

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

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΤΩΝ ΝΕΩΝ – Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.»**

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ ΒΙΛΑΝΑΚΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ ΛΑΣΙΘΙΩΤΑΚΗ ΜΑΡΙΑ
ΣΤΑΝΤΖΟΥ ΦΩΤΕΙΝΗ

ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2002
ΗΡΑΚΛΕΙΟ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Α' ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

- Ορισμός σεξουαλικής ή γενετήσιας αγωγής.....σελ. 1
- Ιστορική αναδρομή, στόχοι & μέθοδοι στη γενετήσια αγωγή.....σελ.2
- Στοιχεία ανατομίας & φυσιολογίας του γεννητικού συστήματος – Διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα.....σελ.4
- Φυσιολογία της σεξουαλικής πράξης.....σελ.17
- Γονιμοποίηση.....σελ.21
- Υγιεινή γεννητικών οργάνων.....σελ.24
- Διαταραχές σεξουαλικής λειτουργίας.....σελ.26
- Έλεγχος γεννήσεων (αντισύλληψη-διακοπή εγκυμοσύνης).....σελ.31
- Φιλοσοφία οικογενειακού προγραμματισμού – Στόχοι.....σελ.61
- Κοινωνικοοικονομική διάσταση του οικογενειακού προγραμματισμού – ελέγχου γεννήσεων.....σελ.66
- Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα (ΣΜΝ).....σελ.76
- Σεξουαλικότητα & ΣΜΝ : Γνώσεις, συμπεριφορά & πρακτικές...σελ.106
- Πολιτιστικές ευθύνες στη σεξουαλική συμπεριφορά των Ελλήνων.....σελ.109
- Νοσηλευτικές ευθύνες στη σεξουαλική αγωγή των νέων – Ο ρόλος της Κοινοτικής Νοσηλευτικής.....σελ.111

Β` ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

- Εισαγωγή.....σελ.121
- Ερωτηματολόγιο.....σελ.122
- Γραφήματα.....σελ.124
- Συμπέρασμα.....σελ.153
- Βιβλιογραφία.....σελ.154

ΑΓΘΕΩΡΗΤΙΚΟ

ΜΕΡΟΣ

ΟΡΙΣΜΟΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ Ή ΓΕΝΕΤΗΣΙΑΣ ΑΓΩΓΗΣ.

Η «γενετήσια ή σεξουαλική αγωγή», έχει σαν πρωταρχικό στόχο να πληροφορήσει τα νεαρά άτομα για την ανατομία και βιολογία του αναπαραγωγικού συστήματος και ακόμη για το σωστό ψυχολογικό – συναισθηματικό κλίμα που πρέπει να χαρακτηρίζει τις σχέσεις των δύο φύλων. Τελικός στόχος πρέπει να είναι η ομαλή ψυχοσεξουαλική ανάπτυξη του ατόμου για τη δημιουργία ευτυχισμένης οικογενειακής ζωής.

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ, ΣΤΟΧΟΙ & ΜΕΘΟΔΟΙ ΣΤΗ ΓΕΝΕΤΗΣΙΑ ΑΓΩΓΗ.

A. Ιστορική αναδρομή.

Το θέμα της σεξουαλικής αγωγής είναι πάντα επίκαιρο και πολύπλευρο, προβληματίζοντας όλους τους γονείς και δασκάλους, με αντικρουόμενες συχνά απόψεις τόσο στο διεθνή χώρο όσο και στον τόπο μας. Οι φωνές που ακούγονται είναι από τις πιο ακραίες προοδευτικές μέχρι τις πιο συντηρητικές. Ορισμένοι ισχυρίζονται ότι χωρίς τη σεξουαλική αγωγή οι προηγούμενες γενιές υπήρξαν και είναι υγιείς. Κι αυτό ακόμη αν είναι αλήθεια, δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι σήμερα οι κοινωνικές, οι περιβαλλοντικές, οι ιατρικές και άλλες συνθήκες, μέσα στις οποίες τοποθετούνται και διαδραματίζονται οι γενετήσιες σχέσεις, έχουν σημαντικά αλλάξει.

B. Στόχοι & μέθοδοι στη γενετήσια αγωγή.

Τα βασικά ερωτήματα είναι:

1. πότε πρέπει να αρχίζει,
2. ποιοί είναι οι κατάλληλοι φορείς διδασκαλίας, και
3. ποιό πρέπει να είναι το περιεχόμενο και οι στόχοι.

Η πληροφόρηση πρέπει να αρχίζει από τα πρώτα χρόνια ζωής του παιδιού, γιατί τότε αρχίζουν οι πρώτες απορίες «πώς ήρθα στον κόσμο», κλπ. Οι απαντήσεις πρέπει να δίνονται με ειλικρίνεια και σωστή ορολογία σύμφωνα και με την ανάπτυξη του παιδιού. Η αρχική αυτή ενημέρωση πρέπει να είναι περιορισμένη μόνο στο περιεχόμενο της ερωτήσεως, χωρίς να χρωματίζεται. Οι περισσότερες χώρες αρχίζουν την πληροφόρηση από το νηπιαγωγείο και τη συνεχίζουν στο Δημοτικό και το Γυμνάσιο, ενώ οι λιγότερες αρχίζουν μόνο στο Γυμνάσιο.

Οι γονείς επομένως αποτελούν αναγκαστικά όχι μόνο τους πρώτους, αλλά και τους μόνιμους «φορείς» αγωγής του παιδιού για να δώσουν πολύ γρήγορα τη σκυτάλη και στο δάσκαλο. Γενικότερα, οι παιδαγωγοί διατηρούν τα πρωτεία στις περισσότερες χώρες που εφαρμόζεται η σεξουαλική αγωγή, ενώ σε πολλές χρησιμοποιούνται επιπλέον γιατροί, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί ή προσωπικό υγείας ειδικά εκπαιδευμένο γι' αυτό το σκοπό. Η πρωτοβουλία επιμορφώσεως των φορέων γίνεται συνήθως με κρατική μέριμνα, όπως είναι π.χ. η εισαγωγή ειδικών προγραμμάτων επιμορφώσεως στις Παιδαγωγικές Ακαδημίες. Σ' άλλες χώρες υπάρχουν «Συμβούλια Διαπαιδαγωγώσεως» ενώ σ' άλλες σημαντικό ρόλο παίζουν οι «Εταιρείες Οικογενειακού Προγραμματισμού» ή η οργάνωση ειδικών συμποσίων και ελεύθερων συζητήσεων, ιδιαίτερα μέσα στο σχολείο, ανάμεσα σε γονείς, δασκάλους και ειδικούς επιστήμονες. Τα μέσα μαζικής ενημερώσεως, αλλά και ειδικά έντυπα, βιβλία και οπτικοακουστικά μέσα είναι απαραίτητα για την επιμόρφωση των φορέων και των παιδιών.

Όπως είναι φυσικό, το «περιεχόμενο και οι στόχοι» αποτελούν το σημαντικότερο πρόβλημα διαφωνιών στις συζητήσεις που γίνονται σε κάθε χώρα. Οι περισσότεροι θεωρούν ότι μετά την αρχική ενημέρωση από τους γονείς και τους δασκάλους στο Νηπιαγωγείο, θα πρέπει, στις τελευταίες τάξεις του Δημοτικού, να δίδονται ορισμένες βασικές βιολογικές πληροφορίες, πριν αρχίσει το παιδί να τις χρωματίζει συναισθηματικά. Στις πρώτες τάξεις του Γυμνασίου, πρέπει να διδάσκεται η διαφορά των δύο φύλων, οι σωματικές και ψυχικές αλλαγές της εφηβείας, η υγιεινή της εμμηνορρυσίας, η γονιμοποίηση, η εγκυμοσύνη και η γέννηση. Στα χρόνια του Λυκείου, εκτός από την αναπαραγωγή του ανθρώπου μπορεί να διδάσκονται προοδευτικά θέματα όπως η σεξουαλική συμπεριφορά, ο αυνανισμός, η εκσπερμάτιση, η αντισύλληψη, ο οικογενειακός προγραμματισμός, τα αφροδίσια, η πορνεία, ο βιασμός, η έκτρωση, οι σεξουαλικές παρεκκλίσεις, οι ψυχοσεξουαλικές ανωμαλίες, αλλά ακόμη και οι κοινωνικές και νομικές βάσεις της σεξουαλικής και οικογενειακής ζωής.

Η επιτυχία της σεξουαλικής αγωγής στηρίζεται σε μεγάλο βαθμό στην κατάλληλη παιδαγωγική προσέγγιση και όχι στο στεγνό και ανιαρό μάθημα. Οι μαθητές πρέπει να συμμετέχουν σε διάλογο, να επιχειρείται εξατομικευμένη προσέγγιση μέσα από μικρές ομάδες, με επίκεντρο τα συγκεκριμένα προβλήματα των μαθητών. Οι μαθητές δεν έχουν την ίδια ψυχοσεξουαλική ανάπτυξη, επομένως και τα ίδια προβλήματα. Οι απαντήσεις πρέπει να είναι αντικειμενικές και ανάλογα με την ηλικία και προσωπικότητα του μαθητή, να έχουν επίκεντρο τη διαφύλαξη της ψυχολογικής και ηθικής ουσίας με ιδιαίτερη έμφαση στις βαθύτερες ανθρώπινες σχέσεις και αξίες. Θα πρέπει να δημιουργείται προσεκτικό ψυχολογικό κλίμα ανάμεσα στα δύο φύλα με κατευθυνόμενες ψυχαγωγικές συγκεντρώσεις στα σχολεία και όχι με πνεύμα «εκφοβισμού» γύρω στα θέματα του σεξ. Δεν χρειάζονται καταδίκες και αφορισμοί εκείνων που έχουν ολοκληρωμένες σεξουαλικές σχέσεις. Οι απαγορεύσεις δεν βοηθούν τη φυσιολογική ψυχοσεξουαλική ανάπτυξη και τις σωστές ανθρώπινες σχέσεις, όπου πρέπει κυρίως να προβάλλεται η ελευθερία του ατόμου, τα ίσα δικαιώματα, αλλά και οι υποχρεώσεις με βάση την αγάπη και την προαγωγή της λειτουργικότητας του κοινωνικού συνόλου.

Όπως ήδη αναφέραμε, η οικογένεια αποτελεί το φυσικό φορέα της σεξουαλικής αγωγής τόσο στα πρώτα στάδια ζωής του ατόμου όσο και μετέπειτα, όταν σε συνεργασία με το σχολείο συνοδεύει το παιδί και τον έφηβο στην ψυχοσεξουαλική του ανάπτυξη. Το σχολείο παίρνει τη σκυτάλη από τους γονείς και πρέπει πάντα σε συνεργασία μαζί τους να προσφέρει σταδιακά τις απαραίτητες γνώσεις αλλά και τις συναισθηματικές και κοινωνικές προεκτάσεις της σεξουαλικής ζωής. Γι' αυτό ο βαθμός συνεργασίας γονέων και σχολείου προδικάζει και την επιτυχία των προγραμμάτων. Η ανταλλαγή απόψεων και εμπειριών σε ειδικές συναντήσεις με τους γονείς, εξασφαλίζει όχι μόνο την απαραίτητη συναίνεση αλλά και την παλίνδρομη πληροφόρηση για τις σωστές κατευθυντήριες γραμμές που δεν πρέπει να είναι στατικές αλλά συνεχώς αναπροσαρμοζόμενες.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΤΟΜΙΑΣ & ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ – ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΑΝΑΜΕΣΑ ΣΤΑ ΔΥΟ ΦΥΛΑ.

Το γεννητικό σύστημα διακρίνεται στο γεννητικό σύστημα του άρρενος και στο γεννητικό σύστημα του θήλεος. Τα όργανα του γεννητικού συστήματος διακρίνονται: α) στους *γεννητικούς αδένες*, που παράγουν τα γεννητικά κύτταρα και τις γεννητικές ορμόνες, β) στην *εκφορητική οδό*, από πού διέρχονται τα γεννητικά κύτταρα, γ) στους *προσαρτημένους αδένες*, οι εκκρίσεις των οποίων διευκολύνουν τη συνάντηση των γεννητικών κυττάρων και δ) στα *έξω γεννητικά όργανα*, που είναι απαραίτητα για τη συνουσία. Επίσης, τα γεννητικά όργανα μπορεί να διακριθούν σε έσω γεννητικά όργανα, που βρίσκονται μέσα στην ελάσσονα πύελο και σε έξω γεννητικά όργανα, που βρίσκονται έξω από την πύελο.

Γεννητικό σύστημα του άρρενος.

Τα έσω γεννητικά όργανα του άρρενος είναι οι όρχεις, η επιδιδυμίδα, ο σπερματικός πόρος, η σπερματοδόχος κύστη και ο προστάτης, ενώ τα έξω γεννητικά όργανα είναι το πέος και το όσχεο.

Όρχεις.

Οι όρχεις είναι δύο μικτοί αδένες, οι οποίοι εμφανίζουν μια εξωκρινή μοίρα (που παράγει τα σπερματοζωάρια) και μια ενδοκρινή μοίρα (που παράγει τις ανδρογόνες ορμόνες). Στην εμβρυϊκή ζωή, εντοπίζονται μέσα στην κοιλιακή κοιλότητα και μάλιστα στα πλάγια της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης. Προς το τέλος, όμως, της εμβρυϊκής ζωής κατέρχονται διαμέσου του βουβωνικού πόρου στο όσχεο. Έτσι, αποφεύγουν την ενδοκοιλιακή θερμοκρασία που είναι γύρω στους 2-5° C υψηλότερη από τη θερμοκρασία στο όσχεο. Η υψηλότερη αυτή θερμοκρασία θα ήταν βλαβερή για το σχηματισμό των σπερματοζωαρίων, όχι όμως και για την παραγωγή των ορμονών.

Οι όρχεις βρίσκονται μέσα στο όσχεο και κρέμονται από το σπερματικό τόνο, ο οποίος αποτελείται από το σπερματικό πόρο, από αγγεία και νεύρα. Ο αριστερός όρχις συνήθως βρίσκεται χαμηλότερα από το δεξιό. Το όσχεο δρα σαν θερμορυθμιστικός παράγοντας για τους όρχεις. Ο όρχις του ενήλικα έχει σχήμα και μέγεθος καρυδιού και εμφανίζει δύο επιφάνειες (έξω-έσω), δύο χείλη (πρόσθιο-οπίσθιο) και δύο πόλους (άνω-κάτω).

Ο όρχις περιβάλλεται από έναν παχύ ινώδη χιτώνα, από τον οποίον εκπορεύονται ινώδη διαφράγματα που χωρίζουν το παρέγχυμα του όρχι σε 200-300 λόβια. Μέσα σε κάθε λόβιο υπάρχουν τα σπερματικά σωληνάκια, τα οποία διακρίνονται σε εσπειραμένα (που παράγουν τα σπερματοζωάρια) και σε ευθέα (που μεταφέρουν τα σπερματοζωάρια). Το τοίχωμα των σπερματικών σωληναρίων αποτελείται από δύο τύπους κυττάρων: α) τα σπερματογόνια, που

παράγουν τα σπερματοζωάρια και β) τα κύτταρα του Sertoli, που προσφέρουν προστατευτικό και θρεπτικό ρόλο στα νεαρά σπερματοζωάρια. Επίσης, τα τελευταία κύτταρα παίζουν καθοριστικό ρόλο στη μετατροπή των ανώριμων σπερματοζωαρίων σε ώριμα σπερματοζωάρια.

Ο ώριμος όρχις περιέχει περίπου ένα δισεκατομμύριο σπερματογόνα, από τα οποία μπορούν να παραχθούν γύρω στα 200 δισεκατομμύρια σπερματοζωάρια την ημέρα. Η παραγωγή των σπερματοζωαρίων διαρκεί περίπου 3-4 εβδομάδες.

Μολονότι δεν έχει διευκρινισθεί πλήρως η ενέργεια της βιταμίνης E στην αναπαραγωγή του ανθρώπου, ανεπάρκειά της προκαλεί εκφύλιση του σπερματικού επιθηλίου στα αρσενικά ζώα και κατά συνέπεια αναστολή της παραγωγής των σπερματοζωαρίων. Να επισημανθεί πως η πλουσιότερη πηγή βιταμίνης E (ή τοκοφερόλης) είναι τα φυτικά λάδια και κυρίως το σιταρέλαιο.

Στο συνδετικό ιστό, ανάμεσα στα εσπειραμένα σωληνάρια, βρίσκονται τα διάμεσα κύτταρα Leydig, που παριστάνουν την ενδοκρινή μοίρα του όρχι. Τα κύτταρα αυτά παράγουν τη γνωστή τεστοστερόνη, η οποία α) προάγει τη φυλετική διαφοροποίηση (π.χ. αύξηση των γεννητικών οργάνων, τρίχωση του εφηβαίου και της μασχάλης κλπ.), β) συμβάλλει στο σχηματισμό και την ανάπτυξη των σπερματοζωαρίων στους όρχεις και στις επιδιδυμίδες, γ) προάγει τη γενετήσια ορμή (libido) του άρρενος, δ) προκαλεί μεταβολές της συμπεριφοράς (π.χ. επιθετικότητα) και ε) έχει αναβολική επίδραση, της οποίας ένα από τα αποτελέσματα είναι η ανάπτυξη ισχυρότερου μυϊκού συστήματος στον άντρα. Η έκκριση της τεστοστερόνης βρίσκεται κάτω από τον έλεγχο των γοναδοτροπινών της υπόφυσης. Συγκεκριμένα, η ωχρινοποιητική ορμόνη (LH) είναι εκείνη που διεγείρει την απελευθέρωση της τεστοστερόνης. Η τελευταία αναστέλλει την έκκριση της LH με αρνητική ανατροφοδότηση.

Ορισμένα συνθετικά παράγωγα των ανδρογόνων, εμφανίζουν κυρίως αναβολική δράση και χαρακτηρίζονται ως αναβολικά στεροειδή. Παρ' όλα αυτά όμως τα αναβολικά στεροειδή δεν στερούνται εντελώς αρρενοποιητικής δράσης και γι' αυτό το λόγο, η χορήγηση τους σε παιδιά πρέπει να γίνεται με ιδιαίτερη προσοχή. Επιπλέον, τα ανδρογόνα όπως και τα οιστρογόνα, προκαλούν πρόιμη σύγκλιση των συζευκτικών χόνδρων των οστών.

Μεταβολές του όρχι. Ο όρχις αναπτύσσεται σε όλη την διάρκεια της παιδικής ηλικίας και φτάνει στην πλήρη ανάπτυξη του μεταξύ 20 και 30 χρόνων. Κατά το γήρας ελαττώνεται και πάλι. Στην παιδική ηλικία, τα σπερματικά σωληνάρια μοιάζουν με χορδές. Έτσι, η σπερματογένεση αρχίζει στην εφηβεία και συνεχίζεται μέχρι τα γηρατειά. Να σημειωθεί ότι η κακή διατροφή μπορεί να ενοχοποιηθεί για την ατροφία του σπερματικού επιθηλίου. Τέλος, κατά τη σεξουαλικά διέγερση το μέγεθος των όρχεων αυξάνεται κατά 50% περίπου.

Επιδιδυμίδα.

Μοιάζει με μικρή περικεφαλαία ή καλύτερα με ένα μικρό σκουλήκι που επικάθεται στον άνω πόλο και το οπίσθιο χείλος του όρχι. Συνιστά μοίρα της

εκφορητικής οδού και αποτελείται από την κεφαλή, το σώμα και την ουρά. Η κεφαλή βρίσκεται στον άνω πόλο, ενώ το σώμα και η ουρά, πορεύονται κατά μήκος του οπίσθιου χείλους του όρχι. Αντίστοιχα προς τον κάτω πόλο, η ουρά ανακάμπτει προς τα πάνω και μεταπίπτει στο σπερματικό πόρο. Ο πόρος της επιδιδυμίδας είναι εξαιρετικά πολυέλικτος και έχει μήκος 5 μέτρων!

Τα σπερματοζωάρια μέσα στον όρχι δεν έχουν κινητικότητα και φτάνουν στην επιδιδυμίδα ρέοντας. Μέσα στην επιδιδυμίδα, τα σπερματοζωάρια ουσιαστικά αποθηκεύονται. Τέλος, η επιδιδυμίδα όπως και ο όρχις βρίσκονται μέσα στο όσχεο και περιβάλλονται από διάφορα περιβλήματα, που έχει παρασύρει ο όρχις στην κάθοδο του από την κοιλιακή κοιλότητα.

Σπερματικός πόρος.

Ο σπερματικός πόρος παριστάνει τη συνέχεια της ουράς της επιδιδυμίδας και χρησιμεύει για τη μεταφορά των σπερματοζωαρίων. Έχει μήκος περίπου μισό μέτρο, και αφού περάσει μέσα από το βουβωνικό πόρο, εισέρχεται στην κοιλιακή κοιλότητα όπου και καταλήγει αντίστοιχα προς τη βάση του προστάτη. Εκεί, αφού διευρυνθεί σχηματίζοντας τη σπερματική λήκυθο, αναστομώνεται με τη σπερματοδόχο κύστη και σχηματίζει τον εκσπερματιστικό πόρο, ο οποίος διεισδύει μέσα στον προστάτη, εκβάλλοντας τελικά στην ουρήθρα.

Για την επίτευξη αντισύλληψης στον άντρα, μπορεί να εκτελεστεί διατομή ή απολίνωση (περίδεση) των σπερματικών πόρων, αμφοτερόπλευρα. Επίσης, κατά τη διάρκεια επεμβάσεων για βουβωνοκήλη, είναι δυνατό να τραυματιστεί ο σπερματικός πόρος.

Σπερματοδόχος κύστη.

Καθεμιά σπερματοδόχος κύστη (δεξιά-αριστερή) είναι ένα σακοειδές εκκόλωμα του σύστοιχου σπερματικού πόρου, σχήματος S. Βρίσκεται πάνω από τη βάση του προστάτη και ανάμεσα στην ουροδόχο κύστη και το απευθυσμένο. Ουσιαστικά αποτελεί αποθήκη σπέρματος, η οποία συσπώμενη κατά την εκσπερμάτιση «εκσφενδονίζει» τα σπερματοζωάρια προς το σύστοιχο εκσπερματιστικό πόρο.

Το αλκαλικό έκκριμά της, που μαζί με το προστατικό έκκριμα αποτελούν το υγρό στοιχείο του σπέρματος, περιέχει φρουκτόζη η οποία διεγείρει τις κινήσεις των σπερματοζωαρίων. Να σημειωθεί πως πάνω από το 50% του όγκου του σπέρματος παράγεται από τις σπερματοδόχους κύστες. Έτσι, η μείωση του όγκου του σπέρματος οφείλεται πολύ συχνά σε φλεγμονές των σπερματοδόχων κύστεων.

Πέος.

Το πέος αποτελεί το όργανο της συνουσίας. Είναι δύσκολο να μιλήσει κανείς για το σχήμα και τις διαστάσεις του πέους, καθώς αυτές ποικίλλουν από άτομο σε άτομο, εξαρτώμενες παράλληλα και από το βαθμό συμφόρησης του πέους (στύση-χαλάρωση). Σε γενικές γραμμές παριστάνει ένα επίμηκες

κυλινδρικό όργανο, το μέγεθος του οποίου σε στύση είναι περίπου διπλάσιο από εκείνο της χαλάρωσης.

Το πέος βρίσκεται μπροστά από την ηβική σύμφυση και πάνω από το όσχεο. Σε αυτό διακρίνουμε την καθηλωμένη ρίζα, το σώμα, το οποίο κρέμεται ελεύθερα και τη βάλανο, η οποία έχει σχήμα λοξού κώνου και αποτελεί την κορυφή του πέους. Δεν υπάρχει σαφές όριο ανάμεσα στη ρίζα και το σώμα του πέους, ενώ το σώμα χωρίζεται σαφώς από τη βάλανο με τη στεφανιαία αύλακα ή αυχένα του πέους. Στην κορυφή της βαλάνου, υπάρχει το έξω στόμιο της ουρήθρας.

Το πέος αποτελείται από τρία επιμήκη μορφώματα, τα δύο σηραγγώδη σώματα του πέους προς τα πάνω, που χρησιμεύουν μόνο για τη στύση και το σηραγγώδες σώμα της ουρήθρας προς τα κάτω, διαμέσου του οποίου διέρχεται η ανδρική ουρήθρα. Η ρίζα του πέους αποτελείται από: α) το βολβό του σηραγγώδους σώματος της ουρήθρας και β) το σκέλος του δεξιού και αριστερού σηραγγώδους σώματος του πέους. Το σώμα του πέους αποτελείται και από τα τρία σηραγγώδη σώματα, ενώ η βάλανος αποτελείται μόνο από το σηραγγώδες σώμα της ουρήθρας (παριστάνει κωνοειδή διόγκωση του πρόσθιου άκρου του).

Τα σηραγγώδη σώματα θυμίζουν πολυδαίδαλη σπηλιά, που αποτελείται από σήραγγες στις οποίες καταλήγει το αίμα των αρτηριών του πέους. Ουσιαστικά είναι αρτηριοφλεβώδεις αναστομώσεις και διακρίνονται σε κεντρικές και σε περιφερικές. Οι κεντρικές στα σηραγγώδη σώματα του πέους είναι περισσότερο ευρύχωρες, οπότε όταν γεμίζουν με αίμα αποφράσσουν τις περιφερικές σήραγγες αλλά και τις φλέβες. Με αυτόν τον τρόπο εμποδίζουν την απομάκρυνση του αίματος, οπότε και σε συνδυασμό με τη συρροή άφθονου αίματος, το πέος μεγαλώνει σε μήκος και διάμετρο και αποκτά τη θέση της στύσης. Οι σήραγγες του σηραγγώδους σώματος της ουρήθρας έχουν την ίδια χωρητικότητα, έτσι ώστε κατά τη στύση να μην αποφράσσεται η ουρήθρα.

Το πέος εξωτερικά καλύπτεται από δέρμα, το οποίο αντίστοιχα προς το σώμα καλείται πόσθη και αντίστοιχα προς τη βάλανο, ακροποσθία. Σε αρκετά νεογέννητα αγόρια, η ακροποσθία δεν τραβιέται προς τα πίσω, ώστε να αποκαλυφθεί η βάλανος (φίμωση). Έτσι, η ακροποσθία φλεγμαίνει και σήμερα πιστεύεται ότι χρόνια φλεγμονή της, προδιαθέτει σε καρκίνο της βαλάνου. Γι' αυτό το λόγο εκτελείται προληπτικά περιτομή, δηλαδή αφαίρεση του μεγαλύτερου μέρους της ακροποσθίας.

Ουρήθρα.

Η ανδρική ουρήθρα, έχει μήκος περίπου 20 cm, και είναι μικτός ουρογεννητικός σωλήνας καθώς με αυτόν αποχετεύονται και τα ούρα και το σπέρμα. Αρχίζει από τον πυθμένα της ουροδόχου κύστης και καταλήγει στην κορυφή της βαλάνου του πέους. Όταν το πέος είναι χαλαρό, η ουρήθρα έχει σχήμα S και σχηματίζει δύο καμπές, την περινεϊκή (περιβάλλει από κάτω την ηβική σύμφυση) και την ηβική (βρίσκεται μπροστά από την ηβική σύμφυση).

Εμφανίζει τρεις μοίρες : α) την *προστατική*, που βρίσκεται μέσα στον προστάτη, β) την *υμενώδη*, που διασχίζει το πυελικό έδαφος και γ) τη *σηραγγώδη*, που βρίσκεται μέσα στη σηραγγώδη μοίρα της ουρήθρας. Ο αυλός της ουρήθρας, εμφανίζει διαδοχικά στενώματα και ανευρύσματα. Τα ανευρύσματα είναι : α) το σκαφοειδές (στη βάλανο), β) το βολβικό (στο βολβό της ουρήθρας) και γ) το προστατικό (στην προστατική μοίρα). Το σημαντικότερο ανεύρυσμα είναι ο σκαφοειδής βόθρος, γιατί από την οροφή του κρέμεται μια πτυχή του βλεννογόνου στην οποία προσκρούει ο καθετήρας. Γι' αυτό το λόγο, αν ο καθετήρας κατευθυνθεί προς το έδαφος του σκαφοειδούς βόθρου (ώστε να παρακαμφθεί η παραπάνω πτυχή), τότε από εκεί και πέρα ο καθετηριασμός της ουροδόχου κύστης είναι εύκολη υπόθεση.

Προστάτης.

Ο προστάτης είναι ένας ινομυώδης αδένας, που έχει το μέγεθος και το σχήμα ενός κάστανου. Βρίσκεται πίσω από την ηβική σύμφυση και ανάμεσα στον πυθμένα της ουροδόχου κύστης και το πυελικό έδαφος. Περιβάλλει την προστατική ουρήθρα, παράγει το προστατικό έκκριμα που αυξάνει την κινητικότητα των σπερματοζωαρίων και περιέχει μεγάλες ποσότητες ενός ενζύμου, της όξινης φωσφατάσης. Η τελευταία αυξάνεται στο αίμα, σε καρκίνο του προστάτη, διότι το έκκριμα δεν μπορεί να αποχετευτεί στους πόρους, οπότε βρίσκει διέξοδο στην κυκλοφορία. Τα ένζυμα του προστάτη προάγουν τη ρευστοποίηση του σπέρματος. Το τελευταίο αμέσως μετά την εκσπερμάτιση βρίσκεται με τη μορφή πηκτής και κατόπιν ρευστοποιείται σε χρόνο μικρότερο από 20 λεπτά, από την εκσπερμάτιση. Καθυστέρηση στη ρευστοποίηση μεγαλύτερη από μία ώρα, σημαίνει δυσλειτουργία του προστάτη και ελαττωμένη έκκριση των ρευστοποιητικών ενζύμων του.

Μετά την ηλικία των 50 περίπου ετών παρατηρείται συχνά στους άνδρες η καλοήθης υπερτροφία και ο καρκίνος του προστάτη. Να σημειωθεί πως η εκκριτική δραστηριότητα του προστάτη βρίσκεται κάτω από τον έλεγχο, κυρίως της τεστοστερόνης.

Γι' αυτό το λόγο, τα ανδρογόνα θα πρέπει να αποφεύγονται σε περιπτώσεις καρκίνου του προστάτη. Μάλιστα, σε αυτές τις περιπτώσεις συνιστάται η χρησιμοποίηση αντι-ανδρογόνων (με κυριότερο εκπρόσωπο, την οξεική κυπροτερόνη), τα οποία αναστέλλουν τη δράση των ανδρογόνων στον προστάτη.

Τέλος, θα πρέπει να αναφερθεί ότι κατά τη δακτυλική εξέταση του ορθού, η μέση φάλαγγα του δείκτη του χεριού αντιστοιχεί στον προστάτη.

Βολβουρηθραίοι αδένες.

Αυτοί είναι δύο μικροί αδένες, μεγέθους μπιζελιού, που βρίσκονται μέσα στο ουρογεννητικό διάφραγμα, πίσω από το βολβό της ουρήθρας. Ο εκφορητικός τους πόρος εκβάλλει στο κάτω τοίχωμα της σηραγγώδους μοίρας της ουρήθρας.

Το έκκριμα τους :α) μεταβάλλει λίγο πριν από την εκσπερμάτιση, το όξινο, από τα ούρα, περιβάλλον της ουρήθρας σε αλκαλικό και β) διεγείρει την κινητικότητα των σπερματοζωαρίων.

Γενικά για το σπέρμα.

Ο όγκος του σπέρματος κυμαίνεται φυσιολογικά από 2 ως 6 ml για άνδρες ηλικίας μέχρι 50 ετών. Αποτελείται κυρίως από τις εκκρίσεις των επιδιδυμίδων, των σπερματοδόχων κύστεων και του προστάτη και περιέχει τα σπερματοζωάρια. Είναι ελαφρά αλκαλικό (7,2-7,8), έτσι ώστε τα σπερματοζωάρια να προφυλάσσονται από όξινο περιβάλλον (pH γύρω στα 4) του κόλπου. Ο τράχηλος όπως και τα υπερκείμενα μέρη της γυναικείας γεννητικής οδού έχουν αλκαλικό pH. Τα σπερματοζωάρια φθάνουν τελικά στη λήκυθο της σάλπιγγας μέσα σε 1-3 ώρες και η διάρκεια της ικανότητας τους για γονιμοποίηση κυμαίνεται από 24-48 ώρες. Πιο πρόσφατες έρευνες, προσδιορίζουν τη διάρκεια αυτή μέχρι 120 ώρες πριν από την ωορρηξία.

Το κατώτερο φυσιολογικό όριο του αριθμού των σπερματοζωαρίων σε κάθε κυβικό εκατοστό, θεωρείται το όριο των 40 εκατομμυρίων/ml. Βέβαια, υπάρχει και η άποψη, ότι μέχρι 20 εκατομμύρια/ml, μπορεί το σπέρμα να θεωρηθεί φυσιολογικό. Επίσης φυσιολογικό σπέρμα, από άποψη κινητικότητας, θεωρείται εκείνο που διαθέτει περισσότερα από 60% κινούμενα σπερματοζωάρια, τα οποία εμφανίζουν καλή προωθητική ικανότητα στις 2 έως 3 ώρες μετά την εκσπερμάτιση. Πάντως, 10-20% των σπερματοζωαρίων σχεδόν πάντα είναι είτε μη καλά αναπτυγμένα ή παραμορφωμένα ή γερασμένα.

Σε λήψη βιταμινών Β2 το σπέρμα χρωματίζεται κίτρινο (φυσιολογικά είναι υποκίτρινο), ενώ σε λήψη άλλων φαρμάκων μπορεί να χρωματιστεί ανάλογα.

Γεννητικό σύστημα του θήλεος.

Το γεννητικό σύστημα του θήλεος συνιστάται από τις δύο ωοθήκες, τους δύο ωαγωγούς ή σάλπιγγες, τη μήτρα, τον κόλπο και το αιδοίο. Από τα όργανα αυτά το αιδοίο αποτελεί το έξω γεννητικό όργανο, ενώ τα υπόλοιπα τα έσω γεννητικά όργανα του θήλεος.

Ωοθήκες.

Οι δύο ωοθήκες (δεξιά και αριστερή) αποτελούν τους γεννητικούς αδένες του θήλεος και παριστάνουν μικτούς αδένες. Την εξωκρινή τους μοίρα αποτελούν τα ωάρια και την ενδοκρινή τους μοίρα οι ορμόνες του θήλεος. Καθεμιά ωοθήκη έχει σχήμα αμυγδάλου και βρίσκεται στο πλάγιο τοίχωμα της μήτρας.

Υφή της ωοθήκης. Η ωοθήκη σε αδρές γραμμές αποτελείται περιφερικά από τη φλοιώδη ουσία και κεντρικά από τη μυελώδη ουσία, σπουδαιότερη από τις οποίες είναι η πρώτη, διότι μέσα σ' αυτή βρίσκονται τα ωοθυλάκια στα διάφορα στάδια της ωρίμανσης τους και τα ωχρά σωμάτια.

Ωρίμανση των ωοθυλακίων. Τα αρχέγονα γεννητικά κύτταρα του θήλεος είναι περίπου 1-2 εκατομμύρια στο νεογνό. Τα ωοθυλάκια αρχίζουν να ωριμάζουν λίγο πριν ή μετά την εποχή της ήβης. Κάθε 28 περίπου μέρες και εναλλάξ σε κάθε ωοθήκη ένα άωρο θυλάκιο ωριμάζει. Έτσι, μερικά μόνο αρχέγονα ωοθυλάκια επιλέγονται και αρχίζουν να αναπτύσσονται, ώστε ο συνολικός τους αριθμός σπάνια να ξεπερνά τα 400 σ' όλη τη γεννητικά ηλικία της γυναίκας. Η ωρίμανση των ωοθυλακίων διεγείρεται από την FSH, ενώ με την επίδραση της LH ωριμάζει μόνο ένα ωοθυλάκιο κάθε φορά.

Κάθε ωοθυλάκιο ωριμάζει, βαθμιαία μεγεθύνεται και κοιλαίνεται, προκαλώντας τελικά ρήξη της επιφάνειας της ωοθήκης. Κατά τη διάρκεια της ωρίμανσης του, το ωοθυλάκιο εκκρίνει οιστρογόνα. Μετά την ωοθυλακιορρηξία (που γίνεται την 13^η-16^η ημέρα του καταμήνιου κύκλου), το ωάριο «συλλαμβάνεται» από τους κροσσούς του ωαγωγού, ενώ από τα υπολείμματα του ωοθυλακίου σχηματίζεται το ωχρό σωματίο που παράγει την προγεστερόνη. Και αν το ωάριο γονιμοποιηθεί στον ωαγωγό, τότε το ωχρό σωματίο διατηρείται μέχρι το μέσο της κύησης, αν όμως δεν γονιμοποιηθεί τότε επακολουθεί η έμμηνη ρύση και το ωχρό σωματίο ατροφεί.

Ορμόνες της ωοθήκης. Α) Οι βασικές επιδράσεις των οιστρογόνων είναι οι ακόλουθες: α) Προάγουν την ωρίμανση του ωοθυλακίου και του ωαρίου. β) Διεγείρουν την υπερπλασία του βλεννογόνου της μήτρας και ισχυροποιούν τις συσπάσεις του μυομητρίου. γ) Προκαλούν πάχυνση του βλεννογόνου του κόλπου και απόπτωση των επιθηλιακών κυττάρων του. δ) Μεταβάλλουν τη σύσταση της βλέννας του τραχήλου της μήτρας με τέτοιο τρόπο ώστε, ειδικά κατά το χρόνο της ωορρηξίας, να διευκολύνεται η μετακίνηση των σπερματοζωαρίων και να παρατείνεται ο χρόνος ζωής τους. ε) Ελέγχουν την ταχύτητα μετακίνησης του ωαρίου στον ωαγωγό και προετοιμάζουν τα σπερματοζωάρια για διείσδυση στο ωάριο.

Επειδή, τα οιστρογόνα και οι προγεστίνες αναστέλλουν την έκκριση γοναδοτροπινών από την υπόφυση (αρνητική ανατροφοδότηση), άρα και την ωορρηξία, γι' αυτό χρησιμοποιούνται για την αντισύλληψη. Η πιο κοινή μορφή των αντισυλληπτικών που χρησιμοποιούνται σήμερα, συνδυάζει ένα οιστρογόνο με μια προγεστίνη. Το σπουδαιότερο οιστρογόνο, η οιστραδιόλη, δεν έχει πρακτικά αποτελέσματα, διότι κατά μεγάλο μέρος απομακρύνεται από το αίμα με την πρώτη διέλευση της από το ήπαρ. Για να είναι, συνεπώς, δραστικά τα χορηγούμενα από το στόμα οιστρογόνα πρέπει να έχουν κάπως διαφορετική δομή (αιθυνυλοιστραδιόλη, μεστρανόλη). Αντισυλληπτική αγωγή διαδοχικού τύπου, δηλαδή οιστρογόνο για την πρώτη φάση του κύκλου και οιστρογόνο με προγεστίνη για τη δεύτερη φάση ή αντισύλληψη μόνο με προγεστίνη πρέπει να εγκαταλειφθούν, γιατί είναι λιγότερο αποτελεσματικές.

Το γεγονός ότι τα οιστρογόνα αυξάνουν την πήκτικότητα του αίματος, εξηγεί τον κάπως μεγαλύτερο κίνδυνο θρόμβωσης κατά τη χρήση αντισυλληπτικών δισκίων. Τα οιστρογόνα όμως καθιστούν το δέρμα πιο μαλακό και λεπτότερο, προκαλούν υποστροφή των σμηγματογόνων αδένων και αυξάνουν την υποδόρια εναπόθεση λίπους, ενώ παράλληλα κατακρατούν νερό,

γεγονός που χρησιμοποιείται για εμπορική εκμετάλλευση στην περίπτωση καλλυντικών που εξαλείφουν τις ρυτίδες. Επίσης, επειδή τα οιστρογόνα μειώνουν τη χοληστερόλη του αίματος, η αθηροσκλήρυνση είναι λιγότερο συχνή σε γυναίκες προεμμηνόπαυσιακής ηλικίας. Τέλος, επειδή τα οιστρογόνα ενισχύουν την οστεοβλαστική δραστηριότητα, χρησιμοποιούνται ευρέως για την αντιμετώπιση της οστεοπόρωσης.

Β) Η κυριότερη λειτουργία των προγεστινών (σπουδαιότερος εκπρόσωπος τους είναι η προγεστερόνη) είναι η προετοιμασία του γεννητικού σωλήνα της γυναίκας για την υποδοχή και ωρίμανση του γονιμοποιημένου ωαρίου και για τη συντήρηση της κυοφορίας. Το σπουδαιότερο όργανο-στόχος της προγεστερόνης είναι η μήτρα (αύξηση του μυομητρίου και εκκριτικές μεταβολές του ενδομητρίου). Επίσης, η προγεστερόνη προάγει την ανάπτυξη των γαλακτοφόρων πόρων του μαστού, ενώ ευθύνεται για τις διαταραχές της συμπεριφοράς και την καταστολή που παρατηρείται πριν από την εμμηνορρυσία.

Η αναστολή της απελευθέρωσης LH (από την προγεστερόνη) άρα και η αναστολή της ωορρηξίας μαζί με την επίδραση της προγεστερόνης στον τράχηλο (καθιστά τη βλέννα του πυκνότερη) και μια ανασταλτική επίδραση στην ικανότητα των σπερματοζωαρίων για διείσδυση στο ωάριο, εξηγεί γιατί η προγεστερόνη από μόνη της έχει αντισυλληπτικό αποτέλεσμα (μικρό «χάπι»).

Ωαγωγοί ή σάλπιγγες.

Οι ωαγωγοί είναι δύο ινομύδεις σωλήνες (μήκους 8-20 cm) που βρίσκονται κλεισμένοι μέσα στο άνω χείλος του πλατέος συνδέσμου της μήτρας. Κάθε ωαγωγός με το ένα άκρο του «ακουμπά» πάνω στη σύστοιχη ωοθήκη, ενώ με το άλλο άκρο του εκβάλλει στη μήτρα.

Ο ωαγωγός αποτελείται από τέσσερα τμήματα και δύο στόμια. Από έξω προς τα μέσα, τα τμήματα αυτά είναι :α) Ο *κώδωνας*, που σαν χωνί περιβάλλει την ωοθήκη. β) Η *λήκυθος*, που είναι το μακρύτερο και ευρύτερο τμήμα του ωαγωγού. γ) Ο *ισθμός*, που αποτελεί το έσω τριτημόριο του ωαγωγού και είναι το στενότερο τμήμα του. δ) Η *μητριαία μοίρα*, που βρίσκεται μέσα στο παχύ τοίχωμα της μήτρας. Τα στόμια του ωαγωγού είναι :1) Το έξω στόμιο, που εμφανίζει τους κροσσούς, ο μεγαλύτερος από τους οποίους (ωοθηκικός) παραλαμβάνει το ωάριο και το εναποθέτει στον κώδωνα. 2) Το έσω στόμιο, που βρίσκεται μέσα στην κοιλότητα της μήτρας.

Λειτουργίες του ωαγωγού. 1) Μεταφορά των σπερματοζωαρίων. 2) Παραλαβή του ωαρίου. 3) Συμβολή στη γονιμοποιητική ικανότητα. 4) Συμβολή στη γονιμοποίηση. 5) Θρέψη του γονιμοποιημένου ωαρίου. 6) Μεταφορά του γονιμοποιημένου ωαρίου μέσα στη μήτρα.

Η τύχη του ωαρίου. Το ωάριο, με τη μεσολάβηση του ωοθηκικού κροσσού, εναποτίθεται στον κώδωνα, μέσα σε 3-6 λεπτά. Υπολογίζεται, ότι η γονιμοποίηση του ωαρίου μπορεί να γίνει μέσα στις πρώτες 6-12 ώρες, από την ωορρηξία, γιατί αλλιώς εκφυλίζεται. Η παραλαβή του ωαρίου, γίνεται με αρνητική πίεση, που προκαλείται από τη συσταλτικότητα του μυϊκού χιτώνα

της σάλπιγγας. Τέλος, το γονιμοποιημένο ωάριο χρειάζεται γύρω στις 4-6 ημέρες για να φτάσει στη μήτρα και να εμφυτευθεί τελικά σ' αυτήν.

Μήτρα.

Η μήτρα είναι ένα κοίλο σπλάγχο με παχιά μυϊκά τοιχώματα, που έχει σχήμα αναποδογυρισμένου αχλαδιού, αποπλατυσμένο από μπροστά προς τα πίσω. Βρίσκεται μέσα στην ελάσσονα πύελο, πίσω από την ουροδόχο κύστη και μπροστά από το απευθυσμένο. Η μήτρα χρησιμεύει για τη μετατροπή του γονιμοποιημένου ωαρίου σε έμβρυο, για τη διατροφή και ανάπτυξή του, για τον τοκετό (με τις συσπάσεις του μυϊκού της χιτώνα) και για την έμμηνη ρύση.

Η μήτρα που έχει μήκος 7,5 cm, πλάτος (στη βάση) 5cm και πάχος 2,5cm περίπου, χωρίζεται σε τρία μέρη, τον πυθμένα, το σώμα και τον τράχηλο.

1) Ο πυθμένας, στρέφεται προς τα πάνω και μπροστά και στα πλάγια χείλη του εκβάλλει στην κοιλότητα της μήτρας ο ωαγωγός. 2) Το σώμα, αποτελεί το μεγαλύτερο τμήμα της μήτρας και παρεμβάλλεται ανάμεσα στον πυθμένα και τον τράχηλο. 3) Ο τράχηλος, αποτελεί το κατώτερο τμήμα της μήτρας, ενώ γύρω από την κατώτερη μοίρα του προσφύεται κυκλικά τα άνω άκρο του κόλπου, οπότε ο τράχηλος υποδιαιρείται σε υπερκολπική και σε ενδοκολπική μοίρα. Η ενδοκολπική μοίρα που είναι ψηλαφητή στη γυναίκα, εμφανίζεται στο ελεύθερο άκρο της, το έξω στόμιο της μήτρας.

Θέση, μέγεθος και στήριξη τη μήτρας. Ο άξονας του τραχήλου της μήτρας σχηματίζει με τον άξονα του κόλπου, γωνία ανοικτή προς τα εμπρός (πρόσθια έγκλιση). Επίσης, το σώμα της μήτρας σχηματίζει με τον τράχηλο γωνία ανοικτή προς τα εμπρός (πρόσθια κάμψη). Στα παιδιά, ο τράχηλος είναι μεγαλύτερος από το σώμα της μήτρας, ενώ το τυπικό σχήμα της μήτρας της ενήλικης γυναίκας αποκτάται μετά την ήβη. Τέλος, η μήτρα στηρίζεται στη θέση της κυρίως με τον κόλπο και το περίνεο. Υπάρχουν βέβαια και διάφοροι σύνδεσμοι που με την καθήλωσή τους στην περιοχή του τραχήλου της μήτρας, παίζουν κι αυτοί το ρόλο τους στη στήριξη της μήτρας.

Παρά το γεγονός ότι η μήτρα νευρώνεται από τα αυτόνομο νευρικό σύστημα (υποστηρίζεται μάλιστα ότι το συμπαθητικό προκαλεί σύσπαση της κυοφορούσας και χαλάρωση της μη κυοφορούσας μήτρας), οι συστολές του μυομητρίου είναι ανεξάρτητες από το Κ.Ν.Σ. Πράγματι, παραπληγικές ασθενείς μετά από βλάβη στο νωτιαίο μυελό μπαίνουν σε τοκετό κανονικά. Αυτό οφείλεται στην ύπαρξη βηματοδοτών της μήτρας στην περιοχή εκβολής των ωαγωγών, που ελέγχουν τη συσταλτικότητα του μυομητρίου. Το τοίχωμα της μήτρας αποτελείται από έξω προς τα μέσα από τον ορογόνο χιτώνα (περιμήτριο), το μυϊκό χιτώνα (μυομήτριο) και το βλεννογόνο (ενδομήτριο), που αποτελεί κατάλληλο υπόστρωμα για τη φιλοξενία, θρέψη και ανάπτυξη του εμβρύου.

Καταμήνιος κύκλιος. Το ενδομήτριο που μετά την έμμηνη ρύση (αιμορροϊκή φάση: 1^η-4^η μέρα του κύκλου) αποτελείται από τη βασική του στιβάδα, αρχίζει να αναπλάθεται με την επίδραση των οιστρογόνων (παραγωγική φάση: 5^η-14^η μέρα του κύκλου). Ακολουθεί η ωορρηξία και ο

σηματισμός του ωχρού σωματίου με την επίδραση της LH, ενώ στο ενδομήτριο με την επίδραση της προγεστερόνης οι αδένες και οι αρτηρίες του αυξάνονται σε αριθμό και καθίστανται ελικοειδείς, έτσι ώστε να είναι έτοιμο (το ενδομήτριο) να υποδεχθεί το ωάριο που τυχόν γονιμοποιήθηκε (εκκριτική φάση: 15^η-26^η μέρα του κύκλου). Κατόπιν, αν δεν έχει γίνει γονιμοποίηση, το ωχρό σωματίο αρχίζει να ατροφεί, ενώ η έλλειψη της προγεστερόνης προκαλεί σύσπαση των αρτηριών και ισχαιμία του ενδομητρίου (ισχαιμική φάση: 27^η-28^η μέρα του κύκλου), με αποτέλεσμα τη νέκρωση και την απόπτωση του ενδομητρίου με τη μορφή της έμμηνης ρύσης. Αν έχει γίνει γονιμοποίηση, η χοριακή γοναδοτροπίνη που παράγεται από το κύημα, δεν επιτρέπει την ατροφία του ωχρού σωματίου, οπότε αποφεύγεται η έμμηνη ρύση, που θα είχε σαν συνέπεια την αποβολή του κυήματος.

Τα ενδομήτρια σπειράματα (τοποθετούνται στη μητριάια κοιλότητα) αποτελούν σπουδαίο επίτευγμα στη σύγχρονη αντισύλληψη. Αυτά διακρίνονται σε πρώτης και δεύτερης γενιάς σπειράματα. Μεγαλύτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα σπειράματα δεύτερης γενιάς που είτε φέρουν ως χημική ουσία το χαλκό είτε φέρουν φαρμακευτική ουσία, όπως είναι η προγεστερόνη ή άλλες προγεστίνες. Οι αντισυλληπτικές ιδιότητες του χαλκού είναι η ρευστοποίηση των ενδομητρίων εκκρίσεων και η παρεμβολή στην παραγωγή τραχηλικής βλέννας (αποθέματα χαλκού για 2-3 χρόνια). Τα σπειράματα που απελευθερώνουν προγεστερόνη προκαλούν κυρίως μεταβολές στο ενδομήτριο και το βλεννογόνο της σάλπιγγας (αποθέματα προγεστερόνης για ένα έτος). Καταλληλότερη εποχή για την τοποθέτηση ενδομητρίων σπειραμάτων θεωρείται η περίοδος της εμμηνορρυσίας, γιατί τότε ο τράχηλος είναι πιο ανοικτός. Να σημειωθεί βέβαια πως η χρήση των σπειραμάτων δεν είναι άμοιρη επιπλοκών. Επίσης, στον τράχηλο της μήτρας τοποθετούνται διάφορες συσκευές (μικρά σωληνάκια) που απελευθερώνουν προγεστίνες οι οποίες καθιστούν την τραχηλική βλέννα πυκνότερη, αναστέλλοντας έτσι την προώθηση του σπέρματος.

Φάρμακα που χρησιμοποιούνται για τη σύσπαση της μήτρας και την αποβολή του κυήματος είναι η ωκυτοκίνη και οι προσταγλανδίνες (οι τελευταίες έχουν ταχύτερο αποτέλεσμα). Τα μητροσπαστικά φάρμακα (εργομητρίνες) σε αντίθεση με τα ωκυτοκικά χορηγούνται πάντοτε σε κενή από κύημα μήτρα. Χρησιμοποιούνται για πρόληψη ή έλεγχο αιμορραγίας της μήτρας μετά από τοκετό, καθώς η σύσπαση των λείων μυϊκών ινών της μήτρας συμπιέζει τα αιμοφόρα αγγεία της. Τα χαλαρωτικά του μυομητρίου αναστέλλουν συνήθως την πρόωρη έναρξη του τοκετού. Εδώ υπάγονται τα μη-στεροειδή αντιφλεγμονώδη, που αναστέλλουν τη σύνθεση των προσταγλανδινών καθώς και δύο άλλα σημαντικά σκευάσματα, η ισοξουπρίνη και η ριτοδρίνη.

Κόλπος ή κολεός.

Ο κόλπος είναι ένας ινομυώδης σωλήνας περίπου 8-10 cm, ο οποίος σαν θήκη ξίφους υποδέχεται το σε στύση ευρισκόμενο πέος κατά τη συνουσία, ενώ

παράλληλα από αυτόν διέρχεται και το έμβρυο κατά τον τοκετό. Βρίσκεται στη μέση γραμμή του περινέου μεταξύ του τραχήλου της μήτρας και του αιδοίου και έρχεται σε σχέση μπροστά με την ουρήθρα και πίσω με το απευθυσμένο.

Εμφανίζει δύο άκρα (άνω, κάτω) και σώμα. Το άνω άκρο προσφύεται σαν θόλος γύρω από τον τράχηλο της μήτρας και αποτελεί το θόλο του κόλπου (πρόσθιος, οπίσθιος, πλάγιος). Όσον αφορά το σώμα. Αυτό είναι αποπλατυσμένο από μπροστά προς τα πίσω, έτσι ώστε το πρόσθιο και το οπίσθιο τοίχωμα του να έρχονται σε χαλαρή επαφή μεταξύ τους. τέλος, το κάτω άκρο του κόλπου στενεύει με την πρόσφυση ενός ινώδους (δακτυλιοειδούς συνήθως) πετάλου, που λέγεται παρθενικός υμένας. Ο υμένας αυτός περιέχει άφθονες ελαστικές ίνες, γεγονός που εξηγεί και γιατί η πρώτη συνουσία είναι «αιματηρή και επώδυνη». Να σημειωθεί ότι το σχήμα του υμένα ποικίλλει (δακτυλιοειδές, μηνοειδές, κροσσωτό, ηθμοειδές, άτριτο, σχιστό).

Υφή του κόλπου. Το τοίχωμα του κόλπου αποτελείται από βλεννογόνο, μυϊκό και ινώδη χιτώνα. Ο βλεννογόνος εμφανίζει πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο, που υφίσταται κυκλικές μεταβολές κατά τη διάρκεια του καταμήνιου κύκλου. Στον έλεγχο αυτών ακριβώς των μεταβολών στηρίζεται το γνωστό μας τεστ Παπανικολάου. Το έκκριμα του κόλπου προέρχεται από τους αδένες του τραχήλου και τα επιθηλιακά κύτταρα (του κόλπου) που έχουν αποπέσει. Κατά τη συνουσία όμως τα φλεβώδη πλέγματα του τοιχώματος του διαστέλλονται, με αποτέλεσμα να εξαγγειώνεται πλάσμα που λιπαίνει τον κόλπο. Τα φλεβώδη αυτά πλέγματα αποτελούν ένα είδος στυτικού ιστού.

Τα κολπικά σπερματοκτόνα είναι ουσίες, που σκοτώνουν τα σπερματοζώαρια, προκαλώντας τη συγκόλληση τους. Πρόκειται για διάφορες ζελατινοειδείς ουσίες, κρέμες και αφρώδη κολπικά σκευάσματα με σπερματοκτόνες ιδιότητες. Ακόμα στο εμπόριο κυκλοφορούν κολπικά υπόθετα και δισκία, τα οποία διαλύονται κατά την επαφή τους με το κολπικό τοίχωμα και ελευθερώνουν CO₂. Η μορφή αφρωδών ουσιών έχει το πλεονέκτημα, ότι ο κόλπος καλύπτεται ομοιόμορφα σ' όλη του την επιφάνεια.

Ευρύτατη διάδοση έχουν και οι ενδοκολπικοί σπόγγοι, που περιέχουν σπερματοκτόνα και τοποθετούνται πριν από τη συνουσία στον κόλπο. Για να υπάρχει υψηλή αναπαραγωγική προφύλαξη, πρέπει να συνδυαστούν τα διάφορα σπερματοκτόνα με ελαστικό κολπικό διάφραγμα (που εφαρμόζεται γύρω από την ενδοκολπική μοίρα του τραχήλου της μήτρας). Τελευταίο, επινοήθηκαν σπερματοκτόνα με τη μορφή πλαστικών films, που η γυναίκα τα τοποθετεί στον κόλπο πριν από τη συνουσία ή τα φοράει ο άνδρας στη βάλανο του πέους. Επίσης, τα τελευταία χρόνια άρχισε να εφαρμόζεται η χρήση ενδοκολπικών δακτύλιων, που απελευθερώνουν οιστρογόνα και προγεστίνες για μεγάλα χρονικά διαστήματα. Τέλος, εκείνο που πρέπει να επισημανθεί όσον αφορά τα κολπικά σπερματοκτόνα, είναι ότι δεν φτάνουν την αποτελεσματικότητα των από του στόματος αντισυλληπτικών ή ενδομήτριων διαφραγμάτων, κυρίως λόγω του τρόπου εφαρμογής τους στον κόλπο.

Αιδοίο.

Το αιδοίο αποτελεί το έξω γεννητικό όργανο της γυναίκας και εκτείνεται από την ηβική χώρα μέχρι το περίνεο. Στα πλάγια αφορίζεται από τα ριζομήρια, ενώ κατά τη μεσότητα του διασχίζεται από μια προσθοπίσθια σχισμή, την αιδοϊκή σχισμή. Απαρτίζεται από διάφορα μέρη που είναι τα ακόλουθα :

1. **Εφηβαίο ή όρος της Αφροδίτης.** Το εφηβαίο είναι ένα τριγωνικό έπαρμα (με την κορυφή προς τα κάτω) που βρίσκεται μπροστά από την ηβική σύμφυση, σκεπάζεται με τρίχες μετά την ήβη και εμφανίζει άλλοτε άλλη εναπόθεση λίπους.
2. **Μεγάλα χείλη.** Αποτελούν δύο επιμήκεις λιπόδεις πτυχές του δέρματος, που ξεκινούν από το εφηβαίο και φέρονται προς τα κάτω και πίσω. Μεταξύ αυτών περικλείεται η αιδοϊκή σχισμή. Η εξωτερική επιφάνειά τους είναι τριχωτή, ενώ η εσωτερική χωρίζεται από το σύστοιχο μικρό χείλος με τη μεσοχειλία αύλακα.
3. **Μικρά χείλη.** Είναι λεπτές άτριχες δερματικές πτυχές που μοιάζουν με βλεννογόνο, και αφορίζουν τον πρόδρομο το κόλπου. Προς τα εμπρός αποσχίζονται σε δύο πτυχές από κάθε μεριά. Οι δύο πάνω πτυχές σχηματίζουν την πόσθη της κλειτορίδας, ενώ οι δύο κάτω σχηματίζουν το χαλινό της κλειτορίδας.
4. **Κλειτορίδα.** Η κλειτορίδα μοιάζει με μικρογραφία πέους και σχηματίζεται από τα δύο σηραγγώδη σώματα της κλειτορίδας. Εμφανίζει δύο σκέλη, που προσφύονται στα οστά της πυέλου, σώμα που κάνει μια καμπή προς τα κάτω και ένα πρόσθιο άκρο, τη βάλανο. Η κλειτορίδα είναι ειδικά πολύ ευαίσθητος υποδοχέας σε νευρογενή ερεθίσματα και θεωρείται ως η κύρια εστία της σεξουαλικής διέγερσης. Να σημειωθεί ότι η κλειτορίδα διογκώνεται κατά τη φάση της διέγερσης ανεξάρτητα στο άμεσο ερεθισμό.
5. **Πρόδρομος του κόλπου.** Μοιάζει με σκάφος και αφορίζεται στα πλάγια από τα μικρά χείλη, μπροστά από την κλειτορίδα και πίσω από το σκαφοειδή βόθρο. Στον πυθμένα του προς τα μπροστά εκβάλλει η ουρήθρα και προς τα πίσω ο κόλπος.
6. **Βολβοί του προδόμου.** Είναι δυο στυτικά σώματα (αποτελούνται από άφθονα φλεβώδη πλέγματα) που έχουν σχήμα αμύγδαλου και βρίσκονται κάτω από τα μεγάλα χείλη, περίπου μεταξύ του έξω στομίου της ουρήθρας και του στομίου του κόλπου. Κατά τη συνουσία διογκώνονται, συμβάλλοντας έτσι στη «συγκράτηση» του πέους μέσα στον κόλπο.
7. **Μείζονες αδένες του πρόδρομου ή Βαρθολίνειοι αδένες.** Είναι δυο μικροί αδένες, δεξιός και αριστερός, μεγέθους φασολιού, που «κατασκηνώνουν» στο πίσω τριτημόριο της βάσης των μεγάλων χειλέων. Εκβάλλει ο καθένας με δικό του εκφορητικό πόρο στον πρόδρομο του κόλπου, στα πλάγια του στομίου του κόλπου. Το έκκριμα τους (γυναικείο σπέρμα των παλαιότερων) χρησιμεύει για να λιπαίνει τον πρόδρομο του κόλπου και διευκολύνει την είσοδο του πέους στον

κόλπο. Οι αδένες αυτοί αρχίζουν να παράγουν μερικές σταγόνες βλενώδους έκκρισης κατά τη φάση της διέγερσης, αλλά αντίθετα από ό,τι πιστεύεται η ποσότητα αυτή είναι ανεπαρκής, ώστε να λιπαίνει τον κόλπο και πολλές φορές και αυτή την είσοδο του κόλπου. Η λίπανση του κόλπου γίνεται, όπως προαναφέρθηκε, με εξαγγείωση πλάσματος από τα φλεβώδη πλέγματα του τοιχώματός του.

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΠΡΑΞΗΣ.

Η γενετήσια πράξη στον άνδρα.

Νευρωνικό ερέθισμα για την εκτέλεση της ανδρικής σεξουαλικής πράξης.

Οι σημαντικότερες νευρικές ώσεις για την έναρξη της ανδρικής σεξουαλικής (γενετήσιας) πράξης ξεκινούν από τη βάλανο του πέους, η οποία περιέχει ένα πολύ οργανωμένο σύστημα αισθητικών τελικών οργάνων που μεταβιβάζει στο ΚΝΣ ένα ειδικό τύπο αισθήματος, το σεξουαλικό (γενετήσιο) αίσθημα. Η μάλαξη της βάλανου κατά τη συνουσία διεγείρει τα τελικά αισθητικά όργανα και τα σεξουαλικά αισθήματα οδεύουν με το αιδοϊκό νεύρο και περνούν από το ιερό πλέγμα και την ιερή μοίρα του νωτιαίου μυελού για ν' ανέβουν, τελικά από το νωτιαίο μυελό, σε εγκεφαλικές περιοχές οι οποίες δεν έχουν ακόμα προσδιοριστεί. Στο νωτιαίο μυελό είναι επίσης δυνατόν να φτάνουν ώσεις από περιοχές γύρω από το πέος, οι οποίες βοηθούν στη διέγερση κατά τη σεξουαλική πράξη.

Για παράδειγμα, η διέγερση του επιθηλίου του πρωκτού, του όσχεου και γενικά του περινέου, μπορεί να προκαλέσει τη μεταβίβαση στο νωτιαίο μυελό ώσεων που επαυξάνουν το σεξουαλικό αίσθημα. Γενετήσια αισθήματα μπορούν ακόμα να ξεκινήσουν και από εσωτερικά όργανα, όπως περιοχές της ουρήθρας, της ουροδόχου κύστης, του προστάτη, των σπερματοδόχων κύστεων, των όρχεων και του σπερματικού πόρου, οι οποίες διεγείρονται.

Πραγματικά, μια από τις αιτίες της «γενετήσιας ορμής» πιθανόν να είναι η υπερπλήρωση των γεννητικών οργάνων από εκκρίματα. Μερικές φορές η λοίμωξη και η φλεγμονή αυτών των οργάνων προκαλούν σχεδόν συνεχή σεξουαλική επιθυμία, ενώ τα «αφροδισιακά» φάρμακα, όπως η κανθαριδίνη, αυξάνουν τη γενετήσια επιθυμία ερεθίζοντας το βλεννογόνο της κύστης και της ουρήθρας.

Ψυχικό στοιχείο του σεξουαλικού ερεθισμού στον άνδρα. Την ικανότητα του ατόμου για εκτέλεση της γενετήσιας πράξης μπορούν ν' αυξήσουν σε μεγάλο βαθμό κατάλληλα ψυχικά ερεθίσματα. Ακόμα και σκέψεις ή όνειρα με σεξουαλικό περιεχόμενο μπορούν να οδηγήσουν σε πρόκληση των φαινομένων της διαδικασίας της σεξουαλικής πράξης και να φτάσουν ως την εκσπερμάτιση. Πραγματικά, πολλά άτομα του ανδρικού φύλου, ιδιαίτερα έφηβοι, παρουσιάζουν σε διάφορα στάδια της σεξουαλικής ζωής, νυκτερινές εκσπερματίσεις (ονειρώξεις).

Ολοκλήρωση της ανδρικής σεξουαλικής πράξης στο νωτιαίο μυελό.

Αν και στην ανδρική σεξουαλική πράξη οι ψυχικοί παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο και μπορούν ακόμα και να προκαλέσουν την έναρξη της, είναι πιθανό ότι ο εγκέφαλος δεν είναι απόλυτα απαραίτητος για την εκτέλεση της, γιατί, σε μερικά ζώα, η κατάλληλη διέγερση των γεννητικών οργάνων μπορεί να προκαλέσει εκσπερμάτιση. Στον άνθρωπο, η διατομή του νωτιαίου μυελού σε επίπεδα που βρίσκονται πιο πάνω από τα οσφυϊκά μυελοτόμια μπορεί να προκαλέσει εκσπερμάτιση. Κατά συνέπεια πρέπει να γίνει δεκτό ότι η

γενετήσια πράξη του άνδρα είναι αποτέλεσμα ενδογενών αντανακλαστικών μηχανισμών οι οποίοι ολοκληρώνονται στην ιερή και την οσφυϊκή μοίρα του νωτιαίου μυελού και μπορούν να ενεργοποιηθούν είτε με ψυχική είτε με πραγματική σεξουαλική διέγερση.

Στάδια της σεξουαλικής πράξης.

Στύση. Η στύση αποτελεί το πρώτο φαινόμενο της σεξουαλικής διέγερσης στον άνδρα και ο βαθμός της είναι ανάλογος με το βαθμό της διέγερσης, είτε αυτός είναι ψυχικός είτε σωματικός.

