

ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ

ΒΙΤΖΗΛΑΙΟΥ ΕΛΙΣΑΒΕΤ

ΜΠΙΤΣΙΚΑ ΒΑΣΙΛΙΚΗ

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ

ΜΙΧΑΛΟΠΟΥΛΟΥ ΣΟΥ.

ΠΑΤΡΑ, ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	σελ.4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	σελ.5

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

1.	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	σελ.9
1.1.	ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΑ ΦΥΛΛΑΔΙΑ	σελ.10
1.2.	ΟΦΕΛΗ ΤΟΥ Ο.Π ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ	σελ.14
1.2.1.	ΟΦΕΛΗ Ο.Π ΚΑΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΓΥΝΑΙΚΑ	σελ.16
1.2.2.	ΟΦΕΛΗ Ο.Π ΚΑΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ ΓΙΑ ΤΟ ΠΑΙΔΙ	σελ.17
1.2.3	ΟΦΕΛΗ Ο.Π ΚΑΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΤΗ ΚΟΙΝΩΝΙΑ	σελ 17
1.2.4.	ΟΦΕΛΗ ΤΟΥ Ο.Π ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ	σελ.17
1.2.5.	ΟΦΕΛΗ Ο.Π ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΤΗ ΚΟΙΝΩΝΙΑ	σελ.18
1.2.6.	Ο.Π ΚΑΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ	σελ.19
1.2.7.	Ο.Π ΚΑΙ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ	σελ.20
1.2.8.	ΕΦΗΒΟΙ ΚΑΙ Ο.Π-ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ	σελ.21

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

2.	ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ	σελ.25
2.1.	ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ	σελ.31

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

3.	ΠΡΟΛΗΨΗ	σελ.35
3.1.	ΤΕΣΤ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ	σελ.35
3.2.	ΕΜΒΟΛΙΟ ΗΡV	σελ.37
3.3.	ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ	σελ.41
3.4.	ΣΤΙΓΜΑ	σελ.42

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

4	ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ	σελ.47
4.1.	ΜΑΛΑΚΟ ΕΛΚΟΣ	σελ.48
4.2.	ΣΥΦΙΛΗ	σελ.49

4.3.	ΕΡΠΗΣ	σελ.50
4.4.	ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΑ	σελ.52
4.5.	ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β	σελ.53

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

5.	Η ΔΟΜΗ ΚΑΙ Ο ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΚΥΚΛΟΣ ΤΟΥ HIV	σελ.56
5.1.	ΕΡΕΥΝΑ	σελ.59
5.2.	ΤΟ ΑΔΙΕΞΟΔΟ ΕΝΟΣ ΣΞΞΟΥΑΛΙΚΟΥ ΠΡΟΤΥΠΟΥ	σελ.62

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

1.	ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ	σελ.65
----	-----------	--------

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

2.	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ	σελ.66
----	--------------------	--------

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

3.	ΠΕΡΙΛΗΨΗ	σελ.68
----	----------	--------

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

4.	ΕΠΙΛΟΓΟΣ	σελ.69
----	----------	--------

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα εργασία την οποία αναλάβαμε αφορά στον οικογενειακό προγραμματισμό και τη νοσηλευτική προσέγγιση. Κατά τη συλλογή των πληροφοριών όσον αφορά το θέμα αυτό ανακαλύψαμε ότι η θεσμοθέτηση του Ο.Π στη χώρα μας καθυστέρησε σημαντικά. Αυτό πρέπει να αποδοθεί στη σύγχυση που επικράτησε εκείνη την εποχή σχετικά με τις επιπτώσεις που μπορεί να έχει η εφαρμογή του προγράμματος σε μία χώρα που κύριο χαρακτηριστικό της είναι η μείωση της αναπαραγωγικότητας.

Από την αρχή βρήκαμε το θέμα ιδιαίτερα ενδιαφέρον παρά το γεγονός ότι δεν υπάρχει κατάλληλη ενημέρωση για τον Ο.Π.

Η εργασία βασίστηκε σε πληροφορίες που συλλέξαμε από βιβλιογραφίες τις οποίες βρήκαμε στη βιβλιοθήκη της πλατείας Ελευθερίας, της βιβλιοθήκης του Α ΤΕΙ Πατρών καθώς επίσης και στη Δημοτική βιβλιοθήκη Πατρών. Επίσης ορισμένα από τα στοιχεία που συλλέξαμε προέρχονται από το ιντερνετ.

Σε αυτό το σημείο θέλουμε να ευχαριστήσουμε τον μαιευτήρα γυναικολόγο Κον Συρμαγιά και την γυναικολόγο Κα Διαμαντοπούλου για την πολύτιμη βοήθεια τους.

Τέλος, ευχαριστούμε θερμά τη Κα Μιχαλοπούλου Σου η οποία μας έδωσε το κίνητρο να αναπτύξουμε το θέμα του Ο.Π και να ανακαλύψουμε τη σπουδαιότητα του στη ζωή μας.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

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

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Η πληθυσμιακή έκρηξη που επιτελείται τα τελευταία χρόνια καθιστά επιτακτική την ανάγκη για έλεγχο των γεννήσεων μέσα από εθνικά προγράμματα οικογενειακού προγραμματισμού. Ο πληθυσμός της γης ξεπέρασε το φράγμα των δυο δις τη δεκαετία του 1920, έφτασε τα 4 δις το 1975, τα πέντε δισεκατομμύρια το 1987 και ξεπέρασε τα 6 δις το 2000. Διαπιστώνεται πως η τάση αύξησης του πληθυσμού είναι 2% περίπου ανά έτος. Παρόλα αυτά η υπέρμετρη αύξηση του πληθυσμού, κυρίως λόγω της ελάττωσης της θνησιμότητας, επιδεινώνεται από την άνιση κατανομή της αύξησης αυτής. Στις αναπτυσσόμενες χώρες παρατηρείται το 85% του συνόλου των γεννήσεων, το 95% της παγκόσμιας νεογνικής θνησιμότητας και το 99% της παγκόσμιας μητρικής θνησιμότητας. Αντίθετα στις αναπτυγμένες χώρες η αλλαγή του τρόπου ζωής, η αύξηση του βιοτικού και του μορφωτικού επιπέδου, είχαν ως αποτέλεσμα τον περιορισμό της αύξησης του πληθυσμού με ρυθμό 0,6% έναντι 2,9% που είναι ο ρυθμός αύξησης του πληθυσμού στην Αφρική σήμερα. (1) Αν και είναι γνωστά τα τεράστια οφέλη του οικογενειακού προγραμματισμού, η προσβασιμότητα σε αυτόν δεν είναι δυνατή σε 350

εκατομμύρια ζευγάρια παγκοσμίως. Επιπροσθέτως 120 εκατομμύρια παντρεμένες γυναίκες θα ακολουθούσαν κάποια σύγχρονη αντισυλληπτική μέθοδο, εάν υπήρχε κατάλληλη υποστήριξη όσον αφορά την ενημέρωση, τη διάθεση και την εκπαίδευση στη χρήση της αντισύλληψης. (2). Σύμφωνα με μια έρευνα εάν όλες οι γυναίκες της αναπαραγωγικής ηλικίας είχαν τη δυνατότητα να ελέγξουν τη γονιμότητα τους, οι γεννήσεις θα είχαν ελαττωθεί κατά 100.000 ανά έτος και ο πληθυσμός στον αναπτυσσόμενο κόσμο το 2100 θα είχε ελαττωθεί κατά 2,2 δισεκατομμύρια, εάν όλες οι γυναίκες, που έλεγαν ότι δεν επιθυμούν άλλα παιδιά, ήταν ικανές να σταματήσουν με κάποιο τρόπο την αναπαραγωγική τους ικανότητα. (3,4). Αναμφισβήτητα η χρήση της αντισύλληψης συμβάλλει στην ελάττωση της μητρικής θνησιμότητας και στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής των γυναικών της αναπαραγωγικής ηλικίας μέσω της αποφυγής των ανεπιθύμητων, υψηλού κινδύνου κυήσεων και της ελάττωσης του αριθμού των εκτρώσεων.

Επιπλέον, κάποια αντισυλληπτικά ελαττώνουν την πιθανότητα μετάδοσης των σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων και προστατεύουν από κάποιες μορφές καρκίνου που λαμβάνουν τεράστια έκταση στις αναπτυσσόμενες χώρες με φοβερές συνέπειες για την ανθρωπότητα. Η εγκυμοσύνη στην εφηβεία στις ΗΠΑ είναι αυξημένη σε σχέση με άλλες χώρες του Δυτικού κόσμου. Το 78% από αυτές είναι ανεπιθύμητες και οι μισές διακόπτονται με κάποια μέθοδο τεχνητής έκτρωσης λόγω έλλειψης ή ανεπάρκειας προγραμμάτων Οικογενειακού Προγραμματισμού. Επιπλέον έχει υπολογιστεί πως παγκοσμίως 40 – 50 εκατομμύρια γυναίκες προσφεύγουν στην τεχνητή διακοπή της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης κάθε χρόνο και 20 εκατομμύρια από αυτές υποβάλλουν τη ζωή τους σε κίνδυνο, γιατί οι εκτρώσεις εκτελούνται υπό παράνομες και μη ασφαλείς συνθήκες. Δυστυχώς αυτές συμβάλλουν στο 13% της μητρικής θνησιμότητας παγκοσμίως.

Ενθαρρυντικό όμως είναι το γεγονός πως τις τελευταίες τέσσερις δεκαετίες η χρήση των αντισυλληπτικών έχει αυξηθεί παγκοσμίως, ιδιαίτερα στις αναπτυσσόμενες χώρες, στις οποίες η χρήση της αντισύλληψης στις παντρεμένες γυναίκες έχει αυξηθεί από 9% το 1960 στο 60% σήμερα.

Ωστόσο, 8-30 εκατομμύρια ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες συμβαίνουν κάθε έτος στις γυναίκες που εφαρμόζουν κάποια μέθοδο αντισύλληψης(5).

Όλοι όμως όσοι ασχολούνται με το πρόγραμμα πρέπει να γνωρίζουν ότι για τη διαμόρφωση και εφαρμογή μιας πολιτικής υγείας υπάρχουν ορισμένες βασικές αρχές, παγκοσμίως αποδεκτές οι οποίες πρέπει να ακολουθούνται προσαρμοσμένες πάντα στο αντίστοιχο οργανωτικό επίπεδο σύμφωνα με την παρακάτω σειρά:

- διαμόρφωση αντικειμενικού σκοπού
- προσδιορισμός των αναγκών υγείας του πληθυσμού
- προσδιορισμός συγκεκριμένων προσεγγίσεων στα προβλήματα υγείας του πληθυσμού.
- Εξασφάλιση συνεργασίας ανάμεσα στον τομέα υγείας και σε άλλους τομείς (εκπαίδευση, λαϊκή επιμόρφωση, τοπική αυτοδιοίκηση κα)
- Ισότιμη ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας που πρέπει να είναι αποδεκτές, προσιτές και προσπελάσιμες σε όλο τον πληθυσμό.
- Κατανομή των πόρων και των υπηρεσιών ανάλογη με τις ανάγκες της κοινότητας.
- Σχεδιασμός, προγραμματισμός
- Εκπαίδευση στελεχών υγείας που θα χρειασθούν άμεσα μεσοπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα.
- Εκτέλεση
- Αξιολόγηση προγράμματος (6).

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

1. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ

Κάθε παιδί που έρχεται στον κόσμο να είναι επιθυμητό παιδί. Αυτό ήταν και είναι το βασικό σύνθημα του Οικογενειακού προγραμματισμού. Τότε μόνο μπορεί να γίνει ευτυχισμένο παιδί και να απολαύσει ολόκληρη τη στοργή και τη φροντίδα της μητέρας του, αλλά και της οικογένειας στην οποία θα ζήσει. Η ολοκλήρωση αυτού του στόχου βρίσκεται μακριά ακόμα και στις πιο ανεπτυγμένες κοινωνίες, όλοι μας όμως πρέπει να γνωρίζουμε τουλάχιστον το στόχο. «Μητέρα» του οικογενειακού προγραμματισμού θεωρείται μια νοσηλεύτρια από τη Νέα Υόρκη η Μάργκαρετ Σάνγκερ η οποία συγκλονίσθηκε όταν στις αρχές του 20^{ου} αιώνα, παρακολούθησε από κοντά την ανάπτυξη μιας νέας κοπέλας που είχε υποβληθεί σε παράνομη έκτρωση. Όταν αργότερα η κοπέλα αυτή πέθανε σε μια δεύτερη έκτρωση, η Μάργκαρετ Σάνγκερ έκανε σκοπό της ζωής της την ενημέρωση του κοινού για τους κινδύνους των εκτρώσεων και την πρόταση της για τον «Οικογενειακό περιορισμό» όπως τον ονόμασε τότε. Οργάνωσε μια απίστευτη εκστρατεία ενημέρωσης τυπώνοντας ένα εκατομμύριο φυλλάδια με την τίτλο FAMILY LIMITATION ταξίδεψε στην Ευρώπη για επιμόρφωση και αφού μελέτησε τις δυσκολίες και τις Νόμιμες επιπτώσεις, άνοιξε το 1916 στο Μπρούκλιν της Νέας Υόρκης την πρώτη κλινική Οικογενειακού προγραμματισμού.

Το πιο γνήσιο παιδί αυτής της ιδέας είναι το τόσο κατηγορημένο αλλά και τόσο ωφέλιμο και συγχρόνως τόσο μελετημένο Αντισυλληπτικό χάπι.

Η αρχική ιδέα για μια αντισυλληπτική μέθοδο με τη μορφή χαπιού, γεννήθηκε στην Αυστρία το 1920, ενώ το 1938 ανακοινώθηκε η σύνθεση ενός οιστρογόνου της αιθυλοιστραδιόλης που είναι και η βάση όλων των αντισυλληπτικών. Μετά από πολλές έρευνες, Νομικές και Οικονομικές δυσκολίες, και πάντα με την ενθουσιώδη στήριξη της Μάργκαρετ Σάνγκερ και εταιρειών που χρηματοδότησαν τις έρευνες,

κυκλοφόρησε περι το 1960 το πρώτο αντισυλληπτικό χάπι. Στην Ελλάδα τα πρώτα χάπια κυκλοφόρησαν το 1965 με την ονομασία Anovlar & Lyndiol. Τα χάπια αυτά περιείχαν 50 mg. Οιστρογόνου ενώ τα σημερινά χάπια περιέχουν μόνο 20 mg. Η δόση δηλαδή έχει μειωθεί κατά 25 φορές. Αυτό και μόνο το γεγονός θα έπρεπε να πείσει τις σημερινές κοπέλες (όχι τις μαμάδες τους που δίκαια είχαν την κινδυνολόγο πληροφόρηση εκείνης της εποχής), για την ασφάλεια και την ωφελιμότητα των αντισυλληπτικών.

Ας δούμε όμως μερικά στατιστικά στοιχεία του 1998 σε σύγκριση με το 1994. Στην Αυστραλία κάνουν χρήση χαπιού το 27,8% των γυναικών 15-44 ετών με αύξηση της χρήσης +4,1%, στη Δανία 39,8% με αύξηση +34%, στην Ιρλανδία 16,9% με αύξηση -10,5%. Τα ίδια ισχύουν σχεδόν σε όλες τις Ευρωπαϊκές χώρες. Στην Ελλάδα κάνουν χρήση του χαπιού μόνο το 2,4% των γυναικών αντίστοιχης ηλικίας με μείωση -14,3% σε σχέση με το 1994 και στην Τουρκία το χρησιμοποιούν μόνο 1,8% με μείωση -14%. Στην Ελλάδα έχουμε σταθερά τουλάχιστον 100.000 εκτρώσεις το χρόνο (τι καλά) με μόνο 1,4 παιδιά να γεννιούνται από κάθε Ελληνίδα, την ώρα που στην Τουρκία γεννιούνται τουλάχιστον 2,5 παιδιά ανα γυναίκα. Οι αριθμοί νομίζω είναι αμείλικτοι τουλάχιστον για τις εκτρώσεις. Στην Ελλάδα βλέπετε έχουμε το προνόμιο της κινδυνολογίας αφενός και του «Δε βαριέσαι» αφετέρου. Δρούμε πάντα πυροσβεστικά.

1.1 ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΑ ΦΥΛΛΑΔΙΑ

Ο Οικογενειακός Προγραμματισμός λοιπόν είναι ένα θέμα που διχάζει. Άλλοι τον θεωρούν απαραίτητο και άλλοι πιστεύουν ότι δεν έχει καμία χρησιμότητα στη ζωή μας. Πολλούς από εμάς, μας απασχολούν καθημερινά πολλά ερωτήματα για τη ζωή μας στα οποία δεν έχουμε δώσει άμεσες απαντήσεις. Αυτό προσφέρει και ο Οικογενειακός Προγραμματισμός. Δίνει απαντήσεις σε πολλά ερωτήματά μας και γι' αυτό το λόγο πολλά νοσοκομεία και κέντρα υγείας έχουν κυκλοφορήσει ενημερωτικά φυλλάδια στα οποία

αναφέρουν τί είναι ο Οικογενειακός προγραμματισμός και γιατί είναι απαραίτητος για τη ζωή μας. Ένα από αυτά τα φυλλάδια είναι και το ακόλουθο όπου το δανειστήκαμε από το κέντρο υγείας Βάρδας.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΓΝΩΡΙΖΟΥΜΕ ΓΙΑ ΤΟΝ Ο.Π.

