



ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
Τ.Ε.Ι. ΗΠΕΙΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ

«ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ»

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ ΚΑΙ
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ»



ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ:
ΝΤΑΛΑΓΙΑΝΝΗ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ
(ΑΜ 15110)

ΕΠΟΠΤΡΙΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:
ΔΑΝΕΛΛΑ ΜΑΡΙΑ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ - Απρίλιος 2017

Η εκπόνηση της εργασίας μου δεν θα ήταν δυνατή χωρίς την καθοδήγηση της καθηγήτριάς μου κ. Μαρίας Δανέλλα. Την ευχαριστώ θερμά.

Θα ήθελα, επίσης, να ευχαριστήσω την οικογένειά μου που με ενθάρρυνε και με στήριξε όλα αυτά τα χρόνια των σπουδών μου.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Κατάλογος εικόνων	4
Περίληψη	5
Summary	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	7
 ΚΕΦΑΛΑΙΟ I: Ανατομία αναπαραγωγικού συστήματος	
των δύο φύλων	8
1.1 Ανατομία γυναικείου αναπαραγωγικού συστήματος	8
1.2 Ανατομία ανδρικού γεννητικού συστήματος	11
1.3 Παθολογική ανατομία γυναίκας	13
1.4 Παθολογική ανατομία άνδρα	14
 ΚΕΦΑΛΑΙΟ II: Φυσιολογία αναπαραγωγικού συστήματος	
των δύο φύλων	17
2.1 Στοιχεία φυσιολογίας του γεννητικού συστήματος της γυναίκας	17
2.1.1 Εμμηνορυσιακός κύκλος	17
2.1.2 Γυναικείες ορμόνες	17
2.2 Στοιχεία φυσιολογίας του γεννητικού συστήματος του άνδρα	18
2.2.1 Σπερματογένεση	18
2.2.2 Το σπερματοζωάριο	19
2.2.3 Ανδρικές ορμόνες	19
2.3 Παθολογική φυσιολογία της γυναίκας	20
2.4 Παθολογική φυσιολογία άνδρα	21
 ΚΕΦΑΛΑΙΟ III: Παθολογία	23
3.1 Αντισύλληψη	23
3.1.1 Ορισμός	23
3.1.2 Μέθοδοι αντισύλληψης	23
3.1.3 Στόχος των μεθόδων αντισύλληψης	29
3.2 Τα συχνότερα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα	30
3.2.1 Ορισμός	30
3.2.2 Τα συχνότερα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα	30

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV: Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	35
4.1 Ορισμός οικογενειακού προγραμματισμού	35
4.2 Ιστορική αναδρομή οικογενειακού προγραμματισμού	35
4.3 Στόχος του οικογενειακού προγραμματισμού	36
4.4 Οφέλη οικογενειακού προγραμματισμού	37
4.5 Ο ρόλος του οικογενειακού προγραμματισμού	37
4.6 Ο ρόλος του νοσηλευτή στον οικογενειακό προγραμματισμό	38
4.7 Σεξουαλική διαπαιδαγώγηση	38
4.8 Ο ρόλος του σχολικού νοσηλευτή στη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση παιδιών και εφήβων	39
4.8.1 Σκοπός και θέματα	39
4.8.2 Μέτρα πρόληψης	40
4.9. Τρόποι εφαρμογής του οικογενειακού προγραμματισμού	42
ΚΕΦΑΛΑΙΟ V: Έρευνα	44
5.1 Σκοπός	44
5.2 Υλικό και μέθοδος	44
5.3 Αποτελέσματα	44
VI. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ	69
6.1 Ξένη βιβλιογραφία	69
6.2 Ελληνική βιβλιογραφία	71

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ

Εικόνα 1:	Αναπαραγωγικό σύστημα της γυναίκας	8
Εικόνα 2:	Ανατομία ανδρικού αναπαραγωγικού συστήματος	12
Εικόνα 3:	Αποικόνιση βακτηριακή κολπίτιδα	14
Εικόνα 4:	Αντισυλληπτικοί μέθοδοι	24
Εικόνα 5:	Ενδομήτριο σπείραμα	24
Εικόνα 6:	Αντισυλληπτικός σπώγγος	26
Εικόνα 7:	Γυναικείο προφυλακτικό	27
Εικόνα 8:	Ανδρικό προφυλακτικό	28
Εικόνα 9:	Απείκονιση τριχομοναδική κολπίτιδα	30
Εικόνα 10:	Αναπαράσταση κονδυλωμάτων	31
Εικόνα 11:	Χλαμύδια	31
Εικόνα 12:	Αναπαράσταση σύφιλης	32
Εικόνα 13:	Aids / HIV	33
Εικόνα 14:	Γονόρροια	33
Εικόνα 15:	Ψείρες των τριχών της ήβης	34
Εικόνα 16:	Έρπης γεννητικών οργάνων	34
Εικόνα 17:	Σύμβολο οικογενειακού προγραμματισμού	35
Εικόνα 18:	Διαδικασία μαστογραφίας	41
Εικόνα 19:	Διαδικασία testpap	42

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα εργασία έχει ως θέμα της την αντισύλληψη και τον οικογενειακό προγραμματισμό. Το θέμα παρουσιάζεται με κάποιες υποκατηγορίες οι οποίες είναι το γεννητικό σύστημα, η φυσιολογία, η αντισύλληψη, οι μέθοδοι φραγμού και η έρευνα σε διάφορα άρθρα που έχει γίνει. Ξεκινώντας με το γεννητικό σύστημα της γυναίκας θα πρέπει να αναφέρουμε ότι αποτελείται από εσωτερικά και εξωτερικά γεννητικά όργανα. Τα εσωτερικά είναι: οι ωothήκες, οι ωαγωγοί (σάλπιγγες), ο κόλπος και η μήτρα. Τα εξωτερικά γεννητικά όργανα είναι τα εξής: το αιδοίο, το εφήβαιο, ο πρόσθιος σύνδεσμος της κλειτορίδας, τα μικρά χείλη, τα μεγάλα χείλη, ο πρόδρομος κολεού, οι βολβοί του προδρόμου, οι βαρθολίνειοι αδένες, παρθενικός υμένος, χαλινός μικρών χειλέων, πρωκτός, περίνεο και ο σκαφοειδής βόθρος. Στη φυσιολογία αναφέρεται ο εμμηνορυσιακός κύκλος ο οποίος διαιρείται σε δύο φάσεις: την παραγωγική και την εκκριτική φάση. Στη συνέχεια γίνεται ανάλυση της αντισύλληψης και του οικογενειακού προγραμματισμού για να κατανοήσουμε αυτούς τους δύο όρους. Θα ήταν παράλειψη μας να μην αναφερθούμε στις μεθόδους αντισύλληψης όπου είναι οι φυσικές και οι τεχνικές. Οι φυσικές είναι: η διακεκομένη συνουσία, η αποχή, η μέθοδος ρυθμού. Οι τεχνικές είναι: το ενδομήτριο σπείραμα, η ορμονική αντισύλληψη και η στείροποίηση. Ως νοσηλευτική παρέμβαση αναφέρεται ο οικογενειακός προγραμματισμός, ο ρόλος του και ο ρόλος του νοσηλευτή. Τέλος, έχει γίνει μια έρευνα της εργασίας σε ελληνικά και ξένα άρθρα.

Λέξεις κλειδιά: Αντισύλληψη, οικογενειακός προγραμματισμός, γεννητικό σύστημα, μέθοδοι αντισύλληψης, νοσηλευτική παρέμβαση

SUMMARY

This study deals with contraception and family planning. It focuses on the genetic system, physiology. Contraception, the methods of avoiding pregnancy and the research carried out in several articles. To start with, the female genetic system consists of internal and external genetic organs. The former are ovaries, the fallopian tube, the vagina and the womb. The latter are the pudenda, the pubes, the front joint of clitoris, the lower lips, the upper lips, the virginal membrane, the bridle of lower lips, and the rectum.

In physiology the menstrual cycle is divided into two phases: the productive and the secretory phase. In the meantime there's an analysis of contraceptive methods and family planning to comprehend these two methods. It will be an omission not to refer to the methods of contraception which are the natural and the artificial. The natural are sexual intercourse and abstinence. The techniques are endometrial spiral, harmonic contraception and sterilization. Family planning, its role and the role of the nurse are referred to as the nursing intervention.

Finally, there has been a research of the project in both Greek and foreign articles.

Key words: Contraception, family planning, genetic system, contraception methods, nursing intervention

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο άνθρωπος παρουσιάζει σημαντικές διαφορές στο θέμα των σεξουαλικών σχέσεων από τα άλλα θηλαστικά. Η σεξουαλική επαφή δεν γίνεται ενστικτωδώς, όπως στα ζώα σαν αντανακλαστικό οπτικών, οσφρητικών ή δερματικών ερεθισμάτων, αλλά προϋποθέτει την επικοινωνία των δυο μερών. Επιπλέον η γυναίκα μπορεί να έχει σεξουαλικές επαφές και σε εποχή άσχετη με την ωορρηξία της. Η μεγάλη σημασία της ερωτικής επαφής ως βασικού ένστικτου της αναπαραγωγής και παράγοντα της ψυχικής και σωματικής υγείας, εκφράζεται στα ήθη και έθιμα που έχουν σε διάφορες φυλές και κοινωνίες. Αυτά σχετίζονται άμεσα ή έμμεσα με το πολιτισμικό, το μορφωτικό, το οικονομικό επίπεδο και τις θρησκευτικές πεποιθήσεις. Η σεξουαλική σχέση πρέπει να είναι πηγή χαράς και για τους δύο συντρόφους και να επεκτείνεται στην ψυχική σφαίρα. Μόνο έτσι ολοκληρώνεται η επικοινωνία δυο ανθρώπων ψυχικά και σωματικά. Η σεξουαλική ζωή απαιτεί υπευθυνότητα και από τους δυο συντρόφους ώστε να αποφεύγονται τα δυσάρεστα αποτελέσματα της που είναι η ανεξέλεγκτη αύξηση των γεννήσεων (ιδιαίτερα σε αναπτυσσόμενες χώρες), η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη και η μετάδοση σεξουαλικών νοσημάτων. Έτσι διασφαλίζεται η σεξουαλική και η αναπαραγωγική υγεία με ευνοϊκά αποτελέσματα στα άτομα και στις κοινωνίες.

Στόχος της παρούσας εργασίας είναι να αναδείξει τις διάφορες πτυχές της αντισύλληψης και του οικογενειακού προγραμματισμού, παρουσιάζοντας θέματα φυσιολογίας και παθολογίας του ανθρώπινου γεννητικού συστήματος, μεθόδους αντισύλληψης, καθώς και τον ρόλο της νοσηλευτικής παρέμβασης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι:

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

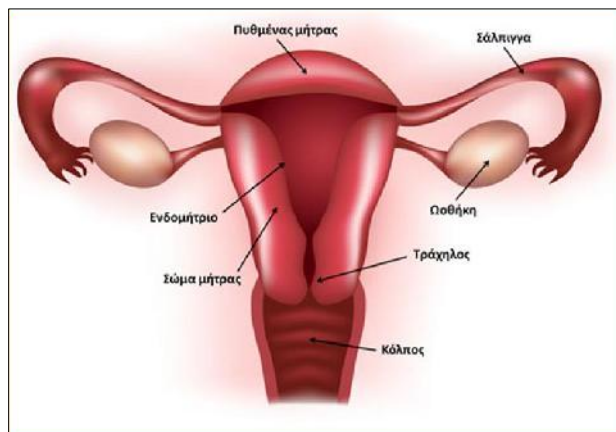
ΤΩΝ ΔΥΟ ΦΥΛΩΝ

1.1 ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΥ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Το γεννητικό σύστημα της γυναίκας είναι σχεδιασμένο ώστε να επιτρέπει τη διαδικασία της σύλληψης και της κυοφορίας, ενώ παράλληλα συμμετέχει στην έκκριση διάφορων ορμονών που παίζουν σημαντικό ρόλο σε πολλές λειτουργίες του οργανισμού. Απαρτίζεται από τα έξω και τα έσω γεννητικά όργανα.

Τα έσω γεννητικά όργανα:

- Δύο ωοθήκες
- Δύο ωαγωγούς (σάλπιγγες)
- Μήτρα
- Κόλπος



Εικ. 1: Αναπαραγωγικό σύστημα της γυναίκας

Τα έξω γεννητικά όργανα:

- Αιδοίο
- Εφήβαιο
- Μεγάλα χείλη
- Μικρά χείλη
- Κλειτορίδα
- Παρθενικός υμένας

Μήτρα (ή υστέρα)

Είναι κοίλο όργανο σπλάγχνο με παχιά μυϊκά τοιχώματα, που έχει σχήμα αναποδογυρισμένου αχλαδιού, αποπλατυσμένο από μπροστά προς τα πίσω που φέρει τη βάση προς τα επάνω και την κορυφή προς τα κάτω. Βρίσκεται μέσα στην ελάσσονα πύελο, πίσω από την ουροδόχο κύστη, μπροστά από το απευθυσμένο και κάτω από τις εντερικές έλικες. Η μήτρα χρησιμεύει για τη μετατροπή του γονιμοποιημένου ωαρίου σε έμβρυο, για διατροφή και την ανάπτυξη του, για τον τοκετό (με τις συσπάσεις του μυϊκού της χιτώνα) και για την έμμηνο ρύση (Παρασκευάς 2008, 233-234).

Ωαγωγοί (σάλπιγγες)

Οι ωαγωγοί είναι δύο ινομυώδεις σωλήνες μήκους 8-10 εκ. που βρίσκονται κλεισμένοι μέσα στο άνω χείλος του πλατέος συνδέσμου της μήτρας που λέγεται *μεσοσαλπίγγιο*. Κάθε ωαγωγός με το ένα άκρο «ακουμπά» στη σύστοιχη ωοθήκη, ενώ με το άλλο άκρο του εκβάλλει στη μήτρα. Ο ωαγωγός αποτελείται από τέσσερα τμήματα και δύο στόμια. Από έξω προς τα μέσα, τα τμήματα αυτά είναι: α) ο κώδωνας, β) η λήκυθος, γ) ο ισθμός, δ) η μητριά μοίρα. Τα στόμια του ωαγωγού είναι: α) έξω ή κοιλιακό στόμιο, β) έσω ή μητριάίο στόμιο (Παρασκευάς 2008, 232-233).

Κόλπος ή κολεός

Ο κόλπος είναι ένας ινομυώδης σωλήνας μήκους 8-10 εκ., ο οποίος σαν θήκη ξίφους υποδέχεται το σε στύση ευρισκόμενο πέος κατά τη συνουσία, ενώ παράλληλα από αυτόν διέρχεται και το έμβρυο κατά τον τοκετό. Βρίσκεται στη μέση γραμμή του περινέου μεταξύ του τραχήλου της μήτρας και του αιδοίου και έρχεται σε σχέση μπροστά με την ουρήθρα και πίσω με το απευθυσμένο (Παρασκευάς 2008, 236-237).

Αιδοίο

Τα εξωτερικά γεννητικά όργανα της γυναίκας αποτελούν το αιδοίο. Το αιδοίο αποτελείται από το εφηβαίο ή όρος της Αφροδίτης, τα μεγάλα και τα μικρά χείλη, την κλειτορίδα, τον πρόδομο του κόλπου, τους βολβούς του προδόμου, τους Bartholinovius αδένες, τον παρθενικό υμένα, το εξωτερικό στόμιο της ουρήθρας και τους παραουρηθρικούς αδένες (Fritsch & Kuhnel 2010, 266).

Εφήβαιο ή Όρος της Αφροδίτης

Αυτό αποτελείται από ποσότητα ινολιπώδη ιστού, ανάλογη με την πάχυνση της γυναίκας, που καλύπτει, τους κλάδους των ηβικών οστών. Όταν η γυναίκα φτάσει στην ήβη, το δέρμα, που καλύπτει το εφηβαίο, εμφανίζει τρίχωμα. Το δέρμα του εφηβαίου περιέχει ιδρωτοποιούς και σμηγματογόνους αδένες (Fritsch & Kuhnel 2010, 267).

Μεγάλα χείλη

Αυτά παριστάνουν δύο δερμάτινες πτυχές, που μέσα τους περιέχουν συνδετικό ιστό και δεσμίδες από λείες μυϊκές ίνες. Οι εξωτερικές επιφάνειες των μεγάλων χειλέων καλύπτονται από τρίχωμα, που αποτελεί τη συνέχεια του τριχώματος του εφηβαίου. Οι εσωτερικές επιφάνειες τους είναι άτριχες, έχουν χρώμα ρόδινο και μοιάζουν με

βλεννογόνο. Το δέρμα των μεγάλων χειλέων είναι πλούσιο σε μελαγχρωστική και περιέχει ιδρωτοποιούς, σμηγματογόνους και ειδικούς αποκρινείς αδένες (Fritsch & Kuhnel 2010, 267).

Μικρά χείλη

Αυτά παριστάνουν, όπως και τα μεγάλα χείλη, δύο δερμάτινες πτυχές, αλλά λεπτότερες, γιατί περιέχουν λιγότερο λιπώδη ιστό. Το δέρμα των μικρών χειλέων δεν καλύπτεται από τρίχωμα, περιέχει μελαγχρωστική, σμηγματογόνους και, σπάνια, ιδρωτοποιούς αδένες. Ο λιπώδης ιστός, που βρίσκεται κάτω από αυτό, περιέχει συνδετικό ιστό, ελαστικές ίνες, πολυάριθμα αιμοφόρα αγγεία και στυτικό ιστό, που κάνουν τα μικρά χείλη εξαιρετικά ευαίσθητα (Fritsch & Kuhnel 2010, 267).

Κλειτορίδα

Έχει μήκος 3-4 εκ. και αποτελείται από τα σκέλη, το σώμα και τη βάλανο.

Σκέλη: Αυτά είναι δύο, πορεύονται πάνω στους ηβοϊσχιακούς κλάδους της οστέινης πυέλου και ενώνονται στο ύψος της ηβικής σύμφυσης.

Σώμα: Αυτό σχηματίζεται από την ένωση των σκελών και αποτελείται από δύο σπαραγγώδη σώματα, δηλαδή από αγγειοβριθή στυτικό ιστό.

Βάλανος: Αυτή παριστάνει το ελεύθερο μέρος της κλειτορίδας, βρίσκεται πάνω από το έξω στόμιο της ουρήθρας, αποτελείται από στυτικό ιστό, έχει από το πάνω μέρος της την πόσθη και από το κάτω το χαλινό και το επιθήλιο του δέρματος, που την καλύπτει, και περιέχει εξειδικευμένες νευρικές απολήξεις για τη σεξουαλική διέγερση (Fritsch & Kuhnel 2010, 268).

Παρθενικός υμένας

Αυτός είναι λεπτή μεμβράνη από συνδετικό ιστό και περιβάλλει το στόμιο του κόλπου. Ο παρθενικός υμένας δεν αποτελεί τέλεια μεμβράνη αλλά διάτρητη, γιατί στο κέντρο του έχει άνοιγμα. Ο παρθενικός υμένας, σχίζεται στην πρώτη συνουσία της γυναίκας και αφήνει σαρκώδη χείλη που λέγονται μύρτα (Fritsch & Kuhnel 2010, 268).

1.2 ANATOMIA ΑΝΔΡΙΚΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Το αναπαραγωγικό σύστημα του άνδρα αποτελείται από ένα συνδυασμό οργάνων αναπαραγωγής. Ορισμένα είναι ορατά και άλλα κρυμμένα. Τα ορατά περιλαμβάνουν το πέος και το όσχεο, όπου βρίσκονται οι όρχεις και η επιδιδυμίδα. Τα μη ορατά είναι ο προστάτης, η σπερματοδόχος κύστη και ο σπερματικός πόρος του όρχεως.

Πέος

Το πέος είναι το όργανο το οποίο περιλαμβάνει και την ουρήθρα. Είναι το αντίστοιχο της κλειτορίδας στη γυναίκα. Το πέος αποτελείται από το σώμα και το άκρο που ονομάζεται βάλανος, όπου στους άνδρες που δεν έχουν υποστεί περιτομή καλύπτεται από δέρμα, την πόσθη. Στύση γίνεται όταν τα σπυρμαγώδη σώματα γεμίσουν με αίμα ως απάντηση σε ένα αντανάκλαστικό που διεγείρει το παρασυμπαθητικό σύστημα να προκαλέσει αγγειοδιαστολή στα αρτηριόλια. Το αντανάκλαστικό της στύσης μπορεί να ξεκινήσει από εικόνες, αφή, ήχους ή σκέψεις σεξουαλικής επαφής. Μετά την εκσπερμάτιση τα αρτηριόλια συσπώνται και το πέος χαλαρώνει (Παρασκευάς 2008, 225).

Όσχεο

Το όσχεο βρίσκεται στη βάση του πέους, εμπρός από τον πρωκτό και ρυθμίζει τη θερμοκρασία των όρχεων. Η κατάλληλη θερμοκρασία για την παραγωγή σπέρματος είναι 2-3 βαθμούς κάτω από τη θερμοκρασία του σώματος. Όταν η θερμοκρασία των όρχεων είναι πολύ χαμηλή, το όσχεο συσπάται ώστε να φέρει τους όρχεις πάνω προς το σώμα, ενώ όταν είναι πολύ υψηλή, το όσχεο χαλαρώνει ώστε να αφήσει τους όρχεις να βρίσκονται πιο μακριά από το σώμα (Παρασκευάς 2008, 225).