Η στύση προκαλείται από παρασυμπαθητικές ώσεις που ξεκινούν από την ιερή μοίρα του νωτιαίου μυελού και καταλήγουν στο πέος. Οι παρασυμπαθητικές αυτές ώσεις προκαλούν διάταση των αρτηριών και ταυτόχρονη σύσπαση των φλεβών του πέους επιτρέποντας, έτσι, την εισροή αρτηριακού αίματος με μεγάλη πίεση στο στυτικό ιστό. Ο στυτικός ιστός αποτελείται από μεγάλους, σηραγγώδεις φλεβικούς κόλπους οι οποίοι φυσιολογικά είναι σχετικά άδειοι αλλά διατείνονται πάρα πολύ όταν γεμίσουν με αρτηριακό αίμα υπό πίεση. Εκτός από αυτό, τα στυτικά αυτά σώματα περιβάλλονται από ισχυρά ινώδη έλυτρα κι έτσι η μεγάλη πίεση στο εσωτερικό των σηραγγωδών κόλπων προκαλεί διόγκωση του στυτικού ιστού με αποτέλεσμα τη σκλήρυνση και την επιμήκυνση του πέους.

Εφύγρανση. Κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής διέγερσης οι παρασυμπαθητικές ώσεις προκαλούν, εκτός από τη διέγερση του στυτικού ιστού, και έκκριση βλέννας από τους αδένες του Littre και από τους βολβοουρηθραίους αδένες. Έτσι, κατά τη διάρκεια της συνουσίας η απαραίτητη εφύγρανση υποβοηθείται και από βλέννα που ρέει από την ουρήθρα, αν και στο μεγαλύτερο μέρος της εξασφαλίζεται από τα γεννητικά όργανα της γυναίκας. Χωρίς ικανοποιητική εφύγρανση η σεξουαλική πράξη του άνδρα σπάνια ολοκληρώνεται, γιατί σ' αυτήν την περίπτωση η συνουσία προκαλεί αίσθημα πόνου που μάλλον αναστέλλει παρά να διεγείρει τα σεξουαλικά αισθήματα.

Οργασμός και εκσπερμάτιση. Ο οργασμός και η εκσπερμάτιση αποτελούν την ακμή και την ολοκλήρωση της σεξουαλικής πράξης στον άνδρα. Όταν η σεξουαλική διέγερση φθάσει σε μέγιστο βαθμό, τα αντανακλαστικά κέντρα του νωτιαίου μυελού αρχίζουν να εκπέμπουν συμπαθητικές ώσεις, που εξέρχονται από το ύψος των O1 και O2 μυελοτομιών και καταλήγουν στα γεννητικά όργανα, για ν' αρχίσει ο οργασμός, που αποτελεί το προοίμιο της εκσπερμάτισης.

Πιστεύεται ότι ο οργασμός αρχίζει με σύσπαση της επιδιδυμίδας, του σπερματικού πόρου και της σπερματικής ληκύθου για να προκληθεί προώθηση σπερματοζωαρίων προς την οπίσθια (έσω) ουρήθρα. Στη συνέχεια, οι συστολές των σπερματοδόχων κύστεων και του μυϊκού χιτώνα του προστάτη προκαλούν την εξώθηση σπερματικού και προστατικού υγρού που προωθεί τα σπερματοζωάρια προς τα έξω. Όλα αυτά τα υγρά αναμιγνύονται με τη βλέννα,

που έχει ήδη εκκριθεί από τους βολβοουρηθραίους αδένες, και σχηματίζουν το σπέρμα. Ως αυτό το σημείο η διαδικασία ονομάζεται οργασμός.

Η πλήρωση της οπίσθιας ουρήθρας προκαλεί έκλυση ώσεων που μεταβιβάζονται στα ιερά μυελοτόμια του νωτιαίου μυελού. Τότε από το νωτιαίο μυελό εκπέμπονται ρυθμικές νευρικές ώσεις προς τους σκελετικούς μυς που περιβάλλουν τη βάση του στυτικού ιστού προκαλώντας ρυθμικές, αυξομειούμενες διακυμάνσεις της πίεσης μέσα σ' αυτόν, οι οποίες προκαλούν την «εκτίναξη» του σπέρματος από την ουρήθρα προς τα έξω. Η διαδικασία αυτή λέγεται εκσπερμάτιση.

Η γενετήσια πράξη στη γυναίκα.

Διέγερση της γενετήσιας πράξης στη γυναίκα. Όπως συμβαίνει και με τον άνδρα, η επιτυχημένη σεξουαλική πράξη στη γυναίκα βασίζεται τόσο στην ψυχική όσο και την τοπική διέγερση των γεννητικών οργάνων.

Οι ψυχικοί παράγοντες που συνιστούν τη «γενετήσια ορμή» της γυναίκας είναι δύσκολο να εκτιμηθούν. Οι ορμόνες του φύλου, καθώς και οι φλοιοεπινεφριδικές ορμόνες, φαίνεται ότι επηρεάζουν άμεσα τη γενετήσια ορμή της γυναίκας, ενώ από το άλλο μέρος, το κορίτσι που μεγαλώνει στη σύγχρονη κοινωνία πολλές φορές διδάσκεται ότι η γενετήσια επαφή είναι κάτι το ανήθικο, που πρέπει να κρύβεται. Αποτέλεσμα αυτής της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης είναι η αναστολή μεγάλου μέρους της φυσικής γενετήσιας ορμής και, έτσι, το αν και κατά πόσο η γυναίκα θα έχει περιορισμένη ή δεν θα έχει καθόλου γενετήσια ορμή («ψυχρότητα») ή αν θα είναι πιο δραστήρια σεξουαλικά, εξαρτάται κατά ένα μέρος από την αλληλεπίδραση ανάμεσα στους φυσικούς παράγοντες και στη διαπαιδαγώγηση που προηγήθηκε.

Η τοπική σεξουαλική διέγερση των γυναικών είναι, λίγο-πολύ, όμοια με των ανδρών, γιατί η μάλαξη και η μηχανική ή άλλοι τύποι διέγερσης της περινεϊκής χώρας, των γεννητικών οργάνων και της ουρήθρας δημιουργούν γενετήσια αισθήματα. Ιδιαίτερα ευαίσθητη στην πυροδότηση σεξουαλικών αισθημάτων είναι η κλειτορίδα. Όπως και στον άνδρα, οι γενετήσιες αισθητικές ώσεις μεταβιβάζονται στα ιερά μυελοτόμια του νωτιαίου μυελού με το αιδουϊκό νεύρο και το ιερό πλέγμα. Μετά την είσοδο τους στο νωτιαίο μυελό οι ώσεις αυτές μεταβιβάζονται στον εγκέφαλο. Εξάλλου, τοπικά αντανεκλαστικά, υπεύθυνα, κατά ένα μέρος τουλάχιστον, για τον οργασμό της γυναίκας ολοκληρώνεται στην ιερή και την οσφυϊκή μοίρα του νωτιαίου μυελού.

Στύση και εφύγρανση στη γυναίκα. Γύρω από τον πρόδρομο του κόλπου και στην κλειτορίδα υπάρχει στυτικός ιστός σχεδόν όμοιος μ' εκείνον που βρίσκεται στο πέος. Αυτός ο στυτικός ιστός ελέγχεται, όπως και του πέους, με τα παρασυμπαθητικά νεύρα, που φτάνουν στα γεννητικά όργανα με τα στυτικά νεύρα τα οποία ξεκινούν από το ιερό πλέγμα. Στις αρχικές φάσεις της γενετήσιας διέγερσης τα παρασυμπαθητικά νεύρα προκαλούν διαστολή των αρτηριών και σύσπαση των φλεβών των στυτικών ιστών επιτρέποντας, έτσι, τη γρήγορη συγκέντρωση αίματος σ' αυτούς, με αποτέλεσμα ο πρόδρομος του κόλπου να περισφίγγεται γύρω από το πέος. Το γεγονός αυτό συντελεί πολύ

στην κορύφωση της σεξουαλικής διεγέρσεως του άνδρα και, συνεπώς, στην επέλευση της εκσπερμάτισης.

Παρασυμπαθητικές ώσεις φτάνουν επίσης στους αδένες του Bartholini (βαθρολίνειους), που βρίσκονται κάτω από τα μικρά χείλη του αιδοίου, και προκαλούν έκκριση βλέννας απευθείας στο εσωτερικό του προδόμου. Η βλέννα αυτή είναι υπεύθυνη για μεγάλο μέρος της εφύγρανσης των γεννητικών οργάνων στη διάρκεια της σεξουαλικής πράξης. Η εφύγρανση, με τη σειρά της, είναι αναγκαία για να προκληθεί, κατά τη συνουσία, ένα ικανοποιητικό αίσθημα μάλαξης και όχι, όπως συμβαίνει όταν ο κόλπος είναι στεγνός, μηχανικού ερεθισμού. Το αίσθημα της μάλαξης αποτελεί τον άριστο τύπο αισθήματος για την έκλυση των κατάλληλων αντανακλαστικών που καταλήγουν στον οργασμό του ζευγαριού.

Ο οργασμός στη γυναίκα. Όταν η τοπική σεξουαλική διέγερση φτάσει στη μεγαλύτερη της ένταση και, ιδιαίτερα, όταν τα τοπικά αισθήματα υποβοηθούνται από εγκεφαλικές ώσεις που δημιουργούν ανάλογη ψυχική διάθεση, ενεργοποιούνται αντανακλαστικά που προκαλούν τον οργασμό στη γυναίκα, που λέγεται και γυναικεία κορύφωση. Ο οργασμός στη γυναίκα είναι ανάλογος με την ανδρική εκσπερμάτιση και είναι πιθανόν ότι έχει σημασία και για τη γονιμοποίηση του ωαρίου. Πράγματι, είναι γνωστό ότι η γυναίκα είναι κάπως περισσότερο γόνιμη όταν δεχθεί το σπέρμα κατά τη διάρκεια κανονικής συνουσίας, παρά όταν υποβληθεί σε τεχνητή σπερματέγχυση, γεγονός που δείχνει ότι ο οργασμός της διαδραματίζει κάποια σημαντική λειτουργία. Αυτό θα μπορούσε να στηριχθεί στο εξής:

1. Στη διάρκεια του οργασμού οι μύες του περινέου της γυναίκας συσπώνται ρυθμικά, πιθανόν κάτω από την επίδραση νωτιαίων αντανακλαστικών παρόμοιων μ' αυτά που προκαλούν την εκσπερμάτιση του άνδρα. Είναι επίσης πιθανόν ότι τα ίδια αντανακλαστικά αυξάνουν, στη διάρκεια του οργασμού, την κινητικότητα της μήτρας και των ωαγωγών υποβοηθώντας, έτσι, τη μεταφορά των σπερματοζωαρίων προς το ωάριο. Οι σχετικές, πάντως, πληροφορίες είναι ελάχιστες.

2. Σε πολλά κατώτερα ζώα η συνουσία προκαλεί έκκριση ωκυτοκίνης από την οπίσθια υπόφυση, πιθανόν με μεταβίβαση ώσεων από τους αμυγδαλοειδείς πυρήνες διαμέσου του υποθαλάμου. Η ωκυτοκίνη αυξάνει τη συσταλτικότητα της μήτρας, η οποία πιστεύεται ότι προκαλεί γρήγορη μεταφορά των σπερματοζωαρίων. Έχει αποδειχτεί ότι τα σπερματοζωάρια διατρέχουν ολόκληρο το μήκος του ωαγωγού της αγελάδας σε 5 περίπου λεπτά, δηλαδή τουλάχιστον 10 φορές πιο γρήγορα απ' όσο θα κατόρθωναν μόνα τους. Είναι όμως γνωστό αν το φαινόμενο αυτό παρατηρείται και στον άνθρωπο.

Εκτός από τις επιδράσεις του οργασμού στη γονιμοποίηση, τα έντονα σεξουαλικά αισθήματα που αναπτύσσονται στη διάρκεια του οργασμού μεταβιβάζονται στον εγκέφαλο και, με κάποιο τρόπο, οδηγούν σε μια αίσθηση ικανοποίησης που χαρακτηρίζεται από χαλάρωση και ηρεμία και ονομάζεται λύση.

ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ.

Γονιμοποίηση του ωαρίου.

Μετά τη συνουσία τα πρώτα σπερματοζωάρια μεταφέρονται, διαμέσου της μήτρας, στο ωοθηκικό άκρο των ωαγωγών μέσα σε πέντε περίπου λεπτά. Ο χρόνος αυτός είναι πολύ μικρότερος απ' αυτόν που μπορεί να εξασφαλίσει μόνη της ή κινητικότητα των ίδιων των σπερματοζωαρίων και δείχνει ότι υπεύθυνες για τη μετακίνηση των σπερματοζωαρίων είναι πιθανώς και οι προωθητικές κινήσεις της μήτρας και των ωαγωγών. Ωστόσο, έστω και μ' αυτή τη βοήθεια, από το μισό δισεκατομμύριο σπερματοζωαρίων, που μπαίνουν στον κόλπο, μόνο 1.000-3.000 κατορθώνουν να διανύσουν τους ωαγωγούς και να πλησιάσουν στο ωάριο.

Για τη γονιμοποίηση του ωαρίου απαιτείται μόνο ένα σπερματοζωάριο. Επιπλέον, ποτέ σχεδόν δεν μπαίνουν στο ωάριο περισσότερα από ένα σπερματοζωάρια για τον εξής λόγο: η διαφανής ζώνη του ωαρίου έχει δικτυωτή υφή και, όταν το ωάριο διατρηθεί, κάποια ουσία (ίσως κάποιο από τα πρωτεολυτικά ένζυμα του ακροσώματος του σπερματοζωαρίου) διαχέεται έξω από το ωάριο και μέσα στο δίκτυο εμποδίζοντας τη διείσδυση άλλων σπερματοζωαρίων. Στην πραγματικότητα πολλά σπερματοζωάρια επιχειρούν να περάσουν τη διαφανή ζώνη αλλά αδρανοποιούνται μόλις προχωρήσουν σε κάποια απόσταση μέσα σ' αυτήν.

Όταν το σπερματοζωάριο μπει στο ωάριο, η κεφαλή του διογκώνεται γρήγορα και σχηματίζει τον αρσενικό προπυρήνα. Αργότερα τα 23 χρωμοσώματα του αρσενικού προπυρήνα και τα 23 του θηλυκού προπυρήνα συνδυάζονται και σχηματίζουν ξανά, στο γονιμοποιημένο ωάριο, μια κανονική σειρά 46 χρωμοσωμάτων (23 ζεύγη).

Καθορισμός φύλου. Το φύλο του παιδιού καθορίζεται από τον τύπο του σπερματοζωαρίου που θα γονιμοποιήσει το ωάριο-δηλαδή από το αν αυτό θα είναι αρσενικό ή θηλυκό σπερματοζωάριο. Το αρσενικό σπερματοζωάριο έχει ένα φυλετικό χρωμόσωμα Y και 22 αυτόσωμα χρωμοσώματα, ενώ το θηλυκό έχει τα ίδια 22 αυτόσωμα αλλά ένα X φυλετικό χρωμόσωμα. Το ωάριο, αντίθετα, έχει πάντα ένα X (και ποτέ Y) χρωμόσωμα. Μετά τον συνδυασμό των δύο προπυρήνων, αρσενικού και θηλυκού, κατά τη γονιμοποίηση, το (γονιμοποιημένο) ωάριο περιέχει πια 44 αυτόσωμα και 2 φυλετικά χρωμοσώματα, ή 2 X οπότε το παιδί θα είναι κορίτσι ή ένα X και ένα Y οπότε θα γεννηθεί αγόρι.

Μεταφορά και εμφύτευση του αναπτυσσόμενου ωαρίου.

Είσοδος του ωαρίου στον ωαγωγό. Κατά την ωορρηξία το ωάριο μαζί με τον ωοφόρο λόφο, που τον αποτελούν τα προσκολλημένα σ' αυτό κοκκώδη κύτταρα, εξωθείται κατευθείαν στην περιτοναϊκή κοιλότητα απ' όπου πρέπει να

περάσει μέσα σ' ένα ωαγωγό. Το κροσσωτό άκρο κάθε ωαγωγού περιβάλλει φυσιολογικά τη σύστοιχη ωοθήκη και οι εσωτερικές επιφάνειες των κροσσών του επενδύονται από κροσσωτό επιθήλιο, οι κροσσοί του οποίου κινούνται συνεχώς προς το κοιλιακό στόμιο του ωαγωγού. Μπορεί κανείς να παρατηρήσει ένα ανεπαίσθητο ρεύμα υγρού προς το στόμιο και έτσι το ωάριο μπαίνει στον ένα από τους δύο ωαγωγούς.

Μεταφορά του ωαρίου δια του ωαγωγού. Φυσιολογικά η γονιμοποίηση του ωαρίου πραγματοποιείται λίγο μετά την είσοδο του ωαρίου στον ωαγωγό. Μετά τη γονιμοποίηση χρειάζονται, φυσιολογικά, τρεις μέρες για τη μεταφορά του ωαρίου, δια του ωαγωγού, στην κοιλότητα της μήτρας. Η μεταφορά αυτή πραγματοποιείται κυρίως με την υποτυπώδη ροή ενός υγρού, που κινείται πάντα με κατεύθυνση προς τη μήτρα με την ενέργεια του κροσσωτού επιθηλίου του ωαγωγού. Είναι επίσης πιθανό ότι στην προώθηση του ωαρίου συντελούν και οι ασθενείς συστολές του ωαγωγού.

Η βραδεία αυτή μεταφορά του ωαρίου δια του ωαγωγού επιτρέπει σ' αυτό την πραγματοποίηση μερικών σταδίων της διαίρεσης του προτού μπει στη μήτρα. Μέσα σ' αυτό το διάστημα τα εκκριτικά κύτταρα του ωαγωγού παράγουν μεγάλες ποσότητες εκκρίματος που προορίζεται για τη θρέψη του ωαρίου που αναπτύσσεται.

Εμφύτευση του ωαρίου στη μήτρα. Όταν το ωάριο, που αναπτύσσεται, φτάσει στη μήτρα, δεν εμφυτεύεται συνήθως αμέσως στο ενδομήτριο αλλά παραμένει στην κοιλότητα της για 4-5 μέρες ακόμα, γεγονός που σημαίνει ότι φυσιολογικά η εμφύτευση πραγματοποιείται 7 ή 8 μέρες μετά την ωορρηξία. Σ' αυτό το διάστημα το ωάριο τρέφεται από τα εκκρίματα του ενδομητρίου, το λεγόμενο «γάλα της μήτρας».

Η εμφύτευση είναι αποτέλεσμα της δράσης των τροφοβλαστικών κυττάρων που αναπτύσσονται στην επιφάνεια της βλαστικής κύστης. Τα κύτταρα αυτά εκκρίνουν πρωτεολυτικά ένζυμα που πέπτουν και ρευστοποιούν τα κύτταρα του ενδομητρίου. Ταυτόχρονα, μεγάλο μέρος του υγρού και των θρεπτικών ουσιών που απελευθερώνονται μ' αυτό τον τρόπο απορροφούνται ενεργητικά στο εσωτερικό της βλαστικής κύστης, αφού φαγοκυτταρωθούν από τα τροφοβλαστικά κύτταρα, και αποτελούν το μέσο με το οποίο εξασφαλίζεται η παραπέρα αύξηση της βλαστικής κύστης. Ταυτόχρονα επίσης, άλλα τροφοβλαστικά κύτταρα σχηματίζουν κυτταρικές χορδές που επεκτείνονται ως τις βαθύτερες στιβάδες του ενδομητρίου στις οποίες προσκολλώνται. Μ' αυτό τον τρόπο η βλαστική κύστη «σκάβει» μια κοιλότητα στο ενδομήτριο ενώ ταυτόχρονα προσηλώνεται σ' αυτό.

Μετά την εμφύτευση τα τροφοβλαστικά και τα κύτταρα που βρίσκονται κάτω από αυτά πολλαπλασιάζονται γρήγορα και, μαζί με τα κύτταρα του ενδομητρίου της μητέρας, σχηματίζουν τον πλακούντα και τους διάφορους υμένες του εμβρύου.

Αρχική ενδομήτρια σίτιση του εμβρύου. Καθώς τα τροφοβλαστικά κύτταρα διηθούν το ενδομήτριο, πέπτοντας και απορροφώντας το, οι θρεπτικές ουσίες που είναι εναποθηκευμένες στα μεγάλα κύτταρά του, τα λεγόμενα

κύτταρα του φθαρτού υμένα, χρησιμοποιούνται από το έμβρυο για την αύξηση και τη σωστή του ανάπτυξη. Αυτές αποτελούν και το μοναδικό μέσο από το οποίο το έμβρυο μπορεί να προσλάβει θρεπτικά συστατικά στη διάρκεια της πρώτης εβδομάδας μετά την εμφύτευση, αλλά, κατά μεγάλο μέρος, και για τις επόμενες 8-12 εβδομάδες, παρόλο που μικρές ποσότητες θρεπτικών ουσιών φθάσουν διαμέσου του πλακούντα μετά τη 16^η περίπου μέρα από τη γονιμοποίηση (δηλαδή λίγο μετά την πρώτη εβδομάδα αφ' ότου γίνει η εμφύτευση).

ΥΓΙΕΙΝΗ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ.

Σκοπός της υγιεινής του γεννητικού συστήματος είναι η πρόληψη των σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων. Τα μέτρα υγιεινής και καθαριότητας του γεννητικού συστήματος εφαρμόζονται ευκολότερα στον άνδρα παρά στην γυναίκα.

Το πέος και γενικά όλη η περιοχή του ανδρικού γεννητικού συστήματος είναι πιο προσιτή στον τοπικό καθαρισμό, σε σχέση με τον κόλπο της γυναίκας, ο οποίος παρουσιάζει κοιλότητες (θόλοι κλπ.)

Κατ' αρχήν, στον άνδρα, τραβιέται η πύσθη του πέους προς τα κάτω έτσι ώστε να αποκαλυφθεί ολόκληρη η βάλανος. Στη συνέχεια γίνεται πλύσιμο με άφθονο νερό (ντους) και σαπούνι.

Ο τοπικός καθαρισμός με άφθονο νερό και σαπούνι είναι τα καλύτερα μέτρα που μπορεί να πάρει κάποιος για προληπτικούς λόγους. Αν παρουσιαστεί ερεθισμός, μπορεί να γίνει τοπικός καθαρισμός με άφθονο χαμόμηλο. Αν ο ερεθισμός επιμένει, ιδίως αν βγαίνει υγρό από την ουρήθρα, τότε η εξέταση από γιατρό (ανδρολόγο, ουρολόγο ή μικροβιολόγο) είναι απαραίτητη. Ο γιατρός παίρνει από την ουρήθρα υγρό για καλλιέργεια με σκοπό την εντόπιση του παθογόνου μικροοργανισμού, που προκαλεί την φλεγμονή, και στη συνέχεια δίνει το κατάλληλο αντιβιοτικό. Η θεραπεία μερικές φορές συμπληρώνεται με την χρησιμοποίηση κάποιου αντισηπτικού διαλύματος ή αλοιφής για τοπική χρήση.

Και στη γυναίκα το πλύσιμο με νερό βοηθάει πολύ την τοπική καθαριότητα. Κάθε μέρα και οπωσδήποτε μετά από κάθε επαφή, ακόμα και στην έμμηνο ρύση, πρέπει να γίνεται τοπικός καθαρισμός της αιδοϊκής και περιπρωκτικής χώρας με άφθονο νερό και σαπούνι. Μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί και χαμόμηλο. Μετά την επαφή, πρέπει να γίνεται κολπική πλύση με άφθονο νερό. Το νερό δεν πρέπει να ρίχνεται με πίεση μέσα στον κόλπο, γιατί παρασύρει μικρόβια προς τον τράχηλο και τη μήτρα. Καθημερινές κολπικές πλύσεις, χωρίς να υπάρχει ιδιαίτερος λόγος, δεν πρέπει να γίνονται, γιατί καταστρέφουν την οξύτητα και τους μικροοργανισμούς του κόλπου (χλωρίδα του κόλπου).

Οι περισσότερες γυναίκες έχουν τον δικό τους τρόπο να κάνουν κολπική πλύση. Σήμερα, υπάρχουν ειδικές συσκευές για κολπική πλύση, οι οποίες προωθούν με ευκολία το αντισηπτικό διάλυμα μέσα στον κόλπο. Η γυναίκα κάθεται στην λεκάνη της τουαλέτας, ή στην μπανιέρα και στη συνέχεια χρησιμοποιεί την συσκευή. Το αντισηπτικό κολπικό διάλυμα δεν χρησιμοποιείται όπως είναι. Τις περισσότερες φορές αραιώνεται με νερό σύμφωνα με τις οδηγίες.

Πρόκειται για φάρμακα που τοποθετούνται μέσα στον κόλπο για την αντιμετώπιση συνήθως της κολπίτιδας ή τραχηλίτιδας, οι οποίες οφείλονται σε μικρόβια, όπως οι τριχομονάδες, οι μύκητες κλπ. Το υπόθετο που το τοποθετεί η γυναίκα χρησιμοποιώντας ένα γάντι μιας χρήσης πρέπει να μπαίνει βαθιά

μέσα στον κόλπο. Μερικές φορές όμως δεν λιώνει και είναι πιθανόν να βγει το επόμενο πρωί. Αυτό δεν σημαίνει ότι η θεραπεία θα σταματήσει. Η γυναίκα πρέπει να χρησιμοποιήσει το επόμενο υπόθετο.

Η κολπική κρέμα τοποθετείται μέσα στον κόλπο με ειδικό ρύγχος. Τις περισσότερες φορές ο γιατρός συνιστά να γίνεται κολπική πλύση πριν γίνει η τοποθέτηση του υπόθετου ή της αλοιφής. Δεν επιτρέπεται οποιασδήποτε αλοιφής, υπόθετου ή αντισηπτικού διαλύματος χωρίς προηγούμενα να υπάρχει η ανάλογη συμβουλή από τον γιατρό. Μερικές γυναίκες παίρνουν οδηγίες από φίλες για την περιποίηση των γεννητικών οργάνων ή και για την αντιμετώπιση κάποιου ερεθισμού. Κάτι τέτοιο στη σημερινή εποχή είναι απαράδεκτο. Η γυναίκα πρέπει να επισκέπτεται τον γυναικολόγο της τακτικά και να παίρνει απ' αυτόν τις σωστές οδηγίες.

Η εξέταση από τον γυναικολόγο είναι απαραίτητο να γίνεται κάθε 6 μήνες – 1 χρόνο το αργότερο, άσχετα από το αν υπάρχει κάποιο σύμπτωμα ή όχι. Κατά την επίσκεψη στον γιατρό γίνεται και η εξέταση κατά Παπανικολάου.

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ.

Πολλοί νέοι υποφέρουν πραγματικά από σεξουαλικές διαταραχές, και γι' αυτό ενδιαφέρονται να μάθουν γι' αυτές. Το κάνουν με την πρώτη ευκαιρία που θα τους δοθεί π.χ. σε συγκεντρώσεις ομάδων με εισηγητές, σχετικά με τη σεξουαλικότητα. Πρέπει να ξεκαθαρίσουμε όμως ότι πρόκειται για ζήτημα διαπαιδαγώγησης, σε τελευταία ανάλυση, δηλαδή για ζήτημα που αφορά την κοινωνική μας τάξη πραγμάτων. Πολλές από τις διαταραχές αυτές που, με τη διάρκεια τους, έχουν κιόλας καταστρέψει τη ζωή πολλών νέων ή τους έχουν κάνει ανίκανους να εργαστούν, μπορούν να θεραπευτούν εύκολα αμέσως μόλις εμφανιστούν αν γνωρίζαμε με ακρίβεια τη φύση τους, μπορούν όμως να μετατραπούν σε μόνιμες διαταραχές αν αγνοήσουμε τις πραγματικές τους συνθήκες.

Μια από τις πιο συχνές ερωτήσεις που κάνουν οι νέοι είναι αυτή που αφορά στις δυνατότητες καταπολέμησης της ψυχρότητας στο κορίτσι και της πρόωρης εκσπερμάτωσης στο αγόρι. Για να απαντήσουμε σ' αυτό πρώτα πρέπει να καθορίσουμε ποιες είναι οι υπάρχουσες διαταραχές και πως δημιουργούνται.

Στο αγόρι και το κορίτσι εμφανίζονται οι παρακάτω μορφές σημαντικών διαταραχών.

- **Διαταραχή της στύσης :** Το σημαντικότερο ίσως σεξουαλικό πρόβλημα που φαίνεται να καίει τον άνδρα αλλά και τη γυναίκα είναι η διαταραχή της στύσης.

Η διαταραχή της στύσης κυμαίνεται σε ποσοστό 25% του ανδρικού πληθυσμού σε φάσμα ηλικίας τα 20 έως τα 65 χρόνια. Και όσο κι αν τρομάζει, είναι γεγονός ότι 1:4 Έλληνες παρουσιάζει, κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής του ζωής, πρόβλημα στη στύση του, που στο μεγαλύτερο ποσοστό του συνοδεύεται και από το φαινόμενο της πρόωρης εκσπερμάτωσης.

Πρώτο βασικό αίτιο της στυτικής διαταραχής είναι το άγχος. Πράγματι, η ίδια η καθημερινή μας ζωή μας καθηλώνει μέσα από το πρέπει και τη συνεχή διεκδίκηση ενός ρόλου που επάνω στο σεξ θα βγάλει υπερένταση, εκνευρισμό και δεν μας αφήνει να χαλαρώσουμε και να χαρούμε το σεξ.

Ο αγχώδης και βιαστικός άνδρας κινδυνεύει ανά πάσα στιγμή να χάσει χωρίς λόγο και αιτία τη στύση του. Όταν το μυαλό του είναι γεμάτο από χιλιάδες άλλες σκέψεις μέσα στο ερωτικό παιχνίδι, η ερωτική του διάθεση αδειάζει μένοντας μηχανικά κάτω από μια υποχρέωση του να κάνει έρωτα, παρά από την ανάγκη του «θέλω να κάνω έρωτα».

Η σεξουαλική επαφή προϋποθέτει στον άνδρα ψυχική διάθεση, δεν θα είναι βιαστικός και αγχωμένος και να θυμάται ότι μπορεί να ζητάει τη διακοπή του ερωτικού παιχνιδιού, χωρίς να φοβάται και να πιστεύει ότι θα τον υποτιμήσει η σύντροφος του. Ακόμη, να ξέρει ότι και αν χαλαρώσει σε κάποια φάση η στύση του, να μη συνεχίσει να επιμένει εγωιστικά να ξαναφτιάξει στύση στην συγκεκριμένη στιγμή, γιατί όσο και αν προσπαθήσει αυτό δεν θα

γίνει. Ο άνδρας εκεί συνήθως «την πατάει», γιατί σχεδόν ο ένας στους 2 άνδρες μπορεί να χάσει τη στύση του χωρίς να σημαίνει ότι θα οδηγηθεί σε κάποιο σεξουαλικό πρόβλημα. Το πρόβλημα θα αρχίσει από τη στιγμή που εκείνος θα επιμένει, να φτιάξει τη χαμένη στύση, ενώ μέσα στο μυαλό του θα αρχίσει η αγωνία, ο θυμός και το αίσθημα της μειονεξίας, νιώθοντας ότι η γυναίκα τον βλέπει σαν μη ικανό να συνεχίσει την ερωτική επαφή. Αποτέλεσμα θα είναι να καρφωθεί μέσα στο μυαλό του αυτό που έπαθε και με μεγάλη πιθανότητα να αρχίσουν σκέψεις φοβίας και ανασφάλειας για την επόμενη φορά, κάνοντας τον να νιώθει ότι δεν κάνει έρωτα αλλά ότι δίνει ... εξετάσεις.

Όλα αυτά θα μπορούσαν να μην έχουν συμβεί, αν και οι δύο σύντροφοι δεχόντουσαν ότι αυτή η στύση που χάθηκε από το άγχος στη δεδομένη στιγμή, θα ξανάρθει μετά από λίγο εφόσον και οι δύο ήρεμα και απλά φύγουν από το ερωτικό τους κρεβάτι, βλέποντας ότι σεξουαλική τους επαφή δεν σταματάει σ' αυτό το τυχαίο γεγονός.

Καλό είναι να πούμε ότι μερικές ψυχικές διαταραχές και παθήσεις μπορεί να προκαλέσουν προβλήματα στη στύση, όπως η κατάθλιψη όπου ο άνδρας έχει χάσει το ερωτικό του ενδιαφέρον και οι στύσεις του έχουν αραιώσει. Άλλες ψυχολογικές διαταραχές στον άνδρα είναι οι επιγενείς του άγχους (συναισθηματικές κρίσεις, επαγγελματικές αμφισβητήσεις, η απόρριψη, η απώλεια συντρόφου) ενώ και σοβαρές ψυχικές παθήσεις, όπως ψυχώσεις, βαριές νευρώσεις.

Ακόμη η κρίση της ηλικίας των 50 χρόνων, μπορεί να τον οδηγήσουν σε κάποια στυτική διαταραχή. Εδώ ίσως θα ενοχοποιούσαμε και ορμονικούς παράγοντες, όπως η πτώση της τεστοστερόνης, χωρίς να σημαίνει ότι ο άνθρωπος αυτός έχει οργανικό πρόβλημα.

Υπάρχουν κάποιες παθήσεις που προκαλούν πρόβλημα στη στύση του άνδρα, μια από αυτές είναι ο σακχαρώδης διαβήτης. Το σάκχαρο ύπουλα και αθόρυβα πολλές φορές καταστρέφει νεύρα και αγγεία του πέους, όπως και σε άλλα μέρη του σώματος, ώστε να αρχίσει να χαλάει σιγά-σιγά τη σκληρότητα της στύσης που υπάρχει μεν αλλά... μαλακιά δε!

Σε προχωρημένη διαταραχή της συγκεκριμένης νόσου, η στύση φαίνεται να χάνεται όπου η στυτική βλάβη είναι ολική και μόνιμη. Θα λέγαμε λοιπόν ότι ο μεγαλύτερος εχθρός της στύσης από οργανικής απόψεως είναι ο σακχαρώδης διαβήτης.

Υπέρταση και πάχος, σκοτώνουν την ανδρική σεξουαλικότητα. Οι παχύσαρκοι, έχει παρατηρηθεί, εκτός του ότι είναι... αντισεξουαλικοί αισθητικά έχουν εύκολο «λαχάνιασμα» στη σεξουαλική πράξη και ευκολότερα χάνουν τη στυτική τους διάρκεια. Αγγειοπάθειες, γενικώς, απειλούν τη σωστή ροή αιμάτωσης του πέους που μαζί με τη χοληστερηναιμία, υπερλιπιδαιμία, εμφανίζουν καρδιοαγγειακά νοσήματα και κατ' επέκταση διαταραχές στην αιμάτωση της στύσης (χωρίς να είναι απαραίτητο).

Μια μικρή ευθύνη μπορεί να έχουν και προβλήματα που δείχνουν ότι η τεστοστερόνη δεν είναι φυσιολογική, δηλαδή σε ορμονολογικές διαταραχές ή σε καταστάσεις που η ανδρική σεξουαλική ορμόνη (τεστοστερόνη) είναι

σχεδόν απύσπαστα στις εργαστηριακές μετρήσεις. Εδώ κυρίως βλέπει κανείς την ερωτική απάθεια του άνδρα, καθώς και τη σεξουαλική ψυχρότητα που τον περιβάλλει. Δεν έχει ερωτική επιθυμία και φυσικά οι στύσεις είναι σαφώς ελαττωμένες ως και ανασταλμένες.

Η οργανική ανικανότητα κάνει τον άνδρα να αισθάνεται ότι μπαίνει στο περιθώριο μη έχοντας το δικαίωμα να συνεχίσει, ενώ έχει την επιθυμία και τη διάθεση, τη σεξουαλική του ζωή. Για την αντιμετώπιση όλων των σεξουαλικών διαταραχών, η σύγχρονη ιατρική επιστήμη και σεξολογία έχει να δώσει συγκεκριμένες απαντήσεις και θεραπείες τόσο στο ψυχολογικό όσο και στον οργανικό παράγοντα.

Ο άνδρας που έχει οποιοδήποτε σεξουαλικό πρόβλημα να μη νιώθει απογοητευμένος και ξοφλημένος σεξουαλικά, να θυμάται ότι στο πρόβλημα αυτό συμμετέχει και μπορεί να βοηθήσει ουσιαστικά και η σύντροφος του, να μην κρύβεται από αυτήν και να ξέρει ότι η γυναίκα δεν μένει, όταν θέλει έναν άνδρα, έξω από το πρόβλημα, κάτι που θα την κάνει να νιώσει και εκείνη καλά, να το μοιραστεί μαζί του και μαζί αν χρειαστεί να πάνε στον ειδικό αφού πρώτα δουν ο ένας ξεκάθαρα τον άλλο, όχι με ενοχές και φόβο στο «ποιος και τι φταίει», αλλά πάντα με το μήνυμα ότι το σεξουαλικό πρόβλημα δεν είναι δικό μου ή δικό σου αλλά είναι δικό μας όπως είναι δικιά μας η ερωτική επαφή και ικανοποίηση που ζητάμε ο ένας από τον άλλον...

- **Πρόωρη εκσπερμάτιση :** Η πρόωρη εκσπερμάτιση συνιστάται στο ότι η εκσπερμάτωση στο αγόρι δε γίνεται μετά από ένα ορισμένο χρονικό διάστημα μετά την έναρξη της σεξουαλικής επαφής αλλά είτε πριν από την είσοδο του πέους στον κόλπο είτε αμέσως μετά. Η πρόωρη εκσπερμάτιση εμποδίζει την πλήρη ανακούφιση, δεν μένει πια αρκετός καιρός για τη συγκέντρωση του ερεθισμού στο γεννητικό όργανο συνακόλουθα δεν είναι δυνατό να ολοκληρωθεί η σεξουαλική διέγερση.

Η πρόωρη εκσπερμάτιση, για το κορίτσι, εμποδίζει την πλήρη ικανοποίηση. Κι αυτή η διαταραχή είναι αποτέλεσμα της παιδικής σεξουαλικής καταπίεσης και της διαμόρφωσης του σεξουαλικού άγχους. Συχνά μπορεί να θεραπευτεί ή να μειωθεί εύκολα χάρη στην κατάλληλη συμπεριφορά. Συχνά προκαλείται από μια αγχωτική βιασύνη κατά τη διάρκεια της επαφής ή από έντονο προηγούμενο ερεθισμό. Συχνά, οφείλεται ιδιαίτερα στους νέους προλετάρους, στο γεγονός ότι πολλές φορές κάνουν τη σεξουαλική πράξη χωρίς να γδυθούν ή μ' ένα διαρκή φόβο μήπως τους αντιληφθούν. Συχνά ακόμη η πρόωρη εκσπερμάτιση οφείλεται απλά και μόνο σε αραιές σεξουαλικές επαφές.

Ανάλογα με την περίπτωση μπορεί να θεραπευτεί η διαταραχή αποφεύγοντας να συμπεριφερόμαστε με βεβιασμένο τρόπο κατά τη διάρκεια της σχέσης, αρχίζοντας την σιγά-σιγά και με προσοχή, αποφεύγοντας να έχουμε σεξουαλικές επαφές χωρίς να γδυνόμαστε, αποφεύγοντας την επί μεγάλο χρονικό διάστημα διατήρηση του ερεθισμού πριν από την πράξη και έχοντας σεξουαλικές επαφές τόσες φορές όσες χρειάζεται. Νεαροί έφηβοι θα παρατηρήσουν ότι είναι εύκολο πράγμα να δίνουμε τέτοιες συμβουλές. Τι

γίνεται όμως όταν δεν δίνεται καμία ευκαιρία να κάνουν έρωτα ήρεμοι κι όταν μπορούν θα θεωρούνται τυχεροί, κάτω από τις συνθήκες που διαβιώνει η προλεταριακή νεολαία, αν μπορεί να ικανοποιεί τις σεξουαλικές της ανάγκες από καιρό σε καιρό; Με την παρατήρηση αυτή οι νέοι εκφράζουν μόνοι τους αυτό που τονίζουμε ακατάπαυστα, δηλαδή ότι δεν μπορεί να φτάσει σε αίσιο αποτέλεσμα ή πάλη για μια ικανοποιητική σεξουαλική ζωή παρά μόνο με την πάλη ενάντια στον καπιταλισμό και τη σεξουαλική αντίδραση. Οφείλουμε ακόμη να βοηθήσουμε τους εαυτούς μας και να δημιουργήσουμε οι ίδιοι μέσω των επαναστατικών οργανώσεων, κέντρα σεξουαλικών συμβουλών για τους νέους, όπου αυτοί θα παίρνουν από εκεί όχι μόνο αντισυλληπτικά μέσα αλλά και μια σωστή σεξουαλική και πολιτική πληροφόρηση.

Σχετικά με τις ικανότητες πάλης και το πνευματικό σφρίγος των νέων είναι γνωστό ότι τίποτα δεν είναι περισσότερο επιζήμιο εκτός απ' την υλική αθλιότητα όσο οι αντιξοότητες της σεξουαλικής ζωής.

□ **Ψυχρότητα** : Υπάρχει ένα μεγάλο ποσοστό γυναικών, που παραπονιούνται για ψυχρότητα.

Ψυχρότητα είναι η λέξη που χρησιμοποιείται για την περιγραφή της ελαττωμένης σεξουαλικής αισθήσεως στη γυναίκα. Καλύπτει ολόκληρη την κλίμακα της μειωμένης σεξουαλικής ανταποκρίσεως, από την πλήρη αποφυγή της σεξουαλικής επαφής μέχρι την τυχαία απώλεια ενός οργασμού. Καλύτερος όρος είναι ίσως «μειωμένη οργασμική ικανότητα».

Βασικό πρόβλημα της μειωμένης οργασμικής ικανότητας αποτελεί ότι ο εγκέφαλος και ο κόλπος δεν συνδέονται κατάλληλα μεταξύ τους. Είναι σαν ένα τηλέφωνο με καλώδια που δεν κάνουν καλή επαφή. Μερικές φορές η γραμμή διακόπτεται στη μέση της συνομιλίας. Μερικές φορές, το μήνυμα μεταδίδεται, αλλά μπερδεύεται κατά την διαδικασία της μεταβίβασης. Μερικές φορές, τα δύο μέρη παίρνουν λάθος αριθμό και μερικές φορές το τηλέφωνο ούτε καν κουδουνίζει.

Τότε η μειωμένη οργασμική ικανότητα είναι πλήρης και απόλυτη. Τα σεξουαλικά όργανα είναι ανύπαρκτα όσον αφορά την εξυπηρέτηση των πρακτικών τους σκοπών. Η γυναίκα που βρίσκεται στην κατάσταση αυτή έχει απαρνηθεί κάθε ενδιαφέρον για το σεξ και τα σεξουαλικά θέματα. Παρεξηγείται από την οικογένεια και τους φίλους της και περνά στο μισοσκοτάδο των περιθωρίων της κοινωνικής ζωής, θεωρούμενη σαν «απογοητευμένη γεροντοκόρη», τίτλος που σαφώς δεν της ταιριάζει.

Κανένας ψυχίατρος δεν συνάντησε μια γυναίκα με την ανωμαλία αυτή, η οποία να έχει ανατραφεί από γονείς που την αγαπούσαν, μέσα σε ζεστό και ασφαλές οικογενειακό περιβάλλον. Οι περισσότερες πάσχουσες υποφέρουν κατά την παιδική ηλικία τους και αργότερα από σοβαρές συγκινησιακές στερήσεις. Η συμπεριφορά τους ως ενήλικες φαίνεται συχνά σαν ένα υποσυνείδητο μέσον συνεχίσεως της ψυχρότητας και της μονώσεως που δοκιμάζουν όταν ήταν παιδιά.

Από μηχανική πλευρά, τα γυναικεία γεννητικά όργανα είναι ίσως το τελειότερο υπόδειγμα εξασφαλισμένου από βλάβη μηχανισμού, από όσα υπάρχουν στον σημερινό κόσμο. Κάθε μηχανισμός έχει και μια εναλλακτική λύση στην οποία καταφεύγει για την περίπτωση που κάτι δεν πάει καλά. Παρ' όλα αυτά όμως, μερικές φορές κάτι πηγαίνει στραβά από σωματική άποψη. Ώσπου να γίνει η αναπροσαρμογή του μηχανισμού ο οργανισμός είναι αδύνατος. Το μεγαλύτερο εμπόδιο γι' αυτό είναι ο παρθενικός υμένας. Η μικρή αυτή μεμβράνη μπορεί να προκαλέσει διακοπή εργασιών εάν έχει τέτοια προδιάθεση.

Αν ο υμένας είναι σκληρός και χοντρός μπορεί να αποκρούσει επιτυχώς οποιαδήποτε έφοδος, ακόμα και του πιο αποφασιστικού πέους.

Κάθε φορά που το πέος προσκρούει επάνω στον τεντωμένο υμένα, αφήνει πίσω του ακόμη περισσότερο πόνο και οίδημα. Και αυτός είναι ένας σημαντικός λόγος να ζητηθεί διακοπή εργασιών.

- **Δυσπαρευνία** : Στην περίπτωση αυτή, τα πάντα είναι πόνος. Η προσπάθεια να εισχωρήσει το πέος στον κόλπο είναι οδυνηρή. Οι πυελικές ωθήσεις είναι οδυνηρές. Στις σπάνιες περιπτώσεις που παρατηρείται οργασμός είναι και αυτός οδυνηρός.

Σε μερικές περιπτώσεις η βασική αιτία είναι φυσική. Κάθε μόλυνση της πυέλου ή των γεννητικών οργάνων κάνει δύσκολη τη συνουσία. Οι περιπτώσεις αυτές είναι συνήθως εμφανής και οδηγούν γρήγορα προς την θεραπεία.

Άλλη μια πηγή οδυνηρής συνουσίας, σε μεταγενέστερη περίοδο της ζωής, μπορεί να είναι η έλλειψη οιστρογόνου, ορμόνη κατά την εμμηνόπαυση. Μόλις αποκατασταθεί η έλλειψη ορμονών, παύει και ο πόνος.

Οι φυσικοί λόγοι της δυσπαρευνίας αντιπροσωπεύουν το 10% περίπου του συνόλου. Τα άλλα 90% των γυναικών που βρίσκουν οδυνηρή τη σεξουαλική επαφή, λένε απλώς με τον κόλπο αυτά που δεν θέλουν ή δεν μπορούν να πουν με τα χείλη. «Το σεξ μου κάνει κακό». Είναι ο προσωπικός τους τρόπος για να γλιτώσουν από ένα αδιέξοδο.

Είναι αλήθεια λοιπόν, ότι η γυναίκα που έχει δυσπαρευνία και που είναι εγκλωβισμένη μέσα στον πόνο και στο φόβο, όταν αφηθεί στα χέρια του συντρόφου της, με την παρουσία του θα την κάνει να πιστέψει ότι μαζί μπορούν να το ξεπεράσουν .

Ευτυχώς, σήμερα οι αντιλήψεις έχουν διαφοροποιηθεί και τα νεαρά ζευγάρια συνειδητοποιούν πιο καλά το ψυχολογικό πρόβλημα της δυσπαρευνίας, προσπαθώντας να το ξεπεράσουν μέσα από τη δική τους σχέση. Βέβαια ένα σημαντικό ποσοστό χρειάζεται τη βοήθεια του ειδικού γιατρού, που με τους θεραπευτικούς χειρισμούς βοηθάει και τους δύο να ξεπεράσουν αυτόν τον ψυχολογικό πόνο που τους «κόβει» τη σεξουαλική τους επαφή. Γιατί, όπως μαζί δεν μπορούν να χαρούν τον έρωτα, έτσι και μαζί το ξεπερνούν ο ένας «μέσα» στον άλλον...

ΕΛΕΓΧΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΝ (ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ-ΔΙΑΚΟΠΗ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ).

Υπολογίζεται ότι το 1985 γεννιόντουσαν στον κόσμο 44 περίπου παιδιά κάθε 10 δευτερόλεπτα, ενώ στο ίδιο χρονικό διάστημα πέθαιναν 17 συνάνθρωποι μας. Έτσι, 27 νέες υπάρξεις στα 10 δευτερόλεπτα ή 200.000 στο 24ωρο έρχονται να προστεθούν στον πληθυσμό της γης, που φθάνει σήμερα τα.....

Απ' αυτά γίνεται φανερό πως ο πλανήτης μας αντιμετωπίζει κιόλας πρόβλημα υπερπληθυσμού. Το πρόβλημα θα γίνεται ολοένα και οξύτερο αφού ο σημερινός ρυθμός αύξησης είναι ο υψηλότερος στην ιστορία.

Η αύξηση των γεννήσεων που αφορά κύρια τις χώρες του Τρίτου κόσμου (Ασία, Αφρική), όπου ζει και το 70% του παγκόσμιου πληθυσμού, δεν συνοδεύεται αντίστοιχα από αύξηση των διαθέσιμων αγαθών. Έτσι έχουμε ως αποτέλεσμα μείωση του κατά κεφαλή εισοδήματος, χειροτέρευση των συνθηκών διατροφής, λιγότερες δυνατότητες για απόκτηση κατοικίας, παροχής υπηρεσιών υγείας και εκπαίδευσης. Παράλληλα η καλλιεργήσιμη γη μειώνεται, τα δάση εξαφανίζονται, και το φυτικό και ζωικό περιβάλλον καταστρέφονται. Οι νέοι άνθρωποι αναγκάζονται να παίρνουν το δρόμο προς τις πόλεις ή να μεταναστεύουν. Στις περισσότερες περιπτώσεις υποαπασχολούνται ή εκλιπαρούν στις βιομηχανικά αναπτυγμένες χώρες για μια θέση δουλειάς, αποτελώντας «τα φθηνά εργασιακά χέρια» και δημιουργώντας στο πλαίσιο κάποιας μεγαλούπολης υποανάπτυκτες ζώνες (γκέτο), με άθλιες συνθήκες διαβίωσης.

Παρά το ότι η βοήθεια που μπορεί να δώσουν οι αναπτυγμένες στις αναπτυσσόμενες χώρες μπορεί να αυξηθεί με τη μείωση περιττών δαπανών και την καλύτερη αξιοποίηση των πλουτοπαραγωγικών πηγών, το πρόβλημα θα γίνεται προοδευτικά εντονότερο, αν δεν μειωθεί ο ρυθμός των γεννήσεων.

Αυτό μπορεί να επιτευχθεί, αν οι άνθρωποι ενημερωθούν περισσότερο στις βασικές αρχές που χαρακτηρίζουν την αναπαραγωγή, καθώς και στις δυνατότητες που μπορεί να έχουν, ώστε να ξεχωρίζουν την σεξουαλική ευχαρίστηση απ' την αναπαραγωγική λειτουργία πέρα από θρησκευτικές ή εθνικιστικές παρορμήσεις.

Σύμφωνα με τη Διακήρυξη των Ανθρώπινων Δικαιωμάτων του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών, οι γονείς πρέπει να έχουν το δικαίωμα να αποφασίζουν για τον αριθμό των παιδιών και το μέγεθος της οικογένειας που επιθυμούν. Με βάση αυτή τη Διακήρυξη έχουν δημιουργηθεί στις περισσότερες χώρες Υπηρεσίες Οικογενειακού Προγραμματισμού, με σκοπό την ενημέρωση του πληθυσμού σε θέματα αντισύλληψης και ελέγχου των γεννήσεων. Με την εφαρμογή τέτοιων εκτεταμένων προγραμμάτων, που σε ορισμένες χώρες (Κίνα) συνοδεύονται από κρατική επιδότηση των ολιγομελών οικογενειών, ελπίζεται ότι ο ρυθμός των γεννήσεων θα ελαττωθεί. Θα υπάρξει έτσι μείωση της παιδικής θνησιμότητας, βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης διατροφής και υγείας, περισσότερες ευκαιρίες για εκπαίδευση και απασχόληση, λιγότερη

αστυφιλία και μετανάστευση, βελτίωση της κοινωνικής θέσης της γυναίκας, που σε πολλές κοινωνίες χρησιμοποιείται σαν μέσο για την απόκτηση παιδιών χωρίς ενδεχόμενο να το επιθυμεί.

Είναι γνωστό ότι η χώρα μας αντιμετωπίζει έντονο δημογραφικό πρόβλημα υπογεννητικότητας. Ο ρυθμός αύξησης του πληθυσμού είναι πολύ χαμηλός και τελευταία τείνει να γίνει μηδενικός.

Έτσι, η σύσταση Υπηρεσιών Οικογενειακού Προγραμματισμού, καθώς και κάθε προσπάθεια ενημέρωσης σε θέματα αντισύλληψης, δεν έχει στην χώρα μας το νόημα μιας συστηματικής εκστρατείας για τον περιορισμό των γεννήσεων. Υλοποιεί όμως το δικαίωμα, που έχει κάθε ζευγάρι, στην επιλογή του κατάλληλου χρόνου για την απόκτηση παιδιών και τον σχεδιασμό του μεγέθους της οικογένειας του. με τον τρόπο αυτό είναι δυνατόν μακροπρόθεσμα να ελαττωθεί ο αριθμός των εκτρώσεων, που όχι σπάνια οδηγούν σε προβλήματα υπογονιμότητας, λόγω των επιπλοκών τους. Στόχος, τέλος, μιας τέτοιας ενημέρωσης μπορεί να είναι η μείωση των εκτός γάμου ανεπιθύμητων κυήσεων, καθώς και εκείνων που μπορεί να οδηγήσουν στην γέννηση προβληματικών παιδιών.

Με τον όρο «αντισύλληψη» εννοούμε τα μέσα και τις τεχνικές που εφαρμόζονται, για να εμποδίσουν την εγκυμοσύνη.

Οι σπουδαιότερες προϋποθέσεις για κάθε μέθοδο αντισύλληψης είναι η αποτελεσματικότητά της (για αποφυγή της εγκυμοσύνης), η ελαχιστοποίηση των παρενεργειών, η ευκολία στην εφαρμογή και τέλος η αναστρεψιμότητά της.

Όλες οι αντισυλληπτικές μέθοδοι μπορεί ν' αποτύχουν, είτε γιατί η αποτελεσματικότητά τους δεν φτάνει το 100%, είτε γιατί δεν χρησιμοποιούνται σωστά. Επιπλέον οι πιο αποτελεσματικές μέθοδοι μπορεί να έχουν περισσότερες και σοβαρότερες παρενέργειες.

Όταν το ποσοστό των ανεπιθύμητων κυήσεων είναι μικρότερο από 2% σε 100 γυναίκες που χρησιμοποιούν την μέθοδο για ένα χρόνο, από μέτρια αποτελεσματική είναι όταν το ποσοστό είναι μέχρι 10% και λίγο αποτελεσματική, όταν το ποσοστό ανεπιθύμητων κυήσεων είναι πάνω από 10%.

Οι κυριότερες αντισυλληπτικές μέθοδοι βασίζονται:

- a) Στην αποχή από σεξουαλικές σχέσεις κατά τη γόνιμη περίοδο της γυναίκας (περιοδική αποχή ή μέθοδος ρυθμού).
- b) Στην καταστροφή ή αδρανοποίηση των σπερματοζωαρίων με τη χρήση διαφόρων χημικών ουσιών (σπερματοκτόνες ουσίες).
- c) Στην παρεμβολή ενός μηχανικού φραγμού, που εμποδίζει την πορεία των σπερματοζωαρίων προς τη μήτρα και τις σάλπιγγες (ανδρικό προφυλακτικό, κολπικό διάφραγμα).
- d) Στο τράβηγμα (απόσυρση) του πέους απ' τον κόλπο πριν την εκσπερμάτιση (διακεκομμένη συνουσία).
- e) Στην αλλαγή του ενδομητρίου έτσι ώστε να γίνεται εχθρικό στην εγκατάσταση του γονιμοποιημένου ωαρίου (ενδομήτρια σπειράματα).

- f) Στην αναστολή της ωθυλακιορρηξίας με διάφορα ορμονικά σκευάσματα (αντισυλληπτικά χάπια), και
- g) Στην ασύγχρονη ανάπτυξη του ενδομητρίου σε σχέση με τη φάση της περιόδου και την άμεση ή έμμεση καταστροφή του ωχρού σωματίου (χάπια μετά την επαφή).

A. Φυσικές Μέθοδοι Αντισύλληψης.

1. Θηλασμός.

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

Κατά τη διάρκεια του θηλασμού, εφ' όσον η γυναίκα έχει επαφές πρέπει να χρησιμοποιήσει κάποιο αντισυλληπτικό μέσο. Μπορεί να χρησιμοποιήσει οποιαδήποτε αντισυλληπτική μέθοδο εκτός από το χάπι. Οι ουσίες που περιέχει το χάπι αποβάλλονται στο μητρικό γάλα σε ποσοστό 1% της δόσης, που παίρνει η μητέρα. Μολονότι το ποσό αυτό δεν δημιουργεί προβλήματα και είναι πολύ λιγότερο απ' τις ορμόνες που περιέχονται στο γάλα της αγελάδας, προτιμότερο είναι να αποφεύγεται.

2. Μέθοδοι Ρυθμού.

Οι μέθοδοι ρυθμού είναι : **(α)** η ημερολογιακή μέθοδος, **(β)** η μέθοδος της βασικής θερμοκρασίας, και **(γ)** η μέθοδος της τραχηλικής βλέννας.

(α) Η ημερολογιακή μέθοδος είναι η παλαιότερη μέθοδος αποχής και περιλαμβάνει την προσπάθεια υπολογισμού των ασφαλών και των γόνιμων ημερών, υπολογισμού που βασίζεται στη διάρκεια των προηγούμενων καταμήνιων κύκλων. Εάν οι γυναίκες παρουσιάζουν κανονικούς κύκλους, η ημερολογιακή μέθοδος θα μπορεί να είναι κάπως περισσότερο σίγουρη. Οι γυναίκες μπορεί τότε εύκολα να προσδιορίσουν αρκετά καλά τις ασφαλείς μέρες πριν από την ωορρηξία, τις γόνιμες μέρες κατά την ωορρηξία και τις ασφαλείς μέρες μετά την ωορρηξία ως εκ τούτου θα μπορούν να καθορίζουν ανάλογα τη συνουσία. Αυτό μπορεί να γίνει διότι γνωρίζουμε πως η ωορρηξία γενικά (όχι απόλυτα) συμβαίνει από 12 έως 16 μέρες πριν από την εμφάνιση της επόμενης καταμήνιου περιόδου. Η περίοδος της βιωσιμότητας του απελευθερωμένου σπερματοζωαρίου διαρκεί από 48 ώρες μέχρι 5 ημέρες, το δε ωάριο που απελευθερώνεται γονιμοποιείται μέσα σε 24 έως 36 ώρες.

Ωστόσο, η αξία της ημερολογιακής μεθόδου είναι αμφίβολη στην πραγματικότητα, επειδή λίγες γυναίκες έχουν σταθερό καταμήνιο κύκλο με συνεπή διάρκεια.

Η μέθοδος αυτή περιλαμβάνει, όπως ήδη αναφέραμε, τον υπολογισμό των ωριότερα του καταμήνιου κύκλου ασφαλών ημερών, καθώς και τις τελευταίες ασφαλέστερες μέρες του.

Για τον υπολογισμό των νωρίτερα ασφαλών ημερών θα πρέπει να αφαιρείται ο αριθμός 14 από τη διάρκεια του βραχύτερου καταμήνιου κύκλου που έχει σημειωθεί στο διάστημα των παρελθόντων 9-12 μηνών, μιας και η ωορρηξία συνήθως συντελείται 14 μέρες πριν από την πρώτη μέρα της καταμήνιου περιόδου (έμμηνης ρύσης). Αφαιρούνται τουλάχιστον 3 ακόμη μέρες για να επιτραπεί μια περίοδος βιωσιμότητας του σπέρματος. Μπορεί κάποιος να επιθυμεί την αφαίρεση 5 ημερών αντί 3, σαν μια πρόσθετη προφύλαξη, επειδή υπάρχει κάποια απόδειξη ότι το σπέρμα έχει παραμείνει ενεργό μέχρι και 5 μέρες στη γυναικεία γεννητική οδό.

Εάν π.χ., ο βραχύτερος καταμήνιος κύκλος κατά τους τελευταίους 9 έως 12 μήνες ήταν 26 μέρες σε μια γυναίκα, ο πιο συντηρητικός υπολογισμός για τον προσδιορισμό των πρώτων ασφαλών ημερών θα περιλαμβάνει την αφαίρεση του 16 και του 5 από τη διάρκεια του κύκλου (26 ημέρες). Αυτό αφήνει ένα όριο 16 ημερών για την ωορρηξία πριν από την εμφάνιση της περιόδου και άλλο ένα, 5 ημερών, για τη διάρκεια ζωής του σπέρματος. Μια τέτοια γυναίκα θα μπορούσε, με έναν αξιόλογο βαθμό αντισυλληπτικής βεβαιότητας, να προβεί σε μια χωρίς προφύλαξη συνουσία, από την πρώτη μέρα (την πρώτη μέρα της έμμηνης ρύσης) μέχρι την πέμπτη μέρα του κύκλου. Αυτό το διάστημα μπορεί να περιλαμβάνει την πραγματοποίηση της συνουσίας, κατά την έμμηνη ρύση, αλλά μια τέτοια πρακτική δεν είναι αποδεκτή από πολλούς (άνδρες και γυναίκες).

Για τον υπολογισμό των τελευταίων ασφαλών ημερών του κύκλου, θα πρέπει να αφαιρούνται 14 ημέρες από την έκταση του επιμηκέστερου καταμήνιου κύκλου που σημειώθηκε κατά τους τελευταίους 9-12 μήνες. Θα πρέπει να προστεθούν τότε 2 μέρες στον αριθμό που σημειώθηκε, στην περίπτωση κατά την οποία η ωορρηξία συνέβη στις 12 (και όχι στις 14) μέρες πριν από την πρώτη μέρα του επόμενου κύκλου. Τότε θα προστεθεί μια μέρα για την περίοδο των 24 ωρών της βιωσιμότητας του ωαρίου (προσθέτονται 2 μέρες για την κάλυψη μιας περιόδου 36 ωρών της βιωσιμότητας).

Εάν ο μεγαλύτερος καταμήνιος κύκλος κατά τους τελευταίους 9-12 μήνες ήταν 32 μέρες, ο πιο συντηρητικός υπολογισμός για να φθάσει κανείς στις τελευταίες ασφαλείς μέρες θα περιλαμβάνει την αφαίρεση 14 ημερών από τη διάρκεια του επιμηκέστερου κύκλου (32 μέρες). Ο αριθμός που λαμβάνεται είναι 18. στον αριθμό αυτό πρέπει να προσθέσουμε 4 μέρες (2 μέρες για να αντισταθμισθεί η «τελευταία» ωορρηξία και 2 μέρες για την διάρκεια ζωής του απελευθερωμένου ωαρίου). Ο τελικός αριθμός είναι τότε 22, που αντιπροσωπεύει την τελευταία πιθανή μέρα γονιμότητας. Η συνουσία χωρίς προφύλαξη μπορεί να επαναληφθεί, στην περίπτωση αυτή, την 23^η μέρα του καταμήνιου κύκλου.

Χρησιμοποιώντας τη μέθοδο αυτή, μια γυναίκα που υποτίθεται ότι ο βραχύτερος καταμήνιος κύκλος της κατά τους τελευταίους 9-12 μήνες ήταν 26 ημέρες και που ο επιμηκέστερος κύκλος ήταν 32 ημέρες, η συντηρητικά υπολογιζόμενη ασφαλής ή μη ασφαλής περίοδος θα ήταν από την 6^η μέρα μέχρι την 22^η μέρα των επόμενων καταμήνιων κύκλων. Αυτή η επιμηκισμένη

περίοδος των 17 ημερών (περίπου τρεις φορές μεγαλύτερης διάρκειας από την πραγματική γόνιμη περίοδο), κατά την οποία απαιτείται αποχή ή άλλες εναλλακτικές μέθοδοι αντισύλληψης, θεωρείται ανεπιθύμητη από τα περισσότερα άτομα.

(β) Η μέθοδος μέτρησης της θερμοκρασίας ή θερμική μέθοδος, εξαρτάται από τη διαπίστωση ενός απλού γεγονότος: της ανύψωσης της βασικής θερμοκρασίας του σώματος, που επισημαίνει ότι έχει συμβεί ωορρηξία.

Όταν συντελείται ωορρηξία, η βασική θερμοκρασία του σώματος μιας γυναίκας μπορεί να πέσει ελαφρά. Στη συνέχεια ακολουθεί μια ανύψωση της θερμοκρασίας από 0,2-0,3° C κατά τις επόμενες δυο ως τρεις μέρες. Η ανύψωση της θερμοκρασίας, που αρχίζει μία ή δυο μέρες μετά την ωορρηξία, ανταποκρίνεται στην αύξηση των επιπέδων της ορμόνης προγεστερόνης. Συνουσία χωρίς προφύλαξη δεν θα πρέπει να πραγματοποιηθεί σε οποιοδήποτε χρονικό διάστημα ανάμεσα στην εκδήλωση της καταμήνιου περιόδου και στην ωορρηξία, επειδή η μέθοδος της μέτρησης της θερμοκρασίας δεν προβλέπει τότε θα συμβεί ωορρηξία, αλλά δείχνει μόνο το ότι έχει συμβεί ωορρηξία. Η μέθοδος αυτή δεν μπορεί να βοηθήσει στον προσδιορισμό των πρώιμων ασφαλών ημερών, αλλά βοηθάει στην πρόβλεψη των τελευταίων ασφαλών ημερών. Με τριήμερη αναμονή με την έναρξη ανύψωσης της θερμοκρασίας σκοπεύει στην επιβεβαίωση ότι το ωάριο δεν είναι πλέον γονιμοποιήσιμο. Για την επίτευξη του μεγαλύτερου βαθμού αντισυλληπτικής αποτελεσματικότητας, συνουσία χωρίς προφύλαξη δε θα πρέπει να γίνει από την εμφάνιση της καταμήνιου περιόδου μέχρι τρεις μέρες μετά την καταγραφή της ανύψωσης της θερμοκρασίας. Ασφαλείς μέρες θεωρούνται αυτές μετά τη φάση της ωορρηξίας, συνήθως 10 ως 12 μέρες πριν από την εμφάνιση της επόμενης περιόδου. Όστε, η μέθοδος μέτρησης της θερμοκρασίας απαιτεί αποχή ή άλλη μέθοδο αντισύλληψης για περισσότερο από το ήμισυ του καταμήνιου κύκλου.

Η αποτελεσματικότητα καταγραφή της θερμοκρασίας εξαρτάται από το πόσο προσεκτικά η καθημερινή θερμοκρασία μετριέται και καταγράφεται, από το πόσο καλά κάποιος αναγνωρίζει την αύξηση της θερμοκρασίας και από το πόσο σχετίζεται η ανύψωση της θερμοκρασίας με την ωορρηξία.

Μεγάλη προσοχή απαιτείται για την επίτευξη της λήψης της βασικής θερμοκρασίας του σώματος. Αν και ένα συνηθισμένο θερμόμετρο μέτρησης του πυρετού μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη λήψη της βασικής θερμοκρασίας του σώματος, ένα βασικό θερμόμετρο είναι ευκολότερο να αναγνωσθεί απ' ότι ένα απλό, πυρετού. Ένα θερμόμετρο πυρετού έχει μια κλίμακα από 34,4 ως 42° C και είναι βαθμολογημένο ανά ένα δέκατο του βαθμού, ενώ η κλίμακα σε ένα βασικό θερμόμετρο είναι από 35,6 έως 37,8° C, οι δε βαθμολογήσεις παραμένουν ανά ένα δέκατο του βαθμού.

Μια γυναίκα θα πρέπει να είναι λεπτολόγος και συνεπής στην απόκτηση πείρας κατά την ανάγνωση της βασικής θερμοκρασίας.

Συνιστώνται τα ακόλουθα στάδια:

1. Τινάζτε το θερμόμετρο, ώστε να κατέβει ο υδράργυρος.

2. Καταγράψτε τη θερμοκρασία αμέσως μόλις ξυπνήσετε το πρωί, αφού περάσουν τουλάχιστον 5 ώρες συνεχούς ύπνου και προτού εγκαταλείψετε το κρεβάτι. Η βασική θερμοκρασία του σώματος είναι η θερμοκρασία του σε πλήρη ανάπαυση. Δε θα πρέπει να φάτε ή να πιείτε τίποτα πριν από τη λήψη της βασικής θερμοκρασίας του σώματος.

3. Η θερμοκρασία θα παίρνεται καθημερινά και στο ίδιο χρονικό διάστημα κάθε μέρα.

4. Η λήψη της θερμοκρασίας μπορεί να γίνει από το στόμα ή το ορθό, αλλά θα πρέπει να χρησιμοποιείται πάντοτε ή ίδια μέθοδος. Η λήψη από το ορθό είναι συνήθως πιο αξιόπιστη.

5. Αφήστε το θερμόμετρο να παραμείνει για 5 λεπτά.

6. Καταγράψτε τη θερμοκρασία στο ειδικό χαρτί καταγραφής της θερμοκρασίας αμέσως.

7. Εάν παραλείψετε μια μέρα ή εάν θα πρέπει να σηκωθείτε από το κρεβάτι προτού ληφθεί η θερμοκρασία, σημειώστε το στο χαρτί της θερμοκρασίας.

Πολλοί παράγοντες εκτός από την ωορρηξία μπορεί να μεταβάλλουν τη θερμοκρασία του σώματος. Οι διάφορες αρρώστιες μπορεί να προκαλέσουν σύγχυση σχετικά με τη θερμοκρασία.. Μικροβιακές λοιμώξεις και λοιμώξεις από ιούς μπορεί να προκαλέσουν μικρή μέχρι μέτρια αύξηση της θερμοκρασίας. Η συγκινησιακή ένταση και η έλλειψη ύπνου μπορεί να οδηγήσουν επίσης σε μικρή ανύψωση της θερμοκρασίας. Εάν η ασθένεια ήταν σοβαρή, η ωορρηξία μπορεί να είναι πρώιμη ή επιβραδυμένη στον επόμενο κύκλο και θα πρέπει να ληφθούν υπόψη οι σχετικές προφυλάξεις.

Η μέθοδος θερμοκρασίας δεν αποδεικνύεται αξιόπιστη, παρά μόνο αν η γυναίκα δραστηριοποιηθεί κατά τη λήψη της βασικής θερμοκρασίας με έναν κατάλληλο και συνεπή τρόπο, αν καταγράφει επακριβώς τις θερμοκρασίες και αν ερμηνεύει τα δεδομένα επακριβώς. Συνουσία χωρίς προφύλαξη κατά τη διάρκεια της περιόδου πριν από την ωορρηξία δεν ενδείκνυται, εάν χρησιμοποιείται η μέθοδος θερμοκρασίας, γιατί η μέθοδος αυτή δε βοηθάει στην πρόβλεψη του χρόνου της ωορρηξίας. Η αξία της συνίσταται στην ένδειξη του πότε έχει συμβεί ωορρηξία.

(γ) Η μέθοδος της βλέννας του αυχένα περιλαμβάνει την αναγνώριση και την ορθή ερμηνεία της σημασίας των μεταβολών στη φύση και ποσότητα της βλέννας του αυχένα της μήτρας, κατά τις διάφορες φάσεις του καταμήνιου κύκλου. Η μέθοδος αυτή μπορεί να χρησιμοποιηθεί στην πρόβλεψη του χρόνου της ωορρηξίας που είναι περισσότερο πιθανό να συμβαίνει ή που θα συμβεί. Για την άσκηση της μεθόδου αυτής οι γυναίκες θα πρέπει να μαθαίνουν να ξεχωρίζουν τις αισθήσεις της «ξηρότητας», της «υγρασίας» και της «διαβροχής», κατά τη διάρκεια της φάσης του καταμήνιου κύκλου.

Στάδια του κύκλου της βλέννας κατά τη διάρκεια του καταμήνιου κύκλου.

Κατά τις πρώτες μέρες του κύκλου, όταν τα επίπεδα του οιστρογόνου είναι χαμηλά (την 5^η ή 6^η μέρα μετά την καταμήνια ρύση), οι εκκρίσεις της

βλέννας είναι λιγοστές και ο τράχηλος είναι σχετικά στεγνός. Καθώς πλησιάζει η ωορρηξία και τα επίπεδα του οιστρογόνου αυξάνονται, η ποσότητα των εκκρίσεων του αυχένα αυξάνεται και ο τράχηλος είναι υγρός. Ο χαρακτήρας των εκκρίσεων του αυχένα μεταβάλλεται επίσης κατά το χρόνο της ωορρηξίας, από έναν παχύ, κολλώδη και γλοιώδη τύπο βλέννας, σε έναν ολισθηρό, διαυγή, λεπτό και αραιό τύπο βλέννας. Οι πρώτες εκκρίσεις που είναι σαν κρέμα, παχιές και κολλώδεις, είναι κάπως όξινες και έχουν μια σύσταση που μπορεί να επιβραδύνει τη δίοδο του σπέρματος μέσα στη μήτρα. Οι πιο άφθονες, διαυγείς, λεπτόρρευστες και αραιού τύπου εκκρίσεις βλέννας, που υπάρχουν αμέσως πριν από την ωορρηξία, είναι αλκαλικές και αντιπροσωπεύουν ένα πιο ευνοϊκό περιβάλλον για το σπέρμα. Ο τύπος αυτός της βλέννας είναι πολύ χαρακτηριστικός. Είναι όμοιος στη σύσταση με το ασπράδι του ωμού αυγού. Και μπορεί να απλωθεί ανάμεσα στον αντίχειρα και στο δείκτη, σαν μια διαυγή, στιλπνή ταινία, προτού διασπασθεί. Καμιά βλέννα που παράγεται κατά τη διάρκεια του καταμήνιου κύκλου δεν έχει αυτόν το χαρακτήρα του απλώματος. Μετά την ωορρηξία, η βλέννα καθίσταται πάλι θολή, παχιά, κολλώδης και σαν κρέμα. Η ποσότητα της έκκρισης βλέννας από τον κόλπο τείνει να μειωθεί μετά την ωορρηξία.

«Στεγνές μέρες» μπορεί να ακολουθήσουν αμέσως τα καταμήνια, διαρκούν συνήθως πέντε ή έξι μέρες και θεωρούνται ως μη γόνιμες. Συνουσία χωρίς προφύλαξη μπορεί να γίνει τις μέρες αυτές, αλλά κατά τις ακόλουθες μέρες δε συνίσταται, γιατί το εκτοξευμένο σπέρμα μπορεί να παρέμβει στην αλλοίωση των χαρακτηριστικών της βλέννας, για μια ακόμη μέρα. Όταν η βλέννα παρουσιάζεται σε ανιχνεύσιμες ποσότητες και είναι κολλώδης, θολή, παχιά και κιτρινωπή προς το άσπρο χρώμα, συνίσταται αποχή από τη συνουσία. Ο τύπος αυτός της βλέννας δείχνει ότι επίκειται ωορρηξία. Η αποφυγή της χωρίς προφύλαξη συνουσίας είναι απολύτως αναγκαία όταν η βλέννα του αυχένα καθίσταται διαυγής, ολισθηρή, υγρή, ελαστική, με σύσταση που μοιάζει με το ασπράδι του ώμου αυγού και η γυναίκα αισθάνεται σε μεγαλύτερο βαθμό την αίσθηση υγρότητας ή διαβροχής στον τράχηλο.

Τα συμπτώματα αυτά συνοδεύουν τις πριν ή αμέσως μετά από την ωορρηξία μέρες, καθώς και τη μέρα της ωορρηξίας. Οι μέρες που ακολουθούν την ωορρηξία μπορεί να συνοδεύονται με βλέννα που είναι θολή, παχιά και κολλώδης. Οι μέρες αυτές θα πρέπει να θεωρούνται ότι ανήκουν στη γόνιμη φάση, αλλά καθώς οι εκκρίσεις αυτές λιγοστεύουν και η γυναίκα αισθάνεται λιγότερη υγρότητα στον τράχηλο κατά την επάνοδο στις «στεγνές μέρες», το ζευγάρι μπορεί ν' αρχίσει πάλι τη χωρίς προφύλαξη συνουσία.

Προειδοποιητικά σημεία κατά τη χρήση της μεθόδου της βλέννας του αυχένα.

Υπάρχουν πολυάριθμα προοδευτικά σημεία που θα πρέπει να παρατηρούνται, ώστε η μέθοδος της βλέννας του αυχένα να είναι πολύ αποτελεσματική:

- a) Και αν ακόμη οι «στεγνές μέρες» συμπεριλαμβάνονται στη συζήτηση για τη μέθοδο της βλέννας του αυχένα, σε σχέση με την αντισύλληψη, θα πρέπει να έχει υπόψη του κανείς ότι ο τράχηλος ποτέ δεν είναι εντελώς στεγνός. Θα πρέπει να γνωρίζει κανείς το σχετικό χαρακτήρα της βλέννας του αυχένα κατά τη διάρκεια του καταμήνιου κύκλου, για να προσδιορίσει τη διαφορά ανάμεσα στη «γόνιμη βλέννα» και στη «μη γόνιμη».
- b) Προτού βασισθεί κανείς στη μέθοδο της βλέννας του αυχένα, θα πρέπει να γνωρίζει το είδος της έκκρισης της βλέννας για μια περίοδο τουλάχιστον έξι μήνες.
- c) Συνίσταται να διατηρείται μια καθημερινή καταγραφή του χαρακτήρα της βλέννας του αυχένα, χρησιμοποιώντας έναν πίνακα παρόμοιο μ' αυτόν που χρησιμοποιείται για την καταγραφή της βασικής θερμοκρασίας του σώματος.
- d) Ο συνδυασμός του χαρακτήρα της βλέννας του αυχένα μαζί με τη βασική θερμοκρασία του σώματος, που καταγράφεται, μπορεί να αυξήσει την πιθανότητα της πρόβλεψης του χρόνου της γονιμότητας και της μη γονιμότητας, κατά τη διάρκεια του κύκλου.
- e) Εάν οι καταμήνιοι κύκλοι είναι μικρής διάρκειας, μπορεί να μη γίνουν αισθητές οι «στεγνές μέρες» μετά την παύση της έμμηνης ρύσης.
- f) Η αυτοεξέταση απαιτεί την επαφή με τη βλέννα του αυχένα. Η απλή επισήμανση μιας υγρότητας στον τράχηλο ή η παρατήρηση εκκρίσεων κάτω από τα ρούχα δεν είναι αρκετές. Θα πρέπει τα γεννητικά όργανα να σκουπίζονται με ένα χαρτί υγείας πριν από την ούρηση, να αφαιρείται η βλέννα με το δάκτυλο μέσα στον τράχηλο, για τη λήψη ενός δείγματος βλέννας από τον αυχένα.
- g) Η βλέννα του αυχένα δεν θα πρέπει να ελέγχεται κατά τη σεξουαλική διέγερση, γιατί η λεπτόρρευση λίπανση του τραχήλου μπορεί να εκληφθεί ως «γόνιμη βλέννα».
- h) Το σπέρμα και το σπερματικό υγρό μπορεί να κατάστησαν ασαφή τον πραγματικό χαρακτήρα της βλέννας του αυχένα.
- i) Δεν θα πρέπει να πραγματοποιείται συνουσία χωρίς προφύλαξη κατά τη διάρκεια της περιόδου πριν από την ωορρηξία, εκτός εάν δεν υπάρχει βλέννα. Εάν υπάρχει βλέννα αμέσως μετά την καταμήνιο ροή, μπορεί να είναι ενδεικτική μιας πρώιμης ωορρηξίας.
- j) Μετά την ωορρηξία, η βλέννα θα πρέπει να επανέλθει στο στεγνό ή κολλώδη τύπο.
- k) Γυναίκες με ενεργό μόλυνση του κόλπου, με ένα ή περισσότερα Σ.Μ.Ν. ή με διάβρωση του αυχένα (ενδοτραχηλίτιδα) μπορεί να παρουσιάσουν ανώμαλες εκκρίσεις από τον τράχηλο και ανωμαλία της βλέννας του αυχένα.

Η μέθοδος της βλέννας του αυχένα, στις περιπτώσεις αυτές, μπορεί να είναι επισφαλής και δε θα πρέπει να χρησιμοποιείται μέχρις ότου διαγνωσθούν και θεραπευτούν οι παθολογικές αυτές καταστάσεις.

Γενικά, η αποτελεσματικότητα των μεθόδων του ρυθμού είναι μικρή ακόμα κι όταν εφαρμόζονται σωστά. Έτσι απ' τις 100 γυναίκες που χρησιμοποιούν την «ημερολογιακή μέθοδος», πάνω από 47 μένουν έγκυες μέσα σ' ένα χρόνο. Όλες απαιτούν αρκετή παρατηρητικότητα, υπομονή και προσεκτική καταγραφή και επαγρύπνηση για τις επερχόμενες μεταβολές.

Μειονέκτημα επίσης είναι ότι οι σεξουαλικές επαφές, περιορίζονται σε λίγες ημέρες κάθε μήνα.

Προσοχή! Μια γυναίκα δεν θα πρέπει να εμπιστεύεται τις μεθόδους του ρυθμού:

- Αν οι κύκλοι της είναι ακανόνιστοι.
- Αν έχει γεννήσει πρόσφατα.
- Αν ταξιδεύει στο εξωτερικό, επειδή η περίοδος επηρεάζεται από τις κλιματολογικές συνθήκες.
- Αν είναι άρρωστη (πυρετός) ή συναισθηματικά ασταθής (stress).
- Αν παίρνει φάρμακα, ιδιαίτερα αυτά που επηρεάζουν τη θερμοκρασία.

B. Κολπικές Μέθοδοι Αντισύλληψης.

1. Σπερματοκτόνες ουσίες.

Ο σπερμοκτόνος αφρός, οι κρέμες και τα ζελέ αντιπροσωπεύουν μια συχνά παραβλεπόμενη αλλά αξιόλογη εναλλακτική μέθοδο αντισύλληψης. Τα σπερματοκτόνα διαφέρουν από τις περισσότερες άλλες συσκευές της κατηγορίας τους (όπως τα προφυλακτικά, τα διαφράγματα, οι σπύγγοι και τα επικαλύμματα του τραχήλου) γιατί προσφέρουν και φυσική και χημική παρεμπόδιση της σύλληψης.

Τα αντισυλληπτικά του τραχήλου είναι ουσίες που τοποθετούνται στον τράχηλο πριν από τη συνουσία, για να παρεμποδίσουν τη γονιμοποίηση του ωαρίου. προλαμβάνουν την εγκυμοσύνη ενεργώντας ως φυσικό διάφραγμα, εμποδίζοντας το σπέρμα να διέλθει από τον αυχένα της μήτρας ή προσφέροντας άμεση σπερματοκτόνο χημική δράση.

Τα σπερματοκτόνα παρασκευάσματα προσφέρονται τώρα σε μια μεγάλη ποικιλία μορφών: σε αεροψεκαζόμενο αφρό, κρέμες ή ζελέ και υπόθετα (τραχήλου).

Ο αεροψεκαζόμενος αφρός είναι η πιο δημοφιλής μορφή σπερματοκτόνου. Προσφέρεται αεροσυμπιεσμένος, είτε σε συσκευασία που περιλαμβάνει το δοχείο του και ένα ρύγχος που πρέπει να εφαρμοσθεί σ' αυτό, είτε συσκευασμένος σε δοχείο, έτοιμος για χρήση.

Όπως οι κρέμες, αλλά όχι όπως τα υπόθετα και τα ζελέ, ο αεροσυμπιεζόμενος αφρός σε δοχεία (aerosol) δεν απαιτεί χρονικό διάστημα αναμονής μετά την εισαγωγή του στον τράχηλο πριν από τη συνουσία.

Οι κρέμες και τα ζελέ συνιστώνται για χρήση μόνο μαζί με το διάφραγμα. Οι σπερματοκτόνες κρέμες και τα ζελέ προσφέρονται με ένα ρύγχος που διευκολύνει την τοποθέτηση του σπερματοκτόνου ψηλά μέσα στον τράχηλο, κοντά στην είσοδο του αυχένα.

Τα υπόθετα δε συνιστώνται για χρήση μόνο τους ως αντισυλληπτικά σπερματοκτόνα. Οι οδηγίες στη συσκευασία πληροφορούν τη χρήστρια ότι πρέπει να τοποθετήσει ένα άλλο υπόθετο, αν δεν έχει γίνει η συνουσία μέσα σε μια ώρα. Όλα λιώνουν όταν εκτίθενται στη θερμοκρασία και τα υγρά του σώματος.

Τα μειονεκτήματα των αντισυλληπτικών υπόθετων του τραχήλου υπερκαλύπτουν κάθε πιθανό πλεονέκτημα τους, όπως η ευκολία μεταφοράς του και η μικρότερη ρυπαρότητα τους. μετά την τοποθέτηση του υπόθετου απαιτείται από τη χρήστρια να περιμένει τουλάχιστον 10 λεπτά ή περισσότερο για τη συνουσία, μέχρις ότου αυτό προκαλέσει αφρούς. Τα υπόθετα απαιτούν την ύπαρξη υγρασίας για να προκαλέσουν αφρούς και η αποτελεσματικότητα τους εξαρτάται από το ποσοστό των υγρών στον κόλπο.

Όπως και στις περισσότερες μεθόδους αντισύλληψης, η συχνότητα της εγκυμοσύνης έχει σχέση με το προϊόν, τη χρήστρια και την πιθανή αποτυχία.

Η αποτελεσματικότητα οποιουδήποτε σπερματοκτόνου προϊόντος εξαρτάται από το πόσο καλά διασκορπίζεται στον κόλπο και γύρω από την είσοδο του αυχένα.

Από τα διάφορα σπερματοκτόνα που προσφέρονται, οι αεροψεκαζόμενοι αφροί και οι κρέμες διασκορπίζονται καλύτερα.

Φυσιολογικά, τα υγρά του κόλπου είναι όξινα και μπορεί και από μόνα τους να παρεμποδίσουν το σπερματοζώαριο. Κατά τη σεξουαλική διέγερση, οι αυξημένες εκκρίσεις του κόλπου και του αυχένα δημιουργούν ένα λιγότερο όξινο, σχεδόν ουδέτερο περιβάλλον στον τράχηλο, που προάγει την κινητικότητα των σπερματοζωαρίων και τη βιωσιμότητά τους. Τα υπόθετα διαλύονται καλύτερα κάτω από όξινες συνθήκες. Το λιγότερο όξινο περιβάλλον του τραχήλου – που δημιουργείται κατά τη μέγιστη αντισυλληπτική προστασία από τα κολπικά αντισυλληπτικά υπόθετα.

Αν και καμιά μέθοδος αντισύλληψης δεν μπορεί να εξασφαλίσει 100% προστασία, για να επιτευχθεί η μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα είναι απαραίτητο οι σπερματοκτόνοι αφροί να χρησιμοποιούνται αυστηρά σύμφωνα με τις οδηγίες. Αρκετοί ανθρώπινοι παράγοντες μπορεί να επιδράσουν στη σωστή τήρηση των οδηγιών και ως εκ τούτου στο επίπεδο προστασίας που μπορεί να αναμένεται. Οι παράγοντες αυτοί περιλαμβάνουν:

- Τη δραστηριότητα της χρήστριας.
- Το κοινωνικό και μορφωτικό επίπεδο της χρήστριας.
- Τη θέληση των ερωτικών συντρόφων να διαμοιράσουν μεταξύ τους την αντισυλληπτική ευθύνη.
- Την πείρα στη χρήση της αντισυλληπτικής μεθόδου.

Όταν τα κολπικά σπερματοκτόνα χρησιμοποιούνται σωστά παρουσιάζουν ένα μεγάλο βαθμό αποτελεσματικότητας. Αν δοθούν οι κατάλληλες οδηγίες, για τη χρήση τους από τα αρμόδια άτομα, η αντισυλληπτική αποτελεσματικότητα θα είναι μεγάλη μέχρι και 95%.

Τα κολπικά σπερματοκτόνα προσφέρουν προφανώς κάποια προστασία από τη γονόρροια, τον έρπητα των γεννητικών οργάνων και πιθανόν, από άλλες

σεξουαλικά μεταδιδόμενες νόσους. Μια μελέτη υπαινίσσεται ότι οι γυναίκες που χρησιμοποιούν σπερμοκτόνα συνεχώς έχουν κατά 75% μικρότερη πιθανότητα ανάπτυξης γονόρροιας. Πρόσφατες αναφορές υπαινίσσονται ότι τα σπερμοκτόνα μπορεί να προλάβουν εμφάνιση μολύνσεων του κόλλπου, τέτοιων όπως η μόλυνση από τριχομονάδες.

Η συνδυασμένη χρήση σπερμοκτόνων και προφυλακτικού μπορεί να προσφέρει μεγαλύτερο βαθμό προστασίας από ΣΜΝ, παρά η ξεχωριστή χρήση κάθε μεθόδου. Αν πρέπει να επιλεγεί μια από τις δύο μεθόδους, η χρήση του προφυλακτικού είναι η πιο αποτελεσματική μέθοδος για την πρόληψη τους.

Στα μειονεκτήματα που αναφέρονται για τα σπερμοκτόνα περιλαμβάνονται:

1. Τα σπερμοκτόνα είναι κάτι το ενοχλητικό για τους άνδρες και τις γυναίκες που δεν θέλουν να διακόψουν τη σεξουαλική πράξη ή να εφαρμόσουν το σπερμοκτόνο πριν τη συνουσία.
2. Τα σπερμοκτόνα δεν είναι αρεστά στις γυναίκες που δεν θέλουν τις σεξουαλικές επαφές ή έχουν αντιπάθεια στην ψηλάφηση των γεννητικών οργάνων.
3. Η περίοδος αναμονής που απαιτείται για να διαλυθούν τα υπόθετα είναι ενοχλητική σε μερικά ζευγάρια.
4. Η θερμότητα που αναπτύσσεται από τα υπόθετα δεν είναι επιθυμητή από μερικούς άντρες και γυναίκες.
5. Ζευγάρια που τους αρέσει το στοματικό σεξ μπορεί να βρουν τη γεύση των σπερμοκτόνων δυσάρεστη.

Τα κολπικά σπερμοκτόνα αντιπροσωπεύουν μία από τις ασφαλέστερες μεθόδους ελέγχου αντισύλληψης. Το αυξημένο ενδιαφέρον για τις πιθανές παρενέργειες από άλλες αντισυλληπτικές μεθόδους έχει προκαλέσει ένα νέο ενδιαφέρον για τα σπερμοκτόνα. Επιπλέον, όταν χρησιμοποιούνται μόνα ή με άλλες μεθόδους αντισύλληψης, τα κολπικά σπερμοκτόνα μπορεί να είναι πολύ αποτελεσματικά αν χρησιμοποιούνται κατάλληλα και με συνέπεια. Εξακολουθούν να προσφέρουν μια χρήσιμη μέθοδο ελέγχου των γεννήσεων για μια ποικιλία τρόπου ζωής όταν χρησιμοποιούνται μόνα τους ή σε συνδυασμό με άλλες αντισυλληπτικές μεθόδους (όπως το προφυλακτικό και το διάφραγμα).

2. Κολπικές πλύσεις.

Η έκπλυση του τραχήλου αμέσως μετά τη συνουσία για την απομάκρυνση του εκχυθέντος σπέρματος είναι παρά πολύ αβέβαιη μέθοδος ως μέσο ελέγχου των γεννήσεων. Οι εκπλύσεις θα πρέπει να θεωρούνται ως μέσα χρήσιμα για την υγιεινή της γυναίκας και όχι ως αντισυλληπτικά.

Σύγχρονες μελέτες τοποθετούν τη συχνότητα εγκυμοσύνης από 30 ως 40 σε 100 γυναίκες ανά έτος, όταν εφαρμόζεται η έκπλυση ως μοναδικό μέσο αντισύλληψης.

Η θεωρία της έκπλυσης αμέσως μετά τη συνουσία βασίζεται στην αντίληψη ότι μια ταχεία και πλήρης έκπλυση του τραχήλου θα απομακρύνει το

σπέρμα από τον τράχηλο προτού μπορέσει να εισχωρήσει στη μήτρα, προλαμβάνοντας έτσι τη γονιμοποίηση του ωαρίου. Η έκπλυση, όμως, μόνο δεν μπορεί να είναι αποτελεσματική, διότι, εάν δεν υπάρχουν εμπόδια στην εισχώρηση του σπέρματος στον αυχένα (τέτοια όπως το διάφραγμα, το προφυλακτικό, ο αντισυλληπτικός σπόγγος του τραχήλου ή τα σπερμοκτόνα), το σπέρμα μπορεί να φθάσει στον αυχένα μέσα σε 90 δευτερόλεπτα από την εκσπερμάτωση. Δραστικό σπέρμα μπορεί να υπάρχει στον αυχένα μέσα σε 1,5 έως 3 λεπτά μετά τη συνουσία. Σπέρμα έχει ανεβρεθεί στις σάλπιγγες 30 λεπτά μετά την εκσπερμάτωση. Είναι, ως εκ τούτου, πολύ απίθανο να μπορεί η έκπλυση να γίνει τόσο γρήγορα ή τόσο σωστά, ώστε να απομακρύνει όλα τα ίχνη του σπέρματος από τον τράχηλο, προτού το σπέρμα εισέλθει στον αυχένα της μήτρας.

Η έκπλυση που γίνεται πολύ συχνά μπορεί να απομακρύνει προστατευτικά βακτηρίδια από τον τραχηλικό σωλήνα και να οδηγήσει σε λοιμώξεις. Εκπλύσεις που χρησιμοποιήθηκαν ως αντισυλληπτικά, διαπιστώθηκε ότι έχουν ερεθιστική ή και διαβρωτική δράση. Τέλος, τα υλικά έκπλυσης δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται ως αντισυλληπτικά.

3. Κολπικό διάφραγμα.

Τα διαφράγματα είναι αβαθείς ελαστικοί θόλοι με ένα σταθερό αλλά εύκαμπτο εξωτερικό χείλος. Όταν τοποθετείται σωστά, το διάφραγμα εφαρμόζει αναπνευστικά ανάμεσα στο κοίλωμα, πίσω από το ηβικό οστό, και στο οπίσθιο τοίχωμα του τραχήλου, και καλύπτει το άνοιγμα του αυχένα του τραχήλου πλήρως. Τα διαφράγματα παράγονται σε μεγέθη που κυμαίνονται σε διάμετρο από 50 έως 150 χιλιοστά. Τα συνηθέστερα χρησιμοποιούμενα μεγέθη είναι μεταξύ 65 και 80 χιλιοστά.

Υπάρχουν τρεις κύριοι τύποι διαφραγμάτων. Αυτοί είναι: το επίπεδο – ελαστικό, το με σπείρα – ελαστικό και το θολωτό διάφραγμα. Το επίπεδο – ελαστικό είναι το διάφραγμα που πρωτοεμφανίστηκε σε χρήση, και έχει μια επίπεδη μεταλλική ταινία στην περιφέρεια. Το με σπείρα – ελαστικό έχει ένα σπείρωμα από σύρμα μέσα στην περιφέρεια. Και τα δύο είναι κατάλληλα για γυναίκες που έχουν μυϊκή κάμψη στον τράχηλο και αρκετή υποχωρητικότητα πίσω από το ηβικό οστό. Το επίπεδο – ελαστικό διάφραγμα ασκεί ελαφρώς μεγαλύτερη πίεση στα τοιχώματα του τραχήλου, παρά με το σπείρα – ελαστικό, και είναι πιο κατάλληλο για χρήση από γυναίκες που έχουν μικρή υποχωρητικότητα πίσω από το ηβικό οστό. Και τα δύο κάμπτονται επίπεδα για την εισαγωγή τους. Το τοξωτό διάφραγμα έχει μια ανθεκτική, σταθερή περιφέρεια που κάμπτεται σε τόξο, και έτσι μερικές γυναίκες βρίσκουν ευκολότερη την εισαγωγή του. Το θολωτό διάφραγμα μπορεί να είναι ιδιαίτερα χρήσιμο σε γυναίκες με χαμηλή ευκαμπτότητα των μυών του τραχήλου, κατάσταση που ευνοεί την ώθηση της κύστης μέσα στον τράχηλο (κυστεοκήλη) ή την ώθηση του ορθού μέσα στον τράχηλο (ορθοκήλη), καθώς επίσης και σε γυναίκες με μακρύ αυχένα του τραχήλου και με κάμψη της μήτρας.

Για να προσδιορισθεί το σωστό μέγεθος και ο τύπος του διαφράγματος που απαιτείται, είναι αναγκαία η εξέταση της πυέλου. Μια επισκόπηση των ανατομικών χαρακτηριστικών και ο προσδιορισμός του τόνου των μυών του τραχήλου θα βοηθήσουν το γιατρό για την επιλογή του διαφράγματος. Για το προσδιορισμό του σωστού μεγέθους γίνεται μέτρηση του διαγωνίου μήκους του τραχηλικού σωλήνα από την περιοχή πίσω από το ηβικό οστό έως το πίσω άκρο του τραχηλικού σωλήνα.

Τα διαφράγματα θα πρέπει να εφαρμόζονται προσεκτικά. Το μεγαλύτερο μέγεθος του διαφράγματος που θα εφαρμοσθεί καλά στον τραχηλικό σωλήνα, χωρίς να γίνεται αντιληπτή η παρουσία του, είναι αυτό που επιλέγεται συνήθως.

Ο τόνος των τραχηλικών μυών επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες, στους οποίους συμπεριλαμβάνονται ο αριθμός των γεννήσεων, το βάρος του σώματος, πιθανές χειρουργικές επεμβάσεις της πυέλου, εκτρώσεις, καθώς και η ψυχολογική κατάσταση κατά τη διάρκεια της εφαρμογής του διαφράγματος.

Μια γυναίκα που έχει γεννήσει, πιθανόν να έχει ανάγκη από μεγαλύτερο διάφραγμα, παρά αυτή που δεν έχει γεννήσει. Η γέννηση ενός παιδιού διευρύνει τον τραχηλικό σωλήνα.

Θα πρέπει η γυναίκα να υποβληθεί σε εξέταση μία ή δύο εβδομάδες μετά την αρχική εφαρμογή. Μπορεί να ζητηθεί να γίνει η προσέλευση για εξέταση με το διάφραγμα στη θέση του, ώστε να ελεγχθεί η εφαρμογή του. Είναι φρόνιμο να χρησιμοποιηθεί ένα πρόσθετο αντισυλληπτικό μέσο, όπως το προφυλακτικό, μαζί με το διάφραγμα και επιπλέον σπερμοκτόνο, μέχρι την προσεχή επίσκεψη. Εάν διαπιστωθεί η σωστή εφαρμογή, το διάφραγμα μαζί με το σπερμοκτόνο προσφέρουν αρκετή προστασία εφόσον χρησιμοποιηθούν σωστά.

Αν τα διαφράγματα φροντίζονται σωστά μπορεί να κρατήσουν δυο χρόνια ή και περισσότερο. Ωστόσο, συνήθως συστήνεται η προμήθεια ενός νέου διαφράγματος κάθε έτος ή όταν διαπιστώνεται ή είναι πιθανή η αναποτελεσματικότητά του. Αμέσως μετά την αφαίρεση του θα πρέπει να πλένεται απαλά με λίγο σαπούνι και ζεστό νερό. Ύστερα θα πρέπει να χτυπηθεί ελαφρά για να απαλλαχθεί από την υγρασία και να πουδραριστεί με αλεύρι καλαμποκιού ή με ταλκ χωρίς άρωμα. Αυτό θα προστατεύσει το λάστιχο από τη φθορά. Το διάφραγμα θα πρέπει να φυλάγεται σ' ένα προστατευτικό δοχείο.

Προτού ξαναχρησιμοποιηθεί το διάφραγμα, θα πρέπει να ελεγχθεί για τυχόν τρυπήματα, σχισμές, αυλακώσεις ή ρωγμές. Κανονικά, τέτοια ελαττώματα παρουσιάζονται κοντά στην περιφέρεια του διαφράγματος. Η εξέταση του διαφράγματος πάνω από το φως ή η τοποθέτηση νερού μέσα στο θόλο θα μας αποκαλύψουν πτυχές ή ανωμαλίες, το διάφραγμα πρέπει να αντικατασταθεί μ' ένα καινούργιο.

Ο συνδυασμός διαφράγματος και σπερμοκτόνου σπάνια προκαλεί σοβαρές παρενέργειες. Οι παρενέργειες μπορεί να περιλαμβάνουν ερεθισμό από το latex, ερεθισμό του τραχήλου που οφείλεται στη σύνθεση του

σπερμοκτόνου, μικρού βαθμού αλλεργική αντίδραση ή αυξημένη συχνότητα ερεθισμών της ουρικής οδού ή και λοίμωξη.

Οι λοιμώξεις της ουρικής οδού σε σεξουαλικά δραστήριες γυναίκες εμφανίζονται συνήθως σαν ουρηθρίτιδα σαν ουρηθρίτιδα και κυστίτιδα και σχετίζονται με την πράξη της συνουσίας κατά τη διάρκεια των καταμήνιων, με ιστορικό προηγούμενης λοίμωξης, με τη μεγαλύτερη από το μέσο όρο συχνότητα συνουσίας και με τη χρήση του διαφράγματος. Ο λόγος για τη μεγαλύτερη συχνότητα λοίμωξης της ουρικής οδού στις χρήστριες του διαφράγματος μπορεί να οφείλεται (1) σε ερεθισμό που πιθανόν να προκαλέσει μια λοίμωξη της περιφέρειας του διαφράγματος που πιέζει την ουρήθρα, (2) σε εισαγωγή μικροβίων μέσα στον τράχηλο ή την ουρήθρα εξαιτίας της μάλαξης των γεννητικών οργάνων κατά τη διάρκεια της εισαγωγής και αφαίρεσης του διαφράγματος και (3) σε παρεμπόδιση της απομάκρυνσης των ούρων από τη κύστη λόγω πίεσης της ουρήθρας και δημιουργίας στάσης των ούρων, προάγει την αύξηση των μικροβίων. Αν το διάφραγμα εγκαταλειφθεί στη θέση του περισσότερο από 24 ώρες, υπάρχει ο αυξημένος κίνδυνος λοίμωξης του τραχήλου και διάβρωσης του βλεννογόνου του τραχήλου.

Φαίνεται ότι όλα, κατά τα σπερμοκτόνα και τα διαφράγματα, προφυλάσσουν τις γυναίκες από πολλά ΣΜΝ. Η προστατευτική δράση των σπερμοκτόνων φαίνεται να αυξάνεται από την παρουσία του διαφράγματος, που εμποδίζει τους μικροοργανισμούς να φθάσουν στο άνω τμήμα του τραχήλου και του αυχένα.

4. Κολπικός Αντισυλληπτικός Σπόγγος.

Ο κολπικός αντισυλληπτικός σπόγγος είναι ένας μικρός στρογγυλός σπόγγος (σφουγγάρι) κατασκευασμένο από πολυουρεθάνη, μ' ένα εντύπωμα στο κέντρο του, έτσι ώστε να εφαρμόζει στον τράχηλο και μια ταινία για την αφαίρεση του. Είναι εμποτισμένος με μια σπερμοκτόνο ουσία και είναι μιας χρήσης. Η γυναίκα βρέχει τον σπόγγο με 2 κουταλάκια νερό και τον τοποθετεί στον κόλπο, έτσι ώστε να καλύψει τον τράχηλο. Μπορεί να μπει από μερικά δευτερόλεπτα μέχρι 24 ώρες πριν την επαφή και να πρέπει να διατηρηθεί για τουλάχιστον 6 ώρες μετά την επαφή.

Η απορρόφηση τραχηλικών εκκρίσεων και οι συμπίεσεις που υφίσταται κατά τη διάρκεια της συνουσίας θα προκαλέσουν την απελευθέρωση του σπερμοκτόνου, στο πάνω μέρος του κόλπου. Περίπου 200 mg σπερμοκτόνου απελευθερώνονται κατά τη διάρκεια 24 ωρών.

Ο σπόγγος έχει απορροφητική δράση. Η πολυουρεθάνη από την οποία είναι κατασκευασμένος, επιτρέπει την απορρόφηση του σπέρματος. Έτσι μειώνεται ο αριθμός των σπερματοζωαρίων που προσφέρονται για γονιμοποίηση.

Εντούτοις, η εφαρμογή του δεν είναι τόσο καλή όσο του διαφράγματος, γιατί ο σπόγγος προσφέρεται σ' ένα μόνο μέγεθος και δε συγκρατείται στέρεα στα τοιχώματα του τραχήλου και πάνω από τον αυχένα.

Ο σπόγγος φαίνεται να είναι περισσότερο αποτελεσματικός σε γυναίκες που δεν έχουν γεννήσει παιδιά. Σε γυναίκες που έχουν γεννήσει παιδιά μπορεί να απαιτείται μια μεγαλύτερη σε διάμετρο συσκευή έμφραξης του αυχένα της μήτρας (π.χ. διάφραγμα), για να επιτευχθεί μια σχετικά καλύτερη εφαρμογή στο πάνω τμήμα του τραχήλου. Η γυναίκα που πρόκειται να κάνει χρήση του σπόγγου ή οποιασδήποτε άλλης μεθόδου αντισύλληψης μετά από γέννα ή αποβολή θα πρέπει να συμβουλευτεί το γιατρό της. Όλες οι μέθοδοι αντισύλληψης που εφαρμόζονται στον τράχηλο, εξαρτώνται πολύ από την κινητικότητα της γυναίκας, τη στερεότητα της συσκευής και την προσεκτική χρήση, ώστε να επιτευχθεί το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα. Σημερινά δεδομένα υπαινίσσονται ότι ο αντισυλληπτικός σπόγγος δεν είναι τόσο αποτελεσματικός όσο το διάφραγμα μαζί με το σπερμοκτόνο.

Πρέπει να αναφερθεί πως η χρήση του σπόγγου κατά τη διάρκεια της καταμήνιου περιόδου ή αμέσως μετά από γέννα δε συνίσταται.

Οι αντισυλληπτικές μέθοδοι έμφραξης του κόλπου προσφέρουν εναλλακτικές λύσεις στις άλλες μεθόδους αντισύλληψης. Δεν είναι ούτε οι καλύτερες αλλά ούτε οι λιγότερο αποτελεσματικές μέθοδοι αντισύλληψης. Δυνητικά έχουν λιγότερους κινδύνους σε σχέση με τα αντισυλληπτικά από το στόμα και τις ενδομήτριες συσκευές. Οι κίνδυνοι και τα οφέλη, σε σχέση με τις άλλες αντισυλληπτικές μεθόδους, θα πρέπει να καθοδηγούν τη γυναίκα στην επιλογή των αντισυλληπτικών μεθόδων έμφραξης του κόλπου.

Γ. Μέθοδοι που χρησιμοποιούνται απ' τον Άνδρα.

1. Διακεκομμένη συνουσία.

Η διακεκομμένη συνουσία περιλαμβάνει την απομάκρυνση ενός σε στύση πέους από τον τράχηλο και την περιοχή των εξωτερικών οργάνων της γυναίκας πριν από την εκσπερμάτωση και έτσι η έγχυση μεγάλων ποσοτήτων σπέρματος δεν πραγματοποιείται μέσα στον τράχηλο. Η διακεκομμένη συνουσία είναι ίσως μια από τις συνηθέστερες μορφές «αντισύλληψης», που εφαρμόζεται παγκοσμίως και ιδιαίτερα μεταξύ των νεαρών ατόμων στις Η.Π.Α. Η μέθοδος αυτή αναφέρεται εδώ μόνο για να τονισθεί πόσο υψηλού κινδύνου και φτωχή ως μέθοδος αντισύλληψης είναι.

Πολλά είναι τα αίτια που η μέθοδος αυτή θεωρείται τόσο αξιόπιστη. Μεταξύ των αιτιών αυτών περιλαμβάνονται τα παρακάτω:

- a) Το διεγερμένο ανδρικό μόριο μπορεί να εκκενώσει χωρίς το συνειδητό έλεγχο του άντρα, εκκρίσεις διαμέσου της ουρήθρας, που είναι πλούσιες σε σπέρμα. Αυτές οι ακούσιες εκκρίσεις από την ουρήθρα εκχύνονται πριν από την εκσπερμάτωση, αλλά ενώ το διεγερμένο πέος βρίσκεται στον τράχηλο, μπορεί να προκαλέσουν τη μετανάστευση του σπέρματος και, μέσα από το άνοιγμα του αυχένα, τελικά να οδηγήσουν στη γονιμοποίηση ενός ωαρίου. Η πιθανότητα εγκυμοσύνης είναι μεγαλύτερη όταν η εκσπερμάτωση εκχύνεται μέσα στον τράχηλο κατά το χρόνο του οργασμού. Επιπλέον, σπερματοζώαρια περιεχόμενα στις εκκρίσεις της

ουρήθρας μπορεί να εισέλθουν στον αυχένα της μήτρας, ακόμα και κατά την εναπόθεση τους εξωτερικά γεννητικά όργανα της γυναίκας, όπως ακριβώς συμβαίνει και όταν εκχύνονται στον τράχηλο.

- b) Λίγοι άνδρες έχουν τον αυτοέλεγχο ώστε να σταματήσουν στο χρονικό σημείο που απαιτείται για την απόσυρση του διεγερμένου πέους από τον τράχηλο, αμέσως πριν την εκσπερμάτωση.
- c) Η διακεκομμένη συνουσία προσφέρει μικρό έλεγχο στη γυναίκα και ως προς τη συνουσία και ως προς την αντισύλληψη. Δεν μπορεί και πολύ η γυναίκα να βοηθήσει τον άντρα στο να πετύχει τον κατάλληλο χρόνο απόσυρσης.
- d) Σεξουαλική ικανοποίηση σπανίως επιτυγχάνεται από τον καθένα χωριστά σεξουαλικό σύντροφο, όταν εφαρμόζεται η διακεκομμένη συνουσία. Ο άνδρας μπορεί να έχει την εμπειρία ενός οργασμού και να εκσπερματώσει έξω από τον τράχηλο. Η γυναίκα σπάνια επιτυγχάνει κάποιον ταυτόχρονο οργασμό, και όμως είναι εκτεθειμένη στον κίνδυνο μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης.

Ωστόσο πολλά ζευγάρια θεωρούν τη διακεκομμένη συνουσία σαν μια πολύ απλή και αποτελεσματική αντισυλληπτική μέθοδο.

2. Το προφυλακτικό.

Το προφυλακτικό είναι μια λεπτή θήκη από καουτσούκ ή ελαστικό, που χρησιμοποιείται για την κάλυψη του πέους κατά τη συνουσία. Με την εφαρμογή του, το σπέρμα μαζεύεται μέσα σε ειδική μικρή θήκη στο μπροστινό του μέρος, και εμποδίζεται έτσι η είσοδος του μέσα στον κόλπο. Είναι μια απ' τις παλιότερες αντισυλληπτικές μεθόδους που χρησιμοποιείται αποκλειστικά απ' τον άνδρα.

Στην αγορά προσφέρονται διάφοροι τύποι προφυλακτικών. Τα σύγχρονα προφυλακτικά από συνθετικό καουτσούκ είναι λεπτά, εύκαμπτα και λαδωμένα, ώστε να γλιστράνε. Υπάρχουν επίσης ελαστικά προφυλακτικά χωρίς λίπανση, καθώς και σε διάφορα χρώματα, σχήματα και τύπους.

Τα λαδωμένα προφυλακτικά συνιστώνται για χρήση αν η διολίσθηση του πέους στον τράχηλο είναι δύσκολη ή επώδυνη εξαιτίας της μη φυσικής ύγρανσης του τραχηλικού σωλήνα. Πρέπει να τονισθεί ότι η μη επαρκής λίπανση είναι η κυριότερη αιτία σχισίματος του προφυλακτικού και διαφυγής του σπέρματος. Μόνο τα λιπαντικά που δεν προκαλούν αλλεργία θα πρέπει να χρησιμοποιούνται με τα προφυλακτικά.

Το μέγεθος του προφυλακτικού είναι λίγο μεγαλύτερο από το μέσο μέγεθος του πέους στις χώρες εκείνες που είναι περισσότερο πιθανό να χρησιμοποιηθεί. Το πλάτος του είναι κάπως μικρότερο από το πλάτος του πέους.

Τα έγχρωμα προφυλακτικά είναι μια σχετικά πρόσφατη καινοτομία στην αγορά των προφυλακτικών και έχουν προωθήσει τις πωλήσεις σημαντικά. Τα προφυλακτικά υφής είναι μια άλλη ποικιλία. Η επιφάνεια γύρω από την

περιφέρεια ενός προφυλακτικού υφής μπορεί να έχει μικρά επάρματα, ραβδώσεις ή άλλες προεκβολές.

Η αποτυχία εξαιτίας της ποιότητας του προφυλακτικού αντιπροσωπεύει τη θεωρητική ή αναμενόμενη αποτελεσματικότητα της χρήσης του προφυλακτικού. Αυτό είναι ένα μέτρο της πιθανότητας ότι το προφυλακτικό μπορεί να σχισθεί ή να επιτρέψει τη διαρροή, που έχει ως αποτέλεσμα τη σύλληψη.

Αποτυχία εξαιτίας του χρήστη συμβαίνει πράγματι με τη χρήση του αντισυλληπτικού. Η μη σωστή εφαρμογή του προφυλακτικού σπάνια είναι η αιτία της αντισύλληψης, εντούτοις μπορεί να γίνει σύλληψη από τη μη συνεπή χρήση. Παράγοντες που επηρεάζουν τη μη συνεπή χρήση του προφυλακτικού και συνεπώς την αποτελεσματικότητά του είναι η ηλικία κατά το χρόνο του γάμου, η θρησκεία, το εισόδημα της οικογένειας, το επίπεδο εκπαίδευσης, το χρονικό διάστημα του γάμου και ο χρόνος της χρήσης. Η ηλικία και το χρονικό διάστημα που χρησιμοποιείται η μέθοδος είναι οι παράγοντες που επηρεάζουν περισσότερο την αποτελεσματικότητά του προφυλακτικού. Τα νεαρά ζευγάρια είναι περισσότερο πιθανό να χρησιμοποιούν το προφυλακτικό με ασυνέπεια και είναι λιγότερο πιθανό να το χρησιμοποιούν για μεγάλα χρονικά διαστήματα (περισσότερο από έξι μήνες).

Αποτυχία στη συνέπεια της χρήσης του προφυλακτικού μπορεί να υπάρξει, όταν οι οδηγίες που βρίσκονται μέσα στη συσκευασία είναι ανεπαρκείς.

Αν το προφυλακτικό χρησιμοποιηθεί μόνο για το σκοπό της αντισύλληψης, μπορεί να έχει κανείς την εντύπωση ότι μπορεί να προλάβει ή να ελέγξει την εκσπερμάτωση και έτσι να περιμένει και να επιλέξει τη στιγμή της τοποθέτησης του προφυλακτικού στο πέος ακριβώς πριν από τον οργασμό. Αν κάποιος δεν είναι βέβαιος σχετικά με τον αυτοέλεγχο κατά τη στιγμή της εκσπερμάτωσης, καλό είναι να χρησιμοποιήσει το προφυλακτικό πριν από τη σεξουαλική πράξη.

Από την άλλη μεριά, αν το προφυλακτικό χρησιμοποιείται για τον έλεγχο μιας σεξουαλικής μεταδιδόμενης νόσου, θα πρέπει να τοποθετείται πριν από κάθε σεξουαλική επαφή. Ακόμα και η σύντομη επαφή με συφιλιδικές ή ερπητικές βλάβες ή με εκκρίσεις που περιέχουν μικροοργανισμούς που προκαλούν γονόρροια, και οι οποίες προέρχονται από τον κόλπο της γυναίκας ή από την ουρήθρα του άνδρα ή της γυναίκας, μπορεί να είναι αρκετή για τη μεταβίβαση μιας σεξουαλικώς μεταδιδόμενης νόσου.

Η χρησιμοποίηση προφυλακτικού από τον άνδρα μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο καρκίνου της μήτρας. Επίσης, παρέχει προστασία από τον ιό του έρπητος που μεταδίδεται με τη σεξουαλική επαφή. Τέλος, η χρήση προφυλακτικού από ομοφυλόφιλους άνδρες έχει αυξήσει την προφύλαξη από το σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS).

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟΥ.

Πέρα από την αντισύλληψη και την πρόληψη από ΣΜΝ, τα προφυλακτικά έχουν κι έναν αριθμό άλλων πλεονεκτημάτων.

1. Παρατείνει τη διάρκεια της επαφής και είναι χρήσιμο σε περιπτώσεις πρόωρης εκσπερμάτωσης.
2. Αύξηση του αισθησιασμού κατά τη συνουσία για μερικούς χρήστες.
3. Υπερνίκηση αισθητικών αντιρρήσεων συνουσίας κατά τη διάρκεια της έμμηнос ρύσης.
4. Χρήση για μικρό χρονικό διάστημα.
5. Απουσία παρενεργειών.
6. Πιθανή προστασία από τον καρκίνο του τραχήλου.
7. Προστασία από ΣΜΝ.
8. Δεν χρειάζεται ιατρική συνταγή.
9. Φθηνό αντισυλληπτικό μέσο.
10. Απλό στη χρήση.

ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟΥ.

1. Μείωση αισθησιασμού κατά τη συνουσία για μερικούς χρήστες.
2. Κίνδυνος αλλοίωσης σε περίπτωση έκθεσης του προφυλακτικού στο φως του ήλιου.
3. Δυσάρεστη οσμή για μερικούς χρήστες.
4. Αιτία διακοπής της ερωτικής πράξης.
5. Πιθανή αλλεργία στο latex ή στη λιπαντική ουσία.

ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΩΣΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ & ΑΓΟΡΑΣ.

1). Προφυλακτικό:

- Με σφραγίδα έγκρισης από την Ευρωπαϊκή Ένωση.
- Με ημερομηνία λήξεως και αριθμό παρτίδας.
- Σε αδιαφανή αεροστεγή συσκευασία.
- Από σημεία πώλησης με σωστές συνθήκες αποθήκευσης και μεταφοράς.

2). Χρήση με προσοχή στην τοποθέτηση και αφαίρεση:

- Όχι «προκαταρκτικά» χωρίς προφυλακτικό.
- Τοποθέτηση σε στύση.
- Εξαγωγή αέρα πριν τοποθετηθεί.
- Αφαίρεση προφυλακτικού σε στύση μετά το πέρας της πράξης.

Δ. Ενδομήτριο Σπείραμα.

Είναι ένας μικρός πλαστικός μηχανισμός, με μορφή σπείρας, σε σχήμα «T» ή «Y», που εισάγεται στην κοιλότητα της μήτρας. Όλα τα σπειράματα

έχουν ένα ελατήριο ή μια ουρά από πλαστικό νήμα. Το νήμα αυτό θα πρέπει να εκτείνεται έξω από τον τράχηλο της μήτρας, μέσα στον κοιλικό σωλήνα, ώστε να διαπιστώνεται η παρουσία της ενδομήτριας συσκευής με τη δακτυλική εξέταση. Όταν τοποθετηθεί η ενδομήτρια συσκευή, ο γιατρός αποκόβει συνήθως το νήμα, αφήνοντας, 5 περίπου εκατοστά απ' αυτό να προέχουν μέσα στον κοιλικό σωλήνα. Το νήμα που περισσεύει δεν θα πρέπει να τραβηχτεί, γιατί μπορεί να εκτοπιστεί μια σωστά τοποθετημένη ενδομήτρια συσκευή.

Μετά την εισαγωγή της ενδομήτριας συσκευής, πολυάριθμα λευκά αιμοσφαίρια εμφανίζονται στο υγρό της μήτρας. Τα κύτταρα αυτά μπορούν κυριολεκτικά να καταβροχθίσουν τα σπερματοζωάρια, τα ωάρια, ή ένα γονιμοποιημένο ωάριο που δεν έχει ακόμα εμφυτευθεί. Αυτός ο προτεινόμενος δράσης είναι πολύ αξιόπιστος.

Ένας άλλος προτεινόμενος μηχανισμός, που μπορεί να ενεργεί κατά το ίδιο χρονικό διάστημα, επιβραδύνει ή διαταράσσει τον κανονικό ορμονικό κύκλο, ή μπορεί να επιδράσει άμεσα στη μήτρα, δημιουργώντας ένα ενδομήτριο που δεν είναι κατάλληλο για εμφύτευση ενός γονιμοποιημένου ωαρίου. Αν το γονιμοποιημένο ωάριο δεν έχει εμφυτευθεί, δεν μπορεί να διατραφεί, και ως εκ τούτου καταστρέφεται.

Μερικοί γιατροί συμβουλεύουν τις γυναίκες που δεν έχουν κάνει ακόμα παιδιά να μη χρησιμοποιούν τη μέθοδο του ενδομητρίου μηχανισμού, καθώς είναι πιο επιρρεπείς σε πιθανή μόλυνση του εφηβαίου, φλεγμονή των σαλπίγγων ή και αποβολή του μηχανισμού από τον οργανισμό. Βέβαια, υπάρχουν περιπτώσεις όπου η χρήση αυτής της αντισυλληπτικής μεθόδου σε έφηβες δεν τους προκάλεσε προβλήματα.

ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

- ✦ Πυελικές φλεγμονές.
- Συγγενείς ανωμαλίες γεννητικού συστήματος.
- Δυσμηνόρροια.
- Βαριές μηνομητρορραγίες.
- Ιστορικό εξωμήτριου κύησης.
- Άτομα με ανεξέλεγκτη σεξουαλική συμπεριφορά.

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

- Τοποθετείται μόνο μια φορά.
- Απαιτεί ελάχιστη προσοχή και φροντίδα (μόνο 2 φορές το χρόνο στον γιατρό).
- Δεν παρεμβαίνει στη σεξουαλική πράξη.
- Προσφέρει διαρκή και αποτελεσματική προστασία από 2 έως 5 χρόνια.

ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

Απαιτεί τη συμμετοχή ειδικού γιατρού για να τοποθετηθεί.

Μπορεί να προκαλέσει κολικούς και ανωμαλίες στον κύκλο της γυναίκας.

Μπορεί να αποβληθεί από τον οργανισμό.

Δεν προλαμβάνει σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες.

Μπορεί να κινηθεί προς τη μήτρα ή προς τον τράχηλο.

Μπορεί να προκαλέσει φαγούρα στον τράχηλο ή έλκη στη μήτρα.

Πυελικές φλεγμονές.

Διάτρηση μήτρας.

Εξωμήτριος κύηση.

Η ενδομήτρια συσκευή, αν και έχει λιγοστέψει η ζήτηση και η χρήση της, είναι μια αποτελεσματική αντισυλληπτική συσκευή.

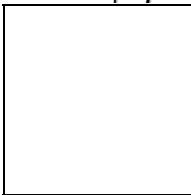
Είναι ενδιαφέρον ότι η μη χρήση των σύγχρονων ενδομήτριων συσκευών βασίζεται περισσότερο σε φόβο, κακή πληροφόρηση και στην αισθητική. Όταν εξετάζονται αντικειμενικά η αποτελεσματικότητα, οι κίνδυνοι, τα πλεονεκτήματα, το κόστος, η ευκολία, η απλότητα, οι αντενδείξεις, οι αντιξοότητες και η αισθητική, δε θα είναι έκπληξη να διαπιστώσει κανείς ότι η ενδομήτρια συσκευή είναι μια αξιόλογη απάντηση σε προτίμηση και χρήση.

Ε. Αντισυλληπτικό Χάπι.

Πρόκειται για χάπι που περιέχει συνθετικά οιστρογόνα ή προγεστερόνη σε συνδυασμό ή μόνα τους, παρόμοιες ορμόνες μ' αυτές που παράγει ο οργανισμός.

Η λήψη του αντισυλληπτικού χαπιού αρχίζει την 5^η ημέρα της εμμηνορρυσίας, καθημερινά και για μια περίοδο 21 ημερών, και σταματά για 7 ημέρες, προτού χρησιμοποιηθεί ένα καινούργιο πακέτο. Το χάπι των 28 ημερών είναι διαφορετικό: τα τελευταία επτά χάπια είναι βιταμίνες και έχουν καθαρά ψυχολογικό προορισμό – να συνηθίζει η γυναίκα να παίρνει ένα χάπι καθημερινά. Το χάπι πρέπει να λαμβάνεται τακτικά, την ίδια ώρα κάθε μέρα, κατά προτίμηση τη νύχτα. Αν η γυναίκα το ξεχάσει μια μέρα πρέπει να το πάρει όσο το δυνατόν πιο γρήγορα, μαζί με το λεγόμενο χάπι της επόμενης μέρας στην προκαθορισμένη ώρα. Αν το ξεχάσει για περισσότερο από δυο μέρες, πρέπει να σταματήσει τη μέθοδο αυτή και να ξεκινήσει κάποια άλλη, δραστική, όταν αρχίσει ο επόμενος κύκλος της.

Διάφοροι τύποι αντισυλληπτικών χαπιών είναι οι παρακάτω:



COC'S).

Αντισυλληπτικό Χάπι (συνδυασμένα αντισυλληπτικά

ΜΕΘΟΔΟΣ ΔΡΑΣΗΣ

Προκαλείται αναστολή της ωορρηξίας, αναστέλλοντας την μεσοκύκλια αιχμή της LH που αποτελεί προϋπόθεση για να επιτευχθεί η ωορρηξία.

Η προγεστερόνη που περιέχεται από την αρχή στα συνδυασμένα αντισυλληπτικά προκαλεί μεταβολές στο ενδομήτριο και κυρίως στην τραχηλική βλέννα, που δεν ευνοούν την διέλευση των σπερματοζωαρίων και κατ' επέκταση, την γονιμοποίηση τους.

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

1. Υψηλό ποσοστό επιτυχίας αντισυλληπτικής δράσης (πάνω από 98%) με σωστή χρήση.
2. Ελαττώνει τον κίνδυνο για καλοήθεις νεοπλασίες του μαστού.
3. Ελαττώνει τον κίνδυνο ενδομητρίωσης.
4. Ελαττώνει την δυσμηνόρροια, το προεμμηνορρυσιακό σύνδρομο, ακμή, αναιμία λόγω αυξημένης εμμήνου ρύσεως.
5. Προστατεύει από τον καρκίνο των ωοθηκών και του ενδομητρίου.
6. Χρησιμοποιείται στην θεραπεία ανωμαλιών του καταμήνιου κύκλου, του συνδρόμου των πολυκυστικών ωοθηκών και της ενδομητρίωσης.
7. Ελαττώνει το ποσοστό των πυελικών φλεγμονών (PID).

ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

1. Η αποτελεσματικότητα εξαρτάται από την καθημερινή χρήση.
2. Αλλαγή στο λιπιδαιμικό προφίλ.
3. Μικρή αύξηση του ποσοστού θρομβοεμβολικών επεισοδίων ειδικά σε βαριές καπνίστριες και γυναίκες με προϋπάρχουσα διαταραχή στην πήκτικότητα του αίματος.
4. 1-5% των γυναικών που κάνουν χρήση αυτών των αντισυλληπτικών, αναπτύσσουν υπέρταση και υποχωρεί όταν τα σταματήσουν.
5. Μικρή προδιάθεση για εξωμήτρια κύηση.
6. Μικρή αύξηση κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου ή προκαρκινικών νεοπλασιών στον τράχηλο της μήτρας, λόγω της ουροκαταστολής που επιφέρουν.
7. Αύξηση του ποσοστού χολολιθιάσεων, ηπατοκυτταρικού καρκίνου και χολοστατικού ίκτερου.
8. Αποτελούν πιθανούς τερατογόνους παράγοντες για το αναπτυσσόμενο έμβρυο.
9. Κατά τη διάρκεια της γαλουχίας ελαττώνουν της ποιότητα και την ποσότητα του γάλακτος.

ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

1. Πρόσφατο ή παλαιότερο θρομβοεμβολικό επεισόδιο, εγκεφαλικό επεισόδιο, έμφραγμα μυοκαρδίου.
2. Καρκίνος μαστού, ήπατος, γεννητικού συστήματος.
3. Ηπατική ανεπάρκεια.
4. Κύηση σε εξέλιξη.
5. Καπνίστρια πάνω από 35 ετών.
6. Σακχαρώδης διαβήτης.
7. Υπέρταση.
8. Αδιάγνωστη κολπική αιμόρροια.

Αντισυλληπτικό Χάπι (περιέχει μόνο προγεστερόνη – POP'S).

ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΔΡΑΣΗΣ

Αναστολή ωοθυλακιορρηξίας όπως και τα συνδυασμένα αντισυλληπτικά ωχρινοποιητικού τύπου, αλλαγές στο γεννητικό σύστημα (ενδομήτριο, τραχηλική βλέννα) που δεν βοηθούν την γονιμοποίηση και εμφύτευση του ωαρίου.

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

1. Υψηλή αποτελεσματικότητα.
2. Μπορούν να χορηγηθούν σε γυναίκες που έχουν αντένδειξη για κάποιο λόγο να πάρουν οιστρογόνα, γιατί δεν εμπεριέχουν τους κινδύνους από την οιστρογονική δράση των συνδυασμένων αντισυλληπτικών (θρομβοεμβολικά επεισόδια, καρκινογένεση).
3. Μπορούν να χρησιμοποιηθούν αμέσως μετά τον τοκετό χωρίς καμιά παρενέργεια για το έμβρυο και τον θηλασμό.

ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

1. Αποτελεσματικότητα εξαρτώμενη από την καθημερινή χρήση.
2. Σχετική αύξηση του κινδύνου για εξωμήτρια κύηση.
3. Αυξημένη συχνότητα λειτουργικών ωοθηκικών κύστεων.
4. Δεν προλαμβάνει ΣΜΝ.

ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

1. Αδιάγνωστη κολπική αιμόρροια.
2. Καρκίνος γεννητικών οργάνων.
3. Ενεργός ηπατική βλάβη.

ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

1. Αιμόρροια από τον κόλπο.

2. Αύξηση βάρους.
3. Εμφάνιση χλοάσματος.
4. Κατάπτωση ή κατάθλιψη.
5. Αμηνόρροια μετά τη διακοπή των χαπιών.
6. Θρομβώσεις των αγγείων.
7. Έμφραγμα.
8. Αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια.
9. Διαταραχές του μεταβολισμού των λιπιδίων.
- 10.Επιδείνωση του υπάρχοντος διαβήτη σε ορισμένες γυναίκες.
- 11.Υπέρταση.
- 12.Καλοήγη αδενώματα του ήπατος, και
- 13.Αύξηση παθήσεων των χοληφόρων.

Επείγουσα Αντισύλληψη – Χάπι της επόμενης μέρας.

Το «χάπι της επόμενης μέρας» είναι ένα σκεύασμα επείγουσας αντισύλληψης. Περιέχει μια συνθετική ορμόνη που χρησιμοποιείται εδώ και χρόνια σε αντισυλληπτικά δισκία, αλλά για πρώτη φορά τυποποιείται στην κατάλληλη περιεκτικότητα και δοσολογία ειδικά, για επείγουσα αντισύλληψη.

Ο ρόλος της συγκεκριμένης μεθόδου αρχίζει όταν οι άλλες μέθοδοι αντισύλληψης δεν έχουν εφαρμοστεί ή υπάρχουν υπόνοιες ότι έχουν αποτύχει. Τα στενά χρονικά περιθώρια αποτελεσματικότητας του (έως 72 ώρες μετά την επαφή, δηλαδή τρεις μέρες), συμβάλλουν επίσης στην ονομασία αυτή.

Η δραστική ουσία που περιέχει το χάπι της επόμενης ημέρας εμποδίζει την ωορρηξία ή την διέλευση των σπερματοζωαρίων και του ωαρίου μέσα από τις σάλπιγγες. Επίσης πιστεύεται ότι εμποδίζει την εμφύτευση του ωαρίου στην μήτρα αλλάζοντας το ενδομήτριο. Το χάπι επείγουσας αντισύλληψης δεν είναι αποτελεσματικό όταν έχει αρχίσει εμφύτευση και για το λόγο αυτό δεν μπορεί να διακόψει ή να επηρεάσει με οποιοδήποτε τρόπο μια εγκυμοσύνη.

Το χάπι μπορεί να ληφθεί από κάθε γυναίκα που βρίσκεται σε αναπαραγωγική ηλικία. Μπορεί να ληφθεί όχι μόνο την επόμενη ημέρα της σεξουαλικής επαφής, αλλά μέσα σε τρεις ημέρες μετά από μια επαφή χωρίς ή ανεπαρκή μέτρα αντισύλληψης. Συστήνεται βέβαια να λαμβάνεται το συντομότερο δυνατόν μετά την επαφή, μια και όσο νωρίτερα ληφθεί τόσο πιο υψηλή είναι η αποτελεσματικότητά του. Απαιτείται η λήψη 2 δισκίων. Το πρώτο δισκίο πρέπει να λαμβάνεται εντός τριών ημερών μετά την σεξουαλική επαφή χωρίς προφυλακτικά μέτρα. Το δεύτερο δισκίο πρέπει να ληφθεί 12-24 ώρες μετά τη λήψη του πρώτου. Η αποτελεσματικότητα της μεθόδου αυτής είναι και έως 95% αν το πρώτο δισκίο ληφθεί την επόμενη μέρα της σεξουαλικής επαφής.

ΠΙΘΑΝΕΣ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

1. Έμετοι.

2. Πονοκέφαλος.
3. Πόνοι στη κοιλιακή χώρα.
4. Αίσθημα κόπωσης.
5. Κηλίδες αίματος.

