

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ  
ΚΑΙ  
ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ**



**ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:**

**ΛΑΜΠΡΟΥ – ΘΕΟΔΩΡΟΠΟΥΛΟΥ ΔΗΜΗΤΡΑ**

**ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ:**

**Κ. ΜΑΡΙΑ ΣΑΚΕΛΛΑΡΙΟΥ**

**ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟ ΕΤΟΣ 2006**

«Ευχαριστώ θερμά την καθηγήτριά μου κ.Μαρία Σακελλαρίου,  
για την πολύτιμη βοήθειά της στη συγγραφή αυτής της  
πτυχιακής εργασίας, που αφιερώνω με βαθιά εκτίμηση  
και αγάπη στον σύζυγό μου Θεωρή, και τον ευχαριστώ  
για όλα όσα έχει κάνει για μένα...»

Με εκτίμηση

ΔΗΜΗΤΡΑ ΛΑΜΠΡΟΥ - ΘΕΟΔΩΡΟΠΟΥΛΟΥ

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	σελ.2
---------------	-------

### **Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 1<sup>ο</sup>** **ΠΑΓΚΟΣΜΙΕΣ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ** **ΚΑΙ ΠΛΗΘΥΣΜΙΑΚΗ ΕΚΡΗΞΗ**

1.1. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....	ΣΕΛ 4
1.2. ΈΛΕΓΧΟΣ ΤΩΝ ΓΕΝΝΗΣΕΩΝ.....	ΣΕΛ.5
1.3. ΥΠΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ-ΓΗΡΑΝΣΗ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ .....	ΣΕΛ.6

### **Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 2<sup>ο</sup>** **ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ**

2.1. ΣΤΟΧΟΙ.....	ΣΕΛ.10
2.2. ΤΡΟΠΟΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ .....	σελ.12
2.3. ΕΜΠΟΔΙΑ ΣΤΗ ΔΙΑΔΟΣΗ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ.....	σελ.13
2.3.1. Αντιδραστική διάθεση στην αντισύλληψη .....	σελ.13
2.3.2. Ανεπάρκεια υπηρεσιών οικογενειακού προγραμματισμού.....	σελ.14
2.3.3. Αδυναμία εφαρμογής ειδικών μεθόδων αντισύλληψης.....	σελ.14

### **Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 3<sup>ο</sup>** **ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΗΣΗ**

3.1. ΓΕΝΙΚΑ.....	σελ.15
------------------	--------

### **Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 4<sup>ο</sup>** **ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ**

4.1. ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ.....	σελ.20
4.2. ΕΠΙΛΟΓΗ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΗΣ ΜΕΘΟΔΟΥ .....	σελ.20
4.2.1. Κίνητρα του ζεύγους.....	σελ.21
4.2.2. Ιατρικές ενδείξεις και πληροφορίες.....	σελ.21

4.2.3. Οικογενειακή και οικονομική κατάσταση.....	σελ.21
4.2.4. Ηθικές και θρησκευτικές πεποιθήσεις του ζευγαριού.....	σελ.22
4.2.5. Έξεις και τρόποι ζωής, κοινωνικές συνήθειες.....	σελ.22
4.2.6. Χαρακτηριστικά της αντισυλληπτικής μεθόδου.....	σελ.22
4.3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ .....	σελ.22

## **Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 5<sup>ο</sup>**

### **ΦΥΣΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ**

5.1. ΑΠΟΧΗ .....	σελ.23
5.2. ΘΗΛΑΣΜΟΣ .....	σελ.24
5.3. ΗΜΕΡΟΛΟΓΙΑΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ.....	σελ.24
5.4. ΜΕΘΟΔΟΣ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΤΩΝ ΚΥΚΛΙΚΩΝ ΜΕΤΑΒΟΛΩΝ ΤΗΣ ΤΡΑΧΗΛΙΚΗΣ ΒΛΕΝΝΗΣ -ΠΟΝΟΣ ΩΘΥΛΑΚΙΟΡΡΗΞΙΑΣ .....	σελ.27
5.5. ΘΕΡΜΟΜΕΤΡΙΚΟ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ .....	σελ.29
5.6. ΔΙΑΚΟΠΤΟΜΕΝΗ ΣΥΝΟΥΣΙΑ .....	σελ.31

## **Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 6<sup>ο</sup>**

### **ΤΟΠΙΚΑ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΑ ΜΕΣΑ**

6.1. ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟ .....	σελ.33
6.2. ΚΟΛΠΙΚΟ ΔΙΑΦΡΑΓΜΑ .....	σελ.36
6.3. ΤΡΑΧΗΛΙΚΗ ΚΑΛΥΠΤΡΑ .....	σελ.41
6.4. ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΟΣ ΣΠΟΓΓΟΣ .....	σελ.42
6.5. ΓΥΝΑΙΚΕΙΟ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟ .....	σελ.44
6.6. ΣΠΕΡΜΑΤΟΚΤΟΝΑ .....	σελ.45
6.7. ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΗ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΑ ΣΥΣΚΕΥΗ (ΑΕΣ) .....	σελ.47

## **Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 7<sup>ο</sup>**

### **ΟΡΜΟΝΙΚΗ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ**

7.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	σελ.55
7.2. ΜΟΡΦΕΣ .....	σελ.55
7.3. ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΔΡΑΣΗΣ.....	σελ.57

7.4.ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ .....	σελ.58
7.5.ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ .....	σελ.58
7.6.ΟΦΕΛΗ .....	σελ.58
7.7.ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ .....	σελ.59
7.8.ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ .....	σελ.59
7.9.ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ .....	σελ.61
7.10.ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ.....	σελ.62
7.11.ΤΡΟΠΟΣ ΛΗΨΗΣ .....	σελ.63
7.12.ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΗ ΜΕ ΑΛΛΑ ΦΑΡΜΑΚΑ .....	σελ.64
7.13.ΛΟΙΠΑ ΟΡΜΟΝΙΚΑ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΑ ΜΕΣΑ .....	σελ.65
7.13.1. «ΤΟ ΧΑΠΙ ΤΗΣ ΕΠΟΜΕΝΗΣ ΜΕΡΑΣ» .....	σελ.65
7.13.2.ΕΝΕΣΙΜΑ ΟΡΜΟΝΙΚΑ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΑ (DMPA – Depo Provera) .....	σελ.66
7.13.3.ΟΡΜΟΝΗ ΣΕ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑ ΒΡΑΔΕΙΑΣ ΑΠΟΔΕΣΜΕΥΣΗΣ .....	σελ.67
7.13.4.ΟΡΜΟΝΕΣ ΣΕ ΚΟΛΠΙΚΟ ΔΑΚΤΥΛΙΟ .....	σελ.68
7.13.5.ΟΡΜΟΝΕΣ ΣΕ ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ (ΟΔ) .....	σελ.68

## **Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 8<sup>ο</sup>**

### **ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ**

8.1. ΣΤΗ ΓΥΝΑΙΚΑ .....	σελ.69
8.2. ΣΤΟΝ ΑΝΔΡΑ .....	σελ.72

## **Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 9<sup>ο</sup>**

### **ΟΙ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΤΩΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΩΝ ΧΡΟΝΩΝ**

#### **ΠΑΝΩ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ**

9.1. ΑΝΔΡΙΚΟ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΟ .....	σελ.76
9.2.ΕΝΕΣΙΜΟ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΟ.....	σελ.77
9.3.ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΟ ΑΥΤΟΚΟΛΛΗΤΟ ΕΠΙΘΕΜΑ (TRANSDERMAL CONTRACEPTIVE PATCH: ΜΙΑ ΝΕΑ ΜΟΡΦΗ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ) .....	σελ.78
ΕΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....	σελ.79
ΖΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	σελ.81

## ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

- **Ο.Π.** = ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ
- **Σ.Δ.** = ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΗΣΗ
- **Σ.Μ.Ν.** = ΣΟΒΑΡΑ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ
- **Α.Ε.Σ.** = ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΗ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΑ ΣΥΣΚΕΥΗ
- **Α.Ο.Δ** = ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΑ ΟΡΜΟΝΙΚΑ ΔΙΣΚΙΑ
- **Α.Σ.** = ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΟΣ ΣΠΟΓΓΟΣ
- **Γ.Π.** = ΓΥΝΑΙΚΕΙΟ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟ
- **Ε.Ο.Α.** = ΕΝΕΣΙΜΑ ΟΡΜΟΝΙΚΑ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΑ
- **Α.Α** = ΑΝΔΡΙΚΟ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΟ
- **Ε.Α.** = ΕΝΕΣΙΜΟ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΟ
- **Α.Α.** = ΑΥΤΟΚΟΛΛΗΤΟ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΟ
- **Κ.Δ.** = ΚΟΛΠΙΚΟ ΔΑΚΤΥΛΙΟ
- **Ο.Δ.** = ΟΡΜΟΝΕΣ ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΕΣ

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο Οικογενειακός Προγραμματισμός (ΟΠ) είναι ένας θεσμός που ασχολείται με τη συμβουλευτική σε θέματα που έχουν σχέση με την αποφυγή ανεπιθύμητων κυήσεων, την απόκτηση υγιών παιδιών όταν αυτά είναι επιθυμητά και την ενημέρωση ομάδων πληθυσμών (με ιδιαίτερη βαρύτητα στους νέους) σε ότι αφορά το γεννητικό σύστημα και τις σεξουαλικές σχέσεις (με ιδιαίτερη έμφαση στις επιπλοκές από την πρόωμη έναρξή τους), τα παραπάνω θα βοηθήσουν στην καλύτερη ψυχική ισορροπία των ατόμων που θα δεχτούν τις υπηρεσίες του.

Στην Ελλάδα, τα πρώτα βήματα του ΟΠ ξεκίνησαν στα μέσα της δεκαετίας του 1970, αλλά, παρά το σημαντικό έργο που έχει γίνει, εξακολουθούν να υπάρχουν αδυναμίες, κυρίως στην υλικοτεχνική υποδομή και στη στελέχωση των Κέντρων ΟΠ.

Περισσότερο όμως πρέπει να ανησυχούμε για τον τρόπο με τον οποίον επιτυγχάνεται η μείωση της αναπαραγωγικότητας. Έρευνες στον Ελληνικό χώρο απέδειξαν ότι ελάχιστο ποσοστό των Ελληνίδων έχει τις απαραίτητες γνώσεις για σωστό οικογενειακό προγραμματισμό. Αντίθετα οι περισσότερες δεν έχουν γνώσεις, μέσα και τρόπο για σωστό οικογενειακό προγραμματισμό, με αποτέλεσμα να καταφεύγουν σε παράνομες εκτρώσεις για να πετύχουν το πρότυπο της οικογένειας που θεωρούν σαν ιδανικό. Επιτακτική επομένως εμφανίζεται η ανάγκη να προσφερθούν στην Ελληνίδα οι γνώσεις και τα μέσα που θα τη βοηθήσουν να αποκτήσει ευτυχισμένη οικογένεια με γερά και επιθυμητά παιδιά και θα τη βοηθήσουν να αποφύγει την έκτρωση που τη θεωρεί σαν θρησκευτικά, ηθικά και κοινωνικά απαράδεκτη.

Για το σκοπό αυτό χρειάζεται η υιοθέτηση ορισμένων αρχών και μεθόδων οικογενειακού προγραμματισμού από την Πολιτεία και η ευρεία διάδοση αυτών στο κοινό. Ήδη η Πολιτεία μετά την κατάρτιση του προγαμιαίου πιστοποιητικού ιατρικής εξετάσεως διακήρυξε την ανάγκη πληροφόρησης του κοινού σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού σε συνδυασμό με παροχή προγαμιαίων ιατρικών συμβουλών.

Για τη δημιουργία κέντρων παροχής πληροφοριών στις αρχές και μεθόδους του οικογενειακού προγραμματισμού είναι απαραίτητη η δημιουργία κατάλληλου προσωπικού, καθώς και η ειδικότερη εκπαίδευση των υγειονομικών και άλλων στελεχών που ασχολούνται σήμερα με τον οικογενειακό προγραμματισμό.

Η παρούσα πτυχιακή εργασία αποτελείται από εννέα κεφάλαια. Στα τρία πρώτα κεφάλαια της εργασίας γίνεται λόγος για τις παγκόσμιες εξελίξεις όσο αφορά δημογραφικά και πληθυσμιακά στοιχεία για τον έλεγχο των γεννήσεων και την υπογεννητικότητα. Επίσης αναφέρεται στον οικογενειακό προγραμματισμό, την χρησιμότητά του, τους στόχους του, τους τρόπους του και τα εμπόδια που αντιμετωπίζει. Τέλος αναλύει την σπουδαιότητα της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης των νέων για την πρόληψη ανεπιθύμητων κυήσεων και εκτρώσεων.

Στα ακόλουθα κεφάλαια τέσσερα, πέντε και έξι γίνεται λόγος για την αντισύλληψη για τις μεθόδους, τα αποτελέσματα των μεθόδων και ακολουθούν όλοι οι φυσικοί μέθοδοι αντισύλληψης και τα τοπικά αντισυλληπτικά που μπορεί να χρησιμοποιήσει κάποιος.

Στο έβδομο και όγδοο κεφάλαιο γίνεται λόγος αντίστοιχα για την ορμονική αντισύλληψη τις μορφές, τα αποτελέσματα, τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της κάθε μίας, τις παρενέργειες που έχουν κ.α. Αναφέρονται επίσης οι χειρουργικοί μέθοδοι αντισύλληψης στην γυναίκα και στον άνδρα αντίστοιχα.

Στο τελευταίο κεφάλαιο γίνεται λόγος για τις εξελίξεις των τελευταίων χρόνων πάνω στην αντισύλληψη και αναφέρει την αντισυλληπτική ικανότητα της κάθε μίας.



# ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι<sup>ο</sup>

## ΠΑΓΚΟΣΜΙΕΣ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΚΑΙ ΠΛΗΘΥΣΜΙΑΚΗ ΕΚΡΗΞΗ

### 1.1. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Η εμφάνιση του ανθρώπου στον πλανήτη μας χρονολογείται από πολλές χιλιετίδες. Ο άνθρωπος από την αρχή αγωνίσθηκε για ν' αντιμετωπίσει πολλαπλούς κινδύνους του εξωτερικού περιβάλλοντος, για την απόκτηση τροφής, αλλά και για την επικράτησή του εναντίον άλλων ειδών. Τελικά χάρη στην πνευματική του υπεροχή επιβλήθηκε κι άρχισε να πολλαπλασιάζεται και ν' αυξάνεται για να κατακτήσει τη γη. Η αύξηση αυτή του πληθυσμού δεν ήταν ποτέ σταθερή ούτε μεγάλη. Αφού πέρασε διάφορες φάσεις ανάπτυξης για πολλά χρόνια έφτασε 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 θα καταλήξει σε εξαφάνιση του ανθρώπινου είδους αν δεν ληφθούν επείγοντα μέτρα για την αντιμετώπισή του.

Η μελέτη της εξέλιξης του πληθυσμιακού προβλήματος δεν είναι εύκολη γιατί δεν υπάρχουν αρκετά ιστορικά δημογραφικά στοιχεία. Τα συμπεράσματα για την ανάπτυξή του, κυρίως κατά τους πρώτους αιώνες της εμφάνισης του ανθρώπου στη γη, βασίζονται σε υποθέσεις και θεωρίες. Πιστεύεται ότι η αύξησή του δεν υπήρξε σχεδόν ποτέ ομαλή και παρόμοια για όλους τους ανθρώπινους πληθυσμούς. Συνήθως αύξηση του πληθυσμού συνέβαινε όταν βελτιωνόταν η οργάνωση της κοινωνίας.

Όπως π.χ με τη Βιομηχανική Επανάσταση που συνοδεύτηκε από ανάπτυξη της γεωργίας, της επιστημονικής γνώσης, της ιατρικής και της κοινωνικής οργάνωσης και βοήθησαν στην αύξηση του πληθυσμού. Η καταπολέμηση των ενδημικών νόσων, η συγκέντρωση της τροφής, η βελτίωση της υγιεινής του ύδατος, η βελτίωση της περίθαλψης και η σταδιακή βελτίωση του βιοτικού επιπέδου βοήθησαν στη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού και στην ελάττωση της θνησιμότητας. Ο πληθυσμός της γης αυξανόταν με ρυθμό ανάπτυξης λίγο πάνω από 1% κάθε χρόνο.

Μετά από τον Β' Παγκόσμιο πόλεμο η ανακάλυψη των αντιβιοτικών, η ευρεία χρήση της ανοσοποίησης και η μεγαλύτερη πολιτική σταθερότητα έδωσε τη δυνατότητα να ξεσπάσει η δεύτερη στην ιστορία της ανθρωπότητας πληθυσμιακή έκρηξη, που αφορούσε και τις αναπτυσσόμενες χώρες.

Στη διάρκεια των αρχών της δεκαετίας του 1990 κάθε 2 δευτερόλεπτα κάπου στον κόσμο υπήρχαν 9 γεννήσεις και 3 θάνατοι και ο χρόνος διπλασιασμού του συνολικού πληθυσμού αναμενόταν σε 40 χρόνια.

Η τάση του πληθυσμού της γης σήμερα είναι αυξητική με ένα ρυθμό αύξησης της τάξης του 2% περίπου κάθε χρόνο. Η αύξηση αυτή είναι μεγαλύτερη (πάνω από 2%) στα 3/4 του πληθυσμού της γης που ζουν σε αναπτυσσόμενες χώρες (οι περισσότεροι σε κατάσταση φτώχειας) και μικρότερη (κάτω από 1%) στο υπόλοιπο 1/4 που ζουν στις αναπτυγμένες χώρες.

Η ανάγκη για έλεγχο των γεννήσεων αποτελεί επομένως παγκόσμια κοινό σκοπό αφού το ανθρώπινο γένος αντιμετωπίζει μια νέα πληθυσμιακή έκρηξη.<sup>1</sup>

## 1.2. ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΩΝ ΓΕΝΝΗΣΕΩΝ

Τα μέσα ελέγχου των γεννήσεων είναι , καθώς γνωρίζουμε η **αντισύλληψη**, η **έκτρωση** και η **στεροποίηση**. Η χρησιμοποίηση της στεροποίησης στην Ευρώπη ήταν και είναι πολύ περιορισμένη. Έτσι, η αντισύλληψη και η έκτρωση ήταν τα κατ'εξοχήν χρησιμοποιούμενα μέσα για τον περιορισμό των γεννήσεων. Τα μέσα αυτά τα άτομα και τα ζευγάρια τα χρησιμοποιούσαν εναλλακτικά και συμπληρωματικά. Η προσφυγή στην έκτρωση, όπως είναι αυτονόητο, ποτέ δεν ήταν αρεστή και απ' ευθείας αποδεκτή. Εμφανιζόταν σαν λύση ανάγκης στις περιπτώσεις ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και πάντοτε τη συνόδευαν ενδοιασμοί, ενδόμυχοι φόβοι, απαγορεύσεις και εμπόδια ηθικά, κοινωνικά και νομικά. Η έκτρωση αποτελούσε το αντίδοτο της αποτυχημένης ή της αγνοούμενης αντισύλληψης. Αν μάλιστα υπολογίσουμε ότι η κάμψη της γεννητικότητας στη Δύση ήταν σημαντική προτού χρησιμοποιηθούν τα σύγχρονα μέσα αντισύλληψης, τότε μπορούμε να υποθέσουμε ότι η προσφυγή στην έκτρωση στο παρελθόν πρέπει να ήταν εξίσου με σήμερα συχνή, ίσως μάλιστα και συχνότερη.

---

<sup>1</sup> Ιατράκης Γ. Μ. Οικογενειακός Προγραμματισμός. Εκδόσεις Δεσμός 2002 Σ: 15-19

Όπως σημειώθηκε ήδη, η έκτρωση αποτελεί αντίδοτο της αποτυχημένης ή της αγνοούμενης αντισύλληψης. Αν τώρα δεχτούμε ότι οι αντισυλληπτικές μέθοδοι βελτιώνονται προοδευτικά και διαδίδονται ευρύτερα, τότε κατά λογική ανάγκη η συχνότητα των εκτρώσεων πρέπει να περιοριστεί, έστω κι αν έχει φιλελευθεροποιηθεί στις περισσότερες χώρες η νομοθεσία που αφορά την έκτρωση. Οι στατιστικές που υπάρχουν πιστοποιούν, πράγματι, το γεγονός ότι ο αριθμός των <νόμιμων> εκτρώσεων δεν παρουσιάζει διαχρονικά αύξηση, αλλά μάλλον παραμένει καθηλωμένος σε σταθερά επίπεδα. Η <νόμιμη> έκτρωση έχει υποκαταστήσει, σε άγνωστο βέβαια στατιστικά βαθμό, την <παράνομη > έκτρωση, που πάντα έπαιξε αποφασιστικής σημασίας ρόλο στον έλεγχο των γεννήσεων. Η επίδραση της νομιμοποίησης των εκτρώσεων στην εξέλιξη της γεννητικότητας στις μεν χώρες της Ανατ. Ευρώπης –και ιδιαίτερα στην Ρουμανία – υπήρξε καταλυτική ενώ στις χώρες της Δυτ. Ευρώπης δεν φαίνεται να διαδραμάτισε, μέχρι στιγμής, κάποιο σημαίνοντα ρόλο.<sup>2</sup>

Σύμφωνα με τις διεθνείς καταστατικές αρχές η Πολιτεία οφείλει να λάβει τα νομοθετικά και τα διοικητικά εκείνα μέτρα που επιτρέπουν στο άτομο να αποφασίζει ελεύθερα και υπεύθυνα τον αριθμό των γεννήσεων που επιθυμεί. Η υλοποίηση του δικαιώματος αυτού υπαγορεύει στην Πολιτεία τη ρητή υποχρέωση να προσφέρει πληροφορίες και μέσα οικογενειακού προγραμματισμού σε όλους τους πολίτες. Επίσης, η Πολιτεία πρέπει να μεριμνά ώστε οι νομοθετικά κατοχυρωμένες εκτρώσεις να πραγματοποιούνται κάτω από τις καλύτερες δυνατές συνθήκες και επιπλέον να λαμβάνει μέτρα για την εξάλειψη των <παράνομων> εκτρώσεων.

### **1.3.ΥΠΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ-ΓΗΡΑΝΣΗ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ**

Η υπογεννητικότητα αποτελεί ένα από τα πιο σημαντικά προβλήματα της χώρας μας κι αν δεν υπάρξουν μεταβολές, θα γίνει ακόμα σημαντικότερο στο μέλλον. Δεν είναι απαραίτητο να διαβάσει κανείς περίπλοκες στατιστικές για να αναλογισθεί τη σοβαρότητα της κατάστασης, αρκεί μόνο να σκεφτεί πόσα ζευγάρια που γνωρίζει στην οικογένεια ή τον κύκλο των γνωριμιών του έχουν περισσότερα από δύο παιδιά. Στην περίοδο 1950 -1980 ο μέσος όρος παιδιών ανά οικογένεια ήταν γύρω στα 2,3 παιδιά, σήμερα κυμαίνεται στο 1,5 παιδί περίπου, ενώ όπως είναι γνωστό το όριο αναπλήρωσης γενεών είναι 2,1 παιδιά. Η κατάσταση αυτή φαίνεται ότι σε ορισμένες

<sup>2</sup> 5<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Μαιευτικής και Γυναικολογίας με Διεθνή Συμμετοχή. Ομιλητές: Ι. Μιαρτίτη, Α. Αναγνώστου, Μ. Λέκκα. Ιωάννινα 1991 Σ: 39-45

περιοχές παίρνει τραγικές διαστάσεις. Ξέρουμε ότι βάσει δεδομένων του 1989 (Εθνική Στατιστική Υπηρεσία) στα νησιά του Ιονίου, οι θάνατοι ήταν διπλάσιοι από τις γεννήσεις, στην Πελοπόννησο είχαμε 11.815 θανάτους και μόνο 8.940 γεννήσεις. Στη Στερεά Ελλάδα και την Εύβοια πλην της Αττικής 10.944 θανάτους και 4070 γεννήσεις κ. ο . κ. το πιο σοβαρό απ' όλα δεν είναι ότι γινόμαστε όλο και λιγότεροι, αλλά ότι αλλάζει η αναλογία των ηλικιών στους κατοίκους της χώρας μας.<sup>3</sup>

Μετά την ανακοίνωση στις 29/04/02 των οριστικών αποτελεσμάτων της απογραφής της 18 / 03 / 01 για τον πραγματικό και το νόμιμο πληθυσμό, αποδεικνύεται ότι αντί για φυσική αύξηση είχαμε φυσική μείωση (δηλαδή οι θάνατοι ξεπέρασαν τις γεννήσεις)<sup>4</sup> Το 1999 οι θάνατοι (103.102) για πρώτη φορά υπερέβησαν τις γεννήσεις (100.265) .Το 1980 η Ελλάδα ήταν δεύτερη σε γεννήσεις στην Ε. Ε. (148. 134) ενώ το 1999 άγγιξε την τελευταία θέση (100. 265) .Ο πληθυσμός της Ελλάδας το 2025 υπολογίζεται ότι θα διαμορφωθεί στα 13, 5 εκατομμύρια εκ των οποίων οι Έλληνες δεν θα ξεπερνούν τα 10 εκατομμύρια, και από αυτούς το 20% θα είναι μεγαλύτερη των 65 ετών. Στη χώρα μας έχουμε 100. 000 γεννήσεις ετησίως και 200. 000 αμβλώσεις. Το 1997 οι γυναίκες που τεκνοποίησαν είχαν σε ποσοστό 45, 4% 1 παιδί και το 39% 2 παιδιά, οι δε λοιπές περισσότερα των 2.<sup>5</sup>

Με την βελτίωση της Ιατρικής, τα όλο και σημαντικότερα ιατροτεχνολογικά επιτεύγματα, την πληροφόρηση των πολιτών σε θέματα υγείας, τη γνώση της σημασίας της προληπτικής ιατρικής καθώς και άλλους παράγοντες, αυξήθηκε ο μέσος όρος ζωής των ανθρώπων. Όμως, η χαρά που δίνει η παράτασή του θα ήταν ακόμα μεγαλύτερη αν γεννιόνταν τουλάχιστον αντίστοιχα με αυτούς που πεθαίνουν παιδιά. Σε αντίθετη περίπτωση οι κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις για τη χώρα είναι τεράστιες αφού μια όλο και μικρότερη μερίδα ενεργού παραγωγικά πληθυσμού επιβαρύνεται συνολικά. Το κακό λοιπόν δεν είναι μόνο στο ότι εάν συνεχισθεί αυτή η κατάσταση θα γίνουμε «έρημη χώρα» ή «χώρα γερόντων» αλλά το ότι θα είμαστε και χώρα «φτωχών γερόντων».

Στην πρώτη επαφή με το πρόβλημα η σκέψη αμέσως πηγαίνει στο οικονομικό. Το οικονομικό πράγματι αποτελεί ένα από τα σοβαρότερα αίτια. Φυσικά ο καθένας ξέρει ότι κάθε νέο παιδί προϋποθέτει και μια πρόσθετη δαπάνη που επιβαρύνει λιγότερο ή περισσότερο την οικονομία μιας οικογένειας. Λογικά ο οποιοσδήποτε

<sup>3</sup> Αντωνιάδης Σ. Χ. Παιδιατρική. Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης 2000 Σ: 53

<sup>4</sup> Δρεττάκης 2002

<sup>5</sup> Τσίρκας 2002



μελλοντικός γονέας θα σκεφτεί ότι με το νέο παιδί θα χρειασθεί μεγαλύτερο σπίτι άρα και ενοίκιο, χρήματα για διατροφή, για ρουχισμό, σχολεία, φροντιστήρια, ξένες γλώσσες, εκμάθηση μουσικών οργάνων, άσκηση σε γυμναστήρια κλπ.

Σίγουρα εκτός από τον οικονομικό παράγοντα στην διαμόρφωση της όλης κατάστασης συνέβαλε σημαντικότερα και η αλλαγή της θέσης της γυναίκας στην κοινωνία. Σε όλες σχεδόν τις αναπτυγμένες χώρες το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών έχουν σήμερα πλήρη απασχόληση. Στις μέρες μας η γυναίκα σπουδάζει, μορφώνεται και μπαίνει δυναμικά στην κοινωνική, οικονομική, πνευματική ζωή με τις ίδιες περίπου υποχρεώσεις και δικαιώματα που έχει ο άντρας.

Η σεξουαλική απελευθέρωση της γυναίκας παράλληλα συνέβαλε σε σημαντικό βαθμό στην διαμόρφωση και συντήρηση της κατάστασης. Δεν υπάρχει πλέον η ανάγκη της έγκαιρης αναζήτησης συζύγου. Η κοινωνική απελευθέρωση επιτρέπει στην γυναίκα να ζει και να διασκεδάζει μόνη της αλλά και να διατηρεί σαν υποκατάστατο συζύγου σεξουαλικό σύντροφο χωρίς αυτό να αποτελεί μίσμα. Μπορεί ακόμα να συζεί μακρόχρονα με έναν άνδρα χωρίς την τυπική επικύρωση του θεσμού του γάμου. Έτσι, μην έχοντας επιπτώσεις από τον κοινωνικό περίγυρο για τη διαμόρφωση αυτή του τρόπου ζωής, αφιερώνεται σε πολλές περιπτώσεις ολοκληρωτικά ή σε μεγάλο βαθμό στην επαγγελματική επιτυχία.

