

Α.Τ.Ε.Ι. ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ (ΜΕΘΟΔΟΙ – ΕΦΑΡΜΟΓΗ
ΤΟΥΣ – ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ). Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:

ΝΙΚΟΛΟΥΔΑΚΗ ΜΑΡΙΑ
ΦΡΑΓΚΕΛΗ ΣΤΑΥΡΟΥΛΑ
ΒΑΣΙΛΙΚΑΚΗ ΡΩΞΑΝΗ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:
Δρ. ΑΓΓΕΛΑΚΗΣ ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ
ΜΑΙΕΥΤΗΡΑΣ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟΣ

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2004

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Α΄ ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ	5
ΤΟ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΟΥ ΑΝΔΡΑ	14
Ο ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΣ ΚΥΚΛΟΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ.....	20
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ.....	23
Η ΦΙΛΟΣΟΦΙΑ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ.....	23
ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ.....	28
ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ	33
ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ.....	33
ΘΡΗΣΚΕΙΑ ΚΑΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ.....	36
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ.....	39
ΜΕΘΟΔΟΙ ΠΟΥ ΒΑΣΙΖΟΝΤΑΙ ΣΤΗ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ Ή	
ΦΥΣΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ.....	40
ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΠΟΥ ΒΑΣΙΖΟΝΤΑΙ.....	44
ΣΕ ΜΗΧΑΝΙΚΑ ΜΕΣΑ	44
A) ΜΕΘΟΔΟΙ ΦΡΑΓΜΟΥ	44
B) ΚΟΛΠΙΚΑ ΣΠΕΡΜΟΚΤΟΝΑ	52
Γ) ΣΤΕΙΡΟΠΟΙΗΣΗ	53
Δ) ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΑ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΑ	60
ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ ΠΟΥ ΒΑΣΙΖΟΝΤΑΙ ΣΕ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ/	
ΟΡΜΟΝΙΚΑ ΣΚΕΥΑΣΜΑΤΑ.....	64
A. ΑΠΟ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΑ.....	64
ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ.....	73
ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ ΤΟΥ ΜΕΛΛΟΝΤΟΣ.....	77
ΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΓΝΩΡΙΖΕΙ ΕΝΑ ΖΕΥΓΑΡΙ ΟΤΑΝ ΕΠΙΛΕΓΕΙ ΜΙΑ	
ΜΕΘΟΔΟ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ	90

Β΄ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ	96
ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ.....	100
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	133
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	137
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	140

Α΄ ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

Το γεννητικό σύστημα της γυναίκας είναι εκείνο το σύστημα του οργανισμού της, που της εξασφαλίζει την αναπαραγωγή και τη διαίωσιση του είδους. Η φύση, άγνωστο για ποιο λόγο, έταξε η αποστολή του να είναι περιορισμένη. Να μπορεί να πραγματοποιηθεί από την ήβη ως την εμμηνόπαυση και για λίγες μόνο ημέρες, εκείνες, που εξασφαλίζουν τις προϋποθέσεις της συνάντησης ωαρίου και σπερματοζωαρίου.

Τα όργανα που αποτελούν το γεννητικό σύστημα της γυναίκας τα διακρίνουμε σε *εξωτερικά* και *εσωτερικά*. Όριο ανάμεσα τους είναι ο παρθενικός υμένας.

ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ

❖ **Αιδοίο**

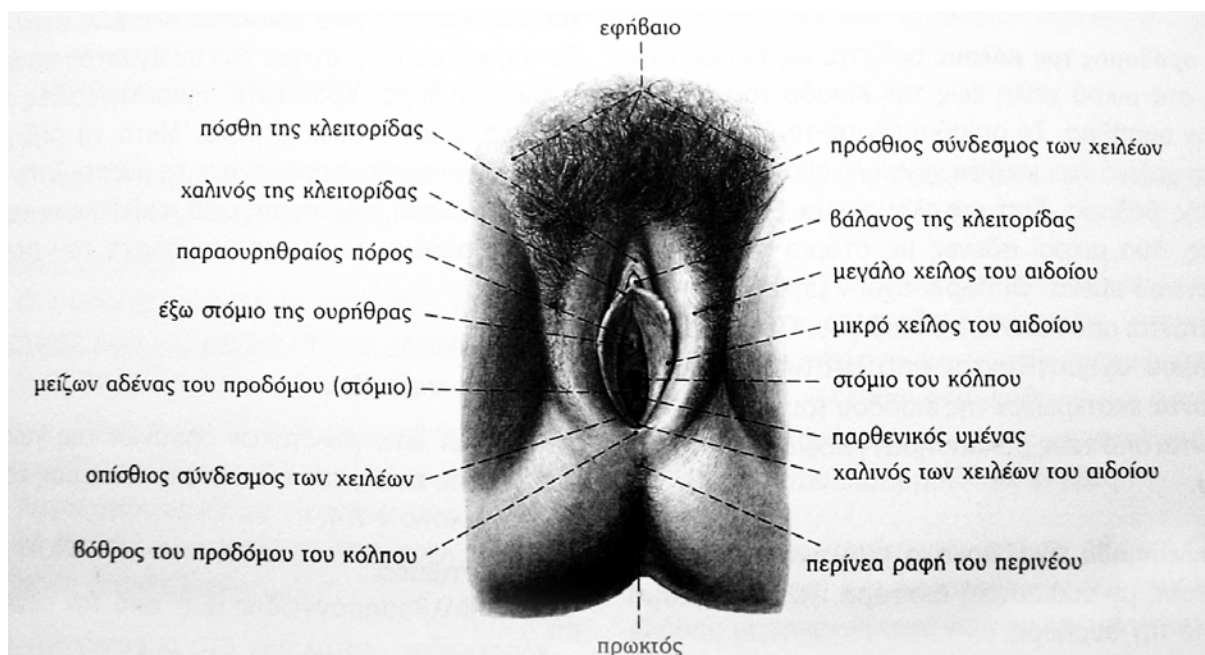
Τα εξωτερικά γεννητικά όργανα της γυναίκας αποτελούν το αιδοίο. Αυτό έχει σχήμα τριγωνικό, με τη βάση του στην ηβική πτυχή, τις πλευρές του στις αιδοιομηρικές πτυχές και την κορυφή του στο κέντρο του περινέου.

Το αιδοίο αποτελείται από το εφηβαίο ή όρος της Αφροδίτης, τα μεγάλα και τα μικρά χείλη, την κλειτορίδα, τον πρόδομο του κόλπου, τους βολβούς του προδόμου, τους βαρθολίνειους αδένες, τον παρθενικό υμένα, το εξωτερικό στόμιο της ουρήθρας και τους παραουρηθρικούς αδένες.

Η αιμάτωση του αιδοίου γίνεται από την έσω αιδοϊκή αρτηρία (κλάδος της έσω λαγονίου), και εν μέρη από την έξω αιδοϊκή (κλάδος της μηριαίας αρτηρίας).

❖ Εφηβαίο ή όρος της Αφροδίτης

Το εφηβαίο είναι τριγωνικό τριχωτό έπαρμα του δέρματος με τη βάση του προς το υπογάστριο και κορυφή καταλήγουσα προς τα κάτω, 3 cm περίπου πάνω από τον πρωκτό. Η τρίχωση του εφηβαίου αρχίζει στην ήβη και μειώνεται στην κλιμακτηριακή εποχή. Το δέρμα του εφηβαίου περιέχει ιδρωτοποιούς και σμηγματογόνους αδένες.



Τα εξωτερικά γεννητικά όργανα της γυναίκας

❖ Μεγάλα χείλη

Αυτά παριστάνουν δύο δερμάτινες πτυχές, που περιβάλλουν τα μικρά χείλη, μήκους 9 cm περίπου. Η έξω επιφάνεια είναι τριχωτή και χωρίζεται από το μικρό χείλος με την αιδοιομητρική αύλακα, ενώ η έσω μοιάζει με βλεννογόνο. Τα πρόσθια άκρα ενώνονται μεταξύ τους και σχηματίζουν τον πρόσθιο σύνδεσμο των μεγάλων χειλέων ενώ τα οπίσθια συνδέονται σχηματίζοντας τον οπίσθιο σύνδεσμο τους.

Το δέρμα των μεγάλων χειλέων περιέχει άφθονους ιδρωτοποιούς και σμηγματογόνους αδένες, νεύρα και αγγεία.

❖ **Μικρά χείλη**

Παριστάνουν, όπως και τα μεγάλα χείλη, δύο δερμάτινες πτυχές ,αλλά λεπτότερες, και βρίσκονται μέσα από τα μεγάλα χείλη. Προς τα έξω συνέχονται με τα μεγάλα χείλη και προς τα μέσα αποτελούν τα πλάγια όρια του *προδόμου του κόλπου*. Τα μικρά χείλη προς τα εμπρός αποσχίζονται σε δύο άλλες μικρότερες πτυχές που ενώνονται μεταξύ τους και αποτελούν προς τα πάνω την *πόσθη* και προς τα κάτω το *χαλινό της κλειτορίδας*. Προς τα πίσω, τα μικρά χείλη ενώνονται και σχηματίζουν το *χαλινό* τους. Μπροστά από το χαλινό των μικρών χειλέων σχηματίζεται κοίλανση, που ονομάζεται *σκαφοειδής βόθρος*.

❖ **Κλειτορίδα**

Η κλειτορίδα βρίσκεται ανάμεσα στα μεγάλα χείλη, λίγο πιο πάνω από το άνω σημείο συνένωσης των μικρών χειλέων, προσομοιάζει στο αντρικό πέος και έχει μήκος 5-10 εκ. Από το πάνω μέρος της έχει την πόσθη και από το κάτω το χαλινό των μικρών χειλέων. Το επιθήλιο του δέρματος που την καλύπτει περιέχει εξειδικευμένες νευρικές απολήξεις για τη σεξουαλική διέγερση.

❖ **Πρόδομος**

Αυτός είναι η περιοχή που βρίσκεται ανάμεσα από τα μικρά χείλη και το χαλινό τους. Σε αυτόν εκβάλλουν η ουρήθρα και ο κόλπος και καταλήγουν τα στόμια παρακείμενων αδένων. Στο κάτω μέρος του, ανάμεσα από το χαλινό των

μικρών χειλέων και την είσοδο του κόλπου, υπάρχει ο σκαφοειδής βόθρος, που περιγράφηκε παραπάνω.

❖ **Βολβοί του προδόμου**

Αποτελούν δύο σχηματισμούς, όμοιους με αμύγδαλα που βρίσκονται στα πλάγια τοιχώματα του κόλπου, αποτελούνται από πυκνά φλεβικά πλέγματα και αντιστοιχούν στο σηραγγώδες σώμα της ουρήθρας του άντρα. Στη σεξουαλική διέγερση διογκώνονται από τη συγκέντρωση αίματος και στενεύουν τον κόλπο.

❖ **Βαρθολίνειοι αδένες**

Αυτοί είναι δύο μικροί στρογγυλοί και σε σχήμα φασολιού αδένες, που βρίσκονται πίσω από τους βολβούς του προδόμου, βαθιά, κάτω από το πίσω μέρος των μικρών χειλέων.

Οι βαρθολίνειοι αδένες κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής διέγερσης εκκρίνουν βλέννα, που με πόρους μήκους 2cm, τη φέρνουν στο αιδοίο, λίγο έξω από τον παρθενικό υμένα, για να υγράνει τον κόλπο.

❖ **Παρθενικός υμένας**

Ο παρθενικός υμένας αποτελεί όριο μεταξύ έσω και έξω γεννητικών οργάνων. Αποτελεί λεπτή μεμβράνη από συνδετικό ιστό, έχει δύο επιφάνειες, την άνω ή κολπική και την κάτω ή αιδοϊκή, και περιβάλλει το στόμιο του κόλπου.

Ο παρθενικός υμένας δεν αποτελεί τέλεια μεμβράνη, αλλά διάτρητη, γιατί στο κέντρο του έχει άνοιγμα που ποικίλει σε μέγεθος και μορφή(κυκλικός, δίθυρος, ηθμοειδής, κροσσωτός). Το άνοιγμα αυτό επιτρέπει την είσοδο ενός ή

δύο δακτύλων ή την εκτέλεση συνουσίας. Σπάνια δεν υπάρχει άνοιγμα (άτρητος υμένας).

ΕΣΩΤΕΡΙΚΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ

Στα εσωτερικά γεννητικά όργανα της γυναίκας ανήκουν: ο κόλπος, η μήτρα, οι σάλπιγγες ή ωαγωγοί και οι ωοθήκες. Κάθε σάλπιγγα με τη σύστοιχη ωοθήκη αποτελούν το *εξάρτημα*.

❖ Κόλπος

Ο κόλπος αποτελεί μυϊκό σωλήνα ,μήκους 8-10cm περίπου, που εκτείνεται ανάμεσα από τον παρθενικό υμένα και τον τράχηλο της μήτρας. Η φορά του είναι τέτοια που σχηματίζει σχεδόν ορθή γωνία με την μήτρα.

Το σχήμα του κόλπου είναι κυλινδρικό με μικρή διάταση στο ανώτερο τμήμα του, και έχει δύο άκρα. Το πάνω συνδέεται με τον τράχηλο της μήτρας και το κάτω οδηγεί στην έξοδο του, στον πρόδομο του κόλπου. Επίσης, έχει τέσσερα τοιχώματα, τα ο πρόσθιο, το οπίσθιο και τα δύο πλάγια: το δεξιό και το αριστερό.

Το πάνω άκρο του κόλπου περιβάλλει τον τράχηλο της μήτρας έτσι, ώστε η κάτω μοίρα του τραχήλου να προβάλλει μέσα στον κόλπο.

Το τοίχωμα του κόλπου αποτελείται, από τα έξω προς τα μέσα, από τον ινώδη χιτώνα, τον μυϊκό χιτώνα και τον βλεννογόνο. Στην αναπαραγωγική ηλικία το επιθήλιο του βλεννογόνου του κόλπου είναι παχύ και πλούσιο σε γλυκογόνο λόγω της επίδρασης των οιστρογόνων ορμονών. Το γλυκογόνο με την επίδραση των βακίλων του Doderlein μετατρέπεται σε γαλακτικό οξύ, με αποτέλεσμα το περιβάλλον του κόλπου να γίνεται όξινο, γεγονός που του προσφέρει προστασία από πολλά παθογόνα βακτηρίδια.

Η αγγείωση του κόλπου γίνεται από τη μητριαία αρτηρία, τις κοιλιακές αρτηρίες (κλάδοι της κάτω κυστικής) και από τη μέση αιμορροϊδική.

❖ Μήτρα

Η μήτρα είναι ένα κοίλο, μυώδες όργανο απιοειδούς σχήματος που βρίσκεται μεταξύ ουροδόχου κύστης και ορθού. Το βάρος της στην άτοκη γυναίκα είναι περίπου 40γρμ.και,στη γυναίκα που γέννησε,70γραμ. Τα τοιχώματα της έχουν πάχος 2εκ. και το μήκος της είναι περίπου 7,5εκ.

Η μήτρα αποτελείται από πάνω προς τα κάτω, από τον *πυθμένα*, το *σώμα*, και τον *τράχηλο*.

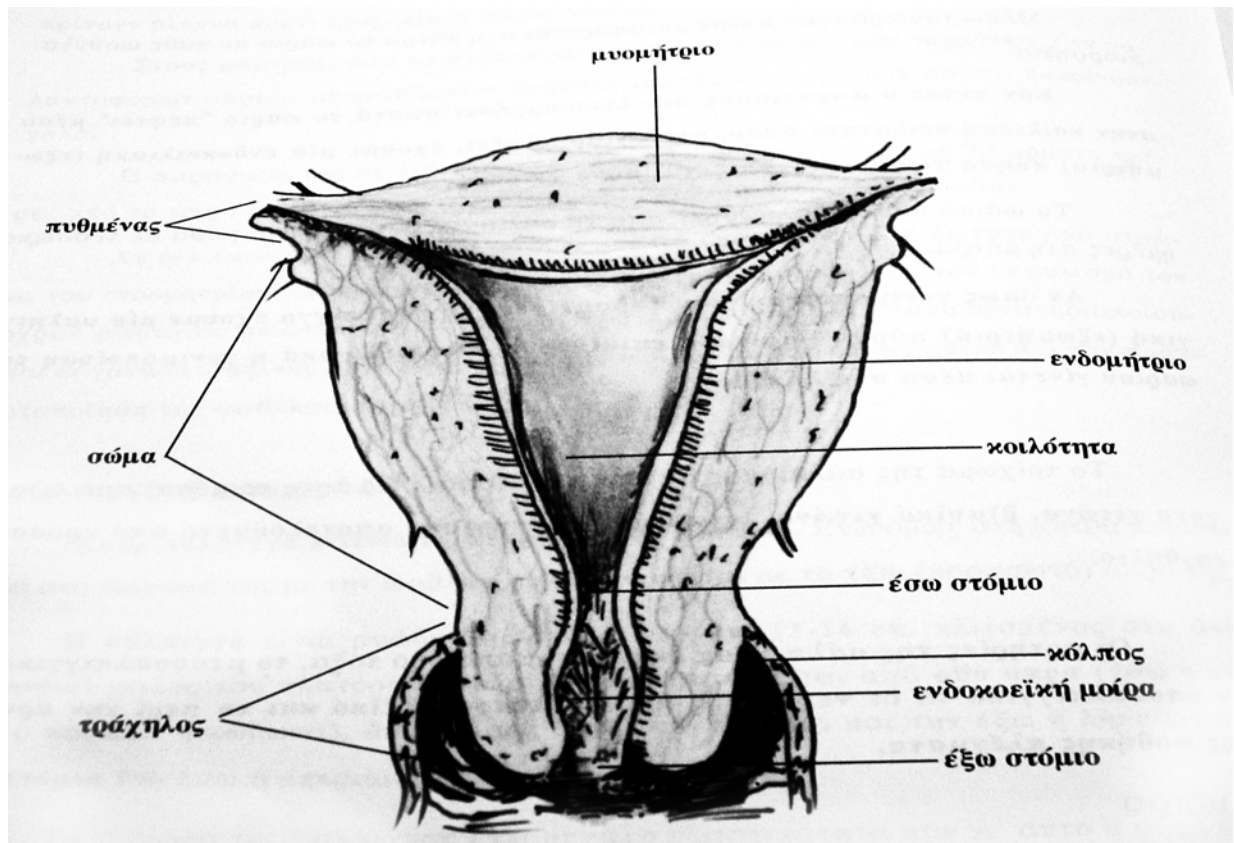
Στο *πυθμένα* βρίσκονται τα στόμια των σαλπίνγων. Το *σώμα* της μήτρας περικλείει την ενδομήτρια κοιλότητα η οποία είναι τριγωνική με τη βάση προς τον πυθμένα και την κορυφή προς το μέρος της συμβολής του σώματος με τον τράχηλο, όπου σχηματίζεται το εσωτερικό τραχηλικό στόμιο. Στις γωνίες της βάσης της ενδομήτριας κοιλότητας βρίσκονται τα στόμια που οδηγούν στις σάλπιγγες. Ο *τράχηλος* της μήτρας διακρίνεται σε δύο μοίρες: την *υπερκολπική*, που βρίσκεται σε συνέχεια με το σώμα της μήτρας, και την *ενδοκολπική*, που είναι συνέχεια της πρώτης και προβάλλει μέσα στον κόλπο. Ο αυλός του τραχήλου που, έχει σχήμα ατράκτου, προς τα πάνω οδηγεί στην ενδομήτρια κοιλότητα με το *εσωτερικό στόμιο* και προς τα κάτω στην κολπική με το *εξωτερικό στόμιο*. Όριο μεταξύ τραχήλου και σώματος της μήτρας αποτελεί ο ισθμός.

Η μήτρα συγκρατείται στη θέση της από: Α) τον τόνο των κοιλιακών τοιχωμάτων Β) το έδαφος της πυέλου Γ) το περιτόναιο και Δ) από τέσσερα ζευγάρια συνδέσμων: α) τους *δύο στρογγυλούς*, β) τους *δύο πλατείς*, γ) τους *δύο πλάγιους* και δ) τους *δύο ιερομητριάιους*.

Η μήτρα αποτελείται από τρεις χιτώνες: α) τον *εξωτερικό ή περιμήτριο*, που αποτελεί τον ορογόνο χιτώνα της μήτρας, β) το *μυομήτριο ή μυϊκό χιτώνα*, που βρίσκεται κάτω από το περιμήτριο και περιέχει βηματοδότες που ρυθμίζουν τη συσταλτικότητα της μήτρας. γ) το *ενδομήτριο* που είναι βλεννογόνο που καλύπτει την ενδομήτρια κοιλότητα και περιοδικά ανανεώνεται, ύστερα από

απόπτωση του(εμμηνορρυσία).Ο χιτώνας αυτός βρίσκεται υπό την επίδραση των ωοθηκικών ορμονών, από την ήβη ως την εμμηνόπαυση, με σκοπό την προετοιμασία του για να υποδεχθεί το γονιμοποιημένο ωάριο.

Η αγγείωση της μήτρας γίνεται από τις δύο μητριάιες (κλάδοι των έσω λαγονίων) και τις δύο ωοθηκικές αρτηρίες.



Η μήτρα σε επιμήκη διατομή

❖ Σάλπιγγες ή Ωαγωγοί

Οι σάλπιγγες είναι δύο πολύ λεπτοί μυϊκοί σωλήνες, μήκους 10-12 εκ που εκτείνονται ανάμεσα από τα κέρατα της μήτρας και τις ωοθήκες. Αποστολή τους είναι να μεταφέρουν ωάρια των ωοθηκών μέσα στον αυλό τους, για να συναντήσουν τα σπερματοζωάρια και να πετύχουν σύλληψη.

Το τοίχωμα των σαλπίγγων αποτελείται από τρεις χιτώνες: α) τον ορογόνο, εξωτερικά, β) τον μυϊκό, κάτω από τον ορογόνο, και γ) τον βλεννογόνο, που

καλύπτει τον αυλό των σαλπίνγων εσωτερικά και βρίσκεται υπό την επίδραση των ωοθηκικών ορμονών.

Κάθε σάλπιγγα έχει δύο στόμια: ένα *μητρικό*, που τη συνδέει με τη μήτρα, στο ύψος των κεράτων, και ένα *κωδωνικό ή κοιλιακό* στόμιο που εκβάλλει στην περιτοναϊκή κοιλότητα.

Οι σάλπιγγες διακρίνονται σε τέσσερα τμήματα:

α) *το ενδομητρικό*, που αντιστοιχεί στο μέρος εκείνο των σαλπίνγων που ξεκινάει από τα κέρατα της μητριάας κοιλότητας και περνάει μέσα από το μυϊκό τοίχωμα της μήτρας. Το μήκος του είναι 1-1,5εκ.

β) *τον ισθμό*, που βρίσκεται αμέσως μετά το ενδομητρικό και αποτελεί το στενότερο μέρος των σαλπίνγων, με μήκος 3-4εκ και διάμετρο 3-4χιλ.

γ) *τη λήκυθο*, που αποτελεί συνέχεια του ισθμού και το ευρύτερο τμήμα των σαλπίνγων, με μήκος 5-6 εκ και διάμετρο 8-9χιλ.

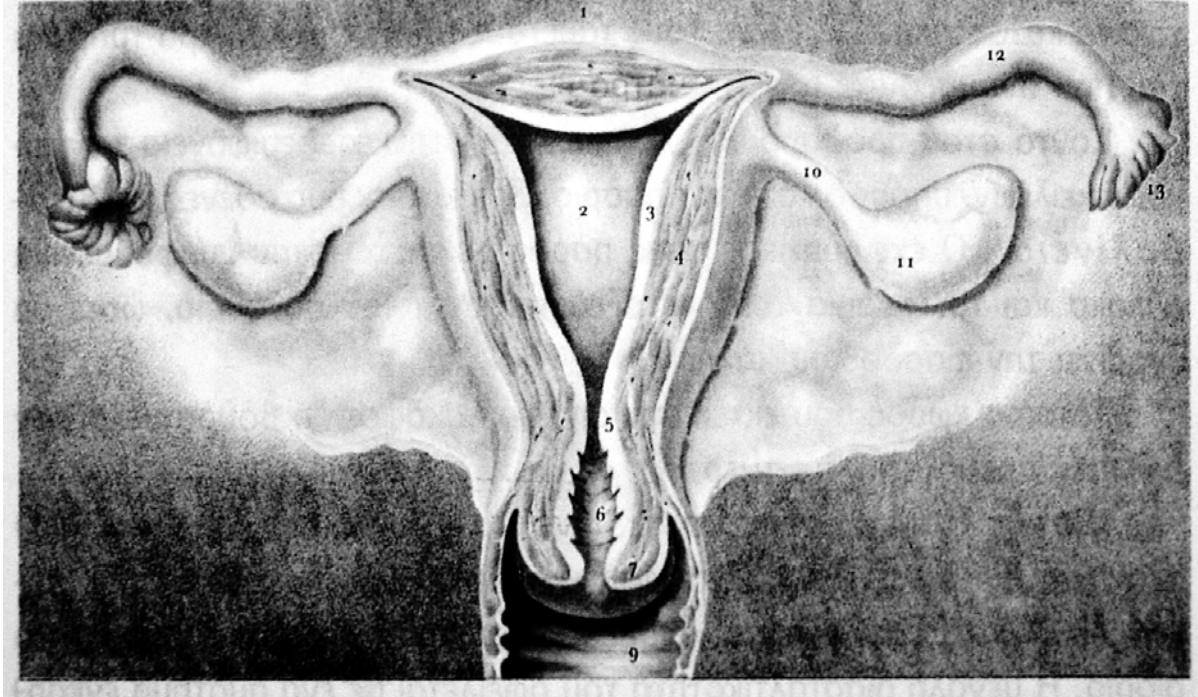
δ) *τον κώδωνα*, που αποτελεί το τελευταίο τμήμα, είναι κροσσωτός και έχει μορφή κωδωνοειδή. Ένας από τους κροσσούς είναι μεγαλύτερος, συνδέεται με την ωοθήκη και καλείται *ωοθηκικός κροσσός*.

Η αγγείωση των σαλπίνγων γίνεται από κλάδους των μηριαίων αρτηριών, για τα 2/3 του τμήματος που βρίσκεται κοντά σε αυτές, και από κλάδους των ωοθηκικών αρτηριών, για το υπόλοιπο τμήμα που βρίσκεται στον κώδωνα.

❖ Ωοθήκες

Αποτελούν τους γεννητικούς αδένες της γυναίκας, όπως οι όρχεις του άντρα. Είναι δύο αμυγδαλοειδή σωμάτια, με μέγιστη διάμετρο 5εκ και βάρος 7-12γραμ., που βρίσκονται στην οπίσθια επιφάνεια των πλατεών συνδέσμων, κάτω από τις σάλπιγγες και μέσα στα πλάγια και ανώτερα τμήματα της μικρής πυέλου.

Οι ωοθήκες αποτελούνται εξωτερικά από τη *φλοιώδη μοίρα*, που περιέχει ωοθυλάκια σε διάφορα στάδια εξέλιξως, και τη *μυελώδη μοίρα*, εσωτερικά, που περιέχει άφθονες αρτηρίες και φλέβες.



Τα έσω γεννητικά όργανα της γυναίκας σε εγκάρσια τομή: 1. πυθμένας της μήτρας 2. κοιλότητα της μήτρας 3. ενδομήτριο 4. μυομήτριο 5. έσω τραχηλικό στόμιο 6. ενδοτράχηλος 7. έξω τραχηλικό στόμιο 8. κολπικός θόλος 9. κόλπος 10. σύνδεσμος ωοθήκης 11. ωοθήκη 12. σάλπιγγα 13. κωδωνικό άκρο σάλπιγγας

Η επιφάνεια των ωοθηκών, στις γυναίκες που βρίσκονται σε αναπαραγωγική ηλικία, είναι ανώμαλη επειδή επηρεάζεται από την ωρίμανση των ωοθυλακίων. Έτσι, η επιφάνεια των ωοθηκών εμφανίζεται διαφορετική στις φάσεις του ωοθηκικού κύκλου. Μετά την εμμηνόπαυση οι ωοθήκες μικραίνουν, γιατί ατροφούν, και η επιφάνεια τους είναι γεμάτη από εντυπώματα.

Η στήριξη των ωοθηκών παρέχεται από τους *κρεμαστήρες συνδέσμους*, τους *μητροωοθηκικούς συνδέσμους* και τα *μεσοωθήκια*, και η αγγείωση τους από την ωοθηκική αρτηρία (απευθείας κλάδος της κοιλιακής αορτής).

ΤΟ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΟΥ ΑΝΔΡΑ

Το γεννητικό σύστημα του άνδρα αποτελείται από τα εξής όργανα:

1) Τους **γεννητικούς αδένες ή όρχεις** που παράγουν το σπέρμα

2) Την **επιδιδυμίδα**, τους **σπερματικούς πόρους**, τις **σπερματοδόχες κύστες** και τους **εκσπερματικούς πόρους**. Από τα όργανα αυτά διέρχεται το σπέρμα.

3) Τον **προστάτη**

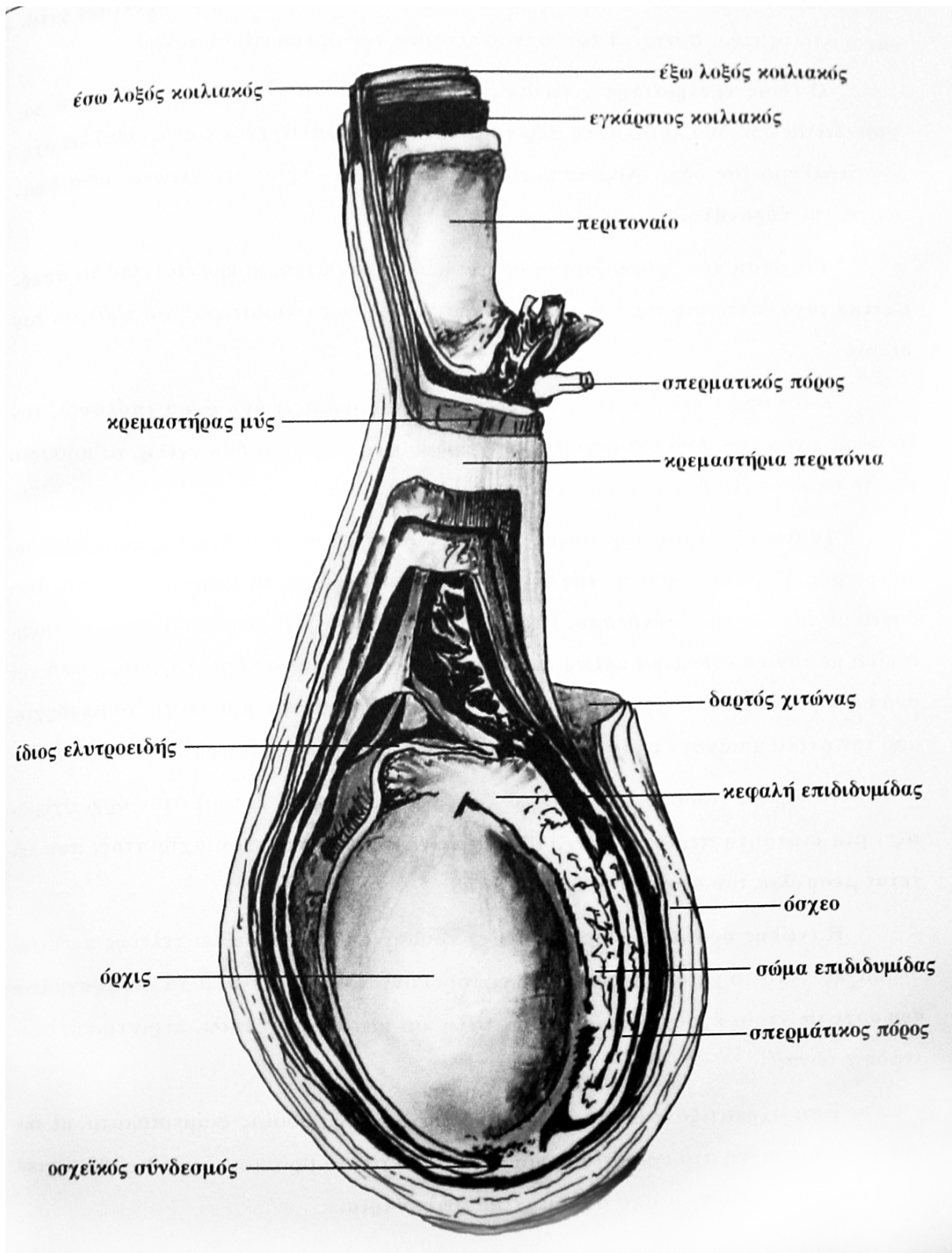
4) Το **πέος**, που είναι το όργανο της συνουσίας και που περιέχει τη σπαραγγώδη μοίρα της ουρήθρας ,με την οποία το σπέρμα φέρεται τελικά εκτός του σώματος του άνδρα.

Το πέος ανήκει στα έξω γεννητικά όργανα του άνδρα, δηλαδή βρίσκεται κάτω από το πυελικό έδαφος, ενώ τα υπόλοιπα όργανα ανήκουν στα έσω γεννητικά όργανα του άνδρα, δηλαδή τα όργανα που βρίσκονται μέσα στη μικρή πύελο.

❖ **Οι όρχεις**

Οι όρχεις, που είναι οι γεννητικοί αδένες του άνδρα, κατά την εμβρυϊκή ζωή βρίσκονται στην οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης. Κατά το τέλος της εμβρυϊκής ζωής, βγαίνουν από το κοίτος της κοιλιάς και διαμέσου του βουβωνικού πόρου καταλήγουν σε ένα εκκόλπωμα του δέρματος, κάτω από την ρίζα του πέους, που καλείται *όσχεο*. Έτσι αποφεύγεται η ενδοκοιλιακή θερμοκρασία που είναι 2-5°C υψηλότερη από τη θερμοκρασία στο όσχεο και η οποία θα ήταν βλαβερή για το σχηματισμό των σπερματοζωαρίων.

Οι όρχεις είναι μικτοί αδένες. Η έσω έκκριση τους είναι η τεστοστερόνη και η έξω τα σπερματοζωάρια.



Ο όρχις και τα περιβλήματά του

Οι όρχεις είναι δύο, ο δεξιός και ο αριστερός (ο δεύτερος συνήθως βρίσκεται χαμηλότερα του πρώτου), έχουν σχήμα αποπλατυσμένου αυγού σε μέγεθος καρυδιού και βάρος 15-20 γραμ. Κάθε όρχις κρέμεται μέσα στο σύστοιχο ημιμόριο του όσχεου, από ένα αγγειοϊνώδη μίσχο, το *σπερματικό τόνο* και παρουσιάζει *δύο άκρα (πόλους)*, τον άνω και τον κάτω, *δύο επιφάνειες*, την έσω και την έξω και *δύο χείλη*, το πρόσθιο και το οπίσθιο.

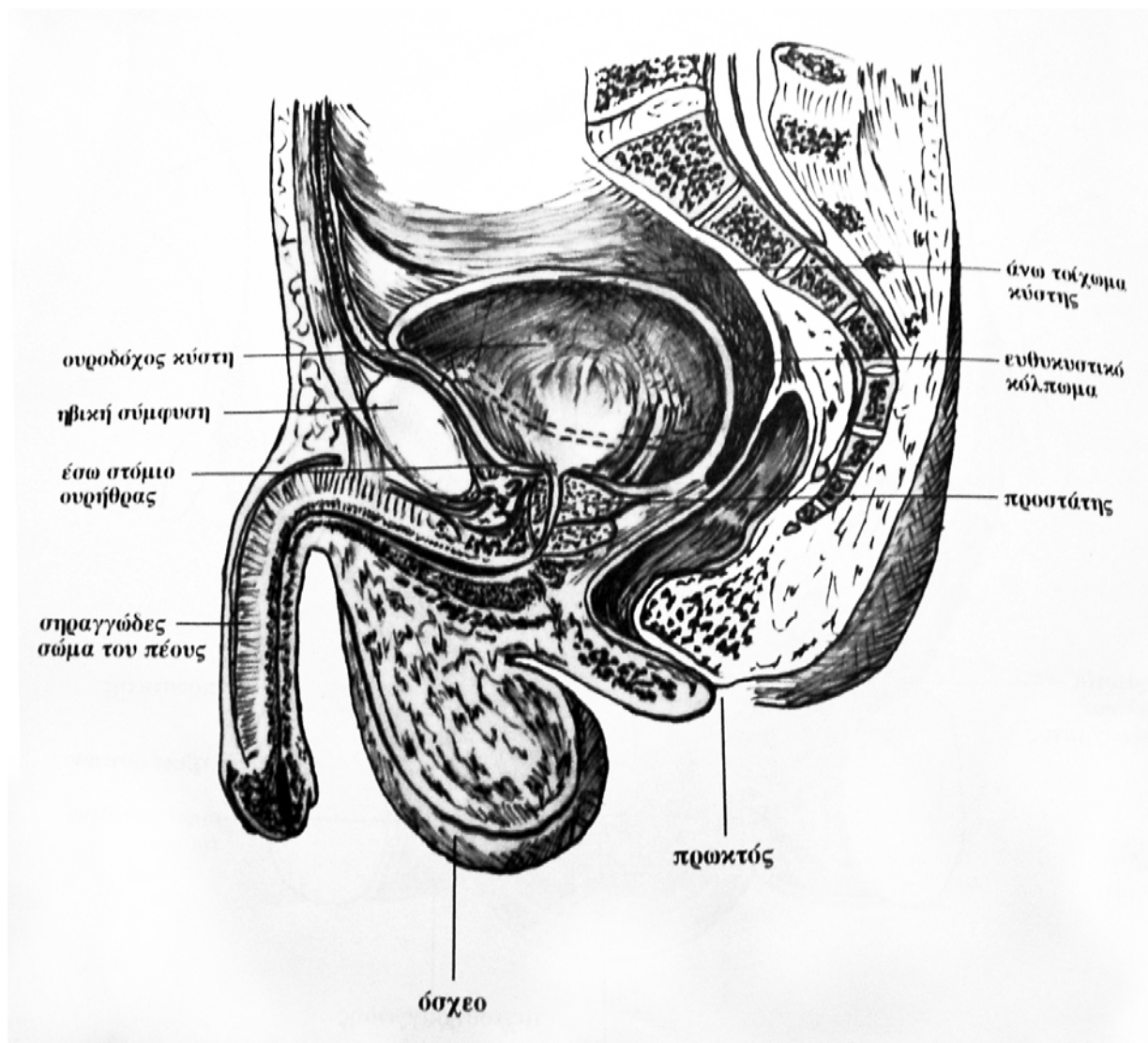
Το άνω άκρο του όρχι συνδέεται με την κεφαλή της επιδιδυμίδας ενώ το κάτω συνάπτεται με το όσχεο.

Εξωτερικά οι όρχεις περιβάλλονται από ινώδη χιτώνα από τον οποίο πορεύονται τα *διαφραγμάτια* που χωρίζουν το παρέγχυμα κάθε όρχεως σε 250-300 *ορχικά λόβια*. Κάθε λόβιο περικλείει 3-4 *εσπειραμένα σπερματικά σωληνάρια* τα οποία έχουν πορεία ελικοειδή και καθώς πλησιάζουν προς το ιγμόρειο σώμα, ενώνονται μεταξύ τους και σχηματίζουν το *ευθύ σπερματικό σωληνάριο* που μπαίνει στο *ιγμόρειο σώμα*, συνδέεται με τα άλλα ευθέα και σχηματίζει το *δίκτυο του Haller (Αλλήρειο δίκτυο)*. Από το δίκτυο αυτό φεύγουν εκφορητικά σωληνάρια (πόροι) που, τελικά, βγαίνουν από τον ιδίως όρχι και σχηματίζουν την κεφαλή της επιδιδυμίδας. Όλο το δίκτυο αυτό αποτελεί εκφορητικό και αθροιστικό σχηματισμό του σπέρματος, η παραγωγή του οποίου γίνεται μέσα στα σπερματικά σωληνάρια.

❖ **Επιδιδυμίδα**

Η επιδιδυμίδα βρίσκεται μαζί με το σύστοιχο όρχι μέσα στο όσχεο και αποτελεί σχηματισμό, μηνοειδούς μορφής, του οποίου το κοίλο τμήμα συνδέεται με το άνω άκρο (πόλο) και το οπίσθιο χείλος του όρχι. Κάθε επιδιδυμίδα έχει τρία τμήματα, την *κεφαλή*, το *σώμα* και την *ουρά*. Την κεφαλή απαρτίζουν 5-13 λόβια με σχήμα κώνου του οποίου η κορυφή αντιστοιχεί στο ιγμόρειο σώμα

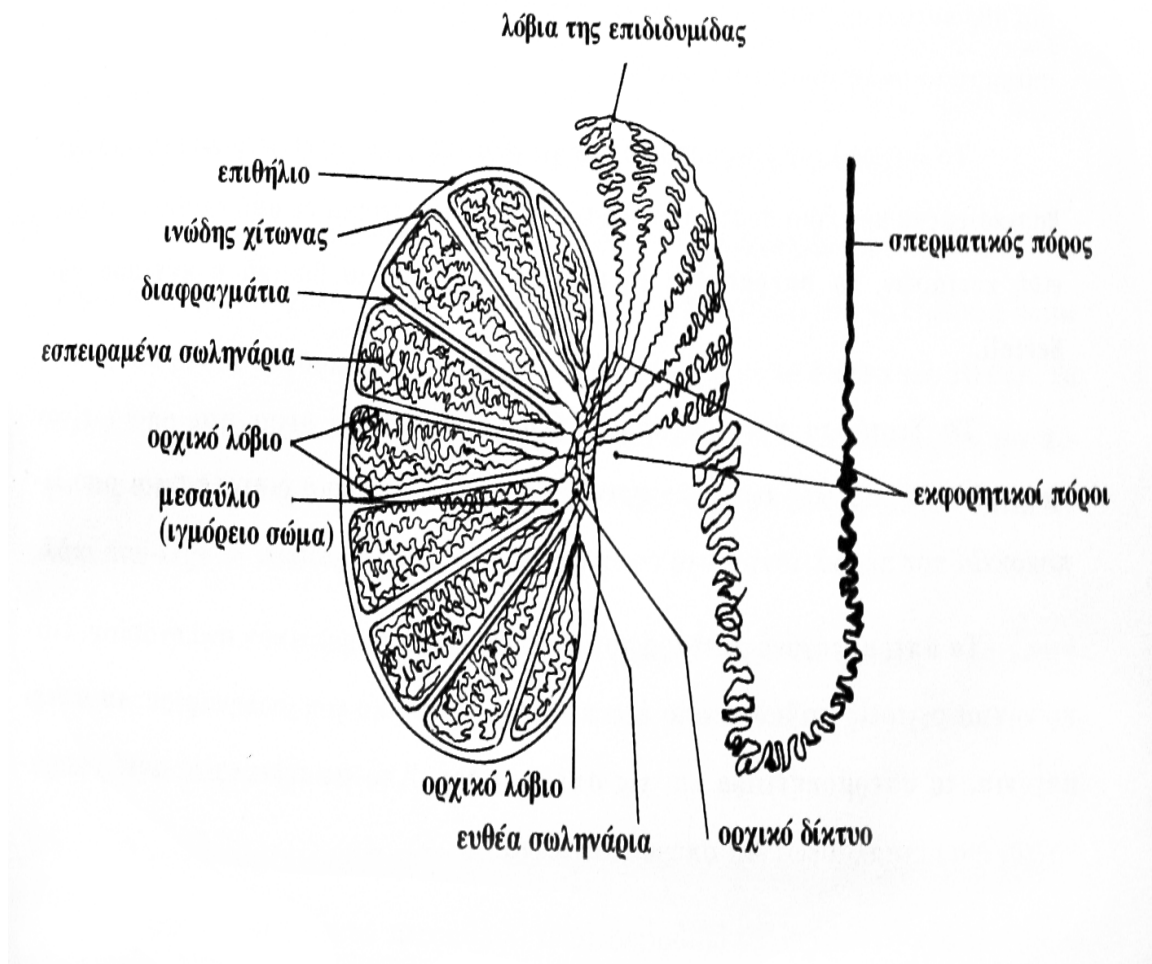
όπου, δια μέσου εκφορητικών σωληναρίων, συνδέονται με το δίκτυο του Haller. Τα σωληνάκια αυτά, μετά από μια ελικοειδή πορεία συνενώνονται και σχηματίζουν τον πόρο της επιδιδυμίδας ο οποίος πορεύεται στο πίσω χείλος του



Μέση (οβελιαία) τομή ανδρικής πύελου

όρχι. Το σώμα και η ουρά της επιδιδυμίδας σχηματίζονται από τον πόρο της ο οποίος, εκτός από τη μεταφορά του σπέρματος, παράγει και έκκριμα που χρησιμεύει στη θρέψη των σπερματοζωαρίων.

Η αιμάτωση κάθε όρχεως και επιδιδυμίδας γίνεται από την έσω σπερματική αρτηρία.



Διατομή όρχι, επιδιδυμίδας και σπερματικών σωληναρίων

❖ Σπερματικός πόρος

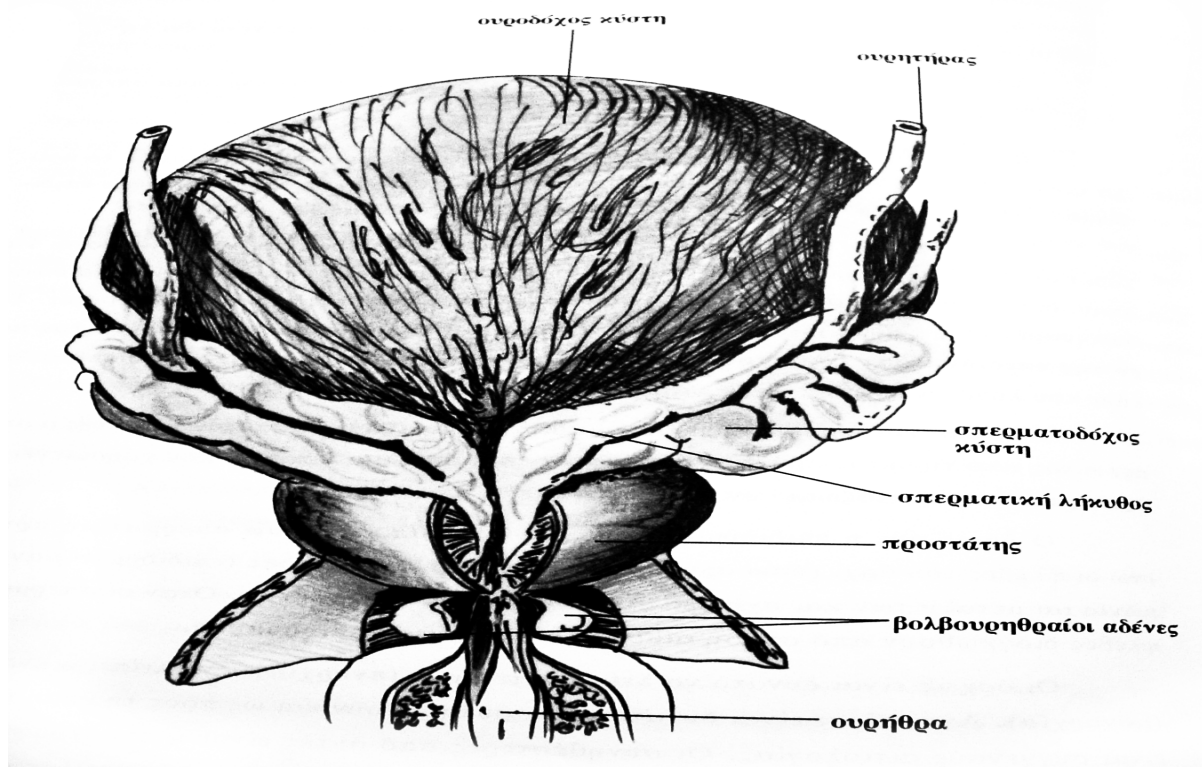
Αποτελεί συνέχεια του πόρου της επιδιδυμίδας, μήκους 50-60 εκ, που διέρχεται το βουβωνικό πόρο και φέρεται πίσω από την ουροδόχο κύστη, όπου συνενώνεται με τη σπερματοδόχο κύστη, η οποία χρησιμεύει ως αποθήκη σπέρματος. Κατόπιν, ο σπερματικός πόρος συνεχίζει σαν εκσπερματικός πόρος, που εισέρχεται στον προστάτη για να εκβάλλει στην προστατική μούρα της ουρήθρας.

❖ Προστάτης

Ο προστάτης είναι ένας ινώδης και μυώδης αδένας σε σχήμα κάστανου, οι εκκρίσεις του οποίου αποτελούν μέρος του σπερματικού υγρού, και βρίσκεται σε έναν ινώδη θύλακο κάτω από την ουροδόχο κύστη.

Η ουρήθρα του άνδρα περνά μέσα από τον προστάτη. Αυτό σημαίνει ότι, εάν ο αδένας του προστάτη αυξηθεί σε όγκο, το στόμιο της ουρήθρας μπορεί να στενέψει, με αποτέλεσμα να παρεμποδιστεί η ροή των ούρων, φαινόμενο καθόλου ασυνήθιστο για άνδρες άνω των 55 ετών.

Κάτω από τον προστάτη υπάρχουν οι βολβουρηθρικοί αδένες, οι οποίοι ενισχύουν με τις εκκρίσεις τους το σπερματικό υγρό πριν από την εκσπερμάτωση.



Αποχετευτική οδός σπέρματος

Ο ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΣ ΚΥΚΛΟΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

Το χρονικό διάστημα μεταξύ δύο εμμήνων ρύσεων και οι αλλαγές που παρατηρούνται στο γυναικείο σώμα, με σημαντικότερα γεγονότα τις μορφολειτουργικές μεταβολές, που συμβαίνουν στα γεννητικά όργανα, χαρακτηρίζουν το γεννητικό κύκλο.

Στο γεννητικό κύκλο εμπλέκονται αλληλεξαρτήσεις μεταξύ φλοιού του εγκεφάλου, υποφύσεως και ωοθηκών. Αυτές οι αλληλεπιδράσεις έχουν ως αποτέλεσμα τις μορφολογικές και λειτουργικές διαφοροποιήσεις στην ωοθήκη, η ενδοκρινής λειτουργία της οποίας επιδρά στο ενδομήτριο, στην τραχηλική βλέννα και στο κοιλικό επιθήλιο.

Η φυσιολογική λειτουργία της ωοθήκης χαρακτηρίζεται από την περιοδική απελευθέρωση των ωοκυττάρων (γαμετών), αφού προηγηθεί η διαδικασία ωρίμανσης τους, η επικράτηση του ενός, η ωοθυλακιορρηξία, και στη συνέχεια ακολουθεί η ωχρινοποίηση και η υποστροφή του ωχρού σωματίου, εφ' όσον δεν επισυμβεί κύηση. Παράλληλη με τα γεγονότα αυτά είναι και η παραγωγή των ορμονών που χαρακτηρίζουν την ωοθηκική λειτουργία, δηλαδή της 17 β-οιστραδιόλης και της προγεστερόνης.

Η χρονική διάρκεια του γεννητικού κύκλου ποικίλει τόσο μεταξύ των γυναικών, όσο και στην ίδια γυναίκα. Κατά μέσο όρο όμως διαρκεί 28 ημέρες. Αυτό σημαίνει ότι και ο κύκλος των 20 και 38 ημερών είναι φυσιολογικός. Σαν πρώτη ημέρα του κύκλου θεωρείται η ημέρα που αρχίζει η περίοδος.

Ο γεννητικός κύκλος διακρίνεται σε δύο φάσεις: α) την 1^η φάση ή ωοθυλακική ή παραγωγική φάση, η διάρκεια της οποίας ποικίλει και β) τη 2^η φάση ή ωχρινική ή εκκριτική φάση, η διάρκεια της οποίας είναι πιο σταθερή και διαρκεί 12-16 ημέρες. Μια ενδιάμεση φάση είναι η φάση της ωοθυλακιορρηξίας, η οποία προσδιορίζεται χρονικά αφαιρώντας 14 ημέρες από το τέλος του χρονικού διαστήματος που διαρκεί ο κύκλος. Δηλαδή σε μια γυναίκα με κύκλο

35 ημερών, η ωοθυλακιορρηξία γίνεται την 21^η ημέρα του κύκλου, ενώ σε ένα κύκλο 28 ημερών, γίνεται την 14^η.

Κατά την *πρώτη φάση του κύκλου*, κάτω από τη δράση της ωοθυλακιοτρόπου ορμόνης (FSH), ωριμάζουν βαθμιαία ένα ή περισσότερα ωοθυλάκια. Από αυτά παράγονται ορισμένες ποσότητες ορμονών και κυρίως οιστρογόνα που προκαλούν υπερπλασία του ενδομητρίου.

Ακολούθως, κατά την *ωοθυλακιορρηξία*, ένα ωοθυλάκιο, που παρουσιάζει μεγαλύτερη ανάπτυξη από τα υπόλοιπα, το *επικρατές ωοθυλάκιο*, σπάει και το εξερχόμενο από αυτό ωάριο κινείται προς το κωδωνικό στόμιο της σάλπιγγας και προωθείται δια συσπάσεως της μήτρας μέσα σε αυτή για την γονιμοποίηση, η οποία πρέπει να γίνει μέσα στις επόμενες 24 έως 48 ώρες.

Κατά τη *δεύτερη φάση του κύκλου* τα υπολείμματα του ωοθυλακίου που έσπασε σχηματίζουν το ωχρό σωματίο, το οποίο παράγει κυρίως προγεστερόνη, ορμόνη που προκαλεί υπερπλασία του ενδομητρίου και έκκριση γλυκογόνου από τους αδένες του με σκοπό να προετοιμαστεί το ενδομήτριο για την υποδοχή του γονιμοποιημένου ωαρίου.

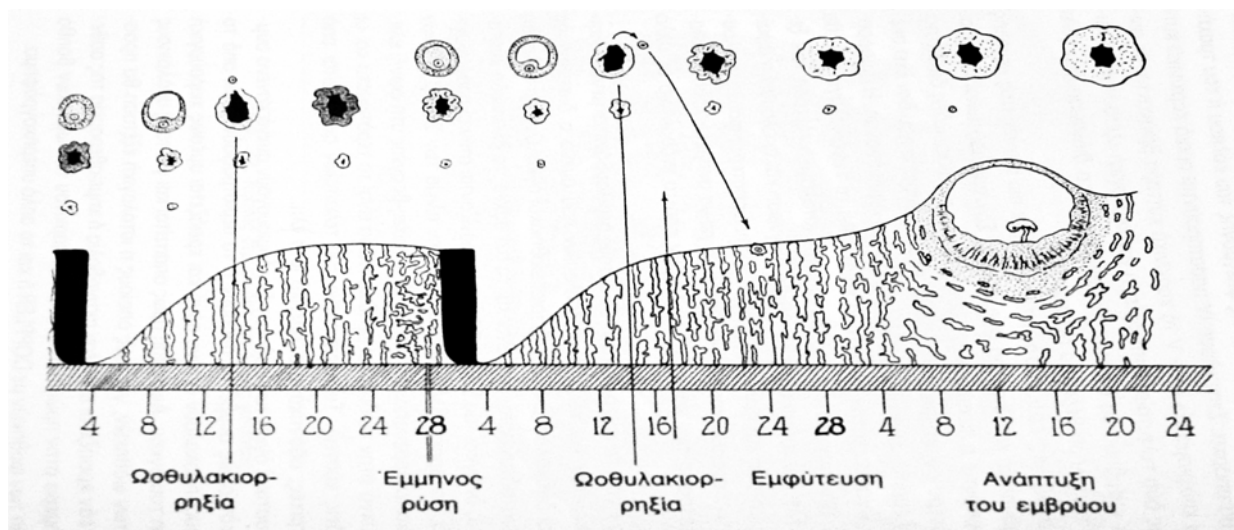
Το γονιμοποιημένο ωάριο παράγει μια ορμόνη που ονομάζεται χοριακή γοναδοτροπίνη που δρα στην ωοθήκη, εξασφαλίζοντας τη λειτουργία του ωχρού σωματίου επί τρεις μήνες, μέχρι το σχηματισμό του πλακούντα.

Σε περίπτωση που το ωάριο δεν γονιμοποιηθεί, αυτό υποστρέφεται και πεθαίνει και μετά από λίγες ημέρες αρχίζει να υποστρέφεται και το ωχρό σωματίο, το οποίο βαθμιαία μετατρέπεται σε λευκό σωματίο που έχει σαν αποτέλεσμα την ελάττωση της έκκρισης των ορμονών. Τελικά, επέρχεται νέκρωση του ενδομητρίου το οποίο αποπίπτει με τη μορφή αιμορραγίας, που διαρκεί 4-6 ημέρες και αποτελεί την «περίοδο» ή «έμμηνο ρύση».

Με την πάροδο της ηλικίας η λειτουργία του γεννητικού κύκλου παρουσιάζει σταδιακή παύση, η οποία συνήθως ξεκινά στην ηλικία των 40-50 ετών, η οποία ονομάζεται *κλιμακτήριος*. Ο χρόνος έναρξης της κλιμακτηρίου εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, κυρίως κληρονομικούς. Η κλιμακτήριος χαρακτηρίζεται

από προοδευτικά αυξανόμενες διαταραχές λειτουργίας του ορμονικού άξονα και προοδευτικά μειούμενη ανταπόκριση των ωοθηκών στην δράση των γοναδοτροπινών (FSH και LH). Η μείωση αυτή καταλήγει σε πλήρη αδράνεια των ωοθηκών, καταστολή της παραγωγής οιστρογόνων και κατάργηση του γεννητικού κύκλου, οπότε η γυναίκα θεωρείται ότι εισήλθε στην *εμμηνόπαυση*.

Η παύση της έκκρισης των γεννητικών ορμονών προκαλεί ατροφία των ωοθηκών, της μήτρας, του κοιλιακού επιθηλίου και των υπόλοιπων γεννητικών οργάνων. Τα φυσιολογικά αυτά φαινόμενα συνοδεύονται και από γενικά συμπτώματα όπως εξάψεις, εφιδρώσεις, κεφαλαλγίες, κατάθλιψη, φόβο, ευερεθιστότητα, τα οποία συχνά αντιμετωπίζονται με την εξωγενή χορήγηση οιστρογόνων.



Οι μεταβολές του ωοθυλακίου και του ενδομητρίου στον γεννητικό κύκλο και κατά την εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου.

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ

• Η ΦΙΛΟΣΟΦΙΑ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ

Καμία διάσταση της ανθρώπινης υποστάσεως και δραστηριότητας δεν έχει υποστεί τόσο βαθιές ψυχοκοινωνικές επιδράσεις όσο η λειτουργία της αναπαραγωγής. Αυτό που συμβατικά ονομάζουμε «οικογενειακό προγραμματισμό» εκφράζει τη συνειδητή αντιδιαστολή ανάμεσα σε δυο καίριες βιολογικές λειτουργίες, τη γενετήσια (σεξουαλική) και την αναπαραγωγική. Η αντιδιαστολή αυτή έχει μία χαρακτηριστική μοναδικότητα στο ανθρώπινο είδος. Η μοναδικότητα αυτή είχε μάλιστα χρησιμοποιηθεί σαν επιχείρημα κατά του Ο.Π. με το σκεπτικό ότι ο προγραμματισμός αυτός αποτελούσε μια βιολογική εκτροπή. Το επιχείρημα αυτό δεν είναι βέβαια βάσιμο-ο άνθρωπος είναι μοναδικός στη φύση και τη μοναδικότητα αυτή συνθέτουν αναγκαστικά μία σειρά από «εκτροπές» που κατά κανόνα έχουν θετικό πλεονεκτικό χαρακτήρα.

Παρακάτω, θα γίνει μία αξιολόγηση των δυνάμεων που οδήγησαν στη διαμόρφωση των διαφόρων παραμέτρων του Ο.Π. Οι δυνάμεις αυτές μπορούν να ταξινομηθούν σχηματικά σε βιολογικές, δημογραφικές, ψυχοκοινωνικές και ιατρικές:

A. ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΥΝΑΜΕΙΣ

Ένα από τα διακριτικά χαρακτηριστικά του ανθρώπινου είδους είναι αυτό που καταχρηστικά αναφέρεται ως «εξωγενετική κληρονομικότητα». Σε αντιδιαστολή προς άλλα είδη ο άνθρωπος έχει την δυνατότητα να μεταφέρει από γενιά σε γενιά, με το γραπτό και προφορικό λόγο, γνώσεις και εμπειρίες που δεν είναι καταχωρημένες στο γενετικό του υλικό. Έτσι, ο άνθρωπος ζει σε ένα περιβάλλον τεχνολογικά και κοινωνικά σύνθετο, που εκφράζει τη συνισταμένη των αθροιστικών εμπειριών πολλών επάλληλων γενιών. Μακριά από το περιβάλλον αυτό, χωρίς τη συνειδητή και την άτυπη υποσυνείδητη εκπαίδευση, ο άνθρωπος είναι καταδικασμένος να επιστρέψει στο πρωτόγονο εξελικτικό στάδιο

του κυνηγού και συλλέκτη. Συνέπεια της καίριας σημασίας της εξωγενετικής κληρονομικότητας στον άνθρωπο, καθώς και της έκδηλης ανωριμότητας του εγκεφάλου κατά τη γέννηση, είναι ότι η περίοδος βιοκοινωνικής εξαρτήσεως του παιδιού είναι πολύ μεγαλύτερη στον άνθρωπο παρά στα άλλα ζωικά είδη. Η μακροχρόνια εξάρτηση του παιδιού σημαίνει όμως καθήλωση του ενός τουλάχιστον από τους γονείς. Κατά συνέπεια, το φαινόμενο της εξωγενετικής κληρονομικότητας προσέδωσε στο δεσμό του ζευγαριού ένα ρόλο πολύ σημαντικότερο παρά σε οποιοδήποτε άλλο ζωικό είδος. Χωρίς αυτό το ζευγάρι δεν θα είχε την δυνατότητα να εξασφαλίσει την αδιατάρακτη λειτουργία των μηχανισμών της εξωγενετικής κληρονομικότητας, για χάρη του παιδιού, και χωρίς αυτή τη δυνατότητα δεν θα διάθετε το βασικό βιοκοινωνικό πλεονέκτημα του αθροιστικού διανοητικού εξοπλισμού.

Κάτω από αυτό το πρίσμα η γενετήσια σχέση στον άνθρωπο αποκτά νέες διαστάσεις και νέο περιεχόμενο. Δεν αποτελεί μόνο διαδικασία για την υλοποίηση της αναπαραγωγής, αλλά και μηχανισμό σφυρηλατήσεως του δεσμού του ζευγαριού. Δεν αποτελεί μόνο την προϋπόθεση για το συνταίριασμα του σπερματοζωαρίου με το ωάριο, αλλά και βάση για την ανάπτυξη της ανθρώπινης σχέσεως που διευκολύνει τους μηχανισμούς της εξωγενετικής κληρονομικότητας και κατοχυρώνει την εξελικτική υπεροχή του ανθρώπινου είδους.

Οι καινούργιες διαστάσεις και το νέο αντικείμενο της γενετήσιας σχέσεως στον άνθρωπο φαίνεται ότι αντανακλώνται σε πολλές μορφολογικές και φυσιολογικές διαφοροποιήσεις. Η γυναίκα δεν έχει περιοδικότητα οίστρου, αλλά είναι πάντα δυνητικά έτοιμη για τη γενετήσια σχέση και διαθέτει το χάρισμα του οργανισμού. Ο άντρας διαθέτει μικρότερους όρχεις και μεγαλύτερο πέος. Στο σύνολό τους τα δεδομένα αυτά υποδηλώνουν ότι η σεξουαλική σχέση στον άνθρωπο δεν αποτελεί μόνο διαδικασία για την αναπαραγωγή, αλλά σημαντικό αυτοσκοπό με καίρια βιολογική εξελικτική σημασία. Πολύ πριν οι άνθρωποι μιλήσουν ή σκεφτούν για τον Ο.Π, η γενετήσια σχέση φαίνεται ότι είχε αντιδιασταλεί από την αναπαραγωγή, σαν προσδιοριστικό χαρακτηριστικό του ανθρώπινου είδους.

B. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΔΥΝΑΜΕΙΣ

Οι δημογραφικοί παράγοντες που διαμόρφωσαν την ανάγκη του Ο.Π. ποικίλλουν ποσοτικά και ποιοτικά στους πληθυσμούς και η δυναμική τους δεν είναι πάντα κατανοητή. Αναφέρεται συχνά ότι η πληθυσμιακή έκρηξη στις χώρες του τρίτου κόσμου οφείλεται στη μείωση του αριθμού των θανάτων εξαιτίας των προόδων στην ιατρική και τη δημόσια υγεία. Βέβαια, στον τελικό ισολογισμό του κόσμου μας, οι θάνατοι δεν είναι ποτέ δυνατό να μειωθούν-θα είναι πάντα ίσοι με τις γεννήσεις, αφού η συμμετρικότητα των δύο αυτών φαινομένων αποτελεί το βασικότερο αξίωμα της ζωής μας . Εκείνο που πραγματικά συνέβη ήταν η μετάθεση του χρόνου θανάτου, σε ένα σημαντικό ποσοστό του πληθυσμού, από την ηλικία των ολίγων μηνών ή ετών στην ηλικία της ωριμότητας ή και παραπέρα. Η μετάθεση αυτή της μέσης ηλικίας θανάτου από την προ-αναπαραγωγική στη μετά-αναπαραγωγική ηλικία είχε ως αποτέλεσμα την εκρηκτική αύξηση του αριθμού των γεννήσεων, με συνέπεια τον προσωρινό ανισοσκελισμό των δημογραφικών δυνάμεων φθοράς και αναπλάσεως.