Η διαφορά απ' τα εκτρωτικά χάπια είναι ότι το χάπι της επόμενης ημέρας, δεν επιδρά όταν η εγκυμοσύνη έχει ήδη αρχίσει, δηλαδή δεν μπορεί να επηρεάσει τη πορεία της εγκυμοσύνης. Αντίθετα η ουσία αυτή, ως αντιπρογεστερονική ουσία, δεσμεύει τους υποδοχείς της προγεστερόνης ώστε να μην υπάρχει αρκετή για να συνεχιστεί η εγκυμοσύνη. Για το λόγο αυτό η mifepristone (ουσία που αποτελείται το χάπι της επόμενης ημέρας) λειτουργεί ως εκτρωτικό σε αρχικό στάδιο της εγκυμοσύνης.

Στ. Μέθοδοι Αντισύλληψης που ερευνώνται.

1. Ενέσιμη Μέθοδος Αντισύλληψης.

Η προγεστερόνη απέσπασε τη μεγαλύτερη προσοχή ως ένα ενέσιμο μακράς διάρκειας αντισυλληπτικό είναι η medroxyprogesterone (Depo-Provera), που έχει σχεδιαστεί ιδιαίτερα ως μια βραδείας απόδοσης ενέσιμη μορφή. Μια απλή ενδομυϊκή ένεση 150 mg χορηγείται συνήθως και φαίνεται να είναι αποτελεσματική για τρεις μήνες. Μια άλλη μακράς διάρκειας ενέσιμη προγεστερόνη είναι η norethindrone enanthate (Noristerat). Χορηγείται με ενδομυϊκή ένεση 200 mg, κάθε οχτώ εβδομάδες.

Αυτές οι σύγχρονες, διαθέσιμες προγεστερόνες φαίνεται να είναι τόσο αποτελεσματικές όσο ο συνδυασμός (οιστρογόνου-προγεστερόνης) των αντισυλληπτικών από το στόμα και περισσότερο αποτελεσματικές από το μικρό χάπι, που περιέχει μόνο προγεστερόνη.

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

1. Μεγάλη αντισυλληπτική ικανότητα.
2. Η χρήση είναι ανεξάρτητη από τη σεξουαλική πράξη.
3. Είναι απλό στη χορήγηση.
4. Είναι μακράς διάρκειας.
5. Σχετικά μικρού βαθμού αξιόλογες παρενέργειες.
6. Φαίνεται να μπορεί να μειώσει τα συμπτώματα της δρεπανοκυττάρωσης σε λαούς αφρικάνικης προέλευσης.
7. Σε γυναίκες που γαλουχούν μπορεί να παρουσιάσουν αυξημένη έκκριση γάλακτος από τους μαστούς. Το φάρμακο δεν εμποδίζει τη γαλουχία.

ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

1. Σχετικά μεγάλη συχνότητα ανώμαλης καταμήνιου αιμορραγίας.

2. Μια τυπική αναβολή, για 4 έως 5 μήνες, επανόδου της γονιμότητας μετά την παύση της χορήγησης του φαρμάκου.
3. Φόβος για ανάπτυξη καλοηθών και κακοηθών όγκων των μαστών καθώς και καρκίνου του ενδομητρίου.
4. Τα αντισυλληπτικά αποτελέσματα δεν μπορούν να σταματήσουν γρήγορα, γιατί το φάρμακο είναι μακράς διάρκειας και δεν μπορεί να απομακρυνθεί με φυσικά μέσα.
5. Ο πόνος και η ενόχληση μιας ένεσης.

ΔΕΝ ΥΠΑΡΧΕΙ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.

2. Στείρωση (ανδρική).

Επιτυγχάνεται με εγχείρηση, κόβοντας την οδό που οδηγεί τα σπερματοζώαρια από τους όρχεις στο πέος (ποροεκτομή). Μετά την επέμβαση και κατά την διάρκεια της σεξουαλικής επαφής, θα υπάρχει πάντοτε η εκροή σπέρματος.

Ποσοστό αποτυχίας: 0,15%.

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

1. Μόνιμη.
2. Υψηλή αντισυλληπτική αποτελεσματικότητα.
3. Σχετικά απλή διαδικασία να γίνει.

ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

1. Δύσκολη τεχνική, με αμφίβολα αποτελέσματα, αν ο άνδρας επιθυμήσει να αποκτήσει την γονιμότητα του ξανά (μικροχειρουργική).
2. Σε 2% περίπου άμεσες επιπλοκές μετά την επέμβαση, κυρίως φλεγμονή, αιμάτωμα, επιδιδυμίτιδα.
3. Μακροχρόνιος κίνδυνος για ανάπτυξη καρκίνου του προστάτη, χωρίς να έχει επιβεβαιωθεί απόλυτα.
4. Μικρό ποσοστό επανασυραγγοποίησης, συνήθως μέσα στις 6 πρώτες εβδομάδες.

3. Στείρωση (γυναικεία).

Με την τομή ή ραφή των σαλπίγγων, το ωάριο εμποδίζεται να φτάσει στην μήτρα. Αυτό επιτυγχάνεται με χειρουργικό τρόπο.

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

1. Μόνιμη.
2. Υψηλή αντισυλληπτική αποτελεσματικότητα.

ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

1. Περισσότερο δαπανηρή από την ανδρική στειροποίηση, με περισσότερες επιπλοκές και υψηλότερο ποσοστό αποτυχίας.
2. Δύσκολη τεχνική.
3. Έμμεσες επιπλοκές από την επέμβαση, φλεγμονές και περιστασιακά αιμορραγία.
4. Αύξηση του κινδύνου για εξωμήτριο κύηση σε περίπτωση αποτυχίας της μεθόδου.

4. Υποδόρια Εμφυτεύματα.

Σχετικά καινούργια μέθοδος αντισύλληψης για τις γυναίκες συνίσταται σε μια σειρά από 4 ή 6 κάψουλες, που τοποθετούνται κάτω από το δέρμα – συνήθως στην υποδόρια περιοχή του χεριού. Αυτές οι κάψουλες περιέχουν ορμόνες, που απελευθερώνονται σε πολύ μικρές δόσεις (ότι κάνουν δηλαδή και τα αντισυλληπτικά χάπια) και εμποδίζουν την ωορρηξία. Η επίδραση τους διαρκεί από 4 έως 5 χρόνια, ανάλογα με το πόσες κάψουλες έχουν τοποθετηθεί. Οι αντενδείξεις είναι οι ίδιες με αυτές των αντισυλληπτικών χαπιών. Τα εμφυτεύματα συνιστώνται κυρίως για τις γυναίκες που απαιτούν προστασία για μεγάλες χρονικές περιόδους.

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

1. Τοποθετούνται μόνο μια φορά.
2. Η επίδραση τους διαρκεί 4-5 χρόνια.
3. Δεν παρεμβαίνουν στη σεξουαλική πράξη.
4. Προσφέρουν συνεχή και αποτελεσματική προστασία.

ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

1. Κατά τον πρώτο χρόνο, μπορεί να προκαλέσουν ανωμαλίες στον κύκλο.
2. Δεν αφορούν τον σύντροφο.
3. Δεν προλαμβάνουν σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.
4. Η χρήση τους δεν έχει εξαπλωθεί, γιατί θεωρούνται ότι βρίσκονται ακόμα σε πειραματική φάση.

ΔΕΝ ΚΥΚΛΟΦΟΡΟΥΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.

5. Συνδυασμένα Χάπια του ενός μηνός.

Σήμερα στην Κίνα χρησιμοποιούνται αρκετά αντισυλληπτικά από το στόμα, που παίρνονται κάθε μήνα. Σχεδόν όλα τα συνδυασμένα χάπια που παίρνονται κάθε μήνα περιέχουν το οιστρογόνο *quinestrol*, που αποθηκεύεται στο λίπος του σώματος και απελευθερώνεται σταδιακά. Το πιο πλατιά

χρησιμοποιούμενο κινέζικο χάπι του ενός μηνός περιέχει 3 mg quinestrol (ένα οιστρογόνο) και 12 mg norgestrel (μια προγεστερόνη). Το πρώτο χάπι παίρνεται την 5^η μέρα του καταμήνιου κύκλου και το δεύτερο 20 μέρες αργότερα.

Δηλαδή, η χρήστρια παίρνει ένα χάπι κάθε τέσσερις εβδομάδες. Πολλά ερωτήματα σχετικά με την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα παραμένουν αναπάντητα και η γενική διαθεσιμότητα ενός τέτοιου προϊόντος είναι απίθανη στο προβλεπόμενο μέλλον.

6. Αυτοκόλλητη Αντισύλληψη.

Η χρήση των πρώτων αυτοκόλλητων αντισυλληπτικών, είναι πολύ πιθανόν να περιορίσει το φαινόμενο μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης στο άμεσο μέλλον. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα εκτεταμένης έρευνας που έγινε στην Αμερική και στον Καναδά, το συγκεκριμένο αυτοκόλλητο θα διοχετεύει στο γυναικείο οργανισμό τις απαραίτητες ορμόνες ώστε να περιορίζεται στο ελάχιστο η πιθανότητα εγκυμοσύνης.

Η ανεπιθύμητη ενέργεια που μπορεί να συμβεί είναι η αιμορραγία όπως και στο αντισυλληπτικό δισκίο.

Το γεγονός ότι οι περισσότερες ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες σε γυναίκες που λαμβάνουν αντισυλληπτικά δισκία, οφείλονται σε αμέλεια των γυναικών στη λήψη του χαπιού, οδήγησε τους επιστήμονες στην εξέταση πιο εύκολων στη χρήση μεθόδων. Η ευκολία στη χρήση, η καλή συνεργασία των γυναικών και η ισοδύναμη αποτελεσματικότητα, είναι τα πλεονεκτήματα του συγκεκριμένου σκευάσματος.

7. Ανδρικό Αντισυλληπτικό Χάπι.

Έχει ανακοινωθεί, από βρετανούς επιστήμονες, ότι σε λίγα χρόνια θα υπάρχει διαθέσιμο το ανδρικό αντισυλληπτικό χάπι. Το χάπι περιέχει την ανδρική ορμόνη τεστοστερόνη και την ουσία δεσογεστρέλη. Και τα δυο καταστέλλουν την παραγωγή της ορμόνης που διεγείρει το θυλάκιο και της ορμόνης του ωχρού σωματίου, που και οι δυο μαζί είναι απαραίτητες για την παραγωγή του σπέρματος.

Από τα αντισυλληπτικά για τον άνδρα που ερευνώνται, αυτά που δίνουν τις μεγαλύτερες υποσχέσεις είναι οι ορμόνες μακράς διάρκειας, που καταστέλλουν την παραγωγή του σπέρματος – όπως το gossypol (ένα προϊόν από το σπόρο του βαμβακιού), που μειώνει την κινητικότητα του σπέρματος και, πιθανόν, την παραγωγή του - , καθώς και τα χλωριωμένα σάκχαρα που φαίνεται ότι καταστέλλουν την κινητικότητα του σπέρματος.

Όσον αφορά την καταστολή της παραγωγής του σπέρματος, δεν είναι απόλυτα σαφές σε ποιο ποσοστό θα πρέπει να μειωθεί η παραγωγή του για να προληφθεί η σύλληψη του. Για την πλήρη αποτελεσματικότητα, κάθε αντισυλληπτικό για τον άντρα που στηρίζεται στο μηχανισμό της καταστολής των σπερματοζωαρίων θα πρέπει να σταματά εντελώς την παραγωγή σπέρματος.

Η διάθεση στην αγορά των αντισυλληπτικών από το στόμα για τον άνδρα θα καθυστερήσει για πολλά ακόμη χρόνια, έστω κι αν τα ερωτήματα σχετικά με την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια του έχουν ευνοϊκές απαντήσεις.

8. Εμβόλιο κατά της εγκυμοσύνης.

Η γοναδοτρόπος ορμόνη του πλακούντα είναι μια ορμόνη που εκκρίνεται από ένα πρόσφατα γονιμοποιημένο ωάριο, η οποία δίνει το σύνθημα στο σώμα να απελευθερώνει την ορμόνη προγεστερόνη ώστε να προληφθεί η καταμήνιος ρύση και να αρχίσει η προπαρασκευή του ενδομητρίου για την εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου και η ανάπτυξη του πλακούντα. Ένας Ινδός γιατρός απομόνωσε μέρος του πολύπλοκου μορίου της γοναδοτρόπου ορμόνης του πλακούντα και παρήγαγε ένα εμβόλιο που διεγείρει το σχηματισμό αντισωμάτων της ορμόνης αυτής από το σώμα. Τα αντισώματα αυτά εξουδετερώνουν τη γοναδοτρόπο ορμόνη του πλακούντα και μπλοκάρουν τα σήματα της για την απελευθέρωση προγεστερόνης, με αποτέλεσμα τα αναμενόμενα καταμήνια να εμφανίζονται νωρίς και το ωάριο να διώχνεται προς τα έξω. Έτσι, η εμφύτευση ενός γονιμοποιημένου ωαρίου δε θα είναι δυνατή.

Ένα τέτοιο εμβόλιο θα μπορούσε να είναι αποτελεσματικό για πολλά χρόνια, αλλά τα αποτελέσματα μπορεί να μην ήταν αναστρέψιμα προτού ο αριθμός των αντισωμάτων μειωνόταν κατά πολύ. Αν ένα άτομο επιθυμούσε να συνεχίσει την αντισύλληψη, θα μπορούσαν να γίνουν συμπληρωματικές ενέσεις τους τελευταίους μήνες της αποτελεσματικής περιόδου.

Υπάρχουν πολυάριθμα θεωρητικά πλεονεκτήματα για ένα τέτοιο αντισυλληπτικό εμβόλιο. Υπάρχουν όμως και αρκετοί πιθανοί κίνδυνοι. Θα απαιτηθούν πολλά χρόνια μελέτης και εκτίμησης για να δοθούν απαντήσεις σε πολλά ερωτήματα σχετικά με την ασφάλεια και αποτελεσματικότητα ενός τέτοιου αντισυλληπτικού εμβολίου.

9. Αντισυλληπτικοί Ψεκασμοί στη μύτη.

Μια νέα αντισυλληπτική μέθοδος που υπόσχεται πολλά είναι η χρήση ψεκασμών στη μύτη, που περιέχουν χημικές ουσίες συγγενείς με την ορμόνη του εγκεφάλου, την ορμόνη που παράγει και απελευθερώνει το ωχρό σωματίο. Έχει αποκαλυφθεί ότι οι χημικές αυτές ουσίες παρεμποδίζουν προσωρινά την παραγωγή του σπέρματος στους άνδρες και την ωορρηξία στις γυναίκες.

Παρ' όλα αυτά, χρειάζεται πολλή δουλειά ακόμα για την ανάπτυξη ενός τέτοιου αντισυλληπτικού, που να μπορεί να είναι πολύ αποτελεσματικό όταν χρησιμοποιείται από τους άνδρες. Ουσίες παρόμοιες με την ορμόνη που απελευθερώνει το ωχρό σωματίο μπορεί να παρεμβαίνουν με την παραγωγή του ωχρού σωματίου και της ορμόνης που διεγείρει το θυλάκιο, καταστέλλοντας έτσι την παραγωγή σπέρματος και παρεμποδίζοντας την παραγωγή τεστοστερόνης από τους όρχεις. Συμπληρωματικά ανδρογόνα πιθανόν να απαιτηθούν για τη διατήρηση της σεξουαλικής επιθυμίας του

άνδρα. Η χρόνια χρήση των ανδρογόνων δημιουργεί ερωτηματικά ως προς την ασφάλεια τους. Αποτελεσματικά δεδομένα δεν υπάρχουν σήμερα. Η καθημερινή ένεση ενός τέτοιου φαρμάκου δεν είναι πρακτική. Έχει υποστηριχθεί η χρήση ρινικών ψεκασμών μια ή δυο φορές τη μέρα, αλλά η αξιοπιστία και η αποδοχή από το χρήστη αυτού του τρόπου εφαρμογής δεν έχει εκτιμηθεί.

Z. Επιλογή Μεθόδων Αντισύλληψης.

Ανακεφαλαιώνοντας λοιπόν καταλήγουμε σε μερικά συμπεράσματα.

Η μέθοδος αντισύλληψης που θα χρησιμοποιηθεί, πρέπει να έχει εγκριθεί όχι μόνο από τους δυο συντρόφους, αλλά και από το γιατρό τους. Ο ρόλος του γιατρού στο θέμα αυτό είναι σημαντικότερος.

Ένας δεύτερος παράγοντας, είναι ο βαθμός αποτελεσματικότητας της μεθόδου, δεδομένου ότι η μέθοδος αντισύλληψης που χρησιμοποιείται, πρέπει να έχει τη μεγαλύτερη δυνατή αποτελεσματικότητα.

Ο τρίτος παράγοντας επιλογής μιας μεθόδου, πρέπει να συνδέεται με την κατά το δυνατό τρόπο, πιο εύκολη και πιο ανώδυνη επέμβαση, ώστε να αποφευχθούν περαιτέρω παρενέργειες.

Ο τέταρτος παράγοντας έγκειται στο κατά πόσο η μέθοδος που χρησιμοποιείται είναι αποδεκτή. Αυτό εξαρτάται από ιατρικούς, κοινωνικούς και ψυχολογικούς παράγοντες.

Ο πέμπτος παράγοντας σχετίζεται με το αν η μέθοδος είναι αντιστρεπτή, δηλαδή να μπορεί η γυναίκα να μείνει έγκυος, όταν το θελήσει.

Τέλος, ο έκτος παράγοντας αφορά το οικονομικό, τα έξοδα δηλαδή για την τοποθέτηση προφυλακτικών σπειραμάτων κ.ά., για την αγορά χαπιών, αφρού, προφυλακτικών, κλπ.

ΦΙΛΟΣΟΦΙΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ- ΣΤΟΧΟΙ

Γενικότητες.

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 μια χαρακτηριστική μοναδικότητα στο ανθρώπινο είδος. Η μοναδικότητα αυτή είχε μάλιστα χρησιμοποιηθεί σαν επιχείρημα κατά του οικογενειακού προγραμματισμού 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 μια σειρά από «εκτροπές» που κατά κανόνα έχουν θετικό πλεονεκτικό χαρακτήρα.

Βιολογικές δυνάμεις.

Ένα από τα διακριτικά χαρακτηριστικά του ανθρώπινου είδους είναι αυτό που καταχρηστικά αναφέρεται ως «εξωγενετική κληρονομικότητα». Σε αντιδιαστολή προς άλλα είδη ο άνθρωπος έχει τη 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 υποστρέψει στο πρωτόγονο εξελικτικό στάδιο του κυνηγού και συλλέκτη – ο γενετικός εξοπλισμός δεν ανταποκρίνεται παρά σ' αυτό το στάδιο. Αντίθετα, άλλα ζωικά είδη, όπως η μέλισσα, το μυρμηγκί κλπ., ζουν και οργανώνονται κοινωνικά με αποκλειστική βάση τις γενετικές τους προδιαγραφές, χωρίς το πλεονέκτημα της εκμεταλλεύσεως των εμπειριών των προηγούμενων γενιών, αφού δεν διαθέτουν τους μηχανισμούς της εξωγενετικής κληρονομικότητας (τυπική και άτυπη εκπαίδευση, αναπτυγμένος προφορικός και γραπτός λόγος). Συνέπεια της καίριας σημασίας της εξωγενετικής κληρονομικότητας στον άνθρωπο, καθώς και της έκδηλης ανωριμότητας του εγκεφάλου του κατά τη γέννηση, είναι ότι η περίοδος βιοκοινωνικής εξαρτήσεως του παιδιού είναι πολύ μεγαλύτερη στον άνθρωπο παρά στα άλλα ζωικά είδη. Η μακροχρόνια εξάρτηση του παιδιού σημαίνει όμως καθήλωση του ενός τουλάχιστον από τους γονείς – παραδοσιακά, αλλά όχι αναγκαστικά, της μητέρας. Στις πρωτόγονες κοινωνίες η καθήλωση της μητέρας, που αποτελούσε προϋπόθεση για την εξωγενετική βιοκοινωνική ωρίμανση του παιδιού, σήμαινε εξάρτηση της από τον τεκμαρτό πατέρα. Κατά συνέπεια, στο ανθρώπινο είδος, το φαινόμενο της εξωγενετικής κληρονομικότητας προσέδωσε στο δεσμό του ζευγαριού ένα ρόλο πολύ

σημαντικότερο παρά σε οποιοδήποτε άλλο ζωικό είδος. Χωρίς αυτόν το ζευγάρι δεν θα είχε τη δυνατότητα να εξασφαλίσει την αδιατάρακτη λειτουργία των μηχανισμών της εξωγενετικής κληρονομικότητας, για χάρη του παιδιού, και χωρίς αυτή την δυνατότητα το ανθρώπινο είδος δεν θα διέθετε 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, σε αντιδιαστολή προς τα άλλα θηλαστικά, δεν έχει περιοδικότητα οίστρου, αλλά είναι πάντα δυνητικά έτοιμη για τη γενετήσια σχέση και, σε αντιδιαστολή προς τους θηλυκούς ανθρωποειδείς πιθήκους, διαθέτει το χάρισμα του (δυνητικού) οργασμού. Εξάλλου ο άνδρας, συγκριτικά προς τους αρσενικούς ανθρωποειδείς πιθήκους, διαθέτει αναλογικά 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 σκεφθούν για τον οικογενειακό προγραμματισμό, η γενετήσια σχέση φαίνεται ότι είχε αντιδιασταλεί από την αναπαραγωγή, σαν προσδιοριστικό χαρακτηριστικό του ανθρώπινου είδους.

Δημογραφικές δυνάμεις.

Οι δημογραφικοί παράγοντες που διαμόρφωσαν την ανάγκη του οικογενειακού προγραμματισμού ποικίλλουν ποσοτικά και ποιοτικά από πληθυσμό σε πληθυσμό, και η δυναμική τους δεν είναι πάντα κατανοητή. Αναφέρεται συχνά ότι «η πληθυσμική 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 δυνατόν 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, σ' 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 προαναπαραγωγική στη μετα-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 μια μεταβολή την οποία απεργάστηκε η ανθρώπινη νοημοσύνη και συντηρεί η εξωγενετική κληρονομικότητα. Το βασικό της χαρακτηριστικό ήταν η ταχύρυθμη πραγμάτωσή της (μέσα σε διάστημα μικρότερο από δύο 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 οργάνωσης 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 οικογενειακού προγραμματισμού είχε γεννηθεί.

Ψυχοκοινωνικές δυνάμεις.

Φαίνεται ίσως κοινοτοπία σήμερα, αλλά καθυστέρησε σημαντικά να συνειδητοποιηθεί, ότι η άνιση θέση της γυναίκας απέναντι στον άνδρα στις ανθρώπινες κοινωνίες αντανάκλα 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 και μερικές ούτε καν συνειδητοποιηθεί. Η επαγγελματική και γενετήσια απελευθέρωση της γυναίκας και η προστασία της υγείας της έρχονται εύκολα στο νου ως παρασυνέπειες του οικογενειακού προγραμματισμού, και στην πραγματικότητα έχουν χρησιμοποιηθεί με τόση ευκολία και μερικές φορές 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 και του θανάτου. Παρόλα αυτά, η ηχώ των εποχών στις οποίες η ενεργητική κοινωνική παρουσία της γυναίκας τελείωνε με την εμμηνόπαυση σφραγίζει ακόμη και σήμερα την κοινωνική μας συμπεριφορά, και δημιουργεί κατεστημένα τα οποία δεν μπορεί να ανατρέψει καμία νομοθεσία, αφού οι ρίζες τους βρίσκονται στην πλασματική αισθητική καταξίωση του συνταιριάσματος της νέας γυναίκας με το μεγαλύτερο άνδρα.

Ιατρικά δεδομένα.

Αν τα βιολογικά δεδομένα κατοχυρώνουν την αντιδιαστολή της γενετήσιας λειτουργίας από την αναπαραγωγή, αν οι δημογραφικές τάσεις δημιουργούν τις ποσοτικές ανάγκες οικογενειακού προγραμματισμού, και αν τα ψυχοκοινωνικά ρεύματα διαμορφώνουν τις ποιοτικές του παραμέτρους, ήταν τα

ιατρικά και τεχνολογικά επιτεύματα του αιώνα μας που γεφύρωσαν το χάσμα ανάμεσα στο επιθυμητό και το εφικτό. Μολονότι τα διαθέσιμα αντισυλληπτικά μέσα δεν καλύπτουν ακόμη ολόκληρο το φάσμα των αναγκών (με σημαντικές ελλείψεις στους τομείς της ανατάξιμης αναστολής της γονιμότητας, και της ανδρικής αντισυλληψεως) εντούτοις έχουν σημειωθεί σημαντικές πρόοδοι, ανάμεσα στις οποίες ξεχωρίζει η σύνθεση δισκίων με υψηλούς δείκτες όχι μόνο αποτελεσματικότητας αλλά και ασφάλειας (υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις ότι ο συνηθέστερος τύπος των χρησιμοποιούμενων αντισυλληπτικών μπορεί να προστατεύει από τον καρκίνο του ενδομήτριου και ίσως της ωοθήκης). Αντίθετα, σε πρώιμο στάδιο βρίσκεται ακόμη η γνώση και η τεχνολογία για την αντιμετώπιση άλλων θεμάτων και προβλημάτων, που ξεφεύγουν από το χώρο της αντισυλληψεως αλλά δεν παύουν να αποτελούν σημαντικούς τομείς του οικογενειακού προγραμματισμού. Έτσι, βρισκόμαστε ακόμη μακριά από τους επιθυμητούς στόχους στους τομείς της αντιμετώπισης της υπογονιμότητας, ορισμένων αφροδίσιων νοσημάτων (έρπητας, σύνδρομο επίκτητης ανοσιακής ανεπάρκειας) και των περισσότερων συγγενών διαμαρτιών. Ακόμη 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 οικογενειακού προγραμματισμού. Σε τελευταία ανάλυση, η εξουδετέρωση των καταλοίπων αβεβαιότητας στις γενετήσιες σχέσεις και το σεξουαλικό ταίριασμα του ζευγαριού μπορούν να συμβάλλουν στην προαγωγή της ποιότητας της ζωής στον ίδιο τουλάχιστον βαθμό όσο η πετυχημένη αντισύλληψη και η υπεύθυνη γονιμότητα.

Στόχοι οικογενειακού προγραμματισμού.

Ο θεσμός του οικογενειακού προγραμματισμού έχει αναγνωρισθεί από τον Ο.Η.Ε. και αποτελεί αντικείμενο συντονισμένων προσπαθειών του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, 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 απ' αυτές που περιέχει εννοιολογικά ο όρος οικογενειακός προγραμματισμός. 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 οικογενειακός προγραμματισμός κατοχυρώνει τη λειτουργικότητα της γυναίκας στον κοινωνικό χώρο, τότε προκύπτει, ότι ο οικογενειακός προγραμματισμός 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 τη γονιμότητά της.

Η δημογραφική προσπέλαση του οικογενειακού προγραμματισμού 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, στις οποίες 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 αντισυλλήψεως καταφεύγουν στην έκτρωση. Τι λοιπόν θα βοηθήσει δημογραφικά η μη παροχή πληροφοριών για αντισύλληψη, αφού η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη έτσι κι αλλιώς δεν πρέπει να καταλήξει σε γέννηση; 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 τη 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 αυτήν την έννοια η δημογραφική πολιτική εντάσσεται στους στόχους του οικογενειακού προγραμματισμού 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. Μ' 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 οικογενειακός προγραμματισμός όμως δεν αφορά μόνο την αντισύλληψη ή τη δημογραφική πολιτική. Στους στόχους του πρέπει να περιλαμβάνονται και άλλοι τομείς που αφορούν τις γενετήσιες σχέσεις και τα προβλήματα που είναι συνυφασμένα μ' 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. Η γενετήσια σχέση αυτή καθ' εαυτή, ανεξάρτητα από την παράπλευρη επιδίωξη (ή μη-επιδίωξη) τεκνογονίας.

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ – ΕΛΕΓΧΟΥ ΓΕΝΝΗΣΕΩΝ.

Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση και διαφώτιση των νέων προβάλλει σαν η πιο επιτακτική ανάγκη της σημερινής κοινωνίας, δεδομένου ότι οι περισσότερες αντικοινωνικές εκδηλώσεις των σημερινών νέων, που ξεκινάμε από μια απλή άρνηση και οδηγούνται μέχρι τις δολοφονίες, είναι απόρροια λαθεμένης πέρα για πέρα ή ανύπαρκτης σεξουαλικής διαφώτισης. Επιτακτική επομένως εμφανίζεται η ανάγκη να δημιουργηθούν κέντρα παροχής πληροφοριών με βάση τις αρχές και μεθόδους του οικογενειακού προγραμματισμού.

Βασικός στόχος του οικογενειακού προγραμματισμού είναι να δώσει τα μέσα σε κάθε ζευγάρι να ρυθμίζει την ανάπτυξη και το μέγεθος της οικογένειας του ελεύθερα, αλλά μετά από σωστή και υπεύθυνη επιστημονική ενημέρωση του. Αποσκοπεί στη δημιουργία οικογενειών από ευτυχισμένους γονείς και από επιθυμητά, υγιή και ευτυχισμένα παιδιά. Θεμελιώδης προϋπόθεση για την εκπλήρωση του σκοπού αυτού είναι η διάδοση και ορθολογική χρήση των μέσων ελέγχου της αναπαραγωγικότητας αλλά και η γνώση μέτρων, με τα οποία αντιμετωπίζεται η στειρώση ή η παροχή συμβουλών πάνω στα προβλήματα ευγονικής ανατροφής των παιδιών, σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης, πρόληψης αφροδισίων νοσημάτων κλπ.

Σε παγκόσμια κλίμακα, ο οικογενειακός προγραμματισμός αποσκοπεί:

- στην επίλυση δημογραφικών προβλημάτων,
- στη μείωση των εκτρώσεων,
- στην προαγωγή της υγείας της μητέρας,
- στην προαγωγή της υγείας των παιδιών,
- στην αντιμετώπιση της στειρότητας,
- στην πρόληψη των αφροδισίων νοσημάτων.

Δημογραφικά προβλήματα & οικογενειακός προγραμματισμός.

Η αύξηση του πληθυσμού δεν ήταν ποτέ σταθερή ούτε μεγάλη. Αφού πέρασε διάφορες φάσεις ανάπτυξης για πολλά χρόνια, έφθασε τελικά στα σημερινά επίπεδα και πήρε επικίνδυνη έκταση μέσα σε πολύ μικρό σχετικά χρονικό διάστημα. Αυτό δημιουργεί προβλήματα για το παρόν και φόβους για το μέλλον. Έτσι, από πολλούς επισημαίνεται ότι ο υψηλός ρυθμός αύξησης του πληθυσμού – όπως παρουσιάζεται σήμερα – θα επιφέρει υποβιβασμό της ζωής και πιθανόν να καταλήξει στην εξαφάνιση του ανθρώπινου είδους, αν δεν ληφθούν επείγοντα μέτρα για την αντιμετώπιση του.

Εντούτοις, πολλοί επιστήμονες πιστεύουν ότι στη γη μπορούν να ζήσουν χωρίς να επαληθευθούν οι δυσοίωνες προβλέψεις 38 με 48 δισεκατομμύρια άνθρωποι, εφόσον βέβαια επικρατήσει λογική στις πολιτικές αποφάσεις, επιχειρηθούν έγκαιρα οι απαραίτητες επενδύσεις κεφαλαίων και επέλθουν σημαντικές οικονομικές, κοινωνικές και οργανωτικές αλλαγές.

Σε αυτό πιστεύεται ότι θα βοηθήσει και η ανάπτυξη των μέσων συγκοινωνίας και επικοινωνίας, που θα μεταφέρει πολλές αντιλήψεις και πρότυπα που επικρατούν σήμερα στις δυτικές χώρες, ώστε να υπερπηδηθούν τα υφιστάμενα κοινωνικά και φυλετικά εμπόδια για την μείωση της γεννητικότητας. Η αισιοδοξία για την αντιμετώπιση του δημογραφικού προβλήματος βασίζεται κυρίως στην εφαρμογή προγραμμάτων οικογενειακού προγραμματισμού. Στις χώρες αυτές, ο οικογενειακός προγραμματισμός καλείται να βοηθήσει στη μείωση της τρομερής αύξησης του πληθυσμού με την ενημέρωση, εφαρμογή, αλλά και ανακάλυψη αντισυλληπτικών μεθόδων, οι οποίες δεν απαιτούν ενεργό συμμετοχή και ατομικό ενδιαφέρον για την εφαρμογή τους. Έτσι, θα βοηθήσει μαζί με την προσπάθεια βιομηχανοποίησης και οικονομικής ανάπτυξης στη μείωση της γεννητικότητας και του ρυθμού αύξησης και θα συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των υπό ανάπτυξη χωρών.

Εκτρώσεις & οικογενειακός προγραμματισμός.

Ένας από τους βασικούς στόχους του οικογενειακού προγραμματισμού είναι η μείωση της συχνότητας των εκτρώσεων. Στη χώρα μας, η αποφυγή των εκτρώσεων αποτελεί τον κυριότερο λόγο και την πιεστικότερη ανάγκη διάδοσης των αρχών και των μεθόδων του οικογενειακού προγραμματισμού. Η έκτρωση βέβαια δεν αποτελεί αντισυλληπτική μέθοδο, αλλά το τελευταίο καταφύγιο, όταν έχει γίνει σύλληψη που δεν είναι επιθυμητή. Άρα, ο αριθμός των εκτρώσεων φανερώνει και το μέγεθος αποτυχίας του οικογενειακού προγραμματισμού.

Έκτρωση θεωρείται η σκόπιμη δια χειρουργικών μέσων αφαίρεση του αναπτυσσόμενου στη μήτρα εμβρύου. Σήμερα, η χειρουργική τεχνική είναι σημαντικά τελειοποιημένη. Χρησιμοποιούνται : (α) αρνητική πίεση και αναρρόφηση, (β) διαστολή του τραχηλικού στομίου και απόξεση, (γ) εισαγωγή διαλυμάτων (NaCl, ωκυτοκίνης) και (δ) διάφορα φάρμακα.

Παρά τη σημαντική πρόοδο στη χειρουργική των εκτρώσεων, το ηθικό θέμα στις περισσότερες χώρες είναι συγκεχυμένο. Πράγματι, η πολιτεία και η εκκλησία απαγορεύουν στους γιατρούς να πραγματοποιούν αυτή την επέμβαση. Όμως, η ανάγκη και η ζήτηση εκτρώσεων είναι τεράστια, με αποτέλεσμα εκατομμύρια εκτρώσεων σε όλο τον κόσμο να πραγματοποιούνται παράνομα.

Σε αντίθεση με τις αναπτυγμένες χώρες, η νομιμοποίηση αυξάνει τον αριθμό των εκτρώσεων στις υπό ανάπτυξη περιοχές. Η αύξηση των εκτρώσεων μπορεί να αποδοθεί στην παράλειψη ανάπτυξης παράλληλης υποδομής για πληροφόρηση και προσφορά αποτελεσματικών μέσων αντισύλληψης. Έτσι, επιβάλλεται η δημιουργία όλων των προϋποθέσεων για την εφαρμογή των ορθών μεθόδων αντισύλληψης πριν από τη νομιμοποίηση των εκτρώσεων. Μόνο τότε οι εκτρώσεις θα βοηθήσουν στην αντιμετώπιση εξαιρετικών περιπτώσεων, χωρίς να αποτελούν συνηθισμένο μέσο αντισύλληψης, όπως γίνεται τώρα.

Στην Ελλάδα, έχει αποδειχθεί (1965) ότι 35-40% των Ελληνίδων έχουν κάνει τουλάχιστον μια έκτρωση. Οι εκτρώσεις είναι συχνότερες στις πόλεις παρά στα χωριά, στις γυναίκες κατώτερης κοινωνικής τάξης παρά ανώτερης και αυξάνονται με την ηλικία, τα χρόνια έγγαμης ζωής και τον αριθμό των παιδιών που έχουν ήδη κάνει. Πιστεύετε ότι ο αριθμός των εκτρώσεων σήμερα είναι ίσος ή μεγαλύτερος με τον αριθμό των γεννήσεων. Το πρόβλημα παρουσιάζεται ακόμη πιο σημαντικό, όταν αναφερθεί ότι πολλές από αυτές τις γυναίκες αγνοούν την ύπαρξη αποτελεσματικών μεθόδων αντισύλληψης και ότι υποβάλλονται σε έκτρωση, ξέροντας ότι είναι παράνομη και επικίνδυνη για την υγεία τους και παρά τις θρησκευτικές και κοινωνικές τους πεποιθήσεις. Αυτό και μόνο το γεγονός επισημαίνει την επιτακτική ανάγκη πληροφόρησης του ελληνικού πληθυσμού και παροχής των μέσων για την εφαρμογή αποτελεσματικών μεθόδων οικογενειακού προγραμματισμού.

Αντίθετα, στις πιο αναπτυγμένες χώρες, το πρόβλημα δεν είναι τόσο οξύ στις μεγαλύτερες και στις παντρεμένες γυναίκες, αλλά στα ανήλικα κορίτσια και σε ανύπαντρες γυναίκες κάτω των 24 ετών. Έτσι, γυναίκες ηλικίας 18-19 ετών παρουσιάζουν υψηλότερο ποσοστό εκτρώσεων.

Αυτό αποδίδεται στην πρόωμη έναρξη σεξουαλικών σχέσεων, αλλά και στην μη εφαρμογή αποτελεσματικών μεθόδων αντισύλληψης και υποδεικνύει την ανάγκη σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης των νέων, ώστε να μη φθάνουν σε ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, που τελικά τις περισσότερες φορές αντιμετωπίζουν αναγκαστικά με έκτρωση.

Οικογενειακός προγραμματισμός & υγεία της μητέρας.

Ο οικογενειακός προγραμματισμός βοηθάει κάθε γυναίκα να διατηρεί την ψυχική, σωματική και κοινωνική της ευεξία.

Πράγματι, προάγει την ψυχική υγεία και ευτυχία της γυναίκας. Ο οικογενειακός προγραμματισμός κατ' αρχήν την απαλλάσσει από το άγχος και την αγωνία μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, που είναι δυνατόν να συμβεί σε κάποιον από τους 400-500 μηνιαίους κύκλους της αναπαραγωγικής της ζωής. Οι μέθοδοι αντισύλληψης εφαρμόζονται και είναι γενικά περισσότερο γνωστές και παραδεκτές από γυναίκες υψηλού μορφωτικού επιπέδου. Οι γυναίκες αυτές παρουσιάζουν τη μικρότερη αναπαραγωγικότητα, που οφείλεται στην καθυστέρηση της σύναψης γάμου και στην επιθυμία σύστασης μικρού μεγέθους οικογένειας, ώστε να είναι δυνατόν να ανταποκρίνονται στις επαγγελματικές τους υποχρεώσεις. Μικρό μέγεθος οικογένειας μπορούν να επιτύχουν, γιατί έχουν τη δυνατότητα ενημέρωσης πάνω σε θέματα αντισύλληψης, αλλά και τη δυνατότητα επηρεασμού και του συζύγου ως προς το επιθυμητό μέγεθος της οικογένειας. Αυτές τις γυναίκες ο οικογενειακός προγραμματισμός τις βοηθάει στη διατήρηση της ψυχικής τους υγείας, γιατί τις απαλλάσσει από την αγωνία μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, που θα δημιουργήσει προβλήματα που έχουν σχέση κυρίως με την επαγγελματική τους δραστηριότητα. Επιδίωξη όμως του οικογενειακού προγραμματισμού είναι η ενημέρωση όλων των γυναικών και κυρίως των γυναικών χαμηλού μορφωτικού

επιπέδου και κατά κανόνα, χαμηλού οικονομικού επιπέδου, στις οποίες η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη δημιουργεί πιο ζωτικά προβλήματα, κυρίως κοινωνικά και οικονομικά, που έχουν σχέση με την ποιότητα της ζωής τους, την οποία υποβιβάζουν.

Σημαντική όμως είναι και η βοήθεια που προσφέρει στις ανύπαντρες γυναίκες, στις οποίες η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη επιφέρει συσσώρευση σοβαρών ψυχικών προβλημάτων και ερωτηματικών για την παραπέρα πορεία τους. Έτσι, η έκτρωση, ο βεβιασμένος γάμος ή η γέννηση παιδιού σε μια ανύπαντρη γυναίκα δημιουργεί σοβαρά προβλήματα στη σημερινή κοινωνία. Το μέγεθος των προβλημάτων εξαρτάται από τα πρότυπα της κοινωνίας, αλλά και από το δικό της κοινωνικοοικονομικό επίπεδο. Όσο χαμηλότερο είναι το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο τόσο συνήθως μεγαλύτερη άγνοια έχει των μεθόδων αντισύλληψης, τόσο μεγαλύτερη πιθανότητα ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και τόσο μεγαλύτερα τα προβλήματα που θα αντιμετωπίσει από αυτήν. Γι' αυτό, ιδίως στις ομάδες αυτές, η εγκυμοσύνη επιφέρει ισχυρότατο κλονισμό, αλλά ακόμη και η παραμικρή καθυστέρηση της περιόδου προκαλεί σημαντικό άγχος για την πιθανότητα εγκυμοσύνης.

Ο οικογενειακός προγραμματισμός προάγει και τη σωματική υγεία της γυναίκας. Πράγματι, βοηθάει να αποφεύγεται η εγκυμοσύνη σε περίπτωση σοβαρής πάθησης της μητέρας, είτε μόνιμης είτε παροδικής. Έτσι, συνιστάται προσωρινά η εφαρμογή κατάλληλης αντισυλληπτικής μεθόδου σε γυναίκες, οι οποίες πάσχουν από ανοικτή φυματίωση, ενεργό καρδιοπάθεια, χρόνιες φλεγμονές του ουροποιητικού συστήματος, ψυχωτικές καταστάσεις που μπορεί να προκαλέσουν σοβαρούς κινδύνους για τη ζωή ή την υγεία τους κατά το διάστημα της εγκυμοσύνης. Βοηθάει επομένως στην αποκατάσταση της υγείας τους, η οποία θα είναι ευκολότερη και γρηγορότερη, όταν δεν παρεμβληθεί κύηση ή έκτρωση. Επίσης, βοηθάει σημαντικά και τις γυναίκες που έχουν ανάγκη από μόνιμη αντισύλληψη. Μόνιμη αντισύλληψη είναι απαραίτητη σε χρόνια υπέρταση, σε διαβήτη με αγγειακές και νεφρικές επιπλοκές, σε μη αντιρροπούμενη καρδιοπάθεια κτλ. Επίσης, είναι δυνατόν να αποφευχθεί η γέννηση και επομένως η μετάδοση κληρονομικών παθήσεων από γονείς που πάσχουν ή είναι φορείς τέτοιας νόσου. Κλασικά παραδείγματα αποτελούν οι αιμοσφαιρινοπάθειες, η αιμορροφιλία, η αμαυρωτική ιδιοτεία, οι χρωμοσωματικές ανωμαλίες κλπ. Σε αυτές τις περιπτώσεις, η εγκυμοσύνη επιφέρει επιβάρυνση της υγείας της μητέρας, διότι για να αποφύγει τη γέννηση παθολογικού παιδιού θα καταφύγει στην έκτρωση ή θα εξακολουθήσει την εγκυμοσύνη και θα γεννήσει παθολογικό παιδί, που στη συνέχεια θα επηρεάσει την ψυχική της υγεία για όλη της τη ζωή.

Εκτός όμως από τη βοήθεια που προσφέρει σε γυναίκες που έχουν προβλήματα υγείας, ο οικογενειακός προγραμματισμός βοηθάει και στη διατήρηση της καλής σωματικής τους κατάστασης. Έτσι, βοηθάει στον προγραμματισμό των επόμενων κυήσεων και στην αναβολή τους για το χρονικό διάστημα, το οποίο θεωρείται απαραίτητο σε κάθε περίπτωση. Πιστεύεται ότι είναι επιβεβλημένη η παρεμβολή μεσοδιαστήματος 2-3 ετών

μεταξύ δυο κυήσεων, ώστε να δοθεί η ευκαιρία πληρέστερης ανάνηψης της υγείας της μητέρας. Ο οικογενειακός προγραμματισμός βοηθάει τις πολύτοκες γυναίκες, στις οποίες η εφαρμογή αποτελεσματικής μεθόδου αντισύλληψης θεωρείται επιβεβλημένη, γιατί στις υπό ανάπτυξη κυρίως χώρες – οι συνεχείς κυήσεις επιφέρουν στη γυναίκα αναιμία, υποθρεψία, ψυχολογικά προβλήματα κλπ.

Τέλος, συντελεί στη μείωση της μητρικής θνησιμότητας και νοσηρότητας με τη δυνατότητα αποφυγής της εγκυμοσύνης, την οποία προσφέρει στις πολύ μικρές και στις πολύ μεγάλες γυναίκες, στις οποίες η μητρική θνησιμότητα και νοσηρότητα παρουσιάζεται αυξημένη. Στις υπό ανάπτυξη περιοχές, η εφαρμογή οικογενειακού προγραμματισμού που θα βοηθήσει στην αποφυγή εγκυμοσύνης σε πολύτοκες γυναίκες και στην αύξηση του μεσοδιαστήματος μεταξύ κυήσεων, θα συντελέσει στη μείωση της μητρικής θνησιμότητας και νοσηρότητας, που σήμερα βρίσκεται σε απαράδεκτος υψηλά επίπεδα.

Οικογενειακός προγραμματισμός & υγεία του παιδιού.

Ο οικογενειακός προγραμματισμός προσφέρει τη δυνατότητα σε κάθε ζευγάρι να προγραμματίζει το μέγεθος της οικογένειας του. Έτσι, συμβάλλει στη βελτίωση της σωματικής και ψυχικής υγείας του ζευγαριού. Συγχρόνως, βοηθάει στην καλή ψυχική και σωματική υγεία των παιδιών τους. Η ευθύνη για την ανάπτυξη του παιδιού ανήκει βασικά στους γονείς, οι οποίοι πρέπει τελικά να αποφασίσουν πότε οι συνθήκες μέσα στην οικογένεια επιτρέπουν και ευνοούν τη σωστή παροχή φροντίδων στο παιδί, φροντίδων απαραίτητων για την καλή ψυχοσωματική και πνευματική του εξέλιξη.

Πράγματι, τα ερεθίσματα και οι εμπειρίες που δέχεται, κυρίως κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής του, έχουν αποφασιστική σημασία για τη συγκρότηση του και την είσοδο του στην κοινωνία, όταν μεγαλώσει. Έτσι, παιδιά, των οποίων τη γέννηση δεν επιθυμούν οι γονείς και δεν μεγαλώνουν με αρκετή στοργή και φροντίδα, γίνονται συνήθως παιδιά με αισθήματα ανασφάλειας κατά την παιδική, αλλά και κατά την εφηβική ηλικία, παιδιά που δύσκολα προσαρμόζονται κοινωνικά. Όταν, οι λόγοι για τους οποίους είναι ανεπιθύμητο παιδί, συνδυάζονται με οικονομικά προβλήματα, η κατάσταση είναι θλιβερή. Αρκετά παραμελημένα παιδιά είναι απλώς θύματα της φτώχειας των γονέων τους. Γονείς που έχουν ήδη πολλά παιδιά να μεγαλώσουν, με περιορισμένα οικονομικά μέσα, δεν τους δίνουν την προσοχή και τη φροντίδα που χρειάζονται. Έτσι, μεγαλώνουν μέσα στη φτώχεια, πολύ συχνά υποσιτίζονται και είναι εκτεθειμένα σε λοίμωξη. Χωρίς να μπορούν να πάρουν την εκπαίδευση που θα τους δώσει τη δυνατότητα να βελτιώσουν τη ζωή τους, θα αποτελέσουν τελικά μια νέα γενιά φτωχών που θα συνεχίσουν πιθανότατα να ζουν με τον ίδιο τρόπο που έζησαν οι γονείς τους, δηλαδή φτωχοί με πολλά παιδιά χωρίς πλήρη ψυχική και σωματική υγεία.

Με τον οικογενειακό προγραμματισμό δεν θα δοθεί βέβαια λύση στα προβλήματα των φτωχών οικογενειών, θα δοθεί όμως η δυνατότητα να

γεννιούνται λιγότερα παιδιά, τόσα ώστε όλα να είναι επιθυμητά, για να μπορούν να μεγαλώνουν με λιγότερη φτώχεια, αλλά κυρίως με περισσότερη φροντίδα.

Το επιθυμητό μέγεθος οικογένειας θα επιφέρει και άνοδο του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου της οικογένειας, που θα έχει επιπλέον αντίκτυπο και στην καλύτερη σωματική υγεία των μελών της. Ο αριθμός των παιδιών και η ρύθμιση του μεσοδιαστήματος μεταξύ των κυήσεων θα συμβάλλουν στη βελτίωση της ζωής των παιδιών, αλλά και στη μείωση της περιγεννητικής θνησιμότητας. Αν και υπάρχουν λίγα στοιχεία, πιστεύεται ότι απαιτείται πάνω από ένας χρόνος για την ομαλή και χωρίς συμβάματα έκβαση της επόμενης ομαλής εγκυμοσύνης. Γενικά, παρατηρείται περιγεννητικός κίνδυνος, όταν οι κυήσεις συγκεντρώνονται σε μικρό σχετικώς διάστημα.

Η ρύθμιση του χρόνου της κύησης μέσα στην αναπαραγωγική ηλικία – που επιτυγχάνεται με τον οικογενειακό προγραμματισμό – έχει άμεση επίπτωση στη νοσηρότητα και στη θνησιμότητα κατά την περιγεννητική περίοδο. Υπάρχουν στοιχεία που δείχνουν ότι η περιγεννητική θνησιμότητα αυξάνεται σημαντικά με την πάροδο της ηλικίας. Αυτό αποδίδεται στη μείωση της αναπαραγωγικότητας της μητέρας από τις αλλοιώσεις που συνοδεύουν τη γήρανση. Είναι παραδεκτό ότι η αναπαραγωγική ικανότητα της γυναίκας είναι μειωμένη στη μικρή ηλικία και σε ηλικία 18-20 ετών φθάνει στο υψηλότερο σημείο απόδοσης. Στο σημείο αυτό διατηρείται σε όλη τη διάρκεια της τρίτης δεκαετίας της ζωής, μετά από την οποία επέρχεται συνεχής βαθμιαία μείωση της αναπαραγωγικής ικανότητας.

Οι κακές κοινωνικοοικονομικές και υγειονομικές συνθήκες που επικρατούν κατά τη μικρή ηλικία αυξάνουν ακόμη περισσότερο την περιγεννητική θνησιμότητα των μητέρων μικρής ηλικίας, ώστε τελικά η περιγεννητική θνησιμότητα κατά ηλικία της μητέρας να παίρνει το σχήμα του γράμματος U. Όταν οι συνθήκες αυτές τεθούν υπό έλεγχο, ο περιγεννητικός έλεγχος παίρνει τις πραγματικές του διαστάσεις και η σχετική με την πάροδο της ηλικίας αύξηση εμφανίζεται σημαντική. Γι' αυτό και η ρύθμιση του χρόνου κύησης, μέσα στην αναπαραγωγική ηλικία έχει τελικά αντίκτυπο στη βελτίωση της υγείας του παιδιού.

Αντιμετώπιση της στειρότητας.

Ένα ζευγάρι χαρακτηρίζεται στείρο, όταν δεν συμβαίνει σύλληψη μετά από ενός χρόνου κοινή συμβίωση. Η χρονική περίοδος είναι αυθαίρετη, γιατί εξαρτάται από τη συχνότητα των σεξουαλικών επαφών, θεωρείται όμως οδηγός για να αρχίσει εντατική διερεύνηση της αιτίας της στειρότητας.

Η στειρότητα μπορεί να είναι πρωτοπαθής. Δευτεροπαθής καλείται, όταν αποδεδειγμένα έχει προηγηθεί γέννηση παιδιού ή αποβολή ή έκτρωση. Αυτή μπορεί να έχει συμβεί με τον ίδιο σύζυγο ή με άλλον άνδρα και πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη στον πληρέστερο έλεγχο και στην αντιμετώπιση κάθε περίπτωσης. Οι υπεύθυνοι των μονάδων οικογενειακού προγραμματισμού πρέπει να προσφέρουν σωστή ενημέρωση για την πρόληψη της στειρότητας και

να παραπέμπουν σε ειδικά κατά περίπτωση κέντρα για τη διερεύνηση της αιτιολογίας και την κατάλληλη θεραπευτική της αντιμετώπιση. Οι καταπληκτικές πρόοδοι στο επίπεδο της γυναικολογίας-μαιευτικής και της τεχνητής γονιμοποίησης έχουν συντελέσει, ώστε ο αριθμός των οικογενειών χωρίς παιδιά να έχει μειωθεί αισθητά.

Πρόληψη αφοροδίστων νοσημάτων.

Οι μονάδες οικογενειακού προγραμματισμού μπορούν να συμβάλλουν ουσιαστικά στην πρόληψη των σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων. Η συμμετοχή τους συνίσταται στη σωστή ενημέρωση του προσερχόμενου, αλλά και του γενικότερου πληθυσμού. Η αναζήτηση των πασχόντων, των φορέων και των επαφών και η παραπομπή τους σε ειδικά κέντρα θεραπείας είναι δυνατόν να συμβάλλει στην αντιμετώπιση των σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων, έμμεσα στη μείωση της στειρότητας και των πιθανών επιπτώσεων στα παιδιά.

Εμπόδια στη διάδοση και εφαρμογή του οικογενειακού προγραμματισμού.

Τα προβλήματα εφαρμογής των αρχών και των μεθόδων οικογενειακού προγραμματισμού διαφέρουν από χώρα σε χώρα, ανάλογα με τις επικρατούσες κοινωνικές, οικονομικές και πολιτικές συνθήκες, καθώς και με τη θρησκεία και τα ήθη και έθιμα κάθε περιοχής.

Τα κυριότερα εμπόδια ταξινομούνται σε τρεις μεγάλες κατηγορίες, σε χώρες με μικρή πληθυσμιακή αύξηση και ειδικότερα στην Ευρώπη:

1. Αντιδραστική διάθεση στην αντισύλληψη.

Η συντηρητικότητα και η ατομία της πολιτικής ηγεσίας υποβοηθείται από συντηρητικές, κοινωνικές και θρησκευτικές ομάδες. Έτσι, κάθε σεξουαλική δραστηριότητα των νέων – ιδίως των εφήβων – απορρίπτεται. Αυτό είναι ανεδαφικό, γιατί αποδείχθηκε ότι σε πολλές χώρες η διάμεση ηλικία της πρώτης συνουσίας συνεχώς μειώνεται. Έτσι, σε μια χώρα της Ευρώπης που υπάρχουν στατιστικά στοιχεία αυτή μειώθηκε από 17,2 χρόνια το 1974 στα 16,5 το 1978 και υπάρχει σημαντική τάση μεγαλύτερης μείωσης.

Κάτω από αυτή την πραγματικότητα, η αρνητική στάση στη σεξουαλικότητα των εφήβων είναι ανεδαφική, ενώ η παραδοχή της πραγματικότητας και η προσπάθεια υποβοήθησης των νέων με κατάλληλη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση και ενημέρωση στις ευνοϊκές επιπτώσεις στα άτομα και γενικότερα στο κοινωνικό σύνολο.

Διάφορα ψυχολογικά προβλήματα αντιστρατεύονται επίσης τη διάδοση των προγραμμάτων οικογενειακού προγραμματισμού. Ο άνδρας π.χ. πολλές φορές θεωρεί σαν αντιστροφή των σεξουαλικών ρόλων την εφαρμογή αντισυλληπτικής μεθόδου από τη γυναίκα, αφού έχει συνηθίσει στο αποτράβηγμα ή στο ανδρικό προφυλακτικό που δίνει την ικανοποίηση ότι εκείνος ρυθμίζει την αναπαραγωγή.

Αντίστροφα, στην εφηβική ηλικία, η ανωριμότητα και η επιπολαιότητα δεν ωθούν τον έφηβο σε συμμετοχή στην αντισύλληψη. Άλλοτε, ο άνδρας,

όπως ο έφηβος, αδιαφορεί για το αποτέλεσμα, γιατί θεωρεί την αντισύλληψη αποκλειστική φροντίδα της γυναίκας. Παρόμοια ψυχολογικά προβλήματα είναι εδραιωμένα στο ιατρικό προσωπικό, κυρίως στο γερνότερο, που είναι επηρεασμένο από προσωπικά βιώματα ή από θρησκευτικές πεποιθήσεις, που δεν επιτρέπουν την προώθηση του οικογενειακού προγραμματισμού.

2. Ανεπάρκεια υπηρεσιών οικογενειακού προγραμματισμού.

Ανεξάρτητες ειδικές υπηρεσίες λείπουν ή είναι ανεπαρκής και περιορίζονται σε ορισμένες περιοχές. Σε αυτό συντελεί και η ανεπαρκής εκπαίδευση των γιατρών και των άλλων επαγγελματιών υγείας. Πολλές φορές, όχι μόνο από έλλειψη πιστώσεων, αλλά και από διάθεση παρεμπόδισης του έργου των σχετικών υπηρεσιών δεν υποβοηθείται η δημοσιότητα και η διάδοση των πληροφοριών σχετικά με τις αρχές και τις μεθόδους οικογενειακού προγραμματισμού.

Έτσι, σπάνια η παροχή υπηρεσιών ή ακόμη και η πληροφόρηση φθάνει στους αγράμματους, αμόρφωτους, φτωχούς και κοινωνικά μειονεκτούντες και απομονωμένους, ενώ αυτοί είναι που έχουν τη μεγαλύτερη ανάγκη διαφώτισης και εξυπηρέτησης. Έτσι, στις ορεινές και αγροτικές περιοχές όχι μόνο δεν υπάρχουν υπηρεσίες και δυνατότητες παροχής μέσω οικογενειακού προγραμματισμού, αλλά επικρατεί πλήρης άγνοια των αρχών και των μεθόδων του.

Σημαντική βοήθεια στη διάδοση των αρχών του οικογενειακού προγραμματισμού μπορεί να δώσει η διδασκαλία της φυσιολογίας της αναπαραγωγής και γενικότερα η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση, όχι μόνο στο σχολείο, αλλά και με κάθε μέσο μαζικής ενημέρωσης, καθώς και σε ειδικές πληθυσμιακές ομάδες. Σε αυτό θα μπορούσαν να συμβάλλουν σημαντικά υπηρεσίες οικογενειακού προγραμματισμού.

3. Αδυναμία εφαρμογής ειδικών μεθόδων αντισύλληψης.

Διάφορες ανακοινώσεις ερευνητικών εργασιών έχουν δημιουργήσει αμφιβολίες για την ασφάλεια ορισμένων μεθόδων.

Φόβοι ανεπιθύμητων ενεργειών από τη χρησιμοποίηση ανασταλτικών της ωορρηξίας δημιούργησαν εμπόδια στην ευρεία διάδοσή τους. Παρόμοιες δυσχέρειες δημιουργήθηκαν με την εφαρμογή των ενδομητρικών σπειραμάτων και της χειρουργικής στείρωσης. Προσπάθεια πρέπει να καταβληθεί για την άρση των ψυχολογικών αυτών εμποδίων.

Παράλληλα, επιβάλλεται η ενίσχυση ερευνητικών προγραμμάτων για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και τη μείωση των ανεπιθύμητων ενεργειών των αντισυλληπτικών που κυκλοφορούν, αλλά και για την ανακάλυψη νέων μεθόδων περισσότερο αποδεκτών από τον πληθυσμό. Σημαντικός ανασταλτικός παράγοντας είναι το υψηλό κόστος μερικών μεθόδων και η άρνηση ή η αδυναμία του κράτους για τη δωρεάν παροχή τους. Το κράτος πρέπει να προσέξει ιδιαίτερα τον έλεγχο των τιμών των αντισυλληπτικών και να παρέμβει με κάθε μέσο για τη μείωση τους. Στις περιπτώσεις αυτές, δεν πρέπει να παραμελούνται λιγότερο αποτελεσματικές μέθοδοι, όπως το προφυλακτικό και η μέθοδος του ρυθμού. Ειδική πληροφόρηση για τη σωστή

χρήση τους θα βοηθήσει σημαντικά στον επιτυχή οικογενειακό προγραμματισμό.

Η άρση των ανωτέρω εμποδίων είναι βέβαιο ότι θα καταστήσει περισσότερο αποτελεσματικά τα προγράμματα οικογενειακού προγραμματισμού στο γενικό σύνολο. Στην περίπτωση αυτή, η προσπάθεια μας πρέπει να επικεντρωθεί σε δύο ειδικές πληθυσμιακές ομάδες: στην πρώτη ανήκουν τα τμήματα του πληθυσμού που μειονεκτούν σωματικά ή πνευματικά ή είναι κοινωνικώς απροσάρμοστα. Στην ομάδα αυτή ανήκουν και οι γεωγραφικώς απομονωμένοι πληθυσμοί. Στη δεύτερη ανήκουν οι έφηβοι.

Για την πρώτη ομάδα απαιτείται ιδιαίτερη προσπάθεια για ανίχνευση και προσπέλαση. Ειδικά εκπαιδευμένες κοινωνικές λειτουργοί πρέπει να συμμετέχουν στην προσπάθεια αυτή και ειδικά προγράμματα εκπαίδευσης και παρακολούθησης πρέπει να εφαρμοσθούν, προσαρμοσμένα στην ειδική κατά περίπτωση μειονεξία.

Η δεύτερη ομάδα έχει διαφορετικά προβλήματα. Οι έφηβοι χαρακτηρίζονται από συναισθηματική ανωριμότητα και σεξουαλική απειρία. Η συνεχής μείωση της ηλικίας της πρώτης σεξουαλικής επαφής επιβάλλει την έγκαιρη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση. Η ανάπτυξη στενότερου οικογενειακού δεσμού, μέσω του οποίου θ' αρχίσει η έγκαιρη πληροφόρηση και καθοδήγηση, καθώς και η διδασκαλία της σεξουαλικής συμπεριφοράς στα σχολεία θα προστατεύσει τους εφήβους από συναισθηματικούς τραυματισμούς, αλλά και από προβλήματα που θα δημιουργήσει η μετάδοση αφροδίσιων νοσημάτων ή η μη εφαρμογή μεθόδων αντισύλληψης. Πρέπει να βοηθήσουμε τους νέους να τηρούν υπεύθυνη στάση, τόσο στις συναισθηματικές όσο και στις σεξουαλικές τους σχέσεις.

4. Εμπόδια στις υπό ανάπτυξη χώρες.

Στις χώρες αυτές, υπάρχει υψηλός ρυθμός αύξησης του πληθυσμού, γι' αυτό ο οικογενειακός προγραμματισμός ταυτίσθηκε αποκλειστικά με τον έλεγχο των γεννήσεων.

Είναι γεγονός ότι η δεκαετία του 1960 θεωρήθηκε διεθνώς ως δεκαετία ελέγχου των γεννήσεων. Σε αυτό συνετέλεσαν :

(α) η ανακάλυψη των από το στόμα λαμβανόμενων αντισυλληπτικών.

(β) η συνειδητοποίηση από τον πολιτικό κόσμο του κινδύνου που απειλούσε το μέλλον του ανθρώπινου γένους από την υπερβολική αύξηση του πληθυσμού.

(γ) η αναγνώριση από πολλές χώρες των επιπτώσεων στην ποιότητα της ζωής από την αναμενόμενη αύξηση του πληθυσμού.

Καθώς άρχιζε η δεκαετία του 1970, πολλά από παραδοσιακά εμπόδια έναντι του δικαιώματος που έχει ο άνθρωπος να ρυθμίζει το μέγεθος της οικογένειάς του άρχισαν να αίρονται. Έτσι, υπήρχε πρόσφορο έδαφος για τη διάδοση του οικογενειακού προγραμματισμού και το πρόβλημα στρεφόταν κυρίως στην ανεύρεση επαρκών πόρων για την εφαρμογή των προγραμμάτων, την ανακάλυψη πιο ασφαλών και ακίνδυνων μεθόδων αντισύλληψης και κυρίως την ενημέρωση των ανθρώπων πάνω σε αυτές τις μεθόδους.

Παρά τις μεγάλες προόδους στον οικογενειακό προγραμματισμό, ορισμένοι ανασταλτικοί παράγοντες όχι μόνον εμποδίζουν, αλλά σε πολλές περιπτώσεις βλάπτουν την εξέλιξη και την ανάπτυξη αποτελεσματικών προγραμμάτων. Οι ανασταλτικοί αυτοί παράγοντες για προγράμματα οικογενειακού προγραμματισμού, που αφορούν κυρίως χώρες με προβλήματα υπερπληθυσμού, είναι:

- i. Έλλειψη καλής οργάνωσης της διοίκησης προγραμμάτων.
- ii. Ερασιτεχνισμός.
- iii. Έλλειψη εκπαιδευμένου προσωπικού.
- iv. Δυσχέρειες από το ιατρικό επάγγελμα.
- v. Φόβος δημιουργίας ενοχλητικών αντιδράσεων και πολιτικού ανταγωνισμού.
- vi. Έλλειψη και σύγχυση εννοιών και ορισμών.
- vii. Αλλαγή στη φιλοσοφία της λειτουργίας των υπηρεσιών οικογενειακού προγραμματισμού.
- viii. Σύγκρουση-ανταγωνισμός μεταξύ επαγγελμάτων και υπηρεσιών που ασχολούνται με τον οικογενειακό προγραμματισμό.
- ix. Αφοσίωση σε μια μόνο μέθοδο αντισύλληψης.
- x. Απροθυμία αναζήτησης βοήθειας από ειδικούς.
- xi. Δημιουργία κατεστημένου που αδυνατεί να προσαρμοσθεί στις νέες ιδέες του οικογενειακού προγραμματισμού.

ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ: **ΠΡΟΛΗΨΗ & ΘΕΡΑΠΕΙΑ.**

ΓΟΝΟΡΡΟΙΑ.

Αναφορές σε μια σεξουαλικά μεταδιδόμενη μόλυνση, που πιθανόν να ήταν η γονόρροια, υπάρχουν στη Βίβλο και στα κείμενα των αρχαίων Κινέζων.

Ο Ιπποκράτης ήταν εκείνος που περιέγραψε μερικές από τις πρώτες επιστημονικές παρατηρήσεις της γονορροϊκής ουρηθρίτιδας. Αν και υπάρχουν πρώιμες αναφορές στη νόσο, μόλις το 1879 ο Albert Neisser ήταν εκείνος που απομόνωσε το μικρόβιο που είναι υπεύθυνο, δηλαδή τη *neisseria gonorrhoea*.

Η γονόρροια προσβάλλει μόνο τους ανθρώπους. Η μόλυνση συμβαίνει όταν ο μικροοργανισμός *N. Gonorrhoeae* προσκολλάται στα τοιχώματα των διαφόρων ιστών του σώματος, ανάμεσα στους οποίους συμπεριλαμβάνονται και η ουρήθρα, ο τράχηλος της μήτρας, ο φάρυγγας και ο πρωκτός.

Η γονόρροια είναι μολυσματική νόσος που μπορεί να προκαλέσει σοβαρά συμπτώματα και σε μερικές περιπτώσεις, αν δε θεραπευτεί κατάλληλα, σοβαρές επιπλοκές.

Η γονόρροια είναι μια από τις πιο συχνά αναφερόμενες βακτηριακές μεταδοτικές νόσους. Εμφανίζεται τουλάχιστον κατά 10 έως 20 φορές περισσότερο συχνά απ' ό τι η σύφιλη. Η επικράτηση της γονόρροιας στις Η.Π.Α. αυξήθηκε δραματικά από το 1950 έως το τέλος της δεκαετίας του 1970 και από τότε παραμένει στα ίδια περίπου επίπεδα, με μια μικρή μείωση. Μερικοί υπαινίσσονται ότι αυτή η μικρή μείωση στην επικράτηση της γονόρροιας μπορεί να οφείλεται σε μια αντίστοιχη μείωση του αριθμού των σεξουαλικών συντρόφων που έχει ένα άτομο ή στην επαναφορά της χρήσης του προφυλακτικού από φόβο για την ανάπτυξη του έρπητος των γεννητικών οργάνων και του AIDS.

Η γονόρροια προσβάλλει άντρες και γυναίκες σε μια αναλογία 1,5 προς 1. Άτομα με ηλικία πάνω από 16 έως 24 προσβάλλονται περισσότερο συχνά και το 85% των ασθενών με γονόρροια είναι ηλικίας 30 χρόνων ή και λιγότερο.

Η νόσος επικρατεί περισσότερο στις πόλεις, σε άτομα που δεν ανήκουν στη λευκή φυλή, σε άτομα με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, σε άτομα που έχουν πολλούς ερωτικούς συντρόφους, σε γυναίκες που χρησιμοποιούν ενδομήτριες συσκευές αντισύλληψης και σε άτομα που ζουν μόνα τους. Τα άτομα που ζουν σε αγροτικές περιοχές, αυτά που ανήκουν σε υψηλότερη κοινωνικοοικονομική τάξη, άτομα παντρεμένα και αυτά που χρησιμοποιούν προφυλακτικό παρουσιάζουν μικρότερο ποσοστό επικράτησης της νόσου από το μέσον όρο.

Τα μικρόβια που είναι υπεύθυνα για τη γονόρροια καταστρέφονται στο ξηρό περιβάλλον. Αν και είναι κατανοητό ότι η νόσος μπορεί να μεταδοθεί και με την επαφή μολυσμένων αντικειμένων, η γονόρροια σχεδόν αποκλειστικά μεταδίδεται με τη σεξουαλική επαφή. Ένα από τα κύρια προβλήματα στον

έλεγχο της γονόρροιας είναι ότι πολλά μολυσμένα άτομα παρουσιάζουν ελάχιστα συμπτώματα ή και καθόλου. Εξαιτίας της έλλειψης συμπτωμάτων, τα άτομα αυτά δεν έχουν επίγνωση πως έχουν προσβληθεί από τη νόσο και ασυνείδητα τη μεταδίδουν στους σεξουαλικούς τους συντρόφους. Αυτά τα χωρίς συμπτώματα άτομα δεν επιζητούν θεραπεία, με αποτέλεσμα ο αριθμός τους να αυξάνεται στο γενικό πληθυσμό. Υπολογίζεται ότι το 80% των γυναικών και το 50 έως 70% των ανδρών που πάσχουν από γονόρροια έχουν ελαφρά ή καθόλου συμπτώματα. Τα άτομα αυτά είναι οι κύριοι μεταδότες της νόσου. Θα πρέπει να τονιστεί ότι τα άτομα που δεν έχουν συμπτώματα είναι εξίσου μολυσματικά, όπως και τα άτομα που έχουν φανερά συμπτώματα.

Ο τύπος της σεξουαλικής επαφής έχει σημασία για τον καθορισμό της πιθανότητας της μόλυνσης. Για παράδειγμα, έχει υπολογιστεί ότι το 60 έως 80% των γυναικών που έχουν σεξουαλική επαφή μ' έναν άντρα που πάσχει από γονορροϊκή ουρηθρίτιδα θα αναπτύξουν τη νόσο, αλλά μόνο το 30 έως 35% περίπου των αντρών που έχουν σεξουαλική επαφή με μια μολυσμένη γυναίκα θα αναπτύξουν γονόρροια. Η στοματο-γεννητική σεξουαλική επαφή μ' ένα μολυσμένο άντρα δημιουργεί μεγάλη πιθανότητα πρόκλησης μιας γονοκοκκικής μόλυνσης του φάρυγγα (φαρυγγική γονόρροια), ενώ η στοματο-γεννητική σεξουαλική επαφή με μια μολυσμένη γυναίκα σπάνια θα έχει ως αποτέλεσμα φαρυγγική γονόρροια για το σεξουαλικό σύντροφο. Η ομοφυλοφιλική επαφή μεταξύ αντρών έχει συχνά ως αποτέλεσμα την εξάπλωση της γονόρροιας. Αντίθετα, η επαφή μεταξύ ομοφυλόφιλων γυναικών έχει λιγότερες πιθανότητες μετάδοσης της ασθένειας.

Αν και τα νεαρά άτομα προσβάλλονται περισσότερο συχνά από γονόρροια, νήπια και παιδιά είναι επίσης θύματα της νόσου.

Κατά τη διάρκεια της γέννησης, αν η μητέρα έχει γονόρροια, το μικρόβιο της μπορεί να μολύνει τη μεμβράνη που καλύπτει την εσωτερική επιφάνεια των βλεφάρων των ματιών (του επιπεφυκότα), το φάρυγγα, τους πνεύμονες ή τον πρωκτό ενός βρέφους. Στα κορίτσια ηλικίας ενός έτους μέχρι την εφηβεία, μερικές φορές, εμφανίζεται βλεννόρροια του αιδοίου, που οφείλεται σε σεξουαλικές θωπιές (συνήθως από ένα μολυσμένο συγγενή).

Τα συμπτώματα της γονόρροιας.

Όπως έχει αναφερθεί προηγουμένως, η γονόρροια μπορεί να προκαλέσει ένα μεγάλο φάσμα κλινικών συμβάντων, που ποικίλουν από την καθολική απουσία συμπτωμάτων ως την ύπαρξη σοβαρής νόσου, που προσβάλλει πολλά διαφορετικά τμήματα του σώματος κάθε φορά. Στους άντρες, μια από τις περισσότερο συνηθισμένες εκδηλώσεις είναι η μόλυνση της ουρήθρας, που είναι γνωστή ως γονοκοκκική ουρηθρίτιδα. Τα συμπτώματα, στα οποία μπορεί να περιλαμβάνονται μια καθαρή ή γαλακτώδης έκκριση και ερυθρότητα της κορυφής του πέους, εμφανίζονται συνήθως μετά την περίοδο επώασης, που ποικίλλει από δυο μέρες μέχρι δυο βδομάδες. Τα συμπτώματα μπορεί να είναι τόσο ελαφρά ώστε το άτομο να αναφέρει μικρό μόνο πόνο ή ένα ασυνήθιστο στο πέος κατά την ούρηση. Μπορεί επίσης να εμφανιστούν μερικές σταγόνες

διαυγούς έκκρισης πριν από την ούρηση, το πρωί («πρωινές σταγόνες»). Σπάνια μπορεί να επεκταθεί από την ουρήθρα στην επιδιδυμίδα ή στον προστάτη και να προκαλέσει μόλυνση. Πολλοί άντρες που αναπτύσσουν γονοκοκκική ουρηθρίτιδα θα εμφανίσουν ελαφρά τουλάχιστον συμπτώματα και εκκρίσεις. Μερικά άτομα ζητούν θεραπεία, μερικά όμως δεν υφίσταται καμία θεραπεία ή την παραβλέπουν και μεταβιβάζουν τη μόλυνση σε άλλα άτομα.

Στις γυναίκες, η πιο συχνή εκδήλωση της γονόρροιας είναι η φλεγμονή του αυχένα της μήτρας. Τα συμπτώματα αυτής της μόλυνσης μπορεί να περιλαμβάνουν επώδυνη και συχνή ούρηση (που μπορεί να παραγνωρισθεί ως ένδειξη μόλυνσης της ουροδόχου κύστης), αυξημένη έκκριση από τον τράχηλο, ανώμαλη καταμήνιο αιμορραγία, ενόχληση στην ορθοπρωκτική περιοχή και πόνο στο κάτω μέρος της κοιλιάς. Αν δε θεραπευτεί, ο γονόκκοκος μπορεί να επεκταθεί στις σάλπιγγες και να προκαλέσει φλεγμονώδη νόσο της πυέλου (ΦΝΠ), που εμφανίζεται στο 15% περίπου των γυναικών με γονοκοκκική μόλυνση του αυχένα της μήτρας. Η τραχηλίτιδα είναι σπάνια, με εξαίρεση τα κοριτσάκια που υπήρξαν θύματα σεξουαλικού βιασμού.

Η περιοχή του τραχήλου και η ορθοπρωκτική περιοχή μπορεί να προσβληθούν και στους άντρες και στις γυναίκες. Η ορθοπρωκτική μόλυνση παρατηρείται συνήθως σε γυναίκες (ως μια επέκταση της εμπλοκής του αυχένα της μήτρας) και σε ομοφυλόφιλους άντρες. Αυτή η μορφή μόλυνσης συχνά δεν προκαλεί συμπτώματα, αλλά τα προσβλημένα άτομα μπορεί να παρουσιάσουν μια έκκριση από τον πρωκτό, ελαφρά αιμορραγία, αίσθημα καούρας ή φαγούρας στον πρωκτό, και δυσκοιλιότητα. Φλεγμονή του φάρυγγα παρουσιάζεται σ' ένα ποσοστό 20% στους ομοφυλόφιλους άντρες και σ' ένα ποσοστό 20% στις γυναίκες που συχνά επιδίδονται σε πεολειχία. Εμφανίζεται μόνο στο 5% περίπου των ετεροφυλόφιλων αντρών με γονόρροια και μεταβιβάζεται με την αιδοιολειχία. Η προσβολή του φάρυγγα συνήθως δεν προκαλεί συμπτώματα, αν και μπορεί να εμφανιστούν αμυγδαλίτιδα και τοπική φλεγμονή.

Μια λιγότερο συχνή, αλλά πολύ πιο σοβαρή εκδήλωση της νόσου είναι η διάχυτη γονόρροια, που είναι επίσης γνωστή ως σύνδρομο αρθρίτιδας-δερματίτιδας. Οφείλεται στην είσοδο του γονόκκοκου στην κυκλοφορία του αίματος, διαμέσου του οποίου διαχέεται σε όλο το σώμα. Ασθενείς με διάχυτη γονόρροια συνήθως δεν παρουσιάζουν συμπτώματα μόλυνσης της ουρήθρας, του τραχήλου, του φάρυγγα ή της ορθοπρωκτικής περιοχής. Η εμφάνιση του συνδρόμου αυτού χαρακτηρίζεται από πυρετό, πόνους στις αρθρώσεις και βλάβες στο δέρμα. Οι βλάβες στο δέρμα εμφανίζονται συνήθως στους βραχίονες, στα χέρια, στους αγκώνες και στα σφυρά των ποδιών. Πρωτοεμφανίζονται σαν κόκκινα μπαλώματα που εξελίσσονται σε μικρές φυσαλίδες και έπειτα σε φλύκταινες. Καθώς οι βλάβες προχωρούν, τα κεντρικά τους τμήματα γίνονται σταχτόχρωμα. Τελικά, οι δερματικές βλάβες εξαφανίζονται από μόνες τους και δεν αφήνουν ουλές. Το σύνδρομο αρθρίτιδας-δερματίτιδας μπορεί να εξαφανιστεί από μόνο του μέσα σε μια βδομάδα ή μπορεί να προχωρήσει σε εκδήλωση μιας σοβαρής αρθρίτιδας

(σηπτική αρθρίτιδα).Είναι δυνατό μία ή περισσότερες αρθρώσεις να παρουσιάζουν συσσώρευση υγρών και να διογκωθούν, προκαλώντας πόνους. Αν δε θεραπευτούν, μπορεί να συμβεί προοδευτική καταστροφή της άρθρωσης. Πέρα από τη σηπτική αρθρίτιδα, η διάχυτη γονοκοκκική μόλυνση μπορεί σπάνια να προσβάλει την καρδιά (ενδοκαρδίτιδα) ή τον εγκέφαλο (μηνιγγίτιδα).

Η θεραπεία της γονόρροιας.

Ευτυχώς, τα περισσότερα στελέχη της *N. Gonorrhoeae* είναι ευαίσθητα σ' ένα μεγάλο αριθμό αντιβιοτικών, όπου συμπεριλαμβάνονται η πενικιλίνη, η κεφαλοσπορίνη, η τετρακυκλίνη και η ερυθρομυκίνη. Το μέρος της μόλυνσης, η σοβαρότητα της νόσου και η πιθανότητα συμμόρφωσης του ασθενή είναι όλα σπουδαίοι παράγοντες για την εκλογή της κατάλληλης θεραπείας.

Για τις μη επιπλεγμένες μολύνσεις της ουρήθρας ή του τραχήλου χρησιμοποιούνται κυρίως οι πενικιλίνες ή οι τετρακυκλίνες. Οι πενικιλίνες, συμπεριλαμβανομένων της ενδομυϊκής ένεσης της προκαϊνούχου πενικιλίνης G, της πενικιλίνης από το στόμα ή της αμοξικιλίνης, δίνονται συνήθως σε μια απλή δόση με probenecid. Η probenecid μειώνει την εξάλειψη της πενικιλίνης διαμέσου των νεφρών και αυξάνει τη συγκέντρωσή της. Τα πλεονεκτήματα της πενικιλίνης είναι το μικρότερο κόστος, ο υψηλότερος βαθμός θεραπείας, η σχετική της ασφάλεια κατά την εγκυμοσύνη και ο μεγαλύτερος βαθμός συμμόρφωσης, λόγω του ότι είναι αναγκαία μία μόνο δόση. Τα μειονεκτήματα είναι ο κίνδυνος αλλεργίας στην πενικιλίνη και η πιθανή δημιουργία μεταγονοκοκκικής (από χλαμύδια) ουρηθρίτιδας μετά τη θεραπεία. Το σύνδρομο της μεταγονοκοκκικής ουρηθρίτιδας γίνεται συνήθως αντιληπτό δύο ή τρεις βδομάδες μετά τη θεραπεία της γονόρροιας. Οφείλεται σε μόλυνση της ουρήθρας από *chlamydia trachomatis*. Ο μικροοργανισμός αυτός μπορεί να μολύνει ένα άτομο κατά τον ίδιο χρόνο με το γονόκοκκο, αλλά δε θεραπεύεται ικανοποιητικά από την πενικιλίνη ή από μια κεφαλοσπορίνη. Η μεταγονοκοκκική ουρηθρίτιδα που οφείλεται σε *chlamydia trachomatis* μπορεί συνήθως να θεραπευτεί ικανοποιητικά με τετρακυκλίνη ή δοξυκυκλίνη. Θα πρέπει να λαμβάνονται για επτά μέρες και δε θα πρέπει να χρησιμοποιούνται από έγκυες γυναίκες. Αν μια έγκυος είναι αλλεργική στην πενικιλίνη, τότε μπορούν να χορηγηθούν ως εναλλακτικά φάρμακα η ceftriaxone, η spectinomycin ή η ερυθρομυκίνη. Οι ασθενείς θα πρέπει να επισκεφτούν πάλι το γιατρό τους μετά από τέσσερις έως επτά μέρες μετά την έναρξη της θεραπείας για να διαπιστωθεί ότι θεραπεύτηκαν.

Για τα άτομα με ορθοπρωκτική ή φαρυγγική μόλυνση, ενδομυϊκή ένεση προκαϊνούχου πενικιλίνης G συν probenecid είναι αποτελεσματικά. Εντούτοις, οι πενικιλίνες από το στόμα, όπως η αμφικιλίνη ή η αμοξικιλίνη, παρουσιάζουν μεγάλο βαθμό αποτυχίας. Οι τετρακυκλίνες είναι αποτελεσματικές για τη θεραπεία φαρυγγικών μολύνσεων, αλλά δεν είναι αποτελεσματικές όταν υπάρχει ορθοπρωκτική εμπλοκή. Στα άτομα με ορθοπρωκτική γονόρροια, που

είναι αλλεργικά στην πενικιλίνη, η spectinomycin είναι μια αποτελεσματική εναλλακτική θεραπεία.

Η διασπαρμένη γονόρροια απαιτεί συνήθως νοσοκομειακή περίθαλψη και ενδοφλέβια αντιβιοτική θεραπεία. Η πενικιλίνη G, η αμφικιλίνη ή η αμοξικιλίνη χορηγούνται συνήθως με ενδοφλέβια ένεση μέχρις ότου εμφανισθεί κλινική βελτίωση, μετά από επτά έως δέκα ημέρες θεραπείας από το στόμα. Εναλλακτικά μπορεί να χρησιμοποιηθούν ορισμένες κεφαλοσπορίνες ενδοφλεβίως (όπως η cefoxitin, η cefotaxime, ή η ceftriaxone). Η μηνιγγίτιδα και η ενδοκαρδίτιδα θεραπεύονται συνήθως με υψηλές δόσεις ενδοφλέβιας πενικιλίνη ή με επιλεγμένες κεφαλοσπορίνες. Από το 1980, έχουν παρουσιαστεί περιπτώσεις αυξημένης αντίστασης της *N. Gonorrhoeae* στην πενικιλίνη, ιδιαίτερα στις μεγάλες πόλεις των Η.Π.Α., συμπεριλαμβανομένων της Νέας Υόρκης, του Σαν Ντιέγκο και του Μαϊάμι. Μέχρι τελευταία, ανθεκτικοί μικροοργανισμοί συναντιόνταν συνήθως σε άτομα που έχουν τη νόσο, στην νοτιοανατολική Ασία ή στις Φιλιππίνες. Η αντίσταση στην πενικιλίνη και στις τετρακυκλίνες είναι το αποτέλεσμα της παραγωγής ενός ενζύμου (της πενικιλινάσης) από τα μικρόβια. Αυτοί οι ανθεκτικοί μικροοργανισμοί αναφέρονται συνήθως ως γονόκοκκοι της *N. Gonorrhoeae* που παράγουν πενικιλινάση. Πάνω από το 10% των αναφερόμενων περιστατικών γονόρροιας οφείλονται σε γονόκοκκους της *N. Gonorrhoeae* που παράγουν πενικιλινάση, αλλά είναι βέβαιο ότι το ποσοστό αυτό θα αυξηθεί. Τελικά, οι πενικιλίνες και οι τετρακυκλίνες μπορεί να μην είναι αποτελεσματικές για πολλές περιπτώσεις και θα πρέπει να αναζητηθεί άλλη αντιβιοτική θεραπεία. Φάρμακα όπως η spectinomycin, η sulfamethoxazole-trimethoprim και η ceftriaxone έχουν χρησιμοποιηθεί αποτελεσματικά για τη θεραπεία ανθεκτικών περιπτώσεων. Προς το παρόν, οι γονόκοκκοι της *N. Gonorrhoeae* που παράγουν πενικιλινάση μπορεί να είναι ύποπτοι μόνο αν η γονόρροια προέρχεται από τις περιοχές που προαναφέραμε ή αν η κατάλληλη θεραπεία με την πενικιλίνη ή την τετρακυκλίνη δεν είναι επιτυχής.

Επειδή συχνά η γονόρροια δεν προκαλεί συμπτώματα, είναι πολύ σημαντικό όλοι οι πρόσφατοι σεξουαλικοί σύντροφοι ενός μολυσμένου ατόμου να εξετασθούν και να υποβληθούν σε θεραπεία, ώστε να μην μεταδίδουν ασυνείδητα τη μόλυνση σε άλλους. Επίσης, η θεραπεία όλων των σεξουαλικών συντρόφων είναι βασική για την αποφυγή μιας κατάστασης «πινγκ πονγκ» , που παρουσιάζεται όταν ένα άτομο που είναι προσβλημένο από γονόρροια μεταδίδει τη μόλυνση σ' έναν προηγούμενο μη μολυσμένο σεξουαλικό σύντροφο. Ως εκ τούτου, το θύμα της γονόρροιας θεραπεύεται, αλλά ο σεξουαλικός σύντροφος που δεν παρουσιάζει συμπτώματα όχι. Όταν επαναληφθεί σεξουαλική επαφή, το άτομο ξαναμολύνεται γρήγορα από το σεξουαλικό του σύντροφο.

Η πρόληψη της γονόρροιας.

Ο μόνος απόλυτος τρόπος για να προληφθεί η γονόρροια είναι η αποχή από τη σεξουαλική επαφή. Τα προφυλακτικά είναι σχετικά αποτελεσματικά για

την πρόληψη της μετάδοσης, ενώ τα προφυλακτικά με σπερμοκτόνα είναι περισσότερο αποτελεσματικά. Η έκπλυση της γυναίκας και η ούρηση μετά τη συνουσία δεν είναι αξιόπιστα προφυλακτικά μέσα. Οι ερευνητές προσπαθούν να παράγουν ένα εμβόλιο εναντίον της γονόρροιας, αλλά προς το παρόν δεν το έχουν επιτύχει. Είναι λάθος να πιστεύει ότι ένα άτομο που έχει μολυνθεί πολλές φορές με το μικρόβιο, εξαιτίας της επαφής του με ένα μολυσμένο σεξουαλικό σύντροφο, αποκτά ανοσία από επιπλέον μολύνσεις. Ένα άτομο μπορεί να μολύνεται συνεχώς από την επαφή με ένα μολυσμένο σεξουαλικό σύντροφο άσχετα με το αν έχει ήδη μολυνθεί.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ.

Η γονόρροια μπορεί να είναι μια σοβαρή νόσος, ιδιαίτερα αν δεν διαγνωσθεί κατάλληλα και θεραπευθεί αποτελεσματικά. Επιπλοκές της μη θεραπευμένης γονόρροιας μπορεί να βλάψουν σοβαρά την ποιότητα ζωής- και, ακόμη, μπορεί να καταστούν μοιραίες. Καταστάσεις που επιπλέκουν, τη θεραπεία της γονόρροιας είναι : η εμφάνιση ανθεκτικών στελεχών των μικροβίων που προκαλούν τη γονόρροια, η μη εμφάνιση συμπτωμάτων σε μερικά προσβλημένα άτομα κατά τα πρώτα στάδια της νόσου, μια ευκαιριακή από μέρους του κοινού στάση σχετικά με τη σπουδαιότητα της θεραπείας και η αποτυχία στη διάγνωση και θεραπεία όλων των σεξουαλικών συντρόφων των μολυσμένων ατόμων. Ο καλύτερος έλεγχος της διάδοσης της νόσου, αλλά και η θεραπεία της σε μεγάλο βαθμό, δεν μπορούν να πραγματοποιηθούν μέχρις ότου τα θύματα αποκτήσουν μεγαλύτερη επίγνωση και πληροφόρηση σχετικά με τους τρόπους με τους οποίους διασπείρεται η γονόρροια, τα συμπτώματα και της επιπλοκές της, τη σπουδαιότητα της κατάλληλης και αποτελεσματικής θεραπείας και τις ενέργειες που πρέπει να γίνουν για την πρόληψη της νόσου.

ΣΥΦΙΛΗ.

Η σύφιλη είναι λοιμώδης νόσος που μεταδίδεται με τη σεξουαλική επαφή, γεγονός που σε συνδυασμό με τη μολυσματικότητα της την καθιστά πολύ μεταδοτική.

Η σύφιλη προκαλείται από έναν μικροσκοπικό, λεπτό οργανισμό, που μοιάζει με τριμπουσόν και ο οποίος δεν είναι ορατός με γυμνό οφθαλμό. Έχει μήκος περίπου 20 μικρόμετρα (μm). Ο οργανισμός αυτός ονομάζεται *treponema pallidum*, και ελίσσεται σε όλο το μήκος των 20 μικρομέτρων του. Μπορεί να ζήσει μόνο στο υγρό και ζεστό περιβάλλον του ανθρώπινου σώματος και πεθαίνει μέσα σε λίγες ώρες όταν βρίσκεται έξω απ' αυτό. Όταν όμως βρίσκεται μέσα στο ανθρώπινο σώμα, τότε ευδοκimeί και αναπτύσσεται.

Αν κάποιος έχει συφιλιδικό έλκος στα γεννητικά του όργανα και έλθει σε σεξουαλική επαφή με άλλο άτομο, τότε η πιθανότητα μετάδοσης της νόσου είναι πάρα πολύ μεγάλη. Η επιφάνεια του έλκους περιέχει εκατομμύρια τρεπονήματα, και κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής 1000 ή και περισσότερα απ' αυτά μεταφέρονται στο σώμα του άλλου ατόμου, μέσα από λεπτές και αόρατες σχισμές του δέρματος ή του βλεννογόνου που έρχεται σε επαφή με το έλκος. Μέσα σε 36 ώρες από τη στιγμή της μόλυνσης ο αριθμός των τρεπονημάτων διπλασιάζεται, και ξαναδιπλασιάζεται μέσα στις επόμενες 30 ώρες. Τη στιγμή που το άτομο θα καταλάβει ότι κάτι δεν πάει καλά, θα υπάρχουν στο σώμα του, τουλάχιστον, 10.000 εκατομμύρια τρεπονήματα.

Αν δεν υπάρξει θεραπεία, οι οργανισμοί θα προσβάλουν σταδιακά όλους τους ιστούς του σώματος και με τα χρόνια θα τους καταστρέψουν. Δυστυχώς, στην αρχική μόλυνση του σώματος από τη σύφιλη οι αμυντικές δυνάμεις είναι ανεπαρκείς και τα τρεπονήματα δεν αναχαιτίζονται, γεγονός που έχει ως συνέπεια τη διάβαση τους στην κυκλοφορία του αίματος και το γρήγορο πολλαπλασιασμό τους.

Κατά την περίοδο που δημιουργείται το έλκος, τα τρεπονήματα που κυκλοφορούν στο αίμα προκαλούν μια άλλη αντίδραση. Παρακινούν το αίμα να παράγει μια χημική ουσία που ονομάζεται αντίσωμα. Η δημιουργία του αντισώματος των τρεπονημάτων είναι μια αργή διαδικασία, αλλά 4 με 8 εβδομάδες μετά την πρωτοπαθή μόλυνση μπορεί να εντοπιστεί από την εξέταση αίματος.

Η σύφιλη είναι μια σεξουαλικά μεταδιδόμενη ασθένεια, και από τη στιγμή που τα περισσότερα ζευγάρια επιδίδονται σε γεννητικό σεξ, πράγμα που υπονοεί πως το ανδρικό πέος εισέρχεται στο αιδοίο της γυναίκας, η αρχική βλάβη, το πρωτοπαθές έλκος της σύφιλης δημιουργείται κυρίως επάνω στο πέος ή επάνω στο αιδοίο. Ωστόσο, το 25% περίπου των γυναικών που μολύνονται από άτομα με μη θεραπευμένη σύφιλη αναπτύσσει το πρωτοπαθές έλκος επάνω στον τράχηλο. Στην περίπτωση αυτή, το έλκος, παρ' ότι είναι μη αντιληπτό, είναι εξαιρετικά μολυσματικό, όταν βέβαια η γυναίκα έλθει σε σεξουαλική επαφή με υγιές άτομο. Αν δεν ακολουθηθεί θεραπευτική αγωγή, το άτομο που έχει σύφιλη συνεχίζει να είναι φορέας της μόλυνσης για 2 περίπου

χρόνια. Μετά απ' αυτό το χρονικό διάστημα οι πιθανότητες μειώνονται, έτσι που ύστερα από 5 χρόνια είναι ασύνηθες ένα συφιλιδικό άτομο που δεν έχει ακολουθήσει θεραπευτική αγωγή να μεταδίδει τη νόσο. Όπως, όμως έχουμε ήδη αναφέρει η ασθένεια συνεχίζει να μολύνει το δικό του σώμα και να προκαλεί βλάβες στους ιστούς του.

Στο 5% των περιπτώσεων πρωτοπαθούς σύφιλης, το έλκος δημιουργείται σε άλλες περιοχές εκτός των γεννητικών οργάνων. Οι ομοφυλόφιλοι που επιδίδονται στο πρωκτικό σεξ, αν μολυνθούν από έναν ομοφυλόφιλο σύντροφο, μπορεί να εμφανίσουν το έλκος στον πρωκτό ή στο κατώτερο μέρος του ορθού εντέρου. Ζευγάρια ομοφυλόφιλα ή ετεροφυλόφιλα που επιδίδονται στο στοματικό σεξ, μπορεί να εμφανίσουν το έλκος στα χείλη ή τη γλώσσα, αν ο σεξουαλικός τους σύντροφος είναι φορέας της ασθένειας. Σε πολύ σπάνιες περιπτώσεις η σύφιλη μεταδίδεται με άλλο τρόπο εκτός από τη σεξουαλική επαφή. Από τη στιγμή που το τρεπόννημα είναι πολύ ευαίσθητο και πεθαίνει τόσο γρήγορα όταν βρίσκεται έξω από το ανθρώπινο σώμα, η αντίληψη πως μπορεί κανείς να κολλήσει σύφιλη από τη λεκάνη τουαλέτας σίγουρα δεν ευσταθεί.

Συνηθίζουμε να χωρίζουμε τη νόσο σε τρία στάδια: το πρωτοπαθές, το δευτεροπαθές και το τριτοπαθές ή στάδιο της σύφιλης.

Πρωτοπαθές Στάδιο.

Η πρωτοπαθής σύφιλη είναι το στάδιο του πρωτοπαθούς έλκους, και στην αρχή η διάγνωση του γίνεται κλινικά όταν εμφανιστεί η πρώτη αλλοίωση στο δέρμα, το πρώτο έλκος, 10 με 90 ημέρες αφότου το άτομο έχει προσβληθεί από τη νόσο. Τα περισσότερα έλκη δημιουργούνται σε μια περίοδο 20 με 25 ημέρες μετά τη σεξουαλική επαφή με μολυσμένο σεξουαλικό σύντροφο. Το πρωτοπαθές έλκος έχει ήδη περιγραφεί, όμως αξίζει να επαναλάβουμε ότι συνήθως δημιουργείται επάνω στο πέος ή στο αιδοίο, ότι είναι μόνο μία πληγή με σκληρές άκρες και ελκώδες κέντρο, από το οποίο ρέει καθαρό υγρό, και τέλος ότι είναι ανώδυνο. Η πληγή είναι εξαιρετικά μολυσματική. Λίγες ημέρες μετά την εμφάνιση του πρωτοπαθούς έλκους, οι λεμφαδένες της βουβωνικής χώρας διογκώνονται, σχηματίζοντας επώδυνες ελαστικές μάζες. Το πρωτοπαθές έλκος, αν μείνει αθεράπευτο, επουλώνεται με αργό ρυθμό σε διάστημα μεγαλύτερο των 4 με 8 εβδομάδων, αφήνοντας συνήθως στη θέση του μια μικρή ουλή.

Δευτεροπαθές Στάδιο.

Σε διάστημα 6 με 8 εβδομάδων μετά την αρχική μόλυνση αρχίζει το δευτεροπαθές στάδιο της σύφιλης. Αρκετά συχνά το μολυσμένο άτομο αισθάνεται «αδιάθετο», αναφέροντας ότι έχει πονοκεφάλους, πυρετό, πόνο στο λαιμό του ή στις αρθρώσεις του, όμως, αυτά τα συμπτώματα δε βοηθούν και τόσο στη διάγνωση της νόσου. Υπάρχουν τέσσερις βασικές ομάδες αλλοιώσεων που χαρακτηρίζουν το δευτεροπαθές στάδιο της σύφιλης και είναι όλες τους εξαιρετικά μολυσματικές. Από τη στιγμή που θα εμφανιστούν, η

εξέταση αίματος για την ανίχνευση της σύφιλης αποδεικνύεται θετική σε ποσοστό μεγαλύτερο του 99% των ασθενών, έτσι που η διάγνωση της νόσου είναι εύκολη, αν ο γιατρός είναι ικανός και ο πάσχων ειλικρινής και πρόθυμος να βοηθήσει.

Η πιο συνηθισμένη αλλοίωση είναι ένα εξάνθημα του δέρματος. Αυτό εμφανίζεται περίπου στο 80% των ασθενών που δεν έχουν ακολουθήσει θεραπευτική αγωγή. Το εξάνθημα αρχίζει σαν μια αμυδρή, απαλή, ροζ κηλίδα, που εμφανίζεται κατά μήκος των πλευρών και πάνω στον κορμό, γρήγορα όμως εξαπλώνεται καλύπτοντας την πλάτη και την κοιλιά, ενώ παράλληλα εμφανίζεται στο πρόσωπο στην περιοχή γύρω από το στόμα και το πηγούνι. Μερικές φορές, το εξάνθημα δημιουργεί κατά περίεργο τρόπο μια λωρίδα γύρω από το μέτωπο, που ονομαζόταν από τους γιατρούς του 18^{ου} αιώνα «Περιδέραιο της Αφροδίτης». Τα στίγματα, συνήθως στρογγυλά, γίνονται γρήγορα σκούρα κόκκινα και όσο περνάει ο καιρός ενδέχεται να λάβουν τη μορφή σπυριού με το κέντρο τους να ξεφλουδίζει. Δεν προκαλούν κνησμό, αλλά όταν ο ασθενής τα πειράξει, τότε μολύνονται και δημιουργούν πυώδη στίγματα. Τα εξανθήματα επιμένουν περίπου για 6 εβδομάδες και μετά εξασθενούν σταδιακά, ενώ υπάρχει και η πιθανότητα να επανεμφανιστούν, αν δεν ακολουθήσει θεραπεία. Στη γυναίκα που μερικές φορές δεν έχει ορατό πρωτοπαθές έλκος, το δευτεροπαθές δερματικό εξάνθημα είναι το πρώτο σημάδι που θα προκαλέσει υποψίες στο γιατρό για συφιλιδική μόλυνση.

Η δεύτερη πιο συνηθισμένη αλλοίωση εμφανίζεται στις υγρές περιοχές του δέρματος ή τους βλεννογόνους, όπως το στόμα, το αιδοίο και ο πρωκτός. Επειδή αυτές οι περιοχές είναι πιο ευαίσθητες και περισσότερο υγρές, το δευτεροπαθές έλκος της σύφιλης που αναπτύσσεται σ' αυτές είναι διαφορετικό. Μπορεί λοιπόν να εμφανιστούν ακροχονδρονώδεις όγκοι στην περιοχή του αιδοίου της γυναίκας ή γύρω από τον πρωκτό και στα δύο φύλα. Αυτοί είναι επίπεδοι στο πάνω μέρος και έχουν χρώμα κοκκινωπό ή γκριζό. Είναι πολύ μολυσματικοί, και σε μερικές περιπτώσεις εμφανίζονται και σε άλλες υγρές περιοχές του σώματος, όπως ανάμεσα στους γλουτούς ή επάνω στο όσχεο. Μπορεί, επίσης, να δημιουργηθούν μέσα στο στόμα ή τον κόλπο μικρές εξογκωμένες γκριζες πλάκες που μοιάζουν με ίχνη σαλιγκαριού. Και αυτές είναι ανώδυνες, αλλά εξαιρετικά μολυσματικές και ονομάζονται συφιλιδικές πλάκες. Οι συφιλιδικές πλάκες καθώς και τα συφιλιδικά κονδυλώματα εμφανίζονται περίπου στο 30% των ασθενών με μη θεραπευμένη σύφιλη.

Το τρίτο εύρημα είναι οι διογκωμένοι λεμφαδένες. Παρατηρείται διόγκωση της βουβωνικής χώρας, της μασχάλης ή του αυχένα. Τέλος, ένα μικρό ποσοστό ασθενών εμφανίζει συμπτώματα μηνιγγίτιδας με συνεχείς ενοχλητικούς πονοκεφάλους.

Οι δευτεροπαθείς αλλοιώσεις της σύφιλης διαρκούν 3 με 12 μήνες και μετά εξαφανίζονται.

Τριτοπαθές Στάδιο.

Το τρίτο στάδιο της σύφιλης μπορεί να αναπτυχθεί σε διάστημα από 2 μέχρι 20 χρόνια μετά την εξαφάνιση των δευτεροπαθών αλλοιώσεων. Σε όλο αυτό το διάστημα η μόνη ένδειξη ότι ο ασθενής πάσχει από σύφιλη είναι το θετικό αποτέλεσμα της εξέτασης του αίματός του. Σε πάρα πολλούς ασθενείς που δεν έχουν ακολουθήσει θεραπευτική αγωγή το τρίτο στάδιο δεν αναπτύσσεται καν, αυτοί όμως διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να πεθάνουν από ένα άτομο που δεν έχει μολυνθεί. Σήμερα, με την αποτελεσματική θεραπεία του πρωτοπαθούς σταδίου της σύφιλης, οι περιπτώσεις τριτοπαθών αλλοιώσεων είναι όλο και λιγότερες. Στην πραγματικότητα, δε θα γνωρίζαμε τι συμβαίνει με το συφιλιδικό άτομο που δεν είχε ακολουθήσει καμία θεραπευτική αγωγή, αν δεν είχε γίνει μια μελέτη στο Όσλο.

Το 1891, είχαν αρχίσει να εμπιστεύονται τον υδράργυρο, που είχε για πρώτη φορά χρησιμοποιηθεί ως θεραπευτικό μέσο πέντε αιώνες νωρίτερα. Ο υδράργυρος είχε χρησιμοποιηθεί για τη θεραπεία της λέπρας από τον 12^ο αιώνα στην Παλαιστίνη, απ' όπου και τον έφεραν οι Σταυροφόροι. Τον χρησιμοποιούσαν σαν αλοιφή, όμως δεν ήταν και πολύ αποτελεσματικός στη θεραπεία της λέπρας. Επειδή όμως τα συμπτώματα του τελευταίου σταδίου της σύφιλης μοιάζουν με αυτά της λέπρας, ο υδράργυρος άρχισε να χρησιμοποιείται και για τη θεραπεία της σύφιλης στα τέλη του 15^{ου} αιώνα. Τέσσερις αιώνες αργότερα εξακολουθούσε να είναι η κύρια θεραπεία και, όπως παρατήρησε ο καθηγητής Brock, ήταν σχεδόν αναποτελεσματική. Υποστήριξε αντίθετα ότι οι τοξικές παρενέργειες του υδραργύρου ήταν τόσες πολλές, και η θεραπεία της σύφιλης με τη χρήση του τόσο αβέβαιη, ώστε οι επιπτώσεις της θεραπείας ήταν χειρότερες απ' αυτές της ίδιας της νόσου.

Για το λόγο αυτό αποφάσισε να μη χορηγεί καμιά θεραπευτική αγωγή στους ασθενείς που παρουσίαζαν σύφιλη, αλλά επειδή γνώριζε ότι η ασθένεια ήταν εξαιρετικά μολυσματική, ιδιαίτερα στα αρχικά της στάδια, τους κρατούσε μέσα στο νοσοκομείο μέχρι να εξαφανιστούν και τα τελευταία ίχνη της νόσου. Αυτό διαρκούσε από 3 έως και 12 μήνες μετά από αυτό το χρονικό διάστημα οι ασθενείς ήταν ελεύθεροι να επιστρέψουν στις εργασίες τους, με την προϋπόθεση όμως να βρίσκονται σε επαφή με τον καθηγητή για το υπόλοιπο της ζωής τους. Συνολικά δεν έλαβαν θεραπευτική αγωγή πάνω από 2000 άτομα για περισσότερα από 20 χρόνια μέχρι το 1910. τότε, ο Paul Ehrlich ανακάλυψε τη «μαγική του σφαίρα» ενάντια στη σύφιλη, που την ονόμασε «606» ή salvarsan. Το salvarsan περιείχε αρσενικό αντί υδράργυρο, και ο καθηγητής Brock αισθάνθηκε πως έπρεπε να διακόψει το πείραμα του και άρχισε να το χορηγεί σε όλους τους καινούργιους ασθενείς του. Συνέχισε, όμως, να παρακολουθεί τους παλαιούς του ασθενείς, οι οποίοι δεν είχαν ακολουθήσει καμιά θεραπεία.

Ένα σύνολο 953 ασθενών παρακολουθήθηκαν μέχρι το θάνατο τους, τουλάχιστον επί 40 χρόνια μετά την αρχική τους μόλυνση. Απ' αυτούς το 60% δεν είχε περαιτέρω κλινικές ενδείξεις της νόσου, παρά το γεγονός ότι τα

τρεπονήματα κατέστρεψαν ύπουλα τους ιστούς τους. Αυτό εξάλλου φαίνεται από τη θνησιμότητα και τις στατιστικές των θανάτων.

Τα συφιλιδικά άτομα είχαν περισσότερες πιθανότητες να πεθάνουν σε μικρή ηλικία απ' ό,τι τα άτομα που δεν έπασχαν από σύφιλη. Περισσότερες πιθανότητες είχαν οι άνδρες ηλικίας 40 με 49 ετών, όπου η πιθανότητα θανάτου ήταν 122% υψηλότερη απ' αυτή των υγιών ατόμων. Στις γυναίκες η ηλικία υψηλού κινδύνου ήταν μεταξύ 30 και 49 ετών, όπου η πιθανότητα θανάτου έναντι αυτής των μη συφιλιδικών γυναικών ξεπερνούσε το 90%. Σε όλες όμως τις ηλικίες η πιθανότητα θανάτου για τα συφιλιδικά άτομα ήταν σίγουρα πολύ μεγαλύτερη έναντι των μη συφιλιδικών. Η μη θεραπευτική ασθένεια ελάττωνε τη διάρκεια της ζωής, ακόμη και αν δεν αποτελούσε αυτή καθ' εαυτή την αιτία του θανάτου. Στην πραγματικότητα η σύφιλη ήταν η άμεση αιτία θανάτου μόνο στο 10% των ασθενών.

Συμπτώματα του τελευταίου σταδίου της σύφιλης αναπτύσσονταν μόνο στο 40% των ασθενών που δεν είχαν υποβληθεί σε κάποια θεραπεία. Αυτά εμφανίζονταν με 3 τρόπους. Στο 15% των περιπτώσεων, ο ασθενής εμφάνιζε έναν όλο και πιο πυκνό ελκώδη όγκο ή κάτω από το δέρμα ή μέσα σε ένα κόκαλο.

Στο 10% περίπου των περιπτώσεων, εμφανίζονταν βλάβες στην καρδιά και στις κεντρικές αρτηρίες 10 με 30 χρόνια μετά την αρχική μόλυνση. Αυτή η μορφή εξέλιξης της ασθένειας ήταν δύο φορές συχνότερη στους άνδρες απ' ό,τι στις γυναίκες, και πίστευαν πως η συχνότητα ήταν αυξημένη σ' αυτούς που είχαν βαριές χειρονακτικές ασχολίες.

Επιπλέον, ένα 10% των ασθενών εμφάνιζε σύφιλη στον εγκέφαλο ή στο νωτιαίο μυελό. Αυτό συνέβαινε 5 με 35 χρόνια μετά την αρχική μόλυνση. Για άλλη μια φορά οι άνδρες ήταν εκείνοι που απειλούνταν περισσότερο απ' αυτή τη φρικτώδη τροπή της ασθένειας.

Σήμερα, με την κατάλληλη θεραπεία των πρώτων σταδίων της σύφιλης, οι τριτοπαθές βλάβες είναι όλο και πιο σπάνιες, όταν όμως συμβαίνουν προκαλούν τέτοιες συμφορές, ώστε το άτομο που υποψιάζεται ότι πάσχει από σύφιλη πρέπει αμέσως να εξεταστεί ιατρικά. Αν βρεθεί ότι πάσχει από τη νόσο, πρέπει να ακολουθήσει την κατάλληλη θεραπευτική αγωγή, για να μη μολύνει άλλο άτομο και για να αποφύγει τις βλάβες του τριτοπαθούς σταδίου, καθώς και την απειλή του πρόωρου θανάτου που είναι σημαντικός κίνδυνος για τις περιπτώσεις μη θεραπευμένων συφιλιδικών.

ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΣ ΕΡΠΗΣ.

Ο γεννητικός έρπης είναι μια πολύ παλιά ασθένεια και προκαλείται από έναν ιό. Οι εξετάσεις αίματος που φανερώνουν αν ένας άνθρωπος έχει προσβληθεί από τον ιό, αποκαλύπτουν ότι πάνω από τους μισούς ενήλικες έχουν μολυνθεί από τον ιό του γεννητικού έρπητος (ιός του απλού έρπητος τύπος 2 [HSV 2]), στις περισσότερες όμως περιπτώσεις η μόλυνση πέρασε απαρατήρητη.

Ο ιός του έρπητος είναι ένας μικροσκοπικός οργανισμός, αποτελούμενος από ελικοειδή πυρήνα με διπλό νήμα νουκλεϊνικού οξέος (DNA), που περιβάλλεται από ένα κυψελοειδές κάλυμμα πρωτεΐνης και στην εξωτερική πλευρά του υπάρχει ένα χαλαρό περίβλημα από λιπαρή ουσία.

Οι ιοί είναι αδρανείς μέχρι να μπουν σε ένα ζωντανό κύτταρο, αλλά όταν μπουν το προγραμματίζουν να παράγει πολλαπλά αντίγραφα τους. Αυτό κατορθώνεται με μια διαδικασία συγχώνευσης: το DNA του πυρήνα του ιού εισχωρεί στον πυρήνα του μολυσμένου κυττάρου και συγχωνεύεται με το DNA του πυρήνα του. Τότε ο πυρήνας δίνει εντολή στο κύτταρο να παράγει το DNA του ιού, καθώς και την πρωτεΐνη που τον περιβάλλει. Αν αυτά καλυφθούν από το λιπαρό περίβλημα τότε γίνονται ενεργά μόρια. Καθώς τα μόρια του ιού πολλαπλασιάζονται, το κύτταρο νεκρώνεται και ο ιός διασκορπίζεται μέσα στο σώμα ή επάνω στην επιφάνεια του σώματος, όπου και παραμένει αδρανείς, μέχρις ότου μπει μέσα σε ένα άλλο ζωντανό κύτταρο ή σκοτωθεί από το φως του ήλιου.

Ο ιός του έρπητος δε διαφέρει εμφανισιακά από άλλους ιούς, έχει όμως ειδικά χαρακτηριστικά που επιτρέπουν την αναγνώρισή του από τους επιστήμονες.

Έχουν αναγνωριστεί περίπου 50 ιοί έρπητος που προσβάλλουν τα θηλαστικά, όμως μόνο πέντε απ' αυτούς είναι γνωστό ότι προκαλούν αδενικό πυρετό (λοιμώδη μονοπυρήνωση), δηλαδή ο ιός του Epstein-Barr και ο cytomegalovirus, ο ιός varicella, που προκαλεί ανεμοβλογιά στα παιδιά, και σε μεγαλύτερη ηλικία προκαλεί έρπη ζωστήρα, καθώς και τα δύο είδη απλού έρπητος. Το πρώτο είδος απλού έρπητος είναι ο ιός που συνήθως προκαλεί τον επιχείλιο έρπη (ιός του απλού έρπητος τύπος 1 [HSV1]) και το δεύτερο είδος είναι εκείνο που προκαλεί συνήθως γεννητικά έλκη (ιός του απλού έρπητος τύπος 2 [HSV2]).

Ο ιός της ανεμοβλογιάς (varicella) και οι ιοί HSV έχουν παρόμοια συμπεριφορά, ενώ οι ιοί Epstein-Barr και cytomegalovirus συμπεριφέρονται με διαφορετικό τρόπο. Ο ιός varicella που προκαλεί την ανεμοβλογιά στα παιδιά, κατά την διάρκεια της ασθένειας εισέρχεται στην κυκλοφορία του αίματος, όπου προκαλεί ως αντίδραση του σώματος την παραγωγή αντισωμάτων, τα οποία κυκλοφορούν στο αίμα με σκοπό την αναζήτηση και εξόντωσή του. Μερικοί ιοί που αποβάλλονται από τις φυσαλίδες του δέρματος δεν μπαίνουν μέσα στο αίμα, αλλά ταξιδεύουν κατά μήκος των νεύρων που καλύπτουν την περιοχή του δέρματος. Όταν ο ιός συναντήσει μια εξογκωμένη περιοχή του

νεύρου κοντά στο νωτιαίο μυελό που ονομάζεται γάγγλιο, μπαίνει μέσα σ' αυτό και παραμένει εκεί για όλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου, προφανώς υπό την επιτήρηση του αντισώματος που κυκλοφορεί στον οργανισμό.

Καθώς το άτομο μεγαλώνει, ο αριθμός των κινούμενων αντισωμάτων ενδέχεται να ελαττωθεί. Αν αυτό συμπέσει με ένα συγκεκριμένο γεγονός, η φύση του οποίου δεν μας είναι γνωστή προς το παρόν, ο ιός μπορεί να ταξιδέψει ξανά πίσω κατά μήκος του νεύρου, συνήθως προς το δέρμα, και να δημιουργήσει ένα πλήθος από επώδυνες φυσαλίδες που ονομάζονται έρπητ ζωστήρ. Τα κύτταρα των φυσαλίδων του δέρματος παράγουν ιούς, που μπορεί να μολύνουν τη νοσοκόμα ή το γιατρό που περιποιούνται ένα άτομο με έρπητα ζωστήρα. Ο απλός ιός του έρπητος συμπεριφέρεται κατά τον ίδιο τρόπο. Τα άλλα δυο είδη έρπητος που προκαλούν αδενικό πυρετό, δεν εισβάλλουν στα νεύρα, αλλά ζουν μέσα στα λευκά αιμοσφαίρια. Σχεδόν κάθε άνθρωπος έχει μολυνθεί από ιούς αδενικού πυρετού, αλλά μόνο λίγοι εκδηλώνουν την ασθένεια. Στους περισσότερους η ασθένεια είναι συμπτωματική.

Αυτό ισχύει και για τον απλό ιό του έρπητος τύπος 1(HSV). Μέχρι την ενηλικίωση οι περισσότεροι άνθρωποι έχουν μολυνθεί από HSV 1 και έχουν δημιουργήσει στο αίμα τους αντισώματα κατά του ιού, ενώ μόνο λίγοι έχουν παρουσιάσει έλκη στα χείλη ή στη μύτη.

Αντιθέτως, ακόμη λιγότεροι άνθρωποι έχουν μολυνθεί από τον ιό HSV 2 στη διάρκεια της παιδικής ηλικίας ή στην αρχή της εφηβείας, και αυτό επειδή ο συγκεκριμένος ιός μεταδίδεται συνήθως με τη σεξουαλική επαφή. Αυτό φαίνεται και από το γεγονός ότι πάνω από το 90% των εκδιδομένων γυναικών έχουν στο αίμα τους αντισώματα HSV 2, σε σύγκριση με το λιγότερο από 3% των καλογριών. Αυτό το γεγονός είχε οδηγήσει στο συμπέρασμα ότι ο ιός HSV 1 μολύνει μόνο τα χείλη και ο ιός HSV 2 μόνο τα γεννητικά όργανα. Σήμερα γνωρίζουμε πως αυτή η άποψη είναι εσφαλμένη, και ότι η αλλαγή μπορεί να οφείλεται στην αύξηση του στοματικού σεξ. Στις μέρες μας και ο ιός HSV 1 και ο HSV 2 μπορούν να προκαλέσουν γεννητικό έρπητα, παρά το γεγονός ότι οι περισσότερες μολύνσεις οφείλονται στον ιό HSV 2. Περίπου οι μισοί άνθρωποι που μολύνονται στον ιό HSV 2 δεν παρουσιάζουν συμπτώματα, τουλάχιστον όσο μπορούμε να κρίνουμε από το γεγονός ότι το 30 με 60% των ενηλίκων έχουν στο αίμα τους αντισώματα HSV 2 και αρνούνται πως είχαν ποτέ φυσαλίδες στα γεννητικά τους όργανα. Οι υπόλοιποι όμως εμφανίζουν συμπτώματα όταν μολυνθούν από γεννητικό έρπη.

Τύποι Μολύνσεων Του Έρπητος Των Γεννητικών Οργάνων.

Οι μολύνσεις από τον ιό του απλού έρπητος κατατάσσονται ανάλογα με το αν το άτομο έχει υποστεί ή όχι προηγούμενη μόλυνση από οποιονδήποτε τύπου ιού.

Παρακάτω αναφέρονται οι μολύνσεις των γεννητικών οργάνων που προκαλούνται από τον ιό του απλού έρπητος:

- 1) **Πρωτοπαθείς αρχικός**, όταν ένα άτομο δεν είχε προηγουμένως εκτεθεί στη μόλυνση από τον ιό του απλού έρπητος.
- 2) **Μη πρωτοπαθής αρχικός**, όταν το άτομο είχε προηγουμένως εκτεθεί σε μόλυνση από τον απλό ιό του έρπητος.
- 3) **Υποτροπιάζων επανενεργοποιημένος**, όταν ο ιός του απλού έρπητος αναζωπυρώνεται κατά διαστήματα και το άτομο έχει υποστεί ένα προηγούμενο επεισόδιο πρωτοπαθούς ή μη πρωτοπαθούς μόλυνσης, που οφειλόταν στον ιό του απλού έρπητος.

Η πρώτη προσβολή από γεννητικό έρπητα είναι η χειρότερη. Η προσβολή, συνήθως, ακολουθεί τη σεξουαλική επαφή με άτομο που εκείνη τη στιγμή είχε αρχίσει να συνέρχεται από μια μόλυνση γεννητικού έρπητος. Η σεξουαλική επαφή μπορεί να είναι γεννητική, στοματική ή πρωκτική.

Στο 85% των περιπτώσεων η πρώτη προσβολή οφείλεται στη μόλυνση από τον ιό HSV 2 και στο 15% η μόλυνση προέρχεται από τον ιό HSV 1. Περίπου 5 με 7 ημέρες μετά τη σεξουαλική επαφή, προκαλείται κνησμός σε μια μικρή περιοχή επάνω στο στέλεχος του πέους του άνδρα και στην εσωτερική επιφάνεια των μεγάλων χειλέων του αιδοίου της γυναίκας. Σε μερικούς ανθρώπους ίσως ακόμη να παρουσιαστεί πονοκέφαλος ή και πυρετός. Άλλοι πάλι αισθάνονται αδιάθετοι και υποθέτουν ότι πρόκειται για γρίπη.

Μέσα σε 24 ώρες από τη δημιουργία αυτών των συμπτωμάτων εμφανίζονται στην ερεθισμένη περιοχή μικρά πλήθη από επώδυνα, κοκκινωπά εξογκώματα, και την επόμενη μέρα αυτά έχουν μεταμορφωθεί σε μικρές φυσαλίδες. Η περιοχή γίνεται πολύ ευαίσθητη και επώδυνη. Μερικές φορές τα χείλη του αιδοίου διογκώνονται τόσο πολύ, με αποτέλεσμα η ούρηση να καθίσταται επώδυνη και να γίνεται με δυσκολία. Το υγρό μέσα στις φυσαλίδες είναι καθαρό, και αν ληφθεί δείγμα από αυτό και εξεταστεί κάτω από ηλεκτρονικό μικροσκόπιο ή τεθεί σε καλλιέργεια ιστών, μπορεί κανείς να διακρίνει τα μόρια του ιού του έρπητος. Σύντομα το υγρό παίρνει χρώμα κίτρινο και οι φυσαλίδες σπάνε, αφήνοντας στη θέση τους ένα πλήθος από επώδυνα έλκη. Μετά από 4 με 5 ημέρες τα έλκη ξηραίνονται και η επούλωσή τους ολοκληρώνεται σε 7 με 12 ημέρες από την εμφάνιση των πρώτων φυσαλίδων. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου και για 7 περίπου ημέρες μετά την προσβολή από τον ιό, το άτομο αποβάλλει τον ιό από την μολυσμένη περιοχή και μπορεί να τον μεταδώσει στον άνθρωπο με τον οποίο θα έλθει σε σεξουαλική επαφή. Στο διάστημα της αρχικής προσβολής από τον ιό το άτομο πρέπει να φορά εσώρουχο στη διάρκεια του ύπνου, για να αποφύγει ένα εκούσιο ξύσιμο της μολυσμένης περιοχής και τη μεταφορά με αυτό τον τρόπο του ιού στα μάτια, πράγμα που είναι εξαιρετικά σοβαρό. Μετά λοιπόν από κάθε επαφή με τη μολυσμένη περιοχή πρέπει να ακολουθεί πολύ καλή πλύση των χεριών.

Υποτροπιάζων Γεννητικός Έρπης.

Υποτροπιάζων συμβαίνει όταν, για κάποιους λόγους, ο ευρισκόμενος στο γάγγλιο ιός του έρπητος, επιστρέφει κατά μήκος του νεύρου στην περιοχή του δέρματος ή του βλεννογόνου που είχε αρχικά μολυνθεί. Η αιτία που προκαλεί την επιστροφή του ιού είναι άγνωστη. Μερικές γυναίκες πιστεύουν ότι το αίτιο είναι μια ορμονική αλλαγή, και αναφέρουν ότι η προσβολή σχετίζεται με την περίοδό τους ή εμφανίζεται μία εβδομάδα πριν από την έμμηνου ρύση τους, μελέτες όμως δεν έδειξαν να υπάρχει κάποια τέτοια σχέση. Επίσης έχει αναφερθεί ότι η επανεμφάνιση του ιού σχετίζεται με στρες ή με κάποια αλλαγή στις προσωπικές σχέσεις. Για άλλη μια φορά όμως τονίζουμε ότι η προσεκτική έρευνα απέτυχε να αποδείξει οποιοδήποτε απ' αυτά τα δύο προβλήματα ως αιτίες της υποτροπής. Εντούτοις, μελέτη δύο Βρετανών ψυχιάτρων έδειξε ότι οι άνθρωποι που είχαν μια συγκαλυμμένη ψυχική ασθένεια (έτσι όπως εκτιμήθηκε από ένα ερωτηματολόγιο, που ονομάστηκε Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας), είχαν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν υποτροπιάζοντα γεννητικό έρπητα. Πάντως, οι υποτροπές δεν οφείλονται σε κάποια αύξηση της συχνότητας των σεξουαλικών επαφών ή στην αλλαγή των σεξουαλικών συντρόφων.

Όποια και αν είναι η αιτία, μόλις ο ιός εισέλθει στο δέρμα μπορεί να παραμείνει σε λανθάνουσα κατάσταση (ή ίσως να αρχίσει να αποβάλλεται σε μικρές ποσότητες) μέχρι να εξολοθρευτεί από τις αμυντικές δυνάμεις του οργανισμού ή να προκαλέσει μια υποτροπή από πλήθος φυσαλίδων. Είναι γνωστό ότι αν εμφανιστούν φυσαλίδες, το άτομο είναι μολυσματικό για τον επόμενο σεξουαλικό του σύντροφο. Δεν είναι όμως γνωστό, αν το άτομο που αποβάλλει τον ιό, χωρίς κλινικά συμπτώματα, είναι μολυσματικό, πιθανότατα δεν είναι, γεγονός που καθησυχάζει αυτούς που υποφέρουν από έρπητα. Ο υποτροπιάζων έρπης προσβάλλει άγνωστο αριθμό ανδρών και γυναικών. Μερικοί ειδικοί ισχυρίζονται ότι το 70% των ανθρώπων παρουσιάζουν υποτροπιάζουσες προσβολές, άλλοι λένε ότι το ποσοστό ανέρχεται σε 30%, ενώ μερικοί το προσδιορίζουν σε κάτι λιγότερο από 1 με 2%. Το πρόβλημα είναι ότι πολλές υποτροπιάζουσες προσβολές δεν αναφέρονται καν, και με τον πρόσφατο πανικό που δημιουργήθηκε γύρω από τον έρπητα, κάθε μικρή πληγή των γεννητικών οργάνων μπορεί από τον καθένα να χαρακτηρίζεται ως γεννητικός έρπης, ενώ στην ουσία να μην είναι.

Ένας υπολογισμός αναφέρει ότι το 40% των ανθρώπων που έχουν μολυνθεί από έρπητα θα έχουν τουλάχιστον μία περαιτέρω προσβολή, ενώ περίπου το 1 με 5% θα έχουν επαναλαμβανόμενες προσβολές γεννητικού έρπητος, οι οποίες θα εμφανίζονται σε όλο και μεγαλύτερα χρονικά διαστήματα.

Η σειρά των συμπτωμάτων σε μια περίπτωση υποτροπιάζουσας προσβολής είναι η ίδια μ' αυτή της αρχικής προσβολής, όμως η διαδικασία

κνησμού- φυσαλίδων- πληγής- κρούστας- επούλωσης επισπεύδεται, έτσι που το όλο θέμα διαρκεί 5 με 10 ημέρες. Στη διάρκεια αυτής της περιόδου το άτομο μπορεί να μολύνει το σεξουαλικό του σύντροφο. Η υποτροπιάζουσα προσβολή από γεννητικό έρπητα είναι λιγότερο επώδυνη και ο πόνος διαρκεί λιγότερο απ' ό,τι στην αρχική προσβολή.

Τα διαστήματα μεταξύ των υποτροπών διαφέρουν αισθητά: μερικοί άνθρωποι έχουν υποτροπές κάθε δύο μήνες, ή ακόμη και πιο συχνά, άλλοι κάθε 2 με 6 μήνες, ενώ κάποιοι άλλοι μια φορά το χρόνο ή ακόμη και σπανιότερα.

Οι ψυχολογικές επιπτώσεις της υποτροπής του γεννητικού έρπητος στη σεξουαλικότητα του ατόμου μπορεί να είναι σημαντικές. Μερικοί άνδρες που έχουν κολλήσει γεννητικό έρπητα από μια έξω-συζυγική σχέση εμφανίζουν δυσκολίες στύσης, για να αποφύγουν την πιθανότητα μετάδοσης του ιού και στη σύζυγό τους. Μερικές γυναίκες αποφεύγουν τη σεξουαλική επαφή για τον ίδιο λόγο, λέγοντας στο σύζυγο τους ότι η συνουσία έχει γίνει αρκετά επώδυνη γι' αυτές. Ο φόβος της μετάδοσης του ιού στο σεξουαλικό τους σύντροφο, η οργή για το ότι η μόλυνση προήλθε πιθανόν από τον/ τη σύντροφο (πράγμα που ενέχει την υποψία ότι υπήρξε άπιστος/η), και η ενοχή που ίσως ακολουθεί, εξαιτίας του ότι η μόλυνση προκλήθηκε από μια τυχαία σεξουαλική επαφή, μπορεί να διαταράξουν τη σεξουαλική σχέση του ατόμου. Με τη σειρά της η διάλυση της σεξουαλικής σχέσης ενδέχεται να διαταράξει τη σχέση γενικότερα, έχοντας αποτέλεσμα τη συζυγική κρίση, γεγονός που απαιτεί συμβουλευτική βοήθεια.

Η θεραπεία του γεννητικού έρπητος.

Παρά την τόσο μεγάλη έρευνα, τη δοκιμή καινούργιων φαρμάκων και τις αδημοσίευτες μελέτες, δεν είχε μέχρι πρόσφατα βρεθεί φάρμακο που να θεραπεύει ειδικά το γεννητικό έρπητα. Τα περισσότερα φάρμακα που χρησιμοποιούνταν στο παρελθόν τοποθετούνταν με επάλειψη στις φυσαλίδες και τα έλκη. Από τη στιγμή που ο ιός επιστρέφει διαμέσου του νεύρου που καλύπτει τη μολυσμένη περιοχή, οι πιθανότητες να θεραπευτεί ο γεννητικός έρπης με απλή επάλειψη είναι ελάχιστες, παρά το γεγονός ότι η επάλειψη προκαλεί μεγάλη ανακούφιση για το λόγο αυτό η θεραπεία του γεννητικού έρπητος πρέπει να μελετηθεί σε δύο διαφορετικές : τη θεραπεία των τοπικών συμπτωμάτων και την ειδική θεραπεία.

Τοπική θεραπεία.

Ο γεννητικός έρπης, και ιδιαίτερα η αρχική μόλυνση, προκαλεί εξαιρετικό πόνο και δυσφορία, ειδικά στις γυναίκες που τα εξωτερικά γεννητικά τους όργανα (αιδοίο) έχουν διογκωθεί και έχουν γίνει ευαίσθητα το πρήξιμο και τα επώδυνα έλκη προκαλούν βασανιστική ούρηση, και σ' αυτή την περίπτωση ίσως χρειαστεί η περιστασιακή τοποθέτηση καθετήρα στην ουροδόχο κύστη της γυναίκας. Η τοπική χρήση πάγου ή κάποιου αναλγητικού ζελέ δεν ανακουφίζει παρά για ένα πολύ σύντομο διάστημα. Μια άλλη μέθοδος

που προκαλεί ανακούφιση στη γυναίκα είναι να βάλει μερικούς κρυστάλλους υπερμαγγανικού καλίου σε χλιαρό μπάνιο και να καθίσει μέσα.

Η πρόσφατη εμφάνιση της ανταγωνιζόμενης τον ιό ουσίας acyclovir, δημιουργεί νέες ελπίδες. Σε τελευταία πειράματα, η χρήση της αλοιφής acyclovir επάνω στις φυσαλίδες κάθε 6 ώρες είχε αποτέλεσμα τη μείωση του πόνου, του οιδήματος καθώς και του χρόνου αποβολής του ιού. Όσο πιο νωρίς χρησιμοποιηθεί η αλοιφή, τόσο γρηγορότερα προκαλείται η ανακούφιση. Δυστυχώς, τα θετικά αποτελέσματα της αλοιφής παρουσιάστηκαν μόνο στις περιπτώσεις αρχικής μόλυνσης, ενώ δε φαίνεται να είναι πολύ αποτελεσματική στις υποτροπιάζουσες προσβολές.

Ειδική θεραπεία.

Το acyclovir είναι το μόνο φάρμακο που φάνηκε να είναι πραγματικά αποτελεσματικό στον περιορισμό της σοβαρότητας των συμπτωμάτων για τις περιπτώσεις αρχικών λοιμώξεων, επισπεύδοντας την επούλωση και μειώνοντας σημαντικά το χρόνο αποβολής του ιού. Το acyclovir μπορεί επίσης να χορηγείται με ενδοφλέβια ένεση ή να λαμβάνεται από το στόμα, έχοντας ακριβώς την ίδια αποτελεσματικότητα.

Έχει παρατηρηθεί ότι το acyclovir, όταν χορηγείται τη στιγμή που τα συμπτώματα έχουν αρχίσει, δεν προκαλεί καμία αλλαγή στη διάρκεια ή στη δυσφορία που σχετίζονται με τον υποτροπιάζοντα έρπη. Πρόσφατη έρευνα στη Βρετανία και στις Ηνωμένες Πολιτείες έδειξε πως, αν το acyclovir χορηγείται προληπτικά (όταν δηλαδή δεν υπάρχουν συμπτώματα), σε μια δόση 200mg 2 με 4 φορές την ημέρα, η συχνότητα των προσβολών του υποτροπιάζοντος γεννητικού έρπητος μειώνεται σημαντικά.

Ωστόσο, το φάρμακο είναι ακριβό (η θεραπεία ενός έτους κοστίζει πάνω από \$ 1500 [300.000δρχ], και οι πιθανές μακροπρόθεσμες παρενέργειες είναι άγνωστες. Εξαιτίας αυτού του γεγονότος, προς το παρόν, πρέπει να χρησιμοποιείται μόνο από ανθρώπους που έχουν τουλάχιστον μια υποτροπιάζουσα προσβολή το μήνα.

Άλλα φάρμακα που χρησιμοποιήθηκαν στο παρελθόν έδειξαν να μην έχουν καμία πραγματική αξία συγκρινόμενα με τα αδρανή φάρμακα. Ωστόσο, αν κάποιος που έχει γεννητικό έρπητα πιστεύει ότι κάποιο απ' αυτά τον βοηθάει, τότε δεν πρέπει να αποτρέπεται από τη χρήση του φαρμάκου ή της βιταμίνης που έχει επιλέξει.

Συμβουλές για άτομα με γεννητικό έρπητα.

1. Με την πρώτη εμφάνιση μιας γεννητικής βλάβης δείτε ένα γιατρό.
2. Αποφύγετε τη σεξουαλική επαφή (συμπεριλαμβανομένων των φιλιών) κατά τη διάρκεια περιόδου που οι βλάβες είναι εμφανείς, ιδιαίτερα κατά το στάδιο των φυσαλίδων, όπου η μόλυνση μεταδίδεται ευκολότερα.
3. Διατηρείται την περιοχή των γεννητικών οργάνων καθαρή.

4. Όταν τοποθετείται αλοιφή acyclovir ή οποιοδήποτε άλλο φάρμακο, το δάκτυλο θα πρέπει να είναι σκεπασμένο με ελαστικό κάλυμμα ή γάντι, για την πρόληψη μόλυνσης σε άλλα μέρη του σώματος.

5. Στο χρονικό διάστημα κατά το οποίο οι βλάβες είναι εμφανείς, θα πρέπει να φοράτε εσώρουχα 100% βαμβακερά, τα οποία θα εφαρμόζουν χαλαρά. Οι γυναίκες θα πρέπει να αποφεύγουν εσώρουχα από νάιλον.

6. Σε ετεροφυλοφιλικά και ομοφυλοφιλικά ζευγάρια, όπου ο ένας ή και οι δύο ερωτικοί σύντροφοι είχαν μόλυνση με γεννητικό έρπητα, θα πρέπει να γίνεται χρήση προφυλακτικών μεθόδων, όπως τα προφυλακτικά ή τα σπερμοκτόνα (που περιέχουν nonoxonyl-9), για να μειωθεί ο κίνδυνος μετάδοσης κατά τη διάρκεια μιας αναζωπύρωσης του γεννητικού έρπητος.

7. αν έχουν εμφανιστεί βλάβες στον τράχηλο της μήτρας, η γυναίκα θα πρέπει να χρησιμοποιήσει ένα διάφραγμα, έστω κι αν δεν εμφανιστούν βλάβες στα εξωτερικά γεννητικά όργανα. Ο αντισυλληπτικός σπώγγος που είναι εμβαπτισμένος με σπερμοκτόνα (nonoxonyl-9) μπορεί να βοηθήσει ως φυσικό και χημικό μέσο κατά των βλαβών του τραχήλου.

8. Επιστρώσατε σπερμοκτόνο στα εξωτερικά γεννητικά όργανα. Αυτό μπορεί να μην εξασφαλίσει την απαλλαγή από τη μόλυνση, αλλά θεωρητικά μπορεί να προσθέσει κάποια προστασία.

9. Σεξουαλικά δραστήριες γυναίκες κατά τη διάρκεια της γονιμότητας, που είχαν μολύνσεις από γεννητικό έρπητα, θα πρέπει να κάνουν ένα τεστ Παπανικολάου κάθε έξι μήνες για να αυξηθούν οι πιθανότητες πρόωμης ανίχνευσης καρκίνου του τραχήλου.

10. Αποφεύγεται να φοράτε υγρά ρούχα για μεγάλες χρονικές περιόδους, γιατί αυτό θα βοηθήσει την επέκταση των βλαβών.

Αν οι έρευνες για αντι-ικά φάρμακα ακολουθήσουν το δρόμο της επιτυχίας που είχαν τα αντιβιοτικά για τη θεραπεία από τα μικρόβια, δεν είμαστε μακριά από την ανακάλυψη των φαρμάκων που θα μειώνουν δραστικά τα συμπτώματα του γεννητικού έρπητος ή ,ακόμη, που θα θεραπεύουν τη νόσο.

Η ανάπτυξη ενός ασφαλούς και αποτελεσματικού εμβολίου θα έχει ως αποτέλεσμα την απομόνωση ή την πιθανή εξάλειψη των μολύνσεων ιού του απλού έρπητος μέσα σε μία ή δύο γενεές. Μέχρι τότε, για τα άτομα που υποφέρουν από γεννητικό έρπητα, η νόσος δεν είναι τόσο σοβαρή όσο θα ήθελε να πιστεύει κανείς. Όχι μόνο μπορεί το άτομο να ζήσει με τη νόσο, αλλά, με μερικούς περιορισμούς, ένα προσβλημένο άτομο μπορεί να συνεχίσει μια κανονική και σεξουαλικά ενεργό ζωή.

ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΑ

Τα γεννητικά κονδυλώματα που εμφανίζονται πάνω στο πέος, στο αιδοίο ή γύρω από τον πρωκτό, είναι γνωστά και αναφέρονται σε γραπτά κείμενα από την εποχή των αρχαίων ελλήνων. Τα κονδυλώματα μπορεί να είναι απλά ή πολλαπλά, να καλύπτουν μεγάλη επιφάνεια δέρματος, και στην περίπτωση των γυναικών να επεκτείνονται και μέσα στον κόλπο. Αυτά εμφανίζονται μετά τη σεξουαλική ωρίμανση του ατόμου και έχουν περίοδο αιχμής ως προς την εμφάνισή τους το διάστημα που προσδιορίζεται ανάμεσα στο 25° με 35° έτος της ηλικίας για τον άντρα και τη γυναίκα. Η εποχή αιχμής ως προς την εμφάνισή τους συμπίπτει μ' αυτήν της βλεννόρροιας, γεγονός που τονίζει ότι μεταδίδονται με τη σεξουαλική επαφή. Στον άντρα προσβάλλονται περισσότερο η ακροποσθία, ο μικρός χαλινός και το κάτω μέρος της βαλάνου του πέους ενώ στις γυναίκες τα κονδυλώματα βρίσκονται πιο συχνά στην περιοχή γύρω από την είσοδο του κόλπου και την εσωτερική επιφάνεια των μεγάλων χειλών, μπορεί όμως να προσβληθεί κάθε μέρος του αιδοίου, του κόλπου και του τραχήλου. Η μόλυνση του τραχήλου της μήτρας παρατηρήθηκε πολύ πρόσφατα, οι συνέπειες όμως αυτής της μόλυνσης μπορεί να είναι πολύ σοβαρές.

Τα γεννητικά κονδυλώματα προκαλούνται από έναν ή περισσότερους ιούς που προκαλούν θήλωμα (όγκος στο δέρμα) στον άνθρωπο (human papilloma virouses-HPV). Αυτή η οικογένεια ιών είναι συνηθισμένη και προκαλεί κονδυλώματα σε διάφορες περιοχές του σώματος. Ο ιός του κονδυλώματος εισέρχεται στο δέρμα του αιδοίου ή του πέους ή στους ιστούς (βλεννογόνο μεμβράνη) του πέους ή της ουρήθρας, ή στους ιστούς του κόλπου και του τραχήλου κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής με μολυσμένο άτομο. Ο ιός έχει την τάση να παραμένει σε λανθάνουσα κατάσταση και τα κονδυλώματα δεν εμφανίζονται παρά μετά από διάστημα 3 μηνών. Τα κονδυλώματα ενδέχεται να είναι ορατά ή να ανιχνευθούν μόνο αν κοιτάξουμε το πέος του άντρα ή τον κόλπο και τον τράχηλο της γυναίκας με μεγεθυντικό φακό. Μόλις αυτά εμφανιστούν αρχίζουν να εξαπλώνονται.

Τα κονδυλώματα ίσως και να εξαπλωθούν γύρω από την περιοχή του πρωκτού, όμως αν βρίσκονται μόνο σ' αυτήν την περιοχή είναι ενδεικτικά για το ότι προέκυψαν ύστερα από πρωκτική επαφή.

Ο ιός του κονδυλώματος μπορεί να μπει και να ζήσει μέσα στα κύτταρα που καλύπτουν τον τράχηλο ή τον κόλπο, μεταλλάζοντάς τα σε καρκινογόνα. Αυτό έχει περισσότερες πιθανότητες να συμβεί στα κύτταρα που καλύπτουν τον τράχηλο. Ευτυχώς, τα μη φυσιολογικά κύτταρα ανιχνεύονται πολύ πριν αναπτυχθεί καρκίνος, αν οι γυναίκες είναι σεξουαλικά δραστήριες κάνουν εξετάσεις σε τακτά χρονικά διαστήματα. Η εξέταση είναι το Pap test. Μ' αυτήν την μέθοδο οι ανωμαλίες αυτού του είδους καθίστανται ορατές, εξετάζονται και θεραπεύονται.

Τα κονδυλώματα που ανακαλύπτονται πάνω στο αιδοίο ή γύρω από τον ειδικό ιατρό με μια ουσία που ονομάζεται podophyllin, η οποία περνά μέσα στα

κονδυλώματα και σκοτώνει τον ιό. Η podophyllin απλώνεται προσεκτικά πάνω σε κάθε κονδυλώμα, έτσι ώστε να μη βαφεί το δέρμα γύρω απ' αυτά, επειδή η συγκεκριμένη ουσία είναι καυστική. Το «χρώμα» αφήνεται να στεγνώσει. Ο ασθενείς μπορεί να γυρίσει σπίτι του και 2 ώρες αργότερα πρέπει να πλύνει την περιοχή με σαπούνι και νερό, για να εξαλειφθεί κάθε ίχνος της podophyllin που δεν έχει απορροφηθεί από τα κονδυλώματα. Στις περισσότερες περιπτώσεις η επάλειψη πρέπει να επαναλαμβάνεται κάθε εβδομάδα για 3 ή 4 εβδομάδες. Τα κονδυλώματα μαραίνονται και πέφτουν, καθώς σκοτώνονται τα μολυσμένα κύτταρα, αφήνοντας έτσι το δέρμα καθαρό.

Ένα άτομο στα πέντε χρόνια που χρησιμοποιεί podophyllin ή podofilox νιώθει κάψιμο ή τσούξιμο, που διαρκεί περίπου 2 ημέρες.

Δυστυχώς, το ένα τρίτο των ασθενών εμφανίζει πάλι γεννητικά κονδυλώματα στο ίδιο ή σε άλλο μέρος των γεννητικών τους οργάνων. Όταν τα κονδυλώματα είναι εκτεταμένα ή έχουν μολύνει το πέος, τον κόλπο ή τον τράχηλο, θεραπεύονται με καυτηριασμό με τη βοήθεια ενός ηλεκτρικού θερμοκαυτήρα ή ακτινών λέιζερ. Ο καυτηριασμός είναι πιο επώδυνος από το λέιζερ και γίνεται, συνήθως, αφού έχει χορηγηθεί στη γυναίκα γενική ή τοπική αναισθησία.

Μετά τη θεραπεία η καυτηριασμένη περιοχή χρειάζεται περίπου 3 με 6 εβδομάδες για να επουλωθεί. Σε αυτό το διάστημα χρησιμοποιούνται αλοιφές που περιορίζουν τη δυσφορία, ενώ παράλληλα πρέπει να αποφεύγονται οι σεξουαλικές επαφές.

Εξαιτίας των κινδύνων που εγκυμονεί μια μόλυνση από κονδυλώματα, ιδιαίτερα για τη γυναίκα, πρέπει ο σεξουαλικός της σύντροφος να χρησιμοποιεί απαραίτητα προφυλακτικό, όταν η σεξουαλική συμπεριφορά του τελευταίου της είναι άγνωστη. Τα πολύ μικρά και αόρατα δια γυμνού οφθαλμού κονδυλώματα στο πέος του άντρα ανιχνεύονται, αν τυλίξουμε ένα πανί ποτισμένο με ξύδι γύρω από το πέος και το αφήσουμε εκεί για πέντε λεπτά. Αν εμφανιστούν μικρές άσπρες κηλίδες επάνω στο πέος, τότε πρέπει να υποψιαζόμαστε πιθανή μόλυνση. Σ' αυτή τη περίπτωση ο άνδρας πρέπει να επισκεφτεί γιατρό, ο οποίος εξετάζοντας το πέος με μεγεθυντικό φακό θα αποφανθεί αν πρόκειται για κονδυλώμα ή όχι. Στους άνδρες ο ιός πεθαίνει, συνήθως, ύστερα από λίγες εβδομάδες, επειδή το δέρμα και η βάλανος του πέους είναι συνήθως στεγνά, έτσι που κάποια επιπλέον θεραπεία φαίνεται να μην είναι απαραίτητη. Απλώνεται λοιπόν σε κάθε άσπρη κηλίδα τριχλωροξικό οξύ με τη βοήθεια ενός μάκτρον. Αυτό μπορεί να προκαλέσει παροδικό αίσθημα καψίματος. Μετά από 30 με 60 δευτερόλεπτα ο άνδρας πλένει τα γεννητικά του όργανα, ξεπλένοντας κάθε ίχνος τριχλωροξικού οξέος. Η θεραπεία ίσως χρειαστεί να επαναληφθεί μετά από 2 ή 3 εβδομάδες, ενώ ο ασθενείς πρέπει να χρησιμοποιεί προφυλακτικό μέχρι που το τραύμα εξαλειφθεί εντελώς.

Ένα πρόβλημα που ενδέχεται να προκύψει, αν αφήσει κανείς τα γεννητικά κονδυλώματα στη γυναίκα αθεράπευτα, είναι ότι ο ιός που τα προκαλεί μπορεί να αποτελέσει παράγοντα δημιουργίας καρκίνου του

τραχήλου της μήτρας ύστερα από 10 ή και περισσότερα χρόνια. Εξαιτίας αυτής της πιθανότητας, καθώς και του προβλήματος θεραπείας των κολπικών κονδυλωμάτων, προτείνεται μια νέα θεραπεία, η οποία χρησιμοποιεί μια αλοιφή ιντερφερόνης που εμποδίζει τα κύτταρα να αναπαράγουν τον ιό. Η αλοιφή αυτή παράγεται από λευκά αιμοσφαίρια και έχει ειδική επίδραση επάνω στους ιούς, αλλά ταυτόχρονα και πολύ μεγάλο κόστος. Εντούτοις, θα μπορούσε να αποτελέσει τη λύση σε ειδικές περιπτώσεις κονδυλωμάτων.

ΜΟΛΥΝΣΕΙΣ ΑΠΟ ΧΛΑΜΥΔΙΑ

Τα τελευταία 25 χρόνια έκανε την εμφάνιση της μια «νέα» Σ.Μ.Α. Είναι πιθανόν η ασθένεια να υπήρχε και πριν απ' αυτή τη χρονική στιγμή, αλλά ήταν τόσο ήπια που σπάνια χρειαζόταν ιατρική βοήθεια. Η ασθένεια ονομάζεται μη γονοκοκκική γεννητική μόλυνση (NGGI).

Προσβάλλει άνδρες και γυναίκες μάλλον με διαφορετικό τρόπο, παρ' ότι και στα δύο φύλα η πιο συχνή αιτία είναι ένας μικροσκοπικός οργανισμός που ονομάζεται chlamydia trachomatis. Αυτός ο οργανισμός είναι υπεύθυνος για πάνω από το 50% των περιπτώσεων NGGI στους άνδρες και πάνω από το 80% για τις γυναίκες. Στους άνδρες μολύνεται η ουρήθρα, με αποτέλεσμα μια έκκριση από το πέος. Η περίπτωση αυτή πήρε το όνομα μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα(NGU). Τα χλαμύδια μολύνουν τις γυναίκες στον τράχηλο. Δυστυχώς, οι μολύνσεις από χλαμύδια στις γυναίκες μπορεί να έχουν καταστροφικά αποτελέσματα, προκαλώντας παράλληλα λοιμώξεις και σε άλλα γεννητικά όργανα.

Έχει αναπτυχθεί μια εξέταση, η οποία μπορεί να εξακριβώσει τις μολύνσεις από χλαμύδια των κυττάρων που καλύπτουν εσωτερικά την ουρήθρα ή τον τραχηλικό αγωγό. Λαμβάνεται έκκριμα με τη βοήθεια ενός στειλεού μέσα από τον τράχηλο της γυναίκας ή την ουρήθρα του άνδρα. Ο στειλεός περιστρέφεται σε πλήρη κύκλο. Το υλικό που λαμβάνεται τοποθετείται μέσα σε δοκιμαστικό σωλήνα που περιέχει ένα ειδικό υγρό και στέλνεται στο εργαστήριο. Συστήνεται επίσης να εξετάζονται για μολύνσεις από χλαμύδια οι παρακάτω κατηγορίες ανθρώπων :

- 1) Γυναίκες που έχουν μια άλλη Σ.Μ.Ν.
- 2) Γυναίκες που έχουν ενδείξεις πυελικής λοίμωξης.
- 3) Γυναίκες που πιθανολογείται ή είναι βέβαιο ότι έχουν πολλούς ερωτικούς συντρόφους.
- 4) Ετεροφυλόφιλοι άνδρες που έχουν μια άλλη Σ.Μ.Ν.
- 5) Ετεροφυλόφιλοι άνδρες που έχουν τυχαίες σεξουαλικές σχέσεις.
- 6) Ετεροφυλόφιλοι άνδρες που έχουν υποτροπή μη γονοκοκκικής ουρηθρίτιδας.

Ομοφυλόφιλοι άνδρες με πρωκτικά συμπτώματα, που δεν οφείλονται σε βλεννόρροια ή γεννητικό έρπητα.

ΜΗ ΓΟΝΟΚΟΚΚΙΚΗ ΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΜΟΛΥΝΣΗ ΣΤΟΥΣ **ΑΝΔΡΕΣ.**

Η ασθένεια, συνήθως, εκδηλώνεται αρχικά με μόλυνση της ουρήθρας του άνδρα, που έχει αποτέλεσμα μια έκκριση από το πέος. Η διαφοροποίηση από τη βλεννόρροια μπορεί να γίνει μόνο μετά την εξέταση του εκκρίματος στο μικροσκόπιο. Αν το έκκριμα οφείλεται σε βλεννόρροια, θα φανεί ο οργανισμός

που προκαλεί τη βλεννόρροια. Αν όμως δε βρεθούν γονόκοκκοι , η διάγνωση είναι, προφανώς, μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα (GNU).

Τα συμπτώματα της GNU.

Μέσα σε 7 έως 14 ημέρες (σε μερικές περιπτώσεις και σε μεγαλύτερο χρονικό διάστημα) μετά τη σεξουαλική επαφή με μολυσμένο άτομο, ο άνδρας ανακαλύπτει ένα έκκριμα από την ουρήθρα του, που μπορεί να είναι διαυγές, γαλακτώδες ή πυώδες. Συχνά η ποσότητα του εκκρίματος είναι ελάχιστη. Όταν ο άνδρας ουρεί, το πέρασμα τον ούρων από την ουρήθρα ίσως προκαλέσει δυσφορία ή πόνο. Σε μερικές όμως περιπτώσεις τα συμπτώματα είναι πιο σοβαρά : ο άνδρας εμφανίζει πόνο στην ουροδόχο κύστη και μια έντονη και συχνή ανάγκη για ούρηση. Αν κάποιος άνδρας παρουσιάζει επώδυνη ούρηση και ουρηθρικό έκκριμα πρέπει οπωσδήποτε να ζητήσει τη γνώμη του γιατρού, και μετά τη διάγνωση να ακολουθήσει την κατάλληλη θεραπεία.

Η θεραπεία είναι απλή και στηρίζεται σε ένα από τα διάφορα αντιβιοτικά που κυκλοφορούν :

- 1) Doxycycline
- 2) Ox tetracycline
- 3) Erythromycin
- 4) Bactrimel ή Septrin

Κατά τη διάρκεια της θεραπείας το άτομο πρέπει να αποφεύγει τη σεξουαλική επαφή και το αλκοόλ, το οποίο, μάλιστα, φαίνεται να αυξάνει την αντίσταση της ασθένειας.

Είναι επίσης σημαντικό το άτομο που έχει ακολουθήσει θεραπευτική αγωγή για GNU να επισκεφθεί το γιατρό 7 ημέρες μετά την αρχή της θεραπείας, και ξανά πάλι όταν ολοκληρώσει τη θεραπεία του, έτσι ώστε να γίνουν οι περαιτέρω εξετάσεις. Πρέπει επίσης να εξετάζεται ο σεξουαλικός ή οι σεξουαλικοί σύντροφοι του άνδρα, έτσι ώστε να διαπιστωθεί και σε αυτούς η ύπαρξη ή όχι μόλυνσης από γλαμύδια.

Πάρα πολλοί άνδρες επηρεάζονται ψυχολογικά. Γίνονται καταθλιπτικοί, ευέξαπτοι, και φοβούνται πως έχουν μια πιο σοβαρή Σ.Μ.Ν, όπως για παράδειγμα AIDS.

ΜΗ ΓΟΝΟΚΟΚΚΙΚΗ ΜΟΛΥΝΣΗ ΣΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ.

Η NGGI στις γυναίκες, συνήθως, δεν παρουσιάζει συμπτώματα, τουλάχιστον αρχικά, επειδή η ουρήθρα μολύνεται μόνο σε μερικές περιπτώσεις. Αντίθετα, στη γυναίκα το όργανο που μολύνεται είναι ο τράχηλος. Η μόλυνση ίσως δεν εξαπλωθεί από κει, και το αμυντικό σύστημα της γυναίκας να την εξουδετερώσει, σε μερικές όμως περιπτώσεις η μόλυνση επιμένει χωρίς συμπτώματα, ή ακόμα μπορεί να εξαπλωθεί προς τα πάνω, μολύνοντας τα γεννητικά όργανα της γυναίκας και προκαλώντας φλεγμονώδη πυελική νόσο (ΦΠΝ).

Στις ήπιες λοιμώξεις η βλάβη μπορεί να μη φράξει τον ωαγωγό και να μην παρεμποδιστεί η εγκυμοσύνη. Όταν όμως η γυναίκα μείνει έγκυος, το έμβρυο έχει τετραπλάσιες πιθανότητες απ' ότι συνήθως, να σφηνωθεί μέσα στη χαλασμένη σάλπιγγα.

Αυτό ονομάζεται εξωμήτριος εγκυμοσύνη. Καθώς ο πλακούντας παραβιάζει τα τοιχώματα της σάλπιγγας, προκαλείται εσωτερική αιμορραγία συνοδευόμενη από ισχυρούς πόνους.

Σε σοβαρές περιπτώσεις ΦΠΝ η γυναίκα αισθάνεται αδιαθεσία που συνοδεύεται από πυρετό. Η κοιλιακή χώρα πονά και είναι μαλακή και ευαίσθητη κατά την εξέταση. Αν ο γιατρός εξετάσει τη γυναίκα κολπικά, οι σάλπιγγες ίσως εμφανίζονται διογκωμένες και ευαίσθητες.

Αν θέλουμε να αποφευχθεί μια μόνιμη βλάβη στις σάλπιγγες που μπορεί να καταστήσει τη γυναίκα στείρα, πρέπει να δίνεται θεραπεία το συντομότερο δυνατόν.

Η θεραπεία για τη ΦΠΝ, όταν αυτή έχει διαγνωσθεί, γίνεται με τα αντιβιοτικά που αναφέραμε για τον άνδρα ο οποίος έχει GNU, συνήθως σε συνδυασμό με ένα φάρμακο που ονομάζεται metronidazole, το οποίο φονεύει τα αναερόβια βακτηρίδια. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας η γυναίκα πρέπει να αποφεύγει το σεξ και το αλκοόλ.

Εξαιτίας των εξαιρετικά σοβαρών συνεπειών, οι γυναίκες που έχουν περιστασιακό σεξ με έναν άνδρα του οποίου η σεξουαλική συμπεριφορά είναι άγνωστη, ή ο οποίος παραδέχεται ή ακόμα πιστεύεται ότι έχει πολλές σεξουαλικές συντρόφους, πρέπει να επιμένουν στη χρησιμοποίηση προφυλακτικού.

AIDS

Το AIDS το Σύνδρομο της επίκτητης Ανοσοποιητικής ανεπάρκειας, προκαλείται από τον ανθρώπινο ιό ανοσοανεπάρκειας HIV, που καταστρέφει το ανοσοποιητικό σύστημα κάνοντας τον οργανισμό επιρρεπή στις αρρώστιες.

Όταν εισβάλλει στο σώμα, ο HIV διεισδύει στα βοηθητικά λεμφοκύτταρα T, που διαδραματίζουν ζωτικό ρόλο στην άμυνα του οργανισμού ενάντια σε λοιμώξεις και καρκίνους. Ο ιός του AIDS προκαλεί την διάρρηξη των λεμφοκυττάρων T, που απελευθερώνουν μόρια του HIV στο αίμα με αποτέλεσμα να μολυνθούν και άλλα λεμφοκύτταρα T. όταν συμβαίνει αυτό, το σώμα γίνεται ευάλωτο σε ορισμένες "ευκαιριακές" ασθένειες όπως είναι η πνευμονία και οι καρκίνοι, που επωφελούνται από την εξασθενημένη άμυνα του οργανισμού και προκαλούν τις πιο πολλές φορές το θάνατο.

Η μόλυνση από το HIV δεν οδηγεί αμέσως στην ανάπτυξη του AIDS, που μπορεί να εκδηλωθεί ακόμα και οκτώ χρόνια αργότερα. Έτσι, όσοι έχουν προσβληθεί από τον ιό, μπορεί να μην το γνωρίζουν και να τον μεταδίδουν άθελά τους σε άλλους. Ο άνθρωπος που το αίμα του περιέχει αντισώματα του HIV, λέμε ότι είναι "φορέας του AIDS". Η ανίχνευση του ιού του AIDS γίνεται με έμμεσο και άμεσο τρόπο:

- 1) Έμμεση μέθοδος : γίνεται γρήγορα το τεστ με μια απλή αιμοληψία. Είναι το τεστ που χρησιμοποιείται για την ανίχνευση αντισωμάτων του HIV. Τα αντισώματα είναι ουσίες που δημιουργούνται από τον οργανισμό ως αντίδραση σε ένα συγκεκριμένο ιό. Όταν το τεστ είναι θετικό το άτομο για το οποίο πρόκειται, ονομάζεται «οροθετικό», ενώ στην αντίθετη περίπτωση ονομάζεται «οροαρνητικό».
- 2) Άμεση μέθοδος : ο ιός του AIDS μπορεί να ανιχνευθεί με την καλλιέργεια λεμφοκυττάρων που έχουν μολυνθεί από τον ιό σε ένα άτομο μολυσμένο. Η ανίχνευση αυτή μπορεί να γίνει με την μεσολάβηση του ειδικού ενζύμου του ιού, της Ανάστροφης Τρανσκριπτάσης. Μπορούμε με πιο απλό τρόπο να ανιχνεύσουμε ένα από τα συστατικά του αντιγόνου του ιού με ένα τεστ που χρησιμοποιεί ένα ειδικό αντίσωμα (μέθοδος ELISA). Όταν το αντίσωμα συναντήσει το αντιγόνο (ιός του aids), ενώνεται ένα σύμπλεγμα (αντιγόνου-αντισώματος) που συνδέεται με ένζυμο που χρωματίζει το υγρό, επιτρέποντας έτσι την ανίχνευση της παρουσίας του ιού.

Πως μεταδίδεται το AIDS?

Ο πιο συνηθισμένος τρόπος εισβολής της μόλυνσης στον οργανισμό είναι η σεξουαλική επαφή, γιατί ο ιός βρίσκεται εν αφθονία στο σπέρμα του μολυσμένου ατόμου. Μπορεί, λοιπόν, να μεταδοθεί, είτε με την κολπική είτε με την πρωκτική συνουσία. Ο ιός είναι παρόν και στο αίμα των θυμάτων της νόσου και γι' αυτό είναι δυνατόν να μεταδοθεί από ένα χρήστη -ενδοφλεβίως – τοξικών ουσιών στο φίλο του, επειδή μοιράζεται μαζί του την ίδια βελόνα. Ο

AIDS μεταφέρεται επίσης στους αιμοφιλικούς, όταν το αίμα που μεταγγίζεται είναι μολυσμένο, όπως και στο αναπτυσσόμενο έμβρυο μέσα στη μήτρα ή κατά τον τοκετό από το μολυσμένο αίμα της μητέρας. Θεωρητικά, η μετάδοση του ιού από ένα άτομο στο άλλο κατά τη διάρκεια της συνουσίας μπορεί να αποτραπεί από οποιοδήποτε μέσο εμποδίζει την ανάμειξη αίματος, σπέρματος και κολπικών υγρών. Ξέρουμε πλέον ότι το προφυλακτικό εξασφαλίζει ασφαλές σεξ, αφού οι έρευνες έχουν αποδείξει ότι ο ιός δεν μπορεί να διαπεράσει το υλικό από το οποίο είναι κατασκευασμένο. Φραγμό στη μετάδοση του AIDS αποτελούν και τα σπερμοκτόνα. Αν χρησιμοποιούσαν όλοι προφυλακτικό σε συνδυασμό με σπερμοκτόνα, η εξάπλωση του AIDS θα είχε σίγουρα περιοριστεί.

Το AIDS προσβάλλει τόσο τους ομοφυλόφιλους όσο και τους ετεροφυλόφιλους. Αρχικά η ασθένεια είχε περιοριστεί στους ομοφυλόφιλους, οι οποίοι ανταποκρίθηκαν με ζήλο στο κάλεσμα για ασφαλές σεξ. Τώρα ο μεγαλύτερος κίνδυνος μόλυνσης από τον HIV προέρχεται από τους χρήστες – ενδοφλεβίως – τοξικών ουσιών και τους ετεροφυλόφιλους. Πολλές τραγικές περιπτώσεις γυναικών που προσβλήθηκαν από AIDS επιβεβαιώνουν τη θεωρία ότι και μόνο μια σεξουαλική επαφή με φορέα της αρρώστιας αρκεί για να μολυνθεί κάποιος. Πάρα πολλές γυναίκες – τα παραδείγματα είναι αμέτρητα – κόλλησαν AIDS ύστερα από μια και μοναδική σεξουαλική συνάντηση με άγνωστο άνδρα, που ήταν τοξικομανής και μοιραζόταν σύριγγες με άλλους. Επίσης, μια γυναίκα είναι δυνατόν να μολυνθεί από τον άντρα της, αν έχει προσβληθεί από τον ιό από άλλες εξωσυζυγικές σχέσεις, ομοφυλοφιλικές και μη.

Θεραπεία για το AIDS.

Όπως έχει αναφερθεί προηγουμένως, δεν υπάρχει σήμερα αποτελεσματικό εμβόλιο για την πρόληψη του AIDS ή φάρμακο για τη θεραπεία του. Η πιο αποτελεσματική προσέγγιση για τη θεραπεία είναι η πρόληψη της διασποράς του ιού HDTV-III.

Εμβόλιο που θα προφυλάσσει από το AIDS είναι δύσκολο να αναπτυχθεί. Οι πρωτεΐνες που βρίσκονται στο εξωτερικό περίβλημα του ιού HDTV-III ενεργούν ως αντιγόνα, αλλά μεταβάλλουν γρήγορα την ικανότητα των αντισωμάτων του ανοσοποιητικού συστήματος, τα οποία θα μπορούσαν να αναβάλουν ή να επιβραδύνουν τη δράση του ιού. Ο ιός HDTV-III αλλάζει το περίβλημά του όπως ο χαμαιλέοντας. Ξεγελάει κατά την είσοδο του το ανοσοποιητικό σύστημα. Έτσι, ένα εμβόλιο για έναν τύπο του ιού μπορεί να μην προστατεύει από τις νέες ποικιλίες του.

Διάφορα αντι-ικά φάρμακα ερευνώνται σήμερα στις Η.Π.Α. για να προσδιοριστεί η αποτελεσματικότητά τους στη θεραπεία του AIDS.

Μολύνσεις και κακοήθειες που παρουσιάζονται ως επιπλοκές του AIDS θεραπεύονται από πολλά φάρμακα. **Όμως το AIDS τελικά είναι θανατηφόρο.**

Πρόληψη του AIDS.

Εδραιώνεται ολοένα και περισσότερο η πεποίθηση ότι όλοι μας πρέπει να προστατεύουμε συστηματικά τον εαυτό μας από το AIDS.

Για την αποφυγή του AIDS το άτομο θα πρέπει να μάθει να ζει σε επαγρύπνηση, ιδιαίτερα όσον αφορά τη σεξουαλική του δραστηριότητα. Η πρόληψη είναι απλή. Η δύναμη αυτοπροστασίας που έχει το άτομο είναι πολύ μεγαλύτερη απ' αυτή που μπορεί να του προσφέρει η ιατρική επιστήμη.

Η δημόσια υπηρεσία υγείας των Η.Π.Α. εξέδωσε τις παρακάτω οδηγίες για ένα «ασφαλές σεξ» :

- 1) Μην αναπτύσσετε σεξουαλικές σχέσεις με άτομα που είναι γνωστό ότι έχουν AIDS ή είναι ύποπτα γι' αυτό. Με άτομα που είναι γνωστό ότι είναι φορείς του ιού ή είναι ύποπτα γι' αυτό, καθώς και με όσους έχουν ένα θετικό τεστ αντισώματος του ιού HDTV-III.
- 2) Μην έχετε σεξουαλική επαφή με πολλούς ερωτικούς συντρόφους ή με άτομα που είχαν πολλούς ερωτικούς συντρόφους (συμπεριλαμβανομένων των πόρνων). Όσο περισσότερους ερωτικούς συντρόφους έχει ένα άτομο, τόσο μεγαλύτερο κίνδυνο διατρέχει να μολυνθεί με AIDS. Συνιστάται μια μόνιμη μονογαμική σεξουαλική σχέση.
- 3) Μην έχετε σεξουαλική επαφή με άτομα που κάνουν ενέσεις ναρκωτικών.
- 4) Προστατεύετε τον εαυτό σας και τον ερωτικό σας σύντροφο κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής δραστηριότητας. Αν υποπτεύεστε ότι εσείς ή ο ερωτικός σας σύντροφος έχετε εκτεθεί στον ιό, τότε χρησιμοποιήστε προφυλακτικά για να μειωθεί ο πιθανότητα μετάδοσης του ιού. Αποφύγετε τη στοματο-γεννητική επαφή και τις σεξουαλικές δραστηριότητες που μπορεί να προκαλέσουν βλάβη ή ρήξη ιστών. Αποφύγετε τα έντονα φιλιά και την επαφή με υγρό του σώματος (σπέρμα, αίμα, κόπρανα ή ούρα).

Άλλα μέτρα που μπορούν να ληφθούν για την πρόληψη της διασποράς του AIDS είναι τα παρακάτω :

- 1) Μην κάνετε χρήση ενέσιμων ναρκωτικών. Αν κάνετε χρήση, θα μειώσετε τον κίνδυνο με το να μη μοιραζόσαστε με άλλους σύριγγες και βελόνες.
- 2) Μη γίνεται δωρητής αίματος αν ανήκετε σε μια ομάδα υψηλού κινδύνου για AIDS.
- 3) Μην προσπαθήσετε να θηλάσετε το μωρό σας, αν έχετε θετικό τεστ αντισώματος του ιού HDTV-III.
- 4) Αποφεύγετε να ξυρίζεστε, να κάνετε τατουάζ, να τρυπάτε τα αυτιά σας ή να υποβάλλεστε σε βελονισμό σε μέρη όπου η αποστείρωση δεν είναι βέβαιη.
- 5) Μη μοιράζετε με άλλους οδοντόβουρτσες, ξυράφια ή άλλα παρόμοια αντικείμενα που μπορεί να μολυνθούν με αίμα.

Τα άτομα που ασχολούνται με την υγιεινή μέριμνα, μέλη οικογενειών και φίλοι θα πρέπει να παίρνουν ορισμένες προφυλάξεις όταν υπηρετούν ανάγκες γνωστών ή υπόπτων θυμάτων του AIDS. Οι προφυλάξεις που μπορούν να προστατεύσουν τα άτομα που προσφέρουν τη βοήθειά τους, ενώ παράλληλα παρεμποδίζουν τη διασπορά του AIDS, είναι οι ακόλουθες :

- 1) Αποφυγή άμεσης επαφής με το αίμα, υγρά του σώματος, βλεννογόνο, εκκρίσεις ή απεκκρίσεις από γνωστά ή ύποπτα άτομα για AIDS. Γάντια θα πρέπει να χρησιμοποιούνται πάντα, καθώς και άλλα προφυλακτικά μέσα – όπως μάσκες, μπλούζες, καλύμματα ματιών - , όταν αυτό απαιτείται.
- 2) Αποφυγή τυχαίας έκθεσης ανοικτών πληγών (συμπεριλαμβανομένων μικρών εκδορών και εξανθημάτων). Συνιστώνται γάντια μιας χρήσης.
- 3) Καλό και άμεσο πλύσιμο των χεριών, αν έρθουν σε επαφή με οποιοδήποτε υγρό του σώματος που ανήκει σε θύμα του AIDS.
- 4) Ουσίες ή εργαλεία που έχουν μολυνθεί με αίμα, σπέρμα ή άλλα υγρά θυμάτων του AIDS θα πρέπει να απορρίπτονται ή να αποστειρώνονται καλά πριν από την επαναχρησιμοποίησή τους.
- 5) Πιτσιλίσματα από αίμα θα πρέπει να καθαρίζονται καλά με ισχυρό διάλυμα υποχλωριούχου νατρίου.
- 6) Οι κατάλληλες σύριγγες και βελόνες μιας χρήσης και ο προσεκτικός χειρισμός τους, καθώς και ο προσεκτικός χειρισμός άλλων αιχμηρών αντικειμένων, είναι βασικές προϋποθέσεις για την πρόληψη τρυπημάτων κατά την προσφορά υπηρεσιών και την αποφυγή του ιού HDTV-III.
- 7) Τα δείγματα προς εξέταση από θύματα του AIDS θα πρέπει να σημειώνονται σωστά, ώστε να προειδοποιείται το προσωπικό από τους πιθανούς κινδύνους και να τα χειρίζονται με προσοχή. Τα δείγματα θα πρέπει να μεταφέρονται σε καλά ασφαλισμένα δοχεία.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ.

Η συχνότητα εξάπλωσης του AIDS θα εξακολουθεί να αυξάνεται για πολλά χρόνια. Το AIDS και η μόλυνση με τον ιό HDTV-III θα συνεχίσουν να μεταφέρουν ένα στίγμα, και τα μολυσμένα πρόσωπα θα αντιμετωπίζουν κοινωνικά καθώς και θεραπευτικά προβλήματα. Η εκπαίδευση του κοινού θα βοηθήσει για να μειωθούν ο πανικός και οι υπερβολικές αντιδράσεις των μη μολυσμένων ατόμων.

Απαιτείται μια συνεχής δράση για έρευνα, ώστε να βρεθούν το εμβόλιο και το αποτελεσματικό φάρμακο εναντίον του ιού HDTV-III. Ο έλεγχος όμως του AIDS και του ιού HDTV-III δεν μπορεί να περιμένει τις μελλοντικές έρευνες για τη θεραπεία. Οι εντεταλμένοι στην υπηρεσία της υγείας και μια υπεύθυνη κοινωνία θα πρέπει να εργάζονται μαζί, ώστε να εκπαιδεύουν το κοινό στο πώς να προλαμβάνει το AIDS και πώς να φροντίζετε θύματά του.

ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β

Η ηπατίτιδα είναι μια φλεγμονή του ήπατος. Μπορεί να προκληθεί από διάφορους ιούς, από τους οποίους οι πιο συνηθισμένοι είναι: ο ιός ηπατίτιδας Α, ο ιός της ηπατίτιδας Β και οι μη-Α μη-Β ιοί. Ο ιός της ηπατίτιδας Α αποβάλλεται από τα κόπρανα και ως σεξουαλικά μεταδιδόμενη μόλυνση παρατηρείται κυρίως στους ομοφυλόφιλους άντρες που επιδίδονται σε στοματο-πρωκτική επαφή. Η μη-Α μη-Β ηπατίτιδα μπορεί επίσης να μεταδοθεί με σεξουαλική επαφή, ιδιαίτερα στους ομοφυλόφιλους. Ο ιός της ηπατίτιδας Β έχει αποδειχθεί ότι υπάρχει στην κυκλοφορία του αίματος, στο σάλιο, στο αίμα των καταμήνιων, στο σπέρμα και στις κολπικές εκκρίσεις των μολυσμένων γυναικών. Δεν είναι παράδοξο το ότι η ηπατίτιδα Β μπορεί να παρουσιαστεί ως μια σεξουαλικά μεταδιδόμενη νόσος. Παρουσιάζεται συχνά στους ομοφυλόφιλους άντρες. Η συχνότητα είναι μεγαλύτερη στα άτομα με πολλούς σεξουαλικούς συντρόφους και στα άτομα που επιδίδονται σε πρωκτική συνουσία. Ακόμη, υπάρχει «η κατάσταση ιοφορίας», η οποία αφορά τα άτομα που ποτέ δεν είχαν συμπτώματα ηπατίτιδας, αλλά όμως έχουν χρονίως μια ουσία στο αίμα και στις εκκρίσεις του σώματος τους που είναι γνωστή ως αντιγόνο επιφανείας ηπατίτιδας Β. Οι φορείς αυτοί είναι σε θέση να μεταδώσουν το αντιγόνο αυτό, άρα και την ηπατίτιδα Β, με σεξουαλική επαφή.

Επειδή το έμβρυο μπορεί να μολυνθεί απ' τη μητέρα του μέσα στη μήτρα αν αυτή είναι φορέας, σε πάρα πολλές χώρες όλες οι έγκυες γυναίκες υποβάλλονται σε εξέταση αίματος για την ανίχνευση του συγκεκριμένου ιού. Αν η εξέταση αποδειχθεί θετική, τότε το έμβρυο ακολουθεί θεραπευτική αγωγή γ-σφαιρίνη και με εμβόλιο κατά της ηπατίτιδας Β, αμέσως μετά τη γέννησή του.

Συμπτώματα της ηπατίτιδας Β.

Τα συμπτώματα παρατηρούνται συνήθως τέσσερις ως έξι βδομάδες μετά τη μόλυνση από τον ιό της ηπατίτιδας Α, έξι ως οχτώ βδομάδες μετά τη μόλυνση από τον ιό της μη-Α μη-Β ηπατίτιδας και 12 βδομάδες περίπου μετά τη μόλυνση από τον ιό της ηπατίτιδας Β. Στο 90% περίπου των περιπτώσεων τα συμπτώματα είναι ελαφρά και περιλαμβάνουν πυρετό, κούραση, πονοκέφαλο, μικρή δυσφορία στο στομάχι, απώλεια της όρεξης και ίκτερο. Στις περισσότερες περιπτώσεις τα συμπτώματα αυτά συνοδεύονται με φλεγμονή του ήπατος που εξαφανίζεται μέσα σε 6 ως 12 βδομάδες. Μερικά άτομα μπορεί να έχουν επίμονες ανωμαλίες μικρού βαθμού για πολλά χρόνια. Άλλα άτομα μπορεί να έχουν μια χρόνια, συνεχή επιδείνωση του ήπατος, που είναι γνωστή ως χρόνια ενεργός ηπατίτιδα. Οι ασθενείς μπορεί αρχικά να παραπονιούνται για ελαφρά συμπτώματα που μοιάζουν με αυτά της γρίπης, αλλά τελικά η κατάσταση αυτή χειροτερεύει και οδηγεί στην κίρρωση του ήπατος.

Η θεραπεία της ηπατίτιδας Β από ιούς.

Στο 90% των περιπτώσεων η ηπατίτιδα από ιούς θα είναι ελαφρά και η ανάρρωση θα επέλθει χωρίς ειδική θεραπεία.

Γενικά ο ασθενής θα πρέπει να αναπαύεται στο κρεβάτι κατά την αρχική φάση της νόσου, συνιστάται δε δίαιτα με μεγάλη περιεκτικότητα σε πρωτεΐνες και χαμηλή σε λίπη. Όλοι οι ασθενείς με ηπατίτιδα θα πρέπει να αποφεύγουν το οινόπνευμα, καθώς και τα φάρμακα που μπορεί να βλάψουν ή να ερεθίσουν το ήπαρ, μέχρι που η ανάρρωση να είναι πλήρης. Στις περιπτώσεις χρόνιας ή κεραυνοβόλου ηπατίτιδας, μπορούν να χρησιμοποιηθούν στεροειδή φάρμακα, όπως η πρεδνιζόνη, αν και τα ευεργετικά αποτελέσματα από τη χρήση τους είναι αμφίβολα. Τώρα πια υπάρχουν μέθοδοι πρόληψης των μολύνσεων από ηπατίτιδα Β. Έχει φανεί ότι η χρήση προφυλακτικών και η αποφυγή της πρωκτικής συνουσίας μπορούν να μειώσουν σε μεγάλο βαθμό τον κίνδυνο ανάπτυξης μιας μόλυνσης από ηπατίτιδα Β. Η παθητική ανοσοποίηση με την ανοσοσφαιρίνη της ηπατίτιδας Β έχει αποδειχθεί αποτελεσματική για την πρόληψη της νόσου στις περιπτώσεις που υπάρχει σεξουαλική επαφή με άτομα που πάσχουν από ηπατίτιδα Β. Η ανοσοσφαιρίνη αυτή θα πρέπει να χορηγείται μέσα σε 14 μέρες από τη σεξουαλική επαφή μ' ένα μολυσμένο άτομο, ώστε να είναι αποτελεσματική. Τελευταία έχει αναπτυχθεί ένα εμβόλιο ηπατίτιδας Β. Το εμβόλιο αυτό έχει αποδειχθεί ότι είναι κατά 90% αποτελεσματικό για πέντε χρόνια, με ελάχιστες παρενέργειες. Και η ανοσοσφαιρίνη και το εμβόλιο της ηπατίτιδας Β προς το παρόν κοστίζουν ακριβά, έχει δε αποδειχθεί ότι το εμβόλιο της ηπατίτιδας Β δεν εξαλείφει τη χρόνια κατάσταση της ιοφορίας.

ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑ & Σ.Μ.Ν.: ΓΝΩΣΕΙΣ, ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΚΑΙ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ.

Τα Σ.Μ.Ν. είναι λοιμώδη νόσοι, οι οποίες μεταδίδονται με τη σεξουαλική επαφή. Πρέπει να γίνει σαφές ότι η σεξουαλική επαφή, που οδηγεί στην εξάπλωση της νόσου, μπορεί να είναι στοματογεννητική ή πρωκτική, ή όταν το πέος του άνδρα εισχωρήσει στον κόλπο της γυναίκας. Δεν μπορεί να κολλήσει κανείς Σ.Μ.Ν. από λεκάνη τουαλέτας.

Είναι αδύνατον να πει κανείς με βεβαιότητα σε πόσους ανθρώπους κάθε χρόνο μεταδίδονται σεξουαλικές λοιμώξεις. Λαμβάνοντας υπόψη τα υψηλά ποσοστά κρουσμάτων πολλών Σ.Μ.Ν., οι γιατροί που κάνουν διάγνωση έχουν ηθική, αν όχι νομική υποχρέωση να προσπαθήσουν να πείσουν τον ασθενή να αποκαλύψει το όνομα ή τα ονόματα των σεξουαλικών συντρόφων του, έτσι ώστε να εξεταστούν και αυτοί και αν έχουν μολυνθεί να υποβληθούν σε θεραπεία.

Μερικοί ασθενείς, και ειδικότερα νέοι άνθρωποι που είναι πιο επιρρεπείς σε τέτοιου είδους μολύνσεις, είναι ανήσυχοι, φοβισμένοι και ντρέπονται να ζητήσουν βοήθεια, φοβούμενοι μήπως ο γιατρός υιοθετήσει κριτική και αποδοκιμαστική στάση απέναντι τους. Έτσι αποκρύπτουν την ασθένεια, με την ελπίδα ότι τα συμπτώματα θα εξαφανιστούν. Αυτό συμβαίνει συχνά, δυστυχώς, όμως, το άτομο συνεχίζει να είναι μολυσματικό για τον επόμενο σεξουαλικό του σύντροφο. Αυτή η επιφυλακτικότητα θα μπορούσε να ξεπεραστεί μέχρι ενός σημείου, αν οι κλινικές ήταν ευχάριστα κτίρια, μα εύκολη πρόσβαση και βολικό ωράριο, και αν παρείχαν υπηρεσίες υψηλών προδιαγραφών και εχεμύθεια σε κάθε ασθενή. Και, τέλος, αν η θεραπευτική αγωγή ήταν δωρεάν.

Οι στατιστικές δείχνουν, πράγματι, αύξηση στη συχνότητα αυτών των ασθενειών στους νέους και ειδικότερα στις νέες κοπέλες, όμως δεν υπάρχει εξαίρεση στην ηλικία. Οι άνδρες έχουν δύο φορές περισσότερες πιθανότητες να μολυνθούν απ' ότι οι γυναίκες, αυτό όμως συμβαίνει, δυστυχώς, επειδή οι άνδρες έχουν τυχαίες ερωτικές συναντήσεις πιο συχνά απ' ότι οι γυναίκες. Η συχνή αλλαγή συντρόφων συνεπάγεται την εξάπλωση των Σ.Μ.Ν. και αυτά δεν μπορούν να περιοριστούν, όταν υπάρχει συνεχώς ο κίνδυνος της μόλυνσης. Αυτό όμως δε λέει τίποτα, αφού οι τυχαίες σεξουαλικές σχέσεις δεν αποτρέπονται ούτε με παροτρύνσεις ούτε με τη σεξουαλική καταπίεση, που κυριαρχούσε σε ορισμένες περιόδους της ιστορίας. Αυτό που χρειάζεται είναι ρεαλιστική αντιμετώπιση. Οι περισσότεροι άνθρωποι δεν πρόκειται να αλλάξουν τη στάση τους απέναντι στη σεξουαλικότητα τους και πάρα πολλοί θα συνεχίσουν να έχουν τυχαίες σεξουαλικές σχέσεις, ό,τι κι αν λένε οι ηθικολόγοι.

Εφόσον η ανθρώπινη σεξουαλικότητα αποτελεί μια τόσο σκοτεινή και ενστικτώδη τάση, η γνώση της και οι συνέπειες της πρέπει να αποτελούν μέρος της εκπαίδευσης κάθε ατόμου. Η σεξουαλική αγωγή καθώς και η ευθύνη

απέναντι στις σεξουαλικές σχέσεις πρέπει να εκτείνεται σε όλη τη διάρκεια των σχολικών χρόνων, αρχίζοντας από την ηλικία των 8 ή 9 ετών.

Η αγωγή για τα Σ.Μ.Ν. πρέπει να βασίζεται σε γεγονότα και οι συζητήσεις να γίνονται σε μικτές τάξεις, πριν τα παιδιά φτάσουν στην ηλικία της ήβης. Αυτή η εκπαιδευτική εμπειρία μπορεί να αποτρέψει μερικούς από το να αναζητήσουν αργότερα το τυχαίο σεξ, και να παρακινήσει αυτούς που επιδιώκουν το ελεύθερο σεξ να ζητήσουν ιατρική βοήθεια χωρίς φόβο ή ντροπή, σε περίπτωση που προσβληθούν από ένα Σ.Μ.Ν. Μόνο η πράξη θα δείξει, αν από μόνη της η εκπαίδευση θα μπορέσει να μειώσει την εμφάνιση των Σ.Μ.Ν. Σίγουρα όμως δε θα αυξήσει το τυχαίο σεξ, «ούτε θα προκαλέσει τριγμούς στο κοινωνικό οικοδόμημα», όπως υποστηρίζουν μερικοί συντηρητικοί.

Η αποδοχή της υποχρεωτικής αναφοράς και ανίχνευσης από εκπαιδευόμενους και προσεκτικά επιλεγμένους υγειονομικούς υπαλλήλους θα γινόταν ευκολότερα αποδεκτή, αν η λανθασμένη γνώση του κόσμου όσον αφορά τη φύση των Σ.Μ.Ν., άλλαξε μέσα από μια πιο εύστοχη ενημέρωση. Θα έπρεπε, επίσης, να αρχίσει εκστρατεία ενημέρωσης δια του ραδιοφώνου, της τηλεόρασης και του περιοδικού τύπου, έτσι ώστε να πεισθούν οι ομάδες υψηλού κινδύνου, και ιδιαίτερα ορισμένοι ομοφυλόφιλοι άνδρες και οι εκδιδόμενες γυναίκες, να ζητούν οικειοθελώς ιατρική εξέταση σε τακτά χρονικά διαστήματα.

Κάθε άτομο, που έπειτα από μια σεξουαλική επαφή νομίζει ότι μπορεί να έχει κολλήσει ένα Σ.Μ.Ν., πρέπει να επισκέπτεται γιατρό ή νοσοκομείο για να κάνει ανάλογες εξετάσεις χωρίς κανένα φόβο ή ντροπή.

Παράλληλα με αυτά τα μέτρα χρειάζεται επειγόντως και ιατρική έρευνα. Η επιστήμη έχει ανακαλύψει έχει δώσει στην παραγωγή, αρκετά εμβόλια. Αν υπήρχαν τα διαθέσιμα κεφάλαια, θα ήταν δυνατόν να βρεθούν εμβόλια κατά της βλεννόρροιας, του έρπητος, της μη γονοκκοκικής ουρηθρίτιδας και της σύφιλης, μέσα σε σχετικά μικρό χρονικό διάστημα. Είναι αλήθεια πως η απειλή της κοινωνίας από την εξάπλωση του AIDS οδήγησε στη διάθεση αξιόλογων κονδυλίων για την έρευνα και την ανακάλυψη της θεραπείας του ιού αυτού.

Έως ότου βρεθεί το εμβόλιο που θα προστατεύει το άτομο απ' αυτές τις ασθένειες, η μόνη προστασία είναι να έχει κανείς ασφαλείς σεξουαλικές επαφές. Και ασφαλείς σεξουαλικές επαφές σημαίνει περιορισμό των σεξουαλικών συντρόφων, και κατά προτίμηση σε έναν, ενώ αν κάποιος επιλέξει το τυχαίο σεξ, να βεβαιωθεί ότι ο άνδρας χρησιμοποιεί προφυλακτικό.

Σημαντική είναι η αντίδραση του ατόμου που έχει μολυνθεί. Μερικοί από εκείνους που προσβάλλονται από τέτοιου είδους ασθένειες πιστεύουν ότι είναι μια συνέπεια που άξιζε στη σεξουαλική συμπεριφορά τους, καθώς και μια τιμωρία για την «αμαρτωλή» σεξουαλικότητα τους. Άλλοι, πάλι, πιστεύουν πως στάθηκαν άτυχοι και μολύνθηκαν επειδή είχαν την κακοτυχία να έλθουν σε επαφή με ένα ιδιαίτερα ισχυρό μικρόβιο.

Από την άλλη πλευρά, μερικοί άνθρωποι πιστεύουν πως το ότι μολύνθηκαν είναι ζήτημα τιμής και σημαίνει πως είναι «πολύ άνδρες».

Χρειάζεται λοιπόν διερεύνηση όλων αυτών των μύθων, έτσι ώστε να βεβαιωθούμε ότι το μολυσμένο άτομο θα συμμορφωθεί με τη θεραπεία και θα αλλάξει μερικές από τις «υψηλού κινδύνου» μορφές, σεξουαλικής συμπεριφοράς του.

ΠΟΛΙΤΙΣΤΙΚΕΣ ΕΥΘΥΝΕΣ ΣΤΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ **ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ.**

Οι «σεξουαλικές σχέσεις», όπως ξέρουμε, χρησιμεύουν για την αναπαραγωγή αλλά και για την ανάπτυξη σχέσεων ανάμεσα σε άτομα διαφορετικού φύλου. Οι δύο αυτές έννοιες, υπήρξαν για αρκετές γενιές «αναπόσπαστα συνδεδεμένες». Σήμερα, με την ανακάλυψη ακίνδυνων και αποτελεσματικών μέσων για τον έλεγχο των γεννήσεων, δηλ. των αντισυλληπτικών, οι δύο λειτουργίες ξεχώρισαν και η σεξουαλικότητα απέκτησε ιδιαίτερη σημασία σαν μέσο διαπροσωπικών σχέσεων, ανεξάρτητα από την αναπαραγωγική ηλικία. Επομένως, πολλοί κανόνες σεξουαλικής συμπεριφοράς άλλαξαν.

Χωρίς αμφιβολία, η «σεξουαλικότητα» που εκφράζει τη σεξουαλική ορμή είναι έμφυτη. Οι τρόποι όμως που βιώνεται, εκδηλώνεται και δικαιώνεται, με περισσότερη ή λιγότερη επιτυχία, μαθαίνονται. Αυτό με άλλα λόγια, που ονομάζουμε «σεξουαλική συμπεριφορά» μπορεί να επηρεαστεί παιδαγωγικά. Ο «οργασμός της γυναίκας» σε παλαιότερες κοινωνίες θεωρείτο σχεδόν σαν ολίσθημα. Σήμερα, αποτελεί βιολογική πραγματικότητα αναγνωρισμένη ιατρικά. Ο «αυνανισμός» μέχρι χτες αντιμετωπιζόταν σαν κάτι παθολογικό, ενώ σήμερα θεωρείται σαν «προετοιμασία» για τη φυσιολογική σεξουαλική ζωή και ακόμη χρησιμοποιείται από την ιατρική σαν μέσο θεραπείας της σεξουαλικής ανικανότητας. Η «ομοφυλοφιλία» ταξινομείτο παλιότερα στην ψυχιατρική νοσολογία, ενώ σήμερα, δεν θεωρείται νόσος. Τέλος, πολλές «σεξουαλικές διαστροφές» θεωρούνται σήμερα από την ψυχιατρική ως απλές αποκλίσεις ή παραλλαγές της γενετήσιας συμπεριφοράς.

Εκτός από τις σύγχρονες ιατρικές γνώσεις έχουμε και σημαντικές περιβαλλοντικές και κοινωνικές αλλαγές, όπως η νομιμοποίηση των εκτρώσεων, η εξάπλωση των μέσων μαζικής ενημέρωσης, τα φεμινιστικά κινήματα απελευθέρωσης των γυναικών, οι προγαμιαίες σεξουαλικές σχέσεις από πολύ μικρή ηλικία, οι αλλαγές στο θεσμό της οικογένειας με την αύξηση του αριθμού των διαζυγίων, και οι αλλαγές στις νομικές συνθήκες της οικογενειακής ζωής.

Ίσως θα πρέπει ακόμη να επισημανθεί ότι ζούμε σε μια εποχή όπου η προκλητική και χωρίς αναστολές προβολή των ορέξεων επιβάλλει όχι προσποιημένη άγνοια, αλλά ενημέρωση. Δεν χρειάζονται πολλά επιχειρήματα για να δεχτούμε πως είναι προτιμότερη η σεμνή, χαμηλότονη και υπεύθυνη περιγραφή και ερμηνεία των σεξουαλικών φαινομένων από τους γονείς και τους δασκάλους, παρά η εμπειρία του πεζοδρομίου. Έτσι δεν μπορεί ν' αντέξει οποιαδήποτε κριτική εναντίον της σεξουαλικής αγωγής. Εξάλλου σε όλες σχεδόν τις αναπτυγμένες χώρες υπάρχει κάποια μορφή σεξουαλικής αγωγής γεγονός που επιβεβαιώνει την αποδοχή της σε παγκόσμια κλίμακα. Σε ορισμένες χώρες είναι υποχρεωτική σε όλα τα σχολεία (Δανία, Σουηδία, Δυτική και Ανατολική Γερμανία, ορισμένες πολιτείες των Η.Π.Α.), σε άλλες χώρες

υπάρχει νομοθετική κάλυψη χωρίς να υλοποιείται σε όλη την επικράτεια (Βουλγαρία, Γιουγκοσλαβία, Γαλλία, Ελβετία, Ιταλία, Πολωνία), σε άλλες δεν υπάρχει νομική αλλά η γενετήσια αγωγή είναι γενικά αποδεκτή (Μεγάλη Βρετανία, Ρωσία, Ολλανδία, οι περισσότερες πολιτείες των Η.Π.Α.). Στην Ελλάδα, στην Τουρκία και στην Κύπρο, η γενετήσια αγωγή δεν είναι απαγορευμένη, αλλά δεν έχει καθιερωθεί.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΥΘΥΝΕΣ ΣΤΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΑΓΩΓΗ
ΤΩΝ ΝΕΩΝ – Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ.

Η σεξουαλικότητα και η αναπαραγωγή δεν μπορούν πια σήμερα να αντιμετωπίζονται μόνο στα πλαίσια της οικογένειας, ούτε μπορούν να αγνοούνται τα ανύπαντρα άτομα, ιδιαίτερα μάλιστα οι έφηβοι, στους οποίους τα προβλήματα τα σχετικά με τη γενετήσια σφαίρα παρουσιάζονται οξυμένα. Οι αιτίες αυτής της όξυνσης θα πρέπει να συζητηθούν.

- a) στην πρώιμη έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας, εξ αιτίας της αλλαγής του τρόπου ζωής και των ηθών στη σημερινή κοινωνία.
- b) στην άγνοια, την αδεξιότητα και την απειρία των εφήβων, επειδή πρώτη φορά ανακαλύπτουν το σώμα τους.
- c) στο ότι η γονιμότητα σπανιότατα επιδιώκεται στην εφηβεία.
- d) στον περιστασιακό και απρογραμματίστο χαρακτήρα των σχέσεων.
- e) στις μεγάλες κοινωνικές πιέσεις που ασκούνται στην άγαμη μητέρα, ιδιαίτερα στην έφηβη, ενώ η διακοπή της εγκυμοσύνης παραμένει παράνομη.

Στόχος της σεξουαλικής πληροφόρησης θα πρέπει να είναι η κατά το δυνατόν μείωση των προβλημάτων της σεξουαλικής ζωής, ώστε ο νέος και η νέα να αντλούν από τη γενετήσια σχέση τη μεγαλύτερη δυνατή χαρά, ηδονή και αγάπη, αντί να συσσωρεύουν τραυματικές εμπειρίες. Ο περιορισμός των εφηβικών κυήσεων και ο περιορισμός των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων είναι από τους ουσιαστικούς στόχους της σεξουαλικής αγωγής.

Μια έφηβη, αν μείνει έγκυος, πρέπει να διαλέξει ανάμεσα στην προκλητή έκτρωση, τον εσπευσμένο γάμο, και τη γέννηση ενός εξώγαμου παιδιού. Η απρογραμματίστη μητρότητα στην εφηβική ηλικία σημαίνει σχεδόν αυτόματα τη διακοπή της σχολικής εκπαίδευσης. Ο εσπευσμένος γάμος αποδεικνύεται στις περισσότερες περιπτώσεις αποτυχημένος και τέτοιοι γάμοι καταλήγουν αργά ή γρήγορα, στο διαζύγιο. Η γέννηση του παιδιού φράζει περίπου οριστικά το δρόμο της μόρφωσης, ενώ η μητρότητα βιώνεται ως πεπρωμένο ή καταναγκασμός. Όσον αφορά τα εξώγαμα παιδιά, το ποσοστό τους φαίνεται να αυξάνει τα τελευταία χρόνια σε πολλές χώρες. Στη χώρα μας αντίθετα τα τελευταία 20 χρόνια έχει διαπιστωθεί σταθερότητα της αναλογίας εξώγαμων παιδιών προς νόμιμα (1-1 ½ - 100), που πιθανόν οφείλεται στη μεγάλη διάδοση των προκλητών εκτρώσεων, παρά τον παράνομο χαρακτήρα τους. Το μεγαλύτερο ποσοστό γέννησης εξώγαμων παιδιών έχει παρατηρηθεί στις αστικές περιοχές και στις ηλικίες γυναικών 15-19 ετών. Η τρίτη λύση για την έφηβη έγκυο, που ίσως εφαρμόζεται και συχνότερα, είναι η διακοπή της εγκυμοσύνης. Η επέμβαση στην χώρα μας παραμένει παράνομη, με αποτέλεσμα να καλύπτεται από μυστικότητα και ενοχή. Οι κοπέλες καταφεύγουν σε διάφορα πρόσωπα – εκτός από τους γονείς τους συνήθως – για να εξοικονομήσουν τα χρήματα που χρειάζονται, ή απευθύνονται σε αναρμόδια

πρόσωπα και υποβάλλονται στην επέμβαση κάτω από συνθήκες τελείως απαράδεκτες για την υγεία τους. Έτσι οι πρώτες τους ερωτικές εμπειρίες σηματοδοτούνται από ένα γεγονός τραυματικό ως προς την ψυχολογική επένδυσή του, σαν αναπόφευκτη συνέπεια της σεξουαλικής δραστηριότητας, αλλά και συχνά με δυσάρεστες συνέπειες για την υγεία τους. Γιατί η τεχνητή έκτρωση, ιδιαίτερα όταν διεξάγεται κάτω από ανεξέλεγκτες συνθήκες, μπορεί να επιπλακεί από φλεγμονές, συμφύσεις, αιμορραγία, ανεπάρκεια του τραχηλικού στομίου κλπ., που είναι αίτια στειρώσεως ή αποβολών. Η αποποινικοποίηση της επέμβασης θα μειώσει οπωσδήποτε τις επιπλοκές αυτές, εφόσον η διακοπή της κύησης θα γίνεται σε οργανωμένα κέντρα, θα περιορίσει όμως και τον αριθμό των εκτρώσεων, εφόσον συνοδευτεί από μια πλατειά εκστρατεία ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης του πληθυσμού στις σύγχρονες μεθόδους αντισύλληψης.

