



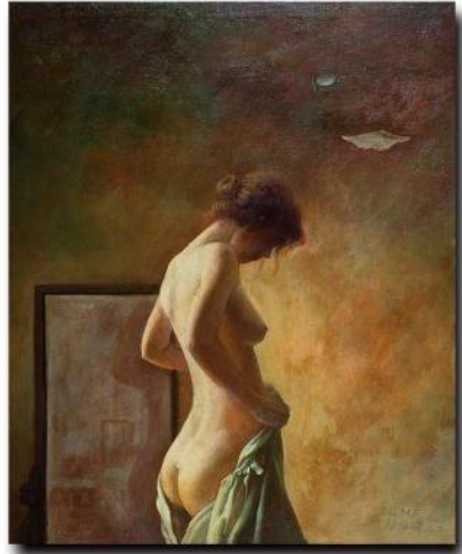
ΕΘΝΙΚΟ & ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
Β' ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ & ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
ΑΡΕΤΑΙΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
Δ/ΝΤΗΣ: ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ Ν. ΒΛΑΧΟΣ

ΤΙΤΛΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:

«ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ»

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΩΝ
ΙΣΧΥΟΝΤΩΝ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ
& ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΠΡΟΕΚΤΑΣΕΙΣ



Συγγραφική Ομάδα: Φοιτητές 5^{ου} έτους – Ασκούμενοι στη Β'ΜΓ τη χρονική περίοδο 14/02/2022 – 10/04/2022 (με αλφαβητική σειρά): Πετρίτσης Χ., Πεχλιβανίδη Ν., Πεχλιβανίδου Ε., Πίγκου Ε., Πιτσιάβα Ι., Πισσουλάκη Ε., Πιταροκοίλη Α., Πλατάκης Ν., Ραχάνης Α., Ρόδη Κ., Ρόμπολα Δ., Ρούμπου Ε., Ρούφας Ν., Σακκούλης Γ., Σαββίδης Ι., Σουρμπής Β., Τζώρας Γ.

Υπεύθυνος Ειδικευόμενος: Σουρέτης Κυριάκος, MD, PhD

Υπεύθυνο Μέλος ΔΕΠ: Σαλάκος Νικόλαος, MD, PhD, Καθηγητής, Β' Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική, Αρεταίειο Νοσοκομείο

Περιεχόμενα

ΜΕΡΟΣ Α: Αντισύλληψη και Κοινωνία: Μια δυναμική αλληλεπίδραση.....	5
Κεφάλαιο 1 ^ο : Αντισύλληψη και Κοινωνικές Προεκτάσεις.....	8
1.1) Ιστορική Αναδρομή.....	8
Αρχαία Αίγυπτος.....	8
Αρχαία Ελλάδα.....	9
Σωρανός ο Εφέσιος.....	10
Μεσαίωνας και αντισύλληψη.....	12
Διακεκομμένη συνουσία.....	13
Γκαμπριέλε Φαλόπιο.....	13
Εικοστός αιώνας: Θρησκεία και αντισύλληψη.....	14
Ο Ernst Grafenberg και το πρώτο ενδομήτριο σπείραμα.....	17
Η εισαγωγή της έννοιας του οικογενειακού προγραμματισμού & η ανακάλυψη της ορμονικής αντισύλληψης.....	18
Συμπέρασμα.....	21
1.2) Αμβλώσεις και Θάνατοι εξαιτίας των παράνομων μεθόδων πριν την νόμιμη αντισύλληψη.....	22
«Μη ασφαλής Άμβλωση»: Ορισμός.....	22
Αίτια μη ασφαλών αμβλώσεων.....	22
Επιπλοκές μη ασφαλών αμβλώσεων και μητρικοί θάνατοι.....	23
Συμπέρασμα.....	25
1.3) Αντισύλληψη & Νομολογία.....	26
1.4) Η αντισύλληψη στον κόσμο σήμερα.....	30
Τάσεις αναφορικά με τη χρήση αντισυλληπτικών ανάμεσα σε παντρεμένα ζευγάρια.....	30
Δημοφιλείς Μέθοδοι ανά κράτος & ήπειρο.....	31
Η χρήση των αντισυλληπτικών μεθόδων σε Παγκόσμια Κλίμακα με ποσοστά.....	33
Παράγοντες που διαμορφώνουν τη χρήση αντισύλληψης στον κόσμο: Εφηβεία και άλλα.....	36
1.5) Η Αντισύλληψη στην Ελλάδα.....	38
Αρχαία χρόνια.....	38
Ηθικό πλαίσιο.....	40
Αντισύλληψη στην Ελλάδα του 19ου και του 20ου αιώνα.....	41
Η αντισύλληψη στον Ελλαδικό χώρο στον 21ο αιώνα.....	46
1.6) Σεξουαλική Διαπαιδαγώγηση και Αντισύλληψη.....	48

Βασικές Αρχές της Περιεκτικής Σεξουαλικής Διαπαιδαγώγησης.....	50
Σημαντικά πορίσματα για την ολοκληρωμένη σεξουαλική εκπαίδευση από τον UNFPA (United Nations Population Fund)	52
Η κατάσταση στην Ελλάδα	53
Κύριες πηγές πληροφόρησης σχετικά με την αντισύλληψη και τη σεξουαλική ζωή.....	60
<i>Χαρακτηριστικά μιας ιδανικής πηγής πληροφοριών</i>	61
Ο ρόλος του γυναικολόγου ως πηγή πληροφοριών	62
Αξιέπαινες και ενθαρρυντικές πρωτοβουλίες στην Ελλάδα	63
Ποιος είναι ο ρόλος των φοιτητών Ιατρικής και των επαγγελματιών υγείας;	68
ΜΕΡΟΣ Β: Μέθοδοι Αντισύλληψης	70
Κεφάλαιο 2 ^ο : Πρώτης γραμμής αντισύλληψη ή Εξαιρετικά αποτελεσματική αντισύλληψη	72
2.1.α) Ενδομήτριο σπείραμα (IUD) χαλκού	72
Ορισμός & Μηχανισμός Αντισυλληπτικής Δράσης	72
Σχηματική Τοποθέτηση της συσκευής.....	74
Αντενδείξεις.....	76
Πλεονεκτήματα της μεθόδου	76
Μειονεκτήματα της μεθόδου.....	77
Το IUD ως επείγουσα αντισύλληψη.....	78
2.1.β) Ενδομήτριο σπείραμα με προγεστερινοειδές (Λεβονογεστρέλη)	78
Ορισμός & Μηχανισμός Αντισυλληπτικής Δράσης	79
Σχηματική Τοποθέτηση της συσκευής.....	81
Αντενδείξεις.....	82
Πλεονεκτήματα	83
Μειονεκτήματα.....	83
2.2) Εμφύτευμα (Implant)	85
2.3) Ανδρική στείρωση: Βαζεκτομή	87
Τεχνική:.....	87
Πλεονεκτήματα	88
Μειονεκτήματα.....	89
Επιπλοκές:.....	89
Σύγκριση βαζεκτομής με τη γυναικεία στείρωση:.....	89
Αποτελεσματικότητα:.....	90
Αποτυχία της επέμβασης:.....	90

Αναστροφή της στέρωσης:.....	90
2.4) Γυναικεία στέρωση	92
Μηχανισμός Δράσης	92
Επεμβάσεις γυναικείας στέρωσης.....	93
Μηχανική Απόφραξη των Σαλπίγγων	93
Καυτηριασμός Σαλπίγγων.....	95
Σαλπιγγεκτομή	97
Απολίνωση Σαλπίγγων & Μερική Σαλπιγγεκτομή	97
Διατραχηλική στέρωση	99
Χειρουργικές Τεχνικές	100
Χρόνος εκτέλεσης.....	102
Ενδείξεις	103
Αντενδείξεις.....	103
Προεγχειρητική προετοιμασία	103
Επιπλοκές επέμβασης.....	104
Κεφάλαιο 3 ^ο : Δεύτερης, τρίτης και τέταρτης γραμμής Αντισύλληψη.....	105
3.1) Δεύτερης γραμμής ή Πολύ Αποτελεσματική Αντισύλληψη	105
3.1.α) Συνδυασμένου τύπου αντισυλληπτικά δισκία	105
3.1.β) Δισκία που περιέχουν μόνο προγεσταγόνο (POPs) ή mini-pills.....	120
3.1.γ) Ενέσιμα σκευάσματα.....	123
3.1.δ) Συνδυασμένο αντισυλληπτικό αυτοκόλλητο.....	126
3.1.ε) Κολπικός δακτύλιος.....	129
3.1.στ) Ορμονική Αντισύλληψη & Καρκίνος.....	135
3.2) Τρίτης γραμμής ή Αποτελεσματική Αντισύλληψη	149
3.2.α) Ανδρικό προφυλακτικό	149
3.2.β) Γυναικείο προφυλακτικό	150
3.2.γ) Κολπικό Διάφραγμα	151
3.2.δ) Φυσικές Μέθοδοι – Συμπεριφορικές Μέθοδοι Αντισύλληψης	153
3.3) Τέταρτης γραμμής ή Ελάχιστα Αποτελεσματική Αντισύλληψη	155
Σπερματοκτόνα	155
Συμπεράσματα – Επίλογος	157
Βιβλιογραφία.....	159
Ελληνική Βιβλιογραφία	159
Αγγλική Βιβλιογραφία	159
Ιστότοποι:.....	171

ΜΕΡΟΣ Α: Αντισύλληψη και Κοινωνία: Μια δυναμική αλληλεπίδραση

Πεχλιβανίδου Ευμορφία

Η σύγχρονη ανθρωπότητα έχει αλλάξει άρδην τον τρόπο ζωής της τις τελευταίες δεκαετίες θέτοντας διαφορετικές προτεραιότητες από τη διαιώνιση του είδους. Η άνοδος του μορφωτικού επιπέδου οδήγησε την ανθρωπότητα στο να εξέλθει από το καβούκι των αρχέγονων ενστίκτων της, γεγονός που χαρακτήριζε το μεγαλύτερο μέρος της ανθρώπινης εξέλιξης. Η εγκατεστημένη γεωργία και, σε ακόμη μεγαλύτερο βαθμό, η αστική ζωή έχουν αλλάξει αμετάκλητα τα φυσικά, καλά συντονισμένα πρότυπα ανθρώπινης αναπαραγωγής. Νέοι κοινωνικοί και τεχνητοί περιορισμοί στη γονιμότητα πρέπει να αντικαταστήσουν την υψηλή βρεφική θνησιμότητα και τους αόρατους αλλά σημαντικούς φυσιολογικούς ελέγχους που κάποτε περιόριζαν το μέγεθος της οικογένειας. Οι μεταβλητές που ενθαρρύνουν κοινωνιολογικά τις μικρές οικογένειες δεν είναι ακόμη πλήρως κατανοητές, αλλά περιλαμβάνουν την αστικοποίηση, τις ευκαιρίες εκπαίδευσης και απασχόλησης για τις γυναίκες και την εύκολη πρόσβαση σε υπηρεσίες οικογενειακού προγραμματισμού. Σε μια παραδοσιακή αγροτική κοινωνία τα παιδιά φέρνουν ελπίδα οικονομικής ανταμοιβής στους γονείς τους σε πρώιμο στάδιο μοιραζόμενα την εργασία που είναι απαραίτητη για τη στήριξη της οικογένειας, ενώ στις σύγχρονες βιομηχανικές κοινωνίες η φροντίδα και η εκπαίδευση των παιδιών αντιπροσωπεύουν πολλά χρόνια βαρέων δαπανών για τους γονείς. Αυτή η αλλαγή στο κόστος της απόκτησης παιδιών και η αλλαγή στην προσέγγιση της ανατροφής των παιδιών πιθανόν να αποτελούν τους πιο σημαντικούς παράγοντες που καθορίζουν την υιοθέτηση του οικογενειακού προγραμματισμού στις σύγχρονες κοινωνίες. (Schenker & Elchaldal, 1994)

Οι δυτικές κοινωνίες χρειάστηκαν περισσότερο από έναν αιώνα για να φτάσουν στη μηδενική πληθυσμιακή αύξηση και να προσαρμοστούν στην ταχεία αύξηση του πληθυσμού που συνόδευσε την εκβιομηχάνισή τους. Οι περισσότερες από τις αλλαγές που συνέβησαν στα οικογενειακά πρότυπα έγιναν πριν από την καθιέρωση των διευκολύνσεων (επιδόματα, υπηρεσίες) από το κράτος και με σημαντικό συναισθηματικό και σωματικό κόστος για πολλά ζευγάρια. Αντίθετα, η πλειονότητα των κυβερνήσεων των σύγχρονων λιγότερο ανεπτυγμένων χωρών έχουν θεσπίσει εθνικές πολιτικές οικογενειακού προγραμματισμού και ενθαρρύνουν ενεργά τη χρήση των κρατικών διευκολύνσεων από τα νοικοκυριά. Η Παγκόσμια Έρευνα Γονιμότητας δείχνει ότι περισσότερα ζευγάρια στις λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες επιθυμούν μικρές οικογένειες από το να πετύχουν πραγματικά τους στόχους τους αναφορικά με την απόκτηση παιδιών. (Pottes, 2020; Turgambayevaetal., 2018)

Η σημασία των επιλογών που αντιμετωπίζουν οι υπεύθυνοι χάραξης οικογενειακής πολιτικής αλλά και οι μεμονωμένες οικογένειες οι ίδιες μπορεί να απεικονιστεί με αναφορά στις τάσεις στον οικογενειακό προγραμματισμό στη Λαϊκή Δημοκρατία της Κίνας. Μετά την Επανάσταση του 1949, οι εθνικοί ηγέτες υποστήριξαν ότι μια κομμουνιστική οικονομία θα μπορούσε να φιλοξενήσει οποιονδήποτε ρυθμό αύξησης του πληθυσμού και οι υπηρεσίες οικογενειακού προγραμματισμού, αν και ήταν διαθέσιμες, δεν αξιοποιήθηκαν. Ως αποτέλεσμα τις δεκαετίες του 1950 και του 1960 παρατηρήθηκε ταχεία αύξηση του πληθυσμού. Σε μια προσπάθεια να σταθεροποιήσει τον πληθυσμό, η κινεζική κυβέρνηση θέσπισε μια πολιτική με στόχο το 50% των ζευγαριών που διαμένει στην επαρχία και το 80% των αστικών ζευγαριών να έχουν μόνο ένα παιδί. Η εφαρμογή αυτού του είδους πολιτικής είχε μια ειρωνική επίδραση σε μεμονωμένες γυναίκες: από τη μία οι ηλικιωμένες γυναίκες ανήκαν σε μια γενιά που δεν μπορούσε πάντα να λάβει υπηρεσίες ελέγχου των γεννήσεων και η πρόσβαση ειδικά για τις χαμηλού κοινωνικού status η αντισύλληψη ήταν ανύπαρκτη, και οι

νεότερες γυναίκες ενθαρρύνονταν ή σε ορισμένες περιπτώσεις ακόμη και αναγκάζονταν να διακόψουν τις εγκυμοσύνες που ήθελαν να διατηρήσουν. Ωστόσο, την πρώτη δεκαετία του 21ου αιώνα, το χαμηλό ποσοστό γεννήσεων και το αυξημένο μέγεθος του γηράσκοντος πληθυσμού της Κίνας οδήγησαν σε κάποια χαλάρωση της πολιτικής του ενός παιδιού, η οποία έληξε επίσημα το 2016. (Potts, 2020)

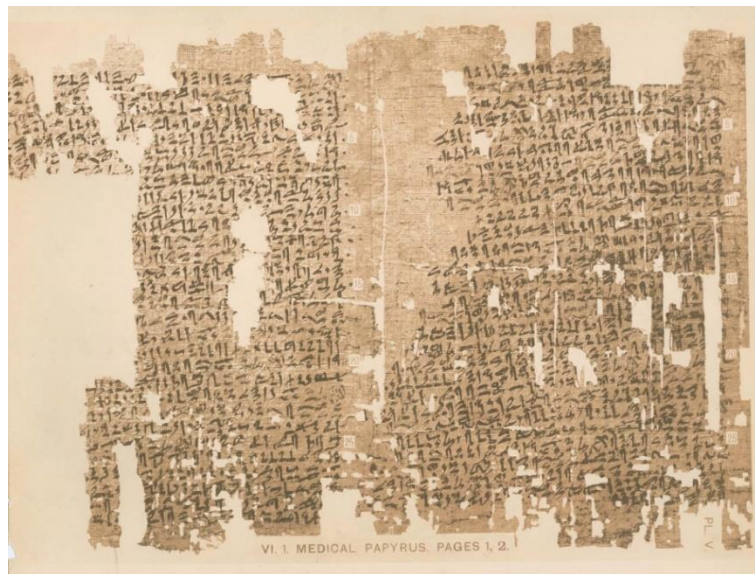
Αν και δεν έχει επιτευχθεί συναίνεση σχετικά με το φάσμα των μεθόδων ελέγχου των γεννήσεων που πρέπει να προσφέρει η κοινωνία στα μέλη της, το δικαίωμα των ζευγαριών να καθορίζουν τον αριθμό και την απόσταση μεταξύ των γεννήσεων των παιδιών τους υποστηρίζεται σχεδόν παγκοσμίως, ενώ η πιθανότητα καταναγκαστικού οικογενειακού προγραμματισμού καταδικάζεται σχεδόν εξίσου ευρέως. Σε όλο τον κόσμο, η επίγνωση των πλεονεκτημάτων και των μειονεκτημάτων συγκεκριμένων μεθόδων ελέγχου των γεννήσεων, οι στοχαστικές κρίσεις σχετικά με την ηθική και η περαιτέρω εξέλιξη της ιατρικής και επιστημονικής γνώσης θα συνεχίσουν να είναι σημαντικές για την ευημερία της οικογένειας, των επιμέρους χωρών και ολόκληρου του κόσμου.

Στο πλαίσιο αυτό στο κεφάλαιο που ακολουθεί θα διερευνηθεί η ιστορία της αντισύλληψης και του ελέγχου των γεννήσεων, το φαινόμενο των μη ασφαλών αμβλώσεων ως αποτέλεσμα της μη διάθεσης αντισύλληψης, το νομικό πλαίσιο που καθιέρωσε την διάθεση των αντισυλληπτικών μεθόδων στο ευρύ κοινό, η αντισύλληψη με αριθμούς στον κόσμο σήμερα και η περίοπτη θέση που της αξίζει στην σεξουαλική διαπαιδαγώγηση. Τέλος θα γίνει αναφορά στα δεδομένα της χώρας μας στο πεδίο από την αρχαιότητα έως σήμερα

Κεφάλαιο 1^ο: Αντισύλληψη και Κοινωνικές Προεκτάσεις

1.1) Ιστορική Αναδρομή

Ραχάνης Αλκιβιάδης, Πιταροκοίλη Αικατερίνη



Εικόνα 1: Πάπυρος Καχυν: πάπυρος με ιδιαίτερη αξία λόγω των αναφορών του σε θέματα γυναικολογικού περιεχομένου

Ο όρος αντισύλληψη προέρχεται ετυμολογικά από τις λέξεις αντί και συλλαμβάνω και ορίζεται ως κάθε μέτρο που παίρνει ο ένας ή και οι δύο σύντροφοι για την αποφυγή μιας εγκυμοσύνης (σύλληψης).

Αντισυλληπτικές

μέθοδοι, με τη μια ή την άλλη μορφή έχουν χρησιμοποιηθεί εδώ και χιλιάδες χρόνια στην ιστορία του ανθρώπινου γένους. Η αντισύλληψη χρησιμοποιήθηκε ακόμη και σε πολιτισμούς και κοινωνίες με αυστηρούς κώδικες πολιτικούς, κοινωνικούς ή θρησκευτικούς, που απαιτούσαν από τους ανθρώπους «να είναι παραγωγικοί και να αυξάνονται». Βεβαίως οι μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν πριν τον 20ο αιώνα δεν ήταν τόσο ασφαλείς και αποτελεσματικές όπως αυτές που έχουμε σήμερα στη διάθεσή μας. Στην παρούσα ενότητα, θα επιχειρήσουμε μια ιστορική αναδρομή σε βάθος χρόνων, για να κατανοήσουμε από πού πέρασε η ανθρώπινη ανάγκη και αναζήτηση στο θέμα του ελέγχου των γεννήσεων.

Αρχαία Αίγυπτος

Υπάρχουν ιστορικά στοιχεία στη αρχαία Αίγυπτο σύμφωνα με τα οποία οι γυναίκες χρησιμοποιούσαν μια κολπική ουσία υπό μορφή υπόθετου, που αποτελούνταν από διάφορες όξινες ουσίες. Η ουσία αυτή αλειφόταν πολλές φορές με μέλι ή λάδι, και φαίνεται να ήταν αποτελεσματική,

παρόλο που οι Αιγύπτιοι δεν γνώριζαν το μηχανισμό της σύλληψης. Συγκεκριμένα, οι πάπυροι Petri και Kahun του 1850 π.Χ. έδιναν πολλές και ποικίλες συμβουλές με την πιο κοινή πρακτική να φαίνεται να είναι η χρήση κόπρου κροκοδείλου ως πεσσό και στη συνέχεια η επάλειψη μελιού στον κόλπο. Επιπλέον στον πάπυρο Ebers του 1550 π.Χ. συμβουλεύει τις γυναίκες που δεν επιθυμούσαν την τεκνοποίηση να «κάθονται οκλαδόν πάνω από μία εστία που βγάζει καπνό από κερί και κάρβουνο». Τέλος, συνταγές για μεθόδους αντισύλληψης τύπου φραγμού, τοποθετούνταν στο τάφο μαζί με το νεκρό για προφύλαξη από ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη στον άλλο κόσμο (Μανταλενάκης, 1991).

Αρχαία Ελλάδα



Εικόνα 2: Φυτό Σύλφιον

Η μηνιαία χρήση βάμματος από το φυτό Σύλφιο (συγγενικό του μάραθου) ήταν η δημοφιλέστερη μέθοδος αντισύλληψης στην αρχαία Ελλάδα από τον 7ο π.Χ. αιώνα μέχρι περίπου το 2ο μ.Χ. αιώνα (εικόνα 1). Επίσης, ο σπουδαίος Αριστοτέλης περιγράφει το "ατόκιον", την παρατήρηση ότι για μια αρκετά μεγάλη περίοδο του κύκλου η γυναίκα δεν μπορεί να συλλάβει, μία γνώση που αποκτήθηκε εκ νέου μόλις το 1930. Ως αποτέλεσμα, οι αρχαίοι Έλληνες εφάρμοζαν από τους αρχαιότετους χρόνους τη "μέθοδο του ρυθμού", δηλαδή την αποφυγή

σεξουαλικής επαφής την περίοδο των γόνιμων ημερών, αποφεύγοντας έτσι ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες. Ακόμα, ο μεγάλος φιλόσοφος και φυσιοδίφης περιέγραψε τον τρόπο με τον οποίο η μήτρα μπορεί να γίνει αφιλόξενη για το σπέρμα «αλείφοντας το μέρος όπου γίνεται η εκσπερμάτιση με λάδι κέδρου ή με αλοιφή από μόλυβδο ή λιβάνι

αναμειγμένο με λάδι». Βέβαια, την εποχή εκείνη η μη επιθυμητή εγκυμοσύνη αντιμετωπιζόταν και με τη διακοπή της, προκαλώντας αποβολή του κυήματος με τη χρήση διάφορων ενδομήτριων πεσσών. Ο Ιπποκράτης καταδικάζει την ενέργεια αυτή, προφανώς τόσο για ηθικούς όσο και ιατρικούς λόγους, και στο γνωστό όρκο του βάζει τους νέους ιατρούς να ορκιστούν στον Απόλλωνα και στους άλλους Θεούς ότι δε θα χρησιμοποιήσουν κάποια τέτοια μέθοδο για να διακόψουν μια εγκυμοσύνη (Λασκαράτος, 2012).

*Και να μη δώσω ποτέ σε κανένα, έστω κι αν μου το ζητήσει, θανατηφόρο φάρμακο, ούτε να δώσω ποτέ τέτοια συμβουλή. **Ομοίως να μη δώσω ποτέ σε γυναίκα φάρμακο για ν' αποβάλει.*** (Μεταφρασμένο κομμάτι από τον όρκο του Ιπποκράτη)

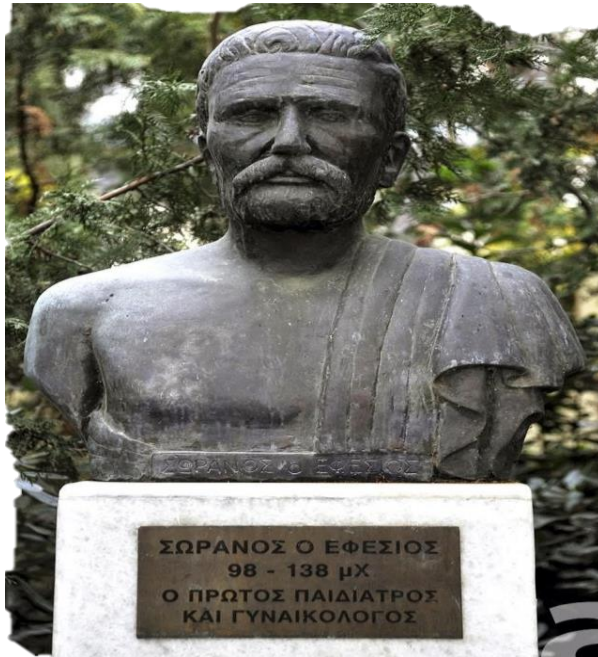


Εικόνα 3: Αρχαίο ασημένιο νόμισμα από την Κυρήνη, που απεικονίζει ένα στέλεχος του Σίλφιου

Σωρανός ο Εφέσιος

Ο Σωρανός ο Εφέσιος (Εικόνα 2) ήταν αρχαίος Έλληνας ιατρός που γεννήθηκε μεταξύ του 1ου και του 2ου αιώνα μ.Χ. στην Έφεσο και θεωρείται ένας από τους πρώτους σπουδαίους γυναικολόγους στην ιστορία της ιατρικής. Πολλά από τα γραπτά του μελετώνται μέχρι σήμερα, όπως η τετράτομη διατριβή του πάνω στην γυναικολογία. Μεταξύ άλλων είχε ασχοληθεί και με το θέμα της αντισύλληψης και είχε προτείνει μια αρκετά περίεργη μέθοδο. Όπως γράφει ο ίδιος, όταν ο άντρας εκσπερματώσει, η γυναίκα θα πρέπει να «κρατήσει την αναπνοή της και

να απομακρυνθεί λίγο έτσι ώστε το σπέρμα να μην εκτοξευθεί βαθιά στην κοιλότητα της μήτρας. Μετά να σηκωθεί αμέσως, να σκύψει χαμηλά και να προσπαθήσει να προκαλέσει φτέρνισμα, ενώ σκουπίζει προσεκτικά τον κόλπο». Υπήρξε και μια άλλη ιδέα του, που χρησιμοποιήθηκε για αρκετούς αιώνες σύμφωνα με την οποία μετά την πράξη, η γυναίκα θα πρέπει να πηδάει πάνω κάτω για αρκετή ώρα (Λασκαράτος, 2012).



Εικόνα 4: 'Αγαλμα του Σωρανού του Εφέσιου στον προαύλιο χώρο του Νοσοκομείου Παίδων στο Γουδί

Μεσαιώνας και αντισύλληψη

Καθώς ο Χριστιανισμός ήρθε στο προσκήνιο σε πολλά μέρη του δυτικού κόσμου, οι γυναίκες με γνώση των φυτικών αντισυλληπτικών, κατηγορούνταν για μαγεία και ρίχνονταν στην πυρά. Έτσι η χρήση των φυτικών σκευασμάτων στην αντισύλληψη, η γνώση και η τεκμηρίωση των



Εικόνα 5 Προφυλακτικό από ζωική μεμβράνη

τεχνικών αυτών μειώθηκε απότομα. Καθώς λοιπόν είχαν μειωθεί οι μέθοδοι αντισύλληψης των γυναικών, το βάρος έπεφτε στους άνδρες. Έτσι γεννήθηκε το προφυλακτικό. Υπάρχουν στοιχεία ότι οι ανώτερες τάξεις της Ασίας χρησιμοποιούσαν προφυλακτικά που κάλυπταν μόνο την άκρη του πέους ήδη από τον 14ο αιώνα μΧ. Αυτοί οι τύποι των προφυλακτικών ήταν κατασκευασμένοι από έντερα ζώων, λαδωμένο χαρτί, κέρας ζώου, ή κέλυφος. Το μειονέκτημα στη χρήση ενός

τέτοιου προφυλακτικού ήταν ότι έφευγε συχνά κατά τη διάρκεια της επαφής, με αποτέλεσμα μερικές φορές να σφηνώνεται στον κόλπο της γυναίκας. Επιπλέον, είναι λογικό ένα προφυλακτικό από κέλυφος χελώνας ή κέρας τράγου να μειώνει σε μεγάλο βαθμό την αίσθηση της επαφής (Μανταλενάκης, 1991).

Διακεκομμένη συνουσία

Μία άλλη μέθοδος που χρησιμοποιείται ακόμη και σήμερα είναι το «αποτράβηγμα» ή αλλιώς διακεκομμένη συνουσία. Από παλαιότερες καταγραφές, αναφέρονται δύο είδη αποτραβήγματος:

- a. Coitus interruptus – Λατινικό όνομα για το τράβηγμα με την εκσπερμάτωση να γίνεται εκτός του κόλπου.
- b. Coitus reservatus – Λατινικό όνομα για το τράβηγμα χωρίς εκσπερμάτωση.

Και οι δύο μέθοδοι έχουν χρησιμοποιηθεί από την αρχαιότητα.

Σύμφωνα με το βιβλίο της Γένεσης (Παλαιά Διαθήκη), ο βιβλικός πρίγκιπας Αυνάν (από αυτόν προέρχεται ο όρος αυνανισμός) αμάρτησε, χρησιμοποιώντας διακεκομμένη συνουσία αντί να ακολουθήσει τις τοπικές συνήθειες και να γονιμοποιήσει την νύμφη του, μετά τον θάνατο του αδελφού του. Αντί αυτού, σπαταλούσε το σπέρμα του χύνοντας το στο έδαφος. Για αυτή του την αμαρτία καταδικάστηκε σε θάνατο. Από τότε, οι Εβραίοι και αργότερα οι Χριστιανοί θεωρούσαν αμαρτία την εκσπερμάτωση χωρίς πιθανότητα γονιμοποίησης. Αμαρτία ή μη αμαρτία, κατά τις αρχές του 19ου αιώνα, η διακεκομμένη συνουσία έγινε μία από τις πιο αγαπητές μεθόδους αντισύλληψης στο κόσμο (Μανταλενάκης, 1991).

Γκαμπριέλε Φαλόπιο

Κατά τη διάρκεια του 16ου αιώνα, καθώς μια φοβερή επιδημία σύφιλης μαινόταν σε ολόκληρη την Ευρώπη, ο γιατρός και ένας από τους σπουδαιότερους ανατόμους της εποχής, Γκαμπριέλε Φαλόπιο (από αυτόν πήραν το όνομα τους οι ωοθήκες στα λατινικά: Fallopian tubes) επινόησε και διέδωσε το



Εικόνα 6: Γκαμπριέλε Φαλόπιο

σύγχρονο προφυλακτικό, το οποίο όχι μόνο απέτρεπε την εγκυμοσύνη, αλλά επίσης προστάτευε τους χρήστες από σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις. Συγκεκριμένα, το 1504, κατασκεύασε ανδρικά προφυλακτικά από λινό ύφασμα τα οποία σκέπαζαν μόνο την βάλανο του πέους(Εικόνα 7)(Λασκαράτος, 2012).

Τα ελαστικά προφυλακτικά έγιναν διαθέσιμα πολύ αργότερα, περίπου το 1880, ενώ το 1930 εισάγεται πλέον το latex στην τεχνολογία του προφυλακτικού κάνοντάς το πιο φιλικό στη χρήση. Τελικά, η ευρεία σημερινή χρήση τους θα καθιερωθεί μετά την δεκαετία του 1980 και την πανδημία του HIV/AIDS που θα θορυβήσει ολόκληρο τον κόσμο και το ενδιαφέρον θα στραφεί σε μέσα που εκτός από αντισύλληψη προσφέρουν και προστασία από σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις (Μανταλενάκης, 1991).



Εικόνα 7: Προφυλακτικό της Εποχής από Λινό

Εικοστός αιώνας: Θρησκεία και αντισύλληψη

Η θέση της Ρωμαιοκαθολικής Εκκλησίας να απαγορεύει όλα τα μέσα αντισύλληψης υιοθετήθηκε το 1931. Ο Πάπας Παύλος XI σε μία ποιμαντορική εγκύκλιο το 1930, ανέφερε ότι κάθε απόπειρα να εμποδιστεί η φυσική παραγωγή ζωής αντιβαίνει στο λόγο του Θεού. Η επίσημη θέση κατά των αντισυλληπτικών έγινε ευρέως γνωστή με την αξιομνημόνευτη εγκύκλιο του Πάπα Παύλου VI «Humanae Vitae» της 25ης Ιουλίου 1968, η

οποία απορρίπτει τα αντισυλληπτικά, διότι αντιστρατεύονται στους νόμους της φύσεως (Φαναράς, 2004).

Η επίσημη θέση της ορθόδοξης εκκλησίας της Ελλάδος είναι αποτυπωμένη στην «Εγκύκλιο της Ιεραρχίας» της 14ης Οκτωβρίου του 1937 όπου αναφέρεται ότι η καταδίκη των τεχνητών αντισυλληπτικών μέσων είναι κατηγορηματική και δεν επιδέχεται αμφισβήτησης. Η εγκύκλιος προτείνει στους συζύγους την αποχή από την επαφή και την εγκράτεια ως τα μοναδικά μέσα για την αποφυγή της τεκνογονίας, όταν υπάρχει ιδιαίτερος λόγος (Μανταλενάκης, 1991; Φαναράς, 2004).

Όπως γίνεται αντιληπτό από αυτήν την ιστορική αναδρομή και την ανάλυση των διάφορων αντισυλληπτικών μεθόδων, η αντισύλληψη δεν βασιζόταν σε επιστημονικά δεδομένα και κατέληγε σε πρακτικούς και απλοϊκούς τρόπους αντιμετώπισης του θέματος που ήταν αναποτελεσματικοί και πολλές φορές επικίνδυνοι για την ζωή της γυναίκας. Η υποβαθμισμένη δυστυχώς θέση της γυναίκας στην κοινωνία δεν επέτρεψε ποτέ την εξέλιξη και την καθιέρωση της αντισύλληψης στους αιώνες που σκιαγραφούνται ως αυτό το σημείο. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο δεν απουσίαζαν φυσικά και οι συντηρητικές φωνές από την Εκκλησία που αποτέλεσαν τροχοπέδη στην ευρεία διάδοση και αποδοχή των μεθόδων αντισύλληψης. Ιδιαίτερα στον μεσαίωνα κάθε προσπάθεια αντισύλληψης κατέληγε σε κυνήγι μαγισσών ως απαγορευμένη (Φαναράς, 2004).

Τελικά, πρέπει να φτάσουμε στις αρχές του 20ου αιώνα όπου η εξέλιξη της επιστήμης και της τεχνολογίας μαζί με την άνοδο του φεμινιστικού και άλλων προοδευτικών κινημάτων θα δώσει τις λύσεις. Ιδιαίτερη μνεία πρέπει να γίνεται πάντα στην άνοδο του φεμινιστικού κινήματος που θα ωθήσει στην χειραφέτηση της γυναίκας, η οποία πλέον δεν θα αποτελεί απλά παραγωγική μηχανή αλλά θα έχει ενεργό ρόλο και πραγματική αξία σε όλους τους τομείς της κοινωνίας, με το αναμφισβήτητο δικαίωμα να διαχειρίζεται η ίδια το σώμα της.

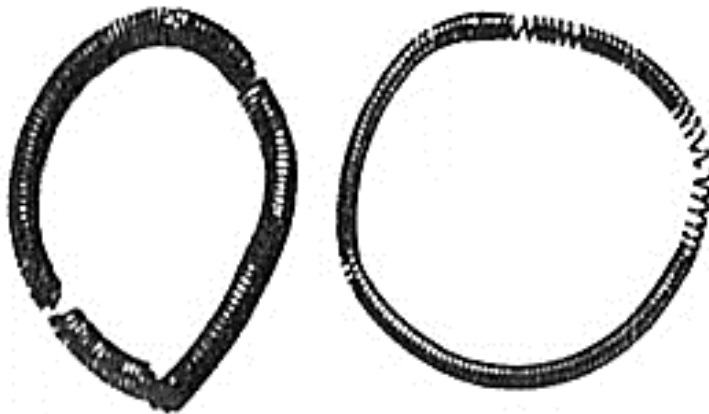
Οι σουφραζέτες στις αρχές του αιώνα, απαιτούσαν, μέσα από τους αγώνες τους, ίση μεταχείριση με τους άντρες, συμμετοχή στα κοινά, δικαίωμα ψήφου και γενικά μία κοινωνική αλλαγή ως προς την αντιμετώπιση των γυναικών. Έτσι συνέβαλλαν και εκείνες σε μεγάλο βαθμό στην «απελευθέρωση» του γυναικείου σώματος και στο δικαίωμα να το χρησιμοποιούν όπως εκείνες θέλουν. Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα μίας τέτοιας γυναίκας αγωνίστριας ήταν της Μάργκαρετ Σάνγκερ (14 Σεπτεμβρίου 1879 - 6 Σεπτεμβρίου 1966), η οποία ήταν Αμερικανίδα ακτιβίστρια, εκπαιδευτικός με ιδιαίτερη συνεισφορά και πίστη στην ένταξη της σεξουαλικής αγωγής στην εκπαίδευση, συγγραφέας και νοσοκόμα. Η Σάνγκερ συνείσφερε τα μέγιστα για τη δημοσιοποίηση του όρου "αντισύλληψη", ενώ άνοιξε και την πρώτη κλινική αντισύλληψης στις Ηνωμένες Πολιτείες. Δημιούργησε οργανισμούς που οδήγησαν στο σημερινό Planned Parenthood Federation of America και πρωτοστάτησε στους αγώνες για να γίνει η ίδια η γυναίκα μοναδική διαχειρίστρια του σώματός της και στο πλαίσιο αυτό να νομιμοποιηθεί η αντισύλληψη και η άμβλωση (Britannica, 2021). Μετά από έναν αγώνα 50 ετών η Σάνγκερ κατάφερε να ζηήσει τη νομιμοποίηση και την κυκλοφορία του πρώτου αντισυλληπτικού δισκίου στις Ηνωμένες Πολιτείες, 6 μόλις χρόνια πριν πεθάνει (Britannica, 2021). Ο αγώνας της αυτός θα αναλυθεί στη συνέχεια.



Εικόνα 8: Οι Σουφραζέτες έξω από τον Λευκό Οίκο

Ο Ernst Grafenberg και το πρώτο ενδομήτριο σπείραμα

Ο Ernst Grafenberg θεωρείται ο πατέρας της σύγχρονης ενδομήτριας αντισύλληψης. Αυτός σχεδίασε τον δακτύλιο από άργυρο και έντερο και το 1928 δημοσίευσε τη μελέτη του για το ενδομήτριο αυτό σπείραμα (εικόνα 5). Το 1930 στη Ζυρίχη, στην 7η Διάσκεψη για τον έλεγχο των γεννήσεων, ανέπτυξε τα αποτελέσματα από την εφαρμογή της αντισυλληπτικής του μεθόδου, που ουσιαστικά ήταν ο «πρόδρομος» των σημερινών ενδομήτριων συσκευών (IUD). Το 1935, η Ιατρική Εταιρεία του Βερολίνου θα ανακοινώσει μετά λύπης ότι 41 νέες γυναίκες πέθαναν από σηψαιμία και 445 ασθένησαν σοβαρά από τη χρήση του δακτυλίου του Grafenberg. Ο αρχικός ενθουσιασμός για τη νέα αυτή αντισυλληπτική μέθοδο μεταβάλλεται σε σκεπτικισμό και καταδίκη, που τελικά κρίνεται ως αναποτελεσματική και επικίνδυνη. Τελικά όμως δύο χρόνια μετά τον θάνατο του Grafenberg, το 1957 στη Νέα Υόρκη η μέθοδος της ενδομήτριας αντισύλληψης επανέρχεται στην επικαιρότητα και αργότερα νέες μελέτες καταλήγουν υπέρ της ασφάλειας και αποτελεσματικότητας αυτών των μεθόδων και το 1980 η εξέλιξη της τεχνολογίας εισάγει στο πεδίο το ενδομήτριο σπείραμα χαλκού και λεβονογεστρέλης, τα οποία όπως θα αναλυθεί στο δεύτερο μέρος της παρούσας εργασίας εντάσσονται σήμερα στις πιο αποτελεσματικές μεθόδους αντισύλληψης (Μανταλενάκης, 1991).