Η μετάθεση της μέσης ηλικίας θανάτου αποτελεί μία μεταβολή την οποία απεργάστηκε η ανθρώπινη νοημοσύνη και συντηρεί η εξωγενετική κληρονομικότητα. Το βασικό της χαρακτηριστικό της ήταν η ταχύρυθμη πραγμάτωσή της (μέσα σε διάστημα μικρότερο από δυο αιώνες) που είχε σαν αποτέλεσμα τον αιφνιδιασμό των μηχανισμών βιολογικής αναδράσεως και εξελικτικής προσαρμογής. Δημιουργήθηκε έτσι ένα νέο πρόβλημα με δημογραφικό επίκεντρο και σημαντικές επιπτώσεις στους τομείς της οικονομίας, της κοινωνικής οργανώσεως και των φυσικών πόρων. Αναπόφευκτη ήταν, πλέον, η καταφυγή στις δημογραφικές δυνάμεις και η χρησιμοποίηση της ιατρικής γνώσεως και τεχνολογίας για την αντιμετώπιση του προβλήματος και την αποκατάσταση της οικολογικής ισορροπίας. Η δημογραφική διάσταση του Ο.Π. είχε γεννηθεί.

Γ. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΥΝΑΜΕΙΣ

Φαίνεται ίσως κοινοτοπία σήμερα, αλλά καθυστέρησε σημαντικά να συνειδητοποιηθεί, ότι η άνιση θέση της γυναίκας απέναντι στον άνδρα στις ανθρώπινες κοινωνίες αντανακλά τη δυσανάλογη ενεργειακή επένδυση των δύο φύλων στην αναπαραγωγή. Η μακρόχρονη ταύτιση του γυναικείου ρόλου με την αναπαραγωγή δημιούργησε για τη γυναίκα αλυσιδωτές δυσχέρειες, πολλές από τις οποίες δεν έχουν ακόμη αντιμετωπιστεί ούτε καν συνειδητοποιηθεί. Η επαγγελματική και γενετήσια απελευθέρωση της γυναίκας και η προστασία της υγείας της έρχονται εύκολα στο νου ως παρασυνέπειες του Ο.Π, και στην πραγματικότητα έχουν χρησιμοποιηθεί με τόση ευκολία και επιπολαιότητα, ώστε τα καίρια επιτεύγματα στους τομείς αυτούς να κινδυνεύουν να αυτοαναιρεθούν. Πολύ λιγότερο έχει επισημανθεί το γεγονός ότι μερικές «αυτονόητες» καταστάσεις στις ανθρώπινες κοινωνίες είναι φυσιολογικά ανεξήγητες και διαλεκτικά αντιφατικές. Έτσι, οι περισσότερες γυναίκες θεωρούν εύλογο το ερωτικό τους ζευγάρι με ένα μεγαλύτερό τους άνδρα, μολονότι, ηλικία προς ηλικία, η γυναίκα διαθέτει συγκριτικά με τον άνδρα μεγαλύτερη γενετήσια επάρκεια και κατά τεκμήριο διάθεση, και υπόκειται λιγότερο στις δυνάμεις της φθοράς του θανάτου. Παρόλα αυτά, η ηχώ των εποχών στις οποίες η ενεργητική κοινωνική παρουσία της γυναίκας τελείωνε με την εμμηνόπαυση σφραγίζει ακόμα και σήμερα την κοινωνική μας συμπεριφορά και δημιουργεί κατεστημένα τα οποία δεν μπορεί να ανατρέψει καμιά νομοθεσία αφού οι ρίζες τους βρίσκονται στην πλασματική αισθητική καταξίωση του συνταιριάσματος της νέας γυναίκας με το μεγαλύτερο άνδρα.

Δ. ΙΑΤΡΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Αν τα βιολογικά δεδομένα κατοχυρώνουν την αντιδιαστολή της γενετήσιας λειτουργίας από την αναπαραγωγή, αν οι δημογραφικές τάσεις δημιουργούν τις ποσοτικές ανάγκες Ο.Π, και αν τα ψυχοκοινωνικά ρεύματα διαμορφώνουν τις ποιοτικές του παραμέτρους, ήταν τα ιατρικά και τεχνολογικά επιτεύγματα του αιώνα μας που γεφύρωσαν το χάσμα ανάμεσα στο επιθυμητό και το εφικτό.

Μολονότι τα διαθέσιμα αντισυλληπτικά μέσα δεν καλύπτουν ακόμη και ολόκληρο το φάσμα των αναγκών εντούτοις έχουν σημειωθεί σημαντικές πρόοδοι, ανάμεσα στις οποίες ξεχωρίζει η σύνθεση δισκίων με υψηλούς δείκτες όχι μόνο αποτελεσματικότητας αλλά και ασφάλειας. Αντίθετα, σε πρώιμο στάδιο βρίσκεται ακόμη η γνώση και η τεχνολογία για την αντιμετώπιση άλλων θεμάτων και προβλημάτων, που ξεφεύγουν από το χώρο της αντισύλληψης, αλλά αποτελούν σημαντικούς τομείς του Ο.Π. Έτσι βρισκόμαστε ακόμα μακριά από τους επιθυμητούς στόχους στους τομείς της αντιμετώπισης της υπογονιμότητας, ορισμένων αφροδίσιων νοσημάτων (έρπητας, σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας) και των περισσότερων συγγενών διαμαρτιών. Ακόμα σημαντικότερο, βρισκόμαστε ουσιαστικά σε πρωτόγονο στάδιο στην προσπάθεια κατανόησης των ψυχοφυσιολογικών παραμέτρων της γενετήσιας ζωής και αντιμετώπισης των διαταραχών της σεξουαλικής λειτουργικότητας. Στους τομείς αυτούς βρίσκεται σημαντικό τμήμα του ιατρικού και κοινωνικού μέλλοντος του Ο.Π.

Η εξουδετέρωση των καταλοίπων αβεβαιότητας στις γενετήσιες σχέσεις και το σεξουαλικό ταίριασμα του ζευγαριού μπορούν να συμβάλουν στην προαγωγή της ποιότητας της ζωής στον ίδιο τουλάχιστο βαθμό όσο η πετυχημένη αντισύλληψη και η υπεύθυνη γονιμότητα.

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ

Ο οικογενειακός προγραμματισμός ως ιδέα πέρασε πολλά στάδια εξελίξεως μέχρι να φτάσει στη σημερινή μορφή. Το 1798 πρώτος ο Άγγλος ιερέας Malthus επισήμανε, ότι η παραγωγή των τροφίμων φαίνεται να αυξάνεται με αριθμητική πρόοδο, ενώ ο πληθυσμός της γης αυξάνεται με γεωμετρική πρόοδο, με αποτέλεσμα την προοπτική δημιουργίας ενός «χάσματος» ανάμεσα στη παραγωγή και στη ζήτηση τροφίμων, με τελική αναπόφευκτη κατάληξη, εκτεταμένους λοιμούς ή πολεμικές συγκρούσεις ανάμεσα σε λοιμοκτονούντες πληθυσμούς. Στο τέλος του 19ου αιώνα οι θεωρίες του Malthus αναβίωσαν από τους λεγόμενους νεομαλθουσιανούς, των οποίων η κίνηση αφορούσε τον περιορισμό των γεννήσεων.

A. ΠΡΙΝ ΤΟ ΔΕΥΤΕΡΟ ΠΑΓΚΟΣΜΙΟ ΠΟΛΕΜΟ

Στην έννοια του οικογενειακού προγραμματισμού δόθηκε νέα διάσταση από τρεις γυναίκες, τη Margaret Sanger στις Η.Π.Α., και τις Mary Stopes και Edith How-Martyn στην Αγγλία. Το 1912 η Sanger άρχισε ένα αγώνα που κράτησε μια ζωή-ο αγώνας είχε σαν στόχο να απελευθερώσει τις γυναίκες από ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες. Στο ξεκίνημά της η Sanger είδε την κίνηση του ελέγχου των γεννήσεων συνδεμένη μόνο με την υγεία και την ευτυχία της οικογένειας. Αρκετά αργότερα το 1917 άρχισε να συνειδητοποιεί ότι ο έλεγχος των γεννήσεων είχε και οικονομικές-πολιτικές διαστάσεις. Σε επίσκεψή της στο Λονδίνο το 1915 η Sanger συναντά την Edith How-Martyn, που είναι έντονα αναμιγμένη στην κίνηση των σουφραζετών, καθώς και τη γιατρό Mary Stopes. Τις επόμενες δεκαετίες οι δρόμοι των τριών αυτών γυναικών διασταυρώθηκαν πολλές φορές καθώς βάδιζαν προς τον κοινό στόχο και έκαναν και κοινό αγώνα. Αγώνα, γιατί την εποχή εκείνη οι αντιλήψεις του κοινωνικού συνόλου δεν συνέπιπταν με τις δικές τους. Τόση ήταν μάλιστα η αντίδραση, ώστε το 1916 η Sanger φυλακίστηκε για λίγο επειδή άρχισε να λειτουργεί συμβουλευτικό σταθμό για τον έλεγχο των γεννήσεων. Το 1918 όμως η Sanger κέρδισε την

πρώτη μεγάλη της νίκη όταν θεσμοθετήθηκε πως οι γιατροί μπορούν να δίνουν συμβουλές που αφορούν την αντισύλληψη σε έγγαμες γυναίκες, εφόσον αυτό γίνεται για να προλάβουν ή να θεραπεύσουν κάποια νόσο. Το 1921 η Stopes ανοίγει στο Λονδίνο τον πρώτο συμβουλευτικό σταθμό ελέγχου γεννήσεων.

Στα χρόνια που ακολούθησαν, το κίνημα των τριών αυτών γυναικών παίρνει συνεχώς μεγαλύτερες διαστάσεις. Τα γυναικεία σωματεία της Αγγλίας οργανώνονται από την How-Martyn και θέτουν το θέμα της αντισυλληψης στο αγγλικό κοινοβούλιο ενώ γίνονται πολλές διαλέξεις και συνέδρια. Το 1930 γίνεται στη Ζυρίχη διεθνές συνέδριο για τον έλεγχο των γεννήσεων. Στο συνέδριο αυτό, γιατροί και άλλα ευαισθητοποιημένα στο θέμα της αντισυλληψης άτομα από 12 χώρες συγκεντρώθηκαν και συζήτησαν για τα προβλήματα που συναντούσαν στην λειτουργία τους οι διάφοροι συμβουλευτικοί σταθμοί, για τις αντισυλληπτικές μεθόδους, για την ανάγκη έρευνας στα θέματα της αναπαραγωγής και τέλος, για τις ψυχοκοινωνικές παραμέτρους της αντισυλληψης.

Οι κύριες προτάσεις που προέκυψαν από το συνέδριο της Ζυρίχης αναφέρονται περιληπτικά παρακάτω: ο έλεγχος των γεννήσεων πρέπει να θεωρείται αντικείμενο της δημόσιας υγείας και της προληπτικής ιατρικής. Η διάδοση αντισυλληπτικών μεθόδων είναι ο καλύτερος τρόπος περιορισμού της συχνότητας των εκτρώσεων. Η εκπαίδευση σε θέματα αντισυλληψης πρέπει να εισαχθεί στα εκπαιδευτικά προγράμματα των ιατρικών σχολών. Η στείρωση πρέπει να είναι εφικτή για λόγους θεραπευτικούς και ευγονικούς όταν οι αντισυλληπτικές μέθοδοι είναι ανεφάρμοστες. Τέλος, δεν πρέπει να χορηγούνται από τους γιατρούς αντισυλληπτικά των οποίων η χημική σύνθεση δεν είναι γνωστή. Το συνέδριο της Ζυρίχης έβαλε τη σφραγίδα του στην μελλοντική εξέλιξη του Ο.Π. Στα χρόνια που ακολούθησαν, μέχρι το 2ο Παγκόσμιο πόλεμο, η έννοια του ελέγχου των γεννήσεων εξαπλώθηκε στην Ευρώπη, στην Ασία και τη Β. Αμερική.

B. ΜΕΤΑ ΤΟ ΔΕΥΤΕΡΟ ΠΑΓΚΟΣΜΙΟ ΠΟΛΕΜΟ

Οι σκορπισμένες από τη σύρραξη δυνάμεις άρχισαν να ανασυντάσσονται. Η Σουηδέζα Ottensen-Jensen άρχισε να οργανώνει στη Στοκχόλμη και να φέρνει σε επαφή άτομα που είχαν ασχοληθεί με τον Ο.Π. σε διάφορες χώρες, με αντικειμενικό σκοπό να γίνει ένας διεθνής οργανισμός που να ασχολείται με το θέμα. Αργότερα, στο συνέδριο του Cheltenham συγκροτήθηκε μια Διεθνής Επιτροπή για τον Ο.Π. (International Committee on Planned Parenthood). Τέλος, στο τρίτο Παγκόσμιο συνέδριο του Ο.Π. που έγινε στη Βομβάη το 1952 η I.C.P.P. έγινε Διεθνής Ομοσπονδία Ο.Π. (International Planned Parenthood Federation) και η Sanger έγινε η πρώτη επίτιμη πρόεδρος της. Σκοπός της I.P.P.F. ήταν να προωθηθεί με την εκπαίδευση και την επιστημονική έρευνα η παγκόσμια αποδοχή της υπεύθυνης γονιμότητας, έτσι ώστε η οικογένεια και η κοινωνία να είναι ευτυχέστερες.

Όμως ο Ο.Π. πέρασε ακόμη μια μικρή οδύσσεια μέχρι το 1966, οπότε έγινε ολοκληρωτικά αποδεκτός από τον Ο.Η.Ε.

Το δικαίωμα αποκτήσεως παιδιών, μολονότι δεν διατυπώνεται άμεσα στην Παγκόσμια Διακήρυξη των Δικαιωμάτων του Ατόμου, προκύπτει έμμεσα, αφού το άρθρο 16 της Διακηρύξεως αναφέρει ότι άνδρες και γυναίκες έχουν δικαίωμα να παντρεύονται και να δημιουργούν οικογένεια. Η Γενική Συνέλευση του Ο.Η.Ε, το 1966, για πρώτη φορά διακήρυξε ότι κάθε οικογένεια θα πρέπει να καθορίζει ελεύθερα τον αριθμό των μελών της. Δύο χρόνια αργότερα, το 1968, στην Τεχεράνη το Παγκόσμιο Συνέδριο των Δικαιωμάτων του Ατόμου, διευρύνοντας και εξατομικεύοντας το δικαίωμα τεκνογονίας, διατύπωσε την αρχή ότι θεμελιώδες δικαίωμα των γονιών είναι να επιλέγουν ελεύθερα και υπεύθυνα τον αριθμό και τη χρονική κλιμάκωση γεννήσεως των παιδιών τους. Σημαντική, τέλος, πρόοδο αποτελεί η απόφαση της Γενικής Συνελεύσεως του 1969 η οποία συνιστά στα κράτη-μέλη του Ο.Η.Ε να εξασφαλίζουν στους ενδιαφερομένους όχι μόνο την απαραίτητη πληροφόρηση και εκπαίδευση αλλά και τα κατάλληλα μέσα για τον έλεγχο των γεννήσεων, ώστε να

πραγματοποιείται το επιθυμητό μέγεθος οικογένειας. Με τη σύσταση αυτή επιμερίζονται οι ευθύνες ασκήσεως του δικαιώματος της ελεύθερης και υπεύθυνης τεκνογονίας μεταξύ κράτους και ατόμου.

Γ. ΣΤΟΧΟΙ ΣΗΜΕΡΑ

Με την παραπάνω αναδρομή στους κύριους σταθμούς της ιστορίας του Ο.Π. αναφέρθηκαν και οι αρχικοί του στόχοι. Σήμερα όμως που ο θεσμός αυτός έχει αναγνωρισθεί από τον Ο.Η.Ε, αποτελεί αντικείμενο συντονισμένων προσπαθειών του Π.Ο.Υ, και θεσμοθετήθηκε από τα περισσότερα κράτη του κόσμου, ποιοι είναι οι στόχοι του ή μάλλον ποιοι πρέπει να είναι.

Σήμερα το κίνημα εκφράζει πολύ περισσότερες θέσεις από αυτές που περιέχει εννοιολογικά ο όρος Ο.Π. Επειδή οι στόχοι αφορούν και επίλυση προβλημάτων που δεν έχουν άμεση σχέση με το σχηματισμό οικογένειας, δοκιμότερος θα ήταν ίσως ο όρος «υπεύθυνες γενετήσιες σχέσεις» .

Ιστορικά δύο ήταν οι κύριοι στόχοι του κινήματος: η αντισύλληψη για την υγεία της γυναίκας και την ευτυχία της οικογένειας και η αντισύλληψη για λόγους δημογραφικής πολιτικής.

Αν δεχτούμε ότι υγεία είναι η σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία του ατόμου, και ότι ο Ο.Π. κατοχυρώνει τη λειτουργικότητα της γυναίκας στον κοινωνικό χώρο, τότε προκύπτει, ότι ο Ο.Π. αποτελεί μια από τις βασικές προϋποθέσεις της κοινωνικής υγείας του συνόλου. Η άποψη αυτή υποστηρίζεται από τα περισσότερα σύγχρονα γυναικεία κινήματα και εκφράζεται με τη θέση ότι η γυναίκα δεν μπορεί να ασκήσει τα δικαιώματά της αν δεν ελέγχει την γονιμότητά της.

Η δημογραφική προσπέλαση του Ο.Π. συχνά δημιουργεί παρεξηγήσεις που οδηγούν σε ακραίες θέσεις. Η μία θέση φτάνει να υποστηρίζει, ότι δεν πρέπει να παρέχονται πληροφορίες για αντισύλληψη σε χώρες, όπως η Ελλάδα, όπου ο ρυθμός αυξήσεως του πληθυσμού είναι πολύ χαμηλός. Η θέση αυτή είναι

ανεδαφική, ειδικότερα μάλιστα για την Ελλάδα όπου υπάρχει τόσο μεγάλη συχνότητα εκτρώσεων. Η συχνότητα αυτή υποδηλώνει ότι τα ελληνικά ζευγάρια είναι αποφασισμένα να έχουν λίγα παιδιά και ότι αν δεν έχουν επαρκή γνώση αντισυλληψεως καταφεύγουν στην έκτρωση. Επιπλέον μια τέτοιου είδους πολιτική δεν είναι ηθικά αποδεκτή γιατί δεν δικαιούται η πολιτεία να περιορίσει τη γνώση και να υποβαθμίσει την ποιότητα της ζωής για να εξασφαλίσει την δημογραφική ανάκαμψη. Η ανάκαμψη είναι επιθυμητή αλλά θα πρέπει να γίνει συνειδητά και ενεργητικά. Κατά συνέπεια, δεν υπάρχει αντίρρηση στο δημογραφικό προγραμματισμό μιας χώρας, αυτός όμως θα πρέπει να γίνεται με άλλη μεθόδευση. Θα πρέπει να υπάρξουν κίνητρα και δομές τέτοιες, ώστε τα ζευγάρια να θέλουν περισσότερα παιδιά. Με αυτή την έννοια η δημογραφική πολιτική εντάσσεται στους στόχους του Ο.Π. και δεν τους ανταγωνίζεται.

Στον Ελληνικό χώρο η αλλαγή των ηθών τις τελευταίες δεκαετίες γίνεται πολύ γρήγορα και η νέα γενιά, υιοθετώντας τις σύγχρονες τάσεις, είναι αποφασισμένη να ελέγχει τη γονιμότητά της. Με αυτό το δεδομένο ο στόχος θα πρέπει να είναι η διαφώτιση για την πιο εξατομικευμένη επιλογή της καλύτερης αντισυλληπτικής μεθόδου και η ριζική αλλαγή θέσεως απέναντι στο θέμα των εκτρώσεων. Φαίνεται, ότι γίνονται τόσες πολλές εκτρώσεις στην Ελλάδα γιατί θεωρούνται σαν μια εύκολη λύση, σαν μια λύση χωρίς ιατρικές και ηθικές διαστάσεις.

Ο Ο.Π. όμως δεν αφορά μόνο την αντισύλληψη ή τη δημογραφική πολιτική στους στόχους τους πρέπει να περιλαμβάνονται και άλλοι τομείς που αφορούν τις γενετήσιες σχέσεις και τα προβλήματα που είναι συνυφασμένα με αυτές. Η γενετήσια διαπαιδαγώγηση, η στειρότητα, η υιοθεσία πρέπει να αποτελούν επίσης στόχους του κινήματος. Αν δεν ήταν έντονη η προσπάθεια μέχρι σήμερα προς αυτές τις κατευθύνσεις, αυτό οφείλεται στο ότι υπήρχαν άλλες μεγάλες ανάγκες στις οποίες δόθηκε προτεραιότητα. Όμως η γενετήσια σχέση είναι άμεσα συνδεδεμένη με την ψυχική και κοινωνική ισορροπία και τελικά την ευτυχία του ατόμου, του ζευγαριού, της οικογένειας.

ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ

Ως αντισύλληψη χαρακτηρίζονται όλες οι μέθοδοι που παρακωλύουν την γονιμοποίηση ενός ωαρίου ή εμποδίζουν την εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου.

Η επιθυμία να ρυθμίζει ο άνθρωπος τη γονιμότητά του είναι απ' τις πιο παλιές και τις πιο κοινές. Σχετικά καινούργια είναι η τεράστια αύξηση των βιολογικών και ιατρικών προσπαθειών να βρεθούν καλύτερα αντισυλληπτικά μέτρα για το πολύ γόνιμο ζευγάρι και πιο απλοί τρόποι στειροποίησης και του άντρα και της γυναίκας. Όλοι όμως αυτοί οι «νεωτερισμοί» που άνθισαν ύστερα από το δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο, δεν πρέπει να εξετάζονται ανεξάρτητα απ' τις λιγοστές παραδοσιακές αντισυλληπτικές μεθόδους που ακόμα και σήμερα χρησιμοποιούνται σ' ολόκληρο τον κόσμο.

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ

Ιδέες σχετικά με τον έλεγχο των γεννήσεων κατεβάζει η ανθρωπότητα εδώ και χιλιάδες χρόνια. Με τη σύγχρονη όμως σημασία του όρου, ο έλεγχος των γεννήσεων άρχισε μόλις πριν από ένα αιώνα. Η ακόμη πιο σύγχρονη ιδέα, να ιδρυθούν ειδικές κλινικές για να δίνουν αντισυλληπτικές συμβουλές, άρχισε να εφαρμόζεται πριν από μισό αιώνα. Καθυστερημένη, η εκκλησία της Αγγλίας τον ευλόγησε μόλις το 1930. Όσο για το χάπι η σταδιοδρομία του άρχισε μέσα στη δεκαετία 1950-60, για να διαδοθεί ευρύτατα η χρήση του την επόμενη δεκαετία. Και πάλι, λοιπόν, είναι πολύ παλιά η προσπάθεια του περιορισμού των γεννήσεων. Φτάνει στα πρώτα βήματα της Ιατρικής. Αλλά η νοοτροπία της κοινής γνώμης και η τεχνική, που σήμερα επικρατούν, είναι πολύ πρόσφατες.

Οι πάπυροι Petri και Kahun του 1850 π.Χ. έδιναν πολλές και ποικίλες συμβουλές (χρησιμοποίησε κόπρο κροκοδείλου ως πεσσό, βάλε μέλι στον κόλπο...). Το ίδιο και ο πάπυρος Ebers του 1550 π.Χ. (κάτσε οκλαδόν πάνω από μία εστία που βγάζει καπνό από κερί και κάρβουνο). Ακόμα πιο παλιά οι Κινέζοι

συμβούλευαν τη κατανάλωση μεταλλικών αλάτων (υδραργύρου και λευκοσιδήρου) για να αποτρέπεται η σύλληψη. Ο Άγιος Αλβέρτος ο Μέγας (1193-1280 μ.Χ.) στο βιβλίο των Καταπληκτικών Μυστικών έγραφε, πιάστε ένα λύκο, σκοτώστε τον, βράστε το πέος του και προσθέστε μερικές τρίχες. Ο Rhazes στη Βαγδάτη έγραφε το 882 μ.Χ., χρησιμοποιήστε πεσσούς από λάχανο, φλούδα από ρόδι, κυψέλη από τα αυτιά, κολοκυθόψυχα, κόπρο ελέφαντα και νερό από μπουγάδα (ήταν φυσικό να δυσχεραίνονται τα σπερματοζώαρια, μετά από ένα τέτοιο βομβαρδισμό από χημικά εχθρικά πυρά). Ο Αλή Ιμπν Άμντας τον δέκατο αιώνα μ.Χ. συμβούλευε, χρησιμοποιείτε ορυκτό αλάτι. Η βοτανιστές σταχυολογούσαν, στην τύχη κατά τα φαινόμενα, διάφορα είδη του φυτικού βασιλείου, όπως το δεντρολίβανο, το μπιζέλι, το αχίλλειο, το χιλιόφυλλο, το σπαράγγι, το επιμήδιο, τον κισσό, τη ρίγανη (όλα αυτά στην Ευρώπη), το γαιδουράγκαθο (στη Β. Αμερική), το πράσινο κοκκοκάρυδο (στα νησιά του Ειρηνικού) και τον ανανά (Μαλαισία). Όπως σωστά τονίζουν οι B.E.Finch και Hugh Green στο σύγγραμμά τους Η Αντισύλληψη ανά τους Αιώνες, το περίεργο είναι πώς δεν βρέθηκε ένα φυσικό αποτελεσματικό αντισυλληπτικό. Οι Ινδιάνοι της Αμερικανικής Ηπείρου έφτασαν πιο κοντά στην επιτυχία με το φυτό λιθόσπερμον το άγριο.

Φυσικά, η λαϊκή έμπνευση βρίθει από συμβουλές. Ο Πλήνιος ο Πρεσβύτερος (πρώτος αιώνας μ. Χ.) αναφέρει λαϊκές δοξασίες, όπως το κομμάτιασμα μιας αράχνης, την πρόσμιξη ενός μέρους των κομματιών με δέρμα ελαφιού και την εναπόθεση του υλικού στον κόλπο της γυναίκας, πριν από την ανατολή του ηλίου. Με το να είναι τόσο περίπλοκες οι συνταγές αυτές, γίνονταν πιο ελκυστικές και πειστικές. Στη Ρωσία μάζευαν εμμηνορροϊκά υγρά, τα έβραζαν και έστηναν το αυτί τους μήπως ακούσουν κλάμα παιδιού, σημάδι ότι το υλικό είναι κατάλληλο για χρήση. Γυναίκες στην Αίγυπτο ξάπλωναν ανάμεσα στις σιδηροδρομικές γραμμές, ανάσκελα όταν ήθελαν να θεραπεύσουν τη στειρότητα, μπρούμυτα αν ήθελαν να προλάβουν την εγκυμοσύνη.

Αιώνες τώρα, το σπέρμα βρίσκει τεχνητά εμπόδια στο δρόμο του. Σφουγγάρια βουτηγμένα στο μέλι και το κρασί, το μισό ρόδι που συνιστούσε ο Αέτιος ο Αμυδαίος κ.α. Το 1200 μ.Χ., οι Άραβες θεωρούσαν αποτελεσματική την τοποθέτηση μέσα στον κόλπο της γυναίκας του δεξιού όρχεως ενός λύκου. Το 1100 π.Χ. οι Κινέζοι συνιστούσαν τη μέθοδο Κόγκ-Φού, να παίρνει η γυναίκα μια βαθιά αναπνοή την κρίσιμη στιγμή και να σκέπτεται άλλα πράγματα. Ο Soranus, συμβούλευε τις γυναίκες να σηκώνονται με κρατημένη την αναπνοή μετά την συνουσία, να λυγίζουν τα γόνατά τους να κάθονται σταυροπόδι και να φτερνίζονται. Ο Αβικέννα θεωρούσε προτιμότερο να κάνει η γυναίκα μετά την εκσπερμάτωση 7 πηδήματα προς τα εμπρός και 7 πηδήματα προς τα πίσω, με ένα φτάρνισμα σε κάθε πήδημα. Μερικοί Ρωμαίοι χρησιμοποιούσαν για την ασπίδωση του πέους ουροδόχους κύστες ζώων αλλά πρόδρομος του σημερινού προφυλακτικού θεωρείται ο Ιταλός Gabriello Fallopio, που τον 16ο αιώνα συνέδεσε το όνομά του με τις σάλπιγγες της μήτρας που λέγονται και φαλλοπιανοί σωλήνες. Η θήκη που ανακάλυψε ήταν από λινό και σκέπαζε μόνο τη βάλανο του πέους. Ο Καζανόβας προτιμούσε τη χρήση ενός μικρού χρυσού βόλου διαμέτρου 2 εκ. Η τοποθέτησή του μέσα στον κόλπο, υποτίθεται ότι δημιουργούσε ένα αδιαπέραστο φράγμα για το σπέρμα.

Η εμφάνιση του ελαστικού προφυλακτικού τον 19ο αιώνα εξασφάλισε μεγαλύτερη ευαισθησία και αποτελεσματικότητα και μετέτρεψε σε βιομηχανικό γίγαντα την εταιρεία ελαστικού του Λονδίνου. Η παραγωγή της έφτασε τα 2.500.000 κομμάτια την εβδομάδα. Σπουδαίοι ανάμεσα στους σκαπανείς της αντισύλληψης θεωρούνται και οι Walter John Rendell, dr. Friedrich Adolph Wilde, dr. Wilhelm Mensinga και dr. Ernst Grafenberg. Ο Rendell άνοιξε το 1880 ένα φαρμακείο στο Κλερκενγουέλ και πουλούσε πεσσούς με βασικό συστατικό τους την κινίνη. Η επιτυχία τους ήταν καταπληκτική. Ο Γερμανός dr. Wilde εφηύρε το ελαστικό διάφραγμα της δεκαετίας 1830-40 και ο Γερμανός dr. Mensinga το εκλαΐκευσε. Ο dr. Grafenberg πειραματιζόταν στο Βερολίνο με δακτυλίους κατά τη δεκαετία 1920-30. Τα ενδοκολπικά αυτά ένθετα επικρίθηκαν στην αρχή πολύ, αλλά τελικά επικράτησαν.

Δύο άλλοι τρόποι πρόληψης της εγκυμοσύνης είναι η διακοπή της συνουσίας και η συνουσία μόνο κατά την ασφαλή περίοδο. Η πρώτη αναφέρεται στην ιστορία του Αυνάν (Γένεσης, κεφ. Λη) και τη χρησιμοποιούσαν χιλιάδες χρόνια εκατομμύρια άνθρωποι. Μόλις το 1931 δύο επιστήμονες, ο Αυστριακός Β.Κraus και ο Γιαπωνέζος D.Ogino ανακάλυψαν ότι δώδεκα με δεκαέξι ημέρες πριν από την αρχή της κάθε εμμηνορρυσίας ελευθερώνεται από μία ωοθήκη ένα ώριμο ωάριο. Το 2ο αιώνα μ.Χ. ο Soranus συμβούλευε τις γυναίκες να αποφεύγουν τη συνουσία ορισμένες ημέρες, αν δεν ήθελαν παιδιά. Οι αρχαίοι Εβραίοι έλεγαν πως μια γυναίκα είναι ακάθαρτη επί 14 ημέρες κατά την αρχή της εμμηνορρυσίας. Έτσι καθαρή ήταν η γυναίκα τις άλλες μέρες του κύκλου της, που ήταν και οι γόνιμες.

ΘΡΗΣΚΕΙΑ ΚΑΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ

Η θέση της Ρωμαιοκαθολικής Εκκλησίας, να απαγορεύει όλα τα μέσα αντισύλληψης εκτός από την προσφυγή στην ασφαλή περίοδο, υιοθετήθηκε το 1931. Ο Πάπας Πίος XI σε μια ποιμαντορική εγκύκλιο το 1930, τόνισε ότι κάθε απόπειρα να εμποδιστεί η φυσική παραγωγή ζωής αντιβαίνει στο λόγο του Θεού. Τον επόμενο χρόνο σε άλλη εγκύκλιο του πρόσθεσε ότι οι σύζυγοι δεν παραβιάζουν το φυσικό νόμο αν ασκούν τα συζυγικά τους δικαιώματα, έστω και αν ο χρόνος, που πραγματοποιείται η άσκηση αυτή δεν επιτρέπει τη δημιουργία νέας ζωής.