Τι είναι ο οικογενειακός προγραμματισμός;

Ο οικογενειακός προγραμματισμός προσφέρει την δυνατότητα σε κάθε ζευγάρι να προγραμματίσει την οικογένεια του μετά από σωστή και υπεύθυνη ενημέρωση.

Στο κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού ειδικοί επιστήμονες παρέχουν τις υπηρεσίες τους.

Επειδή μερικές γυναίκες ίσως δεν ξέρουν ή φοβούνται να επισκεφθούν το Κέντρο, θα βρουν σε αυτό το φυλλάδιο απαντήσεις στα ερωτήματα τους, που θα τις βοηθήσουν να έλθουν κοντά μας.

Γιατί να προγραμματίσω τον αριθμό των παιδιών μου;

Μπορεί να υπάρχουν πολλοί λόγοι (ιατρικοί – κοινωνικοί – οικονομικοί) Αν αφήσετε ένα λογικό χρονικό διάστημα μεταξύ μιας γέννας και της επόμενης, τότε θα νιώθετε πιο υγιής και θα είσθε σε θέση να φροντίζετε καλύτερα την οικογένεια σας.

Πώς μπορώ να ενημερωθώ για θέματα οικογενειακού προγραμματισμού;

Η ενημέρωση και πληροφόρηση του κοινού για θέματα οικογενειακού προγραμματισμού γίνεται παράλληλα, εντός και εκτός του κέντρου Οικογενειακού Προγραμματισμού (ΚΟΠ).

Εκτός του ΚΟΠ η ενημέρωση γίνεται με διαλέξεις στους: Δήμους, Κοινότητες, Γυναικείους Εκπολιτιστικούς και εξωραϊστικούς συλλόγους, σε φοιτητές, σχολές και πολλούς οργανισμούς κοινής ωφέλειας.

Στην ενημέρωση μπορεί να έρχεται και ο σύντροφός μου;

Ασφαλώς και μπορεί

Θα έχω καμιά οικονομική επιβάρυνση;

Η ενημέρωση και οι εξετάσεις (γυναικολογική, εξέταση μαστών, ραρ τεστ) είναι δωρεάν.

Θα χρειαστεί να χρησιμοποιηθεί το ασφαλιστικό βιβλιário μόνο σε περίπτωση που πρέπει να κάνετε κάποια ειδική εξέταση επιπλέον.

Θα ξέρει κανείς άλλος ότι ήρθα στο Κέντρο;

Όχι. Στο κέντρο υπάρχει και ισχύει το «Ιατρικό απόρρητο».

Πότε πρέπει να έρθω στο Κέντρο;

Όποτε αποφασίσετε εσείς, αφού προηγουμένα μας τηλεφωνήσετε για ραντεβού.

Τι μπορώ να κάνω αν έχω κάποιο πρόβλημα ή αμφιβολίες αργότερα;

Να επιστρέψετε στο Κέντρο όσες φορές χρειάζεται. Εμείς θα σας πούμε πότε να έρχεστε μια φορά το χρόνο για ένα γενικό έλεγχο και παρακολούθηση. Ενδιάμεσα μπορείτε να μας επισκεφθείτε όποτε έχετε πρόβλημα.

Επίσης παρέχετε ψυχολογική – συμβουλευτική βοήθεια σε ζευγάρια και μεμονωμένα άτομα για την σωστή αντιμετώπιση ατομικών και οικογενειακών προβλημάτων.

Ποια είναι τα αντισυλληπτικά μέσα ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΝΤΑΙ ΣΗΜΕΡΑ;

- ☞ Το χάπι
- ☞ Το σπείρωμα
- ☞ Το προφυλαχτικό
- ☞ Τα κολπικά διαφράγματα
- ☞ Τα κολπικά υπόθετα
- ☞ Η διακεκομμένη συνουσία
- ☞ Η μέθοδος ρυθμού
- ☞ Η χειρουργική στειροποίηση

Λεπτομέρειες για κάθε μέθοδο και συμβουλές για το ποια είναι καταλληλότερη για σας, θα σας δώσει η ιατρός του οικογενειακού προγραμματισμού.

Πώς μπορεί να γίνει ενημερωτική – Διάλεξη – ομιλία στη γειτονιά μου;

Αρκεί μόνο να μας προσκαλέσει κάποιος συλλογικός φορέας της περιοχής. Θα συμφωνήσουμε ημέρα και ώρα και θα έρθουμε κοντά σας (8).

ΟΦΕΛΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ

1.2 Οφέλη του Οικογενειακού Προγραμματισμού για την υγεία της γυναίκας

Κάθε χρόνο περισσότερες από 585.000 γυναίκες πεθαίνουν από αιτίες που σχετίζονται με την εγκυμοσύνη και τον τοκετό. Το 99% αυτών προέρχονται από αναπτυσσόμενες χώρες. (9). Η γυναίκα στη νότια Ασία έχει 1 στις 18 πιθανότητα να πεθάνει κατά τη διάρκεια της ζωής της ως συνέπεια κάποιας επιπλοκής εγκυμοσύνης ή του τοκετού. Η δε πιθανότητα για τις περισσότερες γυναίκες της Αφρικής είναι 1 στις 14 (10). Αντιθέτως η πιθανότητα στη Βόρεια Αμερική είναι μία στις 6.336 (11). Τα αίτια αυτών των θανάτων είναι ουσιαστικά ίδια παγκοσμίως και υπολογίστηκε πως οφείλονται 25% σε αιμορραγία, 15% σε σήψη, 12% σε προεκλαμψία, 8% σε δυστοκία, 13% σε έκτρωση και γύρω στο 20% των γυναικών πεθαίνουν λόγω κάποιας προϋπάρχουσας νόσου που επιδεινώνεται κατά την εγκυμοσύνη. Επιπλέον, η ίδια η εγκυμοσύνη απειλεί τη ζωή της γυναίκας, αφού έχει υπολογιστεί πως για κάθε μητρικό θάνατο στις αναπτυσσόμενες χώρες αντιστοιχούν άλλες 124 γυναίκες που υποφέρουν από ασθένειες ή επιπλοκές σχετιζόμενες με την εγκυμοσύνη ή τον τοκετό όπως αναιμία, υπέρταση, υπογονιμότητα, πρόπτωση μήτρας, λοιμώξεις του γεννητικού συστήματος και σήψη (12). Επιπλέον ο οικογενειακός προγραμματισμός είναι ιδιαίτερα ωφέλιμος στις έφηβες γυναίκες, διότι η εγκυμοσύνη σε αυτή την ηλικία σχετίζεται με σοβαρούς κινδύνους για την υγεία τους, αφού το σώμα τους είναι ανώριμο για να ανταποκριθεί στο στρες της εγκυμοσύνης και του τοκετού. Οι γυναίκες με ηλικία άνω των 35 ετών, που συνεχίζουν να τεκνοποιούν έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να γεννήσουν παιδιά με χαμηλό βάρος γέννησης ή συγγενείς ανωμαλίες (13). Ακόμη δε ο κίνδυνος της μητρικής θνησιμότητας αυξάνει στις πολύτοκες γυναίκες 1,5 έως 3 φορές για αυτές με πέντε ή περισσότερα

παιδιά, γεγονός που σχετίζεται με αναιμία ή αιμορραγία κατά και μετά τον τοκετό.

Τα προφυλακτικά παίζουν σημαντικό ρόλο στη προστασία από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, συμπεριλαμβανομένου και του AIDS . Φυσικά και άλλες μέθοδοι φραγμού όπως τα σπέρματοκτόνα και τα διαφράγματα παρέχουν κάποιου βαθμού προστασία. Τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα αποτελούν μείζον πρόβλημα σε πολλές χώρες και μπορούν να οδηγήσουν σε πυελικές φλεγμονές, καρκίνο του τραχήλου και σε κάποιες περιπτώσεις ακόμη και στο θάνατο. Επιπροσθέτως κάποια σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα μπορούν να μεταδοθούν στα νεογνά κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή του τοκετού.

Τα αντισυλληπτικά δισκία παρέχουν επίσης προστασία ενάντια σε κάποιους καρκίνους και ασθένειες. Έχει διαπιστωθεί ότι ελαττώνουν τη συχνότητα των καλοηθών παθήσεων του μαστού, η συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του ενδομήτριου , του καρκίνου των ωοθηκών, των ωοθηκών κυστών, και προστατεύουν από τη σιδηροπενική αναιμία, τις διαταραχές της εμμήνου ρύσεως και από τις πυελικές φλεγμονές.

Ο θηλασμός έχει χρησιμοποιηθεί ως φυσική μέθοδος αντισύλληψης. Επιπροσθέτως, ο θηλασμός παρέχει ειδικά θρεπτικά οφέλη για το νεογέννητο και προστατεύει από τη διάρροια, τον βήχα και τα κρυολογήματα και από άλλες απειλητικές για τη ζωή του νεογνού νόσους όπως η ιλαρά, η διφθερίτιδα και ο κοκίτης. Αξίζει να σημειωθεί πως η αντισυλληπτική προστασία του θηλασμού είναι μεγαλύτερη από 98% κατά τη διάρκεια των πρώτων έξι μηνών μετά τον τοκετό για τη γυναίκα – μητέρα που αποκλειστικά θηλάζει το βρέφος της και δεν έχει επανεμφανίσει την έμμηνο ρύση της μετά τον τοκετό στο χρονικό αυτό διάστημα.

Ο οικογενειακός προγραμματισμός ιδιαίτερα στρες αναπτυσσόμενες χώρες αποτρέπει τις γυναίκες με ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη να καταφεύγουν σε επικίνδυνες τεχνητές διακοπές της εγκυμοσύνης από ανθρώπους με ανεπαρκή εκπαίδευση ή σε χώρους όπου δεν υπάρχουν οι ελάχιστες προϋποθέσεις για την ασφαλή εκτέλεση τους. Κάθε χρόνο τουλάχιστον 70.000 γυναίκες πεθαίνουν ως συνέπεια αυτών των

επικίνδυνων εκτρώσεων και πολύ περισσότερες υποφέρουν από επιπλοκές, όπως διάτρηση της μήτρας, τραυματισμός άλλων κοιλιακών οργάνων, ρήξη του τραχήλου, αιμορραγία και λοίμωξη (14). Τις απώτερες επιπλοκές περιλαμβάνονται η εξωμήτριος εγκυμοσύνη, η χρόνια πυελική φλεγμονή και η υπογονιμότητα. Μελέτες από τις περισσότερες Αφρικανικές χώρες επισημαίνουν πως το 50% της μητρικής θνησιμότητας οφείλονται σε εκτρώσεις και το 50% των εισαγωγών σε νοσοκομεία αφορούν τη νοσηλεία γυναικών με επιπλοκές από επικίνδυνες εκτρώσεις (15). Στη Λατινική Αμερική οι επιπλοκές από τις εκτρώσεις αποτελούν την κύρια αιτία θανάτου στις γυναίκες ηλικίας 15-39 ετών (16). Ένα άλλο πρόβλημα που ανακύπτει από την αυξημένη μητρική θνησιμότητα είναι πως αρκετά παιδιά μένουν ορφανά και αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας και θρέψης λόγω της έλλειψης της μητρικής φροντίδας. Οι επιπλοκές των εκτρώσεων λόγω της έλλειψης οικογενειακού προγραμματισμού έχουν ακόμη ένα κοινωνικό κόστος, όπως η δευτεροπαθής υπογονιμότητα που θέτει τη γυναίκα στο κίνδυνο να την χωρίσει ή να την εγκαταλείψει ο σύντροφος της ή ακόμη να περιθωριοποιηθεί από το κοινωνικό σύνολο.

1.2.1 Οφέλη Οικογενειακού Προγραμματισμού και αντισύλληψης για την γυναίκα

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

1.2.2 Οφέλη Οικογενειακού Προγραμματισμού και αντισύλληψης για το παιδί

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

1.2.3 Οφέλη Οικογενειακού Προγραμματισμού και αντισύλληψης για την οικογένεια και την κοινωνία

1. Ελευθερία επιλογής του χρόνου τεκνοποίησης
2. Ελευθερία επιλογής του αριθμού παιδιών της οικογένειας
3. Εξασφάλιση χρόνου για προσωπικές και κοινωνικές δραστηριότητες

1.2.4 Οφέλη του Οικογενειακού Προγραμματισμού για την υγεία του παιδιού

Η αντισύλληψη αποτελεί για το ζευγάρι ένα χρήσιμο εργαλείο για να ελέγξει και να προγραμματίσει τη γέννηση των παιδιών τους, πράγμα που μπορεί να επηρεάζει σημαντικά την υγεία και την ευημερία των οικογενειών τους. Συγκεκριμένα η χρήση της αντισύλληψης για την επίτευξη μεσοδιαστήματος τουλάχιστον δύο ετών μεταξύ των κήσεων έχει ως αποτέλεσμα τη σημαντική μείωση της νεογνικής θνησιμότητας. Αυτό οφείλεται στο ότι τα απιδιά που γεννιούνται σύντομα μετά από μια προηγούμενη εγκυμοσύνη είναι πολύ πιθανόν να είναι πρόωρα χαμηλού βάρους, με αυξημένο κατά 50% κίνδυνο να πεθάνουν πριν την ηλικία των πέντε ετών(17). Έτσι η χρήση αντισύλληψης, ώστε να αποφεύγονται οι κήσεις με μικρό μεσοδιάστημα,θα μπορούσε να ελαττώσει τη παιδική και νεογνική θνησιμότητα κατά 20% ή

περισσότερο στη Κεντρική, στη Νότια Αμερική και στη Βόρεια Αφρική και κατά 30% στη Βραζιλία και στην Αίγυπτο. (18). Όμως ο σύγχρονος ερχομός ενός άλλου νεογνού έχει επιπτώσεις και στο άμεσο προηγούμενο βρέφος – παιδί που θα στερηθεί το θηλασμό και τη φροντίδα της μητέρας. Οι ανήλικες μητέρες γεννούν πρόωρα και με χαμηλό βάρος νεογνά, τα οποία είναι 24% περισσότερο πιθανό να πεθάνουν το πρώτο μήνα της ζωής τους. Αυτός ο κίνδυνος εξακολουθεί να υφίσταται τα 5 χρόνια της ζωής αυτών των παιδιών. Η χρήση της αντισύλληψης για καθυστέρηση της τεκνοποίησης μετά την ηλικία των 18 ετών εμποδίζει την εμφάνιση των προηγούμενων κινδύνων στις ανήλικες γυναίκες και ταυτόχρονα δίνει το χρονικό περιθώριο για τη φυσική και τη συναισθηματική ωρίμανση τους ως γυναίκες και μητέρες. Τα νεογνά που γεννιούνται από μητέρες με τέσσερα ή περισσότερα παιδιά βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο να πεθάνουν. Έχει υπολογιστεί πως στην Αίγυπτο 38% μεγαλύτερη νεογνική θνησιμότητα στις μητέρες με περισσότερα από τέσσερα παιδιά. (19). Με τον κατάλληλο οικογενειακό προγραμματισμό και την χρήση αντισύλληψης για την αποφυγή της τεκνοποίησης πέραν των τεσσάρων παιδιών ελαττώνεται η νεογνική θνησιμότητα και ταυτόχρονα δίνει η δυνατότητα παροχής περισσότερης τροφής, ένδυσης, καθώς και ευκαιριών εκπαίδευσης και μόρφωσης στα παιδιά τους.

1.2.5 Οφέλη του Οικογενειακού Προγραμματισμού για την οικογένεια και την κοινωνία

Ο οικογενειακός προγραμματισμός βοηθά τα ζευγάρια να δημιουργούν μικρότερες και υγιέστερες οικογένειες μειώνοντας το οικονομικό και συναισθηματικό φορτίο τους ως γονείς. Επιπλέον, η αντισύλληψη βελτιώνει την ποιότητα ζωής και το βιοτικό επίπεδο των γυναικών, εφόσον κατορθώνουν να εξασφαλίσουν περισσότερο ελεύθερο χρόνο για μόρφωση οικονομική και κοινωνική εξέλιξη. Αντίθετα, όταν τα κορίτσια εγκαταλείπουν το σχολείο νωρίς για να παντρευτούν και να αναθρέψουν τα παιδιά τους όπως συμβαίνει στο Νότια Ασία και την

Αφρική διαιωνίζουν το κύκλο του χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου και της πολυτοκίας. Αναμφισβήτητα τα παιδιά από μικρές οικογένειες εκπαιδεύονται καλύτερα σε σχέση με τα απιδιά που προέρχονται από πολυμελείς οικογένειες. Η σχέση μεταξύ αντισύλληψης και κοινωνικού επιπέδου της γυναίκας είναι αμφίδρομη, καθώς η αύξηση των οικονομικών και μορφωτικών ευκαιριών μπορεί επίσης να συμβάλει σημαντικά στην αποδοχή και τη χρήση της αντισύλληψης. Καθώς η αντισύλληψη συμβάλει στην ελάττωση της γονιμότητας, επιτυγχάνεται μείωση της πίεσης που ασκούν οι ταχέως χωρίς προγραμματισμό αναπτυσσόμενοι πληθυσμοί σε κοινωνικό, οικονομικό επίπεδο. Με τους σύγχρονους ρυθμούς αύξησης ο πληθυσμός της γης θα διπλασιαστεί μέσα σε 43 έτη (1). Όμως η εφαρμογή οικογενειακού προγραμματισμού σε παγκόσμιο επίπεδο θα μπορούσε να αναστείλει αυτή την αύξηση και να σταθεροποιήσει το πληθυσμό της γης.

1.2.6 Οικογενειακός Προγραμματισμός και αντισυλληπτικές μέθοδοι

Σήμερα υπάρχει ποικιλία ασφαλών και αποτελεσματικών αντισυλληπτικών με διαφορετικά χαρακτηριστικά, ώστε να καλύπτουν τις διαφορετικές ανάγκες και προτιμήσεις των χρηστών. Κάθε αντισυλληπτική μέθοδος έχει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα, τα οποία ο γυναικολόγος ή ο γιατρός οφείλει να τα εξηγήσει στη γυναίκα ή το ζευγάρι που ενδιαφέρεται για οικογενειακό προγραμματισμό. Έτσι άλλες αντισυλληπτικές μέθοδοι παρέχουν μόνιμη και άλλες προσωρινή αντισυλληπτική προστασία. Άλλες προστατεύουν το χρήστη από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και νεοπλασίες. Κάποιες είναι για γυναίκες ενώ άλλες για άντρες. Κάποιες χρησιμοποιούνται μόνο κατά την σεξουαλική επαφή, ενώ άλλες μπορούν να χρησιμοποιηθούν ανεξάρτητα από την ώρα της συνουσίας. Φυσικά, πάντα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη το ποσοστό της αντισυλληπτικής προστασίας που παρέχουν οι διάφορες αντισυλληπτικές μέθοδοι, το οποίο επηρεάζεται

σημαντικά από τη σωστή χρήση και εκπαίδευση του ενδιαφερόμενου. Ο γιατρός συμμετέχει και κατευθύνει τον ενδιαφερόμενο στην επιλογή της αντισυλληπτικής μεθόδου, έχοντας υπ' όψιν του την ηλικία την οικογενειακή κατάσταση τον αριθμό των παιδιών που ήδη υπάρχουν, τη συχνότητα των επαφών, τη ποιότητα και το μέλλον της σχέσης, την οικειότητα του χρήστη με τη μέθοδο και το επίπεδο της άνεσης με το σώμα του. Σημαντικοί παράγοντες που καθορίζουν τη σωστή επιλογή του αντισυλληπτικού αποτελούν η κατάσταση υγείας του ενδιαφερόμενου, το ιστορικό της χρήσης των αντισυλληπτικών και της εμφάνισης σεξουαλικά μεταδιδόμενης νόσου στο παρελθόν. Ακόμη η διαφορά στη συχνότητα εμφάνισης των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων στη κοινωνία ανά ηλικίες, καθώς και η σεξουαλική συμπεριφορά του ενδιαφερομένου είναι καθοριστική παράγοντες στην επιλογή της αντισυλληπτικής μεθόδου. Τέλος, το οικονομικό κόστος της μεθόδου, η ελευθερία και η ευκολία της πρόσβασης σε προγράμματα οικογενειακού προγραμματισμού, η ψυχολογική επιβάρυνση από την εφαρμογή της η κουλτούρα, οι θρησκευτικές, οι πολιτιστικές, συνήθειες του ενδιαφερόμενου και της κοινωνίας δεν πρέπει να αγνοούνται από τον λειτουργό του οικογενειακού προγραμματισμού.

Στους ενδιαφερόμενους πρέπει να παρέχεται η ευελιξία να αλλάζουν την αντισυλληπτική μέθοδο καθώς οι ανάγκες του οικογενειακού τους προγραμματισμού μεταβάλλονται με το πέραμα του χρόνου. Δηλαδή, μια μέθοδος η οποία είναι κατάλληλη και αποδεκτή από μια νεαρή ανύπαντρη γυναίκα μπορεί να μην είναι η καλύτερη επιλογή για την ίδια γυναίκα μερικά χρόνια αργότερα. Επίσης, θα πρέπει να διασφαλίζεται από την πολιτεία το αναφαίρετο δικαίωμα του ενδιαφερομένου ή του ζευγαριού να συμμετέχουν στην επιλογή ή τη διακοπή κάποιας αντισυλληπτικής μεθόδου.

1.2.7 Οικογενειακός Προγραμματισμός και επείγουσα αντισύλληψη

Η επείγουσα αντισύλληψη κατέχει κυρίαρχη θέση στο φάσμα της αντισύλληψης. Αποτελεί τη λύση για τα ζευγάρια που θέλουν να

αποφύγουν μια ανεπιθύμητη κύηση μετά από μια ελεύθερη χωρίς προφυλάξεις σεξουαλική επαφή. Με τα παροχή της επείγουσας αντισύλληψης σε έμβρυα βάση, οι λειτουργοί του οικογενειακού προγραμματισμού μπορούν να μειώσουν τον αριθμό των ανεπιθύμητων κυήσεων που θα καταλήξουν σε τεχνητή διακοπή της κύησης θέτοντας τη ζωή και την υγεία της γυναίκας σε κίνδυνο. Αναμφισβήτητα σπουδαίος είναι ο ρόλος της επείγουσας αντισύλληψης στις γυναίκες που πέφτουν θύματα βιασμού. Επιπλέον, επειδή όλες οι σύγχρονες μέθοδοι αντισύλληψης έχουν κάποιο ποσοστό αποτυχίας, η επείγουσα αντισύλληψη αποτελεί μια σημαντική εφεδρεία, όταν το προφυλακτικό «σπάσει», το διάφραγμα ή το ενδομήτριο σπείραμα μετακινηθεί από τη σωστή θέση του. Για δε τα ζευγάρια που δεν χρησιμοποίησαν κάποια αντισυλληπτική μέθοδο, αλλά θα επιθυμούσαν να είχαν χρησιμοποιήσει, η επείγουσα αντισύλληψη παρέχει μια δεύτερη ευκαιρία που θα εμποδίσει μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. Σημαντική είναι η συμβολή της επείγουσας στις αναπτυσσόμενες χώρες, στις οποίες έκτρωση παραμένει παράνομη και διεξαγόμενη από επικίνδυνες συνθήκες αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου στις γυναίκες της αναπαραγωγικής ηλικίας. Έτσι, θα μπορούσε να μειωθεί η νοσηρότητα και η θνησιμότητα των γυναικών από τις επικίνδυνες εκτρώσεις.

1.2.8 Έφηβοι και Οικογενειακός Προγραμματισμός– αντισύλληψη

Εκατομμύρια έφηβες γυναίκες παγκοσμίως είναι σεξουαλικά δραστήριες και εκτεθειμένες στον κίνδυνο της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων. Η σεξουαλική διαπαιδαγώγησει των νεαρών κοριτσιών παρέχει τις απαραίτητες γνώσεις που χρειάζονται για να αναπτύξουν υπεύθυνες σχέσεις. Ταυτόχρονα, χάρη στον οικογενειακό προγραμματισμό ενημερώνονται και προετοιμάζονται για τον υπεύθυνο ρόλο της μητρότητας και οδηγούνται στην ανάπτυξη

σεξουαλικών σχέσεων με το αντίθετο φύλλο βασιζόμενων στον αμοιβαίο σεβασμό και εμπιστοσύνη. Σημαντικός είναι ο ρόλος της πολιτείας που πρέπει να προωθεί τον οικογενειακό προγραμματισμό, ώστε να ενημερώνονται οι έφηβοι μέσα σε ένα εμπιστευτικό και στοργικό περιβάλλον. Δυστυχώς 15 εκατομμύρια έφηβες καθίστανται έγκυες ετησίως και αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο τόσο για τον εαυτό τους όσο και για το έμβρυο. (19). Η προεκλαμψία, η εκλαμψία, η δυστοκία, η σιδηροπενική αναιμία και ο πρόωρος τοκετός εμφανίζονται με μεγαλύτερη συχνότητα στις ανήλικες έγκυες. (20). Έρευνα σε 11 αφρικανικές χώρες αποκάλυψε πως οι ανύπαντρες έγκυες έφηβες προσπαθούν να αυτοαποβάλλουν ή αναζητούν βοήθεια από μη επαγγελματίες γυναικολόγους, προκειμένου να διακόψουν την ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη τους, με δυσμενείς συνέπειες για την υγεία και τη γονιμότητα τους. (21). Τα δε σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και οι λοιμώξεις του γεννητικού συστήματος στις έφηβες και σεξουαλικά δραστήριες γυναίκες εμφανίζονται με μεγαλύτερη συχνότητα. Παραδείγματος χάρη, μια μελέτη στη Νιγηρία διαπιστώνει πως το 33% των σεξουαλικά δραστήριων εφήβων κάτω των 17 ετών και το 44% των γυναικών ηλικίας 17-19 ετών εμφάνισαν τουλάχιστον ένα επεισόδιο πυελικής φλεγμονής συγκριτικά με το 23% των γυναικών άνω των 19 ετών. (22). Για αυτό η ασφαλέστερη μέθοδος αποφυγής της εγκυμοσύνης και των σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων στην εφηβεία είναι η αποφυγή των σεξουαλικών σχέσεων. Δυστυχώς όμως η πλειονότητα των εφήβων δεν προτιμά την σεξουαλική αποχή. Γι αυτούς η επιλογή του ανδρικού ή του γυναικείου προφυλακτικού αποτελεί την καλύτερη προστασία έναντι της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων. Εδώ καλούνται οι λειτουργοί του οικογενειακού προγραμματισμού να ενημερώνουν και να εκπαιδεύουν τους εφήβους στην έγκαιρη και σωστή τήρηση των κανόνων χρήσης των προφυλακτικών, ώστε να επιτυγχάνεται το επιθυμητό αποτέλεσμα. Επιπλέον, η εγκυμοσύνη στην εφηβεία έχει και αρνητικές κοινωνικές διαστάσεις. Συγκεκριμένα οι έγκυες έφηβες αναγκάζονται να εγκαταλείψουν το σπίτι τους, το σχολείο και τις σπουδές τους,

απολύονται από τις δουλειές τους ή δουλεύουν με χαμηλές αποδοχές προκειμένου να επιβιώσουν. Σε φτωχές και αναπτυσσόμενες χώρες αποτελεί συνηθισμένο φαινόμενο οι ανήλικες μητέρες να οδηγούνται στη πορνεία για να εξασφαλίσουν στέγη και τροφή για το παιδί και τον εαυτό τους. Η δε πολιτεία θα πρέπει να εξασφαλίζει την εύκολη και δωρεάν συμμετοχή όλων των γυναικών, και ιδιαίτερα των εφήβων. Σε υπηρεσίες εφήβων με τμήματα οικογενειακού προγραμματισμού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ

Εγώ δεν γεννήθηκα κατά λάθος...

Η ΜΑΜΑ ΜΟΥ ΜΕ ΗΘΕΛΕ!

2. ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ

Αντισύλληψη καλείται η αναστολή της γονιμότητας, με σκοπό την αποφυγή μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης.

Η αντισύλληψη βοηθάει στον οικογενειακό προγραμματισμό ο οποίος αποτελεί ένα από τα σπουδαιότερα προβλήματα της σύγχρονης κοινωνίας. Γύρω από τον γυναικολόγο που είναι ο βασικός ρυθμιστής του γεννητικού προγραμματισμού, ένας μεγάλος αριθμός άλλων επιστημόνων (οικονομολόγοι – κοινωνιολόγοι – προγραμματιστές) προσπαθεί να εναρμονίσει την ανθρώπινη φύση με τη φιλόξενη γη.

Η βρεφοκτονία μέθοδος απαράδεκτη γιατί αποτελεί έγκλημα ανήκει στην προϊστορία. Εξάλλου η θέση της αμβλώσεως που δημιουργεί πολλούς κινδύνους για τη ζωή, την υγεία και ιδιαίτερα τη μελλοντική γονιμότητα της γυναίκας, διαφέρει νομικά από χώρα σε χώρα. Αλλά και ο αριθμός των παιδιών που γεννιούνται αντιμετωπίζεται με διαφορετικό τρόπο σε κάθε χώρα. Στη Λαϊκή Δημοκρατία της Κίνας για παράδειγμα από τον Ιούλιο του 1979 οι οικογένειες με ένα παιδί επιχορηγούνται με 4 Γιουάν (περίπου 100 δρχ το μήνα) ενώ αν έχουν δύο παιδιά δεν επιχορηγούνται και εάν έχουν τρία ή περισσότερα φορολογούνται με 10% του μισθού τους.

Σχετικά με τη χώρα μας η οποία αντιμετωπίζει οξύ δημογραφικό πρόβλημα λόγω της προοδευτικά αυξανόμενης υπογεννητικότητας των Ελλήνων, πρέπει οι υπεύθυνοι να ρυθμίσουν το όλο θέμα των γεννήσεων με Εθνικά κριτήρια και όχι ακολουθώντας τα συστήματα των άλλων. Για μια μικρή χώρα που θέλει να επιβιώσει πρέπει τα προβλήματα τέτοιας φύσεως να αντιμετωπίζονται με γνώμονα το Εθνικό και μόνο συμφέρον. Κλασικό παράδειγμα από την Ελληνική ιστορία αποτελεί ο τρόπος με τον οποίο αντιμετώπισαν το πρόβλημα του υπερπληθυσμού οι διάφορες Ελληνικές πόλεις, που υπήρξε απόλυτα καθοριστικός της ιστορικής τους πορείας. Έτσι, η Κόρινθος, η Χαλκίδα και άλλες πόλεις έδωσαν λύση στο πρόβλημα του υπερπληθυσμού με τον αποικισμό, λύση που ακόμη και σήμερα ακόμη, με κάποια άλλη μορφή (μετανάστευση) ακολουθείτε στην Ελλάδα. Η Σπάρτη αντιμετώπισε

το πρόβλημα με επιθετική και κατακτητική πολιτική σε βάρος των γειτότων της Μεσσηνίων. Αυτό το πέτυχε με τη στρατιωτικοποίησι της ζωής των πολιτών της σε όλες τις εκδηλώσεις. Η Αθήνα αντιμετώπισε το δημογραφικό της πρόβλημα με διαφορετικό από τις άλλες πόλεις τρόπο που αποδείχτηκε ιδεώδης. Μετέτρεψε τη γεωργία της σε εξαγωγική και ταυτόχρονα ανέπτυξε και βιοτεχνία εξαγωγικών ειδών, με αποτέλεσμα να δημιουργηθούν νέες θέσεις εργασίας για την απασχόληση του αυξημένου πληθυσμού. Επειδή δε από τις οικονομικές μεταβολές δημιουργήθηκαν νέες τάξεις, οι πολιτικοί θεσμοί της Αθήνας προσαρμόστηκαν με τέτοιο τρόπο ώστε οι τάξεις αυτές να πάρουν μέρος στην πολιτική ζωή του τόπου. Έτσι με την ανακάλυψη πετυχημένης λύσεως που αποτελούσε ένα είδος πολιτικής και οικονομικής επανάστασης, έγινε δυνατό να αποφευχθεί η κοινωνική επανάσταση, με αποτέλεσμα την εντυπωσιακή πρόοδο και όχι μόνο των Αθηνών αλλά και ολόκληρου του Ελληνικού πολιτισμού.

Σταθμός στην ιστορία της αντισύλληψης υπήρξε η δεκαετία του 1950 και γιατί αυξήθηκαν σημαντικά οι γνώσεις πάνω στη φυσιολογία της αναπαραγωγής και γιατί ανακαλύφθηκαν τα στεροειδή αντισυλληπτικά δισκία και ανανεώθηκε το ενδιαφέρον για τα ενδομητριάκα σπειράματα. Από τότε η έρευνα συνεχίζεται εντατικά σε όλο το κόσμο και παρ' όλο που δε βρέθηκε ακόμα η ιδεώδης αντισυλληπτική μέθοδος, έγινε σημαντική πρόοδος σε όλους τους τομείς.

Η αντισύλληψη για οποιοδήποτε λόγο και αν χρησιμοποιείται φαίνεται να κερδίζει έδαφος διεθνώς. Έτσι ενώ το 1970 περίπου 147 εκατομμύρια ζευγάρια σε όλο τον κόσμο χρησιμοποιούσαν κάποια αντισυλληπτική μέθοδο, το 1977 ο αριθμός αυτός αυξήθηκε σε 250 εκατομμύρια. Οι αντισυλληπτικές μέθοδοι που υπάρχουν σήμερα, διακρίνονται στις εξής κατηγορίες:

Φυσικές μέθοδοι: Διακεκομμένη συνουσία & Περιοδική αποχή

Ορμονικές Μέθοδοι : Δισκία μικτού τύπου, διαδοχικού τύπου, καθημερινά μικρής δόσεως προγεσταγόνα, μετά τη συνουσία, μηνιαίο.

- Ενέσιμα
- Συστήματα βραδείας απελευθέρωσης στεροειδών
- Υποδερμικά εμφυτεύματα
- Εμπλουτισμένα ενδομητριάκα σπειράματα
- Κολπικοί δακτύλιοι

- Ενδομητριάκα σπειράματα
- Απλά
- Εμπλουτισμένα με μέταλλα
- Εμπλουτισμένα με στεροειδή ορμόνες βραδείας απορροφήσεως

Μέθοδοι «Φραγμών»

- Ανδρικά προφυλακτικά
- Κολπικά διαφράγματα
- Τραχηλικές καλύπτρες
- Χημικά σπερματοκτόνα
- Κολπικοί σπόγγοι

Χειρουργικές Μέθοδοι

- Γυναίκα
- Απόφραξη σαλπίγγων
- Ολική υστερεκτομία
- Άνδρας
- Απόφραξη σπερματικού πόρου

Όμως η αξιολόγηση κάθε αντισυλληπτικής μεθόδου γίνεται με τρία κριτήρια, δηλαδή την ασφάλεια από τη χρήση της, την αντισυλληπτική αποτελεσματικότητα της και την αποδοχή της από τα ζευγάρια.

Ασφάλεια

Μετά τις οδυνηρές εμπειρίες του παρελθόντος, ο σύγχρονος άνθρωπος είναι ιδιαίτερα ευαίσθητος στο θέμα της ασφάλειας των φαρμακευτικών προϊόντων που χρησιμοποιεί.

Για την εκτίμηση της ασφάλειας κάθε μεθόδου, λαμβάνετε υπόψη ο κίνδυνος για την υγεία και τη ζωή, που συνεπάγεται η χρήση της. Η εκτίμηση όμως αυτή πρέπει να γίνεται πάντοτε σε σύγκριση με τους κινδύνους αυτούς το οποίο η μέθοδος προσπαθεί να αποτρέψει. Έτσι βρέθηκε ότι δεν υπάρχει αντισυλληπτική μέθοδος, που να έχει μεγαλύτερο κίνδυνο για τη ζωή από την ίδια τη κύηση και τον τοκετό.

Αποτελεσματικότητα

Η πραγματική αποτελεσματικότητα των αντισυλληπτικών μεθόδων είναι πολύ δύσκολο να καθοριστεί γιατί εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Διακρίνεται σε θεωρητική ή βιολογική αποτελεσματικότητα και σε κλινική αποτελεσματικότητα ή αποτελεσματικότητα χρήσεως.

Θεωρητική ή Βιολογική Αποτελεσματικότητα καλείται η αποτελεσματικότητα της μεθόδου κάτω από ιδεώδεις συνθήκες συνεχούς εφαρμογής, με αυστηρή τήρηση των οδηγιών, χωρίς παραλείψεις ή σφάλματα στην εφαρμογή της τεχνικής. Δυστυχώς, τέτοιες ιδανικές συνθήκες σπάνια επιτυγχάνονται.

Κλινική Αποτελεσματικότητα ή Αποτελεσματικότητα Χρήσεως είναι η αποτελεσματικότητα της μεθόδου, όταν χρησιμοποιείται σε ορισμένη πληθυσμιακή ομάδα κάτω από πραγματικές συνθήκες διαβίωσης, με όλες τις πιθανές επιπτώσεις που μπορεί να έχουν οι παραλείψεις, η άγνοια, η αδεξιότητα, η αδιαφορία και η αδυναμία στην αυστηρή τήρηση των οδηγιών. Κατά συνέπεια, πλησιάζει πολύ στην πραγματική αποτελεσματικότητα της μεθόδου.

Για την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των αντισυλληπτικών μεθόδων προτάθηκε το 1932 από τον Pearl μια μέθοδος, στην οποία υπολογίζεται ο χρόνος που το ζευγάρι εκτίθεται στον κίνδυνο εγκυμοσύνης. Για το σκοπό αυτό, οι εγκυμοσύνες που συνέβησαν ενώ χρησιμοποιούνταν μια δεδομένη αντισυλληπτική μέθοδος, ανάγονται σε μια υποθετική ομάδα 100 γόνιμων, μη εγκύων γυναικών όπου εκτέθηκαν στον κίνδυνο εγκυμοσύνης για 12 μήνες. Έτσι ο δείκτης αυτός ο οποίος καλείται Pearl και εκφράζεται σε κήσεις ανα 100 γυναίκες – χρόνια, προκύπτει από τον εξής τρόπο:

Σύνολο κήσεως X 100 γυναίκες

Σύνολο μηνών εκθέσεως σε κίνδυνο εγκυμοσύνης

Στον αριθμητή περιλαμβάνονται όλες οι ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες, ενώ χρησιμοποιούνται η μέθοδος, και στον παρονομαστή ο συνολικός αριθμός μηνών εκθέσεως σε κίνδυνο εγκυμοσύνης δηλαδή οι μήνες συνουσίας. Φυσικά από αυτούς αφαιρούνται οι μήνες που δεν ήταν δυνατόν να γίνει σύλληψη είτε γιατί δεν υπήρχαν σεξουαλικές σχέσεις είτε γιατί μεσολάβησε εγκυμοσύνη. Ο δείκτης Pearl γνώρισε μεγάλη διάδοση και χρησιμοποιείται ακόμα, παρ' όλο που θεωρείται αδρός δείκτης της αποτελεσματικότητας.

Πρόσφατα άρχισαν να χρησιμοποιούνται πιο ευαίσθητες στρατηγικές μέθοδοι, στις οποίες λαμβάνεται υπόψη η διάρκεια χρήσεως της μεθόδου. Σύμφωνα με αυτές στην αρχή υπολογίζεται το ποσοστό αυτών που σταμάτησαν να χρησιμοποιούν την αντισυλληπτική μέθοδο για

οποιαδήποτε αιτία. Κατόπιν αναλύονται οι αιτίες αυτές, μεταξύ των οποίων περιλαμβάνονται οι ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες, οι ιατρικές ενδείξεις και η επιθυμία για επίτευξη εγκυμοσύνης και υπολογίζεται το ακριβές ποσοστό κάθε μιας από τις αιτίες αυτές. Οι μέθοδοι αυτές θεωρούνται οι πλέον ακριβείς, δεδομένου ότι επιτρέπουν την εκτίμηση πολλών παραμέτρων, ανάμεσα στις οποίες περιλαμβάνονται και οι εγκυμοσύνες που συνέβησαν, ενώ χρησιμοποιούνταν η αντισυλληπτική μέθοδος.

Πάντως, ανεξάρτητα από τη στατιστική μέθοδο που χρησιμοποιείται, είναι πολύ δύσκολο να εκτιμηθεί με ακρίβεια η πραγματική αποτελεσματικότητα των αντισυλληπτικών μεθόδων, γιατί οι συνθήκες κάθε μελέτης διαφέρουν πολύ από τις συνθήκες της καθημερινής πρακτικής.

Εξάλλου, υπάρχουν πολλοί παράγοντες που καθορίζουν την αποτελεσματικότητα της αντισυλληψέως, όπως είναι η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο και οι προθέσεις του ζευγαριού. Έτσι βρέθηκε ότι η αποτυχία όλων των αντισυλληπτικών μεθόδων ήταν μικρότερη στα ζευγάρια που ήθελαν να αποτρέψουν οπωσδήποτε μια εγκυμοσύνη και μεγαλύτερη σε αυτά που απλώς την ανέβαλλαν.

Αποδοχή

Η αποδοχή είναι μια παράμετρος που καθορίζεται και μετριέται πολύ δύσκολα, γιατί εξαρτάται από πολλούς υποκειμενικούς παράγοντες όπως:

1. Τις ανάγκες, τις συνήθειες και τις επιθυμίες κάθε ζευγαριού.
2. Τα ήθη και τα έθιμα που επηρεάζουν αποφασιστικά
3. Την ευχέρεια στην προμήθεια, δηλαδή εάν απαιτείται ιατρική συνταγή
4. Το αν δυσκολεύουν ή ενοχλούν τις σεξουαλικές σχέσεις
5. Την ευκολία στη χρήση
6. Το κόστος (23)

2.1 ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

I. ΦΥΣΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

Διακεκομμένη συνουσία

Περιοδική αποχή – Μέθοδος ρυθμού

Ημερολογιακή μέθοδος

Θερμομετρική μέθοδος

Μέθοδος ελέγχου της τραχηλικής βλέννας

II. ΟΡΜΟΝΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

Κλασσικά αντισυλληπτικά δισκία

Αντισυλληπτικοί σπόγγοι

Ας δούμε όμως ποιοι «μύθοι» ταλαιπωρούν τις σημερινές κοπέλες που φοβούνται το χάπι και υφίστανται μια έκτρωση αφού δε γίνεται αλλιώς.

1. Τα αντισυλληπτικά αυξάνουν το βάρος. Αυτό ίσχυε πράγματι με τα πρώτα χάπια που περιείχαν μεγάλες δόσεις οιστρογόνων. Τα σημερινά χάπια μπορεί να προκαλέσουν μόνο μια παροδική κατακράτηση υγρών που μεταφράζεται σε 1-1,5 κιλό. Είναι αλήθεια όμως ότι η δίαιτα αδυνατίσματος δεν αποδίδει τόσο στις γυναίκες που παίρνουν το χάπι.
2. Τα αντισυλληπτικά προκαλούν καρκίνο. Το θέμα αυτό έχει πλέον ξεκαθαρίσει οριστικά. Γυναίκες με χρήση αντισυλληπτικών παθαίνουν λιγότερα συχνά καρκίνο των ωοθηκών και καρκίνο του ενδομητρίου. Τα χάπια δεν σχετίζονται με τον καρκίνο του τραχήλου ενώ δεν έχει αποδειχθεί ότι προκαλούν καρκίνο του μαστού.
3. Τα αντισυλληπτικά προκαλούν στειρότητα. Ουδέν αναληθέστερον. Μόλις μια γυναίκα σταματήσει τη λήψη του χαπιού, οι ωοθήκες της επαναλειτουργούν κανονικά.

4. Δεν πρέπει να παίρνουν αντισυλληπτικά οι νέες κοπέλες. Οι έρευνες και οι προσπάθειες για τη βελτίωση των αντισυλληπτικών έγιναν για να προστατεύσουν κυρίως τις νέες γυναίκες που στο τέλος τέλος έχουν και λιγότερους από τους λεγόμενους επιβαρυντικούς παράγοντες όπως παχυσαρκία, κίρσοι, σακχαρώδης διαβήτης κλπ. Αυτό δεν σημαίνει ότι οι μεγαλύτερες γυναίκες δεν μπορούν να πάρουν το χάπι.
5. Τα αντισυλληπτικά προκαλούν κατάθλιψη. Είναι μια ασπάνια ανεπιθύμητη ενέργεια που συμβαίνει κυρίως σε άτομα που έχουν προδιάθεση στην κατάθλιψη. Στη χώρα μας η παρενέργεια αυτή είναι πολύ σπανιότερη σε σχέση με τις Βόρειες χώρες.

Ας δούμε τώρα επιγραμματικά τα θετικά και τα αρνητικά από τη λήψη αντισυλληπτικών:

ΘΕΤΙΚΑ

- ▣ Παρέχουν την ασφαλέστερη αντισυλληπτική προστασία
- ▣ Ρυθμίζουν τον καταμήνιο κύκλο της γυναίκας
- ▣ Δεν επηρεάζουν και ίσως βελτιώνουν τη σεξουαλική απόλαυση
- ▣ Βελτιώνουν την ακμή και μερικά χάπια την υπερτρίχωση
- ▣ Προστατεύουν από εμφάνιση κυστών των ωοθηκών.
- ▣ Εξαλείφουν ή βελτιώνουν τη δυσμηνόρροια
- ▣ Έχουν αναστρέψιμη δράση

ΑΡΝΗΤΙΚΑ

- ▣ Ελαφρά ναυτία ιδιαίτερα το πρώτο μήνα λήψεως
- ▣ Ελαφρά τάση στους μαστούς, σύμπτωμα επιθυμητό σε ορισμένες κοπέλες
- ▣ Παροδική μικρή αύξηση βάρους λόγω κατακράτησης υγρών.
- ▣ Σπάνια μικροί πονοκέφαλοι

■ Μικρή αύξηση κινδύνου θρομβώσεως σε γυναίκες που έχουν αγγειοπάθεια όπως οι Διαβητικές, οι ιδιαίτερα παχύσαρκες, οι βαριά καπνίστριες σε συνδυασμό με μακροχρόνια λήψη χαπιού.

Η γυναίκα επομένως πρέπει να ενημερώνεται υπεύθυνα για την αντισυλληπτική μέθοδο που θα επιλέξει αλλά πρέπει να θυμάται την εξής αρχή. Ο άνδρας είναι από τη φύση του αναξιόπιστος και γι αυτό η γυναίκα πρέπει να έχει η ίδια τον έλεγχο για την αντισύλληψη της. Έτσι θα εφαρμόσει στην πράξη την αρχή του οικογενειακού προγραμματισμού. «Κάθε παιδί επιθυμητό παιδί». (7)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

3.ΠΡΟΛΗΨΗ

3.ΠΡΟΛΗΨΗ

Η πρόληψη σε συνδυασμό με την ενημέρωση είναι η καλύτερη μέθοδος για να προλάβουμε την εξάπλωση μίας ασθένειας στον οργανισμό μας. Ο Οικογενειακός Προγραμματισμός λοιπόν βοηθά σε αυτό το κομμάτι με το να ενημερώνει αναλυτικά για τις ασθένειες (σεξουαλικές ή μη και κληρονομικές) που υπάρχουν, για το πως μπορεί να προλαμβάνονται αυτές οι ασθένειες, τι θεραπείες υπάρχουν, τι εμβόλια κυκλοφορούν και για το πως εμείς οι ίδιοι μπορούμε να αντιμετωπίσουμε οποιαδήποτε ασθένεια μας προξενηθεί.

Είναι πολύ σημαντικό λοιπόν να γνωρίζουμε ποιές είναι οι εξετάσεις όπου μπορούν να μας βοηθήσουν να προλάβουμε μία ασθένεια, γιατί το πιο σημαντικό απ'όλα είναι να έχουμε μία ποιοτική ζωή.

3.1 Τέστ Παπανικολάου

Δέκα λεπτά που σώζουν ζωές. Ανώδυνη, ακίνδυνη, ανέξοδη η μέθοδος που μπορεί να διαγνώσει έγκαιρα και να προλάβει τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, να γλυτώσει τη γυναίκα από το βραχνά μιας λοίμωξης ή του έρπητα.

Τι είναι το τεστ Παπ;

Κορυφαίο τμήμα της γυναικολογικής εξέτασης το τεστ παπανικολάου είναι μια μέθοδος γενικού ελέγχου η οποία σκοπό έχει να διαγνώσει αρκετά νωρίς τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας έτσι ώστε να βρίσκεται σε στάδια θεραπεύσιμα. Κάθε πότε πρέπει να γίνεται; Απαραίτητο να γίνεται κάθε χρόνο για τις γυναίκες που βρίσκονται πρίν την εμμνόπαυση. Ο λόφος είναι ότι μετά την εμμηνόπαυση οι τοπικοί παράγοντες άμυνας ελαττώνονται, καθώς και ότι η συχνότητα

του καρκίνου της μήτρας αυξάνει στην περίοδο αυτή. Η επανάληψη του τεστ Παπ με αυτό το ρυθμό θεωρείται ικανοποιητική δεδομένου ότι οι περισσότεροι τύποι του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας μεγαλώνουν αργά. Με την ίδια συχνότητα συνιστάται να υποβάλλονται στο τεστ Παπ και οι γυναίκες που είναι σε ιδιαίτερο κίνδυνο Έκείνες που έχουν περισσότερους από έναν σεξουαλικούς συντρόφους, γυναίκες που έχουν ιστορικό κάποιας σεξουαλικά μεταδιδόμενης νόσου, κονδυλώματα και προηγούμενα τεστ Παπανικολάου που δεν έχουν βγει φυσιολογικά. Ασυγχώρητο να καθυστερεί η γυναίκα να παραμελεί χωρίς λόγο αυτήν την απλή εξέταση. Το τεστ παπ έχει πολύ μικρό κόστος, πολύ μικρή χρονική διάρκεια πέντε – δέκα λεπτών αλλά μπορεί να γλιτώσει τη γυναίκα από πλήθος βαριές συνέπειες.

Πώς γίνεται το τεστ;

Η γυναίκα δεν θα πρέπει να κάνει κολπική πλύση για τουλάχιστον 24 έως 48 ώρες πριν από την εξέταση και δεν θα πρέπει να έχει περίοδο. Η παρουσία αίματος στο τεστ παπανικολάου κάνει αδύνατη την εξέταση των κυττάρων. Επίσης δεν θα πρέπει να έχει υπάρξει σεξουαλική επαφή κατά τις δύο τελευταίες μέρες.

Με το τεστ Πάπ γίνεται λήψη κυττάρων από τον κόλπο, τον τράχηλο και τον ενδοτράχηλο. Ο γυναικολόγος επιστρώνει τα κύτταρα αυτά σε πλάκες και αφού μονιμοποιήσει το παρασκεύασμα το στέλνει στον κυτταρολόγο. Ο κυτταρολόγος βάφει τα κύτταρα, τα παρατηρεί στο μικροσκόπιο και περιγράφει διάφορες προκαρκινικές καταστάσεις για τον τράχηλο της μήτρας εάν υπάρχουν.

Σκοπός του γενικού ελέγχου με το τεστ Παπ που γίνεται Πανελλήνια είναι να εντοπίζεται ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας στα πολύ πρώιμα στάδια του, οπότε η αντιμετώπιση του θα είναι πιο εύκολη. Εκτός από τις προκακοήθειες και κακοήθειες αλλαγές, ο κυτταρολόγος μπορεί να βρεί και άλλες τοπικές καταστάσεις που μπορούν να δημιουργήσουν πρόβλημα όπως οι ιογενείς λοιμώξεις, ο απλός έρπης και τα κονδυλώματα. Είναι δυνατόν να δούμε μερικές φορές και την ύπαρξη μυκήτων ή άλλων κολπικών μικροβίων. Ο γιατρός θα συστήσει

τάλποτε, καλλιέργεια κολπικού υγρού που θα αποκαλύψει το μικρόβιο εκείνο το οποίο μολύνει τον κόλπο.

Συγχρόνος με τη λήψη του τεστ Παπ ο γυναικολόγος μπορεί να κάνει μια επισκόπηση του κόλπου και του τραχήλου. Ίσως έτσι διαγνώσει καταστάσεις οι οποίες φαίνονται με το γυμνό μάτι, όπως είναι μια κολπίτιδα, μια τραχηλίτιδα. Η ύπαρξη κάποιου πολύποδα μπορεί επίσης να διαγνωστεί με γυμνό μάτι, πράγμα που γίνεται χωρίς καμία επιπλέον προσπάθεια ή καθυστέρηση, απλά και μόνο με το τεστ Παπ.

Αν το τεστ «βγεί» θετικό;

Ένα επίχρισμα Παπανικολάου που έχει ληφθεί σωστά, μπορεί να οδηγήσει στη διάγνωση του καρκινώματος του τραχήλου της μήτρας σε περίπου 95% των περιπτώσεων. Εάν το τεστ είναι θετικό, τότε μας δείχνει την ανάγκη για μια βιοψία.

Το τεστ παπ είναι απαραίτητο και μετά την εγκυμοσύνη. Καλό είναι, δύο μήνες μετά από το τέλος της εγκυμοσύνης, να εκτελείται πάλι το τεστ παπανικολάου, έτσι ώστε να υπάρχει ένας καλός έλεγχος της κατάστασης του τραχήλου της μήτρας.

3.2 Εμβόλιο HPV (κατά του τραχήλου του καρκίνου της μήτρας)

Θα το ακούσετε να λέγετε εμβόλιο κατά του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Να προστατεύει από το καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και όχι μόνο, αλλά το εμβόλιο είναι για να προστατεύεται ο ανθρώπινος οργανισμός από τον ιο των ανθρωπίνων θηλωμάτων ή όπως λέγεται στα Αγγλικά Papilloma virus.

Τι είναι ο ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων;

Ο ιός είναι πάρα πολύ συνηθισμένος. Τουλάχιστον το 50% των ενεργών σεξουαλικά ενηλίκων έχουν προσληφθεί από κάποιο στέλεχος του ιού αυτού. Υπάρχουν περίπου 40 διαφορετικά στελέχη του ιού.

Πώς μεταδίδεται ο ιός;

Μεταδίδετε κυρίως με τη σεξουαλική επαφή είτε είναι κολπική είτε είναι στοματική

Τι μπορεί να προκαλέσει;

Οι περισσότερες μολύνσεις από τον ιό αυτό είναι τελείως ασυμπτωματικές και δε δημιουργούν κανένα ιδιαίτερο πρόβλημα. Υπάρχουν όμως μολύνσεις από συγκεκριμένα στελέχη του ιού που μπορεί να προκαλέσουν τις πιο κάτω μορφές καρκίνου. Στις περιπτώσεις αυτές ο ιός παραμένει για πολύ καιρό στα κύτταρα της επιφάνειας του τραχήλου της μήτρας, το επηρεάζει και σταδιακά το μετατρέπει σε καρκινικά κύτταρα.

Καρκίνος τραχήλου της μήτρας.

Καρκίνος του πρωκτού

Καρκίνος του κόλπου

Καρκίνος του αιδοίου

Τι προστασία παρέχει το εμβόλιο;

Το εμβόλιο που κυκλοφορεί ήδη στην Κύπρο και την Ελλάδα από την εταιρεία MSD προστατεύει τον ανθρώπινο οργανισμό από τεσσερα διαφορετικά στελέχη του ιού. Τα στελέχη αυτά ευθύνονται για το 70% των καρκίνων του τραχήλου της μήτρας και το 90% των κονδυλωμάτων. Άρα και μετά τον εμβολιασμό υπάρχει μικρή πιθανότητα να πάθει μια γυναίκα καρκίνο του τραχήλου της μήτρας γι αυτό και θα πρέπει να συνεχιστούν τα άλλα μέτρα πρόληψης όπως είναι το τεστ Παπανικολάου.

Πόσα χρόνια παρέχει προστασία;

Τα μέχρι σήμερα δεδομένα δείχνουν ότι παρέχει προστασία για τουλάχιστον 5 χρόνια. Αν στο μέλλον θα χρειαστεί να γίνει αναμνηστική δόση αυτό θα το δείξουν οι μελέτες που γίνονται συνέχεια.

Μπορεί να προστατεύσει το άτομο που ήδη μολύνθηκε;

Όχι δεν μπορεί να το προστατεύσει από το συγκεκριμένο στέλεχος που μολύνθηκε, αλλά μπορεί να το προστατεύσει από τα υπόλοιπα στελέχη που περιέχει μέσα το εμβόλιο.

Δόσεις και ασφάλεια του εμβολίου.

Πόσες δόσεις χρειάζονται για να ολοκληρωθεί ο εμβολιασμός;

Τρεις δόσεις. Η δεύτερη σε δυο μήνες από την πρώτη και η Τρίτη δόση, έξι μήνες μετά την πρώτη.

Είναι ασφαλές το εμβόλιο;

Το εμβόλιο είναι πολύ ασφαλές. Έχει ήδη δοκιμαστεί σε 11.000 κοπέες ηλικίας 9-26 χρονών.

Ποιοι θα πρέπει να εμβολιαστούν;

Μπορούν να εμβολιαστούν κορίτσια ηλικίας 9-26 χρονών. Ακόμα και οι κοπέλες που είναι σεξουαλικά ενεργείς μπορούν να εμβολιαστούν, γθιατι ακόμα και αν έχουν μολυνθεί από κάποιο στέλεχος του ιού είναι απίθανο να έχουν μολυνθεί και από τα τέσσερα στελέχη που προστατεύει το εμβόλιο.

Μπορεί να εμβολιαστούν και αγόρια;

Μπορούν να εμβολιαστούν τα αγόρια ηλικίας 9-15 χρονών. Μπορεί να προστατευτούν από το καρκίνο του πέους και του πρωκτού. Επίσης έμμεσα θα προστατεύουν και τους συντρόφους τους.

Τι πρέπει να ξέρουν οι κοπέλες που εμβολιάζονται;

Πρέπει να συνεχίσουν τους προληπτικούς ελέγχους με τεστ παπανικολάου για τους πιο κάτω λόγους:

Το εμβόλιο δεν προστατεύει από όλα τα στελέχη.

Μια κοπέλα μπορεί να μολύνθηκε από κάποιο στέλεχος πριν τον εμβολιασμό. Μπορεί να μην έκανε όλες τις δόσεις για να έχει πλήρη κάλυψη του εμβολίου.

3.3 Προγεννητικός έλεγχος

Γενική αίματος / ούρων

Ζάχαρο

Ουρικό οξύ / χοληστερίνη / τριγλυκερίδια

Ηλεκτροφόρες αιμοσφαιρίνες (στίγμα)

Ομάδα R2

Αυστραλιανό αντιγόνο

Αντισώματα ερυθρών τοξοπλασμάτων

HIV

Τεστ ΠΑΠ

(27)

3.4 ΣΤΙΓΜΑ

Ασφαλώς θα γνωρίζετε ότι η μεσογειακή αναιμία είναι μια βαριά κληρνομική αναιμία που συναντάται στη χώρα μας με μεγάλη συχνότητα. Ακόμη ίσως έχετε ακούσει ότι οι γονείς των πασχόντων από μεσογειακή αναιμία είναι γερά άτομα, όπως κι εσείς, τελείως ανυποψίαστα για τον κίνδυνο που διέτρεχαν. Διερωτηθήκατε όμως ποτέ αν έχετε κι εσείς τον κίνδυνο να αποκτήσετε παιδιά με τη βαριά αυτή αναιμία; Ίσως όχι. Κι όμως μπορεί να είστε φορέας της μεσογειακής αναιμίας και, όπως θα διαβάσετε και παρακάτω, να έχετε αυτό το σοβαρό κίνδυνο.

Στην Ελλάδα η συχνότητα των φορέων της μεσογειακής αναιμίας είναι κατά μέσο όρο περίπου 8%, που σημαίνει ότι ο ένας στους δώδεκα στο περιβάλλον μας θα πρέπει να είναι φορέας της μεσογειακής αναιμίας. Υπάρχει μεγάλη πιθανότητα αυτός ένας, ο φορέας της μεσογειακής αναιμίας, να είστε εσείς.

Διαβάστε προσεκτικά αυτές τις βασικές πληροφορίες που σας δίνουμε για τη μεσογειακή αναιμία και θα δείτε ότι είναι δυνατό να προλάβετε το τραγικό ενδεχόμενο να γίνετε γονείς παιδιών με μεσογειακή αναιμία.

Τι είναι η μεσογειακή αναιμία;

Η μεσογειακή αναιμία ή νόσος του Cooley , ή πιο επιστημονικά ‘Μείζων μεσογειακή αναιμία’ είναι νόσος που χαρακτηρίζεται από βαριά αναιμία ήδη από τη βρεφική ηλικία και που οδηγεί, με το χρόνο, σε μία σειρά αλυσιδωτών παθολογικών προβλημάτων με σοβαρές συνέπειες στην ανάπτυξη και την υγεία των ατόμων. Η μόνη βοήθεια που προσφέρεται στους πάσχοντες από μεσογειακή αναιμία είναι οι συχνές μσταγγίσεις αίματος (περίπου κάθε μήνα), που και αυτές έχουν αρκετούς κινδύνους, παράλληλα και ανάλογα με τα παθολογικά προβλήματα, εφαρμόζονται και σχετική συμπτωματική αγωγή. Ειδική αποτελεσματική θεραπεία δεν έχει βρεθεί μέχρι σήμερα.

Ποια η συχνότητα της νόσου στην Ελλάδα;

Υπολογίζεται ότι στην Ελλάδα πάνω από 3000 άτομα πάσχουν από μεσογειακή αναιμία και κάθε χρόνο αν δε λαμβάνονται μέτρα πρόληψης θα προστίθενται 100 έως 200 νέα άτομα. Όλοι οι άρρωστοι έχουν ανάγκη από τακτική ιατρική παρακολούθηση σ'όλη τη διάρκεια της ζωής τους. Η πνευματική τους ανάπτυξη είναι φυσιολογική, ωστόσο όμως, τα προβλήματα της υγείας τους, οι συχνές μεταγγίσεις αίματος ακόμη και τα ευρήματα ψυχολογικά και οικογενειακά προβλήματα αποτελούν τροχοπέδη στην ομαλή ένταξή τους στο ενεργό δυναμικό της κοινωνίας μας.

Πως κληρονομείται η μεσογειακή αναιμία;

Η μεσογειακή αναιμία είναι νόσος κληρονομική και μεταβιβάζεται με ορισμένους συνδυασμούς από τους γονείς στα παιδιά. Οι γονείς που μπορούν να αποκτήσουν άρρωστα παιδιά χαρακτηρίζονται φορείς ή ετεροζυγωτές της μεσογειακής αναιμίας και δεν εμφανίζουν κανένα σύμπτωμα. Στις εικόνες που παρατίθενται, τα άτομα αυτά συμβολίζονται σαν ασπρόμαυρα ανθρωπάκια. Όπως φαίνεται στην εικόνα 1, ο γάμος ενός φορέα με άτομο

αιματολογικά υγιές δεν έχει κίνδυνο να αποδώσει παιδιά με μεσογειακή αναιμία,. Αυτό θα είναι υγιή ή ετερόζυγα όπως ο ένας γονέας. Αντίθετα ο γάμος μεταξύ ετεροζυγωτών είναι επικίνδυνος. Στην εικόνα 2 φαίνεται σχηματικά πως μπορεί να γεννηθεί ένα παιδί με τη ‘Μείζονα μεσογειακή αναιμία’ απ’ό ετεροζυγωτές (φορείς) γονείς. Σύμφωνα με τους σχηματικούς συνδυασμούς, μεσογειακή αναιμία θα έχει ένα στα τέσσερα παιδιά. Η πιθανότητα αυτή (25%) δεν ακολουθεί καμιά σειρά και ισχύει για κάθε

εγκυμοσύνη άσχετα αν το ζευγάρι έχει ήδη αποκτήσει και άλλο παιδί με μεσογειακή αναιμία.

Πως μπορεί να προληφθεί η μεσογειακή αναιμία;

Τονίζεται και πάλι ότι η μεσογειακή αναιμία δεν θεραπεύεται και ούτε υπάρχει τρόπος για την εξάλειψη της κληρονομικής ανωμαλίας. Ωστόσο, η πρόληψη της νόσου είναι δυνατή και βασίζεται στην αναγνώριση των φορέων με ειδικό αιματολογικό έλεγχο. Ο αιματολογικός αυτός έλεγχος γίνεται στη χώρα μας.

Η εξέταση είναι απόλυτα αναγκαία στα άτομα των οποίων οι οικογένειες έχουν ή είχαν πρόβλημα παιδιών με μεσογειακή αναιμία ή με παρόμοιες καταστάσεις, όπως η δρεπανοκυτταρική αναιμία κ.α.

Τα ζευγάρια, όπου και οι δύο είναι φορείς της μεσογειακής αναιμίας και κατά συνέπεια έχουν κίνδυνο για ένα άρρωστο παιδί πρέπει έγκαιρα να συμβουλευτούν τα ειδικά κέντρα. Η επιστήμη σήμερα τους δίνει τη δυνατότητα να αποφύγουν τη γέννηση άρρωστου παιδιού με τη προγενετική εξέταση που γίνεται στη 10-12 εβδομάδα της κύησης. Η εξέταση δεν είναι απλή και απαιτείται προγραμματισμός από το Κέντρο Μεσογειακής Αναιμίας.

Που μπορείτε να εξεταστείτε;

Παρακαλούμε να προσέξετε ότι η εξέταση για τη διαπίστωση των φορέων της μεσογειακής αναιμίας δεν είναι απλή, απαιτεί πείρα και ειδικά τεχνικά μέσα και δεν είναι δυνατή σ' όλα τα εργαστήρια.

Όλοι οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να αποταθούν σε μια από τις αναφερόμενες Μονάδες Πρόληψης Μεσογειακής Αναιμίας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. Στις Μονάδες αυτές, παράλληλα με τον έλεγχο της μεσογειακής αναιμίας γίνεται και έλεγχος και για άλλες κληρονομικές αιμοσφαιρινοπάθειες (δρεπανοκυτταρική αναιμία κ.α.)

Η εξέταση γίνεται δωρεάν. Τα αποτελέσματα, οι κατάλληλες εξηγήσεις και γενετικές συμβουλές δίνονται στους ενδιαφερόμενους από το υπεύθυνο προσωπικό των Μονάδων. (26)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

ΣΥΣΤΟΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

4. Οι Σ.Μ.Α. θα μπορούσαν για ευκολία να χωριστούν σε τρεις κατηγορίες:

1. Τις σοβαρές ασθένειες, οι οποίες αν δε θεραπευτούν προκαλούν βλάβη σε όργανα του σώματος που δε σχετίζονται με τη γεννητική περιοχή.
 2. Τις λιγότερο σοβαρές ασθένειες, οι οποίες κυρίως εντοπίζονται στη γεννητική περιοχή και δεν έχουν μακροχρόνιες βλαβερές συνέπειες.
 3. Τις σπάνιες Σ.Μ.Α. οι οποίες κυρίως εμφανίζονται στις τροπικές χώρες και προκαλούν βλάβες στην εξωτερική γεννητική περιοχή.
- (28)

Συμβουλές για τη σεξουαλική δραστηριότητα

Εάν εσείς ή ο σύντροφός σας έχει στα γεννητικά του όργανα κάποια από τα παρακάτω συμπτώματα πηγαίστε σε έναν ειδικό γιατρό.

Δύσσομα υγρά από τον κόλπο, το πέος ή το ορθό-αίμα – φυσαλίδες – δοθιήνες – αδένες – τραχηλίτιδα – έλκη – όγκους – αλλεργικό εξάνθημα – φαγούρα – πόνο – πολύποδες – πύων – πληγές – πρήξιμο – ευαισθησία – κολπική μυκητίαση – αλλαγές στην ούρηση – ελιές. Μερικά συμπτώματα αυτών των νοσημάτων μοιάζουν με εκείνα άλλου είδους φλεγμονών. Αυτά μπορεί να μην εμφανίζονται στα γεννητικά όργανα αλλά είναι σοβαρά και σημαίνει ότι κάτι δεν πάει καλά με την υγεία σας, είτε είναι σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα είτε όχι. Ζητήστε συμβουλές εάν κάποιο από τα παρακάτω συμπτώματα επιμένει.

Ελάττωση της όρεξης – αρθραλγίες – διαταραχές των κενώσεων – ρίγη – βήχας – διάρροια – κόπωση – αλλαγή του χρώματος στο δέρμα – αίσθημα

εξάντλησης – πυρετό – γενική αδυναμία – απώλεια μαλλιών – ναυτία – νυχτερινές εφιδρώσεις – πρήξιμο αδένων – διαταραχές στην όραση – απώλεια βάρους ή όποια είναι ταχεία, σταθερή και ανεξήγητη (29).

4.1 ΜΑΛΑΚΟ ΕΛΚΟΣ

Το μαλακό έλκος είναι ένα ιδιαίτερα επικίνδυνο σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα επειδή τα έλκη που προκαλεί αυξάνουν τον κίνδυνο της μετάδοσης του AIDS.

Συνήθη συμπτώματα

Αρχικά εμφανίζεται στα γεννητικά όργανα ένας μικρός καλόγερος ή πληγή. Αλλά δεν επουλώνετε όπως ένα συνηθισμένο σπυρί. Αργότερα μένει μια ανοιχτή πληγή. Μπορεί να πυορροεί και να πονάει. Οι γυναίκες μπορεί να μην έχουν πληγές αλλά μπορεί να έχουν πόνο στην ούρηση ή κωλικούς εντέρου, πόνο στην επαφή, αίμα από τον πρωκτό ή κολπικά υγρά. Το αθεράπευτα μαλακό έλκος μπορεί να επιμολύνει και να διογκώσει τους βουβωνικούς αδένες. Οι άνδρες μολύνονται πιο συχνά από τις γυναίκες. Τα συμπτώματα συνήθως εμφανίζονται μέσα σε μια εβδομάδα από την μόλυνση.

Πώς μεταδίδεται το μαλακό έλκος;

Με την κολπική, στοματική ή πρωκτική σεξουαλική επαφή.

Διάγνωση

Το μαλακό έλκος μπορεί να μπερδευτεί με τον έρπητα, τη σύφιλη, και άλλες καταστάσεις. Η μικροσκοπική εξέταση του υγρού των πληγών είναι απαραίτητη.

Θεραπεία

Και οι δύο σύντροφοι πρέπει να αντιμετωπισθούν με αντιβιοτικά από το στόμα

Προστασία

Το προφυλακτικό προσφέρει πολύ καλή προστασία έναντι του μαλακού έλκους. (29)

4.2 ΣΥΦΙΛΗ

ΑΙΤΙΟ

Τρεπόννημα το ωχρό, ένα μικρό βακτηρίδιο

Περίοδος επώασης

Μία εβδομάδα μέχρι τρεις μήνες

Μετάδοση

Φυσικά μπορείτε να κολλήσετε με παθητική ή ενεργητική επαφή, στοματική, κολπική, ή πρωκτική. Μπορείτε επίσης να την κολλήσετε από άλλου τύπου στενής επαφής του δέρματος. Οι μητέρες μπορεί να την μεταδώσουν στα παιδιά τους κατά τη διάρκεια της γέννας. Το φιλί το χάδι και το ερωτικό παιχνίδι, αποτελούν στενή επαφή. Επίσης μπορείτε να κολλήσετε από ένα άτομο που δεν έχει καμία πληγή αλλά δεν έχει υποβληθεί ποτέ σε θεραπεία.

Τι να ψάξετε

Υπάρχουν τρία στάδια της σύφιλης. Πρώτα εμφανίζεται μια μεγάλη ανοιχτή πληγή, που ονομάζεται πρωτοπαθές έλκος. Είναι ανώδυνο και σχηματίζεται στο σημείο που είχατε πρώτα επαφή με το βακτηρίδιο της σύφιλης.

Στους άνδρες το έλκος μπορεί να βρεθεί οπουδήποτε στο πέος, στο εσωτερικό της ουρήθρας ή στους όρχεις. Στις γυναίκες τα έλκη μπορούν να εμφανιστούν έξω ή μέσα στον κόλπο, στον τράχηλο και μέσα στην ουρήθρα.

Και στους δύο τα έλκη μπορούν να εμφανισθούν στα χείλη, τη γλώσσα, και οπουδήποτε μέσα στο στόμα. Επίσης στα βλέφαρα το πρόσωπο, το στήθος, το δάκτυλο, τους μαστούς, το έντερο και το περίνεο.

Τα έλκη διαρκούν δύο εβδομάδες αλλά η αρρώστια συνεχίζει να βρίσκεται στο σώμα σας.

Θεραπεία

Η σύφιλη είναι πλήρως και εύκολα αντιμετωπίσιμη με τα αντιβιοτικά. Το πρώτο βήμα είναι να αναγνωρίσετε ότι την έχετε. Οι πληγές είναι εύκολο να αναγνωρισθούν. Εν τούτοις αν οι πληγές είναι σε τέτοιο σημείο που δεν είναι ορατές τότε δεν θα το καταλάβετε ποτέ. (29)

4.3 ΕΡΠΗΣ

Υπάρχουν δύο τύποι ιού έρπητα των γεννητικών οργάνων ο τύπος 1 και ο τύπος 2. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ο ιός μπορεί να προκαλέσει αποβολή. Εάν υπάρχει φλεγμονή κατά τη διάρκεια του τοκετού, το νεογνό μπορεί να υποστεί σοβαρές βλάβες της υγείας του.

Συνήθη συμπτώματα

Ένα επαναλαμβανόμενο εξάνθημα με σωρό από φυσαλιδώδη έλκη, εμφανίζονται στο οίδοιο, το πέος, το στόμα, τον πρωκτό, τους γλουτούς ή αλλού στο σώμα, πόνος και δυσανεξία γύρω από την φλεγμένους περιοχή, φαγούρα, καύσωνα κατά την ούρηση, πυρετός, πονοκέφαλος και γενική καταβολή.

Τα συμπτώματα συνήθως εμφανίζονται από 2-20 ημέρες μετά την μόλυνση αλλά μπορεί να περάσουν και χρόνια πριν εμφανιστεί το πρώτο επεισόδιο.

Οι επανεμφανίσεις συνδέονται συνήθως με την ψυχική και φυσική κατάσταση. Κατά την διάρκεια των επεισοδίων είναι σπουδαίο να

τηρηθούν απαρέγκλιτα μερικοί κανόνες υγιεινής. Πλένετε συχνά τα χέρια σας και μην ακουμπάτε τις πληγές. Εάν ακουμπήσετε τις πληγές καταλάουος, πλύνετε αμέσως τα χέρια σας.

Να είστε ιδιαίτερα προσεκτικοί όταν ακουμπάτε τους φακούς επαφής.

Πώς μεταδίδετε;

Πιθάσιμο, σεξουαλική επαφή κολπιλή, πρωκτική, στοματική, φιλή.

Ο έρπης μπορεί να μεταδοθε΄ι από τον ένα σύντροφο στον άλλο ή από το ένα μέρος του σώματος στο άλλο, οσάκις συμβεί επαφή με τον ιό.

Ο έρπης είναι περισσότερο μεταδοτικός από την στιγμή που εμφανίζονται οι φυσαλίδες μέχρι που να επουλωθούν τελείως και να πέσουν τα κάπαλα. Δυστυχώς, τελευταίες μελέτες δείχνουν ότι μερικοί άνθρωποι μπορούν να μεταδίδουν και την περίοδο που δεν έχουν κιανένα σύμπτωμα.

Διάγνωση

Μπορεί να μπερδευτεί με τη σύφιλη, το μαλακό έκλκος και άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Η εξέταση των πληγών και η εργαστηριακή εξέταση του υγρού από τις πληγές είναι μεγάλης σπουδαιότητας.

Θεραπεία

Δεν υπάρχει. Τα συμπτώματα μπορεί να ανακουφιστούν και ο αριθμός των υποτροπών μπορεί να ελαττωθεί με ένα φάρμακο που λέγεται «zovirax».

Προστασία

Οι σύντροφοι θα πρέπει να αποφεύγουν την ερωτική συνεύρεση από την ώρα που βλέπουν ότι πάνε να εμφανισθούν οι φυσαλίδες μέχρι την ώρα που θα εξαφανισθούν πλήρως και τα κάπαλα έχουν πέσει τελείως από τις

πληγές. Το προφυλακτικό προσφέρει κάποια προστασία όταν ο «ιός» δεν είναι ενεργής.

4.4 ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΑ

Τι είναι τα γεννητικά κονδυλώματα;

Τα κονδυλώματα μοιάζουν με μικροσκοπικά κουνουπίδια και εμφανίζονται στο αιδοίο, στον κόπλο και στον τράχηλο της γυναίκας και στην ακροποσθία στη βάλανο ή στο στέλεχος του πέους του άνδρα. Τα κονδυλώματα μπορεί να είναι αρκετά μεγάλα ή σχεδόν αόρατα.

Τι προκαλεί τα γεννητικά κονδυλώματα;

Τα κονδυλώματα προκαλούνται από μια οικογένεια ιών που ονομάζονται human papilloma viruses. Υπάρχουν περίπου 30 είδη από αυτούς τους ιούς που μπορούν να προκαλέσουν κονδυλώματα στο σώμα. Τα γεννητικά κονδυλώματα προκαλούνται κυρίως από τα είδη 6, 16, 18 και 32.

Πόσο συνηθισμένα είναι τα γεννητικά κονδυλώματα;

Περίπου ένα στα είκοσι σεξουαλικά ενεργά άτομα έχουν γεννητικά κονδυλώματα, που μπορεί όμως να είναι τόσο μικροσκοπικά ώστε να είναι αόρατα δια γυθμού οφθαλμού.

Ποια προβλήματα σχετίζονται με τα γεννητικά κονδυλώματα;

Τα γεννητικά κονδυλώματα δεν είναι μόνο αντιαισθητικά μερικά είδη του ιού μπορεί να αποτελέσουν παράγοντα για τη δημιουργία καρκίνου του τραχήλου στις γυναίκες ή καρκίνου του πέους στους άνδρες.

Πώς θεραπεύονται τα γεννητικά κονδυλώματα;

Μια ουσία που ονομάζεται podophyllin αλείφεται με προσοχή πάνω σε κάθε κονδύλωμα. Την αφήνουμε να στεγνώσει και ο ασθενής μια ώρα

αργότερα ξεπλένει την περιοχή με νερό και σαπούνι. Η θεραπεία πρέπει να επαναληφθεί αρκετές φορές. Η ουσία σκοτώνει τον ιό και τα κονδυλώματα πέφτουν. Μια εναλλακτική θεραπεία είναι να ψεκάσουμε τα κονδυλώματα με λέιζερ ή να τα κάψουμε με ηλεκτρικό καυτηριασμό.

Γιατί τα γεννητικά κονδυλώματα πρέπει να θεραπεύονται;

Τα γεννητικά κονδυλώματα δεν είναι, όπως είπαμε μόνο αντιαισθητικά αλλά ο ιός τους μπορεί να αποτελέσει παράγοντα δημιουργίας καρκίνου του τραχήλου ή του πέους.

4.5 ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β

Γιατί η ηπατίτιδα Β θεωρείται Σ.Μ.Α.;

Μερικοί άνθρωποι που είχαν προσληφθεί στο παρελθόν από ηπατίτιδα Β και έχουν θεραπευτεί, συνεχίζουν να αποβάλλουν μέσα στο έντερο τους τον ιό της ηπατίτιδας. Αυτοί οι άνθρωποι ονομάζονται φορείς. Αν κάποιος άλλο άτομο έχει στενή σωματική επαφή και ειδικότερα πρωκτικό ή στοματικό σεξ μαζί τους, τότε υπάρχει πιθανότητα να μολυνθεί και αυτό.

Οι φορείς μπορούν να εντοπισθούν;

Οι φορείς έχουν ένα δείκτη στο αίμα τους που ονομάζεται αντιγόνο ηπατίτιδας Β. Η διάγνωση γίνεται με εξέταση αίματος.

Ποιοι έχουν περισσότερες πιθανότητες να είναι φορείς;

Περίπου το 15% των κατοίκων της Νοτιοανατολικής ασίας, το 10% των ομοφυλόφιλων ανδρών με πολλούς ερωτικούς συντρόφους και το 8% των τοξικομανών είναι φορείς,

Πώς μπορεί ο σεξουαλικός σύντροφος ενός φορέα να αποφύγει τη μόλυνση;

Ο/η σεξουαλική σύντροφος πρέπει να αποφύγει το πρωκτικό ή στοματικό σέξ μέχρι να εμβολιαστεί κατά της ηπατίτιδας Β.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

AIDS

5.Η ΔΟΜΗ ΚΑΙ Ο ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΚΥΚΛΟΣ ΤΟΥ HIV

Πολλά θεωρητικά και πρακτικά ερωτήματα απαντήθηκαν χάρη στη κλωνοποίηση και την ανάλυση των ακολουθιών του ιού του AIDS. Είναι βέβαιο σήμερα ότι η δομή του είναι πολύ διαφορετική από εκείνη που χαρακτηρίζει την οικογένεια HTLV. Η συγκριτική μορφολογική ανάλυση, που έγινε κυρίως από τον Matthew Gonda, και η ανάλυση των ακολουθιών του ιού βίσνα των προβάτων, που έγινε πριν από το καλοκαίρι του 1985 από τον Pierre Sonigo και άλλους παστεριανούς σε συνεργασία με τον A. Haase του Πανεπιστημίου της Μινεάπολης, έδειξε την ομοιότητά του με τον ιό του AIDS και επιβεβαίωσε έτσι τη κοινή τους κατάταξη στους βραδείς ιούς.

Η δομή του ιού HIV και ο τρόπος της βιολογικής του δράσης κατανοήθηκαν στα βασικά τους σημεία μεταξύ 1984 και 1986. Είναι ιός RNA (και επομένως ρετροϊός) στρογγυλού σχήματος και με αρκετά μεγάλο μοριακό βάρος. Το βασικό του μέρος, η ζώνη των γεννητικών πληροφοριών, περιέχεται σε μία κάψα πρωτεΐνης («πυρήνα» ή «πυρηνοειδές») που είναι κλεισμένη με τη σειρά της σ' ένα περίβλημα από λιπίδια με δύο γλυκοπρωτεΐνες. Κάθε σωματίδιο ιού έχει δύο νήματα RNA. Αυτό θυμίζει τη διπλή σειρά των χρωματοσωμάτων αλλά δεν είναι συνηθισμένο στους ιούς.

Το γένωμα του ιού HIV είναι πιο περίπλοκο από εκείνο των άλλων ρετροϊών. Εκτός από τα τρία γονίδια που κωδικοποιούν τις δομικές πρωτεΐνες (gag για τις εσωτερικές πρωτεΐνες, pol για το μεταγραφικό ένζυμο και env για τις πρωτεΐνες του περιβλήματος) που υπάρχουν και στους λεμφοτρόπους ανθρώπινους ρετροϊούς, ο HIV έχει πολλά ρυθμιστικά γονίδια. Χάρη στις εργασίες του William Haseltine στο Dana Farber Cancer Institute (Βοστώνη), της Flossie Wong-Staal στην Bethesda και των συναδέλφων τους, άρχισε να γίνεται κατανοητή η λειτουργία του εξαιρετικά εκλεπτυσμένου μηχανισμού αυτού του ιού, και κυρίως ο πολύ ειδικός ρόλος του γονιδίου tat που ενεργοποιεί την έκφραση των δομικών γονιδίων. Πρόκειται για ένα σύστημα με κυβερνητικούς βρόχους που επιτρέπουν στον ιό να προσαρμοσθεί σε διαφορετικές συνθήκες και να ρυθμίσει το κύκλο της ζωής του ανάλογα με τη φύση και τη λειτουργική

κατάσταση του μολυσμένου κυττάρου. Τίποτε παρόμοιο δεν ήταν γνωστό μέχρι τότε στα άλλα ενδοκυττάρια παράσιτα.

Ο HIV έχει ιδιαίτερη συγγένεια για τα λεμφοκύτταρα T4. Η εξωτερική γλυκοπρωτεΐνη του περιβλήματος του ιού, η gp120, που ταυτοποιήθηκε ανεξάρτητα από τις ομάδες του Myron Essex στο Χαρβαρντ και του Luc Montagnier στο Παρίσι, αναγνωρίζει το μόριο CD4 που βρίσκεται στην επιφάνεια λεμφοκυττάρων, αλληλαντιδρά μαζί του και καθλώνει έτσι τον ιό. Οι άγγλοι ερευνητές Angus Dalgeish και Robin Weiss και ανεξάρτητα από αυτούς ο David Klatzmann με μία ομάδα παστεριανών ερευνητών απόδειξαν το ρόλο αυτού του μορίου ως υποδοχέα. Ο ιός έχει τροπισμό γι' αυτό το μόριο, η συνδεσή του μ' αυτό επιφέρει ένα κυτοπαθογόνο αποτέλεσμα, όπου τα λεμφώματα που επωάζονται με αντισώματα κατά του μορίου αυτού δεν μπορούν πια να μολυνθούν από τον ιό του AIDS.

Όταν το RNA του ιού εισχωρεί στο πρωτόπλασμα του μολυσμένου κυττάρου, μεταγράφεται σε DNA από την αντίστροφη τρανσκριπτάση. Αυτή η ονομασία δίνεται σ' ένα βιοχημικόν σύστημα που αποτελείται από δύο ειδικά ένζυμα που παράγονται από τον ίδιο τον ιό. Το μόριο του DNA του ιού μπαίνει τότε σ' έναν κυτταρικό πυρήνα και γίνεται μέρος ενός χρωμοσώματος. Αφού ενσωματωθεί έτσι στο γένωμα του μολυσμένου κυττάρου, η γενετική πληροφορία του ιού χάνει προσωρινά την ατομικότητά της και μπορεί να παραμείνει επί πολλά χρόνια υπό λανθάνουσα μορφή. Το κύτταρο είναι φαινομενικά φυσιολογικό. Ο ιός έχει εξαφανιστεί. Για την ακρίβεια, έχει κρυφτεί με τη μορφή προϊού, ενός κομματιού DNA κολλημένου στο DNA του ξενιστή του. Σ' αυτή τη κατάσταση δεν μπορεί να καταστραφεί με χημικά μέσα χωρίς να πληγωθεί θανάσιμα ολόκληρο το κύτταρο.

Το DNA του προϊού δεν εκφράζεται, αλλά εξακολουθεί να «ζει» γιατί μεταβιβάζεται στα θυγατρικά κύτταρα με κάθε κυτταρική διαίρεση. Αυτός ο εκλεπτυσμένος παρασιτισμός, στην ίδια τη καρδιά της τράπεζας δεδομένων που κυβερνά το κύτταρο-ξενιστή, είναι πολύ διαφορετικός από τη κλασσική μόλυνση που φέρνει αντιμέτωπο το μικρόβιο με το ίδιο το κύτταρο όταν το τελευταίο το φιλοξενεί μέσα του. Το «κλασσικό» παστεριανό σχήμα δε μπορούσε να εξηγήσει αυτό τον τύπο μόλυνσης. Ευτυχώς, οι έρευνες για το μηχανισμό της ένταξης του βακτηριοφάγου στα βακτηρίδια και για το γενετικό ντετερμινισμό

της λύσης των βακτηριδίων, που έγιναν στα μέσα του αιώνα μας, επέτρεψαν να κατανοηθεί αρκετά γρήγορα ο κύκλος ζωής των ανθρώπινων ρετροϊών.

Ο προϊός μπορεί να «ξυπνήσει». Τότε επιβάλλεται στον ενζυμικό μηχανισμό και στα ριβοσώματα του κυττάρου και τα κάνει να παράγουν σωματίδια ιού. Αυτή η επανάληψη του αναδιπλασιασμού (της αναπαραγωγής) του ιού εξαρτάται από τη λειτουργική κατάσταση του μολυσμένου λεμφοκυττάρου, από την ενεργοποίησή του. Αυτή η ενεργοποίηση, που επιτυγχάνεται στα πειράματα *in vitro* με τη δράση ορισμένων χημικών ουσιών και μικροβιακών τοξινών, πυροδοτείται πιθανότατα *in vivo* από την αντιγινική διέγερση. Ο ιός βγαίνει από τη κρυψώνα του με την ευκαιρία μιας άλλης λοίμωξης που ενεργοποιεί το μολυσμένο λεμφοκύτταρο.

Τη στιγμή του αναδιπλασιασμού του ιού, ο κυτταρικός πολλαπλασιασμός αναστέλλεται και το κύτταρο σκοτώνεται. Ο ιός του AIDS διαφέρει σ' αυτό από τους ογκοϊούς, όπως π.χ. τους ιούς HTLV, που μπορούν και εκείνοι να σκοτώσουν ένα άτομο αλλά διεγείροντας τα μολυσμένα κύτταρα, καρκινοποιώντας τα και όχισκοτώνοντάς τα απευθείας. Σήμερα είναι μόνο εν μέρει γνωστή η διαδικασία της καταστροφής των κυττάρων που προκαλείται από τα σωματίδια του ιού, γιατί θανατώνονται και πολλά κύτταρα που δεν έχουν μολυνθεί άμεσα. Ο Dani Bolognesi και οι συνεργάτες του έδειξαν ότι η γλυκοπρωτεΐνη του περιβλήματος του ιού gp120 μπορεί να συνδεθεί στη θέση CD4 των υγιών κυττάρων. Τα μόρια της γλυκοπρωτεΐνης που διασκορπίζονται από τον ιό σκοτώνουν τα κύτταρα είτε με μία άμεση κυτοτοξική δράση είτε μέσω της αυτοάνοσης αντίδρασης του οργανισμού κατά των κυττάρων που έχουν σημειωθεί από αυτά.

Η κυτταροπαθογενετική ικανότητα του HIV ποικίλλει σε μεγάλο βαθμό από το ένα στέλεχος του ιού στο άλλο. Αυτό είναι συμβατό με την πολύ μεγάλη γενετική ανομοιογένεια των στελεχών που έχουν απομονωθεί τόσο και στην Ευρώπη και την Αμερική όσο και στην Αφρική. Οι αφρικανικές απομονώσεις εμφανίζουν ακόμη μεγαλύτερη διαφορά μεταξύ των στελεχών από τις ευρωπαϊκές και τις αμερικανικές.(31)

5.1 ΈΡΕΥΝΑ

Το παρακάτω ερωτηματολόγιο το δανειστήκαμε από το νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός» και είναι μία έρευνα που έκανε μία ομάδα νοσηλευτών του νοσοκομείου σε 50 Λύκεια του νομού Αττικής με σκοπό να μάθουν τί απορίες έχουν οι έφηβοι ηλικίας 15-17 ετών για το θέμα του AIDS και σε τί επίπεδο βρίσκεται η ενημέρωσή τους. Οι απαντήσεις που θα δείτε έχουν δωθεί από την Δερματολόγο-Αφροδισιολόγο Κα Φρόσω Καρακώστα.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΤΟ AIDS;

Ηλέξη είναι τα αρχικά του Acquired Immune Deficiency Syndroom Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσοποιητικής Ανεπάρκειας και οφείλετε στην ανεπάρκεια του προστατευτικού ανοσοποιητικού συστήματος του ανθρώπου, η οποία καθιστά το άτομο επιρρεπές στην ανάπτυξη μιας σοβαρής και συχνά θανατηφόρας λοίμωξης.

ΠΟΙΟΣ ΚΟΛΛΑΕΙ AIDS;

Συχνότερα μολύνονται οι ομοφυλόφιλοι και αμφίφυλοι άνδρες ενώ ακολουθούν οι χρήστες ναρκωτικών (που κάνουν ενέσεις), οι κάτοικοι της Αϊτης κα.

ΠΩΣ ΠΡΟΚΑΛΕΙΤΑΙ ΤΟ AIDS;

Το AIDS προκαλείται από έναν ιό που ονομάζεται human immune deficiency virus (HIV) (ιός ανοσοποιητικής ανεπάρκειας του ανθρώπου).Ο ιός μεταδίδεται με τη σεξουαλική σχέση και οι πιθανότητες μόλυνσης αυξάνονται ύστερα απ'ο πρωκτική επαφή παρά από κολπική επαφή. Συνήθως τα μολυσμένα άτομα δεν έχουν συμπτώματα για 2 με 3 χρόνια, αλλά μπορούν να μολύνουν και άλλους. Μετά από αυτό το χρονικό διάστημα το άτομο παρουσιάζει συμπτώματα και έχει AIDS.

ΤΙ ΠΡΟΚΑΛΕΙ ΤΟ AIDS;

Το AIDS προκαλείται από έναν ιό, τον ιό της ανοσοποιητικής ανεπάρκειας του ανθρώπου (HIV), ο οποίος συνήθως μεταδίδεται σεξουαλικά. Περίπου το 80% που υπήρξαν στις ομάδες υψηλού κινδύνου για πάρα πολλά χρόνια (ομοφυλόφιλοι, αμφίφυλοι, άτομα με πολλούς σεξουαλικούς συντρόφους και χρήστες ναρκωτικών που έκαναν ενδοφλέβιες ενέσεις χρησιμοποιώντας από κοινού την ίδια σύριγγα) μολύνθηκαν τελικά, όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα της εξέτασης που γίνεται για την ανίχνευση του HIV. Πολλοί άνθρωποι που μολύνονται από τον ιό του AIDS παραμένουν υγιείς για κάποιο διάστημα, αλλά ύστερα από 5 με 8 χρόνια περίπου, οι μισοί από αυτούς θα εκδηλώσουν το AIDS RELATED COMPLEX ή την ασθένεια του AIDS και σε διάστημα μεγαλύτερο των 15 ετών το 75% θα αναπτύξει την ασθένεια του AIDS. Αυτοί οι άνθρωποι που έχουν μολυνθεί αλλά παραμένουν υγιείς είναι ικανοί να μολύνουν αυτούς με τους οποίους έχουν σεξουαλικές σχέσεις κυρίως πρωκτικές ή εκείνους στους οποίους μεταφέρετε το αίμα τους, συνήθως με τη χρησιμοποίηση κοινής σύριγγας.

ΠΩΣ ΞΕΡΕΙΣ ΑΝ ΕΧΕΙΣ AIDS;

Η λιγότερη σοβαρή μορφή γνωστή σαν AIDS Related Complex (ARC σύνδρομο προ AIDS) συνδέεται με τα παρακάτω συμπτώματα τα οποία διαρκούν τουλάχιστον 3 μήνες και μπορούν να εμφανιστούν ξεχωριστά ή πολλά μαζί:

- Πυρετός και νυχτερινή εφίδρωση
- Διογκωμένοι λεμφαδένες σε τουλάχιστον τρεις περιοχές
- Απώλεια βάρους
- Χρόνια διάρροια
- Χαμηλά λευκά αιμοσφαίρια στο αίμα

Αυτή η μορφή σπάνια είναι θανατηφόρα. Ύστερα όμως από κάποιο χρονικό διάστημα, περίπου τα $\frac{3}{4}$ των ανθρώπων που έχουν το σχετικό με το AIDS σύμπλεγμα θα εκδηλώσουν την ασθένεια.

ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΝΑ ΠΕΘΑΝΕΙ ΚΑΝΕΙΣ ΑΠΟ AIDS;

Η ήπια μορφή σπάνια είναι θανατηφόρα, όμως το 75% των μολυσμένων ατόμων αναπτύσσουν τελικά τη σοβαρή μορφή του AIDS. Η σοβαρή μορφή είναι πολύ χρήσιμη, και τα περισσότερα άτομα σε αυτό το στάδιο πεθαίνουν μέσα σε δύο χρόνια.

ΠΟΙΟΣ ΕΙΝΑΙ Ο ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΝΑ ΚΟΛΛΗΣΕΙ ΚΑΝΕΙΣ AIDS;

Αν έχει κανείς ασφαλείς σεξουαλικές σχέσεις και είναι βέβαιος ότι ο σεξουαλικά του σύντροφος χρησιμοποιεί προφυλακτικό σε όλη τη διάρκεια της σεξουαλικής πράξης και δεν είναι ο ίδιος χρήστης ναρκωτικών που χρησιμοποιεί την ίδια σύριγγα μαζί με άλλους, τότε ο κίνδυνος είναι αμελητέος.

ΠΩΣ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΑΠΟΦΥΓΕΙ ΚΑΝΕΙΣ ΤΟ AIDS;

Δεν είναι απόλυτα βέβαιο, αλλά οι πολλαπλοί ερωτικοί σύντροφοι και η πρωκτική σεξουαλική επαφή ίσως να αποτελούν παράγοντες μόλυνσης. Οι λιγότεροι ερωτικοί σύντροφοι και όσο λιγότερες πρωκτικές σχέσεις τόσο μικρότερος ο κίνδυνος. Επιπλέον οι χρήστες ναρκωτικών πρέπει να αποφεύγουν τη κοινή χρήση των ενδοφλέβιων ενέσεων.

ΜΥΘΟΙ ΓΥΡΩ ΑΠΟ ΤΟ AIDS.

Δεν μπορεί να κολλήσει κανείς AIDS από τη κοινή επαφή με μολυσμένο άτομο. Η χειραψία, η αγκαλιά, το κλάμα, ο βήχας ή το φτέρνισμα δεν μεταδίδουν το AIDS, ούτε βέβαια το AIDS μεταδίδεται με το φιλικό φιλί, το φαγητό από το ίδιο πιάτο ή το κολύμπι στη πισίνα που έχει χρησιμοποιήσει το μολυσμένο άτομο. Τώρα που όλοι οι αιμοδότες ελέγχονται προσεκτικά, δεν υπάρχει

πιθανότητα να κολλήσει κανείς τον ιό από μετάγγιση ή από ένεση του εμβολίου της ηπατίτιδας Β. (31)

5.2 ΤΟ ΑΔΙΕΞΟΔΟ ΕΝΟΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΥ ΠΡΟΤΥΠΟΥ

Με ή χωρίς AIDS, τα σεξουαλικά μας πρότυπα θα μας είχαν παρ'όλα αυτά δημιουργήσει πρόβλημα εξαιτίας του αδιεξόδου στο οποίο έχουν φτάσει. Όμως, η ταχεία εξάπλωση των σεξουαλικά μεταδιδόμενων ασθενειών, και ιδιαίτερα του AIDS, μας αναγκάζει να αναρωτηθούμε πολύ περισσότερο για τον τρόπο που εμείς οι ίδιοι παρουσιάζουμε και βιώνουμε τη σεξουαλικότητα.

Οι ανθρώπινες ασθένειες αποτελούν συχνά έκφραση των συνθηκών της ζωής μας, και τα μικρόβια «συμπεριφέρονται» ανάλογα με τους τρόπους που ζούμε. Κατά πάσα πιθανότητα δε βρισκόμαστε παρά στην αρχή μιας εξάπλωσης και άλλων από παλιά γνωστών ιών, από τους οποίους το AIDS είναι ο πιο εμφανής.

Ο σύγχρονος άνθρωπος έζησε με την ιδέα ότι τίποτε δε μπορούσε να του συμβεί, που να μην του ήταν ήδη γνωστό, πως θα είχε όλες τις δυνάμεις ή τα απαραίτητα μέσα για να το αντιμετωπίσει, χάρη στις προόδους της ιατρικής. Ένα αίσθημα απαιριόριστης απελευθέρωσής του απ'όλα τα δεινά και τις δεσμεύσεις κυριάρχησε στη συνολική νοοτροπία των ανθρώπων, ότι με το πέρασμα του χρόνου όλο και λιγότερο θα είχε ανάγκη προστασίας, μέχρι να εμφανιστεί μια απελευθέρωση από κάθε ανάγκη και εξάρτηση, σχεδόν μυθική, που θα συμφηλίωνε μ'έναν τρόπο ιδανικό τον πρωτόγονο με τον τεχνολογικό άνθρωπο. Δεν υπήρχε τίποτα πια να τον φοβίζει. Και τότε ήταν που έκανε την εμφάνισή του ένας ιός, για να μας υπενθυμίσει πως ο άνθρωπος παραμένει ένας εύθραυστος οργανισμός μέσα στη φύση, και πως ζούμε περιτριγυρισμένοι από κινδύνους.

Το AIDS όπως και οι σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες εμφανίζονται απροσδόκητα, την ίδια στιγμή που τίθεται σε αμφισβήτηση το σεξουαλικό πρότυπο που παρουσιάστηκε ανάμεσα στο πενήντα πέντε με εξήντα. Πριν ακόμη από την εμφάνιση του AIDS, είχαμε διαπιστώσει μία αλλαγή στις μορφές συμπεριφοράς, τόσο στις Ηνωμένες Πολιτείες όσο και στην Ευρώπη. Η αμφισβήτηση των αντιλήψεων και των ιδανικών της δεκαετίας του εξήντα

άρχισε στην αρχή της δεκαετίας του ογδόντα, όπως μαρτυρεί, για παράδειγμα, αυτή η δημοσκόπηση που πραγματοποιήθηκε από το «BVA Sexologie 88» τον Νοέμβριο του 1987, και η οποία έδειχνε ότι το 63,3% των ανδρών και το 65,2% των γυναικών πίστευαν στη δυναμική επιστροφή της συναισθηματικότητας στην ερωτική ζωή, και επιπλέον πως το 65,9% των ανδρών και το 76,8% των γυναικών θεωρούσαν την απιστία ως μια πολύ σοβαρή υπόθεση.

Αυτή η αλλαγή ξεκίνησε πριν οι άνθρωποι αποκτήσουν συνείδηση του κινδύνου του AIDS. Το πρότυπο μίας σχέσης με διαδοχικούς ερωτικούς συντρόφους εξασθένησε, επειδή δεν είχε να κατορθώσει να καταδείξει τη βασιμότητα και την ορθότητά της, και αν η πιστότητα απέκτησε πάλι αξία, αυτό συνέβη χάρη στην ποιότητα που αυτή έχει τη δυνατότητα να προσδώσει στη δημιουργία της σχέσης μας με το άλλο πρόσωπο, και όχι εξαιτίας του φόβου του AIDS. Ο φόβος του AIDS, ως το επαναλάβουμε, θα αποτελούσε πολύ φτηνό επιχειρήματα να παραμείνει κανείς πιστός σε αυτόν που αγαπά. Αυτό που όλοι επιζητούν αρχικά, και ιδιαίτερα μερικοί νέοι, χωρίς στη πραγματικότητα να το εκφράζουν με λόγια, είναι η ανάγκη που αισθάνονται να αφυπνίσουν, να αναπτύξουν και να προσδώσουν αξία στη συναισθηματικότητά τους μέσα σε μια επικοινωνησιακή ζωή, πριν ακόμη από οποιαδήποτε σεξουαλική πραγματοποίηση. Μέσα στις μαρτυρίες τους βλέπουμε να επανέρχονται συχνά οι αποτυχίες και οι ολέθριες εμπειρίες των μεγαλύτερων τους και των γονέων τους, τις οποίες δε θα ευχόντουσαν να ζήσουν και οι ίδιοι. Θέλουν περισσότερο να μάθουν να ζουν με τους άλλους, πράγμα που είναι χωρίς αμφιβολία μια από τις προϋποθέσεις που προετοιμάζει την ερωτική εκλογή.

«Το σεξ τελείωσε» αναρωτιόταν ένα εβδομαδιαίο γαλλικό περιοδικό. Η ερώτηση πρέπει να τεθεί διαφορετικά.

Το AIDS δεν κάνει τίποτε άλλο από το να αποκαλύπτει το χάσμα της σύγχρονης σεξουαλικότητας. Οι αλλαγές που ενδέχεται να ακολουθήσουν από δω και πέρα θα συντελέσουν στο να περάσουμε από μια σεξουαλικότητα στην οποία το σεξ βιώνεται ως αυτοσκοπός, σε μια σεξουαλικότητα της οποίας το σεξ αποτελεί μια από τις μορφές της ανθρώπινης σχέσης(32).

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

1. ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ

Η ηλικία της μητέρας, ο τόκος και το μεσοδιάστημα μεταξύ των κυήσεων επηρεάζουν την υγεία παιδιού και μητέρας. Αν και η μητρική και περιγεννητική θνησιμότητα έχουν ελαττωθεί σημαντικά, οι παραπάνω παράγοντες εξακολουθούν να παίζουν σημαντικό ρόλο.

Παράγοντες που απαιτείται να λαμβάνονται υπ' όψη είναι ακόμη η φτώχεια, η μητρότητα των εφήβων, η μητρότητα των γυναικών στο τέλος της αναπαραγωγής της ζωής, η πολυτοκία και τα βραχεία μεσοδιαστήματα μεταξύ διαδοχικών κυήσεων.

Η πρόληψη φυσικά αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της όλης προσπάθειας για τη βελτίωση της υγείας της μητέρας και παιδιού. Στην πρόληψη εντάσσεται και ο Ο.Π. ενώ απαραίτητη είναι και η δευτεροβάθμια πρόληψη με τη νομιμοποιημένη έκτρωση και τον σωστό προγεννητικό έλεγχο. Η τριτοβάθμια πρόληψη που έχει σκοπο τη πρόληψη των επιπτώσεων πάνω στη μητέρα και το παιδί μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης αποκτά μεγάλη σημασία.

Οι προτάσεις μας για τη καλύτερη ενημέρωση-πρόληψη είναι οι εξής:

- Η παροχή υπηρεσιών οικογενειακού προγραμματισμού και προμηθειών αντισυλληπτικών υλικών στη βάση μη κερδοσκοπικής επιχείρησης.
- Η ενσωμάτωση του συστήματος οικογενειακού προγραμματισμού στα γενικά συστήματα υγείας και στους προϋπολογισμούς και άλλων Υπουργείων εκτός από αυτό της Υγείας.
- Η εμπλοκή της τοπικής αυτοδιοίκησης στα προγράμματα αυτά.
- Η πιο εντατική εκπαίδευση και χρησιμοποίηση παραιατρικού προσωπικού στη παροχή υπηρεσιών οικογενειακού προγραμματισμού.
- Συνεργασία και συντονισμός και των ιδιωτικών και εμπορικών ταμείων, παράλληλα με τη συνεργασία των παραγωγικών τομέων.
- Μεγαλύτερος αριθμός γυναικών στις υπηρεσίες Ο.Π.
- Η μεγαλύτερη κοινοποίηση των μηνυμάτων μέσα από τα ΜΜΕ.

- Η προσθήκη δημογραφικών και γνώσεων γύρω από τον Ο.Π στα σχολεία.
- Η δημιουργία προσεδοφόρων προγραμμάτων επιμόρφωσης που να περιλαμβάνουν και εκπαίδευση στον Ο.Π κυρίως στις αγροτικές περιοχές παράλληλα με την αποκέντρωση των υπηρεσιών Ο.Π. (1)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ

Η σύγχρονη διεθνής νοσηλευτική βιβλιογραφία ασχολείται με το θέμα της επιστημονικής και επαγγελματικής ευθύνης των νοσηλευτών. Η νοσηλευτική έρευνα και η συνεχής ανάπτυξη νοσηλευτικών θεωριών δείχνει την αναζήτηση ακριβούς προσδιορισμού του χώρου ευθύνης και ορθού προσανατολισμού της νοσηλευτικής για αποτελεσματική άσκηση του επαγγέλματος και κάλυψη των νοσηλευτικών αναγκών της χώρας.

Οι επιστήμονες υγείας, ιατροί, νοσηλευτές, οδοντίατροι, φαρμακοποιοί και άλλοι συναφών κλάδων ανάλογα με τις ανάγκες, αποτελούν την ομάδα υγείας και συνεργάζονται στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Κανένας κλάδος μόνος του, όπως και κανένας λειτουργός υγείας δεν είναι ικανός και επαρκής να καλύψει τις ανάγκες υγείας μιας κοινότητας ή ενός αρρώστου. Η ομαδική προσέγγιση στο χώρο αυτό αποτελεί βασική προϋπόθεση ποιοτικής προσφοράς υπηρεσιών. Όσο δε καλύτερα γνωρίζει η κάθε επιστήμη και κλάδος καθώς και οι λειτουργοί τους τα όρια της ευθύνης και τις αρμοδιότητες τους, τόσο καλύτερα συνεργάζονται στο χώρο εργασίας και προσφέρουν ποιοτικές υπηρεσίες στον πληθυσμό.

Η νομική κατοχύρωση της νοσηλευτικής ευθύνης και των νοσηλευτικών πράξεων βασίζονται στις απόψεις που εκφράζονται στο βιβλίο των Lesnik & Anderson, *Nursing Practice and the Law* και έχουν υιοθετηθεί από τη διεθνή Νοσηλευτική.

1. Επίβλεψη του ασθενούς – ατόμου, η οποία περιλαμβάνει την όλη διεύθυνση της φροντίδας του ατόμου και απαιτεί την εφαρμογή αρχών βασιζομένων στις βιολογικές, φυσικές και κοινωνικές επιστήμες.
2. Παρατήρηση συμπτωμάτων και αντιδράσεων, η οποία περιλαμβάνει συμπτωματολογία σωματικών και ψυχικών καταστάσεων και αναγκών και απαιτεί αξιολόγηση ή εφαρμογή αρχών βασιζομένων στις βιολογικές, φυσικές και κοινωνικές επιστήμες.
3. Ακριβής καταγραφή και αναφορά συμβάντων και στοιχείων, η οποία περιλαμβάνει αξιολόγηση της όλης φροντίδας του αρρώστου.
4. Επίβλεψη άλλων, πλην γιατρών, που συμβάλλουν στην περίθαλψη και φροντίδα του αρρώστου.
5. Εφαρμογή και εκτέλεση νοσηλειών και νοσηλευτικών τεχνικών.
6. Αγωγή υγείας – εκπαίδευση και διαπαιδαγώγηση για εξασφάλιση σωματικής και ψυχικής υγείας.
7. Εφαρμογή και εκτέλεση νομίμων ιατρικών οδηγιών, οι οποίες αφορούν σε θεραπεία και φάρμακα με την προϋπόθεση κατανόησης αιτίου και αποτελέσματος αυτών. (30)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

3. ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Με τη συγγραφή αυτής της εργασίας προσπαθήσαμε να προσεγγίσουμε τα θέματα που περιλαμβάνει ο Ο.Π. Στο πρώτο μέρος επικεντρωθήκαμε στη βιβλιογραφική ανασκόπηση του θέματος. Αναφέραμε τον ορισμό του Ο.Π καθώς και τα οφέλη του για τη ζωή μας. Από τις πληροφορίες που συλλέξαμε είδαμε ότι η θεσμοθέτηση του Ο.Π στη χώρα μας καθυστέρησε σημαντικά. Αναφερθήκαμε στην αντισύλληψη και στις αντισυλληπτικές μεθόδους που υπάρχουν και αυτό που ανακαλύψαμε είναι ότι επικρατεί άγνοια για τις μεθόδους αυτές τόσο στις γυναίκες όσο και στους άνδρες. Τέλος προσπαθήσαμε να προσεγγίσουμε το θέμα και από νοσηλευτικής άποψης. Το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να επικεντρώσει τη προσοχή του περισσότερο στην ενημέρωση των ατόμων που επιζητούν πληροφορίες για τον Ο.Π.

Το συμπέρασμα από την περάτωση αυτής της εργασίας είναι ότι ο καλύτερος τρόπος για να προωθηθεί και να γνωστοποιηθεί το πρόγραμμα του Ο.Π είναι η ενημέρωση, η θετική στάση ζωής και η καλή επικοινωνία που είναι σημαντικά στοιχεία για μια καλύτερη ποιότητα ζωής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

4. ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Ο Ο.Π απευθύνεται:

- A) όταν θέλετε να κάνετε παιδιά
- B) όταν δε μπορείτε να κάνετε παιδιά
- Γ) αν έχετε απορίες σε θέματα σεξουαλικότητας
- Δ) αν χρειάζεστε υποστήριξη για τη σεξουαλική αγωγή των παιδιών σας
- Ε) για ενημέρωση στις μεθόδους αντισύλληψης
- ΣΤ) αν θέλετε να ενημερωθείτε για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα
- Z) όταν ανησυχείτε για κάποια κληρονομική νόσο.

Ο καλύτερος τρόπος λοιπόν για να βρείτε λύσεις σε κάποια οικογενειακά σας προβλήματα, για να καταπολεμήσετε τις φοβίες σας απέναντι σε κάποιο Σ.Μ.Ν είναι να απευθυνθείτε στα κέντρα Ο.Π. και τέλος, ελπίζω ως νοσηλευτές να μας δοθεί η ευκαιρία να παρέχουμε σωστές πληροφορίες σε ανθρώπους που ζητούν τη βοήθειά μας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Παπδημητρίου Α. Γαλάνης Θ. *Αντισύλληψη-Πρακτική και προοπτικές*. Εκδόσεις Λίτσας 1995
2. World Health Organization (WHO) achieving Reproductive Health for all: *The Role of WHO* Geneva 1995
3. Roystone E, Armstrong, S *Preventing Maternal Deaths* Geneva :WHO 1989
4. World Bank. World Development Report 1993: *Investing in Health* New York: Oxford University Press 1993
5. Gordon JD, Speroff L. *Family Planning, sterilization and abortion in Handbook for clinical gynaecologic endocrinology and infertility*. Lippincott Williams and Wilkins, 2002
6. Βιβλίο : *Θέματα Οικογενειακού προγραμματισμού*. Εκδόσεις : Οικογενειακός Προγραμματισμός, Υπουργείο Υγείας 1992
7. Δρ. Γ. Αλεξανδράκης www.body.gr 2007
8. Κέντρο Υγείας Βάρδας, Κα Βουλιώτη Στεφανία Επιμελήτρια Β. Γεν. Ιατρικής, Κα Φραγκογιαννοπούλου Χρύσα,Μαία.
9. World Health Organization (WHO) *New estimates of maternal mortality*. A new approach by WHO and UNISEF, 1996
10. Belsey M, Roystion E. *Overview of the Health of Women and Children. Technical report prepared for the international Conference on Better Health for Women and Children Through Family Planning in Nairobi, Kenya* 1987
11. Merchant K, Kyrz K. Women's nutrition through the life cycle : *Social & biological vulnerabilities*, in M.A. Koblinsky et al eds. *The Health of Women : A Global Perspective* Westview Press 1993
12. Koblinsky M.A, et al *Mother and more : a broader perspective on women's health*, in M.A Koblinsky et al eds. *The Health of Women : A Global Perspective* Westview Press 1993

13. Rinehart W, et al *Healthier mothers and children through family planning*. Population Reports Series J, No 27, 1984.
14. World Health Organization (WHO) *Abortion :A tabulation of available data on the frequency and mortality of unsafe abortion*, second edition, WHO 1994
15. Rogo KO. *Induced abortion in sub-Saharan Africa east African Medical Journal* 1993
16. World Health Organization (WHO). *The prevention and management of unsafe abortion. Report of a Technical working group*. Geneva 1993
17. Hobcraft J. *Does Family Planning Save Children's Lives? Technical background paper prepared for the International Conference on Better Health for Women and Children Through Family Planning in Nairobi, Kenya* 1987.
18. Hobcraft J. *Child spacing and child mortality*. Demographic and Health Surveys World Conference Proceedings Columbia, Maryland : IRD / Marco International 1991
19. Population Reference Bureau / Centre for Population Options (PRB / CPO). *The World's Youth 1994. A special Focus on Reproductive Health* Washington, D.C. 1994
20. *Scholl to Prenatal care and maternal health during adolescent pregnancy. A review and meta-analysis*. Journal of Adolescent Health 1994.
21. Paxman j, Zuckerman R. *Laws and policies Affecting Adolescent Health* Geneva : WHO 1987.
22. Brabin L, et al *Reproductive tract infection and abortion among adolescent girls in rural Nigeria* Lancet 1995.
23. Παπλουκάς Α. *Εγχειρίδιο Γυναικολογίας και Μαιευτικής Τόμος Α*. University studio Press Θεσ/νικη 1985
24. Γκικόντες Ευάγγελος Μαιευτήρας Χειρουργός Γυναικολόγος www.iatronet.gr 2005
25. Χατζηπαναγής Αδάμος παιδίατρος www.iatronet.gr 2007
26. Αγωγή Υγείας, Υπουργείο Υγείας Αθήνα 2002
27. Κα Διαμαντοπούλου Γυναικολόγος ΙΚΑ Αγίου Αλεξίου 2008

28. Derek Llewellyn- Jones *Σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες* Εκδόσεις Λύχνος 1990
29. Κατρίνης Μιχάλης Μαιευτήρας Χειρουργός Γυναικολόγος
www.iatronet.gr 2005
30. Βιβλίο :*Διοίκηση Νοσηλευτικών υπηρεσιών*, Βασιλικής Ανδρ. Λαναρά IB έκδοση 2006.
31. Mirko D. Grmek. «*Ιστορία του Ειτζ*». Μετάφραση: Ελένη Ταμβάκη, Εκδόσεις: Χατζηνικολή 1992
32. Ανατρέλα Τονυ. «*Το ξεχασμένο σεξ*». Μετάφραση: Καββαδία Μαρία, Εκδόσεις: Λύχνος 1992