Εικόνα 9: Δακτύλιοι Grafenberg, Είχαν αφεθεί στη μήτρα για 24 και 40 χρόνια αντίστοιχα σε 2 γυναίκες

Η εισαγωγή της έννοιας του οικογενειακού προγραμματισμού & η ανακάλυψη της ορμονικής αντισύλληψης

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

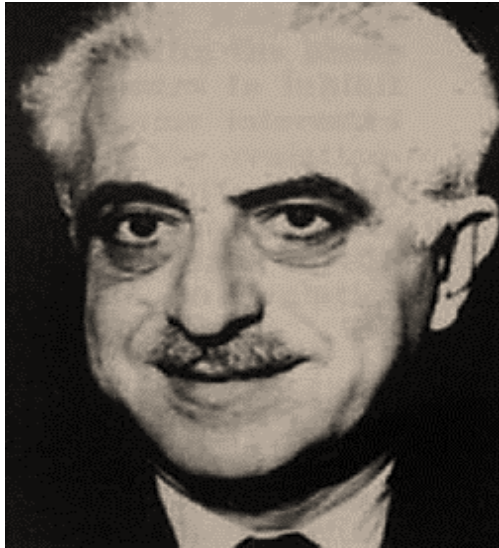
Το πιο γνήσιο παιδί αυτής της ιδέας είναι το Αντισυλληπτικό χάπι, η εισαγωγή του οποίου στο πεδίο στηρίχθηκε μεταξύ άλλων στη γνώση ότι το φαινόμενο της ωορρηξίας μπορεί να ανασταλεί με φαρμακευτικές ουσίες που μιμούνται δράσεις φυσικών ανθρωπίνων ορμονών.. Η αρχική ιδέα για μια αντισυλληπτική μέθοδο με τη μορφή χαπιού, γεννήθηκε στην

Αυστρία το 1920, ενώ το 1938 ανακοινώθηκε η σύνθεση ενός οιστρογόνου της αιθυλοιστραδιόλης που είναι και η βάση όλων των αντισυλληπτικών. Το 1953, οι Pincus και Chang δημοσίευσαν την εργασία τους: «Η επίδραση της προγεστερόνης και των συναφών προϊόντων στην ωορρηξία και τον καταμήνιο κύκλο» η οποία έγραψε ιστορία και αποτέλεσε την απαρχή του νέου κεφαλαίου της ορμονικής αντισύλληψης. Οι πειραματικές εργασίες του Pincus και του Chang (1954) στην περίοδο 1953-1956 συνέβαλαν, ώστε να ακολουθήσει η κλινική εφαρμογή των παρατηρήσεών τους σε γυναίκες στο Πουέρτο Ρίκο και στην Αϊτή. Μετά από πολλές έρευνες, νομικές και οικονομικές δυσκολίες, και πάντα με την ενθουσιώδη στήριξη της Margaret Sanger και εταιρειών που χρηματοδότησαν τις έρευνες, κυκλοφόρησε περί το 1960 το πρώτο αντισυλληπτικό χάπι.

Το 1960, το πρώτο σκεύασμα ορμονικής αντισύλληψης εγκρίθηκε για ευρεία κυκλοφορία και χρήση από τη Διεύθυνση Τροφίμων και Φαρμάκων (FDA) των Η.Π.Α. Το γεγονός αυτό άλλαξε ριζικά την ιστορία της ανθρωπότητας στο πεδίο του οικογενειακού προγραμματισμού, γιατί το «χάπι» πέτυχε να ξεχωρίσει οριστικά τη σεξουαλική επαφή από την τεκνοποίηση και να απελευθερώσει τη γυναίκα. Έτσι, η αντισύλληψη περιήλθε στα χέρια των γυναικών και αποτελεί σήμερα αναφαίρετο δικαίωμά τους. Στην Ελλάδα τα πρώτα χάπια κυκλοφόρησαν το 1965 με την ονομασία Anovlar και Lyndiol. Τα χάπια αυτά περιείχαν 50 mg. οιστρογόνου, ενώ τα σημερινά χάπια περιέχουν μόνο 20μg. η δόση δηλαδή έχει μειωθεί κατά 25 φορές. Το 1967 διαπιστώθηκαν οι πρώτες παρενέργειες του «χαπιού» με τη μορφή των θρομβοεμβολικών επεισοδίων, μετά τη μελέτη του Βασιλικού Κολεγίου των Ιατρών και άλλες επιδημιολογικές μελέτες. Τότε, ξεκίνησε η προσπάθεια για τον περιορισμό των παρενεργειών με τη δραστική περικοπή της περιεχόμενης στο σκεύασμα οιστραδιόλης όπως και η προσπάθεια ανακάλυψης νεότερων προγεστερινοειδών ουσιών, όπως η γεστοδένη, η νοργεστιμάτη και η δεσογεστρέλη, που συνετέλεσαν αποφασιστικά στη σημαντική βελτίωση

των αντισυλληπτικών δισκίων και στην πλήρη σχεδόν εξαφάνιση των ανεπιθύμητων ενεργειών (Μανταλενάκης, 1991; Pincus&Chang, 1954).

Έτσι, τα νέα αντισυλληπτικά χάπια παρουσιάζουν πολλή μεγαλύτερη ασφάλεια και χρησιμοποιούνται από εκατομμύρια γυναικών σε όλο τον κόσμο.



Εικόνα 10 Gregory Goodwin Pincus (1903 – 1967): ο πατέρας της Ορμονικής Αντισύλληψης



Εικόνα 11: Margaret Sanger: η μητέρα του Οικογενειακού Προγραμματισμού

Συμπέρασμα

Ο έλεγχος της γονιμότητας και της τεκνοποίησης φαίνεται να συνιστά συνεχή πόθο του ανθρώπου, από τότε που υπάρχει στον πλανήτη γη, με μόνιμο θύμα τη γυναίκα, η οποία έφερε πάντα το φορτίο της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης. Οι πανάρχαιοι τρόποι προφύλαξης εφαρμόστηκαν με παραπλήσιο τρόπο από τους διάφορους λαούς και κοινωνίες χωρίς εντυπωσιακές μεταβολές επί αιώνες.

Η αντισύλληψη και ο οικογενειακός προγραμματισμός είναι αναφαίρετο δικαίωμα κάθε γυναίκας και κάθε άνδρα. Οποιαδήποτε θρησκευτική ή άλλη εξωγενής παρέμβαση είναι καταδικασμένη να αποτύχει. Η πνευματική ανάπτυξη του ανθρώπου, που του επέτρεψε να διαχωρίσει τη σεξουαλική επαφή και την ευχαρίστηση αυτής από την αναπαραγωγή και την τεκνογονία, δεν του δίνει το δικαίωμα της ανευθυνότητας απέναντι στον εαυτό του και στον/στην σύντροφό του. Ο άνθρωπος είναι υποχρεωμένος, ως έλλογο και κοινωνικό ον, να επιλέξει μια σύγχρονη και αποτελεσματική αντισυλληπτική μέθοδο στη σεξουαλική του ζωή, για να απολαύσει ξέγνοιαστος και ευτυχισμένος το μεγάλο δώρο της ζωής, τον έρωτα.

1.2) Αμβλώσεις και Θάνατοι εξαιτίας των παράνομων μεθόδων πριν την νόμιμη αντισύλληψη

Πιπαροκοίλη Αικατερίνη

Ένας παράδοξος αλλά συνάμα αποδοτικός τρόπος να αναδειχθεί η αξία των σύγχρονων αντισυλληπτικών μεθόδων περαιτέρω είναι η μελέτη των συνεπειών που έχει η ανυπαρξία τους, η έλλειψη προβολής τους και η μειωμένη πρόσβαση σε αυτές. Στο πλαίσιο αυτό, θα δοθεί έμφαση στις αμβλώσεις και δη στις εκτελούμενες κάτω από μη ασφαλείς συνθήκες και στους θανάτους που αυτές προκάλεσαν.

«Μη ασφαλής Άμβλωση»: Ορισμός

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) ορίζει την «μη ασφαλή άμβλωση» ως μια διαδικασία, με στόχο τον τερματισμό μιας ακούσιας εγκυμοσύνης, που εκτελείται είτε από άτομα χωρίς τις απαραίτητες δεξιότητες, είτε σε περιβάλλον που δεν ακολουθεί τα ελάχιστα ιατρικά - υγειονομικά πρωτόκολλα ή και τα δύο.

Όμως, είναι απαραίτητο να αποσαφηνιστεί ότι μη ασφαλής άμβλωση δεν σημαίνει αποκλειστικά παράνομα εκτελούμενη άμβλωση. Πιο συγκεκριμένα, η ασφάλεια μιας άμβλωσης εξαρτάται από τις απαιτήσεις του νόμου στην χώρα πραγματοποίησης της, τους διαθέσιμους πόρους, τις συνθήκες υγιεινής και την ειδικευση του ιατρικού προσωπικού. Έτσι, μια άμβλωση μπορεί να θεωρηθεί μη ασφαλής σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα, παρότι νόμιμη, αν δεν πληρεί τις παραπάνω προϋποθέσεις. Η νόμιμη εξουσιοδότηση είναι, ωστόσο, αναμφισβήτητα απαραίτητη για την εξάλειψη των μη ασφαλών αμβλώσεων. (Shah & Ahman, 2009)

Αίτια μη ασφαλών αμβλώσεων

Οι προφανείς λόγοι που οι γυναίκες καταφεύγουν σε μη ασφαλείς αμβλώσεις (97% των οποίων συμβαίνουν σε αναπτυσσόμενες χώρες) είναι η ποινικοποίηση των αμβλώσεων στην χώρα τους, η οικονομική δυσχέρεια, η κριτική και η έλλειψη ψυχολογικής υποστήριξης από το

περιβάλλον τους και σε χώρες όπου την άμβλωση ακολουθεί κοινωνική κατακραυγή και θεωρείται ηθικά κατακριτέα, η μεγαλύτερη "μυστικότητα" της διαδικασίας (Fathalla, 2020; Khowajaetal., 2013).

Στα βαθύτερα και ουσιαστικότερα όμως αίτια ανεπιθύμητης κύησης και κατ επέκταση άμβλωσης, ασφαλούς και μη, συγκαταλέγονται:

1. η μη χρησιμοποίηση αντισυλληπτικών (72% των γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας που ζουν σε αναπτυσσόμενες χώρες σύμφωνα με έρευνα του 2017), είτε επειδή δεν είναι γνωστοποιημένη η αναγκαιότητα χρήσης τους, είτε επειδή δεν είναι εύκολη η πρόσβαση σε αυτά (λόγω μειωμένων οικονομικών πόρων, ανεπαρκούς διαθεσιμότητας τους και μη νομιμοποίησής τους)
2. η χρήση "παραδοσιακών" αναποτελεσματικών τεχνικών αντισύλληψης (28% των γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας που ζουν σε αναπτυσσόμενες χώρες σύμφωνα με έρευνα του 2017)
3. **ο λανθασμένος τρόπος χρήσης των αποτελεσματικών μεθόδων αντισύλληψης, λόγω έλλειψης ενημέρωσης**
4. η μη συναινετική σεξουαλική επαφή (Khowajaetal., 2013; Shah& Ahman, 2009)

Επιπλοκές μη ασφαλών αμβλώσεων και μητρικοί θάνατοι

Τα στατιστικά στοιχεία σχετικά με τις μη ασφαλείς αμβλώσεις, τον αριθμό των θανάτων και των επιπλοκών (σήψη, αιμορραγία, διάτρηση της μήτρας, σπλαχνικά τραύματα, στειρότητα, ψυχολογικές επιπτώσεις) που αυτές είχαν ως αποτέλεσμα είναι ιδιαίτερα ελλιπή, καθώς, ιδιαίτερα στην περίπτωση των παράνομα εκτελούμενων, υπήρξαν θάνατοι που δεν αναφέρθηκαν και άρα δεν καταγράφηκαν ποτέ και γυναίκες, που λόγω φόβου, δεν αναζήτησαν φροντίδα για τις επιπλοκές της έκτρωσής τους. Επομένως, μόνο η κορυφή του παγόβουνου είναι ορατή (Fathalla, 2020).

Στην εργασία των Shah και Ahman αναφέρεται ότι το 2005 η μη ασφαλής άμβλωση ευθύνεται για το 20% των μακροχρόνιων αναπηριών παγκοσμίως και το 13% των μητρικών θανάτων, το οποίο αντιστοιχεί σε περίπου 70.500 μητρικούς θανάτους ετησίως (Εικόνα 7). Η ίδια έρευνα το 2009 υπολόγισε τους μητρικούς θανάτους σε 70.080 ετησίως, το οποίο φανερώνει μια ιδιαίτερα ανησυχητική στασιμότητα. Ενδιαφέρον προκαλεί ότι τόσο το (δεύτερο) χαμηλότερο, όσο και το υψηλότερο ποσοστό μητρικών θανάτων εξαιτίας μη ασφαλών εκτρώσεων, σύμφωνα με δεδομένα του 2005, βρισκόταν στην Αφρική (9% στη Νότια Αφρική και 17%

Περιφέρεια και Υποπεριφέρεια	Αριθμός μητρικής θανάτους λόγω μη ασφαλούς έκτρωσης (στρογγυλεμένη)	Θάνατοι λόγω μη ασφαλών αμβλώσεων (ως % όλων μητρικοί θάνατοι)	Θάνατοι λόγω μη ασφαλών αμβλώσεων ανά 100.000 γεννήσεις ζωντανών γεννήσεων (στρογγυλοποίηση)
Κόσμος	70 500	13	55
Πιο ανεπτυγμένες περιοχές	- 60	4	*
Λιγότερο ανεπτυγμένες περιφέρειες	70 400	13	60
Λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες	24 000	10	85
Λιγότερο ανεπτυγμένες περιοχές, εξαιρουμένης της Κίνας	70 400	13	70
Αφρική	38 400	14	115
Ανατολικός	14 800	17	130
Μεσαίο	6600	11	130
Βόρειος	1200	11	25
Νότιος	500	9	40
Δυτικός	15 300	13	140
Ασία†	30 100	12	40
Ανατολικός†	*	*	*
Νότιο-κεντρικό	24 100	13	60
Νοτιοανατολικός	5000	14	45
Δυτικός	1000	12	20
Ευρώπη	60	6	ο
Λατινική Αμερική και Καραϊβική	1800	12	15
Καραϊβική	300	12	35
Κεντρική Αμερική	400	11	10
νότια Αμερική	1100	12	15
Βόρεια Αμερική	*	*	*
Ωκεανία†	100	10	40
Αυστραλία/Νέα Ζηλανδία	*	*	*

* Δεν εμφανίζονται εκτιμήσεις για περιοχές όπου η επίπτωση είναι αμελητέα.
† Η Ιαπωνία, η Αυστραλία και η Νέα Ζηλανδία έχουν εξαιρεθεί από την περιφερειακή εκτίμηση, αλλά περιλαμβάνονται στο σύνολο για τις ανεπτυγμένες χώρες.

στην Ανατολική Αφρική), αντανακλώνοντας έτσι τον αντίκτυπο των νομικών συστημάτων και των συστημάτων υγείας, με την πρώτη υπό-περιοχή να διαθέτει καλύτερο πρόγραμμα οικογενειακού προγραμματισμού, με φιλελεύθερη πρόσβαση στις αμβλώσεις, νομιμοποιημένες, προσβάσιμες και ποικίλες επιλογές αντισύλληψης και περισσότερο εξοπλισμένα συστήματα υγείας από ότι η δεύτερη (Shah & Ahman, 2009).

ΕΙΚΟΝΑ 7: Εκτιμήσεις αμβλώσεων σε παγκόσμιο επίπεδο, Shah & Ahman, 2009

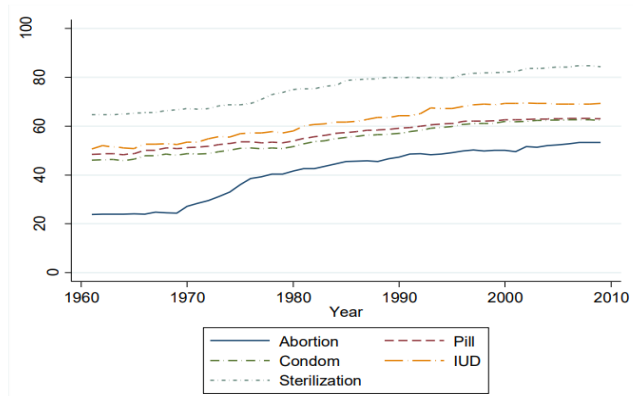
Συμπέρασμα

Εν κατακλείδι, η πρόληψη των μη ασφαλών αμβλώσεων κρίνεται απαραίτητη για τη βελτίωση της υγείας της μητέρας. Για την επίτευξη αυτού του στόχου είναι αναγκαία η ενίσχυση του οικογενειακού προγραμματισμού παγκοσμίως, τόσο όσον αφορά στην νομιμοποίηση των αμβλώσεων, όσο και στην διεύρυνση της πρόσβασης σε σύγχρονες υπηρεσίες αντισύλληψης, η οποία φαίνεται να σχετίζεται άμεσα με τις μη ασφαλείς αμβλώσεις και έμμεσα για τους χιλιάδες μητρικούς θανάτους. Άλλωστε, δεν είναι τυχαίο ότι οι χώρες με τα χαμηλότερα ποσοστά μη ασφαλών εκτρώσεων και μητρικών θανάτων είναι χώρες που διαθέτουν ενημέρωση, ποικιλία, εκπαίδευση και πρόσβαση στην αντισύλληψη σε ικανοποιητικό βαθμό (χωρίς αυτό να σημαίνει ότι δεν επιδέχεται περαιτέρω βελτίωση).

1.3) Αντισύλληψη & Νομολογία

Ρόμπολα Δήμητρα

Δεδομένου ότι υπάρχει τεράστια βιβλιογραφία, η οποία μαρτυρεί την ύπαρξη αρκετών μεθόδων αντισύλληψης, είναι προφανές ότι ανά τους αιώνες τα ζευγάρια χρησιμοποιούσαν τις διάφορες αυτές μεθόδους, παραβιάζοντας τους ηθικούς, θρησκευτικούς αλλά και νομικούς κανόνες και σε αρκετές περιπτώσεις εις γνώσιν ιατρού.



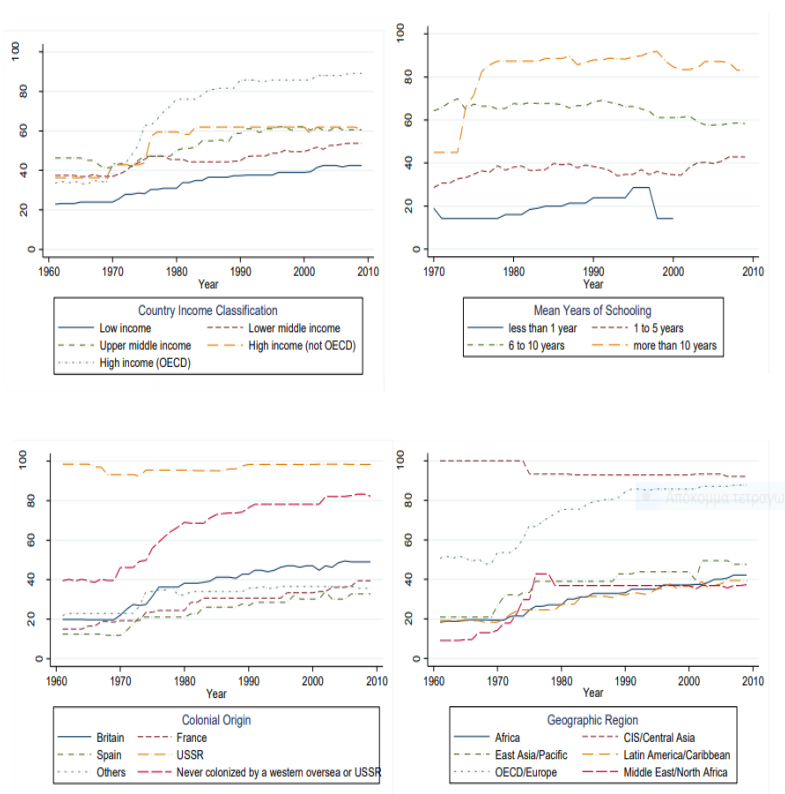
Εικόνα 8: Τάσεις αναφορικά με τη νομιμοποίηση υγειονομικών πρακτικών σχετικών με τον έλεγχο της αναπαραγωγής στον κόσμο - Finlay et al., 2012

Ξεκινώντας με την Αμερική, στις 7 Ιουνίου 1965, το Ανώτατο Δικαστήριο των ΗΠΑ εξέδωσε μια απόφαση ορόσημο για την αντισύλληψη, η οποία θα είχε βαθιά επίδραση στη ζωή των γυναικών. Το αντισυλληπτικό χάπι είχε βγει στην αγορά το 1960, αλλά σε μεγάλο μέρος των Η.Π.Α., ήταν παράνομη η διαφήμιση αντισύλληψης, ως μη ηθικό- νόμιμο περιεχόμενο. Ο νόμος του Connecticut καταδικάζει γενικά τη χρήση αντισύλληψης . Έτσι, όταν η Estelle Griswold, τότε διευθύντρια του Planned Parenthood League του Connecticut , και ο Dr. C. Lee Buxton, πρόεδρος της Ιατρικής σχολής του Department of Obstetrics του Πανεπιστημίου του Yale, ίδρυσαν μια birth control clinic, τους ασκήθηκε ποινική δίωξη και οι δυο τους άσκησαν έφεση, μέχρι το Ανώτατο Δικαστήριο. Στην υπόθεση Griswold v. Connecticut, το Δικαστήριο με 7-2, ανέτρεψε τον νόμο του Connecticut, λέγοντας ότι παραβίαζε το δικαίωμα στην ιδιωτική ζωή του γάμου. Αργότερα, το 1972, το Δικαστήριο επέκτεινε το δικαίωμα στην ιδιωτική ζωή και σε άτομα εκτός γάμου. Η απόφαση ήταν ένα σημαντικό βήμα προόδου στην επέκταση της πρόσβασης στην αντισύλληψη και

τελικά βοήθησε στη μεταμόρφωση του χώρου εργασίας για τις γυναίκες στην Αμερική. Στη Βολιβία, το 1974 η Κυβέρνηση ξεκινάει ελεύθερο εθνικό πρόγραμμα οικογενειακού προγραμματισμού σε δεκαπέντε κλινικές. Η κοινωνική περιθωριοποίηση του γηγενούς πληθυσμού και το χαμηλό μορφωτικό και οικονομικό επίπεδο του γενικού πληθυσμού φάνηκε να καθιστούν την πρακτική της αντισύλληψης για τον περιορισμό της γονιμότητας απαραίτητη από εκείνο το σημείο και έπειτα. (United Nations Department of Economic and Social Affairs, 2021)

Όσον αφορά στην Ευρώπη, αρχικά στη Γαλλία η αντισύλληψη και η άμβλωση είχαν νομιμοποιηθεί από τον Henry τον δεύτερο, το 1556 και η άμβλωση συνέχισε να εφαρμόζεται σε όλες τις γαλλικές πόλεις με κόστος ανάλογο της κατάστασης του πελάτη. Η άμβλωση για την προφύλαξη της ζωής της μητέρας επετράπη από τη Γαλλική Ιατρική Ακαδημία το 1852, για να ανακληθεί από το Βατικανό το 1895. Το 1920 στη Γαλλία, ψηφίστηκε νόμος που απαγόρευε την πώληση αντισυλληπτικών, τις αμβλώσεις και την «προπαγάνδα κατά της σύλληψης». Η αντισύλληψη νομιμοποιήθηκε επίσημα στη Γαλλία το 1967 και η άμβλωση το 1975. Το 2021, η Γαλλία προέβη σε μία πρωτοποριακή απόφαση και πήρε την απόφαση για δωρεάν αντισύλληψη σε όλες τις γυναίκες κάτω των 25 ετών. (Guerrand, 1979; Pavard, 2019; Roux, 2021)

Στις 23 Νοεμβρίου 1955, η κυβέρνηση της πρώην Σοβιετικής Ένωσης κατήργησε τη γενική απαγόρευση της αντισύλληψης και διευκρίνισε ότι η άμβλωση θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί ελεύθερα κατά τις πρώτες δώδεκα εβδομάδες της εγκυμοσύνης. Σε κύηση πέρα των



Εικόνα 9: Μοντέλα επίδρασης κοινωνικοοικονομικών παραγόντων στην νομιμοποίηση των αμβλώσεων - Finlay et al., 2012

δώδεκα εβδομάδων, μπορεί να ζητηθεί άμβλωση στην περίπτωση που η συνέχιση της εγκυμοσύνης και του τοκετού θα έβλαπτε την υγεία της μητέρας. Το 1974, η σοβιετική κυβέρνηση απαγόρευσε την ευρεία χρήση των αντισυλληπτικών από το στόμα, νόμος τον οποίο αργότερα θα υιοθετήσουν η Αλβανία, η Βουλγαρία και η Ρουμανία. Η περιορισμένη πρόσβαση στα αντισυλληπτικά, είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση των αμβλώσεων, καθώς αυτές αποτελούσαν την κύρια μέθοδο οικογενειακού προγραμματισμού. Για το λόγο αυτό η Σοβιετική κυβέρνηση το 1982 εξέδωσε διάταγμα που επιτρέπει τις αμβλώσεις για λόγους υγείας να γίνονται από τη δωδέκατη έως και την εικοστή όγδοη εβδομάδα εγκυμοσύνης. Οι περισσότερες χώρες της Ανατολικής Ευρώπης που δεν ήταν μέλη της πρώην Σοβιετικής Ένωσης είχαν θεμελιώδεις αλλαγές στους νόμους τους περί αντισύλληψης και αμβλώσεων μεταξύ των ετών 1980-1997. Στη δεκαετία του 1990 μετά τη διάλυση της Σοβιετικής Ένωσης, η μείωση του πληθυσμού, τα χαμηλά

ποσοστά γεννήσεων και τα υψηλά ποσοστά μητρικής θνησιμότητας, οδήγησαν πολλά κράτη να αναθεωρήσουν για τους μέχρι τότε νόμους περί αντισύλληψης και αμβλώσεων. Κροατία, Πολωνία, Ρωσία, Ουγγαρία και Γιουγκοσλαβία, οι οποίες διοικούνταν από εθνικιστικά πολιτικά κόμματα, ακολούθησαν περιοριστική πολιτική όσον αφορά στην αναπαραγωγική υγεία του πληθυσμού. (Finlayetal., 2012)

Στην Γκάνα, μεταξύ 1960 και 2008 επικράτησαν δύο σημαντικές μεταρρυθμίσεις του νόμου περί αναπαραγωγικής υγείας. Πριν το 1985, οι νόμοι που σχετίζονταν με την άμβλωση, το αντισυλληπτικό χάπι, το προφυλακτικό, το σπιράλ και τη στείρωση ήταν σχετικά αυστηροί. Το αντισυλληπτικό χάπι απαιτούσε ιατρική συνταγή, και τα προφυλακτικά ήταν διαθέσιμα στα φαρμακεία, ενώ απαγορευόταν η διαφήμιση της αντισύλληψης και των μεθόδων. Το 1994 νομιμοποιείται η διαφήμιση των αντισυλληπτικών μεθόδων και ξεκινούν εθνικές καμπάνιες για την ενημέρωση του πληθυσμού. (Ayoolaetal., 2014)

1.4) Η αντισύλληψη στον κόσμο σήμερα

Σαββίδης Ιωάννης

Η ανάγκη για αντισύλληψη είναι καθολική, ωστόσο η εφαρμογή της αντισύλληψης ανά τον κόσμο παρουσιάζει μια μεγάλη ποικιλομορφία η οποία οφείλεται σε ποικίλους παράγοντες. Η οικονομική κατάσταση μιας χώρας ή κοινότητας, οι θρησκευτικές πεποιθήσεις και πολιτισμικές παραδόσεις και ιδιαιτερότητες ενός πληθυσμού, τα νομικά πλαίσια, η επάρκεια πρόσβασης σε σύγχρονες μεθόδους αντισύλληψης, η επαρκής ενημέρωση για τις μεθόδους αυτές καθώς και η κατάρριψη δεισιδαιμονιών που τις περιστοιχίζουν αποτελούν μερικούς από αυτούς τους παράγοντες.

Τάσεις αναφορικά με τη χρήση αντισυλληπτικών ανάμεσα σε παντρεμένα ζευγάρια

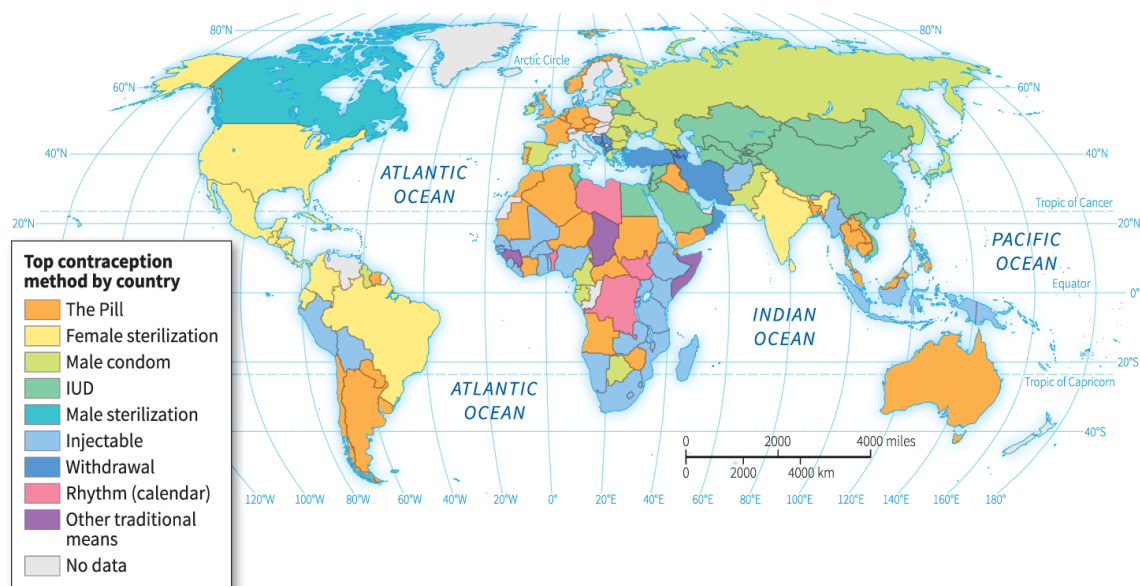
Οι στατιστικές μελέτες μας φανερώνουν μια ανοδική τάση στην εφαρμογή της αντισύλληψης ανά τον κόσμο. Συγκεκριμένα, ανάμεσα στο 1994 και το 2015 είχαμε μια αύξηση στην χρήση των μεθόδων αντισύλληψης της τάξεως των 8% παγκοσμίως. Η Αφρικανική ήπειρος

Ήπειρος	Μεταβολή στην εφαρμογή αντισύλληψης(1994 – 2015)
Αφρική	Αύξηση κατά 56%
Νότια Αμερική	Αύξηση κατά 14%
Ασία	Αύξηση κατά 10%
Ευρώπη	Αύξηση κατά 0,3%
Βόρεια Αμερική	Ελάττωση κατά 0,3%
Ωκεανία	Ελάττωση κατά 1%

Πίνακας 1: Η μεταβολή στην εφαρμογή της αντισύλληψης ανά ήπειρο

παρουσίασε την μεγαλύτερη αύξηση με την Νότια Αμερική και την Ασία να συμπληρώνουν την τριάδα, ενώ δεν παρουσιάστηκε ουσιώδης αύξηση στην Ευρώπη και υπήρξε μια μικρή ελάττωση στη Βόρεια Αμερική

και στην Ωκεανία (Πίνακας 1). (United Nations Department of Economic



Neumann/Price, *Contemporary Human Geography*, 2e, © 2019 W. H. Freeman and Company and Social Affairs, 2021)

Δημοφιλείς Μέθοδοι ανά κράτος & ήπειρο

Εικόνα 10: Κατανομή χρήσης αντισυλληπτικών Μεθόδων στον κόσμο

Οι προτιμήσεις των ζευγαριών ως προς την αγαπημένη τους μέθοδο αντισύλληψης διαφέρουν από χώρα σε χώρα, αλλά είναι ευδιάκριτη η προτίμηση προς τις βραχυπρόθεσμες μεθόδους στην Ευρώπη και στην Αφρική, ενώ οι αντιστρέψιμες μέθοδοι μακράς διάρκειας καθώς και οι μόνιμες μέθοδοι αντισύλληψης απολαμβάνουν μεγαλύτερη δημοτικότητα στην Ασία και στη Βόρεια Αμερική. Αξίζει να σημειωθεί πως η Αφρική είναι η μόνη ήπειρος στην οποία υπάρχουν χώρες όπου η μέθοδος ρυθμού αποτελεί την δημοφιλέστερη επιλογή μεθόδου αντισύλληψης. Αντιστοίχως, τα Βαλκάνια και η Μέση Ανατολή είναι τα μόνα μέρη του κόσμου όπου η μέθοδος της διακεκομμένης συνουσίας αποτελεί την δημοφιλέστερη επιλογή (Πίνακας 2, Πίνακας 3)(United Nations Department of Economic and Social Affairs, 2021).

Οι παράγοντες που δημιουργούν αυτή τη ποικιλομορφία διαφέρουν από περιοχή σε περιοχή. Παραδείγματος χάριν, στην Ιαπωνία, η απαγόρευση

της χρήσης του αντισυλληπτικού χαπιού που ίσχυε έως το 1999, ευθύνεται για την αυξημένη δημοτικότητα της χρήσης προφυλακτικών η οποία επικρατεί ακόμη και στις μέρες μας. Στο Τσαντ, η γενικευμένη απαγόρευση της χρήσης μέτρων αντισύλληψης μέχρι το 2002, η δυσχερής οικονομική κατάσταση της χώρας, η δυσκολία πρόσβασης σε σύγχρονες μεθόδους αντισύλληψης, οι «μύθοι» περί τραυματισμού της μήτρας από την χρήση σύγχρονων μεθόδων αντισύλληψης και η ανεπαρκής ενημέρωση του πληθυσμού για τις μεθόδους αυτές, έχουν ως αποτέλεσμα την κυριαρχία των παραδοσιακών μεθόδων αντισύλληψης (Ahinkorah et al., 2021; Ayoola et al., 2014).

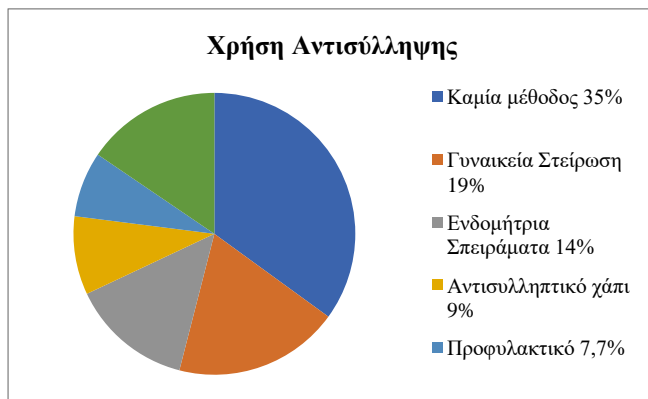
Χώρα/Περιοχή	Δημοφιλέστερη μέθοδος αντισύλληψης
ΗΠΑ, βόρεια Νότια Αμερική, Ινδία	Γυναικεία στείρωση
Καναδάς	Ανδρική στείρωση
Ασία, πρώην μέλη της ΕΣΣΔ	IUD(ενδομήτρια σπειράματα)
Δυτική Ευρώπη, Αυστραλία, νότια Νότια Αμερική, ορισμένες χώρες της Αφρικής	Αντισυλληπτικό χάπι
Ρωσία, ανατολική Ευρώπη, Ιαπωνία, Πακιστάν, ορισμένες Αφρικανικές χώρες	Προφυλακτικό
Αφρική	Ενέσιμη Ορμονική Αντισύλληψη
Δυτικά Βαλκάνια, Μέση Ανατολή, ορισμένες Αφρικανικές χώρες	Παραδοσιακές μέθοδοι αντισύλληψης

Πίνακας 2: Το κράτος με τα υψηλότερα ποσοστά χρήσης ανά αντισυλληπτική μέθοδο

Ήπειρος	Δημοφιλέστερη μέθοδος αντισύλληψης
Βόρεια Αμερική	Γυναικεία στείρωση
Νότια Αμερική	Γυναικεία στείρωση
Ευρώπη	Αντισυλληπτικό χάπι
Ασία	Αντισυλληπτικό χάπι
Ωκεανία	Αντισυλληπτικό χάπι
Αφρική	Ενέσιμη αντισύλληψη

Πίνακας 3: Η δημοφιλέστερη αντισυλληπτική μέθοδος ανά ήπειρο

Η χρήση των αντισυλληπτικών μεθόδων σε Παγκόσμια Κλίμακα με ποσοστά



Εικόνα 11: Κατανομή χρήσης αντισυλληπτικών στον κόσμο

Στο διπλανό διάγραμμα (εικόνα 11) διαφαίνεται η επιλογή κάποιας αντισυλληπτικής μεθόδου σε

παγκόσμια κλίμακα. Παγκοσμίως, το 65% των δεσμευμένων γυναικών αναφέρουν πως εφαρμόζουν οι ίδιες ή οι σύντροφοι τους κάποια μέθοδο αντισύλληψης (United Nations Department of Economic and Social Affairs, 2021).

Η γυναικεία στείρωση αποτελεί την δημοφιλέστερη μέθοδο αντισύλληψης παγκοσμίως με ποσοστό 19%. Αξίζει να αναφερθεί πως μόνο ένα 2,5% των ζευγαριών επιλέγουν την αντρική στείρωση ως μέθοδο αντισύλληψης, πράγμα που οφείλεται στην έλλειψη εξειδικευμένων ιατρών σε πολλά μέρη του πλανήτη. Οι παραδοσιακές μέθοδοι αντισύλληψης αθροιστικά φτάνουν στο 6%, παρόλο που αποτελούν τις πιο

αναποτελεσματικές επιλογές (Darroch, 2013; United Nations Department of Economic and Social Affairs, 2021).

Αξιοπερίεργο είναι το γεγονός πως η Ευρώπη αποτελεί την ήπειρο με την μεγαλύτερη προτίμηση στις παραδοσιακές μεθόδους. Ένα 10% των Ευρωπαίων εφαρμόζουν τις μεθόδους ρυθμού και διακεκομμένης συνουσίας (Darroch, 2013; Skouby, 2004).

Η Βόρεια Αμερική παρουσιάζει την μεγαλύτερη χρήση σύγχρονων μεθόδων αντισύλληψης.

Ήπειρος	Χρήση αντισύλληψης
Βόρεια Αμερική	75%
Νότια Αμερική	73%
Ευρώπη	69%
Ασία	68%
Ωκεανία	59%
Αφρική	33%

Πίνακας 4: Ποσοστιαία χρήση κάποιας αντισυλληπτικής μεθόδου ανά ήπειρο στον γενικό πληθυσμό

Κράτος	Χρήση αντισύλληψης
Φινλανδία	85,5%
Κίνα	84,5%
Αργεντινή	81,3%
Κολομβία	81%
Νικαράγουα	80,4%
Γερμανία	80,3%
Βραζιλία	80,2%
Ισημερινός	80,1%

Νότια Κορέα	79,6%
Ουρουγουάη	79,6%
Γαλλία	78,4%
<i>Πίνακας 5: Τα κράτη με την υψηλότερη χρήση αντισύλληψης παγκοσμίως</i>	

Κράτος	Χρήση αντισύλληψης
Νότιο Σουδάν	4%
Τσαντ	5,7%
Ερυθραία	8,4%
Γουινέα	8,7%
Γκάμπια	9%
Νίγηρας	11%
Σουδάν	12,2%
Ισημερινή Γουινέα	12,6%
Ανγκόλα	13,7%
Κεντροαφρικανική Δημοκρατία	15,2%
<i>Πίνακας 6: Τα κράτη με την χαμηλότερη χρήση αντισύλληψης παγκοσμίως</i>	

Μέθοδος	Χώρα	Ποσοστό χρήσης της μεθόδου
Γυναικεία στείρωση	Δομινικανή Δημοκρατία	40,7%
Ανδρική στείρωση	ΗΠΑ	11,3%
Ενδομήτρια Σπειράματα	Ουζμπεκιστάν	49,7%
Ενέσιμη Ορμονική Αντισύλληψη	Ινδονησία	28,9%

Αντισυλληπτικό χάπι	Μαρόκο	48,7%
Προφυλακτικό	Κίνα, Χονγκ Κονγκ	53%
Μέθοδος Διακεκομμένης Συνουσίας	Αλβανία	42,2%
Μέθοδος Ρυθμού	Βιετνάμ	9,9%
Αντισυλληπτικό Εμφύτευμα	Κένυα	23,2%
<i>Πίνακας 7: Οι χώρες με την υψηλότερη χρήση αντισύλληψης ανά μέθοδο</i>		

Παράγοντες που διαμορφώνουν τη χρήση αντισύλληψης στον κόσμο:
Εφηβεία και άλλα

Στις δυτικές χώρες έχει παρατηρηθεί ότι οι έφηβες κοπέλες εφαρμόζουν σύγχρονες μεθόδους αντισύλληψης λιγότερο σε σχέση με γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας. Σύμφωνα με μελέτες αυτό οφείλεται στην επήρεια αλκοόλ, την επιθυμία του ερωτικού συντρόφου να μην χρησιμοποιήσει προφυλακτικό και στην πεποίθηση ότι η διακοπή της ερωτικής πράξης για την εφαρμογή προφύλαξης θα «διαταράξει» την ατμόσφαιρα σύμφωνα με τα λεγόμενα των ίδιων και δεν σχετίζεται με την έλλειψη πληροφόρησης για την αναγκαιότητα της αντισύλληψης, καθώς οι περισσότεροι έφηβοι, κυρίως τα κορίτσια, αντιμετωπίζουν την αντισύλληψη ως κάτι το θετικό. Οι νεαρές γυναίκες χαμηλότερων οικονομικών στρωμάτων με δυσκολότερη πρόσβαση σε μονάδες ιατρικής περίθαλψης επίσης παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα χρήσης σύγχρονων μεθόδων αντισύλληψης (Brown&Guthrie, 2010; Ritteretal., 2015).

Στις χώρες της υποσαχάριας Αφρικής, οι κύριοι παράγοντες που συσχετίζονται με την χρήση σύγχρονων μεθόδων αντισύλληψης είναι :

- η ηλικία κατά την οποία ήρθαν σε πρώτη σεξουαλική επαφή(περισσότερες πιθανότητες να χρησιμοποιούν

προφύλαξη αν η πρώτη τους σεξουαλική επαφή ήταν μετά τα 15)

- η θρησκεία στην οποία πιστεύουν (Μεγαλύτερο ποσοστό Χριστιανών εφαρμόζουν σύγχρονες μεθόδους προφύλαξης συγκριτικά με τους Μουσουλμάνους και τους λάτρεις παραδοσιακών θρησκειών)
- αν βρίσκονται σε δεσμό/γάμο και αν εργάζονται (Οι ανύπαντρες και άνεργες γυναίκες χρησιμοποιούν λιγότερο συχνά σύγχρονες μεθόδους προφύλαξης)
- το μορφωτικό τους επίπεδο, η οικονομική τους κατάσταση και η έκθεση τους στα μέσα μαζικής ενημέρωσης (Ahinkorah et al., 2021; Ayoola et al., 2014)

Στην Κίνα, βρισκόταν σε εφαρμογή, από το 1979 μέχρι το 2015, η πολιτική του «ενός παιδιού», για να ελεγχθεί η αύξηση του πληθυσμού. Υπήρχαν βέβαια εξαιρέσεις για ορισμένες ομάδες του πληθυσμού, όπως αγροτικές οικογένειες των οποίων το πρώτο παιδί ήταν κορίτσι και οι εθνικές μειονότητες της χώρας. Συνεπώς, η εθνικότητα της γυναίκας, η περιοχή στην οποία διέμενε και το φύλο του πρώτου της παιδιού, επηρέαζαν ποια μέθοδο σύγχρονης μεθόδου αντισύλληψης θα επέλεγε με δημοφιλέστερες την στείρωση και το ενδομητριάκο σπείραμα. Έπειτα από την κατάργηση της εν λόγω πολιτικής, τα ποσοστά γυναικείων στείρωσεων μειώθηκαν από το 29% το 2015 στο 18% το 2017 και η χρήση των προφυλακτικών αυξήθηκε από το 3,2% στο 24,6% τις αντίστοιχες χρονιές. Η προτίμηση προς τις βραχυπρόθεσμες σύγχρονες μεθόδους αντισύλληψης είναι εμφανές φαινόμενο στην Κίνα, εφόσον το επιτρέπει το νομικό πλαίσιο της χώρας (Wang, 2012).

1.5) Η Αντισύλληψη στην Ελλάδα

Πιπαροκοίλη Αικατερίνη, Ραχάνης Αλκιβιάδης, Πεχλιβανίδη Νίκη

Αρχαία χρόνια

Η ιστορία της αντισύλληψης στον ελληνικό χώρο θα ήταν αδύνατο να μελετηθεί χωρίς πρώτα να γίνει αναφορά στην Αρχαία Ελλάδα, καθώς οι μέθοδοι αντισύλληψης που εφαρμόζονταν από τους Αρχαίους Έλληνες γιατρούς, είτε αυτές κρίθηκαν ακατάλληλες εν τέλει, είτε θεωρήθηκαν αποτελεσματικές και χρησιμοποιήθηκαν ως βάση για σύγχρονα αντισυλληπτικά μέσα, συνέβαλαν σημαντικά στην ανάπτυξη της ιατρικής επιστήμης (Bujalkova, 2007).

Στο πλαίσιο αυτό, είναι απαραίτητο να σημειωθεί, προτού γίνει ανάλυση των αντισυλληπτικών μεθόδων της περιόδου, ότι στην Αρχαία Ελλάδα δεν υπάρχει σαφής διάκριση μεταξύ του τι θεωρείται σήμερα μέθοδος άμβλωσης και τι αντισύλληψης, μιας και οι δυο αποτελούσαν "μεθόδους αποτροπής κύησης".



Εικόνα 12: Αριστοτέλης

Αρχικά, τον απλούστερο τρόπο αποφυγής των ανεπιθύμητων κυήσεων από τα αρχαία χρόνια αποτελούσε η εφαρμογή της μεθόδου του ρυθμού", δηλαδή της αποφυγής σεξουαλικής επαφής την περίοδο των γόνιμων ημερών. Η θεωρία πίσω από αυτή την μέθοδο έγκειται στην περιγραφή του "ατόκιον" από τον Αριστοτέλη. Ως "ατόκιον" ορίζει την περίοδο του κύκλου κατά την οποία η γυναίκα δεν μπορεί να συλλάβει. Μια επιπλέον οδηγία αντισύλληψης αναφέρεται στο έργο του Αριστοτέλη "Περί ζώων ιστορίας" στο οποίο ο ίδιος συνιστά σε μια γυναίκα να λιπάνει τα γεννητικά της όργανα με λάδι κέδρου, λευκό μόλυβδο ή θυμίαμα πριν από τη σεξουαλική επαφή, προκειμένου να αποφύγει μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. Ωστόσο, την

κυρίαρχη και δημοφιλέστερη μέθοδο αντισύλληψης από τον 7ο π.Χ. αιώνα μέχρι το 2ο μ.Χ. αιώνα αποτελούσε η μηνιαία χρήση βάμματος από το φυτό Σύλφιο (συγγενικό του μάραθου).

Ενδιαφέρον ακόμη προκαλεί η ύπαρξη των πεσσών και η χρήση αυτών ήδη από τα αρχαία χρόνια ως μεθόδου αντισύλληψης. Για την κατασκευή των πεσσών, οι αρχαίοι Έλληνες έκαναν χρήση σφουγγαριού ή μαλλιού τυλιγμένου με τέτοιο τρόπο ώστε να θυμίζει δάκτυλο στο σχήμα και διαφόρων



Εικόνα 13: Φυτό Σύλφιον

φαρμάκων και ουσιών που θεωρούνταν ότι προκαλούν έκτρωση. Τέτοιες ουσίες θεωρούνταν το κρασί, το μέλι, το ροδέλαιο, το λίπος χήνας, η ρητίνη, η ζύμη, η ρητίνη κέδρου και το μητρικό γάλα.

Επιπρόσθετα, οι Αρχαίοι Έλληνες διέθεταν ιδιαίτερες τακτικές που αποσκοπούσαν στη διακοπή της εμμήνου ρύσεως οι οποίες αποτελούσαν έμμεση μέθοδος αντισύλληψης. Παραδείγματα εφαρμογής τέτοιων τακτικών συναντώνται στον όρκο του Ιπποκράτη: "Το εσωτερικό μιας κολοκύθας θρυμματίζεται καλά, αναμιγνύεται με ρητίνη κέδρου και απλώνεται σε ένα ύφασμα, το οποίο εισάγεται όσο πιο βαθιά γίνεται στον κόλπο και αφού λερωθεί με αίμα, τραβιέται προς τα έξω.", "Ένα μαλακό μέρος λάχανου αλείφεται με αμυγδαλέλαιο και εισάγεται στον κόλπο"(Βυζαϊκονα, 2007).

Τέλος, ως μέθοδος αποτροπής κύησης θεωρούνταν θεραπευτικές ουσίες που χρησιμοποιούσαν για την τέλεση αμβλώσεων, οι οποίες ανευρίσκονται τόσο σε έργα του Αριστοτέλη, όσο και στον όρκο του Ιπποκράτη. Συγκεκριμένα, οι ουσίες αυτές είχαν ως στόχο την πρόκληση

συσπάσεων στη μήτρα που οδηγούσε είτε σε αποβολή του εμβρύου, είτε σε "ξεφλούδισμα" του ωραρίου και πρόκληση αιμορραγίας. Ακόμη, για την τέλεση αμβλώσεων χρησιμοποιούσαν ενδομήτριες εγχύσεις τις οποίες κατασκεύαζαν μέσω της ανάμειξης σαφράν και λίπους χήνας. Ακολουθούσε το κοσκίνισμά του μίγματος και τέλος η έγχυσή του στην μήτρα. Το μίγμα διατηρούνταν εκεί για μεγάλο χρονικό διάστημα προκειμένου να έχει τα επιθυμητά αποτελέσματα (Bujalkona, 2007).

Ηθικό πλαίσιο

Χρησιμοποιώντας ως κύρια πηγή τα έργα φιλοσόφων και γιατρών της περιόδου αντλούνται ποικίλες πληροφορίες σχετικά με το σκεπτικό τους όσον αφορά στο ηθικό πλαίσιο της αντισύλληψης και της άμβλωσης. Οι στωικοί φιλόσοφοι δεν θεωρούσαν το έμβρυο πριν από τη γέννησή του άνθρωπο, αλλά "pars viscerum matris", δηλαδή μέρος - κομμάτι της μήτρας από την οποία θα "πέσει" την κατάλληλη στιγμή, με τον ίδιο τρόπο που συμβαίνει στην περίπτωση ενός φρούτου όταν είναι πλήρως ώριμο.

Ο Πλάτων επειδή ακριβώς υποστήριζε ότι το κράτος δεν θα έπρεπε να διαθέτει περισσότερους από 5040 οικισμούς, πρότεινε την υποχρεωτική άμβλωση κάθε γυναίκας που κυοφορούσε μετά την ηλικία των 40 ετών, προκειμένου να μειωθεί ο αριθμός των τοκετών και αρά να διατηρηθεί μια ισορροπία. Ο Αριστοτέλης είχε τοποθετηθεί υπέρ της άμβλωσης, καθώς είχε απαιτήσει να οριστεί ο αριθμός των τοκετών με νόμο και να υποχρεωθούν σε έκτρωση όσοι υπερβαίνουν το νομικό όριο. Αντίθετα, ο Ιπποκράτης καταδικάζει τόσο για ηθικούς όσο και για ιατρικούς λόγους πολλές από τις προαναφερόμενες τεχνικές αντισύλληψης και διακοπής εγκυμοσύνης όπως επιβεβαιώνει και το παρακάτω απόσπασμα από τον ομώνυμο όρκο του: "Και να μη δώσω ποτέ σε κανένα, έστω κι αν μου το ζητήσει, θανατηφόρο φάρμακο, ούτε να δώσω ποτέ τέτοια συμβουλή. Ομοίως να μη δώσω ποτέ σε γυναίκα φάρμακο για ν' αποβάλει." (Bujalkona, 2007).

Αντισύλληψη στην Ελλάδα του 19ου και του 20ου αιώνα

Η περίοδος αυτή και ιδιαίτερα ο 20ος αιώνας, αποτελεί για την Ελλάδα, την κύρια περίοδο ουσιαστικής προόδου στο θέμα της αντισύλληψης και της αντιμετώπισης των εκτρώσεων. Το διάστημα αυτό υπήρξε καίριο τόσο για την αμφισβήτηση και απόρριψη κάποιων, χρησιμοποιούμενων επί χρόνια τεχνικών αντισύλληψης, όσο και για την καθιέρωση νέων, ενώ παράλληλα μέσα σε αυτό το χρονικό πλαίσιο σημειώθηκε και η νομιμοποίηση της άμβλωσης (1986). Αιτία για την γενικότερη άνθιση που επικρατούσε όσον αφορά στον έλεγχο της αναπαραγωγής, αποτέλεσε η γενικότερη κοινωνική και πολιτική ανασυγκρότηση του Ελληνικού κράτους, ιδιαίτερα μετά το ξέσπασμα του Β' Παγκοσμίου και του Εμφυλίου πολέμου, καθώς και τα αυξημένα επίπεδα αστικοποίησης τα οποία με την σειρά τους συνέβαλαν στην χειραφέτηση της γυναίκας, αφού της πρόσφεραν την δυνατότητα να κοινωνικοποιηθεί και ίδρυσης συλλόγων και την πρόσβαση στην τριτοβάθμια εκπαίδευση.

Αναφέρονται παρακάτω με κριτήριο τη χρονολογική ακμή της χρήσης τους οι δημοφιλέστερες τεχνικές αντισύλληψης της συγκεκριμένης περιόδου (Barmprouti, 2020):

1. Θηλασμός

Στην Ελλάδα του 1800, οι γυναίκες είχαν οδηγηθεί εμπειρικά στο εξής συμπέρασμα: την περίοδο του θηλασμού, η τεκνοποίηση καθίσταται αδύνατη. Η πληροφορία αυτή συνέχισε να μεταδίδεται από γενιά σε γενιά, μέχρι που ο θηλασμός έφτασε να θεωρείται η πιο φυσική και σχεδόν η αποκλειστική μέθοδος καθυστέρησης της σύλληψης στην αγροτική Ελλάδα.

Οι γυναίκες εν άγνοια τους χρησιμοποιούσαν μια μέθοδο με επιστημονική βάση. Συγκεκριμένα, κατά την περίοδο της γαλουχίας, επειδή αυξάνονται τα επίπεδα προλακτίνης, ελαττώνονται τα επίπεδα της υποθαλαμικής GnRH ορμόνης και μειώνεται η έκκριση της ωχρινοτρόπου ορμόνης LH,

με αποτέλεσμα η ωοθυλακιορρηξία να καταστέλλεται, προκαλώντας έτσι αμηνόρροια στη γυναίκα (Lactational Amenorrhea Method - LAM).

Όμως οι Ελληνίδες αγνοούσαν όπως είναι φυσικό ότι αυτή η αντισυλληπτική μέθοδος είναι επιτυχής και αξιόπιστη υπό 3 προϋποθέσεις: i) το βρέφος να είναι μικρότερο των 6 μηνών, ii) το βρέφος να θηλάζει σχεδόν αποκλειστικά, iii) η γυναίκα να μην έχει εμφανίσει έμμηνο ρύση. Έτσι, την χρησιμοποιούσαν αλόγιστα ως μέθοδο αντισύλληψης, θεωρώντας ότι μεγαλύτερο διάστημα θηλασμού ισούται με μεγαλύτερη παράταση μιας επόμενης σύλληψης. Όπως είναι φυσικό, η έλλειψη γνώσεων τους κόστισε πολλές ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες.

2. Αποχή από τη σεξουαλική επαφή

Η σεξουαλική αποχή ως μέθοδος αντισύλληψης μπορεί να διαχωριστεί α) σε ολική και β) σε περιοδική.

Στην Ελλάδα του 19ου αιώνα, η ολική σεξουαλική αποχή αποτελούσε την πιο εγγυημένη και μάλιστα μια αρκετά δημοφιλή μέθοδο αντισύλληψης. Καθώς η σεξουαλική επαφή είχε ως στόχο την τεκνοποίηση και όχι την απόλαυση, η παύση της δεν στοίχιζε ιδιαίτερα στο ζευγάρι. Ακόμη, στην περίοδο αυτή που η σεξουαλική επαφή ήταν άρρηκτα συνδεδεμένη με την τεκνοποίηση, η γυναικεία παθητικότητα εξυμνούνταν, ενώ παράλληλα κυριαρχούσε τρομερή παραφιλολογία σχετικά με τις μεθόδους αντισύλληψης, η σεξουαλική αποχή των γυναικών αποτελούσε την ασφαλέστερη λύση σε πολλά νοικοκυριά της Ελλάδος προκειμένου να επιτευχθεί η αποφυγή της υπερβολικής τεκνοποίησης. Από τη δεκαετία του 1920 και μετά η αποχή μέσα στο γάμο άρχισε να θεωρείται αδιανόητη και δεν ασκούνταν πλέον ως τρόπος αποφυγής της τεκνοποίησης, χωρίς όμως αυτό να σημαίνει ότι η θέση της γυναίκας στον γάμο ως μηχανής παραγωγής παιδιών είχε ακόμη αποκατασταθεί (1,6% του πληθυσμού το 1997).

Η περιοδική σεξουαλική επαφή χρησιμοποιούνται και αυτή ως μέθοδος αντισύλληψης στη χώρα μας. Πολλά ζευγάρια συνήθιζαν να παύουν τις

σεξουαλικές τους επαφές τις γόνιμες μέρες της γυναίκας. Υπολόγιζαν το εν λόγω διάστημα α) είτε κλασικά ημερολογιακά (μέθοδος ρυθμού), β) είτε μέσω της αλλαγής χρώματος και ποσότητας της τραχηλικής βλέννης, γ) είτε μέσω της μέτρησης της βασικής θερμοκρασίας (η οποία αυξάνεται 0,2-0,5°C μετά την ωοθυλακιορρηξία και διατηρείται αυξημένη για περίπου 3 μέρες, τις οποίες οι επαφές σταματούσαν).

Δυστυχώς, αυτή η μέθοδος αν και απόλυτα φυσική και μηδαμινού κόστους, εξαρτάται και επηρεάζεται από πολλές παραμέτρους: η ημερολογιακή μέθοδος δεν λειτουργεί για γυναίκες με ασταθή κύκλο, τα χαρακτηριστικά της τραχηλικής βλέννας μπορεί να επηρεαστούν από φλεγμονές και η θερμοκρασία αυξάνεται και σε περίπτωση πυρετού. Για τους παραπάνω λόγους εγκαταλείφθηκε από τα περισσότερα ζευγάρια σχετικά γρήγορα καθώς έγινε κατανοητή η αβέβαιη αποτελεσματικότητά της.

3. Διακεκομμένη Συνουσία

Η απόσυρση ή διαφορετικά η διακεκομμένη συνουσία είναι πιθανώς η μέθοδος που εφαρμόστηκε ευρύτερα τον εικοστό αιώνα (35.1% του πληθυσμού το 1983, 30.7% το 1997). Η διακεκομμένη συνουσία - απόσυρση (coitus interruptus) αναφέρεται στην απόσυρση του πέους από τον κόλπο πριν την εκσπερμάτιση. Αποτελεί την πιο παλιά μέθοδο αντισύλληψης και την εφαρμόζαν ευρύτατα τόσο τον 19ο, όσο και τον 20ο αιώνα στην Ελλάδα (35.1% του ενεργού σεξουαλικά πληθυσμού της χώρας την εφαρμόζε ως μέθοδο αντισύλληψης το 1983 και 30.7% το 1997). Η μέθοδος αυτή υπήρξε ιδιαίτερα αμφιλεγόμενη καθώς ενώ από την μια είχε αρκετούς υποστηρικτές, χαρακτηριζόταν από πολλούς ιατρούς της εποχής καταπιεστική για τον άνδρα και βλαβερή για το ζευγάρι, καθώς τους στερούσε τις "θεραπευτικές ιδιότητες του σπέρματος", το οποίο θεωρούνταν ωφέλιμο για ποικίλες ιατρικές καταστάσεις όπως η γυναικεία υστερία. Κρίνοντας την πάντως μονάχα ως μέθοδο αντισύλληψης πρέπει να σημειωθεί πως τα ποσοστά αποτυχίας της ήταν ιδιαίτερα υψηλά και ακόμη και σήμερα εάν και

συνεχίζει να χρησιμοποιείται συγκαταλέγεται όπως θα αναλυθεί παρακάτω στις ελάχιστες αποτελεσματικές μεθόδους αντισύλληψης.

4. Κολπικές Πλύσεις

Κολπικές πλύσεις με ξύδι ή νερό και αντισηπτικά της εποχής χρησιμοποιούνταν μετά την σεξουαλική επαφή, προκειμένου να απομακρυνθεί το εναπομένον σπέρμα από τον κόλπο χρησιμοποιούνταν από τα αρχαία χρόνια μέχρι και τις αρχές του 20^{ου} αιώνα. Παρόλο που δεν είχε επιβεβαιωθεί επιστημονικά η αποτελεσματικότητα των κολπικών πλύσεων ως μέθοδο αντισύλληψης, αποτελούσαν μια ιδιαίτερα δημοφιλή επιλογή, καθώς την περίοδο που η γυναικεία αντισύλληψη δεν είχε ακόμη νομιμοποιηθεί υπήρξε μάλλον από τις μοναδικές μεθόδους που απευθύνονταν στις γυναίκες, ενώ επιπλέον θεωρούνταν ότι προφυλάσσουν από διάφορες ασθένειες όπως η πρόπτωση της μήτρας, για την οποία τις συνταγογραφούσαν ως θεραπεία. Ο δυνητικός συσχετισμός των κολπικών πλύσεων με την πρόκληση στειρότητας ήταν η αιτία πτώσης της δημοτικότητάς τους στην Ελλάδα.

5. Κολπικός Σπόγγος

Συχνή μέθοδος αντισύλληψης αποτελούσε και ο κολπικός σπόγγος.



Σύμφωνα με αυτή τη μέθοδο, ένα κομμάτι σφουγγαριού αφηνόταν να μουλιάσει είτε σε σκέτο νερό είτε σε αναμειγμένο με διάλυμα κινίνης ή βαζελίνης, εισαγόταν στον κόλπο πριν από τη συνουσία, όπου και δρούσε ως φυσικό όριο για το σπέρμα και το αφαιρούσαν αμέσως μετά την λήξη της συνουσίας. Για ένα μικρό

διάστημα θεωρούνταν η καλύτερη μέθοδος αντισύλληψης, όμως πολύ

γρήγορα άρχισαν να αναφέρονται σε αυτή ως "αμφίβολης αποτελεσματικότητας" και "δυσάρεστη στην χρήση".

6. Προφυλακτικό

Τα προφυλακτικά συγκαταλέγονται στα παλαιότερα και δημοφιλέστερα αντισυλληπτικά στην Ελλάδα του 20ου αιώνα. Συγκεκριμένα το 27,4% του ενεργού σεξουαλικά πληθυσμού της χώρας τα χρησιμοποιούσε ως μέθοδο αντισύλληψης το 1983 και το 40,8% το 1997. Φαίνεται να ήταν ευρέως διαθέσιμα -τουλάχιστον στην Αθήνα- ήδη από τις δεκαετίες του 1920 και του 1930. Αποτέλεσαν το πρώτο μέσο αντισύλληψης το οποίο εκτός από τον κλασικό ρόλο του (την αποφυγή ανεπιθύμητων κυήσεων), συνέβαλε και στην προστασία από τις σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις, τα οποία βρισκόνταν σε έξαρση τη συγκεκριμένη περίοδο. Υπό το πρίσμα αυτό, τα προφυλακτικά, σε αντίθεση με οποιοδήποτε άλλο αντισυλληπτικό, δημοσιοποιήθηκαν στον Τύπο και διαφημίστηκαν ευρέως. Ως εκ τούτου, αυτό προκάλεσε την ραγδαία άνοδο στην χρήση τους κατά κύριο λόγο από νεότερους άνδρες για τις προγαμιαίες ή τις εξωσυζυγικές τους επαφές, με αποτέλεσμα πολύ γρήγορα να γίνει σύνδεση της χρήσης προφυλακτικών με την πορνεία.

7. Το αντισυλληπτικό χάπι

Το χάπι, ως μέθοδος αντισύλληψης, **εισήχθη και διατίθεται στα φαρμακεία της Ελλάδος από το 1963**, χωρίς να απαιτείται η συνταγογράφηση για την αγορά του. Με την πρόοδο του χρόνου εκτός από τις αντισυλληπτικές τους ιδιότητες τα συγκεκριμένα σκευάσματα, περισσότερα για τα οποία θα αναλυθούν στο 3^ο κεφάλαιο της παρούσας εργασίας, εντάχθηκαν στη θεραπευτική φαρέτρα γυναικολογικών παθήσεων και κυρίως των διαταραχών της εμμήνου ρύσεως και του καταμήνιου κύκλου. (Barmroufi, 2020).

Η Άμβλωση στην Ελλάδα

Παρόλο που δεν αποτελεί μέτρο αντισύλληψης, η άμβλωση θεωρείται μέσο ελέγχου γονιμότητας και αξίζει μια ιδιαίτερη αναφορά, καθώς το

1986 υπήρξε το έτος που νομιμοποιήθηκε πλήρως η μέχρι τη 12η εβδομάδα διακοπή της κύησης για οποιοδήποτε λόγο, συμπεριλαμβανομένων των κοινωνικό-οικονομικών, στην Ελλάδα. Ωστόσο το πεδίο παρέμεινε αγκάθι με αντιδράσεις από ορισμένους κύκλους της Εκκλησίας. Προσοχή χρειάζεται βέβαια στη μη διαστρέυλωση της άμβλωσης στο πλαίσιο της αυτοδιαχείρισης από τη γυναίκα του γυναικείου σώματος και στην παρερμηνεία και χρήση αυτής ως μέσου επιλογής εμβρύων και ευγονικής (Barmrouiti, 2020; Georges, 2021; Hionidou, 2020).

Η αντισύλληψη στον Ελλαδικό χώρο στον 21ο αιώνα

Η ελληνική κοινωνία, πατριαρχική κατά παράδοση και κατά πρότυπο του μεσογειακού μοντέλου, συνεχίζει να υποστηρίζει τις παραδοσιακές εθνικές της αξίες, ενώ ταυτόχρονα μοιράζεται χαρακτηριστικά ενός σύγχρονου και μεταμοντέρνου προτύπου. Ο θεσμός του γάμου αν και παραμένει εξαιρετικά δημοφιλής, τείνει να φθίνει σε σχέση με το παρελθόν μεταξύ των νεότερων γενεών. Αυτή τη στιγμή οι ρόλοι των φύλων στη συντροφική σχέση ακολουθούν πλέον το δυτικοευρωπαϊκό μοντέλο που επιτάσσει την απόλυτη ισότητα μεταξύ των φύλων.

Οι αμβλώσεις στην Ελλάδα έχουν μειωθεί αισθητά με την εισαγωγή των αντισυλληπτικών και οι ΣΜΛ περιορίζονται όλο και περισσότερο από τη χρήση του προφυλακτικού (Salakos et al., 2008; Salakos et al., 2010).

Όσον αφορά στην αντισύλληψη, η Ελλάδα, με γενική βαθμολογία 52,5%, εμπίπτει στην πορτοκαλί κατηγορία του Ευρωπαϊκού Άτλαντα Αντισύλληψης του 2020. Η πορτοκαλί κατηγορία αντιπροσωπεύει την εύθραυστη ισορροπία μεταξύ της κίνησης προς τα εμπρός και της οπισθοδρόμησης. Η χώρα σημειώνει 54,1% στις πολιτικές προμήθειας αντισυλληπτικών και στην παροχή συμβουλών με θέμα την αντισύλληψη και 49,5% για τη διαθεσιμότητα διαδικτυακών πληροφοριών για την αντισύλληψη, καθώς οι μόνες διαθέσιμες πληροφορίες βρίσκονται κατά κύριο λόγο μόνο σε άρθρα των μέσων ενημέρωσης, κρατικούς

ιστοτόπους ή ιστοτόπους της κοινωνίας των πολιτών που δεν διαθέτουν πληροφορίες σχετικά με το πού μπορεί κάποιος να προμηθευτεί αντισυλληπτικά, γεγονός που τους καθιστά ανεπαρκείς. Με πληθυσμό 10,4 εκατομμυρίων, το εκτιμώμενο ποσοστό επικράτησης των αντισυλληπτικών είναι 54%, αλλά το πραγματικό ποσοστό επικράτησης των σύγχρονων αντισυλληπτικών στην Ελλάδα είναι 38%, ένα από τα χαμηλότερα ποσοστά μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών που κατατάσσονται, παρόλο που εκείνα πρωτοπαρουσιάστηκαν στα τέλη της δεκαετίας του 1970 (Hionidou, 2020).

Ευθύνη στην γενικότερη αποδιοργάνωση που χαρακτηρίζει την αντισύλληψη στην Ελλάδα έχει η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση, η οποία εξακολουθεί να μην περιλαμβάνεται στο βασικό σχολικό πρόγραμμα σπουδών. Ως εκ τούτου, η κύρια ενημέρωση των εφήβων για τα είδη αντισύλληψης, την αξία της και σεξουαλική επαφή εν γένει, προέρχεται από το διαδίκτυο, από συνομηλίκους και σπάνια από τους γονείς. Τα τελευταία χρόνια ωστόσο, αξίζει να σημειωθεί ότι υπάρχει μια κινητοποίηση προκειμένου να συμπεριληφθεί η σεξουαλική αγωγή στα ελληνικά σχολεία, το οποίο αναμένεται και ελπίζεται να μεταβάλλει τα παραπάνω δεδομένα και ταυτόχρονα γίνονται αξιόλογες προσπάθειες από επιστημονικές εταιρείες προς την ενημέρωση του γενικού πληθυσμού και των εφήβων. Το συγκεκριμένο θέμα θα αναλυθεί ευθύς στο επόμενο χωρίο της εργασίας.

1.6) Σεξουαλική Διαπαιδαγώγηση και Αντισύλληψη

Ρούμπου Ευαγγελία

Έχοντας πραγματοποιήσει το πρώτο βήμα της νομιμοποίησης της αντισύλληψης κατά τις προηγούμενες δεκαετίες, μετά από διεκδικήσεις και διάφορα κινήματα, καθίσταται σαφές ότι η πλήρης καθιέρωση και η μεγιστοποίηση των πολλαπλών οφελών της στην κοινωνία απαιτεί την απόδοση της απαραίτητης έμφασης στην ουσιαστική και ποιοτική σεξουαλική διαπαιδαγώγηση. Κι αυτό διότι, η αντίληψη της ασφαλούς σεξουαλικής συμπεριφοράς, η ανάπτυξη σχέσεων εμπιστοσύνης και σεβασμού με τους συντρόφους, αλλά και η προστασία και αυτοφροντίδα, απαιτούν μια συνολικότερη παιδεία και εκπαίδευση ως προς τη σεξουαλικότητα και τον οικογενειακό προγραμματισμό, αναπόσπαστο κομμάτι των οποίων αποτελεί και η αντισύλληψη.

Οι έφηβοι στην Ελλάδα φαίνεται να ξεκινούν τη σεξουαλική τους ζωή χωρίς επαρκείς πληροφορίες και χωρίς να έχουν ακολουθήσει αντίστοιχο εκπαιδευτικό μάθημα στα σχολεία τους. Ταυτόχρονα, η χρήση αντισυλληπτικών είναι πολύ χαμηλή και οι αμβλώσεις εξακολουθούν να θεωρούνται μέθοδος ελέγχου των γεννήσεων και οικογενειακού προγραμματισμού. Αυτή η πρακτική απαντάται επίσης και στο γενικό πληθυσμό, με έρευνες να δείχνουν ότι η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση που παρέχεται από τους γονείς δε λειτουργεί τόσο αποδοτικά. Επομένως, είναι κρίσιμο να ληφθούν συγκεκριμένα μέτρα για την ενημέρωση των νεότερων γενεών σχετικά με τους κινδύνους που συνδέονται με τη σεξουαλική συμπεριφορά και την ενεργή σεξουαλική ζωή. Η ανάγκη για ένα καλά σχεδιασμένο και υποχρεωτικό μάθημα σεξουαλικής αγωγής που είναι μέρος του επίσημου σχολικού προγράμματος είναι κάτι παραπάνω από έκδηλο. Πρέπει να ξεκινά από την πρώιμη παιδική ηλικία και να συνεχίζεται καθ' όλη τη διάρκεια της ανάπτυξης. Οι έγκυρες πληροφορίες είναι απαραίτητες για να καταρριφθούν τα στερεότυπα και οι παρανοήσεις σχετικά με τη σεξουαλικότητα και την αναπαραγωγική

υγεία, ενώ οι νέοι θα πρέπει να έχουν πρόσβαση σε αξιόπιστες πηγές πληροφοριών και να μην περιορίζονται σε πληροφορίες από συνομηλίκους και το διαδίκτυο. Μια αλλαγή στη στάση και τις πρακτικές απέναντι στις αμβλώσεις και τις μεθόδους αντισύλληψης είναι μόνο δυνατή εάν η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση ξεκινά από πολύ μικρές ηλικίες και μέσω επίσημων εκπαιδευτικών δομών. Η εστίαση θα πρέπει να είναι στη θετική αντίληψη για το σώμα και τη σεξουαλικότητα, τις μελλοντικές συναισθηματικές και σεξουαλικές τους σχέσεις ως ενήλικες, την αμφισβήτηση των παραδοσιακών ρόλων και των έμφυλων στερεοτύπων.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO), «σεξουαλική διαπαιδαγώγηση ορίζεται ως η μάθηση σε σχέση με τις γνωστικές, συναισθηματικές, κοινωνικές, διαδραστικές και σωματικές πτυχές της σεξουαλικότητας. Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση ξεκινά νωρίς κατά την παιδική ηλικία και συνεχίζεται στην εφηβική και ενήλικη ζωή. Για τα παιδιά και τους νέους, έχει στόχο την υποστήριξη και προστασία της σεξουαλικής τους ανάπτυξης. Σταδιακά ενισχύει και ενδυναμώνει τα παιδιά και τους νέους με πληροφορίες, δεξιότητες και θετικές αξίες ώστε να κατανοούν και να χαίρονται τη σεξουαλικότητα τους, να βιώνουν με υπευθυνότητα και ασφάλεια τις διαπροσωπικές τους σχέσεις και φιλίες τους και να αναλαμβάνουν την ευθύνη για τη δική τους σεξουαλική υγεία και ευημερία, αλλά και των άλλων. Καθιστά τα παιδιά και τους νέους ικανούς να ενισχύσουν την ποιότητα ζωής τους και να συνεισφέρουν σε μια δίκαιη κοινωνία με υψηλό δείκτη ενσυναίσθησης».

Παράλληλα, η Περιεκτική/Εμπειριστατωμένη Σεξουαλική Διαπαιδαγώγηση είναι κατοχυρωμένο δικαίωμα των παιδιών και διασφαλίζεται σε Διεθνείς Συνθήκες, Συμφωνίες και Συμβάσεις. Απορρέει, τόσο από τη Σύμβαση των Ηνωμένων Εθνών για τα Δικαιώματα του Παιδιού όσο και από τη Σύμβαση

του Συμβουλίου της Ευρώπης για την Προστασία των Παιδιών ενάντια στη Σεξουαλική Κακοποίηση και Σεξουαλική Εκμετάλλευση.

Με βάση τον WHO, ερευνητικά δεδομένα από αρκετές ευρωπαϊκές χώρες στις οποίες έχουν εφαρμοστεί μακροχρόνια εθνικά προγράμματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης, καταδεικνύουν ότι τα τελευταία έχουν οδηγήσει σε μετρήσιμα αποτελέσματα που περιλαμβάνουν σημαντική μείωση:

- στη σεξουαλική κακοποίηση
- στην ομοφοβία
- στις ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες στην εφηβεία
- στις αμβλώσεις
- στη διάδοση σεξουαλικά μεταδιδόμενων λοιμώξεων (ΣΜΛ)
- των λοιμώξεων με τον ιό HIV μεταξύ των νέων ηλικίας 15 – 24 ετών

Η θέση της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης στο σχολικό πρόγραμμα εξακολουθεί να αποτελεί ένα αμφιλεγόμενο ζήτημα που προκαλεί έντονο προβληματισμό και διαφωνίες. Παράλληλα, ένας αυξανόμενος αριθμός νέων αναζητά γνώσεις σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας, κυρίως από το διαδίκτυο. Πολλοί νέοι εκτίθενται, έτσι, σε αχανές πορνογραφικό υλικό, αλλά και σε μη εξακριβωμένες πληροφορίες που προβάλλουν λανθασμένα πρότυπα, καθοριστικά όμως για τη δια βίου σεξουαλική τους δραστηριότητα.

Βασικές Αρχές της Περιεκτικής Σεξουαλικής Διαπαιδαγώγησης

Η εμπειριστατωμένη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση είναι μία συνεχής διαδικασία, μη τυπικής εκπαίδευσης, βασισμένη στο πρόγραμμα σπουδών, πάνω σε θέματα σεξουαλικότητας. Παρέχει εξακριβωμένες πληροφορίες σχετικά με θεματικές όπως για παράδειγμα:

- η ανατομία και φυσιολογία του αναπαραγωγικού συστήματος
- οι τρόποι αντισύλληψης

- ο το σεξ και η ευχαρίστηση
- ο οι σεξουαλικές πρακτικές
- ο η σεξουαλικότητα
- ο οι τρόποι προφύλαξης από Σεξουαλικά Μεταδιδόμενες Λοιμώξεις (ΣΜΛ)
- ο τα σεξουαλικά δικαιώματα
- ο ο σεξουαλικός προσανατολισμός και η ταυτότητα φύλου
- ο οι πρακτικές ασφαλούς και υπεύθυνης σεξουαλικής συμπεριφοράς

Στόχος της είναι να εξοπλίσει παιδιά και νέους με γνώσεις, δεξιότητες, συμπεριφορές και αξίες που θα τους επιτρέψουν να υπερασπιστούν την υγεία, την ευημερία και την αξιοπρέπειά τους, καθώς και να αναπτύξουν κοινωνικές και σεξουαλικές σχέσεις με σεβασμό και ασφάλεια. Παράλληλα, συμβάλλει στο να κατανοήσουν πώς οι επιλογές τους επηρεάζουν τόσο τη δική τους ευημερία όσο και των υπολοίπων και να διασφαλίσουν την προστασία των δικαιωμάτων τους καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους.

Η ολοκληρωμένη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση αποτελεί μια προσέγγιση που βασίζεται στα ανθρώπινα δικαιώματα, είτε στο πλαίσιο του σχολείου είτε εκτός σχολικού περιβάλλοντος. Είναι πιο αποτελεσματικό όταν διδάσκεται για αρκετά χρόνια, ενσωματώνοντας πληροφορίες κατάλληλες για την εκάστοτε ηλικία, δυνατότητες και ενδιαφέροντα των νέων. Η περιεκτική σεξουαλική εκπαίδευση περιλαμβάνει - πέραν των προαναφερθέντων - συζητήσεις για την οικογενειακή ζωή, τις σχέσεις, τον πολιτισμό και τους ρόλους των φύλων, και επίσης ασχολείται με τα ανθρώπινα δικαιώματα, την ισότητα των φύλων, τη σωματική αυτονομία και άλλα ζητήματα, όπως οι διακρίσεις, η σεξουαλική κακοποίηση και η βία. Θα πρέπει να αναγνωρίζει τις μοναδικές ανάγκες των μαθητών, ιδιαίτερα των νέων που ανήκουν σε ευάλωτες κοινωνικά ομάδες – όπως οι νέοι LGBTQ+, οι νέοι που ζουν με αναπηρίες, τα νεαρά άτομα που βιώνουν ανθρωπιστικές κρίσεις, οι έφηβοι που κάνουν χρήση

εξαρτησιογόνων ουσιών, οι νέοι με HIV και τα transgender άτομα – και πρέπει να είναι προσαρμοσμένες ώστε να αντικατοπτρίζουν την πραγματικότητά τους. Συνολικά, αυτά τα προγράμματα βοηθούν τους νέους να αναπτύξουν αυτοεκτίμηση και δεξιότητες ζωής που ενθαρρύνουν την κριτική σκέψη, τη σαφή επικοινωνία, την υπεύθυνη λήψη αποφάσεων και τη συμπεριφορά με σεβασμό και ενσυναίσθηση. Οι 8 Βασικές Έννοιες/Ενότητες της Εμπειριστατωμένης Σεξουαλικής Διαπαιδαγώγησης, σύμφωνα με τη Διεθνή Τεχνική Καθοδήγηση για τη Σεξουαλική Αγωγή (International Technical Guidance on Sexuality Education) είναι οι εξής:

1. Διαπροσωπικές σχέσεις
2. Αξίες, δικαιώματα, κουλτούρα και σεξουαλικότητα
3. Κατανόηση του κοινωνικού φύλου
4. Βία και ασφάλεια
5. Δεξιότητες για εξασφάλιση υγείας και ευημερίας
6. Το ανθρώπινο σώμα και η ανάπτυξή του
7. Σεξουαλικότητα και σεξουαλική συμπεριφορά
8. Αναπαραγωγική Υγεία

Σημαντικά πορίσματα για την ολοκληρωμένη σεξουαλική εκπαίδευση από τον UNFPA (United Nations Population Fund)

- ο Η ολοκληρωμένη σεξουαλική εκπαίδευση δεν οδηγεί σε πρόωρη σεξουαλική δραστηριότητα ή σε πιο επικίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά.
- ο Αυτά τα προγράμματα μειώνουν τις επικίνδυνες συμπεριφορές: Περίπου τα 2/3 των αξιολογήσεων δείχνουν μείωση στις επικίνδυνες συμπεριφορές. Περίπου το 60% των προγραμμάτων είχαν θετική

επίδραση σε τουλάχιστον ένα συμπεριφορικό ή βιολογικό αποτέλεσμα, όπως η αυξημένη χρήση προφυλακτικού ή η μείωση των απρογραμμάτιστων κυήσεων.

- ο Οι μελέτες για προγράμματα που αφορούν μόνο την αποχή από τη σεξουαλική δραστηριότητα δείχνουν ότι η παρέμβαση αυτού του τύπου είναι αναποτελεσματική στη βελτίωση των αποτελεσμάτων υγείας.
- ο Η παροχή υψηλής ποιότητας ολοκληρωμένης σεξουαλικής εκπαίδευσης απαιτεί κατάρτιση και υποστήριξη.
- ο Η αντιμετώπιση θεμάτων φύλου και εξουσίας οδηγεί επίσης σε καλύτερα αποτελέσματα για την υγεία.
- ο Για να είναι πιο αποτελεσματικά, τα προγράμματα σπουδών πρέπει να είναι προσαρμοσμένα στο συγκεκριμένο πλαίσιο και τις εξειδικευμένες ανάγκες των νέων.
- ο Η συμμετοχή των γονέων και των κοινοτήτων ως μέρος αυτής της εκπαίδευσης είναι κρίσιμη. Η σεξουαλική αγωγή είναι πιο αποτελεσματική όταν τα σχολικά προγράμματα συμπληρώνονται από πρωτοβουλίες και παρεμβάσεις που βασίζονται στην κοινότητα.

Η κατάσταση στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα, καθώς η σεξουαλική αγωγή παραμένει ένα θέμα “ταμπού” και δεν είναι επίσημα ενταγμένη στο πρόγραμμα σπουδών των σχολείων, εδραιώνονται έμφυλα στερεότυπα και πολλά νεαρά άτομα, αγνοώντας τους τρόπους προφύλαξης προσβάλλονται από Σεξουαλικά Μεταδιδόμενες Λοιμώξεις. Ο μέσος όρος πρώτης σεξουαλικής επαφής στην Ελλάδα υπολογίζεται περίπου στα 15 έτη και στον παρακάτω πίνακα σχετικά πρόσφατη έρευνα σκιαγραφεί τις προτιμήσεις των εφήβων αναφορικά με την αντισύλληψη στην πρώτη σεξουαλική επαφή τους. (Tsitsika et al., 2014)

Μέθοδος	Συνολικό % N=213	% αγοριών N=158	% κοριτσιών N=55
Καμία προφύλαξη	1,5	0,7	3,7
Διακεκομμένη συνουσία	38,8	34,0	51,9
Προφυλακτικό	79,1	82,3	70,4
Αντισυλληπτικό χάπι	16,7	16,6	17,0
Παρακολούθηση του κύκλου	12,7	8,3	24,5
Επείγουσα αντισύλληψη	8,2	9,2	5,7
Προφυλακτικό και Διακεκομμένη συνουσία	26,4	25,20	29,6
Προφυλακτικό και Παρακολούθηση του κύκλου	8,5	5,40	16,7
Προφυλακτικό και Αντισυλληπτικό χάπι	12,9	12,9	13,0

Ακόμη και σήμερα στην Ελλάδα, η σεξουαλική αγωγή δεν αποτελεί υποχρεωτικό μάθημα στα σχολεία, ενώ από το 2021 υπάρχει πιλοτική εφαρμογή θεματικής ενότητας, με το θέμα αυτό, σε 218 σχολεία.

Πέρασε πάνω από μισός αιώνας από τότε που τέθηκε το ζήτημα της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης στα σχολεία από τον Ευάγγελο Παπανούτσο το 1964, και ακόμη επί της ουσίας δεν έχει γίνει πράξη αφού δεν έχει ενταχθεί ως υποχρεωτικό μάθημα στο ωρολόγιο πρόγραμμα σε

καμία βαθμίδα της εκπαίδευσης. Στον απόηχο των αποκαλύψεων υποθέσεων σεξουαλικής κακοποίησης και παρενόχλησης, το ζήτημα επανέρχεται και πάλι όμως ως ένα πρόγραμμα και όχι ως υποχρεωτικό μάθημα.

Όλα αυτά τα χρόνια έγιναν πολλές προσπάθειες από τις κυβερνήσεις για την ένταξη του μαθήματος στα σχολεία (κατά το παρελθόν γράφτηκαν και σχετικά βιβλία με τη χρηματοδότηση της ΕΕ, τα οποία είτε δε διανεμήθηκαν ποτέ στους μαθητές είτε χαρακτηρίζονταν από χαμηλή ποιότητα), αλλά πάντα οι κυβερνήσεις “έκαναν πίσω” όσον αφορά στην υποχρεωτικότητα του μαθήματος, συνήθως κάτω από την πίεση κύκλων της Εκκλησίας και πολύ συχνά των ίδιων των γονέων.

Έτσι, μπορούμε να πούμε ότι μέχρι στιγμής το θέμα της σεξουαλικής αγωγής προσεγγίζεται επιφανειακά με προαιρετικά προγράμματα αγωγής υγείας, εκτός σχολικού ωραρίου και με εθελοντική συμμετοχή των μαθητών. Προγράμματα σεξουαλικής αγωγής προσφέρονται επίσης από διάφορους φορείς όπως το Κέντρο Ελέγχου Λοιμωδών Νοσημάτων (ΚΕΕΛΠΝΟ, νυν ΕΟΔΥ), Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας ή το Κέντρο Ερευνών για την Ισότητα των Φύλων. Ωστόσο αυτές οι πρωτοβουλίες βασίζονται σε προσωρινή βάση που δεν ενσωματώνεται στο πρόγραμμα σπουδών και σίγουρα δεν μπορεί να καλύψει τις σοβαρές ανάγκες για τα θέματα αυτά. Επισημαίνεται επίσης ότι με τον τρόπο με τον οποίο διεξάγονται τα προγράμματα σεξουαλικής αγωγής υπάρχει μεγάλη πιθανότητα ότι ένας μεγάλος αριθμός από μαθητές μπορούν να περάσουν από την υποχρεωτική εκπαίδευση στην Ελλάδα χωρίς να λαμβάνουν, ούτε στο ελάχιστο, σεξουαλική διαπαιδαγώγηση. Είναι προφανές ότι σε αυτό το πλαίσιο η οικογένεια έχει τον κύριο ρόλο για τη μετάδοση των απαραίτητων γνώσεων στα παιδιά.

Ως επακόλουθο, παρατηρείται ένας μεγάλος αριθμός ανεπιθύμητων κυήσεων ειδικά σε νεαρές γυναίκες. Συγκεκριμένα, ανάμεσα σε 1,5 εκατομμύρια γυναικών (18-35 ετών) που βρίσκονται σε αναπαραγωγική ηλικία στην Ελλάδα, μόνο το 4% αυτών γνωρίζει πώς να προφυλάσσεται από μία ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. Τα στοιχεία σχετικά με την χρήση μεθόδων προφύλαξης, αλλά και την έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας είναι εξίσου ανησυχητικά. Σταδιακά, από το 2002 έως το 2018 το ποσοστό των εφήβων που αναφέρουν χρήση προφυλακτικού μειώνεται σημαντικά από 86,9% σε 75,6%, ενώ το 20,5% των έφηβων κοριτσιών και το 7,9% των έφηβων αγοριών απαντούν σχετικά με την πρώτη τους ολοκληρωμένη σεξουαλική επαφή είτε ότι δεν ήθελαν πραγματικά να συμβεί είτε ότι θα προτιμούσαν να έχει συμβεί αργότερα. Τα προαναφερόμενα ποσοστά έχουν απόλυτη συνάφεια με την πραγματικότητα, αν αναλογιστεί κανείς την παντελή έλλειψη ενημέρωσης αναφορικά με τη σεξουαλική αγωγή κατά τα πιο κρίσιμα έτη των ατόμων, δηλαδή στη σχολική ηλικία

Σχετικά δεδομένα από την Eurostat και το Αρεταιίο Νοσοκομείο οπτικοποιήθηκαν στο ακόλουθο διάγραμμα:



Εικόνα 12: Αμβλώσεις

στην Ελλάδα - Eurostat

Ταυτόχρονα, σημαντικό ζήτημα αποτελούν και οι σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις οι οποίες προκαλούνται από παθογόνους μικροοργανισμούς που μπορούν να αποκτηθούν και να μεταδοθούν μέσω της σεξουαλικής δραστηριότητας και εν μέρει μπορούν να προληφθούν με τα απαραίτητα μέτρα αντισύλληψης. Οι ΣΜΛ μεταδίδονται κυρίως μέσω σεξουαλικής επαφής, συμπεριλαμβανομένου των κολπικών, πρωκτικών και στοματικών σεξουαλικών πρακτικών, ενώ ορισμένα μπορούν να μεταδοθούν χωρίς τη μεσολάβηση ερωτικής επαφής δηλαδή μέσω του αίματος, προϊόντων αίματος ή ιατρικών

πράξεων. Πολλές ΣΜΛ συμπεριλαμβανομένων της σύφιλης, της ηπατίτιδας Β, του HIV, των χλαμυδίων, της γονόρροιας, του έρπητα και του HPV μπορούν επίσης να μεταδοθούν με κάθετη μετάδοση από τη μητέρα στο παιδί κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού. Η αύξηση των ποσοστών γεννήσεων στην εφηβεία, εκτρώσεων και ΣΜΛ συνήθως συνδέεται με ελλιπή ή ανεπαρκή σεξουαλική αγωγή. Τα τρέχοντα δεδομένα της ΕΕ συνάδουν με το ανωτέρω επιχείρημα, όπως φαίνεται από τα υψηλότερα ποσοστά γεννήσεων από έφηβες και εκτρώσεων στα κράτη μέλη της Ανατολικής Ευρώπης (WHO, 2018).

Το 2016, σύμφωνα με τα δεδομένα του WHO υπολογίστηκε ότι πάνω από 1 εκατομμύριο ΣΜΛ αποκτώνται καθημερινά και επιπλέον καταγράφηκαν 376 εκατομμύρια νέες λοιμώξεις που αφορούν ένα από τα κάτωθι τέσσερα ΣΜΛ: Τριχομονάδωση (156 εκατομμύρια), Χλαμυδίωση (127,2 εκατομμύρια), Γονόρροια (86,9 εκατομμύρια), Σύφιλη (6,3 εκατομμύρια). Επιπροσθέτως, πάνω από 500 εκατομμύρια άνθρωποι έχουν μολυνθεί από τον HSV και περίπου 300 εκατομμύρια γυναίκες έχουν μολυνθεί από τον HPV, την κύρια αιτία καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Υπολογίζεται ότι 240 εκατομμύρια άνθρωποι ζουν με χρόνια ηπατίτιδα Β παγκοσμίως. Ωστόσο, οι βλάβες που οφείλονται σε συγκεκριμένους γονότυπους του ιού HPV όσο και η ηπατίτιδα Β μπορούν να προληφθούν με τον εμβολιασμό (WHO, 2018).

Οι εκτεταμένες παγκοσμίως σε συχνότητα περιπτώσεις ΣΜΛ δύναται να έχουν σοβαρές επιπτώσεις τόσο στην υγεία όσο και στη ποιότητα ζωής παιδιών, εφήβων και ενηλίκων. Ειδικότερα, ορισμένες από αυτές αφορούν:

- ο Τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας - η μόλυνση από τον ιό των ανθρώπινου θηλώματος αποτέλεσε τον αιτιολογικό παράγοντα περίπου 530.000 περιπτώσεων καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και 264.000 θανάτων το 2012, ενώ το 2016 οι καταγεγραμμένες περιπτώσεις ανήλθαν σε 570.000 και 300.000 αντίστοιχα.

- ο Την κάθετη μετάδοση των ΣΜΛ από τη μητέρα στο έμβρυο η οποία δύναται να οδηγήσει σε αυξημένα ποσοστά θνησιγενών εμβρύων και θανάτους νεογνών, γέννηση πρόωρων και λιποβαρών νεογνών, εμφάνιση σήψης, πνευμονίας, επιπεφυκίτιδας και συγγενείς διαμαρτιών διάπλασης.
- ο Την υπογονιμότητα - οι σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις, όπως η γονόρροια και τα χλαμύδια, είναι σημαντικοί αιτιολογικοί παράγοντες στειρότητας παγκοσμίως.
- ο Τον αυξημένο κίνδυνο για HIV - η παρουσία σεξουαλικά μεταδιδόμενης λοίμωξης, όπως σύφιλης, γονόρροιας ή λοίμωξης από τον ιό του απλού έρπητα, αυξάνει δύο έως τρεις φορές τον κίνδυνο απόκτησης ή μετάδοσης λοίμωξης HIV.
- ο Την υποβάθμιση της ποιότητας ζωής των προσβεβλημένων ατόμων ως αποτέλεσμα σωματικών, ψυχολογικών και κοινωνικών επιπτώσεων από τις ΣΜΛ. Στον παρακάτω πίνακα συνοψίζονται τα παθογόνα και οι λοιμώξεις που μεταδίδονται με τη σεξουαλική επαφή (WHO, 2018).

Πίνακας. Σεξουαλικά μεταδιδόμενοι παθογόνοι μικροοργανισμοί και οι αντίστοιχες λοιμώξεις που προκαλούν.

Παθογόνος μικροοργανισμός	Λοίμωξη - σύνδρομο
ΒΑΚΤΗΡΙΑ	
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Γονόρροια (γονοκοκκικές λοιμώξεις του ουρο-γεννητικού συστήματος), φαρυγγίτιδα, επιπεφυκίτιδα, περιηπατίτιδα, βαρθολινίτιδα, διάσπαρτη γονοκοκκική λοίμωξη, πρόωρη ρήξη του αμνιακού σάκου, πρόωρος τοκετός, σύνδρομο λοίμωξης του αμνιακού υγρού.
<i>Chlamydia trachomatis</i>	Χλαμυδιακές λοιμώξεις του ουρο-γεννητικού συστήματος, φαρυγγίτιδα, επιπεφυκίτιδα, περιηπατίτιδα, χοριοαμνιονίτιδα, πρόωρος τοκετός, μέση ωτίτιδα, ρινίτιδα και πνευμονία στα νεογνά, σύνδρομο Reiter, Αφροδίσιο Λεμφοκοκκίωμα (LGV) ορότυποι L1, L2, L3.
<i>Mycoplasma hominis</i>	Επιλόχειος πυρετός, σαλπινγίτιδα.
<i>Ureoplasma urealinitum</i>	Μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα.
<i>Mycoplasma genitalium</i>	Μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα σε συνδυασμό με άλλα παθογόνα.
<i>Treponema pallidum</i>	Σύφιλη.
<i>Gardnerella vaginalis</i>	Κολπίτιδα (σε συνδυασμό με άλλα παθογόνα ή κολπικά ανασερόβια μικρόβια).
<i>Mobiluncus curtisii</i>	Κολπίτιδα.
<i>Mobiluncus mulieris</i>	Κολπίτιδα.
<i>Haemophilus ducreyi</i>	Μαλακό έλκος.
<i>Calymatobacterium granulomatis</i>	Βουβωνικό κοκκίωμα (Donovanosis).
<i>Shigella spp</i>	Σιγκέλλωση σε άντρες που κάνουν σεξ με άντρες (MSM – men having sex with men).
<i>Campylobacter spp</i>	Εντερίτιδα και πρωκτοκολίτιδα σε MSM.
<i>Helicobacter cinaedi</i>	Πρωκτοκολίτιδα, δερματίτιδα, βακτηριαμία στο AIDS.
<i>Helicobacter fennelliae</i>	Πρωκτοκολίτιδα, δερματίτιδα, βακτηριαμία στο AIDS.
<i>Salmonella spp</i>	Εντερίτιδα, πρωκτοκολίτιδα, πρωκτίτιδα στο AIDS.
ΙΟΙ	
Human Immunodeficiency Virus (HIV) τύποι 1,2 και υπότυπος 0	HIV λοίμωξη, AIDS.
Herpes Simplex Virus (HSV) 1,2	Πρωτολοίμωξη και υποτροπιάζων έρπης των γεννητικών οργάνων, μηνιγγίτιδα, νεογνικός έρπης.
Human Papilloma Virus (HPV)	Οξυτενή κονδυλώματα, θηλώματα του λάρυγγα, ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία και καρκίνος του τραχήλου (μήτρας), κόλπου, αιδοίου, πρωκτού, πέους.
Hepatitis A Virus (HAV)	Οξεία ηπατίτιδα Α.
Hepatitis B Virus (HBV)	Οξεία και χρόνια ηπατίτιδα Β, ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα, οξεία πολυαρθρίτιδα, χρόνια μεμβρανώδης σπειραματονεφρίτιδα, μικτή κρουσφαιριναιμία, ρευματική πολυμυαλγία.
Hepatitis C Virus (HCV)	Οξεία και χρόνια ηπατίτιδα C, ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα, μικτή κρουσφαιριναιμία, χρόνια σπειραματονεφρίτιδα.
Cytomegalovirus (CMV)	Λοιμώδης μονοπυρήνωση, συγγενής CMV λοίμωξη με μεγάλη περιγεννητική θνητότητα και σοβαρές βλάβες του νεογνού π.χ. πνευματική καθυστέρηση, κώφωση, ποικίλες βαριές εκδηλώσεις σε ανοσοκατασταλμένους ασθενείς.
Molluscum Contagiosum Virus (MCV)	Μολυσματική τέρμινθος των γεννητικών οργάνων.
Human T-cell Lymphotropic Virus (HTLV) τύποι I και II	Λευχαιμία T-κυττάρων, λέμφωμα, τροπική σπαστική πάρεση.
Human Herpes Virus (HHV) τύπος 8	Σάρκωμα Kaposi, λέμφωμα, πολλαπλούν μύλωμα, νόσος του Castleman.
ΠΡΩΤΟΖΩΑ	
<i>Trichomonas vaginalis</i>	Κολπική τριχομονάδωση, μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα.
<i>Entamoeba histolytica</i>	Αμοιβάδωση σε MSM.
<i>Giardia lamblia</i>	Λαμβίαση σε MSM.
ΜΥΚΗΤΕΣ	
<i>Candida albicans</i>	Αιδοιοκολπίτιδα, βαλανίτιδα.
ΠΑΡΑΣΙΤΑ	
<i>Phthirus pubis</i>	Φθειρίωση του εφηβαίου.
<i>Sarcoptes scabiei</i>	Ψώρα.

Προσαρμογή από «Holmes et al: Sexually Transmitted Diseases. Third edition McGraw-Hill».
Απόδοση : Μαρία Χατζηβασιλείου – Πανπό, Φίλιππος Κουκουριτάκης.

Εικόνα 13: Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Παθογόνα και Λοιμώξεις

Κύριες πηγές πληροφόρησης σχετικά με την αντισύλληψη και τη σεξουαλική ζωή

Σύμφωνα με μία ελληνική μελέτη της προηγούμενης δεκαετίας, οι περισσότερες γυναίκες στις ηλικιακές ομάδες 25–34 και 35–45 ετών ανέφεραν το/τη γυναικολόγο τους ως την κύρια πηγή πληροφοριών σχετικά με την αντισύλληψη. Ακόμη, η τηλεόραση και το ραδιόφωνο παρακολουθούνταν στενά σε ό,τι αφορά πληροφορίες για τη σεξουαλική ζωή και την αντισύλληψη από τους συμμετέχοντες της μελέτης, σε συνδυασμό με εφημερίδες/περιοδικά και συζητήσεις με φίλους. Δυστυχώς, το δείγμα εφήβων γυναικών ηλικίας 16–18 ετών που συμμετείχε στην έρευνα ανέφερε τον γυναικολόγο ως πηγή πληροφοριών τους μόλις κατά 22,8%. Η ενημέρωση και συμβουλευτική από τη μητέρα στο πλαίσιο της οικογένειας σημειώνει σημαντικά ποσοστά, ιδιαίτερα στις ηλικίες κάτω των 24 ετών (Fakinos, 2010).

Από την άλλη πλευρά, άνδρες όλων των ηλικιών ανέφεραν ότι ενημερώνονται κυρίως μέσω τηλεόρασης/ραδιοφώνου, από φίλους τους και εφημερίδες/περιοδικά. Στην ηλικιακή ομάδα 16–24 ετών, η μητέρα, καθώς και ο πατέρας, αναφέρθηκε από άντρες ότι συνέβαλαν στην παροχή πληροφοριών για την αντισύλληψη. Ακόμη, ένα σημαντικό ποσοστό γυναικών και ανδρών ανέφεραν ότι ενημερώθηκαν από τους σεξουαλικούς τους συντρόφους. Την ίδια στιγμή, οι πληροφορίες που αποκτήθηκαν από το σχολείο ή το πανεπιστήμιο αναφέρθηκαν ως αμελητέες τόσο από άνδρες όσο και από γυναίκες (Kiranaetal., 2007; Fakinos, 2010).

Χαρακτηριστικά μιας ιδανικής πηγής πληροφοριών

Σύμφωνα με την ίδια έρευνα, με μεγάλη συμφωνία στις απαντήσεις, τα χαρακτηριστικά μιας ιδανικής πηγής πληροφοριών για την αντισύλληψη είναι τα εξής (Kiranaetal., 2007):

- Αξιοπιστία και εγκυρότητα
- Εύρος πληροφοριών για όλες τις μεθόδους αντισύλληψης
- Δωρεάν
- Συμπεριληπτικότητα, χωρίς επικριτικό τόνο

- Απλότητα στη διατύπωση
- Ευκολία στην πρόσβαση

Ο ρόλος του γυναικολόγου ως πηγή πληροφοριών

Ο ρόλος του γυναικολόγου διερευνήθηκε περαιτέρω για να αποσαφηνιστεί η βαρύτητά του ως προς την πρόληψη και την παροχή έγκυρων πληροφοριών για την αντισύλληψη. Η μεγάλη πλειοψηφία των γυναικών (98%) άνω των 25 ετών είχε επισκεφτεί γυναικολόγο τουλάχιστον μια φορά στη ζωή τους. Ωστόσο, σημειώνεται ότι το 25% των νέων γυναικών (ηλικίας 19–24 ετών) και το 30,6% των εφήβων (ηλικίες 16–18 ετών) δεν έχουν ποτέ επισκεφθεί γυναικολόγο. Σχετικά με τους λόγους της επίσκεψης, το 70% των επισκέψεων ήταν για εξέταση ρουτίνας (τεστ ΠΑΠ, εξέταση μαστού κ.λπ.), 60% λόγω εγκυμοσύνης, 50% λόγω γυναικολογικών διαταραχών, 20% λόγω ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και μόνο το 20% αποκλειστικά για συμβουλευτική σχετικά με την αντισύλληψη και τη σεξουαλική δραστηριότητα. Την ίδια στιγμή, το 80% των γυναικών αυτής της τελευταίας κατηγορίας, που αναφέρουν ότι είχαν επισκεφθεί τον γυναικολόγο για συμβουλευτική γύρω από την αντισύλληψη, είχε βιώσει μία τουλάχιστον ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη που είχε διακοπεί. Τέλος, προληπτική συμβουλευτική από γυναικολόγους ασκείται μόνο από το 4% των γυναικών.

Παρακάτω συνοψίζονται τα στοιχεία σχετικά με τις πηγές πληροφόρησης σε γυναίκες και άντρες:

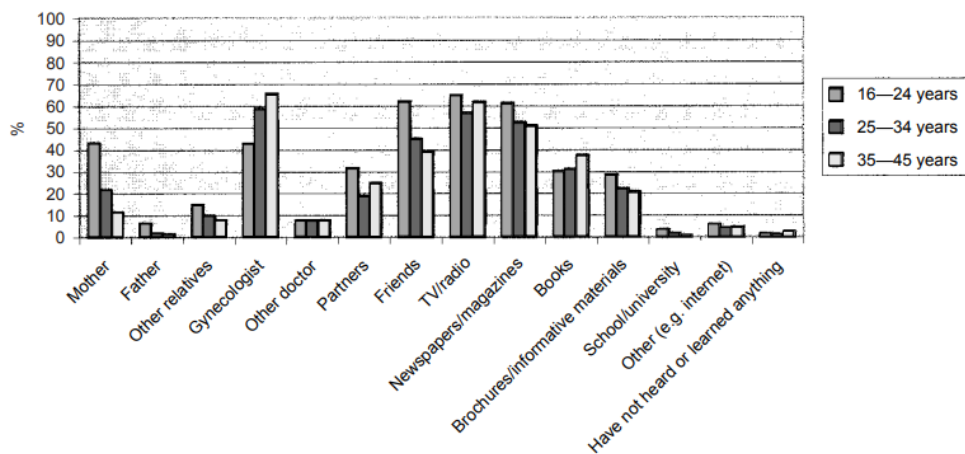


Figure 1 Sources of information about contraception for women by age group (n = 797)

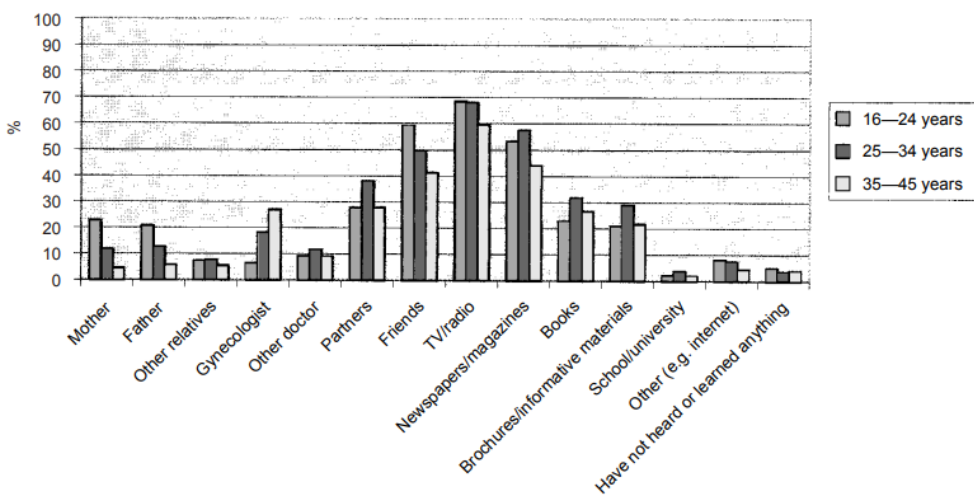


Figure 2 Sources of information about contraception for men by age group (n = 703)

Εικόνα 14: Πηγές πληροφόρησης για την Αντισύλληψη ανά ηλικία και φύλο

Αξιόπαινες και ενθαρρυντικές πρωτοβουλίες στην Ελλάδα

Το Τμήμα Οικογενειακού Προγραμματισμού της Β' Μαιευτικής & Γυναικολογικής Κλινικής Αρεταίειου Νοσοκομείου σε σύμπραξη με την Ελληνική Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού, Αντισύλληψης & Αναπαραγωγικής Υγείας προσφέρουν υπηρεσίες σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης, προστασίας των σεξουαλικών δικαιωμάτων, αλλά



και της σεξουαλικής υγείας. Στηρίζουν έμπρακτα τη στάση ότι ο Οικογενειακός Προγραμματισμός αποτελεί τρόπο ζωής και σκέψης, που τον υιοθετούν θεληματικά άτομα και ζευγάρια, και βασίζεται σε γνώσεις, απόψεις και υπεύθυνες αποφάσεις, για την προαγωγή και προάσπιση της σεξουαλικής, αναπαραγωγικής υγείας και γονιμότητας.

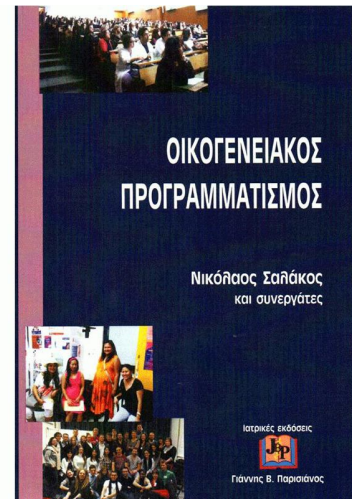
Με το Πρόγραμμα Αγωγής Υγείας σε μαθητές, καθηγητές και στους συλλόγους γονέων και κηδεμόνων της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης στην Αττική και την Επαρχία, παρέχουν πολύτιμες πληροφορίες στους νέους, πάνω σε θέματα όπως: Ανατομία – Φυσιολογία του Αναπαραγωγικού Συστήματος, Αντισύλληψη, Ανεπιθύμητες Κυήσεις, Σεξουαλικά Μεταδιδόμενες Λοιμώξεις, Εμβολιασμός έναντι του HPV και Αγωγή Υγείας.

Επίσης, συμμετέχει στην προαγωγή της έγκυρης πληροφόρησης, ενημέρωσης και μετεκπαίδευσης μέσω συνεδρίων, ημερίδων, φυλλαδίων, ασύγχρονου υλικού και ομιλιών. Να σημειωθεί φυσικά ότι δέχεται σταθερά επισκέψεις για θέματα που άπτονται του πεδίου του Οικογενειακού Προγραμματισμού, στηρίζοντας τους σκοπούς και το όραμα της εμπειριστατωμένης σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης.

Μερικά **λαμπρά παραδείγματα** πρωτοβουλιών και δράσεων εκ μέρους της Ελληνικής Εταιρείας Οικογενειακού Προγραμματισμού, Αντισύλληψης & Αναπαραγωγικής Υγείας αποτελούν:

- Ενημέρωση σε θέματα Αγωγής Υγείας - Σεξουαλικής Διαπαιδαγώγησης - HPV Εμβολιασμός στα Εκπαιδευτήρια Αυγουλέα - Λιναρδάτου. Σχολικό έτος 2014 - 2015.
- 7ο Πανελλήνιο Συνέδριο Οικογενειακού Προγραμματισμού & 2ο Μαθητικό Συνέδριο, με θέμα: «Η Ολιστική Θεώρηση του Οικογενειακού Προγραμματισμού στη Σύγχρονη Κοινωνία»

- Διημερίδα της Ελληνικής Εταιρείας Οικογενειακού Προγραμματισμού, Αντισύλληψης & Αναπαραγωγικής Υγείας με θέμα: Αγωγή Υγείας - Οικογενειακός Προγραμματισμός στο Δήμο Ιστιαίας - Αιδηψού.
- Συγγραφή Βιβλίου για τον Οικογενειακό Προγραμματισμό από τον Πρόεδρο της Ελληνικής Εταιρείας Οικογενειακού Προγραμματισμού, Αντισύλληψης & Αναπαραγωγικής Υγείας και την ομάδα του.
- Ενημέρωση για "Μητρικό Θηλασμό" από το Τμήμα Οικογενειακού Προγραμματισμού της Β' Μαιευτικής & Γυναικολογικής Κλινικής ΕΚΠΑ & Ελληνική Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού, Αντισύλληψης & Αναπαραγωγικής Υγείας.
- Συνέντευξη τύπου, ομιλία προς το κοινό, δωρεάν εξέταση κατά Παπανικολάου, γυναικολογική εξέταση και εξέταση μαστού σε άπορες και ανασφάλιστες γυναίκες με την ευκαιρία της Παγκόσμιας Ημέρας Αντισύλληψης [26 Σεπτεμβρίου 2014]. Στα Εξωτερικά Γυναικολογικά Ιατρεία της Κλινικής προσήλθαν 150 γυναίκες οι οποίες εξετάσθηκαν δωρεάν. Παρουσιάστηκαν οδηγίες που διασφαλίζουν την υγεία των γυναικών και πρωτοβουλίες που βοηθούν τις γυναίκες να απολαμβάνουν τις υπηρεσίες υγείας με χαμηλό κόστος, ένα από τα ζητούμενα της εποχής μας. Οι επισκέψεις στα εξωτερικά γυναικολογικά ιατρεία, οι εμβολιασμοί, ο προγεννητικός έλεγχος, η ενίσχυση του μητρικού θηλασμού, καθώς και η αντισύλληψη είναι μερικά από τα θέματα για τα οποία κάθε γυναίκα, αλλά και συνολικά η κάθε οικογένεια, θα πρέπει να ενημερωθεί.



Ιδιαίτερα η τελευταία πρωτοβουλία από τις παραπάνω είναι ένα μέρος της ευρύτερης προσπάθειας για την προστασία της υγείας της γυναίκας και απευθύνεται στις γυναίκες και τις οικογένειές τους, αλλά και στα παιδιά μας, τα οποία από νωρίς πρέπει να γνωρίζουν θέματα αγωγής υγείας και διαφυλικών σχέσεων. Από τους ειδικούς απαντήθηκαν με απλό τρόπο ερωτήματα όπως:

- Η οικονομική κρίση και η υγεία της γυναίκας –μητέρας
- Πόσο συχνά μια γυναίκα πρέπει να επισκέπτεται τον γυναικολόγο της;
- Μέθοδοι αντισύλληψης και παροχή συμβουλών αντισύλληψης. Κοινοί μύθοι και αλήθειες για την αντισύλληψη.
- Υπάρχουν προληπτικές εξετάσεις για αποκλεισμό σοβαρών θεμάτων υγείας του εμβρύου στην εγκυμοσύνη;
- Συμβουλευτική σε έφηβες και γυναίκες για σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις.
- Υποστήριξη μητρικού θηλασμού και παροχή συμβουλών.
- Ενδοοικογενειακή βία: συμβουλευτική και παραπομπή.

Η 26η Σεπτεμβρίου έχει καθιερωθεί ως Παγκόσμια Ημέρα Αντισύλληψης από το Σεπτέμβριο του 2007 με πρωτοβουλία του ΟΗΕ, με στόχο να ενημερωθούν οι γυναίκες για τις διαθέσιμες μεθόδους αντισύλληψης.

Στο πλαίσιο της ενημέρωσης, ευαισθητοποίησης και σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης, το Τμήμα Οικογενειακού Προγραμματισμού της Β΄Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, στοχεύει στη σωστή πληροφόρηση της κοινωνίας για τις αντισυλληπτικές μεθόδους μέσα από μια μεγάλη προσπάθεια επισκέπτοντας περίπου 100 σχολεία το χρόνο στην Αττική, νησιά και στην επαρχία. Επίσης οργανώνονται ενημερωτικές εκδηλώσεις (ημερίδες, σεμινάρια και

συνέδρια) για τους επαγγελματίες υγείας, φοιτητές, εκπαιδευτικούς, γονείς και κηδεμόνες, αλλά και στο ευρύτερο κοινό.

Ταυτόχρονα, η Ελληνική Εταιρεία Εφηβικής Ιατρικής (Ε.Ε.Ε.Ι) απευθυνόμενη σε παιδιά και εφήβους, έχει καταρτίσει το καινοτόμο πρόγραμμα «Μαθαίνω για το Σώμα μου», με κοινό τους μαθητές όλων των τάξεων του Δημοτικού και του Γυμνασίου, αποσκοπώντας στην ενημέρωση σχετικά με το σώμα, τους κινδύνους που ελλοχεύουν, καθώς και τη σημασία της προστασίας του από αυτούς.

Το υλικό και οι δραστηριότητες που περιλαμβάνονται στο «Τετράδιο Μαθητή» βασίζονται στις αρχές της Κοινωνικής και Συναισθηματικής Μάθησης (Social & Emotional Learning), στοχεύοντας στην απόκτηση Δεξιοτήτων Ζωής (Life Skills).



Τέλος, η Ελληνική Εταιρεία Παιδικής και Εφηβικής Γυναικολογίας, αποτελεί άλλο ένα παράδειγμα επικέντρωσης του ενδιαφέροντος στη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση και την προαγωγή της αναπαραγωγικής υγείας, έχοντας ως σκοπό την εκπαίδευση των νέων γιατρών στη σωστή διάγνωση και αντιμετώπιση προβλημάτων της παιδικής και εφηβικής ηλικίας, καθώς επίσης και ενημέρωση του κοινού πάνω σε ζητήματα όπως η σεξουαλική υγεία, η προφύλαξη από σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις, η σωστή αντισύλληψη για



αποφυγή ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και η μείωση των εκτρώσεων. Προς αυτή την κατεύθυνση επικεντρώνει τις προσπάθειές της ώστε να συντονίσει ερευνητικά εγχειρήματα που αφορούν το αντικείμενο της παιδικής και εφηβικής Γυναικολογίας.

Επιθυμεί να χρησιμοποιήσει όλες τις δυνατότητες που προσφέρουν τα social media για να βελτιώσουν την επικοινωνία και την ανταλλαγή γνώσεων τόσο ανάμεσα σε επαγγελματίες υγείας όσο και για να προωθήσει την σωστή και επαρκή ενημέρωση των νέων κοριτσιών πάνω σε ζητήματα που τους αφορούν όπως ασφαλείς σεξουαλικές πρακτικές, αντισύλληψη και αναπαραγωγική υγεία.

Για αυτό το σκοπό Η Ελληνική Εταιρεία Παιδικής & Εφηβικής Γυναικολογίας συνεργάζεται στενά με τον αντίστοιχο Ευρωπαϊκό EURAPAG και παγκόσμιο οργανισμό FIGIJ πάνω στο αντικείμενο ώστε να καθοριστεί ένα μοντέρνο και σύγχρονο πρόγραμμα εκπαίδευσης των νέων ιατρών, να εγκαθιδρυθούν κέντρα αναφοράς παιδικής και εφηβικής Γυναικολογίας τόσο σε δημόσια όσο και σε ιδιωτικά νοσοκομεία που θα μπορούν να παρέχουν υψηλής ποιότητας υπηρεσίες σε όλα τα νέα άτομα κατά τη διάρκεια της παιδικής και εφηβικής ζωής.

Ποιος είναι ο ρόλος των φοιτητών Ιατρικής και των επαγγελματιών υγείας;

Οι φοιτητές Ιατρικής έχουν αρκετά γνωστικά εφόδια και άμεση πρόσβαση στην επιστημονική γνώση πάνω σε διάφορες από τις θεματικές που εντάσσονται στην Σεξουαλική Διαπαιδαγώγηση. Συνεπώς, είναι ρόλος τους να εντοπίσουν την ανάγκη, να ευαισθητοποιηθούν και να δραστηριοποιηθούν.

Αφενός, σε πρώτο στάδιο, οφείλουν να εκπαιδευτούν οι ίδιοι πάνω στις θεματικές της σεξουαλικής αγωγής ώστε να μπορούν να ανταπεξέλθουν σε ερωτήσεις που θα αφορούν την σεξουαλική υγεία των μελλοντικών

ασθενών τους. Συχνά, μάλιστα, πολλές από τις απορίες των ασθενών αντανακλούν την έλλειψη ολιστικής σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης τους και απαιτούν την αντίστοιχη γνώση από τον επαγγελματία υγείας για να επιλυθούν. Αφετέρου, στον ρόλο τους εναπόκειται και η δραστηριοποίηση στον τομέα της πρόληψης μέσω της διενέργειας ή υποστήριξης προγραμμάτων Σεξουαλικής Διαπαιδαγώγησης Νέων. Παράλληλα, οι φοιτητές Ιατρικής οφείλουν να προάγουν την ασφαλή σεξουαλική συμπεριφορά και την εκπαίδευση του κοινού σε ζητήματα σεξουαλικής υγείας.

Συμπεραίνεται, λοιπόν, ότι η έλλειψη εμπειριστατωμένης σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης που παρατηρείται στην Ελλάδα αφορά άμεσα τους Φοιτητές Ιατρικής και τους Επαγγελματίες Υγείας, γεγονός που καθίσταται ακόμη πιο φανερό αν αναλογιστεί κανείς τις πιθανές επιπτώσεις της τόσο στη σωματική όσο και τη συναισθηματική υγεία νεαρών, και όχι μόνο, ατόμων και κατ' επέκταση στη δημόσια υγεία.

ΜΕΡΟΣ Β: Μέθοδοι Αντισύλληψης

Όπως έγινε κατανοητό από το πρώτο μέρος της παρούσας εργασίας ο οικογενειακός προγραμματισμός και η αντισύλληψη αποτελούν κατοχυρωμένο δικαίωμα κάθε μέλους μιας σύγχρονης κοινωνίας και ταυτόχρονα ζήτημα κοινωνικής και υγειονομικής πολιτικής. Στον 21^ο αιώνα η εξέλιξη της τεχνογνωσίας και της τεχνολογίας έχουν οδηγήσει στην ύπαρξη πληθώρας αντισυλληπτικών συσκευών και σκευασμάτων.

Το ιδανικό αντισυλληπτικό μέσο θα πρέπει να φέρει τα εξής χαρακτηριστικά:

- να επιτρέπει φυσιολογική γενετήσια επαφή αλλά να παρεμποδίζει την σύλληψη.
- να μην έχει δυσμενή επίδραση στη σωματική ή ψυχική υγεία του ζεύγους.
- η δράση του στην ικανότητα συλλήψεως να μην είναι μόνιμη, αλλά αναστρέψιμη.
- να έχει χαμηλό κόστος και
- να είναι απλό και εύχρηστο από το ευρύ κοινό.

Η επιλογή του μέσου αντισύλληψης αποτελεί προσωπική επιλογή κάθε ατόμου / ζευγαριού και συνεπώς κάθε άτομο που θέλει να ελέγξει τη γονιμότητά του θα πρέπει να ενημερώνεται λεπτομερώς για όλες τις επιλογές του, τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα αυτών. Στα δύο επόμενα κεφάλαια θα παρουσιαστούν οι μέθοδοι αντισύλληψης που χρησιμοποιούνται σήμερα. Η παρουσίαση αυτών θα γίνει με βάση την κατάταξή τους σύμφωνα με την αποτελεσματικότητά τους και θα γίνει αναφορά στη φύση και το μηχανισμό δράσης κάθε μεθόδου, την εφαρμογή, τις ενδείξεις και αντενδείξεις χρήσης καθώς και πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες από τη χρήση τους. Στον παρακάτω πίνακα φαίνονται οι διάφορες μέθοδοι που θα αναλυθούν ανά κατηγορία και το ποσοστό αποτυχίας τους στην προσπάθεια για αποφυγή τεκνοποίησης ανά 100 (άριστες) χρήσεις στο γενικό πληθυσμό (Σαρρή, 2018).

ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ	ΑΠΟΤΥΧΙΑ (%)
Εξαιρετικά αποτελεσματικές μέθοδοι αντισύλληψης	
Υποδόριο εμφύτευμα	0,05
Αντρική στείρωση	0,15
Ενδομήτριο σπείραμα λεβονοργεστρέλης	0,2
Γυναικεία στείρωση	0,5
Ενδομήτριο σπείραμα χαλκού	0,8
Πολύ αποτελεσματικές μέθοδοι αντισύλληψης	
Ενέσιμη προγεστερόνη	6
Αντισυλληπτικά δισκία	9
Αντισυλληπτικό επίθεμα	9
Κολπικός δακτύλιος	9
Αποτελεσματικές μέθοδοι αντισύλληψης	
Κολπικό διάφραγμα	12
Προφυλακτικό	18
Διακεκομμένη συνουσία	22
Αποφυγή των γόνιμων ημερών	24
Ελάχιστα αποτελεσματικές μέθοδοι αντισύλληψης	
Σπερματοκτόνα	28

Κεφάλαιο 2^ο: Πρώτης γραμμής αντισύλληψη ή Εξαιρετικά αποτελεσματική αντισύλληψη

Ως πρώτης γραμμής αντισύλληψη ή εξαιρετικά αποτελεσματική ορίζονται οι μέθοδοι αντισύλληψης των οποίων τα ποσοστά αποτυχίας περιορίζονται σε <1%. Στην κατηγορία αυτή που αναλύεται στο παρόν κεφάλαιο περιλαμβάνονται οι ενδομήτριες συσκευές (σπείραμα χαλκού & λεβονογεστρέλης αντίστοιχα), τα εμφυτεύματα με προγεσταγόνο και τέλος οι επεμβάσεις ανδρικής και γυναικείας στέρωσης. Αξίζει να σημειωθεί ότι το σύνολο αυτών των επεμβατικών αντισυλληπτικών μεθόδων πραγματοποιούνται από εξειδικευμένο επαγγελματία (γυναικολόγο-μαιευτήρα) και συνεπώς δεν ενέχουν το μειονέκτημα της μη συμμόρφωσης ή μη ορθής χρήσης από τον ασθενή.

2.1.α) Ενδομήτριο σπείραμα (IUD) χαλκού

Σουρμπής Βασίλειος, Σακκούλης Γεώργιος, Ροδή Κωνσταντίνα

Ορισμός & Μηχανισμός Αντισυλληπτικής Δράσης



Το ενδομήτριο σπείραμα χαλκού είναι μια συσκευή σχήματος 'T', μήκους 2-4 εκατοστών, κατασκευασμένη από πλαστικό και επενδυμένη με χαλκό. Στον κάθετο άξονα περιελίσσεται καλώδιο χαλκού ενώ στους 2 βραχίονες είναι τοποθετημένα 2 περιβραχιόνια χαλκού.

Πριν την τοποθέτηση του ενδομήτριου σπειράματος διενεργείται γενική γυναικολογική εξέταση με

έμφαση στην πύελο καθώς και έλεγχος για πιθανή κύηση και

σεξουαλικά μεταδιδόμενη ή άλλη λοίμωξη. Η τοποθέτηση της συσκευής γίνεται διακολλικά οποιαδήποτε ημέρα του κύκλου αλλά προτιμώνται οι τελευταίες ημέρες της εμμηνου ρύσεως, οπότε και το τραχηλικό στόμιο είναι μαλακό και ανοικτό ώστε να μην προκληθεί ιδιαίτερη ενόχληση στη γυναίκα. Σε περίπτωση λοχείας συνιστάται η τοποθέτηση μετά το πέρας 8 εβδομάδων.

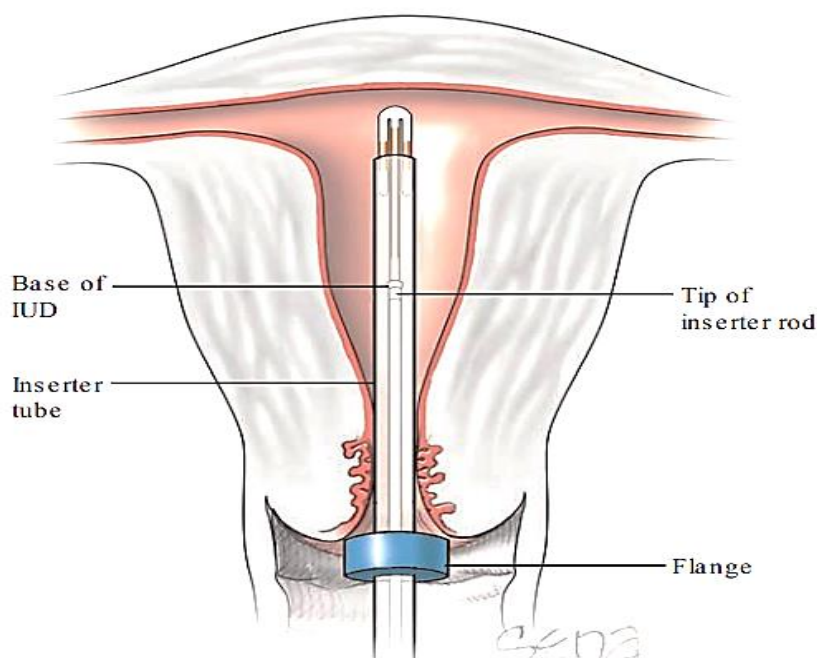
Στην αρχή της διαδικασίας εισαγωγής, εφαρμόζεται αντισηψία και χρησιμοποιείται ο κολποδιαστολέας για να υπάρξει καλύτερη πρόσβαση στη μήτρα. Ο ιατρός ελέγχει το μέγεθος και τη θέση της μήτρας με το μητροσκόπιο και στη συνέχεια εισάγει το σπείραμα. Το σπείραμα τοποθετείται στο σωλήνα εισαγωγής του όχι περισσότερο από 5 λεπτά πριν την εισαγωγή του στη μήτρα της γυναίκας. Μια μπλε πλαστική φλάντζα τοποθετείται στο εξωτερικό του σωλήνα εισαγωγής και προσαρμόζεται στο επίπεδο που χρειάζεται με βάση το βάθος της μήτρας που έχει μετρήσει ο ιατρός κατά την κλινική εκτίμηση. Οι βραχίονες του IUD θα πρέπει να βρίσκονται στο ίδιο επίπεδο με το επίπεδο τμήμα της μπλε φλάντζας. Α. Ο σωλήνας εισαγωγής, με φορτωμένο το IUD, διοχετεύεται στην ενδομήτρια κοιλότητα. Όταν η μπλε φλάντζα εφάπτεται του τραχήλου της μήτρας, η εισαγωγή σταματά. Για να απελευθερωθούν οι βραχίονες του IUD και να πάρει το τελικό του σχήμα «T», η συμπαγής λευκή ράβδος μέσα στο σωλήνα εισαγωγής διατηρείται σταθερή ενώ ο σωλήνας εισαγωγής αποσύρεται πίσω κατά 1 εκατοστό το μέγιστο. Στη συνέχεια, ο σωλήνας εισαγωγής μετακινείται προσεκτικά προς τα πάνω προς την κορυφή της μήτρας μέχρι να γίνει αισθητή ελαφρά αντίσταση. Τέλος, αφαιρείται χωριστά η συμπαγής λευκή ράβδος και μετά ο σωλήνας εισαγωγής. Μόλις ολοκληρωθεί η διαδικασία μόνο τα νήματα φαίνονται να προεξέχουν

από τον τράχηλο της μήτρας. Τα νήματα αυτά θα κοπούν έτσι ώστε μόλις 3-4 εκατοστά να φέρονται στον κόλπο. Κατά την τοποθέτηση, η ασθενής μπορεί να νιώσει μια ήπια δυσφορία από τη μήτρα που συσπάται αντανακλαστικά. Συνήθως χορηγείται κάποιο ήπιο αναλγητικό φάρμακο

για την αντιμετώπισή της. Εάν υπάρχει αμφιβολία περιττής σωστής τοποθέτηση του IUD, τότε η τοποθέτηση μπορεί να ελεγχθεί με υπερηχογράφημα. Εάν στον έλεγχο φανεί ότι το IUD δεν είναι ορθά τοποθετημένο τότε η συσκευή αφαιρείται και αντικαθίσταται με μία νέα. Δεν επιτρέπεται η επανατοποθέτηση της ίδιας συσκευής. Η διαδικασία εισαγωγής του σπειράματος φαίνεται στις *Εικόνες 15-18*.

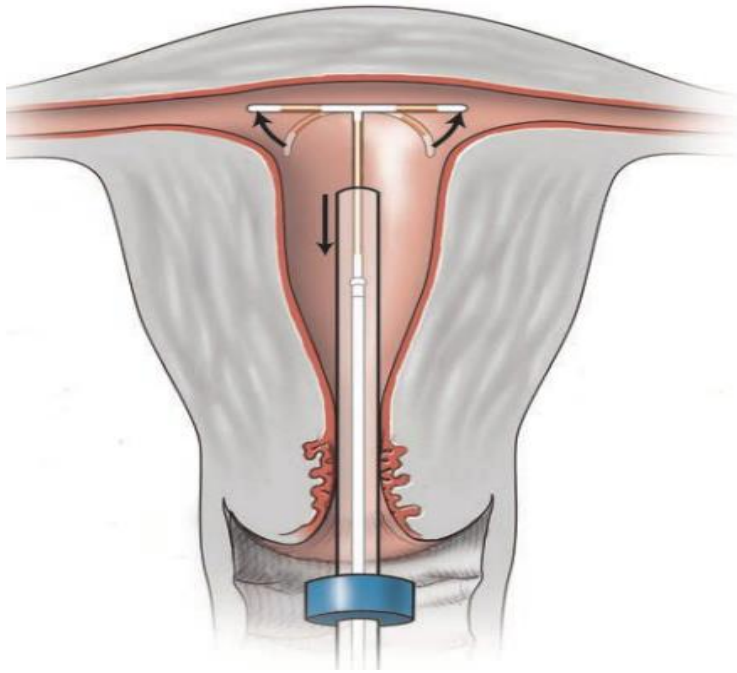
Ο χαλκός του σπειράματος παρουσιάζει ποικιλία αντισυλληπτικών δράσεων. Πρώτον, αδρανοποιεί τα ακροσωμιακά ένζυμα των σπερματοζωαρίων και με αυτόν τον τρόπο μειώνει την κινητικότητά τους. Δεύτερον, προκαλεί άσηπτη φλεγμονή, η οποία διαταράσσει τόσο το ενδομήτριο, αποτρέποντας έτσι την εμφύτευση, όσο και το τραχηλικό βλεννογόνο, ώστε να μην είναι εφικτή η διαπερατότητα του τραχήλου από το σπέρμα. Τέλος, προκαλεί σύσπαση των σαλπίνγων, με αποτέλεσμα τη μη φυσιολογική προετοιμασία των ωαρίων για τη γονιμοποίηση (Hoffman et al, 2016; Λουτράδης και συν, 2017).

Σχηματική Τοποθέτηση της συσκευής

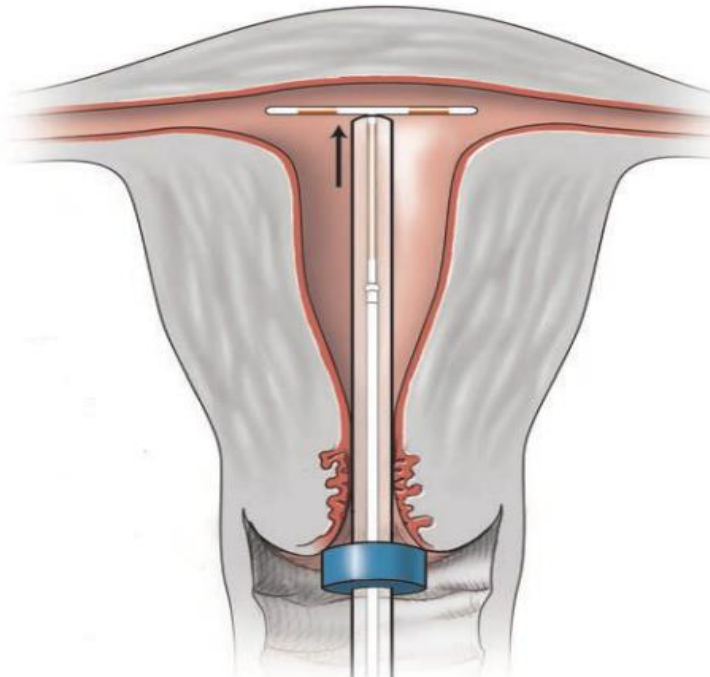


Εικόνα 15:

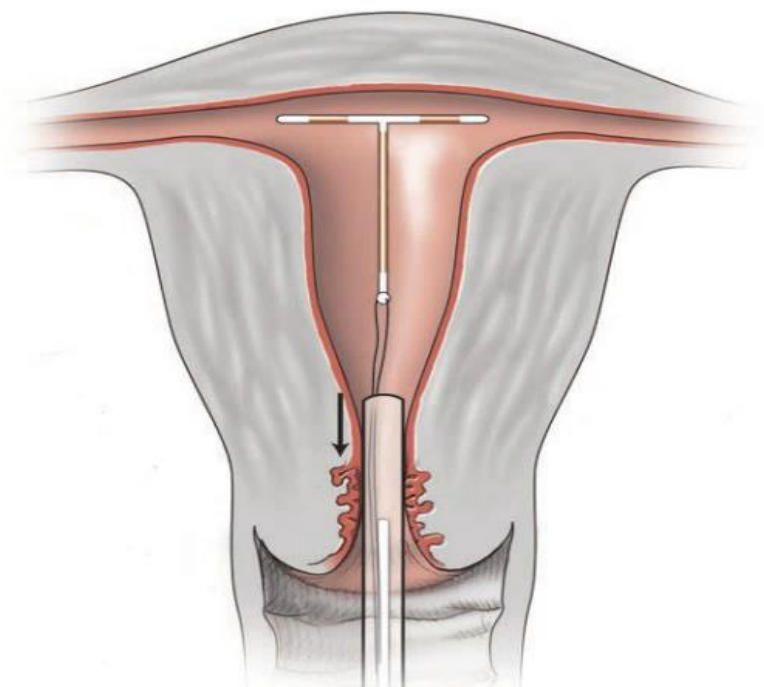
Εισαγωγή του IUD στην ενδομήτρια κοιλότητα



Εικόνα 16: Οι βραχίονες
ανήκουν και το σπείραμα λαμβάνει το σχήμα «Τ»



Εικόνα 17:
Σταθεροποίηση του σπειράματος



Εικόνα 18:

Αφαίρεση του σωλήνα εισαγωγής – Παραμονή των νημάτων

Αντενδείξεις

Το ενδομήτριο σπείραμα χαλκού δεν θα πρέπει να χρησιμοποιείται ως μέθοδος αντισύλληψης στις παρακάτω περιπτώσεις:

- i. Ανωμαλία στη μήτρα και ιδιαίτερα κάποια διαταραχή στην ενδομητρική κοιλότητα
- ii. Κύηση ή πιθανή κύηση
- iii. Οξεία φλεγμονώδης νόσος της πυέλου
- iv. Ενδομητρίτιδα μετά από τοκετό ή άμβλωση τους τελευταίους 3 μήνες
- v. Γνωστή ή πιθανή κακοήθεια μήτρας ή του τραχήλου
- vi. Αιμορραγία του γεννητικού συστήματος αγνώστου αιτιολογίας
- vii. Βλεννοπυώδης τραχηλίτιδα
- viii. Νόσος του Wilson ή αλλεργία στον χαλκό (ισχυρή αντένδειξη)**

Πλεονεκτήματα της μεθόδου

Τα κύρια πλεονεκτήματα της μεθόδου αφορούν επί το πλείστον της αποτελεσματικότητά της καθώς και την άμεση αναστρεψιμότητα. Πιο συγκεκριμένα:

1. Παρουσιάζει αντισυλληπτική δράση με διάρκεια έως και 10 χρόνια (στην κλινική πράξη παραμένει για **3-5 χρόνια**) με αποτελεσματικότητα **>99%**
2. Μετά την αφαίρεση του σπειράματος επανέρχεται άμεσα η γονιμότητα
3. Επιτρέπεται η χρήση κατά την περίοδο της γαλουχίας
4. Δεν εμφανίζονται παρενέργειες λόγω ορμονών (όπως σε άλλες αντισυλληπτικές μεθόδους) όπως ακμή, κεφαλαλγίες ή ευαισθησία των μαστών.

Μειονεκτήματα της μεθόδου

Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι παρά τα πλεονεκτήματά της η μέθοδος αυτή έχει και αρκετά μειονεκτήματα που αφορούν και καταστάσεις νοσηρές για τη γυναίκα. Αναλυτικά:

- a. Υπό το IUD χαλκού υπάρχει πιθανότητα για έκτοπη κύηση
- b. **Υπάρχει πιθανότητα εκτεταμένης αιμορραγίας**, η οποία σε έδαφος σιδηροπενίας ενδέχεται να οδηγήσει σε αναιμία
- c. Θα πρέπει να γίνεται μηνιαία αυτοέλεγχος από τη γυναίκα ώστε να διαπιστώνεται ότι το σπείραμα δεν έχει αποπέσει
- d. Διαταραχές του εμμηνορυσιακού κύκλου αλλά και αυξημένο άλγος (3-6 πρώτοι μήνες χρήσης)
- e. Πολύ σπάνια μπορεί να επακολουθήσει της τοποθέτησης διάτρηση μήτρας
- f. Σε προϋπάρχουσα φλεγμονή μπορεί να οδηγήσει σε πυελική φλεγμονή, όμως τελευταίες μελέτες επισημαίνουν τη μείωση αυτού του κινδύνου τα τελευταία χρόνια λόγω των προφυλάξεων που διενεργούνται (π.χ. αντιβιοτική αγωγή)
- g. Σε σπάνια περίπτωση κύησης σε γυναίκα που φέρει IUD χαλκού υπάρχει κίνδυνος πρόωρου τοκετού ή λοίμωξης
- h. Δεν προστατεύει από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (Hoffman et al, 2016; Λουτράδης και συν, 2017).

Το IUD ως επείγουσα αντισύλληψη

Η τοποθέτηση ενδομήτριου σπειράματος χαλκού μέσα σε 5 ημέρες από την επαφή αποτρέπει την πιθανή εγκυμοσύνη τεκμηριωμένα και για αυτό συνιστά μαζί με την *per os* λεβονογεστρέλη την *evidence based* πρακτική για την επείγουσα αντισύλληψη. Η αποτελεσματικότητά της στη συγκεκριμένη περίπτωση σύμφωνα με μετανάλυση 20 μελετών ανέρχεται στο 99% (Chengetal., 2008), ενώ συνίσταται η τοποθέτηση ακόμη και 7 ημέρες μετά την επαφή. Μετά την επιτυχία της επείγουσας αντισύλληψης μπορεί να παραμείνει ως μέσο μόνιμης αντισύλληψης.

Μια σεξουαλική επαφή θεωρείται χωρίς προστασία στις ακόλουθες περιπτώσεις και τότε ενδείκνυται η επείγουσα αντισύλληψη ανεξαρτήτως ημέρας του καταμήνιου κύκλου:

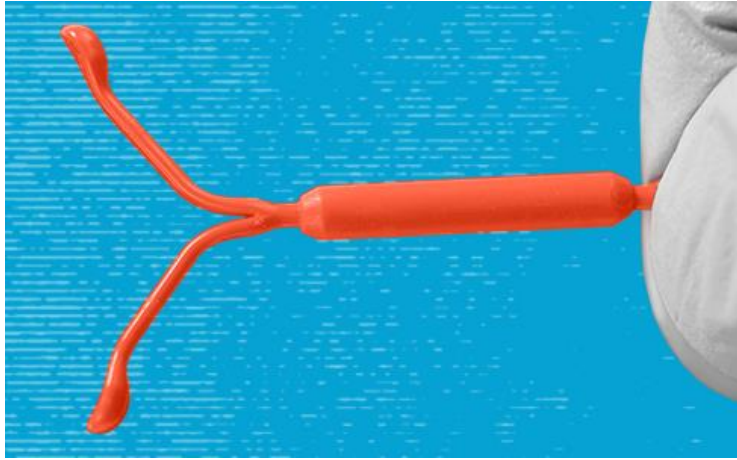
- Αποτυχία χρήσης μιας αντισυλληπτικής μεθόδου
- Σπάσιμο προφυλακτικού ή διαρροή
- Μετατόπιση διαφράγματος ή τραχηλικής κάψας
- Μη λήψη ενός αντισυλληπτικού δισκίου την 1η εβδομάδα
- Μη λήψη 3 ή περισσότερων δισκίων τη 2η ή 3η εβδομάδα
- Μη λήψη ενός χαπιού προγεσταγόνου
- Αποκόλληση αντισυλληπτικού επιθέματος
- Καθυστέρηση ένεσης ενέσιμου προγεσταγόνου πάνω από 2 εβδομάδες
- Εκσπερμάτιση στα έξω γεννητικά όργανα
- Σεξουαλική κακοποίηση γυναίκας που δεν χρησιμοποιεί αξιόπιστη αντισυλληπτική μέθοδο (ΕΜΓΕ, 2013)

2.1.β) Ενδομήτριο σπείραμα με προγεστερινοειδές (Λεβονογεστρέλη)

Σουρμπής Βασίλειος

Ορισμός & Μηχανισμός Αντισυλληπτικής Δράσης

Το ενδομήτριο σπείραμα με λεβονογεστρέλη (IUS) είναι ένα σύστημα που



απαρτίζεται από μια πλαστική συσκευή σχήματος 'T' και μια αντλία που απελευθερώνει το προγεσταγόνο λεβονογεστρέλη.

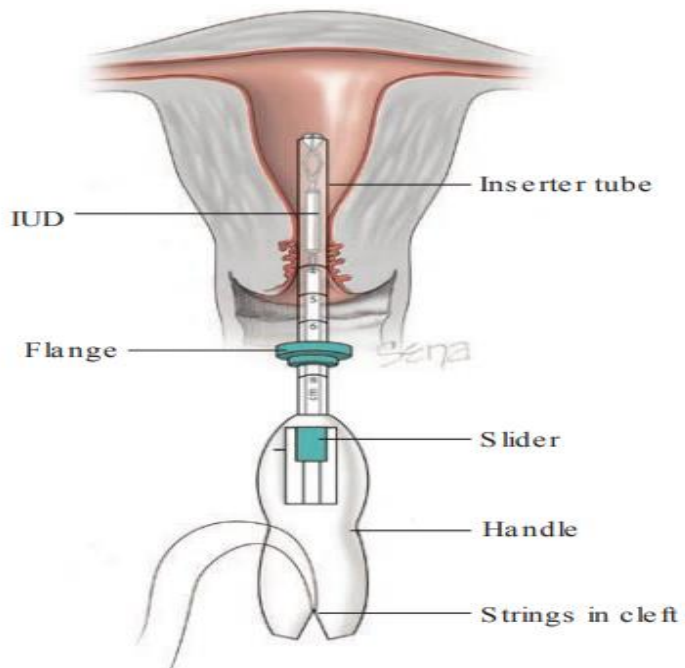
Η προετοιμασία για

την τοποθέτηση γίνεται με τον ίδιο τρόπο όπως και στο ενδομήτριο σπείραμα χαλκού, όπως προαναφέρθηκε. Η τοποθέτηση γίνεται σε διάστημα 7 ημερών από την έναρξη της εμμήνου ρύσεως. Το ενδομήτριο εξάρτημα μπορεί επίσης να εισαχθεί αμέσως μετά από διακοπή κύησης πρώτου τριμήνου και ενώ δεν υπάρχουν λοιμώξεις των γεννητικών οργάνων. Το ενδομήτριο εξάρτημα πρέπει να εισαχθεί μόνο μετά την επαναφορά της μήτρας στο φυσιολογικό της μέγεθος κατόπιν τοκετού και όχι νωρίτερα από 6 εβδομάδες μετά τον τοκετό. Για να γίνει εισαγωγή της συσκευής ο γυναικολόγος εισάγει αρχικά το μητροσκόπιο και απολυμαίνει τον τράχηλο. Το σπείραμα θα εισαχθεί με τη βοήθεια του εισαγωγέα του, ενός λεπτού ευλύγιστου πλαστικού σωλήνα. Ο εισαγωγέας αυτός είναι πιο μακρύς από τον αντίστοιχο του σπειράματος χαλκού και φέρει και αυτός στο κάτω πέρας του δύο νημάτια τα οποία πρέπει αρχικά να κρέμονται ελεύθερα. Η γαλαζοπράσινη σκανδάλη θα πρέπει να βρίσκεται στο επάνω μέρος της λαβής που βρίσκεται πλησιέστερα στη συσκευή και οι βραχίονες του σπειράματος να είναι προσανατολισμένοι οριζόντια. Μόλις τραβηχτούν τα νήματα προς τα έξω, το σπείραμα εισάγεται στον σωλήνα εισαγωγής. Στη συνέχεια μετακινούμε τα νήματα ώστε να σταθεροποιήσουμε το σπείραμα καλά στη λαβή. Αντίστοιχα με το σπείραμα χαλκού χρησιμοποιείται μία φλάντζα στο κάτω πέρας που τοποθετείται σε ύψος τέτοιο που να ορίζει το βάθος

της μήτρας που βρέθηκε στην κλινική εξέταση. Κατά την εισαγωγή της συσκευής η σκανδάλη συγκρατείται σταθερά στη θέση της στο επάνω μέρος της λαβής. Η απαλή πρόσφυση χρειάζεται για αν δημιουργηθεί τάση μικρή αλλά ικανή ώστε να ευθυγραμμιστεί η συσκευή με τον άξονα της μήτρας. Ο σωλήνας εισαγωγής εισάγεται με κυκλωτερείς κινήσεις απαλά μέσα στη μήτρα έως ότου η φλάντζα απέχει 1,5 έως 2 εκατοστά από το έξω τραχηλικό στόμιο για να επιτρέψει στους βραχίονες να ανοίξουν. Ενώ ο εισαγωγέας παραμένει σταθερός, οι βραχίονες απελευθερώνονται καθώς ο ιατρός τραβά τη σκανδάλη προς τα πίσω στον οριζόντιο άξονα της λαβής. Αυτή η θέση διατηρείται για 15 έως 20 δευτερόλεπτα ώστε να ανοίξουν πλήρως οι βραχίονες. Στη συνέχεια, ο εισαγωγέας οδηγείται απαλά στην κοιλότητα της μήτρας έως ότου η φλάντζα του αγγίξει τον τράχηλο. Η συσκευή απελευθερώνεται κρατώντας σταθερά τον εισαγωγέα στη θέση του και τραβώντας τη σκανδάλη προς τα πίσω μέχρι τέρμα. Τα νήματα θα απελευθερωθούν αυτόματα. Ο εισαγωγέας μπορεί στη συνέχεια να αφαιρεθεί. Τα νήματα κόβονται έτσι ώστε να είναι ορατά στον κόλπο κατά 3 εκατοστά. Η διαδικασία φαίνεται σχηματικά στις *Εικόνες 19-22*.

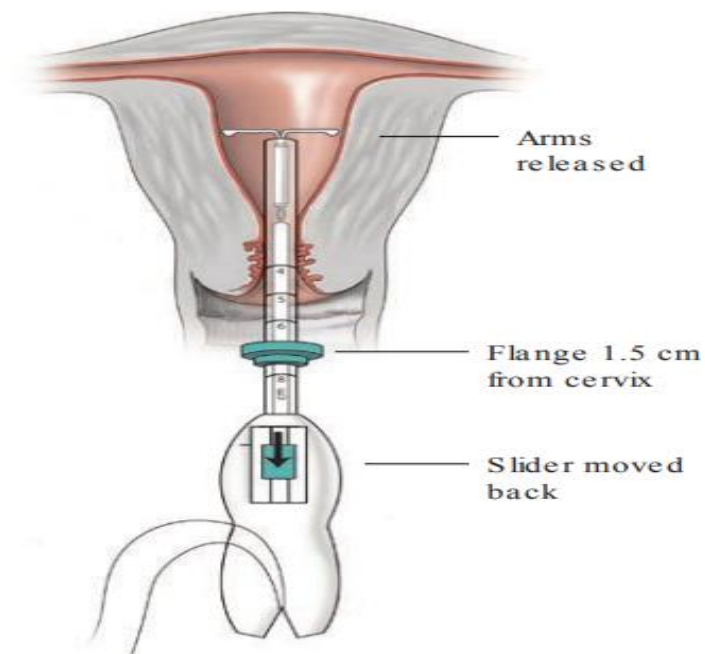
Η λεβονογεστρέλη που απελευθερώνεται οδηγεί σε πάχυνση της τραχηλικής βλέννης, παρεμποδίζοντας έτσι τη διέλευση του σπέρματος. Παράλληλα εμποδίζεται η πάχυνση του ενδομητρίου, με αποτέλεσμα να δυσχεραίνεται η εμφύτευση. Τέλος σε ορισμένες περιπτώσεις καταστέλλεται η ωοθυλακιορρηξία (Hoffman et al, 2016; Λουτράδης και συν, 2017)..

Σχηματική Τοποθέτηση της συσκευής



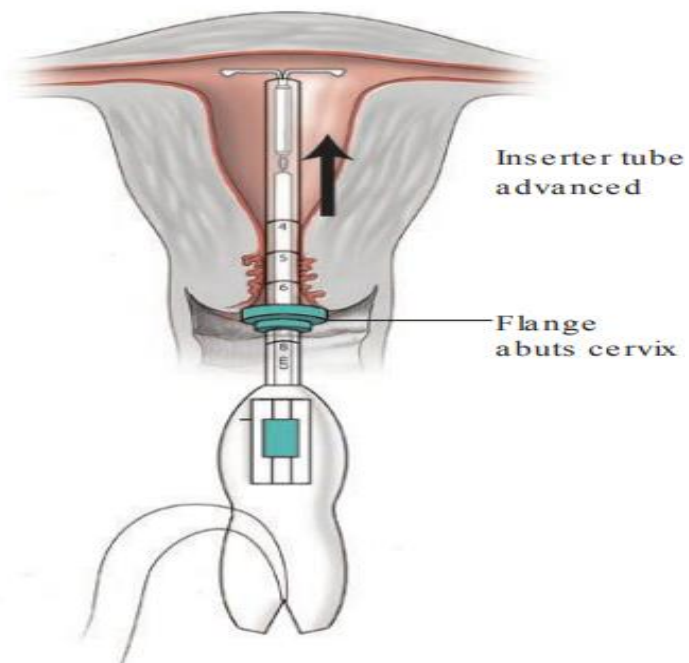
Εικόνα 19: Το IUS κατά

την εισαγωγή του στην ενδομήτρια κοιλότητα με τον εφαρμοστή



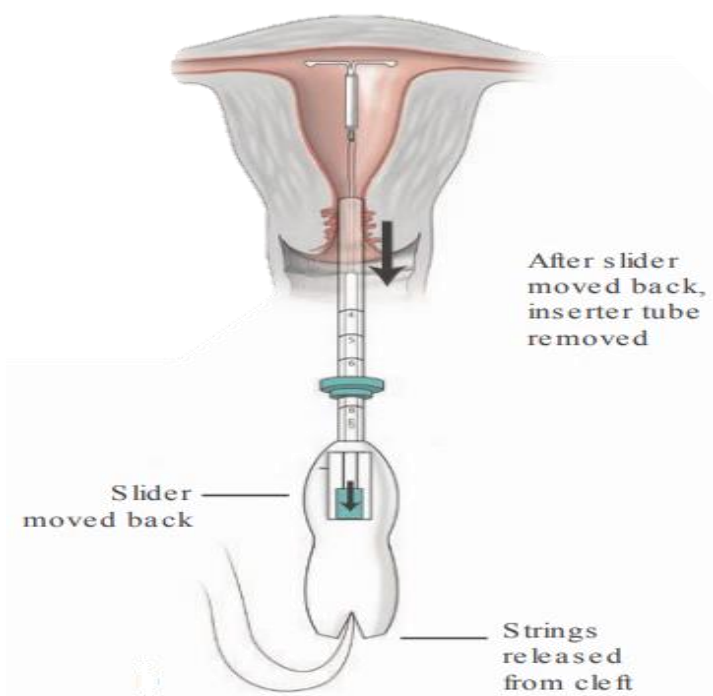
Εικόνα 20: Άνοιγμα

των βραχιόνων της συσκευής με τράβηγμα της σκανδάλης προς τα πίσω στον οριζόντιο άξονα



Εικόνα 21:

Σταθεροποίηση



Εικόνα 22: Αφαίρεση του

εισαγωγέα – Απελευθέρωση των νηματίων

Αντενδείξεις

- i. Ανωμαλία στη μήτρα και ιδιαίτερα κάποια διαταραχή στην ενδομητρική κοιλότητα

- ii. **Κύηση ή πιθανή κύηση**
- iii. Οξεία φλεγμονώδης νόσος της πυέλου
- iv. Ενδομητρίτιδα μετά από τοκετό ή άμβλωση τους τελευταίους 3 μήνες
- v. Γνωστή ή πιθανή κακοήθεια μήτρας ή του τραχήλου
- vi. Αιμορραγία του γεννητικού συστήματος αγνώστου αιτιολογίας
- vii. Οξεία ηπατική νόσος ή νεοπλασία ήπατος
- viii. Υπερευαισθησία σε κάποιο συστατικό της συσκευής
- ix. **Γνωστή ή πιθανή κακοήθεια μαστού ή άλλη ευαίσθητη στην προγεστίνη κακοήθεια** (Hoffman et al, 2016; Λουτράδης και συν, 2017).

Πλεονεκτήματα

1. Παρουσιάζει αντισυλληπτική δράση με διάρκεια **1-5 χρόνια** (ανάλογα το φαρμακευτικό προϊόν) με αποτελεσματικότητα **>99,9%**
2. Μετά την αφαίρεση του σπείραματος επανέρχεται άμεσα η γονιμότητα
3. Επιτρέπεται η χρήση κατά την περίοδο της γαλουχίας
4. Σε δυσμηνόρροια και ενδομητρίωση παρουσιάζεται βελτίωση των συμπτωμάτων λόγω ηπιότερης αιμορραγίας και βραχύτερου χρονικού διαστήματος εμμήνου ρύσεως

Μειονεκτήματα

- a. Έκτοπη κύηση
- b. Πρέπει να γίνεται μηνιαία αυτοέλεγχος ώστε να διαπιστώνεται ότι το σπείραμα δεν έχει αποπέσει
- c. Πολύ σπάνια διάτρηση μήτρας
- d. Σε προϋπάρχουσα φλεγμονή μπορεί να οδηγήσει σε πυελική φλεγμονή, όμως τελευταίες μελέτες επισημαίνουν τη μείωση αυτού του κινδύνου τα τελευταία χρόνια λόγω των προφυλάξεων που διενεργούνται (π.χ. αντιβιοτική αγωγή)
- e. Σε σπάνια περίπτωση κύησης υπάρχει κίνδυνος πρόωρου τοκετού ή λοίμωξης

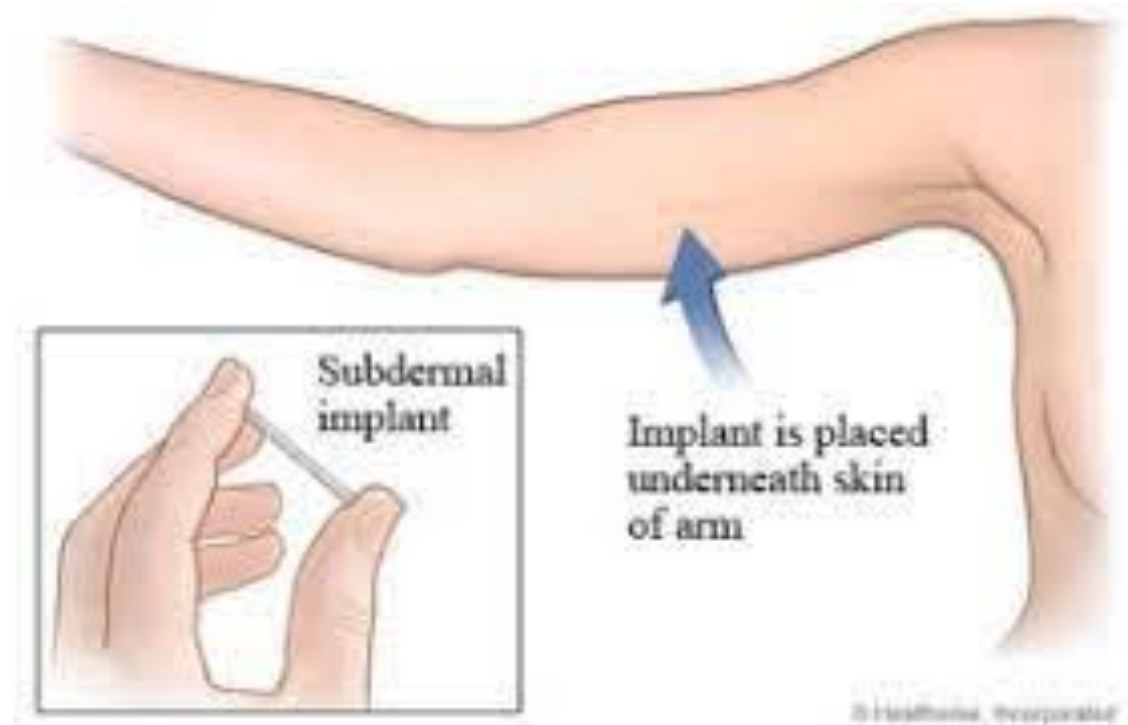
- f. Διαταραχές του έμμηνου κύκλου ή και **αμηνόρροια**
- g. Παρενέργειες λόγω της ορμόνης: ευαισθησία στους μαστούς, ακμή, κεφαλαλγίες, αύξηση σωματικού βάρους και εναλλαγές στη διάθεση**
- h. Σπάνια εμφανίζονται κύστει στις ωοθήκες, οι οποίες όμως συνήθως υποχωρούν χωρίς περεταιίρω αντιμετώπιση
- i. Δεν υπάρχει προστασία από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (Hoffman et al, 2016; Λουτράδης και συν, 2017).

2.2) Εμφύτευμα (Implant)

Χρυσουγή Ιωάννα – Βιολέττα

Μία άλλη από τις πολύ αποτελεσματικές μεθόδους αντισύλληψης είναι τα εμφυτεύματα με προγεσταγόνο (Bahamondes et al., 2019; Darney, 2005; Λουτράδης και συν, 2017). Πρόκειται για μικρές εύκαμπτες ράβδους ή κάψουλες που περιέχουν μόνο προγεστερινοειδές και τοποθετούνται υποδορίως στην εσωτερική επιφάνεια του βραχίονα μετά από τοπική αναισθησία. Κατά καιρούς έχουν χρησιμοποιηθεί διαφορετικές συσκευές (Darney, 2005). Αρχικά το Norplant, το οποίο αποτελείται από έξι ράβδους που απελευθερώνουν λεβονοργεστρέλη, αποσύρθηκε από την Αμερική λόγω της γριπώδους συνδρομής που προκαλούσε (Ali et al., 2016). Αργότερα, το Jadelle, αποτελούμενο από δύο ράβδους που απελευθερώνουν επίσης λεβονοργεστρέλη, αν και εγκρίθηκε από τον FDA, δε χρησιμοποιήθηκε. Παρόμοιο δομικά και φαρμακευτικά με το προηγούμενο, το Sino – implant, κατασκευάστηκε στην Κίνα και χορηγήθηκε σε χώρες της Ασίας και της Αφρικής. Πλέον όμως το μόνο διαθέσιμο υποδόριο εμφύτευμα για αντισύλληψη είναι το Nexplanon, αποτελείται από μία ράβδο που περιέχει 68mg ετονογεστρέλη και καλύπτεται από συμπολυμερές αιθυλενίου και οξικού βινυλίου. Διατίθεται στην Αμερική και έχει αντικαταστήσει πλέον και το Implanon (εμφύτευμα που επίσης απελευθερώνει ετονογεστρέλη) (Etonogestrel in LactMed, 2020). Το Nexplanon τοποθετείται στην εσωτερική μοίρα του βραχίονα κατά μήκος της αύλακας του δικεφάλου, έχει δυναμικό δράσης πάνω από 3 χρόνια, με μελέτες να αποδεικνύουν την τεκμηρωμένη αποτελεσματικότητα του ακόμη και 5 χρόνια μετά την εμφύτευση του (Λουτράδης και συν, 2017). Η ετονογεστρέλη απελευθερώνεται διαρκώς, καταστέλλοντας έτσι την ωορρηξία, αυξάνοντας το ιξώδες της τραχηλικής βλέννας και εντείνοντας τέλος την ατροφία του ενδομητρίου. Ακόμη μελέτες έχουν δείξει ότι είναι ασφαλές στη γαλακτοφορία, καθώς δεν υπήρχε διαφορά ανάμεσα σε γυναίκες που το χρησιμοποίησαν 48

ώρες ή 6 εβδομάδες μετά τη γέννα, ενώ η πιθανότητα για καταστολή της γαλακτοφορίας είναι μόλις 0,9% (Ali et al., 2016). Είναι αποτελεσματικό (>97%), εύκολο στη χρήση του, οικονομικό, δεν απαιτείται καθημερινή λήψη, ενώ από τη στιγμή της αφαίρεσης του η γυναίκα είναι άμεσα γόνιμη. Ωστόσο το Nexplanon προκαλεί ακανόνιστη κολπική αιμορραγία, που συνήθως δεν σταθεροποιείται, αύξηση βάρους, πονοκέφαλο, βελτίωση ή επιδείνωση υπάρχουσας ακμής, κοιλιακό άλγος και στο στήθος καθώς και αλλαγές στην διάθεση. Αντενδείξεις του αποτελούν η εγκυμοσύνη, οι θρομβοεμβολικές διαταραχές, οι καλοήθειες και κακοήθειες ηπατικοί όγκοι, η ενεργός ηπατική νόσος, η αιμορραγική προδιάθεση και τέλος ο καρκίνος του μαστού (Hoffman et al, 2016). Όντας από κάτω από το δέρμα καθίσταται εύκολη η εξαγωγή του μετά το πέρας της δράσης του και η εισαγωγή καινούργιου εμφυτεύματος στο ίδιο σημείο, από υγειονομικό πάροχο. Σε περίπτωση μη εύρεσης του, το ακτινοσκιερό Nexplanon, ανιχνεύεται από υπέρηχο, CT ή MRI (Hoffman et al, 2016; Λουτράδης και συν, 2017).



2.3) Ανδρική στείρωση: Βαζεκτομή

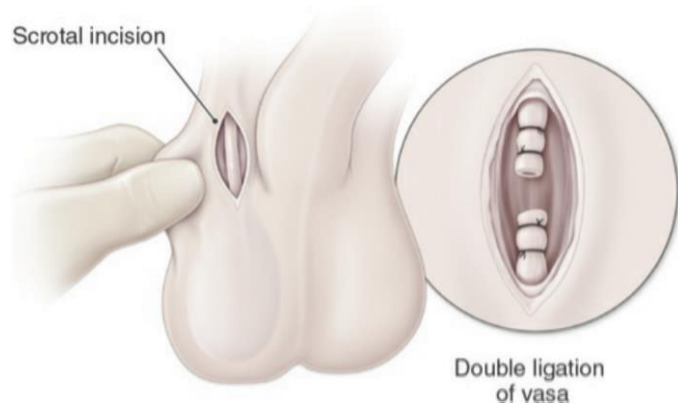
Τζώρας Γεώργιος

Ως βαζεκτομή ορίζεται η διαδικασία κατά την οποία διαχωρίζεται και απομακρύνεται μέρος του σπερματικού πόρου. Είναι τρόπος μη ορμονικής αντισύλληψης (Λουτράδης και συν, 2017). Συγκεκριμένα είναι η στείρωση του άντρα με χειρουργικό τρόπο. Περίπου το 1/3 των χειρουργικών στείρωσεων γίνεται στους άντρες (Hoffman et al, 2016).

Τεχνική:

Υπάρχουν πολλές τεχνικές διαθέσιμες. Στο πλαίσιο αυτής της εργασίας αναφέρονται οι δύο κύριες:

1. **Κλασική:** Γίνεται μία μικρή τομή κατά μήκος του δέρματος του όσχεου στο άνω έξω τμήμα του, πάνω από τον σπερματικό πόρο. Αγκύλη του σπερματικού πόρου τραβιέται έξω και αποκόπτεται. Τα κολοβώματα απολινώνονται, καυτηριάζονται ή κλιπάρονται και



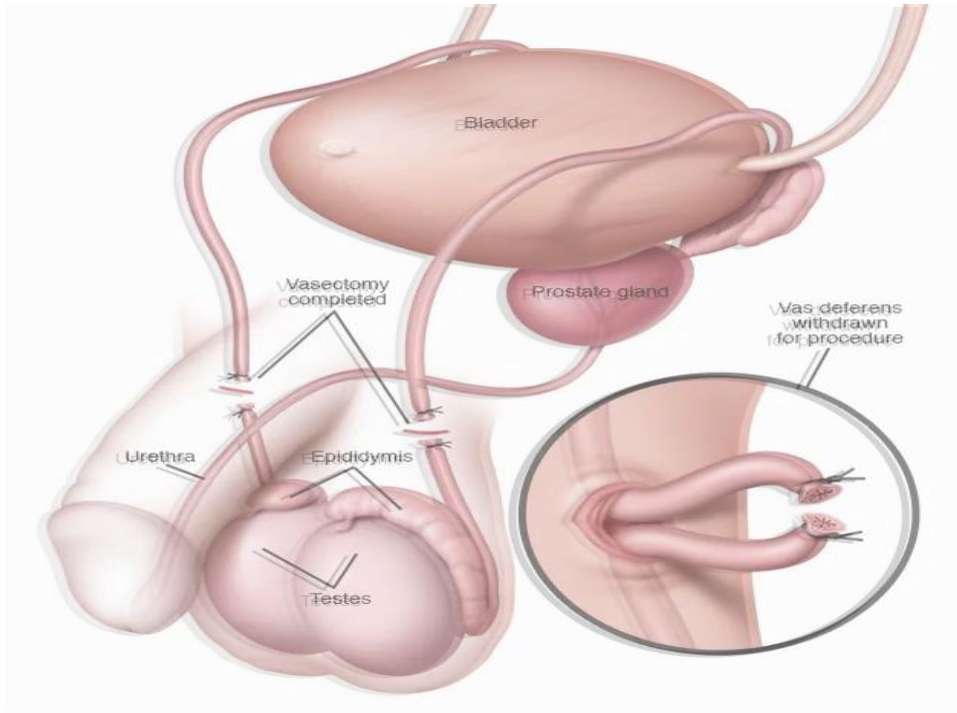
Εικόνα
23:

Κλασική
βαζεκτομή

έπειτα επανατοποθετούνται στο όσχεο. Τέλος, ο χειρουργός κλείνει την τομή. Η ίδια διαδικασία πραγματοποιείται και στην αντίθετη πλευρά (Amboss, 2022; Hacker&Moore's', 2010).

2. **No scalpel:** Μια πολύ δημοφιλής τεχνική είναι η no scalpel (χωρίς νυστέρι). Ο σπερματικός πόρος αναγνωρίζεται και αιχμαλωτίζεται διά του αναισθητοποιημένου δέρματος. Έπειτα αποκόπτεται

χρησιμοποιώντας θερμότητα ή περιδένεται. Με την τεχνική αυτή μειώνεται ακόμα περισσότερο η ήδη μικρή πιθανότητα επιπλοκών (Amboss, 2022; Hacker&Moore's', 2010).



Εικόνα 24: Βαζεκτομή – Ανατομικό Αποτέλεσμα

Τελικό αποτέλεσμα της επέμβασης είναι η αποτυχία μεταφοράς του σπέρματος από τους όρχεις και έτσι δρα και ως αντισυλληπτικό μέσο (Hacker&Moore's', 2010; Hoffmanetal., 2016).

Πλεονεκτήματα

- Ως μη ορμονική μέθοδος αντισύλληψης, δεν υπάρχουν οι ΑΕ που παρατηρούνται κατά τη χορήγηση ορμονών
- Προσφέρει μόνιμη αντισύλληψη
- Πρόκειται για ασφαλή, μικρή επέμβαση που μπορεί να γίνει στο ιατρείο υπό τοπική αναισθησία. Διαρκεί περίπου 20 λεπτά

Μειονεκτήματα

- Το αποτέλεσμα της στέρωσης μπορεί να είναι μη αντιστρεπτό. Θα πρέπει να ληφθεί υπόψιν η πιθανότητα ο ασθενής να μετανιώσει μελλοντικά
- Ως επεμβατική μέθοδος έχει πιθανές επιπλοκές που σχετίζονται με την επέμβαση
- Δεν προσφέρει προστασία από σεξουαλικά μεταδιδόμενες νόσους

Επιπλοκές:

Παρουσιάζονται σε 5-10% των ασθενών και αφορούν στις οξείες επιπλοκές της επέμβασης:

- Αιμορραγία
- Αιμάτωμα
- λοίμωξη χειρουργικού πεδίου
- αντίδραση στο τοπικό αναισθητικό
- κοκκιώματα σπέρματος (συλλογή σπέρματος λόγω απώλειας από τον σπερματικό πόρο στον γύρω διάμεσο ιστό)
- Σύνδρομο πόνου μετά τη βαζεκτομή: είναι μία κατάσταση που χαρακτηρίζεται από χρόνιο, αμβλύ πόνο στους όρχεις σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε βαζεκτομή. Οφείλεται στη συσσώρευση ορχικού υγρού στην επιδιδυμίδα

Επίσης σε 50% των ανδρών παράγονται αντισώματα εναντίον των σπερματοζωαρίων. Αλλά αυτά δεν έχουν συσχετιστεί με μακροπρόθεσμες επιπτώσεις. Μακροπρόθεσμες αυτοάνοσες επιπλοκές έχουν πλέον διαψευστεί. Επίσης η βαζεκτομή δεν έχει συσχετιστεί με τον καρκίνο προστάτη.

Σύγκριση βαζεκτομής με τη γυναικεία στέρωση:

Επειδή γίνεται εκτός της κοιλιακής κοιλότητας, η επέμβαση είναι πιο εύκολη, ασφαλέστερη (έχει 20 λιγότερες μετεπεμβατικές επιπλοκές),

λιγότερο κοστοβόρα και πιο αποτελεσματική (30 μικρότερη πιθανότητα αποτυχίας). Επίσης είναι πιο εύκολα αναστρέψιμη.

Όμως σε αντίθεση με την χειρουργική μέθοδο αντισύλληψης στη γυναίκα (γυναικεία στείρωση), η βαζεκτομή απαιτεί κάποιο διάστημα έως ότου γίνει αποτελεσματική (Amboss, 2022; Hoffmanetal., 2016).

Αποτελεσματικότητα:

Είναι πολύ αποτελεσματική μέθοδος αντισύλληψης από τη στιγμή που επιτευχθεί αζωοσπερμία. Για αυτό το λόγο απαιτείται Follow Up σπερμοδιάγραμμα 2-3 μήνες μετά την επέμβαση, ώστε να επιβεβαιωθεί η αζωοσπερμία. Ο χρόνος που απαιτείται για την αζωοσπερμία ποικίλει. Στο έμμηνο, 98% των αντρών έχει αζωοσπερμία (συνήθως απαιτούνται 10 εβδομάδες μετά τη βαζεκτομή). Το ζεύγος συμβουλεύεται να χρησιμοποιεί άλλες μεθόδους αντισύλληψης, μέχρι να διαπιστωθεί έλλειψη σπερματοζωαρίων στο σπέρμα (Hoffmanetal., 2016).

Αποτυχία της επέμβασης:

Το ποσοστό αποτυχίας της βαζεκτομής είναι 0,15% τον πρώτο χρόνο. Το ποσοστό αποτυχίας μας δείχνει ότι 15 γυναίκες στις 10.000 μένουν έγκυες με φυσική σύλληψη μέσα στον πρώτο χρόνο. Για αυτό το λόγο οι ασθενείς πρέπει να ενημερώνονται για πιθανή ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη της συντρόφου ακόμα και μετά τη βαζεκτομή (Callahan&Tamara, 2013)

Αίτια αποτυχίας:

- Σεξουαλική επαφή σχετικά σύντομα μετά την επέμβαση, ενώ δηλαδή δεν έχει ακόμα διαπιστωθεί αζωοσπερμία. Αυτός είναι ο κυριότερος λόγος
- μη αποτελεσματική απολίνωση του σπερματικού πόρου
- Επανακαναλοποίηση του σπερματικού πόρου

Αναστροφή της στείρωσης:

Σε περίπτωση που ο ασθενής θελήσει να γίνει γόνιμος ξανά, υπάρχει η δυνατότητα επανόρθωσης. Οι επιλογές για την επίτευξη αυτού είναι οι ακόλουθοι δύο τρόποι:

1. Χειρουργική επαναστόμωση των κολοβωμάτων του σπερματικού πόρου. Η επιτυχία επαναστόμωσης κυμαίνεται 60-70% και η πιθανότητα κύησης στον πρώτο χρόνο είναι 18-60%. Αυτό εξαρτάται από τη μέθοδο που χρησιμοποιήθηκε για τη διατομή του σπερματικού πόρου, όπως φαίνεται στο παρακάτω πίνακα:

Μέθοδος διακοπής πόρου	Ποσοστό επιτυχίας της αναστροφής (%)
Clips	84
Bands	72
Pomeroy	50
Electrocauterization	41

2. Ανάκτηση σπερματοζωαρίων από τον όρχι και έπειτα *in vitro* γονιμοποίηση (Casanovaetal., 2019)

2.4) Γυναικεία στείρωση

Πεχλιβανίδου Ευμορφία

Η γυναικεία στείρωση αποτελεί αντισυλληπτική μέθοδο φραγμού αφότου μηχανικά εμποδίζεται η επαφή σπέρματος και ωαρίου και ταυτόχρονα συνιστά μακράς δράσης μη αναστρέψιμη μέθοδο αντισύλληψης. Σύμφωνα με την Εθνική Στατιστική Έκθεση Υγείας, το 27% των γυναικών που χρησιμοποιούν κάποια αντισυλληπτική μέθοδο στις Ηνωμένες Πολιτείες επιλέγουν τη στείρωση και περίπου οι μισές επεμβάσεις στείρωσης αφορούν επιλόχειο στείρωση (Jones, 2012; MacKay, 2001). Συνηθέστερα, η επιλόχειος στείρωση όταν ο τοκετός πραγματοποιείται δια καισαρικής τομής πραγματοποιείται ως μία επέμβαση μαζί με την καισαρική ενώ η στείρωση που δε σχετίζεται με εγκυμοσύνη επιτυγχάνεται μέσω λαπαροσκόπησης ή υστεροσκόπησης (Hoffman et al, 2016).

Μηχανισμός Δράσης

Η γυναικεία στείρωση πραγματοποιείται είτε με απόφραξη είτε με διατομή των σαλπίνγων για την πρόληψη της διέλευσης και της γονιμοποίησης του ωαρίου. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με εφαρμογή μόνιμων δακτυλίων ή κλιπς στις σάλπιγγες, με καυτηριασμό αυτών αλλά και με την τοποθέτηση μηχανικών συσκευών ή χημικών ενώσεων μέσα από τα σαλπινγικά στόμια. Η σαλπινγεκτομή συστήνεται στις γυναίκες που θέλουν να πραγματοποιήσουν στείρωση και ταυτόχρονα ανήκουν σε ομάδα υψηλού κινδύνου για εμφάνιση γυναικολογικού καρκίνου, ενώ η υστερεκτομή είναι ιδανική μορφή στείρωσης για γυναίκες με μητριάια ή πυελική παθολογία (Hoffman et al, 2016). Το σύνολο αυτών των τεχνικών έχει ως αποτέλεσμα την αποτροπή της πορείας του ωαρίου από την ωοθήκη στη μήτρα και κυρίως την μη έλευσή του στη λήκυθο της σάλπιγγας, όπου φυσιολογικά πραγματοποιείται η γονιμοποίηση. Όλες οι προσεγγίσεις που αφορούν την διακοπή της ανατομικής συνέχειας των σαλπίνγων όπως περιγράφονται παρακάτω (απολίνωση,

καυτηριασμός, εκτομή) έχει υπολογιστεί να έχουν τα ίδια βέλτιστα αποτελέσματα (Lawrie et al., 2011)

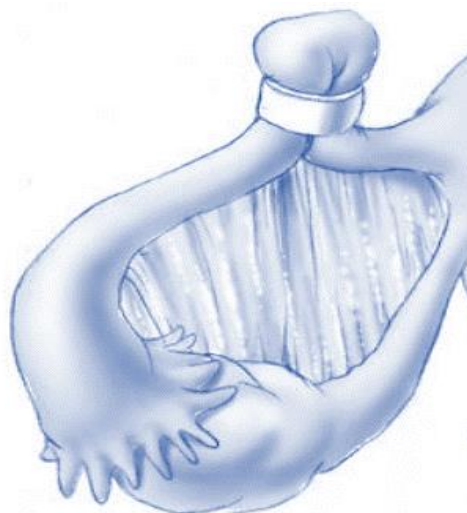
Επεμβάσεις γυναικείας στειρώσης

Μηχανική Απόφραξη των Σαλπίγγων

Η μηχανική απόφραξη των σαλπίγγων δύναται να πραγματοποιηθεί είτε με τον καυτηριασμό αυτών με διαθερμία είτε με απόφραξη με τη χρήση δακτυλίων ή κλιπς.

Μηχανικές μεθόδους απόφραξης των σαλπίγγων συνιστούν η εφαρμογή ενός εκ των ακολούθων υλικών:

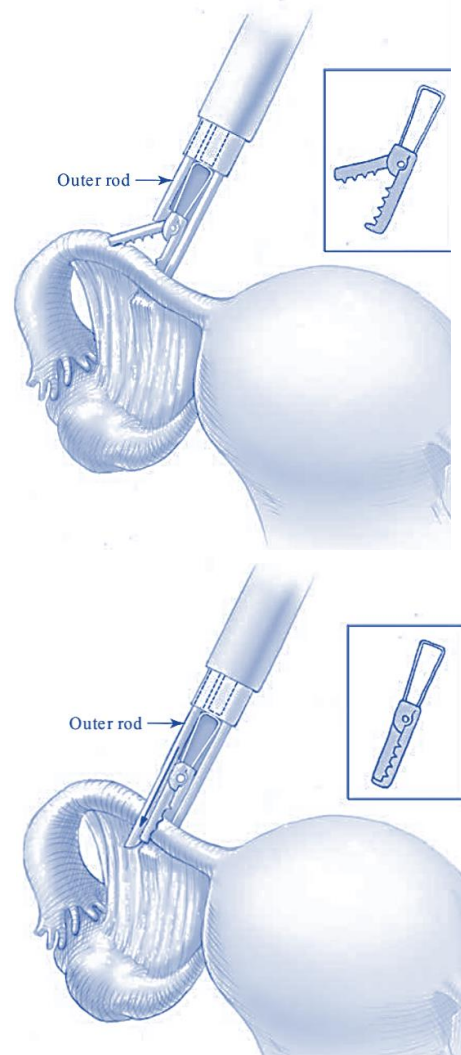
- ο λάστιχου σιλικόνης όπως το Falope Ring ή το Tubal Ring,
- ο συνδετήρα Hulka-Clemens με ελατήριο (ή κλιπ Wol),
- ο επενδυμένου από τιτάνιου συνδετήρα (κλιπ) Filshie



Εικόνα 25: Τοποθέτηση Falope Ring

Το λάστιχο σιλικόνης τοποθετείται με τη βοήθεια ενός ειδικού προσαρμοσμένου μεταλλικού απλικατέρ. Ουσιαστικά οι λαβίδες του απλικατέρ έλκουν ένα τμήμα της σάλπιγγας στην εσωτερική θήκη του εργαλείου, δημιουργώντας έναν βρόγχο που εισέρχεται εντός της πρώτης κατά 1.5 εκατοστό και στη συνέχεια το εξωτερικό περίβλημα σπρώχνει μία από τις ελαστικές μπάντες του λάστιχου που βρίσκεται εσωτερικά στη βάση του βρόγχου και τότε η σάλπιγγα συνεσφιγμένη κλείνει. Ο βρόγχος δημιουργείται σε ύψος περί τα 3 εκατοστά πάνω από τη σάλπιγγα αφού οι λαβίδες του απλικατέρ έλκουν τη μεσοσάλπιγγα ακριβώς πάνω από την πρόσφυσή της στο στόμιο. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι πριν την είσοδο του υλικού στο χειρουργικό πεδίο το λάστιχο διατείνεται γύρω από το περιφερικό άκρο ή την εσωτερική πτυχή του απλικατέρ με τη βοήθεια ενός ειδικού φορτωτή και ενός οδηγού.

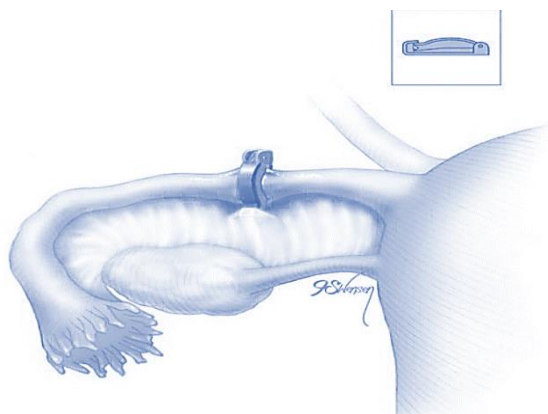
Το πλαστικό κλιπ Hulka είναι επίσης γενικά γνωστό ως κλιπ ελατηρίου λόγω του σκληρού εξωτερικού μεταλλικού ελατηρίου που κλειδώνει το κλιπ στη θέση του. Ο απαιτούμενος εξοπλισμός για την τοποθέτηση αυτού περιλαμβάνει τα ίδια τα κλιπ και ένα προσαρμοσμένο μεταλλικό απλικατέρ, το οποίο συγκρατεί το κλιπ κατά την εφαρμογή. Για να τοποθετηθεί το κλιπ αυτό η σάλπιγγα θα πρέπει να είναι σε τάση οριζόντια και με κατεύθυνση περιφερικά. Για να επιτευχθεί αυτό ένας αμβλύς καθετήρας ή μια ατραυματική λαβίδα χρησιμοποιείται και ταυτόχρονα χρήσιμη είναι η τοποθέτηση της μήτρας σε πλάγια κλίση και αντίθετη κατεύθυνση από τη σάλπιγγα στην οποία επιχειρείται χειρισμός από το χειριστή της μήτρας. Η είσοδος του κλιπ και του απλικατέρ στο πεδίο γίνεται με το απλικατέρ με ελαφρώς συγκλείοντα σκέλη ώστε το εξωτερικό σκέλος του απλικατέρ να ωθείται προς τα κάτω και πάνω από το κλιπ. Έτσι συνηγορείτε η αρχική πλήρης σύγκλιση των σκελών του κλιπ σε απόσταση 1mm μεταξύ τους. Υπό αυτή την αρχικά ξεκλειδωτή θέση το κλιπ με τη βοήθεια του απλικατέρ μπορεί αν γλιστρήσει και να φτάσει την τελική του θέση. Για να τοποθετηθεί το κλιπ στην τελική του θέση ο χειρουργός ανοίξει μόνο το πρόσθιο σκέλος και φέρνει το κλιπ κατά μήκος του στενού ισθμικού τμήματος, 2 έως 3 cm από το κέρασ της μήτρας, και κάθετα στον άξονα του στομίου της σάλπιγγας. Με αυτό το χειρισμό τα σκέλη του κλιπ τοποθετούνται εκατέρωθεν της σάλπιγγας με τρόπο τέτοιο που να κατευθύνεται το στόμιο βαθιά στο εσωτερικό των σκελών. Αυτό βοηθάει στην επιτυχή απόφραξη αφού το στόμιο θα



Εικόνα 26: Τοποθέτηση Hulka Clip

συσφιχθεί στο σύνολο της επιφάνειας του κλιπ. Ταυτόχρονα το κλιπ εφαρμόζει και πάνω σε ένα μικρό τμήμα της γείνιας περιοχής της μεσοσάλπιγγας. Εάν το κλιπ έχει πάρει την ορθή τελική θέση ο χειρουργός θα κλείσει το πρόσθιο σκέλος και το κλιπ θα εξωθηθεί μπροστά από το απλικατέρ.

Το κλιπ τιτανίου Filshie τοποθετείται με τη βοήθεια ενός προσαρμοσμένου μεταλλικού απλικατέρ. Το κλιπ εφαρμόζεται στο απλικατέρ, το οποίο φέρει μόνο ένα σκέλος. Καθώς το σκέλος είναι κλειστό, το πιο κοντό άνω χείλος του κλιπ είναι πιεσμένο κάτω από το μακρύτερο



Εικόνα 27: Τοποθέτηση Filshie clip

κάτω χείλος και έτσι το κλιπ κλειδώνει στη θέση του γύρω από τη σάλπιγγα. Αφού η σάλπιγγα βρίσκεται σε τάση με το χειρισμό που περιεγράφηκε κατά την τοποθέτηση του κλιπ Hulka, ακολουθεί η τοποθέτηση του κλιπ κατά μήκος του ισθού, 2 έως 3 cm από το κέρασ της μήτρας, με αμφότερα τα σκέλη του κλιπ ανοιχτά και τη σάλπιγγα στο σύνολο του πλάτους της να επικάθεται στη βάση του κλιπ. Ταυτόχρονα το οπίσθιο σκέλος θα πρέπει περιφερικά να είναι ορατό διαμέσου της μεσοσάλπιγγας. Αφότου το κλιπ έχει λάβει τη σωστή θέση ο χειρουργός το κλειδώνει και τέλος το απελευθερώνει από το απλικατέρ.

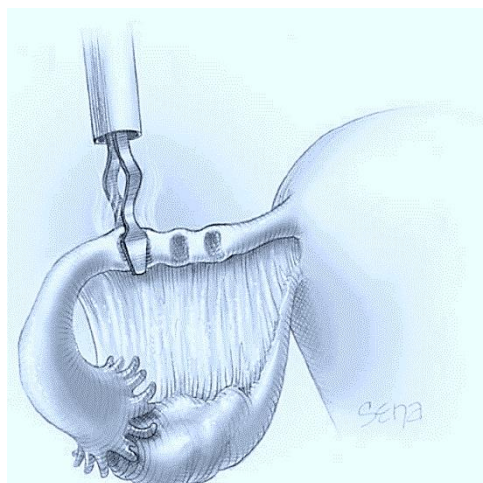
Καυτηριασμός Σαλπίνγων

Ο καυτηριασμός των σαλπίνγων περιφερικά με στόχο την ουλοποίηση του σημείου και κατ' επέκταση απόφραξης του αυλού του οργάνου μπορεί να πραγματοποιηθεί είτε με μονοπολικό είτε με διπολικό ρεύμα. Ωστόσο συνήθως προτιμάται η διπολική καθώς η χρήση μονοπολικής έχει υψηλότερο κίνδυνο σοβαρών επιπλοκών (American College o

Obstetricians and Gynecologists, 2013). Ο καυτηριασμός εκτελείται με χρησιμοποιώντας κυματομορφή κοπής στα 25-35 watt (Marino et al., 2021).

Για τη διαδικασία του καυτηριασμού, όπως και στη διαδικασία της απολίνωσης, η σάλπιγγα αναγνωρίζεται και συλλαμβάνεται στην περιοχή του ισθμού, περί τα 2 με 3 εκατοστά περιφερικά του μητρικού κέρατος. Η απόσταση αυτή είναι εξαιρετικά σημαντική ώστε να αποφευχθεί ενδεχόμενη επανασωληνοποίηση του κολοβώματος και δημιουργία συριγγίου εξαιτίας της πίεσης που δύναται να ασκήσει πιθανή ανάδρομη ροή της εμμήνου ρήσεως στο πηγμένο κολόβωμα εάν αυτό βρίσκεται εξαιρετικά κοντά στο κέρασ της μήτρας.

Τα άκρα της διαθερμίας θα πρέπει να περιλαμβάνουν ανάμεσά τους το σύνολο του στομίου κατά μήκος και πλάτος και ταυτόχρονα να μην συλλαμβάνεται μαζί τμήμα της μεσοσάλπιγγας ή άλλων ιστών πέριξ. Ο χειρισμός αυτός είναι πολύ σημαντικός ώστε να επιτευχθεί ο πλήρης καυτηριασμός του σημείου που στοχεύεται. Πριν εφαρμοστεί



Εικόνα 26: Καυτηριασμός Σαλπίγγων

ρεύμα, η σάλπιγγα όπως έχει συλληφθεί είναι ελαφρώς υπερυψωμένη και όσο γίνεται απομακρυσμένη από τις γειτονικές δομές ώστε να αποφευχθούν θερμικά εγκαύματα των πέριξ δομών. Κατά την εφαρμογή του ρεύματος ο ιστός διογκώνεται ελαφρώς και φυσαλίδες υγρού εξέρχονται αυτού. Ο καυτηριασμός σταματάει όταν η δομή καταστεί εντελώς ξηρή. Για την αντικειμενική εκτίμηση του σημείου αυτού χρησιμοποιείται το αμπερόμετρο που φέρει κάθε διαθερμία και στη συγκεκριμένη κατάσταση του ιστού θα πρέπει να έχει μηδενίσει. Στη συνέχεια το σημείο αφήνεται ελεύθερο και με την ίδια τεχνική καυτηριάζονται σειριακά άλλα 2 σημεία με απόσταση 3 εκατοστά μεταξύ

τους. Η κοντινότερη απόσταση μεταξύ των κολοβωμάτων καθώς και η μη αποξήρανση του ιστού στο τέλος του καυτηριασμού συνδέονται με επανασωληνοποίηση και αποτυχία της αντισύλληψης.

Σαλπινγεκτομή

Η σαλπινγεκτομή μπορεί να επιτευχθεί με χρήση διπολικής ή μονοπολικής διαθερμίας και εργαλείου κοπής, συνήθως ψαλιδιού. Συνήθως προτιμάται αρχικά η χρήση της διαθερμίας μέχρι την αποξήρανση του άκρου της σάλπιγγας. Για να εφαρμοστεί η διαθερμία θα πρέπει πρώτα το άκρο της σάλπιγγας να ανυψωθεί με ατραυματικό εργαλείο και οι λαβίδες της διπολικής να τοποθετηθούν κατά μήκος του εγγύς τμήματος της σάλπιγγας. Για την

αποξήρανση χρησιμοποιείται ρεύμα τάσης 25 watt. Μόλις επιτευχθεί η αποξήρανση με το αμπερόμετρο να μηδενίζει την ένδειξή του, ο χειρουργός χρησιμοποιεί το ψαλίδι για να διατήμνει το κεκκαμένο άκρο. Με τον ίδιο τρόπο διατέμνεται και το άλλο άκρο. Σε αυτή την



Εικόνα 27: Απολίνωση κατά Parkland

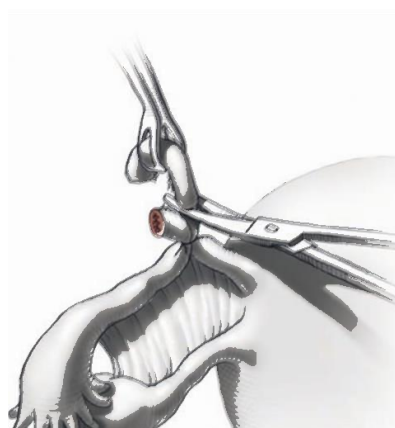
τεχνική πρέπει ο χειρουργός να κατευθυνθεί από το κεντρικό προς το περιφερικό άκρο της σάλπιγγας. Μόλις επιτευχθεί η διατομή του περιφερικού άκρου η σάλπιγγα είναι ελεύθερη να αφαιρεθεί από το πεδίο.

Απολίνωση Σαλπίγγων & Μερική Σαλπινγεκτομή

Μία άλλη πιο ευρέως χρησιμοποιούμενη τεχνική σαλπινγεκτομής με στόχο τη στείρωση είναι η μερική σαλπινγεκτομή προϊούσης με τη μέθοδο Parkland. Η τεχνική απολίνωσης σαλπίγγων Parkland εμπίπτει στην κατηγορία της απολίνωσης και της εκτομής των σαλπίγγων. Η διαδικασία περιλαμβάνει τη δημιουργία δύο κόμπων με τη χρήση μη απορροφήσιμων απολινώσεων γύρω από τη σάλπιγγα στο εγγύς προς το μέσο τμήμα της και στη συνέχεια την αποκοπή του σαλπινγικού

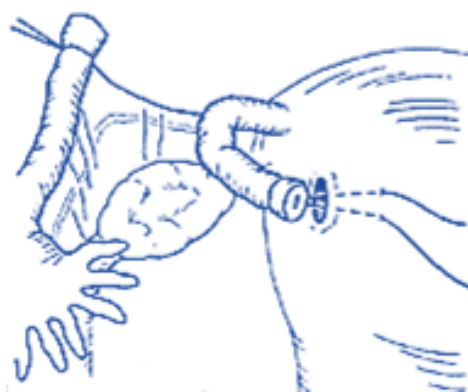
τμήματος μεταξύ των απολινώσεων. Το τελικό αποτέλεσμα είναι παρόμοιο με τη μέθοδο απολίνωσης των σαλπίνγων Pomeroy, που θα αναλυθεί σε λίγο. Παραμένουν δύο υγιή σαλπινγικά τμήματα που μπορούν να επανασυνδεθούν με μικροχειρουργική αντιστροφής σαλπίνγων και συνεπώς η συγκεκριμένη μέθοδος στείρωσης είναι δυνητικά αναστρέψιμη. Τα δύο τρίτα των γυναικών με απολίνωση των σαλπίνγων Parkland μένουν έγκυες μετά από χειρουργική επέμβαση αναστροφής των σαλπίνγων (Galvez, 1994; Lee & Jones, 1991)

Η πιο συχνά χρησιμοποιούμενη τεχνική απολίνωσης των σαλπίνγων αμέσως μετά τον τοκετό είναι η απολίνωση κατά Pomeroy. Η τεχνική Pomeroy είναι μια από τις πιο συχνές μεθόδους χειρουργικής απολίνωσης των σαλπίνγων και χαρακτηρίζεται από εκτομή (ή αφαίρεση) τμήματος της σάλπιγγας. Αυτό περιλαμβάνει τη



Εικόνα 28: Απολίνωση κατά Pomeroy

δημιουργία ενός βρόγχου με χρήση ενός ράμματος γύρω από τμήμα της σάλπιγγας και την αφαίρεση αυτού. Η Pomeroy επειδή είναι απλή και αποτελεσματική. Ταυτόχρονα η τεχνική αυτή συνήθως αφήνει δύο υγιή τμήματα της σάλπιγγας που μπορούν να επανασυνδεθούν μέσω χειρουργικής επέμβασης ανακατασκευής των σαλπίνγων. Η ποσότητα του σωλήνα που αφαιρέθηκε μπορεί να προσδιοριστεί πριν από την επέμβαση επανακατασκευής των σαλπίνγων από την το πρακτικό του χειρουργείου απολίνωσης των σαλπίνγων. Οι παραλλαγές της τεχνικής απολίνωσης των σαλπίνγων Pomeroy περιλαμβάνουν το μήκος και τη θέση του δεμένου και κομμένου σαλπινγικού τμήματος, τον αριθμό και τον τύπο των



Εικόνα 29: Απολίνωση κατά Irving

απολινώσεων που τοποθετούνται γύρω από τον σωλήνα και επιπλέον από την επιλογή τα κομμένα άκρα να κοπούν με τραυματικό εργαλείο ή να καυτηριαστούν. Αυτές οι παραλλαγές της διαδικασίας Pomeroy τροποποιούν διαφορετικά η κάθε μία τα μήκη των σαλπιγγικών τμημάτων που απομένουν και μπορούν να επισκευαστούν. Περίπου τα δύο τρίτα των γυναικών με απολίνωση των σαλπίγγων Pomeroy μένουν έγκυες μετά από χειρουργική επέμβαση αναστροφής των σαλπίγγων. Ένα από τα κύρια προβλήματα με την αντιστροφή της τεχνικής απολίνωσης των σαλπίγγων Pomeroy είναι η θέση στην οποία συνδέονται οι απολινώσεις. Εάν ο χειρουργός τοποθετήσει την απολίνωση πολύ κοντά στο άκρο της σάλπιγγας (κοντά στους κροσσούς), συχνά δεν απομένει αρκετός ιστός για επανασύνδεση (deSouza&Burger, 2021; Georgeetal., 2013; Sober&Schreiber, 2014).

Τέλος, η απολίνωση των σαλπίγγων με τη μέθοδο Irving ξεκινά με την τοποθέτηση δύο απολινώσεων γύρω από τη σάλπιγγα στο εγγύς έως το μεσαίο τμήμα της και αφαιρώντας το σαλπιγγικό τμήμα μεταξύ των δύο απολινώσεων. Στη συνέχεια, το δεμένο άκρο του τμήματος της σάλπιγγας που συνδέεται με τη μήτρα ράβεται στην πίσω πλευρά της μήτρας και το άλλο δεμένο άκρο θάβεται στον συνδετικό ιστό που βρίσκεται κάτω από τη σάλπιγγα. Αυτό είναι πολύ διαφορετικό από άλλους τύπους σαλπίγγων απολινώσεις. Απομένει πολύ λίγος κανονικός σωλήνας για επισκευή και τα ποσοστά επιτυχίας είναι πολύ χαμηλά. Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε διαδικασία Irving ενθαρρύνονται έντονα να προχωρήσουν σε εξωσωματική γονιμοποίηση. Εάν όχι, θα πρέπει τουλάχιστον να υποβληθούν σε λαπαροσκόπηση διαλογής για να αξιολογήσουν τα μήκη των σαλπίγγων που απομένουν για επισκευή (Horvathetal.,2018)

Διατραχηλική στείρωση

Η γυναικεία στείρωση μπορεί να ολοκληρωθεί χρησιμοποιώντας μια διατραχηλική προσέγγιση για να φτάσει ο χειρουργός στο σαλπιγγικό στόμιο. Μέσα σε κάθε στόμιο, η απόφραξη επιτυγχάνεται με την

τοποθέτηση από το εγγύς σαλπιγγικό στόμιο είτε μηχανικής συσκευής είτε κάποιας χημικής ουσίας.

Αναφορικά με μηχανική συσκευή τοποθέτησης εντός της σάλπιγγας για μόνιμη αντισύλληψη ο FDA έχει εγκρίνει το σύστημα Essure, το οποίο το 2019 απέσυρε από την αγορά η κατασκευάστρια εταιρεία Bayern. Το Essure αποτελούνταν από ένα εσωτερικό πηνίο από ανοξείδωτο χάλυβα, το οποίο περικλειόταν από πολυεστέρα. Το εξωτερικό πηνίο ήταν κατασκευασμένο από νιπινόλη (ένα κράμα νικελίου και τιτανίου), που χρησιμοποιείται στα στεφανιαία στεντς. Η στειρότητα προκαλούνταν γιατί γύρω από τα μόρια του πολυεστέρα προκαλούνταν ταχύς πολλαπλασιασμός ινοβλαστών. Τρεις μήνες μετά τη διαδικασία, πραγματοποιείται υστεροσαλπιγγογραφία για να επιβεβαιωθεί η απόφραξη των σαλπίγγων και συνεπώς μέχρι τα αποτελέσματα της εξέτασης αυτής η ασθενής θα πρέπει να χρησιμοποιεί και κάποια άλλη μέθοδο αντισύλληψης (Grosdemouge et al., 2009; Guiahi et al., 2010)

Τέλος, αναφορικά με την πυροδότηση στείρωσης δια έγχυσης χημικών ουσιών στις σάλπιγγες, μια μέθοδος που έχει χρησιμοποιηθεί παγκοσμίως σε περισσότερες από 100.000 γυναίκες συνίσταται στη χρήση ενός εισαγωγέα τύπου IUD για την τοποθέτηση σφαιριδίων κιν ακρίνης στο εσωτερικό της μήτρας. Τα σφαιρίδια αυτά προκαλούσαν ημιουλοποίηση των σαλπίγγων. Η πιθανότητα εγκυμοσύνης μετά την εφαρμογή της τεχνικής αυτής υπολογίστηκε στο 1% στο πρώτο έτος και 12% στη δεκαετία (Sokal et al., 2008). Ωστόσο ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας συνιστά την αποφυγή της χρήσης της κιν ακρίνης λόγω της πιθανής επαγωγής καρκινογένεσης. Πάραυτα στις αναπτυσσόμενες χώρες χρησιμοποιείται λόγω της έλλειψης πόρων (Castaño, 2010; Lippes, 2002).

Χειρουργικές Τεχνικές

Οι επεμβάσεις στειρότητας μπορούν να πραγματοποιηθούν λαπαροσκοπικά, υστεροσκοπικά ή με λαπαροτομία.

Η υστεροσκοπηση προσφέρει το πλεονέκτημα της ικανότητας εκτέλεσης της στο ιατρείο με ελάχιστη έως καθόλου καταστολή παρά μονάχα με παρατραχηλικό αποκλεισμό. Ταυτόχρονα η υστεροσκοπηση δεν χρειάζεται ούτε τομές ούτε είσοδος στην κοιλιά της ασθενούς με τους κινδύνους που συνοδεύουν τις ενδοκοιλιακές επεμβάσεις (Cooper et al., 2010). Υστεροσκοπικά ωστόσο μπορεί να πραγματοποιηθεί αποκλειστικά μόνο η στείρωση δια συσκευής τύπου Essure ή με τη χημική στείρωση με τα σφαιρίδια κινακρίνης.

Η λαπαροσκοπηση αποτελεί μία ελάχιστα επεμβατική μέθοδο και πλεονεκτεί εξαιτίας της άμεσης αποτελεσματικότητας, της ασφάλειας και της ικανότητας αξιολόγησης της πυέλου μετά το πέρας της επέμβασης (Golditch, 1971; Wheelless CR, 1976) Για τη διενέργεια λαπαροσκοπικής επέμβασης στείρωσης, οι σάλπιγγες αρχικά εντοπίζονται και ακολουθούνται μέχρι το άκρο του κροσσού ώστε να καθορίσει ο χειρουργός το πεδίο του. Λαπαροσκοπικά μπορεί να πραγματοποιηθεί τόσο απολίνωση των σαλπίγγων με τους τρεις τρόπους που έχουν περιγραφεί παραπάνω αλλά και καυτηριασμός αυτών. Για τις περισσότερες εκ των λαπαροσκοπικών επεμβάσεων στείρωσης απαιτείται μία επιπλέον θύρα εκ των τυπικών θυρών που χρησιμοποιούνται στις γυναικολογικές λαπαροσκοπικές επεμβάσεις, η οποία τοποθετείται συνήθως 2 έως 3 εκατοστά ύπερθεν της ηβικής σύμφυσης (Hoffman et al, 2016). Όταν η στείρωση πραγματοποιείται με συνδετήρα Filshie χρειάζεται μία θύρα 8 mm για να εισέλθει το απλικατέρ του κλιπ στη κοιλιά της ασθενούς (Hoffman et al, 2016). Λαπαροσκοπικά δύναται να πραγματοποιηθεί και η σαλπιγγεκτομή.

Η λαπαροτομία χρησιμοποιείται για την εκτέλεση της στείρωσης απευθείας μετά τον τοκετό, ιδίως όταν αυτός πραγματοποιείται δια καισαρικής τομής, σε ασθενείς που διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο επιπλοκών με τη λαπαροσκοπηση ή σε περιβάλλον έλλειψης πόρων (Stuart & Ramesh , 2018). Γίνεται μια τομή 2 έως 3 εκατοστών στην περιοχή του πυθμένα της μήτρας, η οποία τυπικά βρίσκεται στην ομφαλική

περιοχή σε ασθενή μετά τον τοκετό. Με λαπαροτομία μπορεί να πραγματοποιηθεί απολίνωση των σαλπίγγων, καυτηριασμός αυτών ή σαλπιγγεκτομή.

Χρόνος εκτέλεσης

Η επιλογή της τεχνικής με την οποία θα πραγματοποιηθεί η γυναικεία στείρωση ποικίλλει ανάλογα με το χρόνο εκτέλεσης της επέμβασης. Μπορεί να εκτελεστεί αμέσως μετά τον τοκετό ή σε στιγμή που δεν σχετίζεται με εγκυμοσύνη. Περίπου το 50% των γυναικείων στείρωσεων στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής πραγματοποιούνται αμέσως μετά τον τοκετό (MacKay, 2001). Η στείρωση ακολουθεί το 8% έως 9% των ζώντων γεννήσεων, πιο συχνά αμέσως μετά τη διενέργεια τοκετού δια χαμηλής εγκάρσιας καισαρικής τομής (Chan & Westhoff, 2010; Dannis et al., 2016). Από το 1995 και μετά την ευρεία εισαγωγή των λαπαροσκοπικών επεμβάσεων στο πεδίο, οι στείρωσεις που δε σχετίζονται χρονικά με την εγκυμοσύνη έχουν πληθύνει και έχουν μετατοπίσει τη διαδικασία από το μαιευτικό περιβάλλον ακριβώς μετά τον τοκετό και με τη γυναίκα να παραμένει κλινήρης στο τακτικό χειρουργικό πρόγραμμα των γυναικολογικών κλινικών με τη γυναίκα να επιστρέφει άμεσα στην καθημερινότητά της (Pollack et al., 1997). Λόγω της ευκολίας της πραγματοποίησης επέμβασης στείρωσης, υπήρξε μια δραματική αύξηση στον αριθμό των επεμβάσεων που πραγματοποιήθηκαν στις Ηνωμένες Πολιτείες, από ποσοστό 0,4 στείρωσεων ανά 1000 μη στείρωμένες γυναίκες το 1980 σε ποσοστό 6,4 στείρωσεων ανά 1000 μη στείρωμένες γυναίκες το 1996 (Chan & Westhoff, 2010). Η επιλογή και ο χρόνος εκτέλεσης μιας τέτοιας επέμβασης επηρεάζονται από τις ατομικές προτιμήσεις της ασθενούς, την ιατρική αξιολόγηση του κινδύνου από την επέμβαση, την πρόσβαση της γυναίκας σε υπηρεσίες υγείας και άλλες μεθόδους αντισύλληψης αλλά και την ασφαλιστική κάλυψη της ασθενούς (Hoffman et al, 2016).

Ενδείξεις

Ενδείξεις εκτέλεσης επέμβασης γυναικείας στείρωσης αποτελούν οι ακόλουθες δύο περιπτώσεις:

- Γυναίκες που επιθυμούν οι ίδιες μόνιμη αντισύλληψη.
- Γυναίκες για τις οποίες μία επόμενη εγκυμοσύνη αποτελεί κατάσταση ιδιαίτερα απειλητική για τη ζωή τους. Και σε αυτήν την περίπτωση τονίζεται η σημασία της συγκατάθεσης της ασθενούς μετά από πλήρη ενημέρωση της ασθενούς για την μη αναστρεψιμότητα της επέμβασης αλλά και τον κίνδυνο που διατρέχει σε ενδεχόμενη εγκυμοσύνη.

Αντενδείξεις

Οι αντενδείξεις περιλαμβάνουν:

- παρουσία γυναικολογικής κακοήθειας
- εξαιρετικά νεαρής ηλικίας ασθενείς
- αμφίθυμες ασθενείς
- νοσηρά παχύσαρκες ασθενείς
- ασθενείς που έχουν κριθεί νομικά ανίκανες για λήψη ιατρικής απόφασης και
- έλλειψη πόρων για την ορθή εκτέλεση της επέμβασης (Marinoetal., 2021).

Προεγχειρητική προετοιμασία

Πριν την εκτέλεση μίας επέμβασης στείρωσης ειδικά όταν αυτή δεν αφορά επιλόχεια στείρωση εκτός από τη λήψη εκτενούς ιστορικού και κλινικής γυναικολογικής εξέτασης είναι απαραίτητο να γίνονται οι ακόλουθες εξετάσεις ώστε να αποκλειστεί η κακοήθεια, η πυελική φλεγμονή ή λοίμωξη και η εγκυμοσύνη:

- Τεστ εγκυμοσύνης ή μέτρηση β-χοριακής γοναδοτροπίνης
- Τεστ κατά Παπανικολάου και κυτταρολογική εξέταση
- Έλεγχος για Σεξουαλικά Μεταδιδόμενες Λοιμώξεις

- Γενική Ούρων
- Υπέρηχος πυέλου ειδικά επί υποψίας ενδοπυελικής μάζας κατά την κλινική εξέταση

Επιπλοκές επέμβασης

Οι επιπλοκές της επέμβασης ποικίλουν ανάλογα με την χειρουργική τεχνική που θα ακολουθηθεί αλλά και το επίπεδο της αναισθησίας. Η θνητότητα της επέμβασης είναι εξαιρετικά χαμηλή και σχετίζεται κυρίως με τις επιπλοκές της γενικής αναισθησίας. Πιο συγκεκριμένα ανέρχεται μεταξύ 0.01 – 0.02%. Αναφορικά με τη λαπαροσκόπηση το ποσοστό μετατροπής μιας λαπαροσκοπικής επέμβασης στείρωσης σε λαπαροτομία υπολογίζεται σε λιγότερο από 1% (Marinoetal., 2021). Άλλες περιγραφόμενες επιπλοκές είναι η κάκωση οργάνων της κοιλίας, μεγάλων αγγείων ή νεύρων κατά τους χειρισμούς, το έγκαυμα των πέριξ των σαλπίνγγων δομών κατά τον καυτηριασμό, το μετεγχειρητικό άλγος, η μετεγχειρητική λοίμωξη και η διαπύηση του τραύματος. Είναι σημαντικό ότι μετά την επέμβαση υπάρχει πιθανότητα αποτυχίας της στείρωσης. Η μελέτη CREST υπολογίζει το λόγο δεκαετούς αποτυχίας στις 18.5/1000 επεμβάσεις (Carignan&Pati, 1997) Τέλος, έχουν περιγραφεί περιπτώσεις έκτοπων κυήσεων μετά από επεμβάσεις στείρωσης.

Τέλος, το επιβαρυνόμενο από νοσηρότητες ατομικό αναμνηστικό της ασθενούς (πχ σακχαρώδης διαβήτης, η παχυσαρκία), προηγούμενη χειρουργική επέμβαση στην κοιλιά ή την πυέλο και η γενική αναισθησία είναι ανεξάρτητοι προγνωστικοί παράγοντες για επιπλοκές.

Κεφάλαιο 3^ο: Δεύτερης, τρίτης και τέταρτης γραμμής Αντισύλληψη

3.1) Δεύτερης γραμμής ή Πολύ Αποτελεσματική Αντισύλληψη

Τα αντισυλληπτικά μέσα που θεωρούνται πολύ αποτελεσματικά είναι τα σκευάσματα που λειτουργούν με την απελευθέρωση ορμονών στο σώμα και μιμούμενα τις ορμόνες των γονάδων είτε αναστέλλουν την ωοθυλακιορρηξία, είτε κάνοντας το περιβάλλον του τραχήλου και του ενδομητρίου αφιλόξενο και βλαβερό για το σπέρμα είτε παρεμποδίζουν την εμφύτευση του ζυγώτου καθιστώντας το ενδομήτριο αφιλόξενο περιβάλλον. Αυτά περιλαμβάνουν τα από του στόματος αντισυλληπτικά δισκία (συνδυασμένου τύπου ή αποκλειστικά με προγεσταγόνο), τα ενέσιμα σκευάσματα προγεσταγόνου, το συνδυασμένο αντισυλληπτικό αυτοκόλλητο και τον ενδοκολπικό δακτύλιο. Ο μηχανισμός δράσης είναι παρόμοιος στις περισσότερες κατηγορίες και μπορούμε αδρά να τα διαχωρίσουμε με βάση αυτών στα σκευάσματα που φέρουν μόνο προγεσταγόνο και άρα μιμούνται τις δράσεις της προγεστερόνης και σε εκείνα που περιέχουν και κάποιο συνθετικό οιστρογόνο. Στην πρώτη κατηγορία εντάσσονται τα δισκία που περιέχουν μόνο προγεσταγόνο και τα ενέσιμα μόνο με προγεσταγόνο ενώ το αυτοκόλλητο μαζί με τα συνδυασμένου τύπου από του στόματος αντισυλληπτικά δισκία, τον κολπικό δακτύλιο και τα συνδυασμένα ενέσιμα σκευάσματα φέρουν τόσο προγεσταγόνο όσο και ανάλογο οιστρογόνο. Αξίζει να εξεταστεί η κάθε κατηγορία ξεχωριστά καθότι εάν και οι διαφορές στο μηχανισμό δράσης είναι λεπτές, τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα του κάθε σκευάσματος που αφορούν τον τρόπο και χρόνο χρήσης εξατομικεύουν την πιθανή επιλογή του ως μέσο αντισύλληψης για μία γυναίκα.

3.1.α) Συνδυασμένου τύπου αντισυλληπτικά δισκία

Πλατάκης Νικόλαος

Ορισμός, Δραστικές Ουσίες και Επιδημιολογία:

Τα συνδυασμένα από του στόματος αντισυλληπτικά (Combined Oral

Contraceptives, **COCs**) αποτελούν μια βραχείας δράσης και αναστρέψιμη μέθοδο αντισύλληψης, τα οποία **περιλαμβάνουν συνδυασμό ενός συνθετικού οιστρογόνου και ενός προγεσταγόνου** (ανάλογου προγεστερόνης). Το συνθετικό οιστρογόνο που περιλαμβάνεται στην πλειονότητα αυτών των δισκίων είναι η αιθυνολοιστραδιόλη, ενώ χρησιμοποιούνται και άλλα σε λιγότερα όμως διαθέσιμα σκευάσματα, όπως η μεστρανόλη και η βαλερική οιστραδιόλη. Όσον αφορά στα προγεσταγόνα που περιλαμβάνονται στα COCs, μερικά από αυτά που χρησιμοποιούνται πιο συχνά είναι η δροσπιρενόνη,



η λεβονοργεστρέλη, η δεσογεστρέλη και η νορεθινδρόνη (Cerel&Yeager, 1999). Αποτελούν, μαζί με τις υπόλοιπες επιλογές που ανήκουν στις 2ης τάξης αντισυλληπικές μεθόδους (μεγάλης αποτελεσματικότητας),

την πιο διαδεδομένη και ευρέως χρησιμοποιούμενη μέθοδο αντισύλληψης. Συγκεκριμένα για τα αντισυλληπικά δισκία, εκτιμάται ότι χρησιμοποιούνται από 60 εκατομμύρια γυναίκες παγκοσμίως, ενώ σύμφωνα με στατιστικά δεδομένα από τη μελέτη των *Mosher&Jones (2010)*, αποτελούσαν την συχνότερη μέθοδο αντισύλληψης στις ΗΠΑ με ποσοστό 49.0%. Τέλος, έχουν αρκετά μεγάλη αποτελεσματικότητα, καθώς το ποσοστό ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης στον πρώτο χρόνο μετά από άριστη και ολόσωστη χρήση τους είναι μόλις 0,3%, ενώ όταν ο τρόπος λήψης δεν είναι ο ιδανικός, τότε το ποσοστό αυτό φτάνει στο 9%, το οποίο όμως παραμένει να είναι αρκετά μικρότερο από το ποσοστό αποτυχίας άλλων κοινών μεθόδων αντισύλληψης (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2013; Association of Reproductive

Health Professionals, 2021; WHO, 2018).

Μηχανισμός αντισυλληπτικής δράσης:

Υπάρχουν ποικίλλοι τρόποι με τους οποίους τα COCs πραγματοποιούν την αντισυλληπτική τους δράση. Ο κυριότερος από αυτούς είναι η αναστολή της ωοθυλακιορρηξίας, μέσω καταστολής της έκκρισης της εκλυτικής ορμόνης των γοναδοτροπινών (GnRH) από τον υποθάλαμο, το οποίο οδηγεί κατ'επέκταση και στην καταστολή της έκκρισης της ωοθυλακιοτρόπου ορμόνης (FSH) και της ωχρινοτρόπου ορμόνης (LH) από την υπόφυση. Αυτό συμβαίνει λόγω αρνητικής ανάδρομης τροφοδότησης που ασκεί η εξωγενής χορήγηση (άρα και η αύξηση των επιπέδων) οιστρογόνου και προγεσταγόνου στην έκκριση των παραπάνω ορμονών και στον άξονα υποθάλαμος – υπόφυση – ωοθήκες. Η καταστολή αυτών των ορμονών έχει σαν αποτέλεσμα αφενός την αναστολή της επιλογής του κυρίαρχου ωοθυλακίου και αφετέρου την αποτροπή της εκκριτικής αιχμής της LH που αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για να συμβεί η ωοθυλακιορρηξία. Άλλοι τρόποι με τους οποίους ασκούν την αντισυλληπτική τους δράση τα COCs είναι η πάχυνση της τραχηλικής βλέννης, η οποία καθιστά πιο δύσκολη τη δίοδο των σπερματοζωαρίων στο σώμα της μήτρας, η αναστολή του πολλαπλασιασμού του ενδομητρίου, με αποτέλεσμα τη δημιουργία ενός ατροφικού ενδομητρίου ανίκανου για εμφύτευση ενός γονιμοποιημένου ωαρίου, καθώς και η επιβράδυνση της κινητικότητας των κροσσών της σάλπιγγας, εμποδίζοντας έτσι τόσο την κάθοδο του ωαρίου όσο και την άνοδο των σπερματοζωαρίων. Αυτοί οι μηχανισμοί οφείλονται κυρίως στη δράση του προγεσταγόνου (CDC, 2019; Cerel&Yeager, 1999; Hoffman 2016).

Δοσολογία και τρόπος χορήγησης:

Ανάλογα με τη δόση της κάθε ορμόνης που χορηγείται κατά τη διάρκεια ενός κύκλου, τα COCs διακρίνονται:

- α) σε **μονοφασικά**, στα οποία η δόση τόσο του οιστρογόνου όσο και του προγεσταγόνου είναι σταθερή καθ' όλη την διάρκεια του κύκλου,
- β) σε **διφασικά**, στα οποία περιλαμβάνονται δύο διαφορετικές δόσεις των ορμονών, χωρισμένες σε δύο φάσεις του κύκλου και
- γ) σε **τριφασικά**, στα οποία περιλαμβάνονται τρεις διαφορετικές δόσεις των ορμονών, χωρισμένες σε τρεις φάσεις του κύκλου.

Γενικότερα, τα πολυφασικά (διφασικά και τριφασικά) έχουν σχεδιαστεί έτσι ώστε να περιλαμβάνουν συνολικά χαμηλότερη δόση χορηγούμενου προγεσταγόνου, έτσι ώστε να μειώνεται η πιθανότητα των ανεπιθύμητων ενεργειών που προκύπτουν από αυτό.

Ιδανικά, η έναρξη της λήψης των COCs γίνεται από την πρώτη έως και την πέμπτη ημέρα του εμμηνορρυσιακού κύκλου. Παρ'όλα αυτά η έναρξη της λήψης αυτών των δισκίων μπορεί να γίνει και σε άλλες φάσεις, όπως την πρώτη Κυριακή μετά την έναρξη της εμμήνου ρύσεως ή ακόμα και την ημέρα της συνταγογράφησης ανεξάρτητα από τη φάση του εμμηνορρυσιακού κύκλου που βρίσκεται η γυναίκα. Βέβαια, στις τελευταίες δύο περιπτώσεις, απαιτείται η χρήση μιας επιπλέον μεθόδου αντισύλληψης την πρώτη εβδομάδα μαζί με τη χρήση των COCs, για να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος ανεπιθύμητης κύησης. Η συνηθέστερη διάρκεια χορήγησης αυτών των δισκίων είναι 21 ημέρες ανά κύκλο, η οποία ακολουθείται από μια περίοδο 7 ημέρων στην οποία διακόπτονται τα φάρμακα, προκειμένου να εγκατασταθεί η έμμηνος ρύση. Στην πραγματικότητα, τα σκευάσματα αυτού του τύπου περιλαμβάνουν 21 χάπια τα οποία περιλαμβάνουν τις δραστικές ορμόνες και 7 τα οποία είναι placebo. Όμως, σε νεότερα σκευάσματα που περιέχουν χαμηλότερες δόσεις των δύο ορμονών, η διάρκεια χορήγησης των δραστικών χαπιών (δηλ. αυτών που περιέχουν τις ορμόνες) αυξάνεται στις 24 μέρες, με τη διάρκεια διακοπής χορήγησης των ορμονών να μειώνεται στις 4 μέρες (24 δραστικά δισκία και 4 placebo). Αυτό γίνεται διότι έχει φανεί πως μετά τη διακοπή των COCs που περιείχαν χαμηλότερη δόση των δύο ορμονών, η λειτουργικότητα των ωοθηκών και η έμμηνος ρύση επανερχόταν στις 4

μέρες αντί για τις 7 ημέρες. Επιπροσθέτως, πέρα από την κυκλική μέθοδο χορήγησης των COCs (21/7 ή 24/4) υπάρχει και η εποχική (84/7) όπως και η συνεχής (365 μέρες καθημερινά χωρίς διακοπή) μέθοδος χορήγησης, οι οποίες πέρα των άλλων παρέχουν ευκολότερη χρήση. Τέλος, σε περίπτωση παράληψης ενός δισκίου, ιδιαίτερα τις πρώτες 2 εβδομάδες του κύκλου, ο κίνδυνος για ωοθυλακιορρηξία είναι πολύ μικρός για τα μονοφασικά δισκία, οπότε συνίσταται αναπλήρωση του δισκίου την επόμενη ημέρα και συνέχιση κανονικά της λήψης των υπολοίπων. Παρ' όλα αυτά, εάν παραληφθούν περισσότερα ή παραληφθεί ένα αλλά είναι πολυφασικό (άρα περιέχει χαμηλότερη δόση ορμονών), τότε συνίσταται η αναπλήρωση του δισκίου την επόμενη μέρα και η προσθήκη μιας επιπλέον αντισυλληπτικής μεθόδου (συνηθέστερα προτείνεται κάποια μέθοδος φραγμού) για 7 ημέρες. Σε κάθε περίπτωση, εάν δεν εγκατασταθεί αιμορραγία την τελευταία εβδομάδα του κύκλου, τότε πρέπει να αποκλειστεί το ενδεχόμενο εγκυμοσύνης, αλλά τα χάπια συνεχίζονται κανονικά, καθώς δεν είναι τερατογόνα (American Academy of Pediatrics & American College of Obstetricians and Gynecologists, 2012).

Ωφέλη και ενδείξεις:

Πέρα από την πολύ αποτελεσματική αντισύλληψη που προσφέρουν, τα COCs παρέχουν ποικίλλα οφέλη, για αυτό και μπορούν να χρησιμοποιηθούν και για άλλες καταστάσεις:

- Οφέλη στην περίοδο:

Έχει φανεί ότι με τη χρήση των COCs ο κύκλος της γυναίκας γίνεται πιο τακτικός και σταθερός, καθώς επίσης μειώνεται η ποσότητα του αποβαλλόμενου αίματος κατά την περίοδο. Επιπλέον, τα COCs μειώνουν σε σημαντικό βαθμό τα συμπτώματα δυσμηνόρροιας, διότι το προγεσταγόνο καθιστά πιο λεπτό το ενδομήτριο και αναστέλλει τις συσπάσεις της μήτρας που προκαλούνται κατά την

περίοδο και οι οποίες ευθύνονται για τη δυσμηνόρροια. Για τους παραπάνω λόγους, τα COCs μπορούν να χρησιμοποιηθούν:

α) για τη βελτίωση της σιδηροπενικής αναιμίας που ταλαιπωρεί πολλές γυναίκες οι οποίες έχουν μεγάλη ροή αίματος κατά την περίοδο

β) ως συμπτωματική θεραπεία σε παθήσεις που χαρακτηρίζονται από έντονη δυσμηνόρροια, όπως η ενδομητρίωση (εξάλλου μειώνουν και την πιθανότητα εμφάνισης ενδομητρίωσης)

γ) για ανακούφιση από την προεμμηνορροϊκή δυσφορική διαταραχή.

- Προφύλαξη από λοιμώξεις της μήτρας και των σαλπίνγων:

Έχει φανεί ότι η λήψη των COCs μειώνει τον κίνδυνο ανάπτυξης λοιμώξεων της μήτρας και των σαλπίνγων, οι οποίες στην πλειονότητά τους οφείλονται σε μικρόβια που μεταδίδονται με τη σεξουαλική επαφή. Ωστόσο, δεν μειώνουν τον κίνδυνο μόλυνσης από τον ιό HIV που προκαλεί το AIDS, ούτε προστατεύουν από τα υπόλοιπα ΣΜΝ (Arjionafetal., 2014).

- Οφέλη στο δέρμα και την τριχοφυΐα:

Η ακμή είναι συχνό δερματικό πρόβλημα που προσβάλλει αρκετές νεαρές γυναίκες και οφείλεται στην αυξημένη παραγωγή και δράση των ανδρογόνων. Για τον ίδιο λόγο, πολλές γυναίκες μπορεί να εμφανίζουν και υπερτρίχωση ή ακόμα και ανδρογενετική αλωπεκία. Τα COCs αναστέλλουν την εμφάνιση αυτών των δερματικών προσβολών, λόγω τόσο της δράσης του οιστρογόνου όσο και της δράσης του προγεσταγόνου. Συγκεκριμένα, το οιστρογόνο διεγείρει την παραγωγή των σφαιρινών δέσμευσης των ορμονών του φύλου (Sex Hormone-Binding Globulins, SHBGs) από το ήπαρ, με αποτέλεσμα τη μείωση της ελεύθερης, άρα και βιολογικά δραστικής, τεστοστερόνης. Επίσης, το προγεσταγόνο έχει

αντιανδρογονικές δράσεις, δεσμεύοντας τους υποδοχείς των ανδρογόνων. Τέλος, και οι 2 ορμόνες αναστέλλουν τη δραστηριότητα του ενζύμου 5α-αναγωγάση, το οποίο μετατρέπει την τεστοστερόνη στην κατα πολύ ισχυρότερη μορφή της, την διϋδροτεστοστερόνη (DHT), με αποτέλεσμα να μειώνεται η ανδρογονική της δράση, όπως επίσης αναστέλλουν την παραγωγή και έκκριση GnRH από τον υποθάλαμο, ελαττώνοντας έτσι την παραγωγή τεστοστερόνης από τις ωοθήκες. Για όλους τους παραπάνω λόγους, τα COCs ενδείκνυται να χορηγούνται σε παθολογικές καταστάσεις που σχετίζονται με υπερανδρογοναιμία και κατ' επέκταση την εμφάνιση αντίστοιχων δερματικών βλαβών, όπως το σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών (PCOS) (Petrietal., 2005).

- Επιδράσεις στην γονιμότητα και στην κύηση:

Έχει βρεθεί πως η χρήση των COCs μειώνει κατά πολύ την πιθανότητα ύπαρξης εξωμήτριου κυήσης, μιας κατάστασης απειλητικής για τη σωστή ανάπτυξη του εμβρύου και την ασφαλή έκβαση της εγκυμοσύνης. Επίσης, παρέχουν τη δυνατότητα στη γυναίκα να αποκτά άμεσα και εύκολα τη γονιμότητά της μετά τη διακοπή τους, σε περίπτωση που επιθυμεί να τεκνοποιήσει, λόγω της βραχείας δράσης και μεγάλης αναστρεψιμότητας που διαθέτουν τα COCs. Μάλιστα, η γονιμότητα επανέρχεται ανεξάρτητα από τη διάρκεια λήψης τους. Τέλος, σχετίζονται με λιγότερα ποσοστά αποβολών μόλις μια γυναίκα μείνει έγκυος μετά τη διακοπή τους, καθώς και δεν συνδέονται με συγγενείς ανωμαλίες στο έμβρυο, στην περίπτωση που κατά λάθος γίνει χρήση τους ενώ εξελίσσεται η εγκυμοσύνη (American Academy of Pediatrics & American College of Obstetricians and Gynecologists, 2012).

- Συσχέτιση με καρκίνο ενδομητρίου και ωοθηκών και με καλοήθεις παθήσεις του μαστού:

Τα COCs προσφέρουν προστατευτική δράση έναντι του καρκίνου του ενδομητρίου και των ωοθηκών, η οποία όμως είναι ανάλογη της διάρκειας χρήσης τους, καθώς επίσης μειώνουν τον κίνδυνο για ανάπτυξη καλοήθων παθήσεων του μαστού. Συγκεκριμένα, όσον αφορά στον καρκίνο του ενδομητρίου, η διαρκής προστατευτική αντιρροπιστική δράση που ασκεί το προγεσταγόνο στο ενδομήτριο εμποδίζει την υπερπλασία του που προκαλείται από τα οιστρογόνα, με αποτέλεσμα να μειώνει τον κίνδυνο κακοήθους εξαλλαγής του. Σύμφωνα με δεδομένα από ερευνητικές μελέτες, τα COCs μειώνουν τον κίνδυνο για προσβολή από καρκίνο του ενδομητρίου σε ποσοστό 40% για 12 μήνες χρήση τουλάχιστον, ενώ το ποσοστό αυτό αυξάνεται σε 80% μετά από 10 χρόνια συνεχούς λήψης τους. Επιπλέον, η προστατευτική τους δράση εξακολουθεί να ισχύει ακόμα και μετά τη διακοπή των δισκίων για τουλάχιστον 20 χρόνια. Όσον αφορά στον καρκίνο των ωοθηκών, ο κίνδυνος από τη χρήση των COCs μειώνεται χάρη στην διαρκή αναστολή της ωορρηξίας, που οδηγεί σε ελάττωση της συχνότητας ανανέωσης του επιθηλίου των ωοθηκών για το σχηματισμό νέων ωοθυλακίων ανά κύκλο. Παρομοίως, μελέτες έχουν δείξει ότι η χρήση των COCs μειώνουν τον κίνδυνο για καρκίνο των ωοθηκών σε ποσοστό 40% σε σχέση με τις γυναίκες που δεν κάνουν χρήση των δισκίων, ποσοστό το οποίο αυξάνεται σε 80% μετά από 10 χρόνια χρήσης. Τέλος, και σε αυτόν τον καρκίνο, η προστατευτική δράση των COCs παραμένει για 20 χρόνια μετά τη διακοπή τους (Brohetetal., 2007).

- Οφέλη στο καρδιαγγειακό και στον οστίτη ιστό:

Τα οιστρογόνα που περιλαμβάνονται στα COCs συμβάλλουν στην ελάττωση των επιπέδων της κυκλοφορούμενης στο αίμα LDL

χοληστερόλης, μειώνοντας έτσι τον κίνδυνο για ανάπτυξη αθηρωματικής νόσου. Τέλος, αναστέλουν τη δράση των οστεοκλαστών στα οστά, συμβάλλοντας έτσι στην αύξηση της οστικής πυκνότητας και στη μείωση του κινδύνου για ανάπτυξη οστεοπόρωσης (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2014; Petrietal., 2005).

Ανεπιθύμητες ενέργειες - Μειονεκτήματα:

- Φλεβική θρομβοεμβολική νόσος (VTE): Τα COCs αυξάνουν τουλάχιστον 3 με 4 φορές τον κίνδυνο για εμφάνιση οποιασδήποτε μορφής φλεβικής θρομβοεμβολικής νόσου (δηλαδή εν τω βάθει φλεβοθρόμβωσης ή/και πνευμονικής εμβολής), για την οποία ενοχοποιείται το οιστρογονικό υπόβαθρο αυτών των δισκίων. Ο σχετικός κίνδυνος μειώνεται με την ελάττωση της δόσης του οιστρογόνου που περιέχεται στα δισκία, ενώ εξισώνεται με αυτόν που χαρακτηρίζει τις γυναίκες που δεν χρησιμοποιούν COCs μετά την διακοπή τους (Mohllajsewetal., 2006; Trenoretal., 2011).
- Υπέρταση και καρδιαγγειακά συμβάματα: Ο κίνδυνος για ανάπτυξης υπέρτασης αυξάνεται σημαντικά σε γυναίκες που έχουν ατομικό ιστορικό υπέρτασης κύησης ή οικογενειακό ιστορικό υπέρτασης, αλλά όχι τόσο εκσεσημασμένα σε γυναίκες που λαμβάνουν COCs χαμηλών δόσεων (Chasan- Taber, 1996). Ο παθοφυσιολογικός μηχανισμός εμφάνισής της δεν είναι σαφής, φαίνεται όμως να οφείλεται στην επαγόμενη από οιστρογόνα διέγερση της παραγωγής αγγειοτενσινογόνου από το ήπαρ και κατ' επέκταση ενεργοποίηση του συστήματος ρενίνης-αγγειοτενσίνης-αλδοστερόνης. Επίσης, μπορούν (σπάνια μιν) να προκαλέσουν ισχαιμική καρδιακή νόσο ή ΑΕΕ, ιδιαίτερα σε καπνίστριες γυναίκες (Brunner&Hogue, 2005; Mishell, 2000).
- Κεφαλαλγίες: Τα COCs σχετίζονται με εμφάνιση νέων κεφαλαγιών ή επιδείνωση ήδη υπάρχοντων, οι οποίες όμως συνήθως

υποχωρούν με την πάροδο των κύκλων χρήσης των δισκίων.

- Μαστοδυνία
- Ανάπτυξη ηπατικού αδενώματος: Φαίνεται να εξαρτάται από τη δόση και τη διάρκεια λήψης των COCs. Έτσι, τα ηπατικά αδενώματα φαίνεται να σχετίζονται περισσότερο COCs υψηλής δόσης σε οιστρογόνο, ενώ δεν παρατηρείται καμία τέτοια συσχέτιση με τα χαμηλής δόσης δισκία (Hoffmanetal., 2016).
- Μείωση της lipido
- Υπερτριγλυκεριδαιμία
- Ήπια ακμή: Συνήθως εμφανίζεται στους πρώτους μήνες χρήσης τους και ύστερα υποχωρεί
- Γαστρεντερικές διαταραχές: Τα COCs μπορεί να προκαλέσουν ναυτία, καθώς και σχετίζονται με γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση (ΓΟΠ), πιθανόν λόγω της δράσης των οιστρογόνων στην χάλαση του κατώτερου οισοφαγικού σφιγκτήρα, κάτι το οποίο προδιαθέτει σε ΓΟΠ (Kangetal., 2020).
- Καμία προστασία απέναντι στη μετάδοση του ιού HIV και των υπόλοιπων ΣΜΝ
- Αιμορραγίες από διαφυγή: Πρόκειται για επεισόδια αιμορραγιών που συμβαίνουν συνήθως κατά τα μέσα του κύκλου και οφείλονται σε ορμονική ανισορροπία που προκύπτει από τη λήψη αυτών των δισκίων. Είναι εμφανείς κυρίως κατά τους πρώτους 3 μήνες λήψης των COCs και υποχωρούν στη συνέχεια, ενώ μπορεί να επανεμφανιστούν αν γίνει παράληψη μιας ή περισσότερων δόσεων. Συνήθως για αυτές τις αιμορραγίες ενεχοποιούνται τα προγεσταγόνα, τα οποία προκαλούν υπερβολική ατροφία του ενδομητρίου, το οποίο εν τέλει εξελκώνεται και αιμορραγεί.
- Συσχέτιση με καρκίνο τραχήλου και μαστού: Τα COCs αυξάνουν τον κίνδυνο για ανάπτυξη καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, ιδιαίτερα σε γυναίκες που έχουν ήδη υπάρχουσα τραχηλική δυσπλασία. Ο κίνδυνος αυξάνεται περαιτέρω με την αύξηση της

διάρκειας λήψης τους. Όμως, έχει φανεί πως 10 χρόνια μετά τη διακοπή τους, ο κίνδυνος εξισώνεται με τον κίνδυνο που διατρέχουν οι γυναίκες που δεν λαμβάνουν COCs. Όσον αφορά στον καρκίνο του μαστού, φαίνεται πως η λήψη των COCs προκαλεί μια ήπια αύξηση του κινδύνου, χωρίς όμως να είναι ξεκάθαρη η συσχέτισή τους.