Όταν όμως πάψει να μονοπωλεί το ενδιαφέρον της η δημιουργία καριέρας η πιθανότητα απόκτησης ενός παιδιού είναι πλέον σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό μειωμένη. Δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι το γεννητικό σύστημα της γυναίκας είναι ρυθμισμένο για αναπαραγωγή από τα χρόνια της εφηβείας της. Εάν το σύστημα αυτό αδρανήσει για πολύ καιρό και μετά από 30 χρόνια π. χ γίνει προσπάθεια έναρξης της λειτουργίας του, γίνονται εύκολα αντιληπτές οι δυσκολίες. Φυσικά δεν πρέπει να αγνοηθεί το γεγονός ότι μια μεγάλης ηλικίας γυναίκα συνδέεται συνήθως με της ανάλογης ηλικίας άνδρα που κι αυτός έχει αυξημένες πιθανότητες προβλημάτων στη διαδικασία της γονιμοποίησης.

Άλλος ένας αρνητικός παράγοντας είναι το κράτος και η κοινωνική πρόνοια. Συχνά ακούγονται παράπονα για την προσφερόμενη ελλιπή βοήθεια. Πριν όμως επιρρίψουμε τις ευθύνες μας στο κράτος, πράγμα που γίνεται πολύ συχνά, θα πρέπει να αναλογιστούμε κάποιες αλήθειες. Η χώρα μας δεν είναι πλούσια (ούτε και ποτέ ήταν μετά την αρχαιότητα) τουλάχιστον θα πρέπει καλόπιστα να δεχτεί κανείς ότι στις περισσότερες περιπτώσεις γίνεται αυτό που είναι δυνατό. Βοηθάει π. χ το κράτος τους πολύτεκνους με ειδικά επιδόματα, φορολογικές απαλλαγές κλπ. Σίγουρα μπορεί να

προσφερθεί περισσότερη βοήθεια και αυτή προσφέρεται όμως δεν θα πρέπει να υποτιμηθεί. Θα πρέπει να εκτιμήσουμε, τέλος, τις τελευταίες προσπάθειες της Εκκλησίας για το σκοπό αυτό.

Οι βρεφονηπιακοί σταθμοί έπρεπε να είναι περισσότεροι ώστε οι μητέρες να μπορούν να επιδοθούν απρόσκοπτα στην εργασία τους χωρίς την έγνοια για το που θα αφήσουν το παιδί τους.

Η παιδεία πρέπει σίγουρα να βελτιωθεί, πρέπει επίσης να διαμορφωθούν περισσότεροι χώροι για παιχνίδια, αθλήματα κλπ.

Όλα αυτά όμως είναι δύσκολο να πραγματοποιηθούν και μάλιστα όταν δεν υπάρχουν άφθονοι πόροι. Έτσι οι απαιτήσεις θα πρέπει σε αυτόν τουλάχιστον τον τομέα να περιοριστούν στο λογικότερο δυνατό, χωρίς βέβαια να διακοπουν οι προσπάθειες για κάθε πιθανή βελτίωση.

Σίγουρα, η χώρα μας αντιμετωπίζει δημογραφικό πρόβλημα. Το πρόβλημα αυτό καθίσταται διαχρονικά οξύτερο, πράγμα που υποδηλώνει ότι τα μέσα που έχουν ως σήμερα χρησιμοποιηθεί δεν έχουν αποδώσει τα προσδοκώμενα αποτελέσματα. Ο Οικογενειακός Προγραμματισμός, αν προσαρμοστεί κατάλληλα και εφαρμοστεί έγκαιρα σε ευρύτερη κλίμακα, αποκτώντας τις διαστάσεις που προδιαγράψαμε, μαζί με την δυναμική Δημογραφική Πολιτική που επαγγέλλεται η Πολιτική στους τομείς της γονιμότητας και της γεννητικότητας, ασφαλώς έχουν τη δυνατότητα να αποκαταστήσουν την πληθυσμιακή ισορροπία και να αναπροσανατολίσουν προς την επιθυμητή κατεύθυνση τη δημογραφική συγκυρία. Χρειάζεται μια γενικότερη κινητοποίηση, ώστε άτομα και φορείς να συντρέξουν ενεργά την Πολιτεία στην προσπάθεια που έχει αναλάβει για την εξυγίανση του δημογραφικού μας περιβάλλοντος.<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> Παπαευαγγέλου Γ- Ρουμελιώτου Α- Καραγιάννη Γ. Αρχές και Μέθοδοι Ο. Π. 1979 Σ: 79-105

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

### ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ

«Κάθε παιδί που έρχεται στον κόσμο, να είναι επιθυμητό παιδί». Αυτό ήταν και είναι το πρώτο και βασικό σύνθημα του Οικογενειακού Προγραμματισμού. Τότε μόνο μπορεί να γίνει ευτυχισμένο και να απολαύσει ολόκληρη τη στοργή και τη φροντίδα της μητέρας του, αλλά και της ίδιας της οικογένειας στην οποία θα ζήσει. Η ολοκλήρωση αυτού του στόχου βρίσκεται μακριά ακόμα και στις ανεπτυγμένες κοινωνίες, όλοι μας όμως πρέπει τουλάχιστον να γνωρίζουμε το στόχο.

«Μητέρα» του ΟΠ θεωρείται μια νοσηλεύτρια από τη Νέα Υόρκη, η Margaret Sanger, η οποία συγκλονίστηκε όταν στις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα, παρακολούθησε από κοντά την ανάρρωση μιας νέας κοπέλας που είχε υποβληθεί σε παράνομη έκτρωση. Όταν αργότερα η κοπέλα αυτή πέθανε σε μια δεύτερη έκτρωση, η Margaret Sanger έκανε σκοπό της ζωής της την ενημέρωση του κοινού για τους κινδύνους των εκτρώσεων και την πρότασή της για τον «Οικογενειακό Περιορισμό», όπως τον ονόμασε τότε. Οργάνωσε μια απίστευτη εκστρατεία ενημέρωσης τυπώνοντας 1.000.000 φυλλάδια με τον τίτλο FAMILY LIMITATION, ταξίδεψε στην Ευρώπη για επιμόρφωση και αφού μελέτησε τις δυσκολίες και τις νομικές επιπτώσεις, άνοιξε το 1916 στο Brooklyn της Νέας Υόρκης την πρώτη κλινική ΟΠ.<sup>7</sup>

#### 2.1.ΣΤΟΧΟΙ

Έχει λεχθεί ότι ο «Οικογενειακός Προγραμματισμός θα μπορούσε να προσφέρει περισσότερα οφέλη σε περισσότερους ανθρώπους και με το μικρότερο κόστος όσο καμία άλλη τεχνολογία που είναι τώρα διαθέσιμη».

Την αλήθεια της παραπάνω διαπίστωσης καταλαβαίνει κανείς από τους στόχους του ΟΠ που είναι:

- Προγραμματισμός του χρόνου και του αριθμού των παιδιών που επιθυμεί το ζευγάρι.
- Μείωση του αριθμού των ανεπιθύμητων κυήσεων.

---

<sup>7</sup> Αλεξανδράκης 2001

- Προστασία από προβλήματα γονιμότητας.
- Καθοδήγηση σε θέματα ευγονικής.
- Προστασία από ΣΜΝ .Στην εποχή του AIDS η βαρύτητα αυτού του στόχου είναι περισσότερο από προφανής.
- Η μόλυνση από HPV και η πιθανή κατάληξη σε CIN III, ακόμα και σε νεαρές ηλικίες, και η σχέση με τη μικρή ηλικία έναρξης των σεξουαλικών σχέσεων, δεν πρέπει επίσης να υποτιμηθούν.

Ο ΟΠ στην αρχική του μορφή, στις παραδοσιακές κοινωνίες, είχε σαν σκοπό την ενίσχυση των γεννήσεων. Τότε η θνησιμότητα, ιδίως η βρεφική, ήταν τόσο μεγάλη, ώστε η προσπάθεια της κοινωνίας απέβλεπε στη γέννηση πολλών παιδιών. Δυστυχώς όμως ο ΟΠ ταυτίστηκε με τον έλεγχο των γεννήσεων ο οποίος εφαρμόζεται σε ορισμένες υπό ανάπτυξη χώρες, οι οποίες μαστίζονται από το πρόβλημα του υπερπληθυσμού. Και όμως ο ΟΠ διαφέρει βασικά από τον έλεγχο των γεννήσεων.

Ο ΟΠ δεν πρέπει επίσης να ταυτίζεται αποκλειστικά και μόνο με την αντισύλληψη, αφού δεν αποτελεί τη μοναδική επιδίωξή του. Παλαιότερα, η αντισύλληψη ήταν προσωπική υπόθεση του κάθε ατόμου. Σήμερα, χάρις στην πρόοδο της Ιατρικής, η αύξηση του μέσου όρου ζωής και η μείωση της περιγεννητικής θνησιμότητας όπως και η άσκηση προληπτικής Ιατρικής έχουν οδηγήσει σε μια τέτοια δημογραφική έκρηξη ώστε η αντισύλληψη να είναι υπόθεση όλης της κοινωνίας.

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

Θεμελιώδης προϋπόθεση για την εκπλήρωση του σκοπού αυτού είναι η διάδοση και η ορθολογική χρήση των μέσων ελέγχου της αναπαραγωγικότητας, αλλά και η γνώση μέτρων με τα οποία αντιμετωπίζεται η στειρώση ή η παροχή συμβουλών πάνω σε προβλήματα ευγονικής, ανατροφής των παιδιών, σεξουαλικής διαπαιδαγωγήσεως, προλήψεως αφροδίσιαων νοσημάτων κλπ.

Επίσης ασχολείται με τη φυσιολογική αναπαραγωγή, την διερεύνηση και αντιμετώπιση της στειρώσεως και των καθ' ἑξιν εκτρώσεων καθώς επίσης και με την διερεύνηση γενετικών προβλημάτων. Ο ΟΠ ασχολείται επίσης με προβλήματα τοπικού ή παγκόσμιου υπερπληθυσμού και την αντιμετώπισή του.



Στα πλαίσια της αντισύλληψης ο ΟΠ ασχολείται με την παροχή συμβουλών αναφορικά με την δημιουργία της επιθυμητής οικογένειας – αριθμός και χρόνος αποκτήσεως παιδιών – και την αποφυγή μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, ερευνά και αξιολογεί την αποτελεσματικότητα των αντισυλληπτικών μεθόδων και τέλος ενημερώνει τον πληθυσμό σε θέματα αντισύλληψης, όλα δε αυτά με σκοπό τον έλεγχο της γονιμότητας ο οποίος επιβάλλεται πλέον σε εθνική και παγκόσμια κλίμακα. Σήμερα, κάθε προηγμένη χώρα διαθέτει υπηρεσίες ΟΠ.<sup>8</sup>

## **2.2. ΤΡΟΠΟΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ**

Στον ΟΠ δίνεται συχνά μικρότερη προτεραιότητα σε σχέση με άλλες κοινωνικές και υγειονομικές παροχές. Έτσι, ανεξάρτητες ειδικές υπηρεσίες του ΟΠ λείπουν ή είναι ανεπαρκείς και περιορίζονται μόνο σε ορισμένες, κυρίως αστικές περιοχές. Έτσι, σπάνια η παροχή υπηρεσιών ΟΠ φθάνει στους αγράμματους, αμόρφωτους, φτωχούς και απομονωμένους, ενώ αυτοί είναι που έχουν τη μεγαλύτερη ανάγκη διαφώτισης και εξυπηρέτησης. Από τα παραπάνω προκύπτει ότι η επιτυχής εφαρμογή ΟΠ σε μεγάλους πληθυσμούς πρέπει να περιλαμβάνει:

- Ίδρυση περισσότερων κέντρων ΟΠ.
- Στελέχωση και εξοπλισμό των κέντρων ΟΠ με όλα τα απαραίτητα μέσα για την παροχή υπηρεσιών αντισύλληψης.
- Κατάλληλη καθοδήγηση του ζευγαριού, στο οποίο κρίθηκε απαραίτητη η τεχνητή διακοπή της κύησης για ιατρικούς ή κοινωνικούς λόγους.
- Ενεργοποίηση Εταιριών που έχουν άμεση ή έμμεση σχέση με τον ΟΠ , όπως η «Εταιρία ΟΠ », η «Ελληνική Εταιρία Γυναικολογικής Ενδοκρινολογίας» κλπ.
- Εφαρμογή προγραμμάτων σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης.
- Συγγραφή ειδικών εγχειριδίων για καθηγητές και μαθητές ανεξάρτητα ή υπό την αιγίδα κυβερνητικών φορέων.
- Προβολή των θεμάτων του ΟΠ από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης.
- Συνεχή ενημέρωση των ασχολούμενων με θέματα ΟΠ και των σπουδαστριών/σπουδαστών που θα στελεχώσουν αντίστοιχες υπηρεσίες.<sup>9</sup>

<sup>8</sup> Γεωργακόπουλος Π. Α. Επίτομη Μαιευτική Γυναικολογία και Νοσηλευτική, 7<sup>η</sup> Έκδοση. Επιστημονικές Εκδόσεις Γ. Παρισιάνου 1993 Σ: 43-49

<sup>9</sup> Ιατράκης Γ. Μ. Οικογενειακός Προγραμματισμός, Εκδόσεις Δεσμός 2002 Σ: 23-29

## 2.3.ΕΜΠΟΔΙΑ ΣΤΗ ΔΙΑΔΟΣΗ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ

Τα προβλήματα εφαρμογής των αρχών και μεθόδων ΟΠ 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 μπορεί να ταξινομηθούν σε τρεις μεγάλες κατηγορίες:

### 2.3.1. Αντιδραστική διάθεση στην αντισύλληψη

Οι αντιδράσεις συνοδεύονται συνήθως από υστερικές εκρήξεις φόβου αφανισμού της φυλής από την διαφαινόμενη μείωση του ρυθμού αυξήσεως του πληθυσμού. Χρειάζεται μεγάλη προσπάθεια να αποσυνδεθεί η έννοια του ΟΠ από τον έλεγχο των γεννήσεων και να αποδειχθεί ότι στις χώρες με εδραιωμένη χαμηλή αναπαραγωγικότητα, ο ΟΠ όχι μόνο δε συντελεί στην παραπέρα μείωση της γεννητικότητας, αλλά μπορεί να βοηθήσει στη σταθεροποίησή της σε παραδεκτά όρια.

Η συντηρητικότητα και ατολμία της πολιτικής ηγεσίας υποβοηθείται από συντηρητικές κοινωνικές και θρησκευτικές ομάδες. Έτσι κάθε σεξουαλική δραστηριότητα των νέων και ιδίως των εφήβων απορρίπτεται. Η αρνητική στάση στη σεξουαλικότητα των εφήβων είναι ανεδαφική, ενώ η παραδοχή της πραγματικότητας και η προσπάθεια υποβοηθήσεως των νέων με κατάλληλη σεξουαλική διαπαιδαγώγησης και ενημέρωση στις αρχές και μεθόδους του ΟΠ θα έχει ασφαλώς ευνοϊκές επιπτώσεις στα άτομα και γενικότερα στο κοινωνικό σύνολο.

Διάφορα ψυχολογικά προβλήματα αντιστρατεύονται επίσης τη διάδοση των προγραμμάτων ΟΠ. Οι άνδρες π.χ. πολλές φορές θεωρούν σαν αντιστροφή των σεξουαλικών ρόλων την εφαρμογή αντισυλληπτικής μεθόδου από τη γυναίκα. Αντίστροφα στην εφηβική ηλικία η ανωριμότητα και επιπολαιότητα δεν ωθεί τον έφηβο σε συμμετοχή στην αντισύλληψη. Άλλοτε ο άνδρας, όπως ο έφηβος αδιαφορεί για το αποτέλεσμα, γιατί θεωρεί την αντισύλληψη σαν αποκλειστική φροντίδα της γυναίκας.<sup>10</sup>

<sup>10</sup> Ζούρλας Π και Συνεργάτες. Μαθήματα Μαιευτικής Γυναικολογίας. Εκδόσεις Λύχνος 1986 Σ: 39-41

### **2.3.2.Ανεπάρκεια υπηρεσιών οικογενειακού προγραμματισμού**

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, οι υπηρεσίες ΟΠ σπάνια φθάνουν σε ορεινές και αγροτικές περιοχές, με αποτέλεσμα να επικρατεί πλήρης άγνοια των αρχών και μεθόδων του.

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

### **2.3.3.Αδυναμία εφαρμογής ειδικών μεθόδων αντισύλληψης**

Διάφορες ανακοινώσεις ερευνητικών εργασιών έχουν δημιουργήσει αμφιβολίες για την ασφάλεια ορισμένων μεθόδων. Φόβοι παρενεργειών από την χρησιμοποίηση ανασταλτικών της ωορρηξίας δημιούργησαν ψυχολογικά εμπόδια στην ευρεία διάδοσή τους. Παρόμοιες δυσχέρειες δημιουργήθηκαν για την εφαρμογή των ενδομητρικών σπειραμάτων και της χειρουργικής στειροποίησης. Προσπάθεια πρέπει να καταβληθεί για την άρση των ψυχολογικών αυτών εμποδίων.

Παράλληλα όμως επιβάλλεται η ενίσχυση ερευνητικών προγραμμάτων για βελτίωση της αποτελεσματικότητας και μείωση των παρενεργειών 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.

Η άρση των παραπάνω εμποδίων είναι βέβαιο ότι θα καταστήσει περισσότερο αποτελεσματικά τα προγράμματα ΟΠ στο γενικό σύνολο.

Είναι λοιπόν απαραίτητη αλλά και ωφέλιμη η δημοσιότητα και κριτική πάνω στα θέματα ΟΠ. Οι σκοποί του πρέπει να γίνουν γνωστοί στο ευρύ κοινό γιατί προσφέρονται για όλους τους ανθρώπους και αποσκοπούν στο να τους βοηθήσουν να αποκτήσουν ευτυχισμένη ζωή και οικογένεια. Έτσι η αμυντική ψυχολογία του παρελθόντος θα πρέπει να αντικατασταθεί με πρωτοβουλία για ευρεία ενημέρωση, αλλά και με διάθεση σωστής αντιμετώπισεως της κριτικής και των αντιδράσεων που τυχόν θα παρουσιαστούν κατά την εφαρμογή των προγραμμάτων ΟΠ.<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> Αλεξανδράκης 2001

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

### ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΗΣΗ

#### 3.1.ΓΕΝΙΚΑ

Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση είναι θέμα το οποίο απασχολεί αρκετές χώρες από πολλά χρόνια, τελευταία δε και την Ελλάδα. Πράγματι έχει αρχίσει ήδη να προβάλλεται από τα μέσα μαζικής ενημερώσεως. Αυτό μπορεί να συσχετισθεί με την αύξηση των προβλημάτων που συνδέονται με τη σεξουαλική συμπεριφορά των νεωτέρων ιδίως ατόμων, αλλά και με την αλλαγή της στάσεως της κοινωνίας απέναντι σε αυτά τα προβλήματα. Σήμερα είναι γεγονός ότι οι ενήλικες ανέχονται περισσότερο από άλλοτε τις προγαμιαίες σχέσεις, ενώ συγχρόνως δίνουν στους εφήβους ευκαιρίες και δυνατότητες στενής επαφής μεταξύ τους με σύγχρονη χαλάρωση της επιβλέψεώς τους.

Στις προηγμένες κοινωνικοοικονομικά χώρες έχει παρατηρηθεί ότι οι σεξουαλικές σχέσεις των εφήβων είναι πιο συχνές και πιο πρώιμες από ότι στο παρελθόν και αυτό έχει αρχίσει να παρουσιάζεται και στη δική μας χώρα.<sup>12</sup>

Ποια θα πρέπει να είναι η στάση της κοινωνίας αλλά και των γονέων ειδικότερα πάνω στις πρώιμες σεξουαλικές σχέσεις των παιδιών τους; Να τις ανεχθούν είναι βέβαια αρκετά δύσκολο και κυρίως είναι δύσκολο να αντιμετωπίσουν και να λύσουν τα πιθανά επακόλουθα αυτών των σχέσεων (π.χ. κύηση, ανύπαντρη μητέρα, βεβιασμένος γάμος, έκτρωση, αντισυλληπτικά κλπ). Ακόμη χειρότερη και με αμφίβολα αποτελέσματα είναι η τελείως απαγορευτική στάση, δεδομένου ότι οι νέοι επαναστατούν σε συστήματα που έχουν υπερβολική αυστηρότητα και προχωρούν από αντίδραση σε πράξεις τις οποίες πιθανόν δεν έχουν πρόθεση να κάνουν. Επομένως πρέπει να βρεθεί η χρυσή τομή στη συμπεριφορά των γονέων που θα πρέπει να καλλιεργηθεί από πολύ νωρίς, πριν ακόμη αρχίσουν να δημιουργούνται τέτοιου είδους προβλήματα και αυτό προσπαθεί να επιτύχει η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση.

Σκοπός της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης είναι η γνώση της ανατομίας και φυσιολογίας της αναπαραγωγής και των σεξουαλικών σχέσεων, αλλά και των συναισθημάτων τα οποία σχετίζονται με αυτές για την αγάπη, τη φιλία, τη χαρά, τη σεξουαλική ορμή, αλλά και για το πάθος ή τη λύπη που μπορεί να προκαλέσουν. Θα

---

<sup>12</sup> Ασκητής 2003

πρέπει να μάθουν για τις σχέσεις και τα προβλήματα που δημιουργεί ο γάμος, αλλά και για τις ψυχικές και σωματικές ανάγκες του παιδιού.

Η Σεξουαλική Διαπαιδαγώγηση έχει τους εξής σκοπούς όσον αφορά τα άτομα στα οποία απευθύνεται :

- Να τα απαλλάξει από το άγχος και τις προκαταλήψεις σχετικά με τη σεξουαλική λειτουργία.
- Να τα προφυλάξει από ΣΜΝ .
- Να τα βοηθήσει να αναπτύξουν αμυντικούς μηχανισμούς για την επιλεκτική αναστολή της σεξουαλικής ικανοποίησης.
- Να τα κάνει ικανά για καλές διαπροσωπικές σχέσεις και σωστή συμβίωση.
- Να περιορίσει τη συχνότητα της ανεπιθύμητης κύησης σε νεαρή ηλικία.... Αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία αν αναλογιστεί κανείς ότι τα μισά κορίτσια μέχρι την ηλικία των 16 έχουν ήδη ξεκινήσει σεξουαλικές επαφές και ότι πολλά από αυτά δεν ζητούν καμιά σχετική πληροφόρηση μέχρι τη στιγμή που θα μείνουν έγκυες.<sup>13</sup>

Βέβαια η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση δεν είναι μια έννοια καινούργια. Πάντα υπήρχε ενημέρωση γύρω από το θέμα η οποία όμως συνήθως γινόταν από συνομήλικους που μετέφεραν λανθασμένες ιδέες, συχνά άσχημα χρωματισμένες. Άρα σεξουαλική διαπαιδαγώγηση γινόταν πάντοτε και επομένως το θέμα είναι όχι αν θα πρέπει να γίνεται, αλλά πως θα γίνεται σωστά για να έχει τα επιθυμητά αποτελέσματα.

Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση θα πρέπει να γίνεται κυρίως από τους γονείς και τους δασκάλους.

Η σημασία της συμμετοχής των γονέων στη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση είναι τεράστια. Εν τούτοις οι γονείς αισθάνονται δέος και φόβο που είναι αποτέλεσμα του συναισθήματος ευθύνης που έχουν και του ερωτήματος μήπως δεν μπορέσουν ν' ανταποκριθούν και να καθοδηγήσουν το παιδί τους σωστά. Άλλοι φοβούνται μήπως μειωθεί το κύρος τους ή τα παιδιά τους αποχαλινωθούν. Όμως πρέπει να γίνει συνείδηση ότι σεξουαλική διαπαιδαγώγηση δεν σημαίνει αφήστε τα παιδιά σας να

---

<sup>13</sup> Ιατράκης Γ. Μ. Οικογενειακός Προγραμματισμός. Εκδόσεις Δεσμός 2002 Σ: 20-22



κάνουν ότι θέλουν γύρω από το σεξ, αλλά σημαίνει μάθετε τα παιδιά σας ότι, υπάρχουν και πρέπει να υπάρχουν φραγμοί γύρω από το σεξ, και βοηθήστε τα να βάλουν αυτά τα ίδια τους φραγμούς αυτούς στην δική τους τη ζωή. Οι γονείς πρέπει να είναι κοντά στα παιδιά τους ιδίως τα πρώτα χρόνια, να κατανοούν τη συναισθηματικής του κατάσταση, αλλά και τις πνευματικές τους ικανότητες και έτσι να γίνουν οι πιο κατάλληλοι για να ξεκινήσουν τη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση.

Βέβαια τίθεται το ερώτημα πότε πρέπει ν' αρχίσει αυτή η διαπαιδαγώγηση. Είναι γενικά σήμερα παραδεκτό ότι η σεξουαλική αγωγή δεν είναι μια ομάδα συμβουλών που κάποτε πρέπει να την πουν οι γονείς στα παιδιά τους. Είναι μια συνεχής παροχή πληροφοριών και αντιδράσεων τις οποίες θα μπορούσε να πει κανείς ότι πρέπει να δίνουν οι γονείς στα παιδιά τους από την γέννησή τους.

Οι γονείς πρέπει να επαγρυπνούν και σε κάθε ευκαιρία να διαφωτίζουν, να δίνουν σωστές ερμηνείες και να κατευθύνουν τα παιδιά τους. Αφορμές δίνονται συνεχώς με τις απορίες τους π.χ. για τη διαφορά των γεννητικών οργάνων αγοριών και κοριτσιών, για το πως γίνονται τα μωρά.<sup>14</sup>

Οι γονείς δεν πρέπει να πάρουν αρνητική ή και απαγορευτική στάση πάνω στα ερωτήματα αυτά, αλλά αντίθετα πρέπει αυτό να είναι αφορμή για συζήτηση πάνω στις διαφορές αγοριών και κοριτσιών με πολύ φυσιολογικό τρόπο. Αν τα παιδιά από πολύ μικρά μεγαλώνουν χωρίς το συναίσθημα ότι είναι ντροπή να γίνεται λόγος για ότι έχει σχέση με το σεξ, δέχονται πολύ καλύτερα κατά την εφηβεία μηνύματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης.

Ο γονιός με απλά λόγια και ανάλογα με το εξελικτικό στάδιο του παιδιού του (δηλ. ανάλογα με την ηλικία του, το επίπεδό κατανόησής και το ενδιαφέρον του), καλό είναι να ξεκινάει την Σ. Δ από την νηπιακή ηλικία , ονοματίζοντας τα μέλη του σώματός του παιδιού. Οι γονείς θα πρέπει ν' απαντούν στις ερωτήσεις του παιδιού με αμεσότητα και ειλικρίνεια χρησιμοποιώντας απλούς όρους, κατανοητούς στο παιδί. Ο γονιός θα πρέπει να προσέχει να μην επινοεί λέξεις για να περιγράψει την σεξουαλική ανατομία γιατί με αυτόν τον τρόπο δίνει στο παιδί το μήνυμα ότι αυτά τα μέρη του σώματος είναι διαφορετικά, περιβάλλονται με μυστικότητα και δημιουργούν αμηχανία.<sup>15</sup>

---

<sup>14</sup> Γκιγόντας 2002

<sup>15</sup> Ασκητής 2003

Αργότερα βέβαια όσο μεγαλώνει το παιδί οι ερωτήσεις είναι πιο συγκεκριμένες, πιο δύσκολες και δείχνουν την τάση που έχουν τα παιδιά για ενεργό συμμετοχή.

Πολλές φορές ο καλύτερος τρόπος είναι να ρωτήσουμε το παιδί τι νομίζει αυτό, ώστε να ανοίξει πιο εύκολα ο δρόμος για συζήτηση. Όταν αυτό αρχίσει από την πολύ μικρή ηλικία, τότε θα δημιουργηθεί εμπιστοσύνη μεταξύ γονέων και παιδιών.

Η αγάπη και η κατανόηση μέσα στην οικογένεια και η αμοιβαία εμπιστοσύνη θέτουν υγιείς βάσεις για τη σωστή διαπαιδαγώγηση των παιδιών ώστε η ολοκλήρωση των σεξουαλικών σχέσεων να συμβαδίζει με ανάλογη ολοκλήρωση της προσωπικότητας του εφήβου.

Εκτός όμως από τους γονείς και οι δάσκαλοι πρέπει να συμμετέχουν στη γενική διαπαιδαγώγηση των παιδιών αλλά και στη σεξουαλική διαπαιδαγώγησή τους. Θα πρέπει όμως οι δάσκαλοι να έχουν κατάλληλες γνώσεις και εκπαίδευση, ώστε να δώσουν στα παιδιά σωστά μηνύματα. Στο νηπιαγωγείο και στις πρώτες τάξεις του δημοτικού είναι σχετικά εύκολα τα πράγματα. Χρειάζεται να δημιουργήσει ο δάσκαλος πνεύμα ειλικρίνειας και να κατανοήσει την αξία του διαλόγου με τους μαθητές. Πρέπει να απαντά χωρίς να επεκτείνεται σε άσκοπες λεπτομέρειες.

Οι δυσκολίες αρχίζουν στις μεγάλες τάξεις του γυμνασίου όταν ο έφηβος χρειάζεται και ειδική μεταχείριση και κατανόηση των ψυχολογικών και βιολογικών του μεταβολών. Πράγματι η εφηβεία είναι ένας σημαντικός σταθμός στην ανάπτυξη του ανθρώπου. Κατ' αυτήν συμβαίνει μια υπερπαραγωγή ορμονών κυρίως από αδένες του γεννητικού συστήματος, οι οποίες επιδρούν στη φυσική, αλλά και συναισθηματική κατάσταση του ατόμου. Είναι η ενδιάμεση φάση από την παιδική ηλικία στην ενηλικίωση. Η επιθυμία για σεξ είναι αρκετά έντονη.

Η έντονη σεξουαλική επιθυμία καταπιέζεται και αυτή η καταπίεση οδηγεί σε αυνανισμό που πρέπει να αντιμετωπίζεται σαν ένα φυσιολογικό γεγονός στην εφηβεία.

Όσοι όμως έχουν σεξουαλικές σχέσεις θα πρέπει να μάθουν και να συνειδητοποιήσουν ότι είναι απόλυτα υπεύθυνοι γι' αυτό που κάνουν. Θα πρέπει να είναι υπεύθυνοι ο ένας απέναντι στον άλλο, τις σχέσεις τους δε αυτές θα πρέπει να τις κρατούν σε παραδεκτά για την κοινωνία στην οποία ζουν πρότυπα.

Σ' αυτή την ηλικία μπορεί να συζητηθούν τα κοινωνικά προβλήματα που δημιουργούν οι σεξουαλικές σχέσεις όπως η κύηση, η έκτρωση, τα νόθα παιδιά, αλλά και οι ψυχολογικές επιπτώσεις των σεξουαλικών σχέσεων πάνω στους εφήβους. Στην ανάπτυξη των προβλημάτων που συνδέονται με την σεξουαλική ζωή εύκολα μπορεί να ενσωματωθούν βασικές αρχές και μέθοδοι οικογενειακού προγραμματισμού. Η ηλικία

αυτή έχει ιδιαίτερη ανάγκη καθοδηγήσεως για πρόληψη των αφροδισίων νοσημάτων και αντισύλληψη. Κάθε σχετική ενημέρωση θα βοηθήσει στην αντιμετώπιση των προβλημάτων αυτών. Έτσι μόνο θα μειωθεί η συχνότητα των εκτρώσεων και των αφροδισίων νοσημάτων που σήμερα είναι ιδιαίτερα υψηλή κατά την εφηβική και την προ του γάμου ηλικία.<sup>16</sup>

---

<sup>16</sup> Βουλγαρίδης Γ. Ζ. Η αναπαραγωγή. Γνωρίστε τα μυστικά της και πώς να την ελέγξετε. Επιστημονικές Εκδόσεις Γ. Παρισιάνου 2002 Σ: 43-49



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ

Πάντοτε υπήρχε αντίθεση στην εφαρμογή των μεθόδων αντισυλληψέως, που αποσκοπούσε στην όσο το δυνατόν υπέρμετρη αύξηση του πληθυσμού της φυλής που κινδύνευε να αφανιστεί από την τρομερή θνησιμότητα. Η αντίθεση εκδηλωνόταν με θρησκευτικές επιταγές, ιατρική απροθυμία ή αντίδραση και με εγκατάσταση προκαταλήψεων και διάδοση διαφόρων δοξασιών, σύμφωνα με τις οποίες η αντισύλληψη επέφερε ψυχικές διαταραχές, στειρώση, καρκίνο, σεξουαλική ανεπάρκεια κλπ. Εν τούτοις πάντοτε επιχειρήθηκε η εφαρμογή αντισυλληψέως με μαγικές, παράξενες, επικίνδυνες και ανεπιτυχείς μεθόδους. Γι' αυτό σε αποτυχία κατέφευγαν σε έκτρωση ή παιδοκτονία.

#### 4.1.ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ

Απαραίτητες προϋποθέσεις για την υιοθέτηση μιας αντισυλληπτικής μεθόδου είναι οι εξής:

- Να επιτρέπει φυσιολογική γενετήσια επαφή αλλά να παρεμποδίζει τη σύλληψη.
- Να μην έχει δυσμενή επίδραση στη σωματική ή ψυχική υγεία του ζεύγους.
- Η δράση της στην ικανότητα σύλληψέως να μην είναι μόνιμη, αλλά αναστρέψιμη.

Για την ευρύτερη όμως εφαρμογή της και για την ευχερέστερη αποδοχή της από τον πληθυσμό η μέθοδος πρέπει πάνω από τις τρεις παραπάνω προϋποθέσεις να:

- έχει χαμηλό κόστος και
- να είναι απλή και εύχρηστη από το ευρύ κοινό.

#### 4.2.ΕΠΙΛΟΓΗ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΗΣ ΜΕΘΟΔΟΥ

Η ποικιλία των υπάρχουσών μεθόδων αντισυλληψέως προβάλλει την ανάγκη επιλογής που είναι ατομικό θέμα της συζύγου ή του συζύγου, αλλά και συνδυασμός των δυνατοτήτων και των επιθυμιών και των δύο. Απαραίτητη επομένως είναι η συνεργασία με το γιατρό και τη μαία για την ανεύρεση της πιο κατάλληλης και

πρακτικής μεθόδου. Η επιλογή μιας αντισυλληπτικής μεθόδου εξαρτάται από το αν αυτή θα είναι μόνιμη ή αναστρέψιμη, από τον βαθμό αποτελεσματικότητας της μεθόδου και από την αντικειμενική δυνατότητα να την εφαρμόζει σωστά το ζευγάρι. Ο σύμβουλος ΟΠ θα πρέπει να λάβει υπ' όψιν του τους παρακάτω παράγοντες για την επιλογή της κατάλληλης μεθόδου κατά περίπτωση:

#### **4.2.1.Κίνητρα του ζεύγους**

Η ανάγκη αντισυλληψεως μπορεί να είναι:

- **Απόλυτη:** π.χ. Όταν υπάρχουν σοβαρές παθήσεις της μητέρας από τις οποίες μπορεί να απειληθεί σοβαρά η υγεία της ή όταν υπάρχουν φόβοι γεννήσεως παιδιού με σοβαρή κληρονομική πάθηση.
- **Μεγάλη:** Όταν υπάρχουν ήδη πολλά παιδιά και το ζεύγος δεν επιθυμεί άλλα, ή όταν παρεμβάλλεται μια προσωρινή αρρώστια ή σοβαρή κοινωνική ή οικονομική κρίση.
- **Σχετική:** Το ζεύγος επιθυμεί να αναστείλει μόνο προσωρινά τη γέννηση παιδιού ή να ρυθμίσει το μεσοδιάστημα μεταξύ 2 παιδιών. Η αποτυχία της αντισυλληπτικής μεθόδου στην περίπτωση αυτή δεν θα δημιουργήσει σοβαρό πρόβλημα.<sup>17</sup>

#### **4.2.2. Ιατρικές ενδείξεις και πληροφορίες**

Η επιλογή της αντισυλληπτικής μεθόδου θα εξαρτηθεί από το ιατρικό ιστορικό του ζευγαριού και ιδίως της γυναίκας. Πριν από την υπόδειξη κατάλληλης αντισυλληπτικής μεθόδου για το υποψήφιο ζευγάρι θα πρέπει να εξετασθεί το ιατρικό του ιστορικό και η παρούσα ιατρική κατάσταση.

#### **4.2.3.Οικογενειακή και οικονομική κατάσταση**

Η ανάγκη και το είδος αντισυλληψεως εξαρτάται από την οικογενειακή κατάσταση της γυναίκας. Η ανύπαντρη έχει μεγαλύτερη ανάγκη αντισυλληψεως από μια παντρεμένη που θέλει απλώς να αναστείλει την απόκτηση παιδιών για λίγα χρόνια. Η οικονομική κατάσταση του ζευγαριού θα επιτρέψει ή όχι τη χρήση ενός ακριβού αντισυλληπτικού κ.ο.κ.

---

<sup>17</sup> Beller F.K- Weir R. F. The Beginning of Human Life. Klumer Academic Publishers 1994

#### **4.2.4. Ηθικές και θρησκευτικές πεποιθήσεις του ζευγαριού**

Σε πολλά ζευγάρια ιδίως καθολικά θα αναγκαστούμε να περιοριστούμε μόνο στη διδασκαλία της μεθόδου του ρυθμού. Σε άλλες περιπτώσεις θα προσπαθήσουμε να πείσουμε το ζευγάρι για λανθασμένες ή αμφισβητούμενες αρχές και πεποιθήσεις. Στο θέμα αυτό χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή. Θα πρέπει να πληροφορήσουμε το ζευγάρι, όχι να το εξαναγκάσουμε με οποιοδήποτε τρόπο ή να προσπαθήσουμε να επιβάλλουμε απόψεις που είναι αντίθετες στις ηθικές του αρχές.

#### **4.2.5. Έξεις και τρόποι ζωής, κοινωνικές συνήθειες**

Αυτές θα καθορίσουν π.χ. πόσο εύκολη είναι η καθημερινή λήψη του αντισυλληπτικού ή ακόμη αν οι σεξουαλικές επαφές είναι τόσο συχνές ώστε να επιβάλλουν τη συνεχή, μόνιμη αντισύλληψη ή αν υπάρχει αποστροφή προς το ενδομήτριο έλασμα κλπ.

#### **4.2.6. Χαρακτηριστικά της αντισυλληπτικής μεθόδου**

Τα χαρακτηριστικά της αντισυλληπτικής μεθόδου σε συνδυασμό με τους παραπάνω πέντε παράγοντες θα καθορίσουν την τελική επιλογή. Στη λήψη της αποφάσεως τον κυριότερο ρόλο θα παίξουν η αποτελεσματικότητα και οι παρενέργειες του αντισυλληπτικού.

### **4.3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ**

Η αποτελεσματικότητα των μεθόδων αντισύλληψης μπορεί να εκτιμηθεί με το πόσες γυναίκες έμειναν έγκυες από ένα σύνολο 100 γυναικών που χρησιμοποιούσαν τη μέθοδο για ένα χρόνο, και εκφράζεται ανά «100 γυναίκες-χρόνια».

Σύμφωνα με τον τύπο του Pearl γίνεται διαίρεση του αριθμού των κηύσεων δια του συνολικού αριθμού των μηνών της χρονικής περιόδου παρακολούθησης των ζευγαριών και πολλαπλασιασμός αυτού του πηλίκου με το 1200.<sup>18</sup> Το 1200 αντιστοιχεί σε 100 γυναίκες που εφάρμοσαν τη μέθοδο για 12 μήνες (1 χρόνο), δηλαδή σε ένα σύνολο 1200 μηνών. Για τον υπολογισμό εφαρμόζεται ουσιαστικά η μέθοδος των τριών. Για παράδειγμα, 90 γυναίκες εφάρμοσαν μια αντισυλληπτική μέθοδο για 11 μήνες και έμειναν έγκυες 2. Σε 1200 μήνες εφαρμογής της μεθόδου, θα έχουμε 2,4 κηύσεις.

<sup>18</sup> Ιατράκης Γ. Μ. Οικογενειακός Προγραμματισμός. Εκδόσεις Δεσμός 2002

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>

### ΦΥΣΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ

Όλες (με εξαίρεση την αποχή!) έχουν μεγάλα ποσοστά αποτυχίας στην πράξη.

#### 5.1.ΑΠΟΧΗ

Συνήθως δεν χρησιμοποιείται γι' αντισυλληπτικούς λόγους αλλά για λόγους γενικής θεώρησης των ανθρώπινων σχέσεων.

##### Αποτελεσματικότητα

Η αποτυχία της όχι πάνω από 0%!

##### Πλεονεκτήματα

- Όταν αποτελεί επιλογή, αξιολογεί καλύτερα τους άλλους (αγνοώντας π.χ. οτιδήποτε σχετίζεται με «επιφανειακά» ερεθίσματα)!
- Προστατεύει από τα ΣΜΝ και από το CΙΝ!<sup>19</sup>

##### Μειονεκτήματα

Όταν δεν αποτελεί επιλογή!

##### Ενδείξεις

- Γενική θεώρηση των ανθρώπινων σχέσεων.
- Προσωπικοί λόγοι.
- Πολύ νεαρές ηλικίες.

##### Αντενδείξεις

Δεν υπάρχουν όταν αποτελεί επιλογή!

---

<sup>19</sup> Ιατράκης Γ. Μ. Οικογενειακός Προγραμματισμός. Εκδόσεις Δεσμός 2002 Σ: 43-49

## 5.2.ΘΗΛΑΣΜΟΣ

Η αμηνόρροια που προκαλείται από τον θηλασμό θεωρείται σαν μια φυσική αντισυλληπτική μέθοδος. Η ωοθυλακιορρηξία κατά την διάρκεια της γαλουχίας καταστέλλεται. Ο θηλασμός αυξάνει τα επίπεδα της προλακτίνης και ελαττώνει την έκλυση της GnRH, που συνεπάγεται ελάττωση της LH με αποτέλεσμα την αναστολή της ωρίμανσης του ωοθυλακίου.

### Αποτελεσματικότητα

Ο πιο σημαντικός παράγοντας στην αποτελεσματικότητα είναι η συχνότητα και η διάρκεια του θηλασμού και όσο μικρότερες είναι αυτές τόσο μεγαλύτερα είναι και τα ποσοστά αποτυχίας της μεθόδου. Όταν υπάρχει αμηνόρροια, το νεογνό δεν είναι μεγαλύτερο από 6 μηνών και ο θηλασμός είναι ο μόνος τρόπος διατροφής του νεογνού, η αποτυχία του είναι μόνο 2%. Πάντως, η πρώτη ωοθυλακιορρηξία μπορεί να προηγηθεί της πρώτης εμμηνορρυσίας.

Επομένως, ο «πλήρης» θηλασμός, στον οποίο το μωρό δεν παίρνει καθόλου υγρά εκτός από εκείνα της μητέρας του, είναι μια υψηλής αποτελεσματικότητας φυσική αντισύλληψη, που όμως στην πράξη σπάνια εφαρμόζεται στο δυτικό κόσμο.

Αν ο πλήρης θηλασμός συνδυαστεί με τη λήψη αντισυλληπτικών δισκίων που περιέχουν μόνο προγεστερόνη, η αποτελεσματικότητα είναι εξαιρετική, και μόνο αν περάσουν 12 ώρες από την τακτική λήψη των δισκίων, χρειάζονται επιπλέον προφυλάξεις.<sup>20</sup>

## 5.3.ΗΜΕΡΟΛΟΓΙΑΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ

Εισαγωγικά αναφέρουμε ορισμένα στοιχεία για την ωοθυλακιορρηξία και τα ανώτερα όρια επιβίωσης του ωαρίου και των σπερματοζωαρίων στη βλέννα του γεννητικού συστήματος της γυναίκας που έχουν άμεση σχέση με τη γονιμότητα. Η ωοθυλακιορρηξία συνήθως συμβαίνει 12 έως 16 μέρες πριν την επόμενη εμμηνορρυσία. Το μέγιστο της επιβίωσης του ωαρίου πιστεύεται ότι είναι 24 ώρες αλλά η επιτυχημένη γονιμοποίησή του φαίνεται ότι είναι απίθανο να διαρκεί περισσότερο από 12 ώρες. Φαίνεται ότι το σπερματοζωάριο συνήθως δεν επιβιώνει περισσότερο από 6 ώρες μέσα στον κόλπο.

---

<sup>20</sup> Μπαγετάκος 2002

Στο παρελθόν, η κλασική βιβλιογραφία ανέφερε μέσους χρόνους επιβίωσης των σπερματοζωαρίων γύρω στις 3-4 ημέρες μέσα στο γυναικείο γεννητικό σύστημα. Όμως η επιβίωση των σπερματοζωαρίων μπορεί να φθάνει τις 5 ημέρες και σε μερικά σπάνια ζευγάρια, ιδιαίτερα αν η γυναίκα παράγει καλή βλέννα για μακρύ χρονικό διάστημα, μπορεί να φθάσει ακόμα και τις 7 ημέρες.

Για να καθοριστούν με την όσο το δυνατόν μεγαλύτερη ακρίβεια οι ημέρες γονιμότητας, είναι απαραίτητη η γνώση της χρονικής διάρκειας των κύκλων για 8-12 μήνες, ώστε να σημειώσουμε τη χρονική διάρκεια του μεγαλύτερου (L) και του μικρότερου (S) κύκλου σ' αυτό το χρόνο. Έπειτα λαμβάνοντας υπ όψιν ότι: α) Η ωορρηξία συμβαίνει 12-16 ημέρες πριν από την επόμενη εμμηνορρυσία, β) το ωάριο ζει 12-24 ώρες και γ) τα σπερματοζωάρια ζουν 48-72 ώρες μέσα στο σαλπγγικό χώρο, μπορούμε να καθορίσουμε τις γόνιμες ημέρες ως εξής: Από το μεγαλύτερο κύκλο αφαιρούμε 10 ημέρες και από το μικρότερο κύκλο αφαιρούμε 18 ημέρες. π.χ. εάν ο μεγαλύτερος κύκλος που παρατηρήθηκε ήταν 30 ημέρες και ο μικρότερος 26 ημέρες, τότε  $30-10=20$  και  $26-18=8$ , δηλ. από την 8<sup>η</sup> έως την 20<sup>η</sup> ημέρα από την έναρξη της εμμηνου ρύσεως η γυναίκα αυτή είναι δυνατόν να συλλάβει. Εννοείται ότι για μεγαλύτερη ασφάλεια μπορούμε να πάρουμε σαν δεδομένο τους μεγαλύτερους χρόνους επιβίωσης των σπερματοζωαρίων, οπότε οι παραπάνω υπολογισμοί γίνονται αναλόγως.

Μια παραλλαγή των ανωτέρω είναι η μέθοδος των σταθερών ημερών (Standard Days Method). Σύμφωνα με αυτή, οι γυναίκες που έχουν κύκλο 26-32 ημέρες δε χρειάζεται να κάνουν υπολογισμό γόνιμων ή επικίνδυνων ημερών. Απλά αποφεύγουν την συνουσία χωρίς προφύλαξη από την 8<sup>η</sup> έως την 19<sup>η</sup> μέρα του κύκλου, συνολικά 12 ημέρες. Επιστημονικά δοκιμάστηκε η μέθοδος αυτή σε 478 γυναίκες για 2 χρόνια. Αποδείχτηκε ότι η δυνατότητα εγκυμοσύνης είναι περίπου 5-12 % το χρόνο, ανάλογα με το πόσο προσεκτικά εφαρμόζεται η μέθοδος.

#### Αποτελεσματικότητα

Πρακτικά έχει ποσοστά αποτυχίας πάνω από 10%. Βελτίωση της αποτελεσματικότητας μπορεί να επιτευχθεί αν χρησιμοποιείται μόνο στη δεύτερη φάση του κύκλου.

#### Πλεονεκτήματα

- Δεν έχει ιατρικές παρενέργειες.



- Είναι δωρεάν.
- Είναι αποδεκτή από πολλούς με ορισμένες θρησκευτικές απόψεις, που δεν είναι μόνο οι Ρωμαιοκαθολικοί.
- Είναι κάτω από τον έλεγχο του ζευγαριού.
- Αφού η γυναίκα κατανοήσει πλήρως τη μέθοδο (μετά από προσεκτική διδασκαλία), δεν απαιτείται περαιτέρω παρακολούθηση.
- Η κατανόηση της μεθόδου μπορεί να βοηθήσει υπογόνιμα ζευγάρια να πετύχουν κήση.

#### Μειονεκτήματα

- Σε μη πλήρη κατανόηση της μεθόδου έχει μεγάλα ποσοστά αποτυχίας..
- Μπορεί να αποτελέσει πηγή άγχους η ημερολογιακά «οριακή» εφαρμογή της.
- Ένας ανησυχητικά δυνητικός κίνδυνος είναι η πιθανότητα εμβρυϊκών ανωμαλιών που οφείλονται σε συλλήψεις σαν αποτέλεσμα γονιμοποίησης γερασμένων γαμετών. Πάντως, μελέτη της ΠΟΥ δεν έδειξε την παραμικρή αύξηση της συχνότητας ανωμαλιών στη γέννηση. Ο κίνδυνος, αν είναι πραγματικός, πρέπει να είναι σίγουρα πολύ μικρός.

#### Ενδείξεις

- Όταν δεν υπάρχουν άλλες αποδεκτές λύσεις για το συγκεκριμένο ζευγάρι.
- Όταν οι άλλες εναλλακτικές λύσεις προκαλούν προβλήματα ενοχής σε άτομα με ορισμένες θρησκευτικές απόψεις.

#### Αντενδείξεις

- Μη δυνατότητα πλήρους κατανόησης της εφαρμογής της.
- Αν δεν είναι γνωστές οι διάρκειες των κύκλων και υπάρχει ανάγκη για αντισύλληψη στο άμεσο μέλλον (αφού η εφαρμογή της απαιτεί την παρακολούθηση μερικών μηνών).<sup>21</sup>

<sup>21</sup> Ιατράκης Γ. Μ. Οικογενειακός Προγραμματισμός. Εκδόσεις Δεσμός 2002 Σ: 45-52

#### **5.4.ΜΕΘΟΔΟΣ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΤΩΝ ΚΥΚΛΙΚΩΝ ΜΕΤΑΒΟΛΩΝ ΤΗΣ ΤΡΑΧΗΛΙΚΗΣ ΒΛΕΝΝΗΣ -ΠΟΝΟΣ ΩΟΘΥΛΑΚΙΟΡΡΗΞΙΑΣ**

Οι αναγνωρίσιμες κυκλικές μεταβολές της τραχηλικής βλέννης που παρατηρούνται κατά τις διάφορες φάσεις του κύκλου, είναι το αποτέλεσμα της επίδρασης των στεροειδών γεννητικών ορμονών και αποτελούν τη βάση της μεθόδου της τραχηλικής βλέννης, η οποία είναι γνωστή και σαν μέθοδος του Biling.

Η τραχηλική βλέννη αλκαλοποιεί το κοιλιακό περιβάλλον και το καθιστά λιγότερο εχθρικό για τα σπερματοζώαρια, αφού το όξινο κοιλιακό περιβάλλον επιτρέπει μόνο την ολιγόωρη επιβίωσή τους.

Με τις κυκλικές μεταβολές της τραχηλικής βλέννης ο τράχηλος της μήτρας συμπεριφέρεται σαν ένας βιολογικός ηθμός, εξασφαλίζοντας συγχρόνως ενεργειακά αποθέματα για τα σπερματοζώαρια, ώστε να συνεχίσουν το ταξίδι τους μέχρι τις σάλπιγγες.

Οι κυκλικές μεταβολές της τραχηλικής βλέννης γίνονται αντιληπτές στον κόλπο, υποκειμενικά και αντικειμενικά

Αμέσως μετά την έμμηνο ρύση, η τραχηλική βλέννη σχηματίζει ένα παχύ κολλώδες βύσμα που αποφράσσει το τραχηλικό στόμιο. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα τη δημιουργία ενός αισθήματος ξηρότητας στον κόλπο που επιβεβαιώνεται με την απουσία βλέννης κατά το σκούπισμα πριν και μετά την ούρηση. Τα χαρακτηριστικά αυτά προσδιορίζουν τις «στεγνές», μη γόνιμες μέρες.

Με την έκκριση των οιστρογόνων στην αρχή η τραχηλική βλέννη γίνεται παχιά και κολλώδης ενώ παράλληλα εξαφανίζεται το αίσθημα υγρότητας του κόλπου. Με το σκούπισμα των εξωτερικών γεννητικών οργάνων αναγνωρίζεται η παρουσία της με το χαρακτηριστικό ότι δεν κλωστιάζει. Το χαρακτηριστικό αυτό παρατηρείται κατά μέσο όρο 6 μέρες πριν την ωοθυλακιορρηξία με απόκλιση 3-10 ημερών.

Γύρω από την ωοθυλακιορρηξία η τραχηλική βλέννη γίνεται λεπτόρρευστη, διαυγής και εμφανίζει νηματοειδή εκτασιμότητα . Αναφέρεται αίσθημα υγρότητας του κόλπου, και τα χείλη του αιδοίου γλιστρούν εύκολα μεταξύ τους. Στο σκούπισμα πριν ή μετά την ούρηση διαπιστώνονται τα παραπάνω χαρακτηριστικά της τραχηλικής βλέννης, που προσομοιάζεται με το λευκό του αυγού.

Η τελευταία μέρα εμφάνισης της γόνιμης βλέννης ονομάζεται «ημέρα αιχμής»(peak day), χωρίς αυτό να έχει καμία σχέση με την ποσότητα και ποιότητα της τραχηλικής βλέννης.



Μετά την ωοθυλακιορρηξία η έκκριση της προγεστερόνης τη μετατρέπει στην αρχική της κατάσταση.

Η «ημέρα αιχμής» (*peak day*) συμβαίνει μεταξύ 2 ημερών πριν και 3 μετά την ωοθυλακιορρηξία. Η ημέρα αυτή μπορεί να προσδιοριστεί μόνο αναδρομικά και διαπιστώνεται με την απώλεια του αισθήματος εφύγρανσης του κόλλπου.

Φάρμακα που επηρεάζουν την ποσότητα και ποιότητα της τραχηλικής βλέννης είναι τα ηρεμιστικά, αντισταμινικά, η μαριχουάνα και τα θυρεοειδικά σκευάσματα.<sup>22</sup> Όσον αφορά τον πόνο της ωοθυλακιορρηξίας, που οφείλεται σε τέντωμα της ωοθηκικής κάψας, παρατηρείται 24-28 ώρες πριν από την ωοθυλακιορρηξία.

### Αποτελεσματικότητα

Πρακτικά έχουν μεγάλα ποσοστά αποτυχίας που ξεπερνούν το 10%.

Μια γυναίκα που θα χρησιμοποιήσει τα χαρακτηριστικά της τραχηλικής βλέννης για αντισυλληπτική προστασία θα συναντήσει μερικά πρακτικά προβλήματα που μπορούν να προκαλέσουν σύγχυση στην εκτίμηση της βλέννης και επομένως αποτυχία της μεθόδου. Για παράδειγμα, μπορεί να παρατηρηθεί αλλοίωση της βλέννης από σεξουαλική διέγερση, από ανάμειξή της με σπέρμα και από τραχηλίτιδα ή κολπίτιδα.

### Πλεονεκτήματα

- Δεν έχει ιατρικές παρενέργειες.
- Είναι δωρεάν.
- Είναι αποδεκτή από πολλούς με ορισμένες θρησκευτικές απόψεις.
- Είναι κάτω από τον έλεγχο της γυναίκας.
- Η μέθοδος μπορεί να βοηθήσει υπογόνιμα ζευγάρια να πετύχουν κύηση.

### Μειονεκτήματα

- Μπορεί να παρατηρηθεί αλλοίωση της τραχηλικής βλέννης από σεξουαλική διέγερση αλλά και από ανάμειξή της με σπέρμα. Και στις δύο αυτές περιπτώσεις το υγρό που εξετάζει η γυναίκα μπορεί να μιμηθεί τα χαρακτηριστικά της τραχηλικής βλέννης κατά την ωοθυλακιορρηξία.

---

<sup>22</sup> Παπουτσής 2003

- Μπορεί να γίνει σύγχυση με άλλης αιτιολογίας άλγος τις μέρες της «αναμενόμενης» ωοθυλακιορρηξίας.

#### Ενδείξεις

- Όταν δεν υπάρχουν άλλες αποδεκτές λύσεις για το συγκεκριμένο ζευγάρι και η ημερολογιακή μέθοδος (που μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε συνδυασμό) κρίνεται δύσκολη στην κατανόηση ή στην εφαρμογή της.
- Όταν οι άλλες εναλλακτικές λύσεις προκαλούν προβλήματα ενοχής σε άτομα με ορισμένες θρησκευτικές απόψεις.

#### Αντενδείξεις

- Μη δυνατότητα εκτίμησης της τραχηλικής βλέννης.
- Βαριές κολπίτιδες και κολπίτιδες που υποτροπιάζουν, γιατί μπορούν να προκαλέσουν σύγχυση.
- Άτυπα, «ακανόνιστα» κοιλιακά άλγη.<sup>23</sup>

### **5.5.ΘΕΡΜΟΜΕΤΡΙΚΟ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ**

Αυτή βασίζεται στη μεταβολή της θερμοκρασίας του σώματος της γυναίκας κατά την διάρκεια του κύκλου. Έτσι κατά την πρώτη φάση του κύκλου μέχρι την ωοθυλακιορρηξία η γυναίκα βρίσκεται υπό την επίδραση των οιστρογόνων. Η θερμοκρασία της κατά το χρονικό αυτό διάστημα κυμαίνεται σε περίπου σταθερά επίπεδα (36,6-36,7° C). Κατά την ημέρα της ωοθυλακιορρηξίας μπορεί να παρατηρηθεί μικρή πτώση της θερμοκρασίας αλλά αυτό δεν είναι σταθερό εύρημα. Μετά την ωοθυλακιορρηξία αρχίζει η δεύτερη φάση του κύκλου κατά την οποία η γυναίκα βρίσκεται κατά την επίδραση της προγεστερόνης που παράγεται από το ωχρό σωματίο. Η προγεστερόνη προκαλεί αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος, η οποία φτάνει τους 37 °C. Η αύξηση αυτή δεν είναι απότομη αλλά σταδιακή και ολοκληρώνεται συνήθως σε 2-3 μέρες. Έτσι το θερμομετρικό διάγραμμα σε φυσιολογικό κύκλο παρουσιάζει:

**α)** ένα χαμηλό επίπεδο θερμοκρασίας που αρχίζει με την έμμηνου ρύση και διαρκεί μέχρι την ωοθυλακιορρηξία,

<sup>23</sup> Ιατράκης Γ. Μ. Οικογενειακός Προγραμματισμός. Εκδόσεις Δεσμός 2002 Σ: 55-60

β) σταδιακή αύξηση της θερμοκρασίας που διαρκεί 2-3 ημέρες και οφείλεται στην δραστηριοποίηση του ωχρού σωματίου,

γ) ένα επίπεδο αυξημένης θερμοκρασίας όσο το ωχρό σωματίο λειτουργεί και

δ) μια φάση μεταβάσεως από την υψηλή θερμοκρασία σε χαμηλό επίπεδο που αντιστοιχεί στην εκφύλιση του ωχρού σωματίου. Στη φάση αυτή αρχίζει η έμμηνος ρύση και ο κύκλος επαναλαμβάνεται.

Μια γυναίκα που πρόκειται να εφαρμόσει σαν αντισυλληπτική μέθοδο το θερμομετρικό διάγραμμα πρέπει, για τον επακριβή καθορισμό της ημέρας ωοθυλακιορρηξίας, να κάνει καθημερινή πρωινή μέτρηση πριν από οποιαδήποτε σωματική δραστηριότητα (που θα μπορούσε να αυξήσει τη θερμοκρασία της). Η θερμομέτρηση μπορεί να γίνει από το στόμα, τον κόλπο ή το ορθό (πάντα όμως από το ίδιο σημείο).<sup>24</sup>

#### Αποτελεσματικότητα

Πρακτικά έχει μεγάλο ποσοστό αποτυχίας που ξεπερνά το 10%. Μια γυναίκα που θα χρησιμοποιήσει το θερμομετρικό διάγραμμα για αντισυλληπτική προστασία θα συναντήσει μερικά πρακτικά προβλήματα που μπορεί να προκαλέσουν σύγχυση στην εκτίμηση της θερμοκρασίας και επομένως αποτυχία της μεθόδου. Για παράδειγμα, μπορεί να παρατηρηθεί αύξηση της θερμοκρασίας από ιογενή λοίμωξη.

#### Πλεονεκτήματα

- Δεν έχει ιατρικές παρενέργειες.
- Είναι αποδεκτή από πολλούς με ορισμένες θρησκευτικές απόψεις.
- Είναι κάτω από τον έλεγχο της γυναίκας.

#### Μειονεκτήματα

- Τα ειδικά θερμομέτρα δεν είναι πάντα εύκολα διαθέσιμα.
- Μπορεί να παρατηρηθεί αύξηση της θερμοκρασίας από ιογενή λοίμωξη, από δραστηριότητα της γυναίκας που δε μπορούσε να αποφύγει κλπ.
- Απαιτεί καθημερινή εφαρμογή και αφιέρωση, έστω και λίγου χρόνου.

---

<sup>24</sup> Γκιγκόντες 2002

### Ενδείξεις

- Όταν δεν υπάρχουν άλλες αποδεκτές λύσεις για το συγκεκριμένο ζευγάρι, η ημερολογιακή μέθοδος κρίνεται δυσκολότερη και η μέθοδος της τραχηλικής βλέννης δεν θεωρείται αρκετά «αντικειμενική».
- Όταν οι άλλες εναλλακτικές λύσεις προκαλούν προβλήματα ενοχής σε άτομα με ορισμένες θρησκευτικές απόψεις.

### Αντενδείξεις

- Έλλειψη χρόνου το πρωινό!
- Σε πυρετική κίνηση (μέχρι τη μόνιμη ύφεση χωρίς περαιτέρω φαρμακευτική αγωγή).<sup>25</sup>

## **5.6. ΔΙΑΚΟΠΤΟΜΕΝΗ ΣΥΝΟΥΣΙΑ**

Στη Γένεση βρίσκουμε μια από τις πρώτες αναφορές στη μέθοδο αυτή. Ο Αυνάν κάθε φορά που είχε συνουσία με τη χήρα του νεκρού αδερφού του έριχνε το σπέρμα του στη γη γιατί ήξερε ότι αν έκανε παιδιά, αυτά θα ήταν σαν απόγονοι του αδερφού του. Αυτό όμως δυσαρέστησε το Θεό και ο Θεός τον σκότωσε. Από τα προηγούμενα συμπεραίνει κανείς ότι η διακοπτόμενη συνουσία θεωρήθηκε κάτι το αμαρτωλό και οι Εβραίοι τη θεωρούσαν σαν φόνο μιας ζωής σε μικρή μορφή.

Το Κοράνι αντιμετωπίζει πιο «συμβιβασμένα» τη διακοπτόμενη συνουσία, με το Μωάμεθ να λέει ότι για την εφαρμογή της θα πρέπει να υπάρχει και η συγκατάθεση της γυναίκας και ότι «...*Αν ο Θεός επιθυμεί να δημιουργήσει ζωή, δε μπορείς να το αλλάξεις*». Όμως αν και η διακοπή της συνουσίας χρησιμοποιείται ευρύτατα στις ισλαμικές χώρες, δεν είναι γνωστό κατά πόσο η μέθοδος είναι αποδεκτή και από τις γυναίκες. Στην Ελλάδα είναι μια αντισυλληπτική μέθοδος αρείας αποδοχής.

### Αποτελεσματικότητα

Η μέθοδος γενικά θεωρείται ότι έχει χαμηλή αποτελεσματικότητα, με ποσοστά αποτυχίας που μπορούν να ξεπεράσουν το 30%, αν και έχουν αναφερθεί και ποσοστά αποτυχίας κάτω του 7%. Η αποτυχία οφείλεται στη μη έγκαιρη απόσυρση του πέους από τον κόλπο αλλά και στο ότι μερικές φορές υπάρχουν σπερματοζωάρια πριν από την

---

<sup>25</sup> Ιατράκης Γ. Μ. Οικογενειακός Προγραμματισμός. Εκδόσεις Δεσμός 2002 Σ: 43-47

εκσπερμάτιση. Έχει αποδειχθεί ότι, τουλάχιστον σε μερικές γυναίκες, υπάρχει αρνητική πίεση μέσα στη μήτρα κατά τον οργασμό. Αυτό συμβάλλει στην αναρρόφηση σπέρματος μέσα στον τράχηλο πολύ σύντομα μετά την εκσπερμάτιση.

Όταν εφαρμόζεται η μέθοδος, το πέος πρέπει να αποσύρεται ολοκληρωτικά και από τον κόλπο και από τα εξωτερικά γεννητικά όργανα, αφού έχει περιγραφεί εγκυμοσύνη από εκσπερμάτιση στα εξωτερικά γεννητικά όργανα χωρίς διείσδυση του πέους στον κόλπο.

### Πλεονεκτήματα

- Διατίθεται άμεσα.
- Είναι δωρεάν.
- Δεν χρειάζεται ιατρική παρακολούθηση.
- Είναι αποδεκτή από πολλούς με ορισμένες θρησκευτικές απόψεις.

### Μειονεκτήματα

- Η συνουσία είναι ατελής, και πολλοί βρίσκουν ότι η μέθοδος είναι μη ικανοποιητική και για τους δύο συντρόφους.
- Υπάρχει συχνά έλλειψη οργασμού από τη γυναίκα, που αναμιγνύεται με το άγχος του συντρόφου της να αποσυρθεί «στην ώρα του».
- Έχουν αναφερθεί και ψυχολογικά προβλήματα.

### Ενδείξεις

Σε «επείγουσες καταστάσεις» όπου δεν υπάρχει κάτι άλλο διαθέσιμο.

### Αντενδείξεις

- Σε πρόωρη εκσπερμάτιση.
- Σε αδυναμία αυτοσυγκέντρωσης και χαμηλό επίπεδο «εγρήγορσης» του άνδρα<sup>26</sup>.

---

<sup>26</sup> Ιατράκης Γ. Μ. Οικογενειακός Προγραμματισμός. Εκδόσεις Δεσμός 2002 Σ: 27-32

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 6<sup>ο</sup>

### ΤΟΠΙΚΑ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΑ ΜΕΣΑ

Σαν εισαγωγή, θα πρέπει να πούμε στις πιθανές χρήστριες διαφραγματικών μεθόδων αντισύλληψης ότι όλες αυτές οι μέθοδοι πιστεύεται ότι είναι ιατρικά ασφαλέστερες σε σχέση με τις ορμονικές μεθόδους.

#### 6.1.ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟ

Πρόκειται για μια πολύ λεπτή ελαστική θήκη που πρέπει να φορεθεί πριν από την συνουσία στο πέος, όταν αυτό είναι σε στύση. Η αρχαιότερη δημοσιευμένη περιγραφή του προφυλακτικού είναι εκείνη του Ιταλού ανατόμου Fallorio, που το 1564 σύστησε μια θήκη από λινό βρεγμένη με λοσιόν για προστασία από αφροδίσια νοσήματα.

Εμφανίστηκαν τον 18ο αιώνα στην Αγγλία και στην αρχή κατασκευάζονταν από ύφασμα ή έντερο ζώου και τα χρησιμοποιούσαν κυρίως για προφύλαξη από τα αφροδίσια νοσήματα. Από την αρχή του 19ου αιώνα άρχισαν να τα κατασκευάζουν από λάστιχο και τα τελευταία χρόνια από πλαστική ύλη.

Η πρόοδος του βουλκανισμού του καουτσούκ (δηλαδή η διαδικασία με την οποία το καουτσούκ γίνεται σκληρότερο και λιγότερο ευαίσθητο στις μεταβολές της θερμοκρασίας), που πρώτα εφαρμόστηκε το 1884, από τον Goodyear ήταν εκείνη που έφερε επανάσταση στον κόσμο της αντισύλληψης (και στις μεταφορές). Το προφυλακτικό από πολυουρεθάνη είναι λεπτότερο και μπορεί να είναι ανθεκτικότερο από το προφυλακτικό από λάτεξ.<sup>27</sup>

#### *Αποτελεσματικότητα*

Υπάρχει μεγάλη απόκλιση. Κυμαίνεται από 0,4% - 3% λόγω μη σχολαστικής χρήσης. Τα λάθη στον τρόπο χρήσης οδηγούν στις περισσότερες αποτυχίες. Οι περισσότερες αποτυχίες προκύπτουν όχι από ρήξη του προφυλακτικού αλλά από την έξοδο του σπέρματος μεταξύ προφυλακτικού και σώματος του πέους στη βάση.

---

<sup>27</sup> Κατρίνης 2005



Αμέσως μετά την εκσπερμάτωση μικραίνει σε όγκο το πέος και έτσι είναι δυνατή η έξοδος του σπέρματος. Να σημειωθεί πάντως ότι ο συχνότερος λόγος «αποτυχίας» του προφυλακτικού είναι «η μη χρήση του κάθε φορά».

### **Πλεονεκτήματα**

- Τεχνική απλότητα. Τοποθετείται άμεσα και εύκολα.
- Μεγάλη διάδοση : στον ανδρικό πληθυσμό είναι γνωστά περίπου 100%.
- Καμία επίδραση επί του κύκλου.
- Χρήση κατά την περίοδο της γαλουχίας.
- Σε περίπτωση αντένδειξης π.χ. ενδομήτριο σπείραμα (σε νέους, εξαρτηματίτις ), ορμονική αντισύλληψη ή ψυχική απώθηση αποτελούν τα προφυλακτικά μία καλή λύση.
- Είναι εύκολο να το προμηθευτεί κανείς.
- Είναι σχετικά φθινό.
- Δεν χρειάζεται ιατρική παρακολούθηση.
- Ουσιαστικά δεν έχει καμία ιατρική παρενέργεια.
- Προστατεύει από τα περισσότερα ΣΜΝ περιλαμβάνοντας και τους ιούς. Το υλικό από το οποίο κατασκευάζονται είναι ένας αποτελεσματικός φραγμός, όταν είναι ανέπαφα, για ιούς, που περιλαμβάνουν τον HIV, τον πολύ συχνότερο ιό της ηπατίτιδας Β', τους τύπους του απλού έρπητα I και II και τους ιούς των κονδυλωμάτων. Το προφυλακτικό μπορεί να χρησιμεύσει ακόμα και στο στοματικό σεξ προστατεύοντας από την πιθανότητα φαρυγγικής γονοκοκκικής μόλυνσης κλπ.
- Έχει το συναίσθημα ότι σε μια τόσο προσωπική υπόθεση δεν παρεμβαίνουν άλλα άτομα και είναι αποδεκτή μέθοδος από άνδρες που θέλουν να έχουν την τελική ευθύνη πάνω στην αντισύλληψη.
- Υπάρχουν ορισμένες ενδείξεις ότι η συστηματική χρησιμοποίηση προφυλακτικών μπορεί να μειώσει την πιθανότητα αναπτύξεως καρκίνου του τραχήλου της μήτρας γιατί πιθανόν παρεμποδίζει την μετάδοση ιών ή την δράση άλλων παραγόντων που βρίσκονται στο σμίγμα.<sup>28</sup>

<sup>28</sup> Ιατράκης Γ. Μ. Οικογενειακός Προγραμματισμός. Εκδόσεις Δεσμός 2002 Σ: 63-67

### ***Μειονεκτήματα***

- Διακοπή της σεξουαλικής πράξης για να φορεθεί το προφυλακτικό όταν το πέος είναι σε στύση. Αυτό το μειονέκτημα αναφέρεται περισσότερο και από τα δύο μέρη.
- Αίσθηση ξένου σώματος προκαλεί σε μερικούς άνδρες αδυναμία στύσης και στη γυναίκα μείωση του Libido.<sup>29</sup>
- Αλλεργία στο υλικό του. Οι περισσότερες «αλλεργίες» που συνδέονται με το προφυλακτικό είναι δικαιολογίες των ανδρών. Όμως σε πραγματική αλλεργία αυτή μπορεί να λυθεί με τη χρήση αντιαλλεργικών προφυλακτικών (φτιαγμένα από καουτσούκ ειδικά καθαρισμένο από πρόσθετα). Αυτά είναι λίγο ξηρά και επομένως η προσεκτική χρήση μικρής ποσότητας ζελέ με υδατική βάση.
- Γενικά το προφυλακτικό από πολυουρεθάνη θεωρείται μη αλλεργιογόνο ενώ το λάτεξ μπορεί να προκαλέσει ευκολότερα αλλεργικές αντιδράσεις.

### ***Ενδείξεις του προφυλακτικού***

- Για αντισύλληψη σε διακεκομμένη βάση.
- Για προστασία από ΣΜΝ .
- Για προστασία από τραχηλική νεοπλασία ή υποτροπή της.

### ***Αντενδείξεις του προφυλακτικού***

Αναξιόπιστος χρήστης.

### ***Τοποθέτηση***

Αν δεν υπάρχει κορυφή στο προφυλακτικό, πρέπει να δημιουργηθεί χώρος για το σπέρμα πιέζοντας προσεκτικά την άκρη του προφυλακτικού κατά την τοποθέτηση. Αλλιώς υπάρχει ο κίνδυνος το σπέρμα να περάσει κατά μήκος της ράχης του πέους και ή να διαφύγει ή να προκαλέσει γλίστρημα του προφυλακτικού.

Προσοχή χρειάζεται για να μη συμβεί μηχανική καταστροφή του προφυλακτικού πριν από την έναρξη της συνουσίας π.χ. από κοφτερά νύχια, ή στην προσπάθεια να μπει με τη λάθος πλευρά του χωρίς να ξετυλίγεται. Γενικά, φαίνεται ότι η μηχανική καταστροφή του προφυλακτικού σχετίζεται περισσότερο με τα χαρακτηριστικά των χρηστών παρά με τα κατασκευαστικά χαρακτηριστικά του.

---

<sup>29</sup> Παζαρακιάτη 2003



Καταστροφή του προφυλακτικού μπορεί να συμβεί και από χημική δράση. Δεν είναι πολύ γνωστό ότι τα λιπαντικά που βασίζονται σε φυτικά έλαια ή ορυκτέλαια και συναφείς ουσίες (αντηλιακά λάδια, κρέμες, βαζελίνη), μπορούν να βλάψουν σοβαρά την ανθεκτικότητα του προφυλακτικού. Το λάδι για μωρά για παράδειγμα, καταστρέφει το 90% της ανθεκτικότητας του προφυλακτικού μετά από 15 λεπτά. Τα προϊόντα με υδατική βάση μάλλον δεν παρουσιάζουν αυτό το πρόβλημα.

Επομένως πρέπει να αποφευχθεί κάθε φυσική ή χημική βλάβη του προφυλακτικού.

Για την ασφαλέστερη εισαγωγή του προφυλακτικού μέσα στον κόλπο, μπορεί να βοηθήσει και κάποια αναμονή, δηλαδή μέχρι η γυναίκα να είναι πιο διεγερμένη και ο κόλπος λιπασμένος πριν από την συνουσία.<sup>30</sup>

## 6.2.ΚΟΛΠΙΚΟ ΔΙΑΦΡΑΓΜΑ

Λόγω των έντονων αντιδράσεων για τη χρήση του το κοιλιακό διάφραγμα κυκλοφόρησε για πρώτη φορά στη δεκαετία του 1920 αλλά ακόμα και σήμερα δεν συστήνεται αρκετά από τους επαγγελματίες υγείας.

Διαπιστώνεται σχεδόν πλήρης άγνοια της μεθόδου από μερικές ομάδες πληθυσμού.

Το διάφραγμα αποτελείται από ένα κυκλωτερές ελατήριο που καλύπτεται από άριστης ποιότητας ελαστικό latex. Υπάρχουν διάφοροι τύποι διαφραγμάτων, ανάλογα με το καθορισμένο από το ελατήριο χείλος του διαφράγματος: ελικοειδές, επίπεδο ή τοξοειδές. Τα διαφράγματα ελικοειδούς και επίπεδου ελατηρίου λαμβάνουν επίπεδο ελλειψοειδή μορφή όταν συμπιέζονται προς εισαγωγή. Τα τοξοειδή διαφράγματα σχηματίζουν ένα τόξο ή μια ημισελινοειδή επιφάνεια κατά την συμπίεσή τους και είναι πιο εύκολο να εισαχθούν ορθά. Ο γιατρός δεν πρέπει μόνο να επιλέξει το σωστό μέγεθος διαφράγματος για την ασθενή, αλλά πρέπει να την καθοδηγεί κατά την εισαγωγή αυτού και να επιβεβαιώσει μια εξέταση ότι μπορεί η ασθενής να το εισάγει σωστά ώστε να καλύψει τον τράχηλο και το ανώτερο τμήμα του κόλπου. Το διάφραγμα θα πρέπει να χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με σπερματοκτόνο.<sup>31</sup>

<sup>30</sup> Ιατράκης Γ. Μ. Οικογενειακός Προγραμματισμός. Εκδόσεις Δεσμός 2002 Σ: 45-53

<sup>31</sup> Serfaty D. Αντισύλληψη. Συνοπτικά. Επιστημονικές Εκδόσεις Γ. Παρισιάνου 2002 Σ: 71-73

Οι κύριες λειτουργίες του κοιλιακού διαφράγματος είναι να κρατά το σπέρμα μακριά από την αλκαλική τραχηλική βλέννα, αρκετό χρόνο ώστε να πεθάνουν τα σπερματοζωάρια μέσα στο όξινο περιβάλλον του κόλπου.

Το διάφραγμα δεν πρέπει να έρχεται σε επαφή με λιπαντικά, φυτικά έλαια και ορυκτέλαια γιατί αυτά μακροπρόθεσμα μπορεί να καταστρέψουν το ελαστικό του.

Εφαρμογή διαφράγματος: Η εφαρμογή ενός διαφράγματος θα πρέπει να εκτελείται ως εξής :

- Για την εφαρμογή του κατάλληλου διαφράγματος, θα πρέπει να εκτελείται πρώτα κοιλιακή εξέταση. Με τον δείκτη και τον μέσο δάκτυλο στον οπίσθιο θόλο, ο αντίχειρας του εξετάζοντος χεριού τοποθετείται ενάντια στον δείκτη για να επσημαίνει σε ποιο σημείο ο δείκτης ακουμπά το ηβικό οστόν. Η απόσταση από την κορυφή του μέσου δάκτυλου έως την κορυφή του αντίχειρα είναι η διάμετρος του διαφράγματος που θα πρέπει αρχικά να εφαρμοστεί.
- Χρησιμοποιείται μια συλλογή από δοκιμαστικά διαφράγματα, και το δοκιμαστικό διάφραγμα εισάγεται και ελέγχεται με την ψηλάφηση. Το διάφραγμα θα πρέπει να ανοίγει εύκολα στον κόλπο και να πληρώνει τους θόλους χωρίς να τους πιέζει. Εκείνο που πρέπει να επιλεγεί είναι το μεγαλύτερο διάφραγμα που προσφέρει άνετη εφαρμογή.
- Η ασθενής θα πρέπει να εξασκηθεί στην εισαγωγή του διαφράγματος και θα πρέπει να υποβάλλεται σε νέα εξέταση ώστε να επιβεβαιωθεί η σωστή θέση του. Περίπου 1 κουταλιά του τσαγιού υδατοδιαλυτή σπερματοκτόνος γέλη ή κρέμα τοποθετείται στην κοιλότητα του θόλου του διαφράγματος. Το διάφραγμα εισάγεται με τον θόλο προς τα κάτω έτσι ώστε ο τράχηλος να αναπαύεται σε μια λίμναση της σπερματοκτόνου γέλης ή κρέμας.
- Το διάφραγμα μπορεί να εισαχθεί αρκετές ώρες πριν την σεξουαλική επαφή. Εάν η σεξουαλική επαφή επαναληφθεί, τότε θα πρέπει να εισάγεται εκ νέου στον κόλπο πρόσθετη σπερματοκτόνος γέλη χωρίς να μετακινηθεί το διάφραγμα. Το διάφραγμα θα πρέπει να αφήνεται στην θέση του τουλάχιστον για έξι ώρες μετά την σεξουαλική επαφή ώστε να επιτρέπεται η ακινητοποίηση των σπερματοζωαρίων. Έπειτα αφαιρείται, πλένεται με σαπούνι και νερό, αφήνεται να στεγνώσει και φυλάσσεται μακριά από εστίες θερμότητας .

Η γυναίκα μπορεί να κάνει μπάνιο ή να πάει για κολύμπι ενώ το διάφραγμα είναι στη θέση του, αλλά καλύτερα αυτό να γίνει αρκετές ώρες μετά την επαφή, για να μην επηρεαστεί η δράση του σπέρματοκτόνου. Το κολπικό διάφραγμα μπορεί να χρησιμοποιείται και τις ημέρες της εμμηνορρυσίας και η γυναίκα δεν πρέπει να ξεχνά ότι μπορεί να μείνει έγκυος ακόμα και τότε.

Μετά την αφαίρεση του το διάφραγμα πρέπει να καθαριστεί με ήπιο σαπούνι τουαλέτας.

Δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται απολυμαντικά και απορρυπαντικά, γιατί μπορεί να καταστρέψουν το ελαστικό του. Θα πρέπει στη συνέχεια να στεγνώσει και να φυλαχτεί στο κουτί του σε μια κρύα και στεγνή θέση.

Το διάφραγμα πρέπει να είναι πάντα σε καλή κατάσταση και ο έλεγχος της ακεραιότητας του πρέπει να γίνεται κατά τακτά χρονικά διαστήματα.

Αν δεν παρατηρούνται τρύπες, και αν το χείλος μπορεί να αποκαταστήσει το αρχικό του σχήμα, τότε δεν υπάρχει πρόβλημα.<sup>32</sup>

### ***Αποτελεσματικότητα του διαφράγματος***

Κάποιες «αποτυχίες του διαφράγματος», μπορεί να οφείλονται απλά στο ότι η γυναίκα δεν μπόρεσε να ελέγξει αν ήταν καλά τοποθετημένο. Η αποτυχία μπορεί να οφείλεται και σε μη «ιδανική» εφαρμογή του διαφράγματος στη διάρκεια της επαφής και η διεύρυνση των άνω δύο-τρίτων του κόλπου, που έχει περιγραφεί κατά τη συνουσία, μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένο κίνδυνο σπερματικής διάχυσης πάνω από το χείλος του διαφράγματος. Οι ωθήσεις του πέους επίσης μπορεί να προκαλέσουν δυναμική μετακίνηση του διαφράγματος, ιδιαίτερα σε ορισμένες θέσεις της συνουσίας (κάτι που κάνει λογική την παράλληλη χρήση σπέρματοκτόνου).

Η μέθοδος μπορεί να αποτύχει παρά την ιδανική της τοποθέτηση και παρά την λεπτομερή εφαρμογή των οδηγιών χρήσης της και έχουν αναφερθεί ποσοστά αποτυχίας πάνω από 10% για τον πρώτο χρόνο χρήσης.

### ***Πλεονεκτήματα του διαφράγματος***

- Είναι μέθοδος αντισύλληψης που δεν είναι απαραίτητα συνδεδεμένη με τη συνουσία, αφού μπορεί να εισαχθεί μερικές ώρες πριν από αυτή.

<sup>32</sup> Ομιλητής: Γ. Τζαφέτας 2003 Συνέδριο Μαιευτικής και Γυναικολογικής Εταιρίας Θεσσαλονίκης.

- Προστατεύει από τα ΣΜΝ με την εξασφάλιση ενός μηχανικού εμποδίου που ελαττώνει την πιθανότητα των μικροοργανισμών να φτάσουν τον τράχηλο και το ανώτερο γεννητικό σύστημα (όμως δεν προσφέρει αρκετή προστασία εναντίον των ιών ή κάποιων μη ιογενών μολύνσεων όπως είναι η σύφιλη που μπορεί να προκαλέσουν βλάβες στον κόλπο, στον αιδοίο ή και αλλού).
- Προκαλεί ελάττωση του κινδύνου της τραχηλικής νεοπλασίας. Αυτή η προστασία αποδεικνύεται από το ότι η συχνότητα τραχηλικής νεοπλασίας ανά 100 γυναίκες – χρόνια γι' αυτές που το χρησιμοποιούν είναι 0.2 ενώ για εκείνες που έχουν ενδομητρική αντισυλληπτική συσκευή ή παίρνουν ΑΟΔ είναι κοντά στο 1 (μετά από προσαρμογή για την ηλικία της πρώτης επαφής, τον αριθμό των σεξουαλικών συντρόφων και το κάπνισμα). Παρατηρήθηκε επίσης σταθερή πτώση του σχετικού κινδύνου σοβαρής τραχηλικής νεοπλασίας για εκείνες που το χρησιμοποιούν ξεκινώντας από το 1 στην έναρξη της χρησιμοποίησής του και φτάνοντας στο 0.2 μετά από 10 χρόνια χρήσης.<sup>33</sup>

#### ***Μειονεκτήματα του διαφράγματος***

- Προκαλείται απώλεια της τραχηλικής και κάποιας κολπικής αίσθησης που είναι όμως ασήμαντη για τις περισσότερες γυναίκες.
- Μπορεί να γίνει αισθητό από τον σύντροφο της γυναίκας στη διάρκεια της επαφής. Στην περίπτωση αυτή πρέπει πάλι να ελεγχθεί το μέγεθος του γιατί μπορεί να χρειάζεται μεγαλύτερο ή μικρότερο ή να γίνει αλλαγή του διαφράγματος επίπεδου ελατηρίου σε εκείνο περιελιγμένου ελατηρίου, ή να γίνει αλλαγή με τραχηλική καλύπτρα.
- Για την επανάληψη της συνουσίας απαιτείται πρόσθετη ποσότητα σπερματοκτόνου.
- Η αρχική τοποθέτηση του γίνεται από εκπαιδευμένο άτομο και χρειάζεται εκπαίδευση λίγων ημερών για τη χρήση του.
- Θεωρείται ότι κατά τη χρήση του υπάρχει αυξημένος κίνδυνος μόλυνσης και συμπτωμάτων από το ουροποιητικό. Πιστεύεται ότι οφείλεται κυρίως στην πίεση του χείλους του διαφράγματος στην ουρήθρα και στη βάση της ουροδόχου κύστης, προδιαθέτοντας σε ουρηθρίτιδα και κυστίτιδα και γι' αυτό καλό είναι η γυναίκα να αδειάζει την ουροδόχο κύστη της πριν και αμέσως μετά τη

<sup>33</sup> Ιατράκης Γ. Μ. Οικογενειακός Προγραμματισμός, Εκδόσεις Δεσμός 2002 Σ: 37-41

συνουσία. Μερικές φορές βοηθά η αλλαγή σε μικρότερο μέγεθος διαφράγματος ή αλλαγή σε τραχηλική καλύπτρα. Πιθανός παράγοντας στον αυξημένο κίνδυνο μολύνσεων του ουροποιητικού είναι η μεταβολή της κοιλιακής χλωρίδας που προκαλεί το διάφραγμα. Σε κοιλιακές καλλιέργειες εκείνων που χρησιμοποιούσαν κοιλικό διάφραγμα αναπτύχθηκε συχνότερα κολοβακτηρίδιο, στρεπτόκοκκος και χρυσίζων σταφυλόκοκκος σε σύγκριση με ομάδες ελέγχου. Υπάρχει μικρός κίνδυνος συνδρόμου τοξικής καταπληξίας από τον χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο (έχουν αναφερθεί σποραδικές περιπτώσεις) και γι' αυτό είναι προτιμότερο η γυναίκα να μην αφήνει συστηματικά το διάφραγμα στον κόλπο στη διάρκεια της εμμηνόρρυσιας.

- Μικρή αναλογία γυναικών εμφανίζουν κοιλικό ερεθισμό και αλλεργία που μπορεί να οφείλεται στο ελαστικό αλλά συχνότερα στο σπερματοκτόνο που χρησιμοποιείται παράλληλα.
- Φλεγμονώδεις αντιδράσεις, εκδορές ή ακόμα και αληθινά έλκη μπορεί να προκληθούν από την τοπική πίεση του δακτυλίου. Αν και σπάνια, τα έλκη μπορεί να είναι αρκετού μήκους, πλάτους και βάθους και τέτοιες περιπτώσεις αναφέρθηκαν κυρίως με διαφράγματα που ήταν στη θέση τους συνεχώς για 3 ή περισσότερες ημέρες. Αυτή η επιπλοκή είναι ίσως η πιθανότερη αν το διάφραγμα είναι πολύ μεγάλο. Θεραπευτικά συνιστάται αποφυγή της συνουσίας για ένα μήνα περίπου οπότε αναμένεται πλήρης αποκατάσταση της βλάβης, χωρίς να χρειάζεται καμιά άλλη θεραπεία.