Ιδιαίτερη σημασία στην εφηβική ηλικία έχει και το πρόβλημα των αφροδισίων ή καλύτερα των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, στα οποία περιλαμβάνονται οι παθήσεις που μεταδίδονται αποκλειστικά, ή κατά κύρια λόγο, με τη γενετήσια επαφή. Η ιδιορρυθμία, όσον αφορά τα πολύ νεαρά άτομα, είναι ότι πρόκειται, όπως και στην περίπτωση της έκτρωσης, για μια δυσάρεστη συνέπεια των πρώτων ερωτικών εμπειριών. Δυσάρεστη όχι μόνο εξ αιτίας των συμπτωμάτων και της αναγκαίας επαφής με τον ιατρικό κόσμο, αλλά εξ αιτίας της επένδυσης των παθήσεων αυτών με φόβο, ντροπή, ενοχή κλπ. Η άγνοια σε συνδυασμό με τους μύθους που διαδίδονται ακόμα, και που ανάγονται στην πριν από τα αντιβιοτικά εποχή, συμπληρώνει την εικόνα. Ο νέος ή η νέα βρίσκουν τον εαυτό τους σε μια εξαιρετικά δύσκολη κατάσταση, επειδή η διάγνωση ενός αφροδισίου πιστοποιεί την γενετησιακή τους δραστηριότητα, την οποία θα προτιμούσαν να αποκρύψουν. Έτσι συμβαίνει συχνά να μην επισκέπτονται καθόλου γιατρό, αλλά να απευθύνονται στο φαρμακείο ή σε φίλους, με αποτέλεσμα την ανεπαρκή θεραπεία, τη χρονιότητα της φλεγμονής, και φυσικά τη διάδοση των νοσημάτων. Οι σχέσεις στην εφηβική ηλικία έχουν συχνά περιστασιακό χαρακτήρα και ο αριθμός των ασυμπτωματικών φορέων είναι σημαντικός, έτσι η διάδοση του αφροδισίου νοσήματος γίνεται πιθανότερη. Χαρακτηριστικό της ψυχολογικής και συναισθηματικής επένδυσης των σεξουαλικά μεταδιδόμενων παθήσεων είναι ότι η προσβολή ενός από τους ερωτικούς συντρόφους δημιουργεί καχυποψία και εχθρικότητα προς ή από τον άλλο, που μπορεί να φτάσει μέχρι τη διάλυση ενός δεσμού.

Βέβαια η πληροφόρηση, όσο εμπειριστατωμένη και αν είναι, δεν πρόκειται ούτε να λύσει όλα τα προβλήματα της εφηβείας, ούτε να καταργήσει τις συγκρούσεις, τις ανασφάλειες, τη διερεύνηση και τα ερωτηματικά. Θα μπορούσε όμως να διευκολύνει τους νέους να μάθουν να βρίσκουν λύσεις για ορισμένα από τα προβλήματα, που θα συναντούν. Αποσκοπεί δηλαδή, στην όσο γίνεται πιο ολοκληρωμένη ανάπτυξη του ίδιου του ατόμου, και όχι στην συμμόρφωση του προς συγκεκριμένες επιταγές, που σαν μόνο αποτέλεσμα έχουν την αναπαραγωγή των σημερινών μοντέλων κοινωνικής ζωής. Τα πρότυπα αυτά ήδη αμφισβητούνται και πιθανότατα θα έχουν αλλάξει μετά 10 ή

20 χρόνια, όταν τα σημερινά άτομα της σχολικής ηλικίας θα κληθούν να επιλέξουν τον δικό τους τρόπο ζωής.

Έτσι ο εκπαιδευόμενος αφήνεται να βρει της σεξουαλική του ταυτότητα μέσα από τη δική του εμπειρία και φαντασία. Δεν «καθοδηγείται» από τον εκπαιδευτή, με την παραδοσιακή έννοια, ούτε και εξαναγκάζεται να δεχτεί παλιές ξεπερασμένες ηθικές αξίες. Από την άλλη πλευρά, η σωστή εκπαίδευση, τόσο στην οικογένεια όσο και στο σχολείο, αποτελεί σήμερα ένα απολύτως αναγκαίο αντίβαρο στον καθημερινό βομβαρδισμό των εφήβων από πρότυπα της άμεσης ή έμμεσης πορνογραφίας – διαφήμιση κλπ. – που προβάλλουν την αποπροσωποποίηση κι αντικειμενοποίηση της ανθρώπινης σχέσης τον καταναλωτισμό της σεξουαλικής δραστηριότητας, που προοιωνίζεται σαν το μυστικό της επιτυχίας και καλύπτεται πίσω από τον «μοντέρνο» τρόπο ζωής.

Ποιος είναι λοιπόν ο ρόλος του εκπαιδευτή; Θα μπορούσε να συνοψισθεί στα παρακάτω σημεία:

1. Ενημέρωση για τις αντικειμενικά παραδεκτές βιολογικές αλήθειες για τα θέματα του οικογενειακού προγραμματισμού, και για τις διαφορές των δύο φύλων, θέματα σχετικά με τα οποία ο έφηβος και η έφηβη δέχονται από το περιβάλλον τους ποικίλα αντιφατικά μηνύματα. Η σεξουαλική λειτουργία θα πρέπει να προσδιοριστεί σαν μία μορφή ανθρώπινης έκφρασης, στο σωματικό και το ψυχολογικό πεδίο, αλλά και μια μορφή ανθρώπινης επικοινωνίας. Αξίζει να τονιστεί ιδιαίτερα ο ηδονικός της χαρακτήρας, όταν δεν αναστέλλεται σε καμία φάση της, όταν δηλαδή είναι μία αμοιβαία διαδικασία ανάμεσα σε δύο ίσους ανθρώπους, που την επιθυμούν.
2. Ενημέρωση για την κοινωνική πραγματικότητα, δηλαδή τη στάση της δικής μας και άλλων κοινωνιών σχετικά με τη σεξουαλική δραστηριότητα ατόμων, τη σχετικότητα των αξιών, και τέλος την αντίφαση που συχνά παρατηρείται ανάμεσα στα εκάστοτε ιδεώδη της κοινωνίας – νομικά, θρησκευτικά, ηθικά – και στην πρακτική των διαφόρων ατόμων (χαρακτηριστικό το θέμα της παράνομης έκτρωσης). Η επισήμανση αυτή αποκαθιστά την εμπιστοσύνη του εκπαιδευόμενου προς τον εκπαιδευτή και τον βοηθά σε μια πιο ολοκληρωμένη αντιμετώπιση της ζωής.
3. Ενημέρωση για τα όρια της κοινωνικής ανοχής σε συμπεριφορές αντίθετες προς τα γενικά αποδεκτά ιδεώδη, δηλαδή το νομικό καθεστώς αλλά και τον άγραφο κοινωνικό νόμο. Έτσι τα άτομα θα μπορούν να αποκτήσουν μια συμπεριφορά ανάλογη με τις ανάγκες τους χωρίς όμως να εκτίθενται σε απογοητεύσεις και τραυματικές εμπειρίες.
4. Υποστήριξη του ατόμου στην εξερεύνηση των λειτουργιών του σώματός του και στη συμμετοχή του στις διαδικασίες μάθησης. Έτσι, σ' ένα συνεχή διάλογο, ο εκπαιδευτής τονώνει την αυτοπεποίθηση του εκπαιδευόμενου με την αποδοχή και νομιμοποίηση της πολυμορφίας των αναγκών και των ερωτημάτων του. η σεξουαλική αγωγή θα βοηθήσει το νέο και τη νέα να καταλάβουν τις δικές τους ανάγκες και να μην

ευθυγραμμίζουν τις προσδοκίες τους με ορισμένα πρότυπα, που συναντούν στη διαφήμιση, στη λογοτεχνία, στον κινηματογράφο κλπ. Τέτοιες προσδοκίες είναι αναπόφευκτο να τους οδηγούν σε αισθήματα ματαιώσης κι απογοήτευσης, εφόσον δεν έχουν συνήθως σχέση με την πραγματικότητα της ζωής. Τέλος η σεξουαλική λειτουργία δεν πρέπει να αντιμετωπίζεται απλά σαν μία σειρά προβλημάτων, αλλά πρώτα να τονίζονται οι χαρές της, που άλλωστε έχουν μεγαλύτερη σημασία.

5. Ενθάρρυνση της κριτικής ματιάς του νέου ή της νέας απέναντι στα ερεθίσματα που δέχονται, ώστε να μπορούν μόνοι τους να επιλέγουν με γνώμονα το νου και τις ανάγκες τους. Έτσι ελαχιστοποιείται ο έξωθεν καθορισμός και προάγεται η ανάπτυξη του ατόμου.

Η σεξουαλική πληροφόρηση αφορά τους νέους και τις νέες της σχολικής ηλικίας και μάλιστα από τις πρώτες τάξεις του σχολείου. Αφορά όμως ακόμα τους γονείς και τους δασκάλους τους, που σήμερα νιώθουν αρκετή – και δικαιολογημένη ίσως – αμηχανία απέναντι στο θέμα. Πράγματι, καθένας απ' αυτούς θα προτιμούσε να μεταβιβάσει στον άλλο την ευθύνη της διαπαιδαγώγησης, επειδή νιώθει ανεπαρκής. Και οι δύο όμως είναι εξίσου αρμόδιοι, από κοινού και παράλληλα, αν και κάποια ειδική επιμόρφωση θα τους κατατόπιζε καλύτερα και θα τους βοηθούσε να ξεπεράσουν την αμηχανία τους.

Επίσης οι εκπαιδευτές θα πρέπει να είναι καλά προετοιμασμένοι για την συχνά αρνητική στάση των παιδιών απέναντι σε όσα τους διδάσκονται επίσημα «από καθέδρας». Τέλος η ενημέρωση για τα θέματα οικογενειακού προγραμματισμού θα πρέπει να απευθύνεται εξίσου σε γυναίκες και άνδρες, προάγοντας μάλιστα την ευαισθητοποίηση των ανδρών, που σήμερα παρουσιάζεται μειωμένη, εφόσον είναι γεγονός ότι και τα δύο φύλα συμμετέχουν, τόσο στην γενετήσια, όσο και στην αναπαραγωγική λειτουργία.

Όπως είπαμε η σεξουαλική πληροφόρηση δεν πρέπει να χρωματίζεται από τις προσωπικές απόψεις του εκπαιδευτή, αλλά κυρίως από τις ανάγκες του εκπαιδευόμενου. Η ενημέρωση που γίνεται άκαιρα και άστοχα από ανθρώπους που νιώθουν αμήχανοι ή δεν κατέχουν το θέμα, είναι πιο επιζήμια από την έλλειψη ενημέρωσης, γιατί μπορεί να περικλείει τον κίνδυνο του αποπροσανατολισμού.

Ο εκπαιδευτικός εκτός από την «επίσημη» πληροφόρηση που δίνει στους μαθητές, θα μπορούμε να συμμετέχει στην «αγωγή» τους πλησιάζοντας και συζητώντας μαζί τους, ή αφιερώνοντας κάποιες διδακτικές ώρες στην απάντηση ερωτήσεων και στην αντιμετώπιση συγκεκριμένων προβλημάτων. Στατιστικές μελέτες σε διάφορες χώρες έχουν δείξει ότι αυτός ο τρόπος προσέγγισης προσελκύει περισσότερο την προσοχή των μαθητών.

Τέλος, εκτός από τους καθηγητές και τους δασκάλους, συμπληρωματική πληροφόρηση θα μπορούσε να δίνεται από ειδικούς επιστήμονες του οικογενειακού προγραμματισμού, ξένους προς το σχολικό περιβάλλον, που η διεύθυνση θα καλούσε από καιρό σε καιρό για συζήτηση με τους μαθητές. Συχνά τα παιδιά μπορεί να νιώθουν πιο ανοιχτά και άνετα σ' ένα άτομο ξένο,

παρά απέναντι στους καθηγητές τους που συναντούν καθημερινά. Βέβαια και οι εκπαιδευτές μπορούν να εξοικειωθούν καλύτερα με τη διδασκαλία των θεμάτων οικογενειακού προγραμματισμού, αν είναι σε θέση να κουβεντιάσουν οι ίδιοι μεταξύ τους ανταλλάσσοντας απόψεις και αντικειμενικοποιώντας τα προβλήματα.

Σημαντικό ρόλο στην αγωγή υγείας εκπαιδευτικών, μαθητών και γονέων (σχολική κοινότητα) μπορεί να παίξει ο Κοινοτικός Νοσηλευτής (ή Σχολικός Νοσηλευτής).

Η εφαρμογή από την πολιτεία προγραμμάτων σεξουαλικής ενημέρωσης του πληθυσμού και η εισαγωγή σχετικού μαθήματος στα σχολεία, είχε, σύμφωνα με πρόσφατες στατιστικές, τα ακόλουθα αποτελέσματα σε διάφορες χώρες της Ευρώπης:

- Μείωση του αριθμού των τεχνητών εκτρώσεων.
- Μείωση της νοσηρότητας από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.
- Αύξηση της απόλαυσης που αντλούν οι άνθρωποι από τη γενετήσια ζωή τους .
- Μείωση των σεξουαλικών διαταραχών.
- Μείωση της δημοτικότητας της πορνογραφίας.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα η Δανία, με ίσο περίπου πληθυσμό με την Ελλάδα, όπου, μετά 10 χρόνια εφαρμογής της σεξουαλικής αγωγής, μειώθηκαν οι εκτρώσεις σε 23.000 το χρόνο. Επίσης, μετά διανομή στα σχολεία διαφόρων εντύπων και φυλλαδίων σχετικά με την αντισύλληψη, αυξήθηκε ο αριθμός των νέων που χρησιμοποιούσαν αντισύλληψη από την πρώτη τους κιόλας συνουσία (76% αυτών το 1977).

Έτσι δεν μένει πια καμιά αμφιβολία ότι η σεξουαλική αγωγή, ή τουλάχιστον κάποια μορφή πληροφόρησης για τα θέματα του οικογενειακού προγραμματισμού, θα πρέπει να μπει και στον Ελληνικό σχολείο, εφόσον τα προβλήματα της γενετήσιας ζωής – όπως όλα τα προβλήματα – δε λύνονται με την αποσιώπησή τους, αλλά με τη θαρραλέα αντιμετώπιση.

Συμβουλευτικός Ρόλος του Νοσηλευτή στην Κοινότητα.

Η Νοσηλευτική είναι επιστήμη και τέχνη. Ως επιστήμη έχει εξειδικευμένα ενδιαφέροντα και αντικείμενα μελέτης και ως τέχνη έχει ιδιαίτερους χώρους δράσης και εφαρμογής. Ο νοσηλευτής – τρία καλείται να ασκήσει τη Νοσηλευτική ως επιστήμη και τέχνη όχι μόνο στο εύρος δράσεως της Κλινικής Νοσηλευτικής αλλά και στο χώρο αυτό που ονομάζεται Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ). Βασική αρχή της ΠΦΥ είναι η κινητοποίηση του πληθυσμού, με την ευαισθητοποίηση του στις ανάγκες υγείας και η συμμετοχή του στα προγράμματα υγείας. Αυτό επιτυγχάνεται με την ενεργοποίηση του συμβουλευτικού ρόλου του Νοσηλευτή και τη συμμετοχή του σε διάφορες ενέργειες που αφορούν κυρίως την πρόληψη, την αγωγή υγείας ως και τη Νοσηλευτική έρευνα. Απαραίτητη λοιπόν είναι η ύπαρξη της επαγγελματικής υγειονομικής ομάδας στην οποία ανήκει και ο νοσηλευτής, που βρίσκεται σε αμεσότερη επικοινωνία με τον πληθυσμό. Ο στόχος της άσκησης

του συμβουλευτικού ρόλου προσδιορίζεται γενικά σαν μια δυναμική σχέση μέριμνας και βοήθειας, στην οποία ο νοσηλευτής βοηθά το άτομο να πραγματώσει και να διατηρήσει το ανώτερο δυνατό επίπεδο υγείας.

Στη συνέχεια θα σχολιασθούν:

- A. Εύρος δράσεως του Συμβουλευτικού Νοσηλευτικού ρόλου στην Κοινότητα.
- B. Μέσα διενέργειας του Συμβουλευτικού ρόλου (Πληροφόρηση – Εκπαίδευση).
- Γ. Αρχές και μέθοδοι διδασκαλίας ατόμου – οικογένειας.
- Δ. Αντικείμενα διδασκαλίας σε άτομο – κοινότητα.
- Ε. Στόχος του Συμβουλευτικού χαρακτήρα του Νοσηλευτικού έργου.
- Z. Επίλογος.

A. Εύρος δράσεως του συμβουλευτικού νοσηλευτικού ρόλου στην κοινότητα.

Τα επί μέρους καθήκοντα των νοσηλευτών – τριών καθορίζονται πάντα από τις αρμόδιες αρχές μέσα στα νομικά και οργανωτικά πλαίσια των υγειονομικών υπηρεσιών. Ο συμβουλευτικός ρόλος του νοσηλευτή της Κοινότητας απαιτεί την άσκησή του μέσα στην Κοινότητα, εφόσον λόγω της φύσεως της εργασίας και της συνεχούς επαφής με τα άτομα που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας, μόνο το νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να περάσει τα μηνύματα υγείας στον πληθυσμό πιο εύκολα και αποτελεσματικά.

Ο νοσηλευτής που αναλαμβάνει να ασκήσει συμβουλευτικό ρόλο, πρέπει πρωταρχικά να καταλάβει πως κάτι στη μέχρι τώρα νοοτροπία του υγειονομικού συστήματος αλλά και της εκπαίδευσης, πρέπει να αλλάξει. Αυτό είναι ο αρρωστοκεντρικός τους χαρακτήρας που απαιτεί το κέντρο φροντίδας μας να είναι ο άρρωστος. Τη θέση του πρέπει να πάρει ο άνθρωπος ο υγιής, ο εργαζόμενος, ο υπερήλικας, όπου κι αν βρίσκονται: στο χώρο κατοικίας, εργασίας, εκπαίδευσης ή ψυχαγωγίας. Η αλλαγή αυτής της νοοτροπίας δεν συνεπάγεται την παραμέληση του ασθενή και της φροντίδας του αλλά σημαίνει ότι απλά αλλάζει η μέθοδος της εργασίας μας. Σίγουρα όμως αυτή η προσπάθεια είναι παραγωγικότερη και πολύ πιο αποτελεσματική.

Σύνολα ατόμων που μπορεί να απευθυνθεί ο νοσηλευτής με το συμβουλευτικό του χαρακτήρα:

- 1) Οικογένεια
- 2) Σχολεία (μαθητές – σύλλογοι γονέων και καθηγητών)
- 3) Επαγγελματικοί χώροι (δημόσιες υπηρεσίες, εργοστάσια, ναυτιλιακές υπηρεσίες κ.ά.)
- 4) Πολιτιστικοί και Αθλητικοί σύλλογοι
- 5) Εκκλησιαστικές οργανώσεις
- 6) Χώροι ψυχαγωγίας
- 7) Στρατός
- 8) Φυλακή.

B. Μέσα διενέργειας του συμβουλευτικού νοσηλευτικού ρόλου.

Μία από τις μέριμνες του νοσηλευτή που θα ασκήσει συμβουλευτικό ρόλο είναι οι μέθοδοι προσέγγισης του ατόμου, γιατί βάσει αυτών θα επιτύχει το σκοπό του.

Η προσέγγιση του ατόμου επιτυγχάνεται μέσω δύο μεθόδων:

- a) Πληροφόρηση
- b) Εκπαίδευση

Πληροφόρηση: είναι η παροχή πληροφοριών σε θέματα που αφορούν κυρίως τις βιολογικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και πνευματικές λειτουργίες, καθώς και τις νοσολογικές διαταραχές που συμβαίνουν μέσα στον οργανισμό του ανθρώπου και επηρεάζουν τις σχέσεις του με το περιβάλλον.

Εκπαίδευση: η εκπαίδευση του ατόμου και της οικογένειας σε θέματα υγείας είναι ένα ολοκληρωμένο μέρος του ρόλου του Νοσηλευτή. Για τη σωστή διενέργεια της εκπαίδευσης, ο νοσηλευτής πρέπει αρχικά να χαράξει την πορεία διδασκαλίας του ατόμου, λαμβάνοντας υπόψη τα εξής:

- Αναγνώριση των αναγκών μάθησης
- Τοποθέτηση στόχου και σχεδιασμός εργασίας
- Περιεχόμενο διδασκαλίας
- Εκτίμηση των αποτελεσμάτων.

Τελικός στόχος της εκπαίδευσης είναι η διαμόρφωση υγιεινολογικής συνείδησης προς την απόκτηση νέας συμπεριφοράς, σαν αποτέλεσμα της μάθησης που πήρε το άτομο – οικογένεια.

Προσοχή : Δεν μπορεί να γίνει εκπαίδευση εάν πρώτα δεν γίνει πληροφόρηση του ατόμου, γιατί πραγματικά αυτό αποτελεί πολλές φορές το πρώτο σκαλοπάτι στη θεμελίωση της σχέσης ατόμου – νοσηλευτή στην οποία φυσικά θα στηριχθεί η μελλοντική εκπαίδευση.

Προϋποθέσεις για την πληροφόρηση – εκπαίδευση:

- Άμεση διαπροσωπική σχέση
- Αμοιβαία εμπιστοσύνη
- Γνώση της ψυχολογικής και κοινωνικής κατάστασης του ατόμου
- Γνώση των παραγόντων που επηρεάζουν το περιβάλλον και την υγεία του ατόμου, με τις αλληλεξαρτώμενες σχέσεις και τις επιδράσεις τους
- Δυνατότητα ολιστικής προσέγγισης της οικογένειας.

Από τι εξαρτάται η πληροφόρηση του ατόμου; Την απάντηση αυτού του ερωτήματος πρέπει να γνωρίζει καλά ο νοσηλευτής.

Η πληροφόρηση του ατόμου εξαρτάται από:

- Ηλικία
- Φύλο
- Θρήσκευμα
- Σπουδές – νοημοσύνη
- Κατάσταση προσωπικών υποθέσεων
- Κοινωνική θέση
- Ενημερότητα σε Ιατρικά θέματα.

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω, ο νοσηλευτής μπορεί να αρχίσει τον συμβουλευτικό ρόλο του, γνωρίζοντας τα μέσα εκτέλεσης της εργασίας του που είναι :

- Ο προφορικός λόγος
- Ο γραπτός λόγος
- Εικόνες.

Γ. Αρχές και μέθοδοι διδασκαλίας ατόμου – οικογένειας.

Η παιδαγωγική θεωρητική κατάρτιση των νοσηλευτών αφορά τη γνώση των αρχών μάθησης και διδασκαλίας, που σκιαγραφούνται παρακάτω:

Αρχές μάθησης.

- Κάθε άτομο σαν χωριστή προσωπικότητα μαθαίνει με τον δικό του τρόπο.
- Η ύπαρξη άγχους και η τυχόν ψυχολογική υπερένταση μειώνουν την ικανότητα μάθησης.
- Η πιθανή ύπαρξη ασθένειας, πόνου, έλλειψη άνεσης, ελαττώνουν σημαντικά το ενδιαφέρον για μάθηση.
- Η κατανόηση της αξίας και της χρησιμότητας των διδασκομένων για την εξυπηρέτηση του και την ίδια του τη συμμετοχή στην υγεία του, αυξάνει σε μεγάλο βαθμό τη μάθηση του ατόμου.

Αρχές διδασκαλίας.

- Η ομιλία μας πρέπει να είναι καθαρή, ήρεμη, σιγανή.
- Αρχίζουμε από απλά πράγματα και προχωράμε σταδιακά στα σύνθετα.
- Χρησιμοποιούμε γλώσσα απλή – όχι επιστημονική ορολογία.
- Χρησιμοποιούμε θέματα ομιλίας ανάλογα της κουλτούρας και του μορφωτικού επιπέδου του ατόμου – οικογένειας.
- Παρέχουμε στα άτομα αρκετό χρόνο για ερωτήσεις.
- Κατά τη διάρκεια της διδασκαλίας, βεβαιωνόμαστε ότι το άτομο αντιλαμβάνεται τα διδασκόμενα.
- Χρησιμοποιούμε όσο το δυνατόν περισσότερα διδακτικά μέσα όπως εικόνες, φυλλάδια κ.ά.
- Επαινούμε το άτομο, κάθε φορά που διαπιστώνουμε ότι κατανόησε κάτι, ή μετά την εφαρμογή του.

Δ. Αντικείμενα διδασκαλίας σε άτομο – κοινότητα.

Τα αντικείμενα διδασκαλίας που μπορεί να πραγματοποιηθεί ο νοσηλευτής, τα χωρίζουμε σε ατομικά και πληθυσμιακά.

Α. Ατομικά.

- Η νόσος (οργανική ή ψυχοσωματική)
- Ο κίνδυνος νοσήσεως σε μια εξελισσόμενη λοιμώδη επιδημία
- Ο κίνδυνος τροχαίου ατυχήματος
- Οι κάθε φύσεως κίνδυνοι στον εργασιακό ή άλλους χώρους.

B. Πληθυσμιακά.

- Η επικείμενη ρύπανση του φυσικού περιβάλλοντος (εδάφους, νερού, αέρα) μιας περιοχής, π.χ. από κάποια βιομηχανία
- Οι συνέπειες ενός σεισμού
- Ο κίνδυνος πρόκλησης μιας λοιμώδους επιδημίας π.χ. από κάποιο είδος διατροφής και οι συνέπειες της
- Ο κίνδυνος χρήσης ναρκωτικών και άλλων βλαπτικών ουσιών, κυρίως από νέους σε χώρους ψυχαγωγίας κ.ά.
- Ο κίνδυνος εμφάνισης κοινωνικών νοσημάτων, όπως π.χ. τα λοιμώδη νοσήματα, Σ.Μ.Ν., ψυχικά (πανικός), βαριές αναπηρίες, αλκοολισμός.

Ε. Στόχος του συμβουλευτικού χαρακτήρα του νοσηλευτικού έργου.

Λαμβάνοντας υπόψη ότι ο άνθρωπος είναι μια σωματική – οργανική, ψυχική, διανοητικά, ηθική και κοινωνική ενότητα και ότι η μεταξύ των επί μέρους λειτουργιών ισορροπία είναι η υγεία, ενώ η διαταραχή αυτών είναι η νόσος, τότε σκοπός του συμβουλευτικού νοσηλευτικού ρόλου είναι:

A. Συντήρηση της υγείας: δηλαδή η εφαρμογή των μέσων και μέτρων που υποδεικνύονται από την Πολιτεία για την Υγεία.

B. Βελτίωση της υγείας: δηλαδή η καλυτέρευση των συνθηκών διαβίωσης, διατροφής, εργασίας κ.ά.

Γ. Αύξηση της υγείας: δηλαδή η αύξηση της αντιστάσεως του ανθρώπου σε βαθμό τέτοιο, ώστε να υπερτερεί έναντι των αρνητικών περιβαλλοντικών παραγόντων.

Η επίτευξη αυτών των στόχων συνεπάγεται:

1. Την πρόληψη και προφύλαξη από τις αρρώστιες. Άρα τη μείωση της νοσηρότητας.
2. Την αποφυγή του πρόωρου και γενικότερα την απομάκρυνση του θανάτου. Άρα τη μείωση της θνησιμότητας.
3. Την παράταση της ζωής του ανθρώπου. Άρα την αύξηση του μέσου όρου ζωής του.
4. Τη διεύρυνση των παραγωγικών ηλικιών, από 20-50 χρόνων που ήταν παλαιότερα σε 17-65 χρόνων και άνω.
5. Την παράταση της ζωής του ανθρώπου μέχρι τα βαθειά γεράματα με παράλληλη εξασφάλιση καλύτερης ζωής στον υπερήλικα.
6. Η αλλαγή θέσεως των νοσημάτων στην πληθυσμοπαθολογική κλίμακα, στην κορυφή της οποίας παλαιότερα βρίσκονταν τα λοιμώδη νοσήματα, ενώ σήμερα άλλαξε η σειρά και έτσι έχουμε στην κορυφή τα ατυχήματα, τα καρδιαγγειακά νοσήματα και τα κακοήθη νεοπλασμάτα, ενώ χαμηλά βρίσκονται τα λοιμώδη νοσήματα.

Z. Επίλογος.

Ανταπόκριση της Νοσηλευτικής στην ανοικτή πρόκληση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας που είναι «ΥΓΕΙΑ ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ ΤΟ 2000», αποτελεί η Κοινωνική Νοσηλευτική με τον συμβουλευτικό της χαρακτήρα.

Εκμεταλλεύεται θετικά την τάση των ανθρώπων να ενδιαφέρονται για τη διασφάλιση της ατομικής – προσωπικής Υγείας, προσφέροντας σωστές και πλήρεις γνώσεις και δημιουργεί υγιεινολογική συνείδηση και νέα συμπεριφορά. Με τον τρόπο αυτό συμμετέχει ενεργά και το άτομο στη διατήρηση, τη βελτίωση και την αύξηση της υγείας.

Ιδιαίτερα στο σχολικό περιβάλλον έχει σκοπό να συμβάλλει πραγματικά μέσα από την ενεργητική και βιωματική μάθηση στην αλλαγή στάσης και συμπεριφοράς των νέων, με στόχο την ενίσχυση της υπευθυνότητας, της αυτοπεποίθησης, της προσωπικότητας και της ικανότητας του μαθητή για την υιοθέτηση θετικών τρόπων και στάσεων ζωής.

Για το λόγο αυτό δεν αρκεί μόνο μια απλή ενημέρωση, αλλά συνεργασία επιστημόνων υγείας (ιατρών, κοινοτικού Νοσηλευτή, ψυχολόγων, κλπ.) και εκπαιδευτικών ώστε με την εφαρμογή καινοτόμων διδακτικών μεθόδων να ενθαρρύνεται η συμμετοχή των μαθητών και να ενισχύεται η ανάπτυξη κάποιων ικανοτήτων όπως η λήψη αποφάσεων για την υγεία τους, η εξαγωγή συμπερασμάτων και η αξιολόγηση των συνεπειών.

Τέλος, τονίζεται ότι η Υγιεινή συμπεριφορά του ατόμου είναι ίσως η μόνη πράξη του ανθρώπου που φαινομενικά γίνεται για τους άλλους (κοινωνική συμπεριφορά) αλλά το αποτέλεσμα αυτής ξαναγυρνά στο ίδιο το άτομο. Είναι αντανάκλαση κάθετη σε επίπεδο κάτοπτρο. Το επίπεδο κάτοπτρο είναι ο πληθυσμός, πηγή των ακτινών (πράξεων) είναι το άτομο και αντανακλώμενες ακτίνες είναι οι πράξεις. Ή πιο απλά:

Φροντίζω για την υγεία του συνανθρώπου ή των συνανθρώπων μου για να διατηρήσω, να βελτιώσω και να αυξήσω τη δική μου υγεία.

Β' ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ

ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.

Όταν απουσιάζει η κατάλληλη πληροφόρηση σε θέματα σεξουαλικότητας, μπορεί οι σεξουαλικές πράξεις των νέων να έχουν μεγάλη επίδραση στη ποιότητα ζωής τους. Θετικό είναι το γεγονός ότι όλο και περισσότεροι νέοι ζητούν μεγαλύτερη πληροφόρηση σχετικά με θέματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης.

Παρακάτω, παρουσιάζονται τα ευρήματα της έρευνας με την οποία επιχειρήθηκε η διερεύνηση των στάσεων και γνώσεων των νέων σχετικά με τον έλεγχο των γεννήσεων και των Σ.Μ.Ν.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε σπουδαστές του ΑΤΕΙ και ΑΕΙ Ηρακλείου και Ρεθύμνου Κρήτης. Οι σπουδαστές ενημερώθηκαν για τους σκοπούς της έρευνας, για το απόρρητο των στοιχείων και για τον τρόπο συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, τους εξηγήθηκε ότι η συμμετοχή στην έρευνα είναι εθελοντική και τους ζητήθηκε να δηλώσουν αν επιθυμούν να λάβουν μέρος στην έρευνα.

Στο σχηματισμό του ερωτηματολογίου περιελήφθησαν ερωτήσεις σχετικά με ορισμένα δημογραφικά στοιχεία του κάθε ερωτώμενου και ερωτήσεις που αφορούν θέματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης. Οι ερωτήσεις που τέθηκαν στο ερωτηματολόγιο ήταν κλειστές, στις οποίες οι ερωτώμενοι κλήθηκαν να απαντήσουν με προκαθορισμένο τρόπο.

Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από τους σπουδαστές στο χώρο των σχολών τους, αφού πρώτα τους δόθηκαν οι αναγκαίες οδηγίες για τη σωστή συμπλήρωσή τους. Συνολικά συμπληρώθηκαν και επιστράφηκαν 400 ερωτηματολόγια, από τα οποία 200 συμπλήρωσαν άνδρες και 200 γυναίκες. Αυτό πραγματοποιήθηκε σύμφωνα με αρχικό στόχο ώστε να είναι ισάριθμο το δείγμα.

Με το τέλος της συλλογής των ερωτηματολογίων, οι κλειστές απαντήσεις των ερωτηματολογίων κωδικοποιήθηκαν και επακολούθησε η στατιστική επεξεργασία τους.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΦΥΛΟ : ΘΗΛΥ ΑΡΡΕΝ

ΗΛΙΚΙΑ :

ΣΧΟΛΗ :

ΕΤΟΣ ΣΠΟΥΔΩΝ :

(1.) Οι σεξουαλικές σχέσεις πρέπει να αρχίζουν στην ηλικία των :

A. 15-18 ετών B. 19-23 ετών Γ. 24-30 ετών

(2.) Σε ποια ηλικία πιστεύεις θα πρέπει να ενημερώνεται ένα κορίτσι / αγόρι ;

A. 12-15 ετών B. 15-18 ετών Γ. 19-23 ετών

(3.) Νομίζετε ότι είστε αρκετά ενημερωμένοι σε θέματα σχετικά με τη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση ;

A. Ναι B. Όχι

(4.) Οι σεξουαλικές σχέσεις μπορεί να αρχίσουν :

A. πριν από το γάμο για τον άνδρα και τη γυναίκα

B. μετά το γάμο για τον άνδρα και τη γυναίκα

Γ. πριν το γάμο για τον άνδρα

Δ. πριν το γάμο για τη γυναίκα

E. μετά το γάμο για τον άνδρα

Στ. μετά το γάμο για τη γυναίκα

(5.) Η πιο κατάλληλη περίοδος για την τεκνοποίηση στη γυναίκα είναι :

A. από 15-20 ετών

B. από 20-25 ετών

Γ. από 26-36 ετών

Δ. από 36-46 ετών

(6.) Ποια η μέθοδος αντισύλληψης είναι ασφαλέστερη για έλεγχο γεννήσεων και για πρόληψη Σ.Μ.Ν. ;

A. το διάφραγμα

B. η μέτρηση των γόνιμων ημερών του κύκλου της γυναίκας

Γ. το προφυλακτικό

Δ. το χάπι

**(7.) Έχεις συζητήσει το θέμα της αντισύλληψης με τη / το σύντροφο
σας, αν έχετε σεξουαλική σχέση ;**

- A. Ναι .
- B. Όχι .
- Γ. Δεν έχω σεξουαλική σχέση.
- Δ. Δεν απαντώ.

(8.) Τα Σ.Μ.Ν. δημιουργούν μόνιμες βλάβες ;

- A. Πάντοτε.
- B. Ποτέ.
- Γ. Αν δεν θεραπευτούν εγκαίρως.
- Δ. Όταν τα συμπτώματα είναι εμφανή.

(9.) Τα κυριότερα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα είναι :

- A. Το AIDS και η παρωτίτιδα .
- B. Η σύφιλη και η γονόρροια .
- Γ. Η στειρότητα και η σύφιλη .
- Δ. Άλλα ;

**(10.) Όταν κάνεις παρέα με ένα φορέα του ιού HIV, θα μολυνθείς
οπωσδήποτε ή όχι ;**

- A. Ναι
- B. Όχι
- Γ. Δεν ξέρω

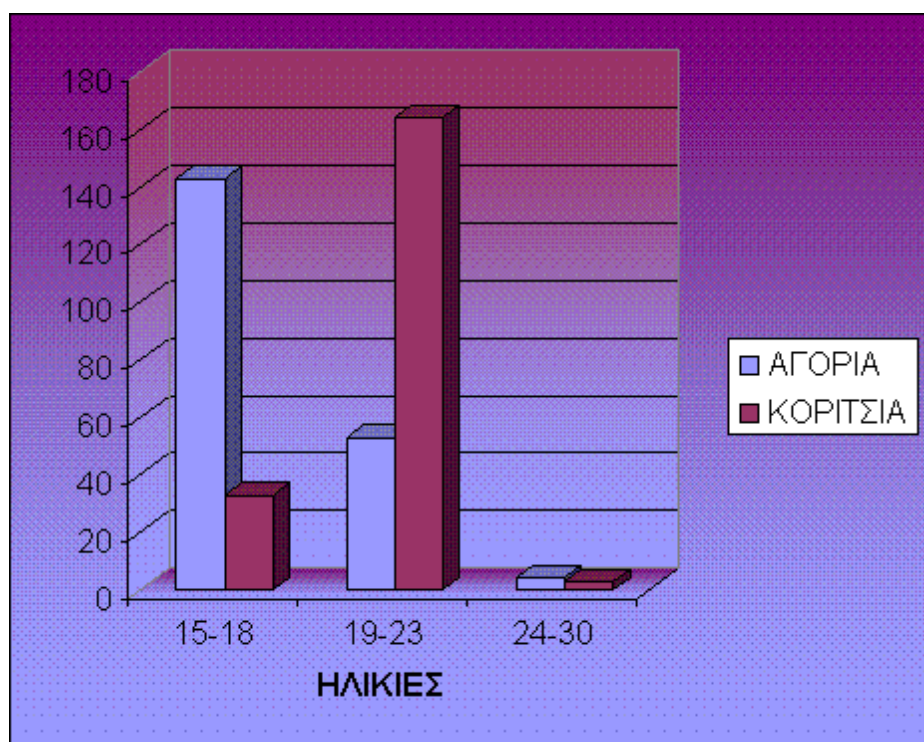
**(11.) Ποια άτομα κινδυνεύουν περισσότερο να μολυνθούν από
HIV ή άλλο Σ.Μ.Ν. ;**

- A. Οι ομοφυλόφιλοι.
- B. Οι ναρκομανείς.
- Γ. Οι γυναίκες.
- Δ. Ο καθένας.

Ερώτηση 1

Οι σεξουαλικές σχέσεις πρέπει να αρχίζουν στην ηλικία των:

ΗΛΙΚΙΕΣ	ΑΓΟΡΙΑ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ
15-18	143	33
19-23	53	164
24-30	4	3
ΣΥΝΟΛΟ	200	200



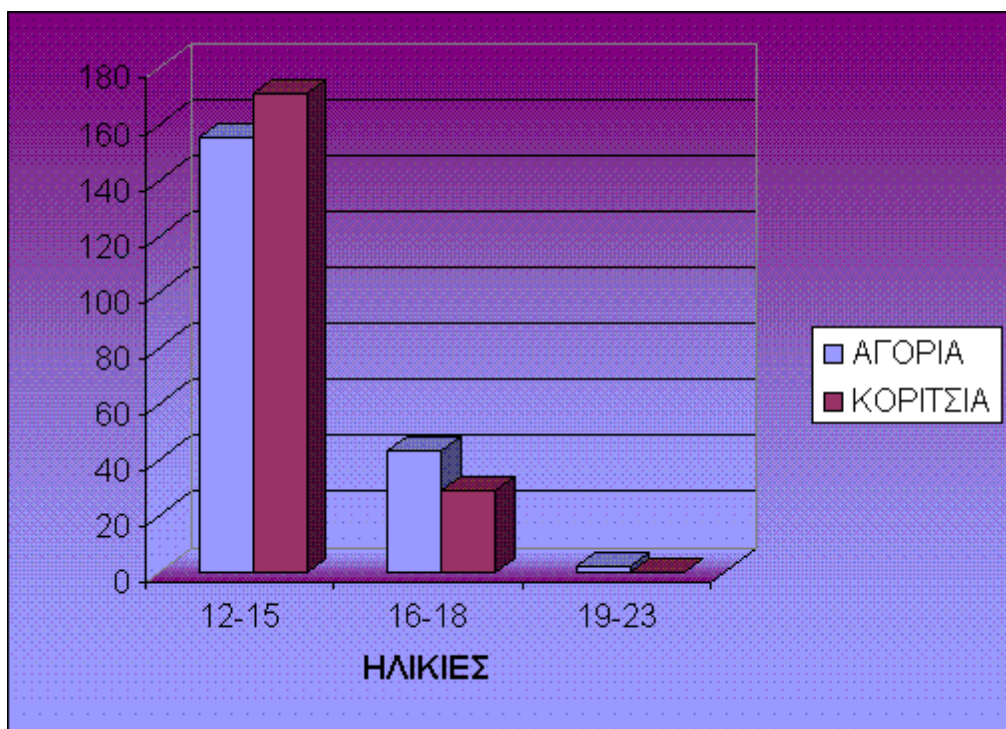
Με βάση το παραπάνω ραβδόγραμμα, σε δείγμα 400 ατόμων (200 αγόρια & 200 κορίτσια), 143 αγόρια και 33 κορίτσια απάντησαν ότι οι σεξουαλικές σχέσεις πρέπει ν' αρχίζουν στην ηλικία των 15-18 ετών, 53 αγόρια και 164 κορίτσια απάντησαν ότι πρέπει ν' αρχίζουν στην ηλικία των 19-23 ετών, ενώ 4 αγόρια και 3 κορίτσια απάντησαν ότι οι σεξουαλικές σχέσεις πρέπει ν' αρχίζουν στην ηλικία των 24-30 ετών.

Παρατηρούμε ότι τα κορίτσια είναι πιο συντηρητικά από τα αγόρια στην ηλικία έναρξης της σεξουαλικής ζωής αλλά συμφωνούν στο ότι πρέπει να έχουν σεξουαλική εμπειρία μέχρι την ηλικία των 24 ετών.

ΕΡΩΤΗΣΗ 2

Σε ποια ηλικία πιστεύεις θα πρέπει να ενημερώνεται ένα κορίτσι /αγόρι;

ΗΛΙΚΙΕΣ	ΑΓΟΡΙΑ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ
12-15	155	171
16-18	43	29
19-23	2	0
ΣΥΝΟΛΟ	200	200



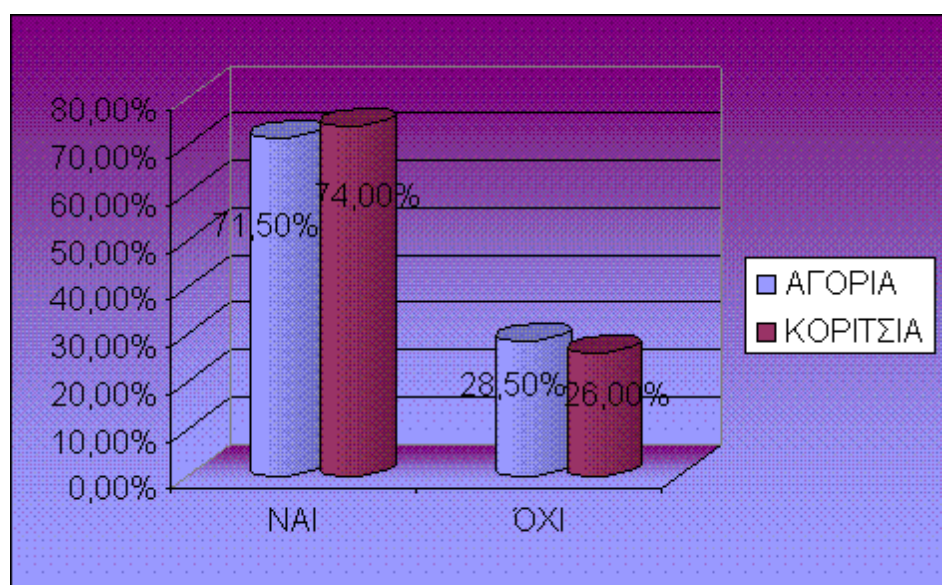
Με βάση το παραπάνω ραβδόγραμμα, σε δείγμα ατόμων 400 ατόμων, (200 αγόρια & 200 κορίτσια), 155 αγόρια και 171 κορίτσια απάντησαν ότι ένα κορίτσι / αγόρι θα πρέπει να ενημερώνεται για τις σεξουαλικές σχέσεις στην ηλικία των 12-15 ετών, 43 αγόρια και 29 κορίτσια απάντησαν ότι πρέπει να ενημερώνονται στην ηλικία των 16-18 ετών, ενώ 2 αγόρια και κανένα κορίτσι απάντησαν ότι πρέπει να ενημερώνονται στην ηλικία των 19-23 ετών.

Εδώ υπάρχει μια αντιφατική άποψη σε σχέση με την προηγούμενη ερώτηση. Ενώ, τ' αγόρια νομίζουν ότι πρέπει να αρχίζει πιο νωρίς η σεξουαλική ζωή (σε σχέση με τα κορίτσια – 1^η ερώτηση), σ' αυτή την ερώτηση βλέπουμε ότι για την αναγκαιότητα της έγκαιρης ενημέρωσης για τις σεξουαλικές σχέσεις, υπερτερεί η γνώμη των κοριτσιών.

ΕΡΩΤΗΣΗ 3η

Νομίζετε ότι είστε αρκετά ενημερωμένοι σε θέματα σχετικά με τη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση;

ΦΥΛΟ	ΑΓΟΡΙΑ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ	ΑΓΟΡΙΑ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ
ΝΑΙ	143	148	71,50%	74,00%
ΟΧΙ	57	52	28,50%	26,00%
ΣΥΝΟΛΟ	200	200	100,00%	100,00%

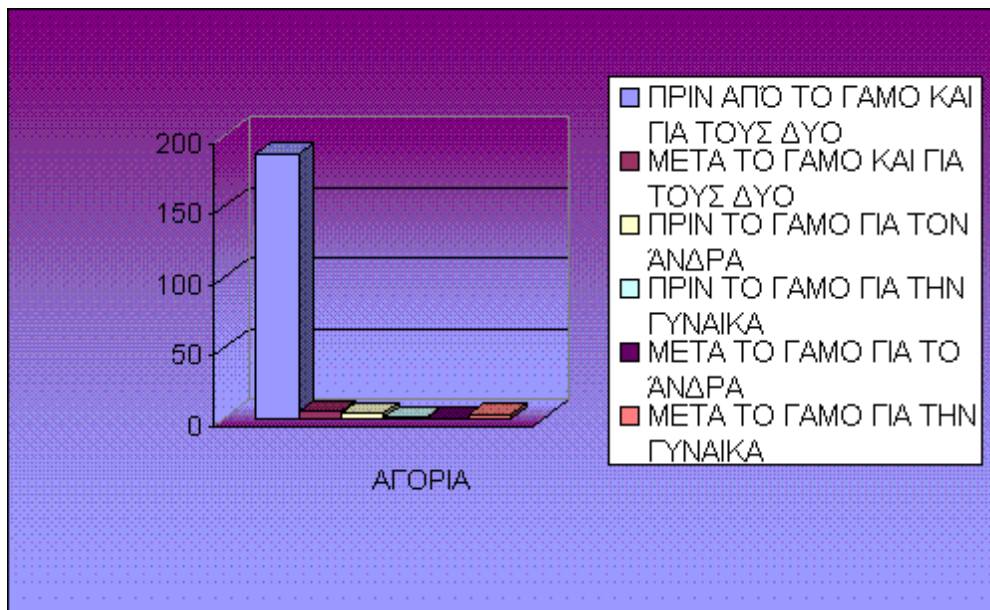


Με βάση το παραπάνω ραβδόγραμμα, σε δείγμα 400 ατόμων, (200 αγόρια & 200 κορίτσια), 143 αγόρια, σε ποσοστό 71,50%, και 148 κορίτσια, σε ποσοστό 74,00%, απάντησαν ότι είναι αρκετά ενημερωμένοι σε θέματα σχετικά με τη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση, ενώ 57 αγόρια, σε ποσοστό 28,50%, και 52 κορίτσια, σε ποσοστό 26,00%, απάντησαν ότι δεν είναι αρκετά ενημερωμένοι σε θέματα σχετικά με τη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση.

ΕΡΩΤΗΣΗ 4

Οι σεξουαλικές σχέσεις μπορεί να αρχίσουν:

ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ	ΑΓΟΡΙΑ
ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΟ ΓΑΜΟ ΚΑΙ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΔΥΟ	187
ΜΕΤΑ ΤΟ ΓΑΜΟ ΚΑΙ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΔΥΟ	5
ΠΡΙΝ ΤΟ ΓΑΜΟ ΓΙΑ ΤΟΝ ΆΝΔΡΑ	4
ΠΡΙΝ ΤΟ ΓΑΜΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΓΥΝΑΙΚΑ	1
ΜΕΤΑ ΤΟ ΓΑΜΟ ΓΙΑ ΤΟ ΆΝΔΡΑ	0
ΜΕΤΑ ΤΟ ΓΑΜΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΓΥΝΑΙΚΑ	3
ΣΥΝΟΛΟ	200

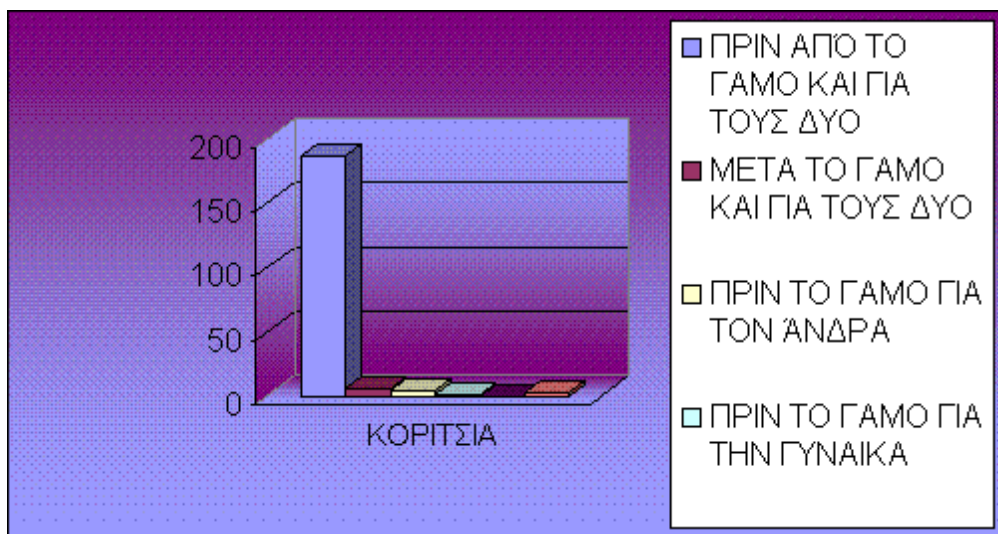


Με βάση το παραπάνω ραβδόγραμμα, σε δείγμα 200 αγοριών, 187 αγόρια απάντησαν ότι οι σεξουαλικές σχέσεις μπορεί να αρχίσουν πριν από το γάμο για τον άνδρα και τη γυναίκα, 5 αγόρια απάντησαν ότι μπορεί να αρχίσουν μετά το γάμο για τον άνδρα και τη γυναίκα, 4 αγόρια απάντησαν ότι μπορεί να αρχίσουν πριν το γάμο για τον άνδρα, 1 αγόρι απάντησε ότι μπορεί να αρχίσουν πριν το γάμο για τη γυναίκα, κανένα αγόρι απάντησε ότι μπορεί να αρχίσουν μετά το γάμο για τον άνδρα και 3 αγόρια απάντησαν ότι οι σεξουαλικές σχέσεις μπορεί να αρχίσουν μετά το γάμο για τη γυναίκα.

ΕΡΩΤΗΣΗ 4

Οι σεξουαλικές σχέσεις μπορεί να αρχίσουν:

ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ
ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΟ ΓΑΜΟ ΚΑΙ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΔΥΟ	187
ΜΕΤΑ ΤΟ ΓΑΜΟ ΚΑΙ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΔΥΟ	5
ΠΡΙΝ ΤΟ ΓΑΜΟ ΓΙΑ ΤΟΝ ΆΝΔΡΑ	4
ΠΡΙΝ ΤΟ ΓΑΜΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΓΥΝΑΙΚΑ	1
ΜΕΤΑ ΤΟ ΓΑΜΟ ΓΙΑ ΤΟ ΆΝΔΡΑ	0
ΜΕΤΑ ΤΟ ΓΑΜΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΓΥΝΑΙΚΑ	3
ΣΥΝΟΛΟ	200



Με βάση το παραπάνω ραβδόγραμμα, σε δείγμα 200 κοριτσιών, 187 κορίτσια απάντησαν ότι οι σεξουαλικές σχέσεις μπορεί να αρχίσουν πριν από το γάμο για τον άνδρα και τη γυναίκα, 5 κορίτσια απάντησαν ότι μπορεί να αρχίσουν μετά το γάμο για τον άνδρα και τη γυναίκα, 4 κορίτσια απάντησαν ότι μπορεί να αρχίσουν πριν το γάμο για τον άνδρα, 1 κορίτσι απάντησε ότι μπορεί να αρχίσουν πριν το γάμο για τη γυναίκα, κανένα κορίτσι απάντησε ότι μπορεί να αρχίσουν μετά το γάμο για τον άνδρα και 3 κορίτσια απάντησαν ότι οι σεξουαλικές σχέσεις μπορεί να αρχίσουν μετά το γάμο για τη γυναίκα.

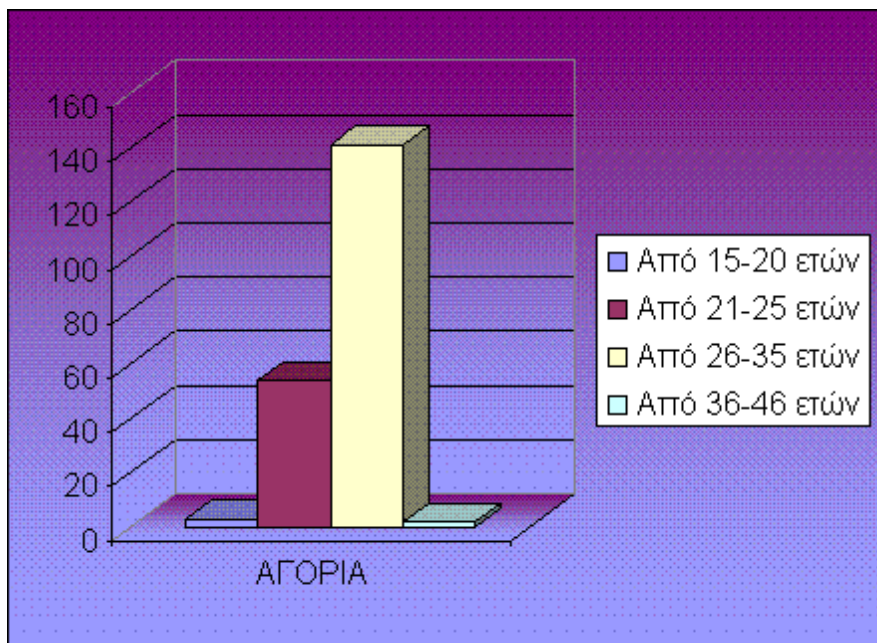
Γενικό σχόλιο.

Υπάρχει σύγκλιση κοριτσιών και αγοριών στην άποψη ότι οι σεξουαλικές σχέσεις μπορεί ν' αρχίζουν πριν το γάμο και για τον άνδρα και για τη γυναίκα.

ΕΡΩΤΗΣΗ 5

Η πιο κατάλληλη περίοδος για την τεκνοποίηση στη γυναίκα είναι:

ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ	ΑΓΟΡΙΑ
Από 15-20 ετών	3
Από 21-25 ετών	54
Από 26-35 ετών	141
Από 36-46 ετών	2
ΣΥΝΟΛΟ	200

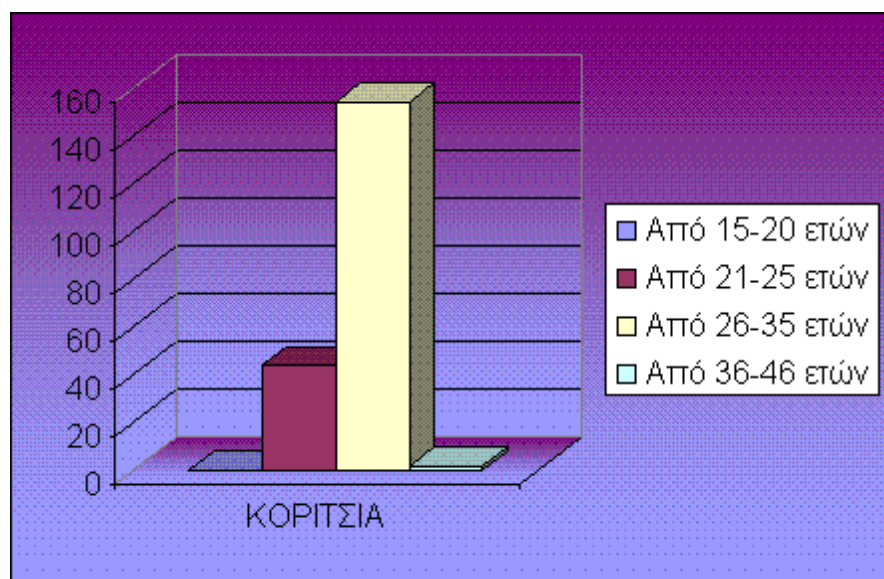


Με βάση το παραπάνω ραβδόγραμμα, σε δείγμα 200 αγοριών, 3 αγόρια απάντησαν ότι η πιο κατάλληλη περίοδος για την τεκνοποίηση στη γυναίκα είναι η ηλικία των 15-20 ετών, 54 αγόρια απάντησαν ότι η πιο κατάλληλη περίοδος είναι η ηλικία των 21-25 ετών, 141 αγόρια απάντησαν ότι η πιο κατάλληλη περίοδος είναι η ηλικία των 26-35 ετών, ενώ 2 αγόρια απάντησαν ότι η πιο κατάλληλη περίοδος για την τεκνοποίηση στη γυναίκα είναι η ηλικία των 36-46 ετών.

ΕΡΩΤΗΣΗ 5

Η πιο κατάλληλη περίοδος για την τεκνοποίηση στη γυναίκα είναι:

ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ
Από 15-20 ετών	0
Από 21-25 ετών	44
Από 26-35 ετών	154
Από 36-46 ετών	2
ΣΥΝΟΛΟ	200



Με βάση το παραπάνω ραβδόγραμμα, σε δείγμα 200 κοριτσιών, 44 κορίτσια απάντησαν ότι η πιο κατάλληλη περίοδος για την τεκνοποίηση στη γυναίκα είναι η ηλικία των 21-25 ετών, 154 κορίτσια απάντησαν ότι η πιο κατάλληλη περίοδος είναι η ηλικία των 26-35 ετών, ενώ 2 κορίτσια απάντησαν ότι η πιο κατάλληλη περίοδος για την τεκνοποίηση στη γυναίκα είναι η ηλικία των 36-46 ετών.

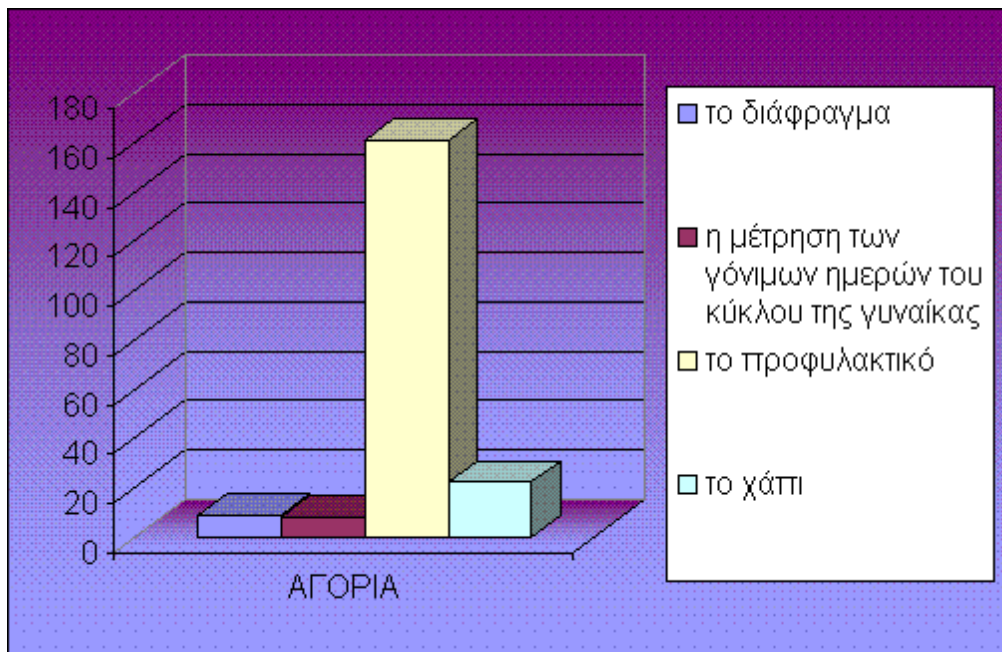
Γενικό σχόλιο.

Κι εδώ υπάρχει συμφωνία, μεταξύ αγοριών και κοριτσιών, ότι η κατάλληλη περίοδος για την τεκνοποίηση στη γυναίκα είναι η ηλικία των 26-35 ετών.

ΕΡΩΤΗΣΗ 6

Ποια η μέθοδος αντισύλληψης είναι ασφαλέστερη για έλεγχο γεννήσεων και για πρόληψη Σ. Μ. Ν.

	ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ	ΑΓΟΡΙΑ
A	το διάφραγμα	9
B	η μέτρηση των γόνιμων ημερών του κύκλου της γυναίκας	8
Γ	το προφυλακτικό	161
Δ	το χάπι	22
	ΣΥΝΟΛΟ	200

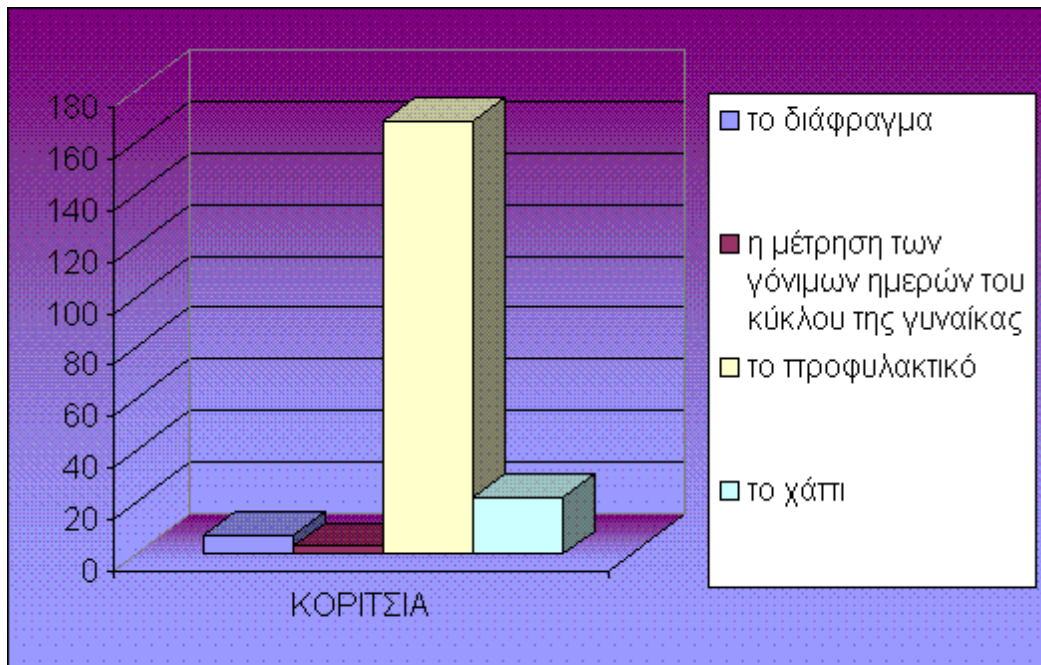


Με βάση το παραπάνω ραβδόγραμμα, σε δείγμα 200 αγοριών, 9 αγόρια απάντησαν ότι η ασφαλέστερη μέθοδος αντισύλληψης για έλεγχο γεννήσεων και για πρόληψη Σ.Μ.Ν. είναι το διάφραγμα, 8 αγόρια απάντησαν ότι η ασφαλέστερη μέθοδος αντισύλληψης είναι η μέτρηση των γόνιμων ημερών του κύκλου της γυναίκας, 161 αγόρια απάντησαν ότι η ασφαλέστερη μέθοδος αντισύλληψης είναι το προφυλακτικό, ενώ 22 αγόρια απάντησαν ότι η ασφαλέστερη μέθοδος αντισύλληψης για έλεγχο γεννήσεων και για πρόληψη Σ.Μ.Ν. είναι το χάπι.

ΕΡΩΤΗΣΗ 6

Ποια η μέθοδος αντισύλληψης είναι ασφαλέστερη για έλεγχο γεννήσεων και για πρόληψη Σ. Μ. Ν.

	ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ
A	το διάφραγμα	7
B	η μέτρηση των γόνιμων ημερών του κύκλου της γυναίκας	3
Γ	το προφυλακτικό	168
Δ	το χάπι	22
	ΣΥΝΟΛΟ	200



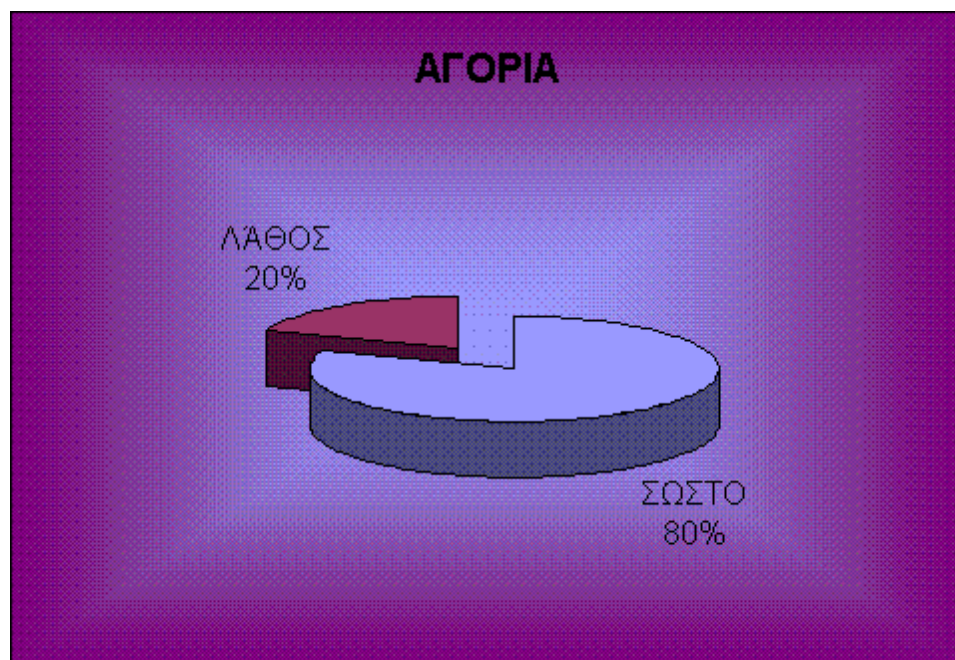
Με βάση το παραπάνω ραβδόγραμμα, σε δείγμα 200 κοριτσιών, 7 κορίτσια απάντησαν ότι η ασφαλέστερη μέθοδος αντισύλληψης για έλεγχο γεννήσεων και για πρόληψη Σ.Μ.Ν. είναι το διάφραγμα, 3 κορίτσια απάντησαν ότι η ασφαλέστερη μέθοδος αντισύλληψης είναι η μέτρηση των γόνιμων ημερών του κύκλου της γυναίκας, 168 κορίτσια απάντησαν ότι η ασφαλέστερη μέθοδος αντισύλληψης είναι το προφυλακτικό, ενώ 22 κορίτσια απάντησαν ότι η ασφαλέστερη μέθοδος αντισύλληψης για έλεγχο γεννήσεων και για πρόληψη Σ.Μ.Ν. είναι το χάπι.

ΕΡΩΤΗΣΗ 6

Ποια η μέθοδος αντισύλληψης είναι ασφαλέστερη για έλεγχο γεννήσεων και για πρόληψη Σ. Μ. Ν.

ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ	
A	το διάφραγμα
B	η μέτρηση των γόνιμων ημερών του κύκλου της γυναίκας
Γ	το προφυλακτικό
Δ	το χάπι

	ΑΓΟΡΙΑ	%
ΣΩΣΤΟ	161	80%
ΛΑΘΟΣ	39	20%
ΣΥΝΟΛΟ	200	100%



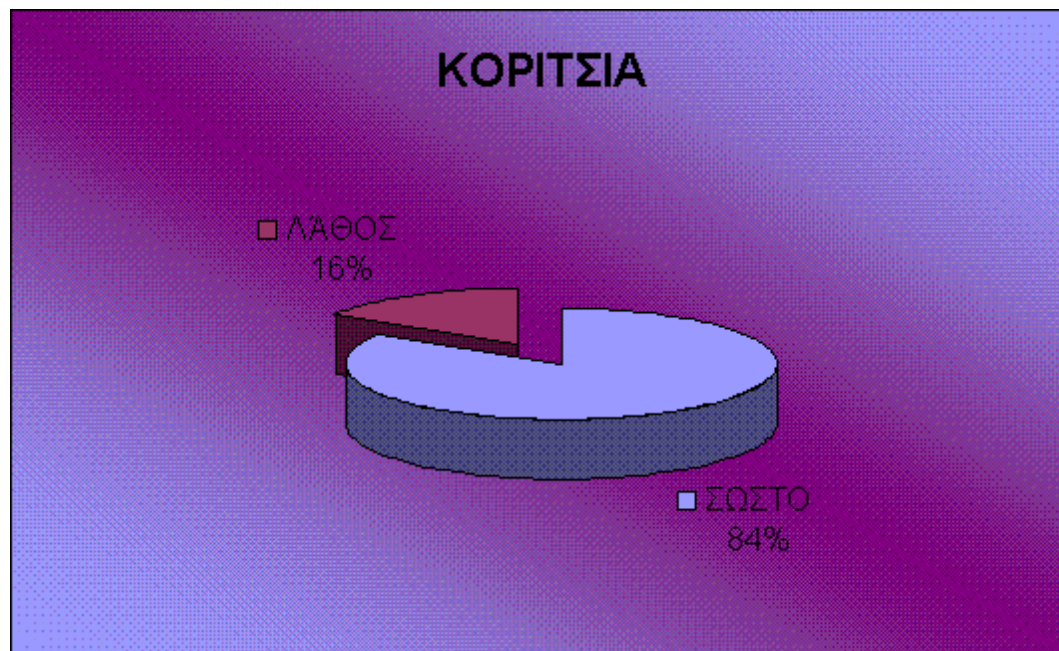
Το μεγαλύτερο ποσοστό των αγοριών, 80%, απάντησε σωστά. Δηλαδή ότι η ασφαλέστερη μέθοδος αντισύλληψης για έλεγχο γεννήσεων και πρόληψη Σ.Μ.Ν. είναι το **προφυλακτικό**.

ΕΡΩΤΗΣΗ 6

Ποια η μέθοδος αντισύλληψης είναι ασφαλέστερη για έλεγχο γεννήσεων και για πρόληψη Σ. Μ. Ν.

ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ	
Α	το διάφραγμα
Β	η μέτρηση των γόνιμων ημερών του κύκλου της γυναίκας
Γ	το προφυλακτικό
Δ	το χάπι

ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΚΟΡΙΤΣΙΑ		%
ΣΩΣΤΟ	168	84%
ΛΑΘΟΣ	32	16%
ΣΥΝΟΛΟ	200	100%



Το μεγαλύτερο ποσοστό των κοριτσιών, 84%, απάντησε σωστά. Δηλαδή ότι η ασφαλέστερη μέθοδος αντισύλληψης για έλεγχο γεννήσεων και πρόληψη Σ.Μ.Ν. είναι το **προφυλακτικό**.

ΕΡΩΤΗΣΗ 6

Ποια η μέθοδος αντισύλληψης είναι ασφαλέστερη για έλεγχο γεννήσεων και για πρόληψη Σ. Μ. Ν.

ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ	
Α	το διάφραγμα
Β	η μέτρηση των γόνιμων ημερών του κύκλου της γυναίκας
Γ	το προφυλακτικό
Δ	το χάπι

	ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ	
ΑΓΟΡΙΑ	161	39	
ΚΟΡΙΤΣΙΑ	168	32	
ΣΥΝΟΛΟ	329	71	
%	82%	18%	100%
ΕΠΙ ΤΟΥ ΣΥΝΟΛΟΥ			



Το μεγαλύτερο ποσοστό του συνολικού δείγματος των ερωτηθέντων, 82%, απάντησε σωστά στην παραπάνω ερώτηση. Δηλαδή ότι η ασφαλέστερη μέθοδος αντισύλληψης για έλεγχο γεννήσεων και πρόληψη Σ.Μ.Ν. είναι το **προφυλακτικό**.

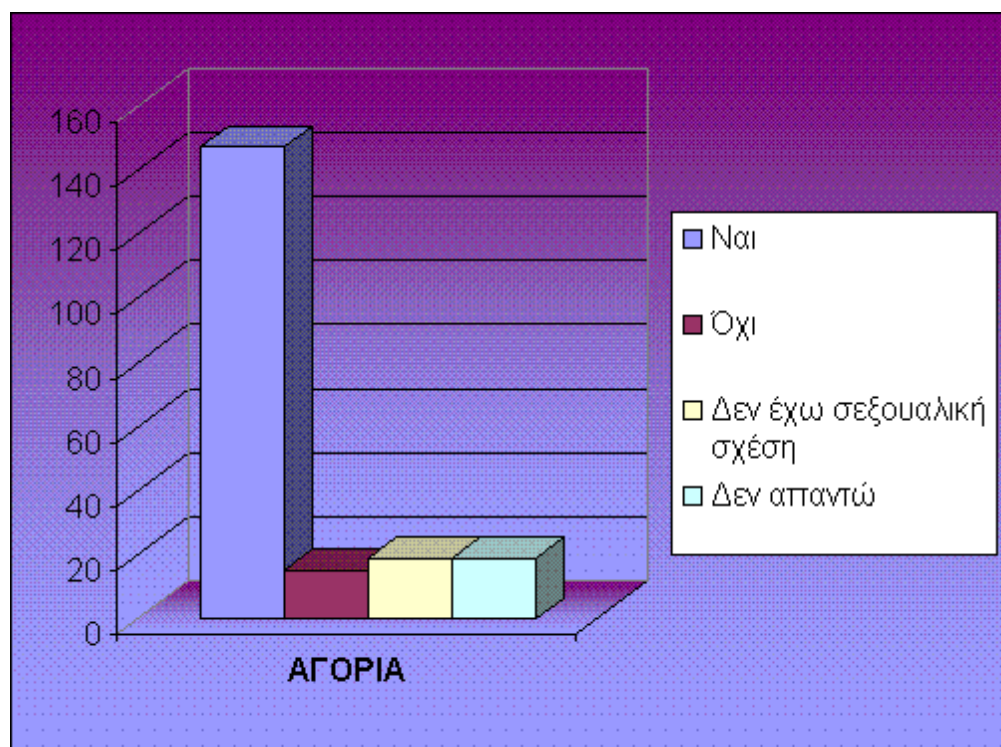
Γενικό σχόλιο.

Εδώ παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος έχει γνώση της ασφαλέστερης μεθόδου αντισύλληψης, για τον έλεγχο γεννήσεων και για πρόληψη Σ.Μ.Ν.

ΕΡΩΤΗΣΗ 7

Έχεις συζητήσει το θέμα της αντισύλληψης με τη / το σύντροφο σας, να έχετε σεξουαλική σχέση:

ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ	ΑΓΟΡΙΑ
Ναι	147
Όχι	15
Δεν έχω σεξουαλική σχέση	19
Δεν απαντώ	19
ΣΥΝΟΛΟ	200

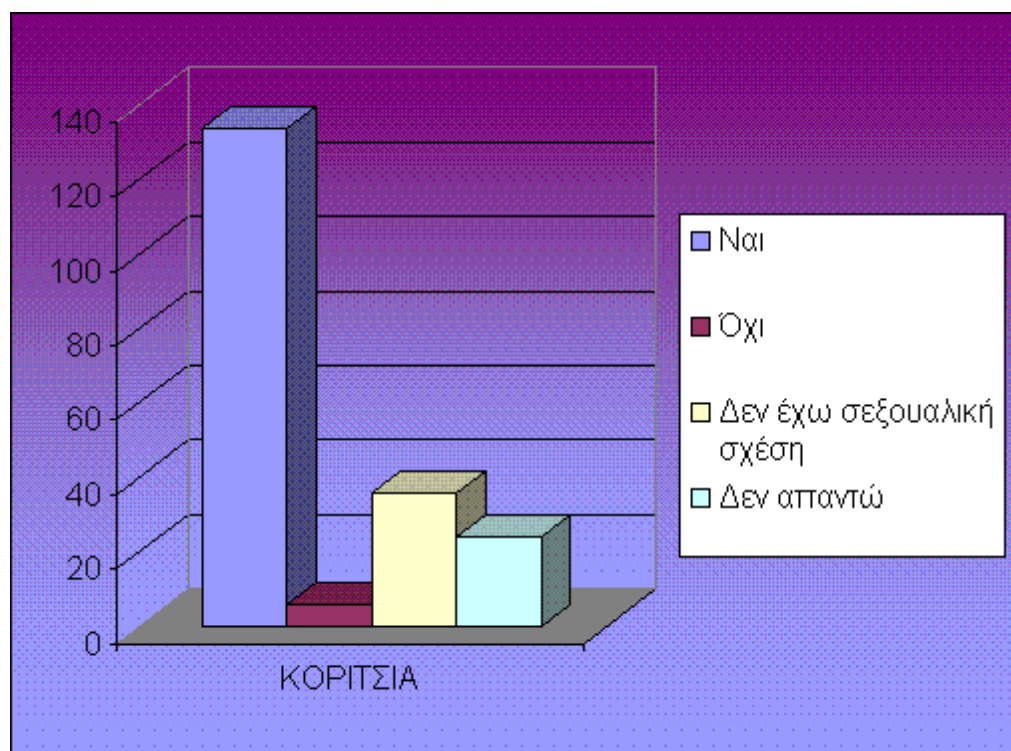


Με βάση το παραπάνω ραβδόγραμμα, σε δείγμα 200 αγοριών, 147 αγόρια απάντησαν ότι έχουν συζητήσει το θέμα της αντισύλληψης με τη σύντροφο τους, 15 αγόρια απάντησαν ότι δεν έχουν συζητήσει το θέμα της αντισύλληψης, 19 αγόρια απάντησαν ότι δεν έχουν σεξουαλική σχέση, ενώ 19 αγόρια δεν απάντησαν στην παραπάνω ερώτηση.

ΕΡΩΤΗΣΗ 7

Έχεις συζητήσει το θέμα της αντισύλληψης με τη / το σύντροφο σας, να έχετε σεξουαλική σχέση:

ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ
Ναι	134
Όχι	6
Δεν έχω σεξουαλική σχέση	36
Δεν απαντώ	24
ΣΥΝΟΛΟ	200

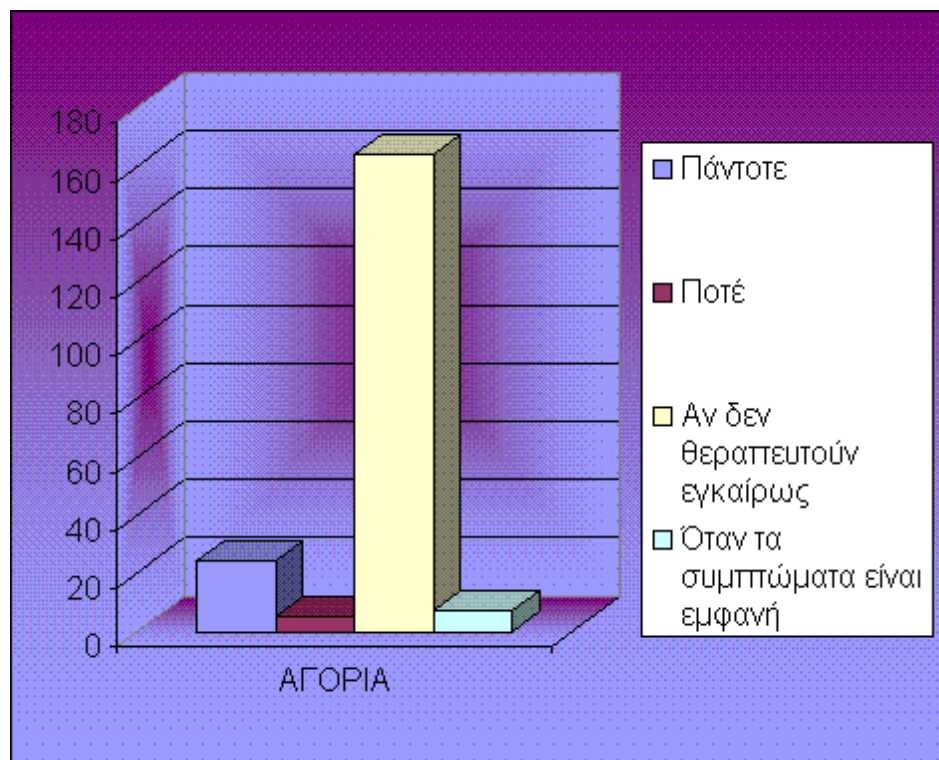


Με βάση το παραπάνω ραβδόγραμμα, σε δείγμα 200 κοριτσιών, 134 κορίτσια απάντησαν ότι έχουν συζητήσει το θέμα της αντισύλληψης με τη σύντροφο τους, 6 κορίτσια απάντησαν ότι δεν έχουν συζητήσει το θέμα της αντισύλληψης, 36 κορίτσια απάντησαν ότι δεν έχουν σεξουαλική σχέση, ενώ 24 κορίτσια δεν απάντησαν στην παραπάνω ερώτηση.

ΕΡΩΤΗΣΗ 8

Τα Σ. Μ. Ν. δημιουργούν μόνιμες βλάβες;

ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ	ΑΓΟΡΙΑ
Πάντοτε	24
Ποτέ	5
Αν δεν θεραπευτούν εγκαίρως	164
Όταν τα συμπτώματα είναι εμφανή	7
ΣΥΝΟΛΟ	200

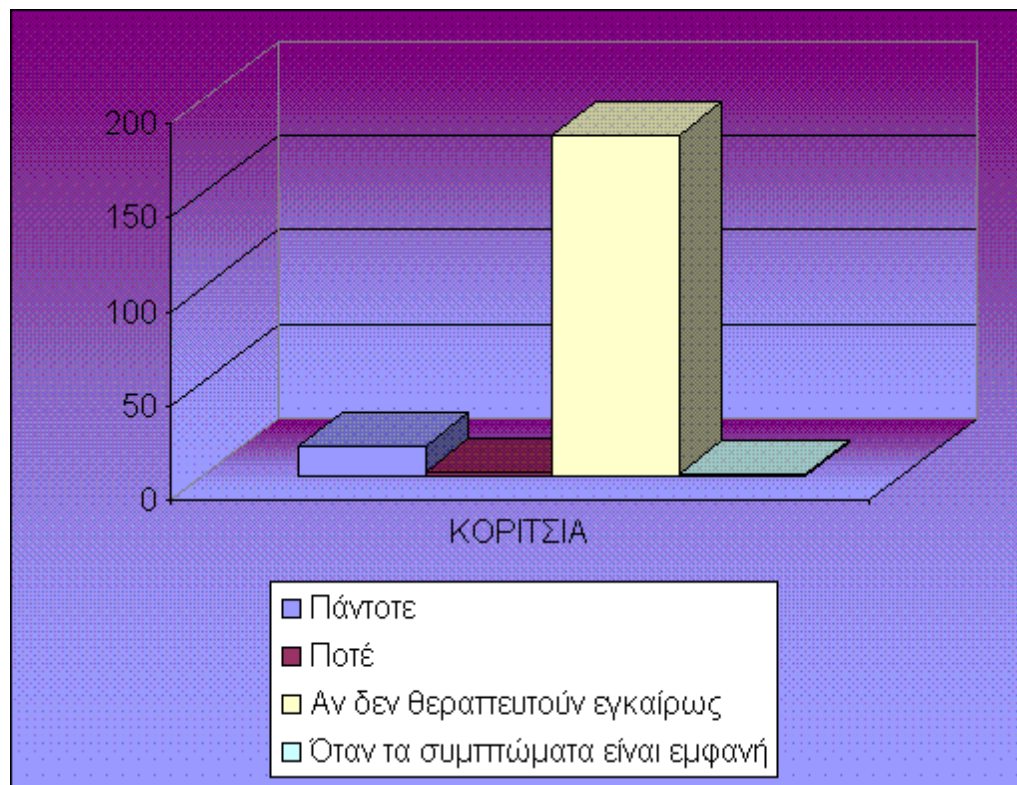


Με βάση το παραπάνω ραβδόγραμμα, σε δείγμα 200 αγοριών, 24 αγόρια απάντησαν ότι τα Σ.Μ.Ν. δημιουργούν πάντοτε μόνιμες βλάβες, 5 αγόρια απάντησαν ότι δεν δημιουργούν μόνιμες βλάβες, 164 αγόρια απάντησαν ότι αν δεν θεραπευτούν εγκαίρως δημιουργούν μόνιμες βλάβες και 7 αγόρια απάντησαν ότι τα Σ.Μ.Ν. δημιουργούν μόνιμες βλάβες, όταν τα συμπτώματα είναι εμφανή.

ΕΡΩΤΗΣΗ 8

Τα Σ. Μ. Ν. δημιουργούν μόνιμες βλάβες;

ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ
Πάντοτε	16
Ποτέ	2
Αν δεν θεραπευτούν εγκαίρως	181
Όταν τα συμπτώματα είναι εμφανή	1
ΣΥΝΟΛΟ	200



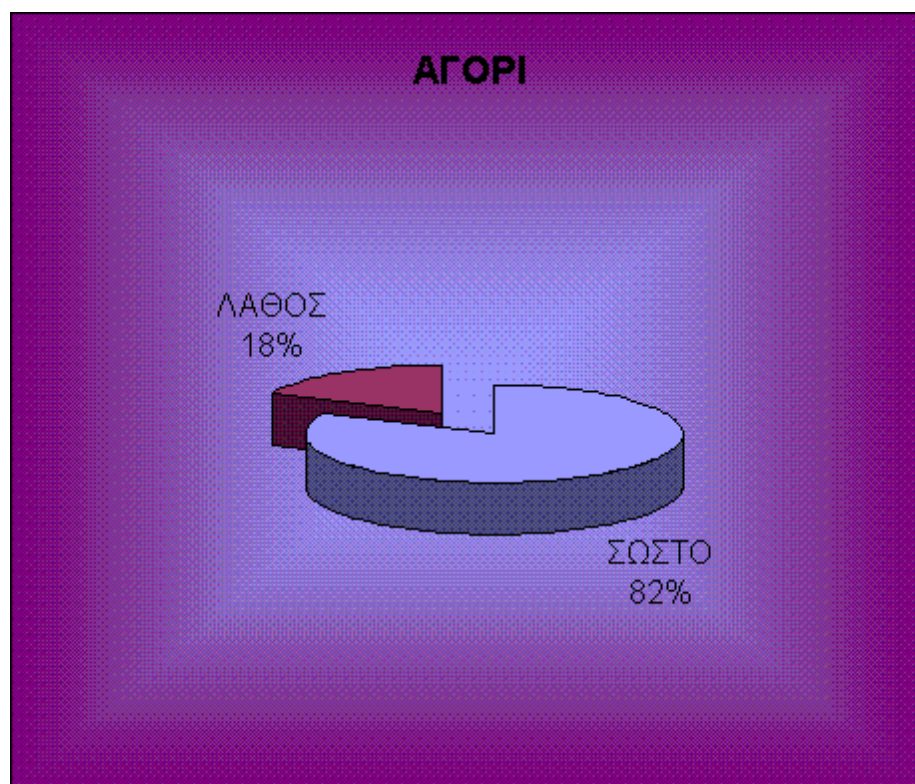
Με βάση το παραπάνω ραβδόγραμμα, σε δείγμα 200 κοριτσιών, 16 κορίτσια απάντησαν ότι τα Σ.Μ.Ν. δημιουργούν πάντοτε μόνιμες βλάβες, 2 κορίτσια απάντησαν ότι δεν δημιουργούν μόνιμες βλάβες, 181 κορίτσια απάντησαν ότι αν δεν θεραπευτούν εγκαίρως δημιουργούν μόνιμες βλάβες και 1 κορίτσι απάντησε ότι τα Σ.Μ.Ν. δημιουργούν μόνιμες βλάβες, όταν τα συμπτώματα είναι εμφανή.

ΕΡΩΤΗΣΗ 8

Τα Σ. Μ. Ν. δημιουργούν μόνιμες βλάβες;

ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ	ΑΓΟΡΙΑ
Πάντοτε	24
Ποτέ	5
Αν δεν θεραπευτούν εγκαίρως	164
Όταν τα συμπτώματα είναι εμφανή	7
ΣΥΝΟΛΟ	200

ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ	ΑΓΟΡΙΑ	%
ΣΩΣΤΟ	164	82%
ΛΑΘΟΣ	36	18%
ΣΥΝΟΛΟ	200	100%



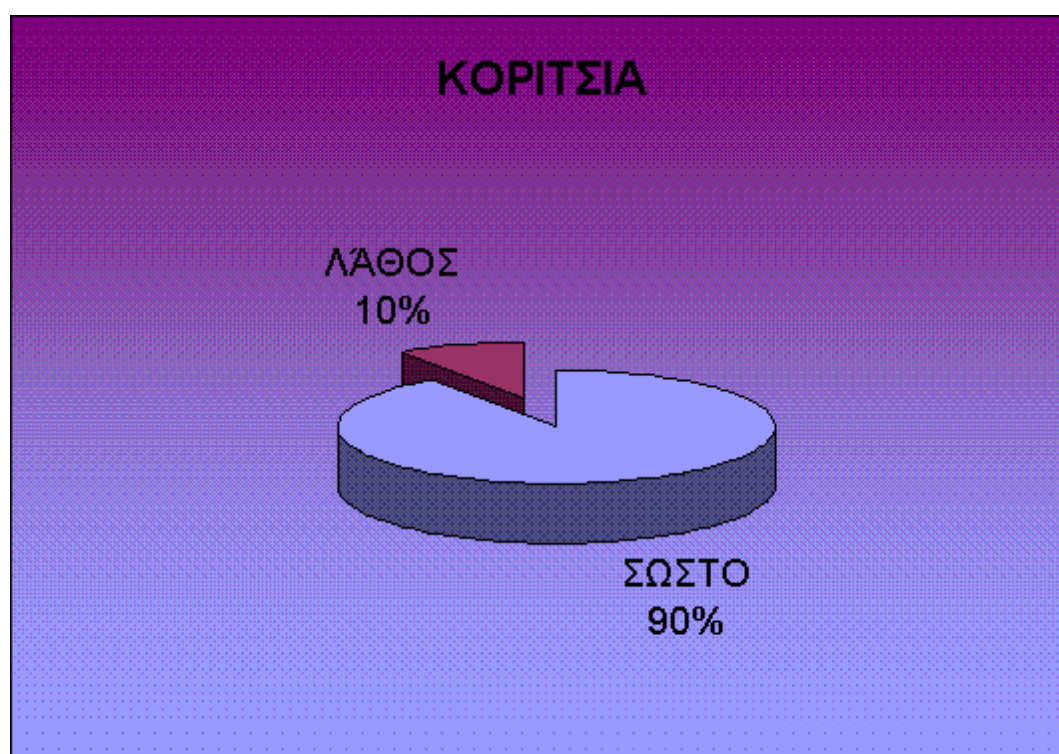
Το μεγαλύτερο ποσοστό των αγοριών, 82%, απάντησε σωστά στην παραπάνω ερώτηση. Δηλαδή ότι τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα **δημιουργούν μόνιμες βλάβες, αν δεν θεραπευτούν εγκαίρως.**

ΕΡΩΤΗΣΗ 8

Τα Σ. Μ. Ν. δημιουργούν μόνιμες βλάβες;

ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ
Πάντοτε	16
Ποτέ	2
Αν δεν θεραπευτούν εγκαίρως	181
Όταν τα συμπτώματα είναι εμφανή	1
ΣΥΝΟΛΟ	200

ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ	%
ΣΩΣΤΟ	181	90%
ΛΑΘΟΣ	19	10%
ΣΥΝΟΛΟ	200	100%



Το μεγαλύτερο ποσοστό των κοριτσιών, 90%, απάντησε σωστά στην παραπάνω ερώτηση. Δηλαδή ότι τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα δημιουργούν μόνιμες βλάβες, αν δεν θεραπευτούν εγκαίρως.

ΕΡΩΤΗΣΗ 8

Τα Σ. Μ. Ν. δημιουργούν μόνιμες βλάβες;

ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ
Πάντοτε
Ποτέ
Αν δεν θεραπευτούν εγκαίρως
Όταν τα συμπτώματα είναι εμφανή

ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ	ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ	ΣΥΝΟΛΟ
ΑΓΟΡΙΑ	164	36	200
ΚΟΡΙΤΣΙΑ	181	19	200
ΣΥΝΟΛΟ	345	55	400
ΕΠΙ ΤΙΣ % ΤΟΥ ΣΥΝΟΛΟΥ	86%	14%	100%

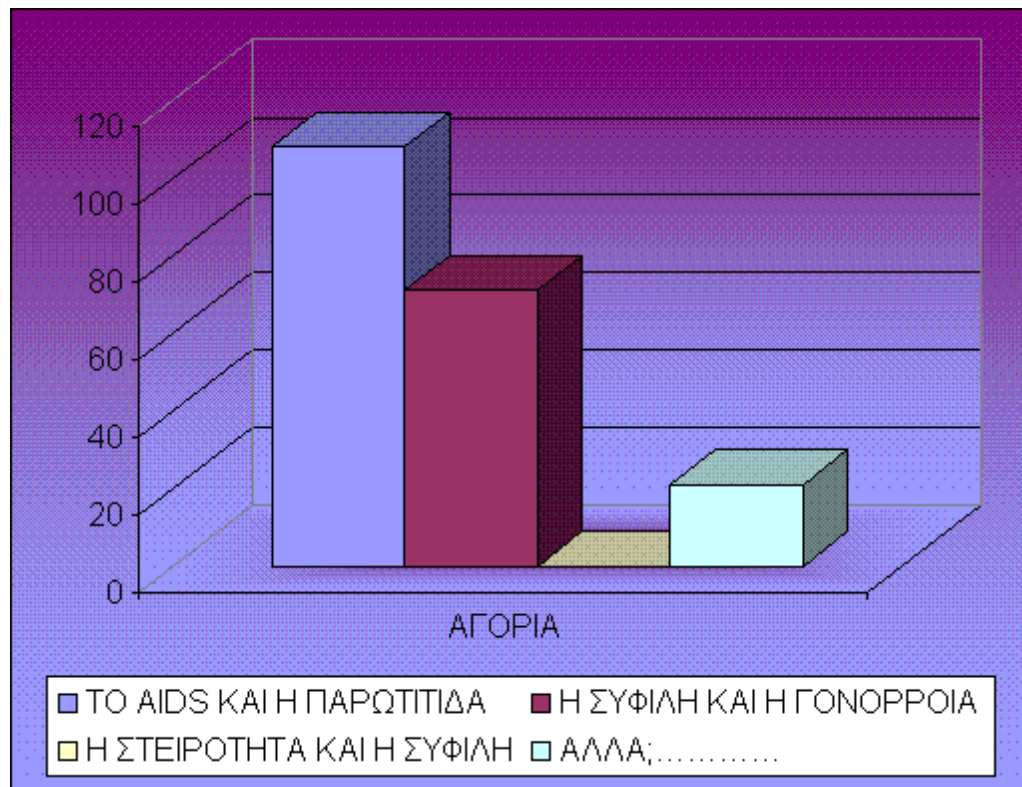


Το μεγαλύτερο ποσοστό του συνολικού δείγματος των ερωτηθέντων, 86%, απάντησε σωστά στην ερώτηση, ότι τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα **δημιουργούν μόνιμες βλάβες μόνο αν δεν θεραπευτούν εγκαίρως.**

ΕΡΩΤΗΣΗ 9

Τα κυριότερα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα είναι:

ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ	ΑΓΟΡΙΑ
ΤΟ AIDS ΚΑΙ Η ΠΑΡΩΤΙΤΙΔΑ	108
Η ΣΥΦΙΛΗ ΚΑΙ Η ΓΟΝΟΡΡΟΙΑ	71
Η ΣΤΕΙΡΟΤΗΤΑ ΚΑΙ Η ΣΥΦΙΛΗ	0
ΆΛΛΑ;.....	21
ΣΥΝΟΛΟ	200

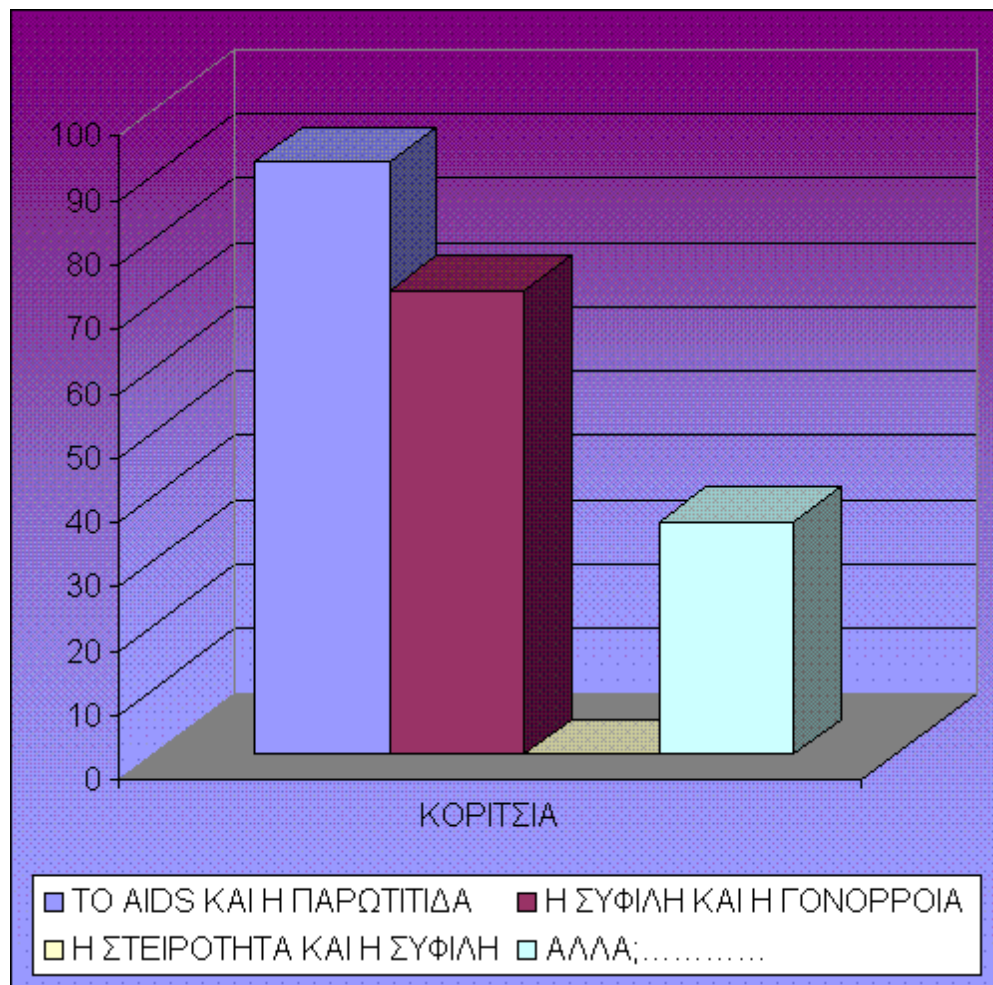


Με βάση το παραπάνω ραβδόγραμμα, σε δείγμα 200 αγοριών, 108 αγόρια απάντησαν ότι τα κυριότερα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα είναι το AIDS και η παρωτίτιδα, 71 αγόρια απάντησαν ότι είναι η σύφιλη και η γονόρροια και 21 αγόρια απάντησαν διάφορα άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

ΕΡΩΤΗΣΗ 9

Τα κυριότερα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα είναι:

ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ
ΤΟ AIDS ΚΑΙ Η ΠΑΡΩΤΙΤΙΔΑ	92
Η ΣΥΦΙΛΗ ΚΑΙ Η ΓΟΝΟΡΡΟΙΑ	72
Η ΣΤΕΙΡΟΤΗΤΑ ΚΑΙ Η ΣΥΦΙΛΗ	0
ΑΛΛΑ;.....	36
ΣΥΝΟΛΟ	200



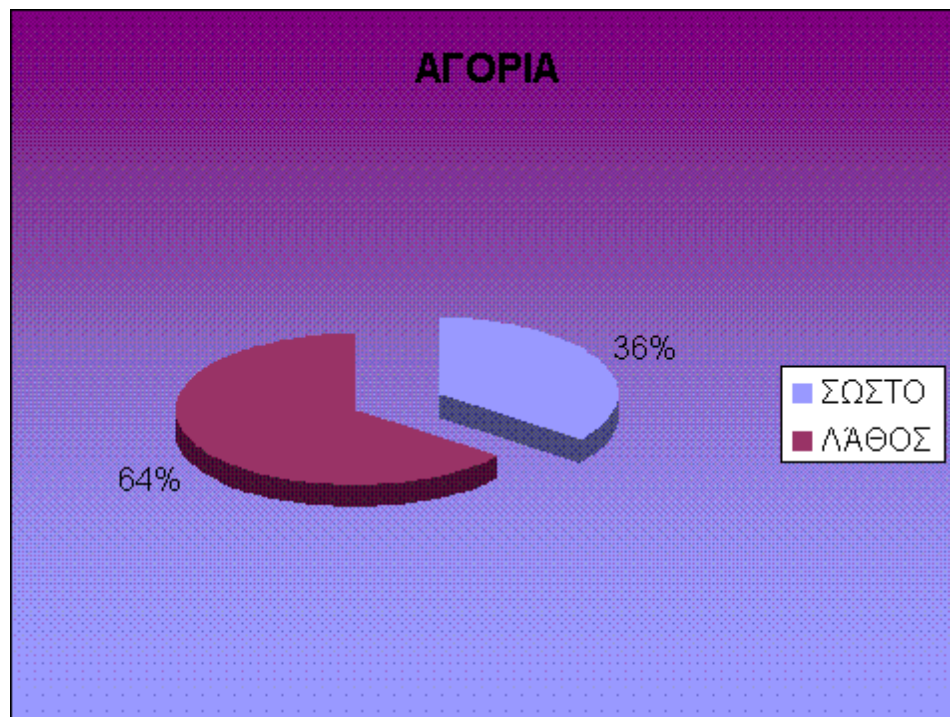
Με βάση το παραπάνω ραβδόγραμμα, σε δείγμα 200 κοριτσιών, 92 κορίτσια απάντησαν ότι τα κυριότερα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα είναι το AIDS και η παρωτίτιδα, 72 κορίτσια απάντησαν ότι είναι η σύφιλη και η γονόρροια και 36 κορίτσια απάντησαν διάφορα άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

ΕΡΩΤΗΣΗ 9

Τα κυριότερα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα είναι:

ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ	ΑΓΟΡΙΑ
ΤΟ AIDS ΚΑΙ Η ΠΑΡΩΤΙΤΙΔΑ	108
Η ΣΥΦΙΛΗ ΚΑΙ Η ΓΟΝΟΡΡΟΙΑ	71
Η ΣΤΕΙΡΟΤΗΤΑ ΚΑΙ Η ΣΥΦΙΛΗ	0
ΆΛΛΑ;.....	21
ΣΥΝΟΛΟ	200

ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ	ΑΓΟΡΙΑ	%
ΣΩΣΤΟ	71	36%
ΛΑΘΟΣ	129	64%



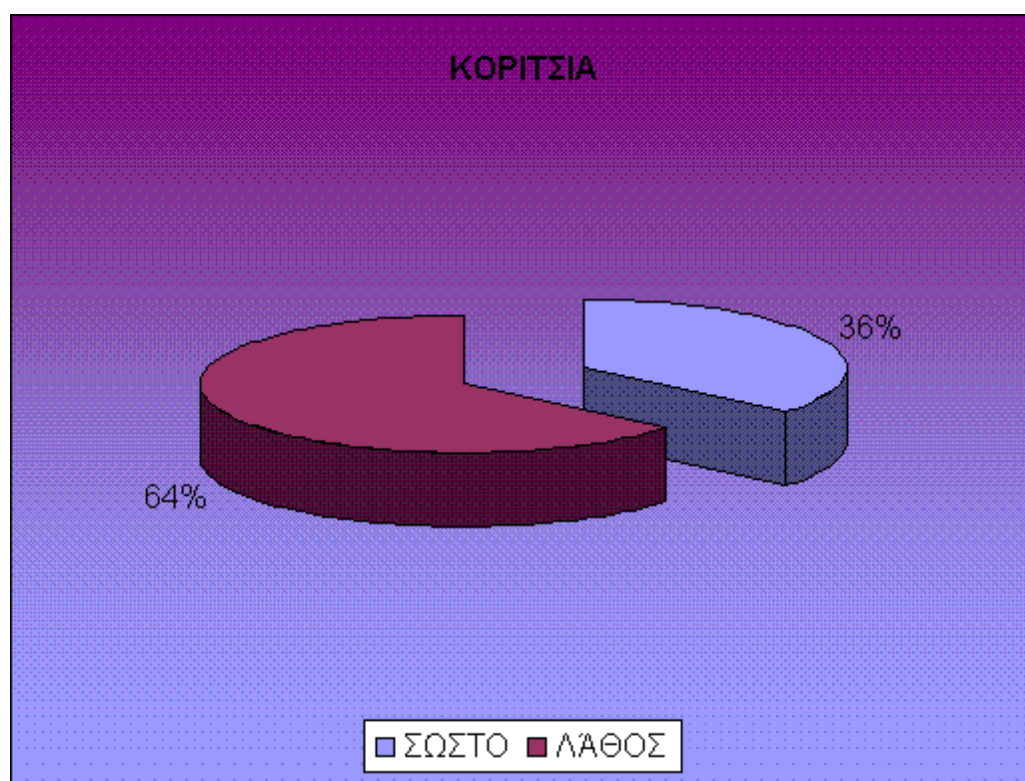
Το μεγαλύτερο ποσοστό των αγοριών, 64%, απάντησε λανθασμένα στην ερώτηση ποια είναι τα κυριότερα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

ΕΡΩΤΗΣΗ 9

Τα κυριότερα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα είναι:

ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ
ΤΟ AIDS ΚΑΙ Η ΠΑΡΩΤΙΤΙΔΑ	92
Η ΣΥΦΙΛΗ ΚΑΙ Η ΓΟΝΟΡΡΟΙΑ	72
Η ΣΤΕΙΡΟΤΗΤΑ ΚΑΙ Η ΣΥΦΙΛΗ	0
ΆΛΛΑ;.....	36
ΣΥΝΟΛΟ	200

ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ	%
ΣΩΣΤΟ	72	36%
ΛΑΘΟΣ	128	64%



Το μεγαλύτερο ποσοστό των κοριτσιών, 64%, απάντησε λανθασμένα στην ερώτηση ποια είναι τα κυριότερα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

ΕΡΩΤΗΣΗ 9

Τα κυριότερα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα είναι:

ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ	ΑΓΟΡΙΑ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ	ΣΥΝΟΛΟ	% ΕΠΙ ΤΟΥ ΣΥΝΟΛΟΥ
ΤΟ AIDS ΚΑΙ Η ΠΑΡΩΤΙΤΙΔΑ	108	92	200	50%
Η ΣΥΦΙΛΗ ΚΑΙ Η ΓΟΝΟΡΡΟΙΑ	71	72	143	36%
Η ΣΤΕΙΡΟΤΗΤΑ ΚΑΙ Η ΣΥΦΙΛΗ	0	0	0	0%
ΆΛΛΑ;.....	21	36	57	14%
ΣΥΝΟΛΟ	200	200	400	100%



Το μεγαλύτερο ποσοστό του συνολικού δείγματος των ερωτηθέντων, 50%, απάντησε λανθασμένα στην ερώτηση ποια είναι τα κυριότερα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

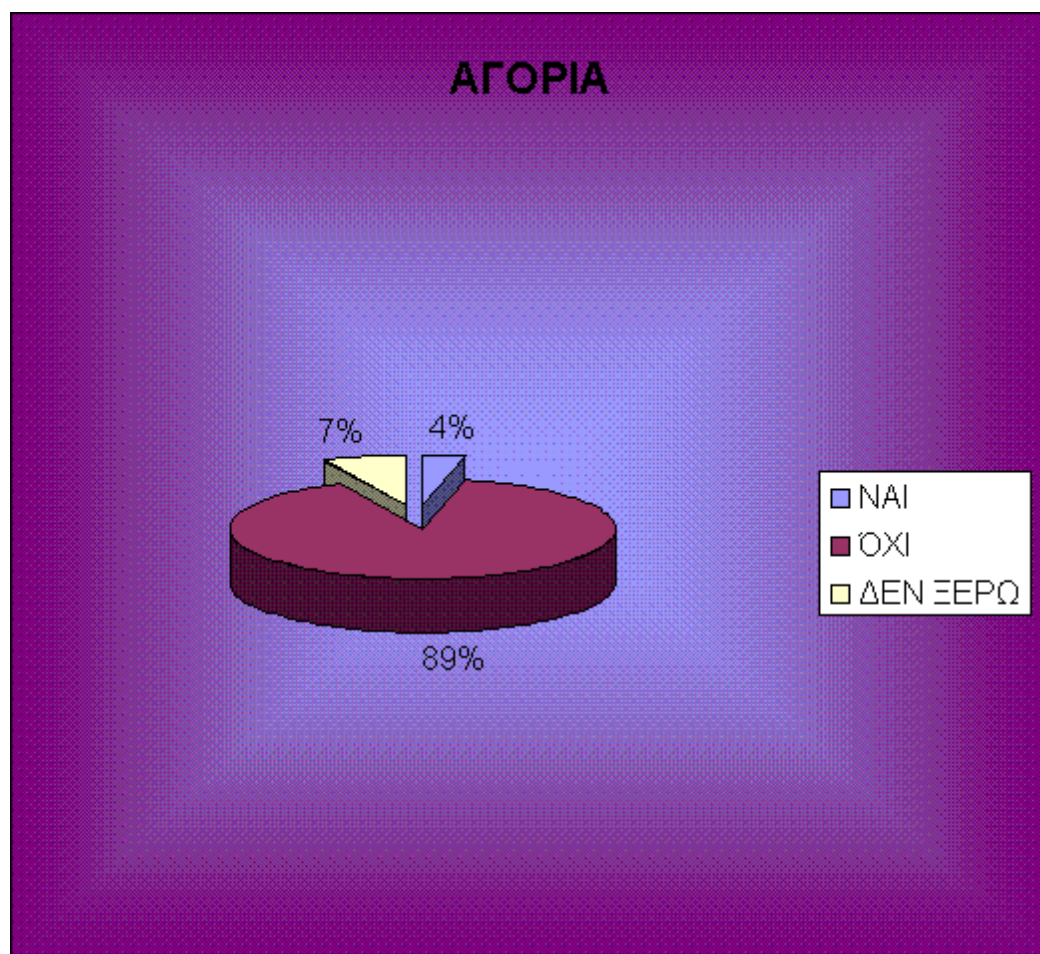
Γενικό σχόλιο.

Κι εδώ υπάρχει συσχέτιση γνώσεων μεταξύ κοριτσιών και αγοριών. Βλέπουμε ότι δεν γνωρίζουν ποια είναι τα κυριότερα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

ΕΡΩΤΗΣΗ 10

Όταν κάνεις παρέα με ένα φορέα του ιού HIV, θα μολυνθείς οπωσδήποτε ή όχι;

ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ	ΑΓΟΡΙΑ	%
ΝΑΙ	7	4%
ΟΧΙ	179	89%
ΔΕΝ ΞΕΡΩ	14	7%
ΣΥΝΟΛΟ	200	100%

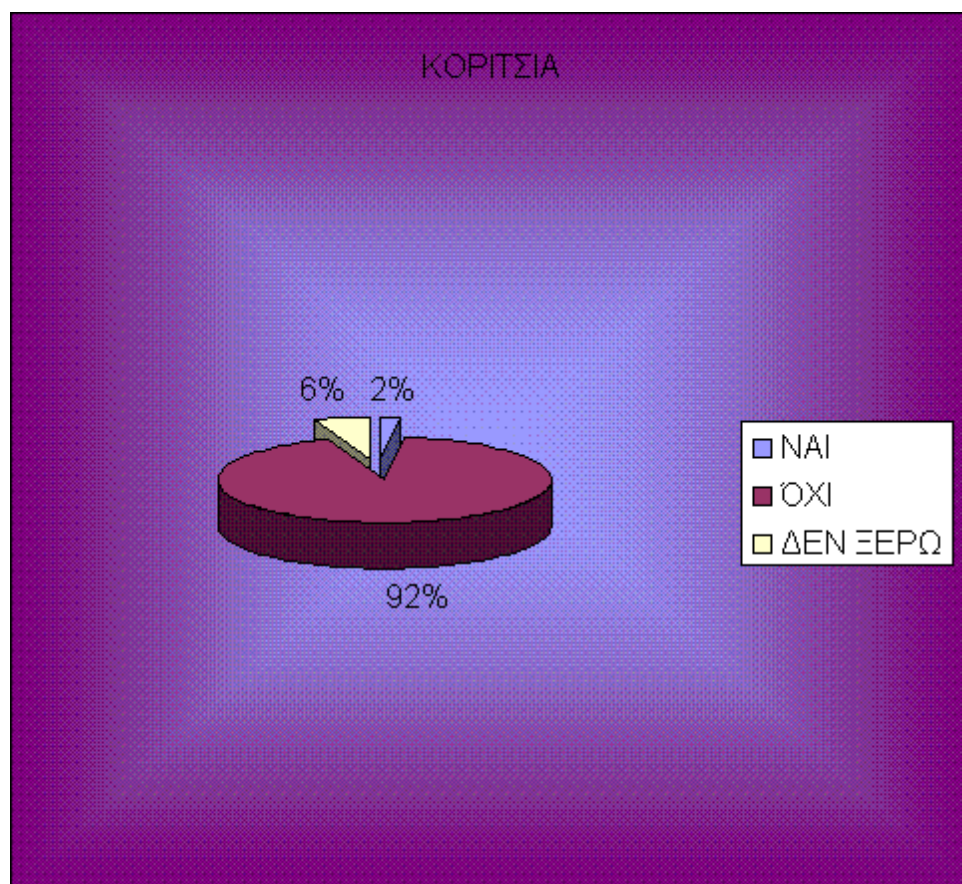


Το μεγαλύτερο ποσοστό των αγοριών, 89%, απάντησε στην παραπάνω ερώτηση ότι **δεν** υπάρχει κίνδυνος μόλυνσης όταν κάνεις παρέα με φορέα του ιού HIV.

ΕΡΩΤΗΣΗ 10

Όταν κάνεις παρέα με ένα φορέα του ιού HIV, θα μολυνθείς οπωσδήποτε ή όχι;

ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ	%
ΝΑΙ	4	2%
ΟΧΙ	185	92%
ΔΕΝ ΞΕΡΩ	11	6%
ΣΥΝΟΛΟ	200	100%

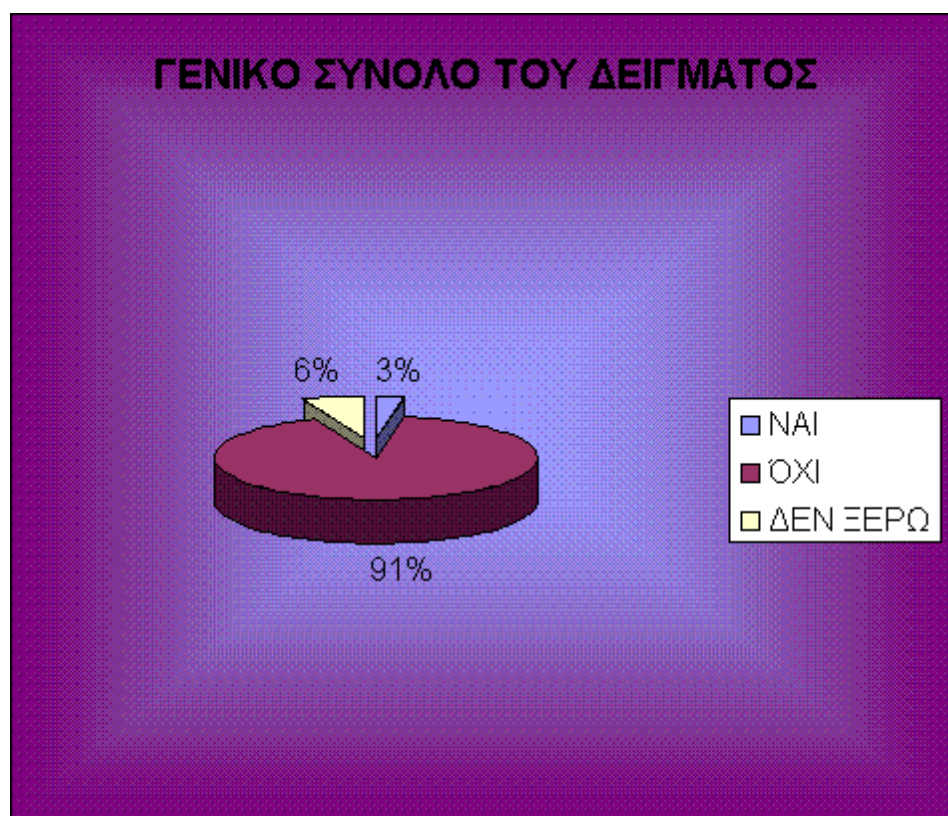


Το μεγαλύτερο ποσοστό των κοριτσιών, 92%, απάντησε στην παραπάνω ερώτηση ότι **δεν** υπάρχει κίνδυνος μόλυνσης όταν κάνεις παρέα με φορέα του ιού HIV.

ΕΡΩΤΗΣΗ 10

Όταν κάνεις παρέα με ένα φορέα του ιού HIV, θα μολυνθείς οπωσδήποτε ή όχι;

ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ	ΑΓΟΡΙΑ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ	ΣΥΝΟΛΟ	% ΕΠΙ ΤΟΥ ΣΥΝΟΛΟΥ
ΝΑΙ	7	4	11	3%
ΟΧΙ	179	185	364	91%
ΔΕΝ ΞΕΡΩ	14	11	25	6%
ΣΥΝΟΛΟ	200	200	400	100%

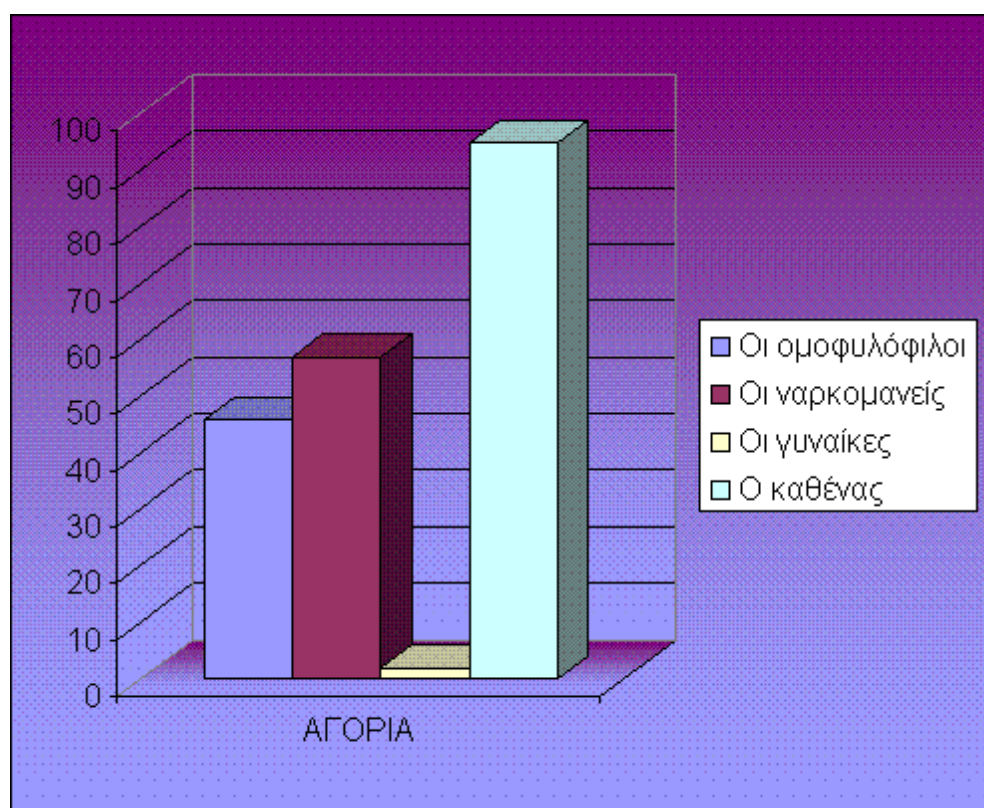


Το μεγαλύτερο ποσοστό του συνολικού δείγματος των ερωτηθέντων, 91%, απάντησε σωστά στην παραπάνω ερώτηση, ότι όταν κάνεις παρέα με έναν φορέα του ιού HIV, δεν έχεις κίνδυνο να μολυνθείς.

ΕΡΩΤΗΣΗ 11η

Ποια άτομα κινδυνεύουν περισσότερο να μολυνθούν από HIV ή από άλλο Σ.Μ.Ν;

ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ	ΑΓΟΡΙΑ
Οι ομοφυλόφιλοι	46
Οι ναρκομανείς	57
Οι γυναίκες	2
Ο καθένας	95
ΣΥΝΟΛΟ	200

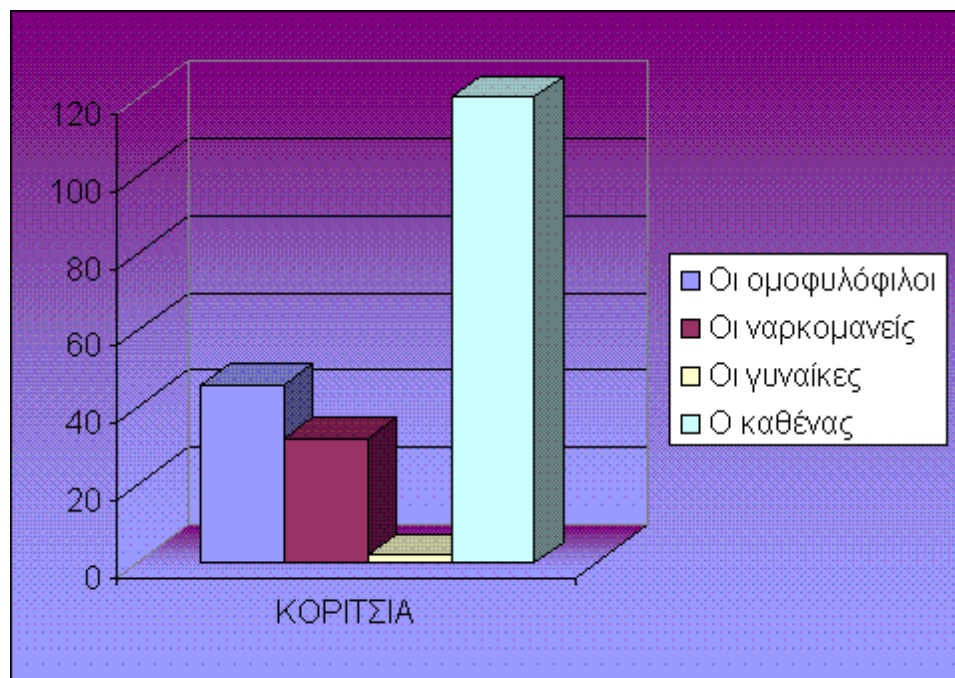


Με βάση το παραπάνω ραβδόγραμμα, σε δείγμα 200 αγοριών, 46 αγόρια απάντησαν ότι οι ομοφυλόφιλοι κινδυνεύουν περισσότερο να μολυνθούν από HIV ή άλλο Σ.Μ.Ν., 57 αγόρια απάντησαν ότι οι ναρκομανείς κινδυνεύουν περισσότερο να μολυνθούν, 2 αγόρια απάντησαν ότι οι γυναίκες κινδυνεύουν περισσότερο να μολυνθούν, ενώ 95 αγόρια απάντησαν ότι ο καθένας κινδυνεύει να μολυνθεί από HIV ή άλλο Σ.Μ.Ν.

ΕΡΩΤΗΣΗ 11η

Ποια άτομα κινδυνεύουν περισσότερο να μολυνθούν από HIV ή από άλλο Σ.Μ.Ν;

ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ
Οι ομοφυλόφιλοι	46
Οι ναρκομανείς	32
Οι γυναίκες	2
Ο καθένας	120
ΣΥΝΟΛΟ	200



Με βάση το παραπάνω ραβδόγραμμα, σε δείγμα 200 κοριτσιών, 46 κορίτσια απάντησαν ότι οι ομοφυλόφιλοι κινδυνεύουν περισσότερο να μολυνθούν από HIV ή άλλο Σ.Μ.Ν., 32 κορίτσια απάντησαν ότι οι ναρκομανείς κινδυνεύουν περισσότερο να μολυνθούν, 2 κορίτσια απάντησαν ότι οι γυναίκες κινδυνεύουν περισσότερο να μολυνθούν, ενώ 120 κορίτσια απάντησαν ότι ο καθένας κινδυνεύει να μολυνθεί από HIV ή άλλο Σ.Μ.Ν.

Γενικό σχόλιο.

Παρατηρούμε ότι έχουν γνώση του κινδύνου και πως όλοι μας αν δεν πάρουμε τις κατάλληλες προφυλάξεις υπάρχει κίνδυνος να προσβληθούμε από τον ιό HIV ή από άλλο Σ.Μ.Ν.

ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Τα συμπεράσματα της έρευνας που πραγματοποιήσαμε με την οποία επιχειρήθηκε η διερεύνηση των στάσεων και γνώσεων των νέων σχετικά με τον έλεγχο των γεννήσεων και των Σ.Μ.Ν., παρουσιάζονται παρακάτω:

- Παρατηρήσαμε ότι τα κορίτσια είναι πιο συντηρητικά από τ' αγόρια στην ηλικία έναρξης της σεξουαλικής ζωής αλλά συμφωνούν στο ότι πρέπει να έχουν σεξουαλική εμπειρία μέχρι την ηλικία των 24 ετών.
- Ενώ τ' αγόρια πιστεύουν ότι πρέπει να αρχίζει πιο νωρίς η σεξουαλική ζωή σε σχέση με τα κορίτσια, παρατηρούμε ότι για την αναγκαιότητα της έγκαιρης ενημέρωσης για τις σεξουαλικές σχέσεις, υπερτερεί η γνώμη των κοριτσιών, που πιστεύει ότι ένα κορίτσι / αγόρι θα πρέπει να ενημερώνεται στην ηλικία των 12-15 ετών.
- Και τα κορίτσια και τ' αγόρια πιστεύουν ότι είναι αρκετά ενημερωμένοι σε θέματα σχετικά με τη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση αλλά απάντησαν σωστά σε δύο, μόνο, απ' τις πέντε ερωτήσεις γνώσεων του ερωτηματολογίου μας. Αυτό μας αποδεικνύει ότι οι νέοι δεν είναι ενημερωμένοι όσο πρέπει και έτσι καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι οι γνώσεις των νέων, αυτές που θεωρούν ότι έχουν, ίσως δεν είναι αληθινές αρά και αξιόπιστες.
- Ανακουφιστικό είναι το γεγονός πως οι νέοι έχουν, τουλάχιστον, γνώση του κινδύνου και ξέρουν πως όλοι μας αν δεν πάρουμε τις κατάλληλες προφυλάξεις υπάρχει κίνδυνος να προσβληθούμε από κάποιο σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα. Αυτό βέβαια, γενικά, χωρίς να γνωρίζουν λεπτομέρειες για αυτά τα νοσήματα.
- Παρατηρήθηκε, επίσης, πως το μεγαλύτερο ποσοστό των νέων κατατάσσονται υπέρ των προγαμιαίων σχέσεων και επίσης τα αγόρια και τα κορίτσια συμφωνούν ότι η κατάλληλη περίοδος για την τεκνοποίηση στη γυναίκα είναι η ηλικία των 26-35 ετών.
- Θετικό, τέλος, για τους σημερινούς νέους είναι ότι το μεγαλύτερο ποσοστό απάντησε πως συζητάει για τα σεξουαλικά θέματα με την / τον σύντροφο του και για το ποια αντισυλληπτική μέθοδο θα χρησιμοποιήσουν, άσχετα εάν αυτό το κάνουν πράξη στο τέλος.

Κατά τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου πολλοί νέοι ρωτούσαν για το τι σημαίνει η γονόρροια π.χ. ή ρωτούσαν για περισσότερη ενημέρωση στις ερωτήσεις που τους ήταν δύσκολο να απαντήσουν, επειδή δεν γνώριζαν.

Αυτό σημαίνει, πως οι νέοι ζητάνε και έχουν ανάγκη την ενημέρωση και θα πρέπει να είναι μέσα στις προτεραιότητες όλων μας και ιδιαίτερα των γονέων και των δασκάλων.

Τελικά, πρέπει όλοι οι υπεύθυνοι να αναλάβουν τις ευθύνες.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Υγιής Σεξουαλική Ζωή, Timothy R. Covington & J. Frank Mc Clendon (Εκδοτικές Βιομηχανικές Επιχειρήσεις, Π. Κουτσούμπος Α.Ε., 1991, Αθήνα)
- Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Ασθένειες, Derek Llewellyn Jones. (Εκδόσεις Λύχνος ΕΠΕ, 1992, Αθήνα)
- Πλάθοντας τη ζωή, Susan Pick, (Εκδόσεις Φυτράκη, 1997, Αθήνα)
- Υγιεινή: ατομική – περιβαλλοντική – δημόσια - κοινωνική, Ελευθερία Κ. Αθανάτου. (Εκδόσεις Ελευθερίας Κ. Αθανάτου, Έκδοση Δ', 1997, Αθήνα).
- Κλινική Ανατομική Ι, Keith L. Moore, (Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, 3^η Έκδοση – Τόμος Ι, 1998, Αθήνα)
- Φυσιολογία του ανθρώπου, A. Guyton, M.O. (Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, 1990, Αθήνα)
- Παθολογική κ' Χειρουργική Νοσηλευτική, Άννα Σαχίνη-Καρδάση, Μαρία Πάνου (Εκδόσεις Βήτα – Medical Arts, Β' Έκδοση – 2^{ος} Τόμος, 1997, Αθήνα)
- Σύγχρονη Γυναικολογία κ' Μαιευτική, Γεωργίου Κ. Κρεατσά, (Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, 1998, Αθήνα)
- Ο σεξουαλικά αγώνας των νέων, Βίλχελμ Ράιχ, (Εκδόσεις Καστανιώτη, 1989, Αθήνα)
- Κατανόηση για τους νέους, Δρ Ρόλφ Γκρίγκαλ, (Εκδόσεις Νότος ΕΠΕ, 1978, Αθήνα)
- Σεξουαλικότητα κ' Θηλυκότητα, Μπέρναρ Μόλντορφ, (Εκδόσεις Καστανιώτη, 1980, Αθήνα)
- Σεξουαλική Διαπαιδαγώγηση, Γεωργίου Κρεατσά, (Εκδόσεις Δωρικός, Β' Έκδοση, 1989, Αθήνα)

- Μπεζεβέγκης, Ν. Γιαννίτσας, Αρ. Καραθανάση, (ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ, ΑΘΗΝΑ 1995) Διαφυλικές σχέσεις, (Α & Β τόμος) Επιμέλεια : Ι. Παρασκευόπουλος, Ηλ.
- Σεξουαλική Διαπαιδαγώγηση, Γ. Κρεατσά, (Εκδόσεις ΕΝΤΟΠΙΑ, Γ' Έκδοση, Αθήνα 1992)
- ΣΥΛΛΟΓΙΣΜΟΙ, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (Γενική Γραμματεία Νέας Γενιάς, Αθήνα, 1999)
- HIV / AIDS : Τι πρέπει να ξέρω; Τι πραγματικά ξέρω ;
Τζένη Κουρέα-Κρεμαστινού, Γ. Σαρόγλου, Κ. Μεράκου (ΕΘΝΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ, Αθήνα 1998)
- AIDS - ΕΓΚΑΡΣΙΑ ΥΓΕΙΑ, Δημοσθένης Αγραφιώτης & Συνεργάτες (Εκδόσεις ΥΨΙΛΟΝ / Βιβλία 1997)
- ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ, Αντ. Τριχοπούλου κ' Δημ. Τριχόπουλος (Εκδόσεις Γρ. ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ, Αθήνα 1986)
- 20^ο Ετήσιο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, «Προληπτική Νοσηλευτική» - Πρακτικά, Πόρτο Κάρρας – Χαλκιδική, Μάιος 1993.