Όρχεις

Οι όρχεις αναπτύσσονται μέσα στην κοιλιακή κοιλότητα του εμβρύου και κατόπιν κατεβαίνουν μέσω του βουβωνικού πόρου μέσα στο όσχεο. Είναι το αντίστοιχο των ωοθηκών στις γυναίκες. Το καθένα από αυτά είναι περίπου 4 εκ. σε μήκος και 2,5 εκ. σε διάμετρο. Κάθε όρχις διαιρείται σε 250-300 λοβία, με κάθε ένα από αυτά να περιλαμβάνει ένα έως τέσσερα σπερματικά σωληνάκια. Οι όρχεις παράγουν σπέρμα και εκκρίνουν τεστοστερόνη. Τα σπερματικά σωληνάκια είναι υπεύθυνα για την παραγωγή σπέρματος. Τα κύτταρα leydig (ή διάμεσα κύτταρα) βρίσκονται στον συνδετικό

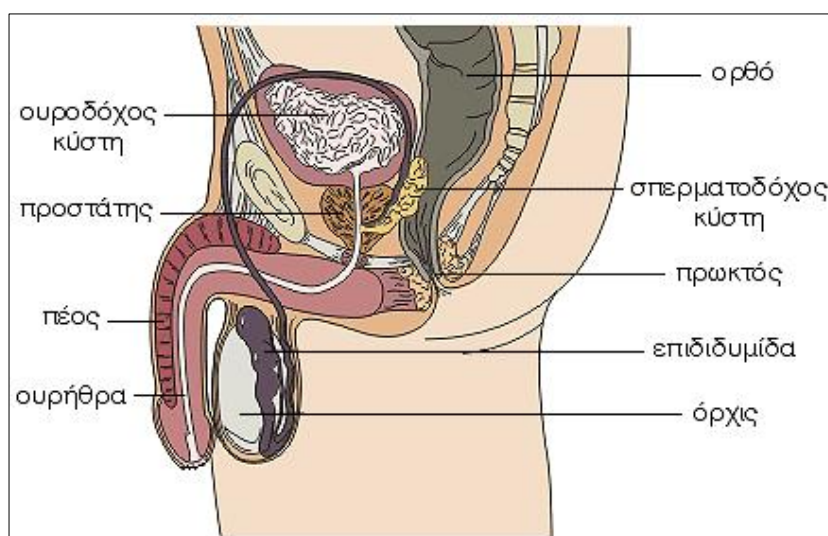
ιστό που περιβάλλει τα σπερματοφόρα σωληνάρια τα οποία εκκρίνουν την τεστοστερόνη (Fritsch & Kuhnel 2009, 250).

Επιδιδυμίδα

Οι επιδιδυμίδες βρίσκονται πάνω στους όρχεις. Στο αρχικό τμήμα της επιδιδυμίδας, που λέγεται κεφαλή εκβάλλουν τα ευθέα σωληνάρια του όρχεως. Στη συνέχεια σχηματίζεται ένα σωληνάριο, από τις επανειλημμένες περιελίξεις του οποίου σχηματίζεται το σώμα και η ουρά. Δηλαδή ολόκληρη η επιδιδυμίδα αποτελείται από ένα σωληνάριο με πάρα πολλές περιελίξεις. Το σωληνάριο αυτό υπολογίζεται σε 7 μέτρα περίπου και τα σπερματοζωάρια κάνουν τη διαδρομή αυτή σε 12-14 μέρες. Τα ώριμα και ικανά για γονιμοποίηση σπερματοζωάρια αποθηκεύονται στην ουρά της επιδιδυμίδας, που αποτελεί τη βασική αποθήκη ώριμων σπερματοζωαρίων (Fritsch & Kuhnel 2009, 250).

Σπερματικός πόρος

Οι σπερματικοί πόροι είναι η συνέχεια των επιδιδυμίδων. Αυτοί, μετά από μια διαδρομή μέσα από το βουβωνικό σωλήνα, εισέρχονται μέσα στην ελάσσονα πύελο. Εκεί ακριβώς πίσω από την ουροδόχο κύστη, το τελικό τους τμήμα διευρύνεται και σχηματίζει μια πολύχωρη αμπούλα που λέγεται σπερματοδόχος λήκυθος. Αυτή αποτελεί τη δεύτερη δεξαμενή ώριμων σπερματοζωαρίων. Η συνέχεια του σπερματικού πόρου μετά τη σπερματοδόχο λήκυθο, που περνάει μέσα από τον προστάτη, για να εκβάλλει η ουρήθρα λέγεται εκσπερματικός πόρος (Fritsch & Kuhnel 2009, 256).



Εικ. 2: Ανατομία ανδρικού αναπαραγωγικού συστήματος

Ουρήθρα

Η ανδρική ουρήθρα έχει δύο λειτουργίες. Η μία ανήκει στο ουροποιητικό και βοηθά στην κένωση της ουροδόχου κύστης, ενώ η άλλη ανήκει στο γεννητικό όπου γίνεται η μεταφορά σπέρματος προς τα έξω, συγκεκριμένα στο βάθος του κόλπου της γυναίκας. Για να γίνει η δεύτερη λειτουργία, έχει ανάγκη να βοηθηθεί από τα σηραγγώδη σώματα του πέους, τα οποία με τη στύση που δημιουργούν επιτυγχάνουν τη διόγκωση, σκλήρυνση του πέους που είναι απαραίτητη για την είσοδο στον κόλπο και την εναπόθεση του σπέρματος κοντά στον τράχηλο της μήτρας (Fritsch & Kuhnel 2009, 262).

Σπερματοδόχος κύστη

Οι σπερματοδόχοι κύστεις είναι δύο επιμήκεις, πολύχρωμοι σάκοι, που ενώνονται με τους σπερματικούς πόρους αμέσως μετά τις σπερματοδόχους ληκύθους, στο σημείο που αρχίζουν οι εκσπερματικοί πόροι. Αποτελούν αδένες που εκκρίνουν ένα υγρό, το οποίο αντιπροσωπεύει περίπου το 80% του όγκου του σπέρματος. Το υγρό αυτό προσφέρει δύο βασικές ουσίες: α) τη φρουκτόζη που χρησιμεύει για την τροφή των σπερματοζωαρίων, β) μια ουσία που προκαλεί πήξη του αίματος αμέσως μετά την εκσπερμάτιση. Οπότε ένα σπέρμα φτωχό σε φρουκτόζη, φτωχό σε όγκο ή δεν πήζει σημαίνει πρόβλημα των σπερματοδόχων κύστεων (Fritsch & Kuhnel 2009, 258).

Προστάτης

Ο προστάτης έχει μέγεθος κάστανου. Περιβάλλει την ουρήθρα ακριβώς κάτω από την ουροδόχο κύστη και περιβάλλεται από λείο μυ. Οι εκκρίσεις του προστατικού αδένος αποτελούν περίπου το 1/3 του όγκου του σπέρματος. Αυτές οι εκκρίσεις εισέρχονται στην ουρήθρα μέσω αρκετών πόρων κατά την εκσπερμάτιση (Fritsch & Kuhnel 2009, 258).

1.3 ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

Ενδομητρίωση

Ενδομητρίωση είναι η πάθηση κατά την οποία κύτταρα και αδένες του ενδομητρίου συναντώνται σε θέσεις εκτός της ενδομητρικής κοιλότητας, όπως στις ωοθήκες, στις σάλπιγγες, στην εξωτερική επιφάνεια της μήτρας, στον τράχηλο, στο αιδοίο, στην

περιτοναϊκή κοιλότητα, στο έντερο, στην ουροδόχο κύστη, σπανίως και σε άλλες θέσεις, όπως στους πνεύμονες. Σχηματίζουν τις ενδομητρικές εμφυτεύσεις ή εστίες, που μπορεί να είναι διαφανείς, λευκές, καφεοειδείς, μαύρες ή ακόμη και μπλε.

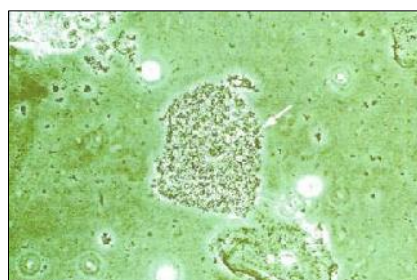
ΑΙΤΙΑ: Η αιτία της ενδομητρίωσης παραμένει άγνωστη

Κύστη στην ωοθήκη

Η κύστη που αναπτύσσεται σε μία ωοθήκη είναι ουσιαστικά ένας σάκος γεμάτος με υγρό. Οι περισσότερες κύστεις ωοθηκών είναι καλοήθεις και δεν προκαλούν καθόλου συμπτώματα. Άλλες πάλι μπορεί να προκαλούν πόνο και αίμα εκτός περιόδου. Για ορισμένες από αυτές μπορεί να μην απαιτείται κάποια θεραπευτική παρέμβαση γιατί μπορεί να υποχωρούν μόνες τους. Για άλλους τύπους μπορεί να είναι απαραίτητη η χειρουργική τους αφαίρεση.

Βακτηριακή κολπίτιδα

Πρόκειται για ένα μαζικό αποικισμό του κόλπου από διάφορα μικρόβια και την αντικατάσταση της φυσιολογική κολπικής χλωρίδας από υψηλές συγκεντρώσεις αναερόβιων βακτηρίων, *gardnerellavaginalis*, ουρεόπλασμα, μυκόπλασμα. Αποτελεί κύρια αιτία κολπικής υπερέκκρισης ή κακοσμίας και μπορεί να είναι είτε περιοδική είτε να διαρκέσει μεγαλύτερο διάστημα. Σχετίζεται με



Εικ. 3:
Αποικόνιση βακτηριακή
κολπίτιδα

τη μη χρήση προφυλακτικού και την έλλειψη κολπικών γαλακτοβακίλων. Για τη θεραπεία της υπάρχουν σκευάσματα για λήψη από το στόμα και από τον κόλπο. Οι πλύσεις με αντισηπτικό πρέπει να αποφεύγεται αφού μπορούν να διαταράξουν την ισορροπία του κόλπου και να προκαλέσουν αντίθετο αποτέλεσμα από το επιθυμητό (O'Reilly, Bottomley & Rymer 2014, 162).

1.4 ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΑΝΔΡΑ

Φίμωση

Η φίμωση είναι η κατάσταση κατά την οποία η ακροποσθία, το τμήμα δηλαδή του δέρματος το οποίο καλύπτει τη βάλανο (κεφάλι) του πέους είναι στενό ή έχει κλείσει

αφήνοντας ένα μικρό πέρασμα για να βγαίνουν τα ούρα. Αυτό έχει ως συνέπεια να μη μπορεί να τραβηχτεί προς τα πίσω, ώστε να αποκαλύπτεται πλήρως η βάλανος όταν το πέος βρίσκεται τόσο σε χάλαση όσο και σε στύση. Φυσιολογικά η ακροποσθία είναι ελαστική ώστε να επιτρέπεται με ευχέρεια η κίνηση του δέρματος κατά την πλήρη στύση.

ΑΙΤΙΑ: Η φίμωση είναι είτε συγγενής (απο τη γέννηση του παιδιού), είτε επίκτητη (εμφανίζεται κάποια στιγμή στη ζωή). Παθήσεις που σχετίζονται με την ανάπτυξη φίμωσης είναι:

- Χρόνιες φλεγμονές στη βάλανο και στην ακροποσθία (βαλανοποσθίτιδα) και κυρίως μυκητιάσεις που δεν αντιμετωπίζονται σωστά.
- Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι από τους κύριους προδιαθεσικούς παράγοντες για τη δημιουργία φλεγμονών στην περιοχή και κατ' επέκταση φίμωσης.
- Τραυματισμός κατά τη σεξουαλική πράξη.

Κρυπορχία

Είναι μία συγγενής ανωμαλία, κατά την οποία οι όρχεις δεν ακολουθούν τη φυσιολογική κάθοδό τους από την κοιλιά, όπου βρίσκονται μέχρι τον 7ο μήνα της κύησης, ώστε να βρεθούν στο όσχεο κατά τη γέννηση του αγοριού. Αυτό μπορεί να συμβεί στον ένα ή και στους δύο όρχεις. Συμβαίνει περίπου στο 2-5% των νεογέννητων αγοριών και σχετίζεται με την ηλικία κύησης.

ΑΙΤΙΑ: Η αιτιολογία είναι σύνθετη και δείχνει ότι σχετίζεται με κάποια διαταραχή στο ενδοκρινικό σύστημα του εμβρύου, σε συνδυασμό με κάποιες γονιδιακές ανωμαλίες.

Αιμοσπερμία

Είναι η παρουσία αίματος στο σπέρμα και οφείλεται σε διάφορες καταστάσεις. Το σύμπτωμα, αν και συχνά φοβίζει τον ασθενή, σπάνια υποκρύπτει κάποια σοβαρή νόσο. Μπορεί να εμφανιστεί σε όλες τις ηλικίες μετά την εφηβεία, αλλά η μεγαλύτερη συχνότητα παρουσιάζεται σε άνδρες ηλικίας 30 έως 40 ετών. Στην πλειονότητα τους οι ασθενείς δεν είχαν προηγουμένως κανένα σύμπτωμα από το ουροποιητικό σύστημα.

ΑΙΤΙΑ: Στη δημιουργία του σπέρματος εμπλέκονται πολλά όργανα, δηλαδή οι όρχεις,

οι επιδιδυμίδες, οι εκσπερματικοί πόροι, οι σπερματοδόχες κύστες και ο προστάτης. Η παρουσία του αίματος στο σπέρμα μπορεί να προέρχεται από οποιοδήποτε από τα παραπάνω όργανα. Στο 50% των ασθενών δεν ανευρίσκεται το αίτιο που τους προκάλεσε την αιμοσπερμία. Τα πιο συχνά αίτια είναι:

- Φλεγμονή κάποιου από τα παραπάνω όργανα η οποία κάνει τα αγγεία εύθρυπτα.
- Τραυματισμός.
- Η κακοήθεια είναι ένα σπάνιο αίτιο, αλλά θα πρέπει να διερευνάται σε ασθενείς άνω των 40 ετών.
- Μετά διουρηθρική αφαίρεση του προστάτη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ II:

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

ΤΩΝ ΔΥΟ ΦΥΛΩΝ

2.1 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

2.1.1 Εμμηνορυσιακός κύκλος

Ο εμμηνορυσιακός κύκλος της γυναίκας περιλαμβάνει δύο κύριες διαδικασίες. Στην πρώτη επιτελείται η ωρίμανση και η απελευθέρωση ενός ωαρίου ικανού για γονιμοποίηση ενώ στη δεύτερη γίνεται κατάλληλη προετοιμασία του ενδομητρίου για την εμφύτευση γονιμοποιηθέντος ωαρίου. Ο εμμηνορυσιακός κύκλος διαιρείται σε δύο φάσεις: την παραγωγική και την εκκριτική. Η παραγωγική φάση του κύκλου αρχίζει από την πρώτη μέρα της έμμηνου ρύσεως και διαρκεί μέχρι την ωοθηλακιορρηξία. Στη φάση αυτή επιτελείται η ωρίμανση και η ρήξη ενός ώριμου ωοθυλακίου υπό την επίδραση των γοναδοτροπινών (FSH, LH) και κυρίως της FSH. Στη φάση αυτή επίσης υπό την επίδραση των οιστρογόνων, τα οποία παράγονται από την ωοθήκη, προετοιμάζεται το ενδομήτριο για να υποδεχθεί το νέο γονιμοποιημένο ωάριο.

Η εκκριτική φάση του κύκλου αρχίζει αμέσως μετά την ωοθηλακιορρηξία και διαρκεί μέχρι την επόμενη εμμηνορρυσία. Κατά τη διάρκεια αυτή, δημιουργείται το ωχρό σωματίο. Η παραγόμενη προγεστερόνη επιδρά στο ενδομήτριο για να υποστήριξη την εμφύτευση και την περαιτέρω ανάπτυξη του γονιμοποιηθέντος ωαρίου. Κατά τη διάρκεια της έμμηνου ρύσεως αποπίπτει το λειτουργικό ενδομήτριο, το οποίο αποτελείται από τη συμπαγή και τη σπογγώδη στοιβάδα, ενώ παραμένει η βασική στοιβάδα, από την οποία θα προέλθει το νέο λειτουργικό ενδομήτριο. Η διάρκεια του εμμηνορυσιακού κύκλου είναι 28 έως 30 ημέρες, η διάρκεια της παραγωγικής φάσης δεν είναι σταθερή σε αντίθεση με την εκκριτική φάση, η οποία διαρκεί 14 ημέρες (Costanzo 2010, 531).

2.1.2 Γυναικείες ορμόνες

Οιστρογόνα

Τα οιστρογόνα είναι μια ομάδα ορμονών που εκκρίνονται από την ωοθήκη. Παράγονται από την επένδυση του ωοθυλακίου και περιέχουν τρεις ορμόνες, η πιο γνωστή είναι η οιστραδιόλη (E2). Η οιστραδιόλη βοηθά, ώστε να αυξηθεί το πάχος του ενδο-

μητρίου (ιστός που εμφυτεύεται το γονιμοποιημένο ωάριο), καθώς επίσης να δημιουργήσει ιδανική βλέννη στο στόμιο του τραχήλου για να μπορέσουν να διεισδύσουν τα σπερματοζωάρια.

Προγεστερόνη

Η προγεστερόνη παράγεται και αυτή από τις ωοθήκες και συγκεκριμένα από το τοίχωμα του ωαρίου μετά την ωορρηξία. Δημιουργεί ιδανικές συνθήκες ωριμάζοντας το ενδομήτριο για να δεχθεί το γονιμοποιημένο ωάριο, χαλαρώνει και ηρεμεί τη μήτρα αποτρέποντάς την να κάνει συσπάσεις, ενώ καταστρέφει τα περισσεύοντα ωοθυλάκια, που δεν χρειάζονται για τον συγκεκριμένο κύκλο.

Γοναδοτροπίνη

Η γοναδοτροπίνη παράγεται στον υποθάλαμο του εγκεφάλου και ρυθμίζει την έκκριση όλων των θηλυκών ορμονών. Ελέγχει την παραγωγή και τα επίπεδα οιστρογόνου. Όταν τα επίπεδα του οιστρογόνου και της προγεστερόνης αρχίσουν να μειώνονται στο τέλος του κύκλου έχουμε αύξηση της έκκρισης της γοναδοτροπίνης. Τα υψηλά επίπεδα προγεστερόνης μειώνουν τα επίπεδα της γοναδοτροπίνης.

Θυλακιοτρόπος (FSH) – Ωχρινότροπος (LH)

Οι ορμόνες αυτές παράγονται από την υπόφυση, που είναι αδένας συνδεδεμένος άμεσα με το νευρικό σύστημα και τον υποθάλαμο (GnRH). Η αύξηση της FSH βοηθάει στην έναρξη της παραγωγής των ωοθυλακίων στην ωοθήκη. Η LH δημιουργεί την ωορρηξία και προάγει την παραγωγή προγεστερόνης (Silbernagl & Despopoulos 2010, 229).

2.2 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΑΝΔΡΑ

2.2.1 Σπερματογένεση

Η σπερματογένεση αποτελεί μια συνεχή διαδικασία κατά τη διάρκεια της αναπαραγωγικής ηλικίας του άνδρα από την εφηβεία μέχρι την τρίτη ηλικία. Η σπερματογένεση συμβαίνει κατά μήκος των σπερματικών σωληναρίων και η διαδικασία αυτή περιλαμβάνει τρία στάδια.

Μιτωτική διαίρεση των σπερματογόνων με αποτέλεσμα την παραγωγή σπερματοκύτ-

ταρων, τα οποία είναι προορισμένα να εξελιχθούν σε ώριμα σπερματοζωάρια.

Μειωτική διαίρεση: Μειώνει τον αριθμό των χρωμοσωμάτων και έχει ως συνέπεια την παραγωγή απλοειδών σπερματίδων.

Σπερμιογένεση: Οι σπερματίδες μετατρέπονται σε ώριμα σπερματοζωάρια διαμέσου της μείωσης του κυτταροπλάσματος και της ανάπτυξης μαστιγίων.

Ένας πλήρης κύκλος σπερματογένεσης διαρκεί 64 ημέρες. Υπάρχει μια χρονική οργάνωση του κύκλου σπερματογένεσης, η οποία καλείται *σπερματογονικό κύμα* που διασφαλίζει τη συνεχή παραγωγή ώριμων σπερματοζωαρίων. Δύο εκατομμύρια σπερματογόνια αρχίζουν τη διαδικασία αυτή κάθε μέρα και καθώς από κάθε σπερματογόνιο παράγονται 64 σπερματοζωάρια και 128 παράγονται κάθε ημέρα (Costanzo 2010, 521)

2.2.2 Το σπερματοζωάριο

Το σπερματοζωάριο, ο αρσενικός γαμέτης, είναι ένα απλοειδές κύτταρο που εμφανίζει τρεις καλά διαφοροποιημένες περιοχές: την κεφαλή, το μέσο τμήμα και την ουρά ή μαστίγιο. Η κεφαλή περιέχει πυρηνικό DNA, πολύ λίγο κυτταρόπλασμα και μια μικρή προεξοχή που ονομάζεται ακρόσωμα (προερχόμενο από τη συσκευή Golgi) που περιβάλλει το πρόσθιο τμήμα του πυρήνα και περιέχει ένζυμα που θα επιτρέψουν τη διείσδυση στο ωάριο. Το μέσο τμήμα χαρακτηρίζεται από την παρουσία ενός περιβλήματος από μιτοχόνδρια που διατάσσονται σε μια σφιχτή έλικα και περιέχουν την ενέργεια που είναι απαραίτητη για την κίνηση του σπερματοζωαρίου. Τέλος, η ουρά ή μαστίγιο είναι σχεδιασμένη για κυτταρική κινητικότητα.

2.2.3 Ανδρικές ορμόνες

Τεστοστερόνη: Ο «μαέστρος των ορμονών»

Η ορμόνη που κυριαρχεί στους άνδρες είναι η τεστοστερόνη. Παράγεται από τους όρχεις και επηρεάζει το ανδρικό σώμα και τις λειτουργίες του σε πολύ μεγάλο βαθμό. Μέχρι την έναρξη της εφηβείας, η παραγωγή της είναι πολύ χαμηλή. Από την εφηβεία και μετά, όμως, επικρατεί σε όλες τις ηλικίες, μέχρι τα βαθιά γεράματα. Είναι υπεύθυνη για την ανάπτυξη και την αρρενοποίηση του άνδρα, τη μυϊκή του δύναμη, καθώς και για τη σεξουαλική του επιθυμία και ικανότητα. Η παραγωγή της συμβάλλει στη διαμόρφωση του ανδρικού σωματότυπου (μεγαλύτερη μυϊκή δύναμη και μάζα από τις γυναίκες, υψηλότερο ανάστημα, πιο γερός σκελετός, μειωμένο λίπος στο στήθος και τους γοφούς) και δευτερευόντων χαρακτηριστικών του ανδρικού φύλου (βα-

θιά φωνή, τριχοφυΐα στο πρόσωπο και το σώμα), στην ύπαρξη της λίμπιντο και στην επίτευξη στύσης. Τα φυσιολογικά επίπεδα τεστοστερόνης είναι 270-1.100 ng/dl (Silbernagl & Despopoulos 2010, 235).

2.3 ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

Αμηνόρροια

Ως αμηνόρροια ορίζεται η απουσία έμμηνου ρύσεως για τουλάχιστον τρεις μήνες σε γυναίκες που κανονικά θα έπρεπε να είχαν περίοδο. Υπάρχουν δύο τύποι αμηνόρροιας: η πρωτοπαθής και η δευτεροπαθής. Αν μια νεαρή γυναίκα δεν έχει εμφανίσει έμμηνο ρύση ως την ηλικία των 16 ετών, τότε πάσχει από πρωτοπαθή αμηνόρροια. Αν, ενώ έχει εμφανίσει έμμηνο ρύση, αυτή διακοπεί για τρεις μήνες ή περισσότερο τότε πρόκειται για δευτεροπαθή αμηνόρροια.

Αίτια: Σημαντικό αίτιο πρωτοπαθούς ή δευτεροπαθούς αμηνόρροιας μπορεί να είναι οι ορμονικές μεταβολές. Αυτές μπορεί να οφείλονται σε άγχος ή κατάθλιψη, νευρική ανορεξία, υπερβολική άθληση και απώλεια βάρους (π.χ. αθλητές, μπαλαρίνες). Η πρωτοπαθής αμηνόρροια μπορεί να οφείλεται και σε χρωμοσωμική ανωμαλία, σε άτρητο παρθενικό υμένα ή σε συγγενή έλλειψη μήτρας (που είναι όμως μια πολύ σπάνια κατάσταση). Η δευτεροπαθής αμηνόρροια παρατηρείται σε βλάβες της υπόφυσης όπως το προλακτίνωμα, σε πρόωρη εμμηνόπαυση (πριν τα 35), σε πολυκυστικές ωοθήκες, και μετά από χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία. Υπάρχουν βέβαια και κάποιες καταστάσεις που η έμμηνος ρύση σταματά χωρίς αυτό να είναι παθολογικό, όπως στην εγκυμοσύνη, κάποιους μήνες μετά τον τοκετό, κατά τη διάρκεια του θηλασμού, για λίγο διάστημα μετά τη διακοπή λήψης αντισυλληπτικών.

Αντιμετώπιση: Η αντιμετώπιση της αμηνόρροιας προϋποθέτει διερεύνηση και εντοπισμό του αιτίου. Αυτό γίνεται μέσω γυναικολογικής εξέτασης, μετρήσεων των ορμονών, υπέρηχου και ελέγχου της υπόφυσης. Η θεραπεία είναι ανάλογη με το αίτιο. Σε κάποιες περιπτώσεις αμηνόρροιας χορηγούνται αντισυλληπτικά για να προκαλέσουν την περίοδο (Colledge, Walker & Ralston 2014, 230).

Μηνορραγία

Μηνορραγία είναι ο ιατρικός όρος που χρησιμοποιούμε για να περιγράψουμε την κατάσταση όταν κατά την έμμηνο ρύση, η αιμορραγία είναι ασυνήθιστα βαριά ή παρα-

τεταμένη. Αν και η βαριά εμμηνορροϊκή αιμορραγία είναι μια κοινή ανησυχία μεταξύ των γυναικών πριν από την εμμηνόπαυση, οι περισσότερες γυναίκες δεν βιώνουν την απώλεια αίματος τόσο σοβαρά ώστε να μιλάμε για μηνορραγία. Με τη μηνορραγία, κάθε περίοδος προκαλεί αρκετή απώλεια αίματος και κράμπες, με αποτέλεσμα η γυναίκα να μην μπορεί να ανταπεξέλθει στις συνηθισμένες της δραστηριότητες.

Αίτια: Σε ορισμένες περιπτώσεις, η αιτία της βαριάς εμμηνορροϊκής αιμορραγίας είναι άγνωστη, αλλά υπάρχει ένας αριθμός συνθηκών που μπορεί να προκαλέσει μηνορραγία. Οι κοινές αυτές αιτίες περιλαμβάνουν: την ορμονική ανισορροπία, τη δυσλειτουργία των ωοθηκών, τα ινομύωματα της μήτρας, τους πολύποδες, την αδеноμύωση, την ύπαρξη ενδομήτριας συσκευής, τις επιπλοκές κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, τον καρκίνο (ιδίως του τραχήλου της μήτρας και των ωοθηκών), τα διάφορα φαρμακευτικά σκευάσματα, καθώς και τις κληρονομικές αιμορραγικές διαταραχές.

Αντιμετώπιση: Η θεραπεία της μηνορραγίας είναι εξατομικευμένη και εξαρτάται από μια σειρά παραγόντων όπως: η συνολική κατάσταση της υγείας και το ιατρικό ιστορικό, η αιτία και η σοβαρότητα της κατάστασης, η αντοχή σε συγκεκριμένα φάρμακα, διαδικασίες και θεραπείες και τα μελλοντικά σχέδια αν η γυναίκα βρίσκεται σε αναπαραγωγική ηλικία. Η φαρμακευτική αγωγή για τη μηνορραγία περιλαμβάνει: συμπληρώματα σιδήρου, μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, αντισυλληπτικά χάπια, προγεστερόνη και ορμονικά σκευάσματα. Αν αποτύχει η φαρμακευτική θεραπεία, τότε η λύση είναι η χειρουργική αντιμετώπιση. Χειρουργικά υπάρχουν οι εξής επιλογές: διαστολή και απόξεση, υστεροσκόπηση και εκτομή του ενδομητρίου (Colledge, Walker & Ralston 2014, 232).

2.4 ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΑΝΔΡΑ

Διαταραχές κινητικότητας και λειτουργίας των σπερματοζωαρίων

Συγγενείς ανωμαλίες της ουράς των σπερματοζωαρίων. Σε αυτές περιλαμβάνονται το σύνδρομο ακίνητων κροσσών (*immotile-cilia-syndrome*) και το σύνδρομο *kantangener*. Αμφότερα χαρακτηρίζονται από συγγενείς βρογχεκτάσεις, χρόνιες παραινκοιλίτιδες κα πλήρη ακινησία ή μειωμένη κινητικότητα των σπερματοζωαρίων.

Διαταραχές της ωρίμανσης των σπερματοζωαρίων

Παρατηρούνται κυρίως μετά την απολίνωση των σπερματικών πόρων.

Λοιμώξεις

Λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος, οι οποίες προκαλούν αύξηση της συγκόλλησης και μείωση της κινητικότητας των σπερματοζωαρίων.

Σεξουαλικές δυσλειτουργίες

Σε αυτές περιλαμβάνονται στυτική λειτουργία που μπορεί να οφείλεται είτε σε οργανικά είτε σε ψυχογενή αίτια, αδυναμία εκσπερμάτισης στον κόλπο με τη μορφή της πρόωρης ή καθυστερημένης εκσπερμάτισης, σε φίμωση, συγγενή κάμψη του πέους ή υποσποδία (περινεϊκός / οσχέϊκός), μειωμένη ερωτική επιθυμία (*libido*).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ: ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

3.1 ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ

Άνδρες και γυναίκες χρησιμοποιούν αντισύλληψη με τη μία ή την άλλη μορφή εδώ και εκατοντάδες χρόνια. Δεν υπάρχει μέθοδος που να ταιριάζει σε όλα τα άτομα και ο καθένας χρησιμοποιεί διαφορετικές μεθόδους αντισύλληψης στα διάφορα στάδια της ζωής του.

3.1.1 Ορισμός

Με τον όρο *αντισύλληψη* εννοούμε τα προληπτικά μέτρα που χρησιμοποιεί ένα ζευγάρι για να αποφύγει μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. Με άλλα λόγια, είναι μέθοδοι, τεχνικές ή φυσικές, που εμποδίζουν τη σύλληψη, δηλαδή τη γονιμοποίηση του ωαρίου της γυναίκας από το σπερματοζώαριο του άνδρα.

3.1.2 Μέθοδοι αντισύλληψης

Φυσικές μέθοδοι αντισύλληψης

Στις φυσικές μεθόδους αντισύλληψης περιλαμβάνονται η διακεκομμένη συνουσία, η μέθοδος ρυθμού και η μέθοδος θηλασμού. Η διακεκομμένη συνουσία σχετίζεται με την απόσυρση του πέους από τον κόλπο πριν την εκσπερμάτωση για την αποφυγή τυχόν εγκυμοσύνης. Η μέθοδος αυτή εξαρτάται από τον άνδρα και χρειάζεται πείρα και αυτοέλεγχο, ωστόσο χρησιμοποιείται συχνά, όμως έχει υψηλά ποσοστά αποτυχίας και μειώνει τη σεξουαλική απόλαυση και των δύο συντρόφων (Αλιακιόζογλου 2016).

Μέθοδος ρυθμού

Συνήθως χρησιμοποιείται όταν τα ζευγάρια θέλουν να αποφύγουν τη σεξουαλική επαφή κατά τη διάρκεια των γόνιμων ημερών (ωορρηξία). Για να καθοριστεί η χρονική στιγμή της ωορρηξίας χρησιμοποιούνται η μέθοδος ημερολογίου, η μέθοδος της θερμοκρασίας και η μέθοδος της τραχηλικής βλέννης (Αλιακιόζογλου 2016).

Μέθοδος ημερολογίου

Σε αυτήν τη μέθοδο υπολογίζονται οι γόνιμες μέρες (ωορρηξία και γύρω από αυτή) αν η γυναίκα έχει σταθερό κύκλο. Η μέθοδος αυτή δεν είναι και τόσο αποτελεσματι-

κή όταν η γυναίκα δεν έχει σταθερό κύκλο, διότι δεν μπορούν να υπολογίσουν ακριβώς τις γόνιμες μέρες τους (Αλιακιάζογλου 2016).



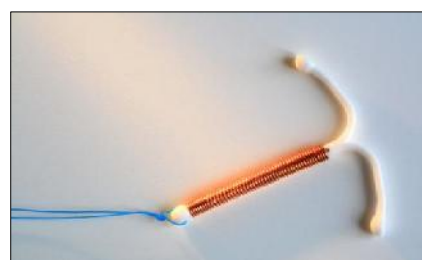
Εικ. 4: Αντισυλληπτικοί μέθοδοι

Μέθοδος θερμοκρασίας

Η μέθοδος θερμοκρασίας βασίζεται στη μεταβολή της θερμοκρασίας του σώματος της γυναίκας κατά τη διάρκεια του κύκλου. Μετά την ωορρηξία η προγεστερόνη που παράγεται προκαλεί αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος η οποία φθάνει έως τους 37,2 °C. Γενικά είναι μέθοδος που δημιουργεί άγχος και μόνιμη εξάρτηση από το θερμόμετρο, ενώ έχει και προβλήματα εφαρμογής π.χ. σε γυναίκες με πυρετό, οδηγώντας έτσι σε μεγάλα ποσοστά αποτυχίας (Αλιακιάζογλου 2016).

Ενδομήτρια σπειράματα (σπιράλ)

Είναι μικρές συσκευές από εύκαμπτο πλαστικό υλικό και μέταλλο σε διάφορα σχήματα και μεγέθη που τοποθετούνται στην κοιλότητα της μήτρας εμποδίζοντας την εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου. Το σπιράλ μπορεί να μείνει στον κόλπο για μερικά χρόνια προσφέροντας αποτελεσματική



Εικ. 5:
Ενδομήτριο σπείραμα

αντισύλληψη, είναι το κατάλληλο μέσο αντισύλληψης μετά το χάπι (Αλιακιάζογλου 2016).

Αντισυλληπτικά δισκία

Τα αντισυλληπτικά δισκία είναι σκευάσματα που περιέχουν συνδυασμό ορμονών, οιστρογόνων και προγεστερόνης, τα οποία δρουν καταστέλλοντας την ωορρηξία. Οι συσκευασίες περιέχουν 21 χάπια και η έναρξη λήψης γίνεται με την 1^η μέρα περιόδου. Συνήθως η γυναίκα λαμβάνει τα χάπια για 21 μέρες έπειτα 7 μέρες σταματάει τη λήψη του όπου εκείνο το διάστημα μεσολαβεί η περίοδος. Τα πλεονεκτήματα αυτών των σκευασμάτων είναι ποικίλα όπως:

- Η βελτίωση της ακμής και της ανεπιθύμητης τριχοφυΐας σε γυναίκες με σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών
- Η μείωση των συμπτωμάτων του προεμμηνορρυσιακού συνδρόμου του πόνου της περιόδου, καθώς και της απώλειας μεγάλης ποσότητας αίματος.
- Μειώνουν ακόμη τον κίνδυνο καρκίνου του ενδομητρίου και των ωοθηκών, επιπλέον τη συχνότητα εμφάνισης κύστεων των ωοθηκών και των καλοήθων παθήσεων του μαστού.

Το χάπι δεν προφυλάσσει από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα οπότε σε πολυγαμικές σχέσεις θα πρέπει να συνδυάζεται με χρήση προφυλακτικού (Αλιακιάζογλου 2016).

Σπερματοκτόνα

Η δράση των ουσιών αυτών είναι να μειώσουν την κινητικότητα του σπέρματος. Τα σπερματοκτόνα εμπεριέχουν χημικές ουσίες που επιτίθενται στο σώμα του σπέρματος με αποτέλεσμα να εμποδίζουν την προσέγγιση του σπέρματος στο τραχηλικό στόμιο. Η συχνή χρήση της νονοξυνόλης-9 αυξάνει τον κίνδυνο της μετάδοσης του ιού της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV) και για την πρόκληση βλαβών. Η τοποθέτηση των σπερματοκτόνων πρέπει να γίνεται βαθιά μέσα στον κόλπο σε επαφή με τον τράχηλο. Σημαντικό είναι να αναφέρουμε ότι θα πρέπει να τοποθετούνται 15 λεπτά πριν τη σεξουαλική επαφή αλλά όχι περισσότερο από μία ώρα πριν τη συνουσία (Lowdermilk & Perry 2013/2010, 118).

Αντισυλληπτικός σπόγγος

Ο αντισυλληπτικός σπόγγος είναι ένας μικρός, στρογγυλός σπόγγος από πολυουρεθάνη που περιέχει το σπερματοκτόνο νονοξυνόλη-9. Η κατασκευή του είναι τέτοια ώστε να εφαρμόζει πάνω στον τράχηλο, η πλευρά που τοποθετείται στον τράχηλο είναι κοίλη για να εξασφαλισθεί καλύτερη εφαρμογή. Η αντίθετη πλευρά έχει ένα κορδονάκι το οποίο βοηθά στην αφαίρεση του σπόγγου. Ο σπόγγος θα πρέπει να υγραίνεται πριν την εισαγωγή του, περιέχει προστασία για 24 ώρες και για επαναλαμβανόμενες σεξουαλικές επαφές. Μετά

την ερωτική πράξη ο σπόγγος πρέπει να μένει στη θέση του μόνο για 6 ώρες και όχι παραπάνω διότι αν μείνει 24 με 30 ώρες τότε η γυναίκα κινδυνεύει να εκδηλώσει σύνδρομο τοξικής καταπληξίας (TSS) (Lowdermilk & Perry 2013/2010, 122-124).



Εικ. 6:

Αντισυλληπτικός σπόγγος

Κολπικός δακτύλιος

Ο κολπικός αντισυλληπτικός δακτύλιος διατίθεται μόνο με συνταγογράφηση. Αποτελεί έναν εύκαμπτο δακτύλιο που τοποθετείται στον κόλπο και απελευθερώνει συνεχή επίπεδα προγεστερόνης και αιθυνιλική οιστραδιόλης. Ο κολπικός δακτύλιος τοποθετείται από τη γυναίκα για τρεις εβδομάδες και μετά αφαιρείται για το διάστημα μιας εβδομάδας. Σε μερικές γυναίκες αυτή η μέθοδος μπορεί να προκαλέσει κολπίτιδα, λευκόρροια και κολπική ενόχληση. Ο μηχανισμός δράσης, η αποτελεσματικότητα οι αντενδείξεις και οι παρενέργειες είναι ίδιες με αυτές των αντισυλληπτικών δισκίων. (Lowdermilk & Perry 2013, 129).

Στεροποίηση

Η στεροποίηση είναι μια χειρουργική διαδικασία που έχει ως σκοπό να καταστήσει το άτομο μη γόνιμο και αποτελεί συχνότερη μέθοδο αντισύλληψης στις ΗΠΑ. Οι περισσότερες μέθοδοι περιλαμβάνουν τον αποκλεισμό των διόδων του ωαρίου και του σπέρματος. Στη γυναίκα γίνεται απολίνωση των σαλπίγγων ενώ στον άνδρα απολίνωση των σπερματικών πόρων. Για την απόλυτη στειρότητα της γυναίκας θα πρέπει να γίνει χειρουργική αφαίρεση της μήτρας ή των ωοθηκών ή και των δυο (Lowdermilk & Perry 2013, 132).

Χάπι της επόμενης μέρας – επείγουσα αντισύλληψη

Πρόκειται για ένα ορμονικό σκεύασμα το οποίο λαμβάνεται από τη γυναίκα σε περιπτώσεις σεξουαλικής επαφής χωρίς προφύλαξη ή σε περιπτώσεις που δεν ακολουθήθηκε η τακτική μέθοδος αντισύλληψης (η γυναίκα ξέχασε το τακτικό της αντισυλληπτικό χάπι) ή σε περιπτώσεις που υπάρχει σπέρμα στον κόλπο (π.χ. έσπασε το προφυλακτικό ή ο σύντροφος δεν απέσυρε το πέος από τον κόλπο έγκαιρα προκειμένου να εκσπερματίσει). Για να έχει μέγιστη αποτελεσματικότητα θα πρέπει να λαμβάνεται το γρηγορότερο αμέσως μετά την «ύποπτη» επαφή. Το χάπι της επόμενης ημέρας είναι ασφαλές για τον γυναικείο οργανισμό, εύκολο στη χρήση και ιδιαίτερος αποτελεσματικό. Δεν μπορεί να αποτελεί τακτική αντισυλληπτική μέθοδο και πρέπει να λαμβάνεται μόνο μετά από ενημέρωση και υπόδειξη του γυναικολόγου σας. Η πιθανότητα εγκυμοσύνης, αν χρησιμοποιηθεί σωστά, είναι πάρα πολύ μικρή αλλά όχι μηδενική.

Γυναικεία προφυλακτικά

Το γυναικείο προφυλακτικό λειτουργεί ως φράγμα για να εμποδίσει το σπέρμα να εισχωρήσει στη μήτρα. Το γυναικείο προφυλακτικό είναι μια μαλακή θήκη, κυλινδρικής μορφής, μήκους περ. 14 εκ. με ένα δακτύλιο σε κάθε άκρο και με λιπαντική ουσία. Ένας δακτύλιος εισάγεται στον κόλπο για να κρατήσει το γυναικείο προφυλακτικό στη θέση



Εικ. 7:

Γυναικείο προφυλακτικό

του. Ο δακτύλιος στο ανοικτό άκρο του προφυλακτικού παραμένει έξω από τον κόλπο και καλύπτει το άνοιγμα του κόλπου και το αιδοίο. Με τον τρόπο αυτό προσφέρει επιπρόσθετη ασφάλεια (Medlook χ.χ· Heal χ.χ· Lowdermilk & Perry 2013, 129).

Πλεονεκτήματα:

- Είναι διαθέσιμα χωρίς ιατρική συνταγή στο ίντερνετ και στα σούπερ μάρκετ.
- Ανθεκτικότερο από τα λάτεξ προφυλακτικά.
- Μικρότερη ενόχληση κατά τη σεξουαλική πράξη, καθότι μπορεί να τοποθετεί ώρες πριν.
- Ελέγχεται από τη γυναίκα.

- Μπορεί να χρησιμοποιηθεί με ελαιώδη προϊόντα.

Μειονεκτήματα:

- Μη ελκυστική εμφάνιση.

- Ένας ήπιος θόρυβος και αλλαγή στην αίσθηση κατά τη σεξουαλική επαφή, καθώς μπορεί να τοποθετηθεί λάθος εντελώς μέσα στον κολεό, η διείσδυση μπορεί να γίνει έξω από το προφυλακτικό.
- Δεν είναι κατάλληλο για γυναίκες που δεν τους αρέσει να αγγίζουν τα γεννητικά τους όργανα.
- Αρχικά μπορεί να υπάρξει δυσκολία στην τοποθέτηση, αλλά αυτό βελτιώνεται με την εμπειρία.

(Medlook χ.χ., Heal χ.χ.)

Ανδρικά προφυλακτικά

Το ανδρικό προφυλακτικό είναι το πιο συνηθισμένο και η πιο δημοφιλής επιλογή αντισύλληψης. Προστατεύει από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και από τυχόν εγκυμοσύνη, αυτό φυσικά δεν είναι απόλυτο διότι υπάρχει η πιθανότητα κατά τη διάρκεια της επαφής να υπάρξουν ατυχήματα όπως να «σπάσει» το προφυλακτικό και να προκύψει εγκυμοσύνη. Ωστόσο, ένα ποσοστό ανδρών είναι αλλεργικοί στη χρήση του με αποτέλεσμα να μην χρησιμοποιούν αυτή τη μέθοδο (Αλικιόζογλου 2016).



Εικ. 8:

Ανδρικό προφυλακτικό

Το ανδρικό προφυλακτικό είναι μια λεπτή ελαστική καλύπτρα που επικαλύπτει το πέος πριν τη σεξουαλική επαφή και αφαιρείται μετά την απόσυρση του πέους μετά την εκσπερμάτιση. Τα προφυλακτικά είναι κατασκευασμένα από λάτεξ, εκτός από το ότι αποτελούν ένα είδος φραγμού για το σπέρμα προφυλάσσουν από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (Σ.Μ.Ν.), ιδιαίτερα από τη γονόρροια, τα χλαμύδια και την τριχομονάδωση και τον ιό της ανοσοανεπάρκειας του ανθρώπου (HIV). Τα προφυλακτικά που φέρουν λιπαντική ουσία η οποία περιέχει N-9 δεν συνιστώνται για την πρόληψη των Σ.Μ.Ν. ή του HIV (Lowdermilk & Perry 2013, 120).

Πλεονεκτήματα:

- Είναι πολύ αποτελεσματικό, αν χρησιμοποιείται σωστά, από την αρχή της επαφής και σε κάθε επαφή.
- Είναι εύκολο να το προμηθευτεί κανείς και είναι σχετικά φθηνό.

- Ιατρική παρενέργεια ουσιαστικά δεν έχει εκτός της περίπτωσης που μια γυναίκα είναι αλλεργική στο λάτεξ.
- Δεν χρειάζεται ιατρική παρακολούθηση.
- Προστατεύει από τα περισσότερα Σ.Μ.Ν. 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 Ι και ΙΙ και τους ιούς των κονδυλωμάτων.
- Προκαρκινικές καταστάσεις στον τράχηλο μπορούν να προληφθούν ή να περιορισθούν σε γυναίκες των οποίων οι σύντροφοι χρησιμοποιούν προφυλακτικά. Χωρίς αμφιβολία σε ένα πολύ μεγάλο ποσοστό των γυναικών με τραχηλικές κυτταρικές ανωμαλίες που δεν κάνουν καμία θεραπεία εκτός από την χρήση προφυλακτικού ή αποχή γίνεται πλήρης αναστροφή της κατάστασης.
- Είναι αποδεκτό. Το προφυλακτικό έρχεται δεύτερο σε χρήση μετά τα αντισυλληπτικά ορμονικά δισκία σε ηλικίες πριν τα 30 και δεύτερο μετά τη στείρωση σε ηλικίες μετά τα 30. (Lowdermilk&Perry 2013, 120-121)

Μειονεκτήματα:

- Πρέπει να διακοπεί η σεξουαλική επαφή για την εφαρμογή του προφυλακτικού και αυτό εκλαμβάνεται σαν φυσικός και ψυχολογικός φραγμός.
 - Αναφέρεται ότι μεταβάλλεται η αισθητικότητα, ιδιαίτερα για τον άνδρα.
 - Αν δεν χρησιμοποιηθεί σωστά και προσεκτικά, η έγχυση του σπέρματος μπορεί να οδηγήσει σε κύηση.
 - Περιστασιακά, τα προφυλακτικά μπορεί να διατρηθούν κατά τη συνουσία.
- Αλλεργία στο υλικό του. Αυτή μπορεί να λυθεί με χρήση αντιαλλεργικών προφυλακτικών και αποφυγή χρήσης προφυλακτικών λιπασμένων με σπερματοκτόνο. (Lowdermilk&Perry 2013, 120-121)

3.1.3 Στόχος των μεθόδων αντισύλληψης

Στον άνδρα στόχος είναι το σπέρμα, δηλαδή α) η μείωση ή η καταστολή της παραγωγής σπέρματος, β) η αποφυγή της μεταφοράς του σπέρματος εκτός του πέους, γ) η αποφυγή τοποθέτησης του σπέρματος στο κόλπο και δ) η ακινητοποίηση ή η καταστροφή του σπέρματος στο κόλπο.

Στη γυναίκα στόχος είναι α) η καταστολή της λειτουργίας της ωοθήκης και της ωορρηξίας, β) η αποφυγή της εισόδου του σπέρματος στη μήτρα, γ) αποφυγή της γονιμο-

ποίησης στη σάλπιγγα και δ) καταστολή της κατασκήνωσης του εμβρύου στη μήτρα (Πατσαλίδης 2016).

3.2 ΤΑ ΣΥΧΝΟΤΕΡΑ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

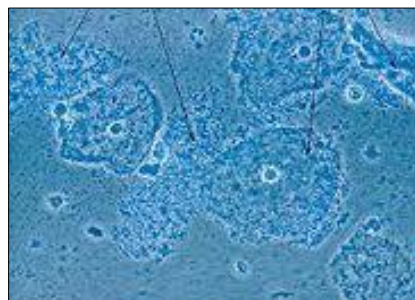
3.2.1 Ορισμός

Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα ή σεξουαλικές μεταδιδόμενες ασθένειες ή αφροδίσια νοσήματα ονομάζονται οι ασθένειες ή μολύνσεις οι οποίες μεταδίδονται από άνθρωπο σε άνθρωπο μέσω της ανθρώπινης σεξουαλικής συμπεριφοράς. Ενώ στο παρελθόν αυτές οι ασθένειες συνήθως αναφέρονταν ως σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, τα τελευταία χρόνια ο όρος σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις προτιμάται, καθώς έχει ένα ευρύτερο φάσμα εννοιών. Μερικά ΣΜΝ μπορούν να μεταδίδονται και μέσω της χρήσης βελονών μετά την χρήση τους από μολυσμένο άτομο, καθώς και μέσω της γέννας ή του θηλασμού (Βιβιλάκη 2014, 89).

3.2.2 Τα συχνότερα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα

Τριχομοναδική κολπίτιδα

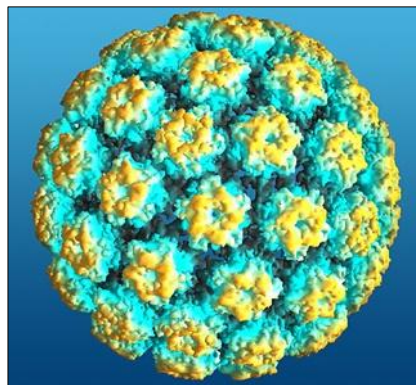
Οφείλεται σε ένα αναερόβιο πρωτόζωο, την *Trichomonas vaginalis* και η κλινική εικόνα χαρακτηρίζεται από μια δύσοσμη λευκοκίτρινη κολπική έκκριση με ερεθισμό του αιδοίου. Κατά τη θεραπεία υπάρχει υψηλή πιθανότητα επιμόλυνσης (17%) στους πρώτους τρεις μήνες. Θεραπεία θα πρέπει να λαμβάνουν και οι σεξουαλικοί σύντροφοι ενώ παράλληλα θα πρέπει να συστήνεται αποχή από τις σεξουαλικές επαφές μέχρι την ολοκλήρωση της θεραπείας (O'Reilly, Bottomley & Rymer 2014, 163).



Εικ. 9:
Απεικόνιση τριχομοναδική
κολπίτιδα

Κονδυλώματα

Είναι μικρά ογκίδια που εμφανίζονται στα γεννητικά όργανα της γυναίκας αλλά και του άνδρα. Τα κονδυλώματα είναι το σύμπτωμα οξείας ιογενούς πάθησης που οφείλεται σε ιούς της οικογένειας των ιών των Ανθρώπινων Θηλωμάτων (Human Papilloma Viruses - HPV), η οποία περιλαμβάνει πάνω από 100 στελέχη, που ονομάζονται με αριθμούς. Υπεύθυνοι για τα κονδυλώματα είναι κυρίως οι τύποι 6 και 11. Κατά την κλινική εξέταση είναι ορατές μονήρεις ή πολλαπλές ανώμαλες βλάβες η διάγνωση γίνεται συνήθως κλινικά μολονότι ενδείκνυται βιοψία αν η βλάβη είναι υπέρ χρωματική προκειμένου να αποκλειστεί άλλη παθολογική αιτιολογία (O'Reilly, Bottomley & Rymer 2014, 183).

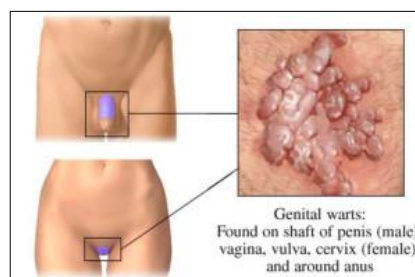


Εικ. 10:
Αναπαράσταση
κονδυλωμάτων

Χλαμύδια

Τα χλαμύδια είναι ενδοκυτταρικά βακτηρίδια που προσβάλλουν τον ενδοτράχηλο και την ουρήθρα. Οι παράγοντες που σχετίζονται με υψηλό κίνδυνο λοίμωξης αυτής είναι:

- η ηλικία κάτω των 25 ετών
- νέος σεξουαλικά σύντροφος
- γυναίκες που υποβάλλονται σε διακοπή κύησης
- η χρήση αντισυλληπτικών δισκίων



Εικ. 11:
Χλαμύδια

Το 70% των γυναικών και το 50% των ανδρών είναι ασυμπτωματικοί, ενώ αν υπάρχουν συμπτώματα αυτά είναι:

- Έκκριμα
- πόνος στην κάτω κοιλία
- ανώμαλη κολπική αιμορραγία
- δυσπαρευνία

Η διάγνωση γίνεται με καλλιέργεια από ενδοτραχηλικά και ουρηθρικά δείγματα ή ενζυματική ανασυντίδραση δείγματος ούρων. Η εξέταση μπορεί να είναι φυσιολογι-

κή ή να αναδεικνύει έκκριμα, τραχηλίτιδα, αιμορραγία κατά την επαφή του τραχήλου και ευαισθησία των εξαρτημάτων (O'Reilly, Bottomley & Rymer 2014, 180).

Σύφιλη

Είναι ένα χρόνια μεταδοτικό, σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα που μπορεί να προσβάλλει όλα τα όργανα και συστήματα του οργανισμού. Πρόκειται για σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα που οφείλεται στο βακτηρίδιο *Treponema pallidum* και για μεγάλα χρονικά διαστήματα μπορεί να βρίσκεται σε λανθάνουσα φάση. Μεταδίδεται αποκλειστικά με την σεξουαλική επαφή (επίκτητη σύφιλη), και από την πάσχουσα μητέρα στο έμβρυο μέσω του πλακούντα (συγγενής σύφιλη). Η χορήγηση κατάλληλης αγωγής στη μητέρα πριν από τη δέκατη έκτη εβδομάδα της κύησης προφυλάσσει το κύημα από τη λοίμωξη. Η νόσος εμφανίζεται συχνότερα σε άνδρες μεταξύ 20-40 ετών (Colledge, Walker & Ralston 2014, 355).



Εικ. 12:
Αναπαράσταση σύφιλης

Ηπατίτιδα

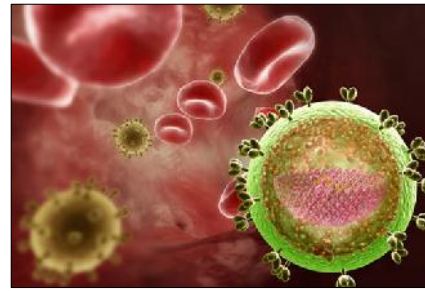
Η ηπατίτιδα είναι ένας γενικός όρος για ασθένειες που οφείλονται σε φλεγμονή του ήπατος από διάφορες αιτιολογίες. Διαχωρίζεται συνήθως σε οξεία και σε χρόνια και τις περισσότερες φορές οφείλεται σε ιούς που προσβάλλουν ειδικά το συκώτι προκαλώντας αντίστοιχους τύπους ηπατίτιδας π.χ. ηπατίτιδα τύπου Β ή τύπου Α κ.λπ. Η φλεγμονή στο ήπαρ όμως μπορεί να προκληθεί και από άλλα αίτια. Η πάθηση μπορεί να ακολουθήσει υποκλινική πορεία, δηλαδή να μην προκαλεί κανένα έντονο σύμπτωμα ή αντίθετα να είναι κεραυνοβόλος, οπότε ο ασθενής χρειάζεται μια μεταμόσχευση ήπατος (Colledge, Walker & Ralston 2014, 356).

AIDS / HIV

Το Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (Acute ImmunoDeficiency Syndrome ή AIDS) προκαλείται από τον ιό HIV (Human Immuno deficiency Virus). Η λοίμωξη από τον ιό HIV, προκαλεί σταδιακή καταστροφή του ανοσοποιητικού συστήμα-

τος του ανθρώπου, με αποτέλεσμα την ανάπτυξη ανεπάρκειας του ανοσοποιητικού. Το σύνδρομο AIDS, είναι μία κατάσταση που εμφανίζεται 2 – 4 εβδομάδες μετά την προσβολή (μόλυνση) από το ιό HIV. Ο ιός μεταδίδεται με:

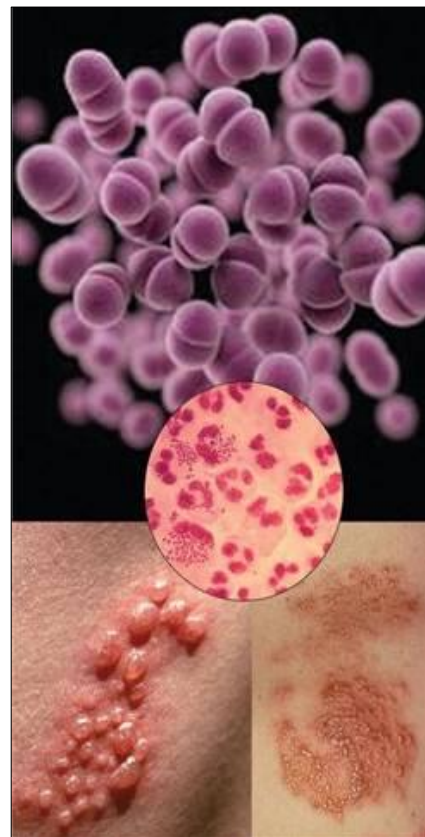
- Τη σεξουαλική επαφή
 - Τη λήψη ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών, χρησιμοποιώντας μολυσμένες βελόνες και σύριγγες
 - Μέσω (δια) του πλακούντα από τη μητέρα στο έμβρυο
 - Τις μεταγγίσεις μολυσμένου αίματος και παραγώγων του (σπάνια πια, λόγω των κατάλληλων ελέγχων του αίματος)
 - Το θηλασμό (σχετικά σπάνια)
- (O'Reilly, Bottomley & Rymer 2014, 190).



Εικ. 13:
Aids / HIV

Γονόρροια

Η γονόρροια ή βλεννόρροια είναι μόλυνση που προκαλείται από ένα σεξουαλικά μεταδιδόμενο βακτήριο, τον γονόκοκκο (*Neisseria gonorrhoeae*). Μολύνει τόσο τους άντρες, όσο και τις γυναίκες, και συνήθως προσβάλλει την ουρήθρα, το ορθό έντερο και τον λαιμό, ενώ στις γυναίκες μπορεί να προσβάλλει και τον τράχηλο της μήτρας. Η γονόρροια μεταδίδεται συνήθως κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής. Ωστόσο, υπάρχει περίπτωση να προσβληθούν και βρέφη κατά τη διάρκεια του τοκετού αν νοσεί η μητέρα. Στα μωρά, η γονόρροια πλήττει κυρίως τα μάτια. Στις περισσότερες περιπτώσεις, πρόκειται για μία κοινή μόλυνση που αρκετές φορές μάλιστα δεν παρουσιάζει καν συμπτώματα. Η θεραπεία της όμως είναι απαραίτητη προκειμένου να μην προκαλέσει σοβαρές και ανεπανόρθωτες βλάβες. Η αποχή από το

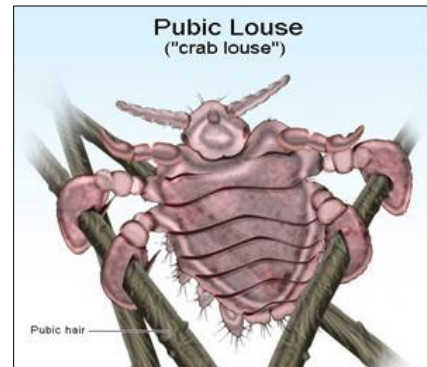


Εικόνα 14:
Γονόρροια

σεξ, η χρήση προφυλακτικού σε περίπτωση ερωτικής επαφής και η ανάπτυξη μιας αμοιβαίας μονογαμικής σχέσης αποτελούν τους καλύτερους τρόπους πρόληψης του εν λόγω σεξουαλικά μεταδιδόμενου νοσήματος (Colledge, Walker & Ralston 2014, 357).

Ψείρες των τριχών της ήβης

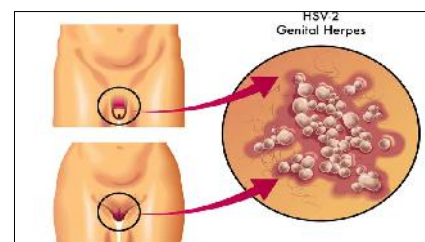
Οι ψείρες των γεννητικών οργάνων είναι μικροσκοπικά παρασιτικά έντομα που ζουν και αναπαράγονται στην τρίχα. Εξαπλώνονται με κάθε είδους σεξουαλική επαφή και είναι ορατές με γυμνό μάτι. Δεν αποτελούν κίνδυνο για την υγεία αλλά προκαλούν έντονη φαγούρα και επακόλουθο ερεθισμό (Colledge, Walker & Ralston 2014, 357).



Εικ. 15:
Ψείρες των τριχών της ήβης

Έρπης

Μεταδίδεται με τη σεξουαλική πράξη ή το στοματικό σεξ. Προκαλεί μικρές πληγές γύρω από το στόμα ή τα γεννητικά όργανα. Μπορεί τα συμπτώματα να εμφανίζονται περιοδικά και να παρουσιάζουν εναλλαγές έξαρσης και ύφεσης. Δυστυχώς δεν υπάρχει θεραπεία και μπορεί να μεταδοθεί ακόμη κι αν δεν υπάρχουν συμπτώματα (Colledge, Walker & Ralston 2014, 358).



Εικ. 16:
Έρπης γεννητικών οργάνων

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV:

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

4.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ

Με τον όρο *οικογενειακός προγραμματισμός* κάνουμε αναφορά στο δικαίωμα και στην υποχρέωση του ζευγαριού να επιλέγει πότε θα αποκτήσει παιδιά καθώς και πόσα παιδιά επιθυμεί να αποκτήσει. Είναι μια διαδικασία πρόληψης για την προστασία της υγείας των μελών της οικογένειας, γιατί μέσω της πληροφόρησης και τα διαπαιδαγωγεί αντίστοιχα, ώστε να αναλάβουν υπεύθυνα τον ρόλο του γονέα.