#### ***Ενδείξεις του διαφράγματος***

- Για αντισύλληψη σε διακεκομμένη βάση.
- Για προστασία από πυελική φλεγμονή.
- Για προστασία από τραχηλική νεοπλασία ή υποτροπή της.
- Παλαιότερα χρησιμοποιήθηκε με επιτυχία στην απώλεια ούρων από υπερένταση!

#### ***Αντενδείξεις του διαφράγματος***

- Σγγενείς ανωμαλίες του κόλπου, όπως είναι ο κόλπος με διάφραγμα.
- Πρόπτωση της μήτρας, κυστεοκήλη και ορθοκήλη .
- Ανεπαρκής οπισθοθηβικός χώρος (που διαπιστώνεται στην εξέταση).



- Ανικανότητα εκμάθησης της τεχνικής της εισαγωγής.
- Οξεία κολπίτιδα (πρέπει να προηγηθεί θεραπεία).
- Μολύνσεις του ουροποιητικού συστήματος που υποτροπιάζουν.
- Έλλειψη καλής υγιεινής.<sup>34</sup>

### 6.3.ΤΡΑΧΗΛΙΚΗ ΚΑΛΥΠΤΡΑ

Μοιάζει σαν δακτυλήθρα και είναι σχεδιασμένη για να εφαρμόζει στον τράχηλο, κυρίως με το μηχανισμό της αναρρόφησης.

Είναι μικρότερη από το κολπικό διάφραγμα και οι εσωτερικές διάμετροι του ανώτερου μέρους της ξεκινάνε συνήθως από τα 20 και ξεπερνούν τα 30 χιλιοστά.

Η καλύπτρα μοιράζεται σε γενικές γραμμές την αποτελεσματικότητα, τα πλεονεκτήματα, τα μειονεκτήματα, τις ενδείξεις και τις αντενδείξεις του κολπικού διαφράγματος με τις εξής διαφορές :

- Είναι κατάλληλη για ασθενείς με πτωχότερο μυϊκό τόνο.
- Δεν υπάρχει ελάττωση της κολπικής αισθητικότητας.
- Δεν είναι γενικά αισθητή από τον άνδρα και η θέση του πολύ δύσκολα μπορεί να επηρεαστεί από τη «μηχανική» της συνουσίας.
- Είναι απίθανο να προκαλέσει συμπτώματα από το ουροποιητικό.
- Η εφαρμογή της στον τράχηλο δεν επηρεάζεται από τις αλλαγές στο μέγεθος του κόλπου λόγω τοκετών ή αλλαγών του σωματικού βάρους.

Για να τοποθετηθεί η καλύπτρα πρέπει ο τράχηλος να είναι υγιείς, να μην κατευθύνεται προς τα πίσω, να είναι εύκολα ψηλαφητός και στην ιδανική περίπτωση με ευθεία πορεία και κατεύθυνση προς τον κολπικό άξονα.

Η καλύπτρα εισάγεται συμπιεζόμενη μεταξύ αντίχειρα και δείκτη και τοποθετείται διαμέσου του αιδοίου εξωτερικά του θόλου. Έπειτα πιέζεται ελαφρά προς τα πάνω για να εφαρμόσει επί του τραχήλου. Τα όρια του θόλου καθορίζονται με τον δείκτη του εξεταστή με τέτοιο τρόπο έτσι ώστε να δημιουργηθεί υπό πίεση προς την πλευρά του τραχήλου. Ο θόλος θα πρέπει να παραμείνει συμπιεσμένος για μερικά δευτερόλεπτα, για να επιτευχθεί καλή εφαρμογή, και η ήπια πλευρική πίεση στο χείλος δεν θα πρέπει να μετατοπίζει την καλύπτρα.<sup>35</sup>

<sup>34</sup> Ιατράκης Γ. Μ. Οικογενειακός Προγραμματισμός. Εκδόσεις Δεσμός 2002 Σ: 39-42

<sup>35</sup> Λιάλιος 2004



Η γυναίκα πρέπει να γεμίσει με σπερματοκτόνο τον θόλο της τραχηλικής καλύπτρας και να βάλει επίσης σπερματοκτόνο στην πρόσθια επιφάνεια αλλά όχι στο χείλος της (σε αντίθεση με αυτό που γίνεται στο κοιλικό διάφραγμα) για να μην επηρεαστεί η αναρρόφηση. Έχει λεχθεί ότι η καλύπτρα μπορεί να αφηθεί στην θέση της τον περισσότερο χρόνο αν κάποτε η ερωτική ζωή της γυναίκας είναι απρόσμενη και συχνή. Στην περίπτωση αυτή, σημαντικό να αφαιρείται τουλάχιστον μια φορά στις 24 ώρες, 6 ώρες μετά την τελευταία συνουσία, να πλένεται σε ήπιο σαπούνι και να ξεπλένεται καλά. Πάντως, η συνεχής χρήση χωρίς να δίνεται στο επιθήλιο η ευκαιρία ξεκούρασης είναι λάθος.

#### **6.4.ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΟΣ ΣΠΟΓΓΟΣ**

Κατασκευάζεται από μαλακό σπογγώδες ελαστικό υλικό. Αποτελείται από αφρό πολουρεθάνης εμβαπτισμένο με σπερματοκτόνο διάλυμα (π.χ. χλωριούχο βενζαλκόνιο). Έχει τη μορφή μικρού δακτυλίου και είναι μικρότερο από το διάφραγμα. Έχει μια εισολκή στο κέντρο του (για να εφαρμόζει στον τράχηλο) και μια ταινία για την αφαίρεσή του δρα ως φορέας σπερματοκτόνου και είναι μιας χρήσης.

##### ***Αποτελεσματικότητα***

Είναι αποτελεσματικότερος από τα σπερματοκτόνα . Η αποτελεσματικότητά του φθάνει στα 82%. Προφανώς, απαιτούνται βελτιώσεις στο σχεδιασμό του και νέα σπερματοκτόνα . Προς το παρόν, είναι αποτελεσματικότερος όταν χρησιμοποιείται από γυναίκες με ελαττωμένη γονιμότητα.

##### ***Πλεονεκτήματα***

- Δεν έχει ιδιαίτερες παρενέργειες και κινδύνους.
- Δεν γίνεται αισθητός από τον σύντροφο.
- Δρα αποτελεσματικά έως και 24 ώρες από την τοποθέτησή του.
- Τοποθετείται από την ίδια τη γυναίκα.
- Δεν απαιτείται η χρήση πρόσθετου σπερματοκτόνου .

##### ***Μειονεκτήματα***

- Δεν προστατεύει απόλυτα από ΣΜΝ

- Έχουν σημειωθεί περιπτώσεις αλλεργικής αντίδρασης στο υλικό κατασκευής.
- Μπορεί να μετακινηθεί κατά την επαφή, γεγονός που μειώνει την αποτελεσματικότητά του.
- Δυσκολία στην εφαρμογή και απομάκρυνση.
- Υπάρχει πιθανότητα συνδρόμου τοξικής καταπληξίας (από σταφυλόκοκκο), γι' αυτό και δεν πρέπει να χρησιμοποιείται κατά τη διάρκεια της εμμηνορρυσίας.

### ***Ενδείξεις***

- Σε γυναίκες με ελαττωμένη γονιμότητα.
- Σε γυναίκες που έχουν στα άμεσα μελλοντικά τους σχέδια την απόκτηση παιδιών.
- Σε γυναίκες που αδυνατούν να χρησιμοποιήσουν κάποια άλλη πιο αποτελεσματική αντισυλληπτική μέθοδο.

### ***Αντενδείξεις***

- Σε γυναίκες με αυξημένη γονιμότητα που δεν θα επιθυμούσαν καθόλου μια κύηση.
- Σε γυναίκες αλλεργικές στο σπύγγο ή στο σπερματοκτόνο του.
- Σε γυναίκες με ιστορικό συνδρόμου τοξικής καταπληξίας.

### ***Τοποθέτηση***

Πριν την επαφή η γυναίκα βρέχει το σπύγγο με νερό και τον εισάγει στον κόλπο, ώστε να σκεπάζει τον τράχηλο. Εκεί ο σπύγγος διογκώνεται.<sup>36</sup> Μπορεί να τοποθετηθεί από λίγα δευτερόλεπτα έως 24 ώρες πριν την επαφή. Πρέπει να παραμείνει στον κόλπο για τουλάχιστον 6 ώρες μετά τη συνουσία. Για να τον αφαιρέσει, τον τραβάει μαλακά με τη βοήθεια του νήματος που συνδέεται μ' αυτόν. Είναι καλύτερα η πρώτη εφαρμογή του να γίνεται από γυναικολόγο.<sup>37</sup>

<sup>36</sup> Κρεατσάς Γ. Κ. Σύγχρονη Γυναικολογία και Μαιευτική. Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης 1998

<sup>37</sup> Βουλγαρίδης Γ. Ζ. Η αναπαραγωγή. Γνωρίστε τα μυστικά της και πώς να την ελέγξετε. Επιστημονικές Εκδόσεις Γ. Παρισιάνου 2002 Σ: 77-93

## 6.5. ΓΥΝΑΙΚΕΙΟ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟ

Το γυναικείο προφυλακτικό είναι σχεδιασμένο για να εφαρμόζει για όλες τις γυναίκες και είναι κατάλληλο για όλες τις ηλικίες. Αποτελεί μια εναλλακτική λύση στη θέση του ανδρικού προφυλακτικού. Εάν χρησιμοποιηθεί ορθά, είναι αποτελεσματικό στην πρόληψη κήσης και μπορεί να αποτελέσει φραγμό στη μετάδοση των ΣΜΝ .

Το γυναικείο προφυλακτικό έχει μήκος 14cm, έχει μορφή κυλινδρικής θήκης που εφαρμόζει χαλαρά στον κόλπο και περιέχει λιπαντική ουσία. Η τοποθέτησή του γίνεται πιο εύκολη χάρη σε μαλακό δακτύλιο που μπορεί να αφαιρεθεί. Στο εξωτερικό μέρος βρίσκεται ένας μεγάλος εύκαμπτος δακτύλιος, ο οποίος καλύπτει το άνοιγμα του κόλπου και το αιδοίο. Με τον τρόπο αυτό προσφέρει επιπρόσθετη προστασία<sup>38</sup>

### *Τα πλεονεκτήματά του είναι πολλά και σημαντικά :*

- Πρόκειται για μια αντισυλληπτική μέθοδο που βρίσκεται υπό τον πλήρη έλεγχο της γυναίκας.
- Μπορεί να τοποθετηθεί στον κόλπο ακόμα και 8 ώρες πριν από την συνουσία.
- Επειδή είναι μαλακό και εύκαμπτο, δεν προκαλεί πόνο κατά την εισαγωγή και εξαγωγή του από τον κόλπο.
- Είναι κατασκευασμένο από πολουρεθάνη και όχι από λάτεξ . Η πολουρεθάνη σε αντίθεση με το λάτεξ , είναι καλός αγωγός της θερμότητας. Έτσι το σεξ προσφέρει μεγαλύτερη άνεση και ευχαρίστηση.
- Είναι δυνατό και ανθεκτικό, είναι άοσμο και μπορεί να χρησιμοποιηθεί με οποιαδήποτε λιπαντική κρέμα.
- Μπορεί να χρησιμοποιηθεί και κατά την διάρκεια της περιόδου.
- Δεν είναι απαραίτητο για τον άνδρα να έχει πλήρη στύση, ώστε να καταστεί δυνατή η χρήση του.
- Προσφέρει μεγαλύτερη προστασία στον κόλπο και στο αιδοίο, κι έτσι προστατεύει περισσότερο από ΣΜΝ .

Όμως παρά τα σημαντικά του πλεονεκτήματα, οι έρευνες έχουν δείξει ότι υπάρχουν κάποια προβλήματα που είναι χρήσιμο να γνωρίζουν οι χρήστριες :

- Η εφαρμογή του στον κόλπο είναι χαλαρή.
- Είναι πιθανόν κατά τη συνουσία να σπρωχθεί προς τα μέσα, εντός του κόλπου.

<sup>38</sup> Serfaty D. Αντισύλληψη. Συνοπτικά. Επιστημονικές Εκδόσεις Γ. Παρισιάνου 2002 Σ: 62

- Υπάρχει ο κίνδυνος το πέος να εισέλθει εντός του κόλπου περνώντας δίπλα από το γυναικείο προφυλακτικό, κι έτσι στην ουσία αυτό να μην χρησιμοποιηθεί.

Το γυναικείο προφυλακτικό είναι περισσότερο αποτελεσματικό από το διάφραγμα ή τον σπόγγο. Είναι όμως σημαντικό να τονίσουμε ότι η αποτελεσματικότητά του εξαρτάται, όπως και στην περίπτωση του ανδρικού προφυλακτικού, από την ορθή χρήση.<sup>39</sup>

Η ορθή χρήση, που αφορά στην εισαγωγή του στον κόλπο και στη συνέχεια τη χρήση του κατά τη συνουσία, χρειάζεται εξάσκηση. Η συνεργασία του άνδρα και της γυναίκας είναι καθοριστική για τη μέγιστη αποτελεσματικότητά του.

Οι έρευνες έχουν δείξει ένα πολύ μεγάλο ποσοστό αποδοχής και ικανοποίησης από τη χρήση του γυναικείου προφυλακτικού, τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες. Κατά γενικό κανόνα, τα ζευγάρια το βρίσκουν εύκολο στη χρήση του και το προτιμούν περισσότερο από το ανδρικό προφυλακτικό.

Γενικά, οι άνδρες προτιμούν το γυναικείο προφυλακτικό. Ο λόγος είναι ότι δεν τους περιορίζει και δεν εφαρμόζει γύρω από το πέος, όπως το ανδρικό προφυλακτικό.

Το γυναικείο προφυλακτικό είναι μιας χρήσης. Εάν χρησιμοποιηθεί ξανά, η προστασία που προσφέρει εναντίον των ΣΜΝ και μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, μειώνεται.

## 6.6.ΣΠΕΡΜΑΤΟΚΤΟΝΑ

Τα σπερματοκτόνα ήταν γνωστά από την αρχαιότητα. Από τον 19<sup>ο</sup> αιώνα άρχισε συστηματικά η προσπάθεια ανακάλυψης αποτελεσματικών σπερματοκτόνων και μετά το 1930-1940 άρχισε η συστηματική προώθηση και κυκλοφορία τους.

Τα σπερματοκτόνα έχουν σκοπό να ακινητοποιήσουν, όσο γίνεται γρηγορότερα, τα σπερματοζωάρια μέσα στον κόλπο. Μερικά όμως δρουν και μηχανικά, αποφράσσοντας το τραχηλικό στόμιο και εμποδίζοντας έτσι τη διείσδυση των σπερματοζωαρίων. Είτε χρησιμοποιούνται μόνα τους είτε συνδυάζονται με τις άλλες μεθόδους φραγμού.

Αποτελούνται από δύο κύρια συστατικά, ένα ενεργό σπερματοκτόνο και μια αδρανή βάση. Τα ενεργά σπερματοκτόνα συστατικά μπορεί να είναι επιφανειοδραστικά (π.χ. η νονοξινόλη – 9), αναστολείς των σπερματικών ενζύμων, απολυμαντικά, οξέα

<sup>39</sup> Δημητριάδης- Γρηγοράκης- Wuenschmann 2003

και τοπικά αναισθητικά. Η νοβοξινόλη – 9 καταστρέφει το κυτταρικό τοίχωμα των σπερματοζωαρίων και μπορεί να προσφέρει επίσης προστασία κατά ΣΜΝ<sup>40</sup>

Η αποτελεσματικότητα των σπερματοκτόνων παρουσιάζει μεγάλη διαφορά in vitro και in vivo. Ενώ δηλαδή στο εργαστήριο η δράση τους είναι αρκετά θεαματική, όταν δρουν στον κόλπο, δεν παρατηρείται το ίδιο. Αυτό συμβαίνει γιατί στο εργαστήριο υπάρχουν ιδανικές συνθήκες ποσότητας της ουσίας σε σχέση με τον αριθμό των σπερματοζωαρίων, ενώ στην πράξη αυτό δεν είναι δυνατόν να επιτευχθεί. Έτσι τα αποτελέσματα ποικίλλουν ευρύτατα, κυμαινόμενα από 1 μέχρι 30 κυήσεις ανά 100 γυναίκες – χρόνια.<sup>41</sup>

Τα σπερματοκτόνα κυκλοφορούν σε πολλές μορφές, όπως κολπικά υπόθετα, κρέμες, αλοιφές, gel, αφρίζοντα δισκία και υπόθετα, αεροζόλ και πλαστικές ταινίες (films). Τα αεροζόλ έχουν το πλεονέκτημα ότι καλύπτουν ομοιόμορφα τον κόλπο και σχηματίζουν ένα διάφραγμα κατά κάποιο τρόπο μεταξύ κόλπου και μήτρας, ώστε να είναι περισσότερο αποτελεσματικά. Η δράση τους όμως αυτή μειώνεται όσο περνάει η ώρα. Τα πιο αποτελεσματικά από τα σπερματοκτόνα που κυκλοφορούν φαίνεται να είναι τα αφρώδη υπόθετα. Τα σπερματοκτόνα αφρού χρειάζονται καλή ανακίνηση του περιέκτη πριν από τη χρήση. Γενικά, τα σπερματοκτόνα μπορούν να χρησιμοποιηθούν από ζευγάρια που δεν ενδιαφέρονται για πολύ μεγάλη προστασία, από ζευγάρια όχι πολύ γόνιμα ή πιθανόν και κατά την εμμηνόπαυση. Οποσδήποτε μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε συνδυασμό με ανδρικά ή γυναικεία προφυλακτικά.

Τα σπερματοκτόνα γενικά μπορούν να εισαχθούν αμέσως πριν από την επαφή, με εξαίρεση τα υπόθετα και τα αφρίζοντα δισκία που πρέπει να εισαχθούν τουλάχιστον 10 λεπτά πριν από την εκσπερμάτιση για να διαλυθούν.

### ***Πλεονεκτήματα***

Τα σπουδαιότερα πλεονεκτήματα των σπερματοκτόνων είναι η εύκολη χρήση και η ασφάλεια. Επιπλέον, φαίνεται ότι προσφέρουν κάποια προστασία από τα αφροδίσια νοσήματα και τις άλλες κολπικές φλεγμονές.

<sup>40</sup> Ιατράκης Γ. Μ. Οικογενειακός Προγραμματισμός, Εκδόσεις Δεσμός 2002 Σ: 39-47

<sup>41</sup> Παπαλουκάς Α.Χ. Εγχειρίδιο Γυναικολογίας και Μαιευτικής, Α Τόμος, University Studio Press 1985 Σ: 38



### *Μειονεκτήματα - Παρενέργειες*

Πρέπει να τοποθετηθούν λίγο πριν από την επαφή και να παραμείνουν επί αρκετό χρόνο μετά από αυτή. Επίσης πρέπει να χρησιμοποιείται πρόσθετη ποσότητα σπέρματοκτόνου κάθε φορά που επαναλαμβάνεται η συνουσία. Γενικά, τα σπέρματοκτόνα δεν είναι πολύ αποτελεσματικά (ιδίως όταν χρησιμοποιούνται μόνα τους) και είναι δυνατόν να προκαλέσουν τοπικό ερεθισμό και αλλεργική αντίδραση είτε στον κόλπο της γυναίκας είτε στο πέος του συντρόφου της. Οι παρενέργειες αυτές δεν είναι σοβαρές και υποχωρούν με τη διακοπή της χρήσης. Έχουν γεννηθεί όμως ορισμένες ανησυχίες μήπως η χρόνια απορρόφησή τους από τον κόλπο έχει βλαπτική επίδραση στη γυναίκα ή στο έμβρυο, σε περίπτωση που επιτευχθεί εγκυμοσύνη. Επιπλέον, μήπως προκαλούν βλάβες σε μερικά σπέρματοζώαρια, τα οποία αν κατόπιν γονιμοποιήσουν το ωάριο, οδηγούν σε συγγενείς διαμαρτίες. Εκτεταμένες πειραματικές εργασίες που έγιναν σε ζώα δεν επιβεβαίωσαν τους φόβους αυτών.<sup>42</sup>

### **6.7.ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΗ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΑ ΣΥΣΚΕΥΗ (ΑΕΣ)**

Τα ενδομήτρια ελάσματα έγιναν γνωστά σαν αντισυλληπτικά από το 1909. Τότε για πρώτη φορά ο γιατρός Richard Richter δημοσίευσε σε γερμανικό περιοδικό αποτελέσματα από τη χρησιμοποίηση ενδομήτριων ελασμάτων σαν αντισυλληπτικών. Αυτά ήταν φτιαγμένα από εύκαμπτο δακτύλιο από μετάξι περιτυλιγμένο με σύρμα ασημένιο ή χρυσό. Πιο γνωστά όμως τα ενδομήτρια ελάσματα έγιναν κατά το 1959 από τον Ernest Grafenberg. Αυτός ανακοίνωσε σε μεγάλο ακροατήριο γιατρών την πείρα του πάνω στη χρησιμοποίησή τους για αντισύλληψη. Στην αρχή υποστηρίχθηκε από μερικούς γυναικολόγους, αλλά στην πλειοψηφία τους οι γιατροί τον αποδοκίμασαν, ώστε δεν έγιναν ευρέως γνωστά και δεν χρησιμοποιήθηκαν παρά μόνο σποραδικά από λίγους γιατρούς.

Νέα προσπάθεια προβολής των ενδομήτριων σπειραμάτων σαν αντισυλληπτικών έγινε μόλις το 1959 από τον Orpenheimer που περιέγραψε την 20χρονη πείρα του πάνω στη χρησιμοποίησή τους. Μετά από αυτά κρίθηκε αναγκαίο να επανεκτιμηθεί η χρησιμότητα των ενδομήτριων ελασμάτων. Έτσι σε συνέδριο που έγινε ειδικά στην Νέα Υόρκη το 1962 φάνηκε ότι παρά τα λίγα τους μειονεκτήματα,

<sup>42</sup> Ιατράκης Γ. Μ. Οικογενειακός Προγραμματισμός, Εκδόσεις Δεσμός 2002 Σ: 43-48



μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν με ασφάλεια σε ευρεία κλίμακα. Τότε παρουσιάστηκε για πρώτη φορά ένας νέος τύπος σπειράματος η αγκύλη του Lippes.

### **Γενικά**

Πρόκειται για μια συσκευή που εισάγεται μέσα στη μήτρα και με την ύπαρξή της εκεί δρα αντισυλληπτικά. Για την αφαίρεσή της στο κάτω τμήμα της ΑΕΣ υπάρχει νήμα συνήθως από πολυαιθυλένιο (παλαιότερα από μετάξι).

### **Τύποι**

Τα αρχικά ενδομήτρια σπειράματα (IUDs – intrauterine devices), γνωστά και ως αδρανή σπειράματα, αποτελούνταν μόνον από ένα στέλεχος πολυαιθυλενίου. Το στέλεχος ήταν επαρκώς εύκαμπτο και επέτρεπε την τοποθέτησή του μέσα σε ένα προωθητήρα, με τον οποίο εισάγονταν στη μητριαία κοιλότητα. Ο γνωστότερος τύπος από τα σπειράματα αυτά ήταν το Lippes Loop.

Τα σημερινά ενεργά ενδομήτρια σπειράματα αποτελούνται επίσης από ένα βασικό στέλεχος πολυαιθυλενίου, αλλά το στέλεχος αυτό περιβάλλεται ανάλογα με τον τύπο από χαλκό, άργυρο, ανοξείδωτο χάλυβα ή και χρυσό. Επικρατέστερα από τους τύπους αυτούς είναι τα σπειράματα με χαλκό.

Η μικρότερη διάμετρος του βασικού στελέχους των σπειραμάτων αυτών κάνει ευχερέστερη την εισαγωγή του στη μητριαία κοιλότητα.

Οι ΑΕΣ χαλκού ταξινομούνται σε τέσσερις κατηγορίες :

- ΑΕΣ πρώτης γενιάς με σύρμα χαλκού επιφάνειας  $200\text{mm}^2$
- ΑΕΣ δεύτερης γενιάς με σύρμα χαλκού μεγαλύτερης επιφάνειας και χαρακτηριστικό αντιπρόσωπο το Multiload Cu-250 (επιφάνεια  $250\text{mm}^2$ ).
- ΑΕΣ τρίτης γενιάς με σύρμα χαλκού ακόμα μεγαλύτερης επιφάνειας και χαρακτηριστικό αντιπρόσωπο το Multiload Cu – 375 (επιφάνεια  $375\text{mm}^2$ ).
- Τέλος υπάρχουν και οι ορμονικές ΑΕΣ, όπως το Progestasert. Έχει σχήμα T και περιέχει  $36\text{mg}$  προγεστερόνης, η οποία εκλύεται επί 15-24 μήνες σε μικρές ημερήσιες ποσότητες ( $65\text{mg}$  ημερησίως).<sup>45</sup>

<sup>45</sup> Ιατράκης Γ. Μ. Οικογενειακός Προγραμματισμός, Εκδόσεις Δεσμός 2002 Σ:71-77

## *Δράση*

Δεν έχει μέχρι σήμερα διευκρινισθεί με βεβαιότητα, εάν ο μηχανισμός δράσης των ΑΕΣ έχει σχέση με την πρόληψη της γονιμοποίησης ή της εμφύτευσης.

Διάφορες έρευνες έχουν δείξει ότι τα ενδομήτρια σπειράματα κατά πάσα πιθανότητα παρεμποδίζουν την γονιμοποίηση του ωαρίου παρεμβαίνοντας στη λειτουργία των σαλπίνγων και στην κινητικότητα των σπερματοζωαρίων. Η σύσταση της τραχηλικής βλέννας μεταβάλλεται, και έτσι παρεμποδίζεται η διείσδυση των σπερματοζωαρίων στη μητριαία κοιλότητα. Στον ορό παρατηρείται αύξηση των ανοσοσφαιρινών. Τα επίπεδα των ορμονών δεν μεταβάλλονται, αλλά παρατηρείται βράχυνση της ωχρινικής φάσης, πιθανώς λόγω της αυξημένης έκκρισης προσταγλανδινών .

Ο χαλκός, που περιβάλλει με τη μορφή σύρματος το βασικό στέλεχος των χαλκούχων σπειραμάτων, αυξάνει την αντισυλληπτική τους αποτελεσματικότητα με άμεση επίδραση στο ενδομήτριο, όπου παρεμβάλλεται στις θέσεις δέσμευσης των οιστρογόνων και καταστέλλει την πρόσληψη θυμιδίνης στο DNA, ενώ παρεμποδίζει και την εναποθήκευση γλυκογόνου στο ενδομήτριο. Τα ιόντα χαλκού σε ορισμένη πυκνότητα είναι κυτταροτοξικά . Παράλληλα με τη σπερματοκτόνο δράση τα ιόντα χαλκού δημιουργούν στη μήτρα αντιδράσεις που εμποδίζουν την εμφύτευση της βλαστοκύστης . Το μέγεθος της αντισυλληπτικής ικανότητας του χαλκού εξαρτάται από το μέγεθος της επιφάνειάς του και το μέρος τοποθέτησής του στη μήτρα. Τοποθέτησή του πλησίον του πυθμένα αυξάνει τη δράση του.

Οι ΑΕΣ προγεστερόνης :

- Αναστέλλουν την ωοθυλακιορρηξία στο ένα τρίτο των γυναικών.
- Προκαλούν αποκλεισμό των προγεστερονικών και οιστρογονικών υποδοχέων, ενζυμικές μεταβολές του ενδομητρίου, τροποποίηση του εκκρίματος της ενδομητρικής κοιλότητας και ατροφία των αδένων του ενδομητρίου.
- Προκαλούν αλλοιώσεις στην τραχηλική βλέννα κάνοντας την αδιαπέραστη για τα σπερματοζωάρια.
- Προκαλούν μορφολογικές μεταβολές στο βλεννογόνο της σάλπιγγας, καταστέλλοντας την αναγέννηση των μικροκροσσών και την ανάπτυξη των εκκριτικών κοκκίων των εκκριτικών κυττάρων του βλεννογόνου της σάλπιγγας (ενδοσαλπγγίου).
- Προκαλούν μείωση της ικανότητας του σπέρματος για γονιμοποίηση.

- Προκαλούν μείωση της πυκνότητας των προσταγλανδινών του ενδομητρίου, της ποσότητας της εμμήνου ρύσης και της κινητικότητας του μυομητρίου και επομένως πλεονεκτούν στις αιμορραγίες και τις επώδυνες συσπάσεις.

Το ενδομητρικό σπείραμα δεν αποτελεί εκτρωτικό μέσο. Η αντισυλληπτική αποτελεσματικότητά του δεν βασίζεται στην παρεμπόδιση της εμφύτευσης.

Σπέρμα μπορεί να ληφθεί με λαπαροσκοπική μέθοδο με εκπλύσεις των σαλπίγγων γυναικών ομάδας ελέγχου στο μέσον του κύκλου, ενώ δεν υπάρχει σπέρμα στις εκπλύσεις των σαλπίγγων γυναικών που φέρουν ενδομητρικά σπειράματα. Ωάρια που εκρέουν από τις σάλπιγγες κατά την εκτέλεση σαλπιγγικής στείρωσης δεν έδειξαν ενδείξεις γονιμοποίησης σε γυναίκες που φέρουν ενδομήτρια σπειράματα και μελέτες της β-ανθρώπινης χοριακής γοναδοτροπίνης (B-HCG) ορού δεν υποδεικνύουν εγκυμοσύνη σε γυναίκες που φέρουν ενδομητρικά σπειράματα.<sup>44</sup>

### **Αποτελεσματικότητα**

Η ΑΕΣ χαλκού T380A έχει περίπου συχνότητα κύησης 0,5 ανά 100 γυναίκες χρόνια τον πρώτο χρόνο χρήσης και συνολικά 2 ανά 100 γυναίκες χρόνια μετά από 8 χρόνια χρήσης. Η ΑΕΣ λεβονοργεστρέλης έχει συχνότητα κύησης 0,2 ανά 100 γυναίκες χρόνια.

Τα αδρανή σπειράματα πρέπει να αλλάζουν κάθε τρία περίπου χρόνια, ακόμη και στην περίπτωση που δεν εμφανίζονται παρενέργειες.

Τα σπειράματα με χαλκό ανανεώνονται λόγω της βαθμιαίας απορρόφησης του χαλκού κάθε δύο ή τρία χρόνια.

Τα ορμονικά σπειράματα πρέπει να αλλάζουν κάθε 12 μήνες, συχνότερα δηλαδή από τα χαλκούχα σπειράματα, επειδή εξασθενεί η δράση του φαρμακευτικού παράγοντα. Αυτόματη αποβολή του σπειράματος παρατηρείται σε αναλογία 5-10%, συνήθως κατά τους πρώτους 6 μήνες.

Τα σπειράματα παρά την αποτελεσματικότητά τους δεν γίνονται εύκολα αποδεκτά. Αυτό οφείλεται σε διάφορες αβάσιμες και λανθασμένες διαδόσεις ότι μπορούν να προκαλέσουν καρκίνο ή φλεγμονή. Άλλες, για θρησκευτικούς κυρίως λόγους τα απορρίπτουν γιατί πιστεύουν ότι δρουν σαν εκτρωτικά και όχι σαν αντισυλληπτικά. Πολλές γυναίκες δεν ανέχονται τη σκέψη ότι τοποθετούν μέσα τους ξένο σώμα και επομένως απορρίπτουν τη χρήση τους.

<sup>44</sup> Mishell D. R- Brenner P. F. Management of Common Problems in Obstetrics and Gynecology. 3<sup>rd</sup> Edition. Blackwell Scientific Publications 1996 Σ: 34-43

### ***Πλεονεκτήματα***

- Τα σπειράματα διαθέτουν σοβαρά πλεονεκτήματα σε σχέση με άλλα αντισυλληπτικά, ιδίως για ορισμένες ομάδες πληθυσμού. Μετά την αποδοχή και την τοποθέτησή τους δεν απαιτείται ενεργός συμμετοχή της γυναίκας. Δεν εξαρτάται σε σημαντικό βαθμό πια από αυτή η αντισύλληψη. Δεν χρειάζεται κίνητρα ή ενδιαφέρον για να χρησιμοποιεί κάθε φορά προφυλακτικό ή να παίρνει κάθε ημέρα το χάπι. Η τοποθέτησή του εξασφαλίζει την αντισύλληψη για τουλάχιστον ένα χρόνο.
- Τα ενδομήτρια σπειράματα δεν προκαλούν δυσμηνόρροια και έχουν το πλεονέκτημα ότι διατηρούνται στην κοιλότητα της μήτρας χωρίς την ανάγκη εφαρμογής πρόσθετων αντισυλληπτικών μέσων.
- Τα σπειράματα χαλκού παρέχουν και κάποια προστασία από βακτηριακές λοιμώξεις.
- Επίσης, η αποτελεσματικότητά του είναι μεγάλη, γιατί η αποτυχία του δεν ξεπερνά τις 2 κηύσεις σε 100γυναίκες/χρόνια. Η εφαρμογή της μεθόδου δεν απαιτεί προετοιμασία τη στιγμή της σεξουαλικής πράξεως ή μετά από αυτή και δεν αποστερεί τίποτε από αυτή, ούτε παρεμβάλλει δυσχέρειες κα περιορισμούς στην ελεύθερη σεξουαλική ζωή.
- Δεν είναι διαπερατά από τις ακτίνες Χ, έτσι απεικονίζονται ακτινολογικά και μπορούμε να διαπιστώσουμε την ακριβή τους θέση ή και την συνέχιση της παρουσίας τους.

### ***Μειονεκτήματα***

- Κίνδυνος διάτρησης της μήτρας.
- Διαταραχές της εμμηνορρυσίας π.χ. μηννορραγία, υπερμηνόρροια .
- Κίνδυνος κύησης (λόγω εμβολής του σπειράματος).
- Σε αποτυχία της μεθόδου, αν υπάρξει κύηση, υπάρχει κίνδυνος αυτόματης έκτρωσης.
- Σε αποτυχία της μεθόδου, υπάρχει κίνδυνος για έκτοπη κύηση.
- Αυξημένος κίνδυνος πυελικής φλεγμονώδους νόσου, ιδίως σε περιπτώσεις εναλλασσόμενων συντρόφων, αυξημένης συχνότητας συνουσίας και ιστορικού ΣΜΝ .

### **Ενδείξεις**

Γενικά, ενδείκνυται για κάθε γυναίκα, με εξαίρεση τις νεαρές άτοκες που επιθυμούν να αποκτήσουν παιδιά στο μέλλον, καθώς και στην περίπτωση που υπάρχουν απόλυτες αντενδείξεις. Οι ΑΕΣ προγεστερόνης είναι κατάλληλες για γυναίκες που έχουν μητρορραγίες μη οργανικής αιτιολογίας. Τέλος, η ΑΕΣ χαλκού είναι η καταλληλότερη για να τοποθετηθεί μετά από επαφή (15 ημέρες μετά την ωοθυλακιορρηξία).

### **Αντενδείξεις**

#### **Απόλυτες :**

- Γνωστή ή πιθανολογούμενη κύηση.
- Γνωστή ή πιθανολογούμενη οξεία ή χρόνια πυελική φλεγμονώδη νόσο.
- Γνωστή ή πιθανολογούμενη πυελική κακοήθεια.
- Αδιάγνωστη αιμορραγία, δυσμηνόρροια και ιστορικό προηγούμενης έκτοπης κύησης.
- Ανωμαλίες της μήτρας (π.χ. δίκερως μήτρα).
- Αντενδείκνυται οι ΑΕΣ χαλκού σε γυναίκες με αλλεργία στο χαλκό ή με νόσο του Wilson (κληρονομική ανωμαλία του μεταβολισμού του χαλκού, με αποτέλεσμα τοξικές συγκεντρώσεις του μετάλλου στο ήπαρ, στον εγκέφαλο και σε άλλα όργανα).

#### **Σχετικές :**

- Ατεκνία
- Αμφίβολο Test Pap.<sup>45</sup>
- Οι κακές σεξουαλικές συνήθειες (π.χ. εναλλαγή πολλών συντρόφων).
- Χρόνια ανοσοκαταστολή , θεραπεία με κορτικοστεροειδή ή χημειοθεραπεία (καταστάσεις που αυξάνουν τον κίνδυνο λοίμωξης).
- Αιμορραγική διάθεση ή χρήση αντιπηκτικών
- Στένωση τραχήλου
- Υπερμηνόρροια
- Σακχαρώδης διαβήτης

<sup>45</sup> Scoggin J- Morgan G. Practice Guidelines for Obstetrics and Gynecology. Lippincott- New York 1998



Νεαρή ηλικία (υπάρχει αυξημένος κίνδυνος μόλυνσης και επόμενων επιπλοκών).<sup>46</sup>

### **Τοποθέτηση**

Ένα ευαίσθητο τεστ κύησης πρέπει να γίνει πριν από την τοποθέτηση της ΑΕΣ . Σαν ιδιαίτερα ευνοϊκές ημέρες για την τοποθέτηση της ΑΕΣ θεωρούνται οι τελευταίες μέρες της εμμηνορρυσίας, διότι κατά το χρόνο αυτό ο αυλός του τραχήλου εξακολουθεί να είναι ανοιχτός και έτσι διευκολύνεται η τοποθέτηση.

Η εισαγωγή των ενδομήτριων σπειραμάτων πρέπει να γίνεται με άσηπτες συνθήκες. Η τεχνική της εισαγωγής είναι γενικές γραμμές η ακόλουθη.

- Το σπείραμα είναι τοποθετημένο σε ένα πλαστικό κοίλο προωθητήρα .
- Με την αμφίχειρη εξέταση προσδιορίζεται κατ' αρχήν το μέγεθος και η θέση της μήτρας. Ακολουθεί η επίχριση του τραχήλου με αντισηπτικό διάλυμα και η σύλληψη του πρόσθιου ή του οπίσθιου χείλους του τραχήλου (σε οπίσθια θέση της μήτρας) με μονοδοντωτή λαβίδα. Το μήκος και η κατεύθυνση της κοιλότητας της μήτρας μπορούν να προσδιορισθούν με μία μήλη.
- Ο προωθητήρας με το σπείραμα εισάγεται στη συνέχεια μέσω του τραχηλικού αυλού στη μητριαία κοιλότητα με ήπιες κινήσεις. Όταν περατωθεί η εισαγωγή, οι εύκαμπτοι βραχίονες του σπειράματος ξεδιπλώνονται και προσαρμόζονται στο σχήμα της κοιλότητας της μήτρας.
- Ο προωθητήρας έλκεται προς τα έξω και το νήμα του σπειράματος κόβεται σε απόσταση 5 εκ. περίπου από το έξω τραχηλικό στόμιο.

Πριν ή αμέσως μετά την εισαγωγή του σπειράματος μπορεί να χορηγηθούν αντιβιοτικά, καθώς και ένα μη στεροειδές αντιφλεγμονώδες φάρμακο για την αντιμετώπιση του κολικοειδούς πόνου της μήτρας, που προκαλείται μετά την εισαγωγή. Σε μερικές γυναίκες είναι αναγκαία η χορήγηση καταπραυντικών ή και η αναισθησία.

Η αφαίρεση της ΑΕΣ πρέπει να γίνεται στη διάρκεια της εμμηνορρυσίας ή μετά από εφτά μέρες αποχής για την ελαχιστοποίηση του κινδύνου κύησης από επαφή που έγινε πριν την αφαίρεση της ΑΕΣ .

<sup>46</sup> Serfaty D. Αντισύλληψη. Συνοπτικά. Επιστημονικές Εκδόσεις Γ. Παρισιάνου 2002 Σ: 73-85



### **Επιπλοκές**

- Διαταραχές της εμμηνορρυσίας : μηνορραγία, υπερμηνόρροια .
- Αυξημένος κίνδυνος πυελικής φλεγμονώδους νόσου (εναλλασσόμενοι σύντροφοι, αυξημένη συχνότητα συνουσίας και ιστορικό ΣΜΝ ).
- Πυελική ακτινομυκητίαση .
- Αυξημένος κίνδυνος εγκυμοσύνης κατά τα 2 πρώτα χρόνια χρήσης.
- Αυξημένος κίνδυνος εξωμήτριας κύησης (κυρίως γιατί δεν υπάρχει καλή αντισυλληπτική δράση στις σάλπιγγες).
- Κίνδυνος διάτρησης της μήτρας (κυρίως λόγω κακής τοποθέτησης). Ο οξύς πόνος μετά την εισαγωγή της ΑΕΣ είναι ενδεικτικό σημείο.

**MIRENA:** Ένα νέο ενδομήτριο σπείραμα που μορφολογικά μοιάζει με το NOVA-T, έχει όμως στο στέλεχός του εκεί όπου στο NOVA-T υπάρχει σπείραμα χαλκού, ένα περίβλημα από το προγεσταγόνο λεβονοργεστρέλη που εκτέμπεται σε ελάχιστη ποσότητα επιδρώντας κυρίως τοπικά στο ενδομήτριο και δρώντας κατ' αυτό τον τρόπο αντισυλληπτικά. Τα επίπεδα της λεβονοργεστρέλης στο κυκλοφορικό της γυναίκας είναι ελάχιστα. Η συσκευή Mirena προβλήθηκε σαν βελτίωση του συνηθισμένου τύπου σπειράματος που επιπλέον ενδείκνυται ιδιαίτερα στην περιεμμηνοπαυσιακή περίοδο, σε γυναίκες με προβλήματα μητρορραγιών. Η συνεχής επίδραση της λεβονοργεστρέλης σχεδόν επιλεκτικά στο ενδομήτριο, πέρα από την αντισυλληπτική επίδραση, εμποδίζει την δημιουργία υπερπλασιών που είναι και η γενεσιουργός αιτία υποτροπιάζουσων μητρορραγιών.<sup>47</sup>

---

<sup>47</sup> Ομιλητής: Γ. Τζαφέττας 2003 Συνέδριο Μαιευτικής και Γυναικολογικής Εταιρίας Θεσσαλονίκης.

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 7<sup>ο</sup>

### ΟΡΜΟΝΙΚΗ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ

#### 7.1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Πρόκειται για φάρμακα που περιέχουν συνδυασμό οιστρογόνου και προγεστερινοειδούς (συνδυασμένα) ή μόνο προγεστερινοειδές . Η ιστορία των από του στόματος χορηγούμενων αντισυλληπτικών δισκίων (ΑΔ ) αρχίζει από το 1939, όταν ο Brudenandt ερεύνησε και απομόνωσε τις φυσικές ορμόνες του φύλου και γι' αυτό του απονεμήθηκε και το βραβείο Nobel. Το επόμενο βήμα ήταν η σύνθεση του πρώτου δραστικού οιστρογόνου που μπορούσε να χορηγηθεί από το στόμα.

Αρκετά χρόνια αργότερα, προς το τέλος της δεκαετίας του 1950, ο Gregory Pincus και οι συνεργάτες του Rock και Garcia στο Puerto Rico πέτυχαν να συνθέσουν το πρώτο ανασταλτικό της ωοθυλακιορρηξίας χάπι. Η επιτυχία αυτή πλησιάζει σήμερα σχεδόν το 100% Από τότε μέχρι σήμερα οι προσπάθειες των ερευνητών στρέφονται στη χρησιμοποίηση δραστικότερων ουσιών, έτσι ώστε να αποφεύγεται η χορήγηση αυξημένων δόσεων και συγχρόνως να μειώνεται το ενδεχόμενο παρενεργειών και επιπλοκών από τη χρησιμοποίηση των Α Δ. Έτσι έγινε εφικτή η ελάττωση των συνολικά χορηγούμενων στεροειδών ανά κύκλο.

Η εξέλιξη αυτή των προγεστερινοειδών έχει κατ' αρχήν ως συνέπεια τη διατήρηση της ίδιας αντισυλληπτικής ικανότητας του ΑΔ παρά τη μείωση της δόσης με παράλληλη ικανοποιητική εξέλιξη του ενδομητρίου. Όλα αυτά βέβαια συνδυάστηκαν πάντοτε με τη διατήρηση της όσο το δυνατόν καλύτερης δράσης των ΑΔ και τη μείωση των ανεπιθύμητων επιπλοκών.<sup>48</sup>

#### 7.2.ΜΟΡΦΕΣ <sup>49</sup>

Ανάλογα με τη σύνθεσή τους, δηλαδή τον τρόπο με τον οποίο χορηγούνται τα περιεχόμενα στεροειδή διακρίνονται :

<sup>48</sup> Κρεατσάς Γ. Κ. Σύγχρονη Γυναικολογία και Μαιευτική. Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης 1998 Σ: 33-41

<sup>49</sup> Κρεατσάς Γ. Κ. Σύγχρονη Γυναικολογία και Μαιευτική. Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης 1998 Σ: 53-58

- Μονοφασικά (μικτού τύπου) : Είναι τα πιο διαδεδομένα και τα πιο αποτελεσματικά. Έχουν σταθερή σύνθεση, δηλαδή περιέχουν την ίδια δοσολογία οιστρογόνου και προγεστερινοειδούς σε όλα τα δισκία.
- Διφασικά: Περιέχουν δύο δοσολογίες οιστρογόνου και προγεστερινοειδούς σε δύο ομάδες δισκίων.
- Τριφασικά: Περιέχουν τρεις δοσολογίες οιστρογόνων και προγεστερινοειδούς σε τρεις ομάδες δισκίων.

Οι δύο τελευταίες μορφές μιμούνται τις ορμονικές διακυμάνσεις στις διάφορες φάσεις του κύκλου της γυναίκας. Οι δόσεις των ορμονών μεταβάλλονται μέσα στον κύκλο σε αντίθεση με τα παλαιότερα δισκία που σε όλα παρέμενε σταθερή .

Αυτός ο νέος τρόπος χορήγησης επιτρέπει χαμηλότερες δόσεις ορμονών στην αρχή του κύκλου ενώ αυξημένες δόσεις ορμονών προς το τέλος του κύκλου προλαμβάνουν την αιμορραγία από διαφυγή και τυχόν σταγονοειδή αιμόρροια .

Σ' αυτές τις μορφές η αντισυλληπτική δράση είναι το ίδιο ισχυρή και χορηγείται σαφώς μικρότερη συνολική δόση ορμονών μέσα στον κύκλο.

- Μικροχάπι (mini pill) : Περιέχει μόνο προγεστερινοειδές σε όλα τα δισκία και λαμβάνεται καθημερινά σε όλη την διάρκεια του κύκλου. Ο τρόπος δράσης τους ως αντισυλληπτικών, αφορά την τροποποίηση της τραχηλικής βλέννας και του ενδομητρίου, που γίνεται ακατάλληλο για την εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου. Τα πλεονεκτήματά τους συνδέονται με την ελάττωση των παρενεργειών που οφείλονται στα οιστρογόνα, τα οποία περιέχονται στα συνήθη αντισυλληπτικά. Έχουν όμως και μειονεκτήματα, που αφορούν τη σχετική αύξηση του κινδύνου εγκυμοσύνης (2,5%) και μάλιστα της έκτοπης και την εμφάνιση ξαφνικών μητρορραγιών. Συνιστώνται κυρίως σε γυναίκες μετά τα 35 χρόνια.
- Διαδοχικού τύπου : Τα δισκία του διαδοχικού τύπου προσπαθούν να μιμηθούν πιστότερα τις ορμονικές μεταβολές του φυσιολογικού κύκλου για το λόγο αυτό έχουν διαδοχική σύνθεση δηλαδή τις 2 πρώτες εβδομάδες του κύκλου τα δισκία περιέχουν μόνο οιστρογόνο ενώ την Τρίτη εβδομάδα συνδυασμός οιστρογόνου προγεσταγόνου.

Τα αποτελέσματα τελικά δεν δικαιώσαν τις αρχικές προσδοκίες γι' αυτό δεν χρησιμοποιούνται σήμερα. Το οιστρογόνο που συνήθως περιέχεται στα ΑΟΔ είναι η αιθινυλοιστραδιόλη και τα συνήθη προγεστερινοειδή είναι τα ακόλουθα :

- Νογεστρέλη
- Λεβονοργεστρέλη
- Δεβογεστρέλη
- Γεστοδένη (Harmonet, Meliane)
- Δροσπιρενόνη (Yasmin)
- Διενογέστη

### 7.3.ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΔΡΑΣΗΣ

Τα ΑΟΔ δρουν σε πολλά σημεία του αναπαραγωγικού συστήματος της γυναίκας.

- Με κύρια δράση στο επίπεδο του υποθαλάμου, παρεμποδίζουν την έκλυση του GhRH (εκλυτικού παράγοντα των γοναδοτροπινών).
- Ανασταλτική δράση στα κύτταρα της υπόφυσης που εκκρίνουν τις γοναδοτροπίνες. Έτσι ελαττώνονται, σημαντικά οι γοναδοτροπίνες καταργώντας την προωρρηκτική αιχμή της LH με αποτέλεσμα την αναστολή της ωορρηξίας. Η ωρίμανση του ωοθυλάκιου σταματά παρά τις υπάρχουσες ενδείξεις ότι συνεχίζεται η ανάπτυξη άτρητων ωοθυλάκιων.
- Δρουν στην ωοθήκη και τροποποιούν την ευαισθησία στις γοναδοτροπίνες . Η παραγωγή των γοναδοτροπινών δεν παύεται τελείως, αλλά τα επίπεδα εκκρίσεώς τους είναι τα ίδια με εκείνα που παρατηρούνται στην αρχή της παραγωγικής φάσης του κύκλου.
- Ελαττώνουν την παραγωγή γλυκογόνου στους αδένες του ενδομητρίου με αποτέλεσμα να γίνεται αδύνατος η επιβίωση του γονιμοποιημένου ωαρίου.
- Επιδρούν στην τραχηλική βλέννα και την καθιστούν εχθρική έναντι των σπερματοζωαρίων.
- Μεταβάλλουν την κινητικότητα των σαλίγγων και της μήτρας και έτσι επηρεάζεται η διακίνηση του ωαρίου και σπερματοζωαρίων κατά τη διέλευσή τους από τα παραπάνω όργανα.<sup>50</sup>

<sup>50</sup> Βουλγαρίδης Γ. Ζ. Η αναπαραγωγή. Γνωρίστε τα μυστικά της και πώς να την ελέγξετε. Επιστημονικές Εκδόσεις Γ. Παρισιάνου 2002 Σ: 97-108

#### 7.4.ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Τα αντισυλληπτικά δισκία αποτελούν τον πιο αποτελεσματικό μη χειρουργικό τρόπο αντισυλληψέως που υπάρχει σήμερα. Η θεωρητική αποτελεσματικότητά τους κυμαίνεται, σύμφωνα με τους διάφορους συγγραφείς, από 99,6% μέχρι 999% και η κλινική αποτελεσματικότητα από 90,0 μέχρι 99,3%.

Ειδικά τα ΑΟΔ που περιέχουν μόνο προγεστερινοειδές είναι μικρότερης αποτελεσματικότητας (0,4 έως >4 ανά 100 γυναίκες χρόνια) σε σχέση με τα συνδυασμένα ΑΟΔ και πρέπει να υπάρχει μεγάλη σχολαστικότητα στην τακτική καθημερινή λήψη τους. Όμως αν χρησιμοποιούνται σε περίοδο πλήρους θηλασμού η αποτελεσματικότητά είναι τόσο καλή, που μόνο αν περάσουν 12 ώρες από την τακτική λήψη τους χρειάζονται επιπλέον προφυλάξεις.

#### 7.5.ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

- Πολύ μεγάλη αποτελεσματικότητα
- Εύκολο στη χρήση

#### 7.6.ΟΦΕΛΗ

- Ωοθήκες : φαίνεται ότι ελαττώνουν τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου των ωοθηκών και η προστατευτική αυτή δράση διαρκεί 10 χρόνια μετά τη λήψη τους. Ελαττώνουν επίσης την πιθανότητα εμφάνισης λειτουργικών κύστων των ωοθηκών.
- Μήτρα : Ελαττώνουν τον κίνδυνο εμφάνισης Ca του ενδομητρίου. Ελαττώνουν τον κίνδυνο εμφάνισης μητρορραγίας και σιδηροπενικής αναιμίας. Ρύθμιση του κύκλου. Ελαττώνουν την δυσμηνόρροια. Ελαττώνουν τον κίνδυνο εμφάνισης ινομυωμάτων.
- Μειώνουν τον κίνδυνο εμφάνισης πνευμονικής φλεγμονικής νόσου κατά 50%.
- Μαστός : Ασκεί ευεργετική δράση σε καλοήθεις όγκους και κύστες.
- Βελτιώνει την ακμή και την υπερτρίχωση.
- Προστατεύει σχετικά από τη ρευματοειδή αρθρίτιδα.<sup>51</sup>

---

<sup>51</sup> Ιατράκης Γ. Μ. Οικογενειακός Προγραμματισμός. Εκδόσεις Δεσμός 2002 Σ: 97-98

## 7.7.ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

Τα ΑΟΔ απαιτούν ιατρική παρακολούθηση και σχολαστικότητα στη χρήση.

## 7.8.ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

- Γαστρεντερικές διαταραχές (ναυτία, τάση για έμετο, επιγαστραλγία). Παρατηρούνται συνήθως κατά τη έναρξη χρήσεως των αντισυλληπτικών και προοδευτικά υποχωρούν. Για να προληφθεί η επιπλοκή αυτή συνιστάται η λήψη του χαπιού μετά το βραδινό φαγητό, ώστε η αιχμή της απορρόφησης να γίνεται κατά την διάρκεια του ύπνου.
- Νευρολογικές διαταραχές (ίλιγγος, ζάλη, κεφαλαλγία ή ημικρανία) είναι δυνατόν να παρουσιαστούν σε λίγες περιπτώσεις (4,9 ανά 100 γυναίκες – χρόνια) στην αρχή και παρέρχονται σταδιακά.
- Ψυχικές διαταραχές, που εκδηλώνονται είτε ως διαταραχές του ύπνου είτε ως κατάθλιψη, παρατηρούνται σε μικρό ποσοστό γυναικών (2,5 ανά 100 γυναίκες χρόνια). Αποδίδονται σε επίδραση των αντισυλληπτικών πάνω στον μεταβολισμό της τρυπτοφάνης η οποία έχει ως συνέπεια την ελάττωση των επιπέδων της σεροτονίνης στον εγκέφαλο.
- Αύξηση του σωματικού βάρους εμφανίζεται σε 10% περίπου των γυναικών που αποδίδεται σε αναβολική δράση των αντισυλληπτικών, δεδομένου ότι τα προγεσταγόνα έχουν χημική συγγένεια με την τεστοστερόνη<sup>52</sup>
- Αμηνόρροια είναι αρκετά συχνή μετά τη διακοπή των ΑΟΔ μικρής περιεκτικότητας οιστρογόνου και των mini pills που έχουν συνεχή προγεστερονική δράση στο ενδομήτριο.
- Ο κίνδυνος διηθητικού καρκίνου του τραχήλου φάνηκε να είναι μεγαλύτερος κατά το χρονικό διάστημα λήψης των ΑΟΔ αλλά και για χρονική περίοδο μέχρι 10 χρόνια μετά την διακοπή τους.
- Ευαισθησία και διόγκωση των μαστών ή μαστοδυνία έχουν παρατηρηθεί κατά τη διάρκεια χρησιμοποίησεως των αντισυλληπτικών και σχετίζονται με τα οιστρογόνα που περιέχονται σ' αυτά.<sup>53</sup>

<sup>52</sup> Παπουτσής 2003

<sup>53</sup> Ιατράκης Γ. Μ. Οικογενειακός Προγραμματισμός, Εκδόσεις Δεσμός 2002 Σ: 101



Καρκίνος του μαστού. Μια μεγάλη μελέτη, η Μελέτη Υγείας των Νοσηλευτριών των ΗΠΑ (1998) ανέφερε 1.127.415 άτομα – έτη παρακολούθησης και δεν βρήκε καμία αύξηση γενικότερα μεταξύ των ληπτριών αντισυλληπτικών δισκίων σε σύγκριση με τις μη λήπτριες. Μερικές μελέτες αποκάλυψαν εμφανή κίνδυνο για ορισμένες υποομάδες ληπτριών. Για παράδειγμα, για νεαρές γυναίκες, άτοκες γυναίκες και γυναίκες που χρησιμοποιούσαν αντισυλληπτικά δισκία πριν την πρώτη τους εγκυμοσύνη. Μια Βρετανική μελέτη που αποκάλυψε μια μικρή αλλά στατιστικά σημαντική σταθερή αύξηση στον καρκίνο του μαστού που διαγνώστηκε πριν την ηλικία των 36 ετών μεταξύ των ληπτριών αντισυλληπτικών χαπιών ανακάλυψε επίσης ότι ο κίνδυνος ήταν μικρότερος για εκείνα τα αντισυλληπτικά χάπια που περιέχουν οιστρογόνα σε ποσότητα μικρότερη των 50μg. Αντισυλληπτικά δισκία που περιέχουν μόνο προγεστερινοειδή φαίνεται να έχουν προστατευτική επίδραση. Είναι σημαντικό το γεγονός ότι οι λήπτριες αντισυλληπτικών δισκίων που υπέστησαν καρκίνο του μαστού είχαν όγκους σχετικά μικρότερου σταδίου και ήταν λιγότερο πιθανό γι' αυτές να δώσουν θετικούς λεμφαδένες σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Μια εξήγηση για το φαινομενικά παράδοξο της απουσίας γενικής αύξησης αλλά του πιθανά αυξημένου κινδύνου για μικρές υποομάδες νεαρών γυναικών είναι το ότι η χρήση των αντισυλληπτικών δισκίων μπορεί να προάγει την ανάπτυξη προϋπαρχόντων καρκίνων του μαστού, επιτρέποντας έτσι την πρόωμη διάγνωση χωρίς να αυξάνεται ο κίνδυνος για όλη την διάρκεια ζωής. Μια μικρή αύξηση στην συχνότητα του καρκίνου του μαστού πριν την ηλικία των 44 ετών μπορεί να αντισταθμίζεται από την ελάττωση του κινδύνου για τις γυναίκες να αναπτύξουν καρκίνο του μαστού σε μεγαλύτερη ηλικία, οπότε και εμφανίζονται πολύ περισσότερες περιπτώσεις. Η χρήση αντισυλληπτικών δισκίων από γυναίκες με συγγενή α' βαθμού που έπασχε από καρκίνο του μαστού δεν αυξάνει τον κίνδυνο νόσησης ανεξάρτητα από τη διάρκεια χρήσης πριν ην πρώτη τους εγκυμοσύνη.

- Διαταραχές της ηπατικής λειτουργίας έχουν περιγραφεί, αλλά δεν είναι συχνές. Συνήθως αφορούν την έκκριση της χολής και εκδηλώνονται είτε σαν χολοστατικός ίκτερος είτε σαν χολολιθίαση. Η μακροχρόνια χρήση των αντισυλληπτικών συνδέεται με την εμφάνιση καλοηθών αδενωμάτων του ήπατος, τα οποία είναι σπάνια (3 ανά 100.000 γυναίκες – χρόνια) και υποχωρούν μετά την διακοπή των δισκίων .

- Υπέρταση παρατηρήθηκε σε μικρό ποσοστό γυναικών (0,5-5%, στις διάφορες μελέτες), που χρησιμοποιούν αντισυλληπτικά χάπια και έχει αποδοθεί σε αύξηση του αγγειοτενσιογόνου, μιας α2-σφαιρίνης, που προκαλείται από αυτά. Συνήθως είναι ήπια και ανατάξιμη, φαίνεται δε να έχει σχέση με τη διάρκεια χρήσεως των αντισυλληπτικών.
- Τα θρομβοεμβολικά επεισόδια, τόσο στα περιφερικά αγγεία, όσο και στα αγγεία των πνευμόνων, της καρδιάς και του εγκεφάλου, αποτελούν σοβαρή επιπλοκή των αντισυλληπτικών δισκίων. Η νοσηρότητα και η θνησιμότητα από καρδιακά και εγκεφαλικά αγγειακά επεισόδια είναι σημαντικά συχνότερες στις γυναίκες που χρησιμοποιούν το χάπι. Τα οιστρογόνα που περιέχονται στα αντισυλληπτικά επιδρούν επάνω στο ενδοπλασματικό δίκτυο του ήπατος και προκαλούν αύξηση όλων των παραγόντων της πήξεως του αίματος, καθώς και αύξηση του αριθμού και της συγκολλητικότητας των αιμοπεταλίων και μείωση των επιπέδων της αντιθρομβίνης –3. Σημαντικούς προδιαθεσικούς παράγοντες φαίνεται ότι αποτελούν το κάπνισμα, η ηλικία, η υπέρταση (είτε προϋπήρχε είτε οφείλεται στα αντισυλληπτικά) και η διάρκεια λήψεως των αντισυλληπτικών. Εξάλλου, μεγάλο ρόλο παίζει και η ποσότητα του οιστρογόνου και γι' αυτό συνιστάται να χορηγούνται τα δισκία, που περιέχουν μειωμένη ποσότητα του στερεοειδούς αυτού.

**ΣΗΜΕΙΩΣΗ :** Πολύ σημαντική είναι η σωστή λήψη ιστορικού σε γυναίκες της αναπαραγωγικής ηλικίας που πρόκειται να χειρουργηθούν. Σε λήψη ΑΟΔ καλό θα ήταν να συστηθεί διακοπή τους για 1 μήνα τουλάχιστον πριν από την εγχείρηση για ελαχιστοποίηση του κινδύνου εμφάνισης μετεγχειρητικής θρόμβωσης.<sup>54</sup>

## 7.9.ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

Όλες οι νεαρές γυναίκες ανεξαρτήτου ηλικίας μπορούν να χρησιμοποιήσουν το χάπι με την προϋπόθεση να έχει εγκατασταθεί τακτική φυσιολογική έμμηνος ρύσης με ωορρηκτικούς κύκλους από 2 χρόνια, δηλαδή να έχει σταθεροποιηθεί ο άξονας Υποθάλαμος – υπόφυση – ωοθήκες

- Η προφύλαξη από την κύηση (και από την έκτοπη).
- Για την αντιμετώπιση της σιδηροπενικής αναιμίας.

<sup>54</sup> Berek J. S- Adashi E.- Hillard Y. P. A. Novak's Γυναικολογία Ι. 12<sup>η</sup> Έκδοση. Επιμέλεια- Πρόλογος: Γ. Κ. Κρεατσάς. Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης 1998 Σ: 69-83

- Για την αντιμετώπιση της δυσμηνόρροιας.
- Σε γυναίκες με αυξημένο κίνδυνο φλεγμονώδους πνευμονικής νόσου (τα ΑΟΔ αυξάνουν τη γλοιότητα της τραχηλικής βλέννας). Έτσι εμποδίζουν την είσοδο μικροοργανισμών).
- Ειδικά τα ΑΟΔ που περιέχουν μόνο προγεστερινοειδές , ενδείκνυται στη διάρκεια του θηλασμού (δεν επηρεάζουν τη γαλουχία) και όταν υπάρχουν αντενδείξεις για χορήγηση οιστρογόνων).

## 7.10.ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

### Απόλυτες

Όταν λέμε απόλυτες αντενδείξεις εννοούμε ότι σε καμία περίπτωση γυναίκα που βρίσκεται να έχει μία από αυτές τις παθολογικές καταστάσεις δεν μπορεί να χρησιμοποιήσει ορμονική από το στόμα αντισύλληψη.

- Θρομβοφλεβίτιδα – θρομβοεμβολικά επεισόδια – εγκεφαλικό επεισόδιο – εγγεφαλοαγγειακό ατύχημα.
- Στεφανιαία νόσος
- Επιβαρηνμένη ηπατική λειτουργία – Ηπάτωμα
- Καρκίνος του μαστού
- Κύηση ή υποψία
- Οιστρογονοεξαρτώμενη νεοπλασία
- Ca αναπαραγωγικού συστήματος
- Ύπαρξη νόσου που μπορεί να προκαλέσει θρομβοεμβολικό επεισόδιο (δρεπανοκυτταρική αναιμία, βαλβιδοπάθεια , αρρυθμία, λευχαιμία).
- Βαριά υπέρταση
- Υπερλιπιδαιμία
- Κάπνισμα
- Χολολιθίαση
- Ιστορικό συστηματικού ερυθματώδη λύκου που επηρεάστηκε σε προηγούμενη χρήση ΑΟΔ .

### Σχετικές

- Ημικρανίες – κεφαλαλγία – ασυνήθης – αδιάγνωστη

- Προδιαβήτης ή διαβήτης
- Ιστορικό χολοστατικού ίκτερου σε προηγούμενη εγκυμοσύνη
- Λ. Μονοπυρήνωση στην οξεία φάση
- Ηλικία μεγαλύτερη από 35-40
- Παχυσαρκία
- Κατάγματα ή βαριές κακώσεις
- Ανορρηκτικοί κύκλοι – ολιγομηνόρροια
- Έντονη κατάθλιψη
- Επιληψία
- Κιρσοί κάτω άκρων
- Ανωμαλίες θυροειδούς
- Σκλήρυνση κατά πλάκας
- Ομόζυγη δρεπανοκυτταρική αναιμία.

Εφόσον υπάρχει κάποια ή κάποιες από αυτές τις σχετικές αντενδείξεις θα αποφύγουμε να χορηγήσουμε το αντισυλληπτικό χάπι αν όμως θα πρέπει να το πράξουμε πρέπει να είμαστε ιδιαίτερα προσεκτικοί και η γυναίκα να παρακολουθείται στενά για την έγκαιρη διάγνωση επιπλοκών που πιθανόν να εμφανιστούν από τη δράση των στεροειδών σε συνδυασμό με μία από τις παραπάνω σχετικές αντενδείξεις.<sup>55</sup>

### 7.11. ΤΡΟΠΟΣ ΛΗΨΗΣ

Πριν από την έναρξη λήψης, κάθε γυναίκα πρέπει να κάνει τις εξής εξετάσεις :

- Εξέταση καρδιαγγειακού
- Αρτηριακή πίεση
- Ψηλάφηση μαστών
- Ψηλάφηση κοιλίας – ήπατος
- Λεπτομερής γυναικολογική εξέταση

Εργαστηριακός έλεγχος. Πρέπει να περιλαμβάνει :

- Test Pap

<sup>55</sup> Danforth 1999 Σ: 106-112

- Η.Κ.Γ.
- Γενική Αίματος
- Γενική Ούρων
- Σάκχαρο
- Ουρία
- Τριγλυκερίδια
- Χοληστερίνη
- Τρανσαμινάσες

Εδώ πρέπει να σημειωθεί ότι τα τελευταία χρόνια έχει προταθεί να καταργηθεί ο εργαστηριακός έλεγχος πριν την λήψη των ΑΟΔ. Είναι μια διαδικασία, η οποία αποτρέπει τη γυναίκα να πάρει ΑΟΔ ή τουλάχιστον την αναγκάζει να αναβάλλει τη λήψη. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να μείνει τελικά έγκυος, να ταλαιπωρηθεί ψυχολογικά με μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη και να καταφύγει στην έκτρωση, ως μέσο αντισύλληψης.

Η λήψη των ΑΟΔ αρχίζει συνήθως την πρώτη μέρα της εμμηνορροϊάς και συνεχίζεται με τη λήψη ενός δισκίου ημερησίως για 21 ημέρες. Ακολουθεί διακοπή 7 ημερών κατά την οποία αναμένεται εμμηνορροϊα. Στη συνέχεια ακολουθεί λήψη του πρώτου δισκίου από την επόμενη συσκευασία.

Αν μια γυναίκα ξεχάσει να πάρει ένα δισκίο, καλό είναι να το πάρει μέσα στις επόμενες 12 ώρες. Αν περάσουν περισσότερες από 12 ώρες παραλείπει αυτό το δισκίο που ξέχασε και συνεχίζει κανονικά την λήψη των υπολοίπων.

Η παράλειψη πάντως των 3 πρώτων δισκίων του κύκλου δεν οδηγεί αυτόματα σε ωοθυλακιορρηξία.

## **7.12.ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΗ ΜΕ ΆΛΛΑ ΦΑΡΜΑΚΑ**

Η αντισυλληπτική ικανότητα των ΑΟΔ μπορεί να μειωθεί λόγω αλληλεπίδρασης με άλλα φάρμακα και αυτό μπορεί να γίνει με δύο τρόπους :

**Α.** Από ουσίες που αυξάνουν τα ένζυμα αδρανοποίησης των στεροειδών στο ήπαρ όπως π.χ. :

- Αναλγητικά
- Ηρεμιστικά

- Ριφαμπικίνη
- Αντιεπιληπτικά

**B. Ουσίες που καταστρέφουν την εντερική χλωρίδα, όπως**

- Αμπικιλίνη
- Ερυθρομυκίνη
- Κεφαλασπορίνες
- Νεομυκίνη
- Τετρακυκλίνη
- Χλωραμφενικόλη<sup>56</sup>

## **7.13.ΛΟΙΠΑ ΟΡΜΟΝΙΚΑ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΑ ΜΕΣΑ**

### **7.13.1. «ΤΟ ΧΑΠΙ ΤΗΣ ΕΠΟΜΕΝΗΣ ΜΕΡΑΣ»**

Έτσι χαρακτηρίζεται η σε σύντομο χρονικό διάστημα λήψη ορμονών σε μεγάλη ποσότητα για να αποφευχθεί μια πιθανή κύηση.

Η αντισυλληπτική δράση των οιστρογόνων που χορηγούνται σε υψηλές δόσεις μετά τη συνουσία οφείλεται πιθανόν στην απευθείας δράση τους στο ενδομήτριο, εμποδίζοντας έτσι την εγκατάσταση του ωαρίου που γονιμοποιήθηκε. Μπορεί επίσης να επιταχύνουν τη διέλευση του ωαρίου, που γονιμοποιήθηκε, μέσα στη σάλπιγγα ώστε να διαταράσσεται ο συγχρονισμός μεταξύ προετοιμασίας του ενδομητρίου και εγκατάστασης του ωαρίου που γονιμοποιήθηκε. Δύο λοιπόν δισκία που περιέχουν 50μg αιθινυλοιστραδιόλης λαμβάνονται όσο γίνεται νωρίτερα μετά την επαφή και άλλα δύο δισκία μετά από 12 ώρες. Επίσης, έχουν παρατηρηθεί έμετος, κεφαλαλγία και ακανόνιστη κοιλιακή αιμόρροια. Η συνολική ορμονική δόση που λαμβάνεται σε ένα κύκλο με το ΑΟΔ και μόνο οι απόλυτες αντενδείξεις του ΑΟΔ λαμβάνονται συνήθως υπόψη.

Σαν «χάπι της επόμενης μέρας» βρίσκεται στην κυκλοφορία και η λεβονοργεστρέλη 0,75mg (Norlevo). Η συσκευασία περιέχει 2 δισκία. Το πρώτο δισκίο, όπως γενικά ισχύει στην επείγουσα αντισύλληψη, πρέπει να λαμβάνεται όσο το δυνατόν νωρίτερα με καλύτερη αποτελεσματικότητα αν ληφθεί τις 12 πρώτες ώρες μετά την επαφή. Η λήψη πάντως του πρώτου δισκίου δεν πρέπει να γίνει αργότερα από

<sup>56</sup> Ιατράκης Γ. Μ. Οικογενειακός Προγραμματισμός. Εκδόσεις Δεσμός 2002 Σ: 121-130



72 ώρες μετά την επαφή. Το δεύτερο δισκίο πρέπει να λαμβάνεται σε διάστημα μεταξύ 12 ωρών το νωρίτερο και 24 ωρών το αργότερο μετά το πρώτο δισκίο.

Πρέπει να σημειωθεί βέβαια ότι αυτή η μέθοδος αντισύλληψης δεν μπορεί να εφαρμόζεται σε «συστηματική» βάση αλλά μόνο σαν εξαίρεση.

Τέλος υπάρχει η μifeπριστόνη (RU 486) που φαίνεται να δίνει επίσης καλά αποτελέσματα για την πρόληψη της κύησης μετά τη συνουσία. Το παραπάνω ιδιοσκεύασμα χρησιμοποιείται και σαν εκτρωτικό φάρμακο. Είναι ανταγωνιστής της προγεστερόνης. Όταν χορηγηθεί στην αρχή της κύησης ασκεί δράση κατά της εμφύτευσης.

Πρέπει να αναφερθεί ότι το RU 486 είναι νοσοκομειακό φάρμακο και εφαρμόζεται αποκλειστικά και μόνο σε νοσοκομειακά κέντρα, όπου υπάρχει η σχετική εμπειρία.<sup>57</sup>

### **7.13.2.ΕΝΕΣΙΜΑ ΟΡΜΟΝΙΚΑ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΑ (DMPA – Depo Provera)**

Μια μοναδική ενδομυϊκή ένεση 150mg οξικής εροτ-μεδροξυπρογεστερόνης (CMPA – εναιώρημα μικροκρυστάλλων ενός συνθετικού προγεστερινοειδούς) θα καταστείλει την ωοθυλακιωρηξία στις περισσότερες γυναίκες για 14 εβδομάδες ή και περισσότερο. Το σχήμα των 150mg κάθε τρεις μήνες είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικό, δίνοντας ποσοστά αποτυχίας περίπου 0,3 εγκυμοσύνες ανά 100 γυναίκες ετησίως. Πιθανώς εξαιτίας των υψηλών επιπέδων του προγεστερινοειδούς στο αίμα, η αποτελεσματικότητα φαίνεται να μην ελαττώνεται με την χορήγηση άλλων φαρμάκων και δεν εξαρτάται από το βάρος της ασθενούς. Γυναίκες στις οποίες χορηγήθηκε η DMPA παρουσίασαν διαταραχές του κύκλου και αρχικά αιμορραγία και κηλίδες αίματος σε ακανόνιστα διαστήματα. Τελικά στις περισσότερες γυναίκες που χορηγείται DMPA αναπτύσσεται ολική αμηνόρροια. Σε συνεχή χορήγηση, αμηνόρροια αναπτύσσεται στο 50% των γυναικών μέσα στον πρώτο χρόνο και στο 80% μέσα σε τρία χρόνια. Η DMPA παραμένει στο σώμα για αρκετούς μήνες σε γυναίκες που την έχουν χρησιμοποιήσει για μακροχρόνια αντισύλληψη και επιστροφή σε κατάσταση γονιμότητας μπορεί να καθυστερήσει.<sup>58</sup>

<sup>57</sup> Ιατράκης Γ. Μ. Οικογενειακός Προγραμματισμός. Εκδόσεις Δεσμός 2002 Σ: 145-150

<sup>58</sup> Berek J. S.- Adashi E.- Hillard Y. P. A. Novak's Γυναικολογία Ι. 12<sup>η</sup> Έκδοση. Επιμέλεια- Πρόλογος: Γ. Κ. Κρεατσάς. Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης 1998 Σ: 94-95

### 7.13.3. ΟΡΜΟΝΗ ΣΕ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑ ΒΡΑΔΕΙΑΣ ΑΠΟΔΕΣΜΕΥΣΗΣ

#### *Norplant*

Τα συστήματα αυτά άρχισαν να χρησιμοποιούνται από το 1960. Η κυριότερη απ' αυτές τις μεθόδους ήταν το σύστημα Norplant, το οποίο χρησιμοποιήθηκε κατ' αρχήν στη Χιλή το 1972 και μόλις το 1992 εισήχθη στην αμερικανική αγορά. Πρόκειται για 6 λεπτούς σωληνίσκους διαμέτρου 2,4 mm και μήκους 34mm, οι οποίοι περιέχουν λεβονοργεστρέλη και οι οποίοι τοποθετούνται υποδορίως στο δέρμα του αντιβραχίου. Αποδεσμεύουν βραδέως στην κυκλοφορία λεβονοργεστρέλη σε επίπεδα 1/5 ή 1/10 από εκείνα που επιτυγχάνονται μετά τη χορήγηση ΑΔ. Έτσι κατά τους πρώτους 6-12 μήνες απελευθερώνονται περίπου 80mg λεβονοργεστρέλης / 24ωρο, ενώ κατά τους επόμενους μήνες η απελευθέρωση μειώνεται στα 30-35mg. Τα κυκλοφορούμενα επίπεδα λεβονοργεστρέλης στο αίμα είναι ικανά να αναστείλουν την ωοθυλακιορρηξία για 5 χρόνια περίπου δεδομένου ότι όλο αυτό το χρονικό διάστημα τα επίπεδα δεν ελαττώνονται κάτω των 0,25-0,35ng/ml.

Τα μειονεκτήματα του συστήματος τα οποία μπορεί να οδηγήσουν τη γυναίκα στην αφαίρεσή του είναι η κοιλιακή αιμορραγία και άλλες διαταραχές της περιόδου, οι οποίες ιδιαίτερα τον πρώτο χρόνο χρήσης μπορεί να φθάσουν μέχρι και το 80% των περιπτώσεων. Επίσης δεν προστατεύουν από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, όπως και τα ΑΔ και είναι δυνατόν να ενοχλήσουν τη γυναίκα όταν ψηλαφεί τα ραβδιά κάτω από το δέρμα. Το κυριότερο από τα πλεονεκτήματα του συστήματος είναι ότι έχει υψηλό ποσοστό συμμορφωτικότητας (Compliance) δεδομένου ότι οι χρήστριες δε χρειάζεται να κάνουν καμία προσωπική ενέργεια σε αντίθεση με το χάπι ή και το προφυλακτικό.<sup>59</sup>

Τα συστήματα αυτά δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται από τις γυναίκες που εμφανίζουν θρομβοφλεβίτιδα, ηπατοπάθεια ή κακοήθειες μαστοπάθειες. Επίσης πρέπει να αποφεύγονται από μεγάλες καπνίστριες. Από πλευράς αποτελεσματικότητας έχει βρεθεί ότι συχνότητα ανεπιθύμητων κήσεων φθάνει τις 0,2 κήσεις ανά 100 γυναίκες – χρόνια κήσεις. Το ποσοστό αυτό προκύπτει από μελέτη, 12.133 γυναικών –ετών χρήση σε 11 χώρες.

<sup>59</sup> Καλογερόπουλος Α. Γυναικολογία. Βασικά Θέματα. Γενική Γυναικολογία. Γυναικολογική Ογκολογία. Ενδοκρινολογία. Αναπαραγωγή. Σύγχρονα Ειδικά Θέματα. University Studio Press 1996 Σ: 53-61

#### **7.13.4.ΟΡΜΟΝΕΣ ΣΕ ΚΟΛΠΙΚΟ ΔΑΚΤΥΛΙΟ**

Κατασκευάζονται από υλικό που επιτρέπει τη βαθμιαία απελευθέρωση των δραστικών ουσιών (συνδυασμοί οιστρογόνου– προγεστερινοειδούς ).

Παράδειγμα αποτελεί το σύστημα που επιτρέπει την προγραμματισμένη απελευθέρωση ετονογεστρέλης και αιθινυλοιστραδιόλης . Η ημερήσια απελευθέρωση είναι περίπου 120μg της πρώτης και 15μg της δεύτερης. Ο δακτύλιος πρέπει να παραμείνει στη θέση του για 21 ημέρες. Στη συνέχεια αφαιρείται και μετά πάροδο 7 ημερών επανατοποθετείται ένας νέος δακτύλιος.

#### **7.13.5.ΟΡΜΟΝΕΣ ΣΕ ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ (ΟΔ)**

Τελευταία περιγράφηκε η διαδερμική χορήγηση ορμονικής αντισύλληψης με τοποθέτηση αυτοκόλλητου μια φορά την εβδομάδα για τρεις εβδομάδες και με μεσοδιάστημα μιας εβδομάδας χωρίς ορμονική πρόσληψη<sup>60</sup>

---

<sup>60</sup> Ιατράκης Γ. Μ. Οικογενειακός Προγραμματισμός. Εκδόσεις Δεσμός 2002 Σ: 45-47

### ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ

Οι χειρουργικές μέθοδοι προφύλαξης από ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη ήταν αρκετά δύσκολες και επικίνδυνες τεχνικές μέχρι τις αρχές του 1900. Μετά το 1900 άρχισαν να εφαρμόζονται για τους άνδρες και μετά το 1930 για τις γυναίκες. Είναι μέθοδοι αντισύλληψης μη αναστρέψιμες, μόνιμες, γι' αυτό όταν πραγματοποιούνται αποκλειστικά για αντισύλληψη, θα πρέπει να γίνεται λεπτομερής πληροφόρηση του ενδιαφερόμενου ζευγαριού και εξήγηση των πλεονεκτημάτων τους, αλλά και να τονίζεται το μειονέκτημα της μονιμότητάς τους. Θα πρέπει δε να αφήνεται στο ζευγάρι αποκλειστικά να αποφασίσει ποιος από τους δύο θα υποστεί τη στειροποίηση, χωρίς ο γιατρός να επηρεάσει ή να εκφράσει την προσωπική του γνώμη και οπωσδήποτε αφού τους αναφερθούν τα μειονεκτήματα και πλεονεκτήματα της επέμβασης στον άνδρα ή στη γυναίκα.

#### 8.1. ΣΤΗ ΓΥΝΑΙΚΑ

Η υστερεκτομία δε λαμβάνεται πλέον υπ' όψιν ως επιλογή στειροποίησης επειδή η νοσηρότητα και η θνησιμότητα είναι πολύ υψηλές σε σύγκριση με την σαλπγγική στειροποίηση.<sup>61</sup>

- Σαλπγγική στειροποίηση κατά την διάρκεια λαπαροτομίας, τοκετού με καισαρική τομή ή άλλης επέμβασης στην κοιλιακή χώρα. Δεν προσθέτει επιπλέον κίνδυνο, εκτός από μια μικρή παράταση της διάρκειας της επέμβασης.
- Μικρή λαπαροτομία μετά από φυσιολογικό τοκετό. Αμέσως μετά τον τοκετό (λοχεία), η μήτρα έχει αυξημένο μέγεθος και οι σάλπιγγες κείτονται στο μέσο της κοιλιακής χώρας, είναι δε εύκολα προσπελάσιμες διαμέσου μιας μικρής υπομφάλιας τομής μήκους 4-6cm. Η συνηθισμένη τεχνική είναι η Pomeroy.

Αυτή βασίζεται στη σύλληψη των σαλπίγγων με μια λαβίδα αντίστοιχα του ισθμού, στην απολίνωση με απορροφήσιμο ράμμα και διατομή της σχηματισμένης αγκύλης στις σάλπιγγες, ώστε μετά την απορρόφηση του ράμματος να απομακρύνονται

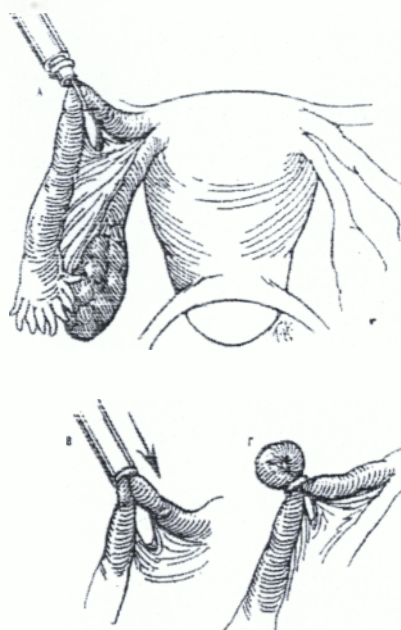
<sup>61</sup> Berek J. S- Adashi E.- Hillard Y. P. A. Novak's Γυναικολογία Ι. 12<sup>η</sup> Έκδοση. Επιμέλεια- Πρόλογος: Γ. Κ. Κρεατσάς. Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης 1998 Σ: 85-87

τα δύο τμήματα των σαλπίνγων και να είναι απίθανη η επανένωσή τους. Η μέθοδος αυτή χρησιμοποιείται όχι μόνο μετά τον τοκετό αλλά και άσχετα από αυτόν.

- Κολποτομία. Εάν τα τοιχώματα του κόλπου είναι χαλαρά και οι σύνδεσμοι της μήτρας επιτρέπουν τη μετακίνησή της μήτρας, είναι δυνατή η προσέγγιση και απολίνωση των σαλπίνγων με μικρή επιμήκη τομή στον οπίσθιο κολπικό θόλο. Η κολπική οδός φαίνεται ιδεώδης για στειροποίηση διότι αποφεύγεται το μεγάλο stress της κοιλιακής τομής. Στην πράξη όμως αυτό απέχει από την πραγματικότητα. Πυελική φλεγμονή, τραυματισμός εντέρου και ουροδόχου κύστης, δυσπαρεύνια είναι υψηλότερη σε σχέση με τη σταροποίηση με λαπαροτομία.<sup>62</sup>
- Λαπαροσκόπηση. Η επέμβαση μπορεί να γίνει με (διπολική) διαθερμία, με δακτυλίους ή με σφιγκτήρες. Η διπολική διαθερμία είναι πολύ ασφαλέστερη από τη μονοπολική διότι δεν υπάρχει διαρροή ηλεκτρικού ρεύματος που θα μπορούσε να προκαλέσει βλάβη στο έντερο ή άλλα όργανα. Στη στειροποίηση με διαθερμία χρησιμοποιούνται ειδικές διπολικές λαβίδες με τις οποίες καταστρέφεται μικρό τμήμα της σάλπιγγας σε απόσταση 1 έως 2 cm από το κέρασ της μήτρας.<sup>63</sup> Λόγω της σχετικά μεγαλύτερης καταστροφής που επιτυγχάνεται στη σάλπιγγα με τη διαθερμία θεωρείται ότι η μέθοδος έχει τις μικρότερες πιθανότητες αναστρεψιμότητας .

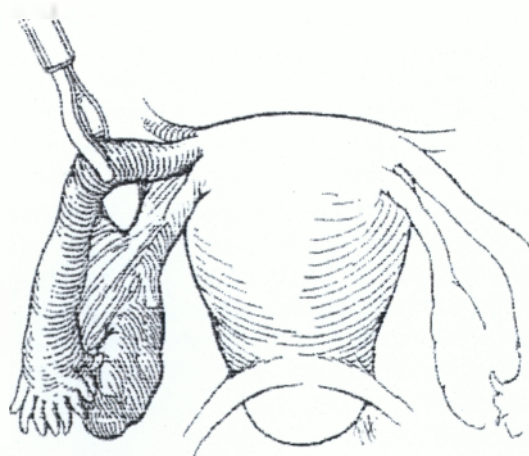
<sup>62</sup> Κρεατσάς Γ. Κ. Σύγχρονη Γυναικολογία και Μαιευτική. Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης 1998 Σ: 65

<sup>63</sup> Καλογερόπουλος Α. Γυναικολογία. Βασικά Θέματα. Γενική Γυναικολογία. Γυναικολογική Ογκολογία. Ενδοκρινολογία. Αναπαραγωγή. Σύγχρονα Ειδικά Θέματα. University Studio Press 1996 Σ: 69-73



**Εικόνα 1 : Τοποθέτηση δακτυλίου Fallope για σάλπιγγική στείρωση**

Το πλεονέκτημα των δακτυλίων και των σφιγκτήρων είναι ότι καταστρέφουν ελάχιστα τις σάλπιγγες. Οι δακτύλιοι αποτελούνται από σιλικόνη και τοποθετούνται σε απόσταση 1,5-2cm από το κέρασ της μήτρας.



**Εικόνα 2 : Τεχνική διπολικής ηλεκτροκαυτηρίασης για στείρωση**



Αποτυχία των παραπάνω μεθόδων μπορεί να οφείλεται σε ακατάλληλη τεχνική, μη αναγνώριση της σάλπιγγας, λανθασμένη ή ελλιπή τοποθέτηση του δακτυλίου ή του σφιγκτήρα και ελαττωματική συσκευή. Προτείνεται η υστεροσαλπιγγογραφία αν ο γιατρός έχει αμφιβολίες. Στην περίπτωση αυτή, συστήνεται στη γυναίκα να απέχει από σεξουαλική επαφή μέχρι την οριστική διαπίστωση.

- Υστεροσκόπηση. Τοποθετούνται ειδικά βύσματα (κυρίως από σιλικόνη) διατραχηλικά στα μητρικά στόμια των σαλπίγγων. Οι χειρουργικές μέθοδοι αντισύλληψης ενδείκνυται για γυναίκες που έχουν ολοκληρώσει την οικογένειά τους και επιθυμούν μια μόνιμη και μη αναστρέψιμη μέθοδο αντισύλληψης.

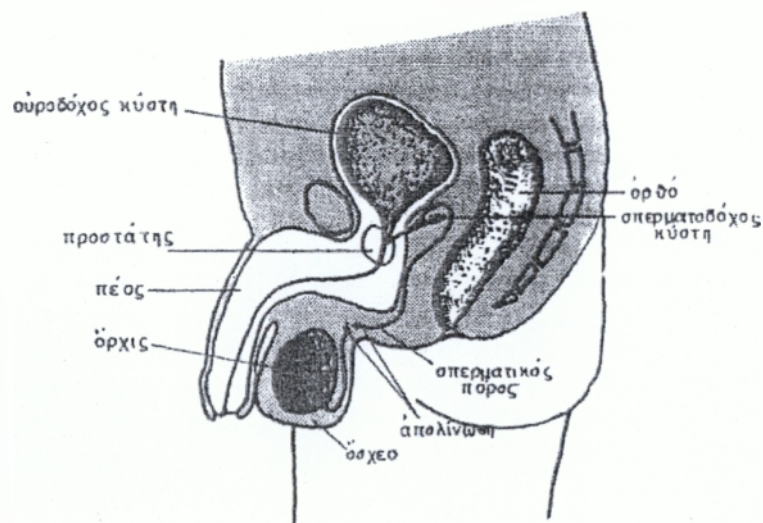
Σε οποιαδήποτε μέθοδο, που αφορά επέμβαση στις σάλπιγγες, αν συμβεί ενδομήτρια κύηση μέσα στον πρώτο χρόνο μετά την επέμβαση, το πιθανότερο είναι ότι οφείλεται σε τεχνικό πρόβλημα που συνέβη την ώρα της στείρωσης. Από την άλλη, σε κανονικές επαφές, η ενδομήτρια κύηση που θα συμβεί σε περισσότερο από ένα χρόνο μετά την επέμβαση, είναι πιθανότερο να οφείλεται σε επανασχηματισμό του αυλού της σάλπιγγας. Οι επιπλοκές είναι σπάνιες και είτε οφείλονται στη νάρκωση είτε προέρχονται από τους εγχειρητικούς χειρισμούς. Ανάμεσα σ' αυτές περιλαμβάνονται η αιμορραγία, τα εγκαύματα από (μονοπολική) διαθερμία, η διάτρηση της μήτρας ή του εντέρου και οι φλεγμονές, που είναι συχνότερες στις μεθόδους που χρησιμοποιούν την κοιλιακή οδό.<sup>64</sup>

## 8.2. ΣΤΟΝ ΑΝΔΡΑ

Η απόφραξη του σπερματικού πόρου (vasectomy) αποσκοπεί στο να παρεμποδίσει τη δίοδο των σπερματοζωαρίων από τον όρχι προς την ουρήθρα. Είναι απλή και ασφαλής μέθοδος. Για την πιθανότητα αποτυχίας, τονίζεται ότι μετά την επέμβαση πρέπει να ακολουθήσει ανάλυση σπέρματος. Η αποτυχία της μεθόδου είναι κάτω από 2%. Ενδείκνυται για άνδρες που δεν επιθυμούν άλλα παιδιά και θέλουν μια μόνιμη μέθοδο αντισύλληψης. Όταν υπάρχουν ανωμαλίες στο όσχεο ή στη βουβωνική χώρα ή όταν ο άνδρας έχει αμφιβολίες για τη συγκεκριμένο μέθοδο, τότε η μέθοδος αντενδείκνυται.

<sup>64</sup> Καλογερόπουλος Α. Γυναικολογία. Βασικά Θέματα. Γενική Γυναικολογία. Γυναικολογική Ογκολογία. Ενδοκρινολογία. Αναπαραγωγή. Σύγχρονα Ειδικά Θέματα. University Studio Press 1996 Σ: 71-72

Οι μετεγχειρητικές επιπλοκές (οίδημα ή αιμάτωμα του όσχεου, φλεγμονή, πόνος) είναι σπάνιες. Το μεγαλύτερο όμως μειονέκτημα της χειρουργικής στειροποίησης στον άνδρα είναι ότι η αποκατάσταση της γονιμότητας επιτυγχάνεται σε λίγες μόνο περιπτώσεις. Ενώ δηλαδή με τις μικροχειρουργικές τεχνικές αποκαθίσταται η διαβατότητα των πόρων και εμφανίζονται σπερματοζωάρια στην εκσπερμάτιση σε ποσοστό που κυμαίνεται από 50-85%, η επίτευξη εγκυμοσύνης δεν ξεπερνά το 25-30%. Το φαινόμενο αυτό αποδίδεται στα αντισπερματικά αντισώματα, τα οποία δημιουργούνται, επειδή σπερματοζωάρια ή αντιγονικά στοιχεία τους περνούν από τον αυλό στο διάμεσο ιστό της επιδιδυμίδας και έρχονται σε επαφή με ανοσογόνα κύτταρα.<sup>65</sup>



**Εικόνα 3 : Απολίνωση του σπερματικού πόρου.**

### Μέθοδοι

Η εκτομή ενός τμήματος του σπερματικού πόρου εκτελείται σε σύντομο χρονικό διάστημα με χρήση τοπικής αναισθησίας στο ιατρείο. Δεν ελαττώνει τη σεξουαλική απόδοση. Η βασική τεχνική συνίσταται στην ψηλάφηση του πόρου στο όσχεο, στη σύλληψή του με τα δάχτυλα ή με ατραυματική λαβίδα, στην πραγματοποίηση μιας μικρής τομής επί του όσχεου υπεράνω του πόρου και στην έλξη ενός τμήματος του πόρου διά της τομής. Αφαιρείται ένα μικρό τμήμα (cm) και στη συνέχεια ο αυλός καυτηριάζεται στο κεντρικό και περιφερειακό άκρο με βελόνα διαθερμίας. Ένα λεπτό ράμμα κλείνει τις στοιβάδες της περιτονίας και ελέγχεται η αιμόσταση. Παγοκύστη τοποθετείται στην περιοχή του όσχεου για 20min για να

<sup>65</sup> Serfaty D. Αντισύλληψη. Συνοπτικά. Επιστημονικές Εκδόσεις Γ. Παρισιάνου 2002 Σ: 103-109

περιοριστεί το οίδημα. Ο ασθενής πρέπει να αποφύγει τη σεξουαλική επαφή για περισσότερο από 1 εβδομάδα και να περιορίσει την έντονη φυσική δραστηριότητα. Εξετάζεται μετά από 1 μήνα και γίνεται ανάλυση σπέρματος μετά από 3 και 4 μήνες, αφού έχουν προηγηθεί τουλάχιστον 20 εκσπερματίσεις.

Επίσης περιγράφονται περιπτώσεις αποκλεισμού των σπερματικών πόρων με ειδικά «clips» ή με έγχυση σκληρυντικών ουσιών (π.χ. σιλικόνη, πολυουρεθάνη) ώστε η αντιστροφή της στειροποίησης να είναι πιο εύκολη.<sup>66</sup>

ΓΕΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ ΤΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ				
Μέθοδος	Πλεονέκτημα	Μειονεκτήματα	Κίνδυνοι	Οφέλη εκτός της αντισύλληψης
Διακοπτόμενη συνουσία (τράβηγμα)	Διαθέσιμη, δωρεάν	Στηρίζεται στον αυτοέλεγχο του άνδρα	Εγκυμοσύνη	Ελαττωμένος κίνδυνος σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων.
Γαλουχία	Διαθέσιμη, δωρεάν	Αναξιόπιστη διάρκεια του αποτελέσματος	Εγκυμοσύνη	Μείωση κινδύνου για καρκίνο του μαστού;;;
Περιοδική αποχή	Διαθέσιμη, δωρεάν	Πολύπλοκη μεθοδολογία. Το κίνητρο είναι απαραίτητο.	Εγκυμοσύνη	Κανένα
Προφυλακτικά	Διαθέσιμα, δεν απαιτείται συνταγογραφής	Πρέπει να χρησιμοποιούνται κάθε φορά. Η εφαρμογή χρησιμοποιείται από τον άνδρα.	Εγκυμοσύνη	Αποδεδειγμένα ελαττώνει τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.
Σπερματοκτόνα	Διαθέσιμα, δεν απαιτείται συνταγογράφηση.	Πρέπει να χρησιμοποιούνται κάθε φορά.	Εγκυμοσύνη	Κάποια ελάττωση των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων.
Διάφραγμα Καλύπτρα	Μη ορμονική μέθοδος	Πρέπει να χρησιμοποιείται κάθε φορά. Απαιτείται προσαρμογή.	Εγκυμοσύνη, κυστίτιδες.	Αποδεδειγμένα ελαττώνει τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.
Ενδομητρικό σπείραμα T380A	Μεγάλη αποτελεσματικότητα για 10 χρόνια, δεν σχετίζεται με τη σεξουαλική επαφή.	Αρχικό κόστος. Εισαγωγή από έμπειρο ιατρό. Άλγος και αιμορραγία.	Αρχικά ήπιος κίνδυνος φλεγμονώδους νόσου της πυέλου και σηπτική αποβολή	Κανένα

<sup>66</sup> Βουλγαρίδης Γ. Ζ. Η αναπαραγωγή. Γνωρίστε τα μυστικά της και πώς να την ελέγξετε. Επιστημονικές Εκδόσεις Γ. Παρισιάνου 2002 Σ:57-61

Progestasert	Λογική αποτελεσματικότητα	Αρχικό κόστος. Εισαγωγή από έμπειρο ιατρό. Αντικατάσταση κάθε χρόνο.	Αρχικά ήπιος κίνδυνος φλεγμονώδους νόσου της πύελου, έκτοπη κύηση.	Ελάττωση της δυσμηνόρροιας και της απώλειας αίματος κατά την εμμηνορροσία. Πολλά οφέλη.
Αντισυλληπτικά δισκία	Υψηλή αποτελεσματικότητα	Κίνητρο για καθημερινή λήψη. Κόστος.	Θρόμβωση. Οι παλιότερες καπνίστριες παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο εμφράγματος του μυοκαρδίου και εγκεφαλικού επεισοδίου.	Πολλά οφέλη.
Depot – Οξική Μεδροξυπρογεστερόνη	Υψηλή αποτελεσματικότητα, άνεση.	Απαιτείται ένεση. Αιματηρή μέθοδος.	Πιθανώς κανένα.	Πολλοί.
Εμφυτεύματα	Υψηλή αποτελεσματικότητα, άνεση.	Χειρουργική εισαγωγή και αφαίρεση. Αρχικό κόστος, αιματηρή μέθοδος.	Λειτουργικές κύστες.	Άγνωστα.
Ορμόνες μετά την επαφή.	Μέτρια αποτελεσματικότητα.	Η συχνή χρήση διαταράσσει τον κύκλο. Ναυτία.	Κανένα.	Άγνωστα.

### Συμπέρασμα

Με βάση όλα όσα αναφέρθηκαν, προκύπτει ότι δεν υπάρχει ιδεώδης μέθοδος αντισύλληψης, αφού όλες οι μέθοδοι έχουν πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Κατά συνέπεια, πρέπει πάντοτε να γίνεται εκτεταμένη ενημέρωση του ζευγαριού πάνω στις μεθόδους που υπάρχουν και τελικά να επιλέγεται εκείνη που ταιριάζει περισσότερο στο δεδομένο ζευγάρι. Αυτό είναι πολύ βασικό, γιατί η αντισύλληψη δεν είναι υπόθεση μόνο της γυναίκας, ή μόνο του άνδρα, αλλά αφορά και στους δύο, αφού έχει σκοπό να τους απαλλάξει από το άγχος της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και να τους εξασφαλίσει μεγαλύτερη αρμονία και απόλαυση στις σεξουαλικές σχέσεις.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9<sup>ο</sup>

### ΟΙ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΤΩΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΩΝ ΧΡΟΝΩΝ ΠΑΝΩ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ

#### 9.1. ΑΝΔΡΙΚΟ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΟ

Ένα νέο τρόπο αντισύλληψης φαίνεται πως βρήκαν Αμερικάνοι ερευνητές του Πανεπιστημίου της Βόρειας Καρολίνας. Πρόκειται για ένα εμβόλιο που αναστέλλει προσωρινά την ανδρική γονιμότητα επιδρώντας σε μια βασική για τη γονιμότητα πρωτεΐνη του σπέρματος. Το ανδρικό αντισυλληπτικό δοκιμάστηκε σε 9 αρσενικούς πιθήκους και λειτούργησε με επιτυχία, χωρίς μάλιστα να υπάρξουν παρενέργειες, όπως συνέβαινε με αντίστοιχα πειράματα στο παρελθόν. Ωστόσο, Βρετανοί επιστήμονες αμφισβητούν τις δυνατότητες του εν λόγω εμβολίου, υποστηρίζοντας πως δε μπορεί να είναι αποτελεσματικό σε όλες τις περιπτώσεις.

Σύμφωνα με την έρευνα του Πανεπιστημίου της Β. Καρολίνας, το εμβόλιο βασίζεται στην εξουδετέρωση της πρωτεΐνης Errin, που παράγεται στους όρχεις και διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην ικανότητα αναπαραγωγής. Σε φυσιολογικές συνθήκες, η Errin λειτουργεί ως «διακόπτης», ο οποίος ενεργοποιεί τα σπερμοκύτταρα που ευθύνονται για τη γονιμοποίηση του ωαρίου. Σε αυτήν ακριβώς την ιδιότητα της πρωτεΐνης επιδρά το εμβόλιο: με τη χρήση του αναπτύσσονται αντισώματα κατά της Errin και το σπέρμα καθίσταται άγονο. Στη δοκιμή του αντισυλληπτικού εμβολίου στους πιθήκους, οι 5 από τους 9 επανέκτησαν τη γονιμότητά τους όταν σταμάτησε ο εμβολιασμός, ενώ σε καμία περίπτωση δεν παρατηρήθηκαν παρενέργειες ή βλάβη σε οποιοδήποτε μέρος του σώματός τους. Οι Αμερικανοί ερευνητές υποστηρίζουν πως ένα «φάρμακο» κατά της Errin είναι το ιδανικό ανδρικό αντισυλληπτικό, ενώ οι Βρετανοί συνάδερφοί τους απαντούν πως τέτοιου είδους πειράματα μπορούν να οδηγήσουν σε παρανοήσεις, αφού δεν υπάρχει απόλυτη αποτελεσματικότητα.



## 9.2.ΕΝΕΣΙΜΟ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΟ

Το Lunelle είναι ένα νέο αντισυλληπτικό σε ενέσιμη μορφή που χρειάζεται να χορηγείται μόνο 1 φορά το μήνα. Η αποτελεσματικότητα του φαρμάκου, αν χορηγηθεί σύμφωνα με τις οδηγίες χρήσεως, είναι 99%. Το διάστημα που μεσολαμβάνει μεταξύ των 2 ενέσεων δεν πρέπει να ξεπερνά τις 33 μέρες αλλά, επειδή είναι σε ενέσιμη μορφή, η μηνιαία επίσκεψη σε κάποιο νοσοκομείο ή ιατρείο είναι απαραίτητη.

Το νέο προϊόν περιέχει οιστρογόνα και προγεστερόνη όπως και τα από του στόματος αντισυλληπτικά. Έτσι, η χρήση του αντενδείκνυται σε ορισμένες περιπτώσεις, όπως:

- Πιθανή εγκυμοσύνη.
- Θρομβοφλεβίτιδα.
- Ιστορικό θρομβοεμβολικών επεισοδίων.
- Αγγειακές διαταραχές του εγκεφάλου ή των στεφανιαίων.
- Ηπατοπάθειες.
- Σακχαρώδης διαβήτης.
- Υπέρταση.
- Καπνίστριες άνω των 35 ετών.
- Ορισμένες μορφές καρκίνου.
- Κολπική αιμόρροια άγνωστης αιτιολογίας.

Στις γυναίκες που χρησιμοποιούν το Lunelle, συστήνεται η διακοπή του καπνίσματος. Η εταιρεία που κατασκευάζει το νέο αντισυλληπτικό πιστεύει πως η επιτυχία του Lunelle θα στηριχθεί στο γεγονός ότι οι περισσότερες γυναίκες δεν θεωρούν βολική την καθημερινή λήψη του αντισυλληπτικού δισκίου. Με τη χρήση του Lunelle οι γυναίκες εξακολουθούν να έχουν περίοδο κάθε μήνα, ενώ κανονική ωοθυλακιορρηξία επιτυγχάνεται σε 2-4 μήνες μετά την διακοπή του. Επισημαίνεται τέλος, ότι περισσότερες από τις μισές γυναίκες που το δοκίμασαν έμειναν έγκυες σε λιγότερο από 6 μήνες, μετά την διακοπή του.<sup>67</sup>

---

<sup>67</sup> Associated Press, 2000 Journal of the American Medical Association



### 9.3.ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΟ ΑΥΤΟΚΟΛΛΗΤΟ ΕΠΙΘΕΜΑ (TRANSDERMAL CONTRACEPTIVE PATCH: ΜΙΑ ΝΕΑ ΜΟΡΦΗ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ)

Ένα νέο αντισυλληπτικό σε μορφή αυτοκόλλητου, το οποίο έχει εβδομαδιαία δράση, βρέθηκε ότι είναι ασφαλές και αποτελεσματικό. Το αυτοκόλλητο που ονομάζεται Ortho EVRA/EVRA αναπτύχθηκε από τη φαρμακευτική εταιρεία Johnson Pharmaceutical Research Institute στο New Jersey των ΗΠΑ. Δρα απελευθερώνοντας στον οργανισμό τεχνητές ορμόνες μέσω του δέρματος. Περιέχει 6 mg προγεστερόνη (norelgestromin) και 0,75 mg οιστρογόνο (ethinylestradiol). Απελευθερώνονται ημερησίως 150 μg προγεσταγόνου και 20 μg οιστρογόνου. Έχει το χρώμα του δέρματος.

Στις κλινικές δοκιμές συμμετείχαν 1672 γυναίκες ηλικίας 18-45 ετών, οι οποίες δοκίμασαν το αυτοκόλλητο για μία περίοδο 6 ή 13 εμμηνορρυσιακών κύκλων. Οι γυναίκες έφεραν το αυτοκόλλητο για 3 συνεχείς εβδομάδες με διάλειμμα 1 εβδομάδας.

Η πιθανή εγκυμοσύνη κατά την διάρκεια της κλινικής δοκιμής λόγω αποτυχημένης δράσης του νέου αντισυλληπτικού ήταν 0,4%. Έχει τον ίδιο βαθμό προφύλαξης από ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη με το χάπι.

Οι παρενέργειες ήταν παρόμοιες με τις παρενέργειες που παρουσιάζουν τα αντισυλληπτικά δισκία, ενώ αναφέρθηκαν ήπιες τοπικές δερματικές αντιδράσεις λόγω εφαρμογής του αυτοκόλλητου.

Η εβδομαδιαία εφαρμογή αυτού του μέσου αντισύλληψης υπερέχει της καθημερινής λήψης του κλασσικού αντισυλληπτικού χαπιού, το οποίο πολύ συχνά ξεχνούν να πάρουν οι γυναίκες. ( 88,2 % των γυναικών συμμορφώθηκαν με τη σωστή χρήση του έναντι 77,7 % που χρησιμοποίησαν το χάπι, διαφορά στατιστικά σημαντική).<sup>68</sup>

<sup>68</sup> Jama 2001, τεύχος 285 2347-2354 Άρθρο των Marie -Claude Audet και συνεργατών

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Θα ήταν σκόπιμο τέλος να αναφερθούμε στα συμπεράσματα που αποκομίζουμε από την παρούσα πτυχιακή εργασία όσο αφορά τον οικογενειακό προγραμματισμό και την σωστή αντισύλληψη του πληθυσμού. Λναφορικά κάποια από τα βασικότερα συμπεράσματα είναι τα ακόλουθα;

- Ο οικογενειακός προγραμματισμός είναι ένας θεσμός που σαν στόχο του έχει την συμβουλευτική σε θέματα που έχουν σχέση με την αποφυγή ανεπιθύμητων κυήσεων, την απόκτηση υγιών παιδιών που θα είναι βέβαια επιθυμητά από τους γονείς τους, την ενημέρωση πληθυσμιακών ομάδων για ότι αφορά το γεννητικό σύστημα και τις σεξουαλικές σχέσεις για να έχουμε ως αποτέλεσμα την καλύτερη ψυχική ισορροπία των ατόμων που θα δεχτούν τις υπηρεσίες του οικογενειακού προγραμματισμού.
- Σκοπός της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης είναι η γνώση της ανατομίας και φυσιολογίας της αναπαραγωγής και των σεξουαλικών σχέσεων. Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση δεν είναι μια έννοια καινούργια. Πάντα υπήρχε ενημέρωση γύρω από το θέμα η οποία όμως συνήθως γινόταν από λανθασμένα άτομα, το θέμα είναι να γίνεται σεξουαλική διαπαιδαγώγηση από τα κατάλληλα άτομα και να έχει και τα επιθυμητά αποτελέσματα. Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση θα πρέπει να γίνεται κυρίως από γονείς και δασκάλους, η σημασία της συμμετοχής των γονέων στην σεξουαλική διαπαιδαγώγηση είναι τεράστια εν τούτοις οι γονείς πολλές φορές αισθάνονται δέος, φόβο στο να καθοδηγήσουν το παιδί τους σωστά πρέπει όμως να γίνει συνείδηση ότι σεξουαλική διαπαιδαγώγηση δεν σημαίνει αφήστε τα παιδιά σας ελεύθερα να κάνουν ότι θέλουν γύρω από το σεξ αλλά σημαίνει μάθετε τα παιδιά σας ότι υπάρχουν και φραγμοί γύρω από το σεξ τους οποίους πρέπει να μάθουν να βάζουν τα ίδια τα παιδιά.
- Ένα από τα βασικότερα μέσα ελέγχου των γεννήσεων είναι και η αντισύλληψη. Η αντισύλληψη ήταν από παλιά ένα κατ' εξοχήν μέσο για τον περιορισμό των γεννήσεων. Οι αντισυλληπτικές μέθοδοι βελτιώνονται προοδευτικά και διαδίδονται ευρύτερα δίνοντας έτσι την δυνατότητα σε όποιον θέλει να ενημερωθεί για αυτές και να διαλέξει την πιο κατάλληλη για τον κάθε ένα. Μια αντισυλληπτική μέθοδος πρέπει να επιτρέπει τη φυσιολογική γενετήσια επαφή, να μην έχει δυσμενής επιδράσεις στη σωματική και ψυχική υγεία ενός ζευγαριού

και η δράση της στην ικανότητα συλλήψεως να μην είναι μόνιμη αλλά αναστρέψιμη για την περίπτωση που το ζευγάρι θελήσει οικογένεια. Επίσης πρέπει να έχει δύο βασικά πλεονεκτήματα, το χαμηλό κόστος καθώς επίσης να είναι απλή και εύχρηστη από το ευρύ κοινό.

- Όσο αφορά τώρα τις φυσικές μεθόδους αντισύλληψης τα ποσοστά αποτυχίας είναι μεγάλα αναφερόμενοι στις εξής φυσικές μεθόδους αντισύλληψης θα δούμε ότι όλες έχουν τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματά τους σύμφωνα όμως με τις ανάγκες του κάθε ατόμου γίνεται η πιο κατάλληλη επιλογή.
- Ένας ακόμα τρόπος αντισύλληψης είναι η ορμονική αντισύλληψη που γίνεται με φάρμακο με πολλή μεγάλη ποσοστά επιτυχίας. Υπάρχουν πολλές μορφές φαρμάκων και η αποτελεσματικότητά τους φτάνει μεγάλα ποσοστά έχουν πολλά πλεονεκτήματα και οφέλη αλλά και παρενέργειες όχι όμως πολύ σημαντικές.
- Η χειρουργική αντισύλληψη είναι μια μέθοδος προφύλαξης από ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. Άρχισε να εφαρμόζεται αρχικά σε άνδρες και μετά εφαρμόστηκε και σε γυναίκες. Είναι μια μέθοδος αντισύλληψης μη αναστρέψιμη, μόνιμη γι' αυτό όταν πραγματοποιούνται αποκλειστικά για αντισύλληψη πρέπει να γίνεται λεπτομερής πληροφόρηση του ζευγαριού και εξήγηση των πλεονεκτημάτων και μειονεκτημάτων.
- Πάνω στην αντισύλληψη έχουν αλλάξει τα τελευταία χρόνια πάρα πολλά, έχουν βγει και καινούργια σκευάσματα που υπόσχονται πολλά ο καθένας πρέπει να αποφασίσει μόνος του γνωρίζοντας όλες τις μεθόδους αντισύλληψης τι του ταιριάζει καλύτερα.
- Η επιλογή της κατάλληλης μεθόδου αντισύλληψης γίνεται ύστερα από εκτεταμένη ενημέρωση πάνω σε όλες τις μεθόδους αντισύλληψης και πρέπει να έχει σαν σκοπό να απαλλάξει ένα ζευγάρι από το άγχος μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και να τους εξασφαλίσει αρμονία και απόλαυση στις σεξουαλικές τους σχέσεις.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αντωνιάδης Σ. Χ. Παιδιατρική. Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης 2000
- Βουλγαρίδης Γ. Ζ. Η αναπαραγωγή. Γνωρίστε τα μυστικά της και πώς να την ελέγξετε. Επιστημονικές Εκδόσεις Γ. Παρισιάνου 2002
- Γεωργακόπουλος Π. Α. Επίτομη Μαιευτική Γυναικολογία και Νοσηλευτική, 7<sup>η</sup> Έκδοση. Επιστημονικές Εκδόσεις Γ. Παρισιάνου 1993
- Ζούρλας Π και Συνεργάτες. Μαθήματα Μαιευτικής Γυναικολογίας. Εκδόσεις Λύχνος 1986
- Ιατράκης Γ. Μ. Οικογενειακός Προγραμματισμός. Εκδόσεις Δεσμός 2002
- Καλογερόπουλος Α. Γυναικολογία. Βασικά Θέματα. Γενική Γυναικολογία. Γυναικολογική Ογκολογία. Ενδοκρινολογία. Αναπαραγωγή. Σύγχρονα Ειδικά Θέματα. University Studio Press 1996
- Κρεατσάς Γ. Κ. Σύγχρονη Γυναικολογία και Μαιευτική. Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης 1998
- Παπαλουκάς Α.Χ. Εγχειρίδιο Γυναικολογίας και Μαιευτικής, Α Τόμος. University Studio Press 1985
- Παπαευαγγέλου Γ- Ρουμελιώτου Α- Καραγιάννη Γ. Αρχές και Μέθοδοι Ο. Π. 1979
- 5<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Μαιευτικής και Γυναικολογίας με Διεθνή Συμμετοχή. Ομιλητές: Ι. Μιαρίτη, Α. Αναγνώστου, Μ. Λέκκα. Ιωάννινα 1991
- 21<sup>ο</sup> Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο Ιατρικής Εταιρίας Αθηνών. Πρόσφατες Εξελίξεις στη Γυναικολογία. Ομιλητής: Γ. Κ. Κρεατσάς 1995
- Συνέδριο Μαιευτικής και Γυναικολογικής Εταιρίας Θεσσαλονίκης. Ομιλητής: Γ. Τζαφέττας 2003
- Συνέδριο Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. Ομιλητής: Γ. Λιάλιος. Λάρισα, Οκτώβριος 2004
- Beller F.K- Weir R. F. The Beginning of Human Life. Klumer Academic Publishers 1994
- Berek J. S- Adashi E.- Hillard Y. P. A. Novak's Γυναικολογία Ι. 12<sup>η</sup> Έκδοση. Επιμέλεια- Πρόλογος: Γ. Κ. Κρεατσάς. Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης 1998

- Mishell D. R- Brenner P. F. Management of Common Problems in Obstetrics and Gynecology. 3<sup>rd</sup> Edition. Blackwell Scientific Publications 1996
- Serfaty D. Αντισύλληψη. Συνοπτικά. Επιστημονικές Εκδόσεις Γ. Παρισιάνου 2002
- Scoggin J- Morgan G. Practice Guidelines for Obstetrics and Gynecology. Lippincott- New York 1998
- Scott J. R- Hammod C. B- Spellacy W. N. Danforth's Obstetrics and Gynecology. 8<sup>th</sup> Edition. Lippincott- Williams and Wilkins 1999
- Symonds E. M- Symonds I. M. Essential Obstetrics and Gynecology. 3<sup>rd</sup> Edition. Churchill Livingstone 1997

ΣΗΜ: Τέλος, Χρησιμοποιήθηκαν αποσπάσματα άρθρων (Συντάκτες: Μ. Δρεττάκης, Ε. Τσίρκας, Dr Γ. Αλεξανδράκης, Dr Θ. Ασκητής, Group Practice: Dr Θ. Δημητριάδης MD- Dr Σ. Γρηγοράκης MD- Dr Sabine Wuenschmann MD, Ε. Γκαγκόντες, Κ. Παπουτσής, Κ. Κατρίνης, Ε. Ευμοιρίδου- Καραβόλια, Μ. Παζαρακιώτη) από ιατρικές ιστοσελίδες του διαδικτύου ([www.gynecology.gr](http://www.gynecology.gr), [www.pubmed.gr](http://www.pubmed.gr), [www.medlook.gr](http://www.medlook.gr)), καθώς επίσης και από άλλες πηγές: Μαιευτική και Γυναικολογική Διάγνωση Ο. Ε. (Γ. Μπαγετάκος), BBC NET (Άρθρο του Β. Θεοδώρου), Associated Press, Journal of the American Medical Association- Jama 2001, τεύχος 285 2347-2354 (Άρθρο των Marie- Claude Audet και συνεργατών).