

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ: :ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: <<ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ (ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ)>>

ΜΕΡΤΗΝ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΤΟΥ ΚΑΘΗΓΗΤΗ:

κ. Ι. ΔΕΤΟΡΑΚΗ

ΕΡΓΑΣΘΗΚΑΝ ΤΟ ΘΕΜΑ:

ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΟΠΟΥΛΟΥ ΕΛΕΝΗ

ΣΠΥΡΟΠΟΥΛΟΥ ΑΡΕΤΗ

EIEAFOHS | 36113



Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

Σελίδα

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο	
Ιστορία Οικογενειακού Προγραμματισμού	2
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο	
Στόχοι Οικογενειακού Προγραμματισμού	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο	
Εμπόδια στη διάδοση και την εφαρμογή του Οικογενειακού Προγραμματισμού	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο	
Σεξουαλική διαπαιδαγώγηση	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο	
Μέθοδοι Οικογενειακού Προγραμματισμού	
Α. Αντισύλληψη	19
Β. Αντιμετώπιση στειρότητας	73
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο	
Αφροδίσια Νοσήματα	85
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο	
Έρευνα	92
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8ο	
Αντισυλληπτικές μέθοδοι στη σύγχρονη Ελληνική Οικογένεια	98
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9ο	
Οικογενειακός Προγραμματισμός και Νοσηλεύτρια	100
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	
Συντιμήσεις	103
Βιβλιογραφία	104

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Αυτό που μας ώθησε στην πραγματοποίηση της παρούσας εργασίας ήταν η εντύπωσή μας ότι η συντριπτική πλειοψηφία των Ελλήνων φαινόταν να αγνοεί βασικά στοιχεία σχετικά με τις αντισυλληπτικές μεθόδους (ενδείξεις, αντενδείξεις, παρενέργειες, αποτελεσματικότητα κάθε μεθόδου).

Έχοντας υπόψη μας τα παραπάνω, γίνεται επιτακτική η ανάγκη για ενημέρωση των νέων κυρίως, έτσι ώστε να βοηθηθούν για την απόκτηση ευτυχισμένης οικογένειας και να αποφύγουν την έκτρωση, που θεωρείται σαν θρησκευτικά, κοινωνικά και ηθικά απαράδεκτη.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Αν και υπάρχει η αντίληψη ότι ο Οικογενειακός Προγραμματισμός είναι θεσμός γνωστός και εφαρμοζόμενος σε ευρεία κλίμακα, αντίθετα έχει διαπιστωθεί πως δεν έχει γίνει κατανοητός και δεν είναι εφαρμόσιμος παρά μόνο από ένα μικρό μέρος του ελληνικού πληθυσμού. Η διαπίστωση αυτή μας προβληματίζει περισσότερο αν σκεφτούμε πόσο έχουν αλλάξει οι δομές της κοινωνίας τα τελευταία χρόνια, όσον αφορά τις σχέσεις των ανθρώπων και των δυο φύλων ειδικότερα. Βλέποντας λοιπόν το θέμα από την πλευρά των νέων αποφασίσαμε να το προσεγγίσουμε όσο περισσότερο μπορούμε γιατί το θέμα αυτό είναι πολύπλοκο και πολυδιάστατο και δεν έχουμε τη δυνατότητα να το δούμε σε όλα τα επίπεδά του.

Λαμβάνοντας λοιπόν υπόψη τα παραπάνω εμφανίζεται επιτακτική η ανάγκη να προσφερθούν στους Έλληνες και κυρίως στους νέους, οι γνώσεις και τα μέσα που θα τους βοηθήσουν να αποκτήσουν ευτυχισμένη οικογένεια με γερά και επιθυμητά παιδιά και ακόμη θα τους βοηθήσουν να αποφύγουν την έκτρωση που θεωρείται ακόμα σαν θρησκευτικά, ηθικά και κοινωνικά απαράδεκτη.

Γι' αυτό το σκοπό χρειάζεται η υιοθέτηση ορισμένων αρχών και μεθόδων οικογενειακού προγραμματισμού από την Πολιτεία και η διάδοση αυτών στο κοινό. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με τη δημιουργία κέντρων παροχής πληροφοριών και εκπαιδευμένα άτομα στις αρχές και τις μεθόδους του Οικογενειακού Προγραμματισμού.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 1ο

ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ

Ο οικογενειακός προγραμματισμός έκανε την εμφάνισή του στην Αγγλία, κατά τη βιομηχανική επανάσταση, τότε που για πρώτη φορά αντιμετώπιστηκε το πρόβλημα του μεγέθους της οικογένειας και ήταν αναγκαίο να παρθούν μέτρα για την αναχαίτιση της πολυγονίας.

Η αρχή έγινε από τον Άγγλο ιερέα THOMAS MALTHUS που το 1798 αντιλήφθηκε και εναντιώθηκε μπροστά στον κίνδυνο της μεγάλης αύξησης του πληθυσμού, Ακόμα και σήμερα θα εθελοτυφλούσε κανείς αν παραγνώριζε το εκρηκτικό δημογραφικό πρόβλημα που μαστίζει τεράστιες περιοχές του πλανήτη μας, όπως η Λατινική Αμερική, Αφρική, Ασία κ.α.

Την ίδια εποχή με τον ιερέα THOMAS MALTHUS, ο αρχηγός των Άγγλων εργατών έλεγε ότι ο περιορισμός του πλήθους των εργατών θα τους διευκόλυνε για να κερδίσουν καλύτερα ημερομίσθια και για να διεκδικήσουν καλύτερες συνθήκες εργασίας. Το 1892 εκδόθηκε και μια εργασία με τον τίτλο <<Παράθεση και τεκμηρίωση των νόμων που διέπουν το πληθυσμιακό πρόβλημα>>. Την εργασία αυτή ακολούθησαν και άλλες εκδόσεις οι οποίες ασχολήθηκαν με τον έλεγχο των γεννήσεων για καλύτερη οικονομική και περιέγραψαν ορισμένες αντισυλληπτικές μεθόδους.

Η σταυροφορία για την αναχαίτιση της πολυτεκνίας γενικήθηκε στην Αγγλία και την Αμερική όπου κυκλοφορούσαν διάφορα διαφωτιστικά φυλλάδια.

Από την άλλη πλευρά υπήρχε μια ομάδα η οποία θεωρούσε τα έντυπα αυτά άσεμνα, πράγμα που οδήγησε πολλούς στα δι-

καστήρια. Στην Αμερική μάλιστα κατάφεραν να απαγορευτεί δια νόμου ο έλεγχος των γεννήσεων.

Τότε εμφανίζεται η MARGARET SANGER που αφησώντας το νόμο αυτό αγωνίζεται για τη διάδοση των αντισυλληπτικών. Κύριος σκοπός της είναι μέσα από τα αντισυλληπτικά να βάλει τις βάσεις για την απελευθέρωση της γυναίκας.

Η MARGARET SANGER φυλακίστηκε αρκετές φορές για τις ιδέες της αλλά κατόρθωσε να γίνει αλλαγή του νόμου και έτσι δινόταν το δικαίωμα στους γιατρούς να χορηγούν αντισυλληπτικά χάπια για λόγους υγείας. Αργότερα όταν πια καταργήθηκε ο νόμος αυτός η διαφήμιση και η πώληση των αντισυλληπτικών έγινε ελεύθερη. Το όνομα της MARGARET SANGER συνδέθηκε ακόμα με τον Σύνδεσμο Ελέγχου των γεννήσεων. Σκοπός του συνδέσμου ήταν να δίνει τις απαραίτητες οδηγίες για την ανάπτυξη των προγαμιαίων σχέσεων, να δίνει βοήθεια στα ζευγάρια που εκρόκειτο να γίνουν γονείς και ακόμα να ενημερώνουν και να βοηθούν αυτούς που πάσχουν από στειρότητα. Από το 1942 ο Σύνδεσμος εξαπλώθηκε και στις υποανάπτυκτες χώρες και εκτός από τη MARGARET SANGER μέλη ήταν επώνυμες γυναίκες από την Αγγλία, την Ολλανδία και αργότερα από τη Σουηδία και την Ινδία.

Στο τέλος του 1968 ιδρύθηκε το INTERNATIONAL PLANNED PARENHOOD FEDERATION και ιδρυτικά μέλη ήταν η MARGARET SANGER, η MRS OTTECEN και η Λαΐδη RAMA RAY από την Ινδία. Στο

IPPF συμμετέχουν 54 χώρες από τις οποίες 36 είναι υποανάπτυκτες. Στην Ελλάδα η σκέψη για προγράμματα Οικογενειακού Προγραμματισμού άρχισε από το 1970 με την ίδρυση δύο κέντρων Οικογενειακού Προγραμματισμού σε μαιευτικές κλινικές

νοσοκομείων της Αθήνας (Νοσοκομείο-Μαιευτήριο <<Αλεξάνδρα>> και νοσοκομείο-Μαιευτήριο <<Μαρίνα Ηλιάδη>>) με στόχο την προσφορά υπηρεσιών στις γυναίκες που νοσηλεύοντο στα νοσοκομεία αυτά. Βαθμιαία η ιδέα και οι στόχοι του Οικογενειακού Προγραμματισμού έγιναν ευρύτερα γνωστά στον Πληθυσμό οπότε το υλικό των κέντρων αυτών άρχισε να εμπλουτίζεται με εξωτερικούς επισκέπτες.

Το 1979 έγινε πλέον έντονη η ανάγκη για την εφαρμογή ενός σωστού Οικογενειακού Προγραμματισμού που οδήγησε το 1980 στην ψήφιση ειδικού νόμου με αποτέλεσμα στην ίδρυση πολλών κέντρων Οικογενειακών Προγραμματισμών σε διάφορες περιοχές της χώρας. Επί πλέον ο νόμος 1397/1983 για το ΕΣΥ θεσπίζει σαν ένα από τους σκοπούς των Κέντρων Υγείας, την ενημέρωση και διαφώτιση για θέματα Οικογενειακού Προγραμματισμού (άρθρ. 15).

Σήμερα λειτουργούν 21 Κέντρα Υγείας Πρόγραμμα και 8 Συμβουλευτικοί Σταθμοί.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 2ο

ΣΤΟΧΟΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ

Βασικός στόχος του οικογενειακού προγραμματισμού είναι να δώσει τα μέσα σε κάθε ζευγάρι να ρυθμίζει την ανάπτυξη και το μέγεθος της οικογένειάς του ελεύθερα, αλλά μετά από σωστή και υπεύθυνη επιστημονική ενημέρωσή του. Αποσκοπεί με τον τρόπο αυτό να δημιουργηθεί μια οικογένεια από ευτυχισμένους γονείς και από επιθυμητά, υγιή και ευτυχισμένα παιδιά.

Θεμελιώδης προϋπόθεση για την εκπλήρωση του σκοπού αυτού είναι η διάδοση και ορθολογική χρήση των μέσων ελέγχου των γεννήσεων, αλλά και η γνώση μέτρων με τα οποία αντιμετωπίζεται η στειρώση ή η παροχή συμβουλών σε προβλήματα ανατροφής των παιδιών, σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης, πρόληψης των αφροδίσιων νοσημάτων κ.λ.π.

Δυστυχώς ο οικογενειακός προγραμματισμός ταυτίστηκε με τον έλεγχο των γεννήσεων ο οποίος εφαρμόζεται σε ορισμένες υπό ανάπτυξη χώρες, οι οποίες μαστίζονται από το πρόβλημα του υπερπληθυσμού.

Και όμως ο οικογενειακός προγραμματισμός και ο έλεγχος των γεννήσεων διακρίνονται μεταξύ τους σε αρκετά σημεία γιατί:

1) Έχουν διαφορετικούς στόχους. Ο οικογενειακός προγραμματισμός επιδιώκει να καταστήσει την αναπαραγωγικότητα εκούσια, υπεύθυνη και συνειδητή. Προσφέρει επομένως στα ενδιαφερόμενα ζευγάρια όλες τις πληροφορίες, τις υπεύθυνες συμβουλές και τα σχετικά μέσα. Η πολιτική ελέγχου των γεννήσεων δεν λαμβάνει υπ' όψη τις επιθυμίες του κάθε ατόμου, αλλά

αποβλέπει στο σύνολο και αποσκοπεί στην αύξηση ή την μείωση των γεννήσεων για να επιταχύνει ή να επιβραδύνει το ρυθμό αύξησης του πληθυσμού.

2) Έχουν διαφορετικά κριτήρια στη χρήση των τεχνικών μέσων ρυθμίσεως της αναπαραγωγικότητας. Ακόμα και όταν η πολιτική ελέγχου των γεννήσεων αποβλέπει στη μείωση των γεννήσεων, ο οικογενειακός προγραμματισμός προσπαθεί να θεραπεύσει τη στειρότητα για να δώσει σε κάθε ζευγάρι το δικαίωμα να δημιουργήσει το επιθυμητό μέγεθος οικογένειας ερχόμενος έτσι σε αντίθεση με αυτόν τον τρόπο στην πολιτική ελέγχου των γεννήσεων.

3) Η αιτιολογική και η ιδεολογική τοποθέτηση διαφέρει ουσιαστικά. Η πολιτική ελέγχου των γεννήσεων υπαγορεύεται μόνο από την ανάγκη αντιμετώπισης προβλημάτων υπερπληθυσμού ή υποπληθυσμού. Αντίθετα, ο οικογενειακός προγραμματισμός αδιαφορεί για τα πιο πάνω προβλήματα και η πολιτική του θεμελιώνεται πάνω σε ορισμένες αξίες παραδεικτές από το κοινωνικό σύνολο.

Αυτό βέβαια δε σημαίνει ότι αυτοί οι δυο κλάδοι της πολιτικής της αναπαραγωγικότητας δεν συμβιβάζονται. Αντίθετα συνήθως συνυπάρχουν και εφαρμόζονται από τον ίδιο φορέα που είναι οι μονάδες οικογενειακού προγραμματισμού που συμβάλλουν έτσι στη γεφύρωση των ατομικών και εθνικών αντιλήψεων περί επιθυμητού μεγέθους οικογένειας.

Σε παγίωση κλίμακα ο οικογενειακός προγραμματισμός αποσκοπεί:

1. Στην επίλυση δημογραφικών προβλημάτων.
2. Στη μείωση των εκτρώσεων

3. Στην προαγωγή της υγείας της μητέρας και
4. Στην προαγωγή της υγείας των παιδιών.

Ειδικότερα σε ό,τι αφορά τη μητέρα έθεσε τους πιο κάτω στόχους:

1. Να βοηθήσει τη γυναίκα να απαλλαγεί από την αγωνία της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και τα πιθανά ψυχολογικά προβλήματα που συνεπάγεται μια τέτοια κατάσταση
2. Να βοηθήσει να απαγκιστρωθεί κάθε γυναίκα από κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα που συνήθως υπάρχουν σε κάθε ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη
3. Να διευκολύνει τη γυναίκα, ώστε να αποφύγει διαδοχικές εγκυμοσύνες και θηλασμούς, που έχουν σαν αποτέλεσμα το αδυνάτισμα της αλλά και τον παραπέρα κλονισμό της υγείας της.
4. Να καθοδηγήσει τη γυναίκα, ώστε να αποφεύγει τις πολλές εκτρώσεις που οδηγούν σίγουρα στη στειρώση.
5. Να γίνει σαφές σε γονείς με μεταδοτικές ή κληρονομικές ασθένειες ότι δεν πρέπει ν'αποκτήσουν παιδιά.
6. Τέλος να δώσει οποιαδήποτε συμβουλή ώστε να περιοριστεί η μητρική θνησιμότητα.

Για το παιδί εξάλλου έχει τους παρακάτω στόχους:

1. Προσπαθεί να καταπολεμήσει τις συνεχείς εγκυμοσύνες για να προστατέψει το έμβρυο από τον υποσιτισμό και τις φοβερές συνέπειες αυτού.
2. Επιδιώκει να ρυθμίσει το μεσοδιάστημα των κυήσεων για να συμβάλλει στη βελτίωση της ποιοτικής ζωής του παιδιού.
3. Προσπαθεί να απαλλάξει τα παιδιά των πολυτέκνων από την αντίληψη ότι είναι ανεπιθύμητα στην οικογένειά της.
4. Λαβαίνει πρόνοια για το βρέφος και το παιδί όταν ο αριθμός των παιδιών υπερβαίνει τη δυνατότητα της οικογένειας.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 3ο

ΕΜΠΟΔΙΑ ΣΤΗ ΔΙΑΔΟΣΗ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ

Σε χώρες με μικρή πληθυσμιακή αύξηση και ειδικότερα στην
Ευρώπη

Τα προβλήματα εφαρμογής των αρχών και μεθόδων οικογενει-
ακού προγραμματισμού διαφέρουν από χώρα σε χώρα ανάλογα με τις
επικρατούσες κοινωνικές, οικονομικές και πολιτικές συνθήκες, κα-
θώς και με τη θρησκεία και τα ήθη και έθιμα κάθε περιοχής. Τα
κυριώτερα εμπόδια μπορούν να ταξινομηθούν ως εξής:

1. Αντιδραστική διάθεση στην αντισύλληψη

Ο ιατρικός σύλλογος και γενικά ο ιατρικός κόσμος δεν δια-
τίθεται ευνοϊκά στην ιδέα εφαρμογής προγραμμάτων οικογενειακού
προγραμματισμού και τα συνδέει αποκλειστικά σχεδόν με την α-
ντισύλληψη. Η πολιτική ηγεσία αναστέλλει ή επιβραδύνει την ε-
φαρμογή των προγραμμάτων αυτών για διάφορους λόγους. Έτσι οι
απαραίτητες νομοθετικές ρυθμίσεις καθυστερούν σημαντικά και οι
σχετικές πιστώσεις δεν δίνονται.

Οι αντιδράσεις συνοδεύονται συνήθως από τον φόβο αφανι-
σμού της φυλής από τη διαφαινόμενη μείωση του ρυθμού αυξήσε-
ως του πληθυσμού. Χρειάζεται μεγάλη προσπάθεια να αποδεχτεί
ότι στις χώρες με χαμηλή αναπαραγωγικότητα ο οικογενειακός
προγραμματισμός μπορεί να βοηθήσει στη σταθεροποίησή της σε
παραδεκτά όρια.

Η συντηρητικότητα της πολιτικής ηγεσίας υποβοηθείται από
συντηρητικές κοινωνικές και θρησκευτικές ομάδες. Έτσι κάθε
σθεβουαλική δραστηριότητα των νέων και ιδίως των εφήβων απορ-

οίπτεται. Αυτό όμως είναι ανεδαφικό γιατί αποδείχτηκε ότι σε πολλές χώρες η διάμεση ηλικία της πρώτης συνουσίας συνεχώς μειώνεται. Έτσι η παραδοχή της πραγματικότητας γύρω από τη σεξουαλικότητα των εφήβων και προσπάθεια υποβοήθησως των νέων με κατάλληλη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση και ενημέρωση στις αρχές και μεθόδους του οικογενειακού προγραμματισμού θα έχει ασφαλώς ευνοϊκές επιπτώσεις τόσο στα άτομα όσο και στο κοινωνικό σύνολο.

Επίσης διάφορα ψυχολογικά προβλήματα αντιστρατεύονται τη διάδοση των προγραμμάτων του οικογενειακού προγραμματισμού. Οι άνδρες π.χ. μερικές φορές θεωρούν σαν αντιστροφή των σεξουαλικών ρόλων την εφαρμογή αντισυλληπτικής μεθόδου από τη γυναίκα, αφού έχουν συνηθίσει στη διακοπτόμενη συνουσία ή στο προφυλακτικό που δίνει την εντύπωση ότι εκείνος ρυθμίζει την αναπαραγωγή. Αντίστροφα στην εφηβική ηλικία η ανωριμότητα και επιπολαιότητα δεν ωθεί τον έφηβο σε συμμετοχή στην αντισύλληψη. Άλλοτε πάλι ο άνδρας, όπως και ο έφηβος αδιαφορεί για το αποτέλεσμα, γιατί θεωρεί την αντισύλληψη σαν αποκλειστική φροντίδα της γυναίκας.

2. Ανεπάρκεια υπηρεσιών οικογενειακού προγραμματισμού

Στον οικογενειακό προγραμματισμό δίνεται πολύ μικρότερη προτεραιότητα από άλλες κοινωνικές και υγειονομικές παροχές. Έτσι ανεξάρτητες ειδικές υπηρεσίες λείπουν ή είναι ανεπαρκείς και περιορίζονται σε ορισμένες περιοχές. Σ' αυτό συντελεί και η ανεπαρκής εκπαίδευση των γιατρών και των άλλων επαγγελματιών υγείας. Έτσι σπάνια η παροχή των υπηρεσιών ή ακόμη και η πληροφόρηση φθάνει στους αγράμματους, αμόρφωτους φτωχούς και κοινωνικά μειονεκτούντες και απομονωμένους, ενώ

αυτοί είναι που έχουν τη μεγαλύτερη ανάγκη διαφωτίσεως και εξυπνοετήσεως. Έτσι στις ορεινές και αγροτικές περιοχές όχι μόνο δεν υπάρχουν υπηρεσίες και παροχές μέσω οικογενειακού προγραμματισμού, αλλά επικρατεί πλήρης άγνοια των αρχών και μεθόδων του.

3. Αδυναμία εφαρμογής ειδικών μεθόδων αντισύλληψης

Κατά καιρούς έχουν δημιουργηθεί αμφιβολίες για την ασφάλεια ορισμένων μεθόδων. Φόβοι παρενεργειών από τη χρησιμοποίηση ανασταλτικών ωορηξίας δημιούργησαν ψυχολογικά εμπόδια στην ευρεία διάδοσή τους. Παρόμοιες δυσχέρειες δημιουργήθηκαν για την εφαρμογή των ενδομητρικών σπειραμάτων και της χειρουργικής στείρωσης.

Σημαντικός ανασταλτικός παράγοντας είναι το υψηλό κόστος μερικών μεθόδων και η άρνηση ή η αδυναμία του κράτους για τη δωρεάν παροχή τους. Το κράτος θα πρέπει να προσέξει ιδιαίτερα στον έλεγχο των τιμών των αντισυλληπτικών και να παρέμβει με κάθε μέσο για τη μείωσή τους. Στις περιπτώσεις αυτές δεν πρέπει να παραμελούνται λιγότερο αποτελεσματικές μέθοδοι όπως το προφυλακτικό και η μέθοδος ρυθμού. Ειδική πληροφόρηση πάνω στη χρήση τους θα βοηθήσει στον επιτυχή οικογενειακό προγραμματισμό.

Εμπόδια στις υπό ανάπτυξη χώρες

Οι ανασταλτικοί παράγοντες για προγράμματα οικογενειακού προγραμματισμού που αφορούν κυρίως χώρες με προβλήματα υπερπληθυσμού είναι:

1. Η έλλειψη καλής οργάνωσης της διοίκησης των προγραμμάτων

Τα προγράμματα οικογενειακού προγραμματισμού εφαρμόζο-

νται από μία επιτροπή. Η επιτροπή αυτή στη βάση της διευθύνεται από το κράτος και αυτό τη βοηθάει στη νομιμοποίηση του προγράμματος από την άλλη πλευρά όμως συνυπάρχει γραφειοκρατική δομή και οι εκτελεστικοί διευθύνοντες είναι στενά συνδεδεμένοι με τις διοικητικές επιτροπές. Για να είναι αποτελεσματικά τα προγράμματα θα πρέπει ο οργανισμός να μπορεί να ελίσσεται όχι μόνο εντός των προσχεδιασμένων ορίων, αλλά και να μπορεί να αντιμετωπίζει απροσδόκητα προβλήματα.

2. Ερασιτεχνισμός

Καθώς μπαίνουμε στην τρίτη διεθνή δεκαετία ελέγχου των γεννήσεων ο προγραμματισμός της οικογένειας χρειάζεται επαγγελματικές εμπειρίες από μια μεγάλη ποικιλία ειδικοτήτων και υποστρωμάτων. Αυτό βέβαια δεν σημαίνει ότι πρέπει να αρνηθεί κανείς το σημαντικό ρόλο που διαδραματίζει και ο ερασιτέχνης στην εφαρμογή των προγραμμάτων. Όμως είναι κοντόφθαλμο να τοποθετεί κανείς ανθρώπους ερασιτέχνες σε θέσεις κλειδιά ενός οργανισμού απλώς σαν ανταμοιβή για τη διαρκή και αφιλοκερδή συνεισφορά τους.

3. Έλλειψη εκπαιδευμένου προσωπικού

Σημαντικό μεμονωμένο αποτελεί η επάνδρωση και η ανάθεση άμεσης επαφής με το κοινό και μεταδόσεως μηνυμάτων σε ανθρώπους, οι οποίοι δεν έχουν την υποδομή και τις απαραίτητες γνώσεις πάνω στους σκοπούς και στις μεθόδους του οικογενειακού-προγραμματισμού.

4. Δυσχέρειες από το ιατρικό επάγγελμα

Το ιατρικό επάγγελμα ενεπλάκη στον προγραμματισμό της οικογένειας κύρια μετά την ανακάλυψη των από του στόματος αντισυλληπτικών. Τότε έγινε πιο απαραίτητη η συμμετοχή γιατρών

στην εφαρμογή των προγραμμάτων και αυτό είχε σαν αποτέλεσμα το συνεχώς αυξανόμενο ενδιαφέρον τους στη διαχείριση των προγραμμάτων οικογενειακού προγραμματισμού.

Είναι γνωστή επίσης η θέση των γιατρών στο γεγονός ότι μόνο ένας γιατρός μπορεί να κάνει έμβρυση ή απολίνωση σπερματικού πόρου ή να τοποθετήσει ενδομήτριο σπείραμα ή να χορηγήσει αντισυλληπτικά χάπια. Η ιδέα ότι μια μαία ή γενικότερα ιατρική βοηθός μπορούν να κάνουν μερικά από τα παραπάνω πράγματα θεωρείται βέβηλο από τους γιατρούς παρά την αρκετή εμπειρία και την επιστημονικά βεβαιωμένη ικανότητα του προσωπικού αυτού.

5. Φόβος δημιουργίας ενοχλητικών αντιδράσεων και πολιτικού ανταγωνισμού

Η αντίδραση που δημιουργήθηκε στην αντιούλληψη από την καινή δημοσιότητα που δόθηκε στο θέμα αυτό ή ο πολιτικός ανταγωνισμός ήταν πιθανόν λογικός για τη δεκαετία του 50 ή του 60, αλλά απαράδεκτος για τις επόμενες δεκαετίες.

Πρέπει να γίνει συνείδηση ότι είναι απαραίτητη αλλά και ωφέλιμη η δημοσιότητα και η κριτική πάνω στα θέματα οικογενειακού προγραμματισμού. Οι σκοποί του πρέπει να γίνουν γνωστοί στο ευρύ κοινό γιατί προσφέρονται για όλους τους ανθρώπους και αποσκοπούν στο να τους βοηθήσουν να αποκτήσουν ευτυχισμένη ζωή και οικογένεια.

6. Αλλαγή στη φιλοσοφία της λειτουργίας των υπηρεσιών οικογενειακού προγραμματισμού.

Τα περισσότερα από τα προγράμματα έχουν αναπτυχθεί χωρίς ξεκαθαρισμένη φιλοσοφία, πιθανόν σαν αποτέλεσμα της ασάφειας που επικρατούσε στον ορισμό. Αυτό σε συνδυασμό με την αυξημένη εμπλοκή του ιατρικού επαγγέλματος είχε σαν αποτέλε-

σμα τη δημιουργία της πεποιθήσεως ότι μπορεί να χρησιμοποιήσει κανείς κλινικούς γιατρούς. Η χρησιμοποίηση αυτών φέρνει στο νου των ανθρώπων θεραπεία και απολυταρχισμό και συγχρόνως προστατευτικό προσωπικό ερωτηματολόγιο μακρύ που προξενεί απηχανία και απαιτεί υπομονή πάσχοντος ανθρώπου.

Οι άνθρωποι όμως οι οποίοι προσέρχονται να ζητήσουν συμβουλή από τέτοιες υπηρεσίες δεν είναι βέβαια άρρωστοι και τέτοιο περιβάλλον είναι απολύτως απορριπτικό γι' αυτούς.

7. Σύγκρουση, ανταγωνισμός μεταξύ επαγγελματιών και υπηρεσιών που ασχολούνται με τον οικογενειακό προγραμματισμό

Ένας μεγάλο πρόβλημα σε κάθε προσπάθεια στην οποία περιλαμβάνονται περισσότερα από ένα επαγγέλματα φαίνεται ότι είναι η εσωτερική διαμάχη και ο οικογενειακός προγραμματισμός δεν αποτελεί εξαίρεση. Αυτή η διαμάχη όταν συμβαίνει μεταξύ ατόμων, τα οποία έχουν τους ίδιους τελικά ανθρωπιστικούς σκοπούς δημιουργεί πικρίες και οπισθοδρόμηση στην εφαρμογή των προγραμμάτων.

8. Αφοσίωση σε μια μόνο μέθοδο αντισύλληψης

Ένα μεγάλο πρόβλημα στον προγραμματισμό της οικογένειας αποτελεί η προσκόληση σε μια μέθοδο αντισύλληψης. Όπως ξέρουμε ότι δεν υπάρχει μόνο μια λύση σε ένα θέμα τόσο προσωπικό. Οι άνθρωποι προέρχονται από διάφορες περιοχές, από διάφορα κοινωνικοοικονομικά στρώματα, έχουν διάφορες ηθικο-

θρησκευτικές πεποιθήσεις.—Για να πετύχουν τα προγράμματα θα πρέπει να δουλεύουν ευέλικτα και να προσαρμόζονται σε κάθε συγκεκριμένη περίπτωση.

9. Απροθυμία αναζήτησης βοήθειας από ειδικούς

Ελάχιστοι οργανισμοί προγραμματισμού της οικογένειας έ-

χουν προσπαθήσει σοβαρά να διαμοιράσουν τις αναπτυξιακές τους δραστηριότητες σε επαγγελματίες π.χ. διαφημιστές. Υπάρχει γενικά ο φόβος ότι θα ξοδευτούν πολλά χρήματα με αποτέλεσμα να χρησιμοποιούνται πηγές συχνά προσφερόμενες δωρεάν οι οποίες όμως έχουν μικρή απήχηση στη διάδοση των ιδεών του οικογενειακού προγραμματισμού στο ευρύ κοινό.

10. Δημιουργία κατεστημένου που αδυνατεί να προσαρμοστεί στις νέες ιδέες του οικογενειακού προγραμματισμού.

Είναι φανερό ότι διεθνώς η άρχουσα τάξη τείνει να είναι οπισθοδρομική και η αντίδρασή της είναι προσκολλημένη στις προηγούμενες δεκαετίες. Οι νέοι όμως κοιτάζουν μπροστά και αυτή η αργή αντιμετώπιση των αρχηγών τους δεν είναι επιθυμητή. Το κατεστημένο όμως ελέγχει συνήθως τη διεύθυνση της έρευνας της ανάπτυξης και έτσι ο ανταγωνισμός αποτελεί εμπόδιο στην πρόοδο των προγραμμάτων.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 4ο

ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΗ

Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση, των νέων κυρίως ανθρώπων, είναι θέμα το οποίο απασχολεί αρκετές χώρες από πολλά χρόνια. Σήμερα είναι γεγονός ότι οι ενήλικες ανέχονται περισσότερο από άλλοτε τις προγαμιαίες σχέσεις, ενώ δίνουν στους εφήβους ευκαιρίες και δυνατότητες στενής επαφής μεταξύ τους χαλαρώνοντας την επίβλεψή τους.

Στις προηγμένες κοινωνικοοικονομικά χώρες έχει παρατηρηθεί ότι οι σεξουαλικές σχέσεις των εφήβων είναι πιο συχνές και πιο πρόωμες από ότι στο παρελθόν. Έρευνες έχουν αποδείξει ότι η έλλειψη αγάπης και στοργής και ενδιαφέροντος από τους γονείς και η δίψα για αγάπη και αναγνώριση από τους εφήβους είναι οι κυριώτερες αιτίες που τους σπρώχνουν στις πρόωμες σεξουαλικές σχέσεις και σε μικρότερο βαθμό ή περιέργεια. Ακόμα φαίνεται από τις έρευνες ότι δεν ευσταθεί καθόλου η απάντηση που δίνεται από πολλούς ότι αιτία είναι η έκλυση των ηθών που παρατηρείται τα τελευταία χρόνια.

Τίθεται βέβαια το ερώτημα ποιά θα είναι η στάση της κοινωνίας και των γονέων ειδικότερα πάνω στις πρόωμες σεξουαλικές σχέσεις των παιδιών τους. Εφόσον είναι δύσκολο να τις ανεχθούν πόσο μάλλον και να αντιμετωπίσουν και να λύσουν τα πιθανά επακόλουθα των σχέσεων αυτών. Ακόμα χειρότερη είναι η τελείως απαγορευτική στάση γιατί έτσι μπορεί να προχωρήσουν σε κάποια πράξη τους μόνο από αντίδραση. Επομένως ο κανόνας της χρυσής τομής επιβεβαιώνεται ως η καλύτερη λύση και σ' αυτό το ζήτημα.

Βέβαια οι γονείς αισθάνονται δέος και φόβος που είναι αποτέλεσμα του συναισθήματος ευθύνης που έχουν και του ερωτήματος μήπως και δεν μπορέσουν να καθοδηγήσουν το παιδί τους σωστά.

Πρέπει όμως να γίνει συνείδηση σε όλους ότι σεξουαλική διαπαιδαγώγηση δεν σημαίνει να αφήσουν τα παιδιά τους ανεξέλεγκτα γύρω από το σεξ. Αυτό φαίνεται εξάλλου και από τον ίδιο το σκοπό της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης ο οποίος είναι, η γνώση της ανατομίας και φυσιολογίας της αναπαραγωγής και των σεξουαλικών σχέσεων, και των συναισθημάτων, τα οποία σχετίζονται με αυτές την αγάπη, τη φιλία, τη χαρά, τη σεξουαλική οομή αλλά και για το πάθος ή τη λύπη που μπορεί να προκαλέσουν. Επίσης θα πρέπει οι νέοι να μάθουν γιατίς σχέσεις και τα προβλήματα που μπορεί να δημιουργήσει ο γάμος αλλά και για τις ψυχικές και σωματικές ανάγκες του παιδιού. Ακόμα για τους περιορισμούς που θέτει η κοινωνία, που για να γίνουν παραδεκτοί από το παιδί χρειάζεται αυτοπειθαρχία, συζήτηση και συνεχής διάλογος και ενημέρωση.

Έτσι οι γονείς πρέπει να επαγρυπνούν και σε κάθε ευκαιρία να διαφωτίζουν να δίνουν σωστές ερμηνείες και να κατευθύνουν τα παιδιά τους. Αφορμές τους δίνονται συνεχώς με τις απορίες του για τα γεννητικά όργανα και το πως γίνονται τα παιδιά. Αυτές οι απορίες αρχίζουν από την ηλικία των 2-3 ετών και δίνουν τη δυνατότητα στους γονείς για εξηγήσεις. Τα ερωτήματα αυτά είναι αφορμή για συζήτηση πάνω στις διαφορές αγοριών και κοριτσιών και έτσι τα παιδιά από πολύ νωρίς θα μεγαλώσουν χωρίς το συναίσθημα ότι είναι ντροπή να γίνεται λόγος για ότι έχει σχέση με το σεξ. Η αγάπη και η κατανόηση

μέσα στην οικογένεια και η αμοιβαία εμπιστοσύνη θέτουν υγιή βάση για τη σωστή διαπαιδαγώγηση των παιδιών ώστε η ολοκλήρωση των σεξουαλικών σχέσεων να βαδίζει με ανάλογη ολοκλήρωση της προσωπικότητας του εφήβου.

Εκτός βέβαια από τους γονείς και οι δάσκαλοι πρέπει να συμμετέχουν στη γενική και σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των παιδιών. Φυσικά είναι ευνόητο πως θα πρέπει να έχουν κατάλληλες γνώσεις και εκπαίδευση ώστε να δώσουν στα παιδιά τα σωστά μηνύματα. Στο νοηπιαγωγείο και στις πρώτες τάξεις του δημοτικού τα πράγματα είναι σχετικά εύκολα. Οι δυσκολίες αρχίζουν στις μεγάλες τάξεις του γυμνασίου όταν ο έφηβος χρειάζεται και ειδική μεταχείριση και κατανόηση των ψυχολογικών και βιολογικών μεταβολών του.

Σ' αυτή την ηλικία μπορεί να συζητηθούν τα κοινωνικά προβλήματα που δημιουργούν οι σεξουαλικές σχέσεις όπως η κύηση η έκτρωση, τα νόθα παιδιά αλλά και οι ψυχολογικές επιπτώσεις των σεξουαλικών σχέσεων πάνω στους εφήβους. Η ηλικία αυτή επίσης έχει ιδιαίτερη ανάγκη καθοδήγησης για πρόληψη των αφοροδισίων νοσημάτων και αντισύλληψη. Έτσι μόνο θα μειωθεί η συχνότητα των εκτρώσεων και των αφοροδισίων νοσημάτων που είναι ιδιαίτερα υψηλή κατά την εφηβική και προ του γάμου ηλικία.

Σε αρκετές χώρες του εξωτερικού έχουν εφαρμοστεί προγράμματα ειδικά για τη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των παιδιών τα οποία αρχίζουν συνήθως από τη νηπιακή ηλικία και τα οποία συνεχίζονται μέχρι της ηλικίας των κάτω ή μέχρι των 18 ετών.

Δυστυχώς δεν είμαστε σε θέση να μιλάμε για σεξουαλική

διαφώτιση στην Ελλάδα. Μέχρι τώρα τουλάχιστο δεν έχει γίνει σχεδόν τίποτα οργανωμένο προς αυτή την κατεύθυνση. Ένα πολύ μεγάλο μέρος των παιδιών αυτών ενημερώνεται πάνω στα σεξουαλικά θέματα από ανεύθυνα βιβλία και έντυπα, από τους συνομήλικούς τους ή από παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας και γενικά από ανεπίσημες πηγές ή από άτομα που δεν είναι αρμόδια και ούτε καν υπεύθυνα. Το μόνο σχετικό μάθημα που διδάσκεται στα σχολεία είναι αυτό της Ανθρωπολογίας. Το μάθημα αυτό προσφέρει ορισμένες χρήσιμες πληροφορίες για τα γεννητικά όργανα των δύο φύλων (απλή ανατομική περιγραφή), αλλά δεν μπορεί να πληροφορήσει επαρκώς τους μαθητές ώστε να μπορέσουν να αντιμετωπίσουν τα προβλήματά τους τωρινά ή μελλοντικά, μια και δεν έχει καμία σχέση με τη σεξουαλική διαφώτιση και διαπαιδαγώγηση αφού δεν αναφέρει τίποτε σχετικό με τις προληπτικές μεθόδους ή για οτιδήποτε άλλο χρειάζονται τα παιδιά.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 5ο

ΜΕΘΟΔΟΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ

A. ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ

Οι τρεις κυριότεροι παράμετροι στην εκλογή μίας μεθόδου αντισύλληψης είναι: α) η οφελιμότητα, β) το ρίσκο, γ) η ανοχή. Αυτές τις τρεις παραμέτρους πρέπει να έχει κανείς υπόψη του όταν ασχολείται με τη συμβουλευτική της αντισύλληψης και ανάλογα με τη συνισταμένη αυτών των παραμέτρων να συνιστάται και η ανάλογη μέθοδος.

I. ΟΦΕΛΙΜΟΤΗΤΑ: Η οφελιμότητα κάθε αντισυλληπτικής μεθόδου πρέπει να συνδυάζεται και με την ασφάλειά της γιατί εκτός της αντισύλληψης μπορεί να έχουμε θεραπευτικά ή σεξουαλικοϊατρικά πλεονεκτήματα π.χ.μ με το προφύλακτικό έχουμε μία καλύτερη προφύλαξη από το AIDS και τα αφροδίσια νοσήματα και μετά ΒΕΡΟΤ γασταγόνα καλλιτέρευση της μαστοπάθειας και των ημικρανιών.

Σαν μέτρο αντισυλληπτικής ασφάλειας παίρνεται γενικά ο δείκτης του PEARL. Ο δείκτης αυτός ισοδυναμεί με τον αριθμό ανεπιθύμητων εγκυμοσυνών σε 1.200 μήνες εφαρμογής της μεθόδου. Για να έχουμε όμως πραγματικά συμπεράσματα για την αποτυχία της μεθόδου θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη και τα λάθη των ασθενών γιατί διαφορετικά μπορούμε να οδηγηθούμε σε λάθος συμπεράσματα.

Είναι γνωστό ότι για τα από του στόματος αντισυλληπτικά δίνεται διεθνώς δείκτης του PEARL 0,2-0,7. Τέτοιους δείκτες όμως μπορούμε να περιμένουμε μόνο από ομάδες γυναικών με μεγάλη υπευθυνότητα και φυσικά δεν θα λάβουμε υπόψη μας τις εγκυμοσύνες κατά τις μικρές διακοπές της αντισύλ-

ληψης. Στην πραγματικότητα όμως θα έπρεπε και αυτά να ληφθούν υπόψη αν όμως γίνονταν κάτι τέτοιο θα ανέβαινε κατά πολύ ο δείκτης του PEARL. Εναπόκειται λοιπόν στο γιατρό να ξεχωρίσει και να κατατάξει κάθε περίπτωση σε διαφορετικές ομάδες υπευθυνότητας όπως π.χ. γυναίκες με ακανόνιστα ωράρια, εργασία κ.ά..

Ένας άλλος παράγοντας αντιουλληπτικής ασφάλειας είναι η θέση της γυναίκας απέναντι σε μία μη επιθυμητή εγκυμοσύνη ο οποίος φυσικά επιδρά στην ασφάλεια της μεθόδου. Έχει αποδειχθεί ότι έχουμε περισσότερο εγκυμοσύνες όταν θέλουμε να καθυστερήσουμε την εγκυμοσύνη από ότι να την εμποδίσουμε.

Οι επιδημιολογικές έρευνες σύγκρισης διαφόρων μεθόδων που έχουν γίνει από την OXFORD F.R.A. σε 17.032 γυναίκες στο χρονικό διάστημα 1968-1974 σε 17 μεγάλα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού έδειξαν τα εξής.

ΑΝΤΙΕΥΛΛΗΠΤΙΚΟΙ ΜΕΘΟΔΟΙ	ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΕΣ	ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΕ ΕΤΗ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΠΟΤΥΧΙΑΣ ΣΕ 100 ΕΤΗ ΓΥΝΑΙΚΩΝ
Οιστρογόνα - Γεσταγόνα			
> 50 MG OESTROGEN	3	936	0,32 (0,07 - 0,93)
50 MG OESTROGEN	61	37412	0,16 (0,12 - 0,21)
< 50 MG OESTROGEN	21	7749	0,27 (0,17 - 0,41)
MINIPILE	21	1756	1,2 (0,7 - 1,8)
I U D			
LIPPES LOOP A	4	59	6,8 (1,8 - 17,4)
LIPPES LOOP B	16	901	1,8 (1,0 - 2,9)
LIPPES LOOP C	126	9118	1,4 (1,2 - 1,7)
LIPPES LOOP D	52	4035	1,3 (1,0 - 1,7)
KUPFER -7	34	2200	1,5 (1,1 - 2,2)
KUPER - T	5	427	1,2 (0,4 - 2,7)
MULTILOAD	0	48	0,0 (0,0 - 7,71)
Διάφραγμα	485	25146	1,9 (1,8 - 2,1)
Προφυλακτικό	449	12492	3,6 (3,3 - 3,9)
Μέθοδος ρυθμού	25	161	15,5 (10,0 - 22,9)
Διακεικομένη συνουσία	45	674	6,7 (4,9 - 8,9)
Σπερματοκτόνα	36	303	11,9 (8,3 - 16,4)
ΣΤΕΙΡΟΠΟΙΗΣΗ			
Στη Γυναίκα	16	12209	0,13 (0,07 - 0,21)
Στον Άνδρα	3	13630	0,02 (0,004 - 0,06)

ΘΝΗΤΟΤΗΤΑ: Ο BREAL V. το 1979, μιλά για τον όρο αναπαραγωγική θνητότητα και εννοεί μ' αυτόν το σύνολο των περιπτώσεων θανάτου σαν αποτέλεσμα εγκυμοσύνης και αντισύλληψης σε 100.000 το χρόνο. Αναφέρει λοιπόν ότι η αναπαραγωγική θνητότητα σε νεαρές γυναίκες στην Αγγλία από 281 το έτος 1950 έπεσε στις 78,9 το 1975 και περίπου οι μισές των περιπτώσεων θανάτου το 1975 ενοχοποιούν τις αντισυλληπτικές μεθόδους και μάλιστα στις γυναίκες ανάμεσα στα 35-44 χρόνια.

Η θνητότητα στις γυναίκες κατά την αναπαραγωγική περίοδο συνδυάζεται και με την χρησιμοποιούμενη μέθοδο αντισύλληψης, την ηλικία, το κάπνισμα καθώς και τον κίνδυνο από μία μη επιθυμητή εγκυμοσύνη συμπεριλαμβανομένων των εξωμήτριων κηρήσεων, αποβολών και εκτρώσεων.

Η αντισύλληψη σε νεαρές γυναίκες μέχρι 30 χρόνων έχει λιγότερους θανάτους απ' ότι η μη επιθυμητή εγκυμοσύνη ή η διακοπή τους. Μόνο στις καπνίστριες η συσχέτιση ή ο συνδυασμός με την από του στόματος αντισύλληψη δημιουργεί επιπρόσθετα προβλήματα στην υγεία. Από τα αποτελέσματα ερευνών Άγγλων και Αμερικανών μπορεί να δει κανείς ότι μόνο οι καρδιαγγειακές επιπλοκές έχουν μία άμεση σχέση με τη χρήση των από του στόματος αντισυλληπτικών. Στις καπνίστριες που είναι πάνω από 35 χρονών έχουμε αύξηση της θνητότητας σε συνδυασμό με τα από του στόματος αντισυλληπτικά. Ακόμη πρέπει να τονιστεί ότι σε μακροχρόνιες καπνίστριες ο κίνδυνος για την υγεία είναι μεγαλύτερος σε σχέση με τις μη καπνίστριες.

Δεν πρέπει ακόμα να παραλείψουμε τον κίνδυνο θνητό-

τητας στη γυναίκα σαν αποτέλεσμα της στειρώσεως. Αριθμητικά η στειρώση βρίσκεται ανάμεσα στα ενδομήτρια σπειράματα και στα από του στόματος αντιουλληπτικά. Αυτά φυσικά τα αποτελέσματα των ερευνών δεν είναι αληθινά γιατί με τη στειρώση έχουμε ένα και μοναδικό κίνδυνο ενώ στις άλλες μεθόδους ο κίνδυνος προστίθεται από χρόνο σε χρόνο και φυσικά η θνητότητα αναπαραγωγής με τη στειρώση είναι τόσο λιγότερη όσο πιο νέα είναι η γυναίκα.

ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ: Από την έρευνα της R.C.P.G. βλέπουμε ότι στις φλεβικές θρομβοεμβολίες στις γυναίκες που χρησιμοποιούν τα από του στόματος αντιουλληπτικά δεν υπάρχει καμμία διαφορά απ'αυτές που παίρνουν ποσότητα οιστρογόνων μεγαλύτερη από 50MG και σ'αυτές που παίρνουν λιγότερο.

Σουηδοί ερευνητές λένε ότι έχουμε μείωση θνησιμότητας από θρομβοεμβολίες με μείωση των οιστρογόνων 50 MG από 25,9 σε 7,2 σε 100.000 γυναίκες που χρησιμοποιούν την από του στόματος αντισύλληψη. Επίσης και η θνησιμότητα σε καρδιακές ισχαιμίες είναι μικρότερη με τη χρήση της MIKROPILLE όχι όμως και οι εν τω θάθει φλεβικές θρομβώσεις, πνευμονικές εμβολές και οι επιφανειακές θρομβοεμβολές. Ακόμα έχει διαπιστωθεί ότι έχει μειωθεί ο κίνδυνος στις γυναίκες που παίρνουν χάπι να πάθουν έμφραγμα μυοκαρδίου ανάλογα με την ηλικία.

Γενικά υπάρχουν αρκετές ενδείξεις ότι οι κίνδυνοι που υπήρχαν κατά τις αρχές της δεκαετίας του '70 με τη χρήση της από του στόματος αντισύλληψης δεν ισχύουν κάτω από τις σημερινές συνθήκες. Δεν μπορούμε όμως να πούμε ακριβώς σε ποιο εύρος έχουν μειωθεί οι κίνδυνοι αυτοί. Το ίδιο ισχύει

και για τα ενδομήτρια σπειράματα. Τα σπειράματα που έχουν και γεσταγόνο εμποδίζουν τη μόλυνση, έχουν όμως μία σειρά από παρενέργεια και προπάντων τον κίνδυνο για εξωμήτριες κυήσεις.

ΠΑΡΑΔΟΧΗ: Η θέση που παίρνει κάθε λαός στα διάφορα μέσα αντιούλληψης είναι διαφορετική από χώρα σε χώρα. Περισσότερο και από την επιστημονική θέση των διαφόρων μεθόδων σε ότι αφορά την επιστημονική θέση των διαφόρων μεθόδων σε ό-τι αφορά τα οφέλη και τους κινδύνους της κάθε μεθόδου για την παραδοχή τους παίζουν ρόλο θρησκευτικοί, οικονομικοί, εμπορικοί παράγοντες και τα μέσα μαζικής ενημέρωσης π.χ. από τα 60.000.000 ενδομητρίων σπειραμάτων που χρησιμοποιούνται από γυναίκες σ'όλο τον κόσμο τα 2/3 αυτών ζουν στην Κίνα. Αυτό εξηγείται γιατί τα αφροδίσια νοσήματα είναι λίγα και έτσι έχουν τη δυνατότητα να χρησιμοποιούν τα ενδομήτρια σπειράματα. Σαν παράδειγμα για το ρόλο που παίζει η θρησκεία στην αντιούλληψη αναφέρουμε την παπική ΕΝΖΥΚΛΙΚΑ HUMMANE VITAE σύμφωνα με την οποία παραδεικτές είναι μόνο οι φυσικές μέθοδοι αντιούλληψης.

Από τα 35.000.000 άνδρες που έχουν κάνει βαζεκτομή το 90% περίπου βρίσκονται στην Κίνα, Ινδίες, U.S.A., και Μεγάλη Βρετανία. Στις Αφρικανικές χώρες αλλά και στην Ελλάδα η βαζεκτομή δε χρησιμοποιείται και αυτό εξηγείται γιατί η παραγωγικότητα του άνδρα σχετίζεται με τον ανδρισμό.

Όπως αναφέρθηκε μεγάλο ρόλο παίζουν και τα μέσα μαζικής ενημέρωσης που πολλές φορές με εσφαλμένες ανακοινώσεις και συμπεράσματα δυσχεραίνουν το έργο του γιατρού που ασχολείται με τον οικογενειακό προγραμματισμό. Για παράδειγ-

μα αναφέρουμε τη σχέση των από του στόματος αντισυλληπτικών και του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, το οποίο φυσικά δεν ισχύει καθώς επίσης και η σχέση των νεαρών ατόμων που έχουν πάρει για πολύ μεγάλα χρονικά διαστήματα από το στόμα αντισυλληπτικά και του καρκίνου του ματιού.

Παράγοντες που έχουν παίξει μέχρι τώρα ένα ρόλο για την προτίμηση ή μη των διαφόρων μεθόδων αντισύλληψης είναι η καθόλου ή ελλιπής πολλές φορές ακόμη και εσφαλμένη ενημέρωση του πληθυσμού που για αυτό ευθύνονται τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, η ελλιπής ενημέρωση των γιατρών και οι θρησκευτικές αντιλήψεις.

Μέθοδος επιλογής: Λόγω των μεγάλων διαφορών στη χρήση, στους κινδύνους και το πολύπλευρο των παραγόντων που επιδρούν στην παραδοχή μίας μεθόδου δεν έχουμε φθάσει να έχουμε ένα γενικό κανόνα για να προσεγγίσουμε το μέγιστο της αντισύλληψης. Παρ'όλα αυτά τα τελευταία χρόνια έχουν θεσπιστεί κάποιες αρχές τις οποίες ο γιατρός μπορεί να τις παίρνει σαν οδηγό στο να συνιστά μία μέθοδο αντισύλληψης.

ΕΠΙΛΟΓΗ ΚΑΤΑ ΗΛΙΚΙΑ

Αντισύλληψη στην αρχή της γόνιμης ηλικίας.

Το ότι η σεξουαλικότητα είναι αυξημένη στους ανύπανδρους νέους είναι ένα δεδομένο το οποίο θα πρέπει να γνωρίζει ο γιατρός για να έχει μια υπεύθυνη θέση για την αντισύλληψη. Νομικά προβλήματα μπορεί να υπάρχουν για κορίτσια κάτω των 18 ετών. Για τη μέθοδο επιλογής θα πρέπει να γνωρίζει σε κάθε περίπτωση, τη συχνότητα των επαφών και τη σχέση του ή της συντρόφου.

Κατά την έναρξη της αντισύλληψης νεαρών κοριτσιών

με σποραδικές επαφές προτιμάται το προφυλακτικό και τα σπερματοκτόνα. Η χρήση του διαφράγματος σ' αυτήν την ηλικία δεν συνιστάται λόγω της πολυπλοκότητας στη χρήση του. Σε κάθε περίπτωση όμως μια ακριβής διαφώτιση του κοριτσιού για τη χρήση του προφυλακτικού είναι απαραίτητη, και η υπενθύμιση ότι πρέπει πάντα να έχουν μαζί τους ένα προφυλακτικό για κάθε περίπτωση, επιβάλλεται.

Φυσικά η χρήση προφυλακτικών και σπερματοκτόνων είναι μόνο για μία μεταβατική περίοδο. Σε μία σταθερή σχέση και με κανονικές σεξουαλικές επαφές η πιο πάνω μέθοδος δεν είναι επαρκής. Κατόπιν σαν μέθοδο επιλογής έχουμε την από του στόματος αντισύλληψη.

Σήμερα ξεκινάει κανείς από τη σκέψη να απαλλάξει τους νέους από τις αρνητικές επιδράσεις μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και φυσικά δεν πρέπει κανείς από τις ήδη ξεπερασμένες αντιλήψεις να στερήσει στους νέους το πιο σίγουρο μέσο αντισύλληψης, τα από του στόματος αντισυλληπτικά. Η επιλογή των ιδιοσκευασμάτων για τους νέους έχει τα τελευταία χρόνια αλλάξει. Σήμερα κλίνει κανείς περισσότερο στη χρήση του MICROPILLE αν και η αντισυλληπτική του ασφάλεια είναι κατά λίγο μικρότερη από αυτή των υψηλών δόσεων. Αντίθετα με τις μεθόδους που έχουν αναφερθεί έως τώρα τα ενδομήτρια σπειράματα δεν είναι κατάλληλα σαν αρχικό μέσο αντισύλληψης. Ενάντια

σ' αυτό υπάρχουν μία σειρά από επιχειρήματα όπως π.χ. τεχνικές δυσκολίες στην τοποθέτηση το I.U.D. άνοδος των μολύνσεων, αύξηση των ενδιάμεσων αιμορραγιών και δυσμηνόρροιες. Σε περίπτωση που η χρήση του I.U.D. είναι αναπόφευκτη πρέ-

πει να χρησιμοποιούνται μικρά μοντέλα.

Μια ειδική περίπτωση αποτελεί η ομάδα νέων μειωμένης πνευματικής ικανότητας, όταν τα από του στόματος αντιουλληπτικά, το προφυλακτικό και το σπερματοκτόνο απορρίπτονται τότε το I;U.D. και η πρόωρη στείρωση είναι η μέθοδος προτίμησης.

Αντιουλληπτικά προβλήματα κατά το τέλος της γόνιμης περιόδου.

Σε αντίθεση με την άφθονη σχετικά βιβλιογραφία που υπάρχει όσον αφορά την αντισύλληψη στα νεαρά άτομα η βιβλιογραφία για το ίδιο θέμα στον πριν και μετά την εμμηνοπαυση χρόνο είναι λιγοστή. Έτσι σ' αυτή την περίπτωση είμαστε κάπως αβοήθητοι. Το πρόβλημα αρχίζει με το βαθμό της γονιμότητας μετά το 40ο έτος δηλαδή από πρό έτος η γονιμότητα περνάει στο 1% οπότε και δεν χρειάζονται αντιουλληπτικά μέτρα. Το κρίσιμο αυτό σημείο τοποθετείται μεταξύ του 45ου και 49ου έτους.

Εφόσον η γυναίκα έχει δημιουργήσει την οικογένεια της η μέθοδος είναι η στείρωση. Σαν εναλλακτική λύση της στείρωσης είναι η υστερεκτομή.

ΕΠΙΛΟΓΗ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ

Αντισύλληψη σε άτοκες

Γι' αυτές τις περιπτώσεις ισχύουν ότι και στις γυναίκες νεαρής ηλικίας.

Αντισύλληψη σε γυναίκες με επιθυμία μετάθεσης του χρόνου εγκυμοσύνης.

Η αντισύλληψη που χρησιμοποιείται σ' αυτές τις περιπτώσεις καθορίζεται ανάλογα με την περίπτωση και με τη θέση της γυναίκας απέναντι στη μέθοδο. Κατά σειρά έρχονται η α-

πό του στόματος αντισύλληψη και το ενδομήτριο σπείραμα.

Αντισύλληψη κατά τη διάρκεια της γαλουχίας και μετά.

Η γαλουχία από μόνη της επιφέρει μία αντισυλληπτική ικανότητα. Όσο πιο συχνά θηλάζει τόσο πιο σίγουρη είναι η αντισύλληψη. Για τις γυναίκες της χώρας μας αυτό είναι πολύ ανασφαλές. Γι' αυτό στην πρώτη θέση έρχονται οι δύο μέθοδοι, το μίνι χάπι και τα ενδομήτρια σπειράματα. Το μίνι χάπι δεν έχει καμμία δράση στην γαλουχία. Αν μετά τη γαλουχία είναι αναγκαία μία μεγάλη περίοδος αντισύλληψης αντί του MINI PILLE προτιμάται η από του στόματος αντισύλληψη και τα ενδομήτρια σπειράματα.

Αντισύλληψη για γυναίκες που έχουν ολοκληρώσει την οικογένεια.

Γι' αυτές τις γυναίκες υπάρχει η δυσκολία της επιλογής μίας μεθόδου αντισύλληψης. Στα ζευγάρια με κανονικές σεξουαλικές επαφές η μέθοδος του προφυλακτικού σπερμακτόνων κ.λ.π. κατέχουν την τελευταία θέση ενώ μετά το 40^ο έτος της ηλικίας επανέρχονται στις πρώτες θέσεις προτίμησης μεθόδων. Επίσης τα όρια μία στείρωσης εκτός από τα ανευδεικνυται ιατρικά είναι σίγουρα πάνω από τα 30.

Αντισύλληψη μετά τη σεξουαλική επαφή.

Μία μόνο ελεύθερη επαφή κατά το χρόνο της ωορρηξίας σε μία νέαρη γυναίκα έχει ένα 30% ποσοστό πιθανότητα εγκυμοσύνης. Με βόση οιστρογόνων μετά την επαφή έχει κατορθωθεί να εμποδιστεί η εγκυμοσύνη κατά 100%. Λόγω των παρατηρούμενων παρενεργειών από τη μεγάλη δόση οιστρογόνων πρέπει να περιορισθεί σαν μέθοδος αντισύλληψης μόνο σε περίπτωση ανάγκης.

Επίσης έχουμε 100% παρεμπόδιση της εγκυμοσύνης εάν τοποθετήσουμε IUD μέχρι 5 ημέρες μετά την ελεύθερη επαφή και επιπλέον το πλεονέκτημα της μόνιμης στη συνέχεια αντισύλληψης. Φυσικά δεν πρέπει να ξεχνάμε τις ανοδικές μολύνσεις και τα μαφροδίσια νοσήματα και το ότι δεν μπορεί το I UD να τοποθετηθεί σε όλες τις μήτρες και φυσικά στις άτοκες.

Προβλήματα σε γυναίκες διαβητικές

Είναι πολύ δύσκολη η επιλογή αντισύλληψης σε νεαρές γυναίκες που κάνουν χρήσεις ινσουλίνης. Πρέπει να επιλεγούν ασφαλείς μέθοδοι λόγω του κινδύνου στην περίπτωση μίας εγκυμοσύνης. Για το λόγο αυτό η επιλογή αυτού γίνεται μεταξύ I UD και τα από του στόματος αντισυλληπτικά. Οι δύο βέβαια παραπάνω μέθοδοι χρειάζονται σοβαρή σκέψη.

Η δυνατή διατάραχή του σακχάρου του αίματος στον οργανισμό με την από του στόματος αντισύλληψη και ο αυξημένος κίνδυνος για αμφιβληστροειδοπάθεια καθώς και η άνοδος των λιπιδίων στο αίμα και κατ'εξακολούθηση μικροαγγειοπάθειες ήταν οι αιτίες που απαγόρευαν την από του στόματος αντισύλληψη. Από την άλλη πλευρά όμως τα IUD με τις αυξανόμενες μολύνσεις λόγω διαβήτη μας φέρνουν μπροστά σ'ένα δίλημμα.

Με το μικροχάπι ή το τριφασικό χάπι οι κίνδυνοι διατάραξης του σακχάρου και λιπιδίων είναι μικροί ώστε οι νεαρές κοπέλες με διαβήτη μπορούν να τις χρησιμοποιούν.

Οι φόβοι που υπήρχαν κατά τη δεκαετία του 1970 για την από του στόματος αντισύλληψη έχουν μείνει πλέον χωρίς αντικείμενο. Γίνεται φανερό ότι χρειάζεται μεγάλη και σωστή καμπάνια ενημέρωσης του πληθυσμού για τα μέτρα αντισύλληψης.

Για παράδειγμα αναφέρουμε ότι η χρήση του χαπιού μετά την ελεύθερη επαφή είναι σχεδόν άγνωστη. Ακόμα δεν γνωρίζουμε τα ψυχολογικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι γυναίκες μετά από μία άμβλωση εκτός από τις σωματικές βλάβες. Επίσης αν εξαιρέσουμε το προφυλακτικό, τη διακεκομμένη συνουσία και τη βαζεκτομή που είναι σχεδόν ανύπαρκτη στη χώρα μας όλο το βάρος της αντισύλληψης πέφτει στη γυναίκα.

ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ.

Α. ΔΙΑΚΕΚΟΜΕΝΗ ΣΥΝΟΥΣΙΑ

Είναι η πιο διαδεδομένη μέθοδος σ'όλο τον κόσμο, ένας <<απλός>> τρόπος προφύλαξης που χρησιμοποιείται χωρίς ιατρική υπόδειξη. Τη συνηθίζουν πολλά ζευγάρια που, είτε για ηθικούς λόγους είτε από καθαρή άγνοια δεν έχουν πρόσβαση στα καθαυτό αντισυλληπτικά μέσα. Επίσης χρησιμοποιείται συχνά από τα νεώτερα ζευγάρια. Η ευθύνη βαραίνει αποκλειστικά τον άνδρα. Η γυναίκα εξαρτάται απόλυτα από τη δική του δυνατότητα ελέγχου της εκσπερμάτωσης και πρέπει να του έχει απόλυτη εμπιστοσύνη για να μην αισθάνεται άγχος.

Πλεονεκτήματα

Δεν χρειάζεται ιατρική συμβουλή ή παρακολούθηση. Δεν έχει οικονομική επιβάρυνση και είναι πάντα προσιτή. Η μέθοδος αυτή δεν απαιτεί καμμία προετοιμασία. Μπορεί να εφαρμοστεί κάτω από οποιεσδήποτε συνθήκες. Δεν παρεμβάλλεται οποιαδήποτε ενέργεια πριν από τη συνουσία. Κατ'αυτόν τον τρόπο εξασφαλίζει τη μυστικότητα και την αίσθηση της προσωπικής υποθέσεως σε ένα πρόβλημα που το ζευγάρι θέλει να το τηρήσει απόλυτα προσωπικό και να μη ζητήσει την παρέμβαση τρίτων.

Μειονεκτήματα

Η διακοπτόμενη συνουσία είναι η μόνη μέθοδος της <<τελευταίας στιγμής>> αλλά παρουσιάζει μεγάλο ποσοστό αποτυχίας. Πιστεύεται ότι το ποσοστό αυτό ανέρχεται από 20 έως 30 κυήσεις ανά γυναίκες-έτη. Δεν είναι καθόλου ασφαλής γιατί οι σταγόνες υγρού που εκκρίνονται από το πέος σε στύση μπορεί να περιέχουν ποσότητα σπερματοζωαρίων ικανή να γονιμο-

ποιήσει τη γυναίκα. Επιπλέον το <<τράβηγμα>> δεν είναι πάντα εύκολο να γίνει έγκαιρα ώστε η εκσπερμάτωση αρκετά μακριά από τον κόλπο και τα γεννητικά όργανα της γυναίκας (είναι γνωστό ότι τα σπερματοζωάρια μπορούν να <<κωλυμπήσουν>> από τα χείλη μέχρι τις σάλπιγγες). Ο άντρας πρέπει να διατηρεί τον αυτοέλεγχό του και αυτή η έγνοια μπορεί να του δημιουργήσει νευρικότητα και άγχος. Όταν η διακεκομμένη συνουσία χρησιμοποιείται για πολύν καιρό, μπορεί ναπροξενήσει στον άντρα πρόωγη εκσπερμάτωση και στην γυναίκα ψυχρότητα, γιατί ο άντρας μπορεί να τραβηχτεί προτού η γυναίκα φτάσει σε οργασμό διακόπτοντας εντελώς τη ροή της σεξουαλικής της ανταπόκρισης. Άλλωστε, ούτε η γυναίκα μπορεί να χαλαρώσει όταν ανησυχεί μήπως εκείνος δεν προλάβει να τραβηχτεί έγκαιρα. Μερικές φορές, λίγο πριν από τον οργασμό, ο άντρας και η γυναίκα καταλαμβάνονται από ένα είδος μέθης που μπορεί να φτάσει μέχρι τη στιγμιαία απώλεια των αισθήσεων και εκείνες τις στιγμές οι κινήσεις των οργάνων παύουν να ελέγχονται. Μ' αυτές τις προϋποθέσεις, κάθε απόπειρα για συνειδητό <<τράβηγμα>> είναι αδύνατη. Όσο πιο σύντομη είναι η σεξουαλική επαφή, τόσο πιο δύσκολα διαχωρίζει ο άνδρας τις διάφορες φάσεις της.

Β. ΑΝΔΡΙΚΑ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΑ

Τα σημερινά προφυλακτικά από ελαστικό μεγάλης ελαστικότητας, με ταλι, σε σπερματοκτόνο αλοιφή, με σιλικόνη και με πάχος τοιχώματος από 0,04-0,08 μμ είναι πιο λεπτά και από μια τρίχα. Όπως και στα άλλα ενδοκολπικά αντισυλληπτικά έτσι και στο προφυλακτικό το πρόβλημα δεν βρίσκεται στη μέθοδο αλλά

στη σωστή του χρήση, η δε ασφάλεια του αυξάνει με τη θέση που έχει ο χρήστης απέναντι σ' αυτό, σαν μέθοδος το προφυλακτικό κατέχει τη δεύτερη θέση μετά τη διακεκομμένη συνουσία στην Ελλάδα. Στη Δ.Γερμανία έχει τη δεύτερη θέση μετά τα από του στόματος αντισυλληπτικά και στην Ιαπωνία χρησιμοποιείται από το 70% των ανδρών.

Πλεονεκτήματα

- 1.Τεχνική απλότητα
- 2.προφύλαξη όχι μόνο από τα αφοροδίσια νοσήματα αλλά και από άλλες μολύνσεις, τον έρπητα και το AIDS
- 3.θνησιμότητα και θνητότητα σε αντίθεση με άλλες μεθόδους είναι ίση με μηδέν
- 4.χρησιμοποιείται διαφορετικό για κάθε επαφή σε αντίθεση με τα ενδομήτρια σπειράματα και με τα από του στόματος αντισυλληπτικά
- 5.Έχουν μεγάλη διάδοση, στον ανδρικό πληθυσμό είναι γνωστό περίπου 100%.
- 6.Ασφάλεια σε σωστή χρήση, ο δείκτης του PEARL 3,6
- 7.Καμιά επίδραση επί του κύκλου
- 8.Ελεύθερη αγορά χωρίς συνταγή γιατρού
- 9.χρησιμοποιείται και κατά την περίοδο της γαλουχίας
- 10.Ελάττωση της ερεθιστικότητας του άνδρα με θετική επίδραση σε πρόωρη εκσπερμάτωση.

Μειονεκτήματα

Το κυριότερο μειονέκτημα του ανδρικού προφυλακτικού είναι η μικρή του αποτελεσματικότητα. Αυτή σπάνια οφείλεται στο ότι το προφυλακτικό μπορεί να τρυπήσει κατά τη συνουσία γιατί τα σημερινά προφυλακτικά είναι πιο ανθεκτικά και ελέγχονται περισσότερο. Συνηθέστερα η αποτυχία τους οφείλεται

στο ότι ο άνδρας δεν αποτραβιέται αριετά γρήγορα έπειτα από την εκσπερμάτωση. Τότε το προφυλακτικό μπορεί να γλιστροήσει και το σπέρμα να χυθεί μέσα στον κόλπο. Άλλοτε το προφυλακτικό δεν τοποθετείται έγκαιρα, ιδίως όταν υπάρχει το πρόβλημα της πρόωρης εκσπερμάτωσης.

Σαν μειονέκτημα πρέπει να αναφερθεί ότι η αίσθηση ξένου σώματος προκαλεί σε μερικούς άνδρες αδυναμία στύσης και στη γυναίκα μείωση του LIBIDO. Ακόμα προκαλεί δυσανεξία σε μερικά άτομα λόγω αλλεργίας. Μεγάλο του μειονέκτημα δε θεωρείται η ανάγκη τοποθέτησής του κατά τη στιγμή της συνουσίας. Τέλος πολλά ζευγάρια αποφεύγουν τη χρήση του για καθαρά οικονομικούς λόγους.

Αποτελεσματικότητα

Όταν το προφυλακτικό χρησιμοποιείται σωστά παρέχει ικανοποιητική προστασία. Τα ποσοστά αποτυχίας που αναφέρονται διαφέρουν σημαντικά και κυμαίνονται από 2-3 έως και 20 κυήσεις ανά 100 γυναίκες-έτη.

Γ.ΜΕΘΟΔΟΣ ΡΥΘΜΟΥ

Ο καθορισμός της πιθανής ημέρας ωορρηξίας χρησιμοποιείται σήμερα με επιτυχία για τη θεραπεία της στειρότητας, ενώ είναι αρκετά ανασφαλής σαν μέθοδος αντισύλληψης. Εν τούτοις μπορεί να χρησιμοποιηθεί όταν για διάφορους λόγους δεν μπορεί να εφαρμοσθεί καμμία άλλη περισσότερο ασφαλής μέθοδος. Η ημέρα της ωορρηξίας μπορεί να καθοριστεί με την ημερολογιακή μέθοδο, με την θερμομετρική μέθοδο ή με ειδικές εργαστηριακές εξετάσεις.

1. Ημερολογιακή μέθοδος

Για να καθοριστούν οι ημέρες που μπορεί να είναι γόνιμες στον κύκλο μιας γυναίκας και επομένως οι ημέρες κατά τις οποίες μπορεί να συλλάβει πρέπει να λάβουμε υπ' όψη μας ότι: α) η ωορρηξία συμβαίνει 12-16 ημέρες πριν από την επόμενη έμμηνο ρύση, β) το ωράριο ζει και μπορεί να γονιμοποιηθεί για 12 έως 24 ώρες και γ) ότι τα σπερματοζώαρια μπορούν να μείνουν ζωντανά στις σάλπιγγες για 48-72 ώρες. Έτσι μπορεί να πει κανείς ότι μια γυναίκα είναι γόνιμη 2-3 ημέρες πριν την ωορρηξία και μια ημέρα το πολύ μετά την ωορρηξία. Ο καθορισμός αυτών των ημερών γονιμότητας συνιστά την ημερολογιακή μέθοδο. Τις ημέρες αυτές θα πρέπει να αποφεύγεται η σεξουαλική επαφή όταν η μέθοδος χρησιμοποιείται για αντισύλληψη.

Για να καθοριστούν με μεγαλύτερη κατά το δυνατόν ακρίβεια οι ημέρες γονιμότητας είναι απαραίτητη η γνώση της χρονικής διάρκειας των κύκλων για 8-12 ημέρες ώστε να σημειώσουμε τη χρονική περίοδο του μεγαλύτερου κύκλου και του μικρότερου σ' αυτό το χρόνο. Έτσι από το μεγαλύτερο κύκλο αφαιρούμε 10 ημέρες και από τον μικρότερο κύκλο αφαιρούμε 18 ημέρες και ο μικρότερος 26 ημέρες τότε $30-10 = 20$ και $26-18 = 8$ δηλαδή από την 8η έως την 20η ημέρα από την έναρξη της έμμηνης ρύσεως η γυναίκα μπορεί να συλλάβει

Αποτελεσματικότητα

~~Η αποτελεσματικότητα δεν είναι βέβαια σημαντική. Από έ-~~
ρευνες που έγιναν φαίνεται ότι η αναλογία ανεπιθύμητων κυήσεων είναι $1,4 \pm 1,5$ ανά 100 γυναίκες-έτη, ενώ ο αναμενόμενος αριθμός κυήσεων εφόσον δεν χρησιμοποιείτο καμία άλλη μέθοδος ήταν 80.

2. Θερμομετρική μέθοδος

Αυτή βασίζεται στη μεταβολή της θερμοκρασίας της γυναίκας κατά τη διάρκεια του κύκλου. Έτσι κατά την πρώτη φάση του κύκλου μέχρι την ωορρηξία η γυναίκα βρίσκεται υπό την επίδραση των οιστρογόνων και η θερμοκρασία της κυμαίνεται σε περίπου σταθερά επίπεδα γύρω στους $36,6-36,7^{\circ}\text{C}$. Κατά την ημέρα της ωορρηξίας μπορεί να παρατηρηθεί μικρή πτώση της θερμοκρασίας αλλά αυτό δεν είναι σταθερό εύρημα. Μετά την ωορρηξία αρχίζει η δεύτερη φάση του κύκλου κατά την οποία η γυναίκα βρίσκεται υπό την επίδραση της προγεστερόνης, Η προγεστερόνη προκαλεί αύξηση της θερμοκρασίας μέχρι τους 37°C . Η αύξηση αυτή δεν είναι απότομη αλλά σταδιακή σε 2-3 ημέρες.

Πλεονέκτημα της μεθόδου αυτής έναντι της ημερολογιακής είναι ότι η ωορρηξία δεν υπολογίζεται με πιθανότητα αλλά σχεδόν με βεβαιότητα. Είναι η πιο σίγουρη μέθοδος αλλά περιορίζει τη σεξουαλική επαφή στο δεύτερο μισό του κύκλου, Αυτό βέβαια δε σημαίνει ότι δεν υπάρχουν άλλες σίγουρες ημέρες αλλά η θερμομετρική μέθοδος δεν μπορεί να τις καθορίσει. Οποσδήποτε όμως η πιθανότητα αποτυχίας είναι μεγαλύτερη κατά την προ της ωορρηξίας φάση.

Η θερμοκρασία πρέπει να λαμβάνεται με ειδικό και πάντα με το ίδιο θερμόμετρο από το ορθό για 4'-5' και να διαβάζεται με προσοχή. Η λήψη πρέπει να γίνεται πάντοτε την ίδια ώρα ~~πριν σηκωθεί η γυναίκα, πριν φάει και πριν καπνίσει.~~ Εάν έχει κοιμηθεί λιγότερο από 5-6 ώρες μπορεί να επηρεαστεί η θερμοκρασία. Το ίδιο μπορεί να συμβεί και από μια παρεπιπτούσα λοίμωξη, από συγκινησιακές καταστάσεις ή και κλιματικές μεταβολές.

Πλεονεκτήματα

- α) η μέθοδος αυτή ικανοποιεί άτομα με ισχυρές ηθικοθρησκευτικές πεποιθήσεις γιατί είναι μέθοδος αντισύλληψης, αποδεδειγμένη από την εκκλησία
- β) είναι δυνατόν να δυναμώσει τις σχέσεις ανάμεσα σε μερικά ζευγάρια και
- γ) δεν απαιτεί καμμία δαπάνη

Μειονεκτήματα

- α) χρειάζεται μεγάλη προσοχή και υπευθυνότητα
- β) δεν μπορεί να εφαρμοστεί σε ανώμαλο κύκλο, μετά από τον τοκετό, κατά τη διάρκεια της συνουσίας ή κατά την εμμηνόπαυση.

Αποτελεσματικότητα

Η αποτελεσματικότητα εξαρτάται από την προσοχή και την ικανότητα της γυναίκας να ερμηνεύσει τις μεταβολές της θερμοκρασίας της και από την ομαλή περιοδικότητα του κύκλου. Το ποσοστό αποτυχίας της είναι μέχρι 15/100 γυναίκες-έτη.

3. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

Η πιθανή ημέρα της ωορρηξίας μπορεί να προσδιοριστεί και από την αλλαγή στη σύσταση της τραχηλικής βλέννης. Αυτό όμως απαιτεί ειδική εξέταση και επομένως δεν βοηθά στην αντισύλληψη.

Επίσης η ωορρηξία μπορεί να προσδιοριστεί από τον προσδιορισμό οιστρογόνων στα ούρα, αλλά και αυτό δεν είναι εφαρμόσιμο από την ίδια τη γυναίκα. Γίνεται προσπάθεια να προσδιορίζεται απλά και εύκολα η ωορρηξία από την ίδια τη γυναίκα όχι αφού συμβεί αλλά πριν να γίνει. Τέλος μερικές γυναίκες κατορθώνουν και προσδιορίζουν μόνες τους την ημέρα της

ωορρηξίας από ειδικά συμπτώματα που παρουσιάζουν.

4. ΠΛΥΣΕΙΣ

Μερικές γυναίκες πιστεύουν ότι είναι δυνατόν ν'αποφύγουν την εγκυμοσύνη, αν πλυθούν αμέσως μετά τη συνουσία. Οι πλύσεις μπορεί να γίνουν με διάφορους τρόπους, όπως με ζεστό νερό, ξύδι, χυμό λεμονιού, σαπουνάδα ή διάφορα φαρμακευτικά παρασκευάσματα. Σ'όλες τις περιπτώσεις το υγρό της πλύσης τοποθετείται σε μια μεγάλη πλαστική φούσκα και από εκεί σδειάζεται μέσα στον κόλπο.

Η αποτελεσματικότητα των πλύσεων είναι πολύ μικρή και οφείλεται στο γεγονός ότι το σπέρμα είναι ασφαλές μέσα στη μήτρα 30΄ μετά την εκσπερμάτωση. Εξάλλου οι πλύσεις εφαρμόζονται στον κόλπο και όχι στο εσωτερικό της μήτρας. Συνιστάται λοιπόν να αποφεύγεται αυτή η μέθοδος γιατί δεν προσφέρει καμμία σιγουριά στο ζευγάρι.

5. ΓΥΝΑΙΚΕΙΑ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΑ

Είδη διαφραγμάτων

Κολπικό διάφραγμα

Είναι φτιαγμένο από λεπτό ελαστικό και έχει σχήμα θόλου, στο περιφερικό του άκρο είναι προσαρμοσμένος ένας μεταλλικός δακτύλιος. Είναι φτιαγμένο σε αρκετά μεγέθη των οποίων η διάμετρος κυμαίνεται από 50-100 μ.μ. Αυτό τοποθετείται διαγώνια στον κόλπο και εφαρμόζεται ανάμεσα στον οπίσθιο θόλο του κόλπου και την ηβική σύμφυση, ώστε να σιεπάζει όλο τον τράχηλο. Το διάφραγμα πρέπει να ελέγχεται περιοδικά ειδικά όταν η γυναίκα έχει γεννήσει ή μετά από χειρουργ-

γική επέμβαση ή όταν το βάρος του σώματός της μεταβληθεί σημαντικά. Τότε πρέπει πιθανόν να αλλάξει το μέγεθός του. Διαφορετικά καλό είναι να βάζει κανούργιο προφυλακτικό διάφραγμα κάθε δυο χρόνια.

Καλύπτρα του DUMAN

Φτιάχνεται από ελαστικό ή πλαστικό. Μοιάζει με ένα ημισφαίριο και είναι χοντρό στην περιφέρεια και λεπτό στο κέντρο. Δεν έχει μέταλλο στην περιφέρεια και κατασκευάζεται σε διαφορετικά μεγέθη από 50-74 μμ. Προσαρμόζεται δια αρνητικής πίεσης σε μια περιορισμένη περιοχή του θόλου του κόλπου και καλύπτει τον τράχηλο της μήτρας. Δεν χρησιμοποιείται ευρέως.

Τραχηλική καλύπτρα

Έχει σχήμα δακτυλήθρας με ένα σκληρό δακτύλιο περιφερικά. Φτιάχνεται συνήθως από ελαστικό, αλλά και από σκληρό πλαστικό ή μέταλλο σε 4 μεγέθη. Προσαρμόζεται κατ'ευθείαν στο τράχηλο της μήτρας και εκτείνεται τριγύρω από τον τράχηλο μέχρι το θόλου του κόλπου.

VIMULE

Μοιάζει σαν ένας συνδυασμός των παραπάνω δυο ειδών καλύπτρας και έχει μέγεθος εξωτερικής διαμέτρου 45-61 μ.μ. Είναι φτιαγμένη από ελαστικό ή πλαστικό σε 3 μεγέθη.

Πλεονεκτήματα

α)είναι απολύτως άβλαβή για τον οργανισμό. Δεν έχουν καμία επίδραση στην περίοδο ή σε οποιοδήποτε άλλο σύστημα του οργανισμού.

β)Όταν είναι σωστά τοποθετημένα δεν προκαλούν κανενός είδους δυσφορία και η παρουσία τους δε γίνεται αντιληπτή κατά τη συνουσία.

- γ) Είναι υγιεινά και δεν προκαλούν λοίμωξη στον κόλπο ή την μήτρα, ούτε προκαλούν κολπίτιδα εφόσον λαμβάνονται μέτρα για τη σωστή διατήρηση και εφαρμογή τους.
- δ) Δεν καλύπτουν καμμία ευαίσθητη περιοχή κατά τη σεξουαλική επαφή, ώστε δε μειώνουν τη σεξουαλική ευχαρίστηση.
- ε) Μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε χρόνο άσχετο με τη συνουσία ώστε δε χάνεται ο αυθορητισμός κατά τη σεξουαλική επαφή
- στ) Είναι εύκολο να τοποθετηθεί σωστά μετά από συμβουλές και οδηγίες που μπορεί να δώσει ο γιατρός ή εκπαιδευμένο άτομο παραϊατρικού προσωπικού. Αυτό θα καθορίσει και το κατάλληλο μέγεθος του προφυλακτικού, θα δώσει λεπτομέρειες και οδηγίες για τη σωστή χρησιμοποίησή τους αλλά και θα υπογραμμίσει την αναγκαιότητα της ταυτόχρονης χρησιμοποίησης σπερματοκτόνου αλοιφής ή κρέμας. Πρέπει ακόμα να τοποθετούνται πριν από τη συνουσία και να βγαίνουν μετά από 6 ώρες. Εάν η σεξουαλική επαφή επαναληφθεί πριν περάσουν 6 ώρες τότε το προφυλακτικό δεν πρέπει να βγει αλλά χρειάζεται να τοποθετηθεί πάλι σπερματοκτόνος αλοιφή.

Μειονεκτήματα

Τα μειονεκτήματά τους έχουν σχέση με τη δυσκολία που παρουσιάζεται σε μερικές γυναίκες κατά την τοποθέτησή τους. Επίσης με την ψυχολογική αντίδραση που έχουν για την τοποθέτηση ενός ξένου σώματος στον κόλπο χωρίς καμμία ελκυστική εμφάνιση. Η απαραίτητη σπερματοκτόνος αλοιφή δημιουργεί και αυτή κατά την τοποθέτησή της σε μερικές γυναίκες αποστροφή για την όλη μέθοδο αντισύλληψης.

Σε ποιές περιπτώσεις αντενδείκνυται

Σε περιπτώσεις χαλάρωσης του πυελικού εδάφους, σε ασυ-

νήθιστη θέση της μήτρας κ.α. Σε γυναίκες οι οποίες είναι παρθένες και δεν θα πρέπει να συστήνεται σε γυναίκες που δεν αγγίζουν τα γεννητικά τους όργανα ή που έχουν αμφιβολίες για την αποτελεσματικότητα του και την πρακτικότητα του γιατί πιθανόν να μην το χρησιμοποιήσουν.

Αποτελεσματικότητα

Η αποτελεσματικότητα του διαφράγματος που φθάνει σε ποσοστό 90-98% εξαρτάται από την αποτελεσματικότητα της σπερματοκτόνου αλοιφής και τη σωστή τοποθέτησή του, τη συνεπή και προσεκτική χρήση του.

Το ποσοστό αποτυχίας είναι 2% ακόμα και όταν διάφραγμα χρησιμοποιείται σωστά. Οι MASTERS και JOHNSON αποδίδουν την αποτυχία σε μετατόπιση του διαφράγματος από τις κινήσεις του πέους κατά τη συνουσία ή από τις συσπάσεις του κόλπου με τον οργασμό της γυναίκας. Αυτό συμβαίνει όταν η γυναίκα φθάνει σε οργασμό πριν από την εκσπερμάτωση και όταν η συνουσία γίνεται σε «μη κλασική» στάση. Σ' αυτές τις περιπτώσεις, υπάρχει κίνδυνος εγκυμοσύνης αλλά το ποσοστό αποτυχίας δεν είναι μεγαλύτερο από το αντίστοιχο του σπιράλ.

6. ΣΠΕΡΜΑΤΟΚΤΟΝΑ

Τα σπερματοκτόνα υπάρχουν σε διάφορες μορφές: υπόθετα, αφοοί, κρέμες, ζελέ, σπόγγους.

Αντισυλληπτικός αφοός: κυκλοφορεί σε συσκευασία με ειδικό απλικατέρ. Ακριβώς πριν την επαφή τοποθετείται μια πλήρης δόση αφοού με το απλικατέρ βαθειά στον κόλπο καλύπτοντας την είσοδο της μήτρας. Προσφέρει προστασία για περίπου 30 λεπτά.

Αντισυλληπτικές κρέμες, ζελέ και υπόθετα: αυτά τα προϊόντα κυκλοφορούν είτε σε συσκευασία με απλικατέρ είτε μεμονωμένα σε πακέτο. ακριβώς πριν την επαφή, τοποθετείται βαθειά στον κόλπο ένα υπόθετο, ή εισάγεται με το απλικατέρ γεμάτο από την κρέμα ή το ζελέ. Σε περίπτωση που χρησιμοποιείται υπόθετο πρέπει να λαμβάνεται υπ'όψη αφού λιώσουν. Όπως και με τον αφρό η προστασία διαρκεί 30 λεπτά.

Αντισυλληπτικός σπόγγος: μοιάζει με ένα μικρό σφουγγαράκι με ένα βαθούλωμα στο κέντρο. Για να χρησιμοποιηθεί πρέπει η γυναίκα να το βρέξει με καθαρό νερό για να ενεργοποιηθεί το σπερματοκτόνο περιεχόμενό του.

Η προστασία του διαρκεί 24 ώρες. Ένα λεπτό κορδονάκι που είναι συνδεδεμένο με το σπόγγο τη βοηθάει να τον μετακινήσει και να τον βγάλει την κατάλληλη στιγμή. Ο σπόγγος λειτουργεί μπλοκάροντας το σπέρμα ενώ τα συστατικά του τον σκοτώνουν.

Σε ένα βαθμό ο αφρό, η κρέμα, το ζελέ, ή το υπόθετο, επιπλέον προσφέρουν ένα είδος φυσικής ασπίδας εκτός από τη χημική επίδραση που έχουν. Και οι δύο επιδράσεις, φυσική ή χημική, είναι περιοδικές και διαρκούν μόνο όσο το προϊόν δεν έχει εξαφανιστεί ή απορροφηθεί.

Πλεονεκτήματα

Αν χρησιμοποιηθούν σωστά η προστασία κατά της εγκυμοσύνης είναι μεγάλη και εύκολη. Επιπλέον η ασφάλεια μπορεί να αυξηθεί εάν ταυτόχρονα χρησιμοποιηθεί και προφυλακτικό. Η γυναίκα μπορεί να τοποθετήσει στη στιγμή που αυτή κρίνει κατάλληλη χωρίς να κάνει τίποτε κατά τη διάρκεια της επαφής. Ακόμα όλα προσφέρουν προστασία κατά των νοσημάτων που

μεταδίδονται με τη σεξουαλική πράξη. Έχει αποδειχτεί μάλιστα ότι η συνεχής χρήση τους προστατεύει τη γυναίκα από τον καρκίνο του τραχήλου.

Μειονεκτήματα

Εάνντα σπερματοκτόνα δεν χρησιμοποιηθούν σωστά η αποτελεσματικότητά τους είναι αμφίβολη. Ακόμα εάν χρησιμοποιούνται συχνά μπορεί να εμφανίσουν φαγούρα ή κάποιο ερεθισμό. Ίσως τότε χρειαστεί να διακοπεί η χρήση τους για κάποιο χρονικό διάστημα. Σ'αυτή την περίπτωση η γυναίκα πρέπει να επισκεφτεί το γυναικολόγο.

Πιθανά προβλήματα

Το μεγαλύτερο πρόβλημα είναι η αποτελεσματικότητά τους. Η κλασική χρήση δίνει ποσοστό επιτυχίας 85%. Όταν όμως συνδυάζονται με τη χρήση του προφυλακτικού το ποσοστό ανεβαίνει στο 99%. Πολύ σπάνια ο άνδρας ή η γυναίκα μπορεί να εμφανίσουν αλλεργική αντίδραση στα χημικά συστατικά ενός συγκεκριμένου σπερματοκτόνου. Ακόμα πολλές γυναίκες θεωρούν πρόβλημα την υπερβολική υγρασία που δημιουργείται στον κόλπο από τον αφρό, την κρέμα, το ζελέ ή το υπόθετο.

Ζ.ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΑ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΑ (IUD)

Κλινικές παρατηρήσεις και έρευνες των τελευταίων 15 χρόνων με την ενδομήτρια αντισύλληψη οδήγησαν κυρίως το Δυτικό κόσμο, σε τρεις κατευθύνσεις.

1. Στη μειωμένη χρήση των μεγάλων και με μεγάλη επιφάνεια φαρμακολογικά ανενεργά ενδομήτρια σπειράματα της <<πρώτης γενιάς>>
2. Στην αυξανόμενη χρήση μικρών IUP από πλαστικό υλικό με βιο-

ενεργές προσθήκες για τη μείωση των ποσοστών αποτυχίας.

3. στην καλύτερευση της μορφής τους με σκοπό τη μείωση των παρενεργειών χωρίς να χάσουν την αντισυλληπτική τους ικανότητα.

Στο 1: η αονητική πείρα με τη χρήση των μεγάλων και με μεγάλη επιφάνεια IUP οδήγησαν στη σκέψη μιας μεγάλης διαφοράς της ενδομήτριας κοιλότητας σε άτομες και πολύτοκες. Κατά τον έμμηνο κύκλο προκύπτουν και λειτουργικές αλλαγές στο μέγεθος της ενδομήτριας κοιλότητας. Μείωση όμως του μεγέθους του δακτυλίου χωρίς ελάττωση της αντισυλληπτικής ικανότητας ήταν αδύνατη.

Στο 2: Την ανακάλυψη της αντισυλληπτικής δράσης του μεταλλικού χαλκού τη χρωστάμε στο ZIPPER και τους συνεργάτες του. Η δράση του χαλκού και ο μηχανισμός αποβολής του χαλκού έχουν ερευνηθεί αρκετά αλλά δεν έχουν τελείως εξηγηθεί. Όλα τα μοντέρνα IUD φέρουν χαλκό με διαφορετική επιφάνεια μεταξύ 200-400 μm^2 σε σπειρώματα τυλιγμένο στο κάθετο σκέλος και αποβάλλουν την μέρα 10-50 MG χαλκό στη μητρική κοιλότητα. Η πυκνότητα των ιόντων χαλκού στην κοιλότητα της μήτρας κυμαίνεται στα 100×10^{-4} MOL/L και είναι μεγαλύτερη τον πρώτο μήνα μετά την τοποθέτηση. Μόνο λίγα ιόντα χαλκού απορροφούνται, το μεγαλύτερο μέρος χάνεται με την περίοδο και τα υγρά της μήτρας. Με την αποβολή χαλκού επέρχεται και μία σιγανή διάβρωση που οδηγεί στην απώλεια της αντισυλληπτικής ασφάλειας του σπειρώματος.

Ο χαλκός λοιπόν αποτελεί απαραίτητο εξάρτημα των μοντέρνων IUD και πρέπει να προτιμούνται. Μεταξύ των IUD που περιέχουν ορμόνη μόνο το PROGESTASERT έφθασε σε κλινική εφαρμογή και αυτό για διάφορες αιτίες όπως ακανόνιστη αποβολή ορ-

μόνης, μικρός χρόνος παραμονής και υψηλές τιμές.

Ετο 3: Η χρησιμοποίηση του χαλκού έδωσε τη δυνατότητα στο να κατασκευαστούν μικρότερα IUD με μικρότερο ποσοστό επιτυχίας και να μειωθούν οι παρενέργειες ή να χρησιμοποιηθούν αυτά τα IUD σε άτοκες γυναίκες. Το 1972 άρχισε η χρήση του KUPFER-T και KUPFER 7 IUD. Νεώτερη εξέλιξη των IUD που περιέχουν χαλκό είναι το FINCOID 350 (Φινλανδία) και OMBRELLA 250 (Γαλλία).

Περιγραφή των χρησιμοποιούμενων IUD

Τα KUPFER-T θεωρούνται για πολλά χρόνια τα ιδανικά κατασκευασμένα με το λιγότερο ποσοστό εξώθησης και με τη μεγαλύτερη αντισυλληπτική δράση. Το πιο πολύ χρησιμοποιούμενο IUD στον κόσμο είναι το KUPFER-T με $200 \mu\text{m}^2$ επιφάνεια χαλκού.

Μειονέκτημα των T-IUD είναι το αιχμηρό τέλος στο οριζόντιο σκέλος διευκολύνοντας έτσι τη διάτρηση της μήτρας. Για αυτό το λόγο το NOVA-T είναι καλύτερο, ακόμα ο πυρήνας του αποτελείται από άργυρο έτσι μειώνεται η διάβρωσή του και μακραίνει ο χρόνος παραμονής του περισσότερο από 5 χρόνια. Με το MULTI-LOAD έχει επιτευχθεί η καλύτερη μορφή IUD. Τα κινητά οριζόντια σκέλη είναι ανεξάρτητα σε κινητικότητα με το κάθετο. Τα πλάγια σκέλη των MULTI-LOAD δεν ερεθίζουν τις γωνίες των σαλπίνγων και εξασκούν ελαφρότερη πίεση στα τοιχώματα της μήτρας. Ένα άλλο θετικό των MULTI-LOAD είναι η δυνατότητα τοποθέτησής τους στη μήτρα με το ένα χέρι και γι'

αυτό το λόγο οι ιατρογυναικείες διατρήσεις είναι σπάνιες.

Κατά την εξαγωγή τους ανάλογα με τη μορφή τους τα διάφορα IUD προκαλούν και διάφορες παρενέργειες. Όλα τα T-IUD και το NOVA-T είναι εύκολα στην εξαγωγή τους και δεν προκαλούν πόνο, ενώ στα MULTI-LOAD καμιά φορά κόβεται το νήμα

ή γυρίζουν προς τα πάνω ή κόβονται τα πλάγια σκέλη. Αυτά όμως αποφεύγονται εάν ευθειάσουμε τη μήτρα.

Προβλήματα

Άσχετα όμως με την εξέλιξη των IUD τα προβλήματα παραινόμενων τα ίδια και γι' αυτό μπορούμε να μιλάμε χωρίς να υπερβάλλουμε για STANDARD προβλήματα της μεθόδου.

Αιμορραγίες

Σχεδόν όλα τα IUD και αυτά με το χαλκό αυξάνουν τη μηνιαία απώλεια από 50-100% σε σχέση με πριν την τοποθέτηση. Η αύξηση αυτή διαρκεί το λιγότερο 6 μήνες και λιγοστεύει κατά το τέλος του πρώτου έτους μετά την τοποθέτηση. Αιμορραγίες με ή χωρίς πόνους είναι από τα πιο συχνά προβλήματα των γυναικών που φέρουν IUD. Μια συνεχής ροή αίματος στον κόλπο διευκολύνει την άνοδο παθογόνων μικροβίων και αυξάνει τον κίνδυνο μόλυνσης. Αιμορραγίες με IUD, αν αποκλεισθούν άλλες αιτίες όπως καρκίνος κ.α. πρέπει να θεραπευτούν με φάρμακα, ή να εξαχθεί το IUD.

Μολύνσεις

Οι μολύνσεις των γεννητικών οργάνων από το IUD δεν χαρακτηρίζονται από τον αριθμό αλλά από τη βαρύτητά τους. Ο κίνδυνος αυτός παρατείνεται μέχρι 1 χρόνο μετά την εξαγωγή του IUD. Γυναίκες κάτω των 25 ετών έχουν μεγαλύτερο ποσοστό μολύνσεων. Το IUD μετά από μια διάγνωση εξαρτηματίτιδας πρέπει να αφαιρείται και σε άτομες γυναίκες δεν πρέπει να ξανατοποθετείται.

Αυξημένο κίνδυνο μολύνσεων παρουσιάζουν οι γυναίκες που έχουν περισσότερους από έναν συντρόφους. Επειδή οι φλεγμονές της γεννητικής χώρας μπορεί να εξελιχθούν σε πολύ σοβαρές, αν αφεθούν χωρίς θεραπεία, πρέπει κάθε γυναίκα να χρη-

σιμοποιεί σπιράλ να ξέρει να διακρίνει τα προειδοποιητικά συμπτώματα, ώστε να μπορέσει να προφυλαχθεί ή να έχει την αναγκαία θεραπεία. Τα συμπτώματα αυτά είναι: πυρετός, κρούδες, πόνος στους μηρούς, στο υπογάστριο, υπερέκκριση κόσμων κολπικών υγρών, κηλίδες αίματος ή αιμορραγία ανάμεσα σε δυο περιόδους, υπερβολικό αίμα ή πήγματα αίματος στην περίοδο και καθυστέρηση της περιόδου ή απώλεια μιας περιόδου.

Εξωθήσεις

Αυτές εξαρτώνται από την ηλικία της γυναίκας, τον αριθμό των γεννήσεων, το μέρος τοποθέτησης, το χρόνο μετά την τοποθέτηση, από την πείρα του γιατρού που τοποθετεί καθώς και το είδος του IUD. Περίπου το 20% των 52 εξωθήσεων που συμβαίνουν περνούν απαρατήρητες. Το 1/3 των αποτυχιών προέρχονται από εξωθήσεις και αυτά που εξωθούνται συνήθως είναι τα MINI IUD.

Διατροήσεις

Διακρίνουμε τις ιατρογενείς διατροήσεις, αυτές δηλαδή που γίνονται κατά την τοποθέτηση και αυτές που συμβαίνουν μετά. Ιατρογενείς διατροήσεις με IUD που περιέχουν χαλκό είναι σπάνιες -μια σε 2.500 τοποθετήσεις.

Οι δευτεροπαθείς διατροήσεις είναι αποτέλεσμα μιας μερικής διάτρησης κατά την τοποθέτηση ή έγκλεισης του IUD στο ενδομήτριο ή μυομήτριο. Περίπου το 80-85% όλων των διατροήσεων είναι ολικές και το υπόλοιπο είναι μερικές <<διατροήσεις>> οι οποίες προξενούνται από ειδικές κινήσεις ή από συσπάσεις της μήτρας. Οι διατροήσεις είναι δύσκολο να διαγνωσθούν και γίνονται με υπερήχους ή ακτινογραφία και ανάλογα με το αποτέλεσμα αφαιρούνται χειρουργικά. Η εισαγωγή

στο νοσοκομείο είναι απαραίτητη.

Εγκυμοσύνες

Τα ενδομήτρια σπειράματα έχουν μια υψηλή αντισυλληπτική δράση και έρχονται στη σειρά σαν τη δεύτερη καλύτερη αντισυλληπτική μέθοδο μετά την από του στόματος αντισύλληψη. Το ποσοστό αποτυχίας τους κυμαίνεται από μια έως τρεις εγκυμοσύνες σε 100 έτη γυναικών. Για το μηχανισμό δράσης τους υπάρχουν πολλές υποθέσεις. Η επικρατέστερη είναι ότι το σπείραμα, αγγίζοντας το βλεννογόνο του ενδομητρίου σε διάφορα σημεία, τον ερεθίζει και εμποδίζει τη φυσιολογική του ανάπτυξη, έτσι ώστε το γονιμοποιημένο ωάριο να μη βρεί κατάλληλο σημείο να εγκατασταθεί. Επιπλέον, επιταχύνει τις περισταλτικές κινήσεις που ωθούν το ωάριο από τις σάλπιγγες στη μήτρα.

Έτσι το ωάριο φτάνει πολύ νωρίτερα στη μήτρα και ο βλεννογόνος δεν είναι ακόμα έτοιμος. Αυτή η θεωρία έχει αμφισβητηθεί και γίνονται μελέτες για να διαπιστωθεί εάν η παρουσία του IUD προξενεί ορμονικές μεταβολές που εμποδίζουν την ανάπτυξη του ωαρίου. Μια πολύ πρόσφατη θεωρία υποστηρίζει ότι το τοίχωμα της μήτρας αντιδρά στο IUD δημιουργώντας τεράστια λευκοκύτταρα του αίματος που, στην προσπάθειά τους να εξαφανίσουν το IUD, καταστρέφουν το ωάριο ή τα σπερματοζώαρια ή και τα δύο.

~~Μερικές γυναίκες ενοχλούνται από το γεγονός ότι η λειτουργία του σπειράματος δεν είναι εξακριβωμένη. Πολλές όμως το προτιμούν τόσο από το χάπι, που η δράση του επηρεάζει ολόκληρο τον οργανισμό, όσο και από άλλες μεθόδους που είναι λιγότερο ασφαλείς.~~

Ένα ενδομήτριο σπείραμα πρέπει να αφαιρείται σε μια ενδομήτρια κύηση 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 επαπειλούμενης αποβολής πρέπει να ενημερωθεί εγκαίρως να προσέχει για μια μητρογενή σήψη. Δεν έχει ακόμα διαπιστωθεί το να δημιουργούν ανωμαλίες στο έμβryo IUD με χαλκό. Παρ'όλα αυτά το IUD που αφαιρείται πρέπει να εξετάζεται μικροβιολογικά και αν υπάρχουν παθογόνα μικρόβια θα πρέπει να γίνεται διακοπή της κύησης εφόσον αυτή βρίσκεται στο πρώτο τρίμηνο. Σε μια έγκυο που φέρει ενδομήτριο σπείραμα υπάρχουν περισσότερες πιθανότητες να είναι έκτοπος η κύηση απ'ότι στις γυναίκες με χωρίς σπείραμα. Το ποσοστό έκτοπων κυήσεων σε ενδιμήτρια αντισύλληψη κυμαίνεται μεταξύ 0,8-3 ή 4% και δεν αυξάνεται με τον χρόνο παραμονής.

Αντενδείξεις

Απόλυτες αντενδείξεις: Μολύνσεις των γεννητικών οργάνων εξωμήτρια κύηση. Υποψία από εγκυμοσύνη, καρκίνο των γεννητικών οργάνων, ανωμαλίες της μήτρας, ινομυώματα μήτρας. Αιμορραγίες των γεννητικών οργάνων χωρίς ακριβή διάγνωση.

Σχετικές αντενδείξεις: ηλικία κάτω των 25 ετών, όποιες γυναίκες, αναιμία, βλάβες του συστήματος πήξεως του αίματος, στένωση τραχήλου, αλλεργία μετάλλου και σακχαρώδης διαβήτης.

IUD σε νεαρά άτομα

Επειδή η τοποθέτηση του ενδομήτριου σπείραματος είναι μια ιατρική πράξη σε μια υγιή γυναίκα θα πρέπει να γίνεται ενημέρωση για τους κινδύνους που διατρέχει σπ'αυτό. Και αυτό φυσικά αφορά περισσότερο τα νεαρά άτομα όταν μια ενδομήτρια αντισύλληψη θεωρείται απαραίτητη. Σε κοπέλες κάτω των

16 ετών ο γιατρός σφείλει να πάρει και τη συγκατάθεση των γονέων. Καλό θα είναι βέβαια τα νεαρά άτομα να μην χρησιμοποιούν αυτή τη μέθοδο για αντισύλληψη.

Τοποθέτηση IUD μετά την επαφή

Σε μια ελεύθερη σεξουαλική επαφή μπορούμε να τοποθετήσουμε το IUD μέχρι και 5 μέρες μετά και μάλιστα ιδιαίτερα σε γυναίκες που αντενδείκνυται η χορήγηση οιστρογόνων και γεσταγόνων. Μειονεκτήματα αυτού είναι η δυνατότητα της ανοδικής μόλυνσης και μάλιστα όταν αφοδίσια νοσήματα και κολπικές πολύνσεις δεν έχουν διαγνωσθεί.

Τοποθέτηση IUD μετά τον τοκετό και μετά από αποβολή

Η τοποθέτηση IUD μετά από αποβολή ή διακοπή της κύησης δεν μεγαλώνει τον κίνδυνο παρενεργειών. Σε αυτές τις περιπτώσεις η ενδομήτρια αντισύλληψη αποτελεί αξιόλογη μέθοδο. Η τοποθέτηση μετά τον τοκετό από τα χρησιμοποιούμενα σήμερα IUD βαρύνεται σε μεγάλο ποσοστό εξώθησης. Αυτό εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το χρόνο και το μέρος της τοποθέτησής του.

Αλλαγή IUD και χρόνος παραμονής του στη μήτρα

Ο χρόνος παραμονής των IUD που δεν περιέχουν χαλκό είναι απειρίοριστος 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 τοποθετήσουμε τα NOVA-T ή αυτά που τοποθετούνται κοντά στον πυθμένα όπως τα KUPFER-T 380 A. Η αλλαγή IUD μπορεί να γίνει αμέσως και χωρίς παρενέργειες.

Η. ΑΝΑΣΤΑΛΤΙΚΑ ΩΟΡΗΘΙΑΣ

Τα κοινά αντιουλληπτικά χάπια προλαβαίνουν την εγκυμοσύνη εμποδίζοντας την ανάπτυξη του ωαρίου μέσα στην ωοθήκη. Την πέμπτη ημέρα του κύκλου το χαμηλό ποσοστό των οιστρογόνων οδηγεί την υπόφυση να στείλει ένα ορμονικό μήνυμα που είναι υπεύθυνο για την ανάπτυξη του ωαρίου. Το χάπι παρέχει όσα συνθετικά οιστρογόνα χρειάζονται για να εμποδίσει την αποστολή αυτού του μηνύματος. Έτσι το μήνα που η γυναίκα παίρνει το χάπι οι ωοθήκες παραμένουν αδρανείς.

Η συνθετική προγεστερόνη χρησιμοποιείται με διαφορετικό τρόπο στα δυο κύρια είδη αντιουλληπτικών χαπών. Με το χάπι <<διαδοχής>> χορηγούνται για 15-16 ημέρες μόνο οιστρογόνα, και ύστερα για 5-6 ημέρες χορηγείται συνδυασμός προγεστερόνης και οιστρογόνων. Η λειτουργία αυτών των χαπιών είναι να εμποδίσουν την ανάπτυξη του ωαρίου μέσα στην ωοθήκη. Τα χάπια διαδοχής είναι λιγότερο αποτελεσματικά από τα χάπια συνδυασμού. Πρέπει να τα παίρνουμε την ίδια πάντα ώρα και βέβαια να μην ξεχάσουμε κανένα. Παρ'όλα αυτά το ποσοστό εγκυμοσύνης είναι αρκετά υψηλό (1,5%) γιατί τα οιστρογόνα που περιέχουν καιμιά φορά δεν επαρκούν για να εμποδιστεί η ανάπτυξη του ωαρίου.

Το χάπι συνδυασμού περιέχει συνδυασμό οιστρογόνων και προγεστερόνης που ποικίλλουν ανάλογα με τη μάρκα. Τα χάπια συνδυασμού είναι πιο αποτελεσματικά και προκαλούν χενικά λιγότερες παρενέργειες. Το ποσοστό αποτυχίας στα χάπια συνδυασμού είναι 0,5%. Υπάρχει περίπτωση μια γυναίκα να μείνει έγκυος εάν ξεχάσει να πάρει το χάπι για δύο ή περισσότερες διαδοχικά ημέρες, εάν τροποποιήσει τη διαδοχή των χαπιών, εάν δεν χρησιμοποιήσει ένα δεύτερο προληπτικό μέσο προφύλαξης

στη διάρκεια του πρώτου κύκλου και καμμία φορά εάν αλλάξει μάρακ αντισυλληπτικού χαπιού.

Χρόνος χρήσης

Οι απόψεις των γιατρών διχάζονται όσον αφορά τη διάρκεια λήψης του χαπιού χωρίς κίνδυνο. Ο γιατρός ROBERT KISTNER στο βιβλίο του <<THE PILL>> αναφέρει ότι <<το πρόβλημα της στειρότητας που μπορεί να συνοδεύει τη χρήση του χαπιού είναι αρκετά συχνό και πολλοί γιατροί συνιστούν στις νεώτερες γυναίκες να διακόπτουν το χάπι για σύντομα χρονικά διαστήματα>>. Συμβουλεύει λοιπόν τις γυναίκες να διακόπτουν το χάπι για τρεις-τέσσερις μήνες κάθε δυο χρόνια.

Η γιατρός ELIZABETH CONELL όμως έλεγε σε ένα σεμινάριο για τις αντισυλληπτικές μεθόδους (στην Ιατρική Σχολή της Ν. Υόρκης, το 1971) ότι μια γυναίκα μπορεί να παίρνει άφοβα το χάπι για τρία ή τέσσερα χρόνια, ακόμα και για δέκα ή και περισσότερα αρκεί να παρακολουθείται από το γιατρό της τακτικά.

Σήμερα οι περισσότεροι γιατροί συνιστούν τη διακοπή του χαπιού για έναν κύκλο κάθε 3-4 κύκλους. Θέλει όμως προσοχή γιατί οι πιθανότητες να μείνει μία γυναίκα έγκυος το διάστημα αυτό είναι πάρα πολύ μεγάλες γι' αυτό και θα πρέπει να αναζητηθεί μια άλλη μέθοδος αντισύλληψης αμέσως.

Αντενδείξεις

~~Το χάπι μπορεί να είναι επικίνδυνο για μερικές γυναίκες.~~
Ο γιατρός πρέπει να προσέχει και να γνωρίζει τις παρακάτω αντενδείξεις:

1. Κάθε ασθένεια που οφείλεται σε κακή κυκλοφορία του αίματος τόσο στην ίδια τη γυναίκα όσο και στους εξ αίματος συγγ-

γενείς της: αρτηριακή ή φλεβική εμβολή ή θρόμβωση, προχωρημένοι κισσοί, εμβολή των πνευμόνων, εγκεφαλική συμφόρηση, θρόμβωση του αμφιβληστροειδούς, καρδιοπάθεια ή καρδιακή ανεπάρκεια. Τα οιστρογόνα του χάπιού, όπως και τα οιστρογόνα του σώματος κατά την εγκυμοσύνη, μπορεί να αυξήσουν την πηκτικότητα του αίματος· έτσι μπορεί να αποσπαστούν θρόμβοι από τα αιμοφόρα αγγεία και να ανέβουν στην καρδιά στους πνεύμονες ή στον εγκέφαλο προκαλώντας το θάνατο. Ο κίνδυνος θρομβοεμβολής είναι εννέα φορές μεγαλύτερος σε γυναίκες που χρησιμοποιούν το χάπι και ακόμη μεγαλύτερος σ' αυτές που ταυτόχρονα καπνίζουν.

2. Ηπατίτιδα ή άλλες ασθένειες του ήπατος. Επειδή το ήπαρ είναι υπεύθυνο για το μεταβολισμό των οιστρογόνων και της προγεστερόνης οι γυναίκες που πάσχουν ή που στο παρελθόν έπασχαν από ηπατική νόσο δεν πρέπει να παίρνουν το χάπι.

3. Ανώμαλη αιμορραγία των γεννητικών οργάνων που δεν έχει διαγνωσθεί.

4. Καρκίνος του στήθους ή των γεννητικών οργάνων.

5. Στη διάρκεια του θηλασμού. Οι μητέρες που θηλάζουν δεν πρέπει να παίρνουν αντισυλληπτικά χάπια γιατί το χάπι έχει την τάση να περιορίζει το μητρικό γάλα και κυρίως γιατί υπάρχει περίπτωση να μεταβιβάζεται κάποιο ποσό οιστρογόνων στο γάλα.

Τρόπος λήψεως

Η έναρξη λήξεως των ανασταλτικών ωορρηξίας αρχίζει την 5η ημέρα από την αρχή της εμμήνου ρύσεως και συνεχίζεται με ένα χάπι κάθε μέρα επί 21 συνεχείς ημέρες. Η περίοδος έρχεται δύο έως τρεις ημέρες μετά τη λήψη και του τελευταίου δισκίου. Αφού περάσουν 7 ημέρες χωρίς να πάρει χάπι, την 8η αρχίζει πάλι να ξαναπαίρνει. Όταν τα χάπια λαμβάνονται με

αυτόν τον τρόπο τότε η περίοδος εμφανίζεται κάθε 28 ημέρες και κάθε μία νέα σειρά αρχίζει την ίδια ημέρα της εβδομάδος. Σήμερα κυκλοφορούν σε συσκευασία τέτοια ώστε δίπλα σε κάθε χάπι να έχει σημειωθεί το αρχικό γράμμα κάθε ημέρας της εβδομάδος, ώστε να μην ξεχνάει η γυναίκα αν πήρε ή όχι το χάπι. Μπορεί επίσης να παίρνει χάπι κάθε ημέρα χωρίς καμμία διακοπή, αλλά τότε διακόπτεται εντελώς η έμμηνος ρύσης.

Τα χάπια είναι καλλίτερα να τα παίρνει κάθε βράδυ ή κάθε πρωί την ίδια περίπου ώρα. Εάν ξεχάσει να πάρει χάπι την ώρα που έπρεπε μπορεί να πάρει την ώρα που το θυμήθηκε, τα πόσιμα όμως θα τα πάρει την κανονική ώρα. Εάν μια ημέρα ξεχάσει να πάρει χάπι, τότε θα συνεχίσει κανονικά την επομένη, χωρίς να πάρει δυο χάπια μαζί. Εάν κάνει εμετό μέσα σε δυο ώρες από τότε που πήρε το χάπι θα πρέπει να ξαναπάρει.

Όταν θέλει να σταματήσει τα χάπια είναι καλύτερα να εξαντλήσει όλη τη σειρά και μετά την έμμηνο ρύση να μην ξαναπάρει. Όταν σταματήσει τελείως τα χάπια η νέα χωρίς αντισυλληπτικά έμμηνος ρύση μπορεί να καθυστερήσει επί 2-3 εβδομάδες ή και περισσότερο. Η πιθανότητα να εμφανιστεί αιμηνόροια είναι πολύ μικρή. Από έρευνες που έγιναν στη Σουηδία για να εκτιμηθεί η συμμετοχή λήψεως των ανασταλτικών ωορρηξίας στην αιμηνόροια που παρουσιάζεται μετά τη διακοπή τους, βρέθηκε ότι το 56% από τις γυναίκες αυτές είχαν ανωμαλίες στην περίοδο πριν αρχίσουν να παίρνουν τα χάπια, 65% είχαν κάποια μέτρια ή σοβαρή ψυχική νόσο, 36% κάποιο πρόσφατο ψυχολογικό STRESS και 45% είχαν υποβληθεί σε δίαιτα πρόσφατα. Μόνο 8% δεν είχαν άλλη ένδειξη που να σχετίζεται με την αιμηνόροια. Πιστεύεται επομένως ότι δεν ευθύνεται αποκλειστικά η λήψη των ανασταλτικών της ωορρηξίας για

την αμηνόρροια που παρατηρείται μετά τη διακοπή τους.

Η γονιμότητα επανέρχεται αμέσως ώστε η γυναίκα μπορεί να μείνει έγκυος σε πολύ μικρό χρονικό διάστημα μετά τη διακοπή των ανασταλτικών της ωορρηξίας.

Παρενέργειες

Ελαφρές παρενέργειες των ανασταλτικών της ωορρηξίας

α) Ολιγομηνόρροια

Η πιο κοινή και συχνή παρενέργεια είναι η μείωση της ποσότητας και της διάρκειας της εμμήνου ρύσεως

β) Ναυτία

Παρουσιάζεται συνήθως απ' την αρχή του πρώτου μήνα της λήψεως των ανασταλτικών της ωορρηξίας. Αποφεύγεται όταν η γυναίκα παίρνει τα χάπια το βράδυ πριν κοιμηθεί. Καμμία φορά προκαλεί εμετούς που σφείλεται όπως και η ναυτία στα οιστρογόνα. Σ' αυτή την περίπτωση θα πρέπει να δοκιμάσει χάπια με μικρότερη δόση οιστρογόνων.

γ) Μεταβολικές διαταραχές

1. Προκαλούν μείωση της ανοχής γλυκόζης όπως συμβαίνει και στην εγκυμοσύνη, γι' αυτό πρέπει να χορηγούνται με ιδιαίτερη προσοχή σε γυναίκες με σακχαρώδη διαβήτη.

2. Επιδρούν στο μεταβολισμό της κορτιζόνης με αποτέλεσμα την κατακράτηση υγρών και την αύξηση της ορέξεως, ώστε τελικά αυξάνει το βάρος. Όσο πιο μικρή είναι η δόση των οιστρογόνων τόσο μικρότερη είναι η αύξηση του βάρους του σώματος.

Γι' αυτό στην αρχή της λήψεως πρέπει η γυναίκα να φροντίζει να μην παίρνει βάρος.

3. Επιδρούν στο μεταβολισμό ορισμένων βιταμινών. Αυξάνουν το επίπεδο της βιταμίνης Α που επανέρχεται σε φυσιολογικά επίπεδα 2-3 μήνες μετά τη διακοπή της λήψεως. Έτσι πι-

θανόν να συμβούν συγγενείς ανωμαλίες όταν επέλθει σύλληψη αμέσως μετά τη διακοπή της λήψεώς τους. Επιδρούν πιθανόν στο μεταβολισμό της βιταμίνης B₂ και προκαλούν μείωση αυτής. Επιπρεάζουν το μεταβολισμό της βιταμίνης B₆ και σ' αυτό αποδίδονται οι δερματικές και οι νευροψυχικές διαταραχές. Τέλος μειώνουν το επίπεδο της βιταμίνης B₁₂, αλλά δεν έχουν παρατηρηθεί αιματολογικές διαταραχές από τη μείωση αυτή.

δ) Αύξηση και ευαισθησία των μαστών

Δεν παρουσιάζεται πάντοτε και είναι φαινόμενο παροδικό

ε) 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 παιραιοθησία, με μεταβολή στην ομιλία ή στον τόνο των μυών πρέπει να διακόπτεται η λήψη τους αμέσως. Αυτό όμως είναι εξαιρετικά σπάνιο.

στ) Κατάθλιψη

Μπορεί να παρουσιασθεί σαν απλή κατάθλιψη με απώλεια του ενδιαφέροντος για σεξ μέχρι και αυτοκτονίας. Η κατάθλιψη αυτή οφείλεται πιθανόν στην επίδραση που έχουν τα ανασταλτικά της ωορρηξίας πάνω στο μεταβολισμό της τρυπτοφάνης, γι' αυτό ερευνάται η πιθανότητα αποκατάστασής με βιταμίνη B₆. Οποσδήποτε πρέπει να αποφεύγεται η χορήγηση τους σε γυναίκες που πάσχουν από μελαγχολία.

ζ) Μονιλίσση

Έχει παρατηρηθεί σε αυξημένη συχνότητα στις γυναίκες κατά την εγκυμοσύνη ή κατά τη λήψη των αντισυλληπτικών. Η θεραπεία μπορεί να γίνει συγχρόνως με τη λήψη των ανασταλτικών, αλλά μερικές φορές φαίνεται ότι είναι απαραίτητο να διακόψει τα χάπια και να τα συνεχίσει αφού πρώτα τελειώσει

τη θεραπεία της μονιλιάσεως.

η) Αλλαγές στο δέρμα

Είναι δυνατόν να παρουσιασθεί χλόασμα στο πρόσωπο ιδίως σε γυναίκες που ζουν σε θερμά κλίματα. Αντίθετα εάν υπάρχει ακμή αυτή βελτιώνεται σημαντικά πιθανόν από τη δράση των οιστρογόνων.

θ) Μείωση του γάλακτος.

Τα ανασταλτικά της ωορρηξίας προκαλούν μείωση του γάλακτος, αλλά δεν επηρεάζουν την ποιότητά του, ούτε υπάρχει κίνδυνος να μεταφερθούν με το γάλα στο παιδί, οι ορμόνες που υπάρχουν στο χάπι και να το βλάψουν. Όμως εάν θέλει να συνεχίσει να θηλάζει, τότε θα είναι καλύτερα να χρησιμοποιήσει για το διάστημα εκείνο κάποια άλλη μέθοδο αντισύλληψης.

ι) Αμηνόρροια

Εμφανίζεται με προοδευτική ελάττωση της ποσότητας της περιόδου και τελικά επέρχεται πλήρης διακοπή της εμμήνου ρύσεως. Σ' αυτή την περίπτωση χρειάζεται να αλλάξει το είδος των ανασταλτικών της ωορρηξίας με άλλο που να περιέχει μικρότερη ποσότητα οιστρογόνων.

Σοβαρές παρενέργειες των ανασταλτικών της ωορρηξίας

1) Θρομβοεμβολικά επεισόδια

Από το 1961 ανακοινώθηκε ότι τα ανασταλτικά της ωορρηξίας αυξάνουν την πιθανότητα φλεβικής θρομβώσεως, πνευμονικής εμβολής ή θρομβώσεως των εγκεφαλικών αρτηριών.

Πιστεύεται ότι αυτό οφείλεται σε αύξηση παραγόντων της πήξεως του αίματος, αλλά δεν υπάρχει απόλυτη συμφωνία για το ποιοί ακριβώς από αυτούς αυξάνονται. Φαίνεται ότι επιδρούν στο τοίχωμα των αγγείων και επιβραδύνουν την κυκλοφορία του αίματος αυξάνοντας έτσι και την πιθανότητα θρομβώσεως.

Η πιθανότητα θρομβώσεως έχει βρεθεί ότι αυξάνεται με την αύξηση της ηλικίας της γυναίκας. Γυναίκες πάνω από 35 ετών έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα. Η συχνότητα θρομβοεμβολικών επεισοδίων βρέθηκε ότι είναι ανεξάρτητη από το χρόνο λήψεως των αντιθρομβωτικών.

Ένας άλλος παράγοντας που φαίνεται να έχει πιο μεγάλη σχέση είναι η ποσότητα των οιστρογόνων. Έχει βρεθεί ότι όταν αυτή είναι υψηλή πάνω από 75 MG η συχνότητα θρομβώσεων είναι μεγαλύτερη, μειούται δε σημαντικά όταν τα οιστρογόνα είναι σε ποσότητα κάτω των 50 MG σε κάθε χάπι. Στην προσπάθεια μείωσης ή και εξαλείψεως της πιθανότητας θρομβώσεως κατασκευάζονται σε ευρεία κλίμακα χάπια με ποσότητα 30 MG. Έτσι είναι γενικά παραδεκτό ότι η λήψη τους πρέπει να αποφεύγεται.

α) Σε επικείμενη χειρουργική επέμβαση γιατί υπάρχει πιθανότητα 3-4 φορές μεγαλύτερη να συμβεί μετεγχειρητικά θρομβοφλεβίτιδα σε σχέση με γυναίκες παρόμοιας ηλικίας που δεν παίρνουν ανασταλτικά ωορρηξίας. Γι' αυτό καλό είναι να διακόπτεται η λήψη τους για 4-6 εβδομάδες πριν από την εγχείρηση

β) Όταν υπάρχει ατομικό ή κληρονομικό ιστορικό θρομβοφλεβίτιδας

γ) Εάν υπάρχει κάποια σοβαρή καρδιακή πάθηση

δ) Σε ορισμένες αιματολογικές παθήσεις, όπως λευχαιμία ή πολυερυθραιμία

ε) Σε περίπτωση καπνίσματος μεγάλης ποσότητας τσιγάρων, εφόσον δεν επιθυμεί να το μειώσει, όταν αρχίσει να παίρνει αντιθρομβωτικά

στ) Σε σημαντικές αλλοιώσεις των αγγείων και

ζ) σε σημαντικά αυξημένη τιμή λιπιδίων στο αίμα.

2. Ίκτερος

Τα οιστρογόνα πιστεύεται ότι επιδρούν στη λειτουργία του ήπατος και προκαλούν χολόσταση. Έτσι έχουν αναφερθεί περιπτώσεις ίκτερου σε γυναίκες που χρησιμοποιούσαν ανασταλτικά της ωορρηξίας. Ο ίκτερος συνήθως εμφανίζεται μέσα σε 10 έως 15 ημέρες από την έναρξη της λήψεώς τους. Συνιστάται να αποφεύγεται η χορήγησή τους σε γυναίκες που αναφέρουν στο ιστορικό τους ιδιοπαθή ίκτερο της εγκυμοσύνης ή χρόνιο ιδιοπαθή ίκτερο. Επίσης σε γυναίκες που έχουν περάσει πρόσφατα ηπατίτιδα πρέπει να βεβαιωθούμε ότι η ηπατική λειτουργία έχει αποκατασταθεί και μετά να χορηγηθούν ανασταλτικά της ωορρηξίας.

3. Υπέρταση

Τα ανασταλτικά της ωορρηξίας είναι δυνατόν να προκαλέσουν αύξηση της πίεσης. Έτσι θα πρέπει πριν από την λήψη τους να ελέγχεται η αρτηριακή πίεση, όπως επίσης και κατά τακτά χρονικά διαστήματα όσο γίνεται λήψη των αντισυλληπτικών. Εάν κατά τη διάρκεια της λήψεως η συστολική πίεση ανέλθει πάνω από 160 MM HG και η διαστολή πίεση ανέλθει πάνω από 105 MM HG τότε θα πρέπει να σταματήσει η χορήγηση ή τουλάχιστον να χρησιμοποιηθούν αντιυπερτασικά χάπια.

4. Καρκινογέννεση

Υπάρχει γενικά φόβος για την πιθανή επίδραση που έχουν τα ανασταλτικά ωορρηξίας στην ανάπτυξη κακοήθων νεοπλασιών του γεννητικού συστήματος. Αυτό γιατί πιστεύεται ότι η ορμονική εμπειρία κατά την αναπαραγωγική ηλικία επηρεάζει την πιθανότητα ανάπτυξεως κακοήθων νεοπλασιών. Δεν είναι όμως βέβαιο ότι αυτό συμβαίνει και με τη χορήγηση συνθετικών οιστρογόνων και προγεστερινοειδών. Πράγματι δεν έχει παρατηρηθεί

σημαντική αύξηση στην ανάπτυξη νεοπλασιών στη μήτρα ή στο μαστό σε γυναίκες που χρησιμοποιούν ανασταλτικά της ωορρηξίας. Προδρομικές έρευνες κυτταρολογικών εξετάσεων κατά Παπανικολάου σε γυναίκες που έπαιρναν ανασταλτικά της ωορρηξίας για μακρό χρονικό διάστημα δεν έδειξαν καμία προσθευτική μεταβολή της κατηγορίας κατά Παπανικολάου.

Πλεονεκτήματα

1. Σχεδόν απόλυτη προφύλαξη από ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη
2. Κανονικός μηνιαίος κύκλος (κάθε 28 ημέρες)
3. Λιγότερο αίμα στην περίοδο (κυρίως με το χάπι συνδυασμού)
4. Ανακούφιση από τη νευρική ένταση που προηγείται της περιόδου
5. Λιγότεροι ή καθόλου οδυνηροί σπασμοί κατά την περίοδο
6. Το χάπι οιστρογόνων περιορίζει ή εξαφανίζει την ακμή ακνέτων γυναικών.

Το χάπι φέρνει συχνά ένα αίσθημα ευεξίας και μεγαλύτερης απόλαυσης της σεξουαλικότητας επειδή δεν υπάρχει ο φόβος της εγκυμοσύνης.

Αποτελεσματικότητα

Τα ανασταλτικά της ωορρηξίας είναι η πλέον ασφαλής μέθοδος αντισύλληψης μετά από την αποχή ή τη στείρωση. Η αποτυχία τους υπολογίζεται σε 0,10 κυήσεις ανά 100 γυναίκες/έτη. Η αποτελεσματικότητά τους όμως σχετίζεται α' ενός με την ασφάλεια που παρέχει αυτό καθ'αυτό το ανασταλτικό

που είναι πολύ υψηλή και α'ετέρου με την υπευθυνότητα και την ικανότητα της γυναίκας που το χρησιμοποιεί. Φάρμακα που μπορεί να μειώσουν τη δραστηριότητα των ανασταλτικών της ωορρηξίας είναι, η αμπικιλίνη, διφαινυλοϋδατοντοΐνη, φαινοβαρβιτάλη, ριφαμπινίνη, στρεπτομυκίνη, αντιϊσταμινικά, φαι-

νυλοβουταζόνη, μεπροβαμάτη και μερλιά άλλα προεμιστικά.

Τέλος ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται στη χορήγηση ανασταλτικών στην εφηβική ηλικία. Πιστεύεται ότι η χορήγησή τους πρέπει να αρχίζει αφού επιδωθεί ο ρυθμός της εμμήνου ρύσεως και μετά πάροδο τουλάχιστο 1-2 χρόνων. Συνήθως αρχίζουμε με μεσαίες δόσεις και προχωρούμε στις κανονικές όταν οι πρόσκαιρες παρενέργειες παρέλθουν.

Τα ανασταλτικά της ωορρηξίας φαίνεται ότι παρέχουν πολύ ικανοποιητική προστασία από ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, Όπως και εκατομμύρια γυναίκες τα θεωρούν αποδεικτά για τη ρύθμιση της γονιμότητάς τους και στην πλειοψηφία τους δεν εμφανίζουν προβλήματα υγείας, οι βέβαιες ή πιθανές παρενέργειές τους συντελούν στην απόρριψή τους από πολλές γυναίκες.

1. ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ ΜΕΤΑ ΤΗ ΣΥΝΟΥΣΙΑ

Είναι μέθοδος αντισύλληψης η οποία εφαρμόζεται μετά τη συνουσία όταν υπάρχει πιθανότητα ότι αυτή θα καταλήξει σε γονιμοποίηση του ωαρίου και επομένως κύηση. Αυτή συνίσταται σε χορήγηση υψηλών δόσεων οιστρογόνων,

Τρόπος χορηγήσεως

Η δόση που πρέπει να γίνεται είναι 5 MG ETHINYLESTADIOL ή 50 MG DIETHYLSTRIBESTROL επί 4 συνεχείς ημέρες σε δισκία από το στόμα. Η χορήγηση πρέπει να γίνεται όσο το δυνατό νωρίτερα μετά τη συνουσία το πολύ σε 36 ώρες. Εάν περάσουν περισσότερες από 76 ώρες ή χορηγηθεί μικρότερη δόση οιστρογόνων τα αποτελέσματα είναι τα αποτελέσματα είναι αμφίβολα. Υπάρχουν ενδείξεις ότι η μέθοδος αποτυγχάνει όταν έχει ήδη γίνει εμφύτευση του ωαρίου.

Παρενέργειες

Η χρησιμοποίησή της δεν είναι ευρεία ώστε οι παρενέργειες έχουν διαπιστωθεί εξετάζοντας μικρό αριθμό γυναικών που τη χρησιμοποίησαν. Έτσι βρέθηκε ότι από τις 1942 γυναίκες που παρακολούθηθηκαν, οι μισές περίπου δεν παρουσίασαν κανένα ιδιαίτερο σύμπτωμα. Στις υπόλοιπες μισές παρουσιάστηκε ναυτία η διάρκεια της οποίας συνήθως δεν ξεπέρασε τις 24 ώρες. 12% περίπου παρουσίασαν καθυστέρηση στην περίοδο για μερικές ημέρες ενώ σε άλλες 12% η περίοδος είχε τη μορφή μηνόρραγίας και σε 9 γυναίκες η περίοδος δεν εμφανίστηκε για 6 μήνες. Εφόσον η μέθοδος αποτύχει και η γυναίκα μείνει έγκυος, τότε θα πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπ' όψη ότι υπάρχει κίνδυνος εμφάνισης συγγενών ανωμαλιών στο παιδί. Μια ακόμα σοβαρή παρενέργεια είναι ότι αυξάνεται η πιθανότητα εμφάνισης αδενώματος ή αδenoκαρκινώματος στον κόλπο ή τη μήτρα.

Αποτελεσματικότητα

Σε έρευνα που έγινε για να διαπιστωθεί η αποτελεσματικότητα της μετά τη συνουσία αντισύλληψης υπολογίστηκε ότι σε 400 γυναίκες που τη χρησιμοποίησαν θα συνέβαιναν περίπου 150-300 κυήσεις, ενώ με τη μέθοδο αυτή πραγματοποιήθηκαν μόνο 26 κυήσεις. Πιστεύεται ότι αν εφαρμόζεται σύντομα μετά τη συνουσία είναι δυνατόν να προστατεύσει αποτελεσματικά αυτό μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. Οπωσδήποτε όμως δεν θα πρέπει να χρησιμοποιείται παρά μόνο σπανίως σε περίπτωση μεγάλης ανάγκης.

ΙΑ. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΣΤΕΙΡΟΠΟΙΗΣΗ

Είναι μέθοδος αντισύλληψης μη αναστρέψιμη, μόνιμη, γι

αυτό όταν πραγματοποιούνται αποκλειστικά για αντισύλληψη θα πρέπει να γίνεται λεπτομερής πληροφόρηση του ενδιαφερόμενου ζευγαριού και εξήγηση των πλεονεκτημάτων της, αλλά και να τονίζεται το μειονέκτημα της μονιμότητάς της. Θα πρέπει δε να αφήνεται στο ζευγάρι αποκλειστικά να αποφασίσει ποιος από τους δύο θα υποστεί τη στειροποίηση.

Σύγκριση πλεονεκτημάτων και μειονεκτημάτων χειρουργικής στειροποίησης στον άνδρα και στη γυναίκα

- α) Η τεχνική για τη στειροποίηση του άνδρα έχει εξελιχθεί σε υψηλό ποσοστό και επίπεδο τελειότητας, ενώ για τη γυναίκα είναι εξελιγμένη ικανοποιητικά αλλά δεν έχει φθάσει σε σημείο τελειότητας
- β) Η απολίνωση του σπερματικού πόρου μπορεί να πραγματοποιηθεί από ένα γιατρό μόνο στα εξωτερικά ιατρεία ή ακόμα και από καλά εκπαιδευμένο βοηθητικό ιατρικό προσωπικό, ενώ η στειροποίηση στη γυναίκα απαιτεί ομάδα ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού απόλυτα εξειδικευμένου
- γ) Στον άνδρα γίνεται με τοπική αναισθησία ενώ στη γυναίκα απαιτείται γενική αναισθησία
- δ) Στον άνδρα απαιτείται ο μισός χρόνος από αυτόν που χρειάζεται για να πραγματοποιηθεί η στειροποίηση στη γυναίκα
- ε) Κίνδυνος ζωής δεν υπάρχει κατά τη χειρουργική στειροποίηση στον άνδρα ενώ στην γυναίκα υπάρχει έστω και αν είναι πολύ μικρός ~~1:10.000~~

- στ) Παρενέργειες μπορεί να παρουσιαστούν το ίδιο συχνά στον άνδρα και στη γυναίκα. Στους άνδρες παρουσιάζεται λοίμωξη τοπικά ή σχηματισμός αιματώματος το οποίο όμως απορροφάται από μόνο του. Πιο σπάνια μπορεί να εμφανισθούν επιδιδυμορχίτις, κοκκίωμα και ατροφία όρχεων. Στις γυναίκες παρουσιάζ-

ζονται παρενέργειες από την γενική αναισθησία, αλλά μπορεί και να εμφανιστεί τοπική λοίμωξη, αιμορραγία ή εμβολή, θρομβοφλεβίτιδα και αργότερα κήλη στο σημείο της εγχείρησης.

ζ) Η πιθανότητα αποτυχίας ή ιατρικού σφάλματος δεν διαφέρει στους άνδρες και στις γυναίκες. Ο άνδρας όμως δε γίνεται αμέσως μετά την επέμβαση στείρος και πολύ σπάνια δεν είναι πιθανόν να γίνει και αυτόματα επανασύνδεση του σπερματικού πόρου όταν η απολίνωση δεν έγινε καλά.

Ι. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΣΤΕΙΡΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΑΝΔΡΑ

Είναι απλή χειρουργική επέμβαση που συνήθως διαρκεί 10' και γίνεται με τοπική αναισθησία. Αυτή συνίσταται στην απολίνωση και τομή του σπερματικού πόρου. Δεν χρειάζεται ιδιαίτερη φροντίδα μετά την επέμβαση, αν δε η δουλειά του δεν είναι κουραστική μπορεί να τη συνεχίσει, διαφορετικά απαιτείται δυο ημερών αποχή από την εργασία του.

Είναι μη αναστρέψιμη μέθοδος. Έχει όμως αναφερθεί ότι 50% αυτών που μετάνοισαν και ήθελαν να κάνουν παιδί κατάφεραν να επιτύχουν αναστόμωση των σπερματικών πόρων έπειτα από χειρουργική επέμβαση. Η καθολική απουσία των σπερματοζωαρίων γίνεται έπειτα από 20-30 εisperματώσεις ή αφού περάσουν 3 μήνες από την απολίνωση. Μετά από 3-4 μήνες πρέπει να γίνεται έλεγχος σπέρματος για να εξετασθεί η τυχόν παρουσία σπερματοζωαρίων.

Ενδείξεις απολίνωσης σπερματικού πόρου

- α) Ανάγκη αντιούλληψης σε παντρεμένο άνδρα που υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να μεταδώσει σοβαρή κληρονομική ασθένεια.
- β) Όταν η γυναίκα έχει σοβαρό λόγο να αποφύγει την εγκυμοσύνη και δεν μπορεί να υποβληθεί σε στείρωση
- γ) Όταν το ζευγάρι έχει αρκετά παιδιά, έχει πάρει αμετάκλητη

απόφαση να μην κάνει παιδιά άλλα και ο άνδρας βρίσκει τις άλλες μεθόδους αντισύλληψης μη ικανοποιητικές.

Αντενδείξεις απολίνωσης σπερματικού πόρου

- α) Άνδρες οι οποίοι πιέστηκαν από τις γυναίκες τους ή που φαίνεται ότι έχουν ενδοιασμούς γι' αυτό που αποφάσισαν να κάνουν.
- β) Ανύπανδρους άντρες εκτός αν είναι βέβαιο ότι θα μεταδώσουν σοβαρό κληρονομικό νόσημα
- γ) Άντρες που ο γάμος τους δεν είναι ευτυχισμένος και σταθερός
- δ) Άνδρες που στο ιστορικό τους είχαν κάποια ψυχική πάθηση.

II. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΣΤΕΙΡΟΠΟΙΗΣΗ ΣΤΗ ΓΥΝΑΙΚΑ

Αυτή συνίσταται στη διατομή και απολίνωση των σαλπίγγων. Οι σάλπιγγες όμως βρίσκονται βαθειά μέσα στο σώμα. Κλασσική μέθοδος προσπέλασης των σαλπίγγων είναι η λαπαροτομία η οποία δεν απαιτεί και μεγάλη εξειδίκευση των γυναικολόγων. Αυτή γίνεται με τομή της κοιλιάς κοντά στον ομφαλό. Θεωρείται μεγάλη εγχείρηση. Είναι απαραίτητο να μείνει η γυναίκα μια εβδομάδα τουλάχιστον στο νοσοκομείο και αφήνει μια ουλή αρκετά εμφανή.

Άλλος τρόπος απολίνωσης των σαλπίγγων είναι η οπίσθια κολποτομή. Γίνεται μια τομή στον οπίσθιο θόλο του κόλπου και από εκεί γίνεται η απολίνωση των σαλπίγγων. Η επέμβαση δεν αφήνει καμμία ορατή ουλή και δεν είναι τόσο σοβαρή, αλλά θεωρείται εξαιρετικά δύσκολη από τεχνικής απόψεως.

Περισσότερο προσεχτή φαίνεται να είναι η ενδοσκοπική μέθοδος για την απολίνωση των σαλπίγγων αλλά είναι πολυδάπανη για να εφαρμοστεί σε ευρεία κλίμακα. Σύμφωνα με τη μέθοδο αυτή εισάγεται το λαπαροσκόπιο από μια πολύ μικρή τομή στον ομφαλό και αφού εντοπισθούν οι σάλπιγγες εισάγεται μια ηλεκτρο-

νική λαβίδα με την οποία καυτηριάζονται για να μην ενωθούν αργότερα μόνες τους και κόβονται οι σάλπιγγες.

Ενδείξεις στειροποίησης στις γυναίκες

- α) γυναίκες στις οποίες μια εγκυμοσύνη αποτελεί σοβαρό κίνδυνο για την υγεία ή και τη ζωή τους
- β) γυναίκες που μπορεί να μεταδώσουν σοβαρά κληρονομικά νοσήματα
- γ) γυναίκες που έχουν αποκτήσει παιδιά και επιθυμούν αλλά δεν θέλουν περισσότερα και δεν τις ικανοποιεί καμμία άλλη μέθοδος αντισύλληψης
- δ) γυναίκες διανοητικά καθυστερημένες που είναι ανίκανες να χρησιμοποιήσουν με επιτυχία κάποια άλλη μέθοδο αντισύλληψης.

Μειονεκτήματα στειροποίησης

Η στειροποίηση του άνδρα ή της γυναίκας είναι πολύ σίγουρη αντισυλληπτική μέθοδος, έχει όμως το μειονέκτημα της μη αναστρεψιμότητας. Γι' αυτό γίνεται προσπάθεια χωρίς επιτυχία τουλάχιστον προς το παρόν για να βρεθούν κατάλληλα υλικά που να αποφράσσουν τις σάλπιγγες και τους σπερματικούς πόρους, αλλά να επιτρέπουν την αποκατάσταση της διβατότητας μετά την αφαίρεσή τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ Ι

ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΑ ΠΟΥ ΚΥΚΛΟΦΟΡΟΥΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

1. Ανδρικά προφυλακτικά: πολλά είδη ξηρών ή με λιπαντικές ουσίες
2. Γυναικεία προφυλακτικά: διάφραγμα HOLLANDS-RANDOS (KOROMEX) 50-90 MM
3. Σπερματοκτόνα: υπόθετα (RANDELS, A-CEN 53)
4. Ενδομήτρια ελάσματα:

Όμιλος	Εμπορική ονομασία	Μέγεθος
SCHMID	SAF-T-COIL	33-5, 32-5, 25-5
ORTHO	LIPPES-LOOP GYNE T	A, B, C, D
ORGANON	MULTILOAD	
SEARLE	GRAVIGARD COPPER 7	

5. Ανασταλτικά της ωορρηξίας

Όμιλος	Εμπορική ονομασία	Οιστρογόνα (MG)	Προγεστερόνη (MG)
ORGANON	LYNDIOL	ETHINGLE STRADIOL 0,05	LYNESTRENOL 2,5
SEARLE	ENAVID	NORETHYNODREL 2,5	MESTRANOL 0,1
	OVULEN	ETHYNODIOL DIACETATE 1,0	MESTRANOL 0,1
	OVULEN-50	DYNETHENODIOL 0,1 & ETHINYLESTRADIOL 0,05	ETHINYLESTCADIOL 0,1
V YETH	OVRAL	ETHINYLESTRADIOL 0,05	NORGESTEL DL 0,5
	NORDIOL-21	ETHINYLESTRADIOL 0,05	NORGESTEL L 0,25
SOHE RING	ANOVLAR	ETHINYLESTRADIOL 0,05	NORETHISTERONE 0,4 ACETATE
	EUGYNON	ETHINYLESTRADIOL 0,05	NORGESTREL DA 0,3
	NEOGYNON	ETHINYLESTRADIOL 0,25	NORGESTEL L 0,25

ΠΙΝΑΚΑΣ ΙΙ

ΕΥΓΚΡΙΤΙΚΟΣ ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΙΘΑΝΩΝ ΑΙΤΙΩΝ ΘΑΝΑΤΟΥ ΣΕ 1 ΧΡΟΝΟ	ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΕΣ ΘΑΝΑΤΟΥ
-Κάπνισμα (1 πακέτο την ημέρα)	1 στις 200
-Οδήγηση αυτοκινήτου	1 στις 6000
-Αντιουλληπτική μέθοδος (χάπι)	
σε μη καπνίστριες	1 στις 65.000
σε καπνίστριες	1 στις 16.000
-Χρήση σπιράλ	1 στις 100.000
-Χρήση προφυλακτικών	καμμία
-Χρήση φυσικών μεθόδων	καμμία
Χειρουργικές επεμβάσεις στείρωσης	
-Συνένωση σαλπίνγων με λαπαροσκόπηση	1 στις 10.000
-Υστεροτομία	1 στις 1.600
-Αφαίρεση σπερμαγωγών	καμμία
Εγκυμοσύνη	
-σε εξέλιξη	1 στις 10.000
Διακοπή εγκυμοσύνης	
-παράνομη έκτρωση	1 στις 3.000
-νόμιμη έκτρωση	
πριν τις 9 εβδομάδες	1 στις 400.000
μεταξύ 9-12 εβδομάδων	1 στις 100.000
μεταξύ 13-16 εβδομάδων	1 στις 25.000
μετά την 16η εβδομάδα	1 στις 10.000

ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΟΙ ΠΡΟΟΔΟΙ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ

A. Αντισυλληπτικά για άνδρες

Τα αντισυλληπτικά για άνδρες για να θεωρηθούν επιτυχή θα πρέπει να είναι ασφαλή αναστρέψιμα, αποτελεσματικά και να μην επηρεάζουν τη σεξουαλική ικανότητα και ερωτική διάθεση των ανδρών. Γι' αυτό το σκοπό καταβλήθηκε προσπάθεια α) παρεμβάσεως στον έλεγχο της λειτουργίας των όρχεων από τις γοναδοτροφίνες, β) ανακαλύψεως φαρμάκων που παρεμποδίζουν την παραγωγή σπερματοζωαρίων δρώντας στο επιθήλιο των σπερματικών σωληναρίων και παρεμποδίζοντας της απόκτησης γονιμοποιητικής ικανότητας από τα ήδη παραχθέντα σπερματοζωάρια.

Μέχρι σήμερα έχουν δοκιμαστεί στεροειδή που παρεμποδίζουν την έκκριση της FSH και LH. Με αυτότον τρόπο καταπιέζεται η παραγωγή σπερματοζωαρίων, αλλά συγχρόνως μειώνεται και η σεξουαλική ικανότητα. Ενθαρρυντικά αποτελέσματα έχουν επιτευχθεί από την ταυτόχρονη λήψη προγεστερόνης και τεστοστερόνης, αλλά χρειάζονται ακόμη έρευνες πάνω στο θέμα. Ορισμένα σκευάσματα όπως η A-CHLORIDIN φαίνεται ότι επιδρούν στην επιδιδυμίδα παρεμποδίζοντας τα σπερματοζωάρια να αποκτήσουν γονιμοποιητική ικανότητα. Οι μέχρι σήμερα δοκιμές επιβεβαίωσαν την αποτελεσματικότητά τους. Η πιθανή όμως πρακτική εφαρμογή τους καθυστερεί γιατί έχουν τοξικές παρενέργειες. Φαίνεται ότι η χρησιμοποίηση φαρμακευτικών σκευασμάτων για την ανδρική αντισύλληψη βρίσκεται αρκετά μακριά μας.

Το βασικό εμπόδιο είναι ο φόβος μήπως επιφέρει μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας. Η αντίληψη γονιμότητα=ανδρισμός είναι ακόμα βαθειά ριζωμένη στους άνδρες.

B. Έρευνα για τα αντισυλληπτικά γυναικών

Το <<μίνι χάπι>> η διαρκής δηλαδή χορήγηση χαμηλής δό-

σης προγεστερόνης που θεωρείται ότι καθιστά το βλεννογόνο της μήτρας πολύ παχύ για να τον διαπεράσει το σπέρμα και ότι εμποδίζει την περαιτέρω ανάπτυξη του ενδομήτριου χιτώνα. Πολλές αιμορραγίες και άλλες αντενδείξεις κάνουν τη μέθοδο αυτή λιγότερο αποτελεσματική απ'ότι πίστευαν στην αρχή.

Κάψουλες που εμφυτεύονται υποδερμικά και περιέχουν προγεστερόνη που θα εισάγεται στην κυκλοφορία του αίματος από λίγη κάθε μέρα, έχοντας το ίδιο αποτέλεσμα με το μίνι χάπι.

Σπείραμα καλυμμένο με προγεστερόνη που θα συνδυάζει την αντισυλληπτική δράση και των δυο μεθόδων.

Κολπικός δακτύλιος με προγεστερόνη που θα εφαρμόζει, όπως ο περίγυρος του διαφράγματος. Ο δακτύλιος απελευθερώνει καθημερινά αρκετή προγεστερόνη ώστε να εμποδίζει την ωορρηξία. Αφαιρείται επτά ημέρες κάθε μήνα για να επιτρέψει την έμμηνο ρύση.

Μια ένεση (50 MG-MEDROXYPROGESTEROME ACETATE) κάθε τρεις μήνες για την αναστολή της ωορρηξίας. Ως παρενέργειες μπορεί να επιφέρει ακανόνιστες απώλειες αίματος, έλλειψη κανονικής περιόδου και το σημαντικότερο, αναβολή 12-21 μηνών της ωορρηξίας, εάν η γυναίκα αποφασίσει ότι επιθυμεί να μείνει έγκυος.

Προστανγλανδίνες: είναι χημικές ουσίες ανάλογες με τις ορμόνες που υπάρχουν στο ανδρικό σπέρμα (η ονομασία τους προέρχεται από τον προστάτη, που παράγει σπερματικό υγρό) και σε πολλούς σωματικούς ιστούς. Αυτές οι ουσίες προξενούν συσπάσεις της μήτρας και χρησιμοποιούνται πειραματικά για να επιφέρουν τον τοκετό και να προξενήσουν αποβολή. Ως μέθοδος ελέγχου των γεννήσεων θα εισάγονται στον οργανισμό με κολπικό υπόθετο ή ένεση, σε περίπτωση καθυστέρησης της περιόδου,

ή, ακόμα, διαπιστωμένης εγκυμοσύνης. Με τις συσπάσεις που προξενούν οι προσταγλανδίνες θα προκαλείται η επιμηνορυσία είτε η γυναίκα είναι έγκυος είτε όχι. Πρόκειται με άλλα λόγια για μίνι-έκτρωση.

Οι συνηθισμένες παρενέργειες είναι, τάση για εμετό, οδυνηρές συσπάσεις και διάρροια. Αυτές οι παρενέργειες βέβαια θα πρέπει να μειωθούν στο ελάχιστο προτού οι προσταγλανδίνες αρχίσουν να διατίθενται στο εμπόριο. Εφόσον μια γυναίκα φυσιολογικής γονιμότητας που δεν χρησιμοποιεί προφυλακτική μέθοδο έχει την τάση να συλλαμβάνει μια φορά κάθε 3-4 μήνες, κάθε γυναίκα που θα καταφεύγει στις προσταγλανδίνες σαν μέθοδο αντισύλληψης θα τις χρησιμοποιεί ελάχιστες φορές το χρόνο. Όλο το υπόλοιπο διάστημα το σώμα της θα λειτουργεί φυσιολογικά χωρίς φάρμακα ή άλλα αντισυλληπτικά μέσα. Ωστόσο, αυτή η μέθοδος, βρίσκεται ακόμα σε πειραματικό στάδιο και παρουσιάζει το βασικό μειονέκτημα ότι δεν θα εξασφαλίζει απόλυτα πως δεν θα παραμένουν υπολείματα της <<μίνι-έκτρωσης>> στη μήτρα με αρκετούς κινδύνους αιμορραγίας ή φλεγμονής.

Τα ενδομήτρια σπειράματα έχει αποδειχθεί ότι είναι αποτελεσματικά και πολύ χρήσιμα, για μεγάλες ομάδες πληθυσμού. Οι προσπάθειες για τη βελτίωσή τους στρέφονται

α)στη διευκόλυνση τοποθέτησής και μείωσης των ενοχλημάτων
~~από-τη-διάταση-της-μήτρας~~

β)στην παράταση της αποτελεσματικής χρησιμοποιήσεως και παραμονής τους στη μήτρα για όσο το δυνατό μακρότερο χρονικό διάστημα και

γ)στη μείωση της αυξημένης επιμήνου ρύσεως που προκαλούν

Έτσι βελτίωση φαίνεται ότι μπορούν να επιφέρουν, τροπο-

ποιήσεις της συστάσεως και του σχήματός τους, ο τρόπος αυτός με τον οποίο ο χαλκός καλύπτει το πλαστικό έλασμα, η ενσωμάτωση προγεστερόνης που θα απελευθερώνεται βραδύτατα και θα συντελεί στην αύξηση την αντισυλληπτικής τους αποτελεσματικότητας κ.λ.π.

Οι σπερματοκτόνες αλοιφές που περιέχουν την ουσία <<νοβοξινόλ>> καταστρέφουν τον ιό του έιτς. Έτσι μπορούν να συνδυαστούν περίφημα με το προφυλακτικό όχι μόνο για την αντισύλληψη, αλλά κυρίως για την προφύλαξη από το έιτς. Αυτά δήλωσε σε συνέντευξη τύπου ο καθηγητής της Α΄ Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής του Μαιευτηρίου <<Μαρίνα Ηλιάδη>> και Λάμπας. Ο κ.Λάμπας που είναι και πρόεδρος της νεοσύστατης ελληνικής εταιρείας της τεχνολογίας της Μαιευτικής και Γυναικολογίας, υπογράμμισε επίσης την επανάσταση στη μαιευτική και γυναικολογία τα τελευταία χρόνια. Ήδη είναι έτοιμη στο Κολοράντο συσκευή τσέπης, που μέσα σε δέκα δευτερόλεπτα προσδιορίζει την ωορρηξία και μάλιστα επτά ημέρες πριν, με βάση τις μεταβολές σάλιου ή της τραχηλικής βλέννας που οφείλεται σε ορμονικές μεταβολές.

Στον τομέα της αντισύλληψης μέχρι το 1990 θα γίνουν αληθινά θαύματα. Στη Φινλανδία χρησιμοποιούνται κάψουλες που τοποθετούνται ενδοδερμικά στο βραχίονα και απελευθερώνουν σταθερά και σταδιακά αντισυλληπτικές ουσίες που έχουν μικρά διάρκεια. Χρειάζεται μία κάψουλα κάθε χρόνο περίπου, ενώ γίνεται προσπάθεια να τοποθετείται μόνο μια κάψουλα κάθε 5 χρόνια.

B. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΤΕΙΡΟΤΗΤΑΣ

Ένα ζευγάρι χαρακτηρίζεται ως στείρο όταν δεν συμβαίνει σύλληψη μετά από ένα χρόνο κοινή συμβίωση. Η χρονική περίοδος είναι αυθαίρετη γιατί εξαρτάται από τη συχνότητα των σεξουαλικών επαφών, θεωρείται όμως σαν οδηγό σημείο για να αρχίσει εντατική διερεύνηση της αιτιολογίας της στειρότητας. Η στειρότητα μπορεί να είναι πρωτοπαθής. Δευτεροπαθής καλείται όταν αποδεδειγμένα έχει προηγηθεί γέννηση παιδιού ή αποβολή ή έκτρωση. Αυτή μπορεί να έχει συμβεί με τον ίδιο σύζυγο ή με άλλον άνδρα.

Από τα διαθέσιμα στοιχεία πιστεύεται ότι 10% των ζευγαριών είναι κατά μέσον όρο στείρα. Η συχνότητα κυμαίνεται στις διάφορες περιοχές της γης και στις διάφορες πληθυσμιακές ομάδες μιάς περιοχής. Αναφέρεται ότι στο Σουδάν και στο Καμερούν ποσοστό μέχρι και 40% των ζευγαριών είναι στείρα, κυρίως λόγω αφοροδίστων αλλά και άλλων τροπικών νοσημάτων. Σε έρευνα που έγινε στις Ινδίες το ποσοστό βρέθηκε 6-12%. Η συχνότητα της στειρότητας εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Οι κυριότεροι είναι:

α) κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες: Εκτός από την ηλικία η γονιμότητα εξαρτάται και από τη συχνότητα των σεξουαλικών σχέσεων που καθορίζεται ανάλογα με τα ήθη και έθιμα κάθε περιοχής και κοινωνίας. Η γονιμότητα π.χ. είναι μικρότερη σε γυναικείο πολυγαμικών οικογενειών. Οι κοινωνικοί και οικονομικοί παράγοντες ρυθμίζουν όμως γενικότερες συνθήκες διαβίωσης και διατροφής που ασφαλώς επηρεάζουν τη γονιμότητα.

β) Η συχνότητα της στειρότητας εξαρτάται σημαντικά από τον επιπολασμό των αφροδίσιων νοσημάτων. Γενικότερα πιστεύεται ότι τ 2/3 των στειρώσεων οφείλονται σε φλεγμονές της πυέλου και από αυτές 45% έχουν σαν αίτιο τη βλενόρροια. Τα αφροδίσια νοσήματα είναι εξαιρετικά συχνά στις αφρικανικές χώρες αλλά και στα κατώτερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα από έλλειψη διαφώτισης και θεραπευτικών μέσων.

γ) Άλλες παθήσεις που ευθύνονται για τη στειρότητα είναι οι ενδοκρινολογικές π.χ. παθήσεις του θυρεοειδούς, διαβήτη κ.λ.π.. Ο υψηλός επιπολασμός ορισμένων λοιμωδών νοσημάτων και ιδιαίτερα της φυματίωσης αυξάνει τη συχνότητα των στειρών ζευγαριών. Πολλές τροπικές ασθένειες π.χ. φιλαρίαση, λέπρα κ.λ.π. συμβάλλουν στη στειρότητα.

δ) Ορισμένοι περιβαλλοντικοί παράγοντες συμμετέχουν στη στειρότητα. Η αύξηση της ραδιενεργού και άλλων ακτινοβολιών είναι βέβαιο ότι συμμετέχει στην αύξηση της στειρότητας με την αύξηση της συχνότητας των αποβολών αλλά και με τη δημιουργία γενετικών ανωμαλιών. Τέλος συνεχώς τα τελευταία χρόνια εισέρχονται στη ζωή μας διάφορες χημικές ουσίες με κυτταροτοξική δράση που είναι δυνατόν να δημιουργήσουν παρόμοιες με την ακτινοβολία επιπτώσεις.

A. ΣΤΗ ΓΥΝΑΙΚΑ

1) Ανωμαλίες των ωοθηκών: Αυτές μπορεί να οφείλονται σε ενδοκρινολογικές ανωμαλίες ή άλλες βλάβες της υπόφυσης σε πρωτοπαθείς βλάβες των ωοθηκών, σε πρόωρη ωοθηκική ανεπάρκεια, σε πολυκυστική ωοθήκη κ.λ.π..

2) Ανωμαλίες των σαλπίγγων: Μπορεί να οφείλονται σε

φλεγμονές της πυέλου που οφείλονται σε βλενόρροια, φυματίωση, περιτονίτιδα, σκωλικοειδήτιδα και γενικότερα σε συμφύσεις από φλεγμονές που προηγήθηκαν ή σε χειρουργικές επεμβάσεις. Η ενδομητρίωση είναι δυνατό να προκαλέσει στειρώση. Πολλές φορές όμως καθαρά ψυχοσωματικές ανωμαλίες μπορεί να διαταράξουν τη λειτουργία των σαλπίγγων και να προκαλέσουν στειρώση. Τέλος συγγενείς ανωμαλίες, απλασίες και δυσπλασίες των σαλπίγγων μπορεί να είναι το αίτιο της στειρότητας.

3) Ανωμαλίες της μήτρας. Τα ινομυώματα και οι πολύποδες της μήτρας θεωρούνται σαν συχνό αίτιο στειρότητας. Φλεγμονές του ενδομητρίου μπορεί επίσης να είναι αίτια στειρώσεως, καθώς και διάφορες υπερπλασίες και υποπλασίες του ενδομητρίου, που είναι συχνές κυρίως όταν έχουν προηγηθεί εκτρώσεις.

4) Ανωμαλίες του τραχήλου της μήτρας. Η τραχηλική βλέννη έχει ουσιαστικό ρόλο στη γονιμοποίηση. Κάθε αλλοίωση της φυθυκοχημικής σύστασης μπορεί να αποτελέσει εμπόδιο στη σύλληψη. Κατάλληλη ορμονική θεραπεία μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα της τραχηλικής βλέννης. Η αλλοίωση της συστάσεως της μπορεί να οφείλεται σε μικροοργανισμούς. Η παρουσία στην τραχηλική βλέννη αντισωμάτων προς τα σπερματοζώαρια του συζύγου ή συντρόφου είναι επίσης συχνό αίτιο στειρότητας. Πολλές φορές η τραχηλική βλέννη μπορεί να υπολείπεται ή να λείπει τελείως όταν έχουν προηγηθεί εγχειρήσεις ή φλεγμονές που καταστρέφουν τους αδένες του τραχήλου. Τέλος το στόμιο του τραχήλου μπορεί να έχει αποφραχθεί ή να είναι πολύ στενό έπειτα από μία εγχείρηση.

5)Ανωμαλίες του κόλπου. Έντονες φλεγμονές του κόλπου είναι συχνές. Αυτές αλλοιώνουν τη σύστασή και την αντίδραση του κόλπου και δεν επιτρέπουν την επιβίωση των σπερματοζωαρίων. Άλλοτε για ψυχολογικούς κυρίως λόγους ο κόλπος συσπάται και δεν είναι δυνατή η είσοδος του πέους και η εναπόθεση του σπέρματος. Άλλοτε υπάρχει σαρκώδης παρθενικός υμένας που δεν επιτρέπει τη συνουσία, σπανίως δε ανευρίσκεται κάθετο ή επιμήκης διάφραγμα στον κόλπο που παρεμποδίζει τη συνουσία και γονιμοποίηση.

6)Ενδοκρινολογικές και μεταβολικές ανωμαλίες. Ο θυροειδής ενοχοποιείται συχνά σαν αίτιο στειρότητας, καθώς και ο σακχαρώδης διαβήτης και οι επινεφριδιακές ανωμαλίες. Αλλά και γενικότερες διαταραχές της θρέψεως, αναιμίες κ.λ.π. καθώς και πολλές γένικες συστηματικές παθήσεις είναι δυνατόν να προκαλέσουν στέρωση, χωρίς άμεση συμμετοχή των γεννητικών οργάνων.

7)Επανελλημένες αποβολές ή εκτρώσεις. Αποτελούν το συνηθέστερο αίτιο της δευτεροπαθούς εκτρώσεις γιατί προκαλούν φλεγμονές, ανεπάρκεια του τραχηλικού στομίου της μήτρας, ενδομητρίτιδα, και άλλες ανωμαλίες της μήτρας. Πολλές φορές μπορεί να είναι αποτέλεσμα ασυμβατότητας RHESUS ή άλλων γεννητικών ανωμαλιών.

Β. - ΣΤΟΝ ΑΝΔΡΑ

1)Ανωμαλίες του σπέρματος: Συνηθισμένη αιτία ανώμαλου σπέρματος είναι η προσβολή των όρχεων κατά την παιδική ηλικία από παρωτίτιδα. Η βλεννορροϊακή ορχίτις αποτελεί σημαντική αιτία στειρότητας. Το σπέρμα μπορεί να μην είναι γόνιμο

λόγω μικροβιοσπερμίας που προέρχεται από φλεγμονή του προστάτου ή των σπερματοδόχων κύστεων. Άλλοι συνηθισμένοι παράγοντες είναι η κερσοκήλη και η υδροκήλη. Η κερσοκήλη πιστεύεται ότι προκαλεί αύξηση της θερμοκρασίας των όρχεων που παρεμποδίζει τις σπερματογένεση. Πολλοί πιστεύουν ότι προκαλεί επίσης την επαναφορά των τοξικών ουσιών λόγω της κακής κυκλοφορίας. Μικρή ποσότητα και κακή ποιότητα σπέρματος προκαλεί η καθυστέρηση της καθόδου του όρχεος. Η καθυστέρηση εγχειρητικής επεμβάσεως σε κρυφορχία προκαλεί ατροφία του όρχεος. Κακή ποιότητα σπέρματος προκαλούν διάφορες γενικές παθήσεις π.χ. φυματίωση, λοιμώδης μονοπυρήνωση κ.λ.π. ασθένειες που αυξάνουν τη θερμοκρασία του σώματος, το έντονο STRESS, το κάπνισμα, η κατάχρηση οινοπνεύματος, γενικότεροι τραυματισμοί κ.λ.π..

2) Ανωμαλίες των εκφορητικών πόρων. Η απόφραξη της επιδιδυμίδας είναι συχνή μετά από βλενόρροια και φυματίωση. Είναι δυνατόν όμως να είναι το αποτέλεσμα τοπικών τραυματισμών ή εγχειρήσεως βουβωνοκήλης. Τέλος αναφέρονται σπανιότερες περιπτώσεις σύγγενους ελλείψεως σπερματοδόχων κύστεων και σπερματικών πόρων. Έτσι ενώ υπάρχει δυνατότητα παραγωγής φυσιολογικού σπέρματος αυτό δεν είναι δυνατό να διοχετευθεί.

3) Αδυναμία τοποθετήσεως του σπέρματος. Το σπέρμα δεν είναι δυνατόν να διοχετευθεί και να τοποθετηθεί στον κόλπο όταν η εκσπερμάτιση είναι πρόωγη ή παλίνδρομη. Συχνό αίτιο στειρότητας είναι σοβαρές μορφές υποσπαδιών ή επισπαδιών και κάποιες μορφές φίμωσης. Πολλές φορές η αδυναμία εκσπερμάτωσης είναι αποτέλεσμα οργανικής ή ακόμα συνηθέστερα ψυχοσωματικής ανικανότητας και συναισθηματικής υπερφορτώσεως.

4) Σπανιότερα η στειρώση στον άνδρα οφείλεται σε γενετικές, χρωματοσωματικές ανωμαλίες.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Σωστή διάγνωση γίνεται μόνο εφόσον εξετασθούν τόσο ο άνδρας όσο και η γυναίκα. Θα πρέπει να ληφθεί λεπτομερές ιστορικό και από τους δύο. Κάθε λεπτομέρεια σχετικά με την κατάσταση υγείας και τις αρρώστιες που πέρασε μέχρι σήμερα καθένας από το ζευγάρι έχει μεγάλη σημασία. Στη συνέχεια θα ληφθεί ιστορικό της σεξουαλικής ζωής καθ' ενός ξεχωριστά αλλά και των δύο μαζί. Το αν θα εξετασθούν και οι δύο μαζί ή ο καθένας ξεχωριστά είναι θέμα του γιατρού.

Διάγνωση στειρότητας στη γυναίκα

Πολλές πληροφορίες θα προσφέρει η λήψη λεπτομερούς ιστορικού υγείας. Ιστορικό φυματίωσης και πιο ειδικά φυματίωσης περιτονίτιδα ή περιτονίτιδα από οποιαδήποτε φλεγμονή, εγχείρηση ή τραυματισμός στην πύελο, θα μας οδηγήσει πιο γρήγορα στην αποκάλυψη ανωμαλίας στις σάλπιγγες. Το ίδιο ισχύει για τη λήψη γυναικολογικού και μαιευτικού ιστορικού. Μ' αυτό θα εντοπίσουμε τυχόν ανωμαλίες της περιόδου ή ιστορικό εκτρώσεων ή επνανθειλημένων αποβολών κ.λ.π..

Ακολουθεί η γενική φυσική κατάσταση της γυναίκας που θα μας αποκαλύψει τη γενικότερη κατάσταση της γυναίκας αλλά και τη γενικότερη ύπαρξη ενδοκρινολογικών ανωμαλιών των γεννητι-

κών ή άλλων αδένων. Η ιατρική εξέταση ολοκληρώνεται με συστηματική γυναικολογική εξέταση που θα μας βοηθήσει στη διάγνωση ανωμαλιών ή φλεγμονών των εξωτερικών γεννητικών οργάνων, του κόλπου του τραχήλου της μήτρας των άλλων γεννητικών οργάνων.

Η φυσική εξέταση θα πρέπει να συμπληρωθεί με εργαστη-

ριακές εξετάσεις ανάλογα με την προκαταρκτική εντύπωση και τα ευρήματα από τη μέχρι στιγμής κειμένη έρευνα.

Απαραίτητο συμπλήρωμα είναι ο έλεγχος της διαβατότητας των σαλπίνγων ο οποίος μπορεί να γίνει με εμφύσηση των σαλπίνγων ή υστεροσαλπιγγογραφία.

Απαραίτητο επίσης τμήμα της διαγνωστικής προσπάθειας είναι η ανίχνευση της ωορρηξίας. Η ενδομήτριος βιοψία συνιστάται όχι μόνο για την ανίχνευση της ωορρηξίας αλλά συγχρόνως και για τη διάγνωση φλεγμονής του ενδομητρίου καθώς και για τη διάγνωση νεοπλασίας.

Σε ένα στείρο ζευγάρι πρέπει οπωσδήποτε να γίνεται η δοκιμασία SIMS-HÜHNER. 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. Μετά από αποχή του ζεύγους επί 72 τουλάχιστον ώρες και μετά σεξουαλική επαφή λαμβάνεται τραχηλική βλέννη και ελέγχεται η ποιότητά της, και συγχρόνως εξετάζεται στο μικροσκόπιο για την ανεύρεση και εκτίμηση του αριθμού και της κινητικότητας των σπερματοζωαρίων.

Διάγνωση στειρότητας στον άνδρα

Έπειτα από τη λήψη λεπτομερούς ιστορικού και φυσικής εξέτασης επιβάλλεται η εργαστηριακή εξέταση του σπέρματος.

Φυσιικοί χαρακτήρες.

Όγκος: Ο όγκος του φυσιολογικού εκσπερτίσματος είναι 2-5ML. Διαπίστωση μεγάλου όγκου σε άνδρες με ολιγοσπερμία είναι κακό προγνωστικό σημείο γιατί γίνεται μεγάλη αραιώση των σπερματοζωαρίων.

Χροιά-όψη: Η χροιά είναι γαλακτώχρη και όψη του φυσιολογι-

κού σπέρματος ελαφρά οπαλίζουσα.

Πήξη: Το σπέρμα κατά την εκσπερμάτωση έχει υγρή μορφή. Πήζει όμως γρήγορα. Όταν υπάρχει συγγενής ανωμαλία των σπερματικών πόρων και των σπερματοδόχων κύστεων τότε δεν πήζει.

Γλοιότητα: Φυσιολογική χαρακτηρίζεται η γλοιότητα όταν μετά τη ρευστοποίηση είναι δυνατή η απόχευση του σπέρματος από δοχείο συλλογής κατά σταγόνες.

Αντίδραση: Το pH φυσιολογικά κυμαίνεται από 6,9-7,6 και κυρίως 7,1-7,4. Τα σπερματοζώαρια σε όξινο περιβάλλον ακινητοποιείται.

ΜΙΚΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Αριθμός για να θεωρηθεί ένα σπέρμα γόνιμο πρέπει να περιέχει τουλάχιστον 20 εκατομμύρια σπερματοζώαρια/ML

κ Κινητικότητα: Τα σπερματοζώαρια χαρακτηρίζονται ως ζωηρά κινούμενα, 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%.

Μορφολογία: Γόνιμο χαρακτηρίζεται ένα σπέρμα το οποίο περιέχουν τουλάχιστον 60% φυσιολογικά στη μορφολογία σπερματοζώαρια.

ΧΗΜΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Προσδιορισμός της φρουκτόζης του σπέρματος. Η φρουκτόζη παράγεται κυρίως στις σπερματοδόχους κύστες και συμβάλλει στο μεταβολισμό των σπερματοζωαρίων. Ο προσδιορισμός της πρέπει να γίνεται 1 ώρα έπειτα από την εκσπερμάτιση. Ο φυσιολογικός τιμές κυμαίνονται από 100±250 MG/100ML.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΕΙΡΟΤΗΤΑΣ

Η γενική κατάσταση της υγείας και η διατροφή πρέπει να βελτιωθούν και οι τυχόν γενικές ανωμαλίες και φλεγμονώδης παθήσεις να βελτιωθούν και να θεραπευθούν. Στη συνέχεια θα αρχίσει η ειδική θεραπεία των αιτίων. Στη γυναίκα ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να δοθεί για τη ρύθμιση των ενδοκρινολογικών ανεπαρειών και των ανωμαλιών του κύκλου.

Όταν υπάρχουν ανωμαλίες των σαλπίνγων, οι εμφυσώσεις μπορεί να βοηθήσουν σημαντικά. Επί αποτυχίας επιχειρείται χειρουργική σαλπινγγόλυση που η επιτυχία της ανέρχεται σε 37-66%. Εάν αποτύχουν η μόνη πιθανότητα παρακάμφσεως της απόφραξης παραμένει η γονιμοποίηση του ωαρίου σε σωληνάριο και η εμφύτευσή του εμβρύου, που προέρχεται από τη γονιμοποίηση του ωαρίου, στο ενδομήτριο.

Η θεραπεία των ανωμαλιών της μήτρας, του τραχήλου του κόλπου είναι πιο εύκολες. Η στειρότητα αντιμετωπίζεται με επιτυχία 67-100% μετά από χειρουργική διόρθωση δίκερης μήτρας, 40-50% μετά χειρουργική λύση ενδομητρίων συμφύσεων και 50% μετά εξαίρεση ινομυωμάτων της μήτρας.

Η χορήγηση κατάλληλης ορμονικής θεραπείας βελτιώνει την ποιότητα της τραχηλικής βλέννης και της ανωμαλίες άλλων εκκρίσεων. Η περίδεση του τραχήλου ακολουθείται από επιτυχή εγκυμοσύνη σε ποσοστό μέχρι 70-80%.

Αιτιολογική θα πρέπει να είναι η θεραπεία όταν αιτία της στειρότητας του ζευγαριού είναι ο άνδρας. Η ορμονική θεραπεία πρέπει να γίνεται με πολλή προσοχή από ειδικούς γιατρούς. Η θεραπεία των φλεγμονωδών και γενικών καταστάσεων είναι δυνατόν να μας δώσει καλά αποτελέσματα.

ΠΡΟΛΗΨΗ ΣΤΕΙΡΟΤΗΤΑΣ

1) Υγιεινονομική εκπαίδευση και διαφώτιση.

Θα συμβάλλει στην ανύψωση της γενικής υγείας. Η τήρηση των κανόνων ατομικής υγιεινής θα βελτιώσει την ανάπτυξη του ατόμου και θα αποφευχθούν πολλά λοιμώδη νοσήματα. Τα αφροδίσια θα μειωθούν μόνο με κατάλληλη υγιεινονομική διαφώτιση με κάθε μέσον και σε πολλές πληθυσμιακές ομάδες. Τέλος η σεξουαλική διαφώτιση από τη μαθητική ηλικία θα οδηγήσει στην αυτογνωσία και στην αποφυγή πολλών παθολογικών και κυρίως ψυχολογικών καταστάσεων.

2) Πρόληψη και θεραπεία λοιμωδών νοσημάτων

Εκτός από τα αφροδίσια νοσήματα η πρόληψη και η έγκαιρη θεραπεία της φυματίωσης θα μειώσει τη συχνότητα αποφράξεως των σαλπίνγων και των εκφορητικών κόρων του άνδρα. Ακόμα η εφαρμογή του εμβολίου κατά της παρωτίτιδας, της ερυθράς και άλλων λοιμωδών νοσημάτων εντάσσεται στα μέτρα αντιμετώπισης της στειρότητας.

3) Βελτίωση διατροφής και αιματολογικών ανωμαλιών.

Η υγιεινή διατροφή και η έγκαιρη χορήγηση των απαραίτητων στοιχείων που πιθανόν λείπουν από το τοπικό περιβάλλον θα μειώσει τη στειρότητα από σακχαρώδη διαβήτη, βρογχοκήλη, αναιμία κ.λ.π..

4) Φυσιολογική σεξουαλική ζωή μέχρι το γάμο.

Η εφαρμογή αντιουλήψεως μέχρι το γάμο θα αποτρέψει την προσφυγή σε εκτρώσεις ή άλλες γυναικολογικές επεμβάσεις που θα δυσκολέψουν αργότερα τη σύλληψη.

5) Έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία.

Γενικά πιστεύεται ότι στο 80% των ζευγαριών η σύλληψη

συμβαίνει μέσα σε ένα χρόνο, ενώ σε 18 μήνες μετά το γάμο η σύλληψη έρχεται σε 90% των ζευγαριών που δεν εφαρμόζουν αντισύλληψη. Γι' αυτό συνιστάται η συμβουλευτική επίσκεψη στο γιατρό όταν δεν υπάρχει σύλληψη μετά από ένα χρόνο έγγαμου βίου. Η έγκαιρη προσφυγή στο γιατρό μπορεί με μεγαλύτερη πιθανότητα να φέρει την επιτυχία.

6) Τέλος η βελτίωση της μαιευτικής παρακολούθησης θα συμβάλει ουσιαστικά στη μείωση της δευτεροπαθούς στειρότητας.

ΤΕΧΝΗΤΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ

Ενδείξεις τεχνητής γονιμοποίησης με σπέρμα του συζύγου αποτελούν:

- 1) Ανικανότητα
- 2) Ανατομικές ανωμαλίες του συζύγου
- 3) Ολιγοσπερμία
- 4) Ανατομικές ανωμαλίες της συζύγου
- 5) Μακρά απουσία του συζύγου, απολίνωση των σπερματικών πόρων, ακτινοθεραπεία.

Ενδείξεις τεχνητής γονιμοποίησης με σπέρμα υγιούς δότη αποτελούν:

- 1) Απουσία ζώντων σπερματοζωαρίων κατά την εκσπερμάτιση.
- 2) Γενετικοί παράγοντες.
- 3) Σοβαρή ασυμβατότητα RHESUS.

ΤΕΧΝΙΚΗ ΤΗΣ ΤΕΧΝΗΤΗΣ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ

Σε μη ειδικά κέντρα το σπέρμα μπορεί να τοποθετηθεί βαθιά στον κόλπο γύρω από το εξωτερικό στόμιο της μήτρας ή μέσα στο στόμιο του τραχήλου της μήτρας. Σε ειδικά κέντρα το σπέρμα τοποθετείται μέσα στην κοιλότητα της μήτρας ή και στις σάλπιγγες. Εφόσον θα γίνει η τοποθέτηση η γυναίκα θα πρέπει

να παραμείνει ξαπλωμένη αρκετές ώρες.

Η τεχνητή γονιμοποίηση πρέπει να γίνει κατά την ώρα της ωορρηξίας ή λίγο πριν. Είναι δυνατό με ορμονικά παρασκευάσματα να προκληθεί ωορρηξία σε χρόνο γνωστό εκ των προτέρων και τότε αρκεί μία φορά να τοποθετηθεί το σπέρμα διαφορετικά πρέπει να εφαρμοσθούν 2 μέχρι 10 τοποθετήσεις.

Είναι προτιμότερο να χρησιμοποιείται φρέσκο σπέρμα παρά συντηρημένο με το οποίο η αποτυχία είναι πιο συχνή. Πριν γίνει η τεχνητή γονιμοποίηση με σπέρμα υγιούς δότη, θα πρέπει προηγουμένως ο γιατρός να είναι σίγουρος ότι και οι δύο σύζυγοι αποφασίζουν με τη θέλησή τους, χωρίς πίεση από οποιοδήποτε άλλο άτομο ή κατάσταση και ότι προτιμούν την τεχνητή γονιμοποίηση από την υιοθεσία, ότι είναι ώριμοι και σωστά τοποθετημένοι σ' αυτή τους την απόφαση.

Ένα αρκετό σοβαρό θέμα είναι η ανεύρεση του κατάλληλου δότη σπέρματος. Ο δότης θα πρέπει να είναι άτομο πάνω από 25 ετών ενώ η νυνώτερη παραδεκτική ηλικία είναι 35 ετών. Μετά την εκλογή ο δότης θα πρέπει να υποβληθεί σε πλήρη ιατρικό έλεγχο. Το σπέρμα θα πρέπει να είναι υψηλής ποιότητας απαλλαγμένο από μικροοργανισμούς. Καλό θα είναι να χρησιμοποιείται δότης που να μοιάζει κατά το δυνατό γενετικά και μορφολογικά με το σύζυγο. Εάν ένα ζευγάρι επιθυμεί περισσότερα από ένα παιδιά με τεχνητή γονιμοποίηση είναι προτιμότερο να χρησιμοποιείται ο ίδιος δότης.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 6

ΑΦΡΟΔΙΔΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Είναι νοσήματα που μεταδίδονται από άτομο σε άτομο κατά τη σεξουαλική επαφή. Μερικά από αυτά μπορούν να μεταδοθούν με απλή σωματική επαφή ενώ άλλα χρειάζονται πλήρη και στενή σεξουαλική σχέση.

Κατά τα τελευταία χρόνια έχει παρατηρηθεί έξαρση των αφροδισίων νοσημάτων. Τα αίτια αυτής της αύξησης έχουν σχέση με κοινωνικούς και βιολογικούς παράγοντες. Έτσι η έντονη σεξουαλική δραστηριότητα κυρίως των νεαρών ατόμων, η έλλειψη φόβου και η άγνοια για τα αφροδίσια νοσήματα, η πορνεία και οι εφήμερες ερωτικές σχέσεις, η ομοφυλοφιλία και η χρησιμοποίηση των από του στόματος αντισυλληπτικών είναι από τους σπουδαιότερους κοινωνικούς λόγους. Στα βιολογικά αίτια περιλαμβάνεται η έλλειψη ανοσίας, η μεγάλη μεταδοτικότητα που έχουν, ο βραχύς χρόνος επώασης και κυρίως για το γονόκκοο η ανθεκτικότητα και η ασυμπτωματική λοίμωξη που προκαλεί στις γυναίκες.

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. Ένα σημαντικό βήμα θα μπορούσε να γίνει αν όλα τα εργαστήρια ανέφεραν τουλάχιστον τις θετικές δοκιμές για τη σύφιλη.

Σημαντική βοήθεια στην αντιμετώπιση αυτών των νοσημά-

των θα δώσει η δημιουργία καλά οργανωμένων κέντρων υγείας και οικογενειακού προγραμματισμού, όπου να μπορούν να κατευθύνονται οι άνθρωποι σωστά για διάγνωση και θεραπεία.

Πρωταρχικής σημασίας παράγοντας είναι και η εκπαίδευση του προσωπικού σε όλα τα επίπεδα. Σ' αυτή θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στις διαγνωστικές και θεραπευτικές μεθόδους, αλλά επίσης στην επιδημιολογία των νοσημάτων αυτών και στην ανθρώπινη σεξουαλική συμπεριφορά κ.λ.π..

Μεγάλη σημασία έχει επίσης η πρόληψή τους που μπορεί να πραγματοποιηθεί καλλίτερα με την ενημέρωση και υγιεινομική επιμόρφωση όλων των ανθρώπων και προ πάντων των νέων. Η άγνοια ή ο φόβος είναι ο μεγαλύτερος κίνδυνος για τη διασπορά των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων. Κανένας δεν πρέπει να αισθάνεται ντροπή ή φόβο έχοντας κάποιο τέτοιο νόσημα. Θεραπεία υπάρχει αποτελεσματική αρκεί να γίνει γρήγορα.

Μπορεί κανείς μόνος του να προστατεύσει τον εαυτό του από μία πιθανή λοίμωξη εάν:

α) όταν έχει σεξουαλικές σχέσεις με κάποιον που δεν γνωρίζει καλά χρησιμοποιεί προφυλακτικό.

β) μετά την επαφή πλένει τα γεννητικά όργανα με νερό και σαπούνι.

γ) Εάν διαπιστώνει κάποιο σύμπτωμα να πάει αμέσως στο γιατρό προτρέποντας και το σύντροφό του να κάνει το ίδιο

δ) Η πιθανότητα να προσβληθεί κανείς από ένα σεξουαλικό νόσημα μειώνεται σημαντικά με την ύπαρξη μόνιμου ερωτικού συντρόφου.

ΚΥΡΙΟΤΕΡΑ ΑΦΡΟΔΙΣΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

A. ΣΥΦΙΛΗ

Αίτιο της νόσου αυτής είναι η ωχρά σπειροχαΐτη. Μεταδίδεται κυρίως από άτομο που πάσχει από τη νόσο κατά τη συνουσία με την απαραίτητη προϋπόθεση να υπάρχει λύση της συνέχειας του δέρματος ή των βλεννογόνων. Μπορεί όμως να μεταδοθεί και με άμεση επαφή π.χ. φέλημα ή σπανιότερα με τη χρησιμοποίηση αντικειμένων ατόμου που πάσχει από σύφιλη. Παρουσιάζει 3 στάδια εξέλιξης: την πρωτογόνο, τη δευτερογόνο και την τριτογόνο σύφιλη.

Πρωτογόνος_σύφιλη

Εκδηλώνεται 3 εβδομάδες μετά τη μόλυνση και βασικό της σύμπτωμα είναι το έλκος ενοφθαλμισμού που σχηματίζεται στο σημείο εισόδου της σπειροχαΐτης. Συνήθως εντοπίζεται στα γεννητικά όργανα και πιο σπάνια σε άλλα μέρη του σώματος όπως χείλη, γλώσσα κ.ά.. Το έλκος είναι σκληρό, ερυθρό, χωρίς ευαισθησία ή πόνο. Το μέγεθός του συνήθως είναι μικρό και μαζί με αυτό εμφανίζεται και σύστοιχη λεμφαδενίτις. Εξαφανίζεται μετά 2-6 εβδομάδες χωρίς θεραπεία.

Δευτερογόνος_σύφιλη

Εμφανίζεται 6 εβδομάδες περίπου μετά την εμφάνιση του έλκους και τα συμπτώματα της είναι εξάνθημα (ροδάνθη) στο θώρακα, στην κοιλιά, μπορεί δε και στα άκρα όχι όμως και στο πρόσωπο. Εξαφανίζεται μετά από 2-6 εβδομάδες χωρίς θεραπεία. Συνθδεύεται και από γενικά συμπτώματα όπως πονοκέφαλο, ανορεξία, πόνο στις αρθρώσεις και στους μύες. Αργότερα εμφανίζεται το βλατιδώδες σφηλιδικό εξάνθημα με διάφορους μορφολογικούς χαρακτήρες. Εντοπίζεται στον κορμό, στα άκρα και

το πρόσωπο. Οι συφιλιδικές πλάκες αποτελούν συρροή βλατίδων που εντοπίζονται στους βλεννογόνους των γεννητικών οργάνων του στόματος του πρωκτού. Διαρκεί συνήθως 2-3 χρόνια αν δεν γίνει θεραπεία. Το στάδιο αυτό είναι πολύ μεταδοτικό.

Τριτογόνος σύφιλη

Εμφανίζεται 10-20 χρόνια μετά τη δευτερογόνο σύφιλη με εκδηλώσεις από το δέρμα και του βλεννογόνου και με εκδηλώσεις από τα σπλάχνα.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Γίνεται με την ανεύρεση της ώχρας σπυροχαΐτης σε έμμεσα παρασκευάσματα που γίνονται από υλικό του έλκους και ελέγχονται σε σκοτεινό πεδίο.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Γίνεται με πενικιλίνη και είναι πιο εύκολη όσο αυτή γίνεται πιο εύκολη όσο αυτή γίνεται πιο γρήγορη. Εάν υπάρχει ευαισθησία στην πενικιλίνη μπορεί να χορηγηθούν τετρακυλλίνες και ερυθρομυκίνη. Οποσδήποτε δε θα πρέπει να γίνει θεραπεία και των δύο συντρόφων.

B. ΒΛΕΝΟΡΡΟΙΑ

Μεταδίδεται από το βακτηρίδιο <<Ναϊστέρα η γονοκοκική>> και μεταδίδεται από τη συνουσία. Ο χρόνος επώασης είναι 8-10 ημέρες. Μολύνεται η ουρήθρα, ενώ παράλληλα εικονίζεται ένα κίτρινο υγρό που δημιουργεί πόνο και τσούξιμο κατά την ούρηση. Μερικές φορές μπορεί να μην εμφανιστεί κανένα σύμπτωμα. Όταν όμως μολυνθούν οι σάλπιγγες παρουσιάζεται φλεγμονή σ' αυτές, πυρετός και πόνοι στο υπογάστροιο

και αν δεν θεραπευτεί έγκαιρα μπορεί να προκαλέσει στείρωση.

Θεραπεύεται με πενικιλίνη σε συνδυασμό με συχνή ιατρική παρακολούθηση, γιατί πολλές φορές το βακτηρίδιο εξοικειώνεται τόσο πολύ με το φάρμακο ώστε από μία στιγμή και πέρα δεν επηρεάζει καθόλου. Σ'αυτή την περίπτωση χορηγείται σουλφοναμίδη ή τετρακυκλίνη.

Γ. ΜΗ ΕΙΔΙΚΗ ΟΥΡΗΘΡΙΤΙΔΑ

Είναι ένα συνηθισμένο νόσημα, που όμως τα αίτια παραμένουν άγνωστα. Μολονότι δε θεωρείται αφροδίσιο νόσημα, μεταδίδεται ωστόσο με τη συνουσία. Τα συμπτώματα της αρρώστιας αυτής είναι ίδια με τη βλενόρροια σε ηπιότερο βαθμό. Στις γυναίκες δεν παρουσιάζεται κανένα σύμπτωμα. Η περίοδος επώσεως είναι 8-14 ημέρες. Μπορεί να δημιουργήσει επιπλοκές, όπως αρθρίτιδα και επιπεφυκίτιδα αν δεν γίνει η επιβεβλημένη θεραπεία, κατά την οποία χορηγείται πετρακυλίνη.

Δ. ΜΟΝΙΑΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ

Είναι η πιο κοινή κολπική μόλυνση στις γυναίκες και οφείλεται στο μύκητα CANDIDA ALBICANS. Μεταδίδεται με τη σεξουαλική επαφή και μπορεί να εμφανιστεί σε γυναίκες που παίρνουν αντιβιοτικά ή ανασταλτικά της ωορρηξίας ή περνούν στο στάδιο της εγκυμοσύνης και πάσχουν από διαβήτη. Συνήθως προκαλεί πόνο στο αιδοίο, φαγούρα και πιθανόν να εμφανιστεί λευκόρροια. Θεραπεύεται με τη χρήση κολπικών υποθέσεων για 14 ημέρες.

Ε. ΤΡΙΧΟΜΟΝΑΔΩΣΗ

Οφείλεται στο πρωτόζωο TRICHOMONAS VAGINALIS. Έχει χρόνο επώσεως 2-28 ημέρες και μεταδίδεται κύρια με τη σεξουαλική επαφή. Τα συμπτώματα είναι φαγούρα, συχνουρία και έκ-

κρίση κίτρινου δύσομου υγρού. Καλό είναι η θεραπεία να γίνει και στα δύο μέλη του ζευγαριού γιατί ο άνδρας μπορεί να μεταφέρει το μικροοργανισμό χωρίς να παρουσιάσει κανένα σύμπτωμα.

ΣΤ. ΙΟΣ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ

Μία μορφή του ιού της ηπατίτιδας πιστεύεται ότι μεταδίδεται από το ένα άτομο στο άλλο κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής.

Ζ. ΕΡΠΗΣ ΤΩΝ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ

Οφείλεται στο HERPES VIRUS HOMINIS. Ο ιός του απλού έρπητα μεταδίδεται κυρίως με τη σεξουαλική επαφή. Στην αρχή εμφανίζονται φυσαλίδες που σπάνε εντός 24 ωρών, σχηματίζοντας αργότερα μικρά έλκη που συνοδεύονται με φαγούρα και πόνο. Τα έλκη εμφανίζονται μετά από 10-20 ημέρες. Θεραπεία δεν υπάρχει και χορηγούνται μόνο τοπικά αναλγητικά κορτικοειδή.

Η. ΦΘΕΙΡΙΑΣΗ

Οι ψείρες αναπτύσσονται στις ρίζες των τριχών του εφηβαίου, όπου εγκαθιστούν τα αυγά τους. Οι ψείρες όπως ξέρουμε προκαλούν φαγούρα και ερεθισμό του δέρματος. Η θεραπεία επιτυγχάνεται με τοπική καθαριότητα ή χρήση Δ.Δ.Τ..

Θ. ΨΩΡΑ

Οφείλεται στο SACROPES (ACURUS) SCABICE και μεταδίδεται κύρια με τη σωματική επαφή. Το κτηλικό άκαρι τοποθετεί τα αυγά του στα δάκτυλα στη μέση και στα γεννητικά όργανα τα οποία μολύνονται και δημιουργούν μία αφόρητη φαγούρα. Η θεραπεία γίνεται με επάλειψη της μολυσμένης περιοχής με βενζοϊκό βενζύλιο.

I. ΑΦΡΟΔΙΣΙΑ ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΑ

Παρούσιάζονται κύρια στην περιοχή του αιδοίου. Αν είναι ενοχλητικά μπορούν να θεραπευτούν με καυτηριασμό σε συνδυασμό με χημικές μεθόδους.

Αντισύλληψη και μεταδοτικά νοσήματα σεξουαλικά.

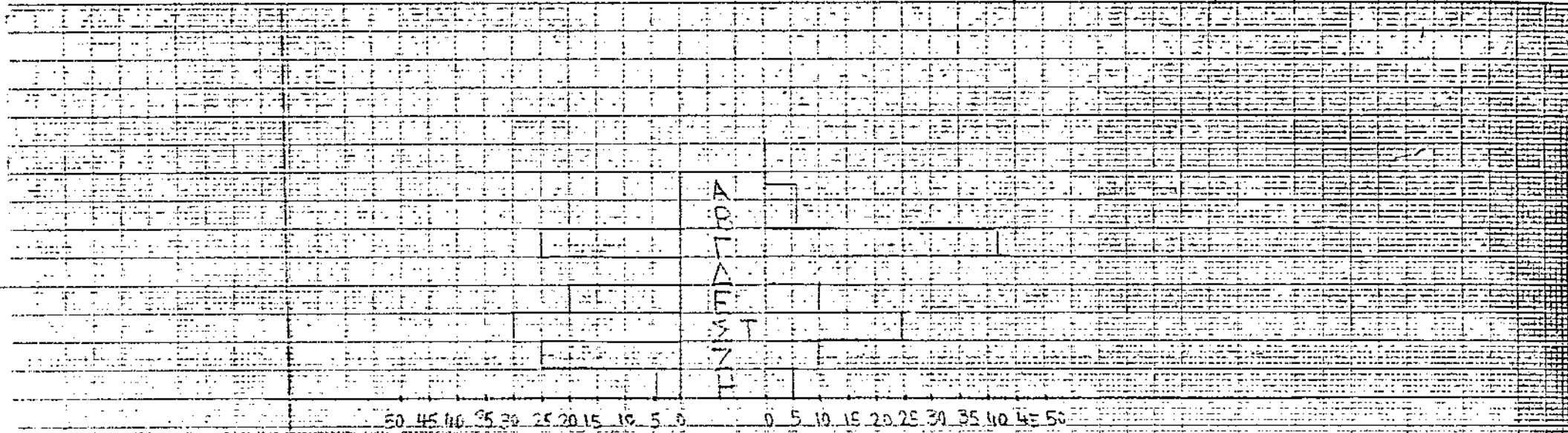
Η διαπίστωση είναι πως με την εξάπλωση της χρήσης του χαπιού αυξήθηκε η συχνότητα εμφάνισης της βλενόρροιας λόγω της μεγαλύτερης ελευθερίας που επικράτησαν στις σεξουαλικές σχέσεις. Βέβαια, δεν υπάρχουν γεγονότα που να αποδεικνύουν κάτι τέτοιο. Είναι καλό λοιπόν να χρησιμοποιείται προφυλακτικό πριν από κάθε σεξουαλική επαφή για να αποφύγουμε πιθανή μόλυνση.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 7α

ΕΡΕΥΝΑ

Η σφυγμομέτρηση της κοινής γνώμης γύρω από τα θέματα του οικογενειακού προγραμματισμού και ειδικότερα της αντισύλληψης έγιναν από την ομάδα μας στην πόλη της Πάτρας και κυρίως στο 409 νοσοκομείο στις κλινικές Ω.Ρ.Λ., οφθαλμολογική, γυναικολογική και παιευτική και στο Ι.Κ.Α. Αγίου Αλεξίου. Οι περισσότερες απαντήσεις που λάβαμε είναι από το νοσηλευτικό και το ιατρικό προσωπικό. Πρέπει να τονίσουμε τη μεγάλη προκατάληψη που συναντήσαμε απέναντι στο θέμα αφού ένας μεγάλος αριθμός από αυτούς που ερωτήθηκαν αρνήθηκαν να δώσουν απαντήσεις και σε μερικές περιπτώσεις βρέθηκαν και κατεστραμμένα ερωτηματολόγια. Τα αποτελέσματα της σφυγμομέτρησης αυτής παραθέτονται στον παρακάτω πίνακα και στα συγκριτικά διαγράμματα που ακολουθούν.

	ΗΛΙΚΙΑ					ΓΕΝΝΗΘΕΝΤΕΣ			Αποτελέσματα γενικά, ανεξάρτητα			
	έως 25			25-35	35 και πάνω	έγγαμος	άγαμος	υπόλοι		επαγγ. πρωτεύουσα	πρωτεύουσα	από παραδιόικα
	%	%	%	%	%	%	%	%		%	%	%
Οικογενειακός προγραμματιστικός προσά:												
1	α) Του προγραμματισμού της οικογενειακής κατάστασης μιας οικογένειας	3,1	0	0	3,2	3,03	3,03	0	6,2	2,2		
	β) Του έλεγχου των γεννήσεων	15,6	0	11	3,2	15,1	12,1	4,8	31,2	12,2		
	γ) Το να διδάξει κάθε ζευγάρι τους σωστούς τρόπους ανατροφής των παιδιών	15,6	5,5	33,3	12,9	16,6	21,2	17,07	0	15,5		
	δ) Το να διδάξει κάθε ζευγάρι πως να αυξήσει το μέγεθος της οικογένειας του	65,6	94,4	55,5	80,6	65,1	63,6	78,04	62,5	70		
Οικογενειακός προγραμματισμός δεν είναι γνωστός στο μεγαλύτερο μέρος του Ελληνικού λαού γιατί:												
2	α) Είναι ενάντια της χριστιανικής θρησκ.	1,5	0	0	3,2	1,5	6,06	2,3	0	3,2		
	β) Είναι ξενόθερη ιδέα που προσπαθεί να καταστρέψει τα ήθη και έθιμά μας	0	0	11,1	3,2	0	3,03	0	0	1,09		
	γ) Είναι ένα από τα αίτια διάσπασης της οικογένειας	0	0	11,1	3,2	0	0	2,3	0	1,09		
	δ) Δεν υπάρχει ειδικευμένο προσωπικό για να κάνει σωστή διαφήμιση	98,5	100	77,7	90,3	98,4	90,9	95,2	100	94,5		
Ποιά κατά τη γνώμη σας είναι η πιο σωστή μέθοδος αντισύλληψης:												
3	α) Πύση	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	β) Διασκευόμενη συνουσία	4,9	0	12,5	0	6,3	10	5	0	5,8		
	γ) Χάπι	44,2	29,4	0	24,1	42,8	31,6	35	56,2	37,2		
	δ) Σπυρομακτόνα	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	ε) Αποκαυτή σεξ. σχέσεων κατά τη γόνιμη περίοδο	9,8	23,5	25	20,6	11,1	23,3	7,5	12,5	13,9		
	στ) Τα προφυλακτικά	26,2	17,6	25	27,5	25,3	30	25	12,5	15,1		
	ζ) Τα ενδομήτρια σπειρώματα	9,8	29,4	25	24,1	9,5	6,6	22,5	12,5	15,1		
	η) Καμιά από τις πιο πάνω	4,9	0	12,5	3,4	4,7	0	5	6,2	3,4		
Εσείς ποιά μέθοδο αντισύλληψης χρησιμοποιείτε:												
4	α) Χάπι	8,6	5,8	12,5	6,6	8,3	6,4	2,8	18,7	7,3		
	β) Διασκευόμενη συνουσία	29,3	29,4	50	30	31,6	41,9	25,7	25	31,7		
	γ) Τα προφυλακτικά	20,6	29,4	37,5	33,3	20	16,1	31,4	25	24,3		
	δ) Ενδομήτριά σπειρώματα	1,7	17,6	0	10	1,6	3,2	5,7	6,2	4,8		
	ε) Κάποια άλλη μέθοδο	3,4	5,8	0	3,3	3,3	3,2	0	12,5	3,6		
	στ) Καμιά	36,2	11,7	0	16,6	35	29,03	34,2	12,5	28,04		
Εάν στη πιο πάνω ερώτηση έχετε απαντήσει ότι δεν χρησιμοποιείται καμιά μέθοδος τότε γιατί:												
5	α) Δεν έχω λόγο γιατί θέλω να κάνω παιδιά	11,1	100	0	80	11,1	28,5	15,3	15,3	20		
	β) Είναι ανύπαντρο(-ος) δεν έχω σεξ. σχέσεις	77,7	0	0	0	77,7	71,4	69,2	69,2	70		
	γ) Δεν μου το επιτρέπει ο(η) σύζυγος μου	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	δ) Νοιώζω είναι ενάντια στη θρησκεία μας	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	ε) Δεν γνωρίζω καμιά μέθοδο αντισύλληψης	11,1	0	0	20	11,1	0	15,3	15,3	10		
Η γνώμη σας για το χάπι είναι:												
6	α) Είναι πολύ ακριβό	1,5	0	0	0	1,8	3,3	0	0	1,3		
	β) Δεν έχει αποτελεσματικότητα	11,3	0	0	0	11,1	10	11,7	0	9,2		
	γ) Μπορεί να προκαλέσει καμμία	45,2	68,7	57,1	67,8	46,2	46,6	55,8	42,5	51,3		
	δ) Μπορεί να προκαλέσει αιμορραγία	9,4	6,2	0	7,1	9,2	6,6	8,8	7,1	7,8		
	ε) Είναι ασήμαντο και πολύ αποτελεσματικό	32,07	25	42,8	25	31,4	26,6	23,5	50	30,2		
Τι γνώμη έχετε για την έκτακτη												
7	α) Είναι επικίνδυνη	71,4	77,7	85,7	78,5	72,3	69,6	71,7	87,5	73,8		
	β) Είναι ασήμαντη μη είναι από καλή χρήση	28,6	22,3	14,2	21,4	27,6	30,3	28,2	12,5	26,1		
	γ) Είναι εύκολη και προσιτή	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Έχετε κάνει ποτέ έκτακτη												
8	α) Όχι ποτέ	94,5	73,3	28,5	73,07	92,8	89,6	83,3	76,9	85,7		
	β) Ναι μια φορά	5,4	20	14,2	15,3	5,3	3,4	8,3	15,3	7,7		
	γ) Ναι πολλές φορές	0	6,6	57,1	11,5	1,7	6,8	8,3	7,6	6,4		



Στο διάγραμμα φαίνεται η εκατοστιαία αναλογία για το ποιά αντισυλληπτική μέθοδο θεωρούν σαν τη πιο σωστή οι έγγαμοι και ποιά η άγαμοι.

Τα γράμματα της αλφαβήτου που φαίνονται στο διάγραμμα αντιστοιχούν στις εξής αντισυλληπτικές μεθόδους:

- A = Πλύση
- B = Διακεκομμένη συνουσία
- Γ = Χάπι
- Δ = Σπερματοκτόνα
- Ε = Αποφυγή σεξουαλικών σχέσεων κατά τη γόνιμη περίοδο του μηνιαίου κύκλου
- ΣΤ= Προφυλακτικό
- Ζ = Ενδομήτρια σπειράματα
- Η = Καμιά από τις πιο πάνω

Α
Β
Γ
Δ
Ε
ΣΤ

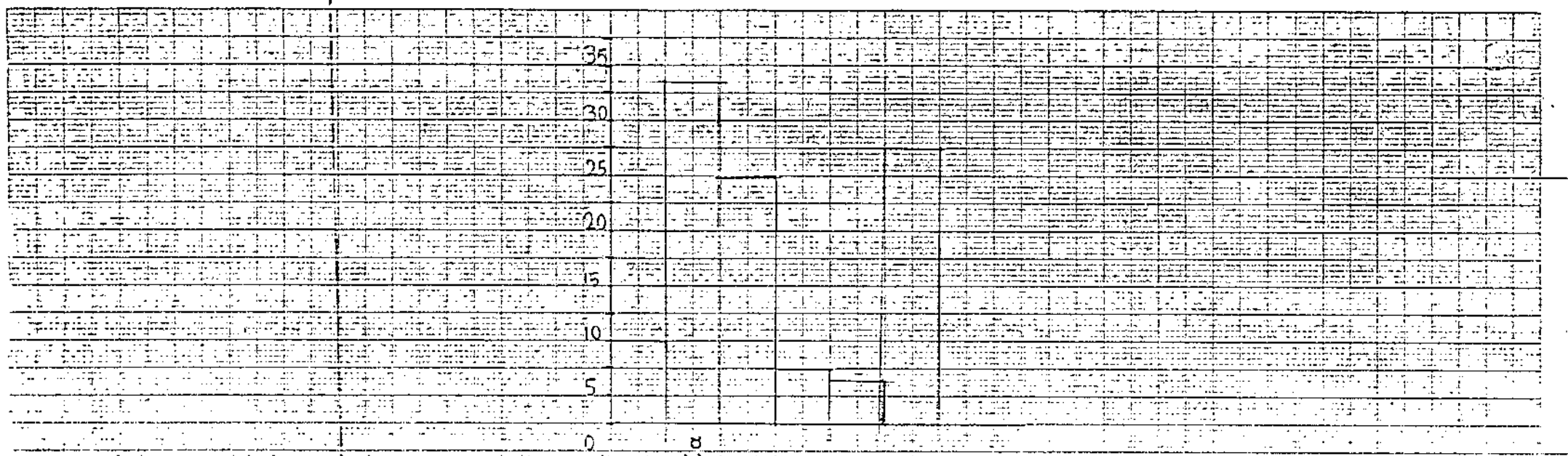
40 35 30 25 20 15 10 5 0

0 5 10 15 20 25 30 35 40

Εκατοστιαία αναλογία για το ποιά αντισυλληπτική μέθοδοι χρησιμοποιούν οι έγγαμοι και ποιά η άγαμοι.

Τα γράμματα της αλφαβήτου αντιστοιχούν στις πιο κάτω αντισυλληπτικές μεθόδους

- A = Χάπι
- B = Διακεκομένη συνουσία
- Γ = Προφυλακτικό
- Δ = Ενδομήτρια σπειράματα
- E = Κάποια άλλη μέθοδο
- ΣΤ= Καμιά



Χάπι

Διακκομμένη συνουσία

Προφυλακτικά

Ενδομήτρια σπειράματα

Κάποια άλλη μέθοδος

Καμιά

Εξατοσטיαία αναλογία για το ποσοστό χρησιμοποίησης των αντι-
συλληπτικών μεθόδων

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 8ο

ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΣΤΗΝ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Ο οικογενειακός προγραμματισμός στη χώρα μας άρχισε να συζητείται και να απασχολεί σοβαρά την Ιατρική και την κοινωνία μόνο τα τελευταία χρόνια.

Αυτόαντικατροπίζεται στην ανυπαρξία σχεδόν μέχρι τώρα σχετιών εργασιών και συγγραμμάτων που τώρα μόλις άρχισαν να εμφανίζονται. Στη σύγχρονη ζωή προγραμματίζονται τα πάντα. Η πιο σημαντική όμως απόφαση που μπορεί να πάρει ένα ζευγάρι, αν δηλαδή και πότε θα φέρει στον κόσμο τα παιδιά του, αφήνεται στην τύχη συνήθως. Έτσι δημιουργούνται πολλά προβλήματα από τη μη εφαρμογή οικογενειακού προγραμματισμού.

Το σπουδαιότερο είναι οι εκτρώσεις μετά από ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, που είναι ένα απολυδιάστατο πρόβλημα με επίπτωση αρνητική στη σωματική και ψυχική υγεία, τη μελλοντική τεκνοποίηση ή και τη ζωή ακόμα της γυναίκας. Ακόμα οι προεπίψεις του προβλήματος αυτού είναι οικονομικές, κοινωνικές και ηθικοθρησκευτικές. Άλλο πολύ σοβαρό επίσης πρόβλημα είναι η συνέχιση της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και ο ερχομός παιδιού σε μία οικογένεια, το οποίο δημιουργεί δύσκολες καταστάσεις που άλλοτε ξεπερνιούνται ανώδυνα άλλοτε όμως μονιμοποιούνται. Η απρογραμμάτιστη γονιμότητα μπορεί επίσης να δημιουργήσει σημαντικό δημογραφικό πρόβλημα.

Σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία που ανακοινώθηκαν στο

6ο Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, Αθήνα, 8-11 Μαΐου 1980 από τα 400 έγγαμα ζευγάρια διαφόρων κοινωνικοπολιτιστικών τάξεων που μελετήθηκαν τα αποτελέσματα έδειξαν ότι 57,5% χρησιμοποιούν διακεκομμένη συνουσία, 23,5% ανδρικό προφυλακτικό

9% διακεκομμένη συνουσία και ανδρικό προφυλακτικό, 4% δεν παίρνουν καμμία προφύλαξη, 2,2% χρησιμοποιούν κολπικές πλύσεις, 1,8% αντισυλληπτικά δισκία, 1% ενδομήτρια σπειράματα και 1% παρά φύση συνουσία.

Οι κατ'εξοχήν χρησιμοποιούμενες αντισυλληπτικές μέθοδοι είναι η διακεκομμένη συνουσία και το ανδρικό προφυλακτικό.

Και οι δύο είναι μέθοδοι χωρίς καλή αποτελεσματικότητα (Δανέζης και Τριχόπουλος 1974) με αποτέλεσμα την ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη την οποία ακολουθεί έκτρωση ή ανεπιθύμητο παιδί.

Οισούγχρονες μέθοδοι με την πολύ καλή αποτελεσματικότητα χρησιμοποιούνται ελάχιστα ή καθόλου.

30-40% των ζευγαριών έχουν κάνει μία ή περισσότερες εκτρώσεις.

Το σύνολο των ζευγαριών ακολουθεί κάποια μέθοδο χωρίς ποτέ να συζητήσει με γιατρό τις ενδείξεις, τις αντενδείξεις, τις παρενέργειες και την αποτελεσματικότητα της μεθόδου. Όσοι ακολουθούν κάποια ιατρική συμβουλή την ακολουθούν μετά από την εμφάνιση μίας παθολογικής κατάστασης.

Από τα παραπάνω συνάγεται ότι είναι επιτακτική η ανάγκη ενημέρωσης του κοινού στο θέμα αντισυλληψης και ίδρυση περισσότερων ιατρικών οικογενειακού προγραμματισμού. Η εκλογή της μεθόδου πρέπει να εξατομικεύεται για κάθε ζευγάρι αφού ληφ-

θούν υπόψη (Δανέζης-Τριχόπουλος 1974, Παπαευαγγέλου και Ρουμελιώτου 1979) :

- 1) Τα κίνητρα του ζευγαριού

- 2) Ιατρικό και γυναικολογικό ιστορικό , 3) Οικογενειακή και οικονομική κατάσταση, 4) Ηθικές και θρησκευτικές πεποιθήσεις,

- 5) Οι έξεις και ο τρόπος ζωής, 6) Η αποτελεσματικότητα και οι παρενέργειες κάθε μεθόδου.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 9ο

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ

Εδώ ο ρόλος της Νοσηλεύτριας είναι ουσιαστικός και άξιος ενδιαφέροντος διότι καλείται και εδώ να κάνει χρήση εκτός των γνωστών νοσηλευτικών καθηκόντων και των βαθύτερων προσωπικών της συναισθημάτων.

Να έρθει σε επαφή με τα άτομα και ν' <<αγκαλιάσει>> συνειδητά είτε να προβληματιζόμενα άτομα που τυχόν ζητήσουν τη βοήθεια της είτε και άτομα που να μην χρειάζονται τη βοήθειά της αλλά για κάποιους λόγους όπως το αίσθημα π.χ. της ενοχής ή της ντροπής παραμένουν σε απόσταση χωρίς να ζητούν οι ίδιοι τη βοήθειά της.

Η ενημέρωση και η διδασκαλία είναι η βασική βοήθεια που προσφέρει. Αυτό φυσικά δεν είναι τόσο απλό και πρόχειρο όσο θα φαντάζεται κανείς.

Για να μπορεί να προσφέρει με την πραγματική έννοια του όρου, θα πρέπει να υπάρχουν και οι κατάλληλες προϋποθέσεις. Η Νοσηλεύτρια θα πρέπει να είναι άρτια ενημερωμένη και οι γνώσεις της σωστές και έγκυρες από κάθε επιστημονική και κοινωνική πλευρά. Θα πρέπει να συμμετάσχει σε ειδικά σεμινάρια με το σχετικό θέμα αντισύλληψη και οικογενειακός προγραμματισμός. Σε σχετικές διαλέξεις, σε κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού. Επίσης δική της προσωπική μελέτη και επαγρύπνηση, ενημέρωση σε μικρές κοινωνικές ομάδες, προσφέροντας φυσικά τις γνώσεις της σ' αυτές, αλλά και σε δική της εμπειρία των όσων μελέτησε και ευαισθητοποιήθηκε.

Πρωταρχικό σημείο πριν κάνει ενημέρωση είναι να γνωρίζει τα ήθη, τις συνήθειες, και ιδιαιτερότητες των ομάδων που απευ-

θύνεται. Επίσης να ξέρει να προκαλεί η ίδια την διάθεση για τη μάθηση και την ενημέρωση. Επίσης να έχει επιχειρηματικό πνεύμα ώστε ν'ανιχνεύει τους φόβους και τις ανησυχίες σχετικά με το θέμα. Να εντάσει την προσοχή της στην ανάλογη σπουδαιότητα την κάθε φορά, όπως π.χ. σε οικογένειες με πολυάριθμα μέλη, σε νεαρά κορίτσια που έχουν ήδη προβεί σε έκτρωση πλησιάζοντας τα στο χώρο του Μαειυτηρίου ή Νοσοκομείου κατά συνήθεια. Επίσης νεαρά ζευγάρια μη ενημερωμένα, για τη σωστή και υγιείς μελλοντική ζωή τους.

Για το πως επίσης τα παιδιά που θα φέρουν στο κόσμο πάνω απ'όλα να είναι υγιείς για όλη την υπόλοιπη ζωή τους καθώς και την οικογενειακή ισορροπία και ευημερία αυτών.

Επίσης το σπουδαιότερο: τους κινδύνους που κρύβει μια έκτρωση για την υγεία της γυναίκας, και τις τυχόν μελλοντικές επιπτώσεις στη περαιτέρω ζωή της και εξέλιξη της. Και το σπουδαιότερο ακόμα, απ'όλα πως ν'αποφύγει μιά έκτρωση αφού άλλωστε μπορεί να την αποφύγει.

Είναι δυνατόν να μην φτάσει στο δυσάρεστο σημείο καθώς και στις επιπτώσεις εφ'όσον η σωστή ενημέρωση και διδασκαλία εκ μέρους της νοσηλεύτριας βρουν την σωστή αποδοχή.

Μια σωστή νοσηλεύτρια εφ'όσον εντάσει τον εαυτό της ως βοηθό συνομιλητή και φίλο, δε θα πρέπει ποτέ μα ποτέ να περνάει στο συνομιλητή της μια μονόπλευρη προβολή θεωρίας ή ι-
δεολογίας σύμφωνα με τα δικά της προσωπικά και βεβήματα πρό-
τυπα και συνήθειες. Θα ήταν λάθος αλλά και ανάρμοστο τόσο για το ρόλο που αντιπροσωπεύει, όσο και δεοντολογικά.

Σύμφωνα με τ'άτομα που απευθύνεται, είτε αυτά είναι κάποιου πνευματικού επιπέδου είτε μέσου είτε χαμηλού θα πρέπει

η ενημέρωσή της να είναι πλήρης απ'όλες τις πλευρές θετικές και αρνητικές πλευρές. Η επιλογή τότε και μόνο θα γίνει σωστά.

Και φυσικά η επιλογή θ'ανήκει στον διδασκόμενο. Μόνο αυτός έχει το δικαίωμα για επιλογή και σίγουρα θα είναι η σωστή εφόσον η Νοσηλεύτρια έχει κάνει σωστά το καθήκον της.

Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

Έχοντας μια συνοπτική θεώρηση του θέματος, συνάγεται το συμπέρασμα ότι είναι επιτακτική η ανάγκη υπεύθυνης ενημέρωσης του κοινού στο θέμα της αντισύλληψης και ίδρυση περισσότερων ιατρείων οικογενειακού προγραμματισμού.

Η εκλογή της αντισυλληπτικής μεθόδου πρέπει να εξατομικεύεται για κάθε ζευγάρι, αφού ληφθούν υπόψη τα κίνητρα του ζευγαριού, το ιατρικό και γυναικολογικό ιστορικό, η οικογενειακή και οικονομική κατάσταση, οι ηθικές και θρησκευτικές πεποιθήσεις, οι έξεις και ο τρόπος ζωής, η αποτελεσματικότητα και οι παρενέργειες της κάθε μεθόδου.

--- Σ Υ Ν Τ Μ Η Σ Ε Ι Σ ---

Ι.Ρ.Ρ.Φ.: INTERNATIONAL PARENHOOD PLANNED FEDERATION

Ο. Η. Ε.: Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών.

Π. Ο. Υ.: Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας

Ι. Υ. Δ.: Ενδομήτρια αντισύλληψη.

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

1. Βαλαώρας Β.: «Υγιεινή του Ανθρώπου», Εκδόσεις Παριζιάνος, Έκδοση Β', Αθήνα 1967
2. Βασιλειάδης Π. «Μαθήματα Υγιεινής και Επιδημιολογία» Εκδόσεις Παριζιάνος, Αθήνα 1971
3. Δετοράκης Γιάννης «Οικογενειακός Προγραμματισμός» Εκδόσεις Πατάκης, Αθήνα 1985
4. Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού «Τι ξέρεις για την αντισύλληψη», Ενημερωτικό έντυπο της Ε.Ο.Π.
5. Κασκαρέλης Δ. «Μαιευτική και Γυναικολογία», Αθήνα 1976
6. Κόμφορτ (COMFORT) Α. «Το σεξ στην κοινωνία», εκδόσεις Μπουκουμάνη, Αθήνα 1973
7. Λέκκας Ευάγγελος «Εκτρώσεις και η θέση της Εγκλησίας» Αθήνα 1973,
8. Λούρος Νικόλαος «Απόηχοι της πείρας», Εκδόσεις Φίλων, Αθήνα 1973
9. Παπαευαγγέλου Γ., Ρουμελιώτη-Καραγιάννη Α. «Αρχές και Μέθοδοι Οικογενειακού Προγραμματισμού» Αθήνα 1979
10. Πρεσβέλου Κ. Τεπέρογλου Α. «Κοινωνιολογική Ανάλυση του Φαινομένου της έκτρωσης στον Ελληνικό χώρο»
11. «Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών», Τεύχος 28, Αθήνα 1976
11. Σακιά Γαλάτεια «Δημογραφικό-Ευθύνη των εκτρώσεων-ευθύνη κοινωνικών, οικονομικών παραμέτρων»
Εισήγηση στον Συντονιστικό γυναικείων οργανώσεων για τον Οικογενειακό Προγραμματισμό και τις εκτρώσεις», Αθήνα 13/4/85
12. Τριχοπούλου Αντωνία «Υπογεννητικότητα στην Ελλάδα» Ομιλία από Σεμινάριο της Εταιρείας Οικογενειακού Προγραμματισμού, Αθήνα 8/5/1980

13. Τσουδερού Β. <<Οι αμβλώσεις, το χάπι και ο Οικογενειακός Προγραμματισμός>>, Εκδόσεις Ευρώπη, Αθήνα 1980
14. TONES K. SHAINGERG L., BYER C. <<PRINCIPLE OF HEALTH SCIENCE>> SECOND EDITION PUBLISHED BY HARPER AND ROW, 1980
15. HOBSON W. <<THE THEORY AND PRACTICE OF NURSING HEALTH THIRD EDITION PUBLISHED BY OXFORD UNIVERSITY PRESS 1969
16. Πρακτικά Συνεδρίου «Αντιουλληπτικές Μέθοδοι Σύγχρονης Οικογένειας>>, έτος 1980.
6ο ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, Αθήνα 11 Μαΐου 1980