Εικ. 17: Σύμβολο οικογενειακού προγραμματισμού (Γονείς και κύηση)

4.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ

«Μητέρα» του οικογενειακού προγραμματισμού θεωρείται μια νοσηλεύτρια από την Νέα Υόρκη, η Margaret Sangen γεννήθηκε στις 14 Σεπτεμβρίου 1879 στο Κόρνινγκ της Νέα Υόρκης και πέθανε στις 6 Σεπτεμβρίου το 1966. Η Margaret Sangen συγκλονίστηκε όταν στις αρχές του 20^{ου} αιώνα, παρακολούθησε από κοντά την ανάρρωση μιας νέας κοπέλας που είχε υποβληθεί σε παράνομη έκτρωση. Όταν η κοπέλα αυτή πέθανε σε μια δεύτερη έκτρωση, η Margaret Sangen έκανε σκοπό της ζωής της, την ενημέρωση του κοινού για τους κινδύνους των εκτρώσεων και την πρόταση της για τον «οικογενειακό προγραμματισμό» όπως τον ονόμασε τότε. Οργάνωσε μια απί-

στευτη εκστρατεία ενημέρωσης τυπώνοντας ένα εκατομμύριο φυλλάδια με τον τίτλο FAMILYLIMITATION. 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 οικογενειακού προγραμματισμού. Το πιο γνήσιο παιδί αυτής της ιδέας είναι το τόσο κατηγορημένο αλλά και τόσο ωφέλιμο αντισυλληπτικό χάπι. Η αρχική ιδέα για μια αντισυλληπτική μέθοδο με την μορφή χαπιού γεννήθηκε στην Αυστρία το 1920, ενώ το 1938 ανακοινώθηκε η σύνθεση ενός οιστρογόνου της αιθυνολοιστραδιόλης, η οποία είναι η βάση όλων των αντισυλληπτικών. Μετά από πολλές έρευνες νομικές και οικονομικές δυσκολίες και πάντα με την ενθουσιώδη υποστήριξη της Sangen, καθώς και των εταιριών που χρηματοδότησαν τις έρευνες, κυκλοφόρησε περί το 1960 το πρώτο αντισυλληπτικό χάπι. Στην Ελλάδα τα πρώτα αντισυλληπτικά χάπια κυκλοφόρησαν το 1965 με την ονομασία Anovlar και Lyndiol. Τέλος ο οικογενειακός προγραμματισμός στην Ελλάδα έχει «ανθίσει» τα τελευταία χρόνια, ωστόσο παρουσιάζει κάποιες ελλείψεις ως προς την ενημέρωση και τις υπηρεσίες που παρέχει.

4.3 ΣΤΟΧΟΣ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ

Ο στόχος του οικογενειακού προγραμματισμού είναι να εξασφαλίσουμε τη ψυχική και σωματική υγεία των μελών μιας οικογένειας. Ένας από τους βασικούς στόχους της οικογένειας είναι η γέννηση και ανατροφή απογόνων. Οι γονείς έχουν το δικαίωμα να αποφασίσουν πότε και πόσα παιδιά θέλουν να αποκτήσουν. Όμως, οι γονείς έχουν, επίσης, την υποχρέωση να λαμβάνουν όλα τα απαραίτητα μέτρα, ώστε να ικανοποιούνται οι ανάγκες και να προστατεύεται η σωματική και ψυχική υγεία των μελών της οικογένειάς τους. Η επιλογή του ζευγαριού να αποκτήσει παιδί ή παιδιά εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Ορισμένοι από αυτούς είναι:

- η οικονομική κατάσταση του ζευγαριού,
- η ηλικία των συζύγων,
- η υγεία των συζύγων κ.α.

Οι μελλοντικοί γονείς θα πρέπει να σταθμίσουν όλους αυτούς τους παράγοντες πριν πάρουν την απόφαση να γίνουν γονείς (Αμπελιώτης κ.ά. 2015, 136).

4.4 ΟΦΕΛΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ

Για την γυναίκα:

- Προστασία της υγείας από τα ΣΜΝ
- Προστασία από ορισμένες καλοήθεις ή κακοήθεις νεοπλασίες
- Ελευθερία επιλογής και έλεγχος των γεννήσεων
- Προστασία από ανεπιθύμητες κυήσεις και επιπλοκές των εκτρώσεων
- Εξασφάλιση περισσότερου χρόνου φροντίδας για τα παιδιά
- Λιγότερη σωματική, συναισθηματική και οικονομική καταπίεση
- Βελτίωση ποιότητα ζωής

(Βιβιλάκη 2014, 83).

Για το παιδί:

- Μείωση της νεογνικής θνησιμότητας και νοσηρότητας
- Εξασφάλιση περισσότερων οικονομικών πόρων για την βελτίωση της ποιότητας ζωής των παιδιών
- Μεγαλύτερες ευκαιρίες για μόρφωση
- Περισσότερη συναισθηματική υποστήριξη και επικοινωνία των παιδιών.

(www.iatrikionline.gr)

Για την κοινωνία:

- Ελευθερία επιλογής του χρόνου τεκνοποίησης
- Ελευθερία επιλογής του αριθμού των παιδιών της οικογένειας
- Εξασφάλιση χρόνου για προσωπικές και κοινωνικές δραστηριότητες

(www.iatrikionline.gr)

4.5 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ

Ο θεσμός της οικογένειας εμφανίζεται σε όλες τις ανθρώπινες κοινωνίες από τα πανάρχαια χρόνια και οι βασικοί στόχοι του είναι:

- η βιολογική αναπαραγωγή της κοινωνίας, δηλαδή η γέννηση και ανατροφή απογόνων, ώστε να διατηρούνται και να αναπτύσσονται οι ανθρώπινες κοινωνίες,
- η αγωγή, η εκπαίδευση και η κοινωνικοποίηση των ατόμων, δηλαδή η προετοιμασία των νέων, ώστε να ενταχθούν με ομαλό τρόπο στην κοινωνία και να μπορέσουν να αντιμετωπίσουν τη ζωή τους ως υπεύθυνα άτομα και ως υπεύθυνοι πολίτες,

– η αμοιβαία προστασία και υποστήριξη των μελών της, που πηγάζουν από την αγάπη και τη στοργή που τα συνδέει (Τριχόπουλος 1986, 195).

4.6 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΟΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟ

Οι νοσηλευτές όπως και όλοι οι επαγγελματίες υγείας (ιατροί, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί) διαδραματίζουν ιδιαίτερο ξεχωριστό ρόλο στον τομέα του οικογενειακού προγραμματισμού. Ο κάθε νοσηλευτής καλείται να δράσει αποτελεσματικά προκειμένου να ενημερώσει το κοινό αλλά και κάθε ασθενή ξεχωριστά για όλα τα θέματα που αφορούν στον οικογενειακό προγραμματισμό. Λόγω της θέσης του ο νοσηλευτής έρχεται σε άμεση καθημερινή επαφή με πληθώρα ανθρώπων διαφορετικής υπόστασης ο καθένας και γι' αυτό οφείλει να είναι ευαισθητοποιημένος με το θέμα ασχέτως αν εργάζεται σε κάποιο κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού ή όχι. Η καθημερινή αυτή επαφή που έχει με τους ασθενείς ο νοσηλευτής του παρέχει τη δυνατότητα να αναγνωρίζει τις ομάδες υψηλού κινδύνου και έτσι να ενημερώσει για τη μετάδοση κάποιου κληρονομικού νοσήματος στα νεότερα μέλη της οικογένειας. Ένας ακόμα ουσιαστικός ρόλος που διαδραματίζεται από τον νοσηλευτή είναι αυτός πάνω στη σεξουαλική ενημέρωση και διαπαιδαγώγηση των νέων. Είναι ζωτικής σημασίας η σωστή ενημέρωση και πληροφόρηση των νέων σε ό,τι αφορά τη σεξουαλική τους ζωή διότι διαμορφώνουν έναν υγιή χαρακτήρα μελλοντικά. Τέλος, ο νοσηλευτής αποτελεί ιδιαίτερα σημαντική παρουσία στα κέντρα του οικογενειακού προγραμματισμού γιατί εκεί τους δίνετε η ευκαιρία να ενημερώσει, να συζητήσει με τους νέους και να λύσει οποιαδήποτε απορία τους σχετικά με τη σύλληψη, την αντισύλληψη, τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (Σ.Μ.Ν.) αλλά και τη σημασία του προγεννητικού ελέγχου (Τζαφέστα 2010, 41).

4.7 ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΗΣΗ

Η εφαρμογή προγραμμάτων σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης στις διάφορες βαθμίδες της εκπαίδευσης πρέπει να αποτελεί αντικείμενο συνεργασίας μεταξύ του Υπουργείου Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής

Αλληλεγγύης και ευρύτερων κοινωνικών ομάδων. Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση έχει τους εξής σκοπούς:

- Να προφυλάξει από ΣΜΝ
- Να τα απαλλάξει από το άγχος και τις προκαταλήψεις σχετικά με τη σεξουαλική λειτουργία
- Να τα προστατέψει από ψυχοτραυματισμούς γύρω από την σεξουαλική λειτουργία
- Να τα βοηθήσει να αποκτήσουν αμυντικούς μηχανισμούς για την αναστολή της σεξουαλικής ικανοποίησης
- Να περιορίσει τη συχνότητα της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης σε νεαρή ηλικία. Αυτό είναι πολύ σημαντικό διότι τα κορίτσια αρχίζουν την σεξουαλική τους ζωή σε ηλικία 16 ετών και τα περισσότερα από αυτά δεν έχουν καμία σχετική ενημέρωση με αποτέλεσμα να μένουν έγκυες.

Αρμόδιοι για να κάνουν ενημέρωση σε θέματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης είναι άτομα με γνώσεις και χωρίς άγχος για τα θέματα της, που εμπνέουν εμπιστοσύνη και στην ιδανική περίπτωση θα μπορούσαν να χρησιμεύσουν ως πρότυπα. Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση μπορεί να απευθύνεται στο σύνολο του πληθυσμού με ιδιαίτερη ευαισθησία στα παιδιά πριν την εφηβεία, στους εφήβους, στους νέους ενήλικες και στους γονείς των πιο πάνω ομάδων (Ιατράκης 2008, 32).

4.8 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΣΧΟΛΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΗΣΗ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΕΦΗΒΩΝ

4.8.1 Σκοπός και θέματα

Σκοπός της πρωτοβάθμιας ομάδας υγείας και κατ' επέκταση του σχολικού νοσηλευτή είναι η παροχή πληροφοριών με προκαθορισμένο πλαίσιο θεμάτων. Από την ενημέρωση αυτή θα πρέπει να προέρχονται πληροφορίες στους εφήβους αναφορικά με την σεξουαλικότητα. Επιμέρους στόχος είναι οι πληροφορίες που θα δοθούν να γίνουν αντιληπτές, να ταξινομηθούν και να γίνουν οικίες στους εφήβους, ώστε να μην νιώθουν μπερδεμένοι. Το περιεχόμενο και το επίπεδο της ενημέρωσης εξαρτώνται από την ηλικία και το μορφωτικό επίπεδο των ατόμων, στους οποίους απευθύνονται.

Τα θέματα που πρέπει να περιλαμβάνει η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση είναι τα ακόλουθα:

Ανατομία των γεννητικών οργάνων

Είναι σημαντική η γνώση της ανατομίας των γεννητικών οργάνων. Η εξοικείωση με την ανατομική διάπλαση αποτελεί επιτακτική ανάγκη. Σύμφωνα με μελέτες, αρκετές ενήλικες γυναίκες έχουν ασαφή εικόνα ή άγνοια για την γεννητική περιοχή του σώματος τους, κάτι από τους δημιουργεί ανησυχία και ανασφάλεια.

Φυσιολογία των γεννητικών οργάνων

Παράλληλα με την ανατομία είναι σημαντική κι η λειτουργία των γεννητικών οργάνων, ιδιαίτερα πως μπορεί ν επιτευχθεί η αναπαραγωγή.

Υγιεινή του σώματος

Είναι χρήσιμες οι πληροφορίες σχετικά με την υγιεινή του σώματος, ιδιαίτερα των γεννητικών οργάνων. Η παιδική και η εφηβική ηλικία χαρακτηρίζεται ως υψηλού κινδύνου για λοιμώξεις των γεννητικών οργάνων.

Αντισύλληψη

Οι μέθοδοι της αντισύλληψης και τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα κάθε μεθόδου. Πρέπει να ληφθεί υπόψη η ηλικία των αποδεκτών και αναπτύσσονται κατάλληλες εκπαιδευτικές διαδικασίες για κάθε ηλικία.

Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα

Δυστυχώς είναι πολλά τα άτομα που νοσούν από αφροδίσια νοσήματα, ιδιαίτερα επειδή τα νοσήματα αυτά επηρεάζουν αρνητικά την υγεία και επιβαρύνουν σημαντικά την αναπαραγωγική υγεία των ατόμων.

Ανθρώπινες σχέσεις και επικοινωνία

Είναι γεγονός ότι η σύγχρονη κοινωνία πάσχει όσον αφορά την επικοινωνία μεταξύ των ατόμων. Το γεγονός αυτό επηρεάζει και το θέμα της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης (Αντωνίου 2007).

4.8.2 Μέτρα πρόληψης

- Έλεγχος σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων.
- Λήψη test pap.
- Έλεγχος – ψηλάφηση μαστού.

- Ενημέρωση σε θέματα υγιεινής.
- Ενημέρωση για σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.
- Συμβουλευτική για διακοπή ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης.
- Ατομική συμβουλευτική για ατομικό θηλασμό.
- Λήψη κολπικών υγρών για καλλιέργεια.
- Προαγωγή μητρικού θηλασμού.
- Ενημέρωση σε ευπαθείς ομάδες (άγαμες μητέρες, ρομά, μετανάστες, ανήλικες γυναίκες).
- Επιμόρφωση για θέματα κακοποίησης γυναικών και ενδοοικογενειακής βίας (Ιατράκης 2010).

Μαστογραφία

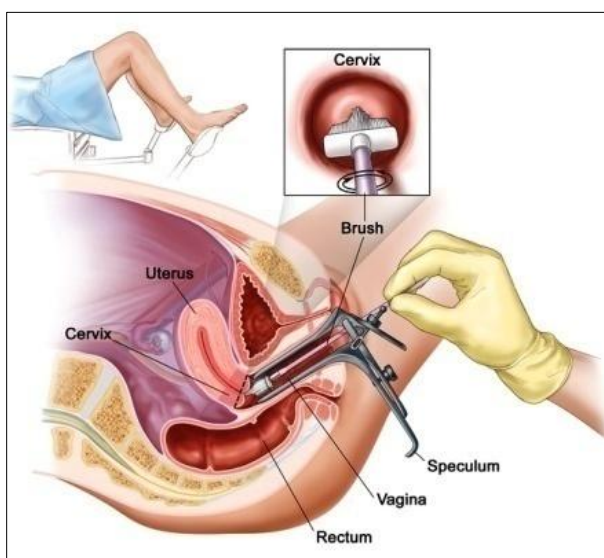
Η μαστογραφία είναι ένα διαγνωστικό εργαλείο με το οποίο ανακαλύπτουμε έγκαιρα τον καρκίνο του μαστού, όταν βρίσκεται στο αρχικό στάδιο. Σκοπός αυτής της εξέτασης είναι να εντοπιστεί ο καρκίνος πριν γίνει ογκίδιο. Η προληπτική μαστογραφία στην οποία επιβάλλονται οι γυναίκες κάθε χρόνο θα πρέπει να γίνεται μετά την παύση της έμμηνου ρύσεως . Οι γυναίκες οι οποίες είναι κάτω των 40 ετών υποβάλλονται σε αυτή την εξέταση 1 φορά τον χρόνο ενώ οι γυναίκες άνω των 50 2 φορές τον χρόνο. Τέλος, ο καρκίνος του μαστού δεν αναπτύσσεται γρήγορα και γι' αυτό θα πρέπει ο έλεγχος να εξασφαλίζει την μεγαλύτερη ωφέλεια με τις λιγότερες κατά το δυνατόν επιπτώσεις. (<http://www.iatronet.gr/ygeia/gynaikologia/article/28271/kathe-pote-prepei-na-kanoyme-mastografia.html>)



Εικ. 18: Διαδικασία μαστογραφίας

Test Παπανικολάου

Όλες οι γυναίκες μετά την έναρξη της σεξουαλικής τους ζωής, πρέπει να επισκέπτονται μία φορά τον χρόνο το γυναικολόγο τους και να υποβάλλονται σε πλήρη γυναικολογικό έλεγχο, και κυρίως στο τεστ Παπανικολάου (testPap). Το test Pap είναι μια εύκολη, γρήγορη και ανασίμακτη εξέταση, που μπορεί να διαγνώσει προκαρκινικές αλλοιώσεις, πριν αυτές γίνουν καρκίνος. Αποτελεί, δηλαδή, το όπλο μας στην έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Πρέπει να γίνεται μεταξύ της 10^{ης} και 20^{ης} ημέρας του κύκλου και όχι κατά την διάρκεια της περιόδου. Επίσης, καλό είναι, 48 ώρες πριν το τεστ να μην έχει γίνει κολπική πλύση, να μην έχουν χρησιμοποιηθεί ταμπόν ή κολπικά φάρμακα και να μην έχει προηγηθεί σεξουαλική επαφή, γιατί αλλοιώνονται τα αποτελέσματα του τεστ.



Εικ. 19: Διαδικασία testpap

4.9. ΤΡΟΠΟΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ

ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ

Στον οικογενειακό προγραμματισμό συχνά δίνεται μικρότερη προτεραιότητα σε σχέση με άλλες κοινωνικές υπηρεσίες. Έτσι ανεξάρτητες ειδικές υπηρεσίες του οικογενειακού προγραμματισμού λείπουν ή είναι ανεπαρκείς και περιορίζονται μόνο σε ορισμένες, κυρίως αστικές περιοχές. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα η υπηρεσία του οικογενειακού προγραμματισμού να μην φτάνει και να μην ενημερώνει τους αμόρφωτους, φτωχούς και απομονωμένους, ενώ αυτοί είναι που έχουν μεγαλύτερη ανάγκη διαφώ-

τισης και εξυπηρέτησης. Η επιτυχής εφαρμογή του σε μεγάλους πληθυσμούς πρέπει να περιλαμβάνει τα εξής:

- Ίδρυση περισσότερων κέντρων οικογενειακού προγραμματισμού.
 - Στελέχωση και εξοπλισμό των κέντρων οικογενειακού προγραμματισμού 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 και κοινωνικούς λόγους.
 - Εφαρμογή προγραμμάτων σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης.
 - Προβολή των θεμάτων του οικογενειακού προγραμματισμού από τα ΜΜΕ
 - Συγγραφή ειδικών εγχειριδίων για καθηγητές, φοιτητές-σπουδαστές και μαθητές ανεξάρτητα.
 - Συνεχή ενημέρωση των ασχολούμενων με θέματα οικογενειακού προγραμματισμού και των σπουδαστών που στελεχώνουν ή θα στελεχώσουν αντίστοιχες υπηρεσίες.
- (Ιατράκης 2008, 31)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V:

ΕΡΕΥΝΑ

5.1 ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας βιβλιογραφικής έρευνας ήταν η ανασκόπηση των νέων δεδομένων σε θέματα αντισύλληψης και οικογενειακού προγραμματισμού στη διεθνή επιστημονική βιβλιογραφία.

5.2 ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Η βιβλιογραφική έρευνα πραγματοποιήθηκε στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed και Cochrane. Αντικείμενο της έρευνας αποτελούσαν άρθρα δημοσιευμένα την τελευταία διετία, 2014-2016, σε διεθνή επιστημονικά περιοδικά. Επιλέχθηκαν άρθρα δημοσιευμένα στην αγγλική γλώσσα. Η αναζήτηση του υλικού πραγματοποιήθηκε με τον συνδυασμό των ακόλουθων λέξεων: αντισύλληψη (*contraception*), μέθοδοι αντισύλληψης (*contraceptionmethods*), μέτρα αντισύλληψης (*contraceptionmeans*), αντισύλληψη + νοσηλευτική (*contraception + nursery*), οικογενειακός προγραμματισμός (*familyplanning*), οικογενειακός προγραμματισμός + αντισύλληψη (*familyplanning + contraception*).

5.3 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

5.3.1

Raselekoane N.R., Morwe K.G., Tshitangano T.

«University of Vendas male students towards contraception and familly planning»

African Journal of Primary Health Care and Family Medicine 2016, 8(2), a959 (<http://dx.doi.org/10.4102/phcfm.v8i2.959>)

BACKGROUND:

Many young men continue to disregard the importance of contranception and family planning in South Africa. The fact that even university students also do not take contraception and family planning seriously poses a serious threat to their own health and well-being.

AIM:

This paper aims at investigating the attitudes of male students towards contraception and the promotion of female students sexual health rights and well-being at the University of Venda.

METHODS:

Quantitative research method is used to determine how attitudes of 60 male students towards contraception can jeopardise the health and well-being of both male and female students.

RESULTS:

This study reveals that the majority of 60 male students at the University of Venda have a negative attitude towards contraceptives. As a result, male students at the University of Venda are not keen on using contraceptives. Male students negative attitude and lack of interest in contraceptives and family planning also limit progress in achieving the Millennium Development Goals on primary health care, especially with regard to sexual and reproductive health and well-being of female students at the University of Venda.

CONCLUSION:

The fact that more than half of the male students interviewed did not take contraception and family planning seriously poses a serious threat to health and well-being of students, including violation of female students sexual and reproductive health rights in South Africa.

«Η στάση των ανδρών φοιτητών του ΠανεπιστημίουVenda προς την αντισύλληψη και τον οικογενειακό προγραμματισμό»

ΥΠΟΒΑΘΡΟ:

Πολλοί νέοι άνδρες συνεχίζουν να αγνοούν τη σημασία της αντισύλληψης και οικογενειακού προγραμματισμού στην Νότια Αφρική. Το γεγονός ότι ακόμη και φοιτητές, δεν παίρνουν την αντισύλληψη και τον οικογενειακό προγραμματισμός στα σοβαρά, αποτελεί μια σοβαρή απειλή για την δική τους υγεία και ευεξία.

ΣΚΟΠΟΣ:

Η εργασία αυτή στοχεύει στη διερεύνηση των στάσεων των ανδρών φοιτητών προς την αντισύλληψη και την προώθηση των δικαιωμάτων των γυναικών φοιτητών για σεξουαλική υγεία και ευεξία στο Πανεπιστήμιο της Venda.

ΜΕΘΟΔΟΙ:

Χρησιμοποιείται ποσοτική ερευνητική μέθοδος για να καθορίσει τον τρόπο και την στάση των 60 ανδρών που σπουδάζουν, στο αν η αντισύλληψη μπορεί να θέσει σε κίνδυνο την υγεία και την ευημερία τόσο των ανδρών όσο και των γυναικών φοιτητών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Αυτή η μελέτη αποκαλύπτει ότι η πλειοψηφία των 60 ανδρών φοιτητών στο Πανεπιστήμιο της Venda έχουν αρνητική στάση απέναντι στην αντισύλληψη. Ως αποτέλεσμα οι άνδρες στο Πανεπιστήμιο της Venda δεν είναι πρόθυμοι να χρησιμοποιούν αντισυλληπτικά. Η αρνητική στάση των ανδρών φοιτητών και η έλλειψη ενδιαφέροντος για την αντισύλληψη και τον οικογενειακό προγραμματισμό περιορίζει επίσης την πρόοδο στην επίτευξη των Αναπτυξιακών Στόχων της Χιλιετίας για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, ιδιαίτερα όσον αφορά την σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία και την ευημερία των γυναικών που σπουδάζουν στο Πανεπιστήμιο της Venda.

ΣΥΝΟΨΗ:

Το γεγονός ότι πάνω από το ήμισυ των ανδρών φοιτητών, που έδωσαν συνέντευξη δεν είχε λάβει στα σοβαρά την αντισύλληψη και τον οικογενειακό προγραμματισμό, θέτει μια σοβαρή απειλή για την υγεία και την ευημερία των μαθητών, συμπεριλαμβανομένης της παραβίασης των δικαιωμάτων σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας των γυναικών φοιτητών στη Νότια Αφρική.

5.3.2

Kojo T., Ae R., Tsuboi S., Nakamura Y., Kitamura K.

«Differentials in variables associated with past history of artificial abortion and current contraception by age: Results of a randomized national survey in Japan»

The journal of obstetrics and gynaecology research, 17 December 2016, 1341-8076

AIM:

This study analyzes differentials in the variables associated with the experience of artificial abortion (abortion) and use of contraception by age among women in Japan.

METHODS:

The 2010 National Lifestyle and Attitudes Towards Sexual Behavior Survey was distributed to 2693 men and women aged 16-49 selected from the Japanese population using a two-stage random sampling procedure. From the 1540 respondents, we selected 700 women who reported having had sexual intercourse at least once. We used lo-

gistic regression to analyze how social and demographic factors were associated with the experience of abortion and contraceptive use.

RESULTS:

The abortion rate according to the survey was 19.3%. Of the 700 women in the sample, 6.9% had experienced two or more abortions. Logistic regression revealed that, although significant variables depended on age, a high level of education and discussions about contraceptive use with partners were negatively associated with the experience of abortion. Self-injury, approval of abortion and first sexual intercourse between the age of 10 and 19 were positively associated with the experience of abortion. Marriage, smoking and first sexual intercourse between the age of 10 and 19 were negatively associated with contraceptive use. Higher education and discussion of contraception with partners were positively associated with contraceptive use.

CONCLUSIONS:

To prevent unwanted pregnancy and abortion, social support and sexual education should be age-appropriate. It is vital to educate young people of the importance of discussing contraceptive use with their partners.

«Διαφορές στις μεταβλητές που συνδέονται με την προηγούμενη ιστορία της τεχνικής άμβλωσης και την σύγχρονη αντισύλληψη κατά ηλικία: Αποτελέσματα μιας τυχαίας εθνικής έρευνας στην Ιαπωνία»

ΣΚΟΠΟΣ:

Αυτή η μελέτη αναλύει τις διαφορές στις μεταβλητές που συνδέονται με την εμπειρία της τεχνικής της άμβλωσης (άμβλωση) και τη χρήση της αντισύλληψης κατά ηλικία μεταξύ των γυναικών στην Ιαπωνία.

ΜΕΘΟΔΟΙ:

Σε εθνική έρευνα το 2010 ο τρόπος ζωής και η στάση του πληθυσμού απέναντι στη σεξουαλική συμπεριφορά ήταν διανεμημένος σε 2693 άνδρες και γυναίκες ηλικίας 16-49 ετών που επιλέχθηκαν από τον ιαπωνικό πληθυσμό. Χρησιμοποιήθηκε μια διαδικασία δύο σταδίων τυχαίας δειγματοληψίας. Από τους 1540 εναγωμένους, επιλέχθηκαν 700 γυναίκες που δήλωσαν ότι είχαν σεξουαλική επαφή τουλάχιστον μία φορά. Χρησιμοποιήθηκε η λογιστική οπισθοδρόμηση για να αναλυθούν οι κοινωνικοί και δημογραφικοί παράγοντες οι οποίοι ήταν συνδεδεμένοι με την εμπειρία της άμβλωσης και τη χρήση της αντισύλληψης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Το ποσοστό άμβλωσης σύμφωνα με την έρευνα ήταν 19.3%. Από τις 700 γυναίκες το 6.9% είχε δοκιμάσει δύο ή περισσότερες αμβλώσεις. Με βάση την λογιστική οπισθοδρόμηση προέκυψαν σημαντικές μεταβλητές οι οποίες είναι: ηλικία, το υψηλό επίπεδο της εκπαίδευσης ενώ οι συζητήσεις για την χρήση της αντισύλληψης με τους συντρόφους τους συνδέθηκαν αρνητικά με την εμπειρία της άμβλωσης. Ο αυτοτραυματισμός, η έγκριση της άμβλωσης και η πρώτη σεξουαλική επαφή μεταξύ της ηλικίας 10 και 19 συνδέθηκαν θετικά με την εμπειρία της άμβλωσης ενώ ο γάμος, το κάπνισμα και η πρώτη σεξουαλική επαφή μεταξύ της ηλικίας 10 και 19 συνδέθηκε αρνητικά με την χρήση της αντισύλληψης. Τριτοβάθμια εκπαίδευση και συζήτηση για την αντισύλληψη με τους συντρόφους τους συνδέθηκε θετικά με την αντισυλληπτική χρήση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

Για την αποτροπή μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και κατά συνέπεια της άμβλωσης, η κοινωνική υποστήριξη και η σεξουαλική εκπαίδευση πρέπει να συνάδουν με την ηλικιακή καταλληλότητα. Είναι ζωτικής σημασίας να εκπαιδευτούν οι νέοι και να τονιστεί η σπουδαιότητα της συζήτησης για την αντισύλληψη με τους συντρόφους τους.

5.3.3

Joshi B., Chauhan S., Das H., Luaia R., Sunil N.

«Changes in sexual behavior and contraceptive use after HIV acquisition and factors associated with risky sexual practices among people living with HIV in selected Indian cities»

Indian Journal for Public Health, 2016 Oct-Dec; 60(4):251-259

BACKGROUND:

Sexual behavior and contraceptive use among HIV-infected persons are a neglected issue in public health programs.

OBJECTIVES:

To understand sexual practices and contraceptive use of people living with HIV (PLHIV) before and after being diagnosed with the infection and assess the providers' perspectives on provision of contraceptives to PLHIV, the quality of services provided and linkages between reproductive health and HIV services.

METHODS:

A mix method design study using a purposive sampling was undertaken enrolling PLHIV from ART centers and PLHIV networks across three cities in India. Doctors and counselors providing HIV services at public hospitals were also interviewed.

RESULTS:

Use of condoms increased from 35% to 81% after being diagnosed with HIV. Consistent condom use was 69% compared to only 8.7% before being diagnosed with HIV. Nearly 41% (297) of participants indulged in one or more forms of risky sexual behaviors. Significant correlates of risky sexual practices were: participants who were middle-aged (25-33 years), formerly married, currently not on antiretroviral therapy, and received negligible information on contraception from service providers leading to poor knowledge on safe sex and dual protection. Information from service providers reveals a lack of specific program guidelines to comprehensively address family planning (FP) issues through HIV programs.

CONCLUSION:

The study throws light on missed opportunities to address contraceptive needs of PLHIV and recommends training service providers and operationalizing a strategy to link HIV and FP services.

«Αλλαγές στη σεξουαλική συμπεριφορά και την αντισυλληπτική χρήση μετά από την απόκτηση HIV και τους παράγοντες που σχετίζονται με τις επικίνδυνες σεξουαλικές πρακτικές μεταξύ των ανθρώπων με HIV σε επιλεγμένες πόλεις της Ινδίας.»

ΥΠΟΒΑΘΡΟ:

Η σεξουαλική συμπεριφορά και η αντισυλληπτική χρήση μεταξύ των HIV-μολυσμένων προσώπων είναι παραμελημένο θέμα ανάμεσα στα ζητήματα δημόσιας υγείας.

ΣΤΟΧΟΙ:

Να γίνουν κατανοητές οι σεξουαλικές πρακτικές και η αντισύλληψη στους ανθρώπους με HIV (PLHIV) πριν και μετά από τη διάγνωση της μόλυνσης και να αξιολογήσουν τους πάροχους των αντισυλληπτικών μέτρων για το PLHIV καθώς και την ποιότητα των υπηρεσιών μεταξύ των υπηρεσιών αναπαραγωγικής υγείας και HIV.

ΜΕΘΟΔΟΙ:

Ένας συνδυασμός μεθόδων σχεδιασμένος για την σκόπιμη δειγματοληψία και εγγραφή ατόμων με PLHIV και HIV από ειδικά κέντρα και δίκτυα σε τρεις πόλεις στην Ινδία. Οι γιατροί και οι σύμβουλοι που παρείχαν τις υπηρεσίες τους για τον HIV στα

δημόσια νοσοκομεία πέρασαν και αυτοί από συνέντευξη.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Η χρήση των προφυλακτικών αυξήθηκε από 35% σε 81% μετά από τη διάγνωση του HIV.

Η συνεπής χρήση προφυλακτικών ήταν 69% έναντι μόνο 8.7% πριν εντοπιστεί ο HIV. Σχεδόν το 41% (297) των συμμετεχόντων που επιδίδεται σε μια ή περισσότερες μορφές επικίνδυνης σεξουαλικής συμπεριφοράς. Τα σημαντικά χαρακτηριστικά των επικίνδυνων σεξουαλικών πρακτικών ήταν: συμμετέχοντες ηλικίας (25-33 έτη), άτομα που παντρεύτηκαν στο παρελθόν, άτομα που δεν λαμβάνουν αντι-ρετροϊκή θεραπεία αυτήν την περίοδο, και άτομα που έχουν λάβει ελάχιστες πληροφορίες για την αντισύλληψη από τους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας που οδηγούν στη φτωχή γνώση σχετικά με τον ασφαλή έρωτα και τη διπλή προστασία. Πληροφορίες που παρέχονται από την υπηρεσία αποκαλύπτουν μια έλλειψη συγκεκριμένων οδηγιών προγράμματος που εξετάζουν ζητήματα οικογενειακού προγραμματισμού (FP) μέσω των προγραμμάτων HIV.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:

Η μελέτη ρίχνει στο φως χαμένες ευκαιρίες να καλύφθούν οι αντισυλληπτικές ανάγκες για PLHIV και συστήνει στους εκπαιδευτικούς φορείς παροχής υπηρεσιών να καταστήσει μια λειτουργική στρατηγική για υπηρεσίες τον HIV.

5.3.4

Pinchoff J., Chowdhuri R.N., Taruberekera N., Ngo T.D.

«Impact of communication strategies to increase knowledge, acceptability, and uptake of a new Woman's Condom in urban Lusaka, Zambia: study protocol for a randomized controlled trial»

Trials, 2016 Dec 13; 17(1):596

BACKGROUND:

Globally, 220 million women experience an unmet need for family planning. A newly designed female condom, the Woman's Condom (WC), has been developed featuring an improved design. It is the first dual-protection, female-initiated contraceptive that is a premium, higher price point product. However, market availability alone will not increase uptake. In February 2016 the WC will be distributed with a strong media

campaign and interpersonal communication (IPC) outreach intervention. The impact of these on knowledge, acceptability, and use of the WC will be measured.

METHODS/DESIGN:

A baseline survey of 2314 randomly selected 18- to 24-year-old sexually active men and women has been conducted. The WC and mass media will be introduced throughout 40 urban wards in and surrounding Lusaka, Zambia. The baseline survey will serve as a quasi-control arm to determine the impact of introducing the WC with mass media. Half of the wards will be randomly allocated to additionally receive the IPC intervention. A single-blind randomized controlled trial will determine the impact of the IPC intervention on knowledge, uptake, and use of the WC. After one year, another 2314 individuals will be randomly selected to participate in the endline survey. We hypothesize that (1) the distribution and media campaign of the WC will increase overall condom use in selected urban wards, and specifically use of the WC; (2) the IPC intervention will significantly impact knowledge, acceptability, and use of the WC. The primary outcome measures are use of the WC, use of any condom, and willingness to use the WC. Secondary outcomes include measures of knowledge, acceptability, and choice of contraception. Odds ratios will be estimated to measure the effect of the intervention on the outcomes with 95% confidence intervals. All analyses will be based on the intention-to-treat principle.

DISCUSSION:

Increasing uptake of dual prevention measures (such as the WC) may reduce incidence of sexually transmitted infections/HIV and unplanned pregnancies. It is important to ensure young, urban adults have access to new contraceptive methods; and, understanding how mass media and IPC impact contraceptive knowledge, acceptability, and use is critical to reduce unmet need.

«Επιπτώσεις των στρατηγικών επικοινωνίας για την αύξηση των γνώσεων, της αποδοχής και της υιοθέτησης των προφυλακτικών από τις νέες γυναίκες στην αστική περιοχή Λουσάκα της Ζάμπιας: πρωτόκολλο της μελέτης για μια τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή»

ΙΣΤΟΡΙΚΟ:

Σε παγκόσμιο επίπεδο, σε 220 εκατομμύρια γυναίκες εμφανίζεται η ανάγκη για οικογενειακό προγραμματισμό. Ένα πρόσφατα σχεδιασμένο γυναικείο προφυλακτικό, το Woman's Condom (WC), έχει αναπτυχθεί και διαθέτει ένα βελτιωμένο σχεδιασμό.

Είναι το πρώτο γυναικείο προφυλακτικό με διπλή προστασία, ξεκίνησε σαν ασφαλές αντισυλληπτικό όμως με υψηλό κόστος. Ωστόσο, η διαθεσιμότητα στην αγορά από μόνη της δεν θα αυξήσει την πρόληψη. Τον Φεβρουάριο του 2016, το Woman's Condom (WC) θα διανεμηθεί με μια ισχυρή εκστρατεία στα μέσα ενημέρωσης και διαπροσωπική επικοινωνία (IPC) προβολής παρέμβασης. Η επίδραση αυτών στη γνώση, την αποδοχή και τη χρήση του WC θα μετρηθεί.

ΜΕΘΟΔΟΙ / ΣΧΕΔΙΟ:

Μια βασική έρευνα 2.314 ατόμων που επιλέγονται τυχαία από ηλικίες 18 έως 24 ετών σεξουαλικά ενεργών ανδρών και γυναικών έχει διεξαχθεί. Το Woman's Condom (WC) και τα μέσα μαζικής ενημέρωσης θα εισαχθούν σε 40 αστικές περιοχές στη Λουσάκα και στη Ζάμπια. Η έρευνα βασικής γραμμής θα χρησιμεύσει ως σημείο αναφοράς για να διαπιστωθεί η επίδραση της εισαγωγής του Woman's Condom (WC) με τα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Οι μισοί από τους θαλάμους θα διατεθούν τυχαία για να λάβουν επιπλέον την παρέμβαση IPC. Μια απλή, τυφλή, τυχαιοποιημένη και ελεγχόμενη μελέτη θα καθορίσει την επίδραση της παρέμβασης IPC στη γνώση, την πρόληψη, και την χρήση του Woman's Condom (WC). Μετά από ένα χρόνο, άλλα 2.314 άτομα θα επιλεγούν τυχαία για να συμμετάσχουν στην έρευνα της τελικής γραμμής. Υποθέτουμε ότι (1) η εκστρατεία διανομής του Woman's Condom (WC) και τα μέσα θα αυξήσουν τη συνολική χρήση προφυλακτικού σε επιλεγμένες αστικές περιοχές, (2) η παρέμβαση IPC θα επηρεάσει σημαντικά τις γνώσεις, την αποδοχή και τη χρήση του Woman's Condom (WC). Τα βασικά μέτρα έκβασης είναι: η χρήση του Woman's Condom (WC), η χρήση οποιουδήποτε προφυλακτικού, και η προθυμία να χρησιμοποιήσουν του Woman's Condom (WC). Δευτερεύοντα αποτελέσματα περιλαμβάνουν τα μέτρα της γνώσης, της αποδοχής, και η επιλογή της αντισύλληψης. Οι λόγοι πιθανοτήτων θα υπολογίζονται για τη μέτρηση της επίδρασης της παρέμβασης για τα αποτελέσματα με χρονικά διαστήματα εμπιστοσύνης 95%. Όλες οι αναλύσεις θα πρέπει να βασίζονται στην αρχική πρόθεση για θεραπεία.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ:

Η αύξηση της πρόληψης των μέτρων διπλής προστασίας (όπως το Woman's Condom (WC)) μπορεί να μειώσει τη συχνότητα των σεξουαλικά μεταδιδόμενων λοιμώξεων / HIV και τις απρογραμμάτιστες εγκυμοσύνες. Είναι σημαντικό να εξασφαλιστούν οι νέοι, οι αστικοί ενήλικες που έχουν πρόσβαση σε νέες αντισυλληπτικές μεθόδους με την κατανόηση του πώς τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και η γνώση της αντισύλληψης,

καθώς η χρήση και η προσβασιμότητα στα μέτρα αυτά είναι ζωτικής σημασίας για τη μείωση των προαναφερόμενων αναγκών.

5.3.5

Lissner C.L., Ali M.

«Systematic Reviews of Mechanisms for Financing Family Planning: Findings, Implications, and Future Agenda»

Studies in Family Planning, 2016 Dec, 47(4):295-308

ABSTRACT

The article describes an international collaboration that systematically reviewed the evidence on financing mechanisms for family planning/contraception, assessed the strength of and summarized the evidence, identified research gaps, and proposed a new research agenda to address the gaps. The review found that the evidence base is weak owing to the paucity of studies, diversity in findings, and variations in intervention, study design, and outcome measures. Of more than 17,000 papers reviewed only 38 met the eligibility criteria. A number of general recommendations on the directions and areas of future research can be drawn. There is a strong need for more robust study designs on the effectiveness of financial incentives in family planning.

«Συστηματικές ανασκοπήσεις των μηχανισμών χρηματοδότησης Οικογενειακού Προγραμματισμού: Διαπιστώσεις, επιπλοκές και το Μελλοντικό Πρόγραμμα»

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το άρθρο περιγράφει μια διεθνή συνεργασία αναθεωρημένων συστηματικών στοιχείων για τους μηχανισμούς χρηματοδότησης για τον οικογενειακό προγραμματισμό / αντισύλληψη, αξιολογεί τη δύναμη της και συνοψίζει τα στοιχεία στα οποία προσδιορίζονται τα κενά της έρευνας και προτείνει μια νέα ερευνητική ατζέντα για την κάλυψη των κενών. Στην εξέταση διαπιστώθηκε ότι τα αποδεικτικά στοιχεία είναι αδύναμα λόγω της έλλειψης μελετών, ποικιλομορφία ευρημάτων και παραλλαγές παρεμβάσεων, το σχεδιασμό της μελέτης, και μετρήσεις έκβασης. Πάνω από 17.000 έγγραφα επανεξετάζονται και μόνο τα 38 πληρούσαν τα κριτήρια για να επιλεγθούν. Μπορεί να γίνουν ορισμένες γενικές συστάσεις σχετικά με τις οδηγίες και τους τομείς της μελλοντικής έρευνας. Υπάρχει μεγάλη ανάγκη για πιο ισχυρή σχέδια μελέτης σχετικά

με την αποτελεσματικότητα των οικονομικών κινήτρων στον οικογενειακό προγραμματισμό.

5.3.6

Szűcs, M., Bitó, T., Csíkos, C., κ.ά.

«Knowledge and attitudes of female university students on menstrual cycle and contraception»

Journal of Obstetrics and Gynaecology 37(2), 2017, 210-214

ABSTRACT

Socioeconomic changes, as well as the development of new contraceptive modalities may influence women's preferences in the selection of a method of contraception. The aim of this study was to evaluate the knowledge, opinions and attitudes of female university students regarding the menstrual cycle, sexual health and contraception. A questionnaire-based survey was conducted among 2572 female university students in Hungary, Romania and Serbia, between November 2009 and January 2011. A higher proportion of students of health sciences than students of other faculties had appropriate knowledge of the fertile period within a menstrual cycle: 86.0%, 71.5% ($p = .02$) and 61.1% vs. 71.9% ($p < .001$), 59.8% and 43.2% ($p < .001$) in Hungary, Romania and Serbia, respectively. Overall, more than 69% of the female university students believed in the need for monthly menstruation in order to be healthy; however, merely 30 to 40% of them wished to have monthly bleeding. In general, the respondents were aware of the importance of menstruation in relation to sexual health; however, they wished to suppress the menstruation-related symptoms. Differences in the knowledge and attitudes of female university students of the three assessed countries may be explained in part by cultural differences, and in part by the nature of their studies.

KEYWORDS: Knowledge of fertile period; continuous hormonal contraception; family planning; green contraceptive methods; suppress menstruation; women's reproductive health

«Η γνώση και η στάση των φοιτητριών πανεπιστημίου στον εμμηνορυσιακό κύκλο και την αντισύλληψη»

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι κοινωνικοοικονομικές αλλαγές, καθώς και η ανάπτυξη νέων αντισυλληπτικών μέτρων μπορεί να επηρεάσουν τις προτιμήσεις των γυναικών στην επιλογή της μεθόδου αντισύλληψης. Ο στόχος αυτής της μελέτης ήταν να αξιολογήσει τις γνώσεις, τις απόψεις και τις στάσεις των φοιτητριών σχετικά με τον εμμηνορυσιακό κύκλο, τη σεξουαλική υγεία και την αντισύλληψη. Μια έρευνα με βάση ένα ερωτηματολόγιο διεξήχθη μεταξύ 2.572 φοιτητριών στην Ουγγαρία, τη Ρουμανία και τη Σερβία, μεταξύ του διαστήματος; Νοέμβριος 2009 - Ιανουάριος 2011. Ένα υψηλό ποσοστό των μαθητών των επιστημών υγείας από φοιτητές άλλων σχολών είχαν γνώση της γόνιμης περιόδου μέσα σε ένα εμμηνορροϊκό κύκλο: 86,0%, 71,5% ($p = .02$), και 61,1% έναντι 71,9% ($p < .001$), 59,8% και 43,2% ($p < .001$) στην Ουγγαρία, Ρουμανία και Σερβία, αντίστοιχα. Συνολικά, πάνω από το 69% των φοιτητριών πίστευαν στην ανάγκη για μηνιαία έμμηνο ρύση, προκειμένου να είναι υγιείς. Ωστόσο, μόνο 30 έως 40% από αυτές ήθελαν να έχουν μηνιαία αιμορραγία. Σε γενικές γραμμές, οι ερωτηθείσες γνώριζαν τη σημασία της έμμηνου ρύσεως σε σχέση με τη σεξουαλική υγεία. Ωστόσο, ήθελαν να καταστείλουν τα συμπτώματα έμμηνου ρύσεως που σχετίζονται με τις διαφορές στη γνώση και τις στάσεις των γυναικών-φοιτητριών από τις τρεις αξιολογημένες χώρες που μπορεί να είναι εν μέρει από τις πολιτιστικές διαφορές και εν μέρει από τη φύση των σπουδών τους.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: Γόνιμη περίοδος, ορμονική αντισύλληψη, οικογενειακός προγραμματισμός, αντισυλληπτικές μεθόδους, υγεία των γυναικών

5.3.7

Muanda, M., GahunguNdongo, P., Taub, L.D., Bertrand J.T.

«Barriers to Modern Contraceptive Use in Kinshasa, DRC»

PLoS ONE, 2016, 11(12): e0167560. doi:10.1371/journal.pone.0167560

ABSTRACT

Recent research from Kinshasa, DRC, has shown that only one in five married women uses modern contraception; over one quarter have an unmet need for family planning; and almost 400 health facilities across Kinshasa report that they provide modern contraception. This study addresses the question: with reasonable physical access and relatively high unmet need, why is modern contraceptive prevalence so low? To this end, the research team conducted 6 focus groups of women (non-users of any method, users of traditional methods, and users of modern methods) and 4 of hus-

bands (of users of traditional methods and in non-user unions) in health zones with relatively strong physical access to FP services. Five key barriers emerged from the focus group discussions: fear of side effects (especially sterility), costs of the method, sociocultural norms (especially the dominant position of the male in family decision-making), pressure from family members to avoid modern contraception, and lack of information/misinformation. These findings are very similar to those from 12 other studies of sociocultural barriers to family planning in sub-Saharan Africa. Moreover, they have strong programmatic implications for the training of FP workers to counsel future clients and for the content of behavior change communication interventions.

«Εμπόδια στη σύγχρονη χρήση αντισυλληπτικών στην Κινσάσα, Λαϊκή Δημοκρατία του Κονγκό»

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Πρόσφατη έρευνα από την Κινσάσα, Λαϊκή Δημοκρατία του Κονγκό, έχει δείξει ότι μόνο μία στις πέντε παντρεμένες γυναίκες χρησιμοποιεί σύγχρονη αντισύλληψη, ενώ από το ένα τέταρτο έχει μια ακάλυπτη ανάγκη για τον οικογενειακό προγραμματισμό και σχεδόν 400 μονάδες υγείας σε όλη την Κινσάσα αναφέρουν ότι παρέχουν μοντέρνα αντισύλληψη. Η μελέτη αυτή εξετάζει το ερώτημα: με βάση την λογική και φυσική πρόσβαση και σχετικά υψηλή ακάλυπτη ανάγκη, γιατί η μοντέρνα επικράτηση αντισύλληψης είναι τόσο χαμηλή; Για το σκοπό αυτό, η ερευνητική ομάδα διεξήγαγε 6 ομάδες εστίασης των γυναικών (μη-χρήστες της κάθε μεθόδου, οι χρήστες των παραδοσιακών μεθόδων, και οι χρήστες των σύγχρονων μεθόδων) και 4 του HUS-ζώνες (των χρηστών των παραδοσιακών μεθόδων και σωματεία μη χρήσης) σε ζώνες υγείας με σχετικά ισχυρή φυσική πρόσβαση σε υπηρεσίες FP. Πέντε βασικά εμπόδια προέκυψαν από τις συζητήσεις της ομάδας εστίασης: ο φόβος των παρενεργειών (κυρίως στειρότητα), το κόστος της μεθόδου, κοινωνικοπολιτισμικά πρότυπα (κυρίως της δεσπόζουσας θέσης του αρσενικού στην οικογένεια λήψη αποφάσεων), η πίεση από τα μέλη της οικογένειας για να αποφευχθεί η σύγχρονη αντισύλληψη, και η έλλειψη πληροφόρησης / παραπληροφόρησης. Τα ευρήματα αυτά είναι παρόμοια με εκείνα από 12 άλλες κοινωνικοπολιτισμικές μελέτες για τον οικογενειακό προγραμματισμό στην Υποσαχάρια Αφρική. Επιπλέον, έχουν ισχυρές προγραμματικές συνέπειες για την εκπαίδευση των εργαζομένων FP για να συμβουλευθούν τους μελλοντικούς ασθενείς τους για το περιεχόμενο των παρεμβάσεων επικοινωνίας και αλλαγής συμπεριφοράς.

5.3.8

Zhang X., Xiao L., Zhu H., Cheng L.

«The risk of using intrauterine devices to benign reproductive system conditions in postmenopausal women: A case control study»

Journal of Research in Medical Science, 2016, 21(17)

BACKGROUND:

To investigate the effect of using intrauterine devices (IUDs) during the fertile window on women's reproductive system health.

MATERIALS AND METHODS:

2,744 postmenopausal women in the Minhang District, Shanghai, China were enrolled. In the IUDs group there were 2,253 women; in the tubal ligation group there were 202 women and there were 289 women in the control group. We selected subjects according to the cases number in different hospital by using step sampling, and, in addition, collected the sociological data and information of the previously used contraceptives by the subjects, which included whether the contraceptives were used appropriately and the effect they had. Kolmogorov-Smirnov test, Levene's test, and logistic regression analysis were used to analyze the data.

RESULTS:

The prevalence rate of benign reproductive system conditions was significantly different among them ($P < 0.05$). Further comparison revealed, the rate in Group 1 was significantly lower than that in Group 2 and Group 3 ($P < 0.05$, respectively). Results of logistic regression analysis show that the risk factors for development of such conditions lie in the women's pregnancy history [odds ratio (OR) = 3.85], reproductive history (OR = 0.5), the use of IUD in fertile window (OR = 0.4), tubal ligation (OR = 1.74), birth control time (OR = 0.9), contraceptive failure history (OR = 1.7), and history of family planning procedures (OR = 1.73).

CONCLUSION:

IUDs, maybe, can effectively reduce the risk of getting benign reproductive conditions in postmenopausal females.

«Ο κίνδυνος λόγω της χρήσης ενδομήτριων συσκευών για καλοήθεις παθήσεις του αναπαραγωγικού συστήματος σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες: Μια ελεγχόμενη μελέτη»

ΙΣΤΟΡΙΚΟ: Για να διερευνηθεί η επίδραση της χρήσης συσκευών ενδομήτριας χρήσης (ΕΜΣ) κατά τη διάρκεια γόνιμης περιόδου για την υγεία του αναπαραγωγικού συστήματος της γυναίκας.

ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:

Εγγεγραμμένες στην μελέτη ήταν 2.744 μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες στο Minhang District, Shanghai, Κίνα. Στην ομάδα σπιράλ υπήρχαν 2.253 γυναίκες στην ομάδα απολίνωση των σαλπίνγων υπήρχαν 202 γυναίκες και υπήρχαν 289 γυναίκες της ομάδας ελέγχου. Τα αντικείμενα της μελέτης επιλέχθηκαν βάσει δειγματοληψίας και σύμφωνα με τον αριθμό των περιπτώσεων σε διαφορετικό νοσοκομείο κάθε φορά, επίσης λήφθηκαν υπόψιν κοινωνικοί παράγοντες και οι σχετικές πληροφορίες που είχε κάθε γυναίκα από προηγούμενη χρήση αντισυλληπτικών μέτρων, συγκεκριμένων τύπων και τα αποτελέσματα αυτών. Η δοκιμασία Kolmogorov-Smirnov, ο έλεγχος Levene, και η ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης χρησιμοποιήθηκαν για την ανάλυση των δεδομένων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το ποσοστό επιπολεασμού καλοήθους κατάστασης του αναπαραγωγικού συστήματος ήταν αρκετά διαφορετικά μεταξύ τους ($P < 0.05$). Η περαιτέρω σύγκριση που προέκυψε, ήταν στην Ομάδα 1 όπου ήταν σημαντικά χαμηλότερη απ' ό,τι στην ομάδα 2 και στην ομάδα 3 ($P < 0,05$, αντίστοιχα). Τα αποτελέσματα της ανάλυσης λογιστικής παλινδρόμησης δείχνουν ότι οι παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη τέτοιων συνθηκών βρίσκεται στην ιστορία της εγκυμοσύνης των γυναικών [αναλογία πιθανοτήτων (OR) = 3.85], στο αναπαραγωγικό ιστορικό (OR = 0.5), στη χρήση των IUD στις γόνιμες μέρες (OR = 0,4), στην απολίνωση των σαλπίνγων (OR = 1.74), στον χρόνο γέννησης ελέγχου (OR = 0.9), στην ανεπάρκεια της δράσης των αντισυλληπτικών (OR = 1.7), και στο ιστορικό των διαδικασιών οικογενειακού προγραμματισμού (OR = 1.73).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Το σπιράλ ίσως να μπορεί να μειώσει αποτελεσματικά τον κίνδυνο εμφάνισης καλοήθους κατάστασης στο αναπαραγωγικό σύστημα σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες.

5.3.9

O'Brien S.H., Koch T., Vesely S.K., Schwarz E.B.

«Hormonal Contraception and Risk of Thromboembolism in Women With Diabetes»
Diabetes Care, 2017, 40(2), 233-238

OBJECTIVE:

To investigate safety of hormonal contraception with regard to thromboembolic events in women with type 1 or 2 diabetes.

RESEARCH DESIGN AND METHODS:

We used data from 2002-2011 in Clinformatics Data Mart to identify women in the U.S., 14-44 years of age, with an ICD-9-CM code for diabetes and a prescription for a diabetic medication or device. We examined contraceptive claims and compared time to thromboembolism (venous thrombosis, stroke, or myocardial infarction) among women with diabetes dispensed hormonal contraception using a modification of Cox regression to control for age, smoking, obesity, hypertension, hyperlipidemia, diabetic complications, and history of cancer; we excluded data for 3 months after women gave birth.

RESULTS:

We identified 146,080 women with diabetes who experienced 3,012 thromboembolic events. Only 28% of reproductive-aged women with diabetes had any claims for hormonal contraception, with the majority receiving estrogen-containing oral contraceptives. Rates of thromboembolism were highest among women who used the contraceptive patch (16 per 1,000 woman-years) and lowest among women who used intrauterine (6 per 1,000 woman-years) and subdermal (0 per 163 woman-years) contraceptives. Compared with use of intrauterine contraception, progestin-only injectable contraception was associated with increased risk of thromboembolism (12.5 per 1,000 woman-years; adjusted hazard ratio 4.69 [95% CI 2.51-8.77]).

CONCLUSIONS:

The absolute risk of thromboembolism among women with type 1 or 2 diabetes using hormonal contraception is low. Highly effective, intrauterine and subdermal contraceptives are excellent options for women with diabetes who hope to avoid the teratogenic effects of hyperglycemia by carefully planning their pregnancies.

«Ορμονική Αντισύλληψη και κίνδυνος θρομβοεμβολής στις γυναίκες με διαβήτη»
ΣΚΟΠΟΣ:

Για να διερευνηθεί η ασφάλεια της ορμονικής αντισύλληψης σε σχέση με τα θρομβοεμβολικά επεισόδια σε γυναίκες με διαβήτη τύπου 1 ή 2.

ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ:

Χρησιμοποιήθηκαν τα στοιχεία από το Mart Clinformatics (2002-2011) για να προσδιορίσουν τις γυναίκες στις ΗΠΑ, ηλικίας 14-44, με έναν κώδικα icd-9- εκατ. για το διαβήτη και μια συνταγή για ένα διαβητικό φάρμακο ή μια συσκευή. Εξετάσαμε τις αντισυλληπτικές αξιώσεις και συγκρίναμε το χρόνο με τη θρομβώλυση (φλεβική θρόμβωση, κτύπημα, ή μυοκαρδιακό έμφραγμα) μεταξύ των γυναικών με διαβήτη διανεμήθηκε και η ορμονική αντισύλληψη χρησιμοποιώντας μια τροποποίηση της COX για τον έλεγχο της ηλικίας, του καπνίσματος, της παχυσαρκίας, της υπέρτασης, της υπερλιπιδαιμίας, τις διαβητικές επιπλοκές, και την ιστορία του καρκίνου καθώς αποκλείστηκαν τα στοιχεία 3 μηνών αφότου γέννησαν οι γυναίκες.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Εντοπίσαμε 146.080 γυναίκες με διαβήτη που παρουσίασαν 3.012 θρομβοεμβολικά επεισόδια. Μόνο το 28% των γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας με διαβήτη είχαν πιθανότητες για ορμονική αντισύλληψη, με την πλειοψηφία να λαμβάνει αντισυλληπτικά από το στόμα που περιέχουν οιστρογόνα. Τα ποσοστά θρομβοεμβολής ήταν υψηλότερα μεταξύ των γυναικών που χρησιμοποίησαν αντισυλληπτικό έμπλαστρο (16 ανά 1.000 γυναίκα-έτη) και το χαμηλότερο μεταξύ των γυναικών που χρησιμοποίησαν ενδομήτρια (6 ανά 1.000 γυναίκα-έτη) και υποδερμικά (0 ανά 163 γυναίκες-χρόνια) αντισυλληπτικά. Η σύγκριση της χρήση της ενδομήτριας αντισύλληψης με την ενέσιμη προγεστερόνη συσχετίστηκε με τον αυξημένο κίνδυνο θρομβοεμβολής (12,5 ανά 1.000 γυναίκες/το χρόνο προσαρμοσμένη αναλογία κινδύνου 4,69 [95% CI 2,51 έως 8,77]).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

Ο απόλυτος κίνδυνος θρομβοεμβολής μεταξύ των γυναικών με διαβήτη τύπου 1 ή 2 χρησιμοποιώντας ορμονική αντισύλληψη είναι χαμηλός. Εξαιρετικά αποτελεσματικές οι ενδομήτρια και υποδερμική αντισύλληψη καθώς είναι άριστες επιλογές για τις γυναίκες με διαβήτη που ελπίζουν να αποφύγουν τις γονιδιακές επιδράσεις της υπεργλυκαιμίας σχεδιάζοντας προσεκτικά το πλάνο της εγκυμοσύνης τους.

5.3.10

Simmons, K.B. & Edelman, A.B.

«Hormonal contraception and obesity»

ABSTRACT

The rising rate of overweight and obesity is a public health crisis in the United States and increasingly around the globe. Rates of contraceptive use are similar among women of all weights, but because contraceptive development studies historically excluded women over 130% of ideal body weight, patient and providers have a gap in understanding of contraceptive efficacy for obese and overweight women. Because of a range of drug metabolism alterations in obesity, there is biologic plausibility for changes in hormonal contraception effectiveness in obese women. However, these pharmacokinetic changes are not linearly related to body mass index or weight, and it is unknown what degree of obesity begins to affect pharmacokinetic or pharmacodynamics processes. Overall, most studies of higher quality do not demonstrate a difference in oral contraceptive pill effectiveness in obese compared with non-obese women. However, data are scant for women in highest categories of obesity, and differences by progestin type are incompletely understood. Effectiveness of most non-oral contraceptives does not seem to be compromised in obesity. Exceptions to this include the combined hormonal patch and oral levonorgestrel emergency contraception, which may have lower rates of effectiveness in obese women. The purpose of this review is to summarize evidence on contraceptive use in women with obesity, including differences in steroid hormone metabolism, contraceptive effectiveness, and safety, compared with women of normal weight or body mass index using the same methods.

«Ορμονική αντισύλληψη και παχυσαρκία»

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το αυξανόμενο ποσοστό των υπέρβαρων και παχύσαρκων γυναικών είναι μια κρίση δημόσιας υγείας στις Ηνωμένες Πολιτίες και όλο τον κόσμο. Το ποσοστό χρήσης αντισυλληπτικών είναι παρόμοια μεταξύ των γυναικών όλων των βάρων, αλλά επειδή οι μελέτες ανάπτυξης αντισυλληπτικών αποκλείουν τις γυναίκες πάνω από 130% του ιδανικού σωματικού βάρους, οι ασθενείς και οι πάροχοι υγείας έχουν ένα κενό στην κατανόηση της αποτελεσματικότητας της αντισύλληψης για τις παχύσαρκες και υπέρβαρες γυναίκες. Λόγω μιας σειράς μεταβολών στο μεταβολισμό των φαρμάκων στην παχυσαρκία, υπάρχει βιολογική αληθοφάνεια για αλλαγές στην αποτελεσμα-

τικότητα της ορμονικής αντισύλληψης στις παχύσαρκες γυναίκες. Ωστόσο, οι φαρμακοκινητικές μεταβολές δεν έχουν γραμμική σχέση με το δείκτη μάζας σώματος ή το βάρος, και είναι άγνωστο ποιος βαθμός παχυσαρκίας αρχίζει να επηρεάζει τις φαρμακοκινητικές ή φαρμακοδυναμικές διεργασίες. Συνολικά, οι περισσότερες μελέτες ανώτερης ποιότητας δεν καταδεικνύουν τη διαφορά στην αποτελεσματικότητα του αντισυλληπτικού από το στόμα σε παχύσαρκες, σε σύγκριση με μη παχύσαρκες γυναίκες. Ωστόσο, τα στοιχεία είναι ελάχιστα για τις γυναίκες στις υψηλότερες κατηγορίες της παχυσαρκίας, καθώς και οι διαφορές στη προγεστερόνη είναι ελλιπώς κατανοητές. Η αποτελεσματικότητα των περισσότερων μη-από του στόματος αντισυλληπτικών, δεν φαίνεται να διακυβεύεται στην παχυσαρκία. Εξαιρέσεις σε αυτό περιλαμβάνουν τα ορμονικά επιθέματα και η από του στόματος επείγουσα αντισύλληψη με λεβονοργεστρέλη, που μπορεί να έχουν χαμηλότερα ποσοστά αποτελεσματικότητας σε παχύσαρκες γυναίκες. Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης είναι να συνοψήσει τα αποδεικτικά στοιχεία σχετικά με την χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων σε γυναίκες με παχυσαρκία, συμπεριλαμβανομένων των διαφορών στο μεταβολισμό των στεροειδών ορμονών, στην αντισυλληπτική αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια, σε σύγκριση με τις γυναίκες φυσιολογικού βάρους ή δείκτη μάζας σώματος, χρησιμοποιώντας τις ίδιες μεθόδους.

5.3.11

Osapay G., Osapay K.

«Stress and fertility»

Orvosi Hetilap, 2015 Aug 30; 156 (35), 1430-1434

ABSTRACT

In Western countries, sperm quality and fertility of men significantly worsened. Female infertility does not show a better trend either. Subtle defects in the reproductive functions can not be explained by the current methods, and ‘unexplained infertility’ is becoming a more common diagnosis. Every year 1 million couples seek expensive and time consuming fertility treatment in the world. Deeper understanding of an unhealthy lifestyle and the environmental damages may lead to personalize treatments to increase the chance of conception. The effect of various stressors on the male and female reproductive performance were scientifically substantiated by Selye and coworkers in 1976. Cognitive therapy methods can be applied against emotional stressors,

supplementation by antioxidants against reactive oxygen compounds, and administration of vitamins and trace elements, especially when deficiency is found, may help before medical intervention on a rational and economical way in the fight against infertility.

«Το άγχος και η γονιμότητα»

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στις δυτικές χώρες, η ποιότητα του σπέρματος και η γονιμότητα των ανδρών επιδεινώθηκε σημαντικά. Η γυναικεία υπογονιμότητα δε δείχνει μια καλύτερη πορεία. Λεπτές διαταραχές στις αναπαραγωγικές λειτουργίες, δε μπορεί να εξηγηθούν από τις τρέχουσες μεθόδους, και η 'ανεξήγητη υπογονιμότητα' γίνεται όλο και πιο κοινή διάγνωση. Κάθε χρόνο 1 εκατομμύριο ζευγάρια στον κόσμο αναζητούν διαπανηρή και χρονοβόρα θεραπεία για την γονιμότητα. Η βαθύτερη κατανόηση του ανθυγιεινού τρόπου ζωής και των περιβαλλοντικών ζημιών μπορεί να οδηγήσει σε εξατομικευμένες θεραπείες για να αυξήσει την πιθανότητα της σύλληψης. Η επίδραση των διαφόρων στρεσογόνων παραγόντων για την ανδρική και γυναικεία αναπαραγωγική απόδοση ήταν επιστημονικά τεκμηριωμένη από τον Selye και τους συνεργάτες από το 1976. Η γνωστική μέθοδος θεραπείας μπορεί να εφαρμοστεί κατά των συναισθηματικών στρεσογόνων παραγόντων, η συμπληρωματική θεραπεία με αντιοξειδωτικά κατά των αντιδραστικών οξυγονούχων ενώσεων και η χορήγηση βιταμινών και ιχνοστοιχείων, ειδικά όταν η ανεπάρκεια έχει βρεθεί, μπορεί να βοηθήσει πριν από την ιατρική επέμβαση, σε ένα ορθολογικό και οικονομικό τρόπο για την καταπολέμηση της υπογονιμότητας.

6.3.12

Stokes, T. & Mears, J.

«Sexual health and the practice nurse: a survey of reported practice and attitudes»

The British Journal of Family Planning 2000, 26(2), 89-92

BACKGROUND:

Practice nurses have an important role in the provision of sexual health services in general practice.

AIM:

This study set out to determine practice nurses reported practice and training in sexual health, attitudes towards sexual health, barriers to discussing sexual health with patients, and training needs.

METHODS:

A confidential self-administered postal questionnaire survey was sent to all 298 practice nurses in one English health district (Leicestershire).

RESULTS:

Completed questionnaires were returned by 234 practice nurses (response 79%). Most nurses routinely offered well-person checks (90%), cervical smears (89%), travel clinics (83%), saw women with genito-urinary symptoms (77%) and offered family planning advice (54%). Only a minority of nurses (13%) offered specific teenage health clinics. Sexual health issues were always discussed in a majority of consultation when giving family planning advice (65%) and in women with genito-urinary symptoms (58%). Most practice nurses (62%) had undertaken at least one course dealing with sexual health issues in the last 5 years. Uptake of training was, however, significantly lower in certain groups of nurses. An analysis of the attitude statements suggested that nurses were more comfortable discussing sexual health issues with female patients and teenagers than with male patients and those of different sexual orientations. Nurses who had received training reported more positive attitudes towards discussing sexual health issues with patients.

CONCLUSION:

Practice nurses offer a wide range of services in which the need to be able to take a sexual history and offer appropriate advice is important. There is scope to improve the provision of sexual health services by nurses in general practice, particularly in relation to services for teenagers.

«Σεξουαλική υγεία και Νοσηλεύτρια: μια έρευνα πρακτικής και συμπεριφοράς»

ΙΣΤΟΡΙΚΟ:

Οι νοσηλεύτριες πρακτικής παίζουν σπουδαίο ρόλο στην σεξουαλική υγεία και τις παροχές της γενικά.

ΣΚΟΠΟΣ:

Αυτή η μελέτη έγινε για να καθορίσει την εκπαίδευση στην σεξουαλική υγεία, συμπεριφορές σχετικά με την σεξουαλική υγεία, όρια συζήτησης σεξουαλικής υγείας με ασθενείς και ανάγκες εκπαίδευσης.

ΜΕΘΟΔΟΣ:

Ένα εχέμυθο ερωτηματολόγιο ήρθε ταχυδρομικώς σε 298 Νοσηλεύτριες πρακτικής σε μια περιοχή της Αγγλίας (Leicestershire).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Τα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια επιστράφηκαν από 234 νοσηλεύτριες πρακτικής (ποσοστό συμμετοχής 79%). Οι περισσότερες Νοσηλεύτριες πρόσφεραν τακτικά τσεκ - απ (90%) και πρόσφεραν οικογενειακό προγραμματισμό και συμβουλές (54%). Ένα μικρό ποσοστό από νοσηλεύτριες (13%) πρόσφερε συζητήσεις κλινικές για εφηβική υγεία. Οι περισσότερες Νοσηλεύτριες (62%) είχαν αναλάβει τουλάχιστον ένα μάθημα που είχε να κάνει με θέματα σεξουαλικής αγωγής τα τελευταία 5 χρόνια. Μια ανάλυση της συμπεριφοράς των Νοσηλευτριών έδειχνε ότι οι νοσηλεύτριες αισθάνονταν πιο άνετα να συζητούν θέματα σεξουαλικής υγείας με γυναίκες και εφήβους παρά με άντρες ασθενείς και με άτομα διαφοροποιημένης σεξουαλικότητας. Νοσηλεύτριες που είχαν δεχτεί επιμόρφωση έδειξαν θετικές συμπεριφορές στο να συζητούν θέματα σεξουαλικής υγείας με ασθενείς.

ΣΥΜΠΕΡΑΜΑΤΑ:

Οι Νοσηλεύτριες πρακτικής πρόσφεραν πολλές υπηρεσίες στις οποίες οι ανάγκες της λήψης σεξουαλικού ιστορικού χρειάζεται και η βοήθεια καταλλήλων συμβούλων, είναι σημαντική. Υπάρχει προοπτική να καλυτερεύσει η παροχή υπηρεσιών σεξουαλικής υγείας από Νοσηλεύτριες γενικής πρακτικής, ιδίως σε σχέση με υπηρεσίες για εφήβους.

6.3.13

Brown S. & Guthrie K.

«Why don't teenagers use contraception? A qualitative interview study»

The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care, 2010, 15(3), 197-204

OBJECTIVES:

To investigate the causes of unintended pregnancies and, in particular, reasons for non-use of contraception among young women attending a day unit for surgical abortion.

METHODS:

Women between the ages of 16 and 20 attending a day unit at a hospital in the north of England who were due to have, or had recently had, a surgical abortion were interviewed about their knowledge of and views on contraception, sex education, and sexual health services. Twenty-four young women were interviewed, 22 on the day unit, one in her home and one over the phone, after the abortion. Interviews were recorded with the consent of the interviewees and fully transcribed. Transcripts were analysed using a grounded theory approach.

RESULTS:

The most common reasons for non-use of contraception related to forgetting or 'not thinking', being 'in the moment' (i.e., being 'in themood', not wishing to 'break a spell'), the influence of alcohol, and pressure from young men not to use condoms. Lack of knowledge was rarely cited as a reason.

CONCLUSION:

Young people are aware of the need to use contraception, and knowledgeable about its availability; However, they often do not think about using it, especially where sex is unplanned. Alcohol and being 'in the moment' are key factors which diminish the likelihood of contraceptive use.

«Γιατί οι έφηβοι δεν χρησιμοποιούν αντισύλληψη;»

ΣΤΟΧΟΙ:

Να διερευνηθούν τα αίτια των εκούσιων εγκυμοσυνών και ειδικότερα οι λόγοι για την μη χρήση αντισύλληψης μεταξύ των νέων που συμμετέχουν στην ημερήσια μονάδα χειρουργικής άμβλωσης.

ΜΕΘΟΔΟΣ:

Οι γυναίκες μεταξύ των ηλικιών 16 και 20 παρευρέθηκαν σε ένα νοσοκομείο στο Βόρειο τμήμα της Αγγλίας, που επρόκειτο να έχουν ή είχαν πρόσφατα μια χειρουργική 'άμβλωση', ερωτήθηκαν σχετικά με τις γνώσεις τους και τις απόψεις τους σχετικά με την αντισύλληψη, τη σεξουαλική εκπαίδευση τους και τις υπηρεσίες σεξουαλικής υγείας. Η συνέντευξη έγινε σε 24 νέες γυναίκες, 22 στην ημερήσια μονάδα, μια στο σπίτι της και μια από το τηλέφωνο μετά από την διαδικασία της άμβλωσης. Οι συνεντεύξεις καταγράφηκαν με την συγκατάθεση των ερωτηθέντων και μεταγράφηκαν πλήρως.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Οι συνηθέστεροι λόγοι για τη μη χρήση αντισύλληψης που σχετίζεται με ‘το ξέχασα’ ή δεν το σκέφτηκα ή ήταν της ‘της στιγμής’ είναι ότι οι γυναίκες ήταν υπό την επίδραση αλκοόλ ή κάτω από την πίεση των νεαρών ανδρών να μην χρησιμοποιούν προφυλακτικό. Σπάνια ως λόγος ήταν η έλλειψη γνώσης.

6.3.14

Robinowitz N., Muqueeth S., Scheibler J., Salisbury-Afshar E., Terplan M.,
«Family Planning in Substance Use Treatment Centers: Opportunities and Challenges»

Substance Use & Misuse 2016, 51(11), 1477-1483

BACKGROUND:

Alcohol, tobacco, and drug pregnancy can cause a range of adverse birth outcomes. Promoting family planning among women with substance use disorders (SUB) can help reduce substance exposed pregnancies.

OBJECTIVES:

We conducted qualitative research to determine the acceptability and feasibility of offering family planning education and services SUD treatment centers.

METHODS:

Focus groups and in-depth interviews were conducted with clients, staff and medical providers at three treatment centers. Interviews were transcribed and data was analysed using a flexible coding scheme.

RESULTS:

Clients reported being interested in family planning services while they were in treatment. Most preferred to receive these services onsite. Providers also felt that services should be received onsite, though cited several barriers to implementation, including time constraints and staff levels of comfort with the subject.

CONCLUSIONS/IMPORTANCE:

Women in SUD treatment are open to the integration of family planning services into treatment. Treatment centers have the opportunity to serve as models of client-centered health homes that offer a variety of educational, preventive, and medical services for women in both treatment and recovery.

«Οικογενειακός προγραμματισμός με διαταραχή χρήσης ουσιών στα κέντρα θεραπείας: Ευκαιρίες και Προκλήσεις»

ΦΟΝΤΟ:

Το αλκοόλ, ο καπνός και η χρήση ναρκωτικών κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να προκαλέσει μια σειρά από αρνητικές επιπτώσεις στη γέννηση. Η προώθηση του οικογενειακού προγραμματισμού στις γυναίκες με διαταραχές χρήσης ουσιών (SUD) μπορεί να βοηθήσει στη μείωση της εγκυμοσύνης εκτεθειμένης σε ουσίες.

ΣΤΟΧΟΙ:

Διενεργήσαμε μια ποιοτική έρευνα για τον προσδιορισμό της αποδοχής και της σκοπιμότητας που προσφέρουν στα κέντρα θεραπείας με διαταραχές χρήσης ουσιών, ο οικογενειακός προγραμματισμός και η εκπαίδευση.

ΜΕΘΟΔΟΙ:

Οι στοχευόμενες ομάδες, πελάτες, προσωπικό και φορείς ιατρικών υπηρεσιών έδωσαν συνεντεύξεις σε 3 κέντρα θεραπείας. Οι συνεντεύξεις μεταγράφηκαν και τα δεδομένα αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας ένα ευέλικτο σύστημα κωδικοποίησης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Οι πελάτες ανέφεραν ότι ενδιαφέρονται για τις υπηρεσίες οικογενειακού προγραμματισμού, ενώ ήταν σε θεραπεία. Οι περισσότεροι προτίμησαν να λάβουν αυτές τις υπηρεσίες θα πρέπει να λαμβάνονται επί τόπου. Οι πάροχοι υγείας αισθάνθηκαν επίσης ότι οι υπηρεσίες θα πρέπει να λαμβάνονται επί τόπου, αν και αναφέρθηκαν αρκετά εμπόδια στην εφαρμογή, συμπεριλαμβανομένων των χρονικών περιορισμών και του επιπέδου άνεσης του προσωπικού σχετικά με το θέμα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ/ΣΗΜΑΣΙΑ:

Οι γυναίκες στα κέντρα θεραπείας με διαταραχές χρήσης ουσιών είναι ανοικτές για την ενσωμάτωση των υπηρεσιών οικογενειακού προγραμματισμού στη θεραπεία. Τα κέντρα θεραπείας έχουν την ευκαιρία να χρησιμεύουν ως πρότυπα της υγείας των πελατών που προσφέρουν μια ποικιλία εκπαιδευτικών, προληπτικών και ιατρικών υπηρεσιών θεραπείας και αποκατάστασης για τις γυναίκες αυτές.

VI. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ

6.1 ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Brown, S. & Guthrie, K. (2010). Why don't teenagers use contraception? A qualitative interview study, *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care* 15(3), 197-204
- Campbell, St. & Monga, A. (2009). *Μαιευτική και γυναικολογία*, τ. 2. Επιμ. Ε. Κουμαντάκης. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.
- Colledge, N.R., Walker, B.R. & Ralston, St.H. (2014). *Davidson's Γενικές αρχές και κλινική πράξη της ιατρικής, Παθολογία*, 21^η έκδ., Αθήνα: Παρισιάνος
- Costanzo, L.S. (2010). *Φυσιολογία*. 4^η έκδ., Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Δημήτριος Λαγός.
- Fritsch, H. & Kuhnel, W. (2010). *Εγχειρίδιο περιγραφικής ανατομικής*, τ. Β': *Εσωτερικά όργανα*, Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.
- Heal (χ.χ.). Γυναικείο προφυλακτικό (<http://elobot.com/gynaikeio-profylaktiko>)
- Joshi, B., Chauhan, S., Das, H., Luaia, R. & Sunil, N. (2016). Changes in sexual behavior and contraceptive use after HIV acquisition and factors associated with risky sexual practices among people living with HIV in selected Indian cities, *Indian Journal for Public Health*, 2016 Oct-Dec; 60(4), 251-259
- Kojo, T., Ae, R., Tsuboi, S., Nakamura, Y. & Kitamura, K. (2016). Differentials in variables associated with past history of artificial abortion and current contraception by age: Results of a randomized national survey in Japan, *The journal of obstetrics and gynaecology research*, 17 December 2016, 1341-8076
- Lissner, C.L. & Ali, M. (2016). Systematic Reviews of Mechanisms for Financing Family Planning: Findings, Implications, and Future Agenda, *Studies in Family Planning*, 2016 Dec, 47(4), 295-308
- Lowdermilk, D. & Perry, Sh.E. (2013). *Νοσηλευτική Μητρότητα*. 8^η έκδ., Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Δημήτριος Λαγός.
- Medlook (χ.χ.). Το προφυλακτικό για γυναίκες: Πλεονεκτήματα για άνδρες και γυναίκες και η πρόληψη νόσων λόγω σεξ (<https://medlook.net/>).

- Muanda, M., GahunguNdongo, P., Taub, L.D. & Bertrand J.T. (2016). Barriers to Modern Contraceptive Use in Kinshasa, DRC, *PLoS ONE* 11(12): e0167560. doi:10.1371/journal.pone.0167560
- O'Brien, S.H., Koch, T., Vesely, S.K. & Schwarz, E.B. (2017). Hormonal Contraception and Risk of Thromboembolism in Women With Diabetes, *Diabetes Care*, 2017, 40(2), 233-238
- O'Reilly, B., Bottomley, C. & Rymer, J. (2014). *Εγχειρίδιο μαιευτική και γυναικολογία*. 2^η έκδ., Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου
- Osapay, G. & Osapay, K. (2015). Stress and fertility, *Orvosi Hetilap* 156 (35), 1430-1434
- Pinchoff, J., Chowdhuri, R.N., Taruberekera, N. & Ngo T.D. (2016). Impact of communication strategies to increase knowledge, acceptability, and uptake of a new Woman's Condom in urban Lusaka, Zambia: study protocol for a randomized controlled trial, *Trials*, 2016 Dec 13; 17(1), 596
- Raselekoane, N.R., Morwe, K.G. & Tshitangano, T. (2016). University of Vendas male students towards contraception and family planning, *African Journal of Primary Health Care and Family Medicine* 2016, 8(2), a959 (<http://dx.doi.org/10.4102/phcfm.v8i2.959>)
- Robinowitz, N., Muqueeth, S., Scheibler, J., Salisbury-Afshar, E. & Terplan M. (2016). «Family Planning in Substance Use Treatment Centers: Opportunities and Challenges, *Substance Use & Misuse* 2016, 51(11), 1477-1483
- Silbernagl, St. & Despopoulos, A. (2010). *Εγχειρίδιο Φυσιολογίας*, Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης
- Simmons, K.B. & Edelman, A.B. (2016). Hormonal contraception and obesity, *Fertility and Sterility* 106(6), 1282-1288
- Stokes, T. & Mears, J. (2000). Sexual health and the practice nurse: a survey of reported practice and attitudes, *The British Journal of Family Planning* 2000, 26(2), 89-92
- Szücs, M., Bitó, T., Csíkos, C., κ.ά. (2017). Knowledge and attitudes of female university students on menstrual cycle and contraception, *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 37(2), 2017, 210-214
- Zhang, X., Xiao, L., Zhu, H. & Cheng, L. (2016). The risk of using intrauterine devices to benign reproductive system conditions in postmenopausal women: A case control study, *Journal of Research in Medical Science*, 2016, 21(17)

6.2 ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αλιακιοζογλου, Ι. (2016). Αντισύλληψη. Οι μέθοδοι και τα πλεονεκτήματά τους, ιατρονετ, 23 Σεπτεμβρίου 2016 (<http://www.iatronet.gr/ygeia/maieftiki-egkymosyni/article/37679/antisyllipsi-oi-methodoi-kai-ta-pleonektimata-toys.html>)
- Αμπελιώτης, Κ. κ.ά. (2015). *Οικιακή Οικονομία Α΄-Β΄ Γυμνασίου*. Αθήνα: Διόφαντος.
- Αντσακλής, Α. (2011). *Μαιευτική & γυναικολογία*. 2^η έκδ.. Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου
- Αντωνίου, Ε. & Συν. (2007). *Η γυναίκα και το νεογνό στη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης
- Βιβιλάκη, Β. (2014). *Πρωτοβάθμια μαιευτική φροντίδα*, Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης
- Ιατράκης, Γ.Μ. (2008). *Οικογενειακός προγραμματισμός*. 2^η έκδ. Αθήνα: Εκδόσεις ΔΕΣΜΟΣ
- Παρασκευάς, Γ.Κ. (2008). *Ανατομία του ανθρώπου*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- Πατσαλίδης, Α. (2016). *Αντισύλληψη. Μέθοδοι αντισύλληψης*. (<http://www.paidiatros.com/efivos/sex-education/methods-contraception>)
- Ρούπα & Δαριβάκη, Ζ. (2006). *Οικογενειακός προγραμματισμός και αντισύλληψη*. Αθήνα: Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ
- Σκαρλάτου, Μ. (2013). Η ψυχολογία της γυναίκας μετά την άμβλωση. Στο: (<http://www.dromostherapeia.gr/psihiki-igeia/i-psihologia-tis-ginaikas-meta-tin-amvlosi.html>)
- Τζαφέστα, Κ. (2010). *Οικογενειακός προγραμματισμός*. Ιωάννινα: ΤΕΙ Ηπείρου, Τμήμα Νοσηλευτικής (πτυχιακή εργασία).
- Τριχόπουλος, Δ. (1986). *Προληπτική ιατρική*. Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος.
- Χαράτση-Γιωτάκη, Ε. (2014). *Σύγχρονη εσωτερική παθολογία*. 2^η έκδ., Ιωάννινα