

ΤΕΙ. ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ: ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Θέμα:
"Οικογενειακός προγραμματισμός
και Δημόσια υγεία

Πτυχιακή εργασία Σπουδαστών
1) Δημητριάδου Χρυσή
2) Δημητριάδου Αναστασία

Υπεύθυνη καθηγήτρια
Παπαδημητρίου Μαρία

Επιτροπή Εγκρίσεως Πτυχιακής
Εργασίας

- 1)
- 2)
- 3)

Πτυχιακή Εργασία για τη λήψη του πτυχίου Νοσηλευτικής

Πάτρα 12. Μαρτίου 1992



ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	582
----------------------	-----



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Μέρος Α'

Κεφάλαιο 1ο

Φιλοσοφία του Οικογενειακού Προγραμματισμού

1.1	Γενική θεώρηση	σελ.1
1.2	Βιολογικές δυνάμεις	" 1
1.3	Δημογραφικές δυνάμεις	" 2
1.4	Ψυχοκοινωνικές δυνάμεις	" 2
1.5	Ιατρικά δεδομένα (επιτεύγματα)	" 2

Κεφάλαιο 2ο

Ιστορική αναδρομή

2.1	Προσπάθειες πριν από τον 2ο Παγκόσμιο Πόλεμο	σελ.3
2.2	Προσπάθειες μετά τον 2ο Παγκόσμιο Πόλεμο	" 4
2.3	Προσπάθειες στον Ελληνικό χώρο	" 5

Κεφάλαιο 3ο

Οικογενειακός Προγραμματισμός: Σκοποί, Στόχοι, Γενική θεώρηση

3.1	Ο όρος οικογενειακός προγ/σμός	σελ.6
3.2	Σκοποί και στόχοι του οικογ. προγ/σμού	" 6
3.3	Ο ρόλος των υγειονομικών υπηρεσιών στον οικογενειακό προγ/σμό	" 7
3.4	Συνεργασία του οικογ. προγ/σμού με άλλους τομείς	" 8
3.5	Αγωγή του κοινού στον οικογ. προγ/σμό	" 9
3.6	Εκπαίδευση και δημιουργία του ανθρώπινου δυναμικού	" 9
3.7	Εμπόδια στην διάδοση και εφαρμογή του οικογ. προγ/σμού	" 10
3.8	Βελτίωση παροχών οικογ. προγ/σμού	" 11

ΜΕΡΟΣ Β'

Κεφάλαιο 1ο

Μέθοδοι οικογενειακού προγραμματισμού

1.1	Ορισμός αντισύλληψης	σελ.12
1.2	Αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας μίας αντισυλληπτικής μεθόδου.	" 12
1.3	Που βασίζονται οι κυριότερες αντισυλληπτικές μέθοδοι	" 12

Κεφάλαιο 2ο

Βασικές μέθοδοι αντισύλληψης

2.1	Φυσικές μέθοδοι αντισύλληψης	σελ.14
	I.Θηλασμός	" 14
	II.Μέθοδοι ρυθμού	" 14
2.2	Κολπικές μέθοδοι αντισύλληψης	" 18
	I.Σπερματοκτόνες ουσίες	" 18

II.Κολπικές πλύσεις	"	18
III.Κολπικό διάφραγμα	"	19
IV.Κολπικός αντισυλληπτικός σπόγγος	"	20
2.3 Μέθοδοι που χρησιμοποιούνται απο τον άνδρα	"	21
I.Διακεκομμένη συνουσία	"	21
II.Προφυλακτικό	"	21
2.4 Ενδομήτριο σπείραμα	"	22
2.5 Αντισυλληπτικό χάπι	"	26

Κεφάλαιο 3ο

Χειρουργικές επεμβάσεις για την επιτυχία αντισύλληψης

3.1 Στείρωση	σελ.	34
3.2 Στείρωση στις γυναίκες	"	34
I.Κοιλιακή απολίνωση των σαλπίνγων	"	34
II.Απολίνωση με μικρολαπαροτομία	"	35
III.Κολπική απολίνωση των σαλπίνγων	"	35
IV.Στείρωση με λαπαροσκόπηση	"	36
V.Μητροσκοπική στείρωση	"	36
3.3 Στείρωση στους άνδρες-Βαζεκτομή	"	37

Κεφάλαιο 4ο

Αντισύλληψη στην εφηβική ηλικία

Κεφάλαιο 5ο

Η τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης-Προκλητή έκτρωση

5.1 Γενικά	σελ.	45
5.2 Ποιές είναι οι απόψεις των θρησκειών για την έκτρωση	"	46
5.3 Ποιές είναι οι θέσεις των διαφόρων κρατών για την έκτρωση	"	46
5.4 Πλεονεκτήματα-Μειονεκτήματα νομιμοποίησης εκτρώσεων	"	46
5.5 Σε ποιές περιπτώσεις είναι νόμιμη η διακοπή της εγκυμοσύνης στην Ελλάδα.	"	46
5.6 Παραδοσιακοί και χωρίς ιατρική δεοντολογία τρόποι διακοπής της εγκυμοσύνης	"	47
5.7 Χειρουργικές τεχνικές εκτρώσεων	"	47
5.8 Πότε γίνεται μια έκτρωση	"	48
5.9 Επιπλοκές εκτρώσεων όταν η εγκυμοσύνη είναι μικρή	"	49
5.10 Επιπλοκές εκτρώσεων δευτέρου τριμήνου της εγκυμοσύνης	"	49
5.11 Προυποθέσεις για την αποφυγή επιπλοκών κατά την έκτρωση	"	49
5.12 Προβλήματα που εμφανίζονται μετά την έκτρωση	"	50
5.13 Η άμβλωση στην εφηβική ηλικία	"	52

Κεφάλαιο 6ο
Στείρωση

6.1	Γενικά	σελ.	53
6.2	Στείρωση στη γυναίκα, αίτια	"	53
6.3	Στείρωση στον άνδρα, αίτια	"	54
6.4	Διάγνωση της στειρότητας	"	54
6.5	Θεραπεία	"	55
6.6	Η τεχνητή γονιμοποίηση	"	56

Κεφάλαιο 7ο
Αφροδίσια νοσήματα

7.1	Γενικά	σελ.	58
7.2	Σύφιλη	"	59
7.3	Βλεννόρροια	"	61
7.4	Μαλακό έλκος	"	62
7.5	Μη γονοκκοκική ουρηθρίτιδα	"	62
7.6	Οξυτενή κονδυλώματα	"	62
7.7	Κολπίτιδα	"	62
7.8	Ερπης των γεννητικών οργάνων	"	63
7.9	Σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας	"	64

Κεφάλαιο 8ο
Υγιεινή του γεννητικού συστήματος

8.1	Γενική θεώρηση	σελ.	65
8.2	Τοπικός καθαρισμός γεννητικών οργάνων	"	65
8.3	Κολπική πλύση-κολπικό υπόθετο-κολπική κρέμα	"	65
8.4	Υγιεινή τις ημέρες της περιόδου	"	66

ΜΕΡΟΣ Γ'

Κεφάλαιο 1ο
Κέντρα οικογενειακού προγ/σμού

1.1	Οικογενειακός προγ/σμός και κράτος	σελ.	67
1.2	Κρατική πρωτοβουλία	"	67
1.3	Αξιολόγηση των ΚΟΠ στην Ελλάδα	"	72

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

- Σχεδιασμός και μεθοδολογία της έρευνας
- Ανάλυση στατιστικών στοιχείων
- Συμπεράσματα -Συζήτηση
- Προτάσεις για βελτίωση μ'εσα απο τον ρόλο του νοσηλευτή
- Περίληψη

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Τα τελευταία χρόνια ο προβληματισμός σχετικά με τα θέματα του οικογενειακού προγραμματισμού και της αντισύλληψης υπήρξε έντονος. Παρόλα αυτά οι προσπάθειες που κατά καιρούς έχουν γίνει για ενημέρωση του κοινού δεν είναι ανάλογες με την σοβαρότητα των θεμάτων αυτών. Η υπέρμετρη αύξηση του γεροντικού πληθυσμού στη χώρα μας, το πρόβλημα της γονιμότητας, το ολοένα αυξανόμενο ποσοστό των εκτρώσεων είναι θέματα που μόνο κάτω από τις αρχές του οικογενειακού προγ/σμού μπορούν να βρούν κάποια λύση.

Μ' αυτό το σκεπτικό και πιστεύοντας ότι ο Νοσηλευτής μπορεί να προσφέρει πολλά στον τομέα αυτό ξεκίνησε η εργασία μας. Στο γενικό μέρος της γίνεται μια προσπάθεια κατανόησης της φιλοσοφίας του οικογενειακού προγ/σμού, των σκοπών και των στόχων του, παραθέτονται αναλυτικά όλα τα μέσα αντισύλληψης καθώς και τα γνωστά αφροδίσια νοσήματα και τέλος γίνεται μια αξιολόγηση των Κ.Ο.Π που λειτουργούν στην Ελλάδα. Το ειδικό μέρος της εργασίας βασίζεται στην έρευνά μας και στα αποτελέσματά της, τα οποία ελπίζουμε να είναι ενδιαφέροντα και κατατοπιστικά για τον αναγνώστη.

Γ Ε Ν Ι Κ Ο Μ Ε Ρ Ο Σ
- - - - -

ΜΕΡΟΣ Α'

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο ΦΙΛΟΣΟΦΙΑ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ

1.1 Γενική θεώρηση

Η λειτουργία της αναπαραγωγής είναι ίσως η μόνη διάσταση της ανθρώπινης υπόστασης και δραστηριότητας που έχει υποστεί βαθιές ψυχοκοινωνικές επιδράσεις. Αυτό που ονομάζουμε "οικογενειακό προγραμματισμό" εκφράζει ουσιαστικά την συνειδητή αντιδιαστολή ανάμεσα σε δύο βιολογικές λειτουργίες, τη γενετήσια (σεξουαλική) και την αναπαραγωγική. Η αντιδιαστολή αυτή έχει μια χαρακτηριστική μοναδικότητα στο ανθρώπινο είδος.

Στο κεφάλαιο αυτό θα προσπαθήσουμε να αξιολογήσουμε τις δυνάμεις που οδήγησαν στη διαμόρφωση των διαφόρων παραμέτρων του οικογενειακού προγραμματισμού. Οι δυνάμεις αυτές μπορούν να ταξινομηθούν σε: βιολογικές, δημογραφικές, ψυχοκοινωνικές και ιατρικές.

1.2 Βιολογικές δυνάμεις

Ένα από τα βασικά χαρακτηριστικά του ανθρώπινου είδους είναι αυτό που αναφέρεται σαν "εξωγενετική κληρονομικότητα". Ο άνθρωπος σε αντίθεση με τα άλλα είδη μπορεί να μεταφέρει από γενιά σε γενιά, με το γραπτό και προφορικό λόγο, γνώσεις και εμπειρίες που δεν υπάρχουν στο γενετικό του υλικό. Έτσι, ο άνθρωπος ζει σ'ένα περιβάλλον σύνθετο που εκφράζει τις εμπειρίες πολλών γενεών. Μακριά από το περιβάλλον αυτό το άτομο είναι καταδικασμένο να γυρίσει στο πρωτόγονο στάδιο γιατί μόνο σ' αυτό ανταποκρίνεται ο γενετικός του εξοπλισμός (υλικό). Συνέπεια της εξωγενετικής κληρονομικότητας στον άνθρωπο καθώς και της ανωριμότητας του εγκεφάλου του κατά τη γέννηση, είναι ότι η περίοδος βιοκοινωνικής εξαρτήσεως του παιδιού είναι πολύ μεγαλύτερη στον άνθρωπο παρά στα άλλα ζωικά είδη. Η μακροχρόνια όμως εξάρτηση του παιδιού σημαίνει καθήλωση του ενός τουλάχιστον από τους γονείς-παραδοσιακά, αλλά όχι αναγκαστικά, της μητέρας. Κατά συνέπεια, στο ανθρώπινο είδος, το φαινόμενο της εξωγενετικής κληρονομικότητας προσέδωσε στο δεσμό του ζευγαριού ένα ρόλο πολύ σημαντικότερο παρά σε οποιοδήποτε άλλο ζωικό είδος.

Κάτω απ'αυτό το πρίσμα η γενετήσια σχέση στον άνθρωπο αποκτά νέες διαστάσεις. Δεν είναι μόνο μια διαδικασία με σκοπό την αναπαραγωγή αλλά και ένας μηχανισμός για την σφυρηλάτηση του δεσμού του ζευγαριού. Αποτελεί την βάση για την ανάπτυξη της ανθρώπινης σχέσης που διευκολύνει τους μηχανισμούς της εξωγενετικής κληρονομικότητας και κατοχυρώνει την εξελικτική υπεροχή του ανθρώπινου είδους.

Η σεξουαλική σχέση στον άνθρωπο δεν αποτελεί μόνο διαδικασία για την αναπαραγωγή, αλλά σημαντικό αυτοσκοπό με καιρία βιολογική εξελικτική σημασία. Πολύ πριν οι άνθρωποι μιλήσουν ή σκεφθούν για τον οικογενειακό προγραμματισμό, η γενετήσια σχέση φαίνεται ότι είχε αντιδιασταλεί από την αναπαραγωγή, σαν προσδιοριστικό χαρακτηριστικό του ανθρώπινου είδους.

1.3 Δημογραφικές δυνάμεις

Οι δημογραφικοί παράγοντες που διαμόρφωσαν την ανάγκη του οικογενειακού προγραμματισμού διαφέρουν από πληθυσμό σε πληθυσμό. Λέγεται συχνά ότι η "πληθυσμιακή έκρηξη" στις χώρες του τρίτου κόσμου οφείλεται στη μείωση του αριθμού των θανάτων εξαιτίας της πρόοδου της ιατρικής και της δημόσιας υγείας. Αυτό όμως που πραγματικά συνέβη ήταν η μετάθεση του χρόνου θανάτου, σ'ένα σημαντικό ποσοστό του πληθυσμού. Η μετάθεση αυτή είχε σαν συνέπεια τον προσωρινό ανισοσκελισμό των δημογραφικών δυνάμεων φθοράς και αναπλάσεως. Το βασικό της χαρακτηριστικό είναι η ταχύρυθμη πραγμάτωσή της, μέσα σε διάστημα μικρότερο από δύο αιώνες. Δημιουργήθηκε έτσι ένα νέο πρόβλημα με δημογραφικό επίκεντρο και σημαντικές επιπτώσεις στους τομείς της οικονομίας, της κοινωνικής οργάνωσης και των φυσικών πόρων. Αναγκαία ήταν, επομένως, η καταφυγή στις δημογραφικές δυνάμεις και η χρησιμοποίηση της ιατρικής γνώσης και τεχνολογίας για την αντιμετώπιση του προβλήματος και την αποκατάσταση της οικολογικής ισορροπίας. Η δημογραφική διάσταση του οικογενειακού προγραμματισμού είχε γεννηθεί.

1.4 Ψυχοκοινωνικές δυνάμεις

Ίσως να φαίνεται κοινότοπο σήμερα, αλλά καθυστέρησε σημαντικά να συνειδητοποιηθεί, ότι η άνιση θέση της γυναίκας απέναντι στον άνδρα στις ανθρώπινες κοινωνίες αντανάκλα την δυσανάλογη θέση των δύο φύλων απέναντι στην αναπαραγωγή. Η μακρόχρονη ταύτιση του γυναικείου ρόλου με την αναπαραγωγή δημιούργησε προβλήματα για την γυναίκα, που πολλά δεν έχουν ακόμη αντιμετωπιστεί. Η επαγγελματική και γενετήσια απελευθέρωση της γυναίκας και η προστασία της υγείας της έρχονται εύκολα στο νού σαν συνέπειες του οικογενειακού προγραμματισμού.

1.5 Ιατρικά δεδομένα (επιτεύγματα)

Είδαμε στις προηγούμενες παραγράφους ότι οι βιολογικές δυνάμεις κατοχυρώνουν την αντιδιαστολή ανάμεσα στη γενετήσια λειτουργία και την αναπαραγωγή, οι δημογραφικές δυνάμεις δημιουργούν τις ποσοτικές ανάγκες του οικογενειακού προγραμματισμού και οι ψυχοκοινωνικές δυνάμεις διαμόρφωσαν τις ποιοτικές του παραμέτρους. Αυτό όμως που γεφύρωσε το χάσμα ανάμεσα στο επιθυμητό και το εφικτό ήταν τα ιατρικά και τεχνολογικά επιτεύγματα του αιώνα μας. Παρόλο που τα υπάρχοντα αντισυλληπτικά μέσα δεν καλύπτουν τις ανάγκες, βλέπουμε ότι έχουν σημειωθεί σημαντικές πρόοδοι. Βέβαια, βρισκόμαστε ακόμη μακριά σε πολλούς τομείς, όπως στην αντιμετώπιση της υπογονιμότητας, ορισμένων αφροδισίων νοσημάτων (σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας) και των περισσότερων συγγενών διαμαρτιών. Ακόμη βρισκόμαστε πίσω στη κατανόηση των ψυχοφυσιολογικών παραμέτρων και στην αντιμετώπιση των διαταραχών της σεξουαλικής λειτουργικότητας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

2.1 Προσπάθειες πριν από το 2ο Παγκόσμιο Πόλεμο

Ο οικογενειακός προγραμματισμός σαν ιδέα πέρασε από πολλά στάδια εξέλιξης μέχρι να πάρει την σημερινή του μορφή. Εμφανίστηκε στην Αγγλία την εποχή της βιομηχανικής επανάστασης, τότε που για πρώτη φορά αντιμετωπίστηκε το πρόβλημα του μεγέθους της οικογένειας και της πολυγονίας.

Πρώτος ο Αγγλος ιερέας Thomas L. Malthus το 1798 τόνισε τον κίνδυνο της μεγάλης αύξησης του πληθυσμού και ταυτόχρονα επισήμανε ότι η παραγωγή των τροφίμων αυξάνεται με αριθμητική πρόοδο ενώ ο πληθυσμός της γης με γεωμετρική πρόοδο. Ετσι, η ανισορροπία αυτή θα είχε σαν αποτέλεσμα την δημιουργία ενός ανάμεσα στην παραγωγή και στην ζήτηση των τροφίμων με τελική κατάληξη λοιμούς ή πολεμικές συγκρούσεις ανάμεσα σε λοιμοκτονούντες πληθυσμούς. Οι θεωρίες του Malthus αναβίωσαν στο τέλος του 19ου αιώνα από τους λεγόμενους νεομαλθουσιανούς, των οποίων η κίνηση αφορούσε τον περιορισμό των γεννήσεων.

Την ίδια ανάγκη με τον Malthus ένιωσε και ο αρχηγός των Αγγλων εργατών Francis Place, που έλεγε ότι ο περιορισμός του πλήθους των εργατών θα τους διευκόλυne να κερδίζουν καλύτερα ημερομίσθια και να έχουν καλύτερες συνθήκες εργασίας. Το 1822 εκδόθηκε μια εργασία, με τίτλο "Παράθεση και τεκμηρίωση των νόμων που διέπουν το πληθυσμιακό πρόβλημα". Ακολούθησαν κι άλλες εκδόσεις που ασχολήθηκαν με τον έλεγχο των γεννήσεων και περιέγραψαν διάφορες αντισυλληπτικές μεθόδους.

Νέα διάσταση στον οικογενειακό προγραμματισμό δόθηκε από τρεις γυναίκες, τη Margaret Sanger στις Η.Π.Α και τις Mary Stopes και Edith Hau-Martyn στην Αγγλία. Η Sanger το 1912 άρχισε έναν αγώνα που κράτησε μια ζωή και είχε σαν στόχο να επλευθερώσει τις γυναίκες από ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες. Στην αρχή η Sanger είχε συνδέσει τον έλεγχο των γεννήσεων μόνο με την υγεία και την ευτυχία της οικογένειας, αργότερα όμως κατάλαβε ότι είχε και κοινωνικοοικονομικές διαστάσεις. Το 1915 σε επίσκεψή της στο Λονδίνο η Sanger συναντά την Edith Hau-Martyn, που είναι αναμιγμένη στην κίνηση των σουφραζετών, καθώς και τη γιατρό Mary Stopes. Τις επόμενες δεκαετίες οι δρόμοι των τριών αυτών γυναικών θα διασταυρωθούν πολλές φορές στον κοινό αγώνα. Αγώνα, γιατί την εποχή εκείνη οι αντιλήψεις του κοινωνικού συνόλου δεν συνέπιπταν με τις δικές τους. Τόση ήταν μάλιστα η αντίδραση, ώστε το 1916 η Sanger φυλακίστηκε για λίγο γιατί άρχισε να λειτουργεί συμβουλευτικό σταθμό για τον έλεγχο των γεννήσεων. Το 1918 όμως, η Sanger δικαιώθηκε όταν θεσμοθετήθηκε πώς οι γιατροί μπορούν να δίνουν συμβουλές για θέματα αντισύλληψης σε έγγαμες γυναίκες, εφόσον αυτό γίνεται για να προλάβουν ή να θεραπεύσουν κάποια νόσο.

Στα χρόνια που ακολούθησαν, το κίνημα των τριών αυτών γυναικών παίρνει συνεχώς μεγαλύτερες διαστάσεις. Το 1921 η Stopes ανοίγει στο Λονδίνο τον πρώτο συμβουλευτικό σταθμό ελέγχου των γεννήσεων. Τιθεται το θέμα της αντισύλληψης στο αγγλικό κοινοβούλιο και οργανώνονται διαλέξεις και Συνέδρια.

Το 1930 γίνεται στη Ζυρίχη διεθνές συνέδριο για τον έλεγχο των γεννήσεων. Στο συνέδριο έλαβαν μέρος άτομα από 12 χώρες και συζητήσαν για τα προβλήματα που συναντούσαν στη λειτουργία

τους οι διάφοροι συμβουλευτικοί σταθμοί, για τις αντισυλληπτικές μεθόδους, για την ανάγκη έρευνας στα θέματα της αναπαραγωγής και για τις ψυχοκοινωνικές παραμέτρους της αντισύλληψης. Το συνέδριο της Ζυρίχης έβαλε τη σφραγίδα του στην μελλοντική εξέλιξη του οικογενειακού προγραμματισμού. Στα χρόνια που ακολούθησαν, μέχρι το Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο, η έννοια του ελέγχου των γεννήσεων εξαπλώθηκε στην Ευρώπη, στην Ασία και τη γεννήσεων εξαπλώθηκε στην Ευρώπη, στην Ασία και τη Βόρειο Αμερική.

2.2 Προσπάθειες μετά τον 2ο Παγκόσμιο Πόλεμο

Μετά το 2ο Παγκόσμιο Πόλεμο η Σουηδέζα Ottensen-Jensen άρχισε να οργανώνει συνέδρια στη Στοκχόλμη και να φέρνει σε επαφή άτομα από διάφορες χώρες που είχαν ασχοληθεί με τον οικογενειακό προγραμματισμό με σκοπό να γίνει ένας διεθνής οργανισμός που να ασχολείται με το θέμα. Στο συνέδριο του Cheltenham συγκροτήθηκε μια Διεθνής Επιτροπή για τον Οικογενειακό Προγραμματισμό (International Committee on Planned Parenthood). Τέλος, στο τρίτο παγκόσμιο συνέδριο του οικογενειακού προγραμματισμού που έγινε στη Βομβay το 1952, η Διεθνής Επιτροπή για τον Οικογενειακό Προγραμματισμό έγινε Διεθνής Ομοσπονδία Οικογενειακού Προγραμματισμού (International Planned Parenthood και η Sanger έγινε η πρώτη επίτιμη πρόεδρος της. Σκοπός της I.P.P.F. ήταν "... να προωθηθεί με την εκπαίδευση και την επιστημονική έρευνα η παγκόσμια αποδοχή της υπεύθυνης γονιμότητας έτσι ώστε η οικογένεια και η κοινωνία να είναι ευτυχέστερες". Στην I.P.P.F. συμμετέχουν 54 χώρες, από τις οποίες οι 36 είναι υπανάπτυκτες. Οι υπανάπτυκτες χώρες ανέπτυξαν προγράμματα Οικογενειακού Προγραμματισμού με οικονομική βοήθεια είτε από τις ανεπτυγμένες χώρες του I.P.P.F., είτε από Διεθνείς Οργανισμούς (όπως Π.Ο.Υ., Ο.Η.Ε.). Όπως φαίνεται από τον πίνακα (1) που ακολουθεί τα προγράμματα αυτά απέδωσαν και σημειώθηκε αξιοσημείωτη ελάττωση των γεννήσεων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

Ελάττωση των γεννήσεων μέσα στη δεκαετία 1960-1970

Χώρα	Χρονολογία		Αντισυλληπτικό μέσο
	1960	1970	
Κεουλάνη	36,6	28,4	χάπι - στείρωση
Χιλή	35,7	27,5	χάπι
Κοσταρική	47,4	33,8	χάπι
Αίγυπτος	44,1	36,8	χάπι
Ελ Σαλβαντόρ	49,5	39,9	_____
Φίτζι	39,9	29,6	στείρωση
Χονγκ-Κονγκ	36,0	18,9	_____
Ινδία	43,0	38,0	στείρωση, συμβατική
Τζαμάικα	42,0	32,9	_____
Κορέα	44,7	29,0	χάπι - στείρωση
Μαλαισία	40,9	33,0	χάπι
Μαυρίκιος	38,1	26,0	χάπι
Πακιστάν	48,0	45,0	στείρωση, συμβατική
Πόρτο Ρίκο	32,3	25,7	στείρωση
Σιγκαπούρη	38,7	23,0	χάπι

2.3 Προσπάθειες στον Ελληνικό χώρο

Στην Ελλάδα Προγράμματα Οικογενειακού Προγραμματισμού άρχισαν να εφαρμόζονται από το 1970 με την ίδρυση δύο κέντρων Οικογενειακού Προγραμματισμού σε μαιευτικές κλινικές νοσοκομείων της Αθήνας (Νοσοκομείο - Μαιευτήριο "Αλεξάνδρα" και Νοσοκομείο - Μαιευτήριο "Μαρίκα Ηλιάδη") με σκοπό την προσφορά υπηρεσιών στις γυναίκες που νοσηλεύονται στα νοσοκομεία αυτά. Σταδιακά οι ιδέες και οι στόχοι του Οικογενειακού Προγραμματισμού έγιναν ευρύτερα γνωστά στον Ελληνικό πληθυσμό οπότε και τα κέντρα αυτά άρχισαν να εξυπηρετούν και εξωτερικούς επισκέπτες.

Το 1979 έγινε πλέον αντιληπτή η ανάγκη για την εφαρμογή ενός σωστού Οικογενειακού Προγραμματισμού και το 1980 ψηφίστηκε ειδικός νόμος που προέβλεπε την ίδρυση πολλών κέντρων Οικογενειακού Προγραμματισμού σε διάφορες περιοχές της χώρας. Ακόμη ο νόμος 1397/1983 για το ΕΣΥ θεσπίζει σαν έναν από τους σκοπούς των Κέντρων Υγείας, την ενημέρωση και διαφώτιση για θέματα Οικογενειακού Προγραμματισμού (άρθρο 15).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ: ΣΚΟΠΟΙ-ΣΤΟΧΟΙ-ΓΕΝΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ

3.1 Ο όρος οικογενειακός προγραμματισμός.

Με τον όρο οικογενειακό προγραμματισμό αναφερόμαστε κυρίως σε προγράμματα για τον έλεγχο των γεννήσεων, στις προσπάθειες δημιουργίας κατάλληλων συνθηκών για μια ευτυχισμένη οικογένεια στα υγειονομικά μέτρα για αντιμετώπιση προβλημάτων που αφορούν την μητέρα και το βρέφος.

Αν δεχθούμε ότι η υγεία είναι η σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία του ατόμου, και ο οικογενειακός προγραμματισμός κατοχυρώνει τη λειτουργικότητα της γυναίκας στον κοινωνικό χώρο, τότε προκύπτει, ότι ο οικογενειακός προγραμματισμός αποτελεί μία από τις βασικές προϋποθέσεις της κοινωνικής υγείας του συνόλου.

3.2 Σκοποί και στόχοι του οικογενειακού προγραμματισμού

Βασικός σκοπός του οικογενειακού προγραμματισμού είναι να δώσει την ευκαιρία σε κάθε ζευγάρι να ρυθμίσει την ανάπτυξη και το μέγεθος της οικογένειάς του ελεύθερα, αλλά αφού ενημερωθεί υπεύθυνα και σωστά. Έτσι, θα δημιουργηθεί μια οικογένεια με ευτυχισμένους γονείς και παιδιά επιθυμητά, υγιή και ευτυχισμένα. Προϋπόθεση για την εκπλήρωση του σκοπού αυτού είναι η διάδοση και σωστή χρήση των μέσων ελέγχου των γεννήσεων, αλλά και η γνώση των μέτρων για την αντιμετώπιση της στειρώσης ή η παροχή παροχή συμβουλών σε προβλήματα ανατροφής των παιδιών, σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης, πρόληψης αφροδισίων νοσημάτων. Επειδή οι στόχοι αφορούν και επίλυση προβλημάτων που δεν έχουν άμεση σχέση με το σχηματισμό οικογένειας, δοκιμότερος θα ήταν ίσως ο όρος "υπεύθυνες γενετήσιες σχέσεις".

Δυστυχώς ο οικογενειακός προγραμματισμός ταυτίστηκε και εξακολουθεί να ταυτίζεται από πολλούς με τον έλεγχο των γεννήσεων που εφαρμόζεται σε υπανάπτυκτες χώρες με υπερπληθυσμό. Πολλές διαφορές υπάρχουν μεταξύ τους, όπως:

1) Διαφορετικοί στόχοι. Ο οικογενειακός προγραμματισμός προσφέρει στο ζευγάρι όλες τις πληροφορίες και συμβουλές έτσι ώστε αυτό να αποφασίσει υπεύθυνα για το μέγεθος της οικογένειάς του. Ο έλεγχος των γεννήσεων από την άλλη, δεν λαμβάνει υπόψη του την επιθυμία του ζευγαριού αλλά τις ανάγκες του συνόλου και ανάλογα με αυτές τις ανάγκες προγραμματίζει την αύξηση ή μείωση των γεννήσεων.

2) Διαφορετικοί προσανατολισμοί. Ακόμη και στην περίπτωση που η πολιτική ελέγχου των γεννήσεων αποβλέπει στην μείωση των γεννήσεων, ο οικογενειακός προγραμματισμός προσπαθεί να θεραπεύσει την στειρότητα για να δώσει σε κάθε ζευγάρι την ευκαιρία να αποφασίσει το αν θέλει να αποκτήσει παιδί ή όχι.

3) Όπως αναφέραμε στην προηγούμενη παράγραφο, ο οικογενειακός προγραμματισμός αποτελεί μία από τις βασικές προϋποθέσεις της κοινωνικής υγείας του συνόλου ενώ η πολιτική ελέγχου των γεννήσεων δεν ασχολείται με τίποτα παραπάνω από προβλήματα υπερπληθυσμού ή υποπληθυσμού.

Επιγραμματικά ο οικογενειακός προγραμματισμός σε παγκόσμια κλίμακα αποσκοπεί:

1. Στην αντισύλληψη για λόγους δημογραφικής πολιτικής
2. Στην μείωση του αριθμού των εκτρώσεων
3. Στην γενετήσια διαπαιδαγώγηση
4. Στην θεραπεία της στειρότητας
5. Στην επίλυση των προβλημάτων της υιοθεσίας
6. Στην φροντίδα της υγείας της μητέρας
7. Στην φροντίδα της υγείας του παιδιού.

Για την μητέρα έθεσε τους πιο κάτω στόχους:

1. Απαλλαγή της από την αγωνία της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και τα πιθανά ψυχολογικά προβλήματα από μια τέτοια κατάσταση.
2. Βοήθεια ώστε να αποφύγει η γυναίκα ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες και θηλασμούς που μπορεί να κλονίσουν την υγεία της.
3. Αποφυγή των πολλών εκτρώσεων που οδηγούν στην στέρωση
4. Ενημέρωση σε γονείς με μεταδοτικές ή κληρονομικές ασθένειες ότι δεν πρέπει να αποκτήσουν παιδιά
5. Συμβουλές ώστε να περιοριστεί η μητρική θνησιμότητα

Για το παιδί εξάλλου έθεσε τους παρακάτω στόχους:

1. Προσπάθεια να μειώσει τις συνεχείς εγκυμοσύνες για να προστατέψει το έμβρυο από τον υποσιτισμό
2. Ρύθμιση του μεσοδιαστήματος των κυήσεων για τη βελτίωση της ποιοτικής ζωής του παιδιού
3. Απαλλαγή των παιδιών των πολυτέκνων από την ιδέα ότι είναι ανεπιθύμητα στην οικογένεια.
4. Λήψη πρόνοιας για το παιδί όταν ο αριθμός των τέκνων υπερβαίνει τη δυνατότητα της οικογένειας.

3.3 Ο ρόλος των υγειονομικών υπηρεσιών στον οικογενειακό προγραμματισμό

Βασική προϋπόθεση για την αποδοχή και υιοθέτηση του οικογενειακού προγραμματισμού είναι η ελάττωση της θνησιμότητας και η αύξηση της επιβίωσης. Οι υγειονομικές υπηρεσίες παίζουν αναμφισβήτητο πρωταρχικό ρόλο στον έλεγχο της θνησιμότητας και στην ελάττωση της γεννητικότητας. Ο σύνδεσμος, ο οποίος αναπτύσσεται μεταξύ της οικογένειας και των "υγειονομικών" — και με τον όρο αυτό εννοούμε τον γιατρό, την νοσηλεύτρια, τον υγειονομολόγο, την επισκέπτρια αδελφή κ.ο.κ. — ευνοεί την συζήτηση του θέματος. Πολλές επίσης ευκαιρίες για συζήτηση του θέματος του οικογενειακού προγραμματισμού παρέχει ο χρόνος επαφής του πάσχοντος με τους υγειονομικούς καθώς και η περίθαλψη της μητρότητας. Οι συμβουλές δεν δίνονται απαραίτητα κατά την εκτέλεση ιδιαίτερων προγραμμάτων αλλά κατά τον χρόνο περίθαλψης των αρρώστων ή κατά τον χρόνο φροντίδας της υγείας της μητέρας ή του βρέφους. Ο υγειονομικός μπορεί να διευκολυνθεί στην εισαγωγή του θέματος όταν ασχολείται για παράδειγμα με απαντήσεις σε ερωτήματα σχετικά με την διατροφή της οικογένειας. Οικογενειακό προγραμματισμό απαιτεί ο χειρισμός πολλών χρόνιων νοσημάτων, όπως η φυματίωση.

Η χρήση των ενδομητρίων διαφραγμάτων, των ορμονικής φύσης αντισυλληπτικών και του χειρουργικού ελέγχου της γεννητικότητας απαιτεί υγειονομική κάλυψη για την ορθή επιλογή των περιπτώσεων, την εκτέλεση, την παρακολούθηση και την αντιμετώπιση των παρενεργειών.

Υγειονομικές ειδικότητες, εκτός από την ιατρική και την νοσηλευτική, που συμβάλλουν στον οικογενειακό προγραμματισμό είναι η υγιεινή και η υγειονομική στατιστική. Οι γνώσεις του καθηγητή της δημόσιας υγιεινής μπορούν να εφαρμοστούν για την αντιμετώπιση του προβλήματος της διαπαιδαγώγησης σε θέματα ελέγχου των γεννήσεων, για την βελτίωση της διαπροσωπικής εκπαίδευσης, για την καθοδήγηση των μέσων μαζικής ενημέρωσης, για την ανάπτυξη των τομέων σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης, για την σχολική υγιεινή και για προγράμματα επιμόρφωσης ενηλίκων, για την άσκηση επιρροής στους κοινωνικούς ηγέτες. Σημαντική είναι επίσης η συμβολή και άλλων υγειονομικών ειδικοτήτων, όπως η δημογραφία, οι κοινωνικές επιστήμες και επιδημιολογία, η οποία συνήθως συνδιάζεται με τα μεταδοτικά νοσήματα, έχει όμως στενή σχέση με την δημογραφία και την μελέτη των προβλημάτων της γεννητικότητας.

Όταν τα προγράμματα οικογενειακού προγραμματισμού δεν ενσωματώνονται επαρκώς με τα υγειονομικά προγράμματα τότε μπορεί να υπάρξουν προστριβές. Η υποστήριξη της ιατρικής κοινότητας είναι επιθυμητή, η δε συμμετοχή της στο πρόγραμμα οικογενειακού προγραμματισμού αναγκαία. Κατά την έναρξη του προγράμματος πρέπει να εξασφαλιστεί η μεγαλύτερη δυνατή ιατρική υποστήριξη. Αν δεν κινητοποιηθούν και ενισχύσουν τις προσπάθειες για οικογενειακό προγραμματισμό οι γιατροί και οι υγειονομικοί γενικότερα, η υποστήριξη του κοινού θα είναι ελλιπής.

3.4 Συνεργασία του οικογενειακού προγραμματισμού με άλλους τομείς

Η συνεργασία του οικογενειακού προγραμματισμού με άλλες κυβερνητικές υπηρεσίες έχει ουσιώδη σημασία. Ορισμένες υπηρεσίες μπορούν να βοηθήσουν τον οικογενειακό προγραμματισμό με την εκτύπωση μορφωτικού υλικού και την εξασφάλιση της δυνατότητας χρησιμοποίησής του ραδιοφώνου, της τηλεόρασης και των άλλων μέσων μαζικής ενημέρωσης. Υποστήριξη μπορούν να παρέχουν ακόμη οι προγραμματιστές κοινωνικής ανάπτυξης, τα όργανα επεκτάσεως της γεωργικής παραγωγής, οι δάσκαλοι και τα υπουργεία αμύνης, εργασίας και παιδείας.

Επιβεβαίωση για τα παραπάνω αποτελεί η διαπίστωση που έγινε κατά τη διάρκεια ενός Ασιατικού συνεδρίου (ECAFE, 1966) επί των " Διοικητικών Τομέων του Προγραμματισμού της Οικογένειας " Στο συνέδριο αυτό τονίστηκε ότι στον οικογενειακό προγραμματισμό μπορούν να συμβάλλουν διάφορες κυβερνητικές υπηρεσίες με τους ακόλουθους τρόπους:

1. Προμήθειες αντισυλληπτικών (εμπόριο)
2. Ενημέρωση κοινού (επικοινωνίες, πληροφορίες, δημοσιεύσεις)
3. Κοινωνική υποστήριξη με μικρά οικογενειακά πρότυπα (κοινωνική ανάπτυξη, παιδεία, τοπική διοίκηση)
4. Προσέγγιση ειδικών ομάδων (υπουργείο εργασίας, κοινωνική ασφάλιση)
5. Αξιολόγηση (απογραφές, κοινωνική έρευνα)
6. Εκπαίδευση (ιδρύματα επαγγελματικής εκπαίδευσης)
7. Έρευνα (μέσα ερεύνης)

Η συνεργασία των εξωκυβερνητικών υπηρεσιών μπορεί να προσφέρει μεγάλη βοήθεια, ιδίως στην εκπαίδευση προσωπικού και τον πειραματισμό σε νέες τεχνικές και προσεγγίσεις. Σημαντικό όμως είναι να αποφεύγεται η υπερεξάρτηση από τις μη κυβερνητικές υπηρεσίες.

3.5 Αγωγή του κοινού στον οικογενειακό προγραμματισμό

Η κύρια μέθοδος, με την οποία ο προγραμματισμός επιδρά στην συμπεριφορά απέναντι στον έλεγχο της γεννητικότητας, είναι η εκπαίδευση της οικογένειας και των κοινωνικών ηγετών.

Έχει ευρέως επιβεβαιωθεί ότι οι περισσότερες αλλαγές στις γνώσεις, την στάση και την πρακτική προκύπτουν κυρίως από την διαπροσωπική επικοινωνία. Η βελτίωση στις συνήθειες της μητρικής και παιδικής υγιεινής είναι συνήθως αποτέλεσμα της αγωγής από κάποιον υγειονομικό. Αναγνωρίζοντας την ανάγκη για αγωγή, τα προγράμματα δράσεως έχουν παρεκκλίνει από την αρχική φάση παροχής υπηρεσιών σε μία φάση επεκτάσεως της αγωγής.

Η επιτυχία της αγωγής απαιτεί γνώσεις για το τι γίνονταν παλιότερα και σχέδια παρακολούθησεως των ενεργειών, οι οποίες αναλαμβάνονται. Ιδιαίτερα σημαντικές, για την παροχή εκπαίδευσέως και της παρακολούθησεως, είναι οι επανειλημμένες επισκέψεις στην οικογένεια. Η παροχή της αγωγής μέσω μιας συνεχούς οικογενειακής μέριμνας μπορεί να έχει μεγάλη επιτυχία. Σε κοινωνικό επίπεδο η αγωγή δεν είναι δυνατόν να γίνει από ευκαιριακούς ή κινητούς υπαλλήλους αλλ'απαιτεί μόνιμους σε κάθε τόπο, οι οποίοι, θα κατανοούν το κοινωνικό περιβάλλον.

Σε διεθνή βάση οι τρεις κύριες υγειονομικές και εκπαιδευτικές απαιτήσεις για την άριστη ανάπτυξη των παιδιών και την αναπαραγωγή του ανθρώπου είναι η διατροφή, ο έλεγχος των λοιμώξεων και ο χειρισμός των κυήσεων, περιλαμβανομένου και του οικογενειακού προγραμματισμού. Η εκπαίδευση στα θέματα αυτά είναι αναγκαία προκειμένου να επιτύχουμε άριστη μητρική και παιδική υγεία. Σε περιφερικότερο επίπεδο, στο χωριό των περισσότερων αναπτυσσομένων χωρών, οι προτεραιότητες αυτές καλύπτονται συνήθως από μία και μόνη υπηρεσία. Στις περισσότερες περιοχές το πιο διαδεδομένο όργανο, που σχετίζεται με τον οικογενειακό προγραμματισμό, είναι η μάια. Για την κάλυψη του πληθυσμού των περιοχών αυτών βασική προϋπόθεση είναι η προσπάθεια ανόδου του επιπέδου της μαιευτικής περιθάλψεως, η παροχή εκπαίδευσέως στα όργανα αυτά για τους κινδύνους και η εκπαίδευση του στον οικογενειακό προγραμματισμό.

Παροχή αγωγής στον οικογενειακό προγραμματισμό δίνεται και από το σχολείο. Τομέας υψηλής προτεραιότητας για τις σχολικές υγειονομικές υπηρεσίες είναι η υποστήριξη και η εκπαίδευση των δασκάλων.

3.6 Εκπαίδευση και δημιουργία του ανθρώπινου δυναμικού

Ένα από τα βασικά προβλήματα του οικογενειακού προγραμματισμού είναι η δημιουργία και προσαρμογή υπαλλήλων, οι οποίοι να μπορούν να ανταποκριθούν στα προβλήματα.

Οι υπάλληλοι θα πρέπει να εκπαιδεύονται ώστε να ενεργούν σαν ομάδα σε στενή συνεργασία με γιατρούς, νοσοκόμους και άλλους υγειονομικούς. Οι ειδικοί πρέπει να ενεργούν κυρίως σαν επόπτες και διευθυντές ομάδων βοηθητικών υπαλλήλων. Οι υπάλληλοι πρέπει να έχουν εκπαιδευτεί στο να κατανοούν τις απόψεις της κοινότητας γύρω από τα θέματα υγείας και να εργάζονται με τους τοπικούς ηγέτες. Πρέπει να έχουν σαφείς προσανατολισμούς προς την διαδικασία της ανθρώπινης αναπαραγωγής και της επίδρασής της στην οικογενειακή και κοινωνική υγεία. Βασικό είναι

να καταστούν αυτοί δραστήριοι αγωγοί παιδείας του κοινού, της οικογένειας. Οι υπάλληλοι, πρέπει να είναι προετοιμασμένοι για εργασία σε οποιοδήποτε μέρος υπάρχει ανάγκη. Ακόμη να διδαχθούν τρόπους εργασίας ανάλογα με τους διαθέσιμους πόρους και να έχουν γνώσεις οικονομίας και αναλύσεως δαπανών και ωφελίας.

3.7 Εμπόδια στη διάδοση και εφαρμογή του οικογενειακού προγραμματισμού

Τα προβλήματα στην εφαρμογή του οικογενειακού προγραμματισμού διαφέρουν από χώρα σε χώρα ανάλογα με τις κοινωνικές, οικονομικές και πολιτικές συνθήκες, καθώς και με την θρησκεία, τα ήθη και έθιμα κάθε περιοχής.

Ένα από τα βασικά εμπόδια είναι η αντιδραστική διάθεση που υπάρχει απέναντι στην αντισύλληψη. Ο ιατρικός κόσμος δεν διατίθεται ευνοϊκά στην ιδέα εφαρμογής προγραμμάτων οικογενειακού προγραμματισμού και τα συνδέει αποκλειστικά με την αντισύλληψη. Η πολιτική ηγεσία επιβραδύνει την εφαρμογή των προγραμμάτων αυτών, μη προχωρώντας στις απαραίτητες νομοθετικές ρυθμίσεις και οι σχετικές πιστώσεις δεν δίνονται. Η απροθυμία της πολιτικής ηγεσίας συνοδεύεται και από τον φόβο αφανισμού της φυλής από τη διαφαινόμενη μείωση του ρυθμού αύξησής του πληθυσμού.

Η επιφυλακτική στάση της πολιτικής ηγεσίας ενισχύεται και από συντηρητικές κοινωνικές και θρησκευτικές ομάδες, οι οποίες απορρίπτουν κάθε σεξουαλική δραστηριότητα των νέων και ιδίως των εφήβων.

Επίσης διάφορα ψυχολογικά προβλήματα εμποδίζουν την διάδοση των προγραμμάτων του οικογενειακού προγραμματισμού. Οι άνδρες, για παράδειγμα, θεωρούν σαν αντιστροφή των σεξουαλικών ρόλων την εφαρμογή αντισυλληπτικής μεθόδου από την γυναίκα, αφού έχουν συνηθίσει στη διακοπτόμενη συνουσία ή στο προφυλακτικό που δίνει την εντύπωση ότι εκείνος ρυθμίζει την αναπαραγωγή.

Ένα ακόμη εμπόδιο στη διάδοση του οικογενειακού προγραμματισμού είναι η πολύ μικρή προτεραιότητα που δίνεται σ' αυτόν σε σχέση με άλλες κοινωνικές και υγειονομικές παροχές. Έτσι οι ειδικές υπηρεσίες οικογενειακού προγραμματισμού λείπουν ή είναι ανεπαρκείς σε ορισμένες περιοχές. Σπάνια, λοιπόν, η παροχή των υπηρεσιών ή ακόμη και η πληροφόρηση φτάνει στους αγράμματους, φτωχούς και κοινωνικά μειονεκτούντες και απομονωμένους, ενώ αυτοί είναι που έχουν την μεγαλύτερη ανάγκη διαφώτισης.

Ακόμη υπάρχει μια αδυναμία εφαρμογής των ειδικών μεθόδων αντισύλληψης. Φόβοι για την ασφάλεια ορισμένων μεθόδων δημιουργούν ψυχολογικά εμπόδια για την ευρεία διάδοσή τους. Σημαντικός ανασταλτικός παράγοντας είναι το υψηλό κόστος ορισμένων μεθόδων και η άρνηση ή η αδυναμία του κράτους για δωρεάν παροχή τους.

Τα προβλήματα στην εφαρμογή του οικογενειακού προγραμματισμού στις υπό ανάπτυξη χώρες με προβλήματα υπερπληθυσμού είναι διαφορετικά και συνίσταντε κατ' αρχήν στην έλλειψη καλής οργάνωσης της διοίκησης των προγραμμάτων, στην έλλειψη εκπαιδευμένου προσωπικού, στην αφοσίωση σε μια μόνο μέθοδο αντισύλληψης, στην απροθυμία αναζήτησης βοήθειας από ειδικούς, στην δημιουργία κατεστημένου που αδυνατεί να προσαρμοστεί στις νέες ιδέες του οικογενειακού προγραμματισμού.

3.8 Βελτίωση παροχών οικογενειακού προγραμματισμού

Η βελτίωση του οικογενειακού προγραμματισμού δεν εξαρτάται από μία και μόνη επιφανειακή λύση αλλά από διάφορες κύριες κατευθύνσεις, οι οποίες απαιτούν μεγάλο χρονικό διάστημα και οι οποίες περιλαμβάνουν:

1. Επέκταση του προγράμματος με την ανάθεση έργων σε παραϊατρικό προσωπικό, το οποίο θα μπορεί να καλύψει αποδοτικότερα τις περιφερικές περιοχές
2. Εισαγωγή στο πρόγραμμα περισσότερων αντισυλληπτικών μεθόδων. Πολλά προγράμματα από την αρχή δεν αποδίδουν λόγω της στηρίξεώς τους σε μη αποτελεσματικές μεθόδους ελέγχου της γεννητικότητας.
3. Την ανάπτυξη νέων και πιο αποτελεσματικών μεθόδων. Καμιά από μεθόδων. Καμιά από τις μεθόδους δεν είναι ιδεώδης, γιατί γιατί για όλες μπορούν να αναφερθούν μειονεκτήματα και ελαττώματα. Η ανάπτυξη εύκολων, μακράς διάρκειας και αναστρέψιμης μεθόδου θα συνέβαλλε κατά πολύ στην βελτίωση των προγραμμάτων.
4. Καλύτερη εκπαίδευση των υπαλλήλων οικογενειακού προγραμματισμού. Απαραίτητη είναι η ενδουπηρεσιακή εκπαίδευση, ενώ θα πρέπει να παρέχονται και μαθήματα ανανέωσης γνώσεων, εκεί όπου λειτουργούν ήδη τα προγράμματα, ώστε οι υπάλληλοι να εκσυγχρονίζονται.
5. Ανάπτυξη εκπαιδευτικών προγραμμάτων μέσω των σχολείων, των σχολείων, των μέσων μαζικής επικοινωνίας και όλων των πιθανών μέσων πληροφόρησης.
6. Οργάνωση ενός καθολικού κοινωνικού προγράμματος για την επίτευξη μικρότερων τύπων μεγέθους οικογένειας και ευρύτερη χρήση των αντισυλληπτικών μεθόδων.
7. Βελτίωση της εκπαίδευσως, των κοινωνικοοικονομικών επιπέδων και της γενικής υγείας.
8. Καλύτερη διεύθυνση των προγραμμάτων που θα προάγει και τα προγράμματα.

ΜΕΡΟΣ Β'

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο ΜΕΘΟΔΟΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ

1.1 Ορισμός αντισύλληψης.

Χαρακτηρίζουμε σαν αντισύλληψη τη λήψη μέτρων που παίρνουμε, για την προσωρινή αποφυγή σύλληψης. Αν επιθυμούμε τη μόνιμη μόνιμη επιτυχία στείρωσης, τότε καταφεύγουμε στην στειροποίηση και αν επιθυμούμε τη διακοπή ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, τότε καταφεύγουμε στην άμβλωση.

Ιδανική αντισυλληπτική μέθοδος δεν υπάρχει. Κάθε μια από αυτές έχει τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματά της. Ο γιατρός θα κληθεί να την εξατομικεύσει στην κάθε περίπτωση.

Μια αντισυλληπτική μέθοδος θεωρείται:

- * αποτελεσματική, όταν το ποσοστό συλλήψεων είναι κάτω από 2%
- * μέτριας αποτελεσματικότητας, όταν το ποσοστό συλλήψεων είναι κάτω από 10%
- * μικρής αποτελεσματικότητας, όταν το ποσοστό συλλήψεων είναι πάνω από 10%

1.2 Αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας μιας αντισυλληπτικής μεθόδου

Η αποτελεσματικότητα μιας μεθόδου μπορεί να μετρηθεί με πολλούς τρόπους, αλλά ο πιο συνηθισμένος τρόπος έκφρασης είναι με βάση τον αριθμό των ανεπιθύμητων κυήσεων σε 100 " γυναίκες - έτη " δηλ. ο παρονομαστής του δείκτη προκύπτει από την παρακολούθηση 100 γυναικών για 1 έτος ή 50 γυναικών για 2 έτη. Πρέπει να τονισθεί ότι η αποτελεσματικότητα διακρίνεται στην θεωρητική δηλ. αυτή την οποία εξασφαλίζει η μέθοδος όταν εφαρμόζεται με ιδανικές συνθήκες υπό άμεση παρακολούθηση ειδικών, στην κλινική αποτελεσματικότητα όταν η μέθοδος εφαρμόζεται με πολύ καλές συνθήκες από άτομα με υψηλή παιδεία και γνώση των χαρακτηριστικών της αντίστοιχης μεθόδου, και τέλος στην δημογραφική αποτελεσματικότητα, όταν η μέθοδος εφαρμόζεται από μια μεγάλη ομάδα πληθυσμού στην οποία υπάρχουν και άτομα που ενδέχεται να μην έχουν κατανοήσει τον τρόπο εφαρμογής της μεθόδου ή να μην έχουν τη δυνατότητα για τη σωστή εφαρμογή της.

Είναι προφανές ότι η θεωρητική αποτελεσματικότητα είναι πάντοτε καλύτερη από την δημογραφική αποτελεσματικότητα, και επίσης είναι προφανές ότι η διαφορά μεταξύ θεωρητικής και δημογραφικής αποτελεσματικότητας είναι μεγαλύτερη για μεθόδους που προϋποθέτουν κάποια παιδεία και χρήση μιας ορισμένης τεχνολογίας, παρά για μεθόδους που δεν προβλέπουν υψηλή μορφωτική στάθμη, εκπαίδευση και χρήση τεχνολογίας.

1.3 Που βασίζονται οι κυριότερες αντισυλληπτικές μέθοδοι.

Βασίζονται:

- α) Στην αποχή από σεξουαλικές σχέσεις κατά την γόνιμη περίοδο της γυναίκας. (περιοδική αποχή ή μέθοδος ρυθμού)
- β) Στην καταστροφή ή αδρανοποίηση των σπερματοζωαρίων με τη χρήση χημικών ουσιών (σπερματοκτόνες ουσίες)

- γ) Στην παρέμβολή ενός μηχανικού φραγμού, που εμποδίζει την πορεία των σπερματοζωαρίων προς τη μήτρα και τις σάλπιγγες (ανδρικό προφυλακτικό, κολπικό διάφραγμα)
- δ) Στο τράβηγμα (απόσυρση) του πέους από τον κόλπο πριν από την εκσπερμάτιση (διακεκομμένη συνουσία).
- ε) Στην αλλαγή του ενδομητρίου έτσι ώστε να γίνεται εχθρικό στην εγκατάσταση του γονιμοποιημένου ωαρίου (ενδομητρικά σπειράματα)
- στ) Στην αναστολή της ωοθυλακιορρηξίας με διάφορα ορμονικά σκευάσματα (αντισυλληπτικά χάπια) και
- ζ) Στην ασύγχρονη ανάπτυξη του ενδομητρίου σε σχέση με τη φάση της περιόδου και την άμεση ή έμμεση καταστροφή του ωχρού σωματίου (χάπια μετά την επαφή).

Στον πίνακα (2) που ακολουθεί αναφέρονται οι κυριότερες μέθοδοι αντισύλληψης και η αποτελεσματικότητά τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

Μέθοδοι αντισύλληψης και αποτελεσματικότητά τους.	
Μέθοδος	Ποσοστό αποτυχίας
A. ΦΥΣΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ:	
1. Θηλασμός	24 - 26
2. Μέθοδοι ρυθμού (Ημερολογιακή θερμομετρικό διάγραμμα, τραχηλική βλέννα.)	24 - 38
B. ΚΟΛΠΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ:	
1. Σπερματοκτόνες ουσίες	5 - 20
2. Κολπικές πλύσεις μετά την επαφή	-
3. Κολπικό διάφραγμα	4 - 35
4. Κολπικός αντισυλληπτικός σπόγγος	9 - 25
Γ. ΜΕΘΟΔΟΙ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΝΔΡΑ:	
1. Διακεκομμένη συνουσία	10 - 38
2. Προφυλακτικό	3 - 4,8
Δ. ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΚΟ ΣΠΕΙΡΑΜΑ:	0,8 - 5,8
Ε. ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΟ ΧΑΠΙ	0,03 - 0,56

* Αριθμός κυήσεων που παρατηρήθηκαν ανά 100 γυναίκες, που χρησιμοποίησαν την κάθε μέθοδο για ένα χρόνο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο

2.1 Φυσικές μέθοδοι αντισύλληψης

I. ΘΗΛΑΣΜΟΣ

Ο θηλασμός, μοναδικός σχεδόν τρόπος διατροφής του βρέφους στις παραδοσιακές κοινωνίες, αποτελεί και μια συμβολή της ίδιας της φύσης στην αντισύλληψη. Στην περίπτωση αυτή η αντισύλληψη επιτυγχάνεται με την αναστολή της ωοθυλακιορρηξίας κάτω απ' την επίδραση της προλακτίνης, μιας ορμόνης που προκαλεί την έναρξη και διατήρηση της γαλουχίας. Παρ' όλα αυτά υπάρχουν τέτοιες ποικιλίες στην ανταπόκριση κάθε οργανισμού στην προλακτίνη, ώστε ο θηλασμός να μη μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν ασφαλής αντισυλληπτική μέθοδος. Μερικές γυναίκες που θηλάζουν έχουν συχνά ωοθυλακιορρηξία μέσα στους πρώτους τρεις μήνες απ' τον τοκετό, ενώ σε άλλες η ωοθυλακιορρηξία καθυστερεί για αρκετούς μήνες. Συγκεκριμένα στο 6% περίπου των γυναικών η ωοθυλακιορρηξία επανέρχεται πριν απ' την πρώτη μετά τον τοκετό περίοδο, περιορίζοντας έτσι την επιτυχία της "μεθόδου".

Η ανασφάλεια του θηλασμού σαν τρόπου αντισύλληψης σημαίνει ότι η γυναίκα εφ' όσον έχει επαφές πρέπει να χρησιμοποιήσει κάποιο αντισυλληπτικό μέσο. Μπορεί να χρησιμοποιήσει οποιαδήποτε μέθοδο εκτός από το χάπι. Οι ουσίες που περιέχει το χάπι αποβάλλονται στο μητρικό γάλα σε ποσοστό 1% της δόσης, που παίρνει η μητέρα. Μολονότι το ποσοστό αυτό δεν δημιουργεί προβλήματα μια και είναι πολύ λιγότερο από τις ορμόνες που περιέχονται στο γάλα της αγελάδας, είναι προτιμότερο να αποφεύγεται.

II. ΜΕΘΟΔΟΙ ΡΥΘΜΟΥ

Τι είναι οι μέθοδοι του ρυθμού:

Πρόκειται για την αποφυγή σεξουαλικών επαφών κατά τις γόνιμες ημέρες της γυναίκας. Όπως είναι γνωστό, η γυναίκα είναι γόνιμη για λίγες μόνο ημέρες κατά τη διάρκεια του κύκλου. Η ωοθήκη απελευθερώνει φυσιολογικά ένα ωάριο σε κάθε κύκλο, το οποίο μπορεί να γονιμοποιηθεί μέσα σε δύο ή τρία το πολύ 24ωρα. Απ' το άλλο μέρος τα σπεματοζώαρια μπορεί να επιζήσουν στο γεννητικό σύστημα της γυναίκας συνήθως μέχρι 48 ώρες, μερικές φορές όμως μέχρι και 5-8 ημέρες (ακραίες περιπτώσεις). Έτσι υπάρχει ένα μεγάλο διάστημα σε κάθε κύκλο, κατά την διάρκεια του οποίου η σύλληψη είναι πιθανή.

Χάρη στις προσπάθειες δυο γιατρών του Knaus στην Αυστρία και του Ogino στην Ιαπωνία διευκρινίστηκε η ασφαλής περίοδος συνουσίας, η οποία βασίστηκε στην ανακάλυψη της ωορρηξίας. Διαπιστώθηκε λοιπόν πως η ωορρηξία γίνεται τη δέκατη τέταρτη μέρα πριν από την έναρξη της επόμενης περιόδου.

Η μέθοδος του ρυθμού προκάλεσε το μεγάλο ενδιαφέρον μιας μεγάλης μερίδας χριστιανών και μουσουλμάνων, ενώ και το Βατικανό την αποδέχτηκε. Ωστόσο η μέθοδος του ρυθμού παρουσιάζει αρκετές αδυναμίες όσον αφορά την εξακρίβωση των επικίνδυνων "γόνιμων ημερών". Τι γίνεται με τις γυναίκες που έχουν ασταθή κύκλο; (ποσοστό 15%) Σε αυτές τις περιπτώσεις η ωορρηξία μπορεί να συμβεί σε οποιαδήποτε στιγμή κατά τη διάρκεια του μήνα, ακόμα και κατά τις τελευταίες μέρες της περιόδου (σπάνιο). Υπάρχει επίσης η πιθανότητα μια γυναίκα με κανονικό κύκλο να παρουσιά-

Η μέθοδος του ημερολογίου δε δίνει απόλυτα στοιχεία στις εξής περιπτώσεις:

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

β) Θερμομετρική μέθοδος

Είναι παραλλαγή της μεθόδου του ρυθμού και βασίζεται στο γεγονός ότι μετά την ωοθυλακιορρηξία, που στις περισσότερες φορές γίνεται 14 ημέρες πριν την επόμενη περίοδο, παρατηρείται μια μικρή, αλλά σταθερή αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος. Η πτώση της θερμοκρασίας μπορεί να θεωρηθεί σαν δείκτης ωορρηξίας, ενώ από την άλλη η άνοδος της θερμοκρασίας στα υψηλότερα επίπεδα, μετά από 3 περίπου ημέρες οφείλεται στην δραστηριοποίηση του ωχρού σωματίου. Όσο λειτουργεί το ωχρό σωματίο, το σώμα υφίσταται αύξηση της θερμοκρασίας. Η μετάβαση από την φάση της υψηλής θερμοκρασίας σε αυτή της χαμηλής, αντιστοιχεί στον εκφυλισμό του ωχρού σωματίου. Ακριβώς σε αυτή τη φάση αρχίζει η εμμηνόρρηση. Συνεπώς, όσο διαρκεί η λειτουργία του ωχρού σωματίου (περίοδος αυξημένης θερμοκρασίας) η γυναίκα βρίσκεται σε ασφαλή περίοδο και μπορεί γι' αυτό να έχει ελεύθερες σεξουαλικές σχέσεις.

Για τη σωστή εφαρμογή της μεθόδου, η γυναίκα που ενδιαφέρεται πρέπει να καταγράφει τη θερμοκρασία της κάθε πρωί, πριν από κάθε δραστηριότητα χρησιμοποιώντας κλινικό θερμόμετρο. Η θερμοκρασία καταγράφεται καθημερινά σε διάγραμμα και όταν περάσουν 4 μέρες από την αύξηση της θερμοκρασίας, τότε η συνουσία μπορεί να θεωρηθεί ασφαλής. Πάντως ο γυναικολόγος είναι αυτός που θα βγάλει τα ανάλογα συμπεράσματα έχοντας μπροστά του 3—4 τουλάχιστον θερμομετρικά διαγράμματα. (Εικόνα 1).

Μειονεκτήματα της μεθόδου:

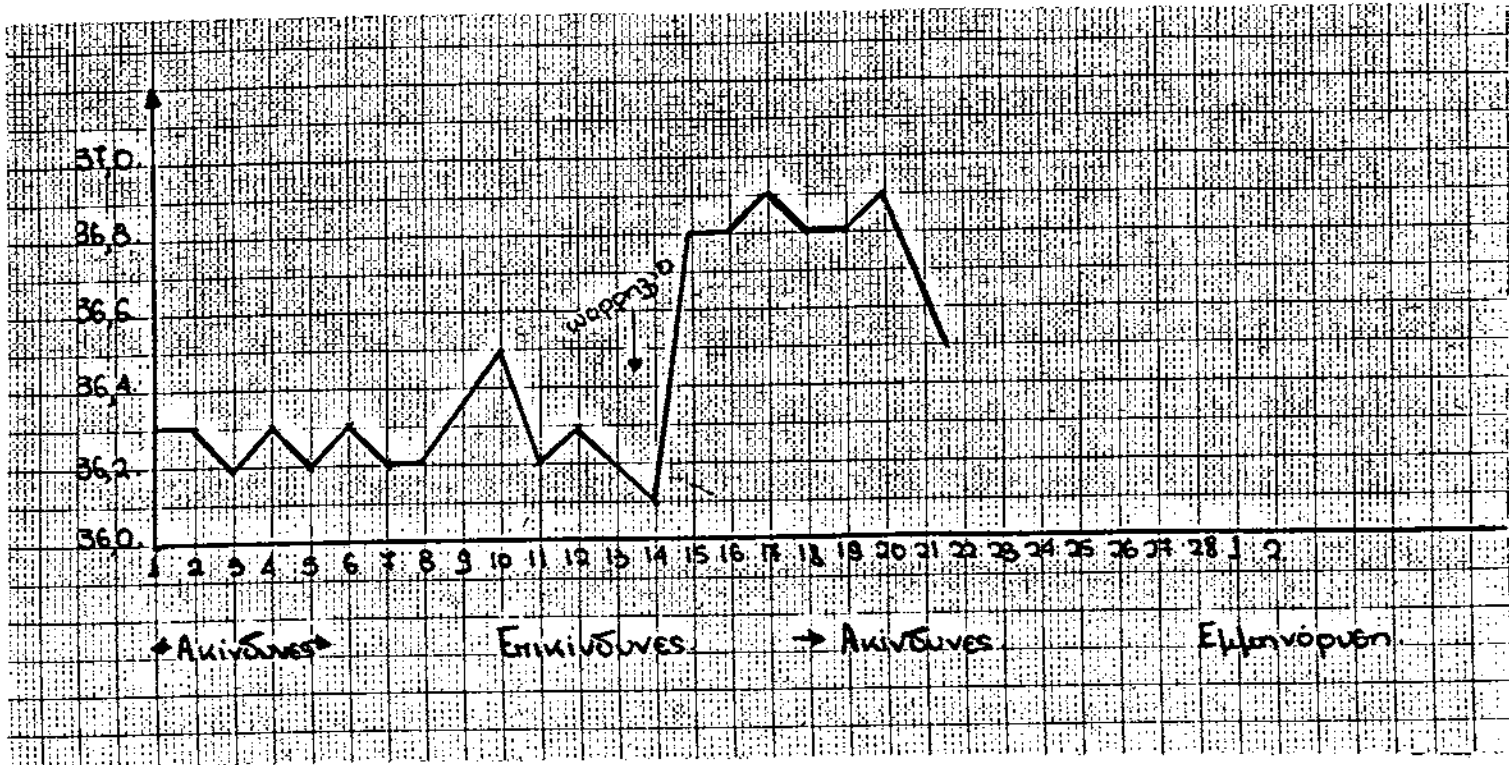
Η θερμομετρική μέθοδος δε μας δίνει με ακρίβεια τις ασφαλείς μέρες και είναι λιγότερο αποτελεσματική από ότι η ημερολογιακή. Αυτό συμβαίνει γιατί είναι δυνατόν πολλές φορές η αύξηση της θερμοκρασίας να οφείλεται σε κάποια ασθένεια, οπότε τα αποτελέσματα της θερμομετρικής μεθόδου να είναι λανθασμένα πέρα για πέρα. Απαιτείται μεγάλη προσοχή από την γυναίκα, δεν είναι εφαρμόσιμη, όταν η γυναίκα έχει ανώμαλο κύκλο. Είναι αδύνατο να εφαρμοστεί μετά από τον τοκετό, στο χρονικό διάστημα που έχει γάλα η γυναίκα και κατά την εμμηνόπαυση.

Πλεονεκτήματα της μεθόδου:

Πρώτα πρώτα δεν απαιτείται καμιά απολύτως δαπάνη. Δεύτερο μπορεί να βοηθήσει σημαντικά στη βελτίωση των σχέσεων σε μερικά ζευγάρια και τρίτον είναι αποδεκτή από την εκκλησία.

ΕΙΚΟΝΑ 1.

ΘΕΡΜΟΜΕΤΡΙΚΟ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ



γ) Μέθοδος της τραχηλικής βλέννης

Η μέθοδος αυτή, που αξιολογήθηκε για πρώτη φορά το 1964 από ένα ζευγάρι γιατρών, τους John και Evelyn Billings, βασίζεται στην παρατήρηση των μηνιαίων αλλαγών της ποσότητας και σύστασης της τραχηλικής βλέννας.

Περίπου τέσσερις μέρες πριν την ωοθυλακιορρηξία η τραχηλική βλέννα αυξάνει σε ποσότητα και μετατρέπεται από θολή και κιτρινωπή, σε διαυγή και γλοιώδη. Οι αλλαγές αυτές επιτρέπουν στα σπερματοζωάρια να ανεβαίνουν ευκολότερα προς τη μήτρα. Μερικές γυναίκες παρατηρούν μια διαυγή σαν ασπράδι νωπού αυγού έκκριση απ' τον κόλπο στο μέσο, περίπου του κύκλου, που οφείλεται στην έκκριση της βλέννας του τραχήλου λίγο πριν την ωοθυλακιορρηξία. Η γυναίκα εξετάζοντας την υφή του εκκρίματος, όταν παρατηρήσει τις πιο πάνω αλλαγές καλό θα είναι να αποφεύγει τις σεξουαλικές σχέσεις.

Η μέθοδος προϋποθέτει αρκετή θέληση και υπομονή. Είναι απλή και δεν κοστίζει αλλά χρειάζεται μεγάλη προσοχή κατά την εφαρμογή της. Οι αλλαγές στην παρουσία υγρών στον κόλπο δεν αποτελούν ενδείξεις της επικείμενης ωοθυλακιορρηξίας, γιατί την ίδια αίσθηση μπορεί να προκαλέσουν άλλες καταστάσεις όπως οι κοιλίτιδες. Γυναίκες τέλος με ορμονικές διαταραχές όπως αυτές που πλησιάζουν στην εμμηνόπαυση ή εκείνες που βρίσκονται στην εφηβεία, δυσκολεύονται να ερμηνεύσουν τις αλλαγές της βλέννας.

Πόσο αποτελεσματικές είναι γενικά οι μέθοδοι του "ρυθμού"

Γενικά η αποτελεσματικότητα των μεθόδων του ρυθμού είναι μικρή ακόμα και όταν εφαρμόζονται σωστά. Έτσι από τις 100 γυναίκες που χρησιμοποιούν την "ημερολογιακή μέθοδο" πάνω από 47 μόνον έγκυες μέσα σε ένα χρόνο. Όλες απαιτούν αρκετή παρατηρητικότητα, υπομονή και προσεκτική καταγραφή και επαγρύπνηση για τις επερχόμενες μεταβολές. Μειονέκτημα επίσης είναι ότι οι σεξουαλικές επαφές, περιορίζονται σε λίγες ημέρες κάθε μήνα.

2.2 ΚΟΛΠΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ

I. ΣΠΕΡΜΑΤΟΚΤΟΝΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

Τι είναι και πώς δρουν τα κοιλικά σπερματοκτόνα

Πρόκειται για χημικές ουσίες, που καταστρέφουν ή αδρανοποιούν τα σπερματοζωάρια. Κυκλοφορούν σε τρεις κυρίως μορφές:

- * Κοιλικά χάπια
- * Κρέμες και ζελέ (jelly)
- * Αφρούς τύπου "aerosol"

Πως χρησιμοποιούνται τα σπερματοκτόνα

Τα κοιλικά χάπια, τα οποία κατά την επαφή τους με τα κοιλικά υγρά αφρίζουν, πρέπει να τοποθετούνται με το δάκτυλο όσο το δυνατόν βαθύτερα στον κόλπο. Οι κρέμες, τα ζελέ και τα αεροσόλ μπορεί να εφαρμοσθούν με ειδικό ρύγχος.

Στις περισσότερες περιπτώσεις όλα τα είδη των σπερματοκτόνων πρέπει να τοποθετηθούν στον κόλπο δέκα λεπτά ως μισή ώρα πριν την επαφή, προκειμένου να δράσουν. Αν η συνουσία καθυστερήσει πάνω από μια ώρα ή αν επαναληφθεί είναι αναγκαία η χρησιμοποίηση και νέου σπερματοκτόνου.

Προσοχή:

Τα σπερματοκτόνα δεν πρέπει ποτέ να χρησιμοποιούνται μόνα τους σαν μέθοδος αντισύλληψης. Ο συνδυασμός τους με το ανδρικό προφυλακτικό ή το κοιλικό διάφραγμα, προσφέρει αποτελεσματικότητα μέχρι 100%

II. ΚΟΛΠΙΚΕΣ ΠΛΥΣΕΙΣ

Οι κοιλικές πλύσεις θεωρούνται σαν μια από τις λιγότερο αποτελεσματικές αντισυλληπτικές μεθόδους. Οι πλύσεις μπορεί να γίνουν με διάφορους τρόπους, όπως με ζεστό νερό, ξύδι, χυμό λεμονιού, σαπουνάδα και αντισηπτικά διαλύματα υπό μορφή κοιλικών "ντους" μετά τη συνουσία. Σε όλες τις περιπτώσεις το υγρό της πλύσης τοποθετείται σε μια μεγάλη πλαστική φούσκα και από εκεί αδειάζεται μέσα στον κόλπο.

Θεωρητικά η κοιλική πλύση αποσκοπεί στο να απομακρύνει το σπέρμα από τον κόλπο. Στην πράξη, η εφαρμογή νερού και άλλων ουσιών μπορεί να έχει ορισμένες σπερματοκτόνες ιδιότητες, αλλάζοντας το περιβάλλον του κόλπου αλλά στις περισσότερες περιπτώσεις το σπέρμα θα βρίσκεται τουλάχιστον στον τραχηλικό σωλήνα, όταν η γυναίκα θα κάνει το "ντους".

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

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

III. ΚΟΛΠΙΚΟ ΔΙΑΦΡΑΓΜΑ

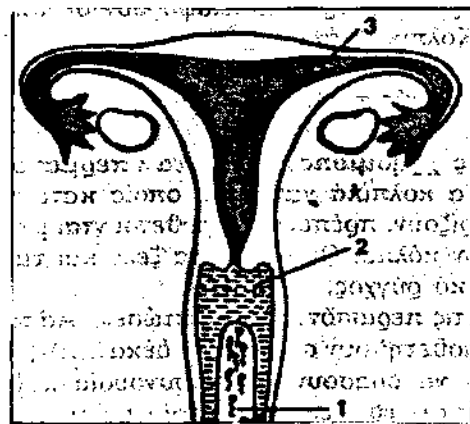
Τι είναι το διάφραγμα:

Το διάφραγμα είναι κάψα συνήθως απο καουτσούκ με εύκαμπτα μεταλλικά χείλη που τοποθετείται στον κόλπο έτσι ώστε να καλύπτει τον τράχηλο. Ενεργεί σαν μηχανικός φραγμός στην άνοδο του σπέρματος προς τη μήτρα, αλλά και σαν υποδοχέας σπερματοκτόνων ουσιών, που τις περισσότερες φορές χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό με αυτό.

Παρόμοια χρήση έχει και η τραχηλική κάψα, που είναι διάφραγμα σχήματος δακτυλήθρας με παχύτερες βάσεις και εφαρμόζει πλήρως στον τράχηλο. Το κολπικό διάφραγμα και η τραχηλική κάψα, διατίθενται σε διάφορα μεγέθη, ανάλογα με τις διαμέτρους του κόλπου ή του τραχήλου αντίστοιχα.



Εικ. 2
Τοποθέτηση κολπικού
διαφράγματος



Εικ. 3
Κολπική σπερματοκτόνος ουσία την ώρα της δράσης της μέσα στον κόλπο.
1. Σπερματοζώαρια 2. Σπερματ. ουσία
3. Ωάριο.

Πόσο αποτελεσματικό είναι το διάφραγμα

Όταν έχει το σωστό μέγεθος και χρησιμοποιείται σύμφωνα με τις οδηγίες το ποσοστό αποτυχίας του δεν ξεπερνάει τις 4 κυήσεις στις 100 γυναίκες που θα το χρησιμοποιήσουν για ένα χρόνο. Στην πράξη όμως το ποσοστό αυτό μπορεί να φθάσει μέχρι 35%.

Μπορεί οποιαδήποτε γυναίκα να χρησιμοποιήσει το διάφραγμα;

Οι περισσότερες γυναίκες, ανεξάρτητα από την ηλικία τους μπορούν να χρησιμοποιήσουν το διάφραγμα ή την τραχηλική κάψα. Αντενδείξεις για την εφαρμογή τους είναι:

- * αλλεργία στο ελαστικό
- * ύπαρξη διαφόρων ανατομικών ανωμαλιών του γεννητικού συστήματος της γυναίκας, συγγενών ή επίκτητων (πρόπτωση μήτρας, κυστεοκήλη, ορθοκήλη) του τραχήλου (τραχηλίτιδα) ή του κόλπου (κολπίτιδα).

* ουρολοιμώξεις

Οι γυναίκες που χρησιμοποιούν την μέθοδο αυτή θα πρέπει να εξετάζονται γυναικολογικά κάθε 6 μήνες και ιδιαίτερα αν μεσολαβήσει τοκετός, αποβολή ή έκτρωση.

Πως χρησιμοποιείται το κολπικό διάφραγμα.

Η επιλογή του κατάλληλου μεγέθους και η πρώτη εφαρμογή του χρειάζονται την βοήθεια του γυναικολόγου. Το διάφραγμα μπορεί να τοποθετηθεί στον κόλπο οποιαδήποτε ώρα, πριν από την επαφή. Πολλές γυναίκες το βάζουν λίγο πριν από αυτή, όπως οι άνδρες το προφυλακτικό. Σωστό πάντως είναι να χρησιμοποιούνται ταυτόχρονα και σπερματοκτόνα.

Το διάφραγμα πρέπει να παραμένει στη θέση του τουλάχιστον 6 ώρες, μετά την τελευταία επαφή. Μπορεί να παραμένει και για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, ποτέ όμως πάνω από 24 ώρες χωρίς να αφαιρεθεί και να καθαριστεί.

Μετά την αφαίρεση του θα πρέπει να πλένεται ήπια με ζεστό νερό και σαπούνι και μέχρι την επόμενη χρήση του να φυλάγεται σε δροσερό περιβάλλον. Ποτέ δεν πρέπει να μπαίνει μέσα σε βραστό νερό ή σε αντισηπτικά διαλύματα. Καλό είναι τέλος να ελέγχεται συχνά για τυχόν σχισμές και να αντικαθίσταται κάθε χρόνο.

Πλεονεκτήματα της μεθόδου.

- 1) Είναι αβλαβές στον οργανισμό
- 2) Είναι υγιεινό και δεν προκαλεί λοιμώξεις στον κόλπο.
- 3) Όταν είναι τοποθετημένο σωστά, δεν γίνεται αισθητό κατά τη συνουσία και έτσι δεν μειώνει την ικανοποίηση.

Μειονεκτήματα της μεθόδου.

- 1) Όταν δεν τοποθετείται σωστά, προκαλεί πόνο και δυσφορία. Αυτό οφείλεται στη χρησιμοποίηση λανθασμένου μεγέθους, σε υπερβολικό τέντωμα του ελατηρίου ή σε δυσκοιλιότητα.
- 2) Το διάφραγμα ή τα σπερματοκτόνα μπορεί να προκαλέσουν αλλεργία στην γυναίκα ή στο σύντροφο της.
- 3) Τέλος, δε χρησιμοποιείται από τις γυναίκες που δεν τους αρεσει να αγγίζουν τα γεννητικά τους όργανα καθώς και απ'αυτές που παρουσιάζουν πρόπτωση μήτρας.

Τα μειονεκτήματα αυτά, σε συνδυασμό με τις αντενδείξεις, η δυσχέρεια εκμάθησης του σωστού τρόπου εφαρμογής του, καθώς και τα ψυχολογικά προβλήματα που δημιουργεί η εφαρμογή του λίγο πριν από την σεξουαλική επαφή, έχουν σαν αποτέλεσμα την αποδοχή του από μικρό μόνο ποσοστό γυναικών. Το ποσοστό αυτό φθάνει το 3% στις Η.Π.Α. είναι κάτω από 1% στις Φιλιππίνες και την Κολομβία ενώ στην Αφρική είναι ακόμη πιο χαμηλό.

Πριν από την επαφή ^{είναι} καλό το διάφραγμα να ελέγχεται αν είναι στη θέση του.

IV. ΚΟΛΠΙΚΟΣ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΟΣ ΣΠΟΓΓΟΣ.

Πρόκειται για ένα μικρό στρογγυλό σπόγγο (σφουγγάρι) κατασκευασμένο από πολυουρεθάνη, μ'ένα εντύπωμα στο κέντρο του, έτσι ώστε να εφαρμόζει στον τράχηλο και μια ταινία για την αφαίρεσή του. Είναι εμποτισμένος με μια σπερματοκτόνο ουσία και είναι μιας χρήσης. Η γυναίκα βρέχει τον σπόγγο με νερό και τον τοποθετεί στον κόλπο, έτσι ώστε να καλύψει τον τράχηλο. Μπορεί να μπει από μερικά δευτερόλεπτα μέχρι 24 ώρες πριν την επαφή και πρέπει να διατηρηθεί για τουλάχιστον 6 ώρες μετά την επαφή.

2.3 ΜΕΘΟΔΟΙ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΝΔΡΑ

I. ΔΙΑΚΕΚΟΜΜΕΝΗ ΣΥΝΟΥΣΙΑ

Πρόκειται για την πιο παλιά αντισυλληπτική μέθοδο, που συνίσταται στην απομάκρυνση του πέους από τον κόλπο πριν απ' την εκσπερμάτιση, με σκοπό την απόρριψη του σπέρματος έξω από το γεννητικό σύστημα της γυναίκας.

Η μέθοδος χρειάζεται πείρα και επαρκή αυτοέλεγχο απ' τον άνδρα. Ο άνδρας πρέπει να είναι έτοιμος, με τα πρώτα συμπτώματα εμφάνισης του οργασμού, να σταματήσει την συνουσία. Ακόμα και μερικές σταγόνες αν εισέλθουν στον κόλπο, είναι ικανές να προκαλέσουν εγκυμοσύνη. Πρέπει να σημειωθεί ότι οι εκκρίσεις του πέους πριν την εκσπερμάτιση μπορεί να περιέχουν μέχρι και 50.000 σπερματοζωάρια, αλλά οι πιθανότητες σύλληψης με τον αριθμό αυτό είναι μικρές.

Η μέθοδος δεν είναι απόλυτα ασφαλής. Ο άντρας είναι υπεύθυνος να τραβηχτεί πριν την εκσπερμάτωση, σε βάρος βέβαια της δικής του σεξουαλικής ικανοποίησης, με πιθανό αποτέλεσμα, αν η μέθοδος χρησιμοποιηθεί για πολύ χρονικό διάστημα, να του δημιουργηθεί πρόωρη εκσπερμάτωση. Δημιουργεί ακόμη άγχος και στη γυναίκα, που δεν είναι απόλυτα σίγουρη για τη συγκράτηση του άντρα, με αποτέλεσμα αυτό να αποβαίνει σε βάρος της δικής της σεξουαλικής ικανοποίησης. Επιπλέον μπορεί να δημιουργήσει και σ' αυτήν ψυχρότητα.

Παρά τα μειονεκτήματα της μεθόδου, πολλά ζευγάρια θεωρούν την διακεκομμένη συνουσία σαν μια πολύ απλή και αποτελεσματική αντισυλληπτική μέθοδο.

II. ΤΟ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟ

Το προφυλακτικό είναι μια λεπτή θήκη από καουτσούκ ή ελαστικό, που χρησιμοποιείται για την κάλυψη του πέους κατά τη συνουσία.

Με την εφαρμογή του, το σπέρμα μαζεύεται μέσα σε ειδική μικρή θήκη στο μπροστινό μέρος και εμποδίζεται έτσι η είσοδος του μέσα στον κόλπο. Είναι μια από τις παλιότερες αντισυλληπτικές μεθόδους που χρησιμοποιείται αποκλειστικά από τον άνδρα.

Επίσημα η εφεύρεση του οφείλεται σε ένα γιατρό της αυλής του βασιλιά Καρόλου του II (1660-1685), τον δόκτορα Condom. Ο γιατρός αυτός μάλιστα, τιμήθηκε επίσημα από τον ηγεμόνα, που είχε θορυβηθεί από τον μεγάλο αριθμό των νόθων απογόνων του.

Πως πρέπει να εφαρμόζεται το προφυλακτικό

Το προφυλακτικό πρέπει να εφαρμόζεται μετά τη στύση του πέους και πριν αρχίσει η σεξουαλική επαφή. Η γυναίκα είναι δυνατόν να μείνει έγκυος και με μικρή ακόμα ποσότητα σπέρματος που μπορεί να χυθεί στην είσοδο του κόλπου πριν την εκσπερμάτιση, έστω κι αν δεν έγινε ολοκληρωμένη επαφή. Επομένως ο άνδρας θα πρέπει να προσέχει ώστε να βάζει έγκαιρα το προφυλακτικό και να το κρατάει μέχρι την τέλεια έξοδο του πέους απ' τον κόλπο. Εννοείται ότι σε περίπτωση επανάληψης της επαφής θα πρέπει να χρησιμοποιηθεί καινούριο προφυλακτικό. Η αποτελεσματικότητα του μπορεί να αυξηθεί με τη χρησιμοποίηση προφυλακτικού GEL, με το οποίο αλείφεται το προφυλακτικό εξωτερικά, πριν τη συνουσία. Μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί σπερματοκτόνος αφρός πριν την συνουσία.

Που οφείλονται οι αποτυχίες του προφυλακτικού

Οι αποτυχίες του οφείλονται σε κατασκευαστικά μειονεκτήματα (περίπου 3%) και λάθη στην εφαρμογή του (εφαρμογή αφού κάποια ποσότητα σπέρματος έχει κιόλας χυθεί στον κόλπο ή διαφύγει μετά τη συρρίκνωση του πέους.)

Ποιά είναι τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της μεθόδου

Πρώτα απο όλα είναι φθηνή, δεν χρειάζεται ιατρική συνταγή και καθοδήγηση και είναι απλή στη χρήση της. Τα προφυλακτικά μπορούμε να τα προμηθευτούμε παντού, ενώ η τιμή τους ποικίλλει και είναι ανάλογη με την ποιότητα τους. Εκτός από την αντισυλληπτική του ιδιότητα, το προφυλακτικό προσφέρει και σημαντική προστασία από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

Το κυριότερο μειονέκτημα του είναι ότι ελαττώνει τη σεξουαλική ικανοποίηση, επειδή εμποδίζει την απόλυτη επαφή και την ευαισθητοποίηση των αισθητικών νεύρων, του πέους με τον κόλπο. Για τον ίδιο λόγο όμως παρατείνει τη διάρκεια της επαφής και είναι χρήσιμο σε περιπτώσεις πρόωρης εκσπερμάτωσης. Επίσης το ελαστικό μπορεί να σπάσει ή να κοπεί ενώ τέλος μπορεί μερικά άτομα να είναι αλλεργικά στη χρήση τους.

2.4 ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟ ΣΠΕΙΡΑΜΑ

Τι είναι το ενδομήτριο σπείραμα

Είναι συσκευή από μαλακό εύκαμπτο πλαστικό ή συνδυασμό πλαστικού και μετάλλου, μήκους 2-4cm που τοποθετείται στην κοιλότητα της μήτρας, όπου μπορεί να παραμείνει για μήνες ή χρόνια, προσφέροντας υψηλή αποτελεσματικότητα αντισύλληψης.

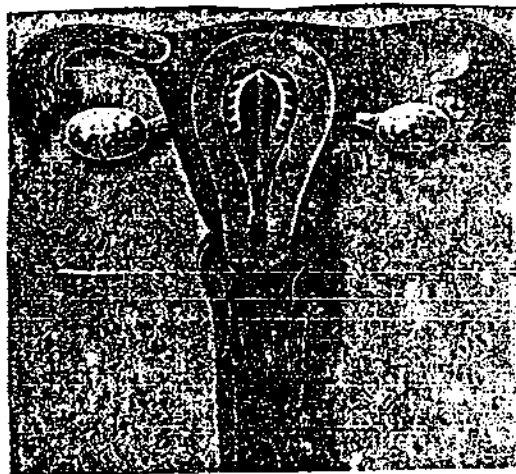
Το ενδομήτριο σπείραμα είναι το πιο αποτελεσματικό μέσο αντισύλληψης μετά το χάπι

Πως προλαμβάνει την κύηση το ενδομήτριο σπείραμα

Ο ακριβής τρόπος δεν είναι γνωστός. Πιθανότατα υπάρχουν περισσότεροι από ένας μηχανισμοί. Η πιο πολυσυζητημένη δράση του είναι η κινητοποίηση των λευκών αιμοσφαιρίων (μακροφάγα) σαν αντίδραση στην παρουσία ξένου σώματος μέσα στην μήτρα. Τα λευκοκύτταρα αυτά αθροίζονται γύρω από το σπείραμα και πιθανότατα δημιουργούν εχθρικό περιβάλλον στην εγκατάσταση και ανάπτυξη του γονιμοποιημένου ωαρίου.

Σαν άλλοι υποθετικοί μηχανισμοί για τη λειτουργία των σπειραμάτων αναφέρονται:

- α) η αυξημένη κινητικότητα που προκαλείται στις σάλπιγγες
- β) η παρεμπόδιση της εμφύτευσης του κυήματος, λόγω παρεμβολής του σπειράματος, μεταξύ αυτού και του ενδομητρίου.
- γ) η αύξηση τοπικά στο ενδομήτριο ουσιών, των προσταγλανδινών, οι οποίες επίσης εμποδίζουν την εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου στην μήτρα.
- δ) η ακινητοποίηση των σπερματοζωαρίων



Ενδομήτριο έλασμα (ένος τύπος).

Εικ. 4

Πόσοι τύποι σπειραμάτων υπάρχουν

Υπάρχουν πολλοί τύποι, που ποικίλουν σε σχήμα, μέγεθος και σύσταση (πλαστικό - πολυπροπυλένιο, με περιέλιξη από μέταλλο ή εμβαπτισμένα σε προγεστερόνη). Τα πιο καινούρια σπειράματα που χρησιμοποιούνται είναι χάλκινα και περιβάλλονται από πλαστικά περικαλύμματα σε σχήμα T και Y. Τα ιόντα χαλκού που ελευθερώνονται αυξάνουν την προφυλακτική τους δράση. Ένα ακόμα πιο νέο σπείραμα, είναι το σπείραμα προγεστερόνης. Αποτελείται από μια μικρή πηγή προγεστερόνης, που περιέχεται σε μια μεμβράνη, η προγεστερόνη αποβάλλεται από την πηγή και διοχετεύεται μέσα στην κοιλότητα της μήτρας για μακρύ χρονικό διάστημα.

Ποιός τύπος σπειράματος ταιριάζει σε κάθε γυναίκα.

Εξαρτάται από την ηλικία της γυναίκας, από το αν έχει γεννήσει, από το μέγεθος της μήτρας και από την ιδιοσυστασία της, τη δεκτικότητα δηλ. της μήτρας στο συγκεκριμένο σπείραμα.

Τα μεγάλα σε μέγεθος σπειράματα παρουσιάζουν λιγότερες αποτυχίες, έχουν όμως περισσότερες παρανέργειες. Στις άτοκες γυναίκες τοποθετούνται περισσότερο τα μικρού μεγέθους σπειράματα τύπου 7 ή T, ενώ στις πολύτοκες το είδος του σπειράματος εξαρτάται από το μέγεθος της μήτρας. Το σπείραμα με προγεστερόνη μειώνει τις πιθανότητες κύησης καθώς και το αίμα, που χάνεται σε κάθε περίοδο έχει όμως σχετισθεί με αυξημένο κίνδυνο εξωμήτριων κυήσεων.

Μολονότι το σπείραμα μπορεί να τοποθετηθεί σε οποιοδήποτε χρόνο, συνίσταται η εφαρμογή του κατά τη διάρκεια της περιόδου ή αμέσως μετά. Έτσι αποφεύγεται το ενδεχόμενο ύπαρξης μιας εγκυμοσύνης, ο τράχηλος είναι μαλακότερος και πιο εύκαμπτος, ενώ η μικρή ποσότητα του αίματος που βγαίνει λόγω μικροτραυματισμών δεν ανησυχεί την γυναίκα.

Το ενδομήτριο σπείραμα μπορεί να τοποθετηθεί στη μήτρα αμέσως μετά τον τοκετό ή ακόμη μετά από μια διακοπή της εγκυμοσύνης. Στις περιπτώσεις αυτές υπάρχει μεγάλη πιθανότητα η μήτρα να μην το δεχθεί και να το αποβάλλει. Για μια μεγάλη χρονική περίοδο οι γιατροί απέφευγαν να βάζουν σπειράματα μετά από μια διακοπή εγκυμοσύνης, με το σκεπτικό ότι ο κίνδυνος φλεγμονής ήταν μεγάλος. Τελευταίες όμως μελέτες δεν επιβεβαίωσαν το ενδεχόμενο αυτό.

Χρειάζεται νάρκωση για την τοποθέτηση του σπειράματος;

Στις περισσότερες περιπτώσεις δεν χρειάζεται. Οι γυναίκες που έχουν γεννήσει σπάνια ενοχλούνται κατά την εφαρμογή του σπειράματος. Η ενόχληση αφορά περισσότερο τις άτοκες, ενώ σαν ενόχληματα αναφέρονται ο πόνος κατά την τοποθέτηση και σπανιότερα λιποθυμικές κρίσεις, ζαλάδα, έμετοι κ.λ.π.

Απ' όλα τα ενδομήτρια σπειράματα κρέμεται μια μικρή νάυλον κλωστή, που κανονικά εξέχει απ' το έξω στόμιο του τραχήλου κατά 2-3cm. Ένας αυτοέλεγχος μπορεί να γίνεται κάθε μήνα μετά την περίοδο, με την εισαγωγή του δακτύλου της γυναίκας στον κόλπο της για να εντοπίσει την κλωστή αυτή - ένδειξη ότι το σπείραμα βρίσκεται στη θέση του.

Το σπείραμα σε περίπτωση εγκυμοσύνης πρέπει να βγαίνει επειδή:

- α) το ποσοστό των αυτόματων εκτρώσεων φθάνει το 30%
- β) ο κίνδυνος ενδομήτριας φλεγμονής είναι αυξημένος και
- γ) η συχνότητα πρώιμων τοκετών είναι επίσης αυξημένη.

Επιπλοκές κατά την εφαρμογή ή μετά την εφαρμογή του σπειράματος

Οι επιπλοκές διακρίνονται σε άμεσες και έμμεσες. Οι άμεσες αφορούν επώδυνες συσπάσεις της μήτρας ή και ελαφρά αιμορραγία που διαρκεί για λίγες συνήθως ώρες. Οι απώτερες επιπλοκές περιλαμβάνουν:

α) Διάτρηση της μήτρας, όπου διακρίνουμε τις ιατρογενείς διατρήσεις δηλαδή αυτές που συμβαίνουν κατά την τοποθέτηση του σπειράματος, και αυτές που συμβαίνουν μετά. Οι ιατρογενείς διατρήσεις είναι σπάνιες, σε αναλογία μια σε 2.500 τοποθετήσεις.

Οι δευτεροπαθείς διατρήσεις είναι αποτέλεσμα μερικής διάτρησης κατά την τοποθέτηση του σπειράματος στο ενδομήτριο ή μυομήτριο. Οι διατρήσεις είναι δύσκολο να διαγνωσθούν, και γίνονται με υπέρηχους ή ακτινογραφίες και ανάλογα με το αποτέλεσμα αφαιρούνται

β) Εξωθήσεις, οι οποίες εξαρτώνται από την ηλικία της γυναίκας, τον αριθμό των γεννήσεων, το μέρος της τοποθέτησης, τον χρόνο μετά την τοποθέτηση, την πείρα του γιατρού καθώς επίσης και το είδος του IUD. Το 1/3 των αποτυχιών προέρχονται από εξωθήσεις και αυτά που συνήθως εξωθούνται είναι τα MINI IUD.

γ) Μητρορραγία ή πόνος. Σε μεγάλο αριθμό γυναικών παρατηρείται αυξημένη απώλεια αίματος κατά την περίοδο, σε ποσοστό 50-100% σε σχέση με την απώλεια πριν την τοποθέτηση του IUD. Η αιμορραγία μπορεί να συνοδεύεται από πονό. Ο κίνδυνος για την γυναίκα είναι πολύ μεγάλος σε αυτή την περίπτωση, γιατί η συνεχής ροή του αίματος στον κόλπο διευκολύνει την άνοδο παθογόνων μικροβίων και αυξάνει τον κίνδυνο μόλυνσης. Αν τέτοια επεισόδια αιμορραγιών παρουσιάζονται επανειλημμένα στην γυναίκα, πρέπει να θεραπευτούν με φάρμακα ή να αφαιρεθεί το ενδομήτριο σπείραμα.

δ) Πυελική φλεγμονή. Οι γυναίκες με ενδομήτρια σπειράματα εκτίθενται δύο φορές περισσότερο στον κίνδυνο πυελικής φλεγμονής απ' ό,τι εκείνες που δεν ακολουθούν αντισυλληπτικές μεθόδους. Υπόκεινται στον ίδιο κίνδυνο 4,5 φορές περισσότερο απ' αυτές που χρησιμοποιούν το "χάπι" και 3,3 φορές περισσότερο απ' αυτές

που χρησιμοποιούν κολπικά διαφράγματα ή σπερματοκτόνα.

Οι γυναίκες ηλικίας κάτω των 25 ετών με περισσότερους από ένα σεξουαλικούς συντρόφους, καθώς κι εκείνες με προηγούμενο ιστρικό πυελικής φλεγμονής, εμφανίζουν ακόμη μεγαλύτερο κίνδυνο.

Αν οι φλεγμονές στην πυελική χώρα αφαιθούν χωρίς θεραπεία μπορεί να εξελιχθούν σε μια πολύ σοβαρή κατάσταση. Η γυναίκα πρέπει να είναι σε θέση να διακρίνει τα προειδοποιητικά συμπτώματα, ώστε να φροντίσει έγκαιρα για την θεραπεία της. Τα συμπτώματα αυτά είναι: πυρετός, κρυάδες, πόνος στους μηρούς, κηλίδες αίματος ή αιμορραγία ανάμεσα σε δύο περιόδους, υπερβολικό αίμα ή πήγματα αίματος στην περίοδο και καθυστέρηση της περιόδου ή απώλεια μιας περιόδου.

ε) Εξωμήτριος κύηση. Ορισμένες μελέτες αναφέρουν ότι οι εξωμήτριες κυήσεις αποτελούν το 3,8% του συνόλου των κυήσεων που θα παρατηρηθούν κατά την εφαρμογή του σπειράματος. Η συχνότητα μάλιστα αυξάνεται όταν τα σπειράματα παραμένουν περισσότερο από δύο χρόνια.

στ) Ανεπιθύμητες κυήσεις. Το ποσοστό αποτυχίας του σπειράματος είναι 0,8-5,8% στις 100 γυναίκες που το χρησιμοποιούν μέσα σ'ένα χρόνο, είναι δηλαδή η δεύτερη καλύτερη αντισυλληπτική μέθοδος μετά την από του στόματος αντισύλληψη. Σε περίπτωση κύησης ένα ενδομήτριο σπείραμα πρέπει να αφαιρείται αν και υπάρχει ο φόβος αποβολής. Εάν η γυναίκα επιθυμεί να παραμείνει το σπείραμα, πρέπει να πληροφορηθεί για το μεγάλο κίνδυνο αποβολής. Επίσης αν δεν υπάρχουν σημεία απειλούμενης αποβολής πρέπει να ενημερωθεί αμέσως να προσέχει για μια μητρογενή σήψη. Όταν το ενδομήτριο σπείραμα αφαιρεθεί πρέπει να εξεταστεί μικροβιολογικά και αν υπάρχουν παθογόνοι μικροοργανισμοί θα πρέπει να γίνεται διακοπή της κύησης εφόσον αυτή βρίσκεται στο πρώτο τρίμηνο.

Αντενδείξεις για την εφαρμογή σπειράματος.

- α) Στην εγκυμοσύνη.
- β) Σε σοβαρές μορφές τραχηλίτιδος.
- γ) Σε περίπτωση καρκίνου των γεννητικών οργάνων.
- δ) Αν υπάρχει "test Παπανικολάου" ύποπτο για κακοήθεια.
- ε) Σε περίπτωση μητρορραγίας
- στ) Σε περιπτώσεις ανωμαλίας της μήτρας, οι οποίες δεν επιτρέπουν την ομαλή εισαγωγή και διατήρηση του σπειράματος.
- ζ) Σε περίπτωση σαλπινγίτιδας.
- η) Αν υπάρχει ιστορικό εξωμήτριας εγκυμοσύνης.

Σχετικές αντενδείξεις για την εφαρμογή σπειράματος είναι: η ηλικία κάτω των 25, οι άτοκες γυναίκες, η αναιμία, διαταραχές της πήκτικότητας του αίματος, σακχαρώδης διαβήτης και αλλεργία στο μέταλλο.

Πότε πρέπει να αφαιρείται το σπείραμα

- α) Αν εμφανισθεί έντονος πόνος στο υπογάστριο (κοιλιά).
- β) Σε μεγάλη μητρορραγία (αυξημένη ποσότητα αίματος στη περίοδο δεν είναι σπάνια κατά τους πρώτους μήνες μετά την εφαρμογή του σπειράματος).
- γ) Σε ενδομήτρια εγκυμοσύνη.
- δ) Σε πυελική φλεγμονή (σαλπινγίτιδα).

Ο χρόνος παραμονής των IUD που δεν περιέχουν χαλκό είναι α-περιόριστος, ενώ των IUD που περιέχουν χαλκό περιορίζεται το πολύ στα 2 - 3 χρόνια λόγω της προοδευτικής διάβρωσης του χαλκού. Για περισσότερο χρόνο παραμονής μπορούμε να το ποθετήσουμε το NOVA-T ή τα KUPFER-T 380A. Η αλλαγή του IUD μπορεί να γίνει αμέσως και χωρίς παρανέργειες.

2.5 ΤΟ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΟ ΧΑΠΙ

Τι είναι το αντισυλληπτικό χάπι

Πρόκειται για χάπι που περιέχει συνθετικά οιστρογόνα ή προγεστερόνη σε συνδυασμό ή μόνα τους. Τα πρώτα χάπια κυκλοφόρησαν τον Ιούνιο του 1960 στις Η.Π.Α και από τότε γνώρισαν μια πολύ μεγάλη εξάπλωση σε όλο τον κόσμο, δημιουργώντας "επανάσταση" στον κόσμο της αντισύλληψης και αποτελώντας το κυριότερο όπλο στη στρατηγική των Οργανώσεων Οικογενειακού Προγραμματισμού. Σήμερα πάνω από 100 εκατομμύρια γυναίκες σε όλο τον κόσμο χρησιμοποιούν το χάπι. Ανατρέχοντας στην ιστορία του χαπιού βλέπουμε ότι ήδη από το 1940 ήταν γνωστό πως τα φυσικά οιστρογόνα προκαλούν αναστολή της έκκρισης των γοναδοτρόπων ορμόνων και έλλειψη ωοθυλακιορρηξίας. Αλλά η χορήγηση τους για πολλές ημέρες και σε μεγάλες δόσεις, η αιμορραγία που ακολουθούσε μετά την διακοπή της χορήγησης τους, και η αποτυχία τους σε ορισμένες περιπτώσεις προκάλεσαν αντιδράσεις. Αργότερα, το 1953 διαπιστώθηκε πως ορισμένα συνθετικά προγεστερονοειδή αναστέλουν κι' αυτά την ωοθυλακιορρηξία, αλλά έχουν τα ίδια αποτελέσματα με τα οιστρογόνα. Ωσπου το 1956 ο Αμερικάνος βιολόγος Pincus ανακάλυψε το αντισυλληπτικό δισκίο, που περιέχει συνδυασμό ενός συνθετικού προγεστερονοειδούς της προτίμησης του εργοστασίου που τα παρασκεύαζε.

Που βασίζεται η δράση των αντισυλληπτικών χαπιών

Βασίζεται στην αναστολή της ωοθυλακιορρηξίας, την οποία προκαλούν έμμεσα αναστέλλοντας την έκκριση των γοναδοτροπινών ορμόνων απ' την υπόφυση. Εκτός απ' αυτό αναφέρεται ότι τροποποιούν την κινητικότητα των σαλπίνγων και τη σύσταση της τραχηλικής βλέννας. Ειδικότερα, όπως είναι γνωστό, η υπόφυση παράγει τις ορμόνες F.S.H (θυλακιοτροπίνη) και L.H (ωχρινοτροπίνη), που είναι απαραίτητες για την παραγωγή και απελευθέρωση του ώριμου ωαρίου από την ωοθήκη. Τα ωοθυλάκια των ωοθηκών παράγουν οιστρογόνα και προγεστερόνη (ορμόνες). Τα οιστρογόνα προετοιμάζουν την εσωτερική επιφάνεια της μήτρας καθορίζοντας το μέγεθος και το βαθμό παραγωγικότητας του βλεννογόνου, όταν αυξήσουμε την ποσότητα των οιστρογόνων, αναστέλλουμε έμμεσα την παραγωγή του F.S.H. Από την άλλη πλευρά η προγεστερόνη προκαλεί έκκριση στα τοιχώματα της μήτρας, εμποδίζει τη ροή από το βλεννογόνο της μήτρας και βοηθάει στην αναστολή της παραγωγής της L.H.

Όταν το χάπι λαμβάνεται καθημερινά, αναστέλλει την παραγωγή των L.H και F.S.H πριν παραχθεί ένα ώριμο ωάριο. Αυτό οφείλεται στην παρουσία των συνθετικών οιστρογόνων και προγεστερόνης. Με τον τρόπο αυτό αποφεύγεται η ωορρηξία και έτσι δεν υπάρχει ωάριο να ενωθεί με το σπέρμα, που έχει εκκριθεί κατά τη συνουσία. Αν όμως το ωάριο απελευθερωθεί, τα συνθετικά οιστρογόνα και η προγεστερόνη επιταχύνουν τη μεταφορά του μέσα από τις σάλπιγγες, με αποτέλεσμα αυτό να φθάσει στη μήτρα, όταν αυτή δεν είναι

ακόμη έτοιμη να το δεχθεί. Το ενδομήτριο αλλάζει μορφή και η βλέννα που εκκρίνεται γίνεται πυκνότερη. Με αυτό τον τρόπο εμποδίζεται η είσοδος του σπέρματος στη μήτρα.

Μορφές αντισυλληπτικών δισκίων

Το χάπι είναι συνδυασμός οιστρογόνων και προγεστερόνης. Ανάλογα με την περιεκτικότητα του στις ορμόνες αυτές διαιρείται σε 3 κυρίως τύπους:

α) Τα σύνθετα σκευάσματα οιστρογόνων - προγεστερόνης. Κάθε τέτοιο σκευάσμα είναι σχεδιασμένο να λαμβάνεται για 20-21 ημέρες από την εμμηνόρροια, αρχίζοντας την 5η μέρα και τελειώνοντας την 24η-25η. Μετά για 7-8 μέρες σταματάει η λήψη του χαπιού. Μερικές μάρκες περιέχουν 28 χάπια από τα οποία τα 21 είναι ενεργά ενώ τα υπόλοιπα 7 είναι Placebos (εικονικά) ή περιέχουν συμπλήρωμα σιδήρου και επιτρέπουν την διατήρηση λήψης του χαπιού σ' όλη τη διάρκεια του κύκλου των 28 ημερών. Το σύνθετο χάπι είναι η πιο δραστική μέθοδος ελέγχου των γεννήσεων, με ποσοστό αποτυχίας από 0,2% μέχρι 0,5% σε ετήσια βάση.

β) Σύνθετα χάπια χαμηλής δόσης οιστρογόνων. Τα χάπια αυτά έχουν χαμηλή περιεκτικότητα σε οιστρογόνα και δημιουργήθηκαν με την ελπίδα ότι θα μειωθούν τα θρομβωτικά επεισόδια. Το ποσοστό αποτυχίας ανέρχεται σε 1-2% σε ετήσια βάση.

γ) Χάπια προγεστερόνης. Τα χάπια αυτά περιέχουν μόνο προγεστερόνη σε χαμηλή δόση. Διατίθενται σε πακέτα των 35-45 δισκίων. Σε αντίθεση με τα άλλα, το χάπι προγεστερόνης πρέπει να λαμβάνεται καθημερινά, χωρίς διακοπή για όσο χρόνο είναι επιθυμητό να εμποδιστεί η σύλληψη. Το χάπι προγεστερόνης συμβάλλει στην πρόληψη των μεταβολών στο βλεννογόνο της μήτρας και της διόδου του σπέρματος και υπάρχουν ενδείξεις ότι συμβάλλει στη μεταβολή του ενδομητρίου και της εισόδου των σαλπίνγων. Το ποσοστό αποτυχίας ανέρχεται στο 3% σε ετήσια βάση.

δ) Πρωινό χάπι. Αποτελείται από συνθετικά οιστρογόνα και προκαλεί συστολή της μήτρας προστατεύοντας έτσι τις γυναίκες που το χρησιμοποιούν. Απαιτείται μεγάλη προσοχή, γιατί η μακροχρόνια χρήση του είναι δυνατό να προκαλέσει καρκίνο.

Πως παίρνονται τα αντισυλληπτικά.

Τα περισσότερα σκευάσματα περιέχουν 21, 22 ή 28 χάπια στην κάθε σειρά. Τα χάπια που διατίθενται στη συσκευασία των 21 ή 22 έχουν έναρξη λήψης την 1η ή 5η μέρα του κύκλου. Όταν τελειώσουν η γυναίκα αφήνει να περάσει ένα διάστημα 7 ή 6 ημερών χωρίς χάπι και ξαναρχίζει τη νέα σειρά. Μέσα στις 7 ημέρες της διακοπής θα εμφανιστεί η περίοδος.

Αν η συσκευασία περιέχει 28 χάπια, η γυναίκα παίρνει ένα χάπι την ημέρα χωρίς διακοπή. Τα τελευταία 7 χάπια δεν περιέχουν ορμόνες.

Αν η γυναίκα ξεχάσει να πάρει ένα χάπι, τότε ανάλογα και με την ημέρα στην οποία αντιστοιχεί το χάπι αυτό, η ασφάλεια περιορίζεται. Στην περίπτωση αυτή θα πρέπει να πάρει το "ξεχασμένο" χάπι όσο το δυνατό συντομότερα και να συνεχίσει κανονικά τη σειρά. Υπάρχει όμως η περίπτωση να εμφανισθεί αίμα. Τέτοιες μι-

κροαιμορραγίες συμβαίνουν συχνότερα από σκευάσματα που περιέχουν μικρή δόση οιστρογόνων. Αν το αίμα είναι πολύ ή επιμένει τότε θα πρέπει να πάει η γυναίκα στο γιατρό της. Στην αντίθετη περίπτωση μπορεί να συνεχίσει να παίρνει κανονικά τα χάπια της.

Τα χάπια είναι καλλύτερα να τα παίρνει κάθε βράδυ ή κάθε πρωί την ίδια περίπου ώρα. Εάν ξεχάσει να πάρει ένα χάπι την ώρα που έπρεπε μπορεί να το πάρει την ώρα που το θυμήθηκε, τα υπόλοιπα όμως θα τα πάρει την κανονική ώρα. Εάν κάνει εμετό μέσα σε δύο ώρες από τότε που πήρε το χάπι θα πρέπει να ξαναπάρει. Όταν θέλει να σταματήσει τα χάπια είναι καλλύτερα να εξαντλήσει όλη τη σειρά και μετά την έμμηνο ρύση να μην ξαναπάρει. Όταν σταματήσει τελείως τα χάπια είναι πιθανό η νέα χωρίς αντισυλληπτικά έμμηνο ρύση να καθυστερήσει επί 2-3 βδομάδες ή περισσότερο. Στην περίπτωση αυτή η πιθανότητα να εμφανισθεί αμηνόρροια είναι πολύ μικρή. Η γονιμότητα επανέρχεται αμέσως ώστε η γυναίκα μπορεί να μείνει έγκυος σε πολύ μικρό χρονικό διάστημα μετά την διακοπή των ανασταλτικών της ωορρηξίας.

Χρόνος χρήσης του χαπιού

Οι απόψεις των γιατρών όσον αφορά τη διάρκεια λήψης του χαπιού χωρίς κίνδυνο διχάζονται. Πολλοί όπως ο γιατρός Robert Kistner συμβουλεύουν τις γυναίκες να διακόπτουν τη λήψη του χαπιού για τρεις - τεσσέρις μήνες κάθε δυο χρόνια, ενώ άλλοι όπως η γιατρός Elizabeth Conell υποστηρίζουν ότι η γυναίκα μπορεί να παίρνει άφοβα το χάπι για τρία, τέσσερα ακόμη και για δέκα χρόνια αρκεί βέβαια να έχει τακτική παρακολούθηση από τον γιατρό της.

Κατά κανόνα γίνεται διακοπή της λήψης κάθε ένα - δυο χρόνια για 3-4 κύκλους, εκτός αν υπάρχουν άλλοι λόγοι διακοπής.

Η γυναίκα που πρόκειται να αρχίσει αντισύλληψη με το χάπι πρέπει να κάνει τις εξής εξετάσεις:

- 1) Γενική και γυναικολογική εξέταση
- 2) Εξέταση κατά Παπανικολάου
- 3) Γενική εξέταση αίματος
- 4) Ηπατικές δοκιμασίες
- 5) Έλεγχο λιπιδίων αίματος
- 6) Σάκχαρο αίματος.

Η γυναίκα πρέπει να εξετάζεται 3 μήνες μετά την πρώτη δόση και κάθε 6-12 μήνες στις παραπάνω εξετάσεις.

Πλεονεκτήματα - μειονεκτήματα των χαπιών

Το μεγαλύτερο πλεονέκτημα είναι η αποτελεσματικότητα τους στην αποφυγή εγκυμοσύνης. Οι ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες κυμαίνονται σε 1 κύηση ανά 100 γυναίκες που χρησιμοποιούν τη μέθοδο μέσα σε ένα χρόνο. Στα πλεονεκτήματα αναφέρεται επίσης:

- α) η ελάττωση της προεμμηνορρυσιακής τάσης
- β) η ελάττωση των συμπτωμάτων της δυσμηνόρροιας
- γ) η ελάττωση της απώλειας αίματος κατά την περίοδο
- δ) η ελάττωση του κινδύνου εξωμήτριων κυήσεων
- ε) η χαμηλή συχνότητα κύστεων των ωοθηκών και πνευλικών φλεγμονών

Το βασικότερο μειονέκτημα είναι η δυσχέρεια στην τακτική λήψη τους. Παρόλα αυτά αν το χάπι γίνει συνήθεια το ενδεχόμενο αυτό μπορεί να εξαλειφθεί.

Παρενέργειες των αντισυλληπτικών δισκίων.

Οι παρενέργειες εξαρτώνται απ' το ποσό οιστρογόνου ή προγεστερόνης που περιέχει το κάθε είδος χαπιού και μπορεί να είναι:

1) Αιμόρροια από τον κόλπο. Είναι αποτέλεσμα της χαμηλής ποσότητας των οιστρογόνων, τα οποία δεν είναι αρκετά για να σταθεροποιήσουν το ενδομήτριο. Συμβαίνει συχνότερα με χάπια χαμηλής περιεκτικότητας σε οιστρογόνα.

2) Μεταβολικές διαταραχές

α) Προκαλούν μείωση της ανοχής της γλυκόζης, γιαυτό πρέπει να χορηγούνται με ιδιαίτερη προσοχή σε γυναίκες με σακχαρώδη διαβήτη.

β) Αύξηση του βάρους. Οφείλεται σε κατακράτηση υγρών και στην αύξηση της όρεξης. Όσο πιο μικρή είναι η δόση των οιστρογόνων τόσο μικρότερη είναι η αύξηση του βάρους του σώματος, η οποία μπορεί να αντιμετωπισθεί επίσης με την κατάλληλη διαίτα.

γ) Επιδρούν στον μεταβολισμό ορισμένων βιταμινών. Αυξάνουν το επίπεδο της βιταμίνης Α που επανέρχεται σε φυσιολογικά επίπεδα 2-3 μήνες μετά την διακοπή της λήψεως. Είναι πιθανόν να επέλθουν συγγενείς ανωμαλίες στο έμβryo όταν γίνει σύλληψη αμέσως μετά τη διακοπή τους. Προκαλούν μείωση της βιταμίνης Β2 επιδρώντας στον μεταβολισμό της. Επηρεάζουν τον μεταβολισμό της βιταμίνης Β6, και γιαυτό προκαλούνται δερματικές και νευροψυχικές διαταραχές. Μειώνουν το επίπεδο της Β12 χωρίς όμως να παρατηρούνται αιματολογικές διαταραχές.

3) Εμφάνιση χλοάσματος. (δηλαδή μαύρισμα του δέρματος του προσώπου). Εμφανίζεται ιδιαίτερα σε γυναίκες που ζουν σε θερμά κλίματα. Παρατηρείται σπάνια με χάπια μικρών δόσεων ορμονών και μερικές φορές μπορεί να παραμείνει μόνιμα. Είναι χαρακτηριστικό ότι αν η γυναίκα εμφανίζει ακμή, αυτή βελτιώνεται με την χρήση των χαπιών πιθανόν από την δράση των οιστρογόνων.

4) Κατάπτωση ή κατάθλιψη. Παρουσιάζεται σε μερικές γυναίκες μπορεί όμως να υποχωρήσει σημαντικά με χορήγηση βιταμίνης Β6. Μπορεί να παρουσιασθεί σαν απλή κατάθλιψη και να φθάσει μέχρι την αυτοκτονία, και γιαυτό πρέπει να αποφεύγεται η χρήση των χαπιών απο γυναίκες που πάσχουν από μελαγχολία.

5) Ναυτία. Παρουσιάζεται συνήθως από τον πρώτο μήνα της λήψεως των αντισυλληπτικών δισκίων. Μπορεί να προκαλέσει εμμέτους που οφείλονται όπως και η ναυτία στα οιστρογόνα. Σαν λύση η γυναίκα μπορεί να παίρνει το χάπι πριν κοιμηθεί το βράδυ, και να χρησιμοποιεί χάπια με χαμηλή δόση οιστρογόνων.

6) Πονοκέφαλοι. Μπορεί να παρουσιαστούν σε οποιαδήποτε φάση του κύκλου, αλλά πιο συχνά παρουσιάζονται τις ημέρες που δεν παίρνει χάπια. Συνήθως είναι παροδικοί, αλλά αν συνδυάζονται με παραισθησία, με μεταβολή στην ομιλία ή στον τόνο των μυών πρέπει να διακόπτεται η λήψη των δισκίων αμέσως.

7) Αύξηση της ευαισθησίας των μαστών. Δεν παρουσιάζεται πάντοτε και είναι παροδικό φαινόμενο.

8) Μονιλίωση. Παρατηρείται σε αυξημένη συχνότητα στις γυναίκες κατά την εγκυμοσύνη ή κατά τη λήψη των αντισυλληπτικών.

Η θεραπεία μπορεί να γίνει παράλληλα με την χρήση του χαπιού, αν και πολλές φορές είναι προτιμότερο να γίνει πρώτα η θεραπεία της μονιλιόσεως, και μετά να συνεχιστεί η χρήση των χαπιών.

9) Μείωση του γάλακτος. Τα ανασταλτικά της ωορρηξίας προκαλούν μείωση του γάλακτος, αλλά δεν επηρεάζουν την ποιότητα του. Είναι προτιμότερο αν η γυναίκα θέλει να θηλάζει να χρησιμοποιεί στο διάστημα αυτό κάποια άλλη μέθοδο αντισύλληψης.

10) Ολιγομηνόρροια και αμμηνόρροια. Η ολιγομηνόρροια είναι η πιο συχνή παρανέργεια των χαπιών (μικρή ποσότητα και διάρκεια). Στην αμμηνόρροια έχουμε στην αρχή ελάττωση της ποσότητας της περιόδου, με κατάληξη την πλήρη διακοπή της έμμηνου ρύσεως. Στην περίπτωση αυτή η γυναίκα μπορεί να αντικαταστήσει τα δισκία που χρησιμοποιεί με άλλα με χαμηλή ποσότητα οιστρογόνων. Μπορεί να διαρκέσει μερικές φορές 6 ή περισσότερους μήνες και παρατηρείται στο 1% των γυναικών. Είναι πιο συχνή σε γυναίκες που έχουν ιστορικό ανωμαλιών της περιόδου και οφείλεται κυρίως σε αναστολή της λειτουργίας του υποθαλάμου.

Οι σοβαρές παρενέργειες που μπορεί να παρατηρηθούν σε γυναίκες που παίρνουν το χάπι είναι:

1) Θρομβώσεις των αγγείων. Είναι πιο συχνές σε γυναίκες μετά 30 που συγχρόνως καπνίζουν, καθώς και σε γυναίκες μετά τα 35 ανεξάρτητα απ' το αν καπνίζουν ή όχι. Τα αίτια των θρομβοεμβολικών επεισοδίων βρίσκονται στην αύξηση των παραγόντων της πήξεως του αίματος, που προκαλούν τα χάπια, και στην ταυτόχρονη επίδραση τους στο τοίχωμα των αγγείων με αποτέλεσμα την επιβράδυνση της κυκλοφορίας του αίματος και την αύξηση της πιθανότητας θρόμβωσης.

Επίσης η ποσότητα των οιστρογόνων επηρεάζει την εμφάνιση θρομβώσεων. Όταν η ποσότητα είναι υψηλή πάνω από 75Mg η συχνότητα θρομβώσεων είναι μεγαλύτερη, ενώ μειώνεται σημαντικά όταν τα οιστρογόνα είναι σε ποσότητα κάτω των 50 Mg σε κάθε χάπι. Στην προσπάθεια μείωσης ή εξαλείψης της πιθανότητας θρομβώσεως κατασκευάζονται σε ευρεία κλίμακα χάπια με ποσότητα οιστρογόνων 30 Mg.

Οι θρομβώσεις των αγγείων μπορεί να προκαλέσουν:

α) Εν τω βάθει θρομβοφλεβίτιδα και πνευμονική εμβολή. Ο κίνδυνος έχει βρεθεί ότι είναι 5,7 φορές μεγαλύτερος στις γυναίκες, που παίρνουν χάπια και σχετίζεται περισσότερο με το οιστρογονικό μέρος τους.

β) Εμφραγμα της καρδιάς. Ο κίνδυνος για εμφραγμα είναι αυξημένος σε γυναίκες με μεγάλο βάρος, υπέρταση και υπερλιπιδαιμία

γ) Αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια. Ο κίνδυνος εγκεφαλικής αιμορραγίας ή θρόμβωσης, είναι 3-4 φορές μεγαλύτερος στις γυναίκες που παίρνουν το χάπι.

2) Διαταραχές του μεταβολισμού των λιπιδίων και συγκεκριμένα αύξηση των τριγλυκεριδίων του πλάσματος και της χοληστερίνης με έμμεση αύξηση του κινδύνου αγγειακών διαταραχών.

3) Επιδείνωση του υπάρχοντος διαβήτη σε ορισμένες γυναίκες

4) Υπέρταση. Τα ανασταλτικά της ωορρηξίας είναι δυνατόν να προκαλέσουν αύξηση της πίεσης. Γυναίκες που παίρνουν ορμονικά αντισυλληπτικά αναπτύσσουν υπέρταση μετά 5 χρόνια χορήγησης σε ποσοστό μέχρι 5%. Η πίεση θα πρέπει να ελέγχεται σε τακτά χρο-

νικά διαστήματα, αν βρεθούν τιμές της συστολικής πάνω από 160 mmHg και τις διαστολικής πάνω από 105 mmHg, τότε θα πρέπει να σταματήσει η χορήγηση τους ή τουλάχιστον να χρησιμοποιηθούν αντιυπερτασιακά χάπια.

5) Καλοήγη αδενώματα του ήπατος.

6) Αύξηση των παθήσεων των χοληφόρων.
(χολολιθίαση - Χολοκυστίτιδα)

7) Καρκινογέννεση. Δεν είναι επιστημονικά αποδεδειγμένο ότι η χορήγηση οιστρογόνων και προγεστερόνης επηρεάζουν την ανάπτυξη καρκίνου. Είναι όμως γνωστό ότι δυο είδη καρκίνων: της ωοθήκης και του ενδομητρίου επηρεάζονται ευνοικά από τα αντισυλληπτικά, όπως επίσης μερικές καλοήθειες παθήσεις του μαστού. Αντίθετα ορισμένοι όγκοι του ήπατος (αδενώματα) επηρεάζονται δυσμενώς. Τελευταία γίνεται μεγάλη συζήτηση σχετικά με την σχέση του χαπιού με τον καρκίνο του μαστού και του τραχήλου. Για τον καρκίνο του μαστού περισσότερες μελέτες συμφωνούν ότι ο κίνδυνος δεν αυξάνει με την λήψη αντισυλληπτικών.

Πρόσφατες μελέτες αναφέρουν σχετικά αυξημένο κίνδυνο καρκίνου του τραχήλου σε γυναίκες με μακροχρόνια λήψη του χαπιού, παρόλα αυτά δεν μπορεί κανείς να καταλήξει σε συγκεκριμένα αποτελέσματα μια και τα δεδομένα αυτά δεν επιβεβαιώνονται από άλλες μελέτες.

Το χάπι πρέπει να αποφεύγεται στις εξής περιπτώσεις.

- 1) Θρομβοφλεβίτιδα, κίρσοι, θρομβοεμβολικά επεισόδια, εγκεφαλική αγγειοπάθεια, στεφανιαία νόσος.
- 2) Αδιάγνωστες αιμορραγίες των γεννητικών οργάνων.
- 3) Παθήσεις του ήπατος. Το ήπαρ είναι υπεύθυνο για τον μεταβολισμό των οιστρογόνων και της προγεστερόνης, γιαυτό οι γυναίκες που πάσχουν ή έπασχαν δεν πρέπει να χρησιμοποιούν τα χάπια.
- 4) Εγκυμοσύνη
- 5) Γνωστές ή ύποπτες κακοήθειες του μαστού ή του γεννητικού συστήματος.
- 6) Διαβήτη
- 7) Υπέρταση
- 8) Αιμοσφαιρίνοπάθειες
- 9) Συγγενή Υπερλιπιδαιμία
- 10) Ιστορικό ικτέρου κατά τη διάρκεια εγκυμοσύνης
- 11) Επιληψία
- 12) Ινομύωμα της μήτρας
- 13) Γυναίκες μεγαλύτερες των 35 χρόνων
- 14) Καπνίστριες, ιδίως αν είναι πάνω από 30 χρόνων
- 15) Γυναίκες που θηλάζουν. Το χάπι μεταβιβάζει ποσό οιστρογόνων στο γάλα.

Π Ι Ν Α Κ Α Σ 3

Σκευάσματα αντισυλληπτικών δισκίων που κυκλοφορούν σήμερα στη χώρα μας

- Eugynon (της Schering). Περιέχει 0,5mg λεβονοργεστρέλης και 0,05mg αιθυνολοιστραδιόλης. Κυκλοφορεί σε 21 δισκία.
- Gynofen (της Schering). Περιέχει 0,05mg αιθυνολοιστραδιόλης και 2mg οξείκης συπροτερόνης. Κυκλοφορεί σε 21 δισκία.
- Lyndriol (της Organon). Περιέχει 2,5mg λυνοιστρενόλης και 0,05mg αιθυνολοιστραδιόλης. Κυκλοφορεί σε 22 δισκία.
- Marvelon (της Organon). Περιέχει 0,03 αιθυνολοιστραδιόλης και 0,15mg δεσογεστρέλης. Κυκλοφορεί σε 21 δισκία.
- Microgynon (της Schering)
- Neogynon (της Schering)
- Nordette (της Wyeth)
- Nordiol (της Wyeth)
- Ovral (της Wyeth)
- Sequilar (της Schering)
- Trinordiol (της Wyeth)
- Triquilar (της Schering)
- Trinovum (της Ortho).

Σκευάσματα που χρησιμοποιούμε στην αντισύλληψη εκτός από τα αντισυλληπτικά δισκία

Τα μικροχάπια.

Είναι χάπια που περιέχουν μόνο συνθετική προγεστερόνη σε μικρές ποσότητες και παίρνονται σε συνεχή καθημερινή βάση. Ο τρόπος δράσης τους συνίσταται στην τροποποίηση της τραχηλικής βλέννας και του ενδομήτριου που γίνεται έτσι ακατάλληλο για την εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου. Τα πλεονεκτήματά τους συνδέονται με την ελάττωση των παρενεργειών που οφείλονται στα οιστρογόνα τα οποία περιέχονται στα συνήθη αντισυλληπτικά. Βασικό μειονέκτημά τους είναι το μεγάλο ποσοστό εγκυμοσύνης που εμφανίζουν 2,5% και μάλιστα της εξωμήτριας, καθώς επίσης και η εμφάνιση ξαφνικών μητρορραγιών. Συνιστώνται κυρίως σε γυναίκες μετά τα 35 χρόνια.

Το "χάπι μετά την επαφή" ή "pill after morning"

Τα χάπια αυτά χρησιμοποιούνται μετά από επαφές, σε γόνιμες μέρες, οπότε το ενδεχόμενο εγκυμοσύνης ήταν υψηλό. Πρόκειται για χάπια που περιέχουν πολύ μεγάλες δόσεις οιστρογόνων, τα οποία εμποδίζουν τη γονιμοποίηση ή την ωρίμανση του γονιμοποιημένου ωαρίου. Για την κατασκευή του χρησιμοποιούνται: α) οιστρογόνα. Η λήψη γίνεται 2 φορές την ημέρα από 1 δισκίο για 5 ημέρες β) προγεστερονοειδή. Το δισκίο παίρνεται τις 3 πρώτες ημέρες μετά τη συνουσία ή τις πρώτες 24 ώρες μετά από αυτή, ανάλογα με το προγεστερονοειδές που χρησιμοποιείται για την κατασκευή του γ) συνδυασμός και των δύο. (εμποδίζει την εμφύτευση). Το δισκίο παίρνεται μια φορά μετά την συνουσία ή άλλη μια φορά σε 12-24 ώρες.

Σήμερα το χάπι μετά την επαφή χρησιμοποιείται σπάνια γιατί οι παρενέργειές του είναι αρκετές και σοβαρές. Αναφέρονται π.χ.

σοβαρού βαθμού ναυτία και έμετοι, αύξηση της περίπτωσης εξωμήτριας εγκυμοσύνης και πιθανή τερατογένεση ή ανωμαλίες στο γεννητικό σύστημα του κοριτσιού που πιθανόν θα γεννηθεί.

Ορμονική αντισύλληψη με ενέσιμα σκευάσματα.

Η μέθοδος βασίζεται στην χορήγηση ενέσιμων ορμονικών αντισυλληπτικών. Γίνεται ενδομυϊκή έγχυση οξεικής μεδροξυπρογεστερόνης (Depot - Provera) η οποία έχει αντισυλληπτική δράση για 3-6 μήνες από τη χορήγηση της, σε δόση 150mg. Προκαλούν μόνιμη αναστολή της έκκρισης της LH, γιατί δρούν στον υποθάλαμο και δεν επιτρέπουν την έκκριση της εκλυτικής ορμόνης GnRH. Κατά τη διάρκεια της δράσης του προγεστερονοειδούς η γυναίκα δεν έχει περίοδο. Εκτός από την μεδροξυπρογεστερόνη μπορούμε να χορηγήσουμε νορεθιντρόνη σε δόση 200mg κάθε 2 μήνες, για τρεις φορές και ύστερα κάθε 3 μήνες. Τα προγεστερονοειδή μπορούν να χορηγηθούν και συνδυασμένα με οιστρογόνες ορμόνες ενδομυϊκά κάθε μήνα.

Τα πλεονεκτήματα της μεθόδου είναι ότι απαλλάσει τις γυναίκες απ'την καθημερινή λήψη χαπιών, ενώ δεν έχει τις παρενέργειες των οιστρογόνων. Τα μειονεκτήματα της αφορούν ξαφνικά επεισόδια μητρορραγιών, αμηνόρροια μετά τη διακοπή της δράσης τους και όχι σπάνια αύξηση του σωματικού βάρους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΤΥΧΙΑ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ.

3.1 ΣΤΕΙΡΩΣΗ

Στείρωση είναι η χειρουργική επέμβαση με την οποία αποτρέπεται η απόκτηση παιδιών, είναι δηλ. η αφαίρεση της ικανότητας για αναπαραγωγή με μια επέμβαση που γίνεται και στα δύο φύλα. Στις γυναίκες γίνεται με πολλούς τρόπους, ωστόσο η θεληματική στείρωση επιβάλλει κατά κανόνα την χειρουργική απολίνωση και των δυο σαλπίγγων. Όταν οι διαβάσεις στις σάλπιγγες δε λειτουργούν τα σπερματοζωάρια δεν μπορούν να περάσουν για να συναντήσουν το ωάριο. Η στείρωση στον άντρα προϋποθέτει την εκτομή των σπερματικών πόρων. Αυτή η διαδικασία λέγεται βαζεκτομή και συνίσταται στην απόφραξη των εκφορητικών πόρων, των δυο διαβάσεων δηλ. μέσα από τις οποίες το σπέρμα περνά από τους όρχεις στο πέος.

Η στείρωση δεν έχει καμιά σχέση με τον ευνουχισμό. Ο ευνουχισμός προϋποθέτει τη χειρουργική αφαίρεση των γονάδων (ωθηκών ή όρχεων) ή σε εξαιρετικές περιπτώσεις την καταστροφή αυτών των οργάνων με ειδικές ακτινοβολίες. Κατά συνέπεια ο ευνουχισμός πέρα από το ότι προκαλεί μόνιμη στείρωση, σταματά την παραγωγή σεξουαλικών ορμονών από αυτούς τους αδένες.

3.2 Στείρωση στις γυναίκες

Σήμερα υπάρχουν τέσσερις διαφορετικοί τρόποι για την απολίνωση των σαλπίγγων: α) η κοιλιακή απολίνωση των σαλπίγγων β) η απολίνωση των σαλπίγγων με μικρολαπαροτομία γ) η κοιλιακή απολίνωση και δ) η ηλεκτροπηξία των σαλπίγγων με λαπαροσκόπηση.

Η επιλογή της μεθόδου γίνεται από τον γιατρό και η εκτίμηση του επηρεάζεται από το αν η στείρωση γίνεται αμέσως μετά τον τοκετό ή κάποια άλλη στιγμή.

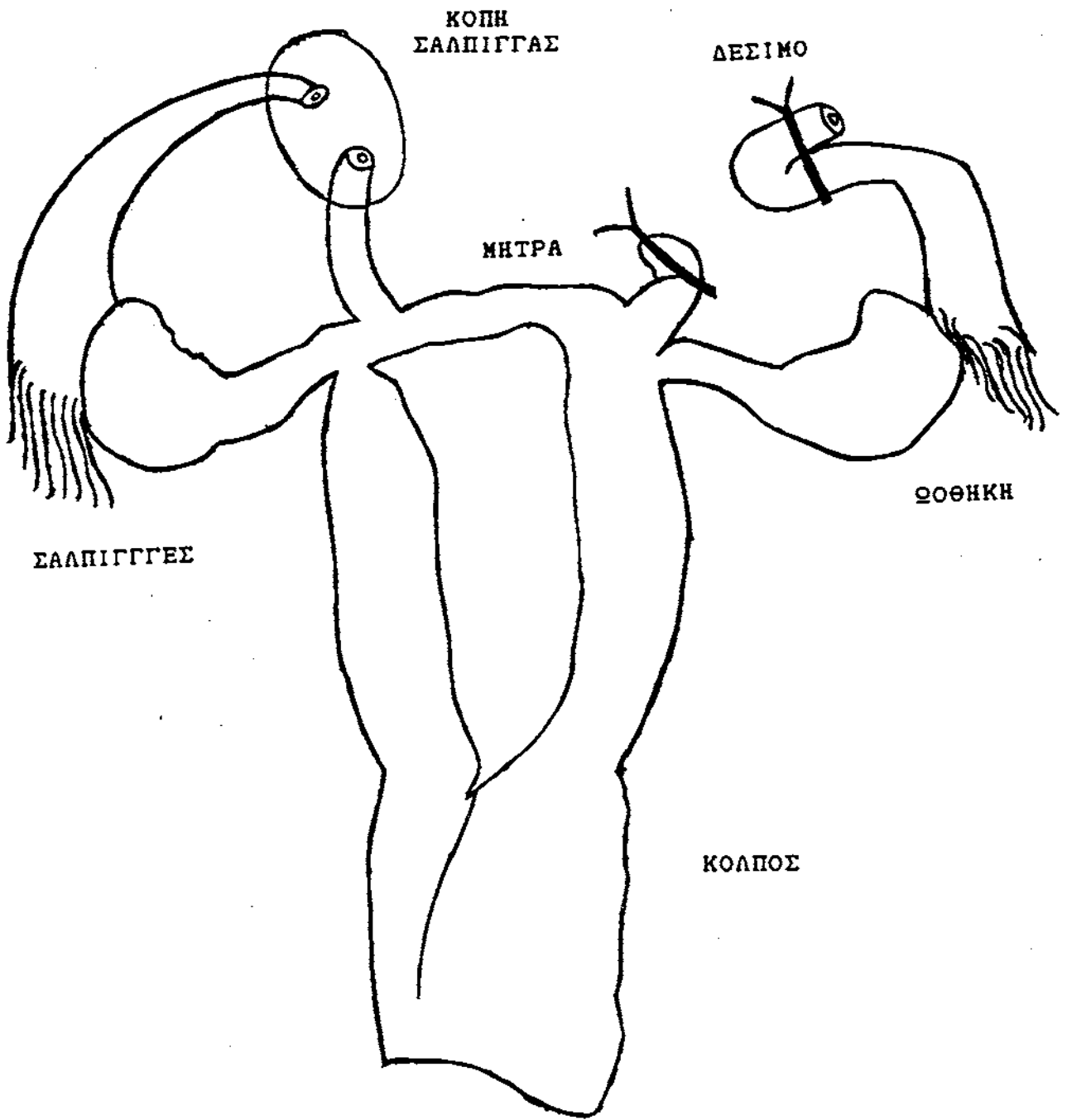
Ο όρος απολίνωση συνεπάγεται κατά κανόνα τη χειρουργική αφαίρεση ενός τμήματος από κάθε σάλπιγγα. Τα δύο κομμένα άκρα της σάλπιγγας κλείνονται και το καθένα ενώνεται χωριστά, με αποτέλεσμα μια ανατομική λύση της συνέχειας των σαλπίγγων. Οι λεπτομέρειες της επέμβασης διαφέρουν από γιατρό σε γιατρό. (Εικόνα 5)

Στην συνέχεια αναφέρονται συνοπτικά οι τέσσερις διαφορετικοί τρόποι απολίνωσης των σαλπίγγων.

I. Κοιλιακή απολίνωση των σαλπίγγων.

Η κοιλιακή απολίνωση είναι σήμερα η πιο κοινή μέθοδος στη θεληματική στείρωση. Γίνεται με τομή στο δέρμα της κοιλιάς. Αν η απολίνωση γίνει αμέσως μετά τον τοκετό η τομή γίνεται δυόμιση με πέντε πόντους κάτω από τον ομφαλό, στο επίπεδο δηλ. των σαλπίγγων [Μετά τον τοκετό η μήτρα είναι ακόμη αρκετά μεγάλη, γιαυτό οι σάλπιγγες αριστερά και δεξιά της βρίσκονται αρκετά ψηλά στη κοιλιά]. Στις γυναίκες που δεν εγκυμονούν και η μήτρα τους είναι σε φυσιολογικό μέγεθος, η τομή γίνεται πολύ πιο χαμηλά, στο τριχωτό της ήβης. Η κοιλιακή απολίνωση μπορεί να γίνει όποτε το αποφασίσει η γυναίκα, αν και για τις περισσότερες γυναίκες η πιο κατάλληλη στιγμή είναι αμέσως μετά τον τοκετό. Αν

ΕΙΚ. 5 : ΓΥΝΑΙΚΕΙΑ ΣΤΕΙΡΩΣΗ



ο τοκετός έγινε με γενική ή τοπική νάρκωση, πολύ συχνά η απολίνωση μπορεί να γίνει χωρίς πρόσθετη νάρκωση. Η επέμβαση διαρκεί μόλις τριάντα λεπτά και δεν χρειάζεται να μείνει η γυναίκα περισσότερες μέρες στο νοσοκομείο από ότι θα έμενε για τον τοκετό, έτσι μ' αυτό τον τρόπο αποφεύγονται πρόσθετα έξοδα και μια νέα εισαγωγή στο νοσοκομείο. Αν η γυναίκα έχει γεννήσει φυσιολογικά χωρίς νάρκωση, η απολίνωση μπορεί να γίνει μετά τον τοκετό, μόλις το επιτρέψουν οι συνθήκες. Η επέμβαση προϋποθέτει ωστόσο γενική νάρκωση. Στην περίπτωση που η γυναίκα γέννησε με καισαρική τομή η απολίνωση γίνεται ταυτόχρονα με την ίδια τομή.

Η κοιλιακή απολίνωση είναι μια σχετικά απλή και εύκολη επέμβαση, που δεν απαιτεί ειδικό εξοπλισμό ή ασυνήθεις χειρισμούς. Σαν εγχείρηση είναι σχεδόν ακίνδυνη και τα αποτελέσματα της (η προστασία από την εγκυμοσύνη) σχεδόν 100%. Επειδή το τμήμα που καταστρέφεται ή αφαιρείται, είναι πολύ μικρό (το μεγαλύτερο μέρος της σάλπιγγας μένει αλώβητο), σε ορισμένες περιπτώσεις, η κοιλιακή απολίνωση είναι δυνητικά αντιστρεπτή.

II. Απολίνωση με μικρολαπαροτομία

Η επέμβαση γίνεται με μια μικρή εγκάρσια τομή (2,5-3cm) ακριβώς πάνω από το τριχωτό της ήβης. Η βασική τεχνική διαφορά σε αυτή τη μέθοδο είναι η χρήση ενός εργαλείου που πλησιάζει τη μήτρα και τις σάλπιγγες στην ευθεία της τομής, έτσι ο χειρουργός μπορεί να απολινώσει τις σάλπιγγες που τις έχει μπροστά του. Η επέμβαση είναι απλή, γρήγορη και μπορεί να γίνει με τοπική νάρκωση στο ιατρείο, κάτι που περιορίζει αισθητά το κόστος της.

III. Κολπική απολίνωση των σαλπίγγων.

Αυτή η μέθοδος απολίνωσης δεν διενεργείται ποτέ τον τοκετό, και αυτό γιατί οι σάλπιγγες βρίσκονται πολύ ψηλά και δεν μπορεί να τις πιάσει ο γιατρός. Η κολπική απολίνωση γίνεται κατά κανόνα σε γυναίκες που δεν εγκυμονούν, που τα γεννητικά τους όργανα είναι φυσιολογικά και ο κόλπος αρκετά ευρύχωρος. (η επέμβαση γίνεται μέσα από τον κόλπο, άρα ο εγχειρητικός χώρος είναι πολύ περιορισμένος).

Η επέμβαση γίνεται με μια μικρή τομή στον άνω κόλπο, ακριβώς πίσω από τον τράχηλο, αποκαλύπτεται η κοιλιακή χώρα μέσα από ένα κενό ανάμεσα στη μήτρα και στο ορθό. Ακινητοποιούνται οι σάλπιγγες κόβεται ενά τμήμα τους και τα κομμένα άκρα περιδέονται.

Στα πλεονεκτήματα αυτή της μεθόδου απολίνωσης αναφέρεται το γεγονός ότι φέρνει λιγότερα ενοχλήματα στις γυναίκες και δεν αφήνει ουλές ή ραβδώσεις, ενώ ο χρόνος παραμονής στο νοσοκομείο κυμαίνεται από 48 έως 72 ώρες. Σαν μειονεκτήματα αναφέρονται α) η μεγαλύτερη απώλεια αίματος σε σχέση με τις άλλες μεθόδους απολίνωσης. (η τεχνική είναι πιο δύσκολη, η αποκάλυψη των οργάνων της πυέλου δεν είναι εύκολη και ο χειρουργός ενεργεί σχεδόν στα τυφλά) β) ο κίνδυνος πιθανής πυελικής μόλυνσης. (τα βακτηρίδια του κόλπου μπορούν εύκολα να εισχωρήσουν στην πυελική κοιλότητα.) Γι' αυτούς τους λόγους η μέθοδος αυτή δεν χρησιμοποιείται πολύ συχνά.

IV. Στείρωση με λαπαροσκόπηση

Αυτή η τεχνική προορίζεται κυρίως για τις γυναίκες που δεν έχουν μείνει έγκυες πρόσφατα. Κάτω από γενική ή πιο σπάνια από τοπική νάρκωση με μια μικρή παρακέντηση κάτω ακριβώς από τον ομφαλό διοχετεύεται σιγά σιγά μέσα στην κοιλιακή χώρα καθαρό διοξείδιο του άνθρακα. Όπως το σώμα της ασθενούς κρέμεται με το κεφάλι προς τα κάτω, το αέριο διογκώνει την κοιλιά και απομακρύνει το έντερο από τα πυελικά όργανα, αποκαλύπτοντας έτσι τη μήτρα και τις σάλπιγγες. Η οπή της παρακέντησης διευρύνεται τότε αρκετά για να περάσει το λαπαροσκόπιο, ένας λεπτός σωλήνας που μοιάζει με τηλεσκόπιο, εξοπλισμένος με ένα δυνατό φως που δεν καίει. Όταν εντοπιστούν οι σάλπιγγες με το λαπαροσκόπιο ένα δεύτερο εργαλείο (για καυτηρίαση των ιστών) εισάγεται από την ίδια τρύπα ή από μια άλλη στο υπογάστριο. Οι σάλπιγγες ανασκόνονται με προσοχή και καυτηριάζονται σε δυο-τρία μέρη. Όταν τελειώσει η επέμβαση δίνεται διέξοδος στο διοξείδιο και όσο μένει απορροφιάται ακίνδυνα από τον οργανισμό. Ο δείκτης αποτυχίας κυμαίνεται γύρω στο 0,2% ποσοστό πολύ μικρό σε σχέση με τις άλλες μεθόδους απολίνωσης των σαλπίγγων.

Η επέμβαση δεν απαιτεί πολυήμερη παραμονή στο νοσοκομείο. Συνήθως αν όλα πάνε καλά η γυναίκα μπορεί να φύγει την επόμενη, έτσι το κόστος της εγχείρησης μειώνεται αισθητά. Η λαπαροσκόπηση δεν πρέπει να θεωρείται εύκολη επέμβαση, μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρές επιπλοκές όπως ακατάσχετη αιμορραγία, διάτρηση κάποιου οργάνου, ηλεκτρικά εγκαύματα του εντέρου. Επίσης η επέμβαση είναι μη αναστρέψιμη λόγω της εκτεταμένης ουλοποίησης και ένωσης των σαλπίγγων.

V. Μητροσκοπική στείρωση

Πρόκειται για μια μέθοδο στείρωσης που συνίσταται στην εισαγωγή ενός λεπτού τηλεσκοπικού οργάνου μέσα από τον τραχηλικό σωλήνα στην κοιλότητα της μήτρας. Μόλις εντοπιστούν τα μικρά στόμια των σαλπίγγων καυτηριάζονται με ένα άλλο εργαλείο που εισάγεται μέσα από το τηλεσκόπιο. Η επέμβαση διαρκεί λιγότερο από πέντε λεπτά και δεν χρειάζεται τομή και ούτε ειδικός χειρουργικός εξοπλισμός, μπορεί επίσης να γίνει και στο ιατρείο του γυναικολόγου. Μέχρι σήμερα λίγες σχετικά γυναίκες έχουν υποβληθεί σε αυτή την επέμβαση με ποσοστό επιτυχίας γύρω στο 90%.

Η εφαρμογή της μεθόδου διαδίδεται καθημερινά, και δεν αποκλείεται η μητροσκοπική στείρωση να αποδειχθεί μια μέρα σαν ο πιο εύκολος, ο πιο γρήγορος, ο πιο ακίνδυνος και ο πιο φτηνός τρόπος στείρωσης.

Και μετά την στείρωση τι γίνεται;

Η γυναίκα μπορεί να επαναλάβει τις σεξουαλικές επαφές τις μετά την στείρωση ανάλογα με το τι θα της πει ο γιατρός της, με το πως αισθάνεται και με την μέθοδο που ακολούθησε. Η στείρωση με λαπαροσκόπηση ή με κοιλιακή απολίνωση επιβάλλει αποχή από την συνουσία για μια ή δυο βδομάδες, στην κολπική απολίνωση απαιτείται αποχή 4 με 6 εβδομάδων τουλάχιστον ώστε να εξασφαλιστεί η σωστή επούλωση της τομής στον άνω κόλπο. Η στείρωση δεν επηρεάζει καθόλου την σεξουαλική ζωή, αντίθετα μπορεί να συμβάλλει στη βελτίωση της γιατί απομακρύνει τον κίνδυνο φόβο της εγκυμοσύνης.

Η γυναίκα θα εξακολουθεί να έχει ωορρηξία, περίοδο και μια απόλυτα φυσιολογική παραγωγή γυναικείων ορμονών, γιατί η μήτρα και οι ωοθήκες μένουν αλώβητες. Φυσιολογικά η γυναίκα θα είναι όπως και πριν με την εξαίρεση ότι δεν θα μπορεί να μείνει έγκυος. Τα ωάρια που θα απελευθερώνονται από τις ωοθήκες θα αποσυντίθενται σιγά-σιγά και θα απορροφούνται από τον οργανισμό.

Όλες οι μέθοδοι αποκλεισμού των σαλπίνγων έχουν κατά κανόνα μόνιμο και μη αντιστρέψιμο αποτέλεσμα. Τα αποτελέσματα της χειρουργικής πλαστικής αποκατάστασης των σαλπίνγων είναι απογοητευτικά. Γι' αυτό η επέμβαση θα πρέπει να γίνεται ύστερα από σοβαρή σκέψη και ιδιαίτερα για τις γυναίκες κάτω από τα τριάντα όσο και αν φαίνεται η ιδανική λύση στο αντισυλληπτικό πρόβλημα.

3.3 Στείρωση στους άντρες - Βαζεκτομή.

Τα σπερματοζωάρια μεταφέρονται από τους όρχεις στην ουρήθρα του πέους (στον ουρικό σωλήνα) μέσα από τους δυο σπερματικούς πόρους, η βαζεκτομή είναι η λύση της συνέχειας αυτών των διαβάσεων στο πιο ευπρόσιτο ανατομικό σημείο τους - ακριβώς κάτω από το δέρμα σε κάθε πλευρά του όσχεου. Η επέμβαση διαρκεί είκοσι με τριάντα λεπτά και γίνεται στο ιατρείο. Με τοπική νάρκωση διενεργείται μια μικρή τομή κι απ' τις δυο πλευρές του όσχεου. Ύστερα αφαιρείται ένα τμήμα από κάθε σπερματικό πόρο και κλείνονται τα ελεύθερα άκρα (εικ. 5). Στις περισσότερες περιπτώσεις παρατηρείται ένας ελαφρύς πόνος και ο άντρας μπορεί να επαναλάβει τις δραστηριότητες του μέσα σε δυο μέρες.

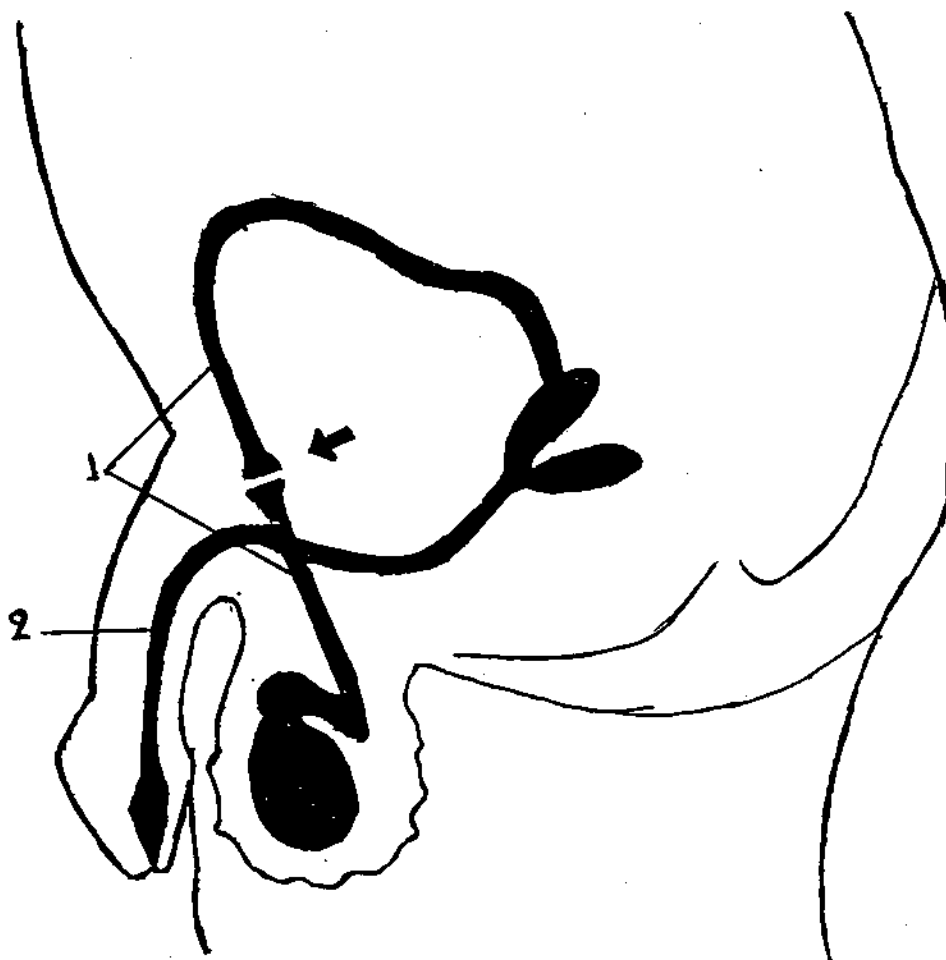
Πρέπει να επισημάνουμε ότι μετά την βαζεκτομή απαιτείται να χρησιμοποιείται είτε από την γυναίκα είτε από τον άντρα κάποια αντισυλληπτική μέθοδος, και αυτό γιατί οι άντρες εξακολουθούν να έχουν ένα πλήθος σπερματοζωαρίων πάνω στο σημείο που έγινε η βαζεκτομή. Στους περισσότερους άντρες απαιτείται ένα διάστημα έξι βδομάδων με δυο μηνών τακτικής συνουσίας για να απομακρυνθούν τα εναπομείναντα σπερματοζωάρια. Ωστόσο πολλοί ουρολόγοι συνιστούν προφύλαξη για τρεις με τέσσερις μήνες μέχρι να υπάρξει απόλυτη βεβαιότητα ότι το σπερματικό υγρό είναι ελεύθερο σπερματοζωαρίων.

Η βαζεκτομή δεν επηρεάζει την σεξουαλική ικανότητα του άντρα ούτε παρεμποδίζει την παραγωγή των αντρικών ορμονών. Ο άντρας θα έχει κανονική στύση, θα φτάνει στον οργασμό, θα εκσπερματώνει. Η ποσότητα της εκσπερμάτωσης δεν θα επηρεαστεί, το σπερματικό υγρό θα είναι τώρα ένα μίγμα από εκκρίσεις του προστάτη και των σπερματοδόχων κύστεων.

Παρόλο ότι είναι δυνατό να επανασυνδεθεί με επιτυχία ο σπερματικός πόρος με μικροχειρουργική στο 80% με 90% των περιπτώσεων, η γονιμότητα δεν επανέρχεται πάντοτε. Αιτία είναι η παρουσία αντισωμάτων κατά του σπέρματος. Αν παρόλα αυτά ο άντρας επιθυμεί να αντιστρέψει τη βαζεκτομή του (δαπανηρή και πολύωρη επέμβαση) θα πρέπει να έχει υπόψη του ότι τα αποτελέσματα είναι καλύτερα αν η επέμβαση γίνει πριν περάσουν δέκα χρόνια από τη βαζεκτομή. Σήμερα γίνονται ερευνητικές προσπάθειες για την πρόσκαιρη αναχαίτηση του σπέρματος στον σπερματοδόχο πόρο, το πρόβλημα και εδώ είναι η δημιουργία αντισωμάτων

Συμπερασματικά μπορούμε να πούμε ότι η θεληματική στείρωση του ενός από τους δύο θα πρέπει να συστήνεται μόνο στα άτομα που είναι συναισθηματικά ώριμα, ξέρουν τι θέλουν και ύστερα από προσεκτική σκέψη επιθυμούν μια αποτελεσματική και μόνιμη λύση στο αντισυλληπτικό τους πρόβλημα.

ΕΙΚ. 6 : ΑΝΤΡΙΚΗ ΣΤΕΙΡΩΣΗ



Το βέλος δείχνει το σημείο που γίνεται η τομή και το δέσιμο του σπερματικού πόρου, έτσι ώστε να εμποδίζεται το πέρασμα των σπερματοζωαρίων.

Η στείρωση επιβάλλεται μόνο στην περίπτωση που ο ένας από τους δυο συζύγους είναι φορέας σοβαρής κληρονομικής ασθένειας, όταν η γυναίκα διατρέχει κίνδυνο να πεθάνει από μια πιθανή εγκυμοσύνη και όταν επίσης η γυναίκα είναι διανοητικά καθυστερημένη και δεν μπορεί να εφαρμόσει καμιά μέθοδο αντισύλληψης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4

Χαρακτηριστικά, αποτελεσματικότητα και παρενέργειες των κυριότερων αντισυλληπτικών μεθόδων.

ΜΕΘΟΔΟΣ	(ΑΝ) ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ: ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΕΣ ΣΕ 100 "ΓΥΝΑΙΚΕΣ-ΕΤΗ"	ΠΙΘΑΝΟΛΟΓΟΥΜΕΝΟΣ ΤΡΟΠΟΣ ΔΡΑΣΕΩΣ	ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ
Μικρότερη του 0.2			
Στεירוποίηση (άνδρα ή γυναίκας)	Με καλή τεχνική η αποτελεσματικότητα είναι πρακτικά απόλυτη, αποτυχίες είναι πολύ σπάνιες, αλλά οπωσδήποτε κάπως συχνότερες στη στεירוποίηση του άνδρα παρά της γυναίκας.	Αποκλεισμός της πορείας του σπέρματος ή του ωαρίου με απολίνωση των σαλπίνγων ή των σπερματικών πόρων.	Αδυναμία αποκατάστασης της αναπαραγωγικής ικανότητας αργότερα. Χειρουργικοί κίνδυνοι είναι πολλοί περιορισμένοι.
Μικρότερη του 0.3			
Αντισυλληπτικά δισκία	Η αποτελεσματικότητα σχεδόν απόλυτη όταν η χρήση των αντισυλληπτικών δισκίων γίνεται σύμφωνα με τις οδηγίες	Αναστολή της ωορρηξίας και επίδραση στη βλέννη που αποφρασσει στόμιο της μήτρας	Υψηλό κόστος, ανάγκη καθημερινής χρήσεως ορισμένες παροδικές παρενέργειες. Η μακροχρόνια χρήση τους μπορεί να συνεπάγεται αύξηση της συχνότητας θρομβοεμβολικών επεισοδίων και σε κάποιο βαθμό της στεφανιαίας νόσου της καρδιάς. Ο σχετικός κίνδυνος για τις ανεπιθύμητες αυτές ενέργειες είναι παντως πολύ

ΜΕΘΟΔΟΣ	(ΑΝ) ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ- ΤΙΚΟΤΗΤΑ: ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΕΣ ΣΕ 100 "ΓΥΝΑΙΚΕΣ-ΕΤΗ"	ΠΙΘΑΝΟΛΟΓΟΥΜΕΝΟΣ ΤΡΟΠΟΣ ΔΡΑΣΕΩΣ	ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ
---------	---	------------------------------------	---------------

μικρός (2ως3). Δεν υπάρχει ένδειξη ότι τα αντισυλληπτικά διακία αυξάνουν τη συχνότητα του καρκίνου του μαστού δεν έχει επιβεβαιωθεί ότι αυξάνουν την πιθανότητα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, ενώ υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις ότι η χρήση τους μειώνει τη συχνότητα του καρκίνου του ενδομητρίου και της ωοθήκης.

Ενδομήτριο έλασμα (πλαστικό με ή χωρίς προσθήκη χαλκού ή ορμονών.	3	Παρεμπόδιση της ενδομητρικής εμφυτεύσεως του γονιμοποιημένου ωαρίου (παράπλευρη σπερματοκτόνα ενέργεια των πρόσθετων ουσιών, όπως ιόντων χαλκού)	Δυσανεξία από μερικές γυναίκες, μερικές φορές πόνοι ή παράταση της καταμήνιας αιμορραγίας. Αύξηση της συχνότητας εξωμητρικών κυήσεων.
Ανδρικό ελαστικό προφυλακτικό (καπότα)	10	Παρεμπόδιση της εισόδου του σπέρματος στον κόλπο της γυναίκας.	Πιθανή ρήξη κατά τη χρήση, πιθανή έκκριση σπέρματος μετά την άρση της στύσεως, ανάγκη ανδρικής πρωτοβουλίας, αισθητικά μειονεκτήματα.
Πλαστικό διαφραγμα (σε συνδυασμό με σπερματοκτόνα αλοιφή)	15	Αποκλεισμός της εισόδου του σπέρματος στην κοιλότητα της μήτρας και καταστροφή του σπέρματος.	Ανάγκη εισαγωγής μέσα στον κόλπο με το χέρι. Μερικές φορές ελαφρός ερεθισμός. Μετακίνηση του δια-

ΜΕΘΟΔΟΣ	(ΑΝ) ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ- ΤΙΚΟΤΗΤΑ: ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΕΣ ΣΕ 100 "ΓΥΝΑΙΚΕΣ-ΕΤΗ"	ΠΙΘΑΝΟΛΟΓΟΥΜΕΝΟΣ ΤΡΟΠΟΣ ΔΡΑΣΕΩΣ	ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ
---------	---	------------------------------------	---------------

			φράγματος κατά τη συνουσία ή ακατάλληλη τοποθέτησή του, μπορεί να οδηγήσει σε μείωση της αποτελεσματικότητας.
Ρυθμός (αποχή κατά τις γόνιμες ημέρες της γυναίκας).	25	Αποχή κατά τις γόνιμες ημέρες της γυναίκας όπως αυτές προκύπτουν με βάση το θερμομετρικό διάγραμμα ή τη μέση ημερολογιακή εκτίμηση.	Δυσχερής ο προσδιορισμός των γόνιμων ημερών και ανάγκη αποχής από γενετήσιες σχέσεις κατά τη διάρκεια ορισμένων ημερών.
Διακοπή της συνουσίας πριν την εκσπερμάτιση.	25	Διακοπή της συνουσίας πριν την εκσπερμάτιση, εκσπερμάτιση εκτός του κόλπου.	Πρόωρη διακοπή της συνουσίας, ψυχολογικές επιπτώσεις, μερικές φορές αδυναμία αναστολής της εκσπερμάτισης.
Σπερματοκτόνες ουσίες (σε αλοιφές ή δισκία)	25	Σπερματοκτόνα δράση και μηχανική παρεμπόδιση των σπερματοζωαρίων.	Ολισθηρότητα του κόλπου και ροή υγρών απ' αυτόν, ανάγκη χρησιμοποίησής λίγο πριν από τη συνουσία, μερικές φορές ελαφρός ερεθισμός.
Κολπικές πλύσεις	35	Μηχανική απομάκρυνση του σπέρματος από τον κόλπο και καταστροφή του σπέρματος.	Μερικές φορές ελαφρός ερεθισμός, ψυχολογικές και αισθητικές συνέπειες.
Προκλητή έκτρωση (με απόξεση ή εισρόφηση)	0 (Απόλυτη αποτελεσματικότητα)	Διακοπή της κυήσεως με απόσπασή του εμβρύου από τη μητρική κοιλότητα.	Μικροί άμεσοι χειρουργικοί κίνδυνοι. Ως απώτερες επι-

ΜΕΘΟΔΟΣ	(ΑΝ) ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ- ΤΙΚΟΤΗΤΑ: ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΕΣ ΣΕ 100 "ΓΥΝΑΙΚΕΣ-ΕΤΗ"	ΠΙΘΑΝΟΛΟΓΟΥΜΕΝΟΣ ΤΡΟΠΟΣ ΔΡΑΣΕΩΣ	ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ
---------	---	------------------------------------	---------------

πλοκές αναφέ-
ρονται εξωμη-
τρική εγκυμο-
σύνη και δευ-
τεροπαθής
στειρότητα αλ-
λά η συχνότητά
τους φαίνεται
ότι είναι σχε-
τικά περιορι-
σμένα. Ηθικοί
προβληματισμοί

Προκλητή
έκτρωση
(φαρμα-
κολογι-
κά)

Η αποτελεσματι-
κότητα διαφόρων
εμπειρικών φαρ-
μάκων που χρησι-
μοποιήθηκαν στο
παρελθόν είναι ε-
ξαιρετικά περιο-
ρισμένη. Σήμερα
χρησιμοποιούνται
ορισμένα φάρμακα
μεγάλες δόσεις οι-
στρογόνων αμέσως
μετά την πιθανο-
λογούμενη σύλληψη,
προσταγλανδίνες
για κυήσεις σχε-
τικά προχωρημέ-
νες) που θεωρού-
νται αποτελεσμα-
τικά αλλά δεν έ-
χουν ακόμη χρησι-
μοποιηθεί σε με-
γάλη έκταση.

Για τα εμπειρικά
φάρμακα που χρη-
σιμοποιούνταν στο
παρελθόν η δράση
τους βασίζεται σε
γενική τοξική επί-
δραση και για το
λόγο αυτό είναι ε-
πικίνδυνη. Τα οι-
στρογόνα φαίνεται
ότι δυσκολεύουν
την εγκατάσταση του
γονιμοποιημένου ω-
αρίου, ενώ η δράση
των προσταγλανδινών
αφορά ποικίλα στά-
δια της διαδικασίας
εμφυτεύσεως και
συντηρήσεως.

Οι σύγχρονες
μέθοδοι δεν έ-
χουν ακόμα τε-
λειοποιηθεί σε
βαθμό που να
επιτρέπει την
ευρεία εφαρμο-
γή τους. Η
χρησιμοποίηση
εμπειρικών
φαρμάκων συνε-
πάγεται σημα-
ντικού κινδύ-
νου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Η αντισύλληψη στην εφηβική ηλικία έχει γίνει σε πολλές χώρες αντικείμενο αυξημένου ενδιαφέροντος μεταξύ γονέων, εκπαιδευτικών, γιατρών και του κοινού γενικά. Η επιδημική αύξηση των κυήσεων και των εκτρώσεων στην εφηβεία και η αύξηση των επιπλοκών τους θεωρείται αποτέλεσμα της έλλειψης ή ανεπάρκειας στην εφαρμογή ή της μη αποδοχής μιας συστηματικής ενημέρωσης πάνω σε θέματα γενετησιακής αγωγής. Τα προβλήματα και οι ιδιαιτερότητες που αντιμετωπίζει ο έφηβος κάνουν επιτακτική την προσέγγιση και του, τόσο από την οικογένεια και το σχολείο, όσο και από το γιατρό.

Η μέση ηλικία της εμμηναρχής έχει μειωθεί στις αναπτυγμένες χώρες και οι νέοι εμφανίζουν σεξουαλική δραστηριότητα σε μικρότερες ηλικίες. Σ' αυτό συντελεί η αλλαγή ορισμένων βιολογικών παραγόντων (υγεία, διατροφή) και η πρόωμη έκθεση των νέων στα σεξουαλικά θέματα. Αποτέλεσμα της πρόωμης αυτής σεξουαλικής δραστηριότητας είναι η αύξηση των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων στους εφήβους και η αύξηση των κυήσεων ή των εκτρώσεων.

Στατιστικές που αφορούν 20 - 22 εκατομμύρια εφήβους στις Η.Π.Α (ηλικίας 15 - 19) δείχνουν ότι το 1/2 ή 11.000.000 έχουν ήδη δραστηριοποιηθεί σεξουαλικά. Επίσης από τις στατιστικές αυτές προκύπτουν και τα εξής στοιχεία:

1. Από τις 11.000.000 σεξουαλικά ενεργείς εφήβους, 1.000.000 μένουν έγκυες κάθε χρόνο και πάνω από 600.000 φθάνουν στον τοκετό.
2. Το 1/5 όλων των τοκετών αφορούν εφήβους.
3. Τα 2/3 των κυήσεων των κοριτσιών κάτω από τα 20 είναι ανεπιθύμητες.

Ένας από τους σημαντικότερους λόγους που οδηγούν στην αύξηση των κυήσεων είναι και η έλλειψη σεξουαλικής αγωγής σε νέους ηλικίας 15-19 ετών. Ένα μεγάλο ποσοστό των νέων δεν είναι ενημερωμένοι για τις διαθέσιμες μεθόδους, ενώ ένα εξίσου σημαντικό ποσοστό των νέων αποφεύγουν να επισκεφθούν τον γυναικολόγο επειδή φοβούνται ότι δεν υπάρχει εχεμύθεια ή για οικονομικούς λόγους.

Η πρόοδος στη μείωση της επιδημίας κυήσεων και εκτρώσεων στην εφηβεία θα επιτευχθεί μόνο αν υπάρξει σωστή σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των νέων. Η ενημέρωση αυτή θα μπορούσε να έχει μαζικό χαρακτήρα και να γίνεται από το σχολείο, τα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού ή τα μέσα ενημέρωσης, αλλά θα πρέπει να είναι και προσωπική καθώς ο κάθε νέος αποτελεί μια ιδιαίτερη περίπτωση με ξεχωριστές ανάγκες.

Στην συνέχεια θα αναφερθούν οι διαθέσιμες αντισυλληπτικές μέθοδοι, καθώς και τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα τους στην εφηβική ηλικία.

1. ΜΕΘΟΔΟΙ ΡΥΘΜΟΥ

Είναι μια μέθοδος που χρειάζεται καλή γνώση της φυσιολογίας της αναπαραγωγής και επιπλέον δεν είναι πρακτικά εφαρμόσιμη στις περιπτώσεις των νέων με σποραδικές σεξουαλικές σχέσεις, που είναι και πιο συχνές.

2. ΣΠΕΡΜΑΤΟΚΤΟΝΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

Η αποτελεσματικότητά τους είναι σχετικά μικρή, όταν χρησιμοποιούνται μόνες τους. Σε συνδυασμό με το προφυλακτικό προσφέρουν υψηλού βαθμού προστασία και η χρήση τους είναι πιο απλή απ' ό,τι των διαφραγμάτων.

3. ΚΟΛΠΙΚΟ ΔΙΑΦΡΑΓΜΑ

Η εφαρμογή κολπικών διαφραγμάτων δεν είναι δημοφιλής στην χώρα μας. Σε συνδυασμό με τις σπερματοκτόνες ουσίες μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε περιπτώσεις που δεν ενδείκνυνται η χρήση των χαπιών ή των σπειραμάτων. Το μεγαλύτερο πρόβλημα που δημιουργεί είναι η κακή εφαρμογή, που θα μπορούσε όμως να ελαττωθεί με τη σωστή εκπαίδευση απ' το γιατρό. Πάντως το διάφραγμα δύσκολα θα μπορούσε να γίνει μέθοδος ευρύτερης αποδοχής.

4. ΔΙΑΚΕΚΟΜΜΕΝΗ ΣΥΝΟΥΣΙΑ

Είναι μια παραδοσιακή μέθοδος αντισύλληψης, που χρησιμοποιείται ίσως πιο πολύ από κάθε άλλη ακόμα και σήμερα. Η αποτελεσματικότητά της μεθόδου είναι περιορισμένη και επιπλέον μειώνει και την ικανοποίηση των δύο συντρόφων. Η μέθοδος είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη στους νέους και σ' αυτό συμβάλλει το γεγονός ότι δεν κοστίζει τίποτα.

5. ΑΝΔΡΙΚΟ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟ

Παρόλο που αρκετοί νέοι δεν το βρίσκουν σαν ελκυστική μέθοδο με τις κατηγορίες ότι "σπάζει εύκολα και μειώνει την ευαισθησία", εξακολουθεί να χρησιμοποιείται από πολλούς εφήβους γιατί είναι φθινό και εύκολο στη χρήση του. Επιπλέον προφυλάσσει σε ικανοποιητικό βαθμό από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

6. ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟ ΣΠΕΙΡΑΜΑ

Το ενδομήτριο σπείραμα ενώ χρησιμοποιήθηκε πολύ στην δεκαετία του 70, σήμερα αρχίζει να παρακμάζει μεταξύ των νέων επειδή κοστίζει και έχει ορισμένες παρενέργειες. Στα νέα κορίτσια εμφανίζεται αυξημένη συχνότητα πυελικής φλεγμονής και μάλιστα μερικές φορές δημιουργούνται συμφύσεις στις σάλπιγγες. Η αναιμία λόγω της αυξημένης απώλειας αίματος κατά την περίοδο, είναι ένας ακόμη λόγος μη αποδοχής του σπειράματος. Το ενδομήτριο σπείραμα θα πρέπει να χρησιμοποιείται σαν εναλλακτική λύση σ' αυτούς που δεν μπορούν να χρησιμοποιήσουν το χάπι και έχουν συχνές επαφές.

7. ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΟ ΧΑΠΙ

Το χάπι είναι το δημοφιλέστερο μέσο αντισύλληψης μεταξύ των εφήβων. Η προτίμηση αυτή οφείλεται στην αποτελεσματικότητά του, και στο ότι η λήψη του είναι ανεξάρτητη από τη σεξουαλική επαφή. Το χάπι είναι η ενδεδειγμένη μέθοδος σε νέους με συχνές και μη προγραμματισμένες σεξουαλικές σχέσεις. Με την προϋπόθεση ότι παίρνεται ανελλιπώς αξασφαλίζει αποτελεσματικότητα σχεδόν 100% ενώ ταυτόχρονα αφαιρεί από τη σεξουαλική πράξη το άγχος της πιθανής σύλληψης επιτρέποντας τη μεγαλύτερη δυνατή απόλαυση της.

Οι νέες γυναίκες αντιμετωπίζουν πολύ μικρότερο κίνδυνο επιπλοκών από ότι οι ενήλικες. Τα απειλητικά για τη ζωή καρδιαγγειακά επεισόδια είναι μάλλον ασυνήθη στην εφηβική ηλικία. Οι κίνδυνοι όμως εξακολουθούν να είναι μεγάλοι για τις βαριές καπνίστριες και για τα κορίτσια με ιστορικό αγγειακών ανωμαλιών. Η βιβλιογραφία πάντως δεν περιλαμβάνει ούτε μια περίπτωση θανάτου από έμφραγμα, θρόμβωση ή πνευμονική εμβολή σε έφηβο που έκανε συστηματική χρήση αντισυλληπτικών χαπιών.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΠΟΥ ΕΜΦΑΝΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΧΑΠΙΟΥ

Συνήθως μπορεί να εμφανισθούν:

- α) αίμα στο μέσο του κύκλου (μεσοκυκλική αιμόρροια) ή καθυστέρηση στην περίοδο (αμηνόρροια)
- β) ναυτία ή έμετοι.
- γ) υγρά από τον κόλπο
- δ) αύξηση του βάρους
- ε) οίδημα
- στ) ακμή
- ζ) διόγκωση των μαστών

Οι περισσότερες απ' τις παραπάνω παρενέργειες συνήθως εξαφανίζονται με το σταμάτημα του χαπιού ή με την αλλαγή του είδους του. Σπανιότερα και σε άτομα με επιβαρημένο ιστορικό μπορεί να παρατηρηθούν:

- α) υπέρταση
- β) επιδείνωση ήδη υπάρχουσας διαταραχής της πήκτικότητας του αίματος (θρομβοεμβολικά επεισόδια).
- γ) επιδείνωση υπάρχοντος διαβήτη
- δ) παρόξυνση ημικρανιών
- ε) χολολιθίαση ή χολοκυστίτιδα.

Για την αποφυγή των επιπλοκών αυτών πριν την χορήγηση του χαπιού θα πρέπει να γίνει πλήρης εξέταση όλων των συστημάτων του οργανισμού, γυναικολογική εξέταση, Pap test και αιματολογικός έλεγχος. Σε καμία περίπτωση η έφηβη δεν πρέπει να χρησιμοποιεί το χάπι που χρησιμοποιεί η φίλη της, χωρίς η ίδια να συμβουλευτεί γυναικολόγο.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5

Επιλογή αντισυλληπτικής μεθόδου από κορίτσια στην εφηβεία	
Μέθοδος	Συχνότητα (%)
Αντισυλληπτικό χάπι	170 (65,5)
Κολπικό υπόθετο	30 (11,5)
Ανδρικό προφυλακτικό	30 (11,5)
Διάφραγμα και σπερματοκτόνος αλοιφή	20 (7,7)
Ενδομητρικό σπείραμα	10 (3,8)

Τα στοιχεία προέρχονται από το κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού του Μαιευτηρίου "Αλεξάνδρα", είναι φανερό ότι το 65% (260) προτίμησαν το χάπι ενώ οι υπόλοιπες μέθοδοι ήταν πολύ λιγότερο προσφιλείς.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο
Η ΤΕΧΝΗΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ
ΠΡΟΚΛΗΤΗ ΕΚΤΡΩΣΗ

5.1 Γενικά

Η προκλητή έκτρωση γίνεται για θεραπευτικούς λόγους (πάθηση της μητέρας ή του εμβρύου) ή λόγω ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης (άμβλωση). Η άμβλωση είναι ένα απ'τα αμφιλεγόμενα θέματα που προβλημάτισε όλες τις κοινωνίες απ'την αρχαιότητα μέχρι σήμερα προκαλώντας πολιτικές, φιλοσοφικές θρησκευτικές και νομικές αντιπαραθέσεις, κινητοποιώντας παράλληλα κοινωνικούς φορείς και οργανώσεις.

Η γυναίκα έγγαμη ή άγγαμη αποτυγχάνοντας συχνά να διαχωρίσει τη σεξουαλικότητα απ'την αναπαραγωγή καταλήγει στην έκτρωση σαν μέσο διακοπής της "ανεπιθύμητης" εγκυμοσύνης. Η εγκυμοσύνη θεωρείται "ανεπιθύμητη" για λόγους κοινωνικούς (εκτός γάμου κύηση), οικογενειακούς (μεγάλα παιδιά ήδη στην οικογένεια), δυσσαρμονίας στις σχέσεις με το σύντροφο, αδυναμίας υποστήριξης και ανατροφής του παιδιού, ηλικίας μητέρας (περιπτώσεις ανηλίκων ή παρηλίκων μητέρων) και πιο συχνά επειδή το κυοφορούμενο έμβρυο είναι προϊόν μιας παροδικής σεξουαλικής σχέσης.

Τα νομικά πλαίσια που υπάρχουν απέναντι στην έκτρωση ποικίλουν. Περίπου το 1/3 του παγκόσμιου πληθυσμού ζει σε έθνη χωρίς περιοριστικούς νόμους για τις εκτρώσεις. Άλλο 1/3 ζει σε χώρες με μέτρια περιοριστικούς νόμους, όπου οι ανεπιθύμητες κυήσεις δεν μπορούν να διακοπούν σαν αποτέλεσμα δικαιώματος ή προσωπικής απόφασης, αλλά μόνο με ευρείας ερμηνείας ιατρικές, ψυχολογικές και κοινωνικές ενδείξεις. Στις υπόλοιπες χώρες οι εκτρώσεις είναι παράνομες χωρίς διάκριση ή επιτρέπονται μόνο αν απειλείται σοβαρά η ζωή της γυναίκας με την συνέχιση της εγκυμοσύνης. Σε ορισμένες χώρες με ελεύθερο καθεστώς εκτρώσεων και έλλειψη ή αποτυχία ευρύτερων προγραμμάτων αντισύλληψης ή διακοπή της εγκυμοσύνης καταντά το απλούστερο και συνηθέστερο μέσο ελέγχου των γεννήσεων προκαλώντας οξυτάτα δημογραφικά προβλήματα.

Οι θέσεις των διαφόρων κοινωνικών φορέων ποικίλουν. Ορισμένες φεμινιστικές οργανώσεις ισχυρίζονται ότι "η γυναίκα, φορέας του κυήματος και αποδέκτης των επιπλοκών μιας έκτρωσης, θα πρέπει να αποφασίσει η ίδια για το σώμα της" τοποθετούμενες έτσι υπέρ της νομιμοποίησης των εκτρώσεων. Άλλοι πάλι απαντούν ότι "το έμβρυο είναι αυτοτελής φορέας ανθρώπινης ζωής, της οποίας η διακοπή δεν μπορεί να είναι θέμα απόφασης της μητέρας και μόνο".

Υπολογίζεται ότι 1 στις 4 περίπου κυήσεις στη γη, διακόπεται με έκτρωση. Στις Ευρωπαϊκές χώρες η υπολογιζόμενη σχέση υπολογιζόμενη σχέση μεταξύ εκτρώσεων και παιδιών που γεννιούνται ζωντανά κυμαίνεται μεταξύ 0,8/1, αν και ο αριθμός των εκτρώσεων φαίνεται να είναι μεγαλύτερος απ'αυτόν που υπολογίζεται. Στην Ιαπωνία η διακοπή της εγκυμοσύνης αποτελεί την κυριότερη μέθοδο ελέγχου των γεννήσεων, ενώ στις Η.Π.Α οι εκτρώσεις έφθασαν το 1975 το 1.000.000 το χρόνο. Στην Ελλάδα δεν υπάρχουν επίσημα στατιστικά στοιχεία, αναφέρονται διαφορετικές εκτιμήσεις που κυμαίνονται από 150.000 έως 400.000 το χρόνο.

5.2 Ποιές είναι οι απόψεις των θρησκειών για την έκτρωση.

Η επίσημη Ρωμαιοκαθολική Εκκλησία θεωρεί ότι η διακοπή της εγκυμοσύνης είναι ανήθικη και τη καταδικάζει. Επιτρέπεται μόνο για να σωθεί η ζωή της μητέρας. Παρόμοια θέση έχει και Ελληνική Ορθόδοξη Εκκλησία. Οι Προτεστάντες έχουν μια πιο ελεύθερη άποψη ενώ μερικά δόγματα αναφέρουν ότι η θεραπευτική έκτρωση είναι επιτρεπτή όταν ζητείται.

Η Μωαμεθανική θρησκεία παίρνει αντίθετη θέση για την έκτρωση ενώ η επίσημη Ιουδαϊκή θέση εξαρτάται από την ερμηνεία του Εβραϊκού νόμου, γενικά όμως φαίνεται ότι η έκτρωση είναι αποδεκτή για την διατήρηση της υγείας της μητέρας.

5.3 Ποιές είναι οι θέσεις των διαφόρων κρατών για την έκτρωση

Οι περισσότερες Μουσουλμανικές χώρες, η πλειονότητα των Αφρικανικών κρατών και των κρατών της Λατινικής Αμερικής καθώς και 6 Ευρωπαϊκές χώρες, το Βέλγιο, η Ιρλανδία, η Μάλτα, η Πορτογαλία, η Ισπανία και η Ελλάδα επιτρέπουν την έκτρωση μόνο για να σωθεί η ζωή της μητέρας.

Η Σοβιετική Ένωση ήταν η πρώτη χώρα που νομιμοποίησε τις εκτρώσεις το 1920. Το 1935 όμως οι νόμοι ξανάγιναν περιοριστικοί, για να επανέλθουν το 1960 στο προηγούμενο καθεστώς. Στη συνέχεια όλες οι χώρες της Ανατολικής Ευρώπης εκτός από την Αλβανία νομιμοποίησαν τις εκτρώσεις στην δεκαετία του 1960.

Η Σουηδία και η Δανία νομιμοποίησαν πλήρως τις εκτρώσεις το 1935. Το 1948 ακολούθησε η Ιαπωνία και το 1967 η Μ. Βρετανία. Η Ινδία ακολούθησε το 1971. Ο Καναδάς και οι Η.Π.Α. εφάρμοσαν "ελεύθερους" νόμους για τις εκτρώσεις το 1969 και 1973 αντίστοιχα, ενώ το 1975 ακολούθησε και η Γαλλία. Στη Λαϊκή Δημοκρατία της Κίνας τέλος οι εκτρώσεις είναι πλήρως ελεύθερες.

5.4 Πλεονεκτήματα-Μειονεκτήματα νομιμοποίησης εκτρώσεων.

Απο στατιστικά δεδομένα σε χώρες με ελεύθερες τις εκτρώσεις, προκύπτει ότι η νομιμοποίηση έχει τα εξής επακόλουθα:

- α) Μείωση του αριθμού των επιπλοκών απ' τις εκτρώσεις
- β) Μείωση της νεογνικής θνησιμότητας
- γ) Μείωση του αριθμού των εξώγαμων παιδιών.
- δ) Ελάττωση του αριθμού των παιδιών που "εγκαταλείπονται" μετά την γέννηση τους.

Το κυριότερο πρόβλημα που σχετίζεται με την αύξηση του αριθμού των εκτρώσεων σε χώρες όπου αυτές είναι νόμιμες είναι το δημογραφικό, η ελάττωση δηλαδή του αριθμού γεννήσεων. Ένα άλλο πρόβλημα δημιουργείται στην εξαγωγή συμπερασμάτων, λόγω της δυσκολίας του υπολογισμού των παράνομων εκτρώσεων, ο υπολογισμός γίνεται μόνο με εκτιμήσεις και όχι με ακριβή στατιστικά στοιχεία.

5.5 Σε ποιές περιπτώσεις είναι νόμιμη η διακοπή της εγκυμοσύνης στην Ελλάδα

Με τον νόμο 1609 "για την τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης και την προστασία της υγείας της γυναίκας" που ψηφίστηκε το 1986 επιτρέπεται η διακοπή της εγκυμοσύνης όταν έχει σκοπό

"την ανατροπή απρόβλεπτου, αναπότρεπτου ή άλλου κινδύνου της ζωής ή σπουδαίας και διαρκούς βλάβης της υγείας της κυοφορούσης" και εφ'όσον η ανάγκη αυτή βεβαιώνεται και με πιστοποιητικό ενός ακόμη γιατρού πλην του γυναικολόγου. Εδώ συμπεριλαμβάνονται γυναίκες με σοβαρό βαθμό σακχαρώδη διαβήτη, σοβαρές καρδιοπάθειες - νεφροπάθειες, κακοήθη νοσήματα (καρκίνος) παθήσεις του νευρικού συστήματος ή σοβαρές ψυχικές διαταραχές. Η έκτρωση επίσης επιτρέπεται σε περιπτώσεις που η σύλληψη έγινε μετά από βιασμό ή αποπλάνηση κοριτσιού κάτω των 15 ετών καθώς και σε περιπτώσεις αιμομειξίας. Η διακοπή της εγκυμοσύνης τέλος είναι νόμιμη σε περιπτώσεις που διαπιστώνεται ότι το έμβρυο πάσχει από σοβαρές συγγενείς ή κληρονομικές ανωμαλίες.

5.6 Παραδοσιακί και χωρίς ιατρική δεοντολογία τρόποι διακοπής της εγκυμοσύνης.

Όλοι σχεδόν οι λαοί χρησιμοποίησαν ή χρησιμοποιούν δυο βασικούς τρόπους διακοπής της εγκυμοσύνης: α) φαρμακευτικές ουσίες β) μηχανικούς τρόπους ή μαλάξεις της κοιλιάς.

Τα παλιά χρόνια χρησιμοποιήθηκε μια μεγάλη ποικιλία από φάρμακα και βότανα, για τη διακοπή της εγκυμοσύνης. Τέτοια ήταν τα εκχυλίσματα από ρίζες τεύτλων, το υπερμαγγανικό κάλι, ο μόλυβδος τα αλκαλοειδή της ερυσιβώδους ολύρας, το κινίνο.

Μια ευρύτατα διαδεδομένη μέθοδος διακοπής της εγκυμοσύνης που ανήκει στους μηχανικούς τρόπους, για κυήσεις μέχρι τον 3ο μήνα είναι η ενδομήτρια εισαγωγή ουροκαθετήρα ή παρόμοιου μαλακού οργάνου. Η πρακτική αυτή μπορεί ν'αποβεί μοιραία τόσο για το έμβρυο, όσο και για την μητέρα, ο θάνατος οφείλεται κυρίως στη διάτρηση της μήτρας, της ουροδόχου κύστης ή του εντέρου καθώς και σε εκτεταμένη ακατάσχετη αιμορραγία ή σε σοβαρή λοίμωξη με σηψαιμικό σόκ.

Η πρόκληση έκτρωσις με μαλάξεις στην κοιλιά (μασάζ) είναι μια τεχνική προσφιλής στην Ανατολή. Η πίεση που εξασκείται στην κοιλιά είναι τόσο μεγάλη, ώστε οι εκχυμώσεις να φαίνονται για πολλές μέρες. Ο πόνος, η αιματουρία, η μέλαινα κένωση είναι μερικές από τις επιπλοκές, ενώ μερικές φορές χρειάζεται να βγει η μητέρα για να σωθεί η γυναίκα από την αιμορραγία.

Οποιοι κι' αν είναι οι λόγοι που οδηγούν μια γυναίκα στην έκτρωση, δεν πρέπει ποτέ να την επιχειρήσει μόνη της ή λαθραία. Σε κάθε περίπτωση κινδυνεύει σοβαρά η υγεία της τόσο που πολλές φορές η ενέργεια της να θεωρηθεί καθαρή αυτοκτονία.

5.7 Χειρουργικές τεχνικές εκτρώσεων.

Η τεχνική που χρησιμοποιείται για την έκτρωση, εξαρτάται από το στάδιο της εγκυμοσύνης. Οι τεχνικές που εφαρμόζονται στο πρώτο τρίμηνο είναι οι εξής:

- α) διαστολή του τραχήλου και απόξεση
- β) διαστολή του τραχήλου και αναρρόφηση
- γ) αναρρόφηση του ενδομητρίου ή "ρύθμιση περιόδου"

A. Διαστολή του τραχήλου και απόξεση

Γίνεται με διάφορους τρόπους ανάλογα με την ηλικία της εγκυμοσύνης. Οι πιο συνηθισμένοι είναι α) Η χρησιμοποίηση μεταλλικών κηρίων. Πρόκειται για κυλινδρικά, λεία μεταλλικά όργανα, διαφόρου διαμέτρου η οποία και τα χαρακτηρίζει. Αρχίζουν από το Νο 3 που αντιστοιχεί σε διάμετρο 3mm και φθάνουν στο Νο 24.

κύηση γ) σε ανώμαλη μήτρα (δίκερως) και δ) σε ανεπαρκή καθαρισμό του εμβρύου από την μήτρα.

4. Τραύμα στον τραχήλο ή στη μήτρα

Εκδηλώνεται με την μορφή ανεπάρκειας του τραχηλικού στομί-ου λόγω βίαιης ή απότομης διαστολής με επακόλουθο αποβολές σε μελλοντικές εγκυμοσύνες, ή με τη μορφή ενδομητρικών συμφύσεων λόγω υπερβολικής απόξεσης του ενδομητρίου και επακόλουθη φλεγ-μονή. Σαν επακόλουθο μπορεί να έχουμε στείρωση λόγω αδυναμίας εμφύτευσης του εμβρύου στη μήτρα ή αποβολές.

5. Αιμορραγία.

Η υπερβολική αιμορραγία κατά την επέμβαση ή μετά από αυτή αποτρέπεται με τοπική αναισθησία, χρήση συσταλτικών παραγόντων της μήτρας και μαλάξεις αυτής. Οι περισσότερες γυναίκες παρου-σιάζουν αιμορραγία κατά τη διάρκεια των δύο πρώτων βδομάδων μετά την έκτρωση. Αν η γυναίκα αιμορραγεί περισσότερο από όσο αιμορραγούσε κατά την έμμηνο ρύση οφείλει να επισκεφθεί το γιατρό της. Η επόμενη εμμηνόρροια πρέπει να αρχίσει μετά από 4-6 εβδομάδες. Τέλος η συνουσία πρέπει να αποφεύγεται για μια τουλάχιστον εβδομάδα.

6. Ψυχικές διαταραχές

Η γυναίκα που καταλήγει στην έκτρωση υφίσταται στις περισ-σότερες περιπτώσεις ψυχοσωματικό τραυματισμό. Εγγαμη ή άγαμη καταφεύγει στην έκτρωση ως ύστατη λύση, αντιμετωπίζοντας τον κίνδυνο σοβαρών άμεσων ή έμμεσων επιπλοκών.

Τελειώνοντας πρέπει να πούμε ότι η γυναίκα οφείλει να επι-σκεφθεί το γιατρό της αμέσως μόλις εντοπίσει κάποια απόκλιση από τη φυσιολογική της κατάσταση (πυρετός, κράμπες, αιμορραγία). Ο κίνδυνος του θανάτου είναι μικρός και εξαρτάται πάντα από το χρόνο της κύησης και την μέθοδο που χρησιμοποιείται, όπως δείχ-νει και ο πίνακας 6 από το Κέντρο Ελέγχου Ασθενειών των Η.Π.Α.

Πίνακας 6

Ποσοστό θανάτων από νόμιμες εκτρώσεις στις Η.Π.Α				
Εβδομ. Κύησης	Θάνατοι	Περιπτώσεις	Ποσοστό σε 100.000 εκτρώσεις	Σχετικός κίνδυνος
8	10	1.539.649	0,6	1,0
9 - 10	19	1.100.484	1,7	2,8
11 - 12	17	600.357	2,8	4,7
13 - 15	17	216.161	7,0	13,0
16 - 20	40	249.161	16,1	26,8
21	13	48.553	26,8	44,7
ΣΥΝΟΛΟ	116	3.909.187	3,0	

Η διαστολή του τραχηλικού στομίου γίνεται προοδευτικά εισάγοντας στον τράχηλο κηρία της επόμενης κάθε φορά διαμέτρου, μέχρις ότου είναι δυνατή η εισαγωγή στη μήτρα του κατάλληλου για κάθε περίπτωση αναροφητήρα ή ξέστρου. β) Με τη χρησιμοποίηση λαμιναρίων. Οι λαμινάριες είναι μικρά τεμάχια από κλαδιά ενός φυτού που ονομάζεται *Laminaria Figitata* Όταν τοποθετούνται μέσα στον αυλό του τραχήλου, προκαλούν μέσα σε μερικές ώρες προοδευτική διαστολή του. Η διαστολή οφείλεται στην αργή αλλά σταθερή διόγκωση που υφίστανται οι λαμινάριες όταν προσροφούν υγρά.

Τα ξέστρα είναι μεταλλικά όργανα με οξύ χείλος, τα οποία "ξύνουν" την κοιλότητα της μήτρας, αποκολλώντας έτσι τμηματικά το έμβρυο από αυτή.

Β. Διαστολή του τραχήλου και αναρρόφηση

Πρόκειται για την πιο συνηθισμένη σήμερα μέθοδο διακοπής της εγκυμοσύνης στο πρώτο τρίμηνο. Εφαρμόζεται με γενική αναισθησία και προϋποθέτει διαστολή του τραχηλικού στομίου. Στη συνέχεια μπαίνει ένας λεπτός μεταλλικός ή πλαστικός σωλήνας από τον τράχηλο στην κοιλότητα της μήτρας. Υστερα μέσω μιας αναρροφητικής αντλίας μεταδίδεται στο σωλήνα αρνητική πίεση, με αποτέλεσμα να αναρροφείται μέσα σε λίγα δευτερόλεπτα όλο το περιεχόμενο της μήτρας. Η όλη διαδικασία δεν διαρκεί πάνω από 5 λεπτά.

Γ. Αναρρόφηση του ενδομητρίου ή "ρύθμιση περιόδου" ή "μικροέκτρωση"

Πρόκειται για αναρρόφηση του περιεχομένου της μήτρας με τη χρησιμοποίηση ενός λεπτού πλαστικού καθετήρα διαμέτρου 4-6mm και με τη βοήθεια μιας σύριγγας, χωρίς να χρειάζεται να γίνει διαστολή του τραχήλου ή αναισθησία. Η μέθοδος αυτή εφαρμόζεται πριν ακόμη το test εγκυμοσύνης γίνει θετικό και μπορεί να εφαρμοσθεί σε γυναίκες με τακτική περίοδο, στις οποίες μια καθυστέρηση 10-14 ημερών σημαίνει συνήθως εγκυμοσύνη. Η μέθοδος αυτή δεν χρησιμοποιείται γενικά γιατί δεν είναι ασφαλής.

Τέλος θα πρέπει να αναφέρουμε μια ακόμη μέθοδο που χρησιμοποιείται περιστασιακά για τη διακοπή μιας κύησης στο δεύτερο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, την υστερεκτομή κατά την οποία αφαιρείται ολόκληρη η μήτρα. Η τεχνική περιλαμβάνει αφαίρεση του εμβρύου και του πλακούντα με μια μικρή τομή στη μήτρα, έτσι το έμβρυο παρόλο ότι συνήθως γεννιέται ζωντανό, πεθαίνει μέσα σε μερικά λεπτά, επειδή είναι ακόμη πολύ ανώριμο. Η υστερεκτομή αποκλείει κάθε περίπτωση πιθανής σύλληψης, αν η γυναίκα θελήσει μια μέρα να κάνει παιδιά.

5.8 Πότε γίνεται μια έκτρωση

Αν μια γυναίκα καταλήξει στην έκτρωση είναι καλό να υλοποιήσει την απόφαση της όσο το δυνατό νωρίτερα. Σήμερα οι περισσότερες εκτρώσεις γίνονται πριν συμπληρώσει η γυναίκα δώδεκα εβδομάδες κύησης. Πέρα από τους τρεις μήνες, η αύξηση του μεγέθους της μήτρας κάνει τη διακοπή της κύησης πολύ πιο δύσκολη. Μετά από τις είκοσι εβδομάδες είναι πολύ αργά για την έκτρωση και θα πρέπει να συντρέχει σοβαρός λόγος για την πραγματοποίησή της. (η κύηση επικίνδυνη για τη γυναίκα) Στην περίπτωση αυτή η διακοπή της εγκυμοσύνης μπορεί να γίνει με δυο τρόπους α) με

συνδυασμένη εφαρμογή διαστολής, απόξεσης και αναρρόφησης. Η επέμβαση γίνεται σε δυο χρόνους-διαστολή του τραχηλικού στόμιου συνήθως με λαμινάριες και 12-24 ώρες αργότερα, εκκένωση του περιεχομένου της μήτρας. β) με ενδομήτρια έγχυση διαφόρων ουσιών που προκαλούν συσπάσεις της μήτρας, διαστολή του τραχήλου και έξοδο του εμβρύου. Τέτοιες ουσίες είναι υπέρτονα αλατούχα διαλύματα ή προσταγλανδίνες. Η γυναίκα εισάγεται στο νοσοκομείο, όπου μετά από τοπική αναισθησία γίνεται αμνιοπαρακέντηση, δηλ. μια βελόνη προωθείται απ' το δέρμα της κοιλιάς στον αμνιακό σάκκο, συνήθως με τη βοήθεια των υπερήχων. Στην αρχή αναρροφείται μια ποσότητα αμνιακού υγρού, το οποίο αντικαθίσταται με αλατούχο διάλυμα ή διάλυμα που περιέχει προσταγλανδίνες. Τα διαλύματα αυτά προκαλούν καταστροφή του πλακούντα με επακόλουθο θάνατο του εμβρύου. Επιπλέον προκαλούν συσπάσεις της μήτρας και αποβολή του εμβρύου μέσα σε 24-36 ώρες. Η γυναίκα παραμένει στο νοσοκομείο δυο με τρεις μέρες ανάλογα με τον χρόνο πρόκλησης του τοκετού. Μετά την έξοδο από το νοσοκομείο θα εξακολουθήσει να έχει λίγο αίμα από τον κόλπο, όπως ακριβώς και στον πραγματικό τοκετό. Η επόμενη περίοδος εμφανίζεται σε 6 με 10 εβδομάδες.

5.9 Επιπλοκές που μπορεί να παρουσιασθούν σε εκτρώσεις που γίνονται, όταν η εγκυμοσύνη είναι μικρή.

Γενικά η συχνότητα των επιπλοκών σε εκτρώσεις που γίνονται κατά την διάρκεια των τριών πρώτων μηνών της εγκυμοσύνης είναι χαμηλή. Οι πιο συχνές απ' αυτές είναι:

- 1) Παραμονή στη μήτρα εμβρυικών στοιχείων
- 2) Διάτρηση της μήτρας
- 3) Βλάβες στον τράχηλο
- 4) Αιμορραγία
- 5) Διάτρηση του εντέρου
- 6) Πυελική φλεγμονή
- 7) Σπάνια μπορεί να συμβεί καρδιακή ανακοπή ή έντονη αλλεργική αντίδραση απ' το αναισθητικό.

5.10 Επιπλοκές των εκτρώσεων του δεύτερου τριμήνου της εγκυμοσύνης.

Οι επιπλοκές αυτές είναι αρκετά συχνές και ορισμένες φορές πολύ σοβαρές. Οι σοβαρότερες απ' αυτές είναι:

- 1) Έντονη φλεγμονή (ενδομητρίτιδα, σηψαιμία)
- 2) Μεγάλη αιμορραγία
- 3) Διαταραχές της πήκτικότητας του αίματος
- 4) Παραμονή στοιχείων κύησης μέσα στη μήτρα
- 5) Ρήξη μήτρας, εντέρου ή ουροδόχου κύστης
- 6) Αποτυχία διεκπεραίωσης της έκτρωσης
- 7) Νέκρωση του μυομήτριου λόγω έγχυσης μέσα σ' αυτό του υπερτόνου αλατούχου διαλύματος.

5.11 Προυποθέσεις για την αποφυγή επιπλοκών κατά την έκτρωση

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

1. Η εγκυμοσύνη βρίσκεται στο αρχικό της στάδιο.
2. Η γυναίκα είναι υγιής
3. Ο γιατρός είναι καλά εκπαιδευμένος και με πείρα στην τεχνική της έκτρωσης
4. Η γυναίκα δεν έχει πάθει πρόπτωση ή οπισθόπτωση της μήτρας, και αντιλαμβάνεται έγκαιρα τα προειδοποιητικά σημεία για ενδεχόμενα προβλήματα
5. Γίνει προσεκτική εξέταση του ιστού που προέρχεται από την αναρρόφηση ή την απόξεση, για να αποκλειστεί κάθε πιθανότητα να είναι μάζα ή εκτοπική εγκυμοσύνη.
6. Η γυναίκα έχει αρνητικό RH-, πρέπει να κάνει ανοσία με σφαιρίνη. Μετά την επέμβαση πρέπει να λαμβάνονται τα κατάλληλα αντιβιοτικά για την προφύλαξη της μήτρας από πιθανές μολύνσεις. (μετά την επέμβαση 1gr τετρακυκλίνης και στη συνέχεια 500mg x 4 με ολική λήψη 9gr.)
7. Η γυναίκα είναι απόλυτα σίγουρη ότι θέλει την έκτρωση.

5.12 Προβλήματα που εμφανίζονται μετά την έκτρωση

Τα προβλήματα αυτά μπορεί να είναι: 1) μόλυνση 2) συγκράτηση προϊόντων σύλληψης - ενδομήτριος θρόμβος αίματος 3) συνέχιση της εγκυμοσύνης 4) τραύμα στον τράχηλο ή τη μήτρα 5) αιμορραγία 6) ψυχικές διαταραχές.

1. Μόλυνση

Οι μολύνσεις μετά την έκτρωση είναι πιθανές, αν δε ληφθούν τα κατάλληλα μέτρα. Οι μολύνσεις εκδηλώνονται ως ενδομητρίτιδες (φλεγμονή του ενδομητρίου) ή μπορεί να απλωθούν πάνω από τη μήτρα με τη μορφή παραμητρίτιδας, σαλπιγγίτιδας ή περιτονίτιδας. Γίνονται αντιληπτές ως κράμπες, με κρίσεις πυρετού, έκκρισης ή δυσφορίας στην πύελο. Η γυναίκα που εμφανίζει τέτοια συμπτώματα οφείλει να συμβουλευτεί αμέσως τον γιατρό της. Ανάλογα με τη βαρύτητα της μόλυνσης μπορεί να κάνει θεραπεία στο σπίτι ή να χρειαστεί νοσηλεία στο νοσοκομείο με τα κατάλληλα αντιβιοτικά. Τέλος η γυναίκα πρέπει να γνωρίζει ότι σε περίπτωση πυελικής φλεγμονής η στείρωση είναι πολύ πιθανή.

2. Συγκράτηση προϊόντων σύλληψης - Ενδομήτριος θρόμβος.

Η εμφάνιση ενδομητρίου θρόμβου αίματος είναι πολύ συχνή κατά το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης. Ο θρόμβος παρουσιάζεται αμέσως ή μετά από 5 ημέρες και εκδηλώνεται με δυνατούς πόνους από κράμπα. Η διάγνωση γίνεται με εξέταση της πύελου και το καλύτερο φάρμακο είναι η μέθοδος αναρρόφησης. Η συγκράτηση προϊόντων σύλληψης είναι πολύ πιο σπάνια και θεραπεύεται με ξύστρα αναρρόφησης.

3. Συνέχιση της εγκυμοσύνης

Μια τέτοια επιπλοκή μπορεί ν'αποφευχθεί με προσεκτική εξέταση των προϊόντων σύλληψης μετά από κάθε άμβλωση. Η συνέχιση της εγκυμοσύνης γίνεται αντιληπτή από τα συμπτώματα εγκυμοσύνης που συνεχίζονται καθώς και από τη μεγέθυνση της μήτρας που βεβαιώνεται με γυναικολογική εξέταση. Η συνέχιση της εγκυμοσύνης μπορεί να οφείλεται α) σε κύηση διδύμων β) σε εξωμήτρια

5.13 Η άμβλωση στην εφηβική ηλικία

Δύσκολα μπορεί να βρεί κανείς στοιχεία για τις εκτρώσεις στην εφηβική ηλικία. Τα στοιχεία που υπάρχουν προέρχονται από ανώνυμα ερωτηματολόγια μελέτης στο Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού του Μαιευτηρίου "Αλεξάνδρα" και δείχνουν ότι σε σύνολο 260 κοριτσιών ηλικίας 14-19, 75 δηλ. ποσοστό 28,8% είχαν κάνει μία ή περισσότερες εκτρώσεις.

Οι επιπλοκές των εκτρώσεων στην εφηβική ηλικία παρουσιάζονται αυξημένοι και σ' αυτό συμβάλλει το γεγονός ότι εδώ η έκτρωση γίνεται κρυφά και βιαστικά, για να μην το μάθουν οι γονείς. Επιπλέον η συνήθως απληροφόρητη έφηβη παρασύρεται και καταφεύγει σε επικίνδυνους τρόπους διακοπής της εγκυμοσύνης.

Στην έφηβο συνίσταται: α) σε κάθε καθυστέρηση της περιόδου να πηγαίνει έγκαιρα στον γυναικολόγο β) να μην συμβουλευεται φίλους ή γνωστούς για το πρόβλημα της αλλά μόνο υπεύθυνα ιατρικά κέντρα και το γυναικολόγο της γ) να απευθύνεται στις κοινωνικές υπηρεσίες όπου κοινωνικοί λειτουργοί την συμβουλεύουν ανάλογα δ) αν είναι δυνατό να απευθυνθεί στη μητέρα της και ν' αντιμετωπίσουν μαζί το πρόβλημα, τέλος να μην χρησιμοποιήσει κανένα φάρμακο χωρίς τη συμβουλή του γιατρού της.

Το θέμα των εκτρώσεων σήμερα αντιμετωπίζεται νομοθετικά. Η έφηβη όμως πρέπει να καταλάβει ότι είναι καλύτερο γι' αυτή να εφαρμόσει κάποια αντισυλληπτική μέθοδο παρά να καταφύγει στην έκτρωση έστω και αν δεν είναι παράνομη. Τα διάφορα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού παρέχουν πληροφορίες με κάθε μυστικότητα, και μπορούν να δώσουν στην έφηβη την λύση που αναζητάει.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο Η ΣΤΕΙΡΟΤΗΤΑ

6.1 Γενικά

Λέγοντας στειρότητα εννοούμε την ανικανότητα αναπαραγωγής σ'ένα ζευγάρι που μπορεί να έχει ολοκληρωμένες σχέσεις, μετά από ένα χρόνο κοινή συμβίωση. Ο χρόνος αυτός αποτελεί οδηγό σημείο για ν'αρχίσει εντατική διερεύνηση της αιτιολογίας της στειρότητας. Η στειρότητα δεν πρέπει να συγχέεται με την ανικανότητα που είναι η αδυναμία σεξουαλικής επαφής, ούτε με την αγονιμότητα όπου μπορεί να υπάρχει ικανότητα σύλληψης αλλά ανικανότητα συμπλήρωσης της εγκυμοσύνης.

Υπολογίζεται ότι ποσοστό 25% του πληθυσμού αντιμετωπίζει προβλήματα γονιμότητας. Η στειρότητα είναι κάτι το προσωπικό που όμως αφορά την κοινή ζωή του ζευγαριού, αφού συχνά δημιουργεί έλλειψη κατανόησης και ψυχολογικά τραύματα στον ένα ή στον άλλο. Συνήθως από την έλλειψη σεξουαλικής αγωγής, το φταίξιμο αποδίδεται στην γυναίκα και οι άντρες απαιτούν να υποβάλλεται εκείνη στις εξετάσεις, όμως έχει αποδειχθεί ότι η ευθύνη του άντρα είναι κάθε άλλο παρά ασήμαντη, αφού στατιστικά 35-40% των περιπτώσεων αφορούν αυτόν.

Υπάρχουν δύο είδη στειρότητας:

- α) η προσωρινή ανικανότητα απόκτησης παιδιών, που ονομάζεται παροδική στειρότητα.
- β) η ολική ανικανότητα απόκτησης παιδιών, που καλείται στειρότητα.

6.2 Στειρότητα στη γυναίκα: αίτια

Το κύριο αίτιο της στειρότητας των γυναικών είναι η ανικανότητα ωορρηξίας. Αυτό πιθανά οφείλεται σε ορμονική ανεπάρκεια, αναιμία, ανεπάρκεια βιταμινών, κακή διατροφή, ψυχικό stress ή σε εμφάνιση όγκου που είναι δυνατό να φράζει την είσοδο της μήτρας.

Ακόμα ένα πολύ συνηθισμένο αίτιο στειρότητας είναι οι διάφορες ανωμαλίες των σαλπίγγων, που οφείλονται σε φλεγμονικές καταστάσεις, σε συγγενείς ανωμαλίες, απλασίες και δυσπλασίες. Τέλος η λειτουργία των σαλπίγγων μπορεί να διαταραχθεί καθαρά από ψυχοσωματικά αίτια.

Οι ανωμαλίες της μήτρας, τα ινομύωματα και οι πολύποδες, οι φλεγμονές του ενδομητρίου, οι υπερπλασίες και οι υποπλασίες είναι συχνά αίτια στειρότητας. Επίσης η τραχηλική βλέννη έχει ουσιαστικό ρόλο στη γονιμοποίηση, κάθε αλλοίωση της φυσικοχημικής σύστασης της μπορεί ν'αποτελέσει εμπόδιο στη σύλληψη. Η αλλοίωση αυτή μπορεί να οφείλεται σε μικροοργανισμούς ή στην παρουσία αντισωμάτων προς τα σπερματοζώαρια, ενώ είναι πολύ συχνή η παντελής έλλειψη της βλέννης στη γυναίκα.

Οι ανωμαλίες του κόλπου, λόγω φλεγμονών είναι συχνά αίτιο στειρότητας, γιατί δεν επιτρέπουν την επιβίωση των σπερματοζωαρίων. Επίσης πολλές φορές ο κόλπος κάνει αδύνατη την είσοδο του πέους και την εναπόθεση του σπέρματος με αποτέλεσμα την στειρότητα.

Οι επανειλημμένες αποβολές ή εκτρώσεις αποτελούν το συνηθέστερο αίτιο της δευτεροπαθούς στειρότητας γιατί προκαλούν φλεγμονές, ενδομητρίτιδα και άλλες ανωμαλίες της μήτρας.

Τέλος σαν αφορμές στειρότητας θεωρείται η έκθεση της γυναίκας σε ακτίνες X ή στο ράδιο και η ασυμβατότητα του Rhesus.

6.3 Στεριότητα στον άνδρα: αίτια

Οι παράγοντες αντρικής στεριότητας μπορεί να είναι αλλοιώσεις στην παραγωγή σπερματοζωαρίων, ή τραυματισμοί στους σπερματικούς πόρους ή ακόμη ανικανότητα σωστής τοποθέτησης του σπέρματος στον κόλπο.

Οι ανωμαλίες στην παραγωγή σπερματοζωαρίων χαρακτηρίζονται από πλήρη αδυναμία στην παραγωγή τους δηλ. αζωοσπερμία, και από παραγωγή πολύ λίγων σπερματοζωαρίων (ολιγοσπερμία). Τέλος η πολύ μικρή κινητικότητα που συχνά παρουσιάζουν τα σπερματοζωάρια είναι αίτιο στεριότητας. Ο πίνακας στη συνέχεια μας δείχνει τη συσχέτιση σπερματοζωαρίων - γονιμότητας.

Πίνακας 7

Συσχέτιση σπερματοζωαρίων - γονιμότητας	
Είδος γονιμότητας	Αριθμός σπερματοζωαρίων *
φυσιολογική	το λιγότερο 180
μέτρια	120 - 180
πιθανή	60 - 120
ελάχιστα πιθανή	30 - 60
απίθανη	λιγότερο από 30

* σε εκατομμύρια / εκσπερμάτωση

Συνηθισμένη αιτία ανώμαλου σπέρματος είναι η προσβολή των όρχεων κατά την παιδική ηλικία από παρωτίτιδα. Κακής ποιότητας σπέρμα προκαλούν διάφορες γενικές παθήσεις π.χ. φυματίωση, λοιμώδης μονοκυρήνωση, ασθένειες που αυξάνουν την θερμοκρασία του σώματος, το έντονο stress, το κάπνισμα, η κατάχρηση οινοπνεύματος κ.λ.π.

Οι ανωμαλίες στους σπερματικούς πόρους χαρακτηρίζονται από απόφραξη της επιδιδυμίδας που είναι συχνή μετά από βλενόρροια και φυματίωση. Επίσης μπορεί να είναι αποτέλεσμα τοπικών τραυματισμών ή εγχείρηση βουβωνοκύλης. Σπανιότερα εμφανίζεται συγγενείς έλλειψη σπερματοδόχων κύστεων και σπερματικών πόρων.

Το σπέρμα δεν είναι δυνατό να διοχετευθεί και να τοποθετηθεί στον κόλπο όταν η εκσπερμάτωση είναι πρόωρη ή παλίνδρομη. Πολλές φορές η αδυναμία εκσπερμάτωσης είναι αποτέλεσμα οργανικής ή ψυχοσωματικής ανικανότητας και συναισθηματικής υπερφόρτωσης.

6.4 Διάγνωση

Για τη σωστή διάγνωση των αίτιων της στεριότητας απαιτείται η εξέταση τόσο του άνδρα όσο και της γυναίκας. Λαμβάνεται λεπτομερές ιατρικό ιστορικό και από τους δυο, ενώ εξετάζεται η υγιεινή και σεξουαλική ζωή του ζευγαριού.

Στην γυναίκα εξετάζεται οποιαδήποτε περίπτωση φλεγμονής, εγχείρησης ή τραυματισμού στην πύελο, που θα οδηγήσει στην απόκλυση ανωμαλίας στις σάλπιγγες. Λαμβάνεται πλήρες γυναικολογικό και μαιευτικό ιστορικό, ενώ ακολουθεί η εξέταση της φυσικής κατάστασης της γυναίκας ιδιαίτερα σημαντική για την ανακάλυψη ενδοκρινολογικών ανωμαλιών. Ελέγχεται η διαβατότητα των σαλπίγγων.

γων, η ικανότητα της γυναίκας για ωορρηξία, ενώ επίσης μελετάται η τραχηλική βλέννα για να ελεγχθεί η ορμονική κατάσταση της γυναίκας και να προληφθεί ενδεχόμενη προκαρκινική αλλοίωση. Ιδιαίτερα σημαντική είναι η δοκιμασία SIMS - HUNNER ή "μετασυνουσιακό τεστ" με την οποία εξετάζεται και εκτιμάται ο αριθμός και η κινητικότητα των σπερματοζωαρίων. Η δοκιμασία γίνεται κατά τη διάρκεια της ωορρηξίας και δεν πρέπει να έχουν περάσει πάνω από 8 ώρες από τη στιγμή της συνουσίας μέχρι την εξέταση. Επιβάλλεται η αποχή του ζεύγους για 72 τουλάχιστον ώρες και μετά την επαφή λαμβάνεται η βλέννα και γίνεται η εξέταση.

Στον άνδρα εξετάζεται 1) ο όγκος του σπέρματος: φυσιολογικά 2-5ml/εκσπερμάτωση 2) η χροιά - όψη: φυσιολογικά η χροιά είναι γαλακτόχροη και η όψη οπαλίζουσα 3) η πήξη: το σπέρμα ενώ στην αρχή έχει υγρή μορφή στη συνέχεια πήζει γρήγορα. Αν υπάρχει ανωμαλία στην εκφορητική οδό δεν πήζει καθόλου 4) η γλοιότητα: χαρακτηρίζεται φυσιολογική όταν μετά τη ρευστοποίηση του είναι δυνατή η απόχευση του σπέρματος από δοχείο συλλογής κατά σταγόνες 5) η αντίδραση: φυσιολογική τιμή του pH είναι 6,9-7,6. Τα σπερματοζωάρια σε όξινο περιβάλλον ακινητοποιούνται.

Ακόμη εξετάζεται ο αριθμός των σπερματοζωαρίων, φυσιολογική τιμή 20.000.000/ml, η κινητικότητα: χαρακτηρίζονται τα σπερματοζωάρια ως ζωηρά - νωθρά κινούμενα και ακίνητα. Η κινητικότητα ελέγχεται την 1η, 3η, 6η, 12η και 24η ώρα. Κατώτερο όριο των ζωηρά κινούμενων την 1η ώρα είναι το 40%, και τέλος εξετάζεται η μορφολογία, γόνιμο χαρακτηρίζεται το σπέρμα το οποίο περιέχει τουλάχιστον 60% φυσιολογικά στη μορφολογία σπερματοζωάρια. Επίσης ο άνδρας υποβάλλεται σε χημική εξέταση της φρουκτόζης του σπέρματος (συμβάλλει στο μεταβολισμό των σπερματοζωαρίων), φυσιολογική τιμή της 100-250mg/ /100ml 1 ώρα μετά την εκσπερμάτωση.

6.5 Θεραπεία

A. Η φαρμακολογική θεραπεία

Τα τελευταία χρόνια η θεραπεία της στειρότητας έκανε μεγάλα άλματα και οι μελετητές συμφωνούν ότι μπορεί να θεραπευθεί μόνο με φάρμακα. Με την εισαγωγή της "γοναδοτροπίνης" έγινε δυνατή πάνω από όλα η θεραπεία των κύκλων χωρίς ωορρηξία της γυναίκας καθώς και η αποκατάσταση της παραγωγής των σπερματοζωαρίων στον άνδρα.

Η γοναδοτροπίνη είναι μια ορμόνη που εκκρίνει η υπόφυση και ονομάζεται έτσι επειδή ρυθμίζει τη λειτουργία των γονιδίων: στον άνδρα ευνοεί την παραγωγή των σπερματοζωαρίων και στην γυναίκα προσδιορίζει την ανάπτυξη των ωοθυλακίων. Επίσης στον άνδρα προκαλεί την έκκριση της τεστοστερόνης και στη γυναίκα συμβάλλει στην έκκριση της οιστρογόνης. Στις γυναίκες λοιπόν με την γοναδοτροπίνη έχουμε επέμβαση στην "ενδομητρίαση" (παρουσία βλεννογόνου της μήτρας έξω από τη μήτρα) όπου απαιτείται ορμονική θεραπεία και τα αποτελέσματα είναι πολύ ικανοποιητικά, ιδιαίτερα αν σκεφτούμε πως η αγωνιμότητα είναι πολύ αυξημένη στις γυναίκες που πάσχουν από ενδομητρίαση.

Η στειρότητα που προκαλείται από ψυχοσωματικούς και νευρικούς παράγοντες θεραπεύεται ως ένα βαθμό με κατάλληλα φάρμακα που θα υποδείξει ο γυναικολόγος και ο νευρολόγος. Σε αυτές τις περιπτώσεις απαιτείται υπομονή και πιστή υπακοή στις υποδείξεις των γιατρών.

Τέλος όταν η στειρότητα είναι αποτέλεσμα μιας επιβεβαιωμένης ασθένειας, ή τουλάχιστον που να μπορεί να διαγνωσθεί βλεννόρροια, φυματίωση, επιδημική παρωτίτιδα κ.τ.λ., η βασική θεραπεία πρέπει να κατευθύνεται πρώτα στις αφορμές και ύστερα στις επιπτώσεις.

Β. Η χειρουργική θεραπεία.

Όταν η φαρμακολογική θεραπεία δε φέρει αποτέλεσμα, τότε καταφεύγουμε στην χειρουργική επέμβαση. Στην περίπτωση της αντρικής στειρότητας που οφείλεται στη στένωση των πόρων η ύστατη λύση είναι η χειρουργική προσπάθεια να επικοινωνήσουν αυτοί πάνω και κάτω από την σχισμή: πρόκειται για μια λεπτή επέμβαση που προσφέρει ικανοποιητικά αποτελέσματα σε πολύ περιορισμένο αριθμό περιπτώσεων. Αντίθετα πολύ πιο ευνοϊκά είναι τα αποτελέσματα των επεμβάσεων στις γυναίκες: όταν υπάρχουν ανωμαλίες των σαλπίνγων η χειρουργική σαλπινγγόλυση (παράκαμψη της απόφραξης) έχει επιτυχία που ανέρχεται στο 37-66%, επίσης η θεραπεία των ανωμαλιών της μήτρας, του τραχήλου και του κόλπου είναι πιο εύκολες. Μετά από χειρουργική επέμβαση δίκερης μήτρας η στειρότητα αντιμετωπίζεται σε ποσοστό 67-100%, μετά από χειρουργική λύση ενδομητρικών συμφύσεων σε ποσοστό 40-50% και μετά από αφαίρεση ινομυωμάτων της μήτρας σε ποσοστό 50%.

Ανεξάρτητα ποιά θεραπευτική μέθοδο θα ακολουθήσει, ο ασθενής καλό είναι να βελτιώσει τη γενική κατάσταση της υγείας του και τη διατροφή του, φροντίζοντας να κοιμάται κανονικά, να αποφεύγει υπερβολικές προσπάθειες, να γυμνάζεται τακτικά, να περιορίζει τα οινοπνευματώδη ποτά και το τσιγάρο, αν είναι παχύσαρκος να ακολουθεί μια δίαιτα πλούσια σε πρωτεΐνες, και για τον άνδρα να φροντίζει η ενδυμασία του να μην προκαλεί αυξομειώσεις στο όσχεο. Τόσο η γυναίκα όσο και ο άνδρας πρέπει να ακολουθούν ένα υγιεινό τρόπο διατροφής, μέσα σε ένα ήρεμο περιβάλλον.

6.6 Η τεχνητή γονιμοποίηση

Στην ιατρική και νομική ορολογία αυτό σημαίνει τη γονιμοποίηση μιας γυναίκας με αντρικό σπέρμα που τοποθετείται στα αναπαραγωγικά της όργανα με ένα κατάλληλο γυναικολογικό εργαλείο. Καταφεύγουμε στην τεχνητή γονιμοποίηση όταν η γυναίκα είναι γόνιμη και ο άντρας είναι στείρος ή αν πάσχει από αζωοσπερμία ή ολιγοσπερμία.

Στην περίπτωση της ολιγοσπερμίας μπορούμε να καταφύγουμε στην τεχνητή ομόλογη γονιμοποίηση (δηλ. με σπέρμα του συζύγου) χάρη σε μια μέθοδο εμπλουτισμού, συγκεντρώνοντας και διατηρώντας σε χαμηλή θερμοκρασία επιμέρους εκσπερμάτωσεις. Η μέθοδος βασίζεται στο γεγονός ότι το πρώτο μέρος της εκσπερμάτωσης είναι και το πλουσιότερο σε σπερματοζωάρια. Ενώνοντας λοιπόν αρκετά "πρώτα μέρη" έχουμε μεγαλύτερες πιθανότητες για επιτυχία. Η τεχνητή ομόλογη γονιμοποίηση μπορεί να χρησιμοποιηθεί και σε περιπτώσεις όπως είναι η αδυναμία συνουσίας και η πρόωρη εκσπερμάτωση.

Μπορεί να υπάρξει όμως και τεχνητή γονιμοποίηση με σπέρμα ξένου δότη, αν και αυτό σε μερικές χώρες θεωρείται παράνομο, και δημιουργεί προβλήματα νομικού χαρακτήρα γύρω απ'τα δικαιώματα του παιδιού που θα γεννηθεί μ'αυτό τον τρόπο.

Συνοψίζοντας μπορούμε να πούμε ότι ενδείξεις για τεχνητή γονιμοποίηση με σπέρμα του συζύγου αποτελούν:

- 1- Ανικανότητα
- 2- Ανατομικές ανωμαλίες του άνδρα ή της γυναίκας
- 3- Ολιγοσπερμία
- 4- Απολίνωση σπερματικών πόρων, ακτινοθεραπεία

Ενδείξεις για γονιμοποίηση με σπέρμα υγιούς δότη αποτελούν:

- 1- Γενετικοί παράγοντες
- 2- Απουσία ζώντων σπερματοζωαρίων κατά την εκσπερμάτωση
- 3- Σοβαρή ασυμβατότητα Rhesus

Η τεχνική της τεχνητής γονιμοποίησης γίνεται σε ειδικά κέντρα, όπου το σπέρμα τοποθετείται μέσα στη κοιλότητα της μήτρας ή και στις σάλπιγγες. Είναι προτιμότερο να χρησιμοποιείται φρέσκο σπέρμα παρά συντηρημένο όπου η αποτυχία είναι πιο συχνή, ενώ η καταλληλότερη ώρα είναι η ώρα της ωορρηξίας ή λίγο πριν. Συνήθως χρειάζονται 2 έως 10 προσπάθειες για να τοποθετηθεί το σπέρμα.

Στην περίπτωση του δότη σπέρματος η αποδεκτή ηλικία είναι από 25-35 ετών. Ο δότης θα πρέπει να υποβληθεί σε πλήρη ιατρικό έλεγχο, και το σπέρμα πρέπει να είναι υψηλής ποιότητας απαλλαγμένο από μικροοργανισμούς. Το ζεύγος τέλος δεν θα γνωρίζει ποιος είναι ο πατέρας του παιδιού τους, ούτε και ο δότης θα ξέρει για ποιόν προορίζεται το σπέρμα του, γιαυτό ο γιατρός θα πρέπει να είναι σίγουρος ότι και οι δυο σύζυγοι αποφασίζουν με τη θέληση τους μετά από ώριμη σκέψη αυτή την λύση και όχι την υιοθεσία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο
ΑΦΡΟΔΙΣΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

7.1 Γενικά

Ο όρος αφροδίσια νοσήματα περιλαμβάνει μια μεγάλη ομάδα ετερογενών νοσημάτων που σαν κοινό χαρακτηριστικό έχουν τη μετάδοση τους, κυρίως διά της σεξουαλικής οδού. Για τον λόγο αυτό τα αφροδίσια νοσήματα ονομάζονται σήμερα "νοσήματα που μεταδίδονται με τη σεξουαλική οδό"

Αρχικά, στα αφροδίσια περιλαμβάνονταν πέντε μόνο νοσήματα: η βλεννόρροια, η σύφιλη, το μαλακό έλκος, το αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα και το βουβωνικό κοκκίωμα. Αυτά σήμερα αποτελούν την ομάδα των "κλασικών" αφροδισίων νοσημάτων. Τελευταία, στην ομάδα των αφροδισίων, περιλήφθηκαν πολλά άλλα νοσήματα που μεταδίδονται επίσης συχνά με την σεξουαλική επαφή και αναφέρονται σαν "νέα αφροδίσια νοσήματα (Πίνακας 8).

Τα "νέα αφροδίσια νοσήματα" συγκεντρώνουν σήμερα το μεγαλύτερο ενδιαφέρον λόγω της συνεχώς αυξανόμενης συχνότητας με την οποία απαντώνται. Τα αφροδίσια νοσήματα αποτελούν σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας σ'όλο τον κόσμο, παρά την μεγάλη πρόοδο της ιατρικής στον τομέα της πρόληψης και θεραπείας των λοιμωδών νοσημάτων. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αναφέρει ότι κάθε χρόνο δηλώνονται σ'όλο τον κόσμο 200.000.000 νέες περιπτώσεις γονοκοκκικής ουρηθρίτιδας και 40.000.000 νέες περιπτώσεις συφιλίδας. Οι πραγματικές περιπτώσεις είναι, φυσικά, περισσότερες, δεδομένου ότι η δήλωση των αφροδισίων δεν είναι παντού υποχρεωτική.

ΠΙΝΑΚΑΣ 8

Αφροδίσια νοσήματα

-
- | | |
|-----|---|
| (α) | Κλασικά αφροδίσια νοσήματα |
| | Συφιλίδα |
| | Βλεννόρροια ή γονοκοκκική ουρηθρίτιδα |
| | Μαλακό έλκος |
| | Αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα |
| | Βουβωνικό κοκκίωμα |
| (β) | Νέα αφροδίσια νοσήματα |
| | Τριχομονάδωση |
| | Καντιτίαση των γεννητικών οργάνων |
| | Μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα |
| | Ψώρα |
| | Φθειρίαση του εφηβαίου |
| | Οξυτενή κονδυλώματα |
| | Ερπης των γεννητικών οργάνων |
| | Ηπατίτιδα Β |
| | Σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας |
-

Από τα νοσήματα του Πίνακα 8 η μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα παρατηρείται με τη μεγαλύτερη συχνότητα και ακολουθεί η βλεννόρροια. Ο αριθμός των περιπτώσεων μη γονοκοκκικής ουρηθρίτιδας θεωρείται ότι είναι περίπου διπλάσιος από τον αριθμό των περιπτώσεων βλεννόρροιας. Επίσης πολύ συχνές είναι η κολπίτιδα και ο έρπητας των γεννητικών οργάνων.

Αντίθετα το μαλακό έλκος, το αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα και το βουβωνικό κοκκίωμα παρατηρούνται σπανίως σήμερα στις αναπτυγμένες χώρες, ενώ η συχνότητα της σύφιλης προς τη συχνότητα της βλεννόρροιας είναι 1:25-40 στην Ευρώπη από στοιχεία της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας.

Η αποτυχία ελέγχου των αφροδισίων νοσημάτων οφείλεται στην ιδιομορφία των παραγόντων που είναι υπεύθυνοι για τη διασπορά τους και οι παράγοντες αυτοί είναι:

- 1/ Ελευθερία των ερωτικών σχέσεων λόγω μεταβολής των εθίμων, αλλαγής του κώδικα συμπεριφοράς, εξασθένησης των ανασταλτικών επιθρησκείας και παραδόσεων.
- 2/ Διακίνηση πληθυσμού (τουρισμός-αστυφυλία-μετανάστευση)
- 3/ Μείωση του φόβου συλλήψεως ή νοσήσεως από αφροδίσια
- 4/ Αντικατάσταση του ελαστικού προφυλακτικού από τα αντισυλληπτικά δισκία
- 5/ Επέκταση της συνεκπαιδεύσεως και κοινής εργασίας ανδρών - γυναικών
- 6/ Διάδοση της ομοφυλοφυλίας
- 7/ Διάδοση των ψυχοφαρμάκων
- 8/ Θεραπευτικές αποτυχίες
- 9/ Ειδικά για τη βλεννόρροια: απουσία ανοσίας, ασυμπτωματικές περιπτώσεις και ανάπτυξη ανθεκτικών στελεχών γονοκόκκου.

Για τη σωστή αντιμετώπιση των νοσημάτων αυτών θεωρείται απολύτως απαραίτητη η γνώση του μεγέθους του προβλήματος σε κάθε χώρα. Πιστεύεται ότι δεν θα υπήρχε άγνοια του προβλήματος εάν μπορούσαν να ληφθούν πληροφορίες από γενικούς γιατρούς που νοσηλεύουν τέτοιους ασθενείς έξω από ειδικά κέντρα και κλινικές. Σημαντική επίσης βοήθεια θα δώσει η δημιουργία καλά οργανωμένων κέντρων υγείας και οικογενειακού προγραμματισμού, όπου θα μπορούν να κατευθύνονται οι άνθρωποι σωστά για διάγνωση και θεραπεία.

Πρωταρχικής σημασίας παράγοντας είναι και η εκπαίδευση του προσωπικού σε όλα τα επίπεδα και ιδιαίτερα στις διαγνωστικές και θεραπευτικές μεθόδους, στην επιδημιολογία και στην ανθρώπινη σεξουαλική συμπεριφορά.

Μεγάλη σημασία έχει ακόμη η πρόληψή τους που μπορεί να επιτευχθεί με την ενημέρωση και υγιεινονομική επιμόρφωση όλων των ανθρώπων και ιδίως των νέων.

Το κάθε άτομο μόνο του μπορεί να προστατέψει τον εαυτό του από ένα αφροδίσιο νόσημα εάν:

- 1/ χρησιμοποιεί προφυλακτικό όταν έχει σχέσεις με κάποιον που δεν γνωρίζει.
- 2/ μετά την επαφή πλένει τα γεννητικά όργανα με νερό και σαπούνι
- 3/ όταν διαπιστώνει κάποιο σύμπτωμα, πάει αμέσως στο γιατρό προτρέποντας και το σύντροφό του να κάνει το ίδιο
- 4/ έχει μόνιμο ερωτικό σύντροφο, μειώνοντας έτσι τις πιθανότητες να προσβληθεί κανείς από ένα σεξουαλικό νόσημα.

7.2 Σύφιλη

Αίτιο της σύφιλης είναι η ωχρά σπειροχαίτη (*Treponema pallidum*.) Διακρίνεται σε "επίκτητη" όταν το άτομο μολυνθεί από κάποιο άλλο άτομο, συνήθως με τη σεξουαλική επαφή, και "συγγενή" όταν το έμβρυο μολυνθεί από τη συφιλιδική μητέρα του.

Η επίκτητη σύφιλη, ανάλογα με τις κλινικές εκδηλώσεις ταξινομείται σε τέσσερα στάδια: πρωτογόνο, δευτερογόνο, λανθάνων και τριτογόνο.

Πρωτόγονος σύφιλη: Εκδηλώνεται 3 εβδομάδες μετά την μόλυνση. Χαρακτηριστική εκδήλωση αυτού του σταδίου είναι η εμφάνιση μιας βλατίδας που γρήγορα εξελκώνεται. Το έλκος είναι ανώδυνο, συνήθως εντοπίζεται στα γεννητικά όργανα και πιά σπάνια σε άλλα μέρη του σώματος, όπως χείλη, γλώσσα, αμυγδαλές, μαλακή ή σκληρή υπερώα, θηλή του μαστού, δάκτυλα των χεριών κ.α. Το έλκος είναι σκληρό, ερυθρό, συνήθως μικρό σε μέγεθος και μαζί μ' αυτό εμφανίζεται και σύστοιχη ή αμφοτερόπλευρη διόγκωση των επιχωρίων λεμφαδένων. Το έλκος περιέχει μεγάλο αριθμό τρεπονημάτων και στο στάδιο αυτό το άτομο μεταδίδει τη νόσο.

Εάν δεν γίνει θεραπεία ακολουθεί η αυτόματη επούλωση του έλκους σε διάστημα 2-3 εβδομάδων χωρίς συνήθως να καταλείπεται ουλή, ενώ η διόγκωση των λεμφαδένων παραμένει για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα.

Δευτερογόνος σύφιλη: Οι εκδηλώσεις της δευτερογόνου σύφιλης αρχίζουν συνήθως 6-8 εβδομάδες μετά την αρχική μόλυνση. Χαρακτηριστική εκδήλωση αυτού του σταδίου είναι η εμφάνιση ανώδυνου, συμμετρικού εξανθήματος (ροδάνθη), το οποίο συνοδεύεται από γενικευμένη ανώδυνη διόγκωση των λεμφαδένων. Το εξάνθημα εμφανίζεται σε οποιαδήποτε περιοχή της επιφάνειας του δέρματος. Συνοδεύεται και από γενικά συμπτώματα όπως πονοκέφαλο, ανορεξία, απώλεια βάρους, πόνο στις αρθρώσεις και στους μύς. Σ' όλη τη διάρκεια του σταδίου το άτομο μεταδίδει τη νόσο.

Χωρίς θεραπεία το εξάνθημα υποχωρεί μετά από λίγες εβδομάδες και η νόσος μεταπίπτει στο επόμενο στάδιο.

Λανθάνουσα σύφιλη: Χαρακτηριστικό του σταδίου αυτού είναι η απουσία κλινικών εκδηλώσεων της νόσου ενώ οι ορολογικές αντιδράσεις είναι θετικές. Κατά την αρχική περίοδο αυτού του σταδίου, η οποία εκτείνεται σε διάστημα τεσσάρων χρόνων, παρατηρούνται υποτροπές της νόσου με τη μορφή των βλεννογονοδερματικών εκδηλώσεων της δευτερογόνου σύφιλης και το άτομο μεταδίδει τη νόσο. Μετά τα τέσσερα χρόνια δεν παρατηρούνται υποτροπές, το άτομο δεν μεταδίδει την νόσο, είναι όμως δυνατή η μόλυνση του εμβρύου από την μητέρα.

Εάν δεν γίνει θεραπεία, ένα ποσοστό 30-35% των ασθενών θα χαθούν αυτομάτως (αρνητικές ορολογικές αντιδράσεις), σε 30-35% των ασθενών η νόσος δεν θα προχωρήσει στο επόμενο στάδιο αλλά οι ορολογικές αντιδράσεις θα παραμείνουν θετικές για το υπόλοιπο της ζωής του ατόμου. Τέλος στο υπόλοιπο 30% η νόσος θα εξελιχθεί και θα εμφανιστεί η συμπτωματολογία της τριτογόνου σύφιλης.

Τριτογόμος σύφιλη: Κατά τη διάρκεια αυτού του σταδίου η νόσος εξελίσσεται αργά και ο ασθενής δε μεταδίδει τη νόσο. Οι βασικές εκδηλώσεις του σταδίου αυτού είναι τα συφιλιδικά κομμιώματα, η σύφιλη του καρδιαγγειακού συστήματος και η νευροσύφιλη.

Διάγνωση: Η διάγνωση της σύφιλης βασίζεται κυρίως στην ανίχνευση αντισωμάτων στον ορό των ασθενών (ορολογικές αντιδράσεις). Στην αρχή, όμως της πρωτογόνου σύφιλης είναι δυνατόν να αναζητηθεί ο μικροοργανισμός σε άμεσο παρασκεύασμα υλικού από το έλκος.

Θεραπεία: Η κατάλληλη θεραπεία με πενικιλλίνη δίνει γρήγορα και ικανοποιητικά αποτελέσματα. Εάν υπάρχει ευαισθησία στην πενικιλλίνη μπορεί να χορηγηθούν τετρακυκλίνες και ερυθρομυκίνη. Οποσδήποτε θα πρέπει να γίνει θεραπεία και των δύο συντρόφων.

7.3 Βλεννόρροια.

Είναι η συχνότερη αφροδίσια νόσος και οφείλεται στο γονόκοκκο ή *Neisseria gonorrhoeae* (Ναισέρια της γονόρροιας). Έχει χρόνο επώασης 3-5 ημέρες. Περιοχές πρωτοπαθούς εντόπισης είναι η ουρήθρα, η αυχενική μοίρα του τραχήλου της μήτρας, ο βλεννογόνος του απευθυσμένου, ο φάρυγγας και ο επιπεφυκότας. Η επέκταση της λοίμωξης κατά συνέχεια ιστών έχει σαν αποτέλεσμα την ανάπτυξη ενδομητρίτιδας, σαλπινγίτιδας και περιτονίτιδας στις γυναίκες και επιδιδυμίτιδας στους άνδρες.

Οι κλινικές εκδηλώσεις της γονοκοκκικής λοίμωξης συνδέονται στενά με το φύλο και την σεξουαλική συμπεριφορά του ατόμου.

Στους ετεροφυλόφιλους άνδρες ο γονόκοκκος προκαλεί οξεία ουρηθρίτιδα, η οποία εκδηλώνεται με πυώδες έκκριμα και αίσθημα δυσουρίας και συχνουρίας. Υπολογίζεται ότι από τους άνδρες που θα εκτεθούν για μια φορά στο γονόκοκκο ποσοστό 35% θα νοσήσουν. Από τα άτομα που θα νοσήσουν ένα ποσοστό 95% θα εμφανίσουν συμπτωματική λοίμωξη ενώ στο 5% η λοίμωξη θα είναι ασυμπτωματική. Εάν η λοίμωξη δεν θεραπευτεί τα συμπτώματα παραμένουν για 6-8 εβδομάδες και αναπτύσσεται ετερόπλευρη επιδιδυμίτιδα σε ποσοστό 5-10% των περιπτώσεων.

Στους ομοφυλόφιλους άνδρες συχνή πρωτοπαθής εντόπιση της γονοκοκκικής λοίμωξης είναι η περιοχή του φάρυγγα και ο βλεννογόμος του απευθυσμένου. Η γονοκοκκική λοίμωξη του φάρυγγα εκδηλώνεται με πόνο στο λαιμό, διόγκωση και υπεραιμία των αμυγδαλών, πυρετό και αίσθημα κακουχίας, συνήθως όμως είναι ασυμπτωματική. Συνήθως ασυμπτωματική είναι και η γονοκοκκική λοίμωξη του βλεννογόνου του απευθυσμένου. Η συμπτωματική λοίμωξη χαρακτηρίζεται από αίσθημα τεινεσμού και αίμα στα κόπρανα.

Στις γυναίκες η αρχική εντόπιση γίνεται στο βλεννογόνο της αυχενικής μοίρας του τραχήλου της μήτρας. Στις περισσότερες περιπτώσεις η λοίμωξη είναι ασυμπτωματική. Η συμπτωματική λοίμωξη χαρακτηρίζεται από την έκκριση ενός παχύρευστου, κιτρινωπού εκκρίματος που δεν συνοδεύεται από γενικά συμπτώματα φλεγμονής. Άλλες εντοπίσεις κατά σειρά συχνότητας είναι η ουρήθρα, ο βλεννογόμος του απευθυσμένου και ο φάρυγγας. Η επέκταση της λοίμωξης από την αυχενική μοίρα του τραχήλου της μήτρας προς τα άνω προκαλεί την ανάπτυξη ενδομητρίτιδας, σαλπινγίτιδας ή πυελικής περιτονίτιδας.

Στα μικρά κορίτσια η γονοκοκκική λοίμωξη εμφανίζεται με τη μορφή αιδοιοκολπίτιδας και οφείλεται συνήθως στην άμεση επαφή με εκκρίματα των γονέων που πάσχουν ή σπανιότερα σε επαφή με μολυσμένα αντικείμενα, όπως π.χ. πετσέτες.

Στα νεογνά η νόσος εμφανίζεται με τη μορφή της γονοκοκκικής οφθαλμίας και η μόλυνση του επιπεφυκότα γίνεται κατά τη γέννηση.

Διάγνωση: Η διάγνωση γίνεται από την κλινική εικόνα και την αναζήτηση του γονοκόκκου στο έκκριμα, είτε σε άμεσο παρασκεύασμα, είτε σε καλλιέργεια. Οι ορολογικές εξετάσεις δεν βοηθούν.

Θεραπεία: Η θεραπεία βασίζεται στην πενικιλίνη σε συνδυασμό με συχνή ιατρική παρακολούθηση. Σε περίπτωση αποτυχίας της πενικιλίνης χορηγείται σουλφοναμίδη ή τετρακυκλίνη.

7.4 Μαλακό έλκος

Αίτιο του μαλακού έλκους είναι ο *Haemophilus ducreyi*. Ο αριθμός των περιπτώσεων της νόσου σήμερα είναι περιορισμένος στις αναπτυγμένες χώρες. Η νόσος είναι συνηθέστερη στους άνδρες, ενώ 10% μόνο των περιπτώσεων αφορά τις γυναίκες.

Πρωτοπαθής εντόπιση της λοίμωξης είναι τα γεννητικά όργανα. Πιο σπάνια η λοίμωξη εντοπίζεται στο στόμα, τα δάκτυλα και τους μαστούς. Χαρακτηριστική εκδήλωση της νόσου είναι η εμφάνιση μιας βλατίδας η οποία γρήγορα μετατρέπεται σε φλύκταινα και ακολουθεί η εξέλκωση στην περιοχή της βλάβης. Το έλκος είναι περιγεγραμμένο, μαλακό και επώδυνο. Λίγες μέρες μετά την εμφάνιση του έλκους παρατηρείται επώδυνη διόγκωση και διαπύηση των συστοίχων βουβωνικών λεμφαδένων.

Σοβαρή επιπλοκή της νόσου είναι η επιμόλυνση και η εξάπλωση του έλκους σε έκταση και σε βάθος που απολήγει σε νέκρωση των ιστών.

7.5 Μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα

Με τον όρο μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα χαρακτηρίζονται όλες οι περιπτώσεις ουρηθρίτιδας οι οποίες δεν οφείλονται στη *Neisseria gonorrhoeae*. Τα αίτια της μη γονοκοκκικής ή μη ειδικής ουρηθρίτιδας είναι άγνωστα. Υπολογίζεται ότι ο αριθμός των περιπτώσεων της μη γονοκοκκικής ουρηθρίτιδας είναι τουλάχιστον διπλάσιος από εκείνο της βλεννόρροιας. Αξιόπιστα, όμως στατιστικά στοιχεία για την νόσο δεν υπάρχουν, επειδή η δήλωση της νόσου δεν είναι υποχρεωτική και στην καθημερινή εργαστηριακή πράξη δεν είναι εύκολη η απομόνωση του αιτιολογικού παράγοντα.

Ο χρόνος επώασης της μη γονοκοκκικής ουρηθρίτιδας κυμαίνεται από 2-3 εβδομάδες. Χαρακτηριστική εκδήλωση της νόσου είναι η παραγωγή μικρής ποσότητας λευκού, λεπτόρρευστου ουρηθρικού εκκρίματος και ο ασθενής παραπονείται για αίσθημα δυσουρίας, όχι όμως έντονο όπως συμβαίνει στη βλεννόρροια.

Μία έως δύο εβδομάδες μετά την έναρξη της ουρηθρίτιδας μικρό ποσοστό ασθενών εμφανίζουν επιπεφυκίτιδα και αρθρίτιδα (σύνδρομο Reiter).

7.6 Οξυτενή κονδυλώματα

Η συχνότητα των οξυτενών κονδυλωμάτων είναι μεγάλη. Εντοπίζονται κυρίως στα γεννητικά όργανα και στο δακτύλιο, τόσο των γυναικών όσο και των αντρών.

Η αρχική βλάβη είναι ένα μικρό ανώδυνο, βλατιδώδες ογκίδιο με επιφάνεια ομαλή ή συνηθέστερα ανώμαλη, το οποίο με την πάροδο του χρόνου μεγαλώνει σε μέγεθος.

Θεραπεία: Τα οξυτενή κονδυλώματα μπορούν να θεραπευτούν με καυτηριασμό σε συνδιασμό με χημικές μεθόδους. Μετά την αφαίρεσή τους μπορεί να υποτροπιάζουν. Γίνεται πάντοτε έλεγχος των δύο συζύγων για αποφυγή αναμολύνσεων.

7.7 Κολπίτιδα

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

Οι κύριοι αιτιολογικοί παράγοντες της κολπίτιδας είναι το πρωτόζωο *Trichomonas vaginalis* και ο μύκητας *Candida albicans*.

Ένας τρίτος τύπος κολπίτιδας αναφέρεται ως μη ειδική κολπίτιδα, η οποία πιθανώς είναι πολυμικροβιακής αιτιολογίας. Η τριχομονάδωση, η καντιντίαση και η μη ειδική κολπίτιδα εμφανίζονται με την ίδια περίπου αναλογία και όλες μαζί αντιπροσωπεύουν ποσοστό μεγαλύτερο από το 90% των περιπτώσεων κολπίτιδας. Η τριχομονάδωση παρατηρείται με μεγαλύτερη συχνότητα σε γυναίκες με πολλούς σεξουαλικούς συντρόφους ενώ η καντιντίαση σε γυναίκες με ένα σεξουαλικό σύντροφο.

Κολπίτιδα από το πρωτόζωο *Trichomonas vaginalis*: Η τριχομονάδα απομονώνεται από το 30-35% των γυναικών με βλεννόρροια και ο Γονόκοκκος απομονώνεται από ανάλογο ποσοστό γυναικών με τριχομονάδωση. Χαρακτηριστική εκδήλωση της νόσου είναι η εκροή άφθονου, λεπτόρρευστου, λευκοκίτρινου ή κιτρινοπράσινου, αφρώδους υγρού από τον κόλπο, το οποίο μερικές φορές είναι δύσσομο. Πολλές φορές υπάρχει αίσθημα κνησμού στα χείλη του αιδοίου. Στο 25% των περιπτώσεων παρατηρείται δυσουρία και συχνουρία. Χωρίς θεραπεία τα συμπτώματα παραμένουν για εβδομάδες ή μήνες με περιόδους ύφεσης και έξαρσης.

Κολπίτιδα από το μύκητα *Candida albicans*: Η καντιντίαση των γεννητικών οργάνων της γυναίκας εκδηλώνεται ως αιδοιοκολπίτιδα και χαρακτηρίζεται από έντονο κνησμό στα χείλη του αιδοίου. Το έκκριμα από τον κόλπο είναι παχύρρευστο και περιγράφεται ως "τύρωδες" (μικρά πήγματα όπως το ανθόθηρο), ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις η ποιότητα του εκκρίματος είναι πολύ μικρή ή δεν υπάρχει έκκριμα. Σε ορισμένες γυναίκες η ένταση των συμπτωμάτων αυξάνει πριν από την έμμηνου ρύση. Δυσουρία παρατηρείται σε λίγες περιπτώσεις.

Μη ειδική κολπίτιδα: Χαρακτηριστική εκδήλωση της μη ειδικής κολπίτιδας είναι η παραγωγή μικρής ποσότητας δύσσομου, ομοιογενούς λεπτόρρευστου, λευκόφαιου ή κιτρινωπού κολπικού εκκρίματος. Στοιχεία φλεγμονής δεν παρατηρούνται από το αιδοίο, ενώ η δυσουρία είναι σπάνια. Γενικά τα συμπτώματα της μη ειδικής κολπίτιδας είναι πιο ελαφρά από τα συμπτώματα της τριχομονάδωσης και της καντιντίαςης.

7.8 Έρπης των γεννητικών οργάνων.

Ο έρπης των γεννητικών οργάνων οφείλεται στον ιό του απλού έρπητα (*Herpes Simplex Virus - HSV*). Τα τελευταία χρόνια η συχνότητα του έρπητα των γεννητικών οργάνων έχει αυξηθεί σημαντικά. Σήμερα θεωρείται η τρίτη σε συχνότητα νόσος που μεταδίδεται με την σεξουαλική επαφή στους άνδρες και τις γυναίκες.

Χαρακτηριστική εκδήλωση της νόσου είναι η εμφάνιση μικρής βλατίδας με ερυθρηματώδη βάση η οποία γρήγορα εξελίσσεται σε φουσαλλίδα. Σε 3-5 ημέρες η φουσαλλίδα εξελκώνεται και σχηματίζεται επιφανειακό επώδυνο έλκος με ανώμαλα χείλη. Μετά από 5-10 ημέρες το έλκος επουλώνεται χωρίς ν' αφήνει ουλή. Τα έλκη μπορεί να είναι μονήρη ή πολλαπλά.

Περιοχές όπου εντοπίζονται τα έλκη είναι το πέος, το αιδοίο ο πρωκτός, η περιπρωκτική περιοχή, οι μηροί και οι γλουτοί. Ποσοστό 90-95% των γυναικών εμφανίζουν επίσης βλάβες στον τράχηλο της μήτρας. Σε πολλά άτομα παρατηρούνται συμπτώματα συστηματικής νόσου, όπως πυρετός, πονοκέφαλος και μυαλγίες.

Από την μητέρα είναι δυνατή η μόλυνση του νεογνού στη διάρκεια του τοκετού. Η συχνότητα της ερπητικής λοίμωξης των νεογνών είναι 1:3.000 έως 1:30.000

Ο έρπης των γεννητικών οργάνων δεν αφήνει ανοσία και γι' αυτό δεν είναι σπάνιες οι υποτροπές.

Θεραπεία: Ειδική θεραπεία δεν υπάρχει. Σήμερα χρησιμοποιούνται αντιιικά φάρμακα π.χ. χρήση αλοϊφής "Vibarabin".

7.9 Σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS)

Το AIDS είναι μια καινούργια αρρώστια. Εντοπίστηκε μόλις το 1981 και έκτοτε εξαπλώνεται με μεγάλη ταχύτητα. Μεταδίδεται βασικά με την σεξουαλική πράξη. Δυστυχώς δεν εμφανίζει προειδοποιητικά συμπτώματα, όπως συμβαίνει με τα άλλα αφροδίσια νοσήματα.

Ο ιός του AIDS προσβάλλει μια ομάδα λεμφοκυττάρων, τα ονομαζόμενα T4 λεμφοκύτταρα, εγκαθίσταται στο DNA του κυττάρου και καθώς πολλαπλασιάζεται, προσβάλλει τα νέα κύτταρα που γεννιούνται.

Χαρακτηριστικές εκδηλώσεις της νόσου είναι το πρήξιμο των λεμφαδένων, η απώλεια βάρους, κακοδιαθεσία και κούραση, πυρετοί και ιδρώτες, επίμονη διάρροια, δερματικές βλάβες, ασυνήθιστη αιμορραγία από το στομα, τη μύτη ή το ορθό, δύσπνοια και βήχας, πονοκέφαλοι και σύγχυση.

Ο ιός του AIDS μεταδίδεται αποκλειστικά με το σπέρμα και το αίμα. Επίσης μπορεί να μεταδοθεί πρίν ή κατά τη διάρκεια του τοκετού από την μητέρα φορέα στο παιδί. Ο ιός δεν μεταδίδεται με το σάλιο, τον αέρα, τον ιδρώτα, το νερό, τα τρόφιμα, τη θάλασσα, τα ξυραφάκια, τα κουνούπια, κ.τ.λ.

Άτομα που διατρέχουν άμεσο κίνδυνο να προσβληθούν από AIDS είναι οι ομοφυλόφιλοι άνδρες, οι αμφισεξουαλικοί άνδρες, οι πορνεύόμενες γυναίκες, τα πολυμεταγγιζόμενα άτομα, άτομα που αλλάζουν συχνά ερωτικούς συντρόφους και άτομα που κάνουν χρήση ναρκωτικών ενδοφλέβια.

Θεραπεία: Μέχρι στιγμής δεν υπάρχει αποτελεσματική θεραπεία για το AIDS. Κανένας ασθενής με πλήρη AIDS δε γλύτωσε από το θάνατο. Τα φάρμακα που μέχρι σήμερα δίνονταν στους ασθενείς είχαν για στόχο τους απλώς να αναβάλουν το μοιραίο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8ο ΥΓΙΕΙΝΗ ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

8.1 Γενική θεώρηση

Σκοπός της υγιεινής του γεννητικού συστήματος είναι η πρόληψη των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων. Τα μέτρα υγιεινής και καθαριότητας του γεννητικού συστήματος εφαρμόζονται ευκολότερα στον άνδρα παρά στη γυναίκα. Το πέος και γενικά όλη η περιοχή του ανδρικού γεννητικού συστήματος είναι πιο προσιτή στον τοπικό καθαρισμό, σε σχέση με τον κόλπο της γυναίκας, ο οποίος παρουσιάζει κοιλότητες (θόλοι, κ.τ.λ.)

8.2 Τοπικός καθαρισμός γεννητικών οργάνων

Για τον τοπικό καθαρισμό των ανδρικών έξω γεννητικών οργάνων τραβιέται κατ'αρχήν η πόσθη του πέους προς τα κάτω έτσι, ώστε να αποκαλυφθεί ολόκληρη η βάλανος. Στη συνέχεια γίνεται πλύσιμο με άφθονο νερό και σαπούνι. Αν παρουσιαστεί κοκκινίλα στο πέος ή υγρό από την ουρήθρα του άνδρα, τότε το καλύτερο μέτρο είναι ο τοπικός καθαρισμός με άφθονο χαμομήλι. Αν όμως ο ερεθισμός επιμένει και ιδίως αν βγαίνει υγρό από την ουρήθρα, τότε η εξέταση από γιατρό (ανδρολόγο, ουρολόγο ή μικροβιολόγο) είναι απαραίτητη. Ο γιατρός παίρνει από την ουρήθρα υγρό για καλλιέργεια με σκοπό την εντόπιση του παθογόνου μικροοργανισμού, που προκαλεί την φλεγμονή, και στη συνέχεια δίνει το κατάλληλο αντιβιοτικό. Η θεραπεία μερικές φορές συμπληρώνεται με την χρησιμοποίηση κάποιου αντισηπτικού διαλύματος ή αλοιφής για τοπική χρήση.

Στη γυναίκα το πλύσιμο με νερό βοηθάει πολύ την τοπική καθαριότητα. Κάθε μέρα και οπωσδήποτε μετά από κάθε επαφή, ακόμη και στην περίοδο, πρέπει να γίνεται τοπικός καθαρισμός της αιδοϊκής και περιπρωκτικής χώρας με άφθονο νερό και σαπούνι. Μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί και χαμομήλι. Μετά την επαφή, πρέπει να γίνεται κοιλική πλύση με άφθονο νερό. Το νερό δεν πρέπει να ρίχνεται με πίεση μέσα στον κόλπο, και αυτό γιατί παρασύρει μικρόβια προς τον τράχηλο και την μήτρα. Με τις οδηγίες του γιατρού μπορεί να χρησιμοποιηθεί και κάποιο ήπιο αντισηπτικό διάλυμα. Καθημερινές κοιλικές πλύσεις, χωρίς να υπάρχει ιδιαίτερος λόγος, δεν πρέπει να γίνονται, γιατί καταστρέφουν την οξύτητα και τους μικροοργανισμούς του κόλπου

Προσοχή στα σαπούνια και τα αντισηπτικά διαλύματα

Ορισμένα σαπούνια και αντισηπτικά διαλύματα αντί να ωφελούν προκαλούν αλλεργία ή είναι βάρια για το δέρμα και προκαλούν δερματίτιδα. Αν μετά τη χρησιμοποίηση κάποιας τέτοιας ουσίας διαπιστωθεί ερεθισμός, πρέπει να γίνει άμεση διακοπή και πλύσιμο με άφθονο νερό και χαμομήλι. Αν η κατάσταση επιμένει, γίνεται εξέταση από τον γιατρό. Με συμβουλή του γιατρού θα πρέπει να γίνεται η χρησιμοποίηση οποιασδήποτε αλοιφής, υποθέτου ή αντισηπτικού διαλύματος. Είναι απαράδεκτο στη σημερινή εποχή η γυναίκα να παίρνει οδηγίες από φίλες για την περιποίηση των γεννητικών οργάνων ή για την αντιμετώπιση κάποιου ερεθισμού.

8.3 Κολπική πλύση - Κολπικό υπόθετο - Κολπική κρέμα.

Οι περισσότερες γυναίκες έχουν τον δικό τους τρόπο εκτέλε-

σης της κολπικής πλύσης. Σήμερα, υπάρχουν ειδικές συσκευές για κολπική πλύση, οι οποίες προωθούν με ευκολία το αντισηπτικό διάλυμα μέσα στον κόλπο. Η γυναίκα κάθεται στη λεκάνη της τουαλέτας ή την μπανιέρα και στην συνέχεια χρησιμοποιεί την συσκευή. Το αντισηπτικό κολπικό διάλυμα δεν χρησιμοποιείται όπως είναι. Τις περισσότερες φορές αραιώνεται σε νερό.

Το κολπικό υπόθετο και η κολπική κρέμα είναι φάρμακα που τοποθετούνται μέσα στον κόλπο για την αντιμετώπιση συνήθως της κολπίτιδας ή τραχηλίτιδας, οι οποίες οφείλονται σε μικρόβια, όπως οι τριχομονάδες, οι μύκητες, κ.α.

Το υπόθετο που το τοποθετεί η γυναίκα χρησιμοποιώντας ένα γάντι μιας χρήσεως πρέπει να μπαίνει βαθιά μέσα στον κόλπο. Μερικές φορές όμως δεν λειώνει και είναι πιθανόν να βγει το επόμενο πρωί. Αυτό δεν σημαίνει ότι η θεραπεία θα σταματήσει. Η γυναίκα πρέπει να χρησιμοποιήσει το επόμενο υπόθετο.

Η κολπική κρέμα τοποθετείται μέσα στον κόλπο με ειδικό ρύγχος. Τις περισσότερες φορές ο γιατρός συνιστά να γίνεται κολπική πλύση πριν γίνει η τοποθέτηση του υποθέτου ή της αλοιφής.

8.4 Υγιεινή τις ημέρες της περιόδου.

Τα μέτρα υγιεινής, που πρέπει να ακολουθεί κάθε γυναίκα κατά τις ημέρες της περιόδου, δεν πρέπει να διαφέρουν απ'αυτά που ισχύουν και κατά τις υπόλοιπες ημέρες του κύκλου. Η καθαριότητα του σώματος και ειδικά των έξω γεννητικών οργάνων είναι επιβεβλημένη. Τα "ντους" κατά τη διάρκεια της έμμηνης ρύσης, προτιμούνται από το μπάνιο. Αποφεύγεται έτσι η είσοδος νερού στον κόλπο ή και τη μήτρα μέσω του τραχήλου που τις ημέρες της περιόδου είναι ανοικτός. Όπως και στις υπόλοιπες ημέρες, πρέπει να αποφεύγεται η χρήση ερεθιστικών σαπουνιών και άλλων χημικών ουσιών που αρκετές φορές προκαλούν δερματίτιδα στην περιοχή του αιδίου. Συνιστάται επίσης η αποφυγή σεξουαλικών επαφών, ενώ τα εσώρουχα πρέπει να αλλάζονται καθημερινά.

Διαφόρων ειδών "σερβιέτες" και "ταμπόν" κυκλοφορούν σήμερα και όχι σπάνια οι γυναίκες ρωτούν τι απ' τα δύο είναι προτιμότερο να χρησιμοποιούν. Δεν υπάρχει αντένδειξη για τη χρησιμοποίηση "σερβιέτων" ή "ταμπόν" στην περίοδο. Στην περίπτωση όμως εφαρμογής "ταμπόν" αυτά πρέπει να αλλάζονται τακτικά για την αποφυγή παλινδρομής των εκκρινμάτων της περιόδου στη μήτρα. Για τον λόγο αυτό, τις νυκτερινές ώρες, είναι προτιμότερη η χρησιμοποίηση "σερβιέτας" αντί "ταμπόν" γιατί το διάστημα που μεσολαβεί μέχρι την επόμενη αλλαγή είναι μεγάλο.

Από την χρησιμοποίηση του "ταμπόν" έχουν αναφερθεί επιπλοκές η πιο σοβαρή των οποίων είναι το "τοξικό shock" που εμφανίζεται με υψηλό πυρετό κι άλλα τοξικά φαινόμενα ενώ τελευταίες μελέτες αναφέρουν και την εμφάνιση μικρών εξελκώσεων στον κόλπο.

Οι γυμναστικές ασκήσεις τέλος όχι μόνο δεν αντενδείκνυνται κατά τη διάρκεια της περιόδου, αλλά μπορεί να είναι και ωφέλιμες. Αντίθετα τα θαλασσινά μπάνια καλό είναι να αποφεύγονται.

ΜΕΡΟΣ Γ'

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο ΚΕΝΤΡΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ

1.1 Οικογενειακός προγραμματισμός και κράτος

Οι θέσεις του κράτους πάνω στο θέμα του οικογενειακού προγραμματισμού ποικίλουν από χώρα σε χώρα. Σε άλλες υπάρχει αρνητική διάθεση για κάθε είδους ρύθμιση της γονιμότητας (π.χ. Ιρλανδία πριν το 1981), σε άλλες υπάρχει καταναγκαστική παρέμβαση σ' αυτήν (Κίνα) και σε άλλες πλήρης σεβασμός του δικαιώματος του ανθρώπου για υπεύθυνη γονιμότητα και προσφορά υπηρεσιών για ελεύθερη άσκηση αυτού του δικαιώματος (Σουηδία)

Σε αναφορά της Διεύθυνσης Οικογενειακού Προγραμματισμού της Π.Ο.Υ (τμήμα Ευρώπης), Ιούνιος 1982, φαίνεται ότι 25 κράτη υποστηρίζουν τις δραστηριότητες Οικογενειακού Προγραμματισμού, 2 δεν τις υποστηρίζουν (Αλβανία, Ρουμανία) και 3 εφαρμόζουν περιορισμούς στην εφαρμογή αντισύλληψης (Ελλάδα, Ιρλανδία, Μάλτα). Στις διάφορες δημοσιεύσεις της Π.Ο.Υ η Ελλάδα θεωρείται χώρα που: 1) επιθυμεί αύξηση της γεννητικότητας, 2) θεωρεί παράνομες τις εκτρώσεις, 3) δεν έχει κρατικά προγράμματα Οικογενειακού προγραμματισμού, 4) δεν έχει προγράμματα σεξουαλικής αγωγής των νέων, 5) έχει περιορισμούς στην εφαρμογή αντισύλληψης.

1.2 Κρατική πρωτοβουλία

Το νομοθετικό πλαίσιο του οικογενειακού προγραμματισμού οριζεται μέχρι σήμερα από τους:

- Νόμο περί διακοπής της κυήσεως 31-1-80
- Νόμο 1036/1980, Κ.Ε.Σ.Υ 1280/31-8-82
- Νόμο 1397/7-10-83 Άρθρο 22, Ε.Σ.Υ
- Νόμο 1609/3-7-86

Η προσφορά της κρατικής πρωτοβουλίας κατά τα τελευταία χρόνια συνίσταται σε:

- 1) Δημιουργία Γνωμοδοτικής Επιτροπής το 1980. Ανασύσταση της Επιτροπής το καλοκαίρι του 1982. Η Επιτροπή σταμάτησε τις εργασίες της τον Φεβρουάριο του 1983.
- 2) Από τον Φεβρουάριο του 1981 έχουν γίνει 4-5 σεμινάρια του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας σε Μαίες, Επισκέπτριες Αδελφές, Σχολιάτρους, Γιατρούς. Αλλά απ' αυτά είχαν σαν μόνο θέμα τον Οικογενειακό Προγραμματισμό και άλλα απλώς είχαν εντάξει το θέμα στο πρόγραμμα γενικότερης επιμόρφωσης - μετεκπαίδευσης σε θέματα υγείας. Επίσης το Υπουργείο Γεωργίας σε συνεργασία με ιδιωτικούς φορείς και ιδιώτες διδάσκει αρχές Οικογενειακού Προγραμματισμού σε διάφορα προγράμματα του.
- 3) Έχουν οργανωθεί κέντρα Προγεννητικής Διάγνωσης
- 4) Έχουν και εκδηλώσεις ιδιωτικής πρωτοβουλίας (Εταιρίες Οικογενειακού Προγραμματισμού, Νοσοκομείο Παίδων Αγία Σοφία, κ.α.).
- 5) Κατά το 1983 άρχισαν να λειτουργούν 11 νέα Κέντρα σε Κρατικά Νοσοκομεία. Η στελέχωσή τους έγινε με άτομα που ήδη υπηρετούσαν σ' αυτούς τους χώρους και που εκπαιδεύτηκαν σε ειδικό σεμινάριο που οργάνωσε το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας με ξένους εκπαιδευτές.

Η Διδασκαλία θεμάτων Οικογενειακού Προγραμματισμού στις διάφορες βαθμίδες της Εκπαίδευσης σήμερα, κρίνεται από ανύπαρκτη έως ελλιπή. Στο Δημοτικό, Γυμνάσιο και Λύκειο αναφέρονται σποραδικά διάφορα θέματα ανατομικής και φυσιολογίας στα μαθήματα Υγιεινής, Βιολογίας, Ανθρωπολογίας. Η ανάπτυξή τους εξαρτάται από την προσωπικότητα και πρωτοβουλία των διδασκόντων, οι οποίοι όμως ποτέ δεν έχουν διδαχθεί επαρκώς αυτά τα θέματα. Το θέμα της ένταξης της σεξουαλικής αγωγής στο σχολικό πρόγραμμα "απασχολεί" το Υπουργείο Παιδείας από το 1964 χωρίς καμιά μέχρι σήμερα εξέλιξη.

Όσον αφορά τις Ανώτερες και Ανώτατες Σχολές, διδακτικές ώρες έχουν ενταχθεί επίσημα στα προγράμματα σχολών επαγγελματιών υγείας (Ναίες, Επισκέπτριες Αδερφές). Στις ιατρικές σχολές η διδασκαλία εναπόκειται στην πρωτοβουλία ορισμένων καθηγητών.

Εντυπο υλικό για την ενημέρωση κοινού και επαγγελματιών δεν υπάρχει, με εξαίρεση 2-3 περιπτώσεων που εκδόσεις διαφόρων φορέων επιχορηγήθηκαν από το κράτος π.χ. για την Μεσογειακή Αναιμία.

Στις σελίδες που ακολουθούν παρατίθεται ένας πλήρης κατάλογος με τα Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού που λειτουργούν σε όλη την Ελληνική επικράτεια.

Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού

ΑΘΗΝΑ

1. Περ. Γεν. Νοσοκομείο Αθηνών "ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ" (Κ.Ο.Π.)
Τ.Κ. 11 528 Αθήνα - κ. Παναγιωτοπούλου τηλ. 77.70.431 -34
77.70.501
2. Τοπ. Υποκατάστημα Ι.Κ.Α. ΝΕΟΥ ΚΟΣΜΟΥ (Κ.Ο.Π.)
Μάχης Αναλάτου & Λαγουμτζή Τ.Κ. 11 744
Κουρή Άννα - Μαριάνθη Πανουργιά 90.23.222
3. Π.Ι.Κ.Π.Α. ΑΘΗΝΩΝ (Κ.Ο.Π.)
Καρόλου 16 Τ.Κ. 10 434
4. Δήμος Αργυρούπολης (Κ.Ο.Π.)
Κήπου & Δωδεκανήσου Τ.Κ. 16 451
Παπαδοπούλου Γιώτα τηλ. 96.31.144 10-12 π.μ.
5. Π.Ι.Κ.Π.Α. Πλατείας Αμερικής (Κ.Ο.Π.)
Φιντζίου 19 - Τ.Κ. 112 53
6. Δήμος Αμαρουσίου (Κ.Ο.Π.)
Φλοίας 3 Τ.Κ. 15 125 τηλ. 80.66.200 & 80.67.492

ΡΑΦΗΝΑ

Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο
Υπεύθυνη κ. Κοντή Λίτσα τηλ. 82.31.144 & 0294 - 2384,2304

ΠΕΙΡΑΙΑ

1. Περ. Νοσοκομείο ΝΙΚΑΙΑΣ "ΔΑΜΩΝ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ" (Κ.Ο.Π.)
Τ.Κ. 18 454 Νίκαια Πειραιάς κ. Νικολούδη
τηλ. 49.15.061/49.33.424/49.33.402/49.17.582
2. Νομ. Γεν. Νοσοκομείο ΠΕΙΡΑΙΑ "ΤΖΑΝΕΙΟ" (Κ.Ο.Π.)
Τ.Κ. 18 536 ΠΕΙΡΑΙΑΣ - Κύρπα - Φριλήγκου τηλ. 45.19.411
3. Τοπικό Υποκατάστημα Ι.Κ.Α. ΑΓ. ΒΑΡΒΑΡΑΣ (Κ.Ο.Π.)
Μεγ. Αλεξάνδρου 56 Τ.Κ. 12 351 ΝΙΚΑΙΑ-Κτενά τηλ. 54.51.001-8
4. Περ/κό Υποκατάστημα Ι.Κ.Α. ΠΕΙΡΑΙΑ (Κ.Ο.Π.)
Βασ. Γεωργίου 24 & Υψηλάντου Τ.Κ. 18 535 τηλ. 41.76.133
5. Τοπικό Υποκατάστημα Ι.Κ.Α. ΚΑΜΙΝΙΩΝ (Κ.Ο.Π.)
Μουτσοπούλου 50 Τ.Κ. 10 500 - Κοντολή Δώρα Τηλ. 41.70.352

6. Κέντρο Υγείας ΑΙΓΑΛΕΩ (Κ.Ο.Π.)
Μαρμαρά 26 Τ.Κ. 12 254 τηλ. 59.80.055

ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ

- ΒΕΡΟΙΑ : Νομ. Γενικό Νοσοκομείο ΒΕΡΟΙΑΣ (Κ.Ο.Π.)
Τηλ. 0331/22.082 - 86 Αβραμίδου-Θεοδωρακοπούλου
Τ.Κ. 59 100 ΒΕΡΟΙΑ
- ΓΙΑΝΝΙΤΣΑ : Νομ. Γενικό Νοσοκομείο ΓΙΑΝΝΙΤΣΩΝ (Κ.Ο.Π.)
0383/22.229 Παναγιωτέλη Γεωργ.
Τ.Κ. 58 100 ΓΙΑΝΝΙΤΣΑ
- ΓΡΕΒΕΝΑ : Νομ. Γενικό Νοσοκομείο ΓΡΕΒΕΝΩΝ
Τηλ. 0462/22.464/ Τ.Γραφείο 51 100
- ΔΡΑΜΑ : Τοπικό Υποκατάστημα Ι.Κ.Α. ΔΡΑΜΑΣ (Κ.Ο.Π.)
Τηλ. 0521/20.961 Μυρώδη - Αγαμέμνωνος Τ.Κ. 56 100
- ΘΕΣ/ΝΙΚΗ : α) Γεν.Περ.Νοσοκομείο ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ "ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ"
(Κ.Ο.Π) Τηλ. 031/83.79.21 Αλεξανδρίδου ή Χαλκίδου
Τ.Κ. 54 642 - Θεσ/νίκη
β) Τοπικό Υποκατάστημα Ι.Κ.Α. ΠΥΛΗΣ ΑΕΙΟΥ (Κ.Ο.Π.)
Τηλ. 031/52.85.20 - Πολυτεχνείου 2 -Τ.Κ 52 624
Θεσ/νίκη
γ) Τοπικό Υποκατάστημα Ι.Κ.Α. ΤΡΙΑΝΔΡΙΑΣ (Κ.Ο.Π.)
Τηλ. 031/91.93.80 - Χατζηδιαμαντή - Κυριακού
Αμοργού 13 Τ.Κ. 54 638 - Θεσ/νίκη
- ΚΑΒΑΛΑ : Νομ. Γενικό Νοσοκομείο ΚΑΒΑΛΑΣ (Κ.Ο.Π.)
Τηλ. 051/22.85.17 Σαμαρά - Ποιμενίδου
Τ.Κ. 65 704 ΚΑΒΑΛΑ
- ΚΑΡΔΙΤΣΑ : Νομ. Γενικό Νοσοκομείο ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ
Τηλ. 0441/41.710 - 19/ Τ. Γραφείο 43 100Κ. 56 100
- ΚΑΤΕΡΙΝΗ : Νομ. Γενικό Νοσοκομείο ΚΑΤΕΡΙΝΗΣ (Κ.Ο.Π.)
Τηλ. 031/21.251
- ΚΟΖΑΝΗ : Νομ. Γενικό Νοσοκομείο ΚΟΖΑΝΗΣ "ΜΑΜΑΤΣΟΓΛΕΙΟ"
(Κ.Ο.Π.) Τηλ.0461/33.711-15 κ. Βαγενά
Τ.Κ. 50 100 ΚΟΖΑΝΗ
- ΣΕΡΡΕΣ : Νομ. Γενικό Νοσοκομείο ΣΕΡΡΩΝ (Κ.Ο.Π.)
Τηλ. 031/ 63 113 - Σακετοπούλου Φωτεινή
Τ.Κ 62 100 Σερρες.
- ΦΛΩΡΙΝΑ : Νοσοκομείο ΦΛΩΡΙΝΑΣ (Κ.Ο.Π.)
Τηλ. 0385/ 22.555 Τ.Κ. 53 100 Φλώρινα

ΘΕΣΣΑΛΙΑ

- ΛΑΡΙΣΑ : α) Περ. Νοσοκομείο ΛΑΡΙΣΑΣ (Κ.Ο.Π)
Τηλ. 041/ 32.16.78 -Κιρτσούλη Τ.Κ 41 221
- β) Περιφερειακό Υποκατάστημα Ι.Κ.Α. ΛΑΡΙΣΑΣ (Κ.Ο.Π.)
Τηλ. 041/ 25.73.39 - Ηλείρου και Ασκληπείου 43
Τ.Κ. 41 222
- ΒΟΛΟΣ : Νομ. Γενικό Νοσοκομείο ΒΟΛΟΥ "Αχιλλοπούλειο"
(Κ.Ο.Π) Τηλ. 0421/ 27.531 κ. Στρογγυλάκη
Τ.Κ. 38 222

- ΤΡΙΚΑΛΑ : Νομ. Γενικό Νοσοκομείο ΤΡΙΚΑΛΩΝ (Κ.Ο.Π)
Τηλ. 0431/ 23.652-5

ΝΗΣΙΟΤΙΚΗ ΕΛΛΑΔΑ

- ΖΑΚΥΝΘΟΣ : Νομ. Γενικό Νοσοκομείο ΖΑΚΥΝΘΟΥ (Κ.Ο.Π)
Τηλ. 0695/ 22.514 - Τ.Κ. 29 100
- ΚΡΗΤΗ : ΧΑΝΙΑ : Νομ. Γεν. Νοσοκομείο ΧΑΝΙΩΝ "ΑΓ. ΓΕΩΡΓΙΟΣ" (Κ.Ο.Π)
Τηλ. 0821/ 27.231 Βασιλάκη - Τ.Κ. 73 100
- ΗΡΑΚΛΕΙΟ: Περ. Γεν. Νοσοκομείο ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ "ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ"
(Κ.Ο.Π) Τηλ. 0812/31.931 Χαλκιάδακη-Τ.Κ. 71 021
- ΡΕΘΥΜΝΟ : Νομ. Γεν. Νοσοκομείο ΡΕΘΥΜΝΟΥ (Κ.Ο.Π)
- ΡΟΔΟΣ : Νομ. Γενικό Νοσοκομείο ΡΟΔΟΥ (Κ.Ο.Π)
Τηλ. 0241/ 22.222 - Τ.Κ. 85 100

ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ

- ΠΑΤΡΑ : α) Περ. Νοσοκομείο ΠΑΤΡΩΝ "ΑΓ. ΑΝΔΡΕΑΣ" (Κ.Ο.Π)
Τηλ. 061/22.38.12 & 22.31.73 κ. Τσιρκα Τ.Κ. 41 221
- β) Τοπικό Υποκατάστημα Ι.Κ.Α. ΖΑΡΟΥΧΛΕΙΚΩΝ (Κ.Ο.Π.)
Τηλ. 061/ 33.24.26 - Ματροζου 12 - Τ.Κ. 26 332
- ΑΡΓΟΣ : Νομ. Γενικό Νοσοκομείο ΑΡΓΟΥΣ (Κ.Ο.Π)
Τηλ. 0751/ 24.455 Δημητράκη-Μπαλφούσια Τ.Κ. 21 202
- ΤΡΙΠΟΛΗ : Νομ. Γεν. Παναρκαδικό Νοσοκομείο ΤΡΙΠΟΛΗΣ (Κ.Ο.Π)
Τηλ. 071/ 23.85.42-4 Στειακάκη Μαρία-Κοινά Εφφήνη
Τ.Κ. 22 100

1.3 Αξιολόγηση των Κ.Ο.Π. στην Ελλάδα

Η μελέτη αξιολόγησης των Κ.Ο.Π θεωρείται επιβεβλημένη σήμερα, γιατί υπάρχουν ενδείξεις ότι τα Κ.Ο.Π. απομακρύνθηκαν από τους αρχικούς στόχους τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 9

Κέντρα οικ. προγ/σμού και υπηρεσίες από τις οποίες εξαρτώνται

Υπηρεσία	Λειτουργούν
Ε.Σ.Υ - Νοσοκομείο	25
Κέντρο Υγείας	2
ΠΙΚΠΑ	2
Ι.Κ.Α.	8
Δήμοι (Πρόγραμμα ΠΙΚΠΑ)	3

Όπως φαίνεται στον πίνακα 9 στην χώρα μας αυτή τη στιγμή λειτουργούν 40 Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού, 25 συνδισμένα με νοσοκομεία, 2 με το ΠΙΚΠΑ, 8 με το Ι.Κ.Α. και 3 σε συνδιασμό με τους Δήμους.

Παρόλο που επιτρέπεται η ανάπτυξη του Οικογενειακού Προγραμματισμού στα Κέντρα Υγείας μόνο 2 Κ.Ο.Π. λειτουργούν σε συνδιασμό με τα Κ.Υ και οι υπηρεσίες που προσφέρουν δεν είναι πλήρεις.

Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού λειτουργούν σήμερα σε 23 Νομούς, πράγμα που μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι 29 Νομοί δεν έχουν υπηρεσίες και αν προσθέσουμε τα νησιά, τα περισσότερα από τα οποία δεν έχουν υπηρεσίες, βλέπουμε σοβαρές ελλείψεις.

Όσον αφορά τη σύσταση του προσωπικού, όλα τα Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού έχουν μαία, 13 έχουν ένα γιατρό, 7 έχουν μια Επισκέπτρια Υγείας και 3 έχουν Κοινωνικό Λειτουργό. Στην πλειοψηφία το προσωπικό εργάζεται με απόσπαση και για λίγες ώρες στα Κ.Ο.Π. Δεν προβλέπονται οργανικές θέσεις προσωπικού στα νοσοκομεία και σαν αποτέλεσμα περιορίζεται ο ενθουσιασμός του καθενός αφού δεν έχει προαγωγές και επιδόματα προισταμένου. Από πρόσφατη έρευνα της εταιρίας οικογενειακού προγραμματισμού φαίνεται ότι το προσωπικό των Κ.Ο.Π αντλεί τις γνώσεις του κυρίως από σεμινάρια του υπουργείου, του ΠΙΚΠΑ και του ΙΚΑ αλλά και από τον τύπο, το ραδιόφωνο και την TV.

Οι υπηρεσίες που προσφέρουν τα Κ.Ο.Π προσανατολίζονται κυρίως στις καθαρά ιατρικές πράξεις π.χ. εξέταση μαστού, Παπ-τέστ γυναικολογικά προβλήματα και όχι στις υπηρεσίες του Οικογενειακού προγραμματισμού π.χ. αντισυλληπτικά μέτρα, πληροφορίες για έκτρωση και AIDS, σεξουαλική αγωγή. Ιδιαίτερα εντυπωσιακό είναι ότι το AIDS δεν έχει τονιστεί καθόλου. Φαίνεται ότι η Εθνική Επιτροπή για AIDS δεν έχει αξιοποιήσει τα ΚΟΠ ως κανάλια πληροφόρησης. Ακόμη, παρόλο που από το 1986 υπάρχει νομική και ασφαλιστική κάλυψη για την διακοπή της ανεπιθύμητης κύησης, ο αριθμός των ατόμων που ζήτησε υπηρεσίες για αμβλώσεις είναι δυσανάλογος με τον αριθμό των ατόμων που χρησιμοποιούν το κέντρο. Για παράδειγμα στο Ηράκλειο της Κρήτης στις 720 περιπτώσεις μόνο 13 ζήτησαν βοήθεια για εκτρώσεις. Μάλλον ο τρόπος λειτουργίας των ΚΟΠ καθορίζει την ζήτηση.

Ένα άλλο σημαντικό στοιχείο είναι ότι μόνο 5 Κ.Ο.Π βγαίνουν εκτός έδρας για ομιλίες 2 ή 3 φορές την εβδομάδα ενώ τα υπόλοιπα βγαίνουν από 1 φορά το μήνα έως 3 φορές το χρόνο. Τα Κ.Ο.Π που βγαίνουν συχνά εκτός έδρας είναι αυτά που διαθέτουν πλήρη ομάδα προσωπικού σε οργανικές θέσεις που ανήκουν σε μια υπηρεσία της Πρωτοβάθμιας φροντίδας της Υγείας - Ι.Κ.Α. και ΠΙΚΠΑ.

Σαν αποτέλεσμα λοιπόν φαίνεται ότι η ενσωμάτωση των Κ.Ο.Π στα νοσοκομεία, στο χώρο της περίθαλψης και όχι της Πρωτοβάθμιας φροντίδας της Υγείας, έχει ανεπιθύμητα αποτελέσματα. Τα Κ.Ο.Π μέσα στα νοσοκομεία έχουν παρασύρει τις υπηρεσίες τους προς ιατρικές πράξεις και θεραπείες που είναι αρκετά μακριά από τους στόχους του οικογενειακού προγραμματισμού όπου η πληροφόρηση έχει προτεραιότητα

Στόχος λοιπόν πρωταρχικός θα πρέπει να γίνει η πληροφόρηση των επαγγελματιών της υγείας μέσω συνεχών σεμιναρίων, έντυπων ενημερώσεων κ.λ.π, η πληροφόρηση του κοινού από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και η πολιτική πίεση προς όλους τους φορείς για την σημασία του οικογενειακού προγραμματισμού - ένα στοιχείο ανάπτυξης της κοινωνίας μας.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Ενας από τους σκοπούς της έρευνάς μας ήταν να δούμε την στάση των Ελλήνων (ηλικίας από 18-35) απέναντι στις αντισυλληπτικές μεθόδους δεδομένου ότι: α) οι αμβλώσεις στην Ελλάδα τείνουν να γίνουν μάλιστα που δεν ελέγχεται από το κράτος και β) ο αριθμός των κρουσμάτων του AIDS έχει αυξηθεί ανησυχητικά στη χώρα μας σε βαθμό που να μην μας επιτρέπει την αδιαφορία. Ακόμη μας ενδιέφερε να δούμε το κατά πόσο έχει γίνει συνείδηση η προσφορά των Κ.Ο.Π στη σύγχρονη Ελληνική κοινωνία κάτω από το πρίσμα των αναγκών και των προοπτικών μιας νέας εποχής, για την δημιουργία μιας υγιούς σωματικά και πνευματικά οικογένειας.

Ο βασικότερος όμως από τους σκοπούς της έρευνάς μας ήταν να γίνει φανερό πλέον ότι ο ρόλος του Νοσηλευτή δεν θα πρέπει να είναι μονόπλευρος και να περιορίζεται στην κλινική πράξη και ότι η συμβολή του είναι απαραίτητη στην αποτελεσματική λειτουργία των κέντρων οικογενειακού προγραμματισμού. Σκοπός μας δεν ήταν να κάνουμε κριτική, αλλά να μπορέσουμε να αντιληφθούμε την στάση των Ελλήνων και ιδιαίτερα των νέων παιδιών απέναντι στα φλέγοντα θέματα με τα οποία ασχολείται ο οικογενειακός προγραμματισμός.

Η μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε για την διερεύνηση των παραπάνω σκοπών ήταν η συλλογή υποκειμενικών παρατηρήσεων και πληροφοριών σε τυχαίο δείγμα ενήλικου πληθυσμού (18-35 χρονών) με ανώνυμο προσωπικό ερωτηματολόγιο.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στην πόλη της Πάτρας. Μοιράστηκαν 300 ερωτηματολόγια. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 2 βασικά μέρη. Το πρώτο μέρος αφορά τα βασικά δημογραφικά και κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά του δείγματος όπως: φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, εκπαίδευση, τόπος γεννήσεως & τόπο κατοικίας. Το δεύτερο μέρος περιλαμβάνει 14 ερωτήσεις με τα βασικά θέματα της έρευνάς μας.

Στο ερωτηματολόγιο χρησιμοποιήθηκαν "κλειστές" ερωτήσεις (με καθορισμένες εκ των προτέρων τις δυνατές απαντήσεις) και "ανοικτές" ερωτήσεις (χωρίς περιορισμό στις δυνατές απαντήσεις) Όταν η απάντηση που επρόκειτο να δοθεί αφορούσε αντικειμενικά δεδομένα, με γνωστή εκ των προτέρων την έκταση των δυνατών απαντήσεων (π.χ. ερώτηση που αφορούσε την αντισυλληπτική μέθοδο που χρησιμοποιούσαν), χρησιμοποιόταν κλειστή μέθοδος. Όταν η ερώτηση αφορούσε την διατύπωση γνώμης τότε χρησιμοποιόταν "ανοικτή" ερώτηση π.χ. "ποιά πιστεύετε ότι είναι η πιο ακίνδυνη μέθοδος αντισύλληψης;" Γενικά, πάντως, χρησιμοποιήθηκαν κυρίως "κλειστές" ερωτήσεις, ώστε ο ερωτώμενος να ενθαρρυνθεί να δώσει απαντήσεις πάνω σε θέματα που κυρίως θέλαμε να εξετάσουμε με την έρευνα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Προσωποτυπία του δείγματος που χρησιμοποιήθηκε για την έρευνα

Φύλο	Ανδρες	115	38,3%
	Γυναίκες	185	61,7%
	Σύνολο	300	100%
Ηλικία	18-22	114	38%
	23-27	120	40%
	28 και άνω	66	22%
Τόπος Γέννησης	* Πόλη	181	60,3%
	Πρωτεύουσα	119	39,7%
Τόπος μόν. κατοικίας	Πόλη	176	58,3%
	Πρωτεύουσα	125	41,7%
Οικογ. κατ.	Εγγαμος - η	57	19%
	Αγαμος - η	243	81%
	Διαζευγμένος-η	-	-
	Χήρος - α	-	-
Επάγγελμα	* Σπουδαστές - Φοιτ.	211	70,3%
	Λοιπά επαγγέλμ.	89	29,7%
Επίπεδο εκπαίδευσης	Γυμν-Λύκειο/Τ.Σχ.	72	24%
	Ανωτ.-Ανωτ.	228	76%

* Σαν "πρωτεύουσα" θεωρούμε την Αθήνα και την Θεσ/νική και σαν "πόλη" όλες τις υπόλοιπες πόλεις της Ελλάδος

* Στα "λοιπά επαγγέλματα" περιλαμβάνονται ιδιωτικοί και δημόσιοι υπάλληλοι.

ΑΝΑΛΥΣΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Τι θεωρεί το δείγμα ως "οικογενειακό προγ/σμό"

	Φύλο		Ηλικία			Τ. γεννησ		Τ.μόν.κατ.	
	Ανδρ	Γυν	18-22	23-27	28 άνω	Πόλη	Πρωτ	Πόλη	Πρωτ
Προγ/τα για έλεγχο γεν.	19,2	21,1	22,9	12,5	22,8	13,8	30,2	9,7	35,2
Προσπάθειες για ευτυχήσμένη οικογ.	15,7	10,2	13,1	10,8	13,6	12,7	11,8	14,3	9,6
Υγειονομικά μέτρα για μητέρα και βρέφος	7,8	2,7	2,6	2,5	10,6	4,5	5,1	5,1	4
Όλα τα παραπάνω	56,5	60,5	54,3	71,7	53	64,1	51,3	66,3	48,8
Δεν απαντούν	0,8	5,5	7,1	2,5	-	4,9	1,7	4,6	2,4

ΠΙΝΑΚΑΣ 2α.

	Οικ.κατασ		Επάγγελμα		Επίπεδο εκπαίδευσ.	
	Εγγαμ	Αγα	Φοιτ-Σπουδ	Λ.επαγ	Ανωτ-Ανωτ	Γυμ-Λ/Τ.Σχ
Προγ/τα για έλεγχο γεν.	17,6	21	19	23,6	18,4	26,4
Προσπάθειες για ευτυχήσμένη οικογ.	5,2	14	13,8	9	12,8	11,1
Υγειονομικά μέτρα για μητέρα και βρέφος	3,5	5	4,2	5,6	3,9	7
Όλα τα παραπάνω	63,1	58	61,1	54	61,4	51,4
Δεν απαντούν	10,6	2	1,9	7,9	3,5	4,1

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 2 ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό του δείγματος και συγκεκριμένα το 60% των γυναικών και το 56% των ανδρών γνωρίζει τι εννοούμε με τον όρο οικογενειακό προγραμματισμό. Από την άλλη βλέπουμε ότι ένα επίσης μεγάλο ποσοστό συγχέει τον όρο οικογ. προγ/σμο με προγ/τα για έλεγχο των γεννήσεων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. Κατανομή του δείγματος σύμφωνα με την ηλικία έναρξης σεξουαλικών σχέσεων

	Φύλο		Τοπ. μονιμ.κατοικ.	
	Ανδρες	Γυναίκες	Πολη	Πρωτεύουσα
κατω απο 15	22,6	3,2	9,1	12,8
15-18	60	22,8	34,3	40,8
18-20	16,6	41,1	29,1	35,2
20-22	0,8	18,4	14,3	8
πανω απο 22	-	4,3	4,6	-
Δεν απαντουν	-	10,2	8,6	3,2

Ενδιαφέρον είναι να δούμε στον πίνακα 3 το πόσο νωρίτερα αρχίζουν να έχουν σεξουαλικές σχέσεις οι άνδρες από τις γυναίκες. Το 22% των αγοριών αρχίζει να έχει σεξουαλικές σχέσεις κάτω από τα 15 χρόνια και το 60% 15-18 χρονών. Αντίθετα το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών αρχίζει στα 18-20 χρόνια.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4. Χρήση αντισυλληπτικής μεθόδου ανάλογα με το φύλο και την ηλικία.

	Φύλο		Ηλικία		
	Ανδρες	Γυναίκες	18-22	23-27	28 και άνω
Ναι	59,1	67,6	52,7	76,7	62,1
Όχι	40,9	23,8	33,3	23,3	37,9
Δεν απαντουν	-	8,6	14	-	-

Το σημαντικότερο στοιχείο που φαίνεται από τον πίνακα 4 είναι το ότι οι γυναίκες είναι περισσότερο ευαισθητοποιημένες στη χρήση αντισυλληπτικής μεθόδου σε αντίθεση με τους άνδρες που σε ένα ποσοστό 40,9% δεν χρησιμοποιούν κάποια αντισυλληπτική μέθοδο.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5. Κατανομή του δείγματος σύμφωνα με την χρήση συγκεκριμένης αντισυλληπτικής μεθόδου *

	Φύλο		Ηλικία			Γ.μόν.κατ.	
	Ανδρ	Γυν	18-22	23-27	28 άνω	Πόλη	Πρωτ
Διακεκομένη συνουσία	35,2	32	45	31,6	41,4	36,6	28,2
Προφυλακτικό	54,4	35,2	33,3	38	19,6	37,3	48,7
Χάπι	8,9	21,6	21,7	22,9	24,3	19,1	14,1
Διάφραγμα τραχήλου	1,5	3,2	-	3,2	4,9	1,8	3,9
Ενδομήτριο σπείραμα	-	8	-	4,3	9,8	5,2	5,1
Άλλη	-	-	-	-	-	-	-

* Με βάση το 64,3% του δείγματος που απάντησαν ΝΑΙ στον πίνακα 4.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5α.

	Επίπεδο εκπαίδευσης	
	Ανωτ-Ανωτάτη	Γυμν-Λυκ/Τ.Σχολ
Διακεκομένη συνουσία	33	33,4
Προφυλακτικό	41,3	43,8
Χάπι	18	14,6
Διάφραγμα τραχήλου	2	4,1
Ενδομήτριο σπείραμα	5,6	4,1
Άλλη	-	-

Είναι φανερό η προτίμηση του δείγματος στο προφυλακτικό σαν αντισυλληπτικό μέσο καθώς και στην διακεκομένη συνουσία, ενώ η χρήση μεθόδων αποδεδειγμένα περισσότερο αποτελεσματικών είναι πολύ μικρή (π.χ. διάφραγμα τραχήλου, ενδομήτριο σπείραμα).

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να παρατηρήσουμε ότι από το 31% που δεν χρησιμοποιούν αντισυλληπτική μέθοδο οι μισοί σχεδόν απάντησαν στην επόμενη ερώτηση (πίνακας 5) ότι χρησιμοποιούν την διακεκομμένη συνουσία, πράγμα που μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι δεν θεωρούν την διακεκομμένη συνουσία ως μέθοδο αντισύληψης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6. Γνώση του δείγματος όσον αφορά τους κανόνες σωστής χρήσεως και τις επιπλοκές της μεθόδου που ακολουθεί (*)

	Φύλο		Ηλικία			Επίπεδο εκπαίδ.	
	Ανδρ.	Γυν.	18-22	23-27	28 και άνω	A-Ανωτ	Γ-Α/Τ.Σχ
Ναι	79,2	96,9	90	92,4	87,9	91,7	87,6
Όχι	10,4	-	1,7	5,5	2,4	2,8	6,2
Δεν απαντούν	10,4	3,1	8,3	2,1	9,7	5,5	6,2

* Με βάση το 64,3% του δείγματος που απάντησαν ΝΑΙ στον πίνακα 4

Η συντριπτική πλειοψηφία όπως φαίνεται ξεκάθαρα στον Πίνακα 6 υποστηρίζει ότι γνωρίζει τους κανόνες σωστής χρήσεως και τις επιπλοκές της μεθόδου που χρησιμοποιεί. Αυτό βέβαια μπορεί να αμφισβητηθεί αν και θα ευχόμασταν όλοι να ήταν αληθινά τα παραπάνω ποσοστά.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7. Αίτια της μη χρησιμοποίησης κάποιας αντισυλληπτικής μεθόδου από το δείγμα *

	Φύλο		Ηλικία			Τόπ. μόνιμ. κατοικ.	
	Ανδρ	Γυν	18-22	23-27	28 άνω	Πόλη	Πρωτ
Ελλειψη πληροφόρησης	12,8	5	5,5	-	24	5	12,8
Επιθυμία αποκτήσεως παιδιών	4,2	20	13	14,3	12	1,3	12,8
Αντίθετο με την θρησκεία	-	1,6	1,9	-	-	1,7	-
Ψυχολογικούς λόγους	49	26,7	27,7	28,6	64	33,3	40,4
Δεν απαντούν	34	46,7	51,9	57,1	-	46,7	34

* Με βάση το 35,6% του δείγματος που δεν χρησιμοποιούν κάποια αντισυλληπτική μέθοδο.

Στον πίνακα 7 βλέπουμε καθαρά μια απροθυμία του δείγματος να προσδιορίσει τους λόγους για τους οποίους δεν χρησιμοποιεί κάποια αντισυλληπτική μέθοδο. Οι υπόλοιποι, οι οποίοι απαντούν προβάλλουν σαν αίτιο της μη χρησιμοποιήσεως κάποιας αντισυλληπτικής μεθόδου κυρίως ψυχολογικούς λόγους (μείωση της σεξουαλικότητας).

ΠΙΝΑΚΑΣ 8. Κατανομή του δείγματος σύμφωνα με το εάν θεωρεί ότι το προφυλακτικό προφυλάσσει από ορισμένα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και το AIDS.

	Φυλο		Ηλικία			Τ.μον.κατοικ	
	Ανδρες	Γυναίκες	18-22	23-27	28 και άνω	Πόλη	Πρωτεύ.
Ναι	91,3	94,6	96,5	92,5	89,3	94,2	92
Όχι	8,7	5,4	3,5	7,5	10,7	5,8	8

Μια ευχάριστη διαπίστωση από τον πίνακα 8 είναι το ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (πάνω από το 90%) γνωρίζει τη μεγάλη συμβολή του προφυλακτικού στην προστασία από ορισμένα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και το AIDS.

ΠΙΝΑΚΑΣ 9. Κατανομή του δείγματος σύμφωνα με το ποιά θεωρεί πιο αποτελεσματική μέθοδο αντισύλληψης

	Φύλο		Ηλικία			Τ.μόν.κατ.		Ε.εκπαίδ.	
	Ανδρ	Γυν	18-22	23-27	28 άνω	Πόλη	Πρωτ	A-Αν	Γ-Α/Τ.Σ
Διακ/μένη συνουσία	7	2,1	6,1	2,5	3	1,8	7,2	4	4,1
Προφυλ/κό	30,4	26	28	35	16,7	32	21,6	25	36,1
Χάπι	34,8	34	36	32,5	34,9	30,2	40	34,2	34,8
Διάφραγμα τραχήλου	1,8	6,4	2,7	5,9	6	4,6	4,8	5,2	2,8
Ενδομήτριο σπείραμα	7	14	6,1	7,5	27,3	9,1	14,4	10,5	13,8
Άλλη (στείρ)	2,6	1,7	3,5	-	3	2,2	1,6	1,8	2,8
Καμία	4,3	2,8	-	5	6	3,5	3,2	3,5	2,8
Δεν απ/ντούν	12,1	13	17,6	11,6	6	16,6	7,2	15,8	2,8

Γίνεται σαφές από τον πίνακα 9 ότι ένα μεγάλο ποσοστό του δείγματος ηλικίας 18-27 χρονών έχει την λανθασμένη εντύπωση ότι το προφυλακτικό είναι η πιο αποτελεσματική μέθοδος αντισύλληψης. Αντιθέτως τα άτομα 28 χρονών και άνω φαίνεται να

έχουν μεγαλύτερη γνώση γύρω από το θέμα τοποθετώντας σε πρώτη θέση το χάπι, σε δεύτερη το ενδομήτριο σπείραμα και μόλις στην τρίτη θέση το προφυλακτικό.

ΠΙΝΑΚΑΣ 10. Κατανομή του δείγματος σύμφωνα με το ποιά θεωρεί πιο ακίνδυνη μέθοδο αντισύλληψης.

	Φύλο		Ηλικία			Τ.μόν.κατ.	
	Ανδρ	Γυν	18-22	23-27	28 άνω	Πόλη	Πρωτ
Διακεκομμένη συνουσία	7,9	15,1	7	14	18,1	13,8	10,4
Προφυλακτικό	63,4	56,2	55,4	64	56	54,3	65,6
Χάπι	9,6	6,5	7	6,7	10,7	7,5	8
Διάφραγμα τραχήλου	1,8	1,1	0,8	1	3	2,2	-
Ενδομήτριο σπείραμα	-	1,7	0,8	1	1,6	1,8	-
Άλλη (στελπ)	-	1,1	1,8	-	-	1,1	-
Καμία	4,3	1,1	-	3,3	4,6	2,2	2,4
Δεν απαντούν	13	17,3	27,2	10	6	17,1	13,6

Αντίθετα με τον πίνακα 9 εδώ βλέπουμε ότι το δείγμα έχει μια ορθά διαμορφωμένη άποψη και θεωρεί ότι το προφυλακτικό είναι η πιο ακίνδυνη μέθοδος αντισύλληψης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 11. Κατά πόσο πιστεύει το δείγμα ότι η άμβλωση είναι μέθοδος ελέγχου των γεννήσεων.

	Φύλο		Ηλικία			Τ.μον.κατοικ	
	Ανδρες	Γυναίκες	18-22	23-27	28 και άνω	Πόλη	Πρωτ.
Ναι	10,4	10,2	14	10	4,6	12	8
Όχι	89,6	84,9	78,1	90	95,4	83,4	91,2
Δεν απαντούν	-	4,9	7,9	-	-	4,6	0,8

Είναι σαφής η απάντηση του δείγματος στην ερώτησή μας: "ΟΧΙ η άμβλωση δεν είναι μέθοδος ελέγχου των γεννήσεων", αν και υπάρχει ένα 10% περίπου που δυστυχώς εκφράζει την αντίθετη άποψη.

ΠΙΝΑΚΑΣ 12. Στάση του δείγματος απέναντι στην άμβλωση

	Φυλο		Ηλικία			Τ.μον.κατοικ	
	Ανδρες	Γυναίκες	18-22	23-27	28 και άνω	Πόλη	Πρωτ.
Επικίνδ.	62,7	73,5	68,4	70,8	68,1	65,8	74,4
Ακίνδυνη	35,7	24,3	28,9	27,5	30,3	31,4	24,8
Τ.ακίνδ.	0,8	1,7	0,9	1,7	1,6	2,2	-
Δ.απαντ.	0,8	0,5	1,8	-	-	0,6	0,8

Η άμβλωση είναι επικίνδυνη για το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος μας και ακίνδυνη όταν γίνεται από έμπειρο γιατρό για το 28% περίπου του δείγματος.

ΠΙΝΑΚΑΣ 13. Κατανομή γυναικών σύμφωνα με το εάν έχουν κάνει ή όχι άμβλωση. *

	Σύνολο	Ηλικία			Τόπος.μονιμ.κατοικ	
		18-22	23-27	28 και άνω	Πόλη	Πρωτεύ.
Ναι	16,8	3,4	20,9	46,7	13	22,9
Όχι	83,2	96,6	79,1	53,3	87	77,1

* Με βάση τις 185 γυναίκες του δείγματος, ποσοστό 61,7%

ΠΙΝΑΚΑΣ 14. Αριθμός αμβλώσεων σύμφωνα με την οικογενειακή κατάσταση και το επίπεδο εκπαίδευσης *

	Σύνολο	Οικογ. κατάσταση		Επίπεδο εκπαίδευσης	
		Εγγαμοί	Αγαμοί	Αν-Ανωτ	Γυμ-Λ/Τ.Σχ
1 φορά	77,4	80	75	79	81,8
2 - 5	22,6	20	25	21	27,2
πάνω από 5	-	-	-	-	-

* Με βάση το 16,8% των γυναικών που απάντησαν ΝΑΙ. στον πίνακα 13

Όπως φαίνεται από τους πίνακες 13 και 14 άμβλωση έχει κάνει το 16,8% των γυναικών του δείγματος μας και από αυτές το 77,4% μόνο 1 φορά. Το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών που έχουν κάνει άμβλωση είναι πάνω από 28 χρονών. Η συχνότητα των αμβλώσεων είναι λίγο μόνο μεγαλύτερη στην πρωτεύουσα απ' ότι στην πόλη.

ΠΙΝΑΚΑΣ 15. Κατανομή γυναικών σύμφωνα με τις επιπλοκές μετά την άμβλωση. *

	Σύνολο	Ηλικία		
		18-22	23-27	28 και άνω
Ναι	35,5	66,7	21,4	42,9
Όχι	64,5	33,3	78,6	57,1

* Με βάση το 16,8% των γυναικών του δείγματος που έχει κάνει άμβλωση.

ΠΙΝΑΚΑΣ 16. Κατανομή γυναικών σύμφωνα με τη γνώση που είχαν για τις επιπλοκές πριν την άμβλωση *

	Σύνολο
Ναι	16,1
Όχι	83,9

* Με βάση το 16,8% των γυναικών του δείγματος που έχει κάνει άμβλωση.

Ενα αρκετά μεγάλο ποσοστό 35,5%, όπως φαίνεται από τον πίνακα 15 είχε επιπλοκές μετά την άμβλωση. Τόσο όμως οι γυναίκες που είχαν επιπλοκές όσο και αυτές που δεν είχαν, δεν γνώριζαν για τις πιθανές επιπλοκές πριν την άμβλωση. Το 83,9% δεν είχε ενημερωθεί από τον γιατρό για τις πιθανές επιπλοκές παρόλο που αυτό επιβάλλεται από τον Νόμο 1609 του 1986.

ΠΙΝΑΚΑΣ 17. Γνώση του δείγματος για την ύπαρξη κέντρων οικογενειακού προγραμματισμού

	Φύλο		Ηλικία			Τ.μον.κατοικ	
	Ανδρες	Γυναίκες	18-22	23-27	28 και άνω	Πόλη	Πρωτεύ.
Ναι	70,4	89,2	82,4	88,4	69,7	80,6	84
Όχι	27	9,1	15,8	8,3	30,3	17,1	14,4
Δεν απαντούν	2,6	1,7	1,8	3,3	-	2,3	1,6

Όπως φαίνεται στον πίνακα 17 το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος γνωρίζει ότι υπάρχουν ειδικά κέντρα που μπορούν να ενημερώσουν το κοινό για θέματα οικογενειακού προγραμματισμού. Παρόλα αυτά, όπως φαίνεται στον πίνακα 18 αν και γνωρίζουν για το Κ.Ο.Π δεν έχουν αποτανθεί ακόμη σ' αυτά κυρίως λόγω αδιαφορίας και κατά δεύτερο λόγο γιατί υπάρχει έλλειψη πληροφόρησης για τις υπηρεσίες και τις δυνατότητες των κέντρων αυτών εκ μέρους της Πολιτείας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 18. Λόγοι για τους οποίους δεν έχουν αποταθεί ακόμη στα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού *

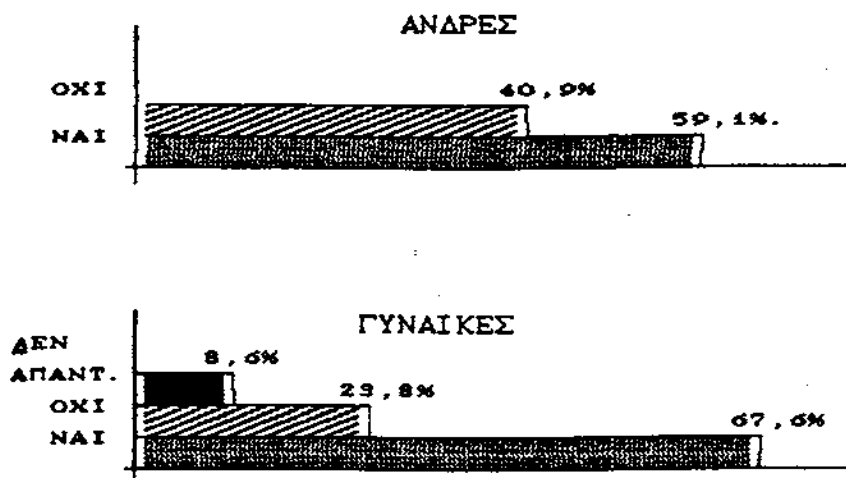
	Φύλο		Ηλικία			Τ.μόνιμης κατοικίας	
	Ανδρ	Γυν	18-22	23-27	28 άνω	Πόλη	Πρωτ/σα
Αδιαφορία	43,2	39,3	40,4	47,1	26,1	42,2	38
Δεν είμαι σίγουρος για την ποιότητ. των υπηρεσι. που προσφέρ.	13,6	11	12,8	5,6	23,9	9,8	15,2
Είναι αντίθ. με τα θρησκ. μου πιστεύω	1,2	0,6	1	1	-	0,6	1,1
Έλλειψη πληροφόρησης	22,2	35,1	34	28,3	30,4	29,9	32,7
Δεν απαντούν	19,8	14	11,8	185	19,6	17,5	13

* Με βάση το 82% του δείγματος, το οποίο γνώριζε για την ύπαρξη των κέντρων οικογενειακού προγραμματισμού.

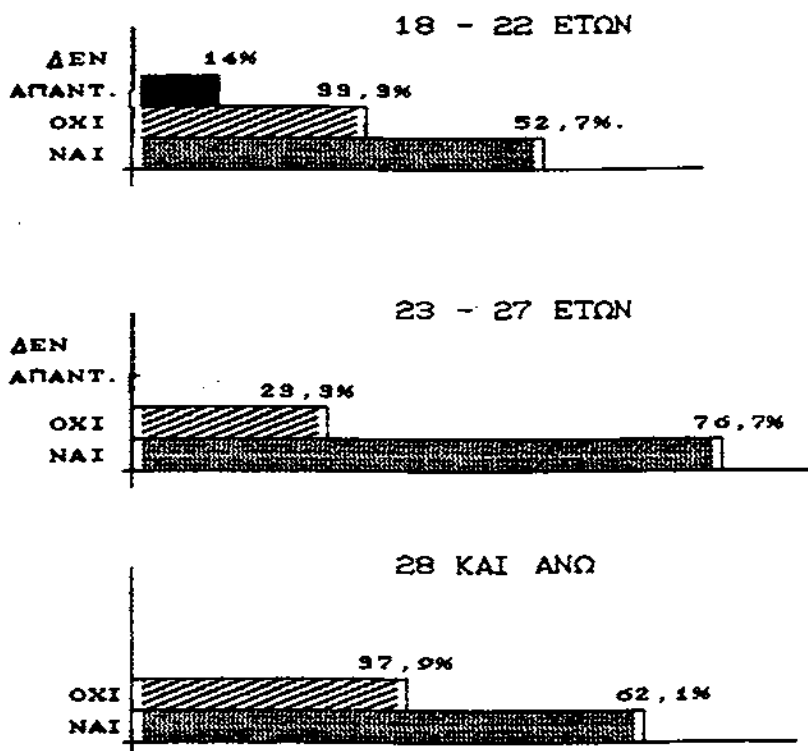
ΠΙΝΑΚΑΣ 19. Κατά πόσο πιστεύει το δείγμα στο θεσμό του οικογενειακού προγραμματισμού

	Φύλο		Ηλικία			Τ.μον.κατοικ	
	Ανδρες	Γυναίκες	18-22	23-27	28 και άνω	Πόλη	Πρωτεύ.
Ναι	80,9	90,8	89,4	90	77,2	87,5	86,4
Όχι	17,3	8,1	8,8	8,3	22,8	11,4	12
Δεν απαντούν	1,8	1,1	1,8	1,7	-	1,1	1,6

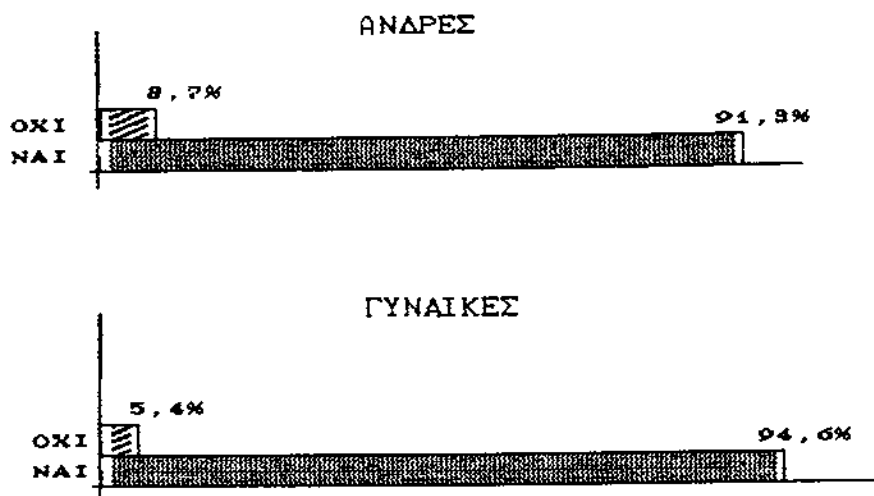
Ενα αρκετά μεγάλο ποσοστό (22,8%) ηλικίας πάνω από 28 χρονών φαίνεται ότι δεν πιστεύει στο θεσμό του οικογενειακού προγραμματισμού. Γενικά πάντως, σε μεγάλα ποσοστά, το δείγμα πιστεύει στο θεσμό, παρόλο που, όπως φαίνεται στον πίνακα 18, από αδιαφορία ή έλλειψη πληροφόρησης δεν απευθύνεται στα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού.



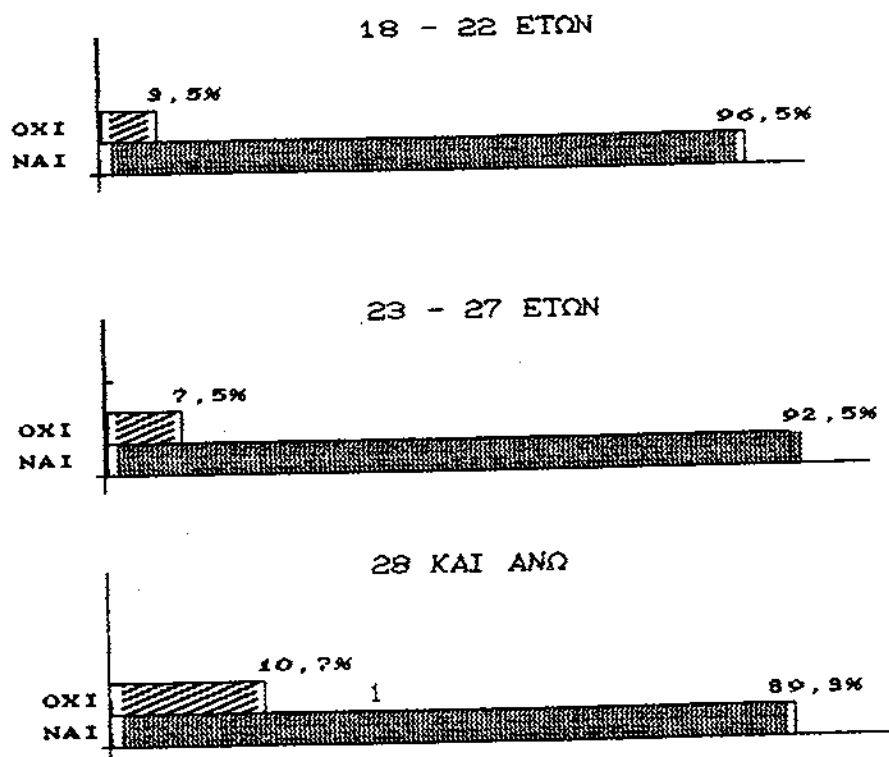
ΣΧΗΜΑ 1. ΧΡΗΣΗ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΗΣ ΜΕΘΟΔΟΥ ΑΝΑ ΦΥΛΟ



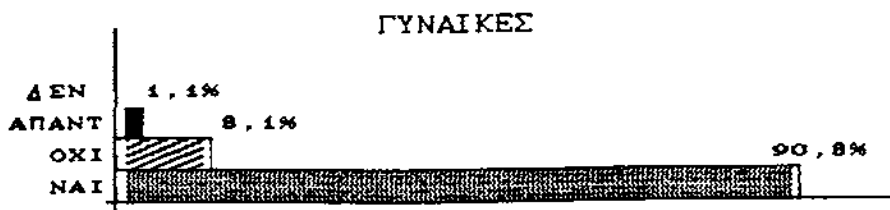
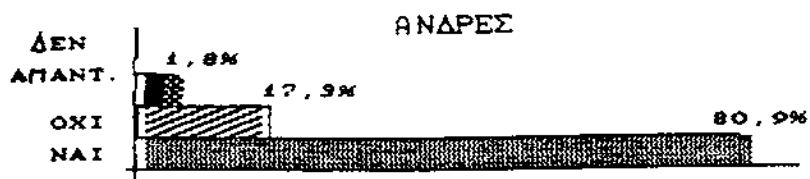
ΣΧΗΜΑ 2. ΧΡΗΣΗ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΗΣ ΜΕΘΟΔΟΥ ΑΝΑ ΗΛΙΚΙΑ



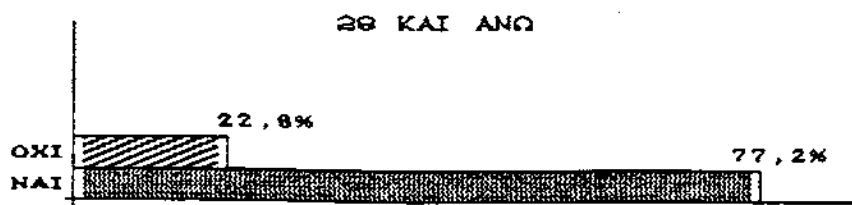
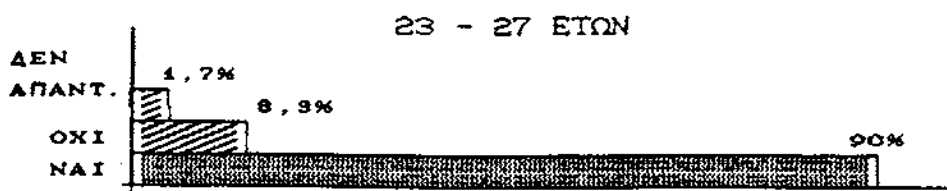
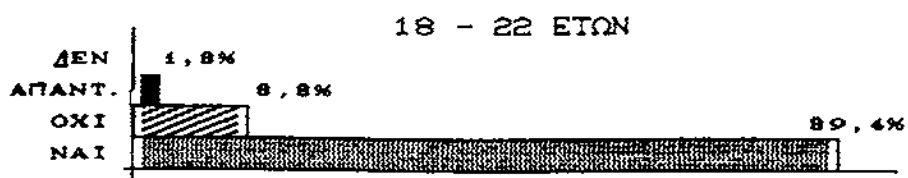
ΣΧΗΜΑ 3. ΓΝΩΜΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΑΝΑ ΦΥΛΟ ΓΙΑ ΤΟ ΕΑΝ ΤΟ ΠΡΟ-ΦΥΛΑΚΤΙΚΟ ΠΡΟΦΥΛΑΣΣΕΙ ΑΠΟ ΟΡΙΣΜΕΝΑ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΤΟ AIDS



ΣΧΗΜΑ 4. ΓΝΩΜΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΑΝΑ ΗΛΙΚΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΕΑΝ ΤΟ ΠΡΟ-ΦΥΛΑΚΤΙΚΟ ΠΡΟΦΥΛΑΣΣΕΙ ΑΠΟ ΟΡΙΣΜΕΝΑ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΤΟ AIDS



ΣΧΗΜΑ 5. ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΑΝΑ ΦΥΛΟ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΟ ΕΑΝ ΠΙΣΤΕΥΕΙ Η ΟΧΙ ΣΤΟΝ ΟΙΚΟΓ. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟ



ΣΧΗΜΑ 6. ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΑΝΑ ΗΛΙΚΙΑ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΟ ΑΝ ΠΙΣΤΕΥΕΙ Η ΟΧΙ ΣΤΟΝ ΟΙΚ. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟ

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Ένας από τους βασικούς στόχους του οικογενειακού προγραμματισμού είναι η μείωση της συχνότητας των εκτρώσεων. Στη χώρα μας η αποφυγή των εκτρώσεων αποτελεί τον κυριότερο ίσως λόγο για την διάδοση των αρχών και των μεθόδων του οικογενειακού προγ/σμού, αλλά την τελική κατάληξη, όταν έχει γίνει σύλληψη που δεν είναι επιθυμητή. Αρα, ο αριθμός των εκτρώσεων φανερώνει και το μέγεθος της αποτυχίας του οικογενειακού προγ/σμού.

Εκατομμύρια εκτρώσεων πραγματοποιούνται κάθε χρόνο σ' όλο τον κόσμο νόμιμα ή παράνομα. Πολλές μάλιστα απ' αυτές τις εκτρώσεις γίνονται από ερασιτέχνες με μεθόδους πρωτόγονες, οδυνηρές και επικίνδυνες. Ο ακριβής αριθμός των εκτρώσεων είναι δύσκολο να καθορισθεί, αφού στις περισσότερες χώρες είναι παράνομες. Επίσης η σύγκριση των στοιχείων από διάφορες χώρες δεν είναι εύκολη, επειδή η ερευνητική μεθοδολογία ποικίλλει πολύ στις διάφορες εργασίες, όπως και οι κοινωνικές συνθήκες και το νομικό καθεστώς των εκτρώσεων σε κάθε χώρα. Από την έρευνα που πραγματοποιήσαμε (πίνακας 13) φαίνεται ότι ένα ποσοστό 16,8% του δείγματος έχει κάνει έκτρωση. Το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν πάνω από 28 χρονών, κυρίως έγγαμοι. Επίσης προκύπτει ότι η συχνότητα των εκτρώσεων ήταν λίγο μεγαλύτερη στις γυναίκες από Αθήνα και Θεσ/νίκη (πρωτεύουσα).

Στην Ελλάδα έχουν γίνει αρκετές έρευνες για την συχνότητα των εκτρώσεων κυρίως σε παντρεμένες γυναίκες (Valaoras και συν 1965, Πολυχρονοπούλου και Τριχόπουλος 1969, Valaoras και συν 1969, Κασκαρέλης 1978, Καδάς και συν 1978, Ζαβιτσάνος και συν 1980). Η πιο εκτεταμένη ήταν η έρευνα των Valaora και συνεργατών (1969), στην οποία διαπιστώθηκε ότι περίπου το 1/3 των παντρεμένων γυναικών ανέφεραν μια ή περισσότερες προκλητές εκτρώσεις με αντιστοιχία 75 προκλητών εκτρώσεων επί 100 παντρεμένων γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας ή 34 προκλητών εκτρώσεων επί 100 γεννημένων ζωντανών. Η συχνότητα των εκτρώσεων έχει σχέση με το είδος του πληθυσμού, την ηλικία της γυναίκας, τη στάθμη εκπαιδεύσεως της γυναίκας και τη σειρά κυήσεως.

Με βάση τα δεδομένα αυτά οι Πολυχρονοπούλου και Τριχόπουλος (1969) υπολόγισαν αργότερα ότι οι προκλητές εκτρώσεις είναι υπεύθυνες για το 40% της μείωσης της αναπαραγωγικότητας που σημειώθηκε μεταπολεμικά στον ελληνικό πληθυσμό.

Το πρόβλημα των εκτρώσεων σε ανύπαντρες γυναίκες παραμένει μέχρι σήμερα σχεδόν αδιερεύνητο. Μια προσπάθεια τέτοιας έρευνας έγινε στο παρελθόν αλλά απέτυχε και γρήγορα εγκαταλείφθηκε (Valaoras και συν 1969). Τα πρώτα δεδομένα για τη συχνότητα και τα χαρακτηριστικά των προκλητών εκτρώσεων στις ανύπαντρες γυναίκες της Ελλάδας τα παίρνουμε από την έρευνα των Καδά και συνεργατών (1978) που έγινε στην περιοχή της πρωτεύουσας. Από τα δεδομένα της έρευνας αυτής προκύπτει ότι η συχνότητα των εκτρώσεων είναι λίγο μεγαλύτερη στις παντρεμένες γυναίκες, στοιχείο που συμφωνεί με τα αποτελέσματα της δικιάς μας έρευνας (πίνακας 14). Αυτό όμως έρχεται σε αντίθεση με τα δεδομένα άλλων χωρών, όπως των Η.Π.Α, όπου τα 3/4 σχεδόν των εκτρώσεων αφορούν ανύπαντρες γυναίκες (Center for Disease Control - Abortion Surveillance 1975). Σημαντικό είναι επίσης στην έρευνα των Καδά και συνεργατών (1978) ότι συχνότερα κάνουν έκτρωση οι παντρεμένες σε ηλικία 25-29 χρονών και οι ανύπαντρες σε ηλικία 20-24 χρονών. Με βάση τα δεδομένα της παραπάνω έρευνας γίνεται μια αδρή εκτίμηση του αριθμού των προκλητών εκτρώσεων

στην περιοχή της πρωτεύουσας που φέρει τον αριθμό των εκτρώσεων που γίνονται στις 78.000 το χρόνο.

Όπως είπαμε ο αριθμός των εκτρώσεων που προκύπτει από τις διάφορες έρευνες ποικίλει. Έτσι ενώ οι Καδός και συν. μιλάνε για 78.000 εκτρώσεις το χρόνο στην πρωτεύουσα, ο Βαλαώρας τις υπολογίζει ετήσια σε 52.000 για την περίοδο 1956-65 σ' όλη την Ελλάδα, ενώ ο Λούρος τις ανεβάζει σε 100.000 περίπου το χρόνο σ' όλη την Ελλάδα. Γενικά οι εκτιμήσεις διαφέρουν και τα νούμερα φτάνουν μέχρι τις 400.000 εκτρώσεις το χρόνο.

Από την έρευνά μας προκύπτει ότι ένα ποσοστό 16,8% των γυναικών έχει κάνει έκτρωση. Αντίθετα σε εργασία των Παπαευαγγέλου Γ. και Τσίμπου Κ. αναφέρεται ότι το 35-40% (1965) των Ελληνίδων έχει κάνει έκτρωση. Εδώ θα πρέπει να αναφερθεί και η έρευνα του Εθνικού Κέντρου Κοινωνικών Ερευνών με τίτλο "Υγεία και Ελληνική Κοινωνία" (1988), στην οποία φαίνεται ότι ένα ποσοστό 22,7% των Ελληνίδων έχει κάνει έκτρωση μεταξύ 20 και 34 ετών.

Όσον αφορά το εξωτερικό αξιόπιστα στοιχεία έχουμε μόνο για τις χώρες στις οποίες οι εκτρώσεις είναι νόμιμες. Έτσι το 1973 έγιναν στην Ουγγαρία 169.500 εκτρώσεις και η σχέση εκτρώσεων προς γεννήσεις ζώντων ήταν 1024/1000, ενώ το 1975 οι αριθμοί αντίστοιχα ήταν 96.200 και 515/1000. Στην Πολωνία το 1973, έγιναν 138.600 εκτρώσεις, δηλαδή 2.227 εκτρώσεις ανά 1000 γεννήσεις ζώντων. Το 1975 η κατάσταση δεν παρουσίασε καμία διαφορά. Η ίδια αναλογία εκτρώσεων και γεννήσεων ζώντων παρουσιάζεται και στη Γιουγκοσλαβία και Σουηδία, όπου ο αριθμός των εκτρώσεων παραμένει περίπου ο ίδιος.

Απ' αυτά τα νούμερα φαίνεται ότι ο αριθμός των εκτρώσεων δεν αυξάνεται, τουλάχιστον στις ανεπτυγμένες χώρες, όταν αυτές είναι νόμιμες. Το πρόβλημα των εκτρώσεων στις ανεπτυγμένες χώρες δεν είναι τόσο οξύ στις μεγαλύτερες και παντρεμένες γυναίκες, αλλά στα ανήλικα κορίτσια και σε ανύπαντρες γυναίκες κάτω των 24 χρόνων. Έτσι γυναίκες ηλικίας 18-19 χρονών παρουσιάζουν υψηλότερο ποσοστό εκτρώσεων (πίνακας 20)

ΠΙΝΑΚΑΣ 20. Συχνότητα εκτρώσεων κατά ηλικία σε διάφορες ανεπτυγμένες χώρες (1975)

Χώρα	Ομάδες ηλικιών		
	15-17	18-19	20-24
Αγγλία	13,0	19,8	15,4
Σουηδία	26,2	32,2	27,9
Φιλλανδία	15,4	29,0	26,0
Δανία	19,3	31,8	32,5
Καναδάς	10,9	16,7	13,6

Από τα στοιχεία της έρευνάς μας φαίνεται επίσης ότι ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό 35,5% των γυναικών που έκαναν έκτρωση είχαν επιπλοκές (πίνακας 15). Το 66,7% των γυναικών αυτών ήταν ηλικίας 18-22 χρονών και το σημαντικότερο δεν γνώριζαν για τις επιπλοκές που μπορεί να είχαν πριν από την έκτρωση (πίνακας 16) σε ποσοστό 83,9%. Τα στοιχεία αυτά συμβαδίζουν με τ' αποτελέσματα των Παπαευαγγέλου και Τσίμπου, οι οποίοι τονίζουν

ότι αρκετές γυναίκες καθίστανται στειρές μετά από προκλητή έκτρωση, ιδίως όταν αυτή γίνεται παράνομα, χωρίς τις κατάλληλες συνθήκες για μια χειρουργική επέμβαση και από μη ιατρικό προσωπικό. Ακόμη αναφέρουν ότι 3 στις 10.000 γυναίκες που υποβάλλονται σε έκτρωση εκδηλώνουν ψύχωση που οφείλεται συνήθως στην αρνητική συμπεριφορά των ατόμων του άμεσου περιβάλλοντός τους αλλά και αυτών που εκτελούν την έκτρωση. Η θνητότητα στις νόμιμες εκτρώσεις έχει αδρά υπολογιστεί ότι ανέρχεται σε 1-2/100.00. Η θνητότητα πιστεύεται ότι είναι τουλάχιστον 10 φορές μεγαλύτερη εκεί όπου οι εκτρώσεις εκτελούνται παράνομα και κυρίως από άτομα που δεν είναι γιατροί.

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να αναφέρουμε ότι επίσημα στατιστικά στοιχεία στην Ελλάδα για τον αριθμό των εκτρώσεων που γίνονται ετησίως δεν υπάρχουν. Τα μόνα επίσημα στοιχεία που μπορέσαμε να βρούμε είναι αυτά που φαίνονται στον πίνακα 21. Τα στοιχεία αυτά είναι από την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία για το έτος 1988.

ΠΙΝΑΚΑΣ 21. Εξεληθόντες ασθενείς κατά κατηγορίες νόσων για το έτος 1988

Κατηγορίες νόσων	Γενικό Σύνολο
Αυτόματη έκτρωση	4.372
Νόμιμη προκλητή έκτρωση	3.205
Παράνομη προκλητή έκτρωση	112
Άλλες μορφές εκτρώσεων	2.612
Σύνολο	10.301

Στον Ελλαδικό χώρο είναι ελάχιστες οι έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί γύρω από την χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων. Σε έρευνα του Ε.Κ.Κ.Ε με τίτλο "Υγεία και Ελληνική κοινωνία" (1988), βλέπουμε ότι ένα πολύ μικρό ποσοστό γυναικών κάνουν χρήση αντισυλληπτικών δισκίων. Σε σύνολο 2.170 γυναικών οι 2119 είναι αρνητικές απέναντι στη χρήση αντισυλληπτικών δισκίων. Από την άλλη όμως η γυναίκα έχει μια σαφώς θετική στάση απέναντι στην αντισύλληψη σε ποσοστό μεγαλύτερο από τους άνδρες, 234 γυναίκες (73,8%) έναντι 214 ανδρών (67,7%) όπως φαίνεται από στοιχεία του Ε.Κ.Κ.Ε (1980). Τα στοιχεία αυτά συμφωνούν με τα δικά μας (πίνακας 4) και δείχνουν την σημασία που δίνει η γυναίκα στην αντισύλληψη.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΜΕΣΑ ΑΠΟ ΤΟΝ ΡΟΛΟ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Μέσα σ'ένα κόσμο που συνεχώς εξελίσσεται, ο νοσηλευτής για να κατορθώσει ν'ανταποκριθεί με επιτυχία στα καθήκοντά του οφείλει να επιδείξει φαντασία, τόλμη και μεθοδικότητα στις κινήσεις του. Ο σύγχρονος ρόλος του απαιτεί ν'αποδεσμευθεί από την παραδοσιακή άσκηση του έργου του που τον περιορίζει μέσα στον χώρο του νοσοκομείου και να έρθει πιο κοντά στον άνθρωπο, έξω από το νοσοκομείο, που και εκεί έχει την ανάγκη του.

Αντιλαμβανόμενος τις απαιτήσεις της εποχής που ζούμε ο νοσηλευτής με την σωστή επιστημονική κατάρτιση, την συνεχή επαγγελματική ενημέρωση, την κοινωνική ευαισθησία και την υπευθυνότητα είναι σε θέση να δώσει λύση σε πολλά κοινωνικά προβλήματα που μαστίζουν τον Ελληνικό χώρο.

Στην χώρα μας ένα πολύ μεγάλο ποσοστό συνδέει λανθασμένα την εφαρμογή προγραμμάτων οικογενειακού προγραμματισμού με την ιδέα της αντισύλληψης και για διάφορους λόγους αντιτίθεται στην εφαρμογή των προγραμμάτων αυτών, συνοδεύοντας τις αντιδράσεις αυτές με υστερικές συνήθως εκρήξεις φόβου αφανισμού της φυλής από τη διαφαινόμενη μείωση του ρυθμού αύξησης του πληθυσμού. Χρειάζεται μεγάλη προσπάθεια ν'αποσυνδεθεί η έννοια του οικογενειακού προγ/σμού από τον έλεγχο των γεννήσεων και να αποδειχθεί ότι στις χώρες με χαμηλή αναπαραγωγικότητα ο οικογενειακός προγ/σμός όχι μόνο δεν συντελεί σε μεγαλύτερη μείωση της γεννητικότητας, αλλά μπορεί να βοηθήσει στη σταθεροποίηση της σε αποδεκτά όρια.

Ο νοσηλευτής μέσα στο χώρο του νοσοκομείου, μέσα από τα κέντρα οικογενειακού προγ/σμού, με τη συμμετοχή του σε ειδικά σεμινάρια, σε συνέδρια αλλά και με την ενημέρωση σε μικρές κοινωνικές ομάδες προσφέρει την ορθή γνώση γύρω από τα θέματα του οικογενειακού προγ/σμού. Ο νοσηλευτής αντιλαμβάνεται ότι επικρατεί λανθασμένη εντύπωση στον κόσμο πάνω σε θέματα οικογενειακού προγ/σμού και αυτό του δίνει την ικανότητα να βελτιώσει την υπάρχουσα κατάσταση και ν'αλλάξει την στάση του κοινωνικού συνόλου. Η παραδοχή της δυσμενούς πραγματικότητας είναι απαραίτητη. Ο νοσηλευτής γνωρίζει ότι πολλά πράγματα στην Ελλάδα θεωρούνται αποκλειστικά ευθύνη των γυναικών ενώ στους άνδρες δεν καταλογίζεται καμιά ευθύνη, γνωρίζει ότι πίσω από ένα πνεύμα ψευτοσυντηρητισμού αγνοούνται σοβαρά θέματα όπως είναι η αντισύλληψη, και κυρίως γνωρίζει ότι δεν δίνεται η απαραίτητη βαρύτητα στους νέους και στα θέματα που αφορούν την σεξουαλική δραστηριότητα και ενημέρωσή τους. Όλα αυτά είναι καθήκον του να τ'αλλάξει.

Με συναίσθηση της ευθύνης του και στηριζόμενος στις γνώσεις στην επείρα αλλά και στην συνεργασία με τους υπόλοιπους φορείς της υγείας, σεβόμενος τα ήθη και τις συνήθειες, τις ιδιαιτερότητες και τις ανάγκες της κάθε κοινωνικής ομάδας ο νοσηλευτής είναι σε θέση ν'αλλάξει την υπάρχουσα κατάσταση.

Το πρόβλημα του ελληνικού πληθυσμού είναι η έλλειψη πληροφόρησης. Η σωστή συνεργασία άριστα επιστημονικά καταρτισμένων νοσηλευτών και άλλων φορέων υγείας και η στελέχωση των ΚΟΠ από αυτούς είναι το πρώτο βήμα στην ενημέρωση. Ο ερασιτεχνισμός δεν ικανοποιεί τις σημερινές ανάγκες της κοινωνίας. Χρειάζονται άτομα ενημερωμένα, με διαρκή εκπαίδευση και έρευνα γύρω από τα θέματα του οικογενειακού προγ/σμού. Χρειάζεται ένα πρόγραμμα από την πολιτεία που να καλύπτει όλο τον ελλαδικό χώρο από άκρη σε άκρη και όχι μόνο τα μεγάλα αστικά κέντρα, ένα πρόγραμμα που θα καλύπτει τις ορεινές και αγροτικές περιοχές, τους

αγράμματους, αμόρφωτους, φτωχούς και κοινωνικά μελονεκτούντες που κατά κανόνα έχουν πλήρη άγνοια για τα θέματα του οικογενειακού προγ/σμού, ένα πρόγραμμα τέλος που να καλύπτει τις ανάγκες των νέων για ενημέρωση.

Ο νοσηλευτής έχει την δυνατότητα να συμμετάσχει δυναμικά σε τέτοια προγράμματα. Μπορεί να πλησιάσει το άτομο είτε στο νοσοκομείο, είτε στο ΚΟΠ, είτε στο σχολείο ή οπουδήποτε αλλού και να μιλήσει μαζί του, να λύσει τις απορίες του και να διασκορπίσει τους φόβους του. Ο νοσηλευτής είναι ο φίλος και συμβουλάτορας, ο άνθρωπος που από την κατάλληλη θέση μπορεί να προσφέρει στο σύνολο, να αναγνωρίσει τις ανάγκες και τις ιδιαιτερότητες του, να καλύψει επιστημονικά τις απορίες και την άγνοια. Χρειάζεται γνώση, θέληση και κυρίως υπευθυνότητα για την επίτευξη αυτού του σκοπού. Μέσα από τον αναβαθμισμένο ρόλο του νοσηλευτή και την δράση του στο κοινωνικό σύνολο θα έρθει η αλλαγή της συλλογικής αντίληψης για τον οικογενειακό προγραμματισμό αλλά κυρίως η σταδιακή μείωση σοβαρών κοινωνικών προβλημάτων όπως είναι οι αμβλώσεις, οι εφηβικές κυήσεις και τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η έρευνα έγινε με σκοπό την διερεύνηση της στάσης των Ελλήνων απέναντι στο θεσμό του οικογενειακού προγ/σμού, στο θέμα της αντισύλληψης, της έκτρωσης και της χρήσης των ΚΟΠ. Η συλλογή των πληροφοριών έγινε σε τυχαίο δείγμα ενήλικου πληθυσμού (18-35 χρονών) με ανώνυμο προσωπικό ερωτηματολόγιο.

Η πρώτη διαπίστωση από την έρευνα ήταν η άγνοια μεγάλου μέρους του δείγματος για το τι εννοούμε με τον όρο "οικογενειακό προγ/σμό" (42.7% των ανδρών και 34% των γυναικών). Όσον αφορά την χρήση αντισυλληπτικής μεθόδου φαίνεται να αφορά περισσότερο τις γυναίκες και λιγότερο τους άνδρες. Ένα ποσοστό 40.9% των ανδρών δεν χρησιμοποιεί αντισυλληπτική μέθοδο έναντι 23.8% των γυναικών. Την μεγαλύτερη προτίμηση τόσο στις γυναίκες όσο και στους άνδρες την έχουν το προφυλακτικό και η διακεκομμένη συνουσία, και μάλιστα το προφυλακτικό το θεωρούν και σαν την δεύτερη πιο αποτελεσματική μέθοδο αντισύλληψης μετά το χάπι. Η άμβλωση θεωρείται επικίνδυνη για το 62.7% των ανδρών και το 73.5% των γυναικών. Ένα ποσοστό 16.8% των γυναικών του δείγματος, κυρίως πάνω από 28 χρονών έχουν ήδη κάνει άμβλωση. Μια τελευταία διαπίστωση της έρευνας είναι η καθολική απροθυμία του δείγματος να αποταθεί στα ΚΟΠ κυρίως λόγω αδιαφορίας και έλλειψης πληροφόρησης για τις υπηρεσίες και τις δυνατότητες των κέντρων αυτών εκ μέρους της Πολιτείας.

SUMMARY

The aim of this work was to establish a behaviour pattern of the Greeks against the institution of family planning, the subject of birth control methods, the abortions and finally the use of CBC. The data of the research conducted were collected from adults between 18-35 years-old which were coming from different social background. The research was conducted with the use of anonymous personal questionnaire.

The first conclusion coming out of this work, was the fact that a big part of the people questioned had no idea about the meaning of the term "family planning" (42.7% of the men and 34% of the women). Concerning the use of birth control methods it seemed that it was of greater importance for the women than for the men. 40.9% of the men don't use any method, whereas 23.8% of the women use some method. The biggest preference in both sexes was shown in the use of condoms and the "interrupted sexual intercourse". In fact the use of condoms are considered the second most safer method after the "pill". Abortions are considered dangerous for the 62.7% of the men and 73.5% of the women. Some 16.8% of women questioned, mostly over 28 years old has already use abortion. A last conclusion which can be draw from the research is that there is a total disbelief in the usefulness of the CBC. That happens mostly because there is an unwillingness and indifference between the two sexes for the informations and the services offered from these centers.

C.B.C :Center of birth control.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

Η συζήτηση για την ψήφιση του σχεδίου νόμου "τεχνητή διακοπή της εγκλημοσύνης και προστασία της υγείας της γυναίκας" αρμοδιότητας υπουργείου Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, άρχισε στις 26 Μαΐου 1986, από την Α' Σύνοδο της Δ' περιόδου προεδρευομένης Δημοκρατίας. Κοινοβουλευτικοί εκπρόσωποι εκ μέρους του ΠΑΣΟΚ ορίστηκε ο κ. Γεώργιος-Αλέξανδρος Μαγκάκης, και εκ μέρους της Ν.Δ ο Κος Ιωάννης Κεφαλογιάννης. Εισηγητής του νομοσχεδίου ήταν ο Κος Φιλιππόπουλος.

Ο Κος Φιλιππόπουλος στην ομιλία του υποστήριξε ότι η διακοπή της κύησης μέχρι την 12η εβδομάδα δεν είναι αφαίρεση ζωής και κατά συνέπεια εγκληματική πράξη. Η ζωή των ανθρώπινων όντων αρχίζει όταν η αναπτυσσόμενη μετά τη σύλληψη συλλογική κυττάρων φτάσει στο χρονικό εκείνο σημείο που διαχωρίζει το ανθρώπινο όν από τα άλλα είδη του ζωικού βασιλείου και του δίνει ποιότητα ανθρώπινης ζωής και αυτο συμβαίνει με την εμφάνιση και ανάπτυξη του νευρικού συστήματος γύρω στη 12η εβδομάδα. Μέχρι την 12η εβδομάδα το έμβρυο λειτουργεί αυτανακλαστικά και όχι ενσυνείδητα, χωρίς ψυχισμό. Το έμβρυο σε όλη τη διάρκεια της κύησης δεν έχει βιολογική αυτοτέλεια, εξαρτάται από τον οργανισμό της μητέρας και αποκτά την ανθρώπινη υπόσταση από το βιολογικό του διαχωρισμό από την μητέρα, από τότε που ζει με το δικό του οργανικό εξοπλισμό και από τότε καθίσταται φορέας-δικαιωμάτων. Βασιζόμενος σε αυτό το σκεπτικό ο Κος Φιλιππόπουλος υποστήριξε την αποποινικοποίηση των εκτρώσεων.

Αναφέροντας ο εισηγητής στατιστικά στοιχεία για τον αριθμό των εκτρώσεων μίλησε για 350.000 το χρόνο, ενώ συντηρητικότερες εκτιμήσεις συμπιέζουν τον αριθμό στις 100.000 το χρόνο. Εξάλλου στην χώρα μας οι καταδίκες δεν ξεπερνούν τις 10 και καταγγέλλθηκαν για λόγους εκβιασμού ή για λόγους εκδίκησης. Τέλος το 1983 με στοιχεία από μελέτη του Ε.Κ.Κ.Ε στο ερώτημα αν πρέπει να είναι αξιόποινη η άμβλωση το 49% είπαν ΟΧΙ, το 5,2% δήλωσε άγνοια και μόνο το 3,7% δεν απάντησε. Έτσι φαίνεται ότι ο ποινικός νόμος βρίσκεται σε συγκρούση με τη διαμορφωμένη κοινωνική συνείδηση, και απαιτείται η αλλαγή του.

Ο εκπρόσωπος της Ν.Δ Κος Σωτηρόπουλος αντιπαραθέτοντας τις απόψεις του αναφέρει ότι, ένας οργανισμός είναι ζων όταν έχει ορισμένες θεμελιώδεις ιδιότητες και αυτές είναι ο μεταβολισμός και η αναπαραγωγή. Από το πρώτο κύτταρο που θα γίνει με την γονιμοποίηση του ωαρίου από το σπερματοζώαριο, ο μικροσκοπικός οργανισμός έχει αυτές τις δύο ιδιότητες της ζωής και μάλιστα σε πιο έντονο βαθμό από ότι την έχουν οι άλλοι οργανισμοί. Επίσης με την ύπαρξη των χρωματοσωμάτων (23 από το σπερματοζώαριο και 23 από το ωάριο) που αποτελούν τον γενετικό κώδικα του ανθρώπου, δεν χρειάζεται τίποτα άλλο αυτή η ανθρώπινη ζωή για να φθάσει και να εξελιχθεί σε πλήρη άνθρωπο.

Η νομοθεσία των άμβλώσεων τυποποιήθηκε στο νόμο 1609 με τα άρθρα 1, 2, 3, 4, 5. και δημοσιεύτηκε στην εφημερίδα της κυβερνήσεως στις 5 Ιουλίου 1986.

Εφημερίς της κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας
Αθήνα 3 Ιουλίου 1986

Νόμος 1609 "Τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης και προστασία της υγείας της γυναίκας και άλλες διατάξεις".

Άρθρο 1ο

1. Η μέριμνα για την προστασία της υγείας της γυναίκας και την εξασφάλιση περίθαλψης σε οργανωμένες νοσηλευτικές μονάδες κατά την τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης είναι υποχρέωση της πολιτείας.

2. Με υπουργική απόφαση του υπουργού Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και των άλλων συναρμοδίων υπουργών ρυθμίζονται τα θέματα που αφορούν:

α) την ενημέρωση για την απάντηση επιθυμητών παιδιών και την αποφυγή ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης με επιστημονικώς κατάλληλα μέσα καθώς και για τις συνέπειες της διακοπής της εγκυμοσύνης.

β) την περίθαλψη της γυναίκας σε οργανωμένες νοσηλευτικές μονάδες, τις προδιαγραφές της λειτουργίας τω μονάδες, τις προδιαγραφές της λειτουργίας των μονάδων, τον χρόνο αποχής της γυναίκας από την εργασία και ό,τι άλλο απαιτείται για την αποκατάσταση και προστασία της υγείας της και

γ) τον τρόπο προγεννητικής διάγνωσης στην περίπτωση β' της παραγράφου 4 του άρθρου 304 του ποινικού κώδικα.

3. Οι δαπάνες που απαιτούνται για την εφαρμογή των προηγούμενων παραγράφων καλύπτονται σύμφωνα με την νομοθεσία για τις κοινωνικές ασφάλισεις και με όσα ειδικότερα ορισθούν από την υπουργική απόφαση.

Άρθρο 2ο

Οι παράγραφοι 4 και 5 του άρθρου 304 του ποινικού κώδικα αντικαθίστανται ως εξής:

4) Δεν είναι άδικη πράξη η τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης που ενεργείται με την συναίνεση της εγκύου από γυναικό-μαϊεύτηρα-γυναικολόγο με την συμμετοχή αναισθησιολόγου σε οργανωμένη νοσηλευτική μονάδα, αν συντέχει μια από τις ακόλουθες περιπτώσεις :

α) Δεν έχουν συμπληρωθεί 12 εβδομάδες εγκυμοσύνης.

β) Έχουν διαπιστωθεί με τα σύγχρονα μέσα προγεννητικής διάγνωσης ενδείξεις σοβαρής ανωμαλίας του εμβρύου που επείγονται την γέννηση παθολογικού νεογνού και η εγκυμοσύνη δεν έχει δειάρκεια περισσότερη από 24 εβδομάδες.

γ) Υπάρχει αναπότρεπτος κίνδυνος για την ζωή της εγκύου ή κίνδυνος σοβαρής και δειαρκούς βλάβης της σωματικής ή ψυχικής υγείας της. Στην περίπτωση αυτή απαιτείται βεβαίωση του κατά περίπτωση αρμοδίου γιατρού.

δ) Η εγκυμοσύνη είναι αποτέλεσμα βιασμού, αποπλάνησης ανήλικης, αιμομιξίας ή κατάχρησης γυναίκας ανίκανης να αντισταθεί και εφόσον έχουν συμπληρωθεί 19 εβδομάδες.

ε) Αν η έγκυος είναι ανήλικη απαιτείται η συναίνεση ενός από τους γονείς ή αυτού που έχει την επιμέλεια του του προσώπου της ανήλικης.

Άρθρο 3ο

1. Οποιος χωρίς την συναίνεση της εγκύου διακόπτει την εγκυμοσύνη τιμωρείται με κάθειρξη.

2. Οποιος με την συναίνεση της εγκύου διακόπτει την εγκυμοσύνη ανεπίτρεπτα ή προμηθεύει σε αυτήν μέσα για τη διακοπή της, τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον 6 μηνών και αν ενεργεί κατά συνήθεια με φυλάκιση τουλάχιστον 2 ετών.

Αν από την πράξη της προηγούμενης διάταξης προκληθεί βαρεία πάθηση του σώματος ή της διάνοιας της εγκύου επιβάλλεται φυλάκιση τουλάχιστον 2 ετών και αν προκληθεί θάνατος, κάθειρξη μέχρι 10 έτη.

3. Εγκυος που διακόπτει ανεπίτρεπτα την εγκυμοσύνη ή επιτρέπει σε άλλον να την διακόψει τιμωρείται με φυλάκιση μέχρι 1 έτος.

Άρθρο 4ο

"Σωματική βλάβη εμβρύου ή νεογνού"

Οποιος επενεργεί παράνομα στην έγκυο με αποτέλεσμα να προκληθεί βαριά βλάβη στο έμβryo ή να εμφανιστεί το νεογνό βαριά πάθηση του σώματος ή της διάνοιας τιμωρείται κατά τις διατάξεις του άρθρου 310.

Άρθρο 5ο

Διαφήμιση μέσων τεχνητής διακοπής της εγκυμοσύνης.

1. Οποιος δημόσια ή με την κυκλοφορία εγγράφων, εικόνων ή παραστάσεων αναγγέλει ή διαφημίζει έστω και συγκαλυμμένα φάρμακα ή άλλα αντικείμενα ή τρόπους ως κατάλληλους να προκαλέσουν τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης ή να προσφέρει με τον ίδιο τρόπο υπηρεσίες δικές του ή άλλου για την εκτέλεση ή την υποβοήθηση διακοπής της εγκυμοσύνης τιμωρείται με φυλάκιση 2 έτη.

2. Δεν είναι άδικη πράξη η ενημέρωση ή η υγειονομική διαφώτιση σχετικά με την τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης που γίνεται από τα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού, καθώς και η ενημέρωση γιατρών ή προσώπων που νόμιμα διακινούν μέσα τεχνητής διακοπής της εγκυμοσύνης και οι σχετικές δημοσιεύσεις σε ιατρικά ή φαρμακευτικά περιοδικά.

Αθήνα 28 Ιουνίου 1986

Ο πρόεδρος της Δημοκρατίας
Χρήστος Σαρτζετάκης

7.- Πιστεύεται ότι το προφυλακτικό προφυλάσσει από ορισμένα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και το AIDS;

Ναί Όχι

8.- Ποιά πιστεύετε ότι είναι η πιο αποτελεσματική μέθοδος αντισύλληψης;

.....

9.- Ποιά πιστεύετε ότι είναι η πιο αποτελεσματική μέθοδος αντισύλληψης;

.....

10.- Πιστεύετε ότι η άμβλωση είναι μέθοδος ελέγχου των γεννήσεων;

Ναί Όχι

11.- Πιστεύετε ότι η άμβλωση είναι:

Επικίνδυνη

Ακίνδυνη, όταν γίνεται από έμπειρο γιατρό

Τελείως ακίνδυνη

12α- Έχετε κάνει ποτέ άμβλωση;

Ναί Όχι

12β- Αν ναι, πόσες φορές;

1 φορά

2 - 5

Πάνω από 5

12γ- Είχατε επιπλοκές;

Ναί Όχι

12δ- Γνωρίζατε γιαυτές πριν την άμβλωση;

Ναί Όχι

13α- Γνωρίζετε ότι υπάρχουν ειδικά κέντρα που μπορούν να σας ενημερώσουν για τα θέματα του οικογ/κού προγραμματισμού;

Ναί Όχι

13β- Αν το γνωρίζετε και δεν έχετε αποτανθεί ακόμη σ' αυτά, αυτό οφείλεται σε:

αδιαφορία

δεν είσαστε σίγουροι για την ποιότητα των υπηρεσιών που θα σας προσφέρουν

είναι αντίθετα με τα θρησκευτικά σας πιστεύω

έλλειψη πληροφόρησης για τις υπηρεσίες και δυνατότητες των κέντρων αυτών εκ μέρους της Πολιτείας

14.- Πιστεύετε στο θεσμό του οικογενειακού προγραμματισμού;

Ναί Όχι

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Βασιλειάδη Π.: "Μαθήματα Υγιεινής και Επιδημιολογίας". Επίτομος. Εκδόσεις Παρισιάνος Τρ. Αθήνα 1971.
- Βουλή των Ελλήνων: Δ' Περίοδος (Προεδρευομένης Δημοκρατίας) Σύνοδος Α' Πρακτικά Βουλής. ΟΛΟΜΕΛΕΙΑ. Προεδρεία Γιάννη Α. Αλευρά. Τόμος ενδέκατος συνεδριάσεις ΡΑΕ-ΡΜΟ 19 Μαΐου 1986 6 Ιουνίου 1986. Αθήνα 1986.
- Γκούμας Α.-Κωτσιόπουλος Β. και συνεργάτες: "Ο ενήλικος και το περιβάλλον του". Εγκυκλοπαίδεια Υγεία Οδηγός Υγιεινής. Τόμος 3ος σελ. 419-444. Εκδόσεις Δομική Α.Ε. Αθήνα 1990.
- Δανέζης Ι.: "Τρέχουσες απόψεις για την αντισύλληψη". Πρακτικά του Συμποσίου της Ελληνικής Εταιρείας Γονιμότητας και Στείρτητας σελ. 19-27. Αθήνα 15 Μαΐου 1980.
- Δετοράκης Ι.: "Οικογενειακός Προγραμματισμός (αντισύλληψη σεξουαλική διαφώτιση)". Επίτομος εκδόσεις Πατάκης. Αθήνα 1985.
- Δετοράκης Ι.: "Βλεννόρροια, Σύφιλη, AIDS". Επίτομος students Editions. Πάτρα 1987.
- Δετοράκης Ι.: "Κοινωνική Υγιεινή Ι". Σημειώσεις Α' εξαμήνου ΤΕΙ Νοσηλευτικής Εκδόσεις ΤΕΙ Πάτρας. Πάτρα 1987.
- Δημητρίου Μ.: "Στοιχεία Δερματολογίας". Σημειώσεις Δ' εξαμήνου ΤΕΙ Νοσηλευτικής. Εκδόσεις ΤΕΙ Πάτρας. Πάτρα 1988.
- Δημητρακόπουλος Γ.: "Εισαγωγή στην κλινική μικροβιολογία και τα λοιμώδη νοσήματα" Επίτομος Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδη Π. Αθήνα 1987.
- Εφημερίς της κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας. Τεύχος πρώτο Αριθμός φύλλου 86. Αθήνα 3 Ιουλίου 1986.
- Knauss, Herman: "Οι γόνιμες και στείρες μέρες της γυναίκας" Μετάφραση Κομνηνός Α.Κ. Επίτομος. Εκδόσεις "ΔΙΦΡΟΣ" Αθήνα 1958.
- Κουμαντάκης Ε., Γεωργούλιας Ν. και Κρεάτσας Γ.: "Αντισύλληψη σε γυναίκες της εφηβικής ηλικίας". Γ' Πανελλήνιο Συνέδριο Μαιευτικής και Γυναικολογίας. Αθήνα Ιούνιος 1982.
- Κρεάτσας Γεώργιος: "Σεξουαλική διαπαιδαγώγηση. Μαθήματα γενετισιακής αγωγής". Επίτομος. Εκδόσεις κέντρο εκδοτικών εφαρμογών Ε.Π.Ε. "Εντόπια" Αθήνα 1986.
- Lanson Lucienne: "Απο γυναίκα σε γυναίκα". Μετάφραση Μιχαλοπούλου Μόσχα. Τόμος 1ος. Εκδόσεις Γλάρος Αθήνα 1982.
- Λούρος Νικόλαος: "Η επίπτωση των εκτρώσεων επί του δημογραφικού προβλήματος της Ελλάδος". Ανακοίνωση Ακαδημίας Αθηνών. Αθήνα 1967.
- Μαδιανός Γ. Μιχάλης-Ζάρναρη Ολγα: "Υγεία και ελληνική κοινωνία". Επίτομος. Εκδόσεις Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών Αθήνα 1988.
- Μπαλούρδος Διονύσης: "Η γονιμότητα ως καταναλωτικό αγαθό". Επιθεώρηση κοινωνικών ερευνών. Τεύχος 69. Έκδοση Εθνικού Κέντρου Κοινωνικών Ερευνών. Αθήνα 1988.
- Παπαευαγγέλλου Γ., Τσίμπος Κ.: "Ιατρική δημογραφία και οικογενειακός προγραμματισμός". Επίτομος. Εκδόσεις ΒΗΤΑ. Αθήνα 1992.
- Παπανικολάου Α. Νίκος: "Στείρωση γυναίκα, αντρική αντισύλληψη". Τόμος εις. Εκδόσεις Παρισιάνος. Αθήνα 1986.
- Πολυσίδου Ελένη: "Το βιβλίο της γυναίκας και του άνδρα". Επίτομος. Έκδοση 3η. Εκδοτικός Οίκος αδελφών Κυριακίδη. Θεσ/νίκη 1989.

- Πρεσβέλου Κ., Τεπέρογλου Α.: "Κοινωνιολογική Ανάλυση του φαινομένου της εκτρώσεως στον ελληνικό χώρο". Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών Τεύχος 39-40. Έκδοση Εθνικού Κέντρου Κοινωνικών ερευνών. Αθήνα 1980.
- Roza W. Franz: "Οικογενειακός Προγραμματισμός και Δημόσια Υγεία". Υγιεινή. Η θεωρία και η πρακτική της Δημόσιας υγείας. Μετάφραση Καββαδία Ν. Τόμος 2ος. Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνος Γρ. Αθήνα 1978.
- Σαχίνη-Καρδάση Άννα-Πάνου Μαρία: "Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική". Νοσηλευτικές διαδικασίες. Τόμος 2ος. Μέρος Β'. Εκδόσεις ΒΗΤΑ Medical Arts. Αθήνα 1985.
- Συμεωνίδη-Καστανίδη Ελισάβετ: "Η άμβλωση ως πρόβλημα του ποινικού δικαίου". Επίτομος. Εκδόσεις Σακούλας Αντ. Αθήνα 1984.
- Smith Tony: "Ειδικά προβλήματα ζευγαριών". The Macmillan Guide. Μεγάλος Ιατρικός Οδηγός. Επιστημονική επιμέλεια Ιατρική Εταιρεία Αθηνών. Τόμος 3ος. Εκδόσεις Γιαλλέλη. Αθήνα 1991
- Tricht CoenVan: "Άμβλωση, το δικαίωμα της γυναίκας". Μετ. Τριανταφύλλου. Επίτομος. Εκδόσεις Καρανάση. Αθήνα 1985.
- Τριχοπούλου Αντωνία-Τριχόπουλος Δημήτριος: "Προληπτική ιατρική (Αγωγή υγείας, Κοινωνική Ιατρική, Δημόσια Υγιεινή)". Επίτομος. Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνος Γρ. Αθήνα 1986
- Τσίκουλας Ι., Παιονίδης Α., Κοντοθανάσης Ν., Μελλίδου Σ., Νταρίλλης Ε., Παπαδοπούλου Μ., Κάσιμος Χ.: "Αντισυλληπτικές μέθοδοι στη σύγχρονη ελληνική οικογένεια". Αρχεία Ιατρικής Εταιρείας Vol:7 Issu:3 PG:413-416. Αθήνα 1981.
- Τσουδερού Β.: "Οι άμβλώσεις, το χάπι και ο οικογενειακός προγραμματισμός". Επίτομος. Εκδόσεις Ευρώπη. Αθήνα 1980.
- United Nations: "Administrative Aspects of family Planning" Asian Population Studies No1 United Nations. New York 1966
- Winston RML: "Στείρωση". Μετάφραση Εμκε Ελλη. Επίτομος. Εκδόσεις Ψυχογιός. Αθήνα 1988.

