δεκτικές στην χρήση αντισυλληπτικών ή /και σπιράλ, προφανώς, αφενός λόγω της ύπαρξης μόνιμου συντρόφου και αφετέρου λόγω της επιθυμίας να μην τεκνοποιήσουν περαιτέρω. Την ίδια στιγμή, γυναίκες με τα άνωθεν δημογραφικά χαρακτηριστικά, παρουσίαζαν εντονότερη τάση στη μη χρήση προφύλαξης, σε σχέση με μικρότερης ηλικίας γυναίκες και άγαμες. Επιπλέον, γυναίκες ανώτερης εκπαίδευσης φαίνεται να ήταν πιο δεκτικές και συνεπείς στην χρήση αντισύλληψης εν γένει, αλλά και στην χρήση ορμονικών σκευασμάτων ειδικότερα.

Παρόλα αυτά, η χρήση ορμονικών σκευασμάτων ή πιο 'παρεμβατικών' μεθόδων, όπως το ενδομήτριο σπείραμα, αντιμετωπίζεται με μια σχετική επιφύλαξη στο σύνολο του δείγματος.

Φαίνεται πως η δυνατότητα που παρέχει το προφυλακτικό ταυτόχρονης προστασίας, απέναντι σε ενδεχόμενη κύηση και σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, καθώς και η εύκολη χρήση του, να συνηγορούν στη δημοτικότητα του.

Σε συνέχεια ανάλυσης των αποτελεσμάτων της έρευνας μας, θα πρέπει να υπογραμμίσουμε ότι το 28,2% των συμμετεχουσών, δεν έκανε χρήση κάποιου μέτρου αντισύλληψης.

Φαίνεται ότι στην απόφαση μη χρήσης αντισύλληψης καίριο ρόλο κατείχε το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, ενώ η μεγαλύτερη ηλικία και η έγγαμη οικογενειακή κατάσταση εμφάνιζαν ανάλογη τάση.

Συγκεκριμένα, όσον αφορά στο επίπεδο εκπαίδευσης, το 71,4% των γυναικών με υποχρεωτική εκπαίδευση δεν έκανε χρήση κάποιας αντισυλληπτικής μεθόδου, αντίστοιχη συνήθεια παρουσίαζε το 38% των γυναικών δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, το 26,3% μεταλυκειακής και το 13,1% πανεπιστημιακής ή ανώτερης εκπαίδευσης.

Αξιοσημείωτο εύρημα της μελέτης μας αποτελεί, ότι το 76% των συμμετεχουσών ανέφερε ότι δεν είχε προβεί ποτέ σε διακοπή κύησης, ενώ το 24% είχε βιώσει αυτή την εμπειρία.

Ωστόσο, η πλειοψηφία είχε προχωρήσει σε διακοπή κύησης μόνο μια φορά (72,2%).

Στην έρευνα μας, οι γυναίκες που χρησιμοποιούσαν κάποιο είδος προφύλαξης, είχαν προχωρήσει σε διακοπή κύησης σε ποσοστό 18,7%, ενώ οι γυναίκες που δεν χρησιμοποιούσαν μέτρα προφύλαξης είχαν προχωρήσει σε διακοπή κύησης σε ποσοστό 35,7%.

Είναι σαφές, πως το ανωτέρω εύρημα υπογραμμίζει τη σημασία της αντισύλληψης, καθώς φαίνεται ότι τα ποσοστά διακοπών κύησης, σχεδόν διπλασιάζονται στις περιπτώσεις μη χρήσης αντισυλληπτικών μέτρων.

Εν συνεχεία, θα πρέπει να υπογραμμίσουμε τα ποσοστά αποτυχίας, τα οποία σημειώθηκαν στη χρήση προφυλακτικού και αντισυλληπτικών δισκίων (21,25% και 10% αντίστοιχα) και τα οποία οδήγησαν σε διακοπή κύησης.

Φαίνεται, πως όσον αφορά στις αυτοχορηγούμενες μεθόδους αντισύλληψης, τα ποσοστά αυτά είναι ιδιαίτερος σημαντικά, προφανέστατα εξαιτίας του ότι υπάρχουν παρεκκλίσεις στον τρόπο χρήσης τους.

Τα χαμηλά ποσοστά της έρευνας μας (4,7%) σχετικά με τη χρήση μεθόδων αναστρέψιμης αντισύλληψης μακράς διάρκειας (ενδομήτριες συσκευές, εμφυτεύματα), θα πρέπει να μας προβληματίσουν σε σχέση με το ποσοστό διακοπής κύησης.

Όσον αφορά, στις επαναλαμβανόμενες εκτρώσεις, η παρούσα μελέτη κατέγραψε ποσοστό 27,8%.

Εξ αυτών των γυναικών, το 70% δεν χρησιμοποιούσε κάποιο αντισυλληπτικό μέτρο, ενώ το 30 % έκανε χρήση προφυλακτικού. Καμία δεν χρησιμοποιούσε μεθόδους, όπως τα εμφυτεύματα και οι ενδομήτριες συσκευές.

Ιδιαίτερως σημαντική στη παρούσα έρευνα ήταν η σχέση μορφωτικού επιπέδου, χρήσης μέτρων αντισύλληψης και διακοπής κύησης. Σύμφωνα με τα ευρήματά μας, το 44,8% των γυναικών, οι οποίες είχαν προβεί σε διακοπή κύησης, έστω μια φορά και δεν έκαναν χρήση κάποιας μεθόδου αντισύλληψης, είχαν ολοκληρώσει είτε υποχρεωτική, είτε δευτεροβάθμια εκπαίδευση.

Ειδικότερα, όσες είχαν μόνο υποχρεωτική εκπαίδευση και δεν έπαιρναν μέτρα προφύλαξης, είχαν έστω μια διακοπή κύησης σε ποσοστό που ανήλθε στο 60%.

Αντίθετα, γυναίκες υποχρεωτικής ή δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, οι οποίες όμως χρησιμοποιούσαν κάποιο μέτρο αντισύλληψης είχαν προχωρήσει σε διακοπή κύησης σε ποσοστό 29,2%.

Γυναίκες με ανώτερες και ανώτατες σπουδές είχαν προχωρήσει σε διακοπή κύησης σε ποσοστό 13,1%.

Το επίπεδο εκπαίδευσης φαίνεται να συνδέεται και με την πρώιμη έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας, η οποία με τη σειρά της επηρεάζει την πιθανότητα διακοπής κύησης.

Θα πρέπει να υπογραμμίσουμε το γεγονός ότι στην παρούσα έρευνα, γυναίκες οι οποίες είχαν προβεί σε διακοπή κύησης, είχαν ξεκινήσει την σεξουαλική τους ζωή μεταξύ 16-19 ετών.

## 9.2 Συσχέτιση ευρημάτων με διεθνή και ξένη βιβλιογραφία

### 9.2.1 Επιλογή μεθόδου αντισύλληψης και προφίλ γυναικών

Στην παρούσα μελέτη καταγράφηκε μια έντονη τάση στη χρήση προφυλακτικού και ταυτόχρονα περιορισμένη χρήση μεθόδων αναστρέψιμης αντισύλληψης μακράς διάρκειας. Η επιφυλακτική αντιμετώπιση απέναντι στις εν λόγω μεθόδους, φάνηκε να είναι μικρότερη σε έγγαμες γυναίκες, γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας, καθώς και σε γυναίκες ανώτερης εκπαίδευσης.

Η μειωμένη προτίμηση των γυναικών σε μεθόδους αναστρέψιμης αντισύλληψης μακράς διάρκειας που εμφανίστηκε στην παρούσα έρευνα, συμφωνεί με ανάλογη μελέτη η οποία διεξήχθη το 2004 σε 23 χώρες της Λατινικής Αμερικής. Σύμφωνα με αυτήν, 17 από τις 23 χώρες εμφάνιζαν ποσοστά κάτω του 10% στη χρήση τέτοιων μεθόδων, ενώ πολύ χαμηλά ποσοστά σημειώνονταν σε χαμηλού εκπαιδευτικού και βιοτικού επιπέδου γυναίκες (Ponce de Leon et al, 2019).

Έρευνα ανάλογου ενδιαφέροντος που διεξήχθη στη Σουηδία, μεταξύ γυναικών 16-50 ετών και οι οποίες είχαν επισκεφτεί μαιέες, κατέδειξε ότι και εκείνες αντιμετώπιζαν με διστακτικότητα τη χρήση ορμονικών σκευασμάτων ή ενδομήτριων συσκευών (σε ποσοστό 41% και 52% αντιστοίχως), εξαιτίας φόβου για εντονότερη αιμορραγία ή συναισθηματικών μεταπτώσεων.(Svahn et al,2021)

Παρόλα αυτά, άλλη μελέτη υπογράμμισε το γεγονός ότι οι γυναίκες επηρεάζονταν σχετικά με την χρήση ενδομήτριων συσκευών ή εμφυτευμάτων, εάν γνώριζαν κάποιο άτομο που να εφαρμόζε την συγκεκριμένη μέθοδο (Paul et al, 2019).

Έρευνα η οποία συνέλεξε στοιχεία από 59 χώρες κατέδειξε πως στην απόφαση χρήσης αντισυλληπτικών δισκίων, τόσο το επίπεδο εκπαίδευσης, όσο και παράγοντες όπως η ηλικία, η επαγγελματική κατάσταση και η άρτια ενημέρωση, έπαιζαν καθοριστικό ρόλο. (Odimegwu et al, 2023)

Μελέτη που διεξήχθη το 2017 στην Φινλανδία, σχετικά με τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά και τις μεθόδους αντισύλληψης , μεταξύ γυναικών 15-49 ετών, ανέδειξε τη χρήση ορμονικών σκευασμάτων από το ¼ (25%) του υπό μελέτη

πληθυσμού. Αυτές οι γυναίκες είχαν υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης ή μεγαλύτερο εισόδημα σε σχέση με τις υπόλοιπες, ενώ αυτό το είδος της αντισύλληψης ήταν πιο διαδεδομένο μεταξύ των άγαμων γυναικών. (Toffol et al,2020)

Η κυριαρχία του ανδρικού προφυλακτικού υποστηρίζεται και από μια συστηματική ανασκόπηση, η οποία ανέλυσε δεδομένα από 204 χώρες μεταξύ των ετών 1970- 2019. Τα ευρήματα υπογράμμισαν τη στροφή προς τη χρήση του προφυλακτικού, μεταξύ και άλλων πιο σύγχρονων μεθόδων αντισύλληψης, καθώς και την επικράτηση της χρήσης μιας μονάχα μεθόδου αποκλειστικά, σε πολλές από αυτές τις χώρες. (Haakenstad et al,2022)

Επιπλέον, συστηματική ανασκόπηση η οποία διεξήχθη στην Κίνα και ερεύνησε τις μεθόδους αντισύλληψης κατά τα έτη 1982-2017, ανέδειξε ως πιο διαδεδομένο μέτρο αντισύλληψης το προφυλακτικό, με ποσοστό 61,4%, ενώ η χρήση αντισυλληπτικών χαπιών ακολουθούσε με ποσοστό 25,9%. Θα πρέπει βέβαια να σημειωθεί ότι η εν λόγω μελέτη συμπεριέλαβε μόνο άγαμες γυναίκες.(Wang et al, 2019)

Σε παρόμοιο αποτέλεσμα κατέληξε μια συστηματική ανασκόπηση και μετά ανάλυση, η οποία συμπεριέλαβε 3918 άρθρα από 19 χώρες, μεταξύ των ετών 1999-2018.

Τα αποτελέσματα της αφορούσαν σε άγαμες γυναίκες. Για μια ακόμη φορά, το προφυλακτικό φάνηκε να σημειώνει ποσοστά 51,2%, ενώ τα αντισυλληπτικά χάπια ποσοστό 20,5%.

Ακολουθούσαν, ο έλεγχος των γόνιμων ημερών και η διακεκομμένη συνουσία.(Wang et al, 2020)

Θα πρέπει να αναφέρουμε, ότι στη δική μας έρευνα, τα αντίστοιχα ποσοστά σε άγαμες γυναίκες ήταν 64,3% και 15,7% αντίστοιχα.

Το εύρημα της μελέτης μας, σύμφωνα με το οποίο, γυναίκες με πιο υπεύθυνη στάση στον γυναικολογικό τους έλεγχο, αλλά και όσες εμβολιάστηκαν κατά του HPV, επεδείκνυαν πιο ώριμη συμπεριφορά στην σεξουαλική τους ζωή, υποστηρίζεται από πληθώρα διεθνών ερευνών, οι οποίες κατέληξαν σε ανάλογο συμπέρασμα.

Ότι, δηλαδή, ο εμβολιασμός κατά του HPV δεν σχετιζόταν με μειωμένη χρήση μέτρων αντισύλληψης, δεν επηρέαζε σημαντικά την έναρξη της σεξουαλικής ζωής,

ούτε την γενικότερη σεξουαλική συμπεριφορά. (Frio et al, 2020; Sauvageau et al, 2021; Vatoroulou et al, 2019; Brower et al, 2019; Leidner et al, 2020)

### 9.2.2 Μη χρήση αντισύλληψης

Στην έρευνα μας το 28,2% των συμμετεχουσών δεν χρησιμοποιούσε κανενός είδους αντισύλληψη. Το εύρημα αυτό συνάδει με ανάλογη έρευνα, η οποία πραγματοποιήθηκε στη Σουηδία και η οποία ανέφερε, ότι το 32% περίπου των γυναικών που έλαβαν μέρος σε αυτήν είχαν ανάλογη συνήθεια.(Enval et al,2022)

Παρόμοια έρευνα, η οποία διεξήχθη στην Ισπανία, ανέδειξε πως το 21% των γυναικών του γενικού πληθυσμού δεν έκανε χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων. (Perello-Capo et al,2023)

Σύμφωνα με την έρευνα μας, η μη χρήση μεθόδων αντισύλληψης επηρεαζόταν, τόσο από το επίπεδο εκπαίδευσης, όσο και από την οικογενειακή κατάσταση και την ηλικία των γυναικών.

Διεθνής έρευνα που διεξήχθη το 2017 μεταξύ 334 γυναικών, κατέληξε στο ίδιο συμπέρασμα, ότι δηλαδή όντως το επίπεδο εκπαίδευσης, επηρεάζει την χρήση αντισύλληψης.(Rivet et al,2020)

Ανάλογο συμπέρασμα διαπιστώθηκε σε έρευνα, η οποία διεξήχθη στην Αφρική το 2021 (Ross, 2021).

Σύμφωνα με άλλη μελέτη, φαίνεται πως περίπου το 50% των γυναικών που δεν χρησιμοποιούσαν κάποιο είδος αντισύλληψης, είτε ανησυχούσαν για πιθανές παρενέργειες, είτε δεν αντιλαμβάνονταν ακριβώς την πιθανότητα να αντιμετωπίσουν το ενδεχόμενο μιας ανεπιθύμητης κύησης.(Rivet et al,2020)

Η σημασία της εξέτασης των κοινωνικό-δημογραφικών χαρακτηριστικών υποστηρίζεται και από έρευνα που συνέλεξε στοιχεία από 47 χώρες και η οποία ανέδειξε ως σημαντικούς παράγοντες στη μη χρήση αντισύλληψης, τόσο το επίπεδο εκπαίδευσης, όσο και την οικογενειακή κατάσταση. .(Moreira et al,2019)

Σύμφωνα με διεθνή έρευνα μεταξύ άλλων, σημαντικό παράγοντα προς αυτήν την κατεύθυνση αποτελεί, τόσο η κακή επικοινωνία μεταξύ συντρόφων, όσο και η μη ικανοποιητική σχέση με τον εκάστοτε επαγγελματία υγείας.(Gold et al,2020)

Πράγματι, σε ανάλογη έρευνα, φάνηκε πως οι έγγαμες γυναίκες αντιμετώπιζαν άρνηση των συντρόφων απέναντι στην αντισύλληψη σε μεγαλύτερο ποσοστό από τις άγαμες.(Moreira et al,2019)

Σε συνάρτηση με τα παραπάνω, σκόπιμο είναι να αναφέρουμε πως σε έρευνα η οποία διεξήχθη το 2021 , αναδείχθηκε πως το 1/10 των έγγαμων γυναικών έκαναν χρήση κάποιας μεθόδου αντισύλληψης, όπως εμφυτεύματα και ενδομήτριες συσκευές, κρυφά από τους συντρόφους τους (Akoth et al, 2021 ) , ενώ έρευνα του 2022 κατέδειξε την σημασία της σωστής ενημέρωσης από τους επαγγελματίες υγείας, σχετικά με τις μεθόδους αντισύλληψης και τις πιθανές παρενέργειες αυτών, ακόμα και μεταξύ όσων δεν έκαναν χρήση αντισυλληπτικών μέτρων ή ήταν ασυνεπείς στην εφαρμογή τους (Cicerchia et al, 2022).

### 9.2.3 Διακοπή κύησης και χρήση αντισύλληψης

Κύριας σημασίας εύρημα στην έρευνα μας, αποτελεί το γεγονός ότι το 76% των συμμετεχουσών δεν είχε προβεί ποτέ σε διακοπή κύησης, εν αντιθέσει με το 24%.

Το εύρημα μας συμφωνεί με ανάλογη έρευνα που διεξήχθη στη Σουηδία μεταξύ 1001 γυναικών ηλικίας 16 -49 ετών και είχε ως αποτέλεσμα παρόμοια ποσοστά.

Πιο αναλυτικά το 78% των γυναικών δεν είχε προβεί ποτέ σε διακοπή κύησης, εν αντιθέσει με το 22%.(Kopp et al, 2015)

Σύμφωνα με έρευνα, η οποία διεξήχθη στην Ελλάδα, υπολογίζεται ότι το 2001, περίπου 1 στις 4 γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας είχε προβεί σε διακοπή κύησης, ποσοστό δηλαδή της τάξεως του 25%, το οποίο έρχεται σε απόλυτη συμφωνία με την παρούσα μελέτη.



Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με την εν λόγω έρευνα, τα ποσοστά διακοπής κύησης, άγγιζαν ακόμη και το 33% στην ηλικιακή κατηγορία 35-45. (Ioannidi-Karolou, 2004)

Στην παρούσα έρευνα, γυναίκες οι οποίες δεν έκαναν χρήση αντισύλληψης, είχαν έστω μια διακοπή κύησης σε ποσοστό 35,7%, ενώ γυναίκες οι οποίες έκαναν χρήση προφύλαξης, είχαν ανάλογη εμπειρία σε ποσοστό 18,7%.

Προχωρώντας σε περαιτέρω συσχετίσεις, θα πρέπει να παρατηρήσουμε τα ποσοστά των αυτοχορηγούμενων μεθόδων αντισύλληψης που οδήγησαν σε διακοπή κύησης (προφυλακτικό 21,25%, αντισυλληπτικά 10%).

Η σημασία σωστής χρήσης της αντισυλληπτικής μεθόδου καταγράφηκε και σε διεθνή μελέτη, η οποία κατέδειξε ότι το 45% των γυναικών που βίωσαν μια ανεπιθύμητη κύηση, παρά τη χρήση κάποιας αντισυλληπτικής μεθόδου, ανέφερε ότι είτε δεν έκανε άρτια χρήση του εκάστοτε μέτρου, είτε υπήρχε αστοχία υλικού, όπως για παράδειγμα θραύση προφυλακτικού. (Rivet et al, 2020)

Ανάλογη έρευνα κατέληξε στο συμπέρασμα πως τα ποσοστά αποτυχίας για μεθόδους αναστρέψιμης αντισύλληψης μακράς διάρκειας (ενδομήτριες συσκευές και εμφυτεύματα), ήταν εξαιρετικά χαμηλά (1/100). Το ίδιο ίσχυε και για τις ενέσιμες μεθόδους (2/100).

Αντίθετα, τα ποσοστά αποτυχίας με τη χρήση δισκίων και προφυλακτικών έφταναν στο 6-9/100, ενώ η διακεκομμένη συνουσία άγγιζε το 19/100 (Bradley et al, 2019).

Ανάλογα ποσοστά αναφέρει έρευνα, η οποία διεξήχθη στην Αμερική. Σύμφωνα με αυτήν, τα ποσοστά αποτυχίας με τη χρήση αντισυλληπτικών δισκίων, κυμαίνονταν στο 4-7%, ενώ η αναστρέψιμη αντισύλληψη μακράς διάρκειας εμφάνιζε ποσοστά της τάξεως του 1%. (Teal et al, 2021)

Επιπλέον, παρόλο που στις μέρες μας είναι ευρέως γνωστή και η λεγόμενη επείγουσα αντισύλληψη (χάπι επόμενης μέρας), σύμφωνα με έρευνα που διεξήχθη τον Απρίλιο-Δεκέμβριο του 2017, μόνο οι μισές από τις γυναίκες που γνώριζαν την συγκεκριμένη μέθοδο, έκαναν χρήση αυτής, αν και αντιμετώπιζαν το ενδεχόμενο μιας ανεπιθύμητης κύησης. (Rivet et al, 2020)

Το παραπάνω εύρημα θα πρέπει να συσχετιστεί και με την αναφερόμενη περιορισμένη χρήση μεθόδων αναστρέψιμης αντισύλληψης μακράς διάρκειας, που σημειώθηκε στην έρευνα μας.

Έρευνες οι οποίες διενεργήθηκαν στο εξωτερικό, κατέληξαν στο συμπέρασμα πως οι μέθοδοι αναστρέψιμης αντισύλληψης μακράς διάρκειας ήταν 20 φορές πιο αποτελεσματικές, με αποτέλεσμα την μείωση του αριθμού των αμβλώσεων (Birgisson et al, 2015). Παρόλα αυτά, μόνο το 15% παγκοσμίως κάνει χρήση τέτοιων μεθόδων (Secura,2013).

Μελέτη που διεξήχθη στο Ιράν το 2013 μεταξύ γυναικών 15-45 ετών, κατέγραψε μείωση κατά 57% σε περιστατικά ανεπιθύμητων κύσεων με τη χρήση ενδομήτριων συσκευών. (Mirzamoradi et al,2017)

#### 9.2.4 Επαναλαμβανόμενες διακοπές κύησης

Στην παρούσα μελέτη επαναλαμβανόμενες διακοπές κύησης είχε το 27,8% των γυναικών. Εξ αυτών, καμία δεν έκανε χρήση ενδομήτριων συσκευών ή εμφυτευμάτων. Έρευνα που διεξήχθη στη Σουηδία, εμφάνισε ποσοστό 42% σε επαναλαμβανόμενες εκτρώσεις, αν και η πρόσβαση στην αντισύλληψη είναι καθόλα εφικτή.

Παρόλα αυτά, γυναίκες, οι οποίες έκαναν χρήση μεθόδων αναστρέψιμης αντισύλληψης μακράς διάρκειας, παρουσίαζαν χαμηλά ποσοστά επαναλαμβανόμενων διακοπών. (Kilander et al, 2016)

Σε παρόμοιο συμπέρασμα κατέληξε έρευνα, η οποία διεξήχθη στην Πορτογαλία (Rodrigues- Martins et al, 2020), καθώς και μελέτη που διεξήχθη στην Αμερική μεταξύ 9000 γυναικών ηλικίας 14-45 ετών. (Birgisson et al,2015)

#### 9.2.5 Διακοπή κύησης και δημογραφικά στοιχεία

Στην παρούσα μελέτη σημαντικό ρόλο, ως προς την πιθανότητα διακοπής κύησης, φάνηκε να κατέχει το μορφωτικό επίπεδο και αυτό γιατί το συγκεκριμένο δημογραφικό

στοιχείο, επηρέαζε τόσο τη χρήση αντισύλληψης, όσο και την πρόωμη έναρξη της σεξουαλικής ζωής.

Όντως, μια παγκόσμια συστηματική ανασκόπηση, η οποία συμπεριέλαβε 535.000 συμμετέχουσες, ανέδειξε ως σημαντικούς παράγοντες για την πιθανότητα αμβλώσεων, μεταξύ άλλων, τόσο το επίπεδο εκπαίδευσης, όσο και την οικογενειακή κατάσταση, καθώς και την πρόωμη έναρξη της σεξουαλικής ζωής.(Liu et al,2023)

Τέλος, η συσχέτιση πρόωμης έναρξης σεξουαλικής ζωής και διακοπής κύησης υποστηρίζεται από πληθώρα μελετών.(Haliegebreal et al, 2022 ; Almeida et al, 2019 ; Liu et al, 2023; Krepelka et al, 2020; Sing'oei et al, 2023)

### 9.3 Πλεονεκτήματα και περιορισμοί της μελέτης

Ο μεγαλύτερος περιορισμός σε αναδρομικές προοπτικές μελέτες, όπως η παρούσα, είναι το γεγονός ότι τα δεδομένα που καταγράφονται, προέρχονται από τα υπάρχοντα αρχεία/ ιστορικά.

Ως εκ τούτου, δεν υπάρχει η δυνατότητα είτε περαιτέρω ερωτημάτων είτε πιο κατατοπιστικών υποερωτημάτων, τα οποία ενδεχομένως να προσέθεταν περισσότερα στοιχεία στην έρευνα μας.

Επιπρόσθετα, το δείγμα των 150 ατόμων/ ιστορικών, θεωρείται μεν ικανοποιητικό, δεν είναι παρόλα αυτά αρκετά αντιπροσωπευτικό του γενικού πληθυσμού, ώστε να μειωθεί περαιτέρω η πιθανότητα συστηματικού σφάλματος.

Ως πλεονεκτήματα, θα πρέπει να αναφέρουμε την σημαντική μείωση χρόνου και κόστους για την συλλογή στοιχείων και την εξαγωγή συμπερασμάτων, καθώς και το ότι η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε κατά τη λήψη ιατρικού ιστορικού, γεγονός το οποίο, ενδεχομένως, να αποτελεί σημαντικό παράγοντα, ως προς την ειλικρινή αντιμετώπιση των ερωτημάτων ή την μη απόκρυψη σημαντικών, ως προς την έρευνα, στοιχείων.

#### 9.4 Μελλοντική έρευνα

Οι μελλοντικές έρευνες, σχετικά με το υπό μελέτη θέμα, θα μπορούσαν να διενεργηθούν βάσει ερωτηματολογίων, τα οποία θα περιέχουν μεγαλύτερο εύρος ερωτήσεων, χωρίς ηλικιακό περιορισμό, διερευνώντας ταυτόχρονα τις αντιλήψεις των γυναικών σχετικά με την διακοπή κύησης.

Επιπλέον, θα ήταν ωφέλιμη για την χάραξη στρατηγικής, η διερεύνηση του ρόλου των επαγγελματιών υγείας στην ενημέρωση σχετικά με τη χρήση αντισύλληψης και της συμβουλευτικής σε σχέση με τον οικογενειακό προγραμματισμό.

Να διερευνηθούν ποιες παρεμβάσεις θα μπορούσαν να αλλάξουν την υπάρχουσα εικόνα και ποιες θα πρέπει να σχεδιαστούν, ώστε να οδηγηθούμε τόσο στην ευρύτερη χρήση αντισύλληψης, όσο και στην αποφυγή διακοπής κύησης.

Θα ήταν, επιπρόσθετα, ωφέλιμο να διερευνηθούν οι λόγοι για τους οποίους αντιμετωπίζονται με διστακτικότητα εναλλακτικές μέθοδοι αντισύλληψης, όπως οι μέθοδοι αναστρέψιμης αντισύλληψης μακράς διάρκειας, ούτως ώστε να προχωρήσουμε στις κατάλληλες παρεμβάσεις, οι οποίες θα συμβάλλουν στην αλλαγή της υπάρχουσας κατάστασης.

Ακόμη, θα μπορούσαν να διενεργηθούν μελέτες, οι οποίες θα καταγράφουν τις απόψεις των γυναικών, σχετικά με το κατά πόσο και αν γίνονται σεβαστές από τους επαγγελματίες υγείας, οι προσωπικές αντιλήψεις, οι κοινωνικές καταβολές και οι ιδιαιτερότητες της εκάστοτε γυναίκας στην επιλογή της σχετικά με τις μεθόδους αντισύλληψης.

Θα ήταν χρήσιμη η διενέργεια ερευνών σε γυναίκες, οι οποίες έχουν προβεί σε διακοπή κύησης, ώστε να καταγραφούν οι συνέπειες – σωματικές, συναισθηματικές, κοινωνικές – που ακολούθησαν την απόφασή τους, καθώς και η καταγραφή των απόψεων τους πριν και μετά την διακοπή κύησης.

Τέλος, να ερευνηθούν ιδιαίτερα πιο ευαίσθητες κατηγορίες, όπως οι έφηβες γυναίκες, οι πρόσφυγες και γυναίκες με ιδιαιτερότητες στον ψυχισμό και τη συμπεριφορά, σχετικά με τις συνήθειες που παρουσιάζουν στη χρήση αντισύλληψης, την πρόσβαση που έχουν σε αυτές και τις αντιλήψεις τους σχετικά με την διακοπή κύησης.

## 9.5 Προτάσεις

Αντλώντας πληροφορίες από τα αποτελέσματα της μελέτης μας, θα μπορούσαμε να προτείνουμε ως σημείο έναρξης διαφόρων παρεμβάσεων και στοχευμένων δράσεων, σχετικά με τις ασφαλείς σεξουαλικές πρακτικές, την σχολική κοινότητα.

Δημιουργώντας εκπαιδευτικά προγράμματα σχετικά με τις επιλογές της αντισύλληψης, την κατανόηση της αναγκαιότητας τους και της σωστής χρήσης αυτών, συνεισφέρουμε στην ανάπτυξη ενηλίκων με υπεύθυνη στάση απέναντι στα αναφερόμενα θέματα.

Περαιτέρω, θα πρέπει να επιστήσουμε την προσοχή στην διενέργεια τακτικών ελέγχων σε συνδυασμό με την συμβουλευτική πάνω σε θέματα σχετικά με τα ΣΜΝ.

Η εξατομικευμένη συμβουλευτική πάνω σε θέματα αντισύλληψης, ανάλογα με την επιθυμία της κάθε γυναίκας για τεκνοποίηση μακροπρόθεσμα ή βραχυπρόθεσμα και σύμφωνα με το εκάστοτε μαιευτικό-γυναικολογικό ιστορικό, καθώς και η δημιουργία προγραμμάτων ενημέρωσης, σχετικά με τις μεθόδους αναστρέψιμης αντισύλληψης μακράς διάρκειας, είναι τομείς στους οποίους θα πρέπει να στρέψουμε το ενδιαφέρον.

Επιπλέον, θα ήταν ωφέλιμο να προωθείται η ενημέρωση και των δύο συντρόφων, μέσω σεμιναρίων οικογενειακού προγραμματισμού, σε θέματα σχετικά με την αναπαραγωγική υγεία, την διακοπή κύησης και τις ψυχικές ή σωματικές συνέπειες που ενδεχομένως να επιφέρει.

Τέλος, είναι απαραίτητη η συνεχής εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας μέσω σεμιναρίων, προκειμένου να εμπλουτίζονται οι θεωρητικές και πρακτικές τους γνώσεις και να καλλιεργείται η ενσυναίσθηση τους, ώστε με τη σειρά τους να συμβάλλουν στην ελαχιστοποίηση των σωματικών, συναισθηματικών και κοινωνικών συνεπειών που σχετίζονται με τις μη προγραμματισμένες εγκυμοσύνες και τον τερματισμό τους.

## 9.6 Συμπεράσματα

Η παρούσα μελέτη εξετάζοντας τα θέματα της χρήσης αντισυλληπτικών μέτρων και της διακοπής κύησης, είχε ως στόχο να διερευνήσει την μεταξύ τους σύνδεση, καθώς και τους παράγοντες που τα επηρεάζουν.

Η ανάλυση της χρήσης αντισυλληπτικών μέτρων αποκάλυψε την επικράτηση των ανδρικών προφυλακτικών, ως την πιο ευρέως χρησιμοποιούμενη μέθοδο, ακολουθούμενη από ένα σημαντικό ποσοστό συμμετεχουσών που ανέφεραν ότι δεν χρησιμοποιούσαν καμία μέθοδο αντισύλληψης.

Το ποσοστό των συμμετεχουσών που χρησιμοποιούσε αντισυλληπτικά χάπια ή άλλες μεθόδους, όπως το ενδομήτριο σπείραμα, ήταν αρκετά χαμηλότερο, υποδεικνύοντας την ανάγκη ευρύτερης ενημέρωσης και πρόσβασης σε διαφορετικά είδη αντισύλληψης, ιδιαίτερα όσον αφορά στις μεθόδους αναστρέψιμης αντισύλληψης μακράς διάρκειας.

Γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας και έγγαμες στρέφονταν συχνότερα σε αντισυλληπτικά μέτρα, πέραν του προφυλακτικού, εν αντιθέσει με μικρότερης ηλικίας γυναίκες και άγαμες.

Ωστόσο, είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι οι επιλογές αντισύλληψης επηρεάζονται από ένα σύνολο παραγόντων, όπως οι ατομικές προτιμήσεις, οι πολιτισμικοί κανόνες και η διαθεσιμότητα πόρων.

Η κυριαρχία του ανδρικού προφυλακτικού επιβεβαιώνεται και από το γεγονός ότι η πλειονότητα των συμμετεχουσών ανέφερε ότι δεν είχε σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

Οι γυναίκες οι οποίες είχαν εμβολιαστεί κατά του HPV, επιδείκνυαν πιο ώριμη σεξουαλική συμπεριφορά, συνεχίζοντας να λαμβάνουν προφυλάξεις (στην πλειοψηφία τους προφυλακτικό) και διενεργώντας τακτικά τον γυναικολογικό τους έλεγχο.

Το εκπαιδευτικό επίπεδο αποτελούσε κυρίαρχο παράγοντα τόσο στην έναρξη της σεξουαλικής ζωής, όσο και στην εν γένει αντιμετώπιση των θεμάτων της αντισύλληψης και της διακοπής κύησης.

Ένα μεγάλο ποσοστό συμμετεχουσών που δεν λάμβανε προφυλάξεις, είχε προχωρήσει σε τεχνητή διακοπή κύησης (35,7%), τονίζοντας τη σημασία της προώθησης της

υπεύθυνης σεξουαλικής συμπεριφοράς, της πρόσβασης στην αντισύλληψη και της κατανόησης της αναγκαιότητας της.

Η πλειονότητα των συμμετεχουσών ανέφερε ότι δεν είχε υποβληθεί σε τερματισμό κύησης και μεταξύ εκείνων που το έκαναν, αυτό αποτελούσε μεμονωμένο περιστατικό.

Παρόλα αυτά, όσες είχαν προχωρήσει σε επαναλαμβανόμενες εκτρώσεις, είτε δεν έπαιρναν προφυλάξεις, είτε έκαναν χρήση προφυλακτικού.

Οι διαφορές του προφίλ των συμμετεχουσών (οικογενειακή κατάσταση, ηλικία, εκπαίδευση), μας οδηγούν στο συμπέρασμα, ότι η συμβουλευτική θα πρέπει να εξατομικεύεται, προκειμένου να απαντά στις ανάγκες και τις απαιτήσεις της εκάστοτε γυναίκας.

## BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Adesse L, Jannotti CB, Silva KS, Fonseca VM. Aborto e estigma: uma análise da produção científica sobre a temática [Abortion and stigma: an analysis of the scientific literature on the theme]. *Cien Saude Colet*. 2016 Dec; 21(12):3819-3832. Portuguese.

Doi: 10.1590/1413-812320152112.07282015. PMID: 27925122.

Aiken ARA, Borrero S, Callegari LS, Dehlendorf C. Rethinking the pregnancy planning paradigm: Unintended conceptions or unrepresentative concepts? *Perspect Sex Reprod Heal*. 2016; 48(3):147–151.

Akoth C, Oguta JO, Gatimu SM. Prevalence and factors associated with covert contraceptive use in Kenya: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2021 Jul 5;21(1):1316. doi: 10.1186/s12889-021-11375-7. PMID: 34225673; PMCID: PMC8256600.

Allen, R. E. (2004). Diaphragm fitting. *American Family Physician*, 69(1), 97–100.

Asensio A, Nebot L, Estruga L, Perez G, Diez È. Anticoncepción en la población gitana residente en dos barrios con bajo nivel de renta de Barcelona [Contraception in the Roma population living in two low-income neighborhoods of Barcelona (Spain)]. *Gac Sanit*. 2019 Mar- Apr; 33 (2):119-126. Spanish.

Doi: 10.1016/j.gaceta.2017.11.011. Epub 2018 Feb 22. PMID: 29478730.



Audet, M.-C. (2001). Evaluation of Contraceptive Efficacy and Cycle Control of a Transdermal Contraceptive Patch vs an Oral Contraceptive &lt; SUBTITLE &gt; A Randomized Controlled Trial & lt /SUBTITLE&gt; ; *JAMA*, 285(18), 2347.

<https://doi.org/10.1001/jama.285.18.2347>

Barker M, Dombrowski SU, Colbourn T, Fall CHD, Kriznik NM, Lawrence WT, et al. . Intervention strategies to improve nutrition and health behaviours before conception. *Lancet*. 2018; 391: 1853–64.

Bearak, J. M., Popinchalk, A., Ganatra, B., Moller, A.-B., Tunçalp, Ö., Beavin, C., ... Alkema, L. (2020). Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: Estimates from a comprehensive model for 1990-2019. *The Lancet Global Health*, 8(9), e1152-e1161.

doi:10.1016/S2214-109X(20)30315-6

Beguy D, et al. Inconsistencies in self-reporting of sexual activity among young people in Nairobi, Kenya. *J Adolesc Health*. 2009;45(6):595–601.

Belton, S., & Whittaker, A. (2007a). Kathy Pan, sticks and pummelling: Techniques used to induce abortion by Burmese women on the Thai border. *Social Science & Medicine*, 65(7), 1512–1523. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.05.046>

Bhathena, R. K. (2001). The long-acting progestogen-only contraceptive injections: an update. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 108(1), 3–8. [https://doi.org/10.1016/S0306-5456\(00\)00023-1](https://doi.org/10.1016/S0306-5456(00)00023-1)

Birgisson NE, Zhao Q, Secura GM, Madden T, Peipert JF. Preventing Unintended Pregnancy: The Contraceptive CHOICE Project in Review. *J Womens Health*

(Larchmt). 2015 May; 24(5):349-53. doi: 10.1089/jwh.2015.5191. Epub 2015 Mar 31. PMID: 25825986; PMCID: PMC4441000.

Bishwajit G, Tang S, Yaya S, Feng Z. Unmet need for contraception and its association with unintended pregnancy in Bangladesh. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017 Jun 12;17(1):186. doi: 10.1186/s12884-017-1379-4. PMID: 28606062; PMCID: PMC5469146.

Bodin M, Tyden T, Kall L, Larsson M. Can reproductive life plan-based counselling increase men's fertility awareness? *Ups J Med Sci*. 2018; 123:255–63.

Bradley SEK, Polis CB, Bankole A, Croft T. Global Contraceptive Failure Rates: Who Is Most at Risk? *Stud Fam Plann*. 2019 Mar ;50(1):3-24. doi: 10.1111/sifp.12085. Epub 2019 Feb 21. PMID: 30791104; PMCID: PMC6594038

Brant AR, Ye PP, Teng SJ, Lotke PS. Non-contraceptive benefits of hormonal contraception: established benefits and new findings. *Curr Obstet Gynecol Rep*. 2017;6(2):109-17.

Brouwer AF, Delinger RL, Eisenberg MC, Campredon LP, Walline HM, Carey TE, Meza R. HPV vaccination has not increased sexual activity or accelerated sexual debut in a college-aged cohort of men and women. *BMC Public Health*. 2019 Jun 25;19(1):821. doi: 10.1186/s12889-019-7134-1. PMID: 31238911; PMCID: PMC6593582.

Bullough, V. L. (1981). A Brief Note on Rubber Technology and Contraception: The Diaphragm and the Condom. *Technology and Culture*, 22(1), 104. <https://doi.org/10.2307/3104294>

Chandra-Mouli V, McCarraher DR, Phillips SJ, et al. Contraception for adolescents in low- and middle-income countries: needs, barriers, and access. *Reprod Health*. 2014;11(1):1.

Christin-Maitre, S., Bouchard, P., & Spitz, I. M. (2000). Medical Termination of Pregnancy. *New England Journal of Medicine*, 342(13), 946–956. <https://doi.org/10.1056/NEJM200003303421307>

Cleland J. The complex relationship between contraception and abortion. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2020 Jan;62:90-100. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2019.04.007. Epub 2019 May 6. PMID: 31196674.

Cicerchia G, Reid LD, Carvajal DN. Contraceptive Decision-Making and the Importance of Side Effect Information Among a Sample of Latinas. *Womens Health Rep (New Rochelle)*. 2022 Jan 31;3(1):78-84. doi: 10.1089/whr.2021.0115. PMID: 35136879; PMCID: PMC8812509.

Cleland J, Conde-Agudelo A, Peterson H, Ross J, Tsui A. Contraception and health. *Lancet*. 2012;380(9837):149–56.

Cleland J, Harbison S, Shah IH. Unmet need for contraception: issues and challenges. *Stud Fam Plan*. 2014;45(2):105–22

Committee Opinion No. 695: Sterilization of Women: Ethical Issues and Considerations. (2017). *Obstetrics & Gynecology*, 129(4), e109–e116. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002023>

Conrad D. Deprivation-based inequalities in under-18 conception rates and the proportion of under-18 conceptions leading to abortion in England, 1998–2010. *J Public Health (Oxf)* 2012;34:609–614. - PubMed

Cook, R. J., Dickens, B. M., & Horga, M. (2004). Safe abortion: WHO technical and policy guidance. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 86(1), 79–84. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2004.04.001>

Danvers, A. A., & Evans, T. A. (2022). Risk of Sterilization Regret and Age. *Obstetrics & Gynecology*, 139(3), 433–439. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004692>

Darroch JE, Woog V, Bankole A, et al. ‘Adding it up: costs and benefits of meeting the contraceptive needs of adolescents’, Guttmacher Institute (2016); available 2019-02-01 at <https://www.guttmacher.org/report/adding-it-meeting-contraceptive-needs-of-adolescents>.

Dassow, P., & Bennett, J. M. (2006). Vasectomy: an update. *American Family Physician*, 74(12), 2069–2074.

de Almeida N, Teixeira A, Capoco Sachiteque A, Molina JR, Dos Prazeres Tavares H, Ramalho C. Characterisation of induced abortion and consequences to women's health at Hospital Central do Huambo - Angola. *J Obstet Gynaecol*. 2020 May;40(4):558-563. doi: 10.1080/01443615.2019.1635096. Epub 2019 Sep 1. PMID: 31475598.

Eaton DK, Kann L, Kinchen S, Shanklin S, Ross J, Hawkins J, et al.; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Youth risk behavior surveillance - United States, 2007. *MMWR Surveill Summ*. 2008 Jun 6;57(4):1-131.

Edelman, A., Nichols, M. D., & Jensen, J. (2001). Comparison of pain and time of procedures with two first-trimester abortion techniques performed by residents and faculty. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 184(7), 1564–1567. <https://doi.org/https://doi.org/10.1067/mob.2001.114858>

Ekstrand Ragnar M, Niemeyer Hultstrand J, Tyden T, Larsson M. Development of an evidence-based website on preconception health. *Ups J Med Sci*. 2018;123:116–22.

Envall N, Wallström T, Gemzell Danielsson K, Kopp Kallner H. Use of contraception and attitudes towards contraceptive use in Swedish women: an internet-based nationwide survey. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2022 Oct;27(5):409-417. doi: 10.1080/13625187.2022.2094911. Epub 2022 Aug 25. PMID: 36004625.

Fennell J. “And isn’t that the point?”: pleasure and contraceptive decisions. *Contraception*. 2014;89:264–70.

Finer, L. B., & Zolna, M. R. (2016). Declines in unintended pregnancy in the United States, 2008-2011. *The New England Journal of Medicine*, 374(9), 843-852. doi:10.1056/NEJMsa1506575

Francis J.K.R., Gold M.A. Long-acting reversible contraception for adolescents: A review. *JAMA Pediatr*. 2017;171:694–701.

Frio GS, França MTA. Human papillomavirus vaccine and risky sexual behavior: Regression discontinuity design evidence from Brazil. *Econ Hum Biol*. 2021 Jan;40:100946. doi: 10.1016/j.ehb.2020.100946. Epub 2020 Nov 22. PMID: 33264703.

Frost J., Lindberg L. Receipt of contraceptive services among young women in the United States. *J Adolesc Health*. 2018;62:S75.

Gallo, M. F., Grimes, D. A., Schulz, K. F., & Lopez, L. M. (2002). Cervical cap versus diaphragm for contraception. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012(5). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003551>

Gallo, M. F., Kilbourne-Brook, M., & Coffey, P. S. (2012). A review of the effectiveness and acceptability of the female condom for dual protection. *Sexual Health*, 9(1), 18. <https://doi.org/10.1071/SH11037>

Ganatra B. Health worker roles in safe abortion care and post-abortion contraception. *Lancet Glob Health*. 2015;3(9):e512–3.

Gemzell-Danielsson, K., Berger, C., & P.G.L., L. (2013). Emergency contraception — mechanisms of action. *Contraception*, 87(3), 300–308. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2012.08.021>

Getahun, G. K., Kidane, M., Fekade, W., Shitemaw, T., & Negash, Z. (2023a). Exploring the reasons for unsafe abortion among women in the reproductive age group in western Ethiopia. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 22, 101301. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.cegh.2023.101301>

Gilliam, M. L., & Derman, R. J. (2000). BARRIER METHODS OF CONTRACEPTION. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 27(4), 841–858. [https://doi.org/10.1016/S0889-8545\(05\)70174-1](https://doi.org/10.1016/S0889-8545(05)70174-1)

Gold N, Viviano M, Yaron M. Contraception: what is the resistance all about? *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2021 Feb;26(1):62-72. doi: 10.1080/13625187.2020.1837362. Epub 2020 Nov 6. PMID: 33155860.

Gracia, C. R., Sammel, M. D., Charlesworth, S., Lin, H., Barnhart, K. T., & Creinin, M. D. (2010). Sexual function in first-time contraceptive ring and contraceptive patch users. *Fertility and Sterility*, 93(1), 21–28. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2008.09.066>

Grimes, D. A., & Raymond, E. G. (2002). Emergency Contraception. *Annals of Internal Medicine*, 137(3), 180. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-137-3-20020806000010>

Grimes, D. A., Benson, J., Singh, S., Romero, M., Ganatra, B., Okonofua, F. E., & Shah, I. H. (2006). Unsafe abortion: The preventable pandemic. *The Lancet*, 368(9550), 1908-1919. doi:10.1016/S0140-6736(06)69481-6

Haakenstad A, Angelino O, Irvine CMS, Bhutta ZA, Bienhoff K, Bintz C, Causey K, Dirac MA, Fullman N, Gakidou E, Glucksman T, Hay SI, Henry NJ, Martopullo I, Mokdad AH, Mumford JE, Lim SS, Murray CJL, Lozano R. Measuring contraceptive method mix, prevalence, and demand satisfied by age and marital status in 204 countries and territories, 1970-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2022 Jul 23;400(10348):295-327. doi: 10.1016/S0140-6736(22)00936-9. PMID: 35871816; PMCID: PMC9304984.

Hadley A., Ingham R., Chandra-Mouli V. Implementing the United Kingdom’s ten-year teenage pregnancy strategy for England (1999-2010): How was this done and what did it achieve? *Reprod Health*. 2016;13:1–11.

Hailegebreal S, Gilano G, Seboka BT, Sidelil H, Awol SM, Haile Y, Simegn AE, Haile F. Prevalence and associated factors of early sexual initiation among female youth in East Africa: further analysis of recent demographic and health survey. *BMC Womens Health*. 2022 Jul 22;22(1):304. doi: 10.1186/s12905-022-01895-8. PMID: 35869510; PMCID: PMC9306043.

Hakansson M, Oguttu M, Gemzell-Danielsson K, Makenzius M. Human rights versus societal norms: a mixed methods study among healthcare providers on social stigma related to adolescent abortion and contraceptive use in Kisumu, Kenya. *BMJ Glob Health*. 2018;3(2):e000608.

Halpern, V., Lopez, L. M., Grimes, D. A., Stockton, L. L., & Gallo, M. F. (2013). Strategies to improve adherence and acceptability of hormonal methods of contraception. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004317.pub4>

Heller R, Cameron S, Briggs R, et al. Postpartum contraception: a missed opportunity to prevent unintended pregnancy and short inter-pregnancy intervals. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2016;42(2):93–8.

Horgan P, Thompson M, Harte K, Gee R. Termination of pregnancy services in Irish general practice from January 2019 to June 2019. *Contraception*. 2021 Nov;104(5):502-505. doi: 10.1016/j.contraception.2021.05.021. Epub 2021 Jun 10. PMID: 34118270.

How to use the diaphragm. (1994). *Contraception Report*, 5(4), 1–2.



Huibregtse BM, Bornovalova MA, Hicks BM, McGue M, Iacono W. Testing the role of adolescent sexual initiation in later-life sexual risk behavior: a longitudinal twin design. *Psychol Sci.* 2011;22(7):924-33.

Ioannidi-Kapolou E. Use of contraception and abortion in Greece: a review. *Reprod Health Matters.* 2004 Nov;12(24 Suppl):174-83. doi: 10.1016/s0968-8080(04)24001-0. PMID: 15938171.

Ivanova O, Rai M, Kemigisha E. A Systematic Review of Sexual and Reproductive Health Knowledge, Experiences and Access to Services among Refugee, Migrant and Displaced Girls and Young Women in Africa. *Int J Environ Res Public Health.* 2018 Jul 26;15(8):1583. doi: 10.3390/ijerph15081583. PMID: 30049940; PMCID: PMC6121882

Jack BW, Atrash H, Coonrod DV, Moos MK, O'Donnell J, Johnson K. The clinical content of preconception care: an overview and preparation of this supplement. *Am J Obstet Gynecol.* 2008;199:266–79.

Jayaweera RT, Ngui FM, Hall KS, Gerdtz C. Women's experiences with unplanned pregnancy and abortion in Kenya: A qualitative study. *PLoS One.* 2018 Jan 25;13(1):e0191412. doi: 10.1371/journal.pone.0191412. PMID: 29370220; PMCID: PMC5784933.

John NA, Babalola S, Chipeta E. Sexual pleasure, partner dynamics and contraceptive use in Malawi. *Int Perspect Sex Reprod Health.* 2015;41(2):99–107.

Jones, R. K., Jerman, J., & Guttmacher Institute. (2017). Abortion incidence and service availability in the United States, 2014. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 49(1), 17-27. doi:10.1363/psrh.12015

Kabagenyi A, et al. Barriers to male involvement in contraceptive uptake and reproductive health services: a qualitative study of men and women's perceptions in two rural districts in Uganda. *Reprod Health*. 2014;11(1):21.

Kearney M., Levine P B. Income inequality and early nonmarital childbearing. *J Hum Resour*. 2014;49:1–31.

Keder, L. M. (2003). Best practices in surgical abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 189(2), 418–422. [https://doi.org/10.1067/S0002-9378\(03\)00107-8](https://doi.org/10.1067/S0002-9378(03)00107-8)

Kilander H, Alehagen S, Svedlund L, Westlund K, Thor J, Brynhildsen J. Likelihood of repeat abortion in a Swedish cohort according to the choice of post-abortion contraception: a longitudinal study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2016 May;95(5):565–71. doi: 10.1111/aogs.12874. Epub 2016 Mar 14. PMID: 26871269.

Kim TY, Dagher RK, Chen J. Racial/Ethnic Differences in Unintended Pregnancy: Evidence from a National Sample of U.S. Women. *Am J Prev Med*. 2016;50(4):427–435. doi: 10.1016/j.amepre.2015.09.027

Kocourkova J. Relationship between abortion and contraception: a comparative socio-demographic analysis of Czech and Slovak populations. *Women Health*. 2016;56(8):885-905.

Kopp Kallner H, Thunell L, Brynhildsen J, Lindeberg M, Gemzell Danielsson K. Use of contraception and attitudes towards contraceptive use in Swedish women—a nationwide survey. *PLoS One*. 2015;10:e0125990.

Křepelka P, Fait T, Urbánková I, Hanáček J, Krofta L, Dvořák V. Risky sexual behaviour and contraceptive use among young women in the Czech Republic. *Cent Eur J Public Health*. 2020 Mar;28(1):3-12.

Larue, L. (1987). [Surgical sterilization in women]. *Soins. Gynecologie, Obstetrique, Puericulture, Pediatrie*, 77, 33–36.

Leidner AJ, Chesson HW, Talih M. HPV vaccine status and sexual behavior among young sexually-active women in the US: evidence from the National Health and Nutrition Examination Survey, 2007-2014. *Health Econ Policy Law*. 2020 Oct;15(4):477-495. doi: 10.1017/S1744133119000136. Epub 2019 May 21. PMID: 31109388; PMCID: PMC6868297.

Lindberg L., Santelli J., Desai S. Changing patterns of contraceptive use and the decline in rates of pregnancy and birth among U.S. adolescents, 2007–2014. *J Adolesc Health*. 2018;63:253–256.

Lindberg L., Santelli J., Desai S. Understanding the decline in adolescent fertility in the United States, 2007--2012. *J Adolesc Health*. 2016;59:577–583.

Liu J, Duan Z, Zhang H, Tang L, Pei K, Zhang WH. A global systematic review and meta-analysis of prevalence of repeat induced abortion and correlated risk factors. *Women Health*. 2023 May-Jun;63(5):321-333. doi: 10.1080/03630242.2023.2195018. Epub 2023 Mar 26. PMID: 36967653.

Loi UR, Gemzell-Danielsson K, Faxelid E, Klingberg-Allvin M: Health care providers' perceptions of and attitudes towards induced abortions in sub-Saharan Africa and Southeast Asia: a systematic literature review of qualitative and quantitative data. *BMC Public Health*. 2015;15(139):1–13.

Makenzius M, McKinney G, Oguttu M, Romild U. Stigma related to contraceptive use and abortion in Kenya: scale development and validation. *Reprod Health*. 2019 Sep 6;16(1):136. doi: 10.1186/s12978-019-0799-1.

Metusela C, Ussher J, Perz J, Hawkey A, Morrow M, Narchal R, Estoesta J, Monteiro M. "In My Culture, We Don't Know Anything About That": Sexual and Reproductive Health of Migrant and Refugee Women. *Int J Behav Med*. 2017 Dec;24(6):836-845. doi: 10.1007/s12529-017-9662-3. PMID: 28620774.

Meurice ME, Otieno B, Chang JJ, Makenzius M. Stigma surrounding contraceptive use and abortion among secondary school teachers: A cross-sectional study in Western Kenya. *Contracept X*. 2021 Feb 7;3:100062. doi: 10.1016 PMC7907706.

Michaud PA, Visser A, Vervoort J, Kocken P, Reijneveld S, Blair M, Alexander D, Rigby M, Weber M, Jansen D. Do European Union countries adequately address the healthcare needs of adolescents in the area of sexual reproductive health and rights? *Arch Dis Child*. 2020 Jan;105(1):40-46.

Miller E, Jordan B, Levenson R, Silverman JG. Reproductive coercion: connecting the dots between partner violence and unintended pregnancy. *Contraception*. 2010;81(6):457-9.

Mirzamoradi M, Saleh M, Jamali M, Bakhtiyari M, Pooransari P, Saleh Gargari S. Factors related to unwanted pregnancies and abortion in the northern district of the city of Tehran, Iran. *Women Health*. 2018 Jul;58(6):714-728. doi: 10.1080/03630242.2017.1342738. Epub 2017 Nov 9. PMID: 28682221.

Moos MK, Dunlop AL, Jack BW, Nelson L, Coonrod DV, Long R, et al. . Healthier women, healthier reproductive outcomes: recommendations for the routine care of all women of reproductive age. *Am J Obstet Gynecol*. 2008;199:280–9.

Moreira LR, Ewerling F, Barros AJD, Silveira MF. Reasons for nonuse of contraceptive methods by women with demand for contraception not satisfied: an assessment of low and middle-income countries using demographic and health surveys. *Reprod Health*. 2019 Oct 11;16(1):148. doi: 10.1186/s12978-019-0805-7. PMID: 31601246; PMCID: PMC6788119.

Mortazavi, M. M., Adeeb, N., Latif, B., Watanabe, K., Deep, A., Griessenauer, C. J., Tubbs, R. S., & Fukushima, T. (2013). Gabriele Fallopio (1523–1562) and his contributions to the development of medicine and anatomy. *Child's Nervous System*, 29(6), 877–880. <https://doi.org/10.1007/s00381-012-1921-7>

Moss, C., & Isley, M. M. (2015). Sterilization. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 42(4), 713–724. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2015.07.003>

Mpeli MR, Botma Y. Abortion-related services: value clarification through ‘difficult dialogues’ strategies. *Educ Citizenship Social Justice*. 2015;10(3):278–88.

National Council for Population and Development. 2014 Survey on Male Involvement in Family Planning and Reproductive Health in Kenya. Nairobi; 2017. Available 2019-09-02 at <http://www.ncpd.go.ke/wp-content/uploads/2017/09/2014-National-Survey-on-Male-Involvement-in-FP-and-RH-in-Kenya.pdf>.

Nove A, Matthews Z, Neal S, Camacho AV. Maternal mortality in adolescents compared with women of other ages: evidence from 144 countries. *Lancet Glob Health*. 2014;2(3):e155–64.

O'Connell, K., Murthy, A., Jacobs, A., & Westhoff, C. (2009). Second-trimester abortion technique study: a prospective cohort study. *Contraception*, *80*(2), 201–202. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.contraception.2009.05.030>

Odimegwu C, Phiri M, Tapera T, Simona S. Patterns and correlates of intention to use contraceptives among fecund sexually active women in developing countries. *Glob Health Action*. 2023 Dec 31;16(1):2255043. doi: 10.1080/16549716.2023.2255043. PMID: 37681979; PMCID: PMC10494735.

Paul, M. E., Mitchell, C. M., Rogers, A. J., Fox, M. C., & Lackie, E. G. (2002). Early surgical abortion: Efficacy and safety. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *187*(2), 407–411. <https://doi.org/10.1067/mob.2002.123898>

Paul R, Huysman BC, Maddipati R, Madden T. Familiarity and acceptability of long-acting reversible contraception and contraceptive choice. *Am J Obstet Gynecol*. 2020 Apr;222(4S):S884.e1-S884.e9. doi: 10.1016/j.ajog.2019.11.1266. Epub 2019 Dec 12. PMID: 31838124; PMCID: PMC7781163.

Perelló-Capo J, Quílez-Conde JC, Gutiérrez-Alés J, Lobo-Abascal P, Parra-Ribes I, Cristóbal-García I, Andeyro-García M, Herrero-Conde M, Rius-Tarruella J, Calaf-Alsina J. Use of Contraceptive Methods Among Women in the General Population and Female Gynecologists in Spain: the ELEGIAN Survey. *Womens Health Rep (New Rochelle)*. 2023 Oct 9;4(1):478-486. doi: 10.1089/whr.2023.0048. PMID: 37818182; PMCID: PMC10561741.

Pizzarossa LB, Perehudoff K. Global survey of national constitutions: mapping constitutional commitments to sexual and reproductive health and rights. *Health Hum Rights*. 2017;19(2):279-93.

Ponce de Leon RG, Ewerling F, Serruya SJ, Silveira MF, Sanhueza A, Moazzam A, Becerra-Posada F, Coll CVN, Hellwig F, Victora CG, Barros AJD. Contraceptive use in Latin America and the Caribbean with a focus on long-acting reversible contraceptives: prevalence and inequalities in 23 countries. *Lancet Glob Health*. 2019 Feb;7(2):e227-e235. doi: 10.1016/S2214-109X(18)30481-9. PMID: 30683240; PMCID: PMC6367565.

Providing quality family planning services: Recommendations of CDC and the U.S. Office of population affairs. CDC; Atlanta (GA): 2014.

Rahimy, M. H., Cromie, M. A., Hopkins, N. K., & Tong, D. M. (1999). Lunelle™ monthly contraceptive injection (medroxyprogesterone acetate and estradiol cypionate injectable suspension): effects of body weight and injection sites on pharmacokinetics. *Contraception*, 60(4), 201–208. [https://doi.org/10.1016/S0010-7824\(99\)00085-2](https://doi.org/10.1016/S0010-7824(99)00085-2)

Renner, R. M., Nichols, M., Edelman, A., Jensen, J., & Bednarek, P. (2013). REFINING THE PARACERVICAL BLOCK TECHNIQUE FOR PAIN CONTROL IN FIRST TRIMESTER SURGICAL ABORTION. *Contraception*, 88(3), 435.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.contraception.2013.05.024>

Renner, R.-M., Edelman, A. B., Nichols, M. D., Jensen, J. T., Lim, J. Y., & Bednarek, P. H. (2016). Refining paracervical block techniques for pain control in first trimester surgical abortion: a randomized controlled noninferiority trial. *Contraception*, 94(5), 461–466. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.contraception.2016.05.005>

Rioux, J. E. (1979). Sterilization of Women: Benefits vs Risks. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 16(6), 488–492. <https://doi.org/10.1002/j.1879-3479.1979.tb00955.x>

Rivet D, Robinson H, Sydora BC, Ross S. Contraception Use and Attitudes Among Women Seeking Pregnancy Termination: Descriptive Cross-Sectional Survey. *J Obstet Gynaecol Can.* 2021 Feb;43(2):197-203.e2. doi: 10.1016/j.jogc.2020.06.023. Epub 2020 Jul 25. PMID: 32981858.

Rizvi F, Williams J, Hoban E. Factors Influencing Unintended Pregnancies amongst Adolescent Girls and Young Women in Cambodia. *Int J Environ Res Public Health.* 2019 Oct 19;16(20):4006. doi: 10.3390/ijerph16204006.

Rodrigues-Martins D, Lebre A, Santos J, Braga J. Association between contraceptive method chosen after induced abortion and incidence of repeat abortion in Northern Portugal. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2020 Aug;25(4):259-263. doi: 10.1080/13625187.2020.1764527. Epub 2020 May 28. PMID: 32460561.

Rokeach M. *The nature of human values.* New York: Free Press; 1973.

Ross JA. Contraceptive Use, Access to Methods, and Program Efforts in Urban Areas. *Front Glob Womens Health.* 2021 Sep 23;2:636581. doi: 10.3389/fgwh.2021.636581. PMID: 34816193; PMCID: PMC8593950.

Santelli J., Abma J., Ventura S. Can changes in sexual behaviors among high school students explain the decline in teen pregnancy rates in the 1990s? *J Adolesc Health.* 2004;35:80–90.

Santelli J., Kantor L.M., Grilo S. Abstinence-only-until-marriage policies and programs: An updated position paper of the Society for Adolescent Health and Medicine | Elsevier Enhanced Reader. *J Adolesc Health.* 2017;61:273–280.



Sauvageau C, Gilca V, Ouakki M, Kiely M, Coutlée F, Mathieu-Chartier S, Defay F, Lambert G. Sexual behavior, clinical outcomes and attendance of cervical cancer screening by HPV vaccinated and unvaccinated sexually active women. *Hum Vaccin Immunother.* 2021 Nov 2;17(11):4393-4396. doi: 10.1080/21645515.2021.1961470. Epub 2021 Aug 19. PMID: 34410872; PMCID: PMC8828123.

Say L, Chou D, Gemmill A, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health.* 2014;2(6):e323–33.

Schalet A.T. Beyond abstinence and risk: A new paradigm for adolescent sexual health. *Womens Health Issues.* 2011;21:S5–S7.

Schwartz, J. L., Weiner, D. H., Lai, J. J., Freziers, R. G., Creinin, M. D., Archer, D. F., Bradley, L., Barnhart, K. T., Poindexter, A., Kilbourne-Brook, M., Callahan, M. M., & Mauck, C. K. (2015). Contraceptive Efficacy, Safety, Fit, and Acceptability of a Single-Size Diaphragm Developed With End-User Input. *Obstetrics & Gynecology*, 125(4), 895–903. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000000721>

Scott RH, Wellings K, Lindberg L. Adolescent Sexual Activity, Contraceptive Use, and Pregnancy in Britain and the U.S.: A Multidecade Comparison. *J Adolesc Health.* 2020 May;66:582-588.

Scott R.H., Bajos N., Slaymaker E. Understanding differences in conception and abortion rates among under-20 year olds in Britain and France: Examining the contribution of social disadvantage. *PLoS One.* 2017;12:e0186412. - PMC – PubMed

Secura G. Long-acting reversible contraception: a practical solution to reduce unintended pregnancy. *Minerva Ginecol.* 2013 Jun;65(3):271-7. PMID: 23689169.

Sedgh, G., Singh, S., & Hussain, R. (2014). Intended and unintended pregnancies worldwide in 2012 and recent trends. *Studies in Family Planning*, 45(3), 301-314. doi:10.1111/j.1728-4465.2014.00393.x

Sedgh G, Hussain R. Reasons for contraceptive nonuse among women having unmet need for contraception in developing countries. *Stud Fam Plan*. 2014;45(2):151–69.

Sedgh G, Singh S, Shah IH, et al. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. *Lancet*. 2012;379(9816):625–32.

Sedgh G, Bearak J, Singh S, et al. Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends. *Lancet*. 2016;388(10041):258–67.

Sedgh G, Ashford L, Hussain R, et al. ‘Unmet need for contraception in developing countries: examining women’s reasons for not using a method’, Guttmacher Institute (2016); available 2019-02-01 at <http://www.guttmacher.org/report/unmet-need-for-contraception-in-developing-countries>

Shah I, Ahman E. Unsafe abortion in 2008: global and regional levels and trends. *Reprod Health Matters*. 2010 Nov;18(36):90-101. doi: 10.1016/S0968-8080(10)36537-2. PMID: 21111353.

Sing'oei V, Owuoth JK, Otieno J, Yates A, Andagalu B, Smith HJ, Copeland NK, Polyak CS, Crowell TA; RV393 Study Team. Early sexual debut is associated with drug use and decreased educational attainment among males and females in Kisumu County, Kenya. *Reprod Health*. 2023 Jul 27;20(1):111. doi: 10.1186/s12978-023-01639-3. PMID: 37501066; PMCID: PMC10375697.

Skogsdal Y, Fadl H, Cao Y, Karlsson J, Tydén T. An intervention in contraceptive counseling increased the knowledge about fertility and awareness of preconception health-a randomized controlled trial. *Ups J Med Sci.* 2019 Aug;124(3):203-212

Statistics KNBo, Kenya Demographic and Health Survey 2014, Kenya National Bureau of Statistics (2014); available 2019-02-27 at <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/fr308/fr.pdf>.

Steele S. Values clarification in nursing. New York: Appleton-Century-Crofts; 1979.

Stern J, Larsson M, Kristiansson P, Tyden T. Introducing reproductive life plan-based information in contraceptive counselling: an RCT. *Hum Reprod.* 2013;28:2450–61.

Stern J, Bodin M, Grandahl M, Segeblad B, Axen L, Larsson M, et al. . Midwives' adoption of the reproductive life plan in contraceptive counselling: a mixed methods study. *Hum Reprod.* 2015;30:1146–55.

Stormont, G., & Deibert, C. M. (2023). *Vasectomy*.

Stoffel C, Carpenter E, Everett B, Higgins J, Haider S. Family Planning for Sexual Minority Women. *Semin Reprod Med.* 2017 Sep;35(5):460-468. doi: 10.1055/s-0037-1604456. Epub 2017 Oct 26. PMID: 29073685; PMCID: PMC5995339.

Stover, J., Rosen, J. E., Carvalho, M. N., Korenromp, E. L., Friedman, H. S., Cogan, M., & Deperthes, B. (2017). The case for investing in the male condom. *PLOS ONE*, 12(5), e0177108. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0177108>

Stuart, G. S., & Ramesh, S. S. (2018). Interval Female Sterilization. *Obstetrics & Gynecology*, 131(1), 117–124. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002376>

Svahn S, Niemeyer Hultstrand J, Tydén T, Ekstrand Ragnar M. Contraception use and attitudes: women's concerns regarding hormonal contraception and copper intrauterine devices. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2021 Dec;26(6):473-478. doi: 10.1080/13625187.2021.1975267. Epub 2021 Sep 30. PMID: 34590968.

Sylvest R, Koert E, Vittrup I, Petersen KB, Andersen AN, Pinborg A, et al. . Status one year after fertility assessment and counselling in women of reproductive age – a qualitative study. *Ups J Med Sci*. 2018;123:264–70.

Tagg, P. I. (1995). The diaphragm: barrier contraception has a new social role. *The Nurse Practitioner*, 20(12), 36, 39–42.

Teal S, Edelman A. Contraception Selection, Effectiveness, and Adverse Effects: A Review. *JAMA*. 2021 Dec 28;326(24):2507-2518. doi: 10.1001/jama.2021.21392. PMID: 34962522.

The female condom: tool for women’s empowerment. (2000). *American Journal of Public Health*, 90(9), 1377–1381. <https://doi.org/10.2105/AJPH.90.9.1377>

Tilahun F, Dadi AF, Shiferaw G. Determinants of abortion among clients coming for abortion service at felegehiwot referral hospital, northwest Ethiopia: a case control study. *Contracept Reprod Med*. 2017 Feb 14;2:11. doi: 10.1186/s40834-017-0038-5. PMID: 29201416; PMCID:PMC5683317.

Toffol E, But A, Heikinheimo O, Latvala A, Partonen T, Haukka J. Associations between hormonal contraception use, sociodemographic factors and mental health: a

nationwide, register-based, matched case-control study. *BMJ Open*. 2020 Oct 15;10(10):e040072. doi: 10.1136/bmjopen-2020-040072. PMID: 33060091; PMCID: PMC7566729.

Trussell, J., Strickler, J., & Vaughan, B. (1993). Contraceptive Efficacy of the Diaphragm, the Sponge and the Cervical Cap. *Family Planning Perspectives*, 25(3), 100. <https://doi.org/10.2307/2136156>

Tschann, M. S., Elia, J., Salcedo, J., Soon, R., & Kaneshiro, B. (2017b). Assessing the effectiveness of patient-centered nonpharmacologic pain management techniques on pain during first-trimester aspiration abortion: a randomized controlled trial. *Contraception*, 96(4), 269–270. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.contraception.2017.07.034>

Turner KL, Pearson E, George A, Andersen KL. Values clarification workshops to improve abortion knowledge, attitudes and intentions: a pre-post assessment in 12 countries. *Reprod Health*. 2018 Mar 5;15(1):40. doi: 10.1186/s12978-018-0480-0. PMID: 29506542; PMCID: PMC5838872.

Turner KL, Chapman Page K: Abortion attitude transformation: a values clarification toolkit for global audiences. 2008

Vatopoulou A, Papanikolaou A, Diavatis S, Goulis DG. Human papilloma virus vaccination and attitudes towards contraception: a cross-sectional study. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2019 Jun;24(3):182-187. doi: 10.1080/13625187.2019.1595573. Epub 2019 Apr 10. PMID: 30966837.

Wang MY, Zhang WH, Mu Y, Temmerman M, Li JK, Zheng A. Contraceptive practices among unmarried women in China, 1982-2017: systematic review and meta-analysis.

Eur J Contracept Reprod Health Care. 2019 Feb;24(1):54-60. doi: 10.1080/13625187.2018.1555641. Epub 2019 Jan 18. PMID: 30656978.

Wang MY, Temmerman M, Zhang WH, Fan Y, Mu Y, Mo SP, Zheng A, Li JK. Contraceptive and reproductive health practices of unmarried women globally, 1999 to 2018: Systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2020 Dec 4;99(49):e23368. doi: 10.1097/MD.00000000000023368. PMID: 33285718; PMCID: PMC7717803.

Warner, L., & Stone, K. M. (2007). Male Condoms. In *Behavioral Interventions for Prevention and Control of Sexually Transmitted Diseases* (pp. 232–247). Springer US. [https://doi.org/10.1007/978-0-387-48740-3\\_10](https://doi.org/10.1007/978-0-387-48740-3_10)

Wellings K, Johnson AM. Framing sexual health research: adopting a broader perspective. *Lancet*. 2013;382(9907):1759-62.

Wellings K., Palmer M., Geary R.S. Changes in conceptions in women younger than 18 years and the circumstances of young mothers in England in 2000–12: An observational study. *Lancet*. 2016;388:586–595.

Wells E. Countering myths and misperceptions about contraception. *Outlook Reprod Health*. 2015;available2019-02-01at [http://www.path.org/publications/files/RH\\_outlook\\_myths\\_mis\\_june\\_2015.pdf](http://www.path.org/publications/files/RH_outlook_myths_mis_june_2015.pdf).

White, A. L., Davis, R. E., Billings, D. L., & Mann, E. S. (2020). Men's Vasectomy Knowledge, Attitudes, and Information-Seeking Behaviors in the Southern United States: Results From an Exploratory Survey. *American Journal of Men's Health*, 14(4), 155798832094936. <https://doi.org/10.1177/1557988320949368>

Wildschut, H., Both, M. I., Medema, S., Thomee, E., Wildhagen, M. F., & Kapp, N. (2011). Medical methods for mid-trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011(2). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005216.pub2>

Willie TC, Powell A, Lewis J, Callands T, Kershaw T. Who is at risk for intimate partner violence victimization: using latent class analysis to explore interpersonal polyvictimization and polyperpetration among pregnant young couples. *Violence Vict.* 2017 Jun 1;32(3):545-64.

World Health Organization. (2019). Safe abortion: Technical and policy guidance for health systems (2nd ed.). Retrieved from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329138>

World Health Organization, 'Mortality, morbidity and disability in adolescence', (2014); <http://apps.who.int/adolescent/second-decade/section3/page2/mortality.html>.

Yang, F., Li, J., Dong, L., Tan, K., Huang, X., Zhang, P., Liu, X., Chang, D., & Yu, X. (2021). Review of Vasectomy Complications and Safety Concerns. *The World Journal of Men's Health*, 39(3), 406. <https://doi.org/10.5534/wjmh.200073>

Yegon EK, Kabanya PM, Echoka E, et al. Understanding abortion-related stigma and incidence of unsafe abortion: experiences from community members in Machakos and Trans Nzoia counties Kenya. *Pan Afr Med J.* 2016;24:258.

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

## ΙΣΤΟΡΙΚΟ

ΟΠ2

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ / Π Ε Λ Υ - ΜΟΝΑΔΑ ΥΓΕΙΑΣ / Κ Υ - Π Ι  
ΜΟΝΑΔΑ/ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ

### ΦΥΛΛΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ

Α.Μ. ΟΠ : .....

Α.Μ.Κ.Α: .....

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: .....

ΕΠΩΝΥΜΟ: .....

ΟΝΟΜΑ: .....

ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ: ..... ΗΛΙΚΙΑ: .....

ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: .....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΑΜΟΝΗΣ: .....

ΤΗΛΕΦΩΝΑ: .....

E-MAIL: .....

ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ: Ελληνική  Άλλη  / ΧΩΡΑ ΚΑΤΑΓΩΓΗΣ: .....

ΑΣΦ. ΚΑΛΥΨΗ.: α) ΝΑΙ  β) ΟΧΙ  γ) ΑΛΛΟ  / ΑΣΦ. ΦΟΡΕΑΣ : .....

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ  
ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: α) Άγαμος/η   
β) Έγγαμος /η   
γ) Διαζευγμένος/η   
δ) Χήρος/α   
ε) Συγκατοίκηση   
στ) Άλλο (π.χ. σύμφωνο συμβίωσης)

ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΕΚΝΩΝ: α) 1  β) 2  γ) 3  δ) 4 και άνω

ΕΠΙΠΕΔΟ  
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ: α) Υποχρεωτική εκπαίδευση έως Γ' Γυμνασίου   
β) Δευτεροβάθμια εκπαίδευση   
γ) Μεταλυκειακή εκπαίδευση   
δ) Τριτοβάθμια εκπαίδευση ΑΕΙ/ΤΕΙ   
ε) Μεταπτυχιακές σπουδές   
στ) Αναλφάβητος/η

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ : α) Δημόσιος υπάλληλος   
β) Ιδιωτικός υπάλληλος   
γ) Ελεύθερος επαγγελματίας   
δ) Άνεργος/η   
ε) Άλλο (π.χ. οικιακά)



**1) ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ:**

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

**2) ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ:**

Νοσήματα (χρόνιες ή σοβαρές παθήσεις): Όχι  Ναι

Ποια: .....

Φαρμακευτική αγωγή (χρόνια λήψη): Όχι  Ναι

Είδος: .....

Αλλεργίες: Όχι  Ναι

Σε ποιους παράγοντες: .....

Κάπνισμα: Όχι  Ναι

Αν ναι: α) περιστασιακό κάπνισμα (1-10 τσιγάρα/ημέρα)

β) μέτριο κάπνισμα (11-19 τσιγάρα/ημέρα)

γ) συστηματικό κάπνισμα (πάνω από 20 τσιγάρα/ημέρα)

Χρήση αλκοόλ: Όχι  Ναι

Αν ναι: α) Περιστασιακή/μέτρια χρήση (1 αλκοολούχο ποτό/ημέρα για γυναίκες)

β) Σοβαρή χρήση (5 ή περισσότερα αλκοολούχα ποτά/ημέρα 1 ή περισσότερες μέρες τον τελευταίο μήνα)

Χρήση ουσιών: Όχι  Ναι

Είδος: .....

**3) ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ**

(οικονομική κατάσταση, προβλήματα οικογένειας, ενδοοικογενειακή βία, σύντροφος/σύζυγος με χρήση ουσιών ή αλκοόλ, συμβάντα στην οικογένεια π.χ. απειλητική ασθένεια, σοβαρή αναπηρία ή θάνατος αγαπημένου ατόμου, απειλητική ασθένεια ή θάνατος τέκνου κ.λπ.)

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

**4) ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ:**

Ηλικία εμμηναρχής: ..... Ε.Ρ. .... Τ.Ε.Ρ. ....

Αμηνόρροια (Ημερομηνία έναρξης, αιτία) .....

Ηλ. 1ης Σεξ. Επαφής: .....

1<sup>ο</sup> ΤΕΣΤ ΠΑΠ (ημ/νια) ..... Τελευταίο (ημ/νια) .....

Ευρήματα ΤΕΣΤ ΠΑΠ (ημ/νια): ..... Επισυνάπτεται γνωμάτευση

.....

Αντισυλληπτικές μέθοδοι: Αντισυλ. Δισκία  Προφυλακτικό  Ενδομήτριο σπείραμα

Άλλη μέθοδος (αναφέρετε ποια)  .....

HPV - Εμβολιασμός (ημερομηνία, δόσεις): .....  
Δεν διενεργήθηκε:  Αιτία.....  
Άλλοι (πρόσφατοι) εμβολιασμοί (ποιοι, αιτία, ημερομηνία, δόσεις): Δεν έγιναν:

Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (ποιο/α, πότε, αγωγή, παρούσα κατάσταση)

Δεν αναφέρονται:   
Κολποσκόπηση/Βιοψία (πότε, αιτία, ευρήματα): ..... Επισυνάπτεται γνωμάτευση   
Δεν έγινε:

Καυτηριασμός/Λείζερ/Κρυοπηξία (κυκλώστε αναλόγως/ πότε, αιτία, ευρήματα):

..... Επισυνάπτεται γνωμάτευση   
Δεν έγινε:

Μαστοί/ Υπέρηχοι /Μαστογραφία (πότε, αιτία, ευρήματα): ..... Επισυνάπτεται γνωμάτευση

Δεν έγινε:

Χειρουργικές επεμβάσεις (ημερομηνία/αιτία):.....

Δεν υπάρχουν:

~~Ιστολογική εξέταση (πότε, ποιο όργανο αφορά, αιτία, ευρήματα) ..... Επισυνάπτεται γνωμάτευση~~

#### 5) ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ:

Κυήσεις: (Αριθμός): ..... Τοκετοί (Αριθμός): .....

IVF: Όχι  Ναι  Αν ναι, αναφέρεται το είδος και σε ποια κύηση έγινε χρήση

Αυτόματη αποβολή: Όχι  Ναι  Αν ναι, αναφέρετε σε ποια/ες κύηση/κυήσεις

Ενδομήτριος θάνατος/θνησιγενές έμβρυο: Όχι  Ναι

Αν ναι, αναφέρετε σε ποια/ες κύηση/κυήσεις .....

Τεχνητή διακοπή κύησης: Όχι  Ναι  Αριθμός διακοπών: .....

Αν ναι: Ιατρικοί λόγοι  Άλλοι

Θηλασμός: Όχι  Ναι  Αν ναι, αναφέρετε σε ποια/ες κύηση/κυήσεις, αν ήταν αποκλειστικός και μέση διάρκεια θηλασμού (σε μήνες).....

Ο/Η ΓΙΑΤΡΟΣ  
(υπογραφή – σφραγίδα)

Ο/Η ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ  
(ονοματεπώνυμο- υπογραφή – σφραγίδα)

Άγιος Ιωάννης Ρέντης, 02.02.2022  
Αρ. Πρωτ.: ΔΑΑΔ 5435

ΠΡΟΣ: ΥΠΕΥΘΥΝΟ ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΥ  
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ  
ΥΓΕΙΑΣ ΑΓΙΑΣ ΣΟΦΙΑΣ

**ΘΕΜΑ: Χορήγηση αδείας στην κ. Γεωργιάδου Παναγιώτα για διεξαγωγή έρευνας στα πλαίσια εκπόνησης διπλωματικής εργασίας.**

Σχετ.: Η αριθμ. πρωτ. (πρωτ. του Κ.Υ. Αγίας Σοφίας) 1432/17.12.2021 αίτησή της με τα συνημμένα δικαιολογητικά .

Σε συνέχεια του ανωτέρω σχετικού και σύμφωνα με το υπ' αριθμ. Γ.ΕΚΕΠΥ/3871/9-11-2010 έγγραφο του Διοικητή Ε.Κ.ΕΠ.Υ, παρακαλούμε να διευκολύνετε την **κ. Γεωργιάδου Παναγιώτα** μεταπτυχιακή φοιτήτρια του ΜΠΣ «Κοινοτική Μαιευτική Φροντίδα» στο Τμήμα Μαιευτικής του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, προκειμένου να κάνει χρήση του αρχείου (ιστορικά) του Τμήματος Οικογενειακού Προγραμματισμού των ετών 2019-2021, στα πλαίσια εκπόνησης της διπλωματικής της εργασίας, με τίτλο: «Μέτρα αντισύλληψης και διακοπή κύησης. Μια αναδρομική προοπτική μελέτη» σε Κέντρο Υγείας, αρμοδιότητας της 2<sup>ης</sup> Υ.ΠΕ Πειραιώς και Αιγαίου.

Η προαναφερόμενη άδεια τελεί υπό τις προϋποθέσεις:

- Τη διαφύλαξη των προσωπικών δεδομένων.
- Την τήρηση του κώδικα επιστημονικής δεοντολογίας.
- Τη μη ύπαρξη οικονομικής ή άλλου είδους επιβάρυνσης για το Κέντρο Υγείας.
- Τη μη παρακώλυση της λειτουργίας του Κέντρου Υγείας.
- Την τήρηση των προβλεπόμενων διατάξεων (άρθρο 30 του Ν.4624/2019) για το απόρρητο των στοιχείων προσωπικού χαρακτήρα.
- Την τήρηση όλων των μέτρων προστασίας ενόψει της πανδημίας Covid-19 .

**Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ  
ΡΟΪΛΟΣ ΧΡΗΣΤΟΣ**

**Κοινοποίηση:**

-Ενδιαφερόμενη (Γεωργιάδου Παναγιώτα)

---

Ταχυδρομική Διεύθυνση: Θηβών 196-198, 182 33 Άγιος Ιωάννης Ρέντης,  
Πληροφορίες: Κ. Νικήτα  
Ηλ. Δ/ση: [nikita@2dype.gov.gr](mailto:nikita@2dype.gov.gr)