



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ
ΤΕΙ ΗΠΕΙΡΟΥ

Σχολή Επιστημών Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας

Τμήμα Νοσηλευτικής

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ
ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ»**

Φοιτήτρια : Λαμπριανίδη Μαρίνα

A.M. : 14464

Εισηγήτρια: Οικονόμου Βασιλική

Ιωάννινα, 2018

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Κατά τη διάρκεια εκπόνησης της πτυχιακής μου εργασίας και ιδιαίτερα στην κατάστρωση και στην ορθή εκτέλεση της έρευνας πάνω στην οποία βασίστηκε, ήταν πολύτιμη η συμβολή και η υποστήριξη ορισμένων ανθρώπων που θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερα.

Θα ήθελα λοιπόν να ευχαριστήσω την καθηγήτριά μου κυρία Οικονόμου Βασιλική για την πολύτιμη συνεργασία της στην προσπάθειά μου αυτή που με την καθοδήγηση και τις συμβουλές της κατάφερα να επιτύχω όσο το δυνατόν το καλύτερο επιθυμητό αποτέλεσμα.

Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω τα πιο σημαντικά πρόσωπα στη ζωή μου, που με τη βοήθειά τους μπόρεσα να φτάσω εδώ σήμερα. Η οικογένεια μου και το αγόρι μου λοιπόν, είναι αυτοί που με τη βοήθειά τους, τη στήριξή τους υλικά μα και πνευματικά, καθ' όλη τη διάρκεια των φοιτητικών μου χρόνων, βρισκόταν στο πλευρό μου, με στήριξαν και μου έδωσαν το κουράγιο που χρειαζόμουν για να μπορέσω να υλοποιήσω τους στόχους μου και να ξεπεράσω τυχόν εμπόδια που βρισκόταν μπροστά μου.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	1
ABSTRACT.....	3
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. Εισαγωγή.....	4
1.1 Ιστορική Αναδρομή.....	4
1.2 Σκοποί και στόχοι του Οικογενειακού Προγραμματισμού.....	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. Γεννητικό Σύστημα.....	7
2.1 Το γεννητικό σύστημα της γυναίκας.....	7
2.2 Το γεννητικό σύστημα του άνδρα.....	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. Αντισύλληψη.....	10
3.1 Ορισμός.....	10
3.2 Μέθοδοι αντισύλληψης.....	11
3.2.1 Φυσικές μέθοδοι.....	11
3.2.2 Μέθοδοι με χρήση χημικών μέσων.....	16
3.2.3 Ορμονική αντισύλληψη.....	18
3.2.4 Μετά την επαφή αντισύλληψη.....	24
3.2.5 Μηχανικά μέσα.....	25
3.2.6 Άλλες μέθοδοι.....	39
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. Ο ρόλος του νοσηλευτή στον Ο.Π.	45
4.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή.....	45
4.2 Απαιτούμενες δεξιότητες του νοσηλευτή-τριας.....	46
4.3 Τομείς νοσηλευτικών παρεμβάσεων.....	47
4.4 Μέσα ενημέρωσης και επικοινωνίας με το κοινό.....	48
4.5 Ο ρόλος του σχολικού νοσηλευτή στη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση παιδιών και εφήβων.....	50
4.6 Συμπεράσματα για το ρόλο του νοσηλευτή στον οικογενειακό προγραμματισμό.....	51
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. Έρευνα.....	53
5.1 Σκοπός.....	53
5.2 Είδος έρευνας.....	53
5.3 Περιγραφή δείγματος.....	54
5.4 Μέθοδος συλλογής δεδομένων.....	54
5.5 Διαδικασία συλλογής δεδομένων.....	54

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. Αποτελέσματα/Ευρήματα.....	56
6.1 Ανάλυση δεδομένων	56
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. Συζήτηση αποτελεσμάτων.....	82
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8. Συμπεράσματα.....	84
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	86
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	89

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΕΙΚΟΝΩΝ

Εικόνα 1. Σχηματική απεικόνιση έξω γεννητικών οργάνων γυναίκας	7
Εικόνα 2. Πλάγια όψη της γυναικείας πυέλου με τα γεννητικά όργανα στη φυσιολογική ανατομική τους θέση	8
Εικόνα 3. Το σεξουαλικό και αναπαραγωγικό σύστημα του άνδρα.....	9
Εικόνα 4. Βασεκτομή.....	40
Εικόνα 5. Γυναικεία στειροποίηση	42

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1. Επεξήγηση ακρωνυμίων.....	90
--------------------------------------	----

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στη χώρα μας υπάρχει σημαντικός αριθμός ανεπιθύμητων εγκυμοσυνών. Η άγνοια περί του θέματος ευθύνεται για αυτό. Σε αυτή την εργασία παρουσιάζονται με σαφήνεια όλα όσα πρέπει να γνωρίζει κανείς για την αντισύλληψη και για τη δράση του οικογενειακού προγραμματισμού (Ο.Π.) πάνω στο θέμα.

Κύριος σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η σωστή ενημέρωση για την αποφυγή ανεπιθύμητων κυήσεων με τη σωστή εφαρμογή των αντισυλληπτικών μεθόδων, ώστε να επιτευχθεί η μείωση του αριθμού των εκτρώσεων οι οποίες αποτελούν κίνδυνο τόσο για την υγεία της γυναίκας όσο και για τη μελλοντική της εγκυμοσύνη. Ένας ακόμη στόχος είναι να γίνει γνωστός ο ρόλος του οικογενειακού προγραμματισμού στη σεξουαλική υγεία των ζευγαριών και η σημαντικότητα του σε μία υγιή σχέση.

Για τη συγγραφή της εργασίας χρησιμοποιήθηκαν συγγράμματα και έγκυρα ερευνητικά άρθρα της διεθνούς βιβλιογραφίας τόσο στην ελληνική όσο και στην αγγλική γλώσσα.

Είναι θετικό ότι τα τελευταία 5 χρόνια παρατηρείται βελτίωση στην ενημέρωση για τον Ο.Π. με θετική συσχέτιση με την εισαγωγή νέων τεχνολογιών επικοινωνίας όπως το διαδίκτυο και τα κινητά τηλέφωνα. Οι νοσηλευτές φαίνεται πως παίζουν σημαντικό ρόλο στην διάδοση και τη σωστή ενημέρωση του Ο.Π.. Δεν παρατηρείται εμφάνιση νέων μεθόδων αντισύλληψης, με εξαίρεση αυτή της κρυοπηξίας των εμβρύων, παρατηρείται ωστόσο μία αργή αύξηση στην εφαρμογή των μεθόδων του Ο.Π..

Συμπερασματικά οι μέθοδοι αντισύλληψης ποικίλουν, η ενημέρωση όμως δεν είναι ικανοποιητική και επιδέχεται βελτίωση. Παρατηρείται συγκεκριμένη προτίμηση σε μεθόδους που μπορούν να χρησιμοποιηθούν χωρίς την ανάγκη ενημέρωσης από ειδικούς όπως το προφυλακτικό. Φυσικά αυτό δεν σημαίνει πως είναι και πιο δύσχρηστες. Σαφώς και σε χώρες με έντονο το θρησκευτικό χαρακτήρα αλλά και σε υποανάπτυκτες η υιοθέτηση του Ο.Π. είναι δυσχερέστερη. Φαίνεται ωστόσο πως ακόμα και εκεί υπάρχει αυξανόμενη τάση αποδοχής. Συνολικά ο Ο.Π. βελτιώνει το επίπεδο ζωής των ατόμων και κατ' επέκταση της κοινωνίας συνολικά. Με τη συμβολή της τεχνολογίας και του νοσηλευτικού προσωπικού ενδέχεται στο άμεσο μέλλον να αυξηθεί με ακόμα πιο γρήγορους ρυθμούς η διάδοση των μεθόδων του Ο.Π. αρκεί οι

προσπάθειες από τους φορείς και τις κυβερνήσεις που ήδη είναι ανεπαρκείς να μην
πάψουν να υφίστανται ολοκληρωτικά.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ

Οικογενειακός Προγραμματισμός, Αντισύλληψη, Σ.Μ.Ν., Νοσηλευτική

ABSTRACT

In our country there is a significant number of unwanted pregnancies. The ignorance of the subject is responsible for it. In this paper clearly presented all you need to know about contraception and the effect of family planning. On this subject.

The main purpose of this paper is to correct information to avoid unwanted pregnancies in the correct application of contraceptive methods in order to achieve the reduction in the number of abortions that pose a risk to the health of women and for future pregnancy. Another goal is to know the role of family planning in the sexual health of couples and its importance in a healthy relationship.

This thesis is based on books and recent valid research in Greek and in English.

It is positive that during the last 5 years there has been an improvement in the information for the FP (Family Planning). With a positive correlation with the introduction of new communication technologies such as the internet and mobile phones. Nurses appear to play an important role in the dissemination and proper updating of the FP. There is no new contraceptive method, except for the cryoprecipitation of the embryos, but there is a slow increase in the application of FP methods.

Conclusively methods of contraception vary, but the update is not satisfactory and can be improved. There is a particular preference for methods that can be used without the need for information from experts such as the condom. Of course this does not mean they are even more useless. Clearly in countries with a strong religious character but also in underdeveloped the adoption of the FP is more difficult. However, there seems to be an increasing tendency for acceptance. Overall, FP improves the standard of living of individuals and, by extension, society as a whole. With the help of technology and nursing staff, it may be possible in the near future to increase the spread of FP methods. As long as the efforts by the institutions and governments that are already inadequate do not cease to exist altogether.

Family planning, unwanted pregnancies, family planning and nurse's role.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. Εισαγωγή

Ο οικογενειακός προγραμματισμός (Ο.Π.) είναι ένας θεσμός που ασχολείται με τη συμβουλευτική σε θέματα που έχουν σχέση με την αποφυγή ανεπιθύμητων κυήσεων, την απόκτηση υγιών παιδιών όταν αυτά είναι επιθυμητά και την ενημέρωση ομάδων πληθυσμών (με ιδιαίτερη βαρύτητα στους νέους) σε ότι αφορά το γεννητικό σύστημα και τις σεξουαλικές σχέσεις (με ιδιαίτερη έμφαση στις επιπλοκές από την πρόωμη έναρξή τους). Τα προηγούμενα θα βοηθήσουν στην καλύτερη ψυχική ισορροπία των ατόμων που θα δεχτούν τις υπηρεσίες του. (Ρούπα, 2006)

1.1 Ιστορική Αναδρομή

Ο οικογενειακός προγραμματισμός (Ο.Π.) ως κίνημα ξεκίνησε στις αρχές του 20^{ου} αιώνα με πρωτοπόρους τρεις γυναίκες, την Margaret Sanger στις ΗΠΑ το 1912, και τις Mary Stopes και Edith How-Merlyn Sanger στη Μεγάλη Βρετανία το 1915. Οι τρεις αυτές γυναίκες έθεσαν στόχο τον έλεγχο των γεννήσεων και την απελευθέρωση της γυναίκας από τις ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες, συνδέοντας έτσι την αποφυγή ανεπιθύμητων κυήσεων με τη βελτίωση της υγείας της μητέρας και της κοινωνικής ζωής της γυναίκας. (Ρούπα, 2006)

Το 1948 συγκροτήθηκε η πρώτη Διεθνής Επιτροπή Οικογενειακού Προγραμματισμού. Στη συνέχεια ο Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών (Ο.Η.Ε.) σε τρεις διαδοχικές Παγκόσμιες Διακηρύξεις του (1966, 1968, 1969) αναγνωρίζει τον Οικογενειακό Προγραμματισμό σαν βασικό Ανθρώπινο Δικαίωμα.

Σύμφωνα με τη Διακήρυξη των Ανθρώπινων Δικαιωμάτων του Ο.Η.Ε., οι γονείς πρέπει να έχουν το δικαίωμα να αποφασίζουν για τον αριθμό των παιδιών και το μέγεθος της οικογένειας που επιθυμούν. Κάθε προσπάθεια ενημέρωσης σε θέματα αντισύλληψης δεν έχει στη χώρα μας το νόημα μιας συστηματικής εκστρατείας για τον περιορισμό των γεννήσεων. Υλοποιεί όμως το δικαίωμα που έχει κάθε ζευγάρι στην επιλογή του κατάλληλου χρόνου για την απόκτηση παιδιών και το σχεδιασμό του μεγέθους της οικογένειάς του. Με τον τρόπο αυτό είναι δυνατόν μακροπρόθεσμα να

ελαττωθεί ο αριθμός των εκτρώσεων, που όχι σπάνια, οδηγεί σε προβλήματα λόγω επιπλοκών.

Ακόμη, ο Ο.Π. με την ενημέρωση που παρέχει για την πρόληψη των γενετικών νοσημάτων, μπορεί να συμβάλλει στην αποτροπή εμφάνισής τους.

Επειδή ο Ο.Π. αφορά την ανθρώπινη σεξουαλικότητα, ενδιαφέρεται για τη διατήρηση της καλής σεξουαλικής υγείας. Η κατανόηση εννοιών όπως της αντισύλληψης, του ασφαλούς σεξ και της ατομικής ευθύνης περιορίζει στο ελάχιστο τον κίνδυνο μόλυνσης από τον ιό HIV/AIDS (Human Immunodeficiency Virus/ Acquired Immunodeficiency Syndrome) και την μετάδοση των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων STD (Sexually Transmitted Disease).

Η ιδέα του οικογενειακού προγραμματισμού εμφανίστηκε στην Ελλάδα στο τέλος της δεκαετίας του '60. Αργότερα, το 1973, ιδρύθηκε η Ελληνική Εταιρία Οικογενειακού Προγραμματισμού με σαφή επιστημονικό χαρακτήρα (Ρούπα, 2006).

1.2 Σκοποί και στόχοι του Οικογενειακού Προγραμματισμού

Ο οικογενειακός προγραμματισμός αφορά τόσο τα άτομα όσο και την πολιτεία, αφορά τόσο τις γυναίκες όσο και τους άνδρες. Μπορεί τη βιολογική ευθύνη της εγκυμοσύνης, του τοκετού και της έκτρωσης να τη φέρει η γυναίκα και ακόμη να δέχεται άμεσα ή όχι τα αποτελέσματα της αντισύλληψης, ωστόσο η καλή διαφυλική σχέση εμπλουτίζει την προσωπικότητα τόσο του άνδρα όσο και της γυναίκας.

Στόχοι του οικογενειακού προγραμματισμού είναι:

- Η αποφυγή των ανεπιθύμητων κυήσεων με τη σωστή εφαρμογή των αντισυλληπτικών μεθόδων, ώστε να επιτευχθεί η μείωση του αριθμού των εκτρώσεων οι οποίες αποτελούν κίνδυνο τόσο για την υγεία της γυναίκας όσο και για την μελλοντική της εγκυμοσύνη.
- Ο καθορισμός του αριθμού των παιδιών της οικογένειας, ώστε να υπάρχουν οι απαραίτητες προϋποθέσεις για την ομαλή ψυχοσωματική τους ανάπτυξη.
- Η απόκτηση απαραίτητων γνώσεων για την προστασία της γονιμότητας του άνδρα και της γυναίκας.

- Η ενημέρωση και η παροχή συμβουλών για τη σεξουαλική ζωή και των δύο φύλων, έχοντας υπόψη τις ιδιαίτερες καταστάσεις και την ατομικότητα αυτού στον οποίο απευθύνεται.
- Η γέννηση όσο γίνεται υγιών παιδιών, με την εφαρμογή του προγεννητικού ελέγχου και τον καθορισμό κατάλληλων κοινωνικό-οικονομικών συνθηκών.
- Η αποφυγή γεννήσεων και επομένως μετάδοση κληρονομικών παθήσεων από τους γονείς που πάσχουν ή είναι φορείς μιας κληρονομικής αρρώστιας
- Η πρόληψη των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων (Σ. Μ. Ν.).

Σκοποί του οικογενειακού προγραμματισμού είναι:

- Η διατήρηση της καλής σωματικής κατάστασης των γυναικών με τη ρύθμιση των διαστημάτων μεταξύ των κυήσεων ανάλογα με την κάθε περίπτωση.
- Η μείωση της μητρικής και βρεφικής θνησιμότητας
- Η πρόκληση επιθυμητών γεννήσεων με το να βοηθά και να συμβουλεύει τα ζευγάρια που θέλουν να αποκτήσουν παιδιά και τα ζευγάρια που έχουν δυσκολίες στην απόκτηση παιδιών, όπως είναι η αντιμετώπιση προβλημάτων στειρότητας στα ειδικά κέντρα γονιμότητας. (Ρούπα, 2006)

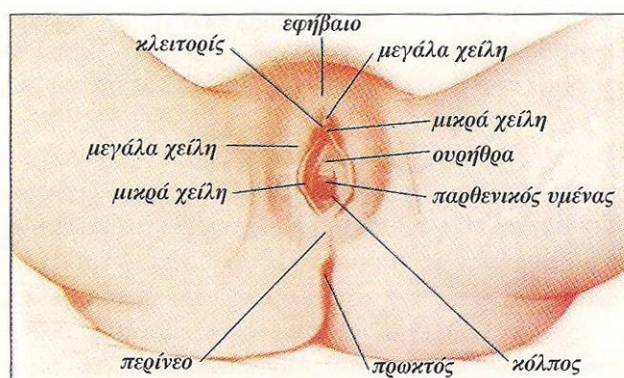
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. Γεννητικό Σύστημα

2.1 Το γεννητικό σύστημα της γυναίκας

Το γεννητικό σύστημα της γυναίκας αποτελείται από τα εξωτερικά και τα εσωτερικά γεννητικά όργανα. (Netter, 2004)

Τα **έξω** γεννητικά όργανα που συναποτελούν το αιδοίο είναι:

- Το εφήβαιο ή όρος της Αφροδίτης
- Τα μεγάλα χείλη
- Τα μικρά χείλη
- Η κλειτορίδα
- Ο κολεός ή πρόδομος του κόλπου
- Οι βολβοί του προδόμου
- Οι αδένες (βαρθολίνειοι και παραουρητικοί ή αδένες του Scene)
- Το στόμιο της ουρήθρας

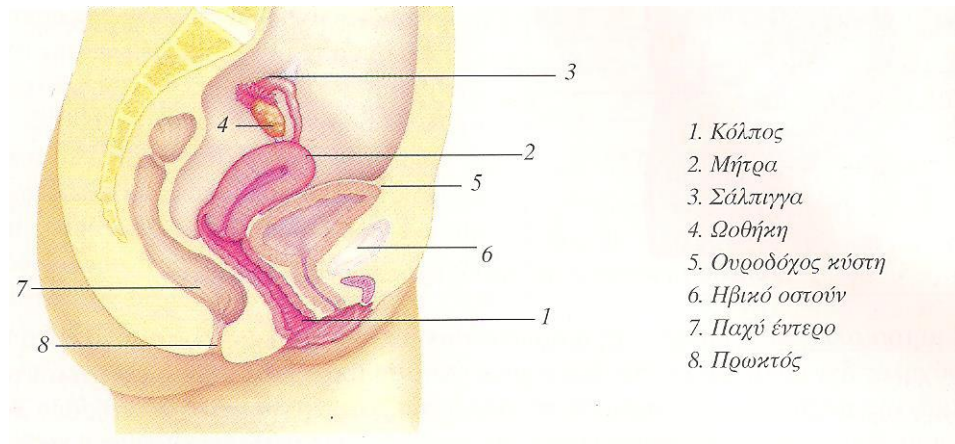


Εικόνα 1. Σχηματική απεικόνιση έξω γεννητικών οργάνων γυναίκας. Ρούπα – Δαριβάκη Ζωή (2006). Οικογενειακός Προγραμματισμός & Αντισύλληψη. Σελ.43

Τα **έσω** γεννητικά όργανα είναι:

- Οι δύο ωοθήκες
- Οι δύο σάλπιγγες ή ωαγωγοί
- Η μήτρα
- Ο τράχηλος
- Ο κόλπος

Στο όριο μεταξύ των έσω και των έξω γεννητικών οργάνων βρίσκεται ο *υμένας* (Ιατράκης, 2006).



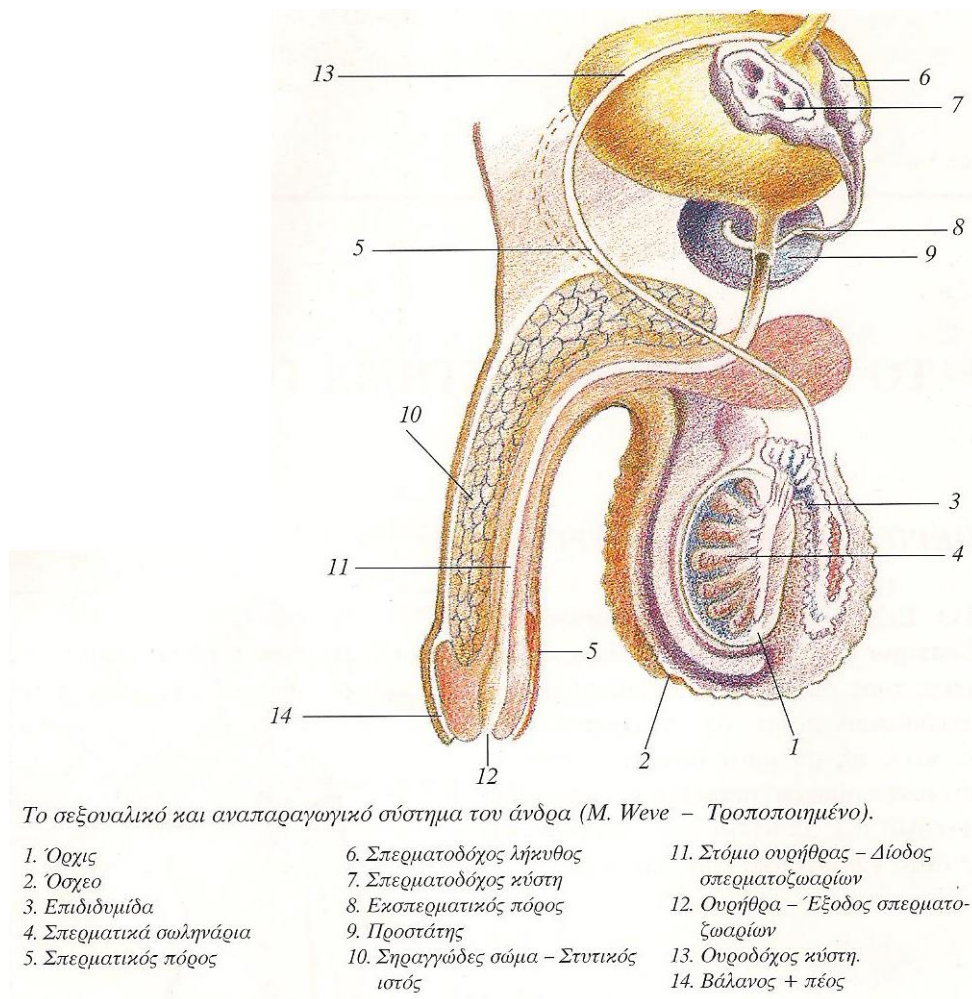
Εικόνα 2. Πλάγια όψη της γυναικείας πυέλου με τα γεννητικά όργανα στη φυσιολογική ανατομική τους θέση. Ρούπα – Δαριβάκη Ζωή (2006). Οικογενειακός Προγραμματισμός & Αντισύλληψη. Σελ.47

2.2 Το γεννητικό σύστημα του άνδρα

Το σεξουαλικό και αναπαραγωγικό σύστημα του άνδρα αποτελείται από:

- Το πέος
- Τους όρχεις
- Την επιδιδυμίδα
- Τον σπερματικό πόρο
- Τις σπερματοδόχους κύστες
- Τις σπερματοδόχους ληκύθους
- Τον εκσπερματικό πόρο
- Τον προστάτη

(Ιατράκης, 2009)



Εικόνα 3. Το σεξουαλικό και αναπαραγωγικό σύστημα του άνδρα. Ρούπα – Δαριβάκη Ζωή (2006). Οικογενειακός Προγραμματισμός & Αντισύλληψη. Σελ.66 (Τροποποιημένο)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. Αντισύλληψη

3.1 Ορισμός

Με τον όρο αντισύλληψη ή ρύθμιση της γονιμότητας, περιγράφουμε τα μέσα και τις τεχνικές που επιτυγχάνουν να αναστείλουν τη γονιμότητα με τρόπο παροδικό και αναστρέψιμο.

Η αντισύλληψη ή ρυθμός της γονιμότητας αποβλέπει στην παραγωγή της σωματικής και πνευματικής υγείας της γυναίκας, του άνδρα και της οικογένειας γενικότερα. Ο ρόλος της έχει πολυδιάστατη μορφή: προληπτική, θεραπευτική και κοινωνική (Ανδρουλάκη, 1995).

Απαραίτητες προϋποθέσεις για την υιοθέτηση μιας αντισυλληπτικής μεθόδου είναι:

- Να επιτρέπει φυσιολογική σεξουαλική σχέση και να παρεμποδίζει τη σύλληψη
- Να μην έχει δυσμενή επίδραση στη σωματική υγεία και την ψυχική διάθεση του ζευγαριού
- Η δράση της στην ικανότητα σύλληψης να μην είναι μόνιμη αλλά αναστρέψιμη
- Τέλος, να είναι απλή και εύχρηστη

Οι προϋποθέσεις αυτές δεν είναι πάντα εξασφαλισμένες. Συχνά υπάρχουν μεγάλες αποκλίσεις στην αποτελεσματικότητα, μεταξύ δύο ή περισσότερων αντισυλληπτικών μεθόδων. Για καμία σχεδόν μέθοδο δεν υπάρχει απόλυτα καθορισμένο ποσοστό αποτυχίας (Ιατράκης, 2008).

3.2 Μέθοδοι αντισύλληψης

3.2.1 Φυσικές μέθοδοι

1. Διακοπή Σεξουαλικής Πράξης (Διακοπτόμενη Συνουσία):

Πρόκειται για τη μέθοδο εκείνη κατά την οποία γίνεται τράβηγμα του άνδρα ακριβώς πριν την εκσπερμάτιση. Η διακοπή της συνουσίας ως μέτρο αποφυγής της ανεπιθύμητης κύησης χρησιμοποιείται σήμερα από τα ζευγάρια σε μικρότερα ποσοστά σε σχέση με το παρελθόν. Η διακοπή της σεξουαλικής πράξης πριν την εκσπερμάτιση χρειάζεται μεγάλη προσοχή από τον άνδρα έτσι ώστε να εκτιμηθεί με ακρίβεια η στιγμή της εκσπερμάτισης και να αποτραβηχτεί. Κατά τον τρόπο αυτό, δεν εισέρχεται το σπέρμα μέσα στο γυναικείο κόλπο και επομένως δεν μπορεί να φτάσει κανένα από τα σπερματοζωάρια ως το ωάριο για να γίνει η σύλληψη.

Για μερικούς άνδρες, κατεξοχήν για τους εφήβους, η μέθοδος αυτή είναι πολύ δύσκολη. Χρειάζεται να αποκτήσει ο άνδρας κάποια πείρα (αυτοκυριαρχία) για να καταφέρει να αποσύρεται έγκαιρα. Για πολλά χρόνια, η μέθοδος αυτή αποτελούσε το πιο συνηθισμένο αντισυλληπτικό μέτρο (Ιατράκης, 2008).

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

- ✓ Χρησιμοποιείται χωρίς προετοιμασία και βοηθητικά ή τεχνικά μέσα. Είναι εύχρηστη.
- ✓ Δεν έχει οικονομική επιβάρυνση.
- ✓ Αποτελεί επιλογή για όσους δεν θέλουν να χρησιμοποιήσουν προφυλακτικό.

ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

- Η διακοπή της σεξουαλικής πράξης και ο φόβος μήπως χαθεί η “αναμενόμενη” στιγμή, στερεί το ζευγάρι από την πλήρη σεξουαλική ικανοποίηση. Μπορεί να είναι καταπιεστική για τον άνδρα και δυσάρεστη για τη γυναίκα. Όχι σπάνια οδηγεί το ζευγάρι σε ψυχρότητα.

- Υπάρχουν μεγάλα ποσοστά αποτυχίας, γιατί στο υγρό που βγαίνει από το πέος πριν από την εκσπερμάτιση εμπεριέχονται σπερματοζωάρια και μπορεί να προκληθεί εγκυμοσύνη.
- Εάν η εκσπερμάτιση γίνει πολύ κοντά στον κόλπο της γυναίκας, τα σπερματοζωάρια που είναι ζωντανά μπορεί να βρεθούν στον κόλπο και από εκεί στη μήτρα. Μια νέα επαφή μετά από την πρώτη εκσπερμάτιση, μεγαλώνει επίσης τους κινδύνους για σύλληψη, επειδή συχνά μένουν σπερματοζωάρια στο πέος. Οι περισσότερες αποτυχίες οφείλονται βασικά σε μικροκαθυστερημένη απομάκρυνση του πέους από τον κόλπο. Ένας κακός υπολογισμός του χρόνου εκσπερμάτισης μπορεί να οδηγήσει σε μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη (Ιατράκης, 2008).

ΣΙΓΟΥΡΙΑ – ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Δεν είναι εύκολο να προσδιοριστεί το ποσοστό αποτυχίας. Ο λόγος που αποτυγχάνει η μέθοδος είναι φανερός. Ο άνδρας δεν αποτραβιέται έγκαιρα διότι δεν καταλαβαίνει πότε αρχίζει η εκσπερμάτιση. Πάντως η αποδοχή της μεθόδου από τους άνδρες διαφέρει από κοινωνία σε κοινωνία. Πιστεύεται ότι το ποσοστό αποτυχίας ανέρχεται σε πάνω από 20%. Πρώτη αναφορά στην διακοπτόμενη συνουσία βρίσκουμε στην Παλαιά Διαθήκη και στο βιβλίο της Γένεσης (Ιατράκης, 2008).

2. Η μέθοδος του ρυθμού (ΜΕΘΟΔΟΣ ΚΝΑΥΣ – ΟΓΙΝΟ):

Στην ωοθήκη της γυναίκας συνήθως ωριμάζει μόνο ένα ωάριο κάθε μήνα. Όταν φτάσει το ωάριο σε μια από τις δύο σάλπιγγες είναι έτοιμο να γονιμοποιηθεί στις επόμενες 24 – 48 ώρες. Αλλά και τα σπερματοζωάρια χάνουν γρήγορα την ικανότητά τους να γονιμοποιούν το ωάριο. Δεν μπορούν να έχουν γονιμοποιητική ικανότητα πάνω από 72 ώρες. Ακριβώς για αυτούς τους λόγους η γυναίκα μπορεί να συλλάβει περίπου πέντε μόνο από τις 28 μέρες του μηνιαίου κύκλου της. Η μέθοδος του ρυθμού καθορίζει τις ημέρες που πρέπει να αποφεύγει το ζευγάρι την επαφή λόγω της ωορρηξίας (περίπου στη μέση του μηνιαίου κύκλου). Με την ημερολογιακή μέθοδο του ρυθμού

υπολογίζεται η γόνιμη περίοδος του επόμενου κύκλου από τον πιο βραχύ και τον πιο μακρύ κύκλο των προηγούμενων 12 κύκλων.

Ως πρώτη μέρα του κύκλου υπολογίζουμε την πρώτη μέρα της περιόδου και ως τελευταία την ημέρα που προηγείται της εμφάνισης της επόμενης περιόδου. Την πρώτη γόνιμη μέρα τη βρίσκουμε αν αφαιρέσουμε 18 μέρες από τον πιο βραχύ προηγούμενο κύκλο και την τελευταία γόνιμη μέρα αν αφαιρέσουμε δέκα μέρες από τον πιο μακρύ προηγούμενο κύκλο. Π.χ. Αν από τους 12 προηγούμενους κύκλους ο πιο βραχύς ήταν 26 μέρες και ο πιο μακρύς 31 μέρες τότε οι ασφαλείς ημέρες του επόμενου κύκλου είναι από την 1^η έως την 7^η μέρα και από την 22^η ως την 31^η μέρα.

Η μέθοδος του ρυθμού είναι η μόνη που δέχεται η καθολική εκκλησία. Για μερικές γυναίκες αποδεικνύεται ασφαλής. Για τις περισσότερες όμως το ποσοστό της αποτυχίας είναι πολύ μεγάλο. Η μέθοδος αυτή στηρίζεται στη γνώση της φυσιολογίας του Γεννητικού Συστήματος, ονομάζεται μέθοδος Knaus – Ogino, τα ονόματα δηλαδή των ερευνητών που μελέτησαν τη συγκεκριμένη μέθοδο. Η γυναίκα πρέπει επί ένα χρόνο να μετράει και να σημειώνει τις μέρες από την προηγούμενη περίοδο στην επόμενη. Βάσει αυτών των 12 κύκλων εξακριβώνεται μία μέση τιμή για τις ενδεχόμενα γόνιμες ημέρες.

Ένας απλός υπολογισμός σε κανονικό κύκλο 28 ημερών, οι γόνιμες ημέρες είναι από την 10^η έως την 17^η ημέρα μετά την έναρξη της έμμηνης περιόδου, έτσι αποφεύγεται η σεξουαλική επαφή κατά τη διάρκεια αυτών των ημερών (Ρούπα, 2006).

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

- ✓ Σε γυναίκες με σταθερό κύκλο όπου η απελευθέρωση του ωαρίου είναι τακτική μπορεί να χρησιμοποιηθεί χωρίς να έχει η γυναίκα μεγάλο φόβο σύλληψης.
- ✓ Η γυναίκα δεν χρησιμοποιεί τεχνικά μέσα και η μέθοδος υλοποιείται χωρίς οικονομική επιβάρυνση.
- ✓ Η γνώση γύρω από τις διαδικασίες του γυναικείου σώματος διευρύνεται.
- ✓ Οι δυνατότητες προσδιορισμού της γονιμότητας μπορούν να χρησιμοποιηθούν τόσο για την αντισύλληψη όσο και για την σύλληψη (Ρούπα, 2006).

ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

- Για γυναίκες και ιδιαίτερα νέα κορίτσια , με όχι κανονικό έμμηνο κύκλο, η μέθοδος δεν είναι κατάλληλη.
- Η γυναίκα πρέπει να θυμάται ακριβώς τη γόνιμη φάση έτσι ώστε κατά το χρόνο αυτό να χρησιμοποιείται το ανδρικό ή γυναικείο προφυλακτικό ή διάφραγμα. Η επαγρύπνηση αυτή δεν έχει για όλες τις γυναίκες το ίδιο ψυχικό φορτίο.
- Για τις γυναίκες που δεν έχουν τακτικό ρυθμό ζωής (π.χ. εργασία με βάρδιες) και για τις γυναίκες σε ειδικές καταστάσεις (π.χ. μετά την διακοπή του χαπιού, μετά από εγκυμοσύνη) δεν υπάρχουν κανόνες.
- Πολύ συχνά οι γυναίκες μπερδεύουν την ασφαλή μέτρηση των ημερών του έμμηνου κύκλου.
- Υπάρχει η πιθανότητα μια γυναίκα με κανονικό κύκλο να παρουσιάζει ανωμαλία του κύκλου, γεγονός που προφανώς να οφείλεται σε συγκινησιακούς λόγους ή σε μεγάλα ταξίδια. Σήμερα υπάρχει επιστημονική γνώση σχετικά με τις γόνιμες ημέρες η οποία αναφέρει ότι η ωορρηξία πραγματοποιείται νωρίτερα από ό,τι υποστηρίζει η θεωρία του Knaus – Ogino (Ρούπα, 2006).

3. Μέθοδος της θερμοκρασίας:

Η μέθοδος αυτή στηρίζεται στο γεγονός ότι η προγεστερόνη, η ωχρίνη η οποία παράγεται αμέσως μετά την ωορρηξία, επιδρά πάνω στο θερμορυθμιστικό κέντρο του εγκεφάλου αυξάνοντας 3-4 δέκατα του βαθμού της θερμοκρασίας του σώματος. Έτσι, στη δεύτερη φάση του κύκλου η θερμοκρασία αυξάνεται από τη στιγμή της ωοθυλακιωρρηξίας και παραμένει σε ψηλότερο επίπεδο από την πρώτη φάση κατά 3-4 δέκατα του βαθμού μέχρι να εμφανιστεί η επόμενη έμμηνος ρήση.

Η θερμοκρασία μετράτε από το πρωί στο κρεβάτι, πριν ληφθεί ζεστή τροφή ή άλλο ζεστό ρόφημα. Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιείται ένα ειδικό θερμόμετρο ακριβείας το οποίο έχει εκτενέστερη τη διαβάθμιση των δεκάδων του βαθμού. Η θερμοκρασία λαμβάνεται από το στόμα ή το ορθό και σημειώνεται καθημερινώς πάνω σε ένα

διάγραμμα. Παρατηρείται ότι σε κάθε κύκλο η θερμοκρασία είναι χαμηλότερη στο πρώτο μισό του κύκλου που αντιστοιχεί στην παραγωγική φάση και ψηλότερη 3-4 δέκατα του βαθμού σε όλη τη διάρκεια της δεύτερης φάσης, μέχρι την αρχή της επόμενης έμμηνης ρήσης. Η ωοθηλακιορρηξία πραγματοποιείται λίγο προ της ανύψωσης της θερμοκρασίας ή θεωρητικά από τη στιγμή της ανύψωσης.

Η αποχή από τη συνουσία που εκτείνεται σε όλη τη διάρκεια της πρώτης φάσης συνεχίζεται μέχρι και τρεις μέρες από την ανύψωση της θερμοκρασίας γιατί το ωάριο ζει (θεωρητικά 24 ώρες και τα σπερματοζώαρια 48-72). Οι σεξουαλικές επαφές είναι ‘ελεύθερες’ τις τρεις ημέρες μετά την ανύψωση της θερμοκρασίας μέχρι την αρχή της επόμενης έμμηνης ρήσης (Ιατράκης, 2008).

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

- ✓ Είναι ακίνδυνη και οικονομική
- ✓ Εύκολη στην υλοποίησή της
- ✓ Είναι κοινωνικά και ηθικά παραδεκτή
- ✓ Βοηθά να γνωρίσει το ζεύγος και να κατανοήσει τη διαδικασία της αναπαραγωγής

ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

- Παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν τη θερμοκρασία του σώματος όπως ταξίδι, αλλαγή συνηθειών, απλό κρυολόγημα δεν είναι σπάνιοι, με αποτέλεσμα να καθίσταται η μέθοδος επισφαλής.
- Η μέθοδος της θερμοκρασίας μειώνει το χρόνο της σεξουαλικής δραστηριότητας. Απαιτεί μεθοδικότητα, ακρίβεια και συνεργασία των δύο συντρόφων. Δεν έχει υψηλό βαθμό αποτελεσματικότητας.

4. Ανίχνευση γόνιμων ημερών:

Υπάρχουν πολλές μέθοδοι για τη γυναίκα που θέλει να αναγνωρίζει τη φάση του κύκλου της. Τελευταία έχουν κυκλοφορήσει ηλεκτρονικές συσκευές που προσδιορίζουν – ισχυρίζονται οι κατασκευαστές- με ακρίβεια τη γόνιμη φάση του κύκλου με στόχο τον προσδιορισμό του πιθανού χρόνου σύλληψης.

Η αξιοπιστία των μεθόδων είναι υψηλή. Το πλεονέκτημα της μεθόδου έγκειται στο ότι δεν στηρίζεται σε ορμονική ή χημική παρέμβαση στο γυναικείο σώμα. Η χρήση των μεθόδων (PS 200 και Cyclotest - E) είναι εύκολη.

Κατά την πρωινή αφύπνιση η γυναίκα τοποθετεί τον αισθητήρα (επιφάνεια του μηχανήματος) στην υπογλώσσια περιοχή του στόματός της ενώ πατά συγχρόνως ένα κουμπί. Μετά από δευτερόλεπτα ειδοποιεί η συσκευή ηχητικά ότι όλα τα στοιχεία έχουν ληφθεί ηλεκτρονικά και επεξεργάζονται.

Με αυτό τον τρόπο η γυναίκα βλέπει σε μια οθόνη αν βρίσκεται σε γόνιμη ή όχι μέρα. Η χρήση του απλού αυτού εργαλείου είναι ακίνδυνη και μπορεί να χρησιμοποιηθεί και για ασταθείς κύκλους. Η μπαταρία της συσκευής διαρκεί 5 χρόνια. Η παραπάνω περιγραφή αφορά την συσκευή Cyclotest-E.

Η άλλη συσκευή που κυκλοφορεί στην Ελλάδα, το PC 2000 είναι επίσης εύκολη στη χρήση της. Αλείφει η γυναίκα μια σταγόνα σάλιου χωρίς φυσαλίδες ή κολπικού υγρού επάνω σε ένα γυάλινο πλακίδιο που φέρει το PC 2000. Μετά το στέγνωμα το πλακίδιο μπαίνει στο μικροσκόπιο του PC 2000 ρυθμίζοντας το φακό του σε κλίμακα μεγάλης ευκρίνειας. Όταν παρουσιάζεται στο πλακίδιο κρυσταλλοποίηση της βλέννας τότε πρόκειται για γόνιμη ημέρα (Ιατράκης, 2008).

3.2.2 Μέθοδοι με χρήση χημικών μέσων

1. Σπερματοκτόνες ουσίες – Σπερματοκτόνα υπόθετα

Τα χημικά μέσα αντισύλληψης κυκλοφορούν σε μορφή υπόθετων, δισκίων, κρέμας, ζελέ ή αφρών. Όλα περιέχουν ουσίες σπερματοκτόνες, οι οποίες σκοτώνουν τα σπερματοζωάρια ή εμποδίζουν τουλάχιστον τη δυνατότητα της παραπέρα προώθησής

τους. Η σπερματοκτόνος αλοιφή αδρανοποιεί το σπέρμα και επίσης υγραίνει τον κόλπο. Τα χημικά μέσα αντισύλληψης τοποθετούνται στο βάθος του κόλπου πριν από την επαφή στην περίπτωση των υπόθετων και χαπιών, δισκίων, διαλύονται σε παρουσία υγρασίας. Οι σπερματοκτόνες ουσίες επαρκούν μόνο για μια εκσπερμάτιση.

Η χρησιμοποίηση των χημικών μέσων δεν είναι πολύ ασφαλής. Τα χημικά μέσα μπορούν να αγοραστούν χωρίς συνταγή γιατρού στα φαρμακεία. Τα πιο αποτελεσματικά από τα σπερματοκτόνα που κυκλοφορούν είναι τα αφρώδη υπόθετα.

Παρέχουν προστασία μέσω του σπερματοκτόνου παράγοντα που περιέχουν και μέσω διασποράς του σε όλο τον κόλπο.

Μπορούν να χρησιμοποιηθούν από ζευγάρια που δεν ενδιαφέρονται για μεγάλη προστασία, από ζευγάρια όχι πολύ γόνιμα ή πιθανόν και κοντά στην εμμηνόπαυση. Η χρήση είναι ενδοκοιλιακή. Χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό με το ανδρικό ή γυναικείο προφυλακτικό.

Εργαστηριακοί έλεγχοι στην Αμερική έχουν δείξει ότι η nonoxonyl-9 (συστατικό κοιλιακού υπόθετου) σκοτώνει τον ιό HIV, δεν είναι όμως ακόμη απόλυτα διευκρινισμένο αν το ίδιο αποτέλεσμα έχει και στο κόλπο και στον πρωκτό. Για αυτό το λόγο η ταυτόχρονη χρήση υπόθετου nonoxonyl-9 από τη γυναίκα και προφυλακτικού από τον άνδρα παρέχει πλήρη προστασία από τον ιό HIV.

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

- ✓ Είναι εύκολη η προμήθειά τους.
- ✓ Είναι εύκολα στη χρήση τους.
- ✓ Είναι φθηνά.
- ✓ Δεν χρειάζεται ιατρική παρέμβαση.
- ✓ Είναι καλά ανεκτά.
- ✓ Δεν υπάρχουν ευρήματα που να αποκλείουν τη χρήση τους κατά την περίοδο της κύησης και γαλουχίας.
- ✓ Η αντισύλληψη ελέγχεται από τη γυναίκα.
- ✓ Προστατεύουν από αρκετά αφροδίσια νοσήματα.
- ✓ Αποτελούν πολύτιμη επικουρική μέθοδο για άλλα αντισυλληπτικά.

ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

- Δυνατόν να προκληθεί παροδικό τοπικό ερεθισμό.
- Εκρέουν στο περίνεο.
- Ο χρόνος αναμονής των 10λεπτών και η αναγκαιότητα της επανειλημμένης χρήσης μπορεί να θεωρηθούν ενοχλητικά.
- Το ποσοστό αποτυχίας μπορεί να είναι σημαντικό εάν δεν ακολουθηθούν πιστά οι οδηγίες χρήσης, δεδομένου ότι μεγάλο ρόλο για την αποτυχία παίζει η σωστή χρήση.
- Οι χημικές ουσίες μέσω του κοιλιακού απορροφούνται εν μέρει από το σώμα. Ωστόσο επιβλαβής επίδραση για τον οργανισμό δεν διαπιστώθηκε μέχρι τώρα.

3.2.3 Ορμονική αντισύλληψη

1. Το μικρό χάπι (MINI PILL)

Το μικρό χάπι δεν περιέχει οιστρογόνα, αλλά μόνο προγεστερόνη. Το μικρό χάπι δεν εμποδίζει κατά κανόνα την ωορρηξία.

Η δράση του έγκειται κυρίως στο ότι δεν γίνεται ρευστοποίηση της βλέννης στον τράχηλο της μήτρας τον καιρό της ωορρηξίας και δεν μπορεί κανένα σπερματοζώαριο να φτάσει στη μήτρα.

Το μικρό χάπι πρέπει να λαμβάνεται με εξαιρετική ακρίβεια, πάντα την ίδια ώρα. Εκτός αυτού, πρέπει να γίνεται λήψη του κάθε ημέρα, χωρίς διακοπή.

Προϋπόθεση για την αποτελεσματικότητα του μικρού χαπιού είναι η απόλυτα ακριβής λήψη σε ρυθμό 24 ωρών. Σε περίπτωση που γίνεται λάθος στη λήψη η δραστητικότητα προφανώς μειώνεται (Ιατράκης, 2008).

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

- ✓ Το μικρό χάπι μπορούν να το παίρνουν γυναίκες που ο οργανισμός τους δεν δέχεται τα οιστρογόνα.
- ✓ Αν δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί κανένα άλλο αντισυλληπτικό μέσο, το μικρό χάπι λόγω της μικρής ποσότητας της ορμόνης μπορεί να χρησιμοποιηθεί και από γυναίκες που θηλάζουν. Η ποσότητα ορμόνης που περνάει μέσα στο γάλα είναι μηδαμινή και σύμφωνα με τις σημερινές διαπιστώσεις φαίνεται να μην βλάπτει το παιδί. Η παγκόσμια Οργάνωση Υγείας αναφέρει ότι η χορήγηση της ελάχιστης δυνατής δόσης ορμονών είναι επιθυμητή, ώστε να επιτυγχάνεται αντισυλληπτική προστασία και να ελαχιστοποιούνται οι κίνδυνοι.

ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

- Η περίοδος παρουσιάζει συχνά ανωμαλίες, καθυστερεί ή δεν έρχεται καθόλου.
- Μπορούν να εμφανιστούν μικρές αιμορραγίες, οι οποίες όμως είναι από ιατρική άποψη ακίνδυνες.

2. Το κλασικό χάπι

Το κλασικό χάπι (ορμονικό δισκίο) περιέχει τις συνθετικές ορμόνες οιστρογόνα και προγεστερόνη και επεμβαίνει στις γυναικείες ορμόνες. Ο τρόπος δράσης του έγκειται κυρίως στο ότι εμποδίζει την παραγωγή του ωαρίου.

Στα πάνω από 50 είδη διαφορετικών χαπιών, τα οιστρογόνα και η προγεστερόνη περιέχονται σε διαφορετικές δόσεις και μπορούν να δράσουν στις γυναίκες διαφορετικά. Γι' αυτό είναι σημαντικό να γίνει σωστή επιλογή του χαπιού.

Στα περισσότερα αντισυλληπτικά χάπια μία γυναίκα παίρνει επί 21 ημέρες ένα χάπι την ημέρα, κατόπιν ακολουθεί διακοπή της λήψης για 7 ημέρες. Ακόμα και τη διακοπή των 7 ημερών αρχίζει εάν ένας νέος κύκλος λήψης. Η προστασία από τη σύλληψη δεν υπάρχει εάν η γυναίκα σταματήσει να παίρνει το χάπι (Ιατράκης, 2008).

Το χάπι είναι σήμερα η πιο σίγουρα αντισυλληπτική μέθοδος, με την προϋπόθεση ότι τηρούνται οι προδιαγραφές λήψης. Ορισμένα φάρμακα π.χ. αντιβιοτικά, παυσίπονα, ηρεμιστικά καθώς και φάρμακα για πρόληψη μολύνσεων και σε περίπτωση εμέτου ή διάρροιας, επειδή οι ορμόνες δεν απορροφούνται επαρκώς από τον οργανισμό ή αποβάλλονται πολύ γρήγορα. Ο γιατρός που δίνει φάρμακα πρέπει να ενημερώνεται για τη λήψη του χαπιού (Ρούπα, 2006).

Το χάπι πρέπει να το συνταγογραφήσει ο γιατρός μετά από πλήρεις γυναικολογικές εξετάσεις. Χορηγείται από όλα τα φαρμακεία με ιατρική συνταγή. Τα έξοδα για το χάπι δεν τα αναλαμβάνει το ταμείο ασθενείας, εκτός εάν χορηγούνται για τη θεραπεία μιας ασθένειας (Ρούπα, 2006).

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

- ✓ Προς το παρόν αποτελεί την πιο σίγουρη μέθοδο αντισύλληψης.
- ✓ Είναι απλά στη χρήση.
- ✓ Κατά τη σεξουαλική επαφή δεν χρειάζεται να σκέφτεται η γυναίκα την αντισύλληψη.
- ✓ Οι πόνοι και το αίμα της περιόδου σχεδόν πάντα λιγοστεύουν.
- ✓ Η ακμή του προσώπου μπορεί να βελτιωθεί.
- ✓ Οι περισσότερες νέες γυναίκες που δεν καπνίζουν, μπορούν να πάρουν το χάπι.

ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

- Εμφάνιση ναυτίας, εμέτου.
- Εμφάνιση κεφαλαλγιών
- Πιθανότητα αύξησης του σωματικού βάρους.
- Ενοχλήσεις και ευαισθησία στους μαστούς
- Αυξημένη νευρική δραστηριότητα, συμπτώματα κατάθλιψης και ελάττωση της libido.
- Διαταραχές στην έμμηνο ρύση.

3. *Ενέσιμα αντισυλληπτικά (DMPA)*

Αρκετά ενέσιμα σκευάσματα χρησιμοποιούνται παγκοσμίως προς αντισύλληψη. Παρόλο ότι πολλές δεκαετίες φόβοι σχετικοί με την εμφάνιση καρκίνων σε πειραματόζωα που έλαβαν DMPA (Depot Medroxyprogesterone Acetate) καθυστέρησαν την έγκριση του σκευάσματος από την Επιτροπή Τροφίμων και Φαρμάκων της Αμερικής. Το σκεύασμα ενίεται ως υδατικό διάλυμα μικροστυστών και είναι προγεστερόνη ενέσιμη. Η χαμηλή διαλυτότητα των μικροκρυστάλλων στο σημείο της ένεσης αποφέρει φαρμακολογικά ενεργά επίπεδα διαρκείας 3-4 μηνών μετά από χορήγηση ένεσης 150mg.

ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΔΡΑΣΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ, ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΚΑΙ ΕΠΑΝΟΔΟΣ ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ

Όπως και με τα από του στόματος αντισυλληπτικά η DMPA επιδρά πρωτοπαθώς με αναστολή της ωορρηξίας. Όταν ενίεται 150mg DMPA κάθε τρίμηνο ή αντισυλληπτική της αποτελεσματικότητα είναι εξαιρετικά μεγάλη. Κλινικές δοκιμές αναφέρουν αποτυχία από 0,0 σε 100 γυναίκες κατ' έτος και συγκρίνεται καλά με την αντισυλληπτική αποτελεσματικότητα των εμφυτευμάτων ή της χειρουργικής στείρωσης.

Η αντισυλληπτική δράση και αποτελεσματικότητα της DMPA δεν φαίνεται να επηρεάζεται με το βάρος της γυναίκας ή με τη σύγχρονη λήψη άλλων φαρμάκων.

Ο καλύτερος χρόνος χορήγησης της DMPA είναι εντός πέντε ημερών από την αρχή της περιόδου. Αυτή η προσέγγιση εξασφαλίζει το ότι η γυναίκα δεν είναι έγκυος και αναστέλλει την ωορρηξία για τουλάχιστον 14 εβδομάδες. Έτσι έχουμε ένα διάστημα ασφαλείας τουλάχιστον 2 εβδομάδων μεταξύ των ενέσεων κάθε τρίμηνο. Για γυναίκες που καθυστερούν άνω των 2 εβδομάδων την ένεση, η επάνοδος της μπορεί να αρχίσει μετά την χορηγήσεως της.

Πριν αρχίσει η αντισύλληψη με DMPA οι υποψήφιες πρέπει να ενημερωθούν για τυχόν παρατεταμένη διάρκεια αντισυλληπτικής επίδρασης. Γυναίκες που θέλουν να παραμείνουν έγκυες εντός ενός ή δύο ετών θα πρέπει να επιλέξουν άλλη μέθοδο αντισύλληψης (Ρούπα, 2006).

4. Σύστημα NORPLANT

Το 1991 εγκρίθηκε μια νέα μέθοδος αντισύλληψης στις Ηνωμένες Πολιτείες από το FDA (US Food and Drug Administration) που ονομάστηκε σύστημα Norplant. Αυτό αποτελείται από έξι κάψουλες σιλικόνης σε μέγεθος σπύριτου γεμάτες από κονιορτοποιημένη συνθετική προγεστερόνη.

Οι ράβδοι εμφυτεύονται υποδερμικά στην εσωτερική πλευρά του μπράτσου, με χειρουργική μικρή επέμβαση, χρησιμοποιώντας τοπικό αναισθητικό. Η ορμόνη σε αργό, ελεγχόμενο ρυθμό, διαρρέει μέσα στο αίμα βγαίνοντας από τα ημιπορώδη τοιχώματα της κάψουλας. Μεταφέρεται από το αίμα στην υπόφυση μέσα στον εγκέφαλο. Η υπόφυση μέσα σε 24-48 ώρες σταματά τελείως την παραγωγή της προλάνης Β και της FSH (Follicle-Stimulating Hormone/η ορμόνη που διεγείρει το ωοθυλάκιο.) Έτσι, οι ωοθήκες δεν διεγείρονται και δεν απελευθερώνουν ένα ωάριο για γονιμοποίηση. Το σύστημα Norplant προστατεύει για 5 έτη διαρκώς, σε ποσοστό περίπου 99,9%. Η γονιμότητα επανέρχεται, με χειρουργική αφαίρεση στους ράβδους, μέσα σε 24 ώρες αν είναι επιθυμητή για εγκυμοσύνη.

Υπάρχει αντένδειξη για τη χρήση της μεθόδου σε οξεία ηπατική νόσο, ίκτερο, κολπική αιμορραγία, καρδιακή νόσο, εγκεφαλικό επεισόδιο, ιστορικό θρομβώσεως κ.α. (Ρούπα, 2006).

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

- ✓ Μπορούν να χρησιμοποιηθούν σχεδόν από όλες τις γυναίκες αρκεί η γενική κατάσταση της υγείας τους να είναι καλή.
- ✓ Τοποθετείται όταν οι γυναίκες θέλουν συνεχή και ασφαλή αντισύλληψη.
- ✓ Όταν θέλουν μεγάλα διαστήματα μεταξύ των παιδιών τους.
- ✓ Δεν συνδέεται με τη συνουσία και δεν χρειάζεται καθημερινή μνήμη.

ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

- Είναι ακριβό στην προμήθειά του.
- Χρειάζεται μικρή χειρουργική επέμβαση για εμφύτευση και αφαίρεση του συστήματος.
- Τα εμφυτεύματα ίσως είναι ελαφρώς ορατά.
- Πιθανές παρενέργειες, όπως αλλαγές βάρους, κεφαλαλγία, αλλαγές διάθεσης, μείωση ή αύξηση των εμμήνων σε χρόνο και ποσότητα.

5. *Διαδερμικά αντισυλληπτικά αυτοκόλλητα*

Τα αυτοκόλλητα αυτά απελευθερώνουν αιθυλική οιστραδιόλη και norelgestromin σε εβδομαδιαία βάση με αποτελεσματικότητα παρεμφερή με αυτή των αντισυλληπτικών δισκίων. Χαρακτηρίζεται από υψηλό ποσοστό συμμόρφωσης (90%) σε όλες τις ηλικίες, το δε αυτοκόλλητο δεν αποκολλάται (3%). Πρόσφατα έχει επίσης κυκλοφορήσει αντισύλληψη που χορηγείται από το στόμα αλλά δεν απαιτεί καθημερινή χρήση (Πανίδης-Παπαδήμας, 2004).

3.2.4 Μετά την επαφή αντισύλληψη

1. Το χάπι της επόμενης μέρας

Πρόκειται για ένα συνδυασμό των ορμονών οιστρογόνων/ προγεστερόνης στη μορφή χαπιών. Το χάπι αυτό δεν είναι αντισυλληπτική μέθοδος και είναι κατάλληλο μόνο σε περίπτωση ανάγκης. Η αποτελεσματικότητά του είναι δεδομένη, όταν δεν χρησιμοποιείται πάνω από μία φορά μέσα στον κύκλο. Το ποσοστό επιτυχίας του ανέρχεται περίπου στα 98-100%. Μετά την δεδομένη λήψη του η επόμενη περίοδος έρχεται κανονικά στην αναμενόμενη ημερομηνία. Στο μεταξύ διάστημα πρέπει να συνεχιστεί η χρησιμοποίηση ενός αντισυλληπτικού μέσου. Τέσσερις εβδομάδες μετά τη λήψη του ενδείκνυται, σε κάθε περίπτωση, μια εξέταση ειδικού γιατρού.

Το χάπι της επόμενης ημέρας είναι αποτελεσματικό ως αντισυλληπτικό, εφόσον λαμβάνεται ύστερα από τη συνουσία. Αν και η γενική χρήση για τον σκοπό αυτό δεν είναι ευχάριστη, η αντισύλληψη με αυτό είναι χρήσιμη, όταν θέλουμε να αποφύγουμε μία ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη καθώς και σε περιπτώσεις βιασμού ή αιμομιξίας.

Στα αρνητικά αποτελέσματα της λήψης του μετασυνουσιακού χαπιού, περιλαμβάνονται η θρόμβωση, η καρδιακή προσβολή (με μεγαλύτερη συχνότητα σε γυναίκες ηλικίας άνω των 35 ετών, που καπνίζουν βαριά).

Ως αντενδείξεις της χορήγησης του θεωρούνται η θρόμβωση, μια επιβάρυνση της ηπατικής λειτουργίας, μια ανεξήγητη αιμορραγία από τον κόλπο, μια ήδη εγκατεστημένη εγκυμοσύνη καθώς και οποιαδήποτε υποψία ανώμαλης ανάπτυξης ή καρκίνου του μαστού ή και άλλων οργάνων.

Οι κύριες παρενέργειες, που σχετίζονται με τη χρήση του χαπιού της επόμενης ημέρας είναι ναυτία ή εμετός, ευαισθησία του μαστού, μη φυσιολογική αιμορραγία. Σε περιπτώσεις εμφάνισης κάποιων από τα παρακάτω σημάδια του χαπιού, όπως πόνος στο θώρακα ή στο χέρι, μείωση της αναπνοής, ασυνήθιστο πρήξιμο ή πόνο στη κοιλιά, κιτρίνισμα του δέρματος ή των μαστών, σοβαρή πίεση, η επίσκεψη σε ειδικό γιατρό πρέπει να είναι άμεση.

Τα αναφερθέντα ποσοστά αποτυχίας του χαπιού κυμαίνονται από 0 έως 2,4%. Μερικές εγκυμοσύνες είναι δυνατόν να συμβούν και αυτό μπορεί να οφείλεται σε:

- 1) Ένα γονιμοποιημένο ωάριο που έχει ήδη εμφυτευτεί

- 2) Πολύ μεγάλο διάστημα ανάμεσα στην ανασφαλή σεξουαλική επαφή και στη λήψη του χαπιού της επόμενης ημέρας
- 3) Αποτυχία του ίδιου του φαρμάκου.

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

- ✓ Ενδείκνυται σε νεαρές ηλικίες.
- ✓ Υψηλή αποτελεσματικότητα.
- ✓ Εύκολη στη χρήση.
- ✓ Δεν επιτρέπει εγκυμοσύνη αν και έχει γίνει σύλληψη.
- ✓ Ενδείκνυται σε περιπτώσεις βιασμών και αιμομιξίας.

ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

- Πιθανή παρουσία μασταλγίας, κεφαλαλγίας, ζάλης, ναυτίας και εμμέτων μετά τη λήψη των δισκίων.
- Ποσοστό αποτυχίας 0,5% έως 3%. Μετά τη λήψη των χαπιών αν δεν εμφανιστεί περίοδος πρέπει να κάνει τεστ εγκυμοσύνης στις δύο επόμενες εβδομάδες από τη λήψη του χαπιού της επόμενης ημέρας.
- Αν παρόλα αυτά προκύψει εγκυμοσύνη, το έμβρυο διατρέχει σοβαρούς κινδύνους δυσπλασιών, ειδικά όταν πρόκειται για αγόρι. Οι αντενδείξεις λήψης είναι οι ίδιες με αυτές του αντισυλληπτικού χαπιού. Για δύο μήνες δημιουργεί ακατάστατο κύκλο (Ρούπα, 2006).

3.2.5 Μηχανικά μέσα

1. Αντισυλληπτικοί σπόγγοι

Από τις αρχαιότερες αντισυλληπτικές μεθόδους, βρίσκονται στους αρχαίους Αιγυπτίους, όπου χρησιμοποιούν νήματα από βαμβάκι ή μαλλί, εμποτισμένα με έλαια και βότανα. Χρησιμοποιήθηκαν και τον 9^ο αιώνα στην Ευρώπη, κυρίως στη Γαλλία όπου έβρεχαν τους ενδοκολπικούς σπόγγους με νερό και μπράντυ.

Αργότερα χρησιμοποιήθηκαν φυσικοί και συνθετικοί σπόγγοι, καθώς και από κομμάτια υφάσματος εμποτισμένα με κεκορεσμένο διάλυμα χλωριούχου νατρίου πριν από την εισαγωγή τους.

Ο Chvapil ανέπτυξε σπόγγους από κολλαγόνο. Αυτοί είναι κατασκευασμένοι από ανασύνθεση κολλαγόνου από δέρμα βοών και περιέχουν γλουταλδεΐδη, που είναι βακτηριοκτόνος και μυκητοκτόνος, ιδιότητα πολύτιμη για την φύλαξη του προϊόντος.

Το FDA το 1983 ενέκρινε στις Ηνωμένες Πολιτείες τη χρήση του πρώτου κολπικού αντισυλληπτικού σπόγγου. Σήμερα, ο αντισυλληπτικός σπόγγος collate είναι ελλειπτικού σχήματος 3 επί 5,5 εκ., από πολυουρεθάνη. Περιέχει 1γρ. σπερματοκτόνου nonoxonyl-9. Φέρει κορδέλα πλαστικού για την εύκολη εξαγωγή του (Ρούπα, 2006).

Τοποθέτηση του σπόγγου

Η γυναίκα απλά τον υγραίνει με νερό βρύσης και τον εισάγει μέσα στο κόλπο, έτσι που να σκεπάζει το τράχηλο για να μειώνεται η πιθανότητα εκτόπισης κατά τη διάρκεια της συνουσίας. Μπορεί να εισαχθεί από λίγα δευτερόλεπτα έως 24 ώρες πριν από τη συνουσία. Όταν είναι σωστά τοποθετημένος ο σπόγγος παρέχει συνεχή προστασία απελευθερώνοντας σπερματοκτόνο για 24 ώρες. Πρέπει να μείνει στη θέση για τουλάχιστον 6 ώρες μετά την τελευταία επαφή έως και 30 ώρες. Θεωρείται ότι μπορεί να προστατεύσει στην περίπτωση επανειλημμένων συνουσιών με τη σχετικά μικρή όμως αποτελεσματικότητα που έχει η μέθοδος (Ρούπα, 2006).

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

- ✓ Δεν απαιτείται η εφαρμογή του από κάποιον τρίτο.
- ✓ Είναι συνήθως αποδεκτός και από τους δύο συντρόφους.
- ✓ Μπορεί να αγοραστεί χωρίς συνταγή.
- ✓ Η μέθοδος είναι κάτω από τον έλεγχο της γυναίκας και χρησιμοποιείται μόνο όταν απαιτείται.
- ✓ Δεν απαιτείται ειδικός τρόπος εισαγωγής και εφαρμογής, αν και πρέπει να καλύπτει τον τράχηλο.

- ✓ Μπορεί να εισαχθεί από λίγα δευτερόλεπτα μέχρι (σχεδόν) 24 ώρες πριν από τη συνουσία.
- ✓ Δεν απαιτεί τη χρήση πρόσθετου σπερματοκτόνου.
- ✓ Δεν γίνεται αισθητός από τον άρρενα σύντροφο.
- ✓ Προσφέρει συνεχή προστασία για 24 ώρες χωρίς τη προσθήκη επιπλέον σπερματοκτόνου, άσχετα από το πόσο συχνά επαναλαμβάνεται η επαφή.
- ✓ Δεν έχει μεγέθη.

ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

- Το κυριότερο είναι η σχετική έλλειψη αποτελεσματικότητας. Μια από τις εξηγήσεις για τα σχετικά υψηλά ποσοστά αποτυχίας είναι ότι, μερικές φορές, ο σπόγγος μετακινείται εμπρός ή πίσω από τον τράχηλο, ή προς τα έξω, και μπορεί να πέσει.
- Καμιά φορά αφαιρείται δύσκολα και θρυμματίζεται.
- Υπάρχει κάποιος κίνδυνος ιατρικών παρενεργειών. Σε πολύ συχνή χρήση και αληθινή αλλεργία στο σπόγγο ή το σπερματοκτόνο του είναι πιθανός ο ερεθισμός του κολπικού επιθηλίου. Η κολπική χλωρίδα μπορεί να μεταβληθεί από την παρουσία του και η μυκητίαση είναι συχνότερη. Υπάρχει μικρή πιθανότητα συνδρόμου τοξικής καταπληξίας και γι' αυτό δεν πρέπει να αφήνεται μέσα στον κόλπο στη διάρκεια της εμμηνορρυσίας.
- Δεν παρέχει προστασία από τα Σ.Μ.Ν. (Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα). Η συνεχής χρήση νονοξυνόλης -9 μπορεί να αυξήσει την πιθανότητα προσβολής από Σ.Μ.Ν.. Κυρίως λόγω του σπερματοκτόνου περιεχομένου του, ο σπόγγος φάνηκε παλαιότερα να παρέχει μερική προστασία έναντι κάποιων Σ.Μ.Ν. (γονόκοκκοι, τριχομονάδες, χλαμύδια) και πυελικής φλεγμονής.
- Σχετικά υψηλό κόστος.
- Δύσσοση έκκριση από τον κόλπο, όταν παραμένει για μακρύ χρονικό διάστημα (Ρούπα, 2006).

2. Διάφραγμα

Το διάφραγμα είναι μια λεπτή ελαστική μεμβράνη, η οποία σχηματίζει έναν θόλο είναι σαν ένα ελαστικό σπινάλ ή σαν ένα επίπεδο ελατήριο. Το δακτυλιοειδές αυτό ελατήριο έχει συνήθως μια διάμετρο επτά με εννέα εκατοστά. Πριν χρησιμοποιηθεί το διάφραγμα, κάθε φορά, πρέπει να ελέγχεται στο φως μήπως έχει τρύπες.

Απλώνεται ένα κουταλάκι του γλυκού αντισυλληπτική σπερματοκτόνος κρέμα στις δύο πλευρές του διαφράγματος και στην στεφάνη και αφήνεται το μεγαλύτερο μέρος της κρέμας μέσα στην κοιλότητα (θόλος).

Το διάφραγμα τοποθετείται δύο ή τρεις ώρες πριν την σεξουαλική επαφή. Μετά από τρεις ώρες όμως πρέπει να τοποθετείται εκ νέου κρέμα.

Για να επαναληφθεί η σεξουαλική επαφή δεν χρειάζεται να βγαίνει το διάφραγμα. Απλώς προστίθεται κρέμα με το απλικατέρ στον κόλπο πριν την σεξουαλική επαφή, και έτσι υπάρχει αποτελεσματική προστασία. Στο διάστημα αυτό δεν κάνει η γυναίκα μπάνιο, αφού το νερό διαλύει την κρέμα. Δεν πρέπει να αφαιρείται το διάφραγμα για 8 ώρες μετά από την τελευταία επαφή, γιατί μόνο έτσι λειτουργεί σωστά η αντισυλληπτική ουσία.

Μετά από έναν τοκετό ή μία εγχείρηση του κόλπου θα πρέπει να ελεγχθεί το μέγεθος του διαφράγματος, για λόγους ασφαλείας ακόμα και στην περίπτωση που αλλάζει το βάρος. Με σωστή περιποίηση, το διάφραγμα διατηρεί την ασφάλειά του για δύο χρόνια.

Αν χρησιμοποιείται σωστά (συμπεριλαμβανομένης και της χρήσης μιας σπερματοκτόνου ουσίας) το διάφραγμα είναι μία ασφαλής μέθοδος αντισύλληψης. Για να κανείς το σωστό μέγεθος διαφράγματος εισάγει το δείκτη και το μέσο δάκτυλό του μέχρι τον οπίσθιο θόλο του κόλπου και προσδιορίζει το σημείο που ο δείκτης αγγίζει την ηβική σύμφυση. Με αυτή την τεχνική παρουσιάζεται το κατάλληλο μέγεθος διαφράγματος. Στη συνέχεια τοποθετεί η γυναίκα το διάφραγμα μέσα στον κόλπο. Όταν βεβαιωθεί ότι ο δακτύλιος (στεφάνη) του διαφράγματος ακουμπά τον οπίσθιο θόλο η δοκιμασία θεωρείται επιτυχής (Ιατράκης, 2008).

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

- ✓ Προστασία από δυσπλασία του τραχήλου της μήτρας.
- ✓ Απλό στη χρήση. Απαιτεί εξάσκηση στην αρχή της χρήσης του.
- ✓ Παρενέργειες δεν έχουν αναφερθεί.
- ✓ Ακίνδυνο για την υγεία.
- ✓ Προστατεύει από πυελικές λοιμώξεις.
- ✓ Έχει άμεσο έλεγχο του χρήστη.
- ✓ Χρησιμοποιείται μόνο όταν χρειάζεται.

ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

- Χρειάζεται λίγος καιρός μέχρι η γυναίκα να μάθει τη χρήση του διαφράγματος
- Ορισμένες γυναίκες και άνδρες αισθάνονται την τοποθέτηση σαν διακοπή του ερωτικού παιχνιδιού.
- Είναι λιγότερο αποτελεσματικό από το χάπι ή το IUD (Intrauterine Device).
- Υπάρχει κίνδυνος για ουρολοιμώξεις.
- Η γυναίκα πρέπει να αγγίζει τα γεννητικά της όργανα.
- Το ζελέ ή η κρέμα μπορούν να προκαλέσουν αίσθημα θερμότητας ή καύσου,
- Κολπικός ερεθισμός από το ελαστικό και εξελκώσεις ή μικρορρήξεις του κόλπου σε παρατεταμένη χρήση.

3. Τραχηλική καλύπτρα

Είναι παραμελημένη μέθοδος αντισύλληψης. Η τραχηλική καλύπτρα αποτελεί κάλυμμα του τραχήλου της μήτρας, το οποίο συγκρατείται στη θέση του με αρνητική πίεση, που αναπτύσσεται στην πλευρά του τραχήλου και από την πίεση που ασκούν πάνω της τα κολπικά τοιχώματα. Είναι κατάλληλη για όσες γυναίκες δεν μπορούν να χρησιμοποιήσουν τα διαφράγματα.

Τα αρχικά μοντέλα της τραχηλικής καλύπτρας περιεγράφηκαν από τον Wilde το 1838, όπου υποστήριξε ότι προσαρμόζεται σε κάθε τράχηλο χωριστά, και δεν κατασκευάζεται σε σταθερά μεγέθη. Το FDA ενέκρινε την τραχηλική καλύπτρα μόλις το 1988 σαν ασφαλή και αποτελεσματική μέθοδο αντισύλληψης.

Μοιάζει με μια μεγάλη λαστιχένια δακτυλήθρα με απαλό, ελαστικό θόλο και σταθερή στεφάνη. Για την εφαρμογή της απαιτείται η χρήση σπερματοκτόνου, τοποθετείται δηλαδή μικρή ποσότητα στο θόλο της και η καλύπτρα εφαρμόζεται πάνω από τον τράχηλο.

Εκεί παραμένει σταθερά στη μέση της σφίγγοντας τον τράχηλο και σχηματίζοντας δυνατή αναρρόφηση. Η ίδια η καλύπτρα είναι ένα φυσικό φράγμα για το σπέρμα, ενώ το σπερματοκτόνο είναι ένα επιπλέον φράγμα.

Πρέπει να παραμείνει για οκτώ ώρες στη θέση της μετά την τελευταία σεξουαλική επαφή για να είναι αποτελεσματική. Η FDA συνιστά την παραμονή της στον τράχηλο όχι παραπάνω από 48 ώρες, όμως πρέπει να μην παραμείνει πάνω από 24 ώρες συνεχόμενες. Η μέθοδος αυτή αν χρησιμοποιηθεί σωστά είναι αποτελεσματική σε ποσοστό 82%-94% (ΗΠΑ) (Ιατράκης, 2008).

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

- ✓ Είναι πιο άνετη από το διάφραγμα.
- ✓ Μπορεί να παραμείνει στη θέση της για 48 ώρες
- ✓ Για επιπλέον συνουσία δεν απαιτείται περισσότερη σπερματοκτόνος ουσία.
- ✓ Είναι πιο καθαρή μέθοδος
- ✓ Μπορεί να τοποθετηθεί οποιαδήποτε στιγμή πριν τη συνουσία.
- ✓ Είναι περισσότερο αποτελεσματική από το διάφραγμα.

ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

- Ο τράχηλος πρέπει να είναι προσιτός στα δάχτυλα της γυναίκας.
- Να μην υπάρχει εξέλκωση ή φλεγμονή.
- Απαιτείται το άγγιγμα των γεννητικών οργάνων

- Σε μακροχρόνια χρήση της παράγεται δύσοσμη έκκριση, τραυματισμός ή λοιμώξεις.

4. Ενδομητριάκα σπειράματα (I.U.D. — Intra- Uterine/Device)

Μόνο η ενδομητρική αντισύλληψη συνδυάζει μακροπρόθεσμη αποτελεσματικότητα, ασφάλεια και αναστρεψιμότητα. Το ενδομήτριο σπείραμα είναι μια συσκευή από μαλακό, εύκαμπτο πλαστικό ή χαλκό (τελευταία κατασκευάστηκαν και από πλατίνα ή χρυσό) και κυκλοφορεί σε διάφορα είδη εμπλουτισμένα με στεροειδείς ορμόνες βραδείας απορρόφησης και δράσης. Όταν τοποθετείται σωστά και συγκρατείται μέσα στην κοιλότητα της μήτρας το IUD (Intra/Uterine/ Device) είναι μετά το χάπι το αποτελεσματικότερο αντισυλληπτικό μέσο (με ποσοστό 97%). Η επιλογή του κατάλληλου σπειράματος εξαρτάται από πολλούς παράγοντες όπως είναι η ηλικία της γυναίκας, το μέγεθος της μήτρας, ο αριθμός των παιδιών κ.α.

Ο ακριβής τρόπος δράσης δεν είναι απόλυτα γνωστός. Οποσδήποτε πιστεύεται ότι δεν διαταράσσουν την παραγωγή των ωθητικών ορμονών. Κατά μία υπόθεση, η παρουσία των ενδομητριάκων σπειραμάτων συμβάλλει στη γρηγορότερη μεταφορά τον ωαρίου από την ωοθήκη στη μήτρα, έτσι ώστε ένα ανώριμο ωάριο να φθάνει στη μήτρα, που δεν έχει ακόμη προετοιμαστεί κατάλληλα για να το υποδεχτεί.

Η πιο παραδεκτή υπόθεση σήμερα είναι ότι δημιουργούν εχθρικό περιβάλλον (άσηπτη φλεγμονή) για τα σπερματοζώαρια ή για το γονιμοποιημένο ωάριο ή διακόπτουν μια αλυσίδα γεγονότων που είναι απαραίτητα για την εγκατάσταση του γονιμοποιημένου ωαρίου στο τοίχωμα της μήτρας. Το πιθανότερο είναι ότι δρουν σε περισσότερα σημεία της διαδικασίας της σύλληψης και εγκατάστασης του γονιμοποιημένου ωαρίου στη μήτρα.

Τα σπειράματα διαθέτουν σοβαρά πλεονεκτήματα σε σχέση με άλλα αντισυλληπτικά μέσα ιδίως για ορισμένες ομάδες πληθυσμού. Τοποθετούνται εύκολα και αφαιρούνται απλά, χωρίς προβλήματα. Μετά την αποδοχή και την τοποθέτησή τους δεν απαιτείται η ενεργή συμμετοχή της γυναίκας και δεν εξαρτάται πια σε σημαντικό βαθμό από την ίδια η αντισύλληψη.

Δεν χρειάζεται κίνητρα ή ενδιαφέρον για να χρησιμοποιεί κάθε φορά προφυλακτικό ή να παίρνει κάθε ημέρα το χάπι. Η τοποθέτηση εξασφαλίζει την αντισύλληψη για δύο χρόνια τουλάχιστον.

Η αποτελεσματικότητά τους είναι σχετική. Το ποσοστό αποτυχίας είναι 2-3%. Παρά την αποτελεσματικότητά τους τα σπειράματα δεν γίνονται εύκολα αποδεκτά. Αυτό οφείλεται σε διάφορες αβάσιμες και λανθασμένες διαδόσεις, ότι μπορούν να προκαλέσουν καρκίνο ή φλεγμονή. Ορισμένες γυναίκες για Θρησκευτικούς λόγους τα απορρίπτουν, γιατί πιστεύουν ότι δρουν σαν εκτρωτικά και όχι σαν αντισυλληπτικά. Άλλες πάλι δεν ανέχονται τη σκέψη ότι τοποθετούν μέσα τους ξένο σώμα και επομένως απορρίπτουν τη χρήση τους (Ιατράκης, 2008).

Ενδείξεις

Γενικά το σπείραμα είναι μια κατάλληλη αντισυλληπτική μέθοδος για το μεγαλύτερο ποσοστό των υγιών γόνιμων γυναικών. Ιδιαίτερα ενδείκνυται για:

1. Γυναίκες για τις οποίες αντενδείκνυται μία άλλη αντισυλληπτική μέθοδος.
2. Γυναίκες που δεν ανέχονται την ορμονική αντισύλληψη.
3. Γυναίκες που η ορμονική αντισύλληψη τις εκθέτει σε αυξημένους κινδύνους λόγω παχυσαρκίας, υπέρτασης, καπνίσματος και μακρόχρονης χρήσης του αντισυλληπτικού χαπιού και εφόσον είναι ηλικίας άνω των 35 ετών.
4. Γυναίκες που παραμελούν τη λήψη του αντισυλληπτικού δισκίου.
5. Γυναίκες μεταξύ 25-35 ετών που θέλουν να προγραμματίσουν την οικογένειά τους.
6. Γυναίκες που θηλάζουν.
7. Γυναίκες με χαμηλή υπευθυνότητα (μέθοδος εκλογής).

Αντενδείξεις

Οι περιπτώσεις αντενδείξεων των ενδομητρικών σπειραμάτων είναι:

1. Εγκυμοσύνη (επιβεβαιωμένη ή πιθανολογούμενη)
2. Ιστορικό έκτοπης κύησης, η παρουσία προδιαθεσικών παραγόντων για αυτή την κατάσταση, όπως σαλπινγίτιδα, ενδομητρίτιδα ή πυελική λοίμωξη στο ιατρικό ιστορικό.
3. Συγγενείς ή επίκτητες διαμαρτυρίες ή παραμορφώσεις της μήτρας ή τον τραχήλου.
4. Ενεργός πυελική φλεγμονώδης νόσος ή ιστορικό υποτροπιάζουσας Π.Φ.Ν.
5. Παρουσία ή ιστορικό σεξουαλικά μεταδιδόμενου νοσήματος, συμπεριλαμβανομένης της γονόρροιας, της σύφιλης ή της χλαμυδιακής λοίμωξης του γεννητικού σωλήνα.
6. Έκτρωση προκληθείσα από λοίμωξη τους 3 τελευταίους μήνες.
7. Ατελής παλινδρόμηση της μήτρας μετά από τοκετό ή βάθος μητρικής κοιλότητας άνω των 9 εκ.
8. Παθολογία των οργάνων αναπαραγωγής (επιβεβαιωμένη ή πιθανολογούμενη) όπως: κακοήθεια, μεγάλα ή πολλαπλά ινομώματα της μήτρας που συνοδεύονται από υπερβολικά μεγάλη ποσότητα αίματος κατά την έμμηνο ρύση, υπερπλασία του ενδομητρίου, δυσπλασία τραχήλου της μήτρας και λοιμώξεις.
9. Αδιάγνωστη κολπική αιμόρροια.
10. Διαταραχές της πήξης του αίματος ή τρέχουσα χορήγηση αντιπηκτικών.
11. Οποιαδήποτε διαταραχή στον μεταβολισμό του χαλκού (π.χ. νόσος των Wilson — εφόσον πρόκειται για σπείραμα με χαλκό).
12. Επιβεβαιωμένη ή πιθανολογούμενη αλλεργική αντίδραση προς το χαλκό.
13. Σοβαρή αναιμία.

Παρενέργειες

1. Αμέσως μετά την τοποθέτηση του ενδομητρίου σπειράματος εμφανίζεται μικρή αιμορραγία. Επίσης σχεδόν πάντα παρουσιάζεται λίγο αίμα υπό μορφή κηλίδων ή οροαιματηρής έκκρισης στο μέσο της περιόδου που μπορεί να συνεχιστεί για μερικές εβδομάδες. Σε αυτή την περίπτωση δεν χρειάζεται να βγει το σπείραμα, εκτός και αν η αιμορραγία συνεχιστεί πάνω από 3 μήνες.
2. Μετά την τοποθέτηση του ελάσματος μπορεί να παρουσιαστεί παροδικός πόνος με τη μορφή κολικών της μήτρας ή πόνου χαμηλά στη μέση. Αν παρουσιαστεί πόνος ή αιμορραγία αφού προηγήθηκε διάστημα χωρίς συμπτώματα, αυτό μπορεί να σημαίνει απόρριψη. Οι περισσότερες απορρίψεις γίνονται στον πρώτο μήνα και το 50% από αυτές μέσα στους 3 πρώτους μήνες.
3. Περίπου 2% των γυναικών που τοποθέτησαν το ενδομήτριο έλασμα παρουσιάζουν κάποια φλεγμονή χωρίς να βγει το έλασμα.
4. Από πολλές γυναίκες υπάρχει φόβος ότι το ενδομήτριο σπείραμα μπορεί να προκαλέσει καρκίνο στη μήτρα. Διάφορες έρευνες όμως που έγιναν δεν έδειξαν κάτι τέτοιο. Επίσης και η περιοδική εξέταση κατά Παπανικολάου σε γυναίκες που είχαν τοποθετήσει έλασμα δεν έδειξε καμιά μεταβολή.
5. Η εμφάνιση πυελικής λοίμωξης είναι πιο συνηθισμένη στις γυναίκες που χρησιμοποιούν I.U.D.

Αιτίες για αφαίρεση του ενδομητρίου σπειράματος

1. Διαπίστωση κύησης.
2. Πυελική φλεγμονώδης νόσος.
3. Υπερβολική και επίμονη αιμορραγία ή κράμπες της μήτρας.
4. Διάτρηση του τραχηλικού ή και μητρικού τοιχώματος. Αν χρησιμοποιηθούν ακτίνες X για να εντοπισθεί η συσκευή συνιστάται προσοχή διότι μόνο το χάλκινο σύρμα είναι εμφανές στην ακτινογραφία.
5. Συνιστάται να αντικαθίσταται κάθε 2 ως 5 χρόνια, ανάλογα με τον τύπο του σπειράματος που χρησιμοποιήθηκε.
6. Έντονοι πόνοι που οφείλονται σε συσπάσεις της μήτρας.

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

- ✓ Για ένα μεγάλο διάστημα δεν χρειάζεται να σκέφτεται η γυναίκα την αντισύλληψη.
- ✓ Δεν υπάρχει καμιά επιβάρυνση στο ορμονικό σύστημα σε σχέση με την υψηλή ασφάλεια αντισύλληψης.
- ✓ Όσο πιο αυστηρή είναι η επιλογή τόσο λιγότερες οι παρενέργειες. Τα εμπλουτισμένα με λεβονοργεστρέλη ελαττώνουν την ποσότητα αίματος και τη δυσμηνόρροια, εφόσον αυτή προϋπάρχει. Τα IUD χαλκού έχουν τις λιγότερες παρενέργειες.

ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

- Περισσότερο αίμα και μεγαλύτερη διάρκεια της περιόδου. Μπορούν να εμφανιστούν αιμορραγίες ανάμεσα σε δύο περιόδους.
- Μία σπάνια, αλλά σοβαρή παρενέργεια, μπορεί να είναι η εμφάνιση μόλυνσης, η οποία πρέπει να θεραπευτεί οπωσδήποτε για να μην προκαλέσει αργότερα στειρότητα. Στις γυναίκες που επιθυμούν να αποκτήσουν παιδιά επισημαίνεται ιδιαίτερα ο ενδεχόμενος κίνδυνος της μετέπειτα στειρότητας, και γι' αυτό δεν συνιστάται το σπирάλ.

5. *Ανδρικό προφυλακτικό*

Το προφυλακτικό έχει ανακαλυφθεί από τον γιατρό της αυλής τον Βασιλιά Καρόλου του Που (1660-1685), τον δόκτορα Condom, ο. οποίος τιμήθηκε επίσημα από τον ηγεμόνα, που είχε θορυβηθεί από τον μεγάλο αριθμό των νόθων απογόνων του.

Το ανδρικό προφυλακτικό (Condom) είναι μια λεπτή θήκη από ελαστικό (Latex) και χρησιμοποιείται για την κάλυψη τον εν στύση πέους πριν από την σεξουαλική επαφή.

Το προφυλακτικό εφαρμόζεται στην αρχή της στύσης και πριν από την διείσδυση του πέους. Πρέπει να αποφεύγεται η επάλειψη με βαζελίνη ή άλλη λιπαρή ουσία, διότι

φθείρεται το ελαστικό και υπάρχει μεγάλος κίνδυνος να σκιστεί ή να γλιστρήσει. Μετά την εκσπερμάτιση, ο άνδρας πρέπει να τραβηχτεί πριν το πέος του μαλακώσει. Κάθε προφυλακτικό πρέπει να χρησιμοποιηθεί μόνο μια φορά κι επομένως πρέπει να αλλάζεται σε περίπτωση διαδοχικών επαφών.

Ο τρόπος δράσης συνίσταται στο ότι το σπέρμα συλλέγεται μέσα στην ειδική θήκη του προφυλακτικού κι έτσι εμποδίζεται η διέλευση των σπερματοζωαρίων στο γεννητικό σύστημα της γυναίκας. Η αποτελεσματικότητά του κυμαίνεται γύρω στο 95% και προσεγγίζει το 100% αν προστεθούν σπερματοκτόνες ουσίες.

Γενικότερα, η χρησιμοποίηση τον ανδρικού προφυλακτικού συνιστάται ιδιαίτερα στις αναπτυσσόμενες χώρες όπου για διάφορους λόγους (θρησκευτικούς, οικονομικούς, πολιτιστικούς κλπ.) δεν είναι διαθέσιμα τα ορμονικά αντισυλληπτικά. Στη χώρα μας κατέχει πρώτη θέση ως αντισυλληπτικό μέσο. Ιδιαίτερα σήμερα με την θεαματική διάδοση της μίαςτιγας τον AIDS σημειώνεται κατακόρυφη αύξηση της χρήσης του σ' όλο τον κόσμο, χάριν της προστασίας που προσφέρει έναντι της διασποράς τον ιού HIV. Ακόμα, το προφυλακτικό μπορεί να χρησιμοποιηθεί και ως συμπληρωματικό μέσο αντισύλληψης όταν π.χ. δεν ενδείκνυται η χρήση αντισυλληπτικού δισκίου. Συμπερασματικά, το προφυλακτικό είναι ένας πολύ καλός τρόπος αντισύλληψης, αρκεί να χρησιμοποιηθεί σωστά και επιπλέον προσφέρει μεγάλο βαθμό προστασίας από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, ιδιαίτερα στις προγαμιαίες σχέσεις. Η ένδειξη της ημερομηνίας λήξης και η αναφορά στα ISO (International Standards Organization) καθιστά ασφαλέστερη τη χρήση του. Πολλοί οργανισμοί συνιστούν εκτός από τη χρήση τον προφυλακτικού να χρησιμοποιείται από τη γυναίκα και σπερματοκτόνο υπόθετο που περιέχει νοβοξυνόλη 9. Το σπερματοκτόνο με αυτή τη σύνθεση αδρανοποιεί το σπέρμα και επίσης υγραίνει τον κόλπο μειώνοντας έτσι την τριβή του προφυλακτικού. Εργαστηριακοί έλεγχοι έχουν δείξει πως η νοβοχυνολ 9 μπορεί να αδρανοποιεί τον ιό HIV (AIDS). Δεν είναι όμως ακόμη διευκρινισμένο αν το ίδιο αποτέλεσμα μπορεί να έχει στον κόλπο της γυναίκας ή στον πρωκτό. Αν λάβουμε υπόψη ότι οι νέοι έχουν μεγάλη πιθανότητα να αλλάξουν σύντροφο τότε η χρήση ανδρικού προφυλακτικού καθίσταται προτεραιότητα ζωής, δεδομένου ότι δεν έχουν άλλο τρόπο να προφυλαχθούν από το AIDS (Ρούπα, 2006).

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

- ✓ Το χαμηλό κόστος.
- ✓ Η ευχερής χρήση.
- ✓ Δεν χρειάζεται ιατρική συνταγή και η διάθεσή του είναι ελεύθερη.
- ✓ Η μεγάλη αποτελεσματικότητα, η οποία αυξάνεται με την προσθήκη σπερματοκτόνων ουσιών.
- ✓ Η προστασία από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.
- ✓ Είναι καθολικά αβλαβές (εκτός από σπάνιες περιπτώσεις αλλεργίας).
- ✓ Συμμετέχει ο άνδρας στη διαδικασία της αντισύλληψης.
- ✓ Χρήσιμο σε περιπτώσεις πρόωρης εκσπερμάτισης.

ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

- Η μείωση της σεξουαλικής ικανοποίησης επειδή εμποδίζει την απόλυτη επαφή και την ευαισθητοποίηση των αισθητικών νεύρων τον πέους και την μη έγχυση σπέρματος μέσα στον κόλπο της γυναίκας.
- Ο ηλεκτρονικός έλεγχος δεν είναι από μόνος του εγγύηση για την ασφάλεια του προφυλακτικού.
- Ρηγνύεται συχνά. Γλιστρά και αφαιρείται μόνο τον από τη Θέση των σπανιότερα.

6. Γυναικείο προφυλακτικό (FEMIDOM)

Από το 1990 κυκλοφορεί στην αγορά το γυναικείο προφυλακτικό που φέρει το εμπορικό όνομα Femidom. Εξαιτίας της φύσης τον σχεδίου και τον υλικού τον το Femidom προσφέρει ένα συνδυασμό προστασίας, μπορεί να αποτελέσει μια καλώς ελεγχόμενη μέθοδο προστασίας από ανεπιθύμητη κύηση, από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, ενώ είναι ελεύθερο από παρενέργειες. Δίνει καταρχήν στις γυναίκες τη δυνατότητα ελέγχου της γονιμότητάς τους και παράλληλα είναι ασφαλές και αποτελεσματικό για την αποφυγή μόλυνσης από τον ιό HIV (ιός τον AIDS). Δεν απαιτεί τοποθέτηση από έναν επαγγελματία υγείας ούτε και χρειάζεται να τοποθετείται

με απόλυτη ακρίβεια μέσα στον κόλπο γύρω από τον τράχηλο. Έχει σχήμα που μπορεί να προσαρμόζεται φυσιολογικά καλύπτοντας εσωτερικά την περιφέρεια τον κόλπου.

Το υλικό του, η πολυουρεθάνη, μεταβιβάζει την θερμοκρασία τον σώματος κατά τρόπο φυσικό. Διαθέτει ένα εύκαμπτο δακτύλιο πολυουρεθάνης σε κάθε του άκρη. Ένας από τους δακτυλίους βρίσκεται μέσα στην Θήκη - στην άκρη τον προφυλακτικού - και έχει επίσης ένα μηχανισμό παρεμβολής και εσωτερικής «άγκυρας». Ο άλλος δακτύλιος αποτελεί την εξωτερική άκρη της θήκης και μένει έξω από τον γυναικείο κόλπο. Μ' αυτό τον τρόπο προστατεύει τη γυναίκα. (ακόνη και τα μικρά χείλη) και τη βάση του πέους τον άνδρα, κατά τη διάρκεια της, συνουσίας, προσφέροντας ένα περισσότερο φυσικό κάλυμμα και για τους δυο συντρόφους από ένα κοινό προφυλακτικό. Προσφέρεται μόνο για μια χρήση (Ρούπα, 2006).

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

- ✓ Είναι κάτω από τον έλεγχο της γυναίκας.
- ✓ Μπορεί να τοποθετηθεί εκ των προτέρων (πριν την ερωτική επαφή).
- ✓ Δεν διακόπτεται ιδιαίτερα ο ερωτικός αυθορμητισμός.
- ✓ Μπορεί να γίνει η έναρξη της συνουσίας προτού επέλθει πλήρης διέγερση.
- ✓ Λιγότερος ο κίνδυνος της ρήξης του (σπάσιμο).
- ✓ Είναι μικρότερος ο κίνδυνος της εγκυμοσύνης στην περίπτωση που γλιστρήσει το γυναικείο προφυλακτικό από τη θέση του, σε σχέση με το ανδρικό προφυλακτικό.
- ✓ Επιτρέπει μεγαλύτερη οικειότητα στη σεξουαλική έκφραση.
- ✓ Μπορεί να αναπληρώσει την ανάγκη σε αντισύλληψη σε επείγουσες περιπτώσεις.

ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

Η ιδέα του γυναικείου προφυλακτικού κάνει τις γυναίκες λιγότερο ελκυστικές και έχει αρνητική επίδραση στο σεξουαλικό κίνητρο.

- Μπορεί να σχολιάζεται αρνητικά από τους άνδρες ή γυναίκες που κάνουν χρήση του γυναικείου προφυλακτικού.
- Είναι ακριβό σε σχέση με το ανδρικό προφυλακτικό και δεν διατίθεται από όλα τα φαρμακεία.
- Έχει παρατηρηθεί ότι η αρνητική αντίδραση στην εμφάνιση ενός γυναικείου προφυλακτικού υποχωρεί με την εξοικείωση της επαναλαμβανόμενης χρήσης

3.2.6 Άλλες μέθοδοι

1. Αντρική στειρότητα σαν αντισυλληπτική μέθοδος

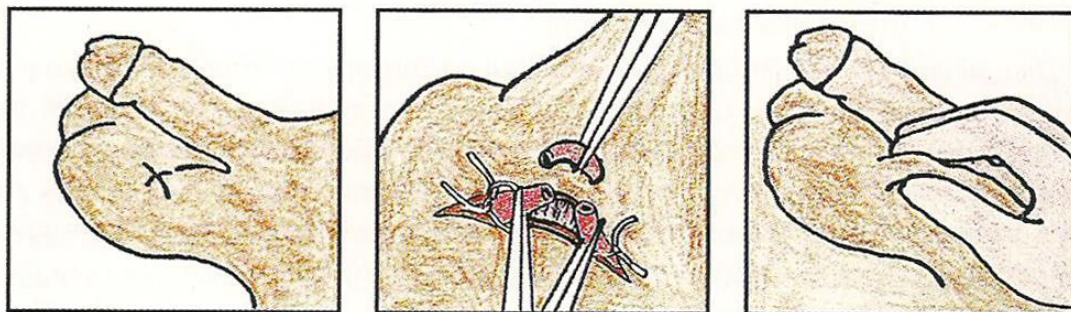
Όταν το ανδρικό σπέρμα εισχωρήσει στη μήτρα μιας γυναίκας και όταν απ' αυτά ενωθεί με ένα ωάριο, η γυναίκα πιθανόν να μείνει έγκυος. Χωρίς σπέρμα στο πέος του άνδρα μπορεί να μείνει έγκυος η σύντροφός του. Το σπέρμα ταξιδεύει από τους όρχεις (όπου παράγεται) δια μέσου των δύο σπερματικών πόρων μέσα στον θύλακα των όρχεων και αναμιγνύεται με εκκρίσεις πριν βγει από το πέος. Κατά τη διάρκεια της βασεκτομής οι σπερματικοί πόροι μέσα στο θύλακα των όρχεων μπλοκάρονται (ράβονται ή απολινώνονται) ώστε το σπέρμα να μην μπορεί να φτάσει στο πέος.

Κατά τη διάρκεια μιας επέμβασης συνήθως πραγματοποιούνται μία ή δυο μικρές τομές στο όσχεο προκειμένου να εντοπιστούν οι σπερματικοί πόροι μέσω των οποίων το σπέρμα ταξιδεύει από τους όρχεις στην ουρήθρα. Οι σπερματικοί πόροι στη συνέχεια κόβονται και απολινώνονται με μια από τις πολλές τεχνικές. Είναι μια μικρή εγχείρηση που συνήθως διαρκεί 25 λεπτά σε εξωτερικά ιατρεία (σε άλλα κράτη). Για ζευγάρια που δεν θέλουν άλλα παιδιά, εναλλακτική λύση προσφέρει επίσης η γυναικεία στειροποίηση.

Υπάρχει η πεποίθηση ότι οι περισσότερες μέχρι τώρα πληροφορίες γι' αυτά τα θέματα μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να παρέχουν ποιοτικές υπηρεσίες σ' όσους ζητάνε πληροφορίες.

Ένα τμήμα τον σπερματικού πόρου κόβεται (και μερικές φορές αφαιρείται) και μετά οι κομμένες άκρες δένονται αρκετά σφιχτά για να μπλοκάρουν τον πόρο ή

απολινώνονται με καυτηρίαση (ένα μυτερό ηλεκτρόδιο χρησιμοποιείται για να καυτηριάσει τις δύο άκρες). Ο σπερματικός πόρος επανέρχεται στον θύλακα των όρχεων και η μικρή τομή μπορεί να κλείσει με ράμματα, είτε απορροφητικά είτε όχι.



Εικόνα 4. Βασεκτομή. Ρούπα – Δαριβάκη Ζωή (2006). Οικογενειακός Προγραμματισμός & Αντισύλληψη. Σελ.136

Η νεότερη αυτή μέθοδος βασεκτομής, που αναπτύχθηκε στην Κίνα, χρησιμοποιεί μια μικρή παρακέντηση αντί μιας επιδερμικής τομής για να φτάσει στους σπερματικούς πόρους μέσα στο θύλακα των όρχεων. Αυτή η διαδικασία είναι εξίσου αποτελεσματική με τη συνήθη βασεκτομή που χρησιμοποιείται συστηματικά σε πολλά προγράμματα σε όλο τον κόσμο. Στην Κίνα όπου 10.000.000 άνδρες έκαναν χωρίς νυστέρι είχαν κάποια πλεονεκτήματα.

Οι όρχεις τον άνδρα θα συνεχίσουν να παράγουν σπέρμα το οποίο θα αγνοηθεί από το σώμα αφού μη χρησιμοποιούμενο σπέρμα συνήθως βρίσκεται στον άνδρα είτε έχει είτε δεν έχει κάνει βασεκτομή. Τα υγρά που παράγει το πέος θα συνεχίσει να τα παράγει στην ίδια ποσότητα. Όταν ο άνδρας εκσπερματώνει, η μόνη διαφορά είναι ότι δεν υπάρχει σπέρμα στα υγρά.

Η βασεκτομή δεν επηρεάζει την παραγωγή των ανδρικών ορμονών. Οι άνδρες δεν πρέπει να περιμένουν καμιά αλλαγή στα φυσικά χαρακτηριστικά τον ανδρισμού, στη σωματική δύναμη, στη σεξουαλική ορμή, τη διέγερση ή τις κορυφώσεις τον οργασμού.

Χωρίς τον φόβο μιας απρογραμμάτιστης εγκυμοσύνης και την ανησυχία για τη χρήση μιας προσωρινής αντισύλληψης μερικοί άνδρες αναφέρουν αυξημένη σεξουαλική ικανοποίηση.

2. Γυναικεία στείροποίηση (Γ.Σ.) σαν αντισυλληπτική μέθοδος

Η Γ.Σ. είναι μια χειρουργική διαδικασία με την οποία τερματίζεται η γονιμότητα της γυναίκας. Η διαδικασία αυτή περιλαμβάνει τον αποκλεισμό των σαλπίγγων έτσι ώστε το ωάριο και το σπερματοζωάριο δεν μπορούν να συναντηθούν. Αυτό γίνεται κατά τη διάρκεια μιας σχετικά εύκολης επέμβασης η οποία ποικίλλει ανάλογα με:

- Τη χειρουργική μέθοδο,
- την τεχνική αποκλεισμού των σαλπίγγων,
- το χρόνο της διαδικασίας.

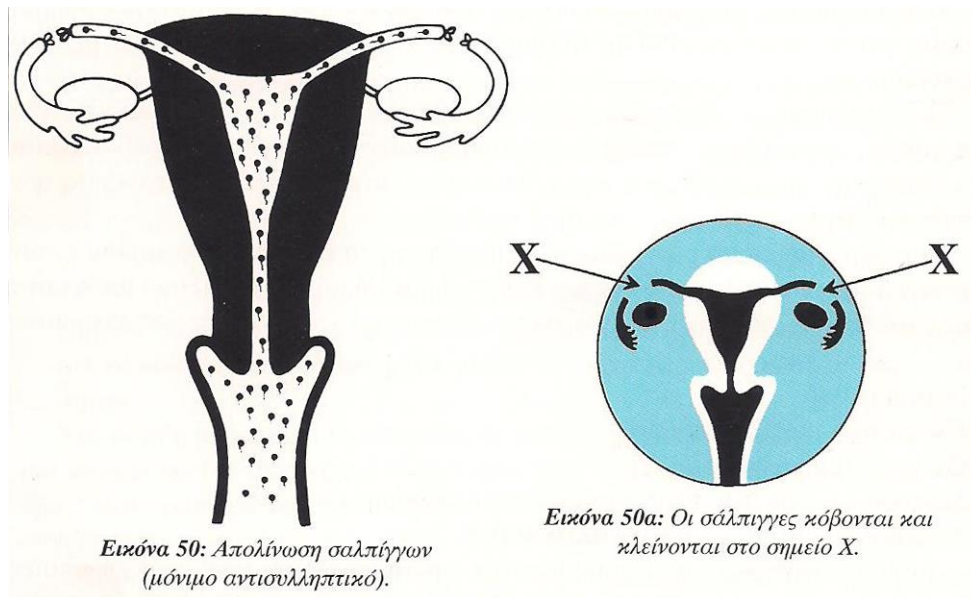
Ο χρονικός παράγοντας (πότε θα γίνει η στείροποίηση) επηρεάζει την επιλογή της χειρουργικής μεθόδου και της μεθόδου αποκλεισμού των σαλπίγγων.

Οι γυναίκες που επιλέγουν τη στείροποίηση πλεονεκτούν λόγω της υψηλής αποτελεσματικότητας της μεθόδου. Η γυναικεία στείροποίηση είναι κατάλληλη για τις περισσότερες γυναίκες οι οποίες είναι σίγουρες ότι δε θέλουν άλλα παιδιά και είναι πιο κατάλληλη για γυναίκες που δεν έχουν ενδοιασμούς για χειρουργείο ή γενική αναισθησία.

Η διαδικασία της στείροποίησης μπορεί να γίνει σε πολλές χρονικές στιγμές στη ζωή μιας γυναίκας. Συνήθως γίνεται:

- Αμέσως μετά τον τοκετό: αμέσως ή μέχρι και 48 ώρες μετά τον τοκετό ή κατά τη διάρκεια μιας καισαρικής τομής.
- Μετά από έκτρωση: ακολουθώντας αμέσως είτε μία έκτρωση, είτε μία αποβολή.
- Στην ενδιάμεση περίοδο: όταν δηλαδή η γυναίκα δεν ήταν πρόσφατα έγκυο ή έχουν περάσει τουλάχιστον έξι εβδομάδες από τον προηγούμενο τοκετό (όταν η μήτρα έχει παλινδρομήσει στις κανονικές της διαστάσεις).

Η γυναικεία στείροποίηση δεν θα πρέπει να γίνεται όταν η γυναίκα είναι έγκυος ή 8-41 ημέρες μετά τον τοκετό. Μόνο με ειδική φροντίδα μπορεί να γίνει 3-7 ημέρες μετά τον τοκετό.



Εικόνα 5. Γυναικεία στειροποίηση. Ρούπα – Δαριβάκη Ζωή (2006). Οικογενειακός Προγραμματισμός & Αντισύλληψη. Σελ.141

Καμία αντισυλληπτική μέθοδος δεν είναι ιδανικά κατάλληλη για όλες τις γυναίκες. Η στειροποίηση προσφέρει εξαιρετικά αποτελεσματική προστασία σε γυναίκες που χρειάζονται μια αξιόπιστη αντισυλληπτική μέθοδο και είναι σίγουρες ότι δεν θέλουν άλλα παιδιά.

Προσφέρει μόνιμη και ασφαλή προστασία από μία ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη χωρίς κανέναν από τους πιθανούς κινδύνους που σχετίζονται με μερικές προσωρινές μεθόδους. Επίσης σε σύγκριση με άλλες μεθόδους δεν απαιτεί συνεχές ενδιαφέρον από την πλευρά της γυναίκας.

Μια γυναίκα η οποία έχει κάνει στειροποίηση, έχει απαλλαγεί από τις συνηθισμένες ανησυχίες που σχετίζονται με τις προσωρινές μεθόδους (συμφωνία συντρόφου, δυσχέρειες, επιπλοκές, προβλήματα ανεφοδιασμού και τις συνέπειες της μη λήψης τους).

Πιθανές επιπλοκές της γυναικείας στείρωσης.

- *Βραχυπρόθεσμες*: Οι επιπλοκές είναι σπάνιες. Οι τύποι των επιπλοκών ποικίλλουν ανάλογα με το είδος της εγχείρησης. Οι επιπλοκές της μικρολαπαροτομής περιλαμβάνουν μετεγχειρητικές μολύνσεις ή εντερικά τραύματα. Οι επιπλοκές της λαπαροσκοπίας μπορεί να περιλαμβάνουν προβλήματα με την αναισθησία και τραυματισμούς σε όργανα από εργαλεία. Αν και οι επιπλοκές της λαπαροσκόπησης δεν είναι πιο σοβαρές. Το ποσοστό των επιπλοκών εξαρτάται σε υψηλό βαθμό από το επίπεδο της χειρουργικής δεξιότητας και της εμπειρίας τον χειρουργού. Οι πιθανότητες να υπάρχουν αυτά τα προβλήματα είναι κυρίως περιορισμένες κατά την ώρα του χειρουργείου ή λίγο αργότερα. Μπορούμε να εμποδίσουμε τα περισσότερα απ' αυτά τα προβλήματα με προσοχή, με εντατικό έλεγχο, με τη χρήση της σωστής τοπικής αναισθησίας, με προσεγμένη χειρουργική τεχνική, καλή ασηψία και κατάλληλη μετεγχειρητική φροντίδα. Η σοβαρότητα των προβλημάτων μπορεί να ελαχιστοποιηθεί αν αυτά διαγνωστούν γρήγορα και θεραπευτούν σωστά. Προφορικές ή γραπτές μετεγχειρητικές οδηγίες (με εικονογραφήσεις όπου χρειάζεται για γυναίκες λειτουργικά ή όχι αναλφάβητες) θα πρέπει να ευαισθητοποιούν τις γυναίκες στην σημασία που έχει το γεγονός, να επισκεφθούν την κλινική μία εβδομάδα μετά τη στείρωση για να βεβαιωθούν ότι δεν έχει προκύψει κάποια μόλυνση ή κάποια δυσχέρεια.

- *Μακροπρόθεσμες*: Η αποτυχία της στείρωσης είναι σπάνια. Όταν όμως μια γυναίκα που έχει κάνει στείρωση μένει έγκυος είναι πιθανόν να έχει ανώμαλη εγκυμοσύνη. Οι γυναίκες θα πρέπει να ενημερωθούν για τη σημασία που έχει η άμεση ιατρική φροντίδα αν υπάρχει βασική πιθανότητα να είναι έγκυες. Άλλη μια πιθανή συνέπεια είναι η μετέπειτα της στείρωσης, αλλαγή γνώμης. Αποτελέσματα ερευνών υπογραμμίζουν τη σημασία της ενημέρωσης των γυναικών οι οποίες σκέπτονται τη στείρωση, για τη μόνιμή της φύση και την πιθανότητα αλλαγής άποψης.

Αναστρεψιμότητα στειροποίησης:

Οι περισσότερες γυναίκες που επιλέγουν τη στειροποίηση πιστεύουν ότι έχουν κάνει τη σωστή επιλογή αλλά ορισμένες αλλάζουν γνώμη. Για ορισμένες γυναίκες η εγχείρηση για επανάκτηση της γονιμότητας μπορεί να είναι μια άλλη επιλογή.

Παρόλο που η αντιστροφή είναι πιθανή σε ορισμένες περιπτώσεις η στειροποίηση δεν θα πρέπει να θεωρηθεί αναστρέψιμη μέθοδος. Οι γυναίκες που σκέφτονται τη στειροποίηση πρέπει να τη θεωρούν μόνιμη μέθοδο και θα πρέπει να λάβουν υπόψη την πιθανότητα αλλαγής γνώμης στο μέλλον.

Οι γυναίκες θα πρέπει να γνωρίζουν ότι η εγχείρηση για ν' αποκατασταθεί η γονιμότητα είναι διαθέσιμη μόνο σε ορισμένες χώρες.

Η ενημέρωση θα πρέπει να τονίζει τα εξής:

- Η στείρωση θεωρείται μόνιμη μέθοδος.
- Η διαδικασία αντιστροφής περιλαμβάνει περιπλοκή και μακρόχρονη εγχείρηση, πολύ καλά εκπαιδευμένους χειρουργούς και ειδικευμένο προσωπικό και εξοπλισμό. Απαιτεί γενική αναισθησία. Οι κίνδυνοι είναι μεγαλύτεροι και η ανάρρωση βραδύτερη από αυτή της στειροποίησης.
- Ένας μεγάλος αριθμός αυτών των διαδικασιών έχει αποτύχει.
- Η διαδικασία αποκατάστασης της γονιμότητας αυξάνει τον κίνδυνο της εξωμήτριας εγκυμοσύνης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. Ο ρόλος του νοσηλευτή στον Ο.Π.

4.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή

Η οικογένεια αποτελεί τη βασική μονάδα της κοινωνίας. Στο παρελθόν, το στερεότυπο της οικογένειας ανάγεται στην ύπαρξη δύο γονέων που συμβιώνουν με τα βιολογικά τους παιδιά. Σήμερα η κοινωνία αποδέχεται διάφορους οικογενειακούς τύπους και δομές.

Η οικογενειακή δομή αναφέρεται στα χαρακτηριστικά (ηλικία, αριθμός παιδιών, γένος). Πολλοί άνθρωποι οραματίζονται μία οικογενειακή δομή στην οποία θα είναι παντρεμένοι, θα έχουν παιδιά και θα ζουν σε μονογαμική στέγη. Παρόλα αυτά, ένας διαρκώς αυξανόμενος αριθμός ατόμων προτιμούν άλλα οικογενειακά πρότυπα σε κάποια στιγμή της ζωής τους, καθώς δεν υπάρχει πλέον η γενική ομοφωνία ότι το παραδοσιακό οικογενειακό μοντέλο είναι το μοναδικό 'σωστό'.

Η χώρα μας παραμένει μία από τις χώρες με τη χαμηλότερη επικράτηση στη χρήση σύγχρονων μεθόδων αντισύλληψης και με τον υψηλότερο αριθμό εκτρώσεων.

Ο ρόλος του νοσηλευτή στον οικογενειακό προγραμματισμό έχει εμβαθύνει τα τελευταία χρόνια. Ο νοσηλευτής έχει εμπλακεί σε όλα τα επίπεδα του οικογενειακού προγραμματισμού. Έχει την ευκαιρία να προσεγγίσει το ζευγάρι κατά την προγεννητική περίοδο και μετά τον τοκετό. Σημαντική είναι και η παρακολούθηση του ασθενή συμπεριλαμβανομένων και των κατ'οίκον επισκέψεων για την ανακούφιση τυχών ανησυχιών.

Αρχικά η πρώτη επαφή πραγματοποιείται στο γραφείο του Ο.Π.. Εκεί ο νοσηλευτής μπορεί να ενθαρρύνει τη θετική διάθεση του ασθενούς και να αξιολογήσει τις γνώσεις του. Γενικότερα τα στάδια διακρίνονται σε:

1. Προγεννητική και μετά τον τοκετό επαφή.
2. Στην αρχική επαφή στην κλινική οικογενειακού Προγραμματισμού:
 - Αξιολογεί τις γνώσεις του ασθενή
 - Απαντά σε ερωτήσεις
 - Αποσαφηνίζει και δίνει οδηγίες σε νέους ασθενείς
 - Ενθαρρύνει την οικογένεια να έχει θετική στάση απέναντι στον Ο.Π.

- Ηγείται ομαδικές συζητήσεις για να διευκολύνει την επικοινωνία
- Προετοιμάζει τον ασθενή για την εξέταση

3. Παρακολούθηση και κατ'οίκον επισκέψεις για να ανακουφίσει τις τυχόν ανησυχίες του για τις αντισυλληπτικές μεθόδους.

4. Μπορεί να διαχειρίζεται ιατρικά και συναισθηματικά προβλήματα σε νέους ασθενείς (χωρίς όμως να παραλείπει να επιστρέψει στην κλινική)

5. Η νοσηλεύτρια θα πρέπει επίσης να διατηρεί μια επαγγελματική στάση όταν τα δικά της θρησκευτικά πιστεύω ή οι δίκες της κοινωνικές ανησυχίες έρχονται σε σύγκρουση με τα συμφέροντα του ασθενούς.

6. Η επαγγελματίας νοσοκόμα προχωράει σε πρακτικά εκπαιδευομένη νοσηλεύτρια που είναι καταρτισμένη για να παρέχει την προαγωγή της υγείας και την συντήρηση της μέσω της διάγνωσης και της θεραπείας, είτε κάποιας οξείας νόσου είτε χρόνιας πάθησης.

7. Έχει προταθεί οι νοσηλευτές να περιλαμβάνονται σε όλες τις πτυχές της ανάπτυξης και της αξιολόγησης του προγραμματισμού λόγω της συμμετοχής τους στα κοινά και στην εξοικείωσή τους με τις ανάγκες της κοινότητας.

4.2 Απαιτούμενες δεξιότητες του νοσηλευτή-τριας

Ο οικογενειακός προγραμματισμός απαιτεί από το νοσηλευτή να διαθέτει γενικές γνώσεις, ειδικές-παιδαγωγικές δεξιότητες επικοινωνίας και κυρίως θέληση για το αντικείμενο αυτό. Στα χαρακτηριστικά του νοσηλευτή - εκπαιδευτή συμπεριλαμβάνονται η ενεργητικότητα, η διάθεση, η υπομονή, η κριτική ικανότητα, η παιδαγωγική κατάρτιση, οι ειδικές γνώσεις και δεξιότητες καθώς και η δεξιολογία του στη μη λεκτική επικοινωνία. Η μη λεκτική επικοινωνία είναι ένα σημαντικό κλειδί στη προσέγγιση του ασθενή. Ενθαρρυντικά σήματα και νεύματα είναι μερικές φορές αρκετά για να συνεχίσει ο ασθενής να μιλάει, να εκφράζει τους φόβους και τις απορίες του (Φουντούκη & Θεοφανίδης, 2012).

4.3 Τομείς νοσηλευτικών παρεμβάσεων

Ο νοσηλευτής και η νοσηλεύτρια στον οικογενειακό Προγραμματισμό έχουν ένα ευρύ πεδίο απασχόλησης, το οποίο περιλαμβάνει:

- Έλεγχος σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων (προσυμπτωματικός έλεγχος).
- Διενέργεια εμβολιασμών για τον ιό των ανθρωπίνων κονδυλωμάτων (HPV).
- HPV DNA test.
- Λήψη test pap.
- Έλεγχος - ψηλάφηση μαστού.
- Λήψη κολπικών υγρών για καλλιέργεια.
- Ενημέρωση για τις σύγχρονες αντισυλληπτικές μεθόδους.
- Συμβουλευτική για διακοπή ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης.
- Συμβουλευτική και υποστήριξη κακοποιημένων γυναικών.
- Ενημέρωση σε Θέματα Υγιεινής.
- Συμβουλευτική σε εμπαθείς ομάδες.
- Ατομική συμβουλευτική για το μητρικό Θηλασμό.
- Συμβουλευτική για ψυχολογική στήριξη λεχιάδος/Διασύνδεση με υπηρεσίες.
- Συμβουλευτική για την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση κληρονομικών, σπάνιων και χρόνιων νοσημάτων – Ψυχοκοινωνική στήριξη.
- Συμβουλευτική – Στήριξη σε θέματα εμμηνόπαυσης.
- Ενημέρωση – Διασύνδεση σε θέματα υπογονιμότητας, στειρότητας κλπ.
- Αγωγή Υγείας και Σεξουαλική Διαπαιδαγώγιση (με μορφή προγραμμάτων).
- Ενημέρωση για σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.
- Ενημέρωση σε θέματα αντισύλληψης.
- Επιμόρφωση σε θέματα υγιεινής του γεννητικού συστήματος.
- Ενημέρωση για εμβολιασμούς για τον ιό των ανθρωπίνων κονδυλωμάτων (HPV).
- Οργάνωση διαλέξεων ενημερωτικών εκδηλώσεων σε σχολεία, κοινωνικές οργανώσεις, Δήμους κλπ.
- Οργάνωση επιμορφωτικών σεμιναρίων και προγραμμάτων για επαγγελματίες υγείας και για υπηρεσίες υγείας.
- Ενημέρωση για διακοπή ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης.
- Ενημέρωση και επιμόρφωση σε Θέματα Οικογενειακού Προγραμματισμού σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο.

- Ενημέρωση και παροχή οδηγιών για πρόληψη νεοπλασμάτων σε γυναίκες (μαστός, τράχηλος της μήτρας κλπ).
- Επιμόρφωση για τη ψυχοπροφυλακτική μέθοδο.
- Προαγωγή του μητρικού θηλασμού.
- Συμβουλευτική επιθυμητής εγκυμοσύνης.
- Επιμόρφωση για θέματα κακοποίησης γυναικών και ενδοοικογενειακής βίας.
- Ενημέρωση σε ευπαθείς ομάδες (άγαμες μητέρες, ρομά, μετανάστες, ανήλικες μητέρες, αλλοδαπές γυναίκες κλπ).
- Συλλογή και επεξεργασία στατιστικών δεδομένων (Ιατράκης, 2010).

4.4 Μέσα ενημέρωσης και επικοινωνίας με το κοινό

Διαλέξεις

Στο παρελθόν, οι διαλέξεις αποτελούσαν τη μοναδική μέθοδο διδασκαλίας. Σήμερα, συνεχίζουν να αποτελούν μια διαδεδομένη μέθοδο και αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι είναι εύκολη μέθοδος και οικονομική. Χρησιμοποιούν στη μετάδοση πληροφοριών, ευαισθητοποιούν και προβληματίζουν, προσφέρονται για την εισαγωγή ευρύτερων προγραμμάτων, στην επεξήγηση πιο σύνθετων τεχνικών και μεθόδων και αποτελούν συχνά τη μόνη λύση, όταν το κοινό δεν είναι σε θέση να αξιοποιήσει άλλα μέσα πχ. φυλλάδια σε αναλφάβητους (Φουντούκη & Θεοφανίδης, 2012).

Ατομική Διδασκαλία

Στη μέθοδο αυτή ο νοσηλευτής και ο εκπαιδευόμενος (ασθενής ή υγιής) βρίσκονται «πρόσωπο με πρόσωπο». Μπορεί να διεξαχθεί τόσο στο νοσοκομείο όσο και στο σπίτι σε προγράμματα αγωγής υγείας στην κοινότητα ή κατά τη νοσηλεία κατ' οίκον. Αποτελεί τον μοναδικό τρόπο προσέγγισης όταν το οποίο θα ασχοληθεί είναι πολύ συγκεκριμένο και είναι δύσκολη η σύσταση ομάδας με την ίδια εκπαιδευτική ανάγκη. Είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική μέθοδος όσον αφορά τον εκπαιδευόμενο. Μπορεί να σχεδιαστεί με πλήθος τεχνικών, όπως διάλεξη, συζήτηση και οπτικοακουστικά μέσα. Η ατομική διδασκαλία μπορεί να τροποποιεί τις τεχνικές που χρησιμοποιεί κατά τη

διάρκειά της ανάλογα με τις εκπαιδευτικές ιδιαιτερότητες και ανάγκες και να κατευθύνεται στην ουσία από τον εκπαιδευόμενο. Σαν μειονέκτημα θα μπορούσε να αναφερθεί το γεγονός ότι έχει μικρή αποδοτικότητα από την πλευρά του συνόλου και του κοινού καλού, καθώς εκπαιδύεται μόνο ένα άτομο (Φουντούκη & Θεοφανίδης, 2012).

Μέσα μαζικής επικοινωνίας

Επιπλέον ο νοσηλευτής μπορεί να χρησιμοποιήσει τα μέσα μαζικής επικοινωνίας προκειμένου να εμπλουτίσει τις άλλες εκπαιδευτικές μεθόδους. Τα πιο συνήθη ΜΜΕ είναι η τηλεόραση, το ραδιόφωνο, ο ημερήσιος και περιοδικός τύπος, τα βιβλία και οι διαφημίσεις σε δημόσιους - ανοιχτούς χώρους. Τα μέσα αυτά, χαρακτηρίζονται και από τη μετάδοση σχετικά απλών πληροφοριακών μηνυμάτων. Η δύναμή τους, ειδικά της τηλεόρασης, είναι σημαντική όσον αφορά την ευαισθητοποίηση του κοινού και την παροχή γνώσεων (Φουντούκη & Θεοφανίδης, 2012).

Οπτικοακουστικά μέσα

Στα οπτικοακουστικά μέσα συμπεριλαμβάνεται ένα ευρύ φάσμα διαφορετικών μεθόδων εκπαίδευσης και επικοινωνίας. Ορισμένα από τα οπτικοακουστικά μέσα είναι μόνο οπτικά π.χ. συγγράμματα, φυλλάδια, προκηρύξεις, χάρτες, αφίσες, βουβές κινηματογραφικές ταινίες, slides, διαφάνειες, πίνακες, άλλα είναι μόνο ακουστικά π.χ. κασέτες, δίσκοι και ορισμένα συνδυάζουν το οπτικό με το ακουστικό στοιχείο π.χ. ομιλούσες ταινίες, βίντεο, συνδυασμός διαφανειών με ήχο και οπτικοί δίσκοι. Πολλοί ερευνητές δημιούργησαν βιντεοταινίες με σκοπό την αξιολόγηση της μεθόδου αυτής στην αγωγή υγείας. Παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση των γνώσεων, κάτι που συνήθως ελεγχόταν με τεστ πριν και μετά, αλλά και με συνεντεύξεις (Φουντούκη & Θεοφανίδης 2012).

Χρήση ηλεκτρονικών υπολογιστών

Η τεχνολογία της πληροφορίας, όπως οι ηλεκτρονικοί υπολογιστές και το διαδίκτυο έχουν συμβάλει στον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι μπορούν να επικοινωνούν μεταξύ τους και να μορφωθούν. Στον τομέα τον οικογενειακού προγραμματισμού, υπάρχει πλήθος εκπαιδευτικών δίσκων (CD-ROM, DVD) (Φουντούκη & Θεοφανίδης 2012).

4.5 Ο ρόλος του σχολικού νοσηλευτή στη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση παιδιών και εφήβων

Σκοπός και Θέματα

Σκοπός της πρωτοβάθμιας ομάδας υγείας και κατ' επέκταση τον 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 γεννητικών οργάνων

Είναι σημαντική η γνώση της ανατομίας των γεννητικών οργάνων. Σύμφωνα με μελέτες, αρκετές ενήλικες γυναίκες έχουν ασαφή εικόνα ή άγνοια για την γεννητική περιοχή των σωμάτων 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 να 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).

4.6 Συμπεράσματα για το ρόλο του νοσηλευτή στον οικογενειακό προγραμματισμό

Οι νοσηλευτές όπως και όλοι οι επαγγελματίες υγείας (ιατροί ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί) διαδραματίζουν ιδιαίτερα 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 τον 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 ότι 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 του δίνεται 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).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. Έρευνα

5.1 Σκοπός

Σκοπός της έρευνας ήταν να αναλυθεί το θέμα: «Η συμβολή της τεχνολογίας στη διάδοση και ορθή εφαρμογή του οικογενειακού προγραμματισμού, ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού.»

Επειδή το ερώτημα είναι σύνθετο διασπάστηκε στα εξής τέσσερα απλούστερα υποερωτήματα:

1. Η σημασία του Οικογενειακού προγραμματισμού.
2. Χρήση τεχνολογίας από τους ασθενείς.
3. Τεχνολογικές εξελίξεις στις μεθόδους αντισύλληψης.
4. Συμβολή νοσηλευτικού προσωπικού.

Διερευνάται αρχικά δηλαδή το ποσοστό των ανεπιθύμητων εγκυμοσυνών, λόγω ελλιπούς χρήσης αντισυλληπτικών μέτρων που αποτελεί και ισχυρή ένδειξη μικρής επιρροής της γνώσης περί του οικογενειακού προγραμματισμού. Στη συνέχεια εξετάζεται η δυνατότητα για χρήση της τεχνολογίας στην ενημέρωση για τον οικογενειακό προγραμματισμό αλλά και στην αντιμετώπιση των συνεπειών της μη εφαρμογής του. Έπειτα παρουσιάζονται οι εξελίξεις στην αντισύλληψη με χρήση αναδυόμενων τεχνολογιών. Και τέλος προβάλλεται η δυνατότητα ενθάρρυνσης για τη χρήση νέων τεχνολογιών από το νοσηλευτικό προσωπικό.

Αναλυτικότερα τα άρθρα που αφορούν το πρώτο ερώτημα είναι τα (1), (2), (3), το δεύτερο ερώτημα τα (4), (5), (6), το τρίτο ερώτημα τα (7), (8), (9) και το τέταρτο ερώτημα το (10).

5.2 Είδος έρευνας

Η έρευνα είναι δευτερογενής, αφού στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκαν δεδομένα από άλλες έρευνες που έχουν δημοσιευτεί προηγουμένως. Επίσης η έρευνα αυτή ονομάζεται και ποσοτική με αξιολογικό ποσοτικό σχεδιασμό.

5.3 Περιγραφή δείγματος

Το δείγμα της έρευνας περιλαμβάνει άτομα διαφόρων ηλικιών τα οποία βρίσκονται σε ηλικία αναπαραγωγής.

5.4 Μέθοδος συλλογής δεδομένων

Τα δεδομένα συλλέχθηκαν από το διαδίκτυο στις μηχανές αναζήτησης scholar.google.gr, ingentaconnect.com, search.who.int, science.sciencemag.org και τέλος από το pubmed.

5.5 Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Τα άρθρα που επιλέχθηκαν προέρχονται από <http://www.ingentaconnect.com>, <https://scholar.google.gr/>, <http://science.sciencemag.org>, <http://search.who.int> και <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.

Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν: “family planning emerging technologies”, “technological advancements in family planning”, “family planning contraceptive technologies” και “family planning technology” ως πιο γενικευμένη αναζήτηση. Η αναζήτηση με λέξη κλειδί “family planning emerging technologies” έδωσε 854.000 στο google scholar (<https://scholar.google.gr/>) και επιλέχθηκε ένα άρθρο. Η αναζήτηση με λέξη κλειδί “technological advancements in family planning” έδωσε 1450 στο world health organization (<http://search.who.int>) και επιλέχθηκε ένα άρθρο. Η αναζήτηση με λέξη κλειδί “family planning contraceptive technologies” έδωσε 39.600 στο google scholar (<https://scholar.google.gr/>) και επιλέχθηκαν τρία άρθρα. Και τέλος οι αναζητήσεις με λέξη κλειδί “family planning technology” έδωσαν τα εξής αποτελέσματα:

- Google scholar (<https://scholar.google.gr/>), 3.030.000 αποτελέσματα και επιλέχθηκαν 2 άρθρα.
- Ingenta (<http://www.ingentaconnect.com>), 164 αποτελέσματα και επιλέχθηκαν 2 άρθρα.

- World health Organization (<http://search.who.int>), 3270 αποτελέσματα και επιλέχθηκε 1 άρθρο.
- Pubmed (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>), 629 αποτελέσματα και επιλέχθηκαν 2 άρθρα.

Οι αριθμοί των αποτελεσμάτων που αναφέρονται είναι πάντα για άρθρα της τελευταίας πενταετίας. Κριτήρια για την έγκριση και αποδοχή των άρθρων ήταν η δημοσίευσή τους μέσα στην τελευταία πενταετία και η σχέση του περιεχομένου τους με τουλάχιστον με ένα από τα τέσσερα υποερωτήματα που αναφέρονται παραπάνω. Βασικό κριτήριο απόρριψης άρθρων ήταν η εστίαση του περιεχομένου σε άλλο θέμα, δηλαδή η απλή αναφορά στο ερώτημα που αφορά την παρούσα έρευνα χωρίς να είναι αυτό τελικά το κεντρικό αντικείμενο του άρθρου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. Αποτελέσματα/Ευρήματα

6.1 Ανάλυση δεδομένων

1. Gilda Sedgh, Susheela Singh, Rubina Hussain (2014) “Intended and Unintended Pregnancies Worldwide in 2012 and Recent Trends” *Studies in Family Planning* 2014; 45[3]: 301–314.

Abstract

Periodic estimation of the incidence of global unintended pregnancy can help demonstrate the need for and impact of family planning programs. We draw upon multiple sources of data to estimate pregnancy incidence by intention status and outcome at worldwide, regional, and subregional levels in 2012 and to assess recent trends using previously published estimates for 2008 and 1995. We find that 213 million pregnancies occurred in 2012, up slightly from 211 million in 2008. The global pregnancy rate decreased only slightly from 2008 to 2012, after declining substantially between 1995 and 2008. Eighty-five million pregnancies, representing 40 percent of all pregnancies, were unintended in 2012. Of these, 50 percent ended in abortion, 13 percent ended in miscarriage, and 38 percent resulted in an unplanned birth. The unintended pregnancy rate continued to decline in Africa and in the Latin America and Caribbean region. If the aims of the London Summit on Family Planning are carried out, the incidence of unwanted and mistimed pregnancies should decline in the coming years.

Περίληψη

Ο υπολογισμός των παγκόσμιων, μη προγραμματισμένων εγκυμοσύνων μπορεί να βοηθήσει να εκδηλώσουμε την ανάγκη και το αντίκτυπο του οικογενειακού προγραμματισμού. Συγκεντρώνουμε πολλαπλές πηγές δεδομένων για να υπολογίσουμε τα περιστατικά εγκυμοσύνης από πρόθεση και μη, παγκόσμια, περιφερειακά και μη περιφερειακά επίπεδα το 2012 και να αξιολογήσουμε πρόσφατες τάσεις, χρησιμοποιώντας προηγούμενους υπολογισμούς που έχουν εκδοθεί για το 2008 και το 1995. Ανακαλύπτουμε ότι 213 εκατομμύρια εγκυμοσύνες συνέβησαν το 2012 από 211 εκατομμύρια το 2008. Ο παγκόσμιος δείκτης εγκυμοσύνης μειώθηκε μόνο λίγο από το 2008 μέχρι το 2012 μετά από ουσιαστική μείωση ανάμεσα στο 1995 και το 2008. 85

εκατομμύρια εγκυμοσύνες, αντιπροσωπεύοντας το 40% όλων των εγκυμοσύνων, ήταν χωρίς πρόθεση το 2012. Από αυτές, 50% κατέληξαν σε έκτρωση, 13% κατέληξαν σε αποβολή και 38% κατέληξαν σε μία απρογραμματίστη γέννα. Ο δείκτης εγκυμοσύνης χωρίς πρόθεση συνέχισε να μειώνεται στην Αφρική, στη Λατινική Αμερική και την Καραϊβική. Εάν οι στόχοι της συνόδου κορυφής στο Λονδίνο σχετικά με τον οικογενειακό προγραμματισμό έρθουν εις πέρας το ενδεχόμενο μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης πρέπει να μειωθεί τα επόμενα χρόνια.

2. Leontine Alkema, Vladimira Kantorova, Clare Menozzi, Ann Biddlecom (2013) “National, regional, and global rates and trends in contraceptive prevalence and unmet need for family planning between 1990 and 2015: a systematic and comprehensive analysis” www.thelancet.com Published online March 12, 2013 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62204-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62204-1)

Abstract

Expansion of access to contraception and reduction of unmet need for family planning are key components to improve reproductive health, but scarce data and variability in data sources create difficulties in monitoring of progress for these outcomes. We estimated and projected indicators of contraceptive prevalence and unmet need for family planning from 1990 to 2015.

Methods

We obtained data from nationally representative surveys, for women aged 15–49 years who were married or in a union. Estimates were based on 930 observations of contraceptive prevalence between 1950 and 2011 from 194 countries or areas, and 306 observations of unmet need for family planning from 111 countries or areas. We used a Bayesian hierarchical model combined with country-specific time trends to yield estimates of these indicators and uncertainty assessments. The model accounted for differences by data source, sample population, and contraceptive methods included in the measure.

Findings

Worldwide, contraceptive prevalence increased from 54·8% (95% uncertainty interval 52·3–57·1) in 1990, to 63·3% (60·4–66·0) in 2010, and unmet need for family planning decreased from 15·4% (14·1–16·9) in 1990, to 12·3% (10·9–13·9) in 2010. Almost all subregions, except for those where contraceptive prevalence was already high in 1990, had an increase in contraceptive prevalence and a decrease in unmet need for family planning between 1990 and 2010, although the pace of change over time varied between countries and subregions. In 2010, 146 million (130–166 million) women worldwide aged 15–49 years who were married or in a union had an unmet need for family planning. The absolute number of married women who either use contraception or who have an unmet need for family planning is projected to grow from 900 million (876–922 million) in 2010 to 962 million (927–992 million) in 2015, and will increase in most developing countries.

Interpretation

Trends in contraceptive prevalence and unmet need for family planning, and the projected growth in the number of potential contraceptive users indicate that increased investment is necessary to meet demand for contraceptive methods and improve reproductive health worldwide.

Περίληψη

Η επέκταση της πρόσβασης στην αντισύλληψη και η μείωση της ανεκπλήρωτης ανάγκης για οικογενειακό προγραμματισμό είναι σύμμαχοι κλειδιά για να βελτιώσουμε την υγεία της αναπαραγωγικότητας, αλλά τα ελάχιστα δεδομένα και ποικιλία σε πηγές δεδομένων δημιουργούν δυσκολίες στον έλεγχο προόδου για αυτά τα αποτελέσματα. Υπολογίσαμε και σχεδιάσαμε δείκτες μέτρησης της επικράτησης της αντισύλληψης και της ανεκπλήρωτης ανάγκης για τον οικογενειακό προγραμματισμό από το 1990 μέχρι το 2015.

Μέθοδοι

Αποκτήσαμε δεδομένα από εθνικές αντιπροσωπευτικές έρευνες για γυναίκες ηλικίας 15-49 ετών οι οποίες ήταν είτε παντρεμένες είτε δεσμευμένες. Υπολογισμοί βασισμένοι σε 930 παρατηρήσεις ανάμεσα στο 1950 και στο 2011 από 194 χώρες ή περιοχές και 306 παρατηρήσεις ανεκπλήρωτων αναγκών για οικογενειακό προγραμματισμό από 111 χώρες ή περιοχές. Χρησιμοποίησαν σύμφωνα με τη μέθοδο του Bayes ένα ιεραρχικό μοντέλο συνδυασμού ανάλογα με τις τάσεις των χωρών ενός συγκεκριμένου χρόνου για να υπολογίσουν την απόδοση παραγωγής εκείνων των δεικτών και μη συγκεκριμένων εκτιμήσεων. Το μοντέλο υπολογίστηκε από διάφορα δεδομένα πηγών, δείγμα πληθυσμού και αντισυλληπτικές μεθόδους που συμπεριλαμβάνονται στη μέτρηση.

Ευρήματα

Παγκοσμίως, η αντισυλληπτική μέθοδος αυξήθηκε από 54,8% (95% διάστημα αβεβαιότητας 52.3 – 57.1) το 1990, σε 63.3% (60.4 – 66) το 2010, και της ανεκπλήρωτης ανάγκης για τον ανεκπλήρωτο οικογενειακό προγραμματισμό μειώθηκε από 15.4% (14.1 – 16.9) το 1990, σε 12.3% (10.9 – 13.9) το 2010. Σχεδόν όλες οι υπό-περιφερειακές περιοχές όπου η αντισύλληψη ήταν ήδη υψηλή το 1990, είχε μία αύξηση στην αντισύλληψη και μία μείωση στην ανεκπλήρωτη ανάγκη για οικογενειακό προγραμματισμό ανάμεσα στο 1990 και το 2010, παρόλο που το είδος

της ευκαιρίας με την πάροδο του χρόνου ποικίλε ανάμεσα σε χώρες και σε υπό-περιφερειακές περιοχές. Το 2010, 146 εκατομμύρια (133 – 166 εκατομμύρια) γυναίκες παγκοσμίως ηλικίας 15 – 49 χρόνων που ήταν παντρεμένες ή δεσμευμένες, είχαν μία ανεκπλήρωτη ανάγκη για οικογενειακό προγραμματισμό. Ο απόλυτος αριθμός παντρεμένων γυναικών που είτε χρησιμοποιούσαν αντισύλληψη είτε είχαν μία ανεκπλήρωτη ανάγκη για οικογενειακό προγραμματισμό πρόκειται να μεγαλώσει από 900 εκατομμύρια (876 – 922 εκατομμύρια) σε 962 εκατομμύρια το 2010 (927 – 992 εκατομμύρια) το 2015, και θα αυξηθεί στις πιο ανεπτυγμένες χώρες.

Ερμηνείες

Τάσεις στην αντισύλληψη και στην ανεκπλήρωτη ανάγκη για οικογενειακό προγραμματισμό και η σχεδιασμένη αύξηση στον αριθμό πιθανών χρηστών αντισύλληψης δείχνουν ότι αυξανόμενη επένδυση είναι απαραίτητη για τις αντισυλληπτικές μεθόδους και για να βελτιωθεί η αναπαραγωγική υγεία παγκοσμίως.

3. Patrick Gerland, Adrian E. Raftery, Hana Ševčíková, Nan Li, Danan Gu, Thomas Spoorenberg, Leontine Alkema, Bailey K. Fosdick, Jennifer Chunn, Nevena Lalic, Guiomar Bay, Thomas Buettner, Gerhard K. Heilig, John Wilmoth (2014) “World population stabilization unlikely this century” Science 10 Oct 2014: Vol. 346, Issue 6206, pp. 234-237

Abstract

The United Nations (UN) recently released population projections based on data until 2012 and a Bayesian probabilistic methodology. Analysis of these data reveals that, contrary to previous literature, the world population is unlikely to stop growing this century. There is an 80% probability that world population, now 7.2 billion people, will increase to between 9.6 billion and 12.3 billion in 2100. This uncertainty is much smaller than the range from the traditional UN high and low variants. Much of the increase is expected to happen in Africa, in part due to higher fertility rates and a recent slowdown in the pace of fertility decline. Also, the ratio of working-age people to older people is likely to decline substantially in all countries, even those that currently have young populations.

Περίληψη

Τα Ηνωμένα Έθνη πρόσφατα έθεσαν σε κυκλοφορία στον πληθυσμό σχεδιασμούς βασισμένους σε δεδομένα μέχρι το 2012 με βάση τη μεθοδολογία πιθανοτήτων του Bayesian. Ανάλυση αυτών των δεδομένων αποκαλύπτει ότι, αντίθετα με τα προηγούμενα ευρήματα, ο παγκόσμιος πληθυσμός δεν πρόκειται να σταματήσει να μεγαλώνει αυτόν τον αιώνα. Υπάρχει μία πιθανότητα 80% ότι ο παγκόσμιος πληθυσμός, τώρα 7.2 δισεκατομμύρια άνθρωποι θα αυξηθούν ανάμεσα σε 9.6 δις και 12.3 δις το 2100. Αύτη η αβεβαιότητα είναι πολύ μικρότερη από το εύρος από τα παραδοσιακά Ηνωμένα Έθνη υψηλών και χαμηλών παραλλαγών. Η περισσότερη αύξηση πρόκειται να συμβεί στην Αφρική εξαιτίας των υψηλών δεικτών γονιμότητας και μία πρόσφατη επιβράδυνση στην μείωση γονιμότητας. Επίσης ο αριθμός εργαζομένων μεγαλύτερης ηλικίας πρόκειται να μειωθεί ουσιαστικά σε όλες τις χώρες ακόμα και σε εκείνες που έχουν νέους πληθυσμούς.

4. Linton A, Hammond C (2016) "Contraception Counseling in the Digital Age"
Semin Reprod Med. 2016;34(3):133-8

Abstract

The digital age has revolutionized how providers and patients seek medical information and access care. The Internet, flush with online forums and other social media networks, has replaced services once provided by medical libraries. Meanwhile, downloadable apps help patients remember medications, choose treatments, and remotely access face-to-face physician encounters. Unfortunately, technology comes at a price. Reputable, data-driven sites exist alongside sites riddled with inaccuracies. The lack of peer review means that discredited ideas and therapies can resurface in the blogosphere, "going viral" and influencing the thoughts of hapless users. The Internet never forgets. Online media and digital technology pose unique challenges to family planning providers. The "net" offers a private environment to address sexual and reproductive health issues. Patients, especially adolescents, may prefer the anonymity of technology-based sources to consulting physicians or other community providers, but they may receive inaccurate information or information that fails to consider the psychosocial context of reproductive behavior. Family planning providers must become familiar with reputable technology-based options to ensure that family planning care remains accurate, accessible, and relevant in the ever-changing digital age.

Περίληψη

Η ψηφιακή εποχή έχει φέρει επανάσταση στον τρόπο με τον οποίο οι πάροχοι και οι ασθενείς αναζητούν ιατρικές πληροφορίες και πρόσβαση στην φροντίδα της υγείας. Το Διαδίκτυο, που ξεκινάει με OnLine φόρουμ και άλλα δίκτυα κοινωνικών μέσων ενημέρωσης, αντικατέστησε τις υπηρεσίες που παρείχαν οι ιατρικές βιβλιοθήκες. Εν τω μεταξύ, οι εφαρμογές που μπορούν να μεταφορτωθούν βοηθούν τους ασθενείς να θυμούνται τα φάρμακα, να επιλέγουν τις θεραπείες και να έχουν πρόσβαση από απόσταση με τον ιατρό. Δυστυχώς, η τεχνολογία έρχεται με ένα τίμημα. Ένας αξιόπιστος δικτυακός τόπος που βασίζεται σε δεδομένα που πολλοί έχουν πρόσβαση, δημιουργεί παράλληλα τοποθεσίες γεμάτες από ανακριβή στοιχεία. Η έλλειψη αξιολόγησης από ομότιμους σημαίνει ότι οι υποτιμημένες ιδέες και θεραπείες μπορούν να επανεμφανιστούν στην μπλογκόσφαιρα, "γίνοντας μόδα" και επηρεάζοντας τις

σκέψεις όχι σωστά ενημερωμένων χρηστών. Το Διαδίκτυο δεν ξεχνά ποτέ. Τα ηλεκτρονικά μέσα και η ψηφιακή τεχνολογία αποτελούν μοναδικές προκλήσεις για τους παρόχους οικογενειακού προγραμματισμού. Το "διαδίκτυο" προσφέρει ένα ιδιωτικό περιβάλλον για την αντιμετώπιση των ζητημάτων σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας. Οι ασθενείς, ιδιαίτερα οι έφηβοι, μπορεί να προτιμούν την ανωνυμία των πηγών που βασίζονται στην τεχνολογία για να συμβουλευτούν τους γιατρούς ή άλλους παρόχους της κοινότητας, αλλά μπορεί να λαμβάνουν ανακριβείς πληροφορίες ή πληροφορίες που δεν λαμβάνουν υπόψη το ψυχοκοινωνικό πλαίσιο της αναπαραγωγικής συμπεριφοράς. Οι πάροχοι του οικογενειακού προγραμματισμού πρέπει να εξοικειωθούν με τις αξιόπιστες επιλογές που βασίζονται στην τεχνολογία για να διασφαλίσουν ότι η φροντίδα του οικογενειακού προγραμματισμού παραμένει ακριβής, προσβάσιμη και συναφής στην συνεχώς μεταβαλλόμενη ψηφιακή εποχή.

5. Shi L (2014) “Micro-blogs, online forums, and the birth-control policy: social media and the politics of reproduction in China” *Cult Med Psychiatry*. 2014;38(1):115-32

Abstract

In June 2012, the news of a Chinese woman's forced late-term abortion quickly spread across the internet in China. Graphic photos of the woman with the aborted fetus provoked public outrage and widespread condemnation on social media sites. In the aftermath, local authorities apologized, seven officials were given demerits, and the couple received monetary compensation. This case was put under the spotlight mainly because of the exposure of the story by family members of the woman through social media and the resulting public outcry in cyberspace. Following the disclosure of this story and public reactions online, this article explores the complex interplays among different layers of state power, the individual, and the public in reproductive politics, and discusses the ways in which social media has been utilized to resist state control of reproduction. By delving into the nuanced interactions among layers of state authorities, this article sheds light on the study of state-society relations in reproductive politics. It also calls attention to the role that social media plays in reproductive issues.

Περίληψη

Τον Ιούνιο του 2012 οι ειδήσεις για την αναγκαστική άμβλωση αργής διάρκειας μιας κινεζικής γυναίκας εξαπλώθηκαν γρήγορα μέσω διαδικτύου στην Κίνα. Οι γραφικές φωτογραφίες της γυναίκας με το εμβολιασμένο έμβρυο προκάλεσαν δημόσια αγανάκτηση και ευρεία καταδίκη στους ιστότοπους κοινωνικών μέσων ενημέρωσης. Μετά την απολογία, οι τοπικές αρχές ζήτησαν συγγνώμη, επτά αξιωματούχοι έβαλαν ατέλειες και το ζεύγος έλαβε χρηματική αποζημίωση. Η υπόθεση αυτή τέθηκε από το φως κυρίως της έκθεσης της ιστορίας από τα μέλη της οικογένειας της γυναίκας μέσω των κοινωνικών μέσων ενημέρωσης και την επακόλουθη δημόσια κατακραυγή στον κυβερνοχώρο. Μετά την αποκάλυψη αυτής της ιστορίας και των δημόσιων αντιδράσεων, σε απευθείας σύνδεση το άρθρο αυτό διερευνά τις σύνθετες αλληλεπιδράσεις μεταξύ των διαφόρων επιπέδων κρατικής εξουσίας, το άτομο και το κοινό στην αναπαραγωγική πολιτική και συζητά τους τρόπους με τους οποίους τα κοινωνικά μέσα χρησιμοποιήθηκαν για να αντισταθούν αναπαραγωγής. Με το να δουλέψουμε στις διαφορετικές αλληλεπιδράσεις μεταξύ των επιπέδων των κρατικών

αρχών, το άρθρο αυτό φωτίζει τη μελέτη των σχέσεων κρατικής κοινωνίας στην αναπαραγωγική πολιτική. Επισημαίνει επίσης το ρόλο που παίζουν τα κοινωνικά μέσα ενημέρωσης σε θέματα αναπαραγωγής.

6. Chris Smith, Thoai D Ngo, Judy Gold, Phil Edwards, Uk Vannak, Ly Sokhey, Kazuyo Machiyama, Emma Slaymaker, Ruby Warnock, Ona McCarthy & Caroline Free (2015) “Effect of a mobile phone-based intervention on post-abortion contraception: a randomized controlled trial in Cambodia” Bulletin of the World Health Organization 2015;93:842-850A

Abstract

Unmet need for contraception can result in unintended pregnancy and avoidable maternal and infant deaths.¹ It has been estimated that, if the need for modern contraception methods were met, 52 million unintended pregnancies, 24 million abortions (over half of which would be unsafe) and 70 000 maternal deaths would be prevented among women in low-income countries each year. Nevertheless, 225 million women in these countries had an unmet need for contraception in 2014.²

Women who seek an abortion are likely to have an unmet need for contraception and the time after an abortion provides a key opportunity to offer family planning services.³ Typically, women are counselled on family planning before discharge from clinical care after seeking abortion services.⁴ However, quality of service provision varies and evidence on the ability of enhanced counselling interventions to improve post-abortion family planning is inconclusive.^{5, 6}

In Cambodia, despite the total fertility rate declining from 3.4 births per woman in 2005 to 3.0 births per woman in 2010, there remains an unmet need for contraception: in 2010, 81% of women of reproductive age reported wanting to delay their next child or to have no more children but only 35% reported currently using a modern contraceptive method.⁷ The abortion rate in the country was estimated to be 50 per 1000 women, compared to a global average of 28 per 1000,⁸ and 26% of women who sought abortion services had had more than one abortion.⁷

Interventions delivered by mobile phone could help increase the uptake and continuation of post-abortion family planning in countries like Cambodia where over 90% of the 2066 women surveyed report owning a mobile phone.⁹ Health interventions delivered by mobile phone can utilize different approaches (e.g. text messages, voice messages or smartphone applications) depending on the literacy of the population and the devices available.¹⁰ Compared with face-to-face interventions, mobile phone-based interventions have the advantage that they can provide interactive, personalized support inexpensively wherever the person is located and whenever needed. Our research

suggested that women in Cambodia often found it difficult to make decisions about contraception at the time of seeking abortion services; they needed more time, to wait for their health to improve or to speak with family or friends.¹¹ Hence, in this setting, where 80% of the population live in a rural area and geographical distances can restrict access to services, mobile phone-based interventions may provide an effective method for maintaining communication with clients after they leave the clinic.^{7,12} Interventions delivered by mobile phone have been shown to be effective in other health areas, such as smoking cessation and adherence to treatment for human immunodeficiency virus infection.^{13,14} However, the evidence from three small trials in which a mobile phone-based intervention was used to increase contraceptive use has been inconclusive.^{15–17} The objective of our study was to evaluate the effectiveness of a mobile phone-based intervention designed to support post-abortion contraception in Cambodia. The specific aims were to increase the uptake of effective contraceptive methods and to reduce contraceptive discontinuation.

Περίληψη

Η ανυπαρξία της ανάγκης για αντισύλληψη μπορεί να οδηγήσει σε ακούσια εγκυμοσύνη και αποφυγή θανάτων της μητέρας και του βρέφους.¹ Εκτιμάται ότι εάν ικανοποιηθούν οι ανάγκες για σύγχρονες μεθόδους αντισύλληψης, 52 εκατομμύρια ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες, 24 εκατομμύρια αμβλώσεις (πάνω από τις μισές από τις οποίες δεν θα ήταν ασφαλείς) και 70.000 μητρικοί θάνατοι θα αποφευχθούν μεταξύ των γυναικών σε χώρες με χαμηλό εισόδημα κάθε χρόνο. Παρόλα αυτά, 225 εκατομμύρια γυναίκες στις χώρες αυτές είχαν μια μη ικανοποιημένη ανάγκη αντισύλληψης το 2014.²

Οι γυναίκες που επιδιώκουν την έκτρωση είναι πιθανό να έχουν μια μη ικανοποιημένη ανάγκη για αντισύλληψη και ο χρόνος μετά την έκτρωση παρέχει μια βασική ευκαιρία να προσφέρουν υπηρεσίες οικογενειακού προγραμματισμού.³ Συνήθως, οι γυναίκες συμβουλευονται τον οικογενειακό προγραμματισμό πριν από την απαλλαγή από την κλινική φροντίδα μετά από αναζήτηση υπηρεσιών έκτρωσης.⁴ Ωστόσο, η παροχή υπηρεσιών ποιότητας ποικίλλει και τα αποδεικτικά στοιχεία σχετικά με την ικανότητα ενισχυμένων συμβουλευτικών παρεμβάσεων για τη βελτίωση του οικογενειακού σχεδιασμού μετά την άμβλωση είναι ασαφή.

5,6 Στην Καμπότζη, παρά το συνολικό ποσοστό γονιμότητας που μειώνεται από 3,4 γεννήσεις ανά γυναίκα το 2005 σε 3,0 γεννήσεις ανά γυναίκα το 2010, παραμένει μια ανυπολόγιστη ανάγκη για αντισύλληψη: το 2010, 81% των γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας ανέφεραν ότι θέλουν να καθυστερήσουν το επόμενο παιδί τους να μην έχουν περισσότερα παιδιά, αλλά μόνο το 35% ανέφερε σήμερα με τη χρήση σύγχρονης αντισυλληπτικής μεθόδου.⁷ Το ποσοστό αμβλώσεων στη χώρα εκτιμάται σε 50 ανά 1000 γυναίκες σε σύγκριση με τον παγκόσμιο μέσο όρο 28 ανά 1000,⁸ και το 26% Οι υπηρεσίες αμβλώσεων είχαν περισσότερες από μία αποβολές.⁷ Οι παρεμβάσεις που παρέχονται μέσω κινητού τηλεφώνου θα μπορούσαν να συμβάλουν στην αύξηση της αφομοίωσης και συνέχισης του οικογενειακού σχεδιασμού μετά από αμβλώσεις σε χώρες όπως η Καμπότζη όπου πάνω από το 90% των 2066 ερωτηθέντων αναφέρουν ότι κατέχουν κινητό τηλέφωνο.⁹ Οι παρεμβάσεις υγείας που παρέχονται από το κινητό τηλέφωνο μπορούν να χρησιμοποιούν διαφορετικές προσεγγίσεις μηνύματα κειμένου, φωνητικά μηνύματα ή εφαρμογές (smartphone), ανάλογα με τον αλφαριθμητισμό του πληθυσμού και τις διαθέσιμες συσκευές.¹⁰ Σε σύγκριση με παρεμβάσεις πρόσωπο με πρόσωπο, οι παρεμβάσεις με κινητό τηλέφωνο έχουν το πλεονέκτημα ότι μπορούν να παρέχουν διαδραστική, εξατομικευμένη υποστήριξη χωρίς κόστος, αναλόγως που βρίσκεται το άτομο και πότε τις χρειάζεται. Η έρευνά μας έδειξε ότι οι γυναίκες στην Καμπότζη συχνά δυσκολεύονταν να λάβουν αποφάσεις σχετικά με την αντισύλληψη κατά τη στιγμή της αναζήτησης υπηρεσιών έκτρωσης. Χρειάστηκε περισσότερος χρόνος, να περιμένουν να βελτιωθεί η υγεία τους ή να μιλήσουν με την οικογένεια ή τους φίλους¹¹. Επομένως, σε αυτό το πλαίσιο, όπου το 80% του πληθυσμού ζει σε αγροτική περιοχή και οι γεωγραφικές αποστάσεις μπορούν να περιορίσουν την πρόσβαση σε υπηρεσίες, Οι παρεμβάσεις που παρέχονται μέσω κινητού τηλεφώνου έχουν αποδειχθεί ότι είναι αποτελεσματικές σε άλλους τομείς υγείας, όπως η διακοπή του καπνίσματος και η προσκόλληση στη θεραπεία της μόλυνσης από τον ιό της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας.^{13,14} Εντούτοις, τα στοιχεία από τρεις μικρές δοκιμές στις οποίες χρησιμοποιήθηκε μια παρέμβαση με κινητό τηλέφωνο για την αύξηση της χρήσης αντισυλληπτικών, δεν κατέληξαν στο συμπέρασμα.¹⁵⁻¹⁷ Στόχος της μελέτης μας ήταν να αξιολογήσουμε την αποτελεσματικότητα μιας παρέμβασης με κινητό τηλέφωνο που σχεδιάστηκε για να υποστηρίξει την αντισύλληψη μετά την έκτρωση στην Καμπότζη. Οι συγκεκριμένοι στόχοι ήταν να αυξηθεί η πρόσληψη αποτελεσματικών αντισυλληπτικών μεθόδων και να μειωθεί η διακοπή της αντισύλληψης.

7. Rebecca G Simmons, Dominick C Shattuck and Victoria H Jennings (2017)
“Assessing the Efficacy of an App-Based Method of Family Planning: The Dot
Study Protocol” JMIR Res Protoc. 2017 Jan; 6(1): e5

Abstract

Background

Some 222 million women worldwide have unmet needs for contraception; they want to avoid pregnancy, but are not using a contraceptive method, primarily because of concerns about side effects associated with most available methods. Expanding contraceptive options—particularly fertility awareness options that provide women with information about which days during their menstrual cycles they are likely to become pregnant if they have unprotected intercourse—has the potential to reduce unmet need. Making these methods available to women through their mobile phones can facilitate access. Indeed, many fertility awareness applications have been developed for smartphones, some of which are digital platforms for existing methods, requiring women to enter information about fertility signs such as basal body temperature and cervical secretions. Others are algorithms based on (unexplained) calculations of the fertile period of the menstrual cycle. Considering particularly this latter (largely untested) group, it is critical that these apps be subject to the same rigorous research as other contraceptive methods. Dynamic Optimal Timing, available via the Dot app as a free download for iPhone and Android devices, is one such method and the only one that has published the algorithm that forms its basis. It combines historical cycle data with a woman’s own personal cycle history, continuing to accrue this information over time to identify her fertile period. While Dot has a theoretical failure rate of only 3 in 100 for preventing pregnancy with perfect use, its effectiveness in typical use has yet to be determined.

Objective

The study objective is to assess both perfect and typical use to determine the efficacy of the Dot app for pregnancy prevention.

Methods

To determine actual use efficacy, the Institute for Reproductive Health is partnering with Cycle Technologies, which developed the Dot app, to conduct a prospective efficacy trial, following 1200 women over the course of 13 menstrual cycles to assess pregnancy status over time. This paper outlines the protocol for this efficacy trial,

following the Standard Protocol Items: Recommendations for Intervention Trials checklist, to provide an overview of the rationale, methodology, and analysis plan. Participants will be asked to provide daily sexual history data and periodically answer surveys administered through a call center or directly on their phone.

Results

Funding for the study was provided in 2013 under the United States Agency for International Development Fertility Awareness for Community Transformation project. Recruitment for the study will begin in January of 2017. The study is expected to last approximately 18 months, depending on recruitment. Findings on the study's primary outcomes are expected to be finalized by September 2018.

Conclusions

Reproducibility and transparency, important aspects of all research, are particularly critical in developing new approaches to research design. This protocol outlines the first study to prospectively test both the efficacy (correct use) and effectiveness (actual use) of a pregnancy prevention app. This protocol and the processes it describes reflect the dynamic integration of mobile technologies, a call center, and Health Insurance Portability and Accountability Act-compliant study procedures. Future fertility app studies can build on our approaches to develop methodologies that can contribute to the evidence base around app-based methods of contraception.

Περίληψη

Περίπου 222 εκατομμύρια γυναίκες παγκοσμίως έχουν ανεκπλήρωτες ανάγκες για αντισύλληψη. Θέλουν να αποφύγουν την εγκυμοσύνη, αλλά δεν χρησιμοποιούν μεθόδους αντισύλληψης, κυρίως λόγω ανησυχιών για παρενέργειες που σχετίζονται με τις περισσότερες διαθέσιμες μεθόδους. Η επέκταση των επιλογών αντισύλληψης - ιδίως οι επιλογές ευαισθητοποίησης σχετικά με τη γονιμότητα που παρέχουν στις γυναίκες πληροφορίες σχετικά με τις ημέρες κατά τη διάρκεια των εμμηνορροϊκών τους κύκλων, είναι πιθανό να μείνουν έγκυες αν έχουν απροστάτευτη σεξουαλική επαφή - έχει τη δυνατότητα να μειώσει τις ανεκπλήρωτες ανάγκες. Η διάθεση αυτών των μεθόδων στις γυναίκες μέσω των κινητών τους τηλεφώνων μπορεί να διευκολύνει την πρόσβαση. Πράγματι, πολλές εφαρμογές ευαισθητοποίησης σχετικά με τη γονιμότητα έχουν αναπτυχθεί για smartphones, μερικές από τις οποίες είναι ψηφιακές πλατφόρμες για τις υπάρχουσες μεθόδους, απαιτώντας από τις γυναίκες να

εισάγουν πληροφορίες σχετικά με τα σημάδια γονιμότητας, όπως η βασική θερμοκρασία του σώματος και οι κολπικές εκκρίσεις. Άλλοι είναι αλγόριθμοι που βασίζονται σε (ανεξήγητους) υπολογισμούς της γόνιμης περιόδου του έμμηνου κύκλου. Λαμβάνοντας ιδιαίτερα υπόψη αυτή την τελευταία (σε μεγάλο βαθμό μη δοκιμασμένη) ομάδα, είναι σημαντικό οι εφαρμογές αυτές να υπόκεινται στην ίδια αυστηρή έρευνα με άλλες αντισυλληπτικές μεθόδους. Ο Δυναμικός Βέλτιστος Χρόνος, που διατίθεται μέσω της εφαρμογής Dot ως δωρεάν download για συσκευές iPhone και Android, είναι μια τέτοια μέθοδος και η μόνη που έχει δημοσιεύσει τον αλγόριθμο που αποτελεί τη βάση της. Συνδυάζει τα δεδομένα του ιστορικού κύκλου με το ιστορικό προσωπικών κύκλων της γυναίκας, συνεχίζοντας να συγκεντρώνει τις πληροφορίες αυτές με την πάροδο του χρόνου για να προσδιορίσει την εύφορη περίοδο. Ενώ το Dot έχει ένα θεωρητικό ποσοστό αποτυχίας μόνο 3 στα 100 για την πρόληψη της εγκυμοσύνης με τέλεια χρήση, η αποτελεσματικότητά του στην τυπική χρήση δεν έχει ακόμη προσδιοριστεί.

Σκοπός:

Ο στόχος της μελέτης είναι να αξιολογήσει τόσο τέλεια όσο και τυπική χρήση για να προσδιορίσει την αποτελεσματικότητα της εφαρμογής Dot για την πρόληψη της εγκυμοσύνης.

Μέθοδοι:

Για να προσδιοριστεί η πραγματική αποτελεσματικότητα χρήσης, το Ινστιτούτο Αναπαραγωγικής Υγείας συνεργάζεται με την Cycle Technologies, η οποία ανέπτυξε την εφαρμογή Dot, για να διεξαγάγει μια δοκιμή αποτελεσματικότητας μετά από 1200 γυναίκες κατά τη διάρκεια 13 εμμηνορροϊκών κύκλων για την αξιολόγηση της εγκυμοσύνης με την πάροδο του χρόνου. Αυτό το έγγραφο περιγράφει το πρωτόκολλο για αυτήν τη δοκιμή αποτελεσματικότητας, ακολουθώντας τα στοιχεία του πρότυπου πρωτοκόλλου: Συστάσεις για τη λίστα ελέγχου των δοκιμών παρέμβασης, για να παράσχει μια γενική εικόνα της λογικής, της μεθοδολογίας και του σχεδίου ανάλυσης. Οι συμμετέχοντες θα κληθούν να παράσχουν καθημερινά δεδομένα για το σεξουαλικό ιστορικό και να απαντήσουν περιοδικά σε έρευνες που διοχετεύονται μέσω τηλεφωνικού κέντρου ή απευθείας στο τηλέφωνό τους.

Αποτελέσματα:

Η χρηματοδότηση για τη μελέτη παρασχέθηκε το 2013 στο πλαίσιο του σχεδίου κοινοτικής μεταρρύθμισης του Οργανισμού Ηνωμένων Πολιτειών για τη Διεθνή Αναπτυξιακή Γονιμότητα. Η πρόσληψη για τη μελέτη θα ξεκινήσει τον Ιανουάριο

του 2017. Η μελέτη αναμένεται να διαρκέσει περίπου 18 μήνες, ανάλογα με την πρόσληψη. Τα ευρήματα σχετικά με τα κύρια αποτελέσματα της μελέτης αναμένεται να ολοκληρωθούν μέχρι τον Σεπτέμβριο του 2018. Συμπεράσματα Η αναπαραγωγιμότητα και η διαφάνεια, σημαντικές πτυχές όλων των ερευνών, είναι ιδιαίτερα σημαντικές για την ανάπτυξη νέων προσεγγίσεων στο σχεδιασμό της έρευνας. Αυτό το πρωτόκολλο περιγράφει την πρώτη μελέτη για την μελλοντική δοκιμή τόσο της αποτελεσματικότητας (ορθή χρήση) όσο και της αποτελεσματικότητας (πραγματική χρήση) μιας εφαρμογής πρόληψης εγκυμοσύνης. Αυτό το πρωτόκολλο και οι διαδικασίες που περιγράφει αντικατοπτρίζουν τη δυναμική ενσωμάτωση των τεχνολογιών κινητής τηλεφωνίας, ενός τηλεφωνικού κέντρου και των διαδικασιών μελέτης που είναι συμβατές με το νόμο για τη φορητότητα και την ασφάλιση υγείας. Οι μελλοντικές μελέτες εφαρμογών γονιμότητας μπορούν να βασιστούν στις προσεγγίσεις μας για την ανάπτυξη μεθοδολογιών που μπορούν να συμβάλουν στη βάση τεκμηρίωσης σχετικά με τις μεθόδους αντισύλληψης που βασίζονται σε εφαρμογές.

8. Guang Sheng Fan, Mulan Ren, Wen Di, Ping Su, Qin Chang, Shuying Wu, “Efficacy and safety of the contraceptive vaginal ring (NuvaRing) compared with a combined oral contraceptive in Chinese women: a 1-year randomised trial”, *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, Volume 21, 2016 - Issue 4, pp 303-309 , Jun 2016

Abstract

Objectives: The aim of the study was to assess the efficacy and tolerability of the monthly vaginal ring (NuvaRing; 15 µg ethinylestradiol (EE) and 120 µg etonogestrel per day) compared with a monophasic (21/7) combined oral contraceptive (COC) containing 30 µg EE and 3 mg drospirenone in healthy Chinese women aged 18–40 years.

Methods: This was a phase III, open-label, randomised multicentre trial conducted in China. Participants received NuvaRing or COC for 13 cycles (3 weeks of ring/pill treatment followed by a 1-week ring-free/pill-free period). Contraceptive efficacy was assessed by in-treatment pregnancies and expressed by the Pearl Index (PI; number of pregnancies/100 woman-years of use). Cycle control was assessed by unscheduled (breakthrough) and absence of scheduled (withdrawal) bleeding events. Safety and tolerability were assessed throughout the study.

Results: Participants were randomised either to the NuvaRing (n = 732) or to the COC (n = 214); 588 (82.4%) and 182 (78.4%) participants, respectively, completed the study. There were 10 in-treatment pregnancies in the NuvaRing group (PI 1.92; 95% confidence interval (CI) 0.92, 3.53) and five in the COC group (PI 3.12; 95% CI 1.01, 7.29). Breakthrough bleeding/spotting ranged from 18.6% (Cycle 1) to 4.2% (Cycle 11) for NuvaRing and from 21.6% (Cycle 1) to 7.9% (Cycle 11) for COC. Absence of withdrawal bleeding ranged from 8.6% (Cycle 1) to 3.0% (Cycle 11) for NuvaRing and from 14.6% (Cycle 1) to 6.4% (Cycle 5) for COC. For NuvaRing and COC, respectively, 26.6% and 25.0% of participants had treatment-related adverse events, and 7.0% and 9.1% discontinued the study as a result.

Conclusions: Once-monthly NuvaRing is efficacious and safe for use in Chinese women.

Περίληψη

Στόχοι: Στόχος της μελέτης ήταν η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας και της ανεκτικότητας του μηνιαίου κολπικού δακτυλίου (NuvaRing, 15 µg αιθινυλοιστραδιόλης [EE] και 120 µg etonogestrel ημερησίως) σε σύγκριση με μίας φάσης (21/7) συνδυασμένο από του στόματος αντισυλληπτικό (COC) Που περιέχουν 30 µg EE και 3 mg δροσπιρενόνης σε υγιείς Κινέζες γυναίκες ηλικίας 18-40 ετών.

Μέθοδοι: Αυτή ήταν μια ανοιχτή, τυχαιοποιημένη πολυκεντρική δοκιμή φάσης III που διεξήχθη στην Κίνα. Οι συμμετέχοντες έλαβαν NuvaRing ή COC για 13 κύκλους (3 εβδομάδες θεραπείας δακτυλίου / χαπιού ακολουθούμενες από περίοδο χωρίς δακτυλίους / χωρίς χάπι). Η αντισυλληπτική αποτελεσματικότητα αξιολογήθηκε με εγκυμοσύνες κατά τη διάρκεια της θεραπείας και εκφράστηκε με τον δείκτη Pearl Index (PI, αριθμός κηλίδων / 100 γυναίκα-έτη χρήσης). Ο έλεγχος του κύκλου αξιολογήθηκε με απρογραμματίστη (διακοπή) και απουσία προγραμματισμένων (λόγω απόσυρσης) αιμορραγιών. Η ασφάλεια και η ανεκτικότητα αξιολογήθηκαν σε όλη τη διάρκεια της μελέτης.

Αποτελέσματα: Οι συμμετέχουσες τυχαιοποιήθηκαν είτε στο NuvaRing (n = 732) είτε στο COC (n = 214). 588 (82,4%) και 182 (78,4%) συμμετέχουσες, αντίστοιχα, ολοκλήρωσαν τη μελέτη. Στην ομάδα NuvaRing υπήρξαν 10 εγκυμοσύνες κατά τη θεραπεία (PI 1.92, διάστημα εμπιστοσύνης 95% [CI] 0.92, 3.53) και πέντε στην ομάδα COC (PI 3.12, 95% CI 1.01, 7.29). Η αιμορραγία / κηλίδωση διέφερε από το 18,6% (Κύκλος 1) στο 4,2% (Κύκλος 11) για το NuvaRing και από 21,6% (Κύκλος 1) στο 7,9% (Κύκλος 11) για το COC. Η απουσία αιμορραγίας απόσυρσης κυμάνθηκε από 8,6% (Κύκλος 1) έως 3,0% (Κύκλος 11) για το NuvaRing και από 14,6% (Κύκλος 1) στο 6,4% (Κύκλος 5) για το COC. Για το NuvaRing και το COC αντίστοιχα, το 26,6% και το 25,0% των συμμετεχόντων είχαν ανεπιθύμητες ενέργειες σχετιζόμενες με τη θεραπεία και το 7,0% και το 9,1% διέκοψαν τη μελέτη ως αποτέλεσμα.

Συμπεράσματα: Το One-Month NuvaRing είναι αποτελεσματικό και ασφαλές για χρήση σε γυναίκες από την Κίνα.

9. David R. Friend, “An update on multipurpose prevention technologies for the prevention of HIV transmission and pregnancy”, Expert Opinion on Drug Delivery, Volume 13, 2016 - Issue 4, pp 533-545, Jan 2016

Abstract

Introduction: Multipurpose Prevention Technologies (MPTs) are designed to address two or more indications from a single product. The overall goal is to prevent unintended pregnancy and transmission of one or more STIs (Sexually Transmitted Infection) including HIV-1.

Areas covered: The topics covered herein are advances in over the past three years. Advances include development of novel intravaginal rings capable of releasing microbicides to prevent transmission of HIV-1 and unintended pregnancy. These rings include the potential to prevent transmission of more than one STI and unintended pregnancy. There are also gels that can potentially accomplish the same thing. Finally, combination of a drug and barrier device are also covered.

Expert opinion: There has been considerable advance in this field over the past three years. There is one ring currently in a Phase I clinical trial and others are soon to follow. Some of these drug delivery systems are by necessity rather complicated and hence could be prohibitively expensive in the developing world. Conducting multiple clinical trials to support regulatory approval of two or more indications represents a significant barrier. It remains unclear that women will be more motivated to use MPT products than has been observed in recent microbicide-only clinical trials. Despite these challenges, the need for MPTs remain acute hopefully ensuring they will continue to be developed over the coming years.

Περίληψη:

Εισαγωγή: Οι τεχνολογίες πρόληψης πολλαπλών χρήσεων (MPTs) έχουν σχεδιαστεί για να αντιμετωπίζουν δύο ή περισσότερες ενδείξεις με ένα μόνο προϊόν. Ο γενικός στόχος είναι να αποφευχθεί η ακούσια εγκυμοσύνη και η μετάδοση ενός ή περισσότερων Σ.Μ.Ν., συμπεριλαμβανομένου του HIV-1.

Περιοχές που καλύπτονται: Τα θέματα που καλύπτονται εδώ είναι η πρόοδος κατά τη διάρκεια των τελευταίων τριών ετών. Η πρόοδος αυτή περιλαμβάνει την ανάπτυξη νέων ενδοκολπικών δακτυλίων ικανών να απελευθερώνουν μικροβιοκτόνα για την πρόληψη της μετάδοσης του HIV-1 και της ακούσιας εγκυμοσύνης. Αυτοί οι δακτύλιοι περιλαμβάνουν τη δυνατότητα αποτροπής της μετάδοσης περισσότερων από μία ΣΝΙ (Συγγενής Νόσος του Ισχίου) και ακούσιας κύησης. Υπάρχουν επίσης αλοιφές που μπορούν να επιτύχουν το ίδιο πράγμα. Τέλος, καλύπτεται επίσης ο συνδυασμός συσκευής φαρμάκου και διάφραξης.

Εμπειρογνωμοσύνη: Κατά τα τελευταία τρία χρόνια σημειώθηκε σημαντική πρόοδος σε αυτόν τον τομέα. Υπάρχει ένας δακτύλιος που βρίσκεται αυτή τη στιγμή σε κλινική δοκιμή Φάσης I και άλλες δοκιμές σύντομα θα ακολουθήσουν. Ορισμένα από αυτά τα συστήματα χορήγησης φαρμάκων είναι αναγκαστικά μάλλον πολύπλοκα και ως εκ τούτου θα μπορούσαν να είναι απαγορευτικά δαπανηρά στον αναπτυσσόμενο κόσμο. Η διεξαγωγή πολλαπλών κλινικών δοκιμών για τη στήριξη της κανονιστικής έγκρισης δύο ή περισσότερων ενδείξεων αποτελεί σημαντικό εμπόδιο. Παραμένει ασαφές ότι οι γυναίκες θα είναι περισσότερο παρακινημένες να χρησιμοποιούν τα προϊόντα MPT από ό, τι παρατηρήθηκε στις πρόσφατες κλινικές δοκιμές μόνο για μικροβιοκτόνα. Παρά τις προκλήσεις αυτές, η ανάγκη για MPT παραμένει έντονη και ευελπιστούμε ότι θα συνεχίσει να αναπτύσσεται τα επόμενα χρόνια.

10. Koo, Helen P. Wilson, Ellen K. Minnis, Alexandra M. (2017) “A Computerized Family Planning Counseling Aid: A Pilot Study Evaluation of Smart Choices” *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, Volume 49, Number 1, 1 March 2017, pp. 45-53(9)

Abstract

CONTEXT:

Resource constraints may make it challenging for family planning clinics to provide comprehensive contraceptive counseling; technological tools that help providers follow recommended practices without straining resources merit evaluation.

METHODS:

A pilot study using a two-group, posttest-only experimental design evaluated Smart Choices, a computer-based tool designed to help providers offer more patient-centered counseling and enable patients to participate proactively in the counseling session. In two North Carolina family planning clinics, 214 women received usual counseling in March–May 2013, and 126 women used Smart Choices in May–July 2013. Exit interviews provided data for the evaluation. Multivariate Poisson and multinomial logistic regression analyses were performed to examine group differences in counseling outcomes.

RESULTS:

Three of 12 hypotheses tested were supported: Compared with controls, women in the intervention group knew more contraceptive methods (adjusted mean, 11.1 vs. 10.7); discussed more topics related to sexual health during counseling (1.2 vs. 0.9 among those reporting any discussion); and rated counseling as more patient-centered, an indication of how well they felt providers understood their family planning circumstances and ideas (3.9 vs. 3.7 on a scale of 1–4). Contrary to another hypothesis, controls were more likely than women in the intervention group to choose IUDs and implants.

CONCLUSIONS:

Computerized counseling aids like Smart Choices are in an early stage of development. Future research is warranted to develop tools that lead to more productive and individualized clinic visits and, ultimately, to more effective contraceptive use and reduced levels of unintended pregnancy.

Περίληψη

Περιεχόμενο:

Οι περιορισμοί των πόρων μπορεί να καταστήσουν το έργο της συμβουλευτικής των κλινικών οικογενειακού προγραμματισμού ιδιαίτερα δύσκολο. Τα τεχνολογικά εργαλεία που βοηθούν τους παρόχους να ακολουθήσουν συνιστάμενες πρακτικές χωρίς την ανάγκη μεγάλων δαπανών αξίζουν αξιολόγηση.

Μέθοδοι:

Μία πιλοτική μελέτη που χρησιμοποιεί πειραματικό σχεδιασμό δύο ομάδων και μετά από δοκιμή αξιολόγησε το smart choices, ένα εργαλείο που βασίζεται στον υπολογιστή, το οποίο έχει σκοπό να βοηθήσει τους παρόχους να προσφέρουν περισσότερη συμβουλευτική επικεντρωμένη στους ασθενείς και να τους επιτρέψουν να συμμετάσχουν ενεργά στη συμβουλευτική συνεδρία. Σε δύο κλινικές οικογενειακού προγραμματισμού της Β. Καρολίνας, 214 γυναίκες έλαβαν συνηθισμένες συμβουλές των Μάρτιο - Μάιο του 2013 και 126 χρησιμοποίησαν το Smart Choices τον Μάιο - Ιούλιο. Τα στοιχεία για την αξιολόγηση συλλέχθηκαν από συνεντεύξεις εξόδου. Διεξήχθησαν αναλύσεις πολλαπλών μεταβλητών.

Αποτελέσματα:

3 από τις 12 υποθέσεις που εξετάστηκαν επαληθεύτηκαν: Σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες, οι γυναίκες στην ομάδα παρέμβασης γνώριζαν περισσότερες αντισυλληπτικές μεθόδους (προσαρμοσμένη μέση τιμή, 11,1 έναντι 10,7). Συζήτησαν περισσότερα θέματα σχετικά με τη σεξουαλική υγεία κατά τη διάρκεια παροχής συμβουλών (1,2 έναντι 1,9 μεταξύ εκείνων που ανέφεραν οποιαδήποτε συζήτηση). Και η παροχή συμβουλευτικής ως περισσότερο επικεντρωμένη στον ασθενή, μία ένδειξη για το πόσο καλά αισθάνθηκε ότι οι πάροχοι κατανοούσαν τις περιστάσεις και τις ιδέες του οικογενειακού προγραμματισμού (3,9 έναντι 3,7 σε κλίμακα 1-4). Σύμφωνα με μία άλλη υπόθεση, οι συμμετέχουσες ήταν πιο πιθανό από τις γυναίκες στην ομάδα παρέμβασης να επιλέγουν IUDs και εμφυτεύματα.

11. Francesca Minerva, Anders Sandberg (2015) “Cryopreservation of Embryos and Fetuses as a Future Option for Family Planning Purposes” Journal of Evolution and Technology - Vol. 25 Issue 1 – April 2015 - pgs 17-30

Abstract

This paper explores the ethical implications of a possible future technology, namely cryonics (i.e. the preservation of an entire organism at ultra-low temperatures for eventual revival) of embryos/fetuses extracted from the uterus. We argue that more research should be conducted in order to explore the feasibility of such technology. We highlight the advantages that this option would offer, including the foreseeable prevention of a considerable number of abortions.

Περίληψη

Το άρθρο εξερευνά τη δεοντολογία μιας πιθανής μελλοντικής τεχνολογίας, ονόματι cryonics (δηλαδή η διατήρηση ενός ολόκληρου οργανισμού σε εξαιρετικά χαμηλές θερμοκρασίες για αναβίωση) για τα έμβρυα που εξάγονται από τη μήτρα. Ισχυριζόμαστε πως περισσότερες έρευνες θα πρέπει να διεξάγονται για να ερευνηθεί η σκοπιμότητα της εν λόγω τεχνολογίας. Επισημαίνουμε τα πλεονεκτήματα που θα προσφέρει αυτή η επιλογή, συμπεριλαμβάνοντας και την προβλεπόμενη πρόληψη του σημαντικού αριθμού των αμβλώσεων.

12. Ferguson C, Jackson D (2017) "Selecting, appraising, recommending and using mobile applications (apps) in nursing" J Clin Nurs. 2017 Mar 31

Abstract

It's more than likely that a patient, their family member or a colleague may have recently asked you "Is there an app for that?" Mobile technology is inescapable. It is pervasive in almost every aspect of daily life. Wherever we look, people are often hunched over and fully immersed by a small 6 x 3 inch screen, whether it be walking on the street, travelling on the bus, at the coffee shop or in the clinic waiting room. Mobile devices have infiltrated most aspects of our lives and offer quick, adaptive tech-based solutions to many previously administrative, repetitive or otherwise time-consuming tasks. Everyday tasks such as banking, planning a trip on public transport, maintaining a diary or reviewing the weather all easily accomplished for most, via their mobile device. At the beginning of 2017 more than 2.2 million apps were available to download to various iOS devices such as iPads, iPhones and iPods, and more than 2.6 million apps were available in the Google Play store, formerly known as the Android Market (Statista 2017a, b). Mobile applications in the 'Health' category are now prolific and wide ranging including popular apps such as the 'Nursing Drug Handbook', 'Lark', 'Medscape' and BUPA's 'FoodSwitch' App. It's likely you already make use of a few nursing-related mobile apps, and possibly have even made recommendations to patients about health-related apps in the past. Yet, what informed your decision to download or recommend to patients?

Περίληψη

Είναι πολύ πιθανό ότι ένας ασθενής, ένα μέλος της οικογένειάς του ή ένας συνάδελφός του μπορεί να ρωτήθηκαν πρόσφατα 'υπάρχει κάποια εφαρμογή για αυτό'. Η κινητή τεχνολογία είναι αναπόφευκτη. Είναι διάχυτη σχεδόν σε κάθε πτυχή της καθημερινής ζωής. Όπου και αν κοιτάξουμε οι άνθρωποι κρέμονται συχνά και βυθίζονται πλήρως πάνω από μία οθόνη 6*3 ιντσών, είτε πρόκειται για περπάτημα στο δρόμο ή ταξιδεύοντας με το λεωφορείο, στην καφετέρια ή στην αίθουσα αναμονής μιας κλινικής. Οι κινητές συσκευές έχουν διεισδύσει στις περισσότερες πτυχές της ζωής μας και προσφέρουν γρήγορες τεχνολογικές λύσεις σε πολλές διοικητικές επαναλαμβανόμενες ή άλλες φορές χρονοβόρες εργασίες. Καθημερινά καθήκοντα

όπως η τράπεζα, ο προγραμματισμός ενός ταξιδιού στις δημόσιες συγκοινωνίες, η διατήρηση ενός ημερολογίου, η επανεξέταση των καιρικών συνθηκών, επιτυγχάνονται εύκολα για τους περισσότερους μέσω της κινητής τους συσκευής. Στις αρχές του 2017 περισσότερες από 2,2 εκατομμύρια εφαρμογές ήταν διαθέσιμες για λήψη σε διάφορες συσκευές iOS όπως iPads, iPhones και iPods και περισσότερα από 2,6 εκατομμύρια εφαρμογές ήταν διαθέσιμες στο κατάστημα Google Play, Adroid market. Οι εφαρμογές κινητής τηλεφωνίας είναι πλέον παραγωγικές και ποικίλες συμπεριλαμβανομένων των δημοφιλών εφαρμογών 'Nursing Drug Handbook', 'Lark', 'Medscape' and BUPA's 'FoodSwitch'. Είναι πιθανό να έχετε χρησιμοποιήσει ήδη μερικές εφαρμογές για κινητά που σχετίζονται με τη φροντίδα του μωρού και ίσως έχετε κάνει ακόμα συστάσεις στους ασθενείς σχετικά με εφαρμογές που σχετίζονται με την υγεία στο παρελθόν. Ωστόσο τι επηρέασε την απόφασή σας για να το κατεβάσετε ή να το συστήσετε σε ασθενείς;

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. Συζήτηση αποτελεσμάτων

Οι περισσότερες πρόσφατες έρευνες αναδεικνύουν τη σημασία της αξιοποίησης των νεότερων τεχνολογιών στη διάδοση και εφαρμογή του οικογενειακού προγραμματισμού, είτε με τη μορφή της ενημέρωσης είτε με τη μορφή ασφαλέστερων και ευκολότερων μεθόδων αντισύλληψης. Έτσι λοιπόν λόγω του αυξημένου αριθμού ανεπιθύμητων εγκυμοσυνών (λόγω έλλειψης σωστής ενημέρωσης περί του οικογενειακού προγραμματισμού). Μέσω της έρευνας των Ellda Sedgh et. Al. (2014) συγκεντρώνουμε στοιχεία από πολλαπλές πηγές δεδομένων για τον παγκόσμιο αριθμό των μη προγραμματισμένων εγκυμοσυνών, δείχνοντάς μας πόσο σημαντικό είναι να διαδοθούν οι τεχνικές και τα μέσα του Ο.Π. παγκόσμια.

Στη μελέτη τους οι Leontine Alkema et.al. (2013), θέλοντας να μας βοηθήσουν στη βελτίωση της υγείας της αναπαραγωγικότητας και να κάνουν πιο εύκολο τον υπολογισμό με στατιστικά στοιχεία όσο γίνεται πιο αντιπροσωπευτικά, των ανεκπλήρωτων αναγκών για Ο.Π. δημιούργησαν δείκτες μέτρησης της επικράτησης της αντισύλληψης και της ανεκπλήρωτης ανάγκης για Ο.Π. Τα στατιστικά στοιχεία λοιπόν αυτά μπορεί να μας δείχνουν πως παγκόσμια η αντισυλληπτική μέθοδος αυξήθηκε και η ανεκπλήρωτη ανάγκη για Ο.Π. μειώθηκε όμως δεν ισχύει το ίδιο και για τις παντρεμένες γυναίκες, των οποίων ο απόλυτος αριθμός επρόκειτο να αυξηθεί στις ανεπτυγμένες χώρες. Αυτό λοιπόν μας δείχνει πόσο σημαντικό είναι να αυξηθεί η επένδυση πάνω στις αντισυλληπτικές μεθόδους για την βελτίωση της αναπαραγωγικότητας παγκόσμια.

Στο πρόβλημα έλλειψης σωστής ενημέρωσης για την αντισύλληψη συμπεριλαμβάνεται και ο υπερπληθυσμός του πλανήτη, ο οποίος είναι θέμα συζήτησης από πολύ παλιά. Οι Patrick Gerland et. al. (2014) έρχονται μέσω της έρευνας τους να μας αποδείξουν πως αυτό ισχύει και πως ο παγκόσμιος πληθυσμός θα αυξηθεί κατά πολύ μέχρι το 2100, ειδικά στις υποανάπτυκτες χώρες όπως η Αφρική. Στις χώρες δηλαδή που υπάρχει και η μεγαλύτερη έλλειψη ενημέρωσης σχετικά με την αντισύλληψη.

Πάνω λοιπόν σε όλα αυτά τα προβλήματα λόγω της έλλειψης σωστής ενημέρωσης περί του Ο.Π. έρχεται η ψηφιακή εποχή για να μας κάνει να αναρωτιόμαστε κατά πόσο μπορεί να βοηθήσει ή όχι στα παραπάνω προβλήματα. Στο άρθρο τους οι Linton A, Hammond C (2016) μας παραθέτουν συνοπτικά κάποιες θετικές και αρνητικές επιπτώσεις του διαδικτύου γενικά πάνω στην υγεία. Οι κύριες πηγές είναι δύο τα online

φόρουμ και οι εφαρμογές οι οποίες χρησιμοποιούνται και βάση του άρθρου τα θετικά είναι πιο πολλά από τα αρνητικά. Στα θετικά είναι ο απεριόριστος αριθμός πληροφοριών που παρέχεται μέσω του διαδικτύου, η μεγάλη ευκολία με την οποία ο καθένας μπορεί να βρει αυτό που ψάχνει. Ένα ακόμη θετικό στοιχείο είναι η ανωνυμία που μπορεί να έχει κανείς μέσω του διαδικτυακού χώρου κάνοντας έτσι τις ερωτήσεις που θέλει να διατυπώσει χωρίς ντροπή ή άγχος. Αυτό κυρίως απασχολεί τους έφηβους, οι οποίοι ξεκινούν τη σεξουαλική τους ζωή. Εύκολη γίνεται η συνεννόηση του γιατρού με τον ασθενή μέσω απόστασης και η υπενθύμιση για τη λήψη φαρμάκων μέσω εφαρμογών. Το αρνητικό σε όλα αυτά είναι πως μπορεί ο καθένας να πάρει μέρος στις πληροφορίες που δημοσιεύονται άρα κάποιες από αυτές γίνονται ανακριβείς. σε γενικές γραμμές οι υπεύθυνοι του Ο.Π. θα πρέπει να εξοικειωθούν με τις αξιόπιστες επιλογές που βασίζονται στην τεχνολογία για να διασφαλίσουν ότι η φροντίδα του Ο.Π. παραμένει ακριβής, προσβάσιμη και συναφής στη συνεχώς μεταβαλλόμενη ψηφιακή εποχή. Η ψηφιακή εποχή συμβάλλει επίσης και στην διάδοση άσχημων συμβάντων όπως αυτό που παρουσιάζει ο Shi L (2014) στο οποίο μία κινέζα αναγκάστηκε να κάνει έκτρωση ενώ βρισκόταν στον έβδομο μήνα της κύησης της. Το διαδίκτυο βοήθησε να γίνει γνωστό και έτσι να υπάρξει πιο δίκαιη διαχείριση του συμβάντος.

Η συνηθέστερη στιγμή που οι γυναίκες συμβουλευονται τον Ο.Π. είναι μετά την έκτρωση όσο βρίσκονται στην κλινική, μας γνωστοποιούν μέσω της έρευνάς τους οι Chris Smith et. al. (2015) όπως επίσης ότι συνήθως οι γυναίκες οι οποίες θα επιδιώξουν μία έκτρωση θα είναι αυτές που θα έχουν ανικανοποίητες ανάγκες για αντισύλληψη. Ακόμα και σε υποανάπτυκτες χώρες που υπάρχει ανυπολόγιστη ανάγκη για Ο.Π. το 90% των ερωτηθέντων είχαν στην κατοχή τους κινητό τηλέφωνο. Οι περισσότεροι από αυτούς ζούσαν σε αγροτικές περιοχές οπότε θα τους ήταν πιο εύκολο να χρησιμοποιήσουν το κινητό τους τηλέφωνο ως μέσο για την διαδραστική, εξατομικευμένη υποστήριξή τους χωρίς κόστος. Η αποτελεσματικότητα που παρέχουν οι παρεμβάσεις μέσω κινητού τηλεφώνου έχουν αποδειχθεί ότι είναι αποτελεσματικές σε άλλους τομείς της υγείας όπως στη διακοπή του καπνίσματος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8. Συμπεράσματα

Συνοψίζοντας, το ποσοστό των ανεπιθύμητων εγκυμοσυνών και ταυτόχρονα όλων των αρνητικών επιπτώσεων που αυτές επιφέρουν θα μπορούσε να μειωθεί δραστικά με κατάλληλη εφαρμογή του οικογενειακού προγραμματισμού.

Ο οικογενειακός προγραμματισμός, συνήθως έχοντας ως επίκεντρο τη γυναίκα, αναφέρεται σε όλες τις διαδικασίες που οδηγούν στην αναπαραγωγή, την επιθυμητή στιγμή και με τον επιθυμητό άνθρωπο.

Αφορά την ανάπτυξη, διάδοση και εφαρμογή όλων των μεθόδων εκείνων που σαν αποτέλεσμα έχουν τον έλεγχο του αριθμού των παιδιών σε μια οικογένεια καθώς και του διαστήματος μεταξύ των γεννήσεών τους.

Περιλαμβάνει την εξέταση του αριθμού των παιδιών που επιθυμεί μια γυναίκα ή ένας άντρας, συμπεριλαμβανομένης της επιλογής να μην έχουν παιδιά, καθώς και την ηλικία στην οποία επιθυμούν να τα έχουν. Τα θέματα αυτά επηρεάζονται από εξωτερικούς παράγοντες όπως η οικογενειακή κατάσταση, λόγοι σταδιοδρομίας, η οικονομική θέση καθώς και οι τυχόν αναπηρίες που μπορεί να επηρεάσουν την ικανότητά απόκτησης παιδιών αλλά και του μεγάλωμά τους.

Όντας ένα άτομο σεξουαλικά ενεργό, ο οικογενειακός προγραμματισμός μπορεί να περιλαμβάνει τη χρήση αντισύλληψης και άλλες τεχνικές για τον έλεγχο της χρονικής στιγμής της αναπαραγωγής. Άλλες τεχνικές που χρησιμοποιούνται συνήθως περιλαμβάνουν τη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση, την πρόληψη και τη διαχείριση των σεξουαλικά μεταδιδόμενων λοιμώξεων, τη συμβουλευτική πριν από τη σύλληψη και τη διαχείριση της στειρότητας.

Η «ανάπτυξη» ενός παιδιού απαιτεί σημαντικούς πόρους: χρόνο, κοινωνικούς πόρους, οικονομικούς πόρους και περιβαλλοντικούς πόρους. Ο προγραμματισμός μπορεί να βοηθήσει στην επιβεβαίωση του υποψηφίου γονέα ότι διαθέτει όλους αυτούς του πόρους.

Έχοντας λοιπόν εξασφαλίσει τους πόρους αυτούς ένα ζευγάρι, μπορεί να διερευνήσει τις επιλογές της φυσικής γέννησης, της υποκατάστασης, της τεχνητής γονιμοποίησης ή της υιοθεσίας.

Αντιθέτως, αν κάποιο άτομο δεν επιθυμεί να αποκτήσει παιδί τη συγκεκριμένη στιγμή, μπορεί να ενημερωθεί για τους τρόπους που υπάρχουν για την πρόληψη μιας εγκυμοσύνης, όπως η αντισύλληψη, η άμβλωση ή η φυσική προστασία και πρόληψη.

Η μητρική υγεία αναφέρεται στην υγεία των γυναικών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, του τοκετού και της μετά τον τοκετό περιόδου. Ενώ η μητρότητα είναι συχνά μια θετική εμπειρία, για πολλές γυναίκες συνδέεται με ταλαιπωρία, κακή υγεία και ακόμη και θάνατο. Τόσο η πρόωγη όσο και η καθυστερημένη μητρότητα έχουν ως συνέπεια αυξημένο κίνδυνο επιπλοκών. Ως εκ τούτου, η αναμονή έως ότου η μητέρα είναι τουλάχιστον 18 ετών πριν προσπαθήσει να αποκτήσει παιδιά βελτιώνει την υγεία της ίδιας καθώς και του παιδιού.

Θεωρείται ωφέλιμο μια μητέρα να περιμένει τουλάχιστον 2 χρόνια μετά από μια γέννηση προτού επιχειρήσει να ξανασυλλάβει (αλλά όχι περισσότερο από 5 χρόνια). Μετά από αποβολή ή άμβλωση, είναι υγιέστερο να περιμένει τουλάχιστον 6 μήνες. Κατά το σχεδιασμό μιας οικογένειας, οι γυναίκες θα πρέπει να γνωρίζουν ότι ο κίνδυνος αναπαραγωγής αυξάνεται με την ηλικία της γυναίκας. Όπως και οι ηλικιωμένοι άνδρες, οι μεγαλύτερες γυναίκες έχουν περισσότερες πιθανότητες να αποκτήσουν παιδί με αυτισμό ή σύνδρομο Down. Ακόμα ο κίνδυνος παρατεταμένης γέννας είναι υψηλότερος θέτοντας το μωρό σε κίνδυνο.

Ο οικογενειακός προγραμματισμός ωφελεί την υγεία και την ευημερία των γυναικών και των οικογενειών σε όλο τον κόσμο. Η χρήση αντισύλληψης μπορεί να βοηθήσει στην αποφυγή ανεπιθύμητων κυήσεων και γεννήσεων. Ταυτόχρονα προσφέρει προστασία από Σ.Μ.Ν., συμπεριλαμβανομένου του HIV/AIDS και παρέχει άλλα οφέλη για την υγεία.

Υπάρχουν πολλοί λόγοι για τους οποίους οι γυναίκες δεν χρησιμοποιούν αντισυλληπτικά. Οι λόγοι αυτοί περιλαμβάνουν προβλήματα υλικοτεχνικής φύσης, επιστημονικές και θρησκευτικές ανησυχίες, περιορισμένη πρόσβαση στα μέσα μεταφοράς προκειμένου να έχουν πρόσβαση σε κλινικές υγείας, έλλειψη εκπαίδευσης και γνώσης και αντίδρασης από το περιβάλλον, τις οικογένειες ή τις κοινότητες.

Η 26η Σεπτεμβρίου ορίζεται ως Παγκόσμια Ημέρα Αντισύλληψης, αφιερωμένη στην ευαισθητοποίηση σχετικά με την αντισύλληψη και τη βελτίωση της εκπαίδευσης σχετικά με τη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία, με ένα όραμα "ένas κόσμος όπου κάθε εγκυμοσύνη είναι επιθυμητή".

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Ανδρουλάκη Ρ., Μπαφάκη Α. (1995). *Πολιτική και Οργάνωση του Οικογενειακού προγραμματισμού*
- Ρούπα – Δαριβάκη Ζωή (2006). *Οικογενειακός Προγραμματισμός & Αντισύλληψη*. Εκδόσεις “ΕΛΛΗΝ” – Γ. ΠΑΤΡΙΚΙΟΣ & ΣΙΑ Ε.Ε.
- Ιατράκης Μ. Γεώργιος (2009). *Ατлас Βασικών Ιατρικών Επιστημών Ανατομία του Ανθρώπου*. Τόμος Ι, 3^η έκδοση. Μετάφραση- Επιμέλεια: Βαράκης Ιωάννης. Εκδόσεις ΔΕΣΜΟΣ
- Netter Frank (2004). *Βιβλίο Γυναικολογίας & Μαιευτικής*. Εκδόσεις Π.Χ. ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ ΕΠΕ
- Δετοράκης Γιάννης (2009). *Οικογενειακός Προγραμματισμός Αντισύλληψη Σεξουαλική Διαφώτιση*. Εκδόσεις ΠΑΤΑΚΗΣ
- Πανίδης Δ. – Παπαδήμας (2004). *Ενδοκρινολογία αναπαραγωγής στη γυναίκα και στον άνδρα*. Εκδόσεις γράμμα
- Ιατράκης Μ. Γεώργιος (2008). *Οικογενειακός Προγραμματισμός*. 2^η Έκδοση. Εκδόσεις ΔΕΣΜΟΣ, Αθήνα
- Ιατράκης Μ. Γεώργιος (2006). *Βιβλίο Γυναικολογίας*. Εκδόσεις ΔΕΣΜΟΣ, Αθήνα
- Gilda Sedgh, Susheela Singh, Rubina Hussain (2014). “Intended and Unintended Pregnancies Worldwide in 2012 and Recent Trends” *Studies in Family Planning*. 45[3]: 301–314
- Leontine Alkema, Vladimira Kantorova, Clare Menozzi, Ann Biddlecom (2013) “National, regional, and global rates and trends in contraceptive prevalence and unmet need for family planning between 1990 and 2015: a systematic and comprehensive analysis” [www.thelancet.com](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62204-1) Published online March 12, 2013 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62204-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62204-1)
- Patrick Gerland, Adrian E. Raftery, Hana Ševčíková, Nan Li, Danan Gu, Thomas Spoorenberg, Leontine Alkema, Bailey K. Fosdick, Jennifer Chunn, Nevena Lalic,

- Guiomar Bay, Thomas Buettner, Gerhard K. Heilig, John Wilmoth (2014) “World population stabilization unlikely this century” *Science* 10 Oct 2014: Vol. 346, Issue 6206, pp. 234-237
- Linton A, Hammond C (2016) “Contraception Counseling in the Digital Age” *Semin Reprod Med.* 2016;34(3):133-8
 - Shi L (2014) “Micro-blogs, online forums, and the birth-control policy: social media and the politics of reproduction in China” *Cult Med Psychiatry.* 2014;38(1):115-32
 - Chris Smith, Thoai D Ngo, Judy Gold, Phil Edwards, Uk Vannak, Ly Sokhey, Kazuyo Machiyama, Emma Slaymaker, Ruby Warnock, Ona McCarthy & Caroline Free (2015) “Effect of a mobile phone-based intervention on post-abortion contraception: a randomized controlled trial in Cambodia” *Bulletin of the World Health Organization* 2015;93:842-850A
 - Rebecca G Simmons, Dominick C Shattuck and Victoria H Jennings (2017) “Assessing the Efficacy of an App-Based Method of Family Planning: The Dot Study Protocol” *JMIR Res Protoc.* 2017 Jan; 6(1): e5
 - Guang Sheng Fan, Mulan Ren, Wen Di, Ping Su, Qin Chang, Shuying Wu, “Efficacy and safety of the contraceptive vaginal ring (NuvaRing) compared with a combined oral contraceptive in Chinese women: a 1-year randomised trial”, *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, Volume 21, 2016 - Issue 4, pp 303-309 , Jun 2016
 - David R. Friend, “An update on multipurpose prevention technologies for the prevention of HIV transmission and pregnancy”, *Expert Opinion on Drug Delivery*, Volume 13, 2016 - Issue 4, pp 533-545, Jan 2016
 - Koo, Helen P. Wilson, Ellen K. Minnis, Alexandra M. (2017) “A Computerized Family Planning Counseling Aid: A Pilot Study Evaluation of Smart Choices” *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, Volume 49, Number 1, 1 March 2017, pp. 45-53(9)
 - Francesca Minerva, Anders Sandberg (2015) “Cryopreservation of Embryos and Fetuses as a Future Option for Family Planning Purposes” *Journal of Evolution and Technology* - Vol. 25 Issue 1 – April 2015 - pgs 17-30

- Ferguson C, Jackson D (2017) “Selecting, appraising, recommending and using mobile applications (apps) in nursing” *J Clin Nurs*. 2017 Mar 31

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
CI	Confidence Interval
COC	Combined Oral Contraceptive
DMPA	Depot Medroxyprogesterone Acetate
EE	Ethinylestradiol
FDA	US Food and Drug Administration
FP	Family Planning
FSH	Follicle-Stimulating Hormone
HIV	Human Immunodeficiency Virus
ISO	International Standards Organization
iOS	iPhone Operating System
IUD	Intrauterine Device
MPT	Multipurpose Prevention Technologies
PI	Pearl Index
STD	Sexually Transmitted Disease
STI	Sexually Transmitted Infection
UN	United Nations
Ε.Ο.Π.	Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού
ΗΠΑ	Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής
Ο.Η.Ε	Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών
Ο.Π.	Οικογενειακός Προγραμματισμός
Π.Φ.Ν.	Πνευλική Φλεγμονώδης Νόσος

Σ.Μ.Ν.	Σεξουαλικά Μεταδιδόμενο(α) Νόσημα(τα)
ΣΝΙ	Συγγενής Νόσος του Ισχίου

Πίνακας 1. Επεξήγηση ακρωνυμίων