Το Γνωμοδοτικό Συμβούλιο της Καθολικής Εκκλησίας δίνει την εξής, κάπως μπερδεμένη, διασάφηση σχετικά με το χρόνο της συνουσίας: «Η πρώτη γόνιμη ημέρα προσδιορίζεται με την αφαίρεση 19 ημερών από το σύνολο του πιο σύντομου εμμηνορρυσιακού κύκλου της γυναίκας και η τελευταία γόνιμη ημέρα προσδιορίζεται με την αφαίρεση 10 ημερών από το σύνολο του πιο μεγάλου κύκλου της». Ο τύπος αυτός δίνει τουλάχιστον 10 πιθανές γόνιμες ημέρες προς τη μέση του εμμηνορρυσιακού κύκλου. Το διπλό κακό μ' αυτή τη μέθοδο υπολογισμού είναι ότι πολλές γυναίκες, περίπου μια στις τέσσερις, έχουν πάρα

πολύ ακανόνιστες περιόδους και ότι όλες παρουσιάζουν αρρυθμία στους πρώτους μετά τον τοκετό κύκλους τους.

Η περίφημη ποιμαντορική εγκύκλιος, που ο Πάπας Παύλος VI εξέδωσε στις 27 Ιουλίου 1968, επιβεβαίωσε την πίστη της Ρωμαιοκαθολικής Εκκλησίας στη χρησιμοποίηση της τεχνικής της βέβαιης περιόδου. Αυτό όμως προκάλεσε πολλές αντιδράσεις. Δυο χιλιάδες επιστήμονες, που συγκεντρώθηκαν στο Ντάλλας, την χαρακτήρισαν κείμενο που προδίνει απέχθεια προς το ανθρώπινο γένος. Διαφορετική είναι η θέση άλλων θρησκειών.

Οι Εβραίοι συνήθως απαγορεύουν στους άντρες τη χρησιμοποίηση προφυλακτικών μέσων. Η ορθόδοξη μερίδα της Εκκλησίας τους απαγορεύει και όλες τις άλλες αντισυλληπτικές μεθόδους, εκτός από την αποχή. Αντίθετα, η ανορθόδοξη μερίδα επιτρέπει όλες ανεξαιρέτα τις μεθόδους.

Στους Μουσουλμάνους, ύστερα από ένα φετβά που εξέδωσε το 1937 ο Μεγάλος Μουφτής, επιτρέπεται η χρησιμοποίηση όλων των μέσων φτάνει να συμφωνούν οι δύο σύζυγοι.

Στην Ινδία δεν υπάρχει, όπως είπε ο Γιαβαχαρλάλ Νερού το 1960, ούτε σε μια κοινωνική μερίδα οργανωμένη αντίδραση στην εκστρατεία για τον περιορισμό των γεννήσεων.

Ο Ορθόδοξος Ινδουισμός απαιτεί την αποχή μόνο ορισμένες μέρες. Η Αγγλικανική Εκκλησία είχε κηρυχθεί εναντίον του ελέγχου των γεννήσεων κατά την πιο κρίσιμη φάση της εκστρατείας για την επιβολή του. Η Σάνταιϋ Εξπρές έγραφε: «Ο John Wesley ήταν το 18^ο παιδί στην οικογένειά του. Αν υπήρχε έλεγχος γεννήσεων την εποχή του, η ανθρωπότητα θα έχανε τον Wesley».

Στο Εκκλησιαστικό Συνέδριο του Λάμπεθ, το 1930, εγκρίθηκε, με 193 ψήφους υπέρ και 67 κατά, μία απόφαση που ευλογούσε τον έλεγχο των γεννήσεων στις περιπτώσεις που οι γονείς αισθάνονταν την ηθική υποχρέωση να περιορίσουν την οικογένειά τους και προβάλλουν ταυτόχρονα σοβαρούς, από τη σκοπιά της ηθικής λόγους, που τους επιβάλλουν τη συνέχιση των συζυγικών σχέσεών τους. Στην ίδια απόφαση τα προφυλακτικά μέσα καταδικάζονται αν η

χρησιμοποίησή τους πηγάζει από εγωιστικά κίνητρα, από την επιθυμία να διασφαλίσουν τις ανέσεις και την ευκολία τους. Τον ίδιο χρόνο το Υπουργείο Υγείας επέτρεψε στις τοπικές αρχές να παρέχουν ιατρικές συμβουλές στις παντρεμένες γυναίκες σε θέματα ελέγχου γεννήσεων.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ

Με τον όρο αντισύλληψη εννοούμε τα μέσα και τις τεχνικές που εφαρμόζονται για να προληφθεί μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη.

Βασικές προϋποθέσεις για σωστή αντισύλληψη είναι: η επιλογή μιας ή και περισσότερων μεθόδων αντισύλληψης με επιστημονικά τεκμηριωμένη αποτελεσματικότητα, η πλήρης αποδοχή της χρησιμοποιούμενης μεθόδου και από τους δύο συντρόφους, η εύκολη εφαρμογή της μεθόδου αντισύλληψης, η σωστή εφαρμογή της μεθόδου από το ζευγάρι και ο ελαχιστοποιημένος κίνδυνος για πρόκληση παρενεργειών στους χρήστες της μεθόδου αντισύλληψης.

Οι μέθοδοι αντισύλληψης μπορούν να ταξινομηθούν στις εξής κατηγορίες:

1. Μέθοδοι οι οποίες βασίζονται στη φυσιολογία της γυναίκας
2. Μέθοδοι που βασίζονται στην καταστροφή ή αδρανοποίηση των σπερματοζωαρίων με διάφορες ουσίες (σπερματοκτόνα)
3. Μέθοδοι οι οποίες βασίζονται σε μηχανικά μέσα
4. Μέθοδοι οι οποίες βασίζονται σε φαρμακευτικά /ορμονικά σκευάσματα.

ΜΕΘΟΔΟΙ ΠΟΥ ΒΑΣΙΖΟΝΤΑΙ ΣΤΗ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ Ή ΦΥΣΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ

⊙ ΑΜΗΝΟΡΡΟΙΑ ΤΗΣ ΓΑΛΟΥΧΙΑΣ

Η ωοθυλακιορρηξία κατά την διάρκεια της γαλουχίας καταστέλλεται. Η απομύζηση του βρέφους αυξάνει τα επίπεδα της προλακτίνης και ελαττώνει την έκλυση γοναδοεκλυτίνης (ορμόνη απελευθέρωσης γοναδοτροπινών, GnRH) από τον υποθάλαμο, ελαττώνοντας την έκλυση ωχρινοτρόπου ορμόνης (LH) με αποτέλεσμα την αναστολή της ωρίμανσης των ωοθυλακίων. Η διάρκεια αυτής της καταστολής ποικίλλει και επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες όπως: το διάστημα μετά τον τοκετό, από την συχνότητα και διάρκεια των θηλασμών και πιθανά και από την ποιότητα της διατροφής της μητέρας. Όμως, ακόμα και σε παράταση του θηλασμού, η ωοθυλακιορρηξία τελικά επανέρχεται αλλά αυτό είναι απίθανο πριν τους 6 μήνες, ιδιαίτερα εάν η γυναίκα είναι αμμηνορροϊκή, εμφανίζει πλήρη γαλουχία και δεν χορηγεί τροφή συμπληρωματικά στο παιδί της.

Εάν πρέπει να καθυστερήσει η επόμενη εγκυμοσύνη, πρέπει από τον έκτο μήνα μετά την γέννηση να χρησιμοποιηθεί μια άλλη μέθοδος αντισύλληψης, όταν επανέλθει η έμμηνος ρύση ή μόλις αρχίσει να χορηγείται συμπληρωματική διατροφή στο βρέφος.

Τα συνδυασμένα αντισυλληπτικά δισκία σε γενικές γραμμές δεν συνιστώνται κατά την διάρκεια της γαλουχίας επειδή ελαττώνουν το ποσό του παραγόμενου γάλακτος. Μπορούν όμως να χρησιμοποιηθούν ορμονικές μέθοδοι χωρίς οιστρογόνα, όπως τα αντισυλληπτικά δισκία που περιέχουν μόνο προγεστερινοειδή και το Norplant (εμφύτευμα), οι οποίες δεν ελαττώνουν την παραγωγή γάλακτος. Οι μέθοδοι φραγμού, τα σπερματοκτόνα και τα ενδομητρικά σπειράματα αποτελούν επίσης καλές επιλογές για της μητέρες που θηλάζουν.

⊙ ΔΙΑΚΟΠΤΟΜΕΝΗ ΕΠΑΦΗ

Η μέθοδος συνίσταται στην απόσυρση του πέους πριν την εκσπερμάτωση και αποτελεί το συχνότερο τρόπο αντισύλληψης σε χώρες του τρίτου κόσμου.

Πλεονέκτημα αυτής της μεθόδου είναι ότι είναι άμεση και χωρίς κόστος.

Πολλοί άντρες πιστεύουν ότι μπορούν να συγκρατήσουν, τη στιγμή της εκσπερμάτωσης, το σπέρμα τους μα κάτι τέτοιο είναι σχεδόν αδύνατο, αφού όταν ο άντρας αισθάνεται την παρουσία του, αυτό βρίσκεται ήδη στην ουρήθρα και θα βγει ούτως ή άλλως έστω και με μια μικρή ποσότητα από αυτό και ενώ η σεξουαλική επαφή θα συνεχίζεται.

Οι ουρολόγοι ενοχοποιούν τη μέθοδο αυτή για προβλήματα όπως αίσθημα βάρους και κατακράτησης ούρων στον προστάτη. Εκτός αυτού είναι μια πολύ ανασφαλής μέθοδος με ποσοστό αποτυχίας που κυμαίνεται από 4-19%.

⊙ ΚΟΛΠΙΚΕΣ ΠΛΥΣΕΙΣ

Η μέθοδος συνίσταται στην πλύση του κόλπου με ειδικά διαλύματα αμέσως μετά την επαφή με σκοπό την απομάκρυνση του σπέρματος από αυτόν.

Είναι και αυτή μια από τις παλαιότερες αντισυλληπτικές μεθόδους και παρόλο που είναι πολύ ανασφαλής χρησιμοποιείται ακόμη και σήμερα. Όπως ειπώθηκε και στην περίπτωση της διακεκομμένης επαφής, σπερματοζωάρια μπορεί να περιέχονται κάποιες φορές και στα υγρά που προηγούνται της εκσπερμάτωσης. Αν λοιπόν, όπως έχει υπολογιστεί, τα σπερματοζωάρια μπορούν μέσα σε μόλις 5 λεπτά να έχουν φτάσει στη σάλπιγγα, οι κολπικές πλύσεις δεν βοηθάνε σε τίποτα.

⊙ ΠΕΡΙΟΔΙΚΗ ΕΠΑΦΗ

Κατά τη μέθοδο αυτή, τα ζευγάρια αποφεύγουν την σεξουαλική επαφή κατά το χρονικό διάστημα γύρω από την ωορρηξία. Υπάρχει ποικιλία τρόπων όπως: η

ημερολογιακή μέθοδος, η θερμομετρική μέθοδος και η μέθοδος εκτίμησης της τραχηλικής βλέννης .

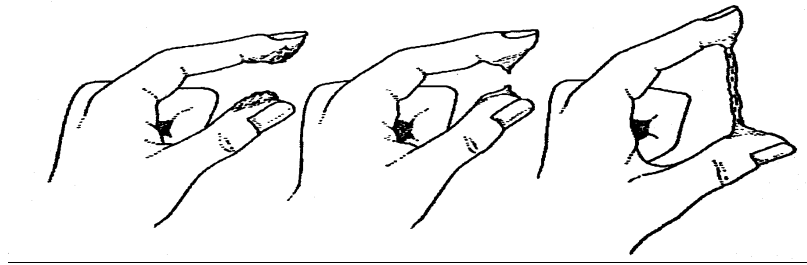
Ημερολογιακή μέθοδος: Η μέθοδος αυτή έχει χαμηλή αποτελεσματικότητα. Οι γυναίκες που την χρησιμοποιούν αφαιρούν 18 ημέρες από το μήκος του μικρότερου κύκλου για να υπολογίσουν την πρώτη ημέρα της γόνιμης περιόδου. Η τελευταία ημέρα της γόνιμης ημέρας υπολογίζεται με την αφαίρεση 11 ημερών από την διάρκεια του μεγαλύτερου εμμηνορρυσιακού κύκλου. Έτσι, σε μια γυναίκα της οποίας ο κύκλος είναι μεταξύ 28-30 ημερών θα πρέπει να απέχει από σεξουαλικές επαφές μεταξύ 10^{ης} και 19^{ης} ημέρας του κύκλου. Αυτή η μέθοδος δεν είναι κατάλληλη για γυναίκες με ακανόνιστο εμμηνορρυσιακό κύκλο.

Θερμομετρική μέθοδος: Την χρονική περίοδο της ωορρηξίας η βασική θερμοκρασία του σώματος της γυναίκας παρουσιάζει αύξηση υπό την επίδραση των αυξημένων τιμών προγεστερόνης. Πιο συγκεκριμένα, παρατηρείται αύξηση κατά 0,3°C κατά την δεύτερη ή ωχρινική φάση του κύκλου σε σχέση με την πρώτη ή ωοθυλακική φάση. Αυτή η μέθοδος αντισύλληψης βασίζεται στη χρήση ειδικού θερμομέτρου υψηλής διαβάθμισης έτσι ώστε κάθε δέκατο ενός βαθμού να διακρίνεται με ευκολία. Η γυναίκα μετρά τη θερμοκρασία του σώματος της κάθε πρωί, αμέσως μετά την αφύπνιση, με τοποθέτηση του θερμομέτρου κάτω από τη γλώσσα. Σε ένα φυσιολογικό κύκλο, η θερμοκρασία αρχίζει να αυξάνεται μία ή δύο ημέρες μετά την αιχμή της LH (Luteinizing Hormone) και παραμένει σε υψηλά επίπεδα για περίπου 10 ημέρες. Η αποχή από τις επαφές ξεκινά από το τέλος της εμμηνορρυσίας και συνεχίζεται μέχρι και τρεις ημέρες από την άνοδο της θερμοκρασίας.

Μέθοδος εκτίμησης της τραχηλικής βλέννης: Η μέθοδος αυτή βασίζεται στην εξέταση της τραχηλικής βλέννης για προσδιορισμό των γόνιμων ημερών και αποφυγή των σεξουαλικών επαφών κατά τη διάρκεια αυτών.

Τα χαρακτηριστικά της τραχηλικής βλέννης μεταβάλλονται υπό την επίδραση των μεταβολών στα επίπεδα των οιστρογόνων στην διάρκεια του κύκλου.

Έτσι, η τραχηλική βλέννη γίνεται γλιστερή και ελαστική στην περίοδο της ωορρηξίας. Στην συνέχεια η βλέννη γίνεται λεπτή και στεγνή υπό την επίδραση της προγεστερόνης που παράγεται τις ημέρες μετά την ωορρηξία. Ως εκ τούτου το ζευγάρι πρέπει να απέχει τουλάχιστον τέσσερις ημέρες από την ημέρα αιχμής της βλέννης.



Έλεγχος της γονιμότητας μέσω εξέτασης της τραχηλικής βλέννας

ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΠΟΥ ΒΑΣΙΖΟΝΤΑΙ ΣΕ ΜΗΧΑΝΙΚΑ ΜΕΣΑ

Α) ΜΕΘΟΔΟΙ ΦΡΑΓΜΟΥ

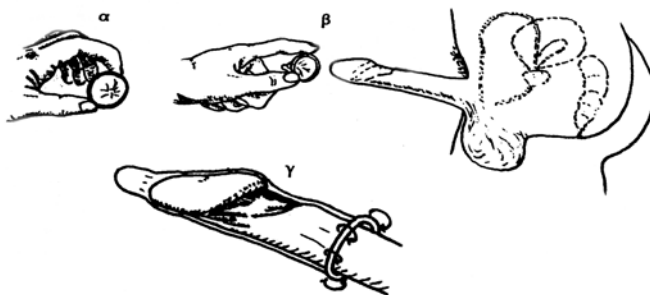
Οι μέθοδοι φραγμού είναι ίσως η παλαιότερη μεθοδολογία αντισύλληψης. Παραμένει σε ευρεία χρήση και σήμερα, παρά τη χρήση πλέον σύγχρονων μορφών αντισύλληψης, όπως τα από του στόματος αντισυλληπτικά ή τα ενδομήτρια σπειράματα.

Ένα από τα μεγαλύτερα προτερήματα της αντισύλληψης φραγμού είναι ότι προσφέρουν μεγάλη προφύλαξη έναντι των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων και δεν έχουν ιδιαίτερες παρενέργειες.

⊙ **ΑΝΔΡΙΚΟ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟ**

Το ανδρικό προφυλακτικό αποτελεί ένα από τα πλέον αξιόπιστα μέσα και για αντισύλληψη αλλά και για προστασία έναντι των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων. Η καταγεγραμμένη ιστορία του ξεκινά από τον Fallopi και τον Casanova οι οποίοι περιέγραφαν τη χρήση κατασκευών, είτε από λεπτοϋφασμένο λινό εμποτισμένο σε λίπος, είτε κατασκευές από έντερο ζώων, οι οποίες παρείχαν προστασία κυρίως έναντι των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων.

Προφυλακτικά κατασκευασμένα από έντερο ζώων βρίσκονται σε χρήση από την Ευρωπαϊκή αριστοκρατία κατά τον 18^ο αιώνα, αλλά η μεγάλης κλίμακας κυκλοφορία των προφυλακτικών άρχισε με την εφαρμογή του βουλκανισμού του καουτσούκ στην δεκαετία 1840-1850. Τα σύγχρονα προφυλακτικά συνήθως κατασκευάζονται από ελαστικό latex, αν και προφυλακτικά κατασκευασμένα από έντερο ζώων πωλούνται ακόμα και προτιμούνται από ορισμένους που αισθάνονται ότι αυτά προσφέρουν περισσότερη αίσθηση.



Τεχνική εφαρμογής του προφυλακτικού στο πέος: α. το προφυλακτικό συγκρατείται μεταξύ δείκτη και αντίχειρα β. χωρίς να ξετυλιχθεί, τοποθετείται στη βάλανο του πέους και γ. ζετυλίζεται μέχρι τη βάση του πέους

Το προφυλακτικό συλλαμβάνει και κρατά το σπερματικό υγρό, προλαμβάνοντας έτσι την εναπόθεση του στον κόλπο. Μέχρι πρόσφατα, τα προφυλακτικά στις Η.Π.Α. κατασκευάζονταν έτσι ώστε να έχουν τοίχωμα σχετικά παχύ (0,065-0,085mm) για την αποφυγή της ρήξης. Τώρα κυκλοφορούν τα Ιαπωνικά λεπτά προφυλακτικά με πάχος της τάξης των 0,02mm².

Από τα διάφορα είδη προφυλακτικών, μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα έχουν εκείνα που έχουν υποστεί προλίπανση με σπερματοκτόνο ουσία. Ο κίνδυνος ρήξης του προφυλακτικού είναι γύρω στο 3% και πιστεύεται ότι συσχετίζεται με την τριβή. Τα λιπαντικά με βάση το ύδωρ μπορεί να ελαττώνουν τον κίνδυνο ρήξης αλλά τα παράγωγα προϊόντα του πετρελαίου, όπως τα ορυκτέλαια, πρέπει να αποφεύγονται επειδή μειώνουν σημαντικά την αντοχή των προφυλακτικών έστω και με σύντομη έκθεση στα παράγωγα αυτά.

Όσον αφορά την χρήση των προφυλακτικών, η Π.Ο.Η. εκτιμά ότι η χρήση τους φθάνει το 16% όλων των αντισυλληπτικών μεθόδων στον αναπτυγμένο κόσμο, ενώ μόλις το 6% στον υπό ανάπτυξη.

Τα προφυλακτικά από Latex καθώς και άλλες μέθοδοι φραγμού μειώνουν τον κίνδυνο προσβολής από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (Σ.Μ.Ν.). Η νόσηση από γονόρροια, ουρεόπλασμα και φλεγμονώδη νόσο της πυέλου μα τις

συνέπειες τους 9στεορότητα σαλπιγγικής αιτιολογίας) μειώνεται με τη συνεπή χρήση των μεθόδων φραγμού.

Σε *in vitro* δοκιμές, τα *Chlamydia trachomatis*, ο ιός του έρπητα-τύπος 2, ο ιός της ανθρώπινης ανοσολογικής ανεπάρκειας (HIV) και ο ιός της Ηπατίτιδας Β δεν διαπέρασαν τα προφυλακτικά από latex, διαπέρασαν όμως τα προφυλακτικά από έντερο ζώων. Συμπληρωματική προστασία παρέχεται από την εφαρμογή σπερμοκτόνων. Τα προφυλακτικά επίσης προσφέρουν κάποια προστασία από την τραχηλική νεοπλασία. Σε μια μελέτη, ο σχετικός κίνδυνος σοβαρής δυσπλασίας μεταξύ των χρηστών προφυλακτικών ή διαφραγμάτων ήταν 0,4 σε 5-9 χρόνια χρήσης και μόνο 0,2 όταν οι μέθοδοι φραγμού είχαν χρησιμοποιηθεί για χρονικό διάστημα από 10 χρόνια και πάνω, γεγονός το οποίο αντιπροσωπεύει μείωση κατά 60-80%.

☉ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟ

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

Υπάρχει μια ποικιλία γυναικείων προφυλακτικών, των οποίων το μεγαλύτερο πρόβλημα είναι η αποδοχή τους από μέρους των γυναικών και η συνεχής και όχι ευκαιριακή χρήση τους.

Τα γυναικεία προφυλακτικά κατασκευάζονται κυρίως από πολυουρεθάνη και είναι παχύτερα κατά 40% από ένα αντίστοιχο ανδρικό προφυλακτικό, που είναι φτιαγμένο από Latex.

Στις Η.Π.Α. κυκλοφορούν με το όνομα Reality, ενώ στην Ευρώπη το αντίστοιχο με το όνομα Femshield και femidom. Μειονέκτημα αυτών είναι ότι δημιουργούν, όπως έχει αναφερθεί, προβλήματα που προκαλούν δυσανεξία κατά τη διάρκεια της επαφής και ότι ενίοτε εξέρχονται του κόλπου.

Υπάρχουν και άλλα, όπως το Bikini condom, που χρειάζονται όμως κάποιο «οδηγό» για να τοποθετηθούν και αυτό δημιουργεί ψυχολογικά προβλήματα, επειδή, κατά τη κρίσιμη στιγμή της επαφής θα πρέπει να ακολουθηθούν οδηγίες εφαρμογής του.

Οι μελέτες αποτελεσματικότητας αυτής της μεθόδου δεν είναι ισοδύναμες με κλινικές δοκιμές άλλων μεθόδων φραγμού, και δεν έχει δημοσιευτεί καμία τυχοποιημένη μελέτη για τη μέθοδο αυτή. Οι αρχικές μελέτες στις Η.Π.Α. έδειξαν ποσοστό αποτυχίας 15% σε 6 μήνες αλλά η εκ νέου ανάλυση έδειξε ότι με ορθή χρήση το ποσοστό αποτυχίας μπορεί να είναι μόνο 2,6%. Αυτό το ποσοστό είναι συγκρίσιμο με τα αντίστοιχα ποσοστά για το διάφραγμα και την τραχηλική καλύπτρα, δηλαδή τις άλλες μεθόδους φραγμού για γυναίκες. Εάν η χρήση δεν είναι σωστή, τότε τα ποσοστά αποτυχίας αυξάνονται σημαντικά, παραμένοντας όμως παρόμοια με εκείνα της ανδρικής αντισύλληψης φραγμού. Παράγοντες που μπορούν να μειώσουν την πιθανότητα αποτυχίας είναι η χρήση λιπαντικών μέσων και η προσεκτική καθοδήγηση του πέους εντός του κόλπου.

Η κλινική μελέτη για την επάρκεια του Femidom αναφορικά με την πρόληψη των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων δεν είναι ακόμη επαρκής, αν και εργαστηριακά δεν διαπιστώθηκε διαβατότητα του από τον ιό της επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας και από το μεγαλοκυτταροϊό.

Οι κολποσκοπικές μελέτες των γυναικών που χρησιμοποιούσαν το γυναικείο προφυλακτικό δεν έδειξαν κανένα σημείο κάκωσης ή μεταβολής της βακτηριακής χλωρίδας.

☉ ΚΟΛΠΙΚΟ ΔΙΑΦΡΑΓΜΑ

Τα πρώτα διαφράγματα, όπως και τα πρώτα προφυλακτικά, ήταν κατασκευασμένα από καουτσούκ. Σήμερα υπάρχουν διαφράγματα από διάφορα υλικά, εμποτισμένα ενίοτε και με σπερματοκτόνες κρέμες.

Τελευταία έχουν αναπτυχθεί νέα προϊόντα που συνδυάζουν το κολπικό διάφραγμα με την τραχηλική καλύπτρα, και, σε συνδυασμό με σπερματοκτόνες κρέμες, δίνουν πολύ καλά αποτελέσματα. Η πιθανότητα κύησης είναι 4,8% γυναίκες ανά έτος.

Οι κολπικοί φραγμοί όταν χρησιμοποιούνται με συνέπεια μπορεί να είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικοί. Είναι ασφαλείς και, όπως τα προφυλακτικά, προσφέρουν πέρα από την αντισύλληψη το όφελος της σχετικής προστασίας από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, την στειρότητα σαλπιγγικής αιτιολογίας και την τραχηλική νεοπλασία.

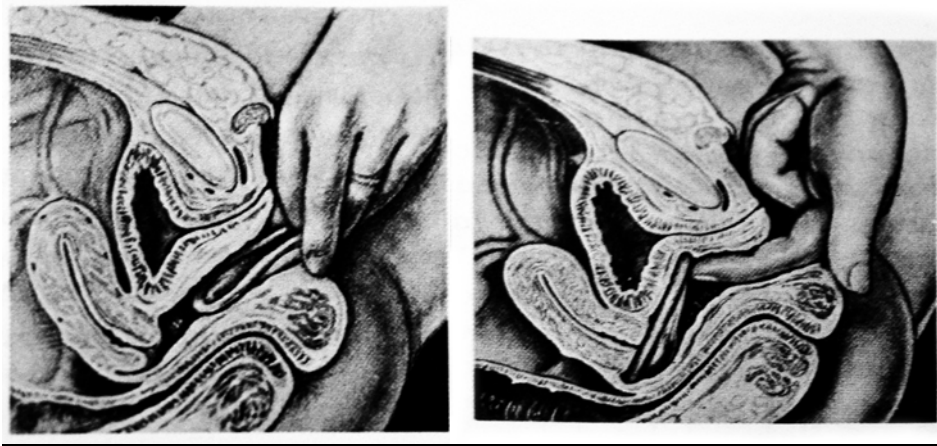
Το διάφραγμα αποτελείται από ένα κυκλωτέρες ελατήριο που καλύπτεται από άριστης ποιότητας ελαστικό Latex. Υπάρχουν διάφοροι τύποι διαφραγμάτων, ανάλογα με το καθοριζόμενο από το ελατήριο χείλος του διαφράγματος: ελικοειδές, επίπεδο ή τοξοειδές. Τα διαφράγματα ελικοειδούς και επίπεδου ελατηρίου λαμβάνουν επίπεδη ελλειψοειδή μορφή όταν συμπιέζονται προς εισαγωγή. Τα τοξοειδή διαφράγματα σχηματίζουν ένα τόξο ή μια ημισελήνοειδή επιφάνεια κατά την συμπίεση τους και είναι πιο εύκολο να εισαχθούν ορθά. Ο ιατρός δεν πρέπει μόνο να επιλέξει το σωστό μέγεθος διαφράγματος για την ασθενή, αλλά πρέπει να την καθοδηγεί κατά την εισαγωγή αυτού και να επιβεβαιώσει με εξέταση ότι μπορεί η ασθενής να το εισάγει σωστά ώστε να καλύψει τον τράχηλο και το ανώτερο τμήμα του κόλπου. Το διάφραγμα θα πρέπει να χρησιμοποιηθεί σε συνδυασμό με σπερματοκτόνο. Μια μελέτη υποδεικνύει ότι ο συνδυασμός αυτός μπορεί να μην είναι απαραίτητος για την αποτελεσματικότητα του διαφράγματος από πλευράς αντισύλληψης. Οι γυναίκες που είχαν τοποθετημένα τα διαφράγματα τους συνεχώς, τα φορούσαν, τα έπλεναν και τα επανεισήγαγαν καθημερινά χωρίς τη χρήση σπερματοκτόνου, παρουσίαζαν χαμηλότερα ποσοστά εγκυμοσύνης από ότι οι γυναίκες που τα χρησιμοποιούσαν με τον συμβατικό τρόπο, με σπερματοκτόνα, μόνο όταν ήταν αναγκαία.

Για την εφαρμογή του διαφράγματος θα πρέπει να προηγηθεί κολπική εξέταση για να υπολογισθεί η διάμετρος του διαφράγματος που θα πρέπει να τοποθετηθεί. Στη συνέχεια το δοκιμαστικό διάφραγμα εισάγεται με τον θόλο προς τα κάτω και η θέση του ελέγχεται με την ψηλάφηση. Το διάφραγμα που θα επιλεγθεί θα πρέπει να είναι εκείνο που προσφέρει άνετη εφαρμογή και θα πληρώνει τους θόλους του κόλπου χωρίς να τους πιέζει. Ακολουθεί η τοποθέτηση μίας κουταλιάς του τσαγιού υδατοδιαλυτής σπερματοκτόνου γέλης ή κρέμας στην κοιλότητα του θόλου του διαφράγματος.

Η τοποθέτηση του διαφράγματος μπορεί να γίνεται αρκετές ώρες πριν τη σεξουαλική πράξη, όμως θα πρέπει να αφήνεται στη θέση του τουλάχιστον για έξι ώρες μετά από αυτή, για την ακινητοποίηση των σπερματοζωαρίων. Έπειτα αφαιρείται, πλένεται με σαπούνι και νερό, αφήνεται να στεγνώσει και φυλάσσεται μακριά από εστίες θερμότητας.

Η χρήση του διαφράγματος, και ειδικά η παρατεταμένη χρήση κατά την διάρκεια πολλαπλών σεξουαλικών επαφών, φαίνεται να αυξάνει τον κίνδυνο λοιμώξεων του ουροποιητικού. Ένα μικρότερου μεγέθους, ευρείας στεγανοποίησης διάφραγμα ή μια τραχηλική καλύπτρα μπορεί να χρησιμοποιηθεί εάν η υποτροπιάζουσα κυστίτιδα αποτελεί πρόβλημα, αν και το πρόβλημα μπορεί να συνδέεται όχι μόνο με την μηχανική απόφραξη αλλά και με μεταβολές στην χλωρίδα του κόλπου οι οποίες προκαλούνται από το σπερματοκτόνο.

Μια επιδημιολογική μελέτη που συνέκρινε περιπτώσεις τοξικού Shock με ομάδα ελέγχου, βρήκε ότι η χρήση διαφράγματος δεν συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης του.



Τεχνική τοποθέτησης κολπικού διαφράγματος

⊙ ΤΡΑΧΗΛΙΚΗ ΚΑΛΥΠΤΡΑ

Η τραχηλική καλύπτρα είναι αρκετά μικρότερη από το διάφραγμα, δεν περιέχει στο χείλος της ελατήριο, και καλύπτει μόνο τον τράχηλο. Οι καλύπτρες χρησιμοποιούνται μαζί με σπερματοκτόνα, αλλά η συμβολή του σπερματοκτόνου στην αποτελεσματικότητα της μεθόδου δεν είναι γνωστή.

Μελέτες αποτελεσματικότητας των τραχηλικών καλύπτρων έχουν δώσει μια μεγάλη ποικιλία αποτελεσμάτων. Η καλύπτρα Prentiff έχει ένα από τα καλύτερα αποτελέσματα-ποσοστό επιτυχίας της τάξης των 8 εγκυμοσύνων ανά 100 γυναίκες ανά έτος με την καλύπτρα στην θέση της για χρονικό διάστημα μέχρι και πέντε ημέρες κάθε φορά.

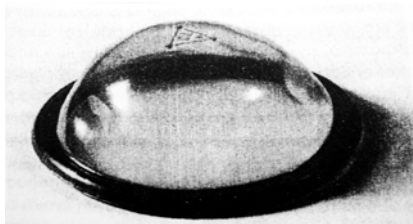
Μια πολυκεντρική μελέτη σε 3430 γυναίκες βρήκε ποσοστό αποτυχίας κατά τον πρώτο χρόνο της τάξης των 11,3 εγκυμοσύνων ανά 100 γυναίκες. Οι γυναίκες των οποίων ο τρόπος χρήσης της καλύπτρας περιγράφηκε ως "κοντά στον άριστο" παρουσίασαν ποσοστά αποτυχίας κατά τον πρώτο χρόνο της τάξης των 6,1 εγκυμοσύνων ανά 100 γυναίκες, δηλαδή το μισό σε σχέση με το αντίστοιχο ποσοστό στο γενικό πληθυσμό. Τα ποσοστά εγκυμοσύνων αυξήθηκαν όταν η καλύπτρα βρισκόταν στη θέση της για πάνω από 72 ώρες μετά από κάθε επαφή.

Παρεκτόπιση της καλύπτρας κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής ή σε κάποια άλλη στιγμή αναφέρθηκε από το 27,5% των χρηστών ενώ η μετατόπιση και η ακούσια εγκυμοσύνη αποτελούσαν τους κύριους λόγους για τους οποίους οι γυναίκες διέκοπταν την χρήση της καλύπτρας. Σε έναν χρόνο, το 49% διέκοπτε τη χρήση ή χάνονταν κατά την παρακολούθηση.

Σε τυχοποιημένες μελέτες, τα ποσοστά αποτυχίας σε άριστη εφαρμογή της μεθόδου ήταν σημαντικά υψηλότερα σε σχέση με το διάφραγμα. Ακόμη, οι γυναίκες που είχαν τεκνοποιήσει και χρησιμοποιούσαν την καλύπτρα είχαν περισσότερες αποτυχίες από ότι οι άτοκες.

Τελευταία χρησιμοποιείται η καλύπτρα Femcap, μια νέα μορφή της τραχηλικής καλύπτρας που μοιάζει με ναυτικό καπέλο και είναι κατασκευασμένη από ελαστική σιλικόνη. Ο θόλος του καλύπτει τον τράχηλο, ενώ η περιφέρεια εφαρμόζει στους θόλους του τραχήλου. Χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με σπερματοκτόνο, αφήνεται στη θέση του μέχρι και για 48 ώρες και μπορεί να χρησιμοποιείται για 2-3 χρόνια.

Τραχηλική καλύπτρα



Όσον αφορά την εφαρμογή της τραχηλικής καλύπτρας, αρχικά υπολογίζεται το μέγεθος του τραχήλου με επισκόπηση και ψηλάφηση ώστε να επιλεγθεί το κατάλληλο μέγεθος της καλύπτρας.

Οι άτοκες γυναίκες συνήθως χρειάζονται το νούμερο 22 (εσωτερική διάμετρος του χείλους σεmm), ενώ οι γυναίκες που έχουν τεκνοποιήσει συνήθως χρειάζονται το νούμερο 25. Πριν την τοποθέτηση, η καλύπτρα πληρώνεται κατά το ένα τρίτο με σπερματοκτόνο γέλη ή κρέμα, και στη συνέχεια εισάγεται συμπιεζόμενη μεταξύ αντίχειρα και δείκτη και τοποθετείται διαμέσου του αιδοίου εξωτερικά του θόλου. Έπειτα, πιέζεται ελαφρά προς τα πάνω για να εφαρμόσει επί του τραχήλου.

Αναφορικά με τους κινδύνους της μεθόδου, σε μια μεγάλη μελέτη, η αρνητική κυτταρολογική εξέταση τραχηλικού επιχρίσματος εξελίχθηκε σε δυσπλασία στο 4% των χρηστών καλύπτρας και στο 2% των χρηστών διαφράγματος. Άλλες μελέτες δεν βρήκαν τέτοιου είδους επίδραση ενώ αντίθετα, ο Koch βρήκε ότι οι χρήστες καλύπτρας απολάμβαναν προστασία από την ανάπτυξη δυσπλασίας σε σχέση με τις γυναίκες της ομάδας ελέγχου που χρησιμοποιούσαν άλλες μεθόδους. Στην μελέτη Femcap, τα αποτελέσματα της κυτταρολογικής εξέτασης του τραχηλικού επιχρίσματος φάνηκαν να βελτιώνονται κατά τη διάρκεια χρήσης της καλύπτρας.

Η χρήση καλύπτρας, σε αντίθεση με τη χρήση διαφράγματος, δεν έχει συσχετιστεί με την εμφάνιση κυστίτιδας.

B) ΚΟΛΠΙΚΑ ΣΠΕΡΜΟΚΤΟΝΑ

Τα κολπικά σπερμοκτόνα συνδυάζουν μια σπερμοκτόνο χημική ουσία, είτε την monoxynol-9 είτε την octoxynol, με μια βάση κρέμας, γέλης, αφρίζοντος αερολύματος, δισκίου, μεμβράνης ή υπόθετου. Τα σπερμοκτόνα είναι μη ιονικά επιφανειοδραστικά απορρυπαντικά που ακινητοποιούν το σπέρμα.

Σε προσωμείωση σεξουαλικής επαφής υπό εργαστηριακές συνθήκες, τα αφρίζοντα αερολύματα παρείχαν ταχεία διασπορά σε όλο τον κόλπο και προσέφεραν την καλύτερη προστασία. Οι γέλες και τα τηκόμενα υπόθετα παρείχαν κακή κατανομή.

Τα σπερμοκτόνα από μόνα τους αποδεικνύονται κατά πολύ λιγότερο αποτελεσματικά από τον συνδυασμό ενός προφυλακτικού ή ενός διαφράγματος μαζί με σπερμοκτόνο.

Η monoxynol-9 δεν απορροφάται από τον κόλπο της γυναίκας, και αρκετές μελέτες βρήκαν ότι σε σχέση με τις υπόλοιπες γυναίκες, αυτές που χρησιμοποιούσαν σπερμοκτόνα δεν παρουσίαζαν μεγαλύτερο κίνδυνο

αποβολών, διαμαρτιών της διάπλασης ή χαμηλού βάρους των νεογνών κατά την γέννηση.

Γ) ΣΤΕΙΡΟΠΟΙΗΣΗ

Χειρουργικές μέθοδοι για τη στειροποίηση πρωτοεφαρμόστηκαν στο τέλος του 19^{ου} αιώνα. Όμως, για λόγους αντισυλληψεως, άρχισαν να εφαρμόζονται μόνο στις αρχές του αιώνα, με μεγάλη αποδοχή σε παγκόσμια κλίμακα μετά το 1950 και, σε μερικά μέρη του κόσμου, όπου πλέον εφαρμόστηκε για λόγους ελέγχου και περιορισμού των γεννήσεων, η αύξηση ήταν δραματική μετά το 1980. Σήμερα, η χειρουργική στειροποίηση αποτελεί μια κοινή μέθοδο ελέγχου της γονιμότητας μεταξύ των ζευγαριών στις Η.Π.Α. Οι λαπαροσκοπικές τεχνικές για τις γυναίκες και η εκτομή του σπερματικού πόρου στους άνδρες είναι ασφαλείς και άμεσα διαθέσιμες μέθοδοι σε όλες τις Η.Π.Α. Η μέση ηλικία κατά την οποία εκτελείται στειροποίηση είναι τα 30 έτη. Άτομα που ήταν νεότερα των 30 ετών όταν στειροποιήθηκαν ή άτομα που είχαν διαζύγιο και έναν άλλο γάμο, είναι άτομα που προδιατίθενται να μετανοήσουν για την επιλογή της στειροποίησης, κάτι που μπορεί να οδηγήσει σε διατύπωση αιτήματος για αναστροφή της στειροποίησης και αποκατάσταση της γονιμότητας.

Κατά τη συζήτηση που γίνεται με το ζευγάρι, πρέπει να εκτίθεται λεπτομερώς η διαδικασία και οι δυσκολίες αποκατάστασης της γονιμότητας. Ο συνηθέστερος λόγος που ζητείται η αποκατάσταση είναι η αλλαγή συντρόφου αλλά και συναισθήματα μελαγχολίας, που συνδέονται με την απώλεια της γονιμότητας.

⊙ ΣΤΕΙΡΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

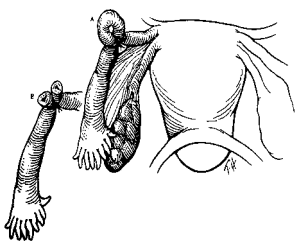
Οι παλαιότερες μεθοδολογίες στειροποίησης γυναικών, που απαιτούσαν γενική αναισθησία και λαπαροτομία, έχουν σχεδόν εγκαταλειφθεί. Σήμερα, η απολίνωση των σαλπίνγων μπορεί να γίνει α) με λαπαροτομία κατά τη διάρκεια

τοκετού με καισαρική τομή ή μετά από φυσιολογικό τοκετό ή με ανεξάρτητη μικρή λαπαροτομία και β) με λαπαροσκόπηση.

Κατά τον τοκετό με καισαρική τομή η σαλπγγική στείρωση δεν προσθέτει επιπλέον κίνδυνο, εκτός από μια μικρή παράταση της διάρκειας της επέμβασης. Όμως, επειδή ο τοκετός με καισαρική τομή έχει περισσότερους κινδύνους από τον φυσιολογικό τοκετό, η προγραμματισμένη στείρωση δεν θα πρέπει να επηρεάσει την απόφαση να εκτελεστεί καισαρική τομή. Η στείρωση δεν έχει περισσότερες πιθανότητες επιτυχίας αν εκτελεστεί κατά τη διάρκεια ενός τοκετού με καισαρική τομή σε σχέση με κάποια άλλη επιλεγμένη χρονική στιγμή.

Μικρή λαπαροτομία μετά τον τοκετό. Αμέσως μετά τον τοκετό (λοχεία) ,η μήτρα έχει αυξημένο μέγεθος και οι σάλπιγγες κείτονται στο μέσο της κοιλιακής χώρας και είναι εύκολα προσπελάσιμες διαμέσου μιας μικρής υπομφάλιας τομής μήκους 3-4 εκ (με τοπική ή επισκληρίδιο αναισθησία),σύλληψη τους με θυριδωτή λαβίδα και απολίνωση τους με ράμμα από μετάξι.

Μικρή λαπαροτομία. Αυτή η επέμβαση έγινε δημοφιλής στις αρχές της δεκαετίας του '70 ως απάντηση στην αυξημένη ζήτηση χειρουργικών επεμβάσεων ως μια απλούστερη εναλλακτική λύση προς την λαπαροσκόπηση. Σε φυσιολογική κατάσταση (όχι σε εγκυμοσύνη),η μήτρα και οι σάλπιγγες κείτονται βαθιά στην πύελο. Πραγματοποιείται μια μικρή εγκάρσια υπερηβική τομή και η μήτρα με τις σάλπιγγες ανυψώνονται ακριβώς κάτω από την τομή με την χρήση μιας μήλης ανύψωσης της μήτρας που τοποθετείται στην ενδομητρική



κοιλότητα διακολπικά. Η μικρή λαπαροτομία συνήθως εκτελείται ως επέμβαση που δεν χρειάζεται νοσηλεία και μπορεί να ολοκληρωθεί άμεσα με τοπική αναισθησία και καταστολή με διατήρηση της συνείδησης.

Τεχνική σαλπγγικής στείρωσης (κατά Pomeroy)

Κατά την λαπαροτομική στειροποίηση, σύμφωνα με τη συνήθη μέθοδο (μέθοδος κατά Pomeroy), εκτέμνεται ένα τμήμα της σάλπιγγας σχήματος "U" αφού η βάση του τμήματος αυτού απολινωθεί με απλό απορροφήσιμο ράμμα. Μια τροποποίηση της επέμβασης (μερική σαλπινγεκτομή ή τροποποιημένη Pomeroy) είναι η εκτομή του μέσου τμήματος της σάλπιγγας μετά από απολίνωση του τμήματος με δύο ξεχωριστά απορροφήσιμα ράμματα. Και οι δύο τεχνικές εμφανίζουν ποσοστά αποτυχίας περίπου 1-4 ανά 1000 περιπτώσεις.

Στεροποίηση με τη μέθοδο της λαπαροσκοπήσεως. Αυτή η μέθοδος κυριολεκτικά έφερε επανάσταση στη διαδικασία της στειροποίησης. Πρωτοεφαρμόστηκε το 1937 στις Η.Π.Α. από τον Anderson, στην Γαλλία το 1962 από τον Palmer και στην Αγγλία το 1967 από τον Steptoe.

Η λαπαροσκόπηση, κάτω από γενική αναισθησία και ενίοτε υπό τοπική, επιτρέπει την άμεση επισκόπηση των έσω γεννητικών οργάνων και, με χειρισμούς που γίνονται στη μήτρα από το σαλπινγογράφο, είναι δυνατόν να προσεγγίσει τις σάλπιγγες.

Υπάρχει μια ποικιλία μεθόδων λαπαροσκοπικής στειροποίησης, όπως καταστροφή με διαθερμία, απολίνωση με δακτυλίους ή με σφιγκτήρες. Η μέθοδος προκαλεί ελάχιστη μετεγχειρητική δυσπραγία, απαιτεί παραμονή στο νοσοκομείο για ελάχιστες ώρες, και η μετεγχειρητική ουλή είναι ελάχιστη. Απλώς χρειάζεται εξειδίκευση του χειρουργού.

Αναλυτικότερα, η στειροποίηση μπορεί να γίνει:

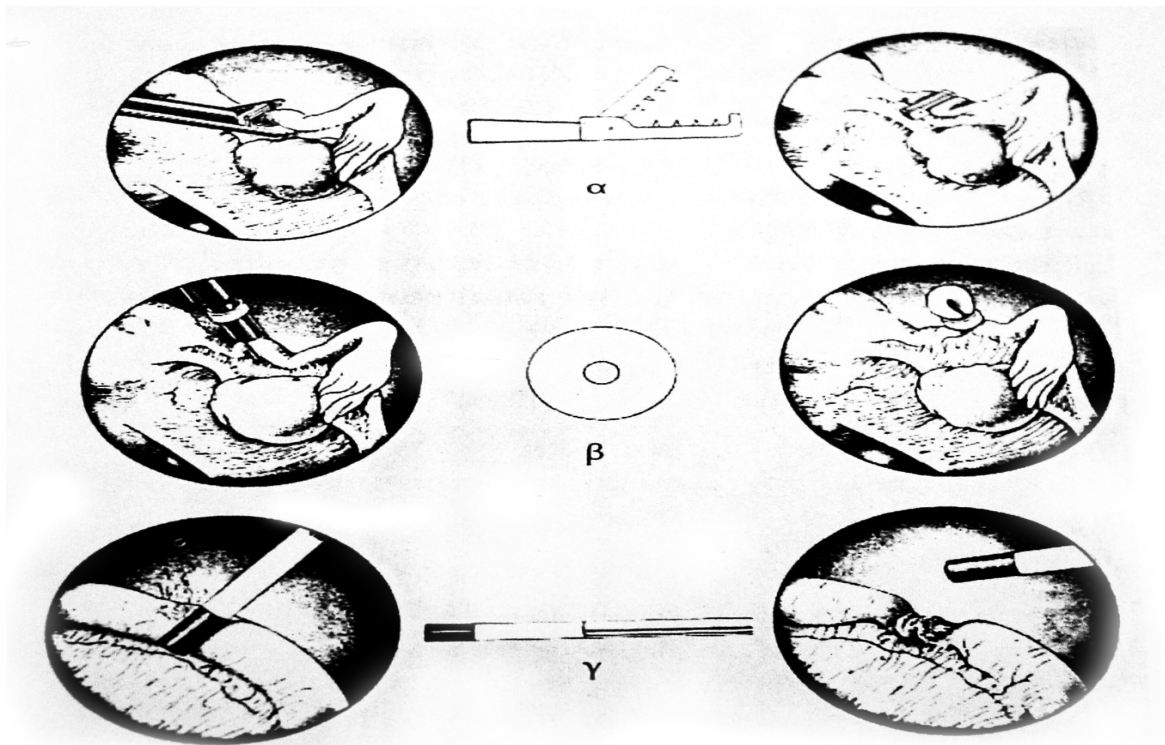
1. Με σύλληψη και ηλεκτροκαυτηρίαση με διπολική διαθερμία της σάλπιγγας σε δύο σημεία, ξεκινώντας από ισθμό και σε μια απόσταση 1,5 εκ από το κέρασ της μήτρας.
2. Με την εφαρμογή δακτυλίου (π.χ. Yoon, Falope, Bleier) και
3. Με χρήση ειδικών σφιγκτήρων (π.χ. Hulka, Fishie).

Τα συνηθέστερα προβλήματα αυτής της μεθόδου αντισύλληψης είναι η αυξημένη πιθανότητα για εξωμήτριο κύηση και η αβεβαιότητα για τη μόνιμη απόφραξη και των δύο μητρο-ωαγωγικών στομιών.

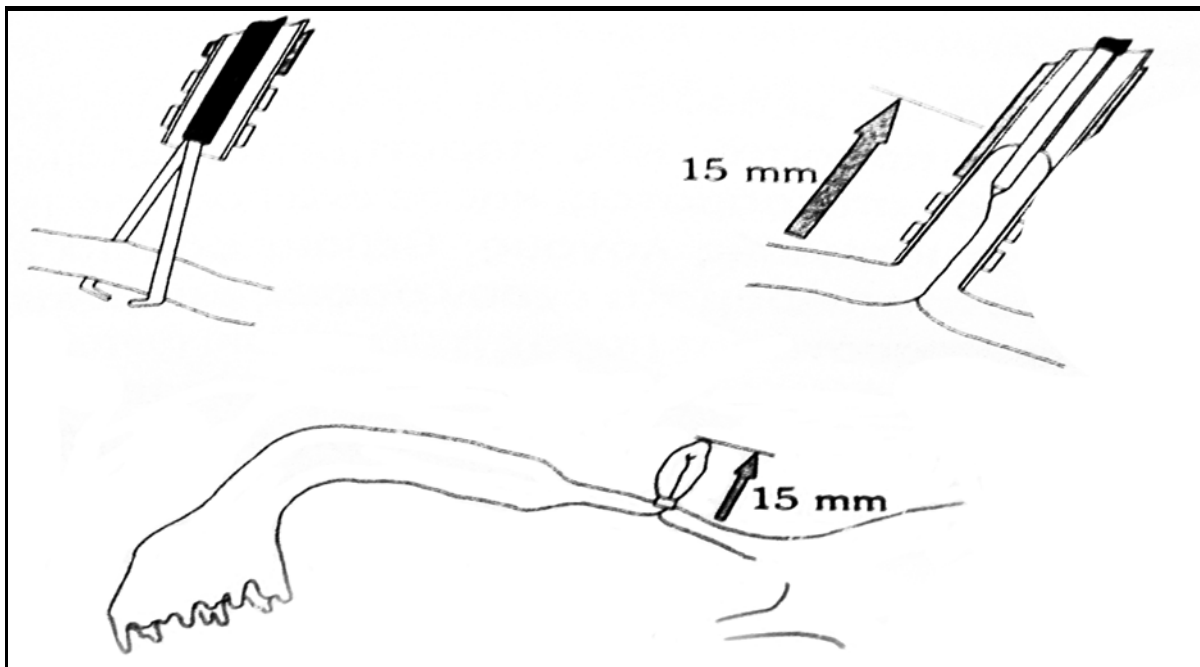
Το ποσοστό αποτυχίας μετά από σαλπινγική στείροποίηση με διάφορες μεθόδους είναι 1-4 εγκυμοσύνες/1000 στείροποιημένες γυναίκες.

Η δυνατότητα αναστόμωσης και επαναλειτουργίας της σάλπιγγας, μετά από μικροχειρουργική, εξαρτάται από το μήκος της σάλπιγγος που έχει μείνει και από το σημείο όπου έχει γίνει η καταστροφή. Εάν έχει καταστραφεί ο κώδων ή η ισθμοκωδωνική περιοχή, τότε οι πιθανότητες επιτυχούς μικροχειρουργικής είναι μηδαμινές. Εάν όμως τα τμήματα αυτά είναι υγιή και το υπόλοιπο είναι >3 εκ, τότε οι πιθανότητες είναι σημαντικές. Με τις σύγχρονες μικροχειρουργικές τεχνικές και μετά από ισθμοισθμική αναστόμωση, εγκυμοσύνη ακολουθεί το 75% των περιπτώσεων.

Γενικότερα, η σαλπινγική στείροποίηση είναι ιδιαίτερα ασφαλής. Το 1983, το ολικό ποσοστό επιπλοκών σε μια μεγάλη σειρά από διάφορα κέντρα ήταν 1,7%. Το ποσοστό των επιπλοκών αυξανόταν από τη χρήση γενικής αναισθησίας, από την πραγματοποίηση στο παρελθόν άλλης χειρουργικής επέμβασης στην πύελο ή στην κοιλιακή χώρα, από τυχόν ιστορικό φλεγμονώδους νόσου της πυέλου, από την παχυσαρκία και από τον σακχαρώδη διαβήτη. Από το 1977 έως το 1981, αντιστοιχούσαν 4 θάνατοι/100.000 επεμβάσεις στις Η.Π.Α. από τους οποίους οι μισοί περίπου οφείλονταν σε επιπλοκές από την γενική αναισθησία.



Διάφορες μέθοδοι στειρώσεως της γυναίκας: α. δέσιμο με κλίπ β. δέσιμο με κρίκο γ. ηλεκτροκαυτηρίαση



Στεριοποίηση της γυναίκας με εφαρμογή δακτυλίου

⊙ ΣΤΕΙΡΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΑΝΔΡΑ

Εκτιμάται ότι περίπου 60 εκατομμύρια άνδρες σε όλον τον κόσμο έχουν υποστεί απολίνωση σπερματικών πόρων και, σε 30 εκατομμύρια από αυτούς, η διαδικασία έχει γίνει στην Κίνα. Εκτιμάται ότι στις Η.Π.Α. γίνονται περίπου 400.000 ετησίως, ενώ στο Ηνωμένο Βασίλειο περίπου 50.000. Στην Ελλάδα δεν υπάρχουν στοιχεία αλλά χαρακτηριστικά αναφέρεται ότι στο Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού του Γ.Π.Ν.Α. "Αλεξάνδρα", έχουν ζητήσει απολίνωση σπερματικών πόρων πέντε άνδρες. Γενικώς, η απολίνωση των σπερματικών πόρων δεν είναι ευρέως διαδεδομένη στον αναπτυσσόμενο κόσμο, αν και η τάση είναι αυξητική.

Η εκτομή ενός τμήματος του σπερματικού πόρου εκτελείται σε σύντομο χρονικό διάστημα με χρήση τοπικής αναισθησίας στο ιατρείο. Η βασική τεχνική συνίσταται στην ψηλάφηση του πόρου στο όσχεο, στη σύλληψη του με τα δάκτυλα ή με τραυματική λαβίδα στην πραγματοποίηση μιας μικρής τομής επί του όσχεου υπεράνω του πόρου, και στην έλξη ενός τμήματος του πόρου δια της τομής. Αφαιρείται ένα μικρό τμήμα και στη συνέχεια χρησιμοποιείται ένα ηλεκτρόδιο βελόνης για να προκαλέσει ηλεκτροπηξία στον αυλό και των δύο άκρων. Στις βελτιωμένες τεχνικές συγκαταλέγεται η "χωρίς γλυφίδα" εκτέλεση εκτομής ενός τμήματος του σπερματικού πόρου, στη οποία το αιχμηρό άκρο της λαβίδας χρησιμοποιείται δια να διατρήσει το δέρμα υπεράνω του πόρου. Αυτή η μικρή παραλλαγή ελαττώνει την πιθανότητα αιμορραγίας και απαλλάσσει από την ανάγκη συρραφής της τομής.

Μια άλλη παραλλαγή είναι η "ανοικτού πέρατος εκτομή ενός τμήματος του σπερματικού πόρου", στην οποία μόνο το κοιλιακό άκρο του διατμηθέντος πόρου υφίστανται ηλεκτροπηξία ενώ το αρχικό άκρο παραμένει ανοικτό. Πιστεύεται ότι με αυτή την παραλλαγή προλαμβάνεται η συμφορητική επιδιδυμίτιδα. Τελευταίως έχουν αναπτυχθεί καινούριες τεχνικές, όπως η διαδερμική χημική απόφραξη. Αυτό γίνεται δια μέσου μιας βελόνας, η οποία οδηγείται μέσα στο σπερματικό πόρο διαδερμικά και εγχέεται η χημική ουσία.

Η αποτυχία της μεθόδου είναι 0,4-0,6%. Οι ελεύθερες σχέσεις επιτρέπονται τρεις μήνες μετά την επέμβαση και μετά από εξέταση σπέρματος, που να διαπιστώνει την αζωοσπερμία. Σε ένα ποσοστό 2,5% των ανδρών που υπεβλήθησαν σε απολίνωση, ανευρίσκονται ελάχιστα σπερματοζώαρια (10.000/ml), ακόμα και 7 μήνες μετά την επέμβαση. Αυτό θεωρείται ως μη γόνιμο σπέρμα και κατά κανόνα θα γίνει αζωοσπερμικό, στα επόμενα τρία χρόνια.

Όσον αφορά την αναστρεψιμότητα της μεθόδου, η εκτομή ενός τμήματος του σπερματικού πόρου πρέπει να θεωρείται ως οριστικό μέσο στειροποίησης αλλά, με την εφαρμογή μικροχειρουργικών τεχνικών, η αναστόμωση του σπερματικού πόρου θα έχει ως αποτέλεσμα την εγκυμοσύνη στις μισές περιπτώσεις. Όσο πιο μεγάλο είναι το χρονικό διάστημα από την εκτέλεση της εκτομής του σπερματικού πόρου τόσο πιο πτωχό είναι το αποτέλεσμα της αναστροφής.

Στις εγχειρητικές επιπλοκές της μεθόδου περιλαμβάνονται αιματώματα του όσχεου, μολύνσεις των τραυμάτων και επιδιδυμίτιδα, αλλά οι σοβαρές επιπτώσεις είναι πολύ σπάνιες. Δεν έχουν υπάρξει αναφορές θανάτων στις Η.Π.Α. για πολλά χρόνια, και το ποσοστό θανάτων σε μια μεγάλη σειρά του Τρίτου Κόσμου ήταν μόνο 0,5 ανά 100.000. Μελέτες πιθήκων που υποβλήθηκαν στην επέμβαση έδειξαν επιταχυνόμενη αθηροσκλήρωση, αλλά αρκετές, μεγάλης κλίμακας, μελέτες δεν βρήκαν συσχέτισμό μεταξύ της επέμβασης και της αγγειοπάθειας. Οι ανησυχίες για την μακροχρόνια ασφάλεια έχουν ανανεωθεί σχετικά με τον πιθανό συσχέτισμό της επέμβασης και του καρκίνου του προστάτη. Όμως, μια ομάδα ειδικών που συγκλήθηκε από τα Εθνικά Ινστιτούτα Υγείας των Η.Π.Α. συμπέρανε ότι υπάρχουν ανεπαρκή στοιχεία για το συσχέτισμό των παραπάνω παθήσεων με την επέμβαση, ώστε να υπάρξει προειδοποίηση αλλαγής της πρακτικής στο ζήτημα αυτό.

Δ) ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΑ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΑ

Το ενδομήτριο σπείραμα (Intrauterine device, IUD) αποτελεί μικρή πλαστική συσκευή που παρεμβάλλεται στην μήτρα για την παρεμπόδιση της εγκυμοσύνης.

Η χρήση ενδομήτριων σπειραμάτων έχει πολλά πλεονεκτήματα και κυρίως:

1.Υψηλά ποσοστά επιτυχίας

2.Δεν υπάρχουν συστηματικές επιδράσεις στο μεταβολισμό

3.Είναι μια απλή επέμβαση που έχει μακροχρόνιο αποτέλεσμα.

4.Σε αντίθεση με άλλες μεθόδους, όπως το χάπι, δεν χρειάζεται καθημερινή εγρήγορση για τη λήξη κάποιου δισκίου.

5.Δεν υπάρχουν διαταραχές της ερωτικής πράξεως, όπως συμβαίνει με τις μεθόδους φραγμού.

Αυτά τα χαρακτηριστικά κάνουν το ενδομήτριο σπείραμα να έχει το υψηλότερο ποσοστό συμμόρφωσης με τη μέθοδο. Όμως, συνιστάται ετήσια επίσκεψη στον ιατρό.

Η αντισυλληπτική δράση του ενδομήτριου σπειράματος οφείλεται στην τοπική παραγωγή άσηπτων φλεγμονωδών παραγόντων, που είναι αποτέλεσμα της παρουσίας του ξένου σώματος μέσα στη μητρική κοιλότητα. Η αυξημένη παρουσία λευκοκυττάρων στη μητρική κοιλότητα και τα προϊόντα αποδομής τους, είναι τοξικά για τα υπόλοιπα κύτταρα, περιλαμβανομένων των σπερματοζωαρίων. Η προσθήκη χαλκού στα σπειράματα κατέστησε δυνατή τη σμίκρυνση τους και βελτίωσε το αποτέλεσμα, ενώ μείωσε τις παρενέργειες (πόνου και αποβολής του σπειράματος). Εκτός της τοξικής δράσεως, φαίνεται ότι τα σπειράματα εμποδίζουν και τη μεταφορά σπερματοζωαρίων στη σάλπιγγα με αποτέλεσμα να μην γίνεται γονιμοποίηση. Πέραν της τοξικής επίδρασης σε κυτταρικό επίπεδο, φαίνεται ότι εμποδίζεται η εμφύτευση της τροφοβλάστης, ενώ η απελευθέρωση ιόντων χαλκού εμποδίζει τη διαδικασία της εμφύτευσης.

Μετά την αφαίρεση του σπειράματος η γονιμότητα αποκαθίσταται αμέσως, όπως και μετά τη διακοπή των άλλων μεθόδων φραγμού.

Η αποτελεσματικότητα του ενδομήτριου σπειράματος είναι πολύ υψηλή, αποτυγχάνοντας, ανάλογα με τον τύπο, στον πρώτο χρόνο χρήσεως σε ποσοστό 1-3% γυναίκες ανά έτος, ποσοστό που μειώνεται τα επόμενα χρόνια. Η επιτυχία του σπειράματος εξαρτάται και από τη σωστή τοποθέτηση και εμπειρία του ιατρού. Επιπροσθέτως, η επίπτωση όλων των σημαντικών επιπλοκών, όπως η κύηση, αιμορραγία, πόνος, αποβολή του σπειράματος, μειώνονται στις ηλικίες άνω των 35 ετών.

Τύποι ενδομήτριων σπειραμάτων: Τα κυκλοφορούντα σήμερα σπειράματα φέρουν προσθήκη χαλκού (τύπου Copper-T 380) ή, τελευταίως, προγεστερόνης, σε μορφή βραδείας απελευθέρωσης (τύπου "T"). Η αντικατάσταση των πρώτων πρέπει να γίνεται κάθε 2-3 χρόνια, αν και πρόσφατες μελέτες έδειξαν ότι δεν αυξάνεται η πιθανότητα συλλήψεως ούτε τον 4^ο χρόνο από την τοποθέτηση. Τα σπειράματα με προσθήκη προγεστερόνης εμφανίζουν μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα αλλά πρέπει να αντικαθίστανται νωρίτερα (περίπου στους 12 μήνες και όχι πλέον των 18).

Όσον αφορά το χρόνο της τοποθετήσεως του ενδομήτριου σπειράματος, συνήθως αυτή γίνεται κατά τη διάρκεια της εμμηνου ρύσεως αλλά είναι δυνατόν να τοποθετηθεί οποιαδήποτε ημέρα του κύκλου, εφ' όσον υπάρχει απόδειξη ότι η γυναίκα δεν είναι έγκυος. Υπάρχει βιβλιογραφική αναφορά που δείχνει ότι μετά την 18^η ημέρα του κύκλου υπάρχει αυξημένος κίνδυνος για κύηση ή για αποβολή του σπειράματος, χωρίς αυτό να είναι στατιστικά σημαντικό. Επίσης, μπορεί να τοποθετηθεί κατά τη λοχεία.

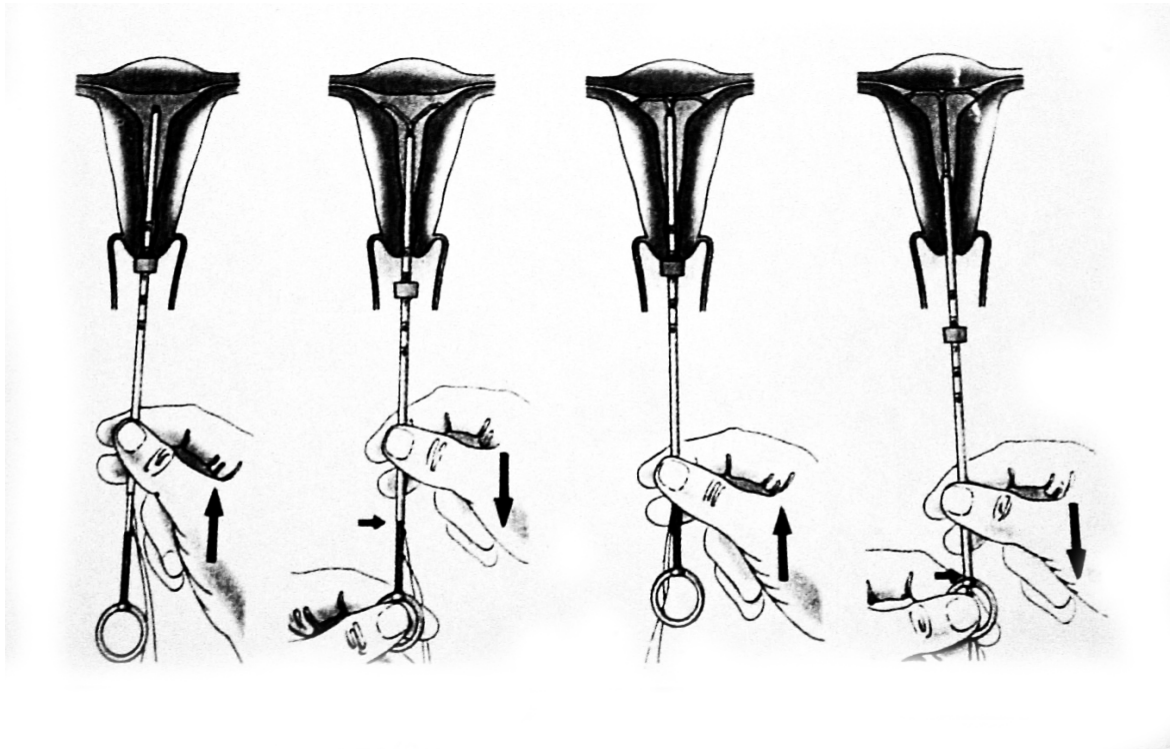
Η πιθανότητα εγκυμοσύνης είναι, όπως προαναφέρθηκε, 1-3% τον πρώτο χρόνο. Σε ένα ποσοστό περίπου 10% παρατηρείται αυτόματη αποβολή του σπειράματος, και σε ένα ποσοστό 15% αφαίρεση του σπειράματος για ιατρικούς λόγους. Βέβαια φαίνεται ότι τα σύγχρονα σπειράματα έχουν σαφώς μειωμένα τα πιο πάνω ποσοστά.

Η κυριότερη αιτία διακοπής αυτής της μεθόδου είναι η μητρορραγία ή η παράταση της εμμηνου ρύσεως, παρόλο που έχει δειχθεί ότι δεν επηρεάζονται

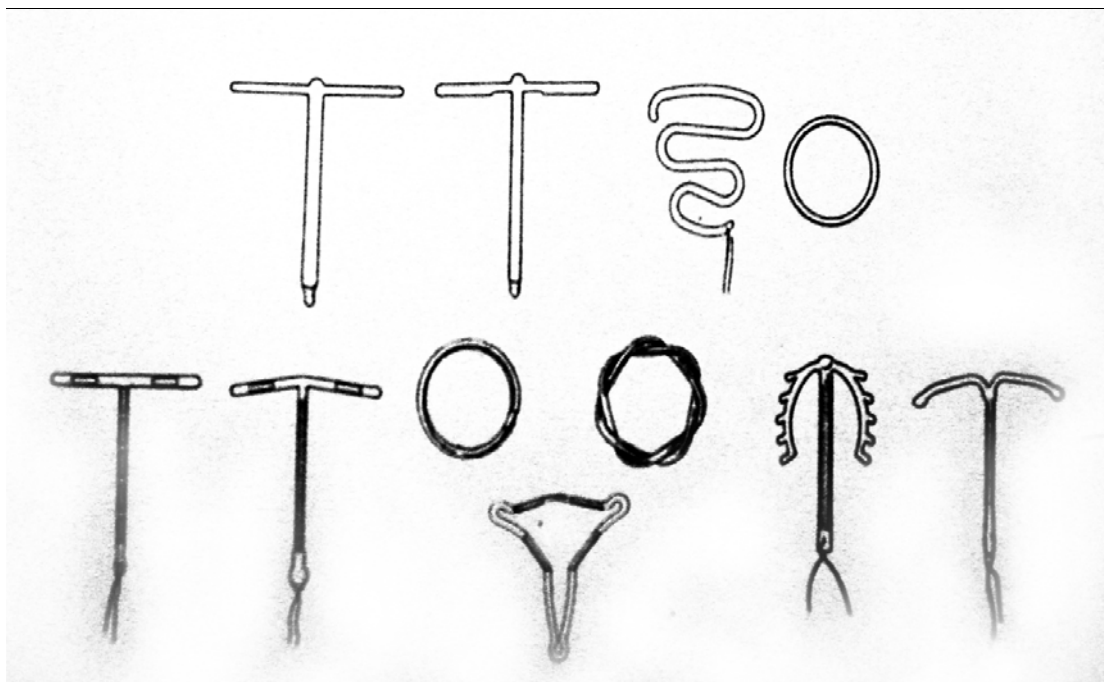
ούτε οι γοναδοτροπίνες ούτε η λειτουργία των ωοθηκών. Αυτή η αυξημένη ή η παρατεταμένη ροή αίματος πιθανώς να οφείλεται σε τοπική δράση των προσταγλανδινών. Η διάτρηση είναι ασυνήθης, πλην όμως σοβαρή επιπλοκή. Διάτρηση κατά κανόνα γίνεται κατά την τοποθέτηση του σπειράματος και μάλιστα αρκεί να περάσει μόνο η άκρη το θόλο της μήτρας, οπότε οι συσπάσεις της είναι δυνατόν να το ωθήσουν μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Για την αποφυγή αυτού θα πρέπει να προηγείται μέτρηση του βάθους της μήτρας. Ο κίνδυνος έχει σχέση με το σχήμα του σπειράματος και υπολογίζεται περίπου σε 1/1000 εισαγωγές.

Εάν επισυμβεί εγκυμοσύνη και η ενδομητρική πρόθεση είναι μέσα στη μήτρα, υπάρχει αυξημένη πιθανότητα για αυτόματη έκτρωση ή για σηπτική έκτρωση και συνεπώς η γυναίκα που επιθυμεί να συνεχίσει μια εγκυμοσύνη, ενώ υπάρχει ενδομήτρια πρόθεση, πρέπει να πληροφορείται για τους πιθανούς κινδύνους. Ακόμη, ίσως να υπάρχει κάποιος κίνδυνος ανάπτυξης σαλπγγίτιδας τους πρώτους μήνες από της τοποθέτησεως. Πληθυσμοί που είναι πλέον ευάλωτοι είναι άτοκες γυναίκες κάτω των 25, γυναίκες με ιστορικό πυελικής φλεγμονώδους νόσου ή γυναίκες με πολλαπλούς ερωτικούς συντρόφους.

Αναφορικά με κακοήθειες, μελέτες έχουν δείξει ότι η χρήση του ενδομήτριου σπειράματος δεν συνδέεται με αυξημένη πιθανότητα για καρκίνο του ενδομητρίου ή του τραχήλου.



Τεχνική εισαγωγής μιας ενδομήτριας πρόθεσης (Nova-T)



Διάφορες ενδομήτριες προθέσεις. Στην πρώτη σειρά: σπειράματα χωρίς φαρμακολογικά ενεργείς ουσίες. Στην δεύτερη σειρά: σπειράματα με χαλκό

ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ ΠΟΥ ΒΑΣΙΖΟΝΤΑΙ ΣΕ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ/ ΟΡΜΟΝΙΚΑ ΣΚΕΥΑΣΜΑΤΑ

Οι βάσεις της ορμονικής αντισύλληψης, άρχισαν να τίθενται το 1919 όταν ο Ludwig Haberlandt, καθηγητής της φυσιολογίας στο Innsbruck, διαπίστωσε ότι ώριμα κουνέλια έγιναν υπογόνιμα, όταν μεταμοσχεύτηκαν σε αυτά ωοθήκες από άλλα που κυοφορούσαν. Μετά από έρευνες του Greenblatt (1942), του Albright (1945), του Hamblan (1947), των Rock, Garcia και Pincus (1957), ο Gregory Pincus κατασκεύασε το 1959 το πρώτο αντισυλληπτικό δισκίο, το Enovid, με 9,58 mg Noerythynodrel ως προγεσταγόνο και 150 mg Mestranol ως οιστρογόνο. Σταδιακά άρχισε η μείωση της περιεκτικότητας σε στεροειδή, με αποτέλεσμα τα σημερινά αντισυλληπτικά να περιέχουν μόνο 20-30 mg οιστρογόνου και 75-150 mg προγεσταγόνου.

Υπάρχει μια μεγάλη ποικιλία φάρμακα τα οποία μειώνουν τη γονιμότητα με έναν αριθμό διαφορετικών μηχανισμών, π.χ εμποδίζοντας την ωοθυλακιορρηξία, ελαττώνοντας την παραγωγή ή την ωρίμανση των γαμετών ή παρεμβαίνοντας στην κύηση.

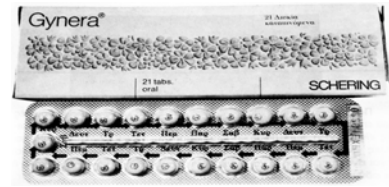
Σήμερα η αναστολή της ωορρηξίας είναι η πιο συνηθισμένη φαρμακολογική παρέμβαση για την πρόληψη της εγκυμοσύνης.

A. ΑΠΟ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΑ

Ο κύριος τρόπος της δράσεως αντισυλληπτικών δισκίων είναι η αναστολή της ωορρηξίας, εμποδίζοντας την μεσοκυκλική αιχμή της LH. Εκτός όμως από αυτή την κυρίαρχη αντισυλληπτική δράση το αντισυλληπτικό δισκίο προκαλεί μεταβολές τόσο στο ενδομήτριο όσο και στην τραχηλική βλέννα, με αποτέλεσμα την παρεμπόδιση της επίτευξης εγκυμοσύνης.

Τα αντισυλληπτικά δισκία διακρίνονται, ανάλογα με την σύστασή τους, σε δύο ομάδες: α) στα συνδυασμένα αντισυλληπτικά δισκία, που περιέχουν οιστρογόνα και κάποιο προγεσταγόνο και, β) στα δισκία που περιέχουν μόνο προγεσταγόνο.

⊙ ΣΥΝΔΥΑΣΜΕΝΟ ΧΑΠΙ



Το συνδυασμένο χάπι περιέχει μια σταθερή χαμηλή δόση οιστρογόνου και προγεσταγόνου, λαμβάνεται επί 21 ημέρες και στη συνέχεια ακολουθεί μια 7ήμερη διακοπή που επάγει την εμμηνορρυσία.

Τα οιστρογόνα που χρησιμοποιούνται συνήθως στο συνδυασμένο χάπι είναι η *αιθινυλ-οιστραδιόλη* και η *μεστρανόλη*. Αυτά τα αντισυλληπτικά σκευάσματα είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικά για την επίτευξη αντισύλληψης.

Τα συνδυασμένα δισκία εκτός από μέσο αντισύλληψης, χρησιμοποιούνται και θεραπευτικά για τις διαταραχές του κύκλου, του συνδρόμου των πολυκυστικών ωοθηκών και της ενδομητρίωσης.

⊙ ΧΑΠΙΑ ΠΡΟΓΕΣΤΑΓΟΝΩΝ

Πρόκειται για αντισυλληπτικά δισκία που περιέχουν μόνο προγεσταγόνο, συνήθως νοργεστρέλη και ονομάζονται «μίνι χάπια» (mini pills). Η δράση τους οφείλεται σε αναστολή της ωοθυλακιορρηξίας όπως και τα συνδυασμένα αντισυλληπτικά, αλλά κυρίως σε ωχρινοποίηση του ενδομητρίου και επίδραση στην τραχηλική βλέννα με αποτέλεσμα να αναστέλλεται η γονιμοποίηση και η εμφύτευση του ωαρίου. Τα σκευάσματα αυτά λαμβάνονται καθημερινά σε ένα συνεχές σχήμα και αποδίδουν μία χαμηλή, συνεχή δόση φαρμάκου.

Τα δισκία που περιέχουν μόνο προγεσταγόνο είναι λιγότερο αποτελεσματικά από το συνδυασμένο χάπι και μπορεί να προκαλέσουν ανώμαλους εμμηνορρυσιακούς κύκλους, συχνότερα από ότι το συνδυασμένο προϊόν. Αυτά τα δισκία έχουν περιορισμένη αποδοχή από τις ασθενείς επειδή ανησυχούν για την αυξημένη πιθανότητα εγκυμοσύνης και τη συχνή εμφάνιση ανωμαλιών του κύκλου.

Βασικό πλεονέκτημα των δισκίων που περιέχουν μόνο προγεσταγόνο είναι το ότι μπορούν να χορηγηθούν σε γυναίκες που έχουν αντένδειξη για κάποιο λόγο

να πάρουν οιστρογόνα. Επίσης, μπορούν να χορηγηθούν αμέσως μετά τον τοκετό χωρίς καμιά παρενέργεια για το νεογνό και τον θηλασμό.

Στα οφέλη από τη χρήση αντισυλληπτικών δισκίων ,πρέπει να αναφερθεί ότι θεραπεύει την "ασθένεια" της κύησης που, ενώ είναι ένα φυσιολογικό γεγονός ,προκαλεί παρενέργειες που ξεκινούν από απλή ναυτία και εμετούς, μέχρι βαριές καταστάσεις, όπως εξωμήτριο κύηση, εκλαμψία, αιμορραγίες, ή και θάνατο. Στον πίνακα 1 φαίνονται αναλυτικότερα τα οφέλη από τη χρήση των αντισυλληπτικών.

Οι παρενέργειες που προκαλεί το δισκίο χωρίζονται σε ελάχιστονες και μείζονες, όπως παρουσιάζονται στους πίνακες 2 και 3 αντίστοιχα. Σημειώνεται ότι οι περισσότερες από αυτές είναι παροδικές, γι αυτό χρειάζεται ενημέρωση της γυναίκας, και μετά πάροδο 3-4 κύκλων συνήθως παρέρχονται. Ενίοτε απαιτείται αλλαγή του δισκίου με μεγαλύτερη ή μικρότερη πυκνότητα σε Εθινύλ-οιστραδιόλη, κυρίως για να ρυθμισθεί τυχόν πρόβλημα ενδιάμεσων αιμορραγιών, εφ' όσον επιμένουν.

Πίνακας 1 Οφέλη από τη χρήση αντισυλληπτικών δισκίων		
Οφέλη		Μείωση κινδύνου
1.	Προφύλαξη από την κύηση	99%
2.	Προφύλαξη από εξωμήτριο κύηση	90%
3.	Καρκίνος ωοθήκης	40%
4.	Καρκίνος ενδομητρίου	40%
5.	Καλοήθεις μαστοπάθειες	40%
6.	Λειτουργικές κύστεις ωοθήκης	
	ωχρινικές	78%
	ωοθυλακικές	49%
7.	Ινομώματα (μετά από 5ετή χρήση)	17%
8.	Φλεγμονώδης πυελική νόσος	50%

9.	Μητρορραγίες	50%
10.	Σιδηροπενική αναιμία	50%
11.	Δυσμηνόρροια	40%

Η αύξηση του σωματικού βάρους ρυθμίζεται συνήθως με δίαιτα, και αφορά ένα ποσοστό που δεν ξεπερνά το 18% στην τριετία, ενώ ένα ποσοστό 8% παρουσιάζει μείωση βάρους στον ίδιο χρόνο.

Η δευτεροπαθής αμηνόρροια και γαλακτόρροια είναι συνήθως παροδικά προβλήματα.

Πίνακας 2 Ελάσσονες διαταραχές που μπορεί να εμφανισθούν κατά τη λήψη αντισυλληπτικών δισκίων από του στόματος

1. Ναυτία
2. Εμετός
3. Τάση μαστών
4. Ενδιάμεσες αιμορραγίες
5. Αύξηση σωματικού βάρους
6. Πονοκέφαλος
7. Χλόασμα
8. Οπτικές διαταραχές
9. Ψυχρότητα, μελαγχολία
10. Γαλακτόρροια
11. Δευτεροπαθής αμηνόρροια μετά τη διακοπή

Οι κίνδυνοι για θρομβοεμβολική νόσο, από μεγάλες σειρές στις δεκαετίες του 1970 και 1980, δείχνουν μια αυξημένη πιθανότητα, που φθάνει τις τρεις έως έξι φορές περισσότερο από τον υπόλοιπο πληθυσμό, χωρίς να υπερβαίνει όμως τον κίνδυνο από μια έκτρωση, ή από τη μητρική θνησιμότητα. Οι κίνδυνοι αυξάνουν σημαντικά με την ηλικία και το κάπνισμα. Τέλος, σχετικά με εργασίες του 1995, που αναφέρουν ότι τα αντισυλληπτικά 3^{ης} γενιάς έχουν αυξημένο κίνδυνο για θρομβοεμβολική νόσο, σε σχέση με τα 2^{ης} γενιάς, πρέπει να λεχθεί

ότι χορηγήθηκαν ως ασφαλέστερα σε γυναίκες υψηλότερου κινδύνου (>35 ετών, καπνίστριες) και δεν υπολογίσθηκαν άλλοι παράγοντες, όπως η σωματική μάζα, το οικογενειακό ιστορικό, κίρσοι ή υπερτασική νόσος σε προηγούμενα κύηση.

Η επίδραση στα λιπίδια όχι μόνο δεν είναι βλαπτική αλλά ενίοτε είναι και ευνοϊκή.

Οι αντενδείξεις για τη χορήγηση αντισυλληπτικών δισκίων διακρίνονται σε σχετικές και απόλυτες όπως αποτυπώνονται στους πίνακες 4 και 5 αντίστοιχα.

Πίνακας 3 Μείζονες διαταραχές που μπορεί να εμφανισθούν από τη χρήση αντισυλληπτικών δισκίων από του στόματος	
1.	καρδιαγγειακοί κίνδυνοι, θρομβοεμβολική νόσος
2.	Επίδραση στα λιπίδια του αίματος
3.	Επίδραση στην αρτηριακή πίεση (υπέρταση)
4.	Επίδραση στο μεταβολισμό των υδατανθράκων
5.	Συσχέτιση με νεοπλασίες (καρκίνος τραχήλου)

Πίνακας 4 Σχετικές αντενδείξεις χορήγησης αντισυλληπτικών δισκίων

1. Ομόζυγος δρεπανοκυτταρική αναιμία
2. Μακροχρόνια ακινητοποίηση
3. Οιστρογονοεξαρτώμενα νεοπλάσματα
4. Μέτρια ή σοβαρή ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία
5. Υπερπρολακτιναιμία
6. Κατάθλιψη;
7. Συγγενής πρώτου βαθμού με καρκίνο μαστού

Πίνακας 5 Απόλυτες αντενδείξεις χορήγησης αντισυλληπτικών δισκίων

1. Παρούσα ή παρελθούσα νόσος του κυκλοφορικού
2. Θρόμβωση
3. Ισχαιμική καρδιοπάθεια
4. Υπερλιπιδαιμία
5. Διαταραχές πήκτικότητας
6. Μεγάλες χειρουργικές επεμβάσεις
7. Σοβαρές ημικρανίες
8. Εγκεφαλικές αιμορραγίες
9. Βαλβιδοπάθειες
10. Νόσοι του ήπατος
11. Ηπατίτιδες, χολόσταση
12. Αδένωμα ήπατος
13. Χολολιθίαση
14. Πορφυρίες
15. Κύηση
16. Αδιάγνωστη αιμορραγία από τα γεννητικά όργανα
17. Οιστρογονοεξαρτώμενα νεοπλάσματα (π.χ Ca μαστού)
18. Υπερβολικό άγχος της γυναίκας

Πίνακας 6 Τρόπος δράσης των συνδυασμένων αντισυλληπτικών δισκίων

1^{ος} κύκλος		
<p>(1) Τα οιστρογόνα του χαπιού ξεγελούν την υπόφυση, η οποία νομίζει ότι έχει ήδη αρχίσει μια ομάδα ωοθυλακίων να ωριμάζει στην ωοθήκη και δε στέλνει την FSH για την ετοιμασία καινούριων ωαρίων.</p>	<p>(2) Αφού δεν υπάρχει ώριμο ωοθυλάκιο, η υπόφυση δεν ειδοποιείται για να στείλει την LH, η οποία θα προκαλούσε την ωοθυλακιορρηξία.</p>	<p>(3) Όταν τα χάπια της συσκευασίας τελειώσουν, η έλλειψη της προγεστερόνης ειδοποιεί τη μήτρα να αποβάλλει το ανεπαρκές στρώμα που ετοίμασε. Η υπόφυση καταλαβαίνει ότι πρέπει να παραγγείλει νέα ωάρια, όμως...</p>
2^{ος} κύκλος		
<p>(1) ...Τα οιστρογόνα της νέας συσκευασίας θα ξεγελάσουν και πάλι την υπόφυση η οποία δε θα στείλει ένα επαρκές μήνυμα στην ωοθήκη κι έτσι δε θα ωριμάσουν σε αυτήν ωοθυλάκια. Συνέπειες αυτού του γεγονότος είναι: α) την ωοθήκη, δεν ωριμάζουν ωοθυλάκια, β) το ανεπαρκές μήνυμα της υπόφυσης ακρήστευσε τα ωοθυλάκια που πήγαν να αρχίσουν την ωρίμανση τους αλλά την σταμάτησαν.</p>	<p>(2) Αφού δεν υπάρχει ώριμο ωοθυλάκιο, η υπόφυση δεν ειδοποιείται για να στείλει την LH, η οποία θα προκαλούσε την ωοθυλακιορρηξία.</p>	<p>(3) Όταν τα χάπια της συσκευασίας τελειώσουν, η έλλειψη της προγεστερόνης ειδοποιεί τη μήτρα να αποβάλλει το ανεπαρκές στρώμα που ετοίμασε. Η υπόφυση καταλαβαίνει ότι πρέπει να παραγγείλει νέα ωάρια, όμως...τα οιστρογόνα μιας νέας συσκευασίας θα ξεγελάσουν για άλλη μια φορά την υπόφυση.</p>

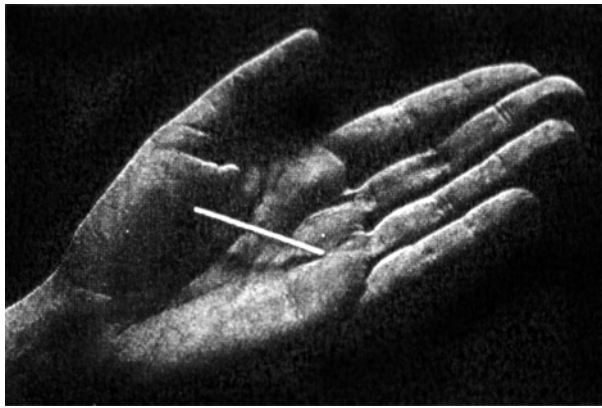
- **ΟΡΜΟΝΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ ΜΑΚΡΑΣ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ**

Υπάρχει μια σειρά σκευασμάτων είτε ενεσίμων, είτε χορηγουμένων υποδορίως, είτε σε συνδυασμό με ενδομητρικό σπείραμα, ή κολπικούς δακτυλίους, τα οποία περιέχουν είτε μόνο προγεστερόνη, είτε συνδυασμό προγεστερόνης και οιστρογόνων.

Ο τρόπος δράσεως των αντισυλληπτικών σκευασμάτων μακράς δράσεως είναι όμοιος με των αντισυλληπτικών δισκίων, δηλαδή αναστολή της ωοθυλακιορρηξίας, επίδραση στην ωρίμανση και υποδεκτικότητα του ενδομητρίου, και μείωση της διαπερατότητας της τραχηλικής βλέννας για τα σπερματοζώαρια.

Πλεονεκτήματα των ορμονικών αυτών μεθόδων αντισύλληψης είναι ότι χορηγούνται ανά μεγάλα χρονικά διαστήματα, που ποικίλλουν ανάλογα με το σκεύασμα ανά μήνα ή ανά έτος ή ακόμα και ανά τριετία και ότι έχουν πολύ καλό αντισυλληπτικό αποτέλεσμα. Για παράδειγμα, η οξική Μεδροπρογεστερόνη (ενέσιμο ορμονικό αντισυλληπτικό) χορηγείται σε δόση των 150 mg που αρκεί για να καταστείλει την ωοθυλακιορρηξία για 12 εβδομάδες ή και περισσότερο και δίνει ποσοστό αποτυχίας περίπου 0,3 εγκυμοσύνες ανά 100 γυναίκες ετησίως.

Μειονεκτήματα αυτών των μεθόδων, ειδικά αυτών που περιέχουν μόνο προγεστερόνη, είναι η ακανόνιστη και απρόβλεπτη περίοδος, κεφαλαλγίες και η ανάγκη μικροεπέμβασης στα υποδόρια (όταν πρόκειται για εμφυτεύσιμα αντισυλληπτικά) για να σταματήσει η δράση τους νωρίτερα από το προγραμματισμένο τέλος.



Είδος υποδορίως εμφυτευόμενου ορμονικού σκευάσματος και σημείο εισαγωγής του

Στα οφέλη, κυρίως των ενδομητρικών προθέσεων που περιέχουν προγεσταγόνο, είναι και η μείωση της ποσότητας του αίματος κατά την έμμηνο ρύση, τόσο που να θεωρείται θεραπευτικό μέσο στις δυσλειτουργικές αιμορραγίες.

Πίνακας 7 Μορφές αντισυλληπτικών σκευασμάτων μακράς δράσεως

1. **Ενέσιμα περιέχοντα μόνο προγεστερόνη π.χ**
 - Οξική Μεδροξυπρογεστερόνη 150mg/12 εβδομάδες
 - Νορ-εθιστερόνη 200mg/8-10 εβδομάδες
2. **Συνδυασμοί ενεσίμων π.χ**
 - Βαλεριανική οιστραδιόλη 5mg συν οξική μεδροξυπρογεστερόνη 25 mg
3. **Κολπικοί δακτύλιοι**
 - Περιέχοντες μόνο προγεστερόνη
 - Περιέχοντες συνδυασμό οιστρογόνων /προγεστερόνης
4. **Υποδόρια ένθετα αντισυλληπτικά μακράς διάρκειας π.χ**
 - Norplant-6 (έξι κάψες λεβονοργεστρέλης των 30mg/24h)
 - Norplant-2 (δυο επικαλυμμένα ραβδία λεβονοργεστρέλης των 70mg/24h)
5. **Ενδομητρικά σπειράματα με βραδεία απελευθέρωση ορμονών**
 - Etona (2mg/24h λεβονοργεστρέλης)

ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ

Με τον όρο επείγουσα αντισύλληψη αναφερόμεθα στη μεθοδολογία εκείνη που χρησιμοποιείται για να αποτρέψει μια σύλληψη, η οποία είναι πιθανή μετά από μια σεξουαλική επαφή κατά την οποία δεν ελήφθησαν αντισυλληπτικά μέτρα ή απέτυχε κάποια άλλη μέθοδος.

Η ανάπτυξη ορμονικών μεθόδων για αντισύλληψη ανάγκης ξεκίνησε τη 10ετία του 1960, όταν για πρώτη φορά δόθηκαν μεγάλες δόσεις οιστρογόνων σε θύματα σεξουαλικής κακοποίησης. Τη 10ετία του 1970 καθιερώθηκε η μέθοδος Yuspre, συνδυασμός οιστρογόνων και προγεστερόνης, ενώ το 1976 προτάθηκε η τοποθέτηση ενδομήτριου σπειράματος. Οι καθιερωμένες μέθοδοι επείγουσας αντισύλληψης φαίνονται στον παρακάτω πίνακα, καθώς και η συχνότητα συλλήψεως.

ΜΕΘΟΔΟΙ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑΣ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΣΥΛΛΗΨΕΩΣ
1.Υψηλές δόσεις οιστρογόνων.	0,3-1,6 %
2.Συνδυασμός οιστρογόνων προγεσταγόνων.	0,2-2,3 %
3.Συνθέτικη προγεστερόνη.	0,2-0,3 %
4.IUD(ενδομήτριο σπείραμα)	0,0-0,1 %
5.Νταναζόλη.	1,0-2,0 %
6.Μιφεπριστόνη.	0-4,66 %

- **ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΑ ΔΙΣΚΙΑ**

Όταν χρησιμοποιούνται για επείγουσα αντισύλληψη, τα αντισυλληπτικά δισκία προσφέρουν την καλύτερη ισορροπία μεταξύ υψηλής

αποτελεσματικότητας και ελάχιστων παρενεργειών. Στην περίπτωση αυτή, τα συνδυασμένα αντισυλληπτικά χάπια είναι γνωστά με την επωνυμία χάπια της "επόμενης ημέρας" ("morning after pill"), ωστόσο αυτό το όνομα είναι παραπλανητικό. Μία γυναίκα πρέπει να πάρει την πρώτη δόση των αντισυλληπτικών χαπιών όσο το δυνατόν γρηγορότερα και όχι αργότερα από 72 ώρες μετά την συνουσία. Μια δεύτερη δόση πρέπει να ληφθεί περίπου 12 ώρες μετά την πρώτη.

Τα συνδυασμένα αντισυλληπτικά όταν χρησιμοποιούνται για επείγουσα αντισύλληψη προλαβαίνουν το 75% των εγκυμοσύνων που διαφορετικά θα αναμένονταν.

Σύμφωνα με στοιχεία της IPPF (International Parenthood Federation) η αποτυχία των συνδυασμένων αντισυλληπτικών δισκίων που περιέχουν οιστραδιόλη και Levonorgestrel, φτάνει μέχρι 2,3%, αν ληφθούν σύμφωνα με τη μέθοδο του Yuzpe. Σύμφωνα με αυτή, μέσα σε 72 ώρες θα πρέπει να ληφθεί η πρώτη δόση, δηλαδή δύο δισκία Onral ή γενικά 500mg Levonorgestrel (LNG) + 100μg αιθινυλοιστραδιόλης (EE), και 12 ώρες μετά την πρώτη δόση θα πρέπει να ληφθούν άλλα δύο δισκία Onral, δηλαδή και πάλι 500mg Levonorgestrel + 100μg αιθινυλ-οιστραδιόλης.

Μέθοδος του Yuzpe

Μέσα σε 72 ώρες: 2 δισκία Onral ή γενικά 500mg LNG + 100μg EE

Και 12 ώρες μετά την πρώτη δόση: άλλα 2 δισκία Onral ή πάλι 500mg LNG + 100μg EE

Τα αντισυλληπτικά χάπια αλλάζουν τα επίπεδα των ορμονών στις γυναίκες που τα χρησιμοποιούν και οι ειδικοί πιστεύουν ότι αυτό προλαμβάνει μια

εγκυμοσύνη στην περίπτωση που χρησιμοποιείται για επείγουσα αντισύλληψη, είτε αναστέλλοντας την ωοθυλακιορρηξία, τη μεταφορά του ωαρίου, την ανάπτυξη του ενδομητρίου ή πιθανόν ακόμη και τη γονιμοποίηση.

Παρενέργειες: Ενώ καμιά μακράς διάρκειας επιπλοκή δεν έχει αναφερθεί από την επείγουσα χρήση των αντισυλληπτικών χάπιων, περισσότερες από τις μισές χρήστριες υποφέρουν από μικρής διάρκειας παρενέργειες, όπως συνήθως ναυτία και εμετός. Παίρνοντας όμως τα χάπια μαζί με φαγητό ή παίρνοντας φάρμακα κατά της ναυτίας, οι ενοχλήσεις αυτές συνήθως αντιμετωπίζονται. Άλλες παρενέργειες είναι η ακανόνιστη αιμορραγία από τη μήτρα και η πίεση στο στήθος. Ούτε όμως αυτές οι παρενέργειες θα πρέπει να δημιουργούν ανησυχία, αφού οφείλονται στην απότομη αύξηση και επακόλουθη πτώση των επιπέδων των ορμονών στο αίμα. Άλλωστε και στο φυσιολογικό έμμηνο κύκλο η απότομη πτώση των επιπέδων της προγεστερόνης προκαλεί την περίοδο.

Η επείγουσα αντισύλληψη είναι γενικά ασφαλής για τις γυναίκες, έστω κι αν κάποιοι σύμβουλοι ανησυχούν ότι η ορμονική αντισύλληψη, αν χρησιμοποιηθεί μετά τη συνουσία, θα μπορούσε να βλάψει την ανάπτυξη του εμβρύου αν η μέθοδος αποτύχει. Ωστόσο καμία ανωμαλία δεν έχει αναφερθεί σε βρέφη που γεννήθηκαν από μητέρες που χρησιμοποιούσαν συνδυασμένα αντισυλληπτικά χάπια για επείγουσα αντισύλληψη.

Στις περισσότερες γυναίκες η περίοδος, μετά από λήψη επείγουσας αντισύλληψης, θα έρθει κανονικά ή λίγο νωρίτερα. Εάν η περίοδος καθυστερεί η γυναίκα πρέπει να επισκεφθεί κάποια κλινική, κάποιο ειδικό κέντρο ή το γυναικολόγο της για να αποκλείσει την περίπτωση αποτυχίας της μεθόδου και μιας επακόλουθης εγκυμοσύνης. Στην περίπτωση που παρόλα αυτά προκύψει μια εγκυμοσύνη, η γυναίκα πρέπει να συμβουλευτεί κάποιον ειδικό. Θα πρέπει να πληροφορηθεί πλήρως και σωστά για τις διαθέσιμες επιλογές που έχει, να συνεχίσει ή να διακόψει την εγκυμοσύνη. Η απόφαση της θα πρέπει να γίνει σεβαστή και να υποστηριχτεί. Αν αποφασίσει να συνεχίσει την κύηση, πρέπει να βεβαιωθεί ότι δεν υπάρχει καμία ένδειξη ότι αυτή η μέθοδος επείγουσας

αντισύλληψης ενέχει τον κίνδυνο τερατογένεσης ή ότι αυξάνει τον κίνδυνο μιας έκτοπης κύησης. Η χρήση της ορμονικής επείγουσας αντισύλληψης δεν έχει επιπτώσεις στη μελλοντική γονιμότητα.

ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ ΤΟΥ ΜΕΛΛΟΝΤΟΣ

Η έρευνα νέων μεθόδων αντισύλληψης παρουσιάζει μεγάλο ενδιαφέρον. Ακόμη αναζητείται μια μέθοδος που να προσφέρει απόλυτη προστασία από μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη και να είναι 100% αντιστρέψιμη. Μα η έρευνα δεν περιορίζεται μόνο στην αναζήτηση εντελώς νέων μεθόδων, παράλληλα προσπαθεί να βελτιώσει τις ήδη υπάρχουσες. Έτσι κύριο μέλημα της είναι να αυξήσει την ασφάλεια τους (αύξηση αποτελεσματικότητας, μείωση παρενεργειών και μειονεκτημάτων) ενώ παράλληλα να προσδώσει σε αυτές και μη αντισυλληπτικά οφέλη, όπως προστασία από τα ΣΜΝ, τον καρκίνο, την οστεοπόρωση κ.α.

- **ΣΥΝΔΥΑΣΜΕΝΑ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΑ**

Όσον αφορά τα συνδυασμένα αντισυλληπτικά, μελετάται η παρασκευή νέας γενιάς αντισυλληπτικών με μικρότερες δόσεις οιστρογόνων και προγεσταγόνων. Ενδεχομένως θα περιοριστεί το διάλειμμα μεταξύ μιας συσκευασίας και της επόμενης ή / και θα υπάρξουν πολλές φάσεις, προκειμένου να διατηρηθεί η αντισυλληπτική ασφάλεια και ο ικανοποιητικός έλεγχος του κύκλου. Για παράδειγμα ένα συνδυασμένο αντισυλληπτικό που πρόκειται να κυκλοφορήσει σύντομα περιέχει 60μg γεδοστένης (ένα προγεσταγόνο) και 15μg αιθινυλοιστραδιόλης, θα λαμβάνεται για 24 ημέρες και θα ακολουθεί ένα διάλειμμα 4 ημερών μέχρι την έναρξη της επόμενης συσκευασίας.

Μελετάται επίσης η παρασκευή συνδυασμένων αντισυλληπτικών με φυσικό οιστρογόνο. Πρόκειται για τη 17-β-οιστραδιόλη (E2), η οποία, θεωρητικά, θα απαλλάξει το χάπι από τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες που οφείλονται στα συνθετικά οιστρογόνα, κυρίως στην αιθινυλοιστραδιόλη. Θα χρειαστούν όμως δόσεις πολύ υψηλές της E2, ενδεχομένως τοξικές για το συκώτι, προκειμένου να αποφευχθεί η δημιουργία κύστεων στις ωοθήκες. Θα πρέπει επίσης να

χρησιμοποιηθούν ακόμη ισχυρότερα προγεσταγόνα για να προκαλέσουν μια ικανοποιητική αναστολή της υπόφυσης.

Η έρευνα όμως στρέφεται και προς τη χρήση νέων προγεσταγόνων. Ίσως επικρατήσει η χρήση της δροσπιρενόνης, παράγωγο της 17-σπιρονολακτόνης, η οποία, δεδομένης της ταυτόχρονης αντιμεταλοκορτικοειδούς και αντιανδρογόνου δράσης, θα μπορούσε να γίνει το χάπι που αδυνατίζει. Ίσως, πάλι χρησιμοποιηθεί η δινογέστη, της οποίας οι αντιανδρογόνες ιδιότητες θα μπορούσαν να είναι πολύτιμες στην αντισύλληψη.

- **ΑΝΤΙΠΡΟΓΕΣΤΑΓΟΝΑ**

Πρόκειται συγκεκριμένα για το mifepristone, δεδομένων των αντιπρογεσταγονικών ιδιοτήτων της. Πέραν της ένδειξης της στην επείγουσα ή μετασυνουσιακή αντισύλληψη, ενδέχεται να χρησιμοποιηθεί και στη συμβατική αντισύλληψη, είτε μόνη της, είτε από τη μια σε συνδυασμό με προγεσταγόνα, είτε μόνη της, στην αρχή της ωχρινικής φάσης, καταστέλλοντας την ωρίμανση και τη δραστηριότητα του ενδομητρίου, ή σε συνεχή λήψη μικρών δόσεων. Η ενδομητριακή αντισύλληψη αυτή σε συνεχή λήψη μικρών δόσεων, χωρίς επιπτώσεις στην υπόφυση, καθιστά το ενδομήτριο ακατάλληλο στην εμφύτευση και παρουσιάζει μεγάλο ενδιαφέρον.

- **ΕΝΕΣΙΜΑ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΑ**

Πρόκειται για μηνιαία ενέσιμα οιστροπρογεσταγονικά αντισυλληπτικά, ήδη διαθέσιμα σε αρκετές χώρες (π.χ το Cyclofem και το Norigynon), τα οποία επιτρέπουν τον καλύτερο έλεγχο του κύκλου, μια καλύτερη αποδοχή από το μεταβολισμό και μια γρηγορότερη επιστροφή στη γόνιμη κατάσταση μετά τη

διακοπή αυτής της αντισύλληψης σε σύγκριση με τα τριμηνιαία ενέσιμα προγεσταγονικά αντισυλληπτικά.

- **ΑΛΛΑ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΑ**

Βρίσκεται υπό μελέτη ένα νέο εμφύτευμα, το Uniplan. Αυτό αποτελείται από ένα μόνο φυσίγγιο από silastic μήκους 39mm και διαμέτρου 2,4mm, το οποίο περιέχει 38mg οξική νομεγεστρόλη, ένα συνθετικό προγεσταγόνο. Η διάρκεια της ασφάλειας αυτού του εμφυτεύματος είναι περίπου ένας χρόνος.

Ακόμη, μελετώνται εμφυτεύματα που απελευθερώνουν προγεσταγόνα να ενδείκνυνται στις γυναίκες που θηλάζουν, ασφαλή για το νεογνό.

Η έρευνα πάνω στα βιοαποικοδομήσιμα εμφυτεύματα βρίσκεται ακόμη σε εξέλιξη. Ένα πλεονέκτημα αυτών είναι το γεγονός ότι δεν είναι απαραίτητη η εξαγωγή τους όταν το ορμονικό περιεχόμενο τελειώσει. Κύριο μειονέκτημα αυτών των εμφυτευμάτων είναι ότι δεν μπορούν να αφαιρεθούν προτού το περιεχόμενο τους εξαντληθεί.

- **ΚΟΛΠΙΚΟΙ ΔΑΚΤΥΛΙΟΙ**

Οι κολπικοί δακτύλιοι κατασκευάζονται από silastic, το ίδιο υλικό που χρησιμοποιείται και στα ορμονικά εμφυτεύματα. Υπάρχουν σε διάφορα μεγέθη και σχήματα. Αυτοί που σήμερα μελετούνται έχουν εξωτερική διάμετρο από 50 έως 60 mm και πάχος 7.5 έως 9.5 mm. Η ανάπτυξη των κολπικών δακτυλίων οδήγησε στην παραγωγή δύο διαφορετικών τύπων, έναν που περιέχει οιστρογόνα και προγεστερόνη (Levonorgestrel + οιστραδιόλη) και έναν άλλο που περιέχει μόνο την ορμόνη Levonorgestrel. Οι ορμόνες απελευθερώνονται διαμέσου του

silastic σε σταθερές ποσότητες για ένα μακρύ χρονικό διάστημα και στη συνέχεια απορροφούνται από τα τοιχώματα του κόλπου.

Ο δακτύλιος που περιέχει συνδυασμό ορμονών απελευθερώνει μια ικανοποιητική ποσότητα ορμονών για να εμποδίσει την ωοθυλακιορρηξία και πρέπει να διατηρείται στον κόλπο για 3 εβδομάδες και στη συνέχεια να αφαιρείται για μια εβδομάδα, κατά τη διάρκεια της οποίας εμφανίζεται η περίοδος, και στη συνέχεια τοποθετείται νέος δακτύλιος. Συμβαίνει δηλαδή ότι ακριβώς και στην περίπτωση του χαπιού.

Ο δεύτερος τύπος απελευθερώνει μικρές μόνο ποσότητες της ορμόνης Levonorgestrel και πιθανότατα εμποδίζει την εγκυμοσύνη δρώντας τοπικά στην τραχηλική βλέννα και το ενδομήτριο όπως όλα τα προγεστερονοειδή προϊόντα (μίνι χάπι, ορμονικά εμφυτεύματα). Αυτός ο τύπος κολπικού δακτυλίου μπορεί να χρησιμοποιηθεί για 3 μήνες.

Οι κολπικοί δακτύλιοι τοποθετούνται στο βάθος του κόλπου και δεν χρειάζεται να εφαρμόζουν με ακρίβεια αφού δεν λειτουργούν ως φυσικό εμπόδιο, όπως το διάφραγμα. Έτσι, η εισαγωγή αλλά και η αφαίρεση του κολπικού δακτυλίου γίνεται από την ίδια την γυναίκα. Την πρώτη φορά που θα χρησιμοποιηθεί, πρέπει να εισαχθεί το αργότερο μέχρι την πέμπτη ημέρα της περιόδου. Τις πρώτες 7 ημέρες του πρώτου κύκλου χρήσης του δακτυλίου πρέπει να χρησιμοποιείται και μια συμπληρωματική αντισυλληπτική μέθοδος, όπως το προφυλακτικό.

Ο τύπος που περιέχει Levonorgestrel σε συνδυασμό με οιστραδιόλη έπειτα από παρατεταμένη χρήση μπορεί να προκαλέσει διάφορα συμπτώματα όπως κολπικό ερεθισμό, κολπίτιδα ή διάβρωση της τραχηλικής βλέννας, τα οποία όμως είναι αμελητέα και δεν παραμένουν για μεγάλο χρονικό διάστημα. Ο τύπος που περιέχει μόνο Levonorgestrel μπορεί να προκαλέσει ακανόνιστες αιμορραγίες.

Ο τύπος που περιέχει το συνδυασμό της Levonorgestrel με την οιστραδιόλη είναι περισσότερο έμπιστος αφού το ποσοστό αποτυχίας της

μεθόδου είναι μόλις 1.8% στις γυναίκες που χρησιμοποιούν έναν δακτύλιο 50mm και 0,7% στις γυναίκες που χρησιμοποιούν έναν δακτύλιο 58mm. Ο τύπος που περιέχει μόνο τη μια ορμόνη, τη Levonorgestrel, είναι λιγότερο ασφαλής από τα ορμονικά εμφυτεύματα και τα ενέσιμα αντισυλληπτικά.

Οι κολπικοί δακτύλιοι βρίσκονται ακόμη υπό μελέτη και δεν έχει κυκλοφορήσει κανένα προϊόν στο εμπόριο μέχρι σήμερα, γι αυτό είναι δύσκολο να προβλεφθεί η αποδεκτικότητα τους. Ωστόσο, οι κολπικοί δακτύλιοι έχουν το πλεονέκτημα, ότι είναι εύκολη η εισαγωγή, η εξαγωγή και ο έλεγχος τους από την γυναίκα και το γεγονός ότι απαλλάσσει τη γυναίκα από το καθημερινό άγχος της λήψεως του χαπιού. Ένας κολπικός δακτύλιος που βρίσκεται στο τελικό στάδιο ανάπτυξης, είναι το NuvaRing το οποίο έχει εξωτερική διάμετρο 5.4 εκατοστά και πάχος 4 χιλιοστά και κατασκευάζεται από μαλακό εύκαμπτο υλικό που ονομάζεται EVA (ethylene vinylacetate). Περιέχει ένα οιστρογόνο και ένα προγεσταγόνο, που απελευθερώνονται μέσω της μεμβράνης από EVA.

- **ΟΡΜΟΝΙΚΗ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΝΤΡΑ**

Η ορμονική αντισύλληψη για τον άντρα έχει επικεντρωθεί στην χορήγηση ορμονικών σκευασμάτων με στόχο την αναστολή απελευθέρωσης των ορμονών της υπόφυσης, οι οποίες είναι υπεύθυνες για την παραγωγή σπερματοζωαρίων στον όρχι. Μελετώνται σήμερα τρεις διαφορετικές μέθοδοι ορμονικής αντισύλληψης για τον άντρα: η χορήγηση ανδρογόνων μόνο, η χορήγηση συνδυασμού ανδρογόνων -προγεσταγόνων και η χορήγηση συνδυασμού ανταγωνιστών της GnRH και ανδρογόνων.

Η χορήγηση μόνο ανδρογόνων έχει δοκιμαστεί αρκετά χρόνια και προκαλεί διακοπή της παραγωγής των σπερματοζωαρίων, επειδή αναστέλλει την έκκριση των γοναδινοτροπινών της υπόφυσης. Τα ανδρογόνα που

χρησιμοποιήθηκαν είναι η ενανθική τεστοστερόνη, χορηγούμενη εβδομαδιαίως και η βουσικλάτη, εστέρας της τεστοστερόνης, χορηγούμενη κάθε 3-4 μήνες. Τα αποτελέσματα αναστολής είναι ικανοποιητικά, η αποδοχή από τους άντρες που έλαβαν μέρος στη μελέτη, αλλά και από τις γυναίκες τους, υπήρξε ικανοποιητική, ενώ δεν υπήρξαν ουσιαστικές παρενέργειες. Η γονιμότητα στον άντρα επανέρχεται μετά 6-12 μήνες από τη διακοπή της χορήγησης.

Η χορήγηση συνδυασμού ανδρογόνων – προγεσταγόνων αναστέλλει επίσης την έκκριση των γοναδινοτροπινών με δράση παρόμοια του συνδυασμένου χαπιού στη γυναίκα και έχει το πλεονέκτημα ότι χρειάζονται μικρότερες δόσεις ορμονών. Τα αποτελέσματα υπήρξαν ικανοποιητικά και τα σκευάσματα που χρησιμοποιούνται είναι ο συνδυασμός δεσογεστρέλης με εμφυτεύματα ή ενέσεις τεστοστερόνης, ο συνδυασμός οξικής μεδροξυ-προγεστερόνης (DMPA) και ενανθικής τεστοστερόνης (TE), ο συνδυασμός DMPA και 19-νορστεροειδών, ο συνδυασμός TE και Levonorgestrel ως ενέσιμα σκευάσματα με μεσοδιαστήματα 3-4 μηνών.

Η χορήγηση συνδυασμού των ανταγωνιστών της GnRH και ανδρογόνων δοκιμάστηκε σε πιθήκους και σε μικρή κλίμακα στον άνθρωπο. Το κόστος των ανταγωνιστών της GnRH είναι σήμερα υψηλό και γίνονται κλινικές μελέτες με φθηνότερα σκευάσματα.

Η αποδοχή των σύγχρονων αυτών μεθόδων από τους άντρες αποτελεί σημαντική προϋπόθεση για την προώθηση της έρευνας. Είναι εύκολο να δεχτεί κανείς την άποψη ότι, οι άντρες προτιμούν να αφήνουν την ευθύνη της αντισύλληψης στη γυναίκα και ότι οι γυναίκες προτιμούν να έχουν οι ίδιες τον έλεγχο της δικής τους γονιμότητας. Η αντίληψη όμως αυτή αντικρούεται με τις ενδείξεις που προκύπτουν από τις στατιστικές μελέτες, οι οποίες δείχνουν πως το 1\3 των μεθόδων που επικρατούν σήμερα στην παγκόσμια κοινότητα είναι ελεγχόμενες από τον άντρα. Η απολίνωση του σπερματικού πόρου (στείρωση) για παράδειγμα, έχει προτίμηση στις χώρες του βορρά, το προφυλακτικό

προτιμάται από το μεγαλύτερο μέρος των Ιαπώνων, ενώ τα τελευταία χρόνια κερδίζει έδαφος και σε πολλές άλλες χώρες του κόσμου, η διακεκομμένη συνουσία ωστόσο είναι η πιο διαδεδομένη μέθοδος αντισύλληψης στον κόσμο, ιδιαίτερα στις πρώτες σεξουαλικές επαφές. Η δε αντιστρεψιμότητα της μεθόδου, ένας παράγοντας που απασχόλησε έντονα τους ερευνητές, συνέβαλε σημαντικά στην αποδοχή της μεθόδου.

Φαίνεται ότι οι ορμονικές μέθοδοι για τον άντρα, με επίκεντρο τις ενέσιμες μορφές μακράς διάρκειας, θα έχουν κυκλοφορήσει μέσα στην πρώτη δεκαετία του 21^{ου} αιώνα.

- **ΜΗ ΟΡΜΟΝΙΚΗ ΑΝΔΡΙΚΗ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ**

Μια νέα, πολλά υποσχόμενη ουσία στο χώρο της ανδρικής αντισύλληψης ανακαλύφθηκε πρόσφατα από τον Marc Goldstein, ερευνητή του Rockefeller University και του Population Council της Νέας Υόρκης. Πρόκειται για ένα σάκχαρο το οποίο εμποδίζει την είσοδο των σπερματοζωαρίων στο ωάριο. Η μέθοδος βρίσκεται σε πειραματικό στάδιο και εμφανίζει ποσοστό αποτυχίας 2% σε πειραματόζωα. Μετά την παύση χορήγησης της ουσίας η γονιμότητα αποκαθίσταται σε διάστημα μιας εβδομάδος, χωρίς εμφανείς ανεπιθύμητες ενέργειες. Σύμφωνα με ανακοίνωση του ερευνητή στο περιοδικό New Scientist, η ουσία αυτή αποτελεί τον πιθανότερο υποψήφιο για την Παρασκευή αντισυλληπτικού δισκίου για άντρες, αφού, όπως αποδείχθηκε, δεν αναστέλλει την παραγωγή σπέρματος ή ορμονών.

- **ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΕΣ ΠΡΟΘΕΣΕΙΣ**

Μελετάται στο Nottingham (Ηνωμένο Βασίλειο) ένα σπείραμα που έχει τη μορφή πεταλούδας, το Butterfly. Η επιφάνεια του χαλκού που περιέχει είναι 380

mm² και η διάρκεια της αντισυλληπτικής προστασίας που προσφέρει φτάνει ίσως τα 10 χρόνια. Σε σπάνιες περιπτώσεις έχουν αναφερθεί (αβάσιμοι) φόβοι από μέρους κάποιων αντρών μήπως τα σύρματα του σπειράματος που εξέρχουν από τον τράχηλο τους τραυματίσουν. Για το λόγο αυτό το νέο αυτό σπείραμα δεν έχει χάλκινα σύρματα (η αφαίρεση γίνεται με τη βοήθεια ειδικού εργαλείου), Κατά τη χρήση αυτού του σπειράματος παρατηρήθηκε μείωση των κολπικών διαρροών και του κινδύνου φλεγμονής. Ωστόσο, απ' όσο γνωρίζουμε ο κίνδυνος πυελικής φλεγμονής δεν πρέπει να οφείλεται στα χάλκινα σύρματα. Στην τελική αναγγελία του το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο αναγνώρισε το Butterfly μεταξύ των νέων ενδομήτριων προθέσεων.

Υπό μελέτη βρίσκεται επίσης το Soft-t, μια πρόθεση πολύ εύκαμπτη σε σχήμα T, ης οποίας οι οριζόντιοι βραχίονες καταλήγουν σε ωοειδείς δακτυλίους που φράζουν τις εξόδους της μήτρας προς τις σάλπιγγες. Τα προκαταρκτικά αποτελέσματα φαίνονται ικανοποιητικά.

- **ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΑ**

Όσον αφορά τα ανδρικά προφυλακτικά οι προσδοκούμενες βελτιώσεις αφορούν κυρίως την αύξηση της αποδεκτικότητας τους:

- Βελτιώνοντας το σχήμα τους (για παράδειγμα το Pleasure Plus, το οποίο δεν σφίγγει τη βάλανο),
- Θέτοντας στη διάθεση των χρηστών διάφορα μεγέθη ή κατηγορίες και σε διάφορες διαμέτρους,
- Χρησιμοποιώντας πιο μαλακά και μικρού πάχους υλικά, υποαλλεργικά και πιο ανθεκτικά στις αλλαγές της θερμοκρασίας και της υγρασίας (προφυλακτικά από πολυουραιθάνιο).

Πολύ χρήσιμα φαίνονται πάντως τα προφυλακτικά που δεν κατασκευάζονται από Latex, αφού θα μπορούν να τα χρησιμοποιήσουν και τα ζευγάρια που

τουλάχιστον ένας από τους δύο συντρόφους είναι αλλεργικός σε αυτό (1 έως 2% του γενικού πληθυσμού).

- **ΔΙΑΦΡΑΓΜΑΤΑ ΜΙΑΣ ΧΡΗΣΗΣ**

Το ενδιαφέρον αυτών των διαφραγμάτων μίας χρήσης έχει σκοπό τη βελτίωση της χρήσης αυτής της μεθόδου, μια που δεν απαιτείται η ανανέωση του σπερματοκτόνου μεταξύ των επαφών και δε χρειάζονται συντήρηση.

- **ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΟΣ ΣΠΟΓΓΟΣ Protectaid**

Ένας αντισυλληπτικός σπόγγος που να προστατεύει και από τα ΣΜΝ, ο Protectaid, βρίσκεται υπό μελέτη σε πολλά κέντρα στον Καναδά, στη Γαλλία, στην Ελλάδα και στον Άγιο Δομίνικο. Κατασκευάζεται από αφρό πολυουραιθανίου και έχει δύο πλαϊνές εγχοπές για να διευκολύνει την απόσυρση του. Περιέχει μια αλοιφή αποτελούμενη από τρία σπερματοκτόνα: χλωριούχο βενζαλκόνιο, nonoxynol 9 και χολικό νάτριο. Στα εργαστηριακά πειράματα, η αλοιφή F-5 και το χολικό νάτριο έδειξαν να είναι ασφαλή ενάντια στον HIV, τον Chlamydia trachomatis και τον Trichomonas vaginalis. Σε κλινικό επίπεδο ωστόσο, η ασφάλεια ενάντια στα ΣΜΝ του Protectaid δεν έχει ακόμη επιβεβαιωθεί. Τα αποτελέσματα αυτής της διεθνούς μελέτης στο Protectaid θα είναι πιθανόν σύντομα διαθέσιμα.

- **ΝΕΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΔΡΙΚΗΣ ΣΤΕΙΡΩΣΗΣ**

Τα τελευταία χρόνια η έρευνα στον τομέα της ανδρικής στειρώσης έχει στραφεί στην επινόηση τεχνικών που θα απαιτούν λιγότερους χειρισμούς και θα συνοδεύονται από λιγότερο μετεπεμβατικό άλγος.

Μια νέα τεχνική συνίσταται στο χημικό αποκλεισμό των σπερματικών σωληναρίων. Σύμφωνα με την τεχνική αυτή γίνεται έγχυση ενός χημικού παράγοντα (κόλλα καρβολικού οξέος-κυανοακρυλικού άλατος, MPU ή σιλικόνη) στο εσωτερικό του σπερματικού σωληναρίου προκειμένου να επιτευχθεί ο αποκλεισμός του. Η χρήση της κόλλας προσφέρει άμεσα αποτελέσματα, αλλά η επέμβαση δεν είναι αντιστρέψιμη. Στην περίπτωση που χρησιμοποιηθεί σιλικόνη, η επέμβαση είναι αντιστρέψιμη αλλά η στειρώση επιτυγχάνεται αρκετούς μήνες μετά την επέμβαση. Το MPU παρουσιάζει ενδιάμεσα αποτελέσματα, δεν έχει όμως ακόμη βρεθεί μια ουσία που να συνδυάζει και τα δύο.

- **ΝΕΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΓΥΝΑΙΚΕΙΑΣ ΣΤΕΙΡΩΣΗΣ**

Αρκετό ενδιαφέρον έχουν παρουσιάσει τα τελευταία χρόνια στο χώρο της γυναικείας στειρώσης οι μέθοδοι αποκλεισμού των ωαγωγών διαμέσου του τραχήλου της μήτρας. Η διατραχηλική στειρώση μπορεί να διακριθεί σε τρεις κατηγορίες με βάση την τεχνική που χρησιμοποιείται για τον αποκλεισμό των σαλπίνγων:

1. Καταστροφή του εσωτερικού τοιχώματος των ωαγωγών,
2. Φραγμός του ωαγωγού με χημικές ουσίες και
3. Μηχανικός φραγμός με ενδοσαλπινγικές συσκευές (ITD)

Στην πρώτη περίπτωση επιχειρείται η καταστροφή του εσωτερικού τοιχώματος των σαλπίνγων με θερμοκαυτηριασμό, ηλεκτροσόκ ή laser. Σκοπός αυτού του καυτηριασμού είναι η πρόκληση δημιουργίας ίνωσης στο εσωτερικό

του ωαγωγού με επακόλουθο φραγμό του. Μέχρι σήμερα πάντως οι τεχνικές αυτές δεν είναι αρκετά αποτελεσματικές, αφού συνήθως δεν επιτυγχάνεται ο αποκλεισμός και των δύο ωαγωγών.

Για τον αποκλεισμό των σαλπίνγων με χημικές ουσίες, δοκιμάστηκαν πολλοί χημικοί παράγοντες, ώσπου να δοκιμαστεί η δράση της κουινακρίνης. Πρόσφατες μελέτες σε 32.000 περίπου γυναίκες έδειξαν ότι μετά από τρεις εφαρμογές κουινακρίνης επιτυγχάνεται ο αποκλεισμός και των δύο σαλπίνγων στο 96% των γυναικών. Η διατραχηλική εφαρμογή κουινακρίνης στον ωαγωγό συνδυάζει ασφάλεια, αποτελεσματικότητα και ευκολία εφαρμογής.

Οι ενδοσαλπινγικές προθέσεις εφαρμόζονται διαμέσου της μήτρας στο εσωτερικό του ωαγωγού φράζοντας τον. Έχουν περιγραφτεί αρκετές ενδοσαλπινγικές προθέσεις, μα μόνο μια μέχρι στιγμής έχει αποδειχθεί αποτελεσματική, η P-block τύπου 9 (ποσοστό αποτυχίας 0.3%). Πρόκειται για μια συσκευή αποτελούμενη από ένα ζελατινένιο σώμα μήκους 4mm στο οποίο είναι εφαρμοσμένος ένας σκελετός από nylon. Όταν το ζελατινένιο σώμα εφαρμοστεί στον ισθμό του ωαγωγού, διαστέλλεται και φράζει τη σάλπιγγα. Επειδή δεν υπάρχουν πληροφορίες σχετικά με τη γονιμότητα των γυναικών που το χρησιμοποίησαν, μετά την εξαγωγή του, η μέθοδος θεωρείται για την ώρα μη αναστρέψιμη.

- **ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ-ΑΝΟΣΟΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΑ ΚΑΤΑ ΑΝΤΙΓΟΝΩΝ ΤΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ**

Η ανάγκη για την εύρεση όλο και ασφαλέστερων μεθόδων αντισύλληψης έκανε τα τελευταία χρόνια να ασχοληθούν οι ερευνητές με την παρασκευή ενός "αντιγονιμοποιού εμβολίου". Ο όρος "ανοσοαντισυλληπτικό" αντικατέστησε τον όρο "εμβόλιο", ο οποίος προκαλούσε σύγχυση με τα κοινά εμβόλια κατά των παθογόνων μικροβίων, τα οποία έχουν μια διάρκεια δράσης πολύ μεγάλη. Όπως γνωρίζουμε, ένα εμβόλιο δεν είναι τίποτε άλλο από ένα διάλυμα που είναι ικανό

να προκαλέσει τον οργανισμό να παράγει ειδικά κύτταρα και αντισώματα για την άμυνα του από βακτήρια ή ιούς.

Στην προκειμένη περίπτωση η χημική ουσία που χρησιμοποιείται για την Παρασκευή του ανοσοαντισυλληπτικού είναι ένα συστατικό των σπερματοζωαρίων (όπως η υαλουρονιδάση, η ακροσίνη ή ένα ένζυμο του LDH-C4) ή του πλακούντα (όπως αρχικά η ορμόνη hGG και τελευταία, τμήματα μόνο της αλυσίδας της ίδιας ορμόνης).

Σκοπός των ανοσοαντισυλληπτικών αυτών είναι η δημιουργία αντισωμάτων κατά των σπερματοζωαρίων ή της χοριακής ορμόνης καθιστώντας έτσι αδύνατη μια πιθανή εγκυμοσύνη. Οι επιστήμονες δείχνουν αισιόδοξοι για τη μέθοδο αυτή, που υπόσχεται πολλά. Δεν μπορούμε όμως ακόμη να μιλήσουμε με βεβαιότητα για την αξιοπιστία της μεθόδου.

- **ΗΛΕΚΤΡΟΣΟΚ ΣΤΟ ΣΠΕΡΜΑΤΟΖΩΑΡΙΟ**

Ανακαλύφθηκε ότι τα σπερματοζωάρια παρουσιάζουν μεγάλη ευαισθησία στο ηλεκτρικό ρεύμα και ότι αρκεί μια πολύ μικρή εκκένωση για να παραλύσουν τελείως και να μην μπορούν να συνεχίσουν το δρόμο τους μέσα στο γυναικείο κόλπο για να συναντήσουν τα ωάρια και να τα γονιμοποιήσουν. Τη μικρή αυτή ηλεκτρονική εκκένωση προκαλεί ένα μικροσκοπικό εργαλείο μήκους μόλις μισού εκατοστού.

Το εργαλείο αυτό λειτουργεί όπως ο βηματοδότης και τοποθετείται στο βάθος του κόλπου. Σε δεδομένη στιγμή διοχετεύεται ρεύμα έντασης μόλις 50 μικροαμπέρ στην τραχηλική βλέννα και παραλύει τελείως τα σπερματοζωάρια. Η μέθοδος αυτή έχει ήδη δοκιμαστεί σε πιθήκους με 100% θετικά αποτελέσματα, ενώ το ζευγάρι δεν καταλαβαίνει τίποτα. Η μέθοδος αυτή βρισκόταν υπό μελέτη στην Ευρώπη και την Αμερική. Ωστόσο σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό

Υγείας δεν έχουν γίνει νεότερες αναφορές από τους ερευνητές για την εξέλιξη της μελέτης πάνω σε αυτή τη μέθοδο.

ΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΓΝΩΡΙΖΕΙ ΕΝΑ ΖΕΥΓΑΡΙ

ΟΤΑΝ ΕΠΙΛΕΓΕΙ ΜΙΑ ΜΕΘΟΔΟ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ

Η πιθανότητα αποτυχίας μιας αντισυλληπτικής μεθόδου δεν εξαρτάται μόνο από την ίδια τη μέθοδο, αλλά και από πολλούς άλλους παράγοντες, όπως, ο πιο σημαντικός, η λανθασμένη χρήση της. Όσον αφορά την ίδια τη μέθοδο, σημαντικό ρόλο παίζει η ποιότητα της, όπως για παράδειγμα το προφυλακτικό από υλικό Latex σε σύγκριση με αυτό από φυσικές ύλες. Έπειτα, η ποιοτική της κατάσταση, λόγου χάριν ένα προφυλακτικό που φέρει οπές ή πόρους. Για το λόγο αυτό πρέπει να γίνεται πάντα σεβαστή η ημερομηνία λήξεως του προϊόντος και να ελέγχεται εάν το προϊόν έχει διαφόρων τύπων αλλοιώσεις. Όσον αφορά τη χρήση της μεθόδου, μπορεί να μην ακολουθήθηκαν πιστά οι οδηγίες χρήσεως του προϊόντος, όπως για παράδειγμα συμβαίνει όταν η γυναίκα ξεχάσει να πάρει κάποια μέρα το χάπι ή αν μετά την εκσπερμάτωση ο άντρας αφαιρέσει το προφυλακτικό νομίζοντας πως όλο το σπέρμα έχει μείνει μέσα σε αυτό και ακολουθήσει μια δεύτερη ερωτική επαφή χωρίς, στη αρχή, να χρησιμοποιηθεί προφυλακτικό. Το σπέρμα που έχει παραμείνει γύρω από το πέος ή στο εσωτερικό της ουρήθρας είναι ικανό να γονιμοποιήσει ένα ωάριο.

Αυτό που πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη είναι ότι για καμία μέθοδο δεν μπορούμε να είμαστε απόλυτα σίγουροι όσον αφορά την ασφάλεια της κι αυτό γιατί η αποτυχία της δεν εξαρτάται μόνο από τη μέθοδο ή /και από κάποιο λάθος στη χρήση της, αλλά και από παράγοντες που δε μπορούν να προβλεφθούν. Για το λόγο αυτό το ζευγάρι θα πρέπει εκτός από την επιλογή της ιδανικής για αυτό μεθόδου, να προετοιμαστεί υπεύθυνα και για το πώς θα αντιμετωπίσει μια απρόβλεπτη εγκυμοσύνη σε περίπτωση αποτυχίας της αντισυλληπτικής μεθόδου. Κάθε ζευγάρι λοιπόν μετά την επιλογή της αντισυλληπτικής μεθόδου θα πρέπει να απευθυνθεί στο γιατρό ή τον ειδικό σύμβουλο για να ενημερωθεί σωστά και υπεύθυνα για την επείγουσα αντισύλληψη.

Όποια και αν είναι η αντισυλληπτική μέθοδος που χρησιμοποιεί ένα ζευγάρι, πρέπει πάντα να είναι ενήμερο για το πώς θα χρησιμοποιήσει την επείγουσα αντισύλληψη κι αν είναι δυνατόν να την έχει προμηθευτεί πριν ακόμη του χρειαστεί. Το χρονικό περιθώριο χρήσης της είναι πολύ περιορισμένο και για το λόγο αυτό θα έπρεπε τα συνδυασμένα αντισυλληπτικά που χρησιμοποιούνται για το σκοπό αυτό να διατίθενται χωρίς την ιατρική συνταγή. Επειδή όμως όλα τα αντισυλληπτικά χορηγούνται με ιατρική συνταγή, πρέπει κάθε ζευγάρι να επισκεφτεί έγκαιρα το γιατρό και να προμηθευτεί μια συσκευασία, ώστε να είναι διαθέσιμη όταν χρειαστεί.

Η επείγουσα αντισύλληψη όμως δεν είναι πάντα αποτελεσματική, γι' αυτό κάθε ζευγάρι πρέπει να συζητήσει με σοβαρότητα, σεβασμό και κατανόηση για τις επιλογές που του μένουν, αν αποτύχει και η επείγουσα αντισύλληψη.

Γενική άποψη των κυριότερων μεθόδων αντισύλληψης

Μέθοδος	Πλεονεκτήματα	Μειονεκτήματα	Κίνδυνοι	Οφέλη εκτός της αντισύλληψης
Διακοπτόμενη συνουσία («τράβηγμα»)	Διαθέσιμη, δωρεάν	Στηρίζεται στον αυτοέλεγχο του άνδρα	Εγκομοσύνη	Ελαττωμένος κίνδυνος ΣΜΝ.
Γαλουχία	Διαθέσιμη, δωρεάν	Αναξίτητη διάρκεια του αποτελέσματος	Εγκομοσύνη	Μείωση κινδύνου για καρκίνο του μαστού;
Περιοδική αποχή	Διαθέσιμη, δωρεάν	Πολύπλοκη μεθοδολογία. το κίνητρο είναι απαραίτητο	Εγκομοσύνη	Κανένα
Προφυλακτικά	Διαθέσιμα, δεν απαιτείται συνταγογράφηση	Το κίνητρο είναι απαραίτητο. Πρέπει να χρησιμοποιείται κάθε φορά. Η εφαρμογή εξαρτάται από τον άνδρα	Εγκομοσύνη	Προστασία από ΣΜΝ, και Ca τραχήλου μήτρας
Σπερματοκτόνα	Διαθέσιμα, δεν απαιτείται συνταγογράφηση	Πρέπει να χρησιμοποιούνται κάθε φορά.	Εγκομοσύνη	Κάποια προστασία από ΣΜΝ.
Διάφραγμα /Καλίπτρα	Μη ορμονική μέθοδος	Πρέπει να χρησιμοποιείται κάθε φορά. Απαιτείται προσαρμογή	Εγκομοσύνη, κυστίτιδες	Προστασία από ΣΜΝ, και Ca τραχήλου μήτρας
Ενδομητρικά σπείρματα	Υψηλή αποτελεσματικότητα μακράς διάρκειας	Αρχικό κόστος. Απαραίτητη η εισαγωγή από έμπειρο ιατρό. Άλγος και αιμορραγία	Αρχικά ήπιος κίνδυνος φλεγμονώδους νόσου της πύελου και σιγτική αποβολή	Κανένα
Αντισυλληπτικά δισκία	Υψηλή αποτελεσματικότητα	Κίνητρο για καθημερινή λήψη. Κόστος	Θρόμβωση. Ου πολυότερες	Πολλά οφέλη (βλ. κείμενο)

			καπνίστριες παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο εμφράγματος του μυοκαρδίου και εγκεφαλικού επαισοδίου	
Ορμονικά εμφυτεύματα	Υψηλή αποτελεσματικότητα, άνεση	Χειρουργική εισαγωγή και αφαίρεση. Αρχικό κόστος. Αιματηρή μέθοδος	Λειτουργικές κύστες	Άγνωστα
Ορμόνες μετά την επαφή	Μέτρια αποτελεσματικότητα	Η συχνή χρήση διαταράσσει τον κύκλο. Ναυτία	Κανένα	Άγνωστα

Ποσοστιαία κατανομή γυναικών που αντιμετώπισαν αποτυχία της αντισυλληπτικής μεθόδου που χρησιμοποιούσαν (%)		
Μέθοδος	Τυπική χρήση	Άριστη χρήση
Σπερματοκτόνα	21	6
Περιοδική αποχή		
Ημερολογιακή μέθοδος		9
Μέθοδος ωοθηλακιορρηξίας		3
Συμπτωθερμική μέθοδος		2
Καλύπτρα		
Τεκνοποιήσασες	36	26
Άτοκες	18	9
Διάφραγμα	18	6

Προφυλακτικό		
Γυναικείο	21	5
Ανδρικό	12	3
Αντισυλληπτικά δισκία	3	
Συνδυασμένα		0,5
Προγεστερόνης		0,1
Ενδομητρικό σπείραμα		
Προγεστερόνης T	2	1,5
Χαλκού 380A	0,8	0,6
Λεβονοργεστρέλης T20	0,1	0,1
Norplant	0,3	0,3
Στεροποίηση της γυναίκας	0,4	0,4
Στεροποίηση του άνδρα	0,15	0,15

Β' ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΑΤΕΙ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΚΡΗΤΗΣ

ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ

Φύλο
<input type="checkbox"/> Άνδρας
<input type="checkbox"/> Γυναίκα

Ηλικία
<input type="checkbox"/> 16-18
<input type="checkbox"/> 19-24
<input type="checkbox"/> 25-45
<input type="checkbox"/> 45 και άνω

Επάγγελμα :
Εθνικότητα/ Καταγωγή :

- Έχετε σεξουαλικές επαφές ; Ναι Όχι
- Σε ποια ηλικία είχατε την πρώτη σας ολοκληρωμένη σεξουαλική επαφή ;
- Εείχατε ποτέ προσωπική εμπειρία ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης που διεκόπη ;
 Όχι
 Ναι λόγω :
 - Απουσίας μέτρων αντισύλληψης
 - Κακής εφαρμογής των μέτρων αντισύλληψης
 - Άλλο

- Κατά την άποψη σας πρέπει να λαμβάνονται μέτρα αντισύλληψης ;
 Όχι Ναι

Δικαιολογείστε την απάντηση σας:

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

- Πιστεύετε ότι η άμβλωση μπορεί επηρεάσει την γονιμότητα της γυναίκας ; Όχι Ναι
- Ποιες μεθόδους αντισύλληψης γνωρίζετε ;
 -
 -
 -
 -
 -
 -
- Από ποιους παράγοντες εξαρτάται η αποφυγή ή όχι μίας εγκυμοσύνης ;
 - Από τη λήψη μέτρων αντισύλληψης
 - Από τη γονιμότητα των συντρόφων
 - Από την σωστή εφαρμογή των μεθόδων αντισύλληψης
 - Από την ηλικία των συντρόφων
 - Από την αποτελεσματικότητα της ακολουθούμενης μεθόδου αντισύλληψης
 - Όλα τα παραπάνω

- Ποια από τις παρακάτω μεθόδους αντισύλληψης θεωρείτε ως πιο αποτελεσματική;
 - Διακοπτόμενη επαφή
 - Αποφυγή επαφής στις γόνιμες ημέρες
 - Αντισυλληπτικό δισκίο (χάπι)
 - Ενδομήτριο σπείραμα
 - Προφυλακτικό
 - Απολίνωση σαλπίνγων

- Πιστεύετε ότι το αντισυλληπτικό δισκίο δρα εναντίον των σπερματοζωαρίων;
 - Ισχύει Δεν ισχύει Δεν γνωρίζω

- Πιστεύετε ότι το αντισυλληπτικό δισκίο αναστέλλει την ωορρηξία;
 - Ισχύει Δεν ισχύει Δεν γνωρίζω

- Πιστεύετε ότι το αντισυλληπτικό δισκίο διορθώνει τον κύκλο της γυναίκας;
 - Ισχύει Δεν ισχύει Δεν γνωρίζω

- Πιστεύετε ότι τα αντισυλληπτικά δισκία αυξάνουν τον κίνδυνο για ανάπτυξη θρομβώσεων ή ορισμένα είδη καρκίνου;
 - Ισχύει Δεν ισχύει Δεν γνωρίζω
 - Πιστεύετε ότι το κάπνισμα αποτελεί αντένδειξη για την λήψη αντισυλληπτικών δισκίων;
 - Ισχύει Δεν ισχύει Δεν γνωρίζω

- Πιστεύετε ότι το αντισυλληπτικό δισκίο λαμβάνεται καθημερινά για όσο υπάρχει σεξουαλική επαφή;
 - Ισχύει Δεν ισχύει Δεν γνωρίζω

- Πιστεύετε ότι το αντισυλληπτικό δισκίο πρέπει να χορηγείται μόνο με ιατρική συνταγή;
 - Ισχύει Δεν ισχύει Δεν γνωρίζω

- Πιστεύετε ότι το «χάπι της επόμενης ημέρας» προκαλεί αποβολή;
 - Ισχύει Δεν ισχύει Δεν γνωρίζω

- Πιστεύετε ότι οι κολπικές πλύσεις με νερό μετά την σεξουαλική επαφή μειώνουν τις πιθανότητες εγκυμοσύνης;
 - Ισχύει Δεν ισχύει Δεν γνωρίζω

- Πιστεύετε ότι μια γυναίκα μπορεί να μείνει έγκυος μόνο μεταξύ της 12^{ης} και 16^{ης} ημέρας;
 - Ισχύει Δεν ισχύει Δεν γνωρίζω

- Πιστεύετε ότι το διάφραγμα το τοποθετεί ο γυναικολόγος;
 - Ισχύει Δεν ισχύει Δεν γνωρίζω

- Πιστεύετε ότι το ενδομήτριο σπείραμα (σπιράλ) επηρεάζει την γονιμότητα;
 - Ισχύει Δεν ισχύει Δεν γνωρίζω

- Κατά την άποψη σας, η απολίνωση των σαλπίνγων είναι μια αναστρέψιμη μέθοδος αντισύλληψης;
 - Ισχύει Δεν ισχύει Δεν γνωρίζω

- Κατά την άποψη σας, το προφυλακτικό προστατεύει από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα;
 - Ισχύει Δεν ισχύει Δεν γνωρίζω

- Ποια, κατά την άποψη σας, είναι τα βασικά κριτήρια επιλογής του προφυλακτικού ως μέθοδος αντισύλληψης;
 - Αποφυγή του κινδύνου των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων
 - Έλλειψη παρενεργειών στην υγεία
 - Αξιόπιστη μέθοδος
 - Εύκολη χρήση
 - Όλα τα παραπάνω

- Ποια, κατά την άποψη σας, είναι τα βασικά κριτήρια επιλογής της διακεκομμένης συνουσίας (τράβηγμα) ως μέθοδος αντισύλληψης;
 - Έλλειψη παρενεργειών στην υγεία

- Αξιόπιστη μέθοδος
 - Εύκολη χρήση
 - Δεν επηρεάζει την απόλαυση της επαφής
-
- Ποιοι κατά την άποψη σας είναι υπεύθυνοι για την χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων;
 - Άντρας
 - Γυναίκα
 - Και οι δύο

 - Χρησιμοποιήσατε κάποια μέθοδο αντισύλληψης κατά την 1^η σεξουαλική επαφή;
 - Όχι
 - Ναι. Ποια μέθοδο;.....
.....

 - Μέθοδος αντισύλληψης που χρησιμοποιείτε αυτή την περίοδο εσείς ή ο/η σύντροφος σας
 - Καμία
 - Προφυλακτικό
 - Αντισυλληπτικό χάπι
 - Διακεκομμένη επαφή
 - Άλλη. Ποια;

 - Πηγές ενημέρωσης που έχετε πάνω σε θέματα αντισύλληψης

- Φίλοι
- Πατέρας
- Μητέρα
- T.V.
- Υπηρεσίες Υγείας
- Περιοδικά
- Βιβλία
- Φυλλάδια
- Σύντροφοι

- Έχετε επισκεφτεί ποτέ γυναικολόγο;
 - Όχι
 - Ναι. Για ποιο λόγο;
 - Για προληπτικές εξετάσεις
 - Λόγω εγκυμοσύνης
 - Λόγω γυναικολογικού προβλήματος
 - Ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη που διεκόπη
 - Για έλεγχο ενδεχόμενης εγκυμοσύνης
 - Για ενημέρωση σε σχέση με την αντισύλληψη

- Ποιος, κατά τη γνώμη σας, είναι υπεύθυνος για ενημέρωση σε θέματα αντισύλληψης;
 - Υπηρεσίες Υγείας
 - Σχολείο
 - Γονείς
 - Εκκλησία
 - Όλα τα προηγούμενα

- Γνωρίζετε την ύπαρξη κέντρων οικογενειακού προγραμματισμού;
 - Ναι
 - Όχι

- Έχετε επισκεφτεί ποτέ κάποιο κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού;
 - Όχι. Για ποιο λόγο;.....
 - Ναι. Για ποιο λόγο;.....

- Συμπληρώστε, αν γνωρίζετε:
 - που υπάρχουν κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού στο νομό Ηρακλείου
 - ποιοι τα στελεχώνουν.....
 - ποιος ο ρόλος τους

- Τι θα προτεινάτε για τη βελτίωση της λειτουργίας των κέντρων οικογενειακού προγραμματισμού σε θέματα αντισύλληψης;

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σκοπός της έρευνας ήταν να εξακριβώσουμε πόσο ενημερωμένος ήταν ο πληθυσμός των κατοίκων του νομού Ηρακλείου Κρήτης αναφορικά με την αντισύλληψη. Η έρευνα χωρίζεται σε τέσσερις ενότητες.

- A) Στοιχεία που αφορούν τη σεξουαλική ζωή των ερωτηθέντων.
- B) Επίπεδο ενημέρωσης του πληθυσμού σε σχέση με την αντισύλληψη (γενικά).
- Γ) Επίπεδο ενημέρωσης του πληθυσμού σχετικά με την πρακτική των μεθόδων αντισύλληψης.
- Δ) Ενημέρωση όσο αφορά τον οικογενειακό προγραμματισμό.

Συμπεράσματα που διεξήχθησαν από το πρώτο πλαίσιο της έρευνας ήταν ότι το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού του νομού Ηρακλείου Κρήτης είναι σεξουαλικά ενεργό (88%). Το 12% του σεξουαλικά ανενεργού πληθυσμού αποτελούσε άτομα μικρών ηλικιών (16-20) και τα περισσότερα από αυτά ανήκαν στο γυναικείο φύλο. Διαπιστώσαμε ότι οι σεξουαλικές σχέσεις έχουν πρόωμη έναρξη, μιας και στην ηλικία των 19 ετών το 93,13% του δείγματος μας (321 άτομα σεξουαλικά ενεργά) είχαν ολοκληρωμένες σεξουαλικές επαφές. Εντύπωση προκαλεί ότι εμπειρία ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης που διεκόπει είχε βιώσει ένα διόλου ευκαταφρόνητο ποσοστό του δείγματος μας (19,62%), με μεγαλύτερη συχνότητα στις ηλικίες 25-45. τα αίτια τα αποδίδουν περισσότερο στην απουσία μέτρων αντισύλληψης (77,77%) και λιγότερο στη λανθασμένη εφαρμογή τους (22,23%).

Στο δεύτερο μέρος της έρευνας διακρίνουμε βασικές ελλείψεις στις γενικές γνώσεις του πληθυσμού για την αντισύλληψη. Αναλυτικότερα διαφαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος έχει συνειδητοποιήσει τη σπουδαιότητα λήψης μέτρων αντισύλληψης (98,62%), την οποία και αποδίδει στην αποφυγή των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων και στην αποτροπή της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης. Επιπρόσθετα το 87,87% δείχνει να κατανοεί ότι η άμβλωση επηρεάζει τη γονιμότητα της γυναίκας. Το προφυλακτικό, το αντισυλληπτικό δισκίο, το σπινάλ, και η διακεκομμένη συνουσία διαφαίνονται ως τις πιο γνωστές αντισυλληπτικές μεθόδους. Αντίθετα το δείγμα παρουσιάζει άγνοια αναφορικά με την ημερολογιακή μέθοδο, το χάπι της επόμενης ημέρας, τη στείρωση και τα σπερματοκτόνα. Ως τις πιο συχνές πηγές ενημέρωσης αναφέρουν τους φίλους, την τηλεόραση, τα περιοδικά, τα βιβλία και τους συντρόφους για τους άντρες. Λιγότερο τους γονείς και τις υπηρεσίες υγείας. Μεγάλο μέρος του δείγματος δείχνει να μην αντιλαμβάνεται ότι η εγκυμοσύνη εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Λανθασμένη αντίληψη φαίνεται να έχουν για την αποτελεσματικότητα των αντισυλληπτικών μεθόδων, μιας και θεωρούν ότι το προφυλακτικό (38,56%) έχει καλύτερη αποτελεσματικότητα από το αντισυλληπτικό χάπι ή τη στείρωση.

Στο τρίτο μέρος της έρευνας που έχει να κάνει με την πρακτική των μεθόδων αντισύλληψης εξακριβώσαμε πολλές και ουσιαστικές ελλείψεις στις γνώσεις του πληθυσμού, πράγμα που δείχνει την αναγκαιότητα ενημέρωσης του κοινού για ένα θέμα τόσο σημαντικό όπως την αντισύλληψη. Πλήρη άγνοια για την πρακτική ευρέως διαδεδομένων αντισυλληπτικών μεθόδων όπως το αντισυλληπτικό δισκίο φαίνεται να κατέχει ένα απαράδεκτο ποσοστό του δείγματος μιας και ενδεικτικά το 33,06% δηλώνει ότι δεν γνωρίζει αν το αντισυλληπτικό χάπι δρα εναντίον των σπερματοζωαρίων ενώ το 47,66% δηλώνει ότι δεν έχει γνώση αν αναστέλλει την ωορρηξία, το 19% θεωρεί ότι δεν την αναστέλλει. Εντύπωση προκαλεί ότι το 51,51% δηλώνει άγνοια για το αν τα αντισυλληπτικά δισκία αυξάνουν το κίνδυνο των θρομβώσεων, και ορισμένα είδη καρκίνων, καθώς και ότι το 9,65% θεωρεί ότι δεν τις προκαλεί. Η άγνοια όμως του δείγματος δεν περιορίζεται μονάχα στα αντισυλληπτικά δισκία και σε άλλες αντισυλληπτικές μεθόδους αλλά ακόμη και στο αν η γυναίκα μένει έγκυος μόνο μεταξύ της δωδέκατης και δέκατης έκτης μέρας

(33,88% δε γνωρίζει, 25,90% πιστεύει ότι ισχύει). Βασικό κριτήριο επιλογής της διακεκομμένης συνουσίας θεωρούν το ότι δεν επηρεάζεται η απόλαυση της επαφής (66 άντρες, 102 γυναίκες) καθώς και η εύκολη χρήση (61 άντρες, 49 γυναίκες). Άντρες και γυναίκες νομίζουν ότι υπεύθυνοι για τη χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων είναι και οι δύο σύντροφοι. Κατα την πρώτη τους επαφή οι περισσότερες γυναίκες με ποσοστό 50,92% δεν χρησιμοποίησαν καμία αντισυλληπτική μέθοδο, ενώ 44,78% χρησιμοποίησαν προφυλακτικό. Το 36,07% των αντρών στη πρώτη σεξουαλική επαφή δεν χρησιμοποίησαν καμία αντισυλληπτική μέθοδο, ενώ το 63,93% χρησιμοποίησε προφυλακτικό. Γεγονός που δείχνει ότι υπήρξαν πιο ευαισθητοποιημένοι σχετικά με το θέμα της αντισύλληψης. Απογοητευτικό είναι το 22,15% των αντρών που δηλώνει ότι τώρα δεν χρησιμοποιεί καμία αντισυλληπτική μέθοδο καθώς ότι το 17,09% χρησιμοποιεί τη διακεκομμένη επαφή. Το ποσοστό των γυναικών που δεν χρησιμοποιούν καμία αντισυλληπτική μέθοδο αγγίζει το 20,86% ενώ η διακεκομμένη επαφή το 15,95% . το προφυλακτικό διαφαίνεται ως την πιο διαδεδομένη μέθοδο αντισύλληψης που χρησιμοποιηθούν και τα δύο φύλα. Τα παραπάνω μας δείχνουν ότι το ευρύ κοινό λείβεται ενημέρωσης. Γεγονός που δικαιολογεί το αυξημένο ποσοστό των ανεπιθύμητων εγκυμοσύνων και των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων .

Στο τέταρτο πλαίσιο της έρευνας διακρίνουμε ότι ο πληθυσμός δεν έχει γνώσεις για το ρόλο που διαδραματίζει ο οικογενειακός προγραμματισμός αλλά και για την ύπαρξη κέντρων του. Αναλυτικότερα διαπιστώσαμε ότι οι γυναίκες ηλικίας άνω των 25 έχουν επισκεφθεί γυναικολόγο έστω και μια φορά στη ζωή τους σε αντίθεση με γυναίκες μικρότερων ηλικιών. Κατά κύριο λόγο η επίσκεψή τους αυτή οφειλόταν για υποβολή σε προληπτικές εξετάσεις (70,14% απο 144 άτομα που έχουν επισκεφθεί γυναικολόγο), ή για προσωπικά γυναικολογικά προβλήματα. Εντύπωση μας κάνει ότι το ποσοστό των γυναικών που επισκέφθηκαν γυναικολόγο λόγω ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης που διεκόπει αγγίζει το 17,36% στις 144 γυναίκες. Πολύ μικρό είναι το ποσοστό εκείνο που επισκέφθηκε γυναικολόγο προκειμένου να ενημερωθεί σχετικά με την αντισύλληψη (13,88% στις

144 γυναίκες). Ο πληθυσμός θεωρεί υπεύθυνο για την ενημέρωσή του σε θέματα αντισύλληψης τις υπηρεσίες υγείας, το σχολείο και σε τελευταία μοίρα τους γονείς και την εκκλησία. Πολλοί ήταν εκείνοι που δεν γνώριζαν την ύπαρξη των κέντρων οικογενειακού προγραμματισμού (68,60%) αλλά και αυτοί που ήταν γνώστες, δεν είχαν επισκεφθεί ποτέ κάποιο κέντρο (6,14%). Το 28% από τους γνώστες γνώριζαν ποιοί στελεχώνουν τα κέντρα ενώ το 44% γνώριζε το ρόλο που διαδραματίζουν.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Από το ερευνητικό κομμάτι της εργασίας μας διαπιστώσαμε ότι ο πληθυσμός του νομού Ηρακλείου Κρήτης έχει σημαντικές ελλείψεις στις γνώσεις του αναφορικά με την αντισύλληψη αλλά και τον οικογενειακό προγραμματισμό. Το γεγονός αυτό μας οδήγησε να καταθέσουμε τις δικές μας προτάσεις προκειμένου να επιτευχθεί η ευαισθητοποίηση και τελικά η ενημέρωση του κοινού για ένα θέμα τόσο σημαντικό όσο η αντισύλληψη.

Αρχικά προτείνουμε η οικογένεια, αυτός ο τόσο σημαντικός θεσμός, να διαδραματίσει μια από τις κύριες πηγές ενημέρωσης των μελών της σε σχέση με την αντισύλληψη. Πράγμα που μέχρι τώρα δεν κάνει (από ότι φαίνεται από την έρευνα). Αυτό ίσως γίνεται γιατί η ελληνική κοινωνία και ιδιαίτερα η κρητική δεν έχει απαλλαχθεί από τα ταμπού, με αποτέλεσμα τα μέλη της να αποφεύγουν να συζητούν θέματα που αφορούν τη γεννητήσια λειτουργία. Θα πρέπει λοιπόν οι γονείς να σταματήσουν να νιώθουν το αίσθημα της ντροπής και να μιλήσουν στα παιδιά τους σταδιακά από μικρή κιόλας ηλικία για την φυσιολογία, τη γεννητήσια πράξη και τα αντισυλληπτικά μέτρα που θα πρέπει να λάβουν. Επίσης δε θα πρέπει να διστάσουν να καταφύγουν σε κάποιον ειδικό προκειμένου να ζητήσουν τη συμβουλή του. Ακόμη θα πρέπει να παροτρύνουν τα παιδιά να εκφράσουν δίχως ενδιασμούς τις τυχόν απορίες τους αλλά και τα προβλήματα που ίσως προκύψουν. Είναι αναγκαίο τα παιδιά να εμπιστευτούν τους γονείς έτσι ώστε να μην καταφεύγουν σε λανθασμένες πηγές ενημέρωσης. Θα πρέπει η γεννητήσια πράξη να παρουσιαστεί από τους γονείς ως ενέργεια φυσιολογική, που γίνεται το σωστό χρονικό διάστημα και όχι ως κάτι μεμπτό. Εάν οι γονείς κατακτήσουν την εμπιστοσύνη των παιδιών τους και θέσουν τις βάσεις ενημέρωσής τους, τότε σίγουρα εκείνα με τη σειρά τους θα ευαισθητοποιηθούν στο θέμα της αντισύλληψης και θα γίνουν υπεύθυνα άτομα που θα προφυλάξουν τον εαυτό τους από τις ανεπιθύμητες κυήσεις, τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα αλλά και τις αμβλώσεις.

Ένας ακόμη φορέας που θα πρέπει να διαδραματίσει πιο ουσιαστικό ρόλο στο θέμα της αντισύλληψης είναι το σχολείο. Προτείνουμε λοιπόν την εισαγωγή μαθήματος στο σχολείο που θα αφορά τη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση, είτε την πραγματοποίηση σεμιναρίων, ομιλιών. Το μάθημα αυτό θα διδάσκεται από εξειδικευμένο προσωπικό και τα σεμινάρια ή ομιλίες μπορούν να γίνονται κατά τη διάρκεια της σχολικής χρονιάς, από επιστήμονες υγείας. Ο σκοπός του μαθήματος θα πρέπει να διαφοροποιείται σε σχέση με τα υπόλοιπα σχολικά μαθήματα και να μη στοχεύει στη βαθμολόγηση του μαθητή αλλά στην ενημέρωση και στην ανάπτυξη συνειδητοποιημένης στάσης απέναντι στα θέματα αντισύλληψης. Ο μαθητής θα πρέπει να εκφράσει ανιδιοτελές ενδιαφέρον για το μάθημα. Η ύλη του μαθήματος θα πρέπει να περιλαμβάνει τόσο τη φυσιολογία του γενετικού μας συστήματος και την ανατομία όσο τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα αλλά και τις αντισυλληπτικές μεθόδους. Με αυτό το τρόπο θα περιοριστεί ο μυστικισμός που επικρατεί γύρω από το θέμα της γεννητήσιας πράξης και της αντισύλληψης αλλά και η άγνοια των παιδιών.

Τα μέσα μαζικής ενημέρωσης τόσο τα τηλεοπτικά κανάλια όσο και ο τύπος πρέπει να συμβάλουν πιο αποτελεσματικά στην ενημέρωση του κοινού για την αντισύλληψη. Προτείνουμε λοιπόν τα τηλεοπτικά κανάλια σε συνεργασία με το κράτος να προβάλλουν τηλεοπτικά σποτς σχετικά με την αντισύλληψη και τη σπουδαιότητά της. Προκειμένου να προσηλιτίσουν το ενδιαφέρον του κοινού και των εφήβων μπορούν να θέσουν ως πρωταγωνιστές αυτών των σποτς διάσημους ηθοποιούς και τραγουδιστές. Ακόμη μπορούν να εκπέμπουν σοβαρές τηλεοπτικές εκπομπές που θα τις παρουσιάζουν επιστήμονες υγείας και θα έχουν ως θέμα την αντισύλληψη. Ο τύπος με τη σειρά του (περιοδικά και εφημερίδες) θα μπορούσαν να παραθέτουν συχνότερα άρθρα που αφορούν το θέμα αυτό. Τα άρθρα αυτά θα γράφονται από ειδικούς και θα είναι ποιοτικά, δίχως να αναφέρουν ανακρίβειες και να μεταχειρίζονται το θέμα με ελαφρότητα.

Τα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού όπως διαφάνηκε από την έρευνά μας δυσλειτουργούν. Θα πρέπει λοιπόν να αναπροσαρμόσουν την τακτική προσέγγισης του κοινού μιας και η ύπαρξή τους για το περισσότερο κόσμο είναι άγνωστη.

Προτείνουμε λοιπόν, να μοιραστούν φυλλάδια σε σχολεία, ιδρύματα και σε εργασιακούς χώρους στη περιφέρεια που καλύπτουν. Να προβληθούν μέσω τηλεοπτικών διαφημίσεων, περιοδικών, εφημερίδων έτσι ώστε να γίνουν γνωστά. Να αναφέρεται ότι η παρακολούθηση είναι δωρεάν μιας και αυτό αποτελεί ένα σημαντικό κίνητρο για το πληθυσμό. Να δημοσιεύει τις ομιλίες που οργανώνει και να επιδιώκει την προσέγγιση πολιτιστικών, τοπικών και επιστημονικών συλλόγων. Να πραγματοποιεί ομιλίες σε σχολεία και σε ιδρύματα. Να οργανώνει σεμινάρια σταματώντας να δυσλειτουργεί, να αδρανεί και να επαναπαύεται.

Σημαντική βοήθεια θα μπορούσε να δοθεί από τους σπουδαστές επαγγελματιών υγείας, όπως εμάς τους νοσηλευτές. Στα πλαίσια των μαθημάτων μας και ειδικότερα στην αγωγή υγείας και στην κοινοτική νοσηλευτική θα μπορούσαμε να επισκεφτόμαστε σχολεία και δήμους κάνοντας διαλέξεις, σεμινάρια, παρουσιάσεις σε θέματα αντισύλληψης (φυσιολογία, ανατομία, σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, αντισυλληπτικές μέθοδοι) και οικογενειακού προγραμματισμού.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Antony Smith, «Το σώμα», Τόμος Α΄, Εκδόσεις Παπαζήση, 1968.
- Νικ. Ι. Ζακοπούλου, «Ο γιατρός στο σπίτι σας», Τόμος Β΄, Εκδόσεις Πήγασος, 1967.
- Νικήτας Κακλαμάνης, «Η ανατομική του ανθρώπου», Εκδόσεις M-Edition.
- Δετοράκης Ιωάννης, «Οικογενειακός προγραμματισμός», Εκδόσεις Πατάκη, 1999.
- Μιχάλης Α. Μαμόπουλος, «Μαιευτική και Γυναικολογία», Β΄ Έκδοση, Εκδόσεις Επιστημονικών Βιβλίων και Περιοδικών, University Studio Press, 1991.
- Παν. Α. Γεωργακόπουλος, «Επιτομή μαιευτικής γυναικολογίας και νοσηλευτικής», Ζ΄ Έκδοση, Επιστημονικές Εκδόσεις, Γρηγόριος Παρισιάνος, 1993.
- Νικ. Α. Παπανικολάου, «Γυναικολογία», Γ΄ Έκδοση, Επιστημονικές Εκδόσεις, Γρ. Παρισιάνος.
- Γεωργ. Μ. Κρεατσάς, «Γυναικολογία Ι», Novak's 12^η Έκδοση, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης.
- Σ. Π. Μιχαλάς, «Επιτομή, Μαιευτικής και Γυναικολογίας», Επιστημονικές Εκδόσεις, Γρ. Παρισιάνος.
- Κλάιβ Γουντ, «Αντισύλληψη», Έκδοση της εταιρείας Οικογενειακού Προγραμματισμού.