Ενδείξεις υπέρ άμεσης διακοπής των COCs:

- Αισθητήριες διαταραχές (πχ διαταραχή όρασης)
- Ανίχνευση νεοεμφανιθείσας μάζας (πχ ογκίδιο στο μαστό)
- Εμφάνιση ημικρανιών (ιδιαίτερα με παρουσία αύρας) μετά την έναρξη λήψης αυτών των δισκίων (σοβαρός κίνδυνος για εμφάνιση ΑΕΕ)
- Εμφάνιση επιληψίας
- Εμφάνιση ικτέρου
- Υποψία θρομβοεμβολικής νόσου ή θρομβοφλεβίτιδας

Αντενδείξεις:

A) Απόλυτες:

1. Από το ιατρικό ιστορικό:

- > Ιστορικό θρομβοεμβολικής νόσου ή γνωστής θρομβοφιλίας
- > Ιστορικό εμφράγματος μυοκαρδίου
- > Ιστορικό ΑΕΕ
- > Ιστορικό καρκίνου ήπατος, μαστού ή τραχήλου της μήτρας
- > Ιστορικό ηπατικής ανεπάρκειας
- > Ιστορικό σοβαρής υπερτριγλυκεριδαιμίας

2. Από το ατομικό αναμνηστικό:

- > Κάπνισμα και ηλικία >35 ετών (αυξάνει τον κίνδυνο για τα καρδιαγγειακά συμβάματα)

B) Σχετικές:

-> Θρομβοφλεβίτιδα ή παρουσία κιρσών

-> Υπερχοληστερολαιμία

-> ΣΔ

-> Υπέρταση

-> Ημικρανίες

-> Ιστορικό επιληψιών: Ισχύει ότι μερικά COCs αλληλεπιδρούν με ορισμένα αντιεπιληπτικά φάρμακα, μειώνοντας τη δράση τους, με αποτέλεσμα να αυξάνεται ο κίνδυνος για εμφάνιση επιληψιών ή επιληπτικής δραστηριότητας

-> Θηλασμός: Κατά την περίοδο του θηλασμού, ο κίνδυνος για ανάπτυξη θρομβοεμβολικής νόσου είναι αυξημένος, επομένως αν χορηγηθούν και COCs, λόγω της επίδρασης των οιστρογόνων στην υπερπηκτικότητα του αίματος, ο κίνδυνος αυξάνεται περαιτέρω. Επίσης, έχει φανεί πως τα οιστρογόνα που περιέχονται στα COCs μπορεί να ελαττώσουν την ποσότητα του παραγόμενου γάλακτος από την μητέρα. Για τους παραπάνω λόγους, συστήνεται η επανέναρξη της λήψης τους μετά από 4-6 εβδομάδες από τον τοκετό.

-> Παχυσαρκία: Έχει βρεθεί ότι στις παχύσαρκες γυναίκες επηρεάζεται ο μεταβολισμός και η φαρμακοκινητική των COCs, με αποτέλεσμα να επιτυγχάνεται μικρότερη βιοδιαθεσιμότητα των δισκίων (λιγότερη συγκέντρωση των ορμονών στο αίμα). Αυτό οδηγεί σε ελάττωση της δραστηριότητάς τους και κατ' επέκταση σε αύξηση της πιθανότητας για μελλοντική ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, η οποία συν τοις άλλοις ελλοχεύει πολλούς κινδύνους για μια παχύσαρκτη έγκυο (Brunner&Hogue, 2005).

Το συνδυασμένο χάπι ως μέθοδος επείγουσας αντισύλληψης (μέθοδος Yuzpe):

Το χάπι αυτό περιλαμβάνει συνηθέστερα συνδυασμό 100μg αιθυνυλοιστραδιόλης και 500μg λεβονοργεστρέλης. Μπορεί να δοθεί είτε εφ'άπαξ σε μία δόση, είτε (όπως και συχνότερα εφαρμόζεται) σε 2 δόσεις με μεσοδιάστημα 12 ωρών. Πάντως, σε κάθε περίπτωση πρέπει να λαμβάνεται το αργότερο μέχρι και 72 ώρες μετά από μια σεξουαλική επαφή χωρίς προστασία. Είναι γνωστό ότι όσο πιο νωρίς λαμβάνεται, τόσο πιο πολύ αυξάνεται η αποτελεσματικότητά του, ενώ έχει φανεί πως αν χορηγηθεί σε γυναίκες με αυξημένο BMI (>25 kg/m²), τότε η αποτελεσματικότητά του μειώνεται σημαντικά.



Ο μηχανισμός δράσης του είναι κοινός με αυτόν των συνδυασμένων δισκίων που χρησιμοποιούνται ως μέθοδος προγραμματισμένης αντισύλληψης. Επομένως δεδομένου του ότι και αυτό επηρεάζει ποικίλλα σημεία του άξονα υποθάλαμος-υπόφυση-ωοθήκες-ενδομήτριο στα πλαίσια του φυσιολογικού εμμηνορρυσιακού κύκλου, γίνεται αντιληπτό ότι μπορεί να προλαμβάνει

ικανοποιητικά μια εγκυμοσύνη ανεξάρτητα από τη φάση του κύκλου στην οποία βρίσκεται η γυναίκα. Συγκεκριμένα, το ποσοστό ανεπιθύμητων κυήσεων μετά την χρήση του μειώθηκε στα 2/3 (αποτελεσματικότητα 56-89%), όμως συγκριτικά με το “χάπι της επόμενης ημέρας” το οποίο περιέχει μόνο προγεσταγόνο, η αποτελεσματικότητά του είναι μικρότερη, σύμφωνα με μεγάλες συγκριτικές μελέτες με σημείο αναφοράς τη μελέτη «Randomised controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception» που δημοσιεύτηκε στο Lancet το 1998. Βέβαια, αν έχει ήδη συμβεί εμφύτευση

του γονιμοποιημένου ωαρίου, το σκεύασμα δεν έχει πλέον καμία δράση, καθώς δεν μπορεί να προκαλέσει αποβολή.

Όσον αφορά στις ενδείξεις και τις αντενδείξεις, πρακτικά δεν υπάρχει καμία αντένδειξη για τη χρήση του, πέραν της εγκυμοσύνης λόγω της αναποτελεσματικότητας της μεθόδου. Βέβαια, πρόσφατες μελέτες δεν έδειξαν καμία τερατογόνο δράση στο νεογνό ή δυσμενή έκβαση της εγκυμοσύνης και επομένως δεν συστήνεται διακοπή μιας πιθανής εγκυμοσύνης. Επομένως, ουσιαστικά η μόνη αντένδειξη είναι γνωστή αλλεργία σε κάποιο από τα συστατικά του δισκίου. Μάλιστα, το συγκεκριμένο χάπι, σε αντίθεση με τα αντίστοιχα δισκία καθημερινής χρήσης, μπορεί να χρησιμοποιηθεί με ασφάλεια σε καταστάσεις όπου αντενδείκνυται η χρήση των τελευταίων, όπως σε γυναίκες καπνίστριες και >35 ετών και σε γυναίκες που θηλάζουν. Αυτό οφείλεται στην πολύ βραχεία δράση του χαπιού, οπότε και στην εξάλειψη πρακτικά του κινδύνου για ανάπτυξη κάποιας σοβαρής παρενέργειας.

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες αυτού του δισκίου είναι οι ίδιες με αυτές των COCs. Αναλυτικότερα με την ΑΕ του εμέτου, υπάρχει η σύσταση ότι όταν ο έμετος συμβαίνει σε χρονικό διάστημα μικρότερο των 2 ωρών από τη λήψη του δισκίου, τότε πρέπει να επαναλαμβάνεται η δόση, χωρίς όμως να έχει αποδειχθεί η μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα αυτής της μεθόδου. Πάντως, εάν οι έμετοι καθιστούν δυσχερή την από του στόματος λήψη του δισκίου, ενδείκνυται η κολπική χορήγησή του, η οποία προσφέρει παρόμοια αποτελεσματικότητα.

Τέλος, το συνδυασμένο χάπι ως μέθοδος ΕΑ φαίνεται να αλληλεπιδρά με άλλα φάρμακα (ριφαμπικίνη, γκριζεοφουλβίνη, αντιεπιληπτικά και βαρβιτουρικά), τα οποία μειώνουν τη συγκέντρωσή του στην κυκλοφορία, άρα και τη δραστηριότητά του. Σε περίπτωση που πρέπει να συγχορηγηθεί με κάποιο από τα παραπάνω φάρμακα, τότε συστήνεται ο διπλασιασμός της δόσης του χαπιού. Πάντως, αυτή η αύξηση της δόσης

δεν προκαλεί ιδιαίτερες περαιτέρω παρενέργειες, αλλά μπορεί να κάνει πιο πιθανή την εμφάνιση ναυτίας και εμέτου.

3.1.β) Δισκία που περιέχουν μόνο προγεσταγόνο (POPs) ή mini-pills

Περίληψη Χρήστος

Πρόκειται για από του στόματος αντισυλληπτικά χάπια που περιέχουν την ορμόνη προγεστερόνη (Νορεθινδρόνη, Δροσπιρενόνη) και λαμβάνονται καθημερινά. Σε αντίθεση με άλλα αντισυλληπτικά χάπια, τα οποία αναλύθηκαν παραπάνω, τα POPs δεν περιέχουν οιστρογόνα.

Δράση:

Τα POPs καθιστούν την τραχηλική βλέννη πιο παχύρρευστη, με αποτέλεσμα να παρεμποδίζουν την σύλληψη μέσω της μείωσης της διείσδυσης των σπερματοζωαρίων (διαταραχή κινητικότητας σπέρματος). Ταυτόχρονα, προκαλούν λέπτυνση και ατροφία του ενδομήτριου, με αποτέλεσμα το ενδομήτριο να είναι ακατάλληλο για την εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου. Ωστόσο, τα POPs δεν αναστέλλουν τόσο αποτελεσματικά ώστε να οδηγηθεί στη μη πρόκληση ωοθυλακιορρηξίας.

Οι μεταβολές που προκαλούν τα POPs στην σύσταση της τραχηλικής βλέννης διαρκούν μέχρι και 24 ώρες. Έτσι συνίσταται η λήψη των POPs ιδανικά την ίδια ώρα κάθε μέρα, για μέγιστη αποτελεσματικότητα. Από τα παραπάνω, γίνεται αντιληπτό πως η καλή συμμόρφωση (ορθή και συνεπής χρήση) είναι απαραίτητη για την αποτελεσματική χρήση POPs.

Αποτελεσματικότητα

Με ορθή και συνεπή χρήση, τα δισκία που περιέχουν μόνο προγεσταγόνο έχουν αποτελεσματικότητα μεγαλύτερη του 99%.

Σε τυπική χρήση (όπως συνήθως λαμβάνεται από τις περισσότερες γυναίκες στην πραγματικότητα), η αποτελεσματικότητα των POPs είναι περίπου 92% (Λουτράδης και συν, 2017).

Σύγκριση με συνδυασμένου τύπου αντισυλληπτικά δισκία:

Τα POPs έχουν μεγαλύτερη επίπτωση ακανόνιστης αιμορραγίας και μεγαλύτερα ποσοστά εγκυμοσύνης (δηλαδή αποτυχίας αντισύλληψης) σε σύγκριση με CHCs.

Η δόση προγεστερόνης στο POP είναι μικρότερη της δόσης προγεστερόνης στο ανασυνδυασμένο αντισυλληπτικό δισκίο.

Ενδείξεις και αντενδείξεις:

Τα POPs μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε γυναίκες με αυξημένο κίνδυνο για καρδιαγγειακά συμβάματα (γυναίκες με ιστορικό θρομβώσεων ή ιστορικό ημικρανιών ή σε καπνίστριες άνω των 35 ετών) καθώς δεν επηρεάζουν τους παράγοντες πήξης και δεν προκαλούν ή επιδεινώνουν την αρτηριακή υπέρταση.

Τα POPs ενδείκνυται σε θηλάζουσες γυναίκες επειδή δεν επηρεάζουν την γαλουχία (σε αντίθεση με τα ανασυνδυασμένα αντισυλληπτικά δισκία που περιέχουν οιστρογόνα που αναστέλλουν την παραγωγή μητρικού γάλακτος).

Τα POPs αντενδείκνυται σε γυναίκες με μητρορραγία αγνώστου αιτιολογίας, καρκίνο του μαστού, ηπατικά νεοπλασμάτα, εγκυμοσύνη ή ενεργό σοβαρή ηπατική νόσο.



Τέλος, τα σκευάσματα που περιέχουν λεβονογεστρέλη χρησιμοποιούνται στο πεδίο της επείγουσας αντισύλληψης. Το σχήμα περιλαμβάνει 0.75 mg σεδύο δόσεις είτε σε μία εφάπαξ

δόση 1.5mg. Άλλο σχήμα αφορά την οξική ουλιπριστάλημε δόση χορήγησης 30 mg εφάπαξ. Η λεβονογεστρέλη αποτρέπει το 95% των

κυήσεων όταν λαμβάνεται σεδιάστημα <24 ωρών από την επαφή, 85% σε διάστημα 25 - 48 ώρες και 58% σε 49 -72 ώρες. Η αποτελεσματικότητα μειώνεται επίσης σημαντικά όταν δεν λαμβάνεται σύμφωνα με τις οδηγίες και σε καμία περίπτωση δεν μπορεί να αποτελεί μόνιμη μέθοδο αντισύλληψης καθώς η αποτελεσματικότητα είναι ιδιαίτερα πτωχή (ΕΜΓΕ, 2013)

Πλεονεκτήματα

Τα POPs μπορούν να χρησιμοποιηθούν κατά τη διάρκεια του θηλασμού (ξεκινώντας 6 εβδομάδες μετά τον τοκετό) και έχουν αποτελεσματικότητα αντισύλληψης 100% για διάρκεια μέχρι και 6 μήνες, όταν χρησιμοποιούνται κατά τη διάρκεια του θηλασμού. Για τις γυναίκες που θηλάζουν και δεν έχουν περίοδο για κάποιους μήνες μετά τον τοκετό, τα POPs επιμηκύνουν αυτή τη χρονική περίοδο.

Μειονεκτήματα

Υπάρχει αυξημένη πιθανότητα αποτυχίας αντισύλληψης συγκριτικά με CHCs, με αποτέλεσμα την αυξημένη πιθανότητα εγκυμοσύνης. Επί αποτυχίας αντισύλληψης, παρατηρείται αυξημένη πιθανότητα έκτοπης κύησης όταν χρησιμοποιούνται POPs (Hoffman et al., 2016; Mayo Clinic, 2022). Η αποτελεσματικότητα των POPs προϋποθέτει καλή συμμόρφωση (ορθή και συνεπή λήψη)

Η χρήση των POPs σε μη θηλάζουσες γυναίκες, έχει οδηγήσει σε ακανόνιστη μητρορραγία που εκδηλώνεται είτε ως αμηνόρροια είτε ως αιμορραγία μεταξύ των περιόδων είτε ως παρατεταμένη ή βαριά έμμηнос ρύση (υπερμηνόρροια ή μηνορραγία). Παρατηρείται αυξημένη συχνότητα λειτουργικών κύστεων των ωοθηκικών (Λουτράδης και συν, 2017).

Ανεπιθύμητες Ενέργειες

Τα POPs δύναται να προκαλέσουν ναυτία, ζαλάδα, αλλαγές στη διάθεση, πόνος στο στήθος, πονοκέφαλος και κοιλιακό άλγος.

3.1.γ) Ενέσιμα σκευάσματα

Πιτσιάβα Ιωάννα

Μηχανισμός Δράσης & Δραστικές Ουσίες

Πρόκειται για διάλυμα βραδείας απορρόφησης το οποίο έχει μηχανισμούς δράσης παρόμοιους με το από του στόματος προγεσταγόνο. Στους μηχανισμούς δράσης αυτού περιλαμβάνονται η αύξηση του ιξώδους της τραχηλικής βλέννας, δημιουργώντας έτσι ένα ενδομήτριο αφιλόξενο για σύλληψη, και η καταστολή της ωορρηξίας (Hoffman et al, 2016 και Λουτράδης και συν)

Αναλόγως του σκευάσματος η αντισυλληπτική δράση, και επομένως η συχνότητα χορήγησης, διαφέρει. Στην Ελλάδα χρησιμοποιούνται δύο είδη διαλύματος προγεσταγόνου. Το ένα είναι το DMPA (μεδροξυπρογεστερόνη) και το δεύτερο το NET-EN (νορεθιστερόνη). Η DMPA χορηγείται είτε ενδομυϊκά σε διάλυμα των 150mg κάθε 3 μήνες είτε υποδόρια σε διάλυμα των 104 mg κάθε 3 μήνες. Η NET-EN χορηγείται ενδομυϊκά σε διάλυμα των 200 mg κάθε 2 μήνες (Hoffman et al, 2016). Παράλληλα βρίσκονται σε έρευνα διαλύματα όπως η depo provera sq με σύστημα αυτοχορήγησης υποδορίως uniject και η LNG (λεβονοργεστρέλη). Τέλος, υπάρχουν συνδυασμένα ενέσιμα διαλύματα. Αυτά είναι το cyclofem, το οποίο περιλαμβάνει 25mg DMPA και 5mg Estradiol, και το Mesigyna, με 50mg NET και 5mg estradiol. Τα συνδυασμένα ενέσιμα διαλύματα δρουν ακριβώς όπως τα συνδυασμένου τύπου από του στόματος αντισυλληπτικά δισκία και αναλύθηκε στην πρώτη υποενότητα του κεφαλαίου αυτού.

Αποτελεσματικότητα:

Τα ενέσιμα σκευάσματα όπως αναλύθηκαν παραπάνω αναφέρεται στη βιβλιογραφία ως αποτελεσματικά κατά 97-99% (Λουτράδης και συν)

Πλεονεκτήματα:

Ένα πρωτεύον πλεονέκτημα είναι ότι δεν απαιτείται καθημερινή λήψη (Hoffman et al, 2016). Επίσης, δεν προκαλεί καταστολή της γαλουχίας και θεωρείται ασφαλές τόσο για την μητέρα όσο και για το παιδί, στοιχεία που το καθιστούν ικανό να χρησιμοποιηθεί κατά την διάρκεια του θηλασμού (Hoffman et al, 2016; Λουτράδης και συν). Τέλος δρα προστατευτικά, μειώνοντας τον κίνδυνο εμφάνισης του καρκίνου των ωοθηκών και του ενδομητρίου (Hoffman et al, 2016)

Μειονεκτήματα:

Ως τυπικό αποτέλεσμα της αντισύλληψης με προγεσταγόνη, έτσι και στο ενέσιμο διάλυμά της, είναι η εμφάνιση ακανόνιστης αιμορραγίας ιδιαίτερα τους πρώτους μήνες. Σε μακροχρόνια χορήγηση, όμως, οι γυναίκες θα πρέπει να ενημερώνονται ότι υπάρχει πιθανότητα 55% εμφάνισης αμηνόρροιας (Hoffman et al, 2016) .

Επίσης, μετά το τέλος της χορήγησης προκαλεί παρατεταμένη καταστολή ωορρηξίας, με τα στοιχεία μελετών να δείχνουν πως 1 στις 4 γυναίκες δεν εμφανίζουν έμμηνο ρύση για πάνω από ένα χρόνο. Εξαιτίας αυτών των στοιχείων, το ενέσιμο διάλυμα προγεσταγόνης δεν ενδείκνυται σε γυναίκες που θέλουν να προγραμματίσουν άμεσα μία εγκυμοσύνη (Hoffman et al, 2016 ; Λουτράδης και συν).

Σε μακροχρόνια χορήγηση, εξαιτίας των μειωμένων επιπέδων οιστρογόνων, εμφανίζεται πτώση της οστικής πυκνότητας οδηγώντας τις γυναίκες σε οστεοπόρωση. Η οστική πυκνότητα αποκαθίσταται μέσα στα επόμενα 5 χρόνια από την διακοπή της αγωγής (Hoffman et al, 2016; Λουτράδης και συν) .

Όσον αφορά τις νεοπλασίες, ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι ένας καρκίνος που εμφανίζεται συχνά σε γυναίκες που χρησιμοποιούν ως μέθοδο αντισύλληψης το ενέσιμο διάλυμα προγεσταγόνης (Hoffman et al, 2016).

Άλλες ανεπιθύμητες ενέργειες που μπορεί να εμφανιστούν είναι η ευαισθησία στο στήθος, οι αλλαγές στην διάθεση και η αύξηση βάρους (Hoffman et al, 2016; Λουτράδης και συν).

Αντενδείξεις:

Η εγκυμοσύνη, η ανεξήγητη αιμορραγία της μήτρας, ο καρκίνος του μαστού, η θρομβοεμβολική νόσος, η εγκεφαλοαγγειακή ασθένεια και η ηπατική νόσος είναι καταστάσεις στις οποίες δεν επιτρέπεται η χορήγηση ενέσιμης προγεσταγόνης (Pfizer, 2014).

Πλεονεκτήματα συνδυασμένων ενέσιμων:

Τα συνδυασμένα ενέσιμα σκευάσματα υπερέχουν των ενεσίμων που φέρουν μόνο προγεσταγόνο όπως συμβαίνει και στην αντίστοιχη περίπτωση των από του στόματος δισκίων καθώς προκαλούν σαφώς λιγότερες αιμορραγίες, η επαναφορά της γονιμότητας επανέρχεται μόλις 6 εβδομάδες από τη διακοπή τους ενώ και ως προς την οδό χορήγησης μπορούν να αυτοχορηγούνται με σύστημα υποδόριας έγχυσης που αναλύθηκε στο προηγούμενο κεφάλαιο (Hoffmanetal., 2016).

3.1.δ) Συνδυασμένο αντισυλληπτικό αυτοκόλλητο

Πίγκου Ελευθερία

Τι είναι το συνδυασμένο αντισυλληπτικό αυτοκόλλητο (patch);

Είναι ένα μικρό, τετράγωνο έμπλαστρο από εύκαμπτο πλαστικό υλικό. Αποτελείται από μία εσωτερική προσκολλητική πλευρά που περιέχει τις ορμόνες και μια εξωτερική υδρόφοβη πλευρά (Hoffmanetal., 2016; WHO, 2018).

Τι περιέχει και πώς λειτουργεί;

Περιέχει δύο ορμόνες την νορελγεστρομίνη και την αιθινυλοιστραδιόλη, που είναι ανάλογα των ανθώπινων ορμονών προγεστερόνη και οιστραδιόλη αντίστοιχα, τις οποίες απεκκρίνει συνεχώς σε ελεγχόμενες ποσότητες κατά τη διάρκεια της ημέρας. Οι ορμόνες απορροφώνται από το δέρμα της γυναίκας και διά μέσου αυτού εισέρχονται κατευθείαν στην κυκλοφορία του αίματος (American College of Obstetricians & Gynecologists, 2013).

Πώς το συνδυασμένο αντισυλληπτικό αυτοκόλλητο(patch) αποτελεί μέθοδο αντισύλληψης;

Ο τρόπος δράσης της νορελγεστρομίνης και της αιθινυλοιστραδιόλης είναι η αναστολή της απελευθέρωσης του ωαρίου από τις ωοθήκες (ωοθυλακιορρηξία). Η εξωγενής χορήγηση τους καταστέλει τον άξονα υποθάλαμος-υπόφυση-ωοθήκες και κατά συνέπεια την έκκριση FSH και LH με αποτέλεσμα να μην ωριμάζει το κυρίαρχο ωοθυλάκιο, και να μην επέρχεται ωοθυλακιορρηξία. Ταυτόχρονα το προγεσταγόνο (νορελγεστρομίνη) καθιστά την τραχηλική βλέννη παχύρρευστη και αφιλόξενη για τα σπερματοζωάρια και προκαλεί λέπτυνση του τοιχώματος του ενδομητρίου καθιστώντας δυσκολότερη την εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου (Edelmanetal., 2009).

Πώς εφαρμόζεται;

Το έμπλαστρο τοποθετείται από τη γυναίκα σε καθαρή, στεγνή και μη ερεθισμένη επιφάνεια του δέρματος της, σε διάφορα μέρη του σώματος όπως οι γλουτοί, το κατώτερο κοιλιακό τοίχωμα, η εξωτερική πλευρά του βραχίονα, το



άνωτερο τμήμα του κορμού. Ωστόσο πρέπει να αποφεύγεται η τοποθέτηση του πάνω στο στήθος. Το έμπλαστρο παραμένει κολλημένο καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας και πρέπει να ανανεώνεται κάθε εβδομάδα για τρεις συνεχόμενες εβδομάδες. Στην αρχή της τέταρτης εβδομάδας αφαιρείται και συνήθως εκείνη την εβδομάδα εμφανίζεται και η καταμήνιος ρύση. Μετά το τέλος της τέταρτης εβδομάδας η γυναίκα τοποθετεί καινούργιο αυτοκόλλητο και το σχήμα επαναλαμβάνεται (Edelmanetal., 2009; WHO, 2018).

Δόσεις και εμπορικές ονομασίες.

- Orthoenvra: περιέχει 20 μg αιθινυλοιστραδιόλη και 150 μg νορελγεστρομίνη
- Fidencia ή Lisvy περιέχει 0.55 mg αιθινυλοιστραδιόλη και 2.1 mg γεστοδίνη

Αποτελεσματικότητα.

Η αποτελεσματικότητα των συνδυασμένων αυτοκόλλητων αντισυλληπτικών (patches) εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την ορθή χρήση τους. Έτσι κατά τον πρώτο χρόνο χρήσης παρατηρείται:

- ποσοστό μη επιθυμητών κυήσεων 7/100 με τον συνήθη τρόπο χρησιμοποίησής τους
- ποσοστό μη επιθυμητών κυήσεων 0.3/100 με συνεπή και ορθή χρήση τους

-Το ποσοστό αποτυχίας φαίνεται να αυξάνεται μεταξύ των γυναικών με σωματικό βάρος πάνω από 90 κιλά.

-Η γονιμότητα επανέρχεται κατευθείαν μετά τη διακοπή της χρήσης τους

-Δεν προφυλάσσουν από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (CDC, 2016; Hoffmanetal., 2016)

Παρενέργειες από τη χρήση τους.

Ορισμένες γυναίκες αναφέρουν τα ακόλουθα:

- Ερεθισμός του δέρματος στο σημείο εφαρμογής του εμπλάστρου
- Αλλαγές στην έμμηνο ρύση (ελαφρύτερη αιμορραγία, ακανόνιστη αιμορραγία, πατατεταμένη αιμορραγία, απουσία αιμορραγίας κ.α.)
- Κεφαλαλγία
- Ναυτία
- Ευαισθησία και άλγος στους μαστούς
- Κοιλιακό άλγος
- Κολπίτιδα (Hoffmanetal., 2016; Mohllajeeetal., 2006)

3.1.ε) Κολπικός δακτύλιος

Πίγκου Ελευθερία

Τι είναι ο κολπικός δακτύλιος (vaginal ring);

Είναι ένας ελαστικός δακτύλιος από πολυεστέρα με οπές απο τις οποίες απελευθερώνεται ελεγχόμενη ποσότητα οιστρογόνων και προγεσταγόνων ημερησίως. Έχει εξωτερική διάμετρο 54 mm και εσωτερική διάμετρο 50mm (Mulders&Dieben, 2001).

Τι περιέχει και πώς λειτουργεί;

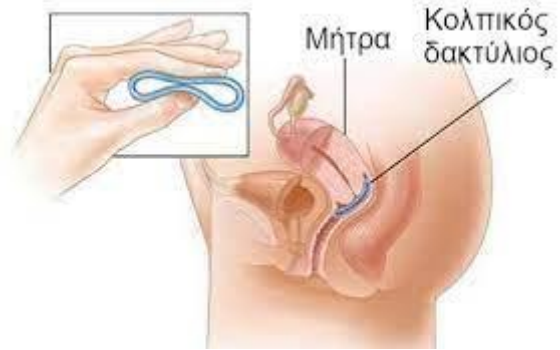
Περιέχει δύο ορμόνες, την αιθινυλοιστραδιόλη και το προγεσταγόνο ετονογεστρέλη που είναι ανάλογα των ανθρώπινων οιστρογόνων και προγεστερόνης αντίστοιχα, τις οποίες απεκκρίνει συνεχώς κατά τη διάρκεια της ημέρας σε ελεγχόμενες ποσότητες. Οι ορμόνες απορροφώνται απο το πλούσιο αγγειακό δίκτυο του κόλπου και μεταφέρονται κατευθείαν στη συστηματική κυκλοφορία (Colquitt&Martin, 2017).

Πώς ο κολπικός δακτύλιος αποτελεί μέθοδο αντισύλληψης;

Ο τρόπος δράσης της ετονογεστρέλης και της αιθινυλοιστραδιόλης είναι η αναστολή της απελευθέρωσης του ωαρίου από τις ωοθήκες (ωοθυλακιορρηξία). Η εξωγενής χορήγηση τους καταστέλει τον άξονα υποθάλαμος-υπόφυση-ωοθήκες και κατά συνέπεια την έκκριση FSH και LH με αποτέλεσμα να μην ωριμάζει το κυρίαρχο ωοθυλάκιο, και να μην επέρχεται ωοθυλακιορρηξία. Ταυτόχρονα το προγεσταγόνο (ετονογεστρέλη) καθιστά την τραχηλική βλέννη παχύρρευστη και αφιλόξενη για τα σπερματοζωάρια και προκαλεί λέπτυνση του τοιχώματος του ενδομητρίου καθιστώντας δυσκολότερη την εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου (CDC, 2016; WHO, 2018).

Πώς εφαρμόζεται και πώς χρησιμοποιείται;

Η πρώτη εφαρμογή γίνεται από τον γυναικολόγο. Ο δακτύλιος συμπιέζεται και εισάγεται βαθιά στον κόλπο της γυναίκας με προσοχή. Οι μύες του κόλπου συγκρατούν τον δακτύλιο ο οποίος παραμένει στη θέση του για τρεις συνεχόμενες εβδομάδες. Στην αρχή της τέταρτης εβδομάδας αφαιρείται και συνήθως εκείνη την εβδομάδα εμφανίζεται η καταμήνιος ρύση. Μετά το τέλος της τέταρτης εβδομάδας η γυναίκα τοποθετεί καινούργιο δακτύλιο και το σχήμα επαναλαμβάνεται (Roumenetal., 2001).



Δόσεις και εμπορικές ονομασίες.

- ο Nuna ring: περιέχει 15 μg αιθινυλοιστραδιόλης και 120 μg ετονογεστρέλης (Colquitt&Martin, 2017).

Αποτελεσματικότητα.

Η αποτελεσματικότητα των κολπικών δακτυλίων εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τηνορθή χρήση τους. Έτσι κατά τον πρώτο χρόνο χρήσης παρατηρείται:

- ο ποσοστό μη επιθυμητών κυήσεων 7/100 με τον συνήθη τρόπο χρησιμοποίησής τους
- ο ποσοστό μη επιθυμητών κυήσεων 0.3/100 με συνεπή και ορθή χρήση τους



-Η γονιμότητα επανέρχεται κατευθείαν μετά τη διακοπή της χρήσης τους

-Δεν προφυλάσσουν από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (Hoffman et al., 2016)

Παρενέργειες από τη χρήση τους:

Ορισμένες γυναίκες αναφέρουν τα ακόλουθα:

- ο Αλλαγές στην έμμηνο ρύση(ελαφρύτερη αιμορραγία, ακανόνιστη αιμορραγία, πατατεταμένη αιμορραγία, απουσία αιμορραγίας κ.α.)
- ο Κεφαλαλγία
- ο Κολπίτιδα
- ο Λευκόρροια
- ο Άυξηση σωματικού βάρους (Colquitt&Martin, 2017).

Πλεονεκτήματα και κίνδυνοι από τη χρήση των συνδυασμένων αντισυλληπτικών αυτοκόλλητων (patces) και των κολπικών δακτυλίων (vaginal rings).

Το συνδυασμένο αντισυλληπτικό αυτοκόλλητο, ο κολπικός δακτύλιος και τα συνδυασμένου τύπου αντισυλληπτικά δισκία εμπεριέχονται στην κατηγορία των συνδυασμένων ορμονικών αντισυλληπτικών (ΣΟΑ) ,δηλαδή των αντισυλληπτικών που περιέχουν οιστρογόνα και προγεσταγόνο. Γίνεται επομένως κατανοητό ότι τόσο τα πλεονεκτήματα όσο και οι κίνδυνοι από τη χρήση τους είναι ως επί το πλείστον κοινά.

Πλεονεκτήματα

- ο μειώνεται ο κίνδυνος εμφάνισης ανεπιθύμητων κυήσεων
- ο η δράση τους είναι ανεξάρτητη από τη σεξουαλική επαφή
- ο μειώνεται ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του ενδομητρίου
- ο μειώνεται ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου των ωοθηκών
- ο μειώνεται ο κίνδυνος εμφάνισης πυελικής φλεγμονώδους νόσου

Κίνδυνοι από τη χρήση τους

- ο αυξάνεται ο κίνδυνος εμφάνισης εν τω βάθει φλεβοθρόμβωσης και πνευμονικής εμβολής
- ο Αυξάνεται ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του μαστού
- ο Αυξάνεται ο κίνδυνος εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου

Ωστόσο πρέπει να σημειωθεί πως τόσο με τα έμπλαστρα όσο και με τον κολπικό δακτύλιο μειώνεται σημαντικά η συνολική έκθεση σε οιστρογόνα

σε σχέση με τα αντισυλληπτικά δισκία. Ένα άλλο σημαντικό πλεονέκτημα είναι ότι τα έμπλαστρα και ο κολπικός δακτύλιος προσφέρουν ταχεία απορρόφηση από το σημείο εφαρμογής τους κατευθείαν στην κυκλοφορία του αίματος. Έτσι σε αντίθεση με δισκία παρακάμπτεται η απορρόφηση από το ήπαρ και το γαστρεντερικό σύστημα μειώνοντας τις παρενέργειες από αυτά (ναυτία, διαταραχές ηπατικής λειτουργίας κλπ) (Colquitt&Martin, 2017). .

Απαιτούνται εξετάσεις πριν από την έναρξη των συνδυασμένων ορμονικών αντισυλληπτικών(ΣΟΑ);

Μεταξύ των υγιών γυναικών απαιτούνται λίγες ή καθόλου εξετάσεις πριν από την έναρξη συνδυασμένων ορμονικών αντισυλληπτικών. Παρ' όλα αυτά οι αλληλεπιδράσεις των ΣΟΑ με κάποιες χρόνιες ιατρικές διαταραχές μπορεί να αποτελέσουν απόλυτες ή σχετικές αντενδείξεις για τη χρήση τους.

Αντενδείξεις.

- καρκίνος του μαστού
- ατομικό ιστορικό εμφράγματος μυοκαρδίου, αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου ή διαταραχές υπερπηκτικότητας
- ατομικό ιστορικό ηπατικής νόσου ή καρκίνου του ήπατος
- επεισόδια ημικρανίας
- αρτηριακή υπέρταση

Πιο συγκεκριμένα:

Καρκίνος του μαστού: αν και οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού δεν θα πρέπει να χρησιμοποιούν συνδυασμένα ορμονικά αντισυλληπτικά ο κλινικός έλεγχος των ασυμπτωματικών γυναικών για καρκίνο του μαστού πριν την έναρξη των ΣΟΑ δεν ενδείκνυται λόγω χαμηλού επιπολασμού του καρκίνου του μαστού μεταξύ γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας.

Καρδιαγγειακή νόσος και αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια: γυναίκες με ιστορικό ΕΜ ή ΑΕΕ δεν θα πρέπει να χρησιμοποιούν συνδυασμένα

ορμονικά αντισυλληπτικά. Ωστόσο ο κίνδυνος για deep venous thrombosis αναπτύσσεται στους δεν φαίνεται να αυξάνεται ανάμεσα σε μη καπνίστριες γυναίκες <35 ετών.

Εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση: αυξημένη επίπτωση ΕΤΒΦ παρατηρείται σε γυναίκες που κάνουν χρήση ΣΟΑ. Ωστόσο η σχέση αυτή εξαρτάται και από άλλες παραμέτρους οι οποίες πρέπει να συνυπολογισθούν (θρομβοφιλίες, κάπνισμα, σακχαρώδης διαβήτης, υπέρταση, καθιστική ζωή) πριν την έναρξή τους.

Ηπατική νόσος: η χρήση ΣΟΑ ενδέχεται να επιδεινώσει τις επόμενες καταστάσεις: χολολιθίαση, ηπατίτιδα, ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα, ηπατικό αδένωμα, κίρρωση. Σε μη αναστρέψιμη ηπατική νόσο τα ΣΟΑ πρέπει να αποφεύγονται.

Ημικρανία: αυξημένη επίπτωση ΑΕΕ σε γυναίκες με ημικρανία με αύρα

Αρτηριακή πίεση: οι γυναίκες με αρτηριακή υπέρταση, διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο για οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου και αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Συνεπώς είναι σημαντική η προ της έναρξης ΣΟΑ αξιολόγησή της.

Σωματικό βάρος: γενικά τα ΣΟΑ είναι αποτελεσματικά μεταξύ παχύσαρκων γυναικών. Ωστόσο μελέτες έχουν δείξει πως η παχυσαρκία μπορεί να επηρεάσει την φαρμακοκινητική ορισμένων ΣΟΑ μεθόδων αυξάνοντας τα ποσοστά αποτυχίας και τις ανεπιθύμητες κυήσεις.

Σακχαρώδης διαβήτης: αν και οι γυναίκες με επιπλεγμένο διαβήτη δεν θα πρέπει να χρησιμοποιούν ΣΟΑ λόγω της ινσουλινο-ανταγωνιστικής τους δράσης, δεν χρειάζεται έλεγχος για διαβήτη πριν την έναρξη τους γιατί ο επιπολασμός του αδιάγνωστου διαβήτη είναι πολύ χαμηλός. Επίσης με τις χαμηλές δόσεις ορμονών που επιτυγχάνονται με τα ΣΟΑ ο κίνδυνος για ανάπτυξη διαβήτη εκ νέου έχει περιοριστεί.

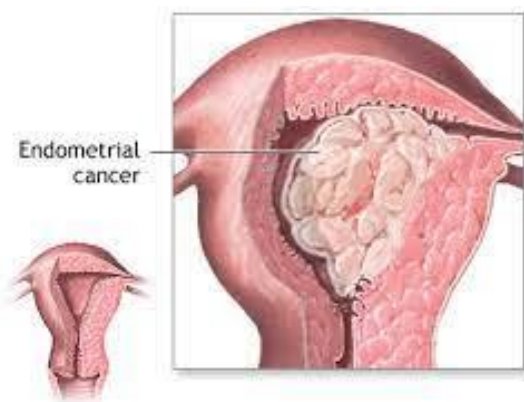
Συστηματικός ερμηματώδης λύκος: οι γυναίκες με ΣΕΛ βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο για αρτηριακές και φλεβικές θρομβώσεις. Ωστόσο οι

υγείς κατά τα άλλα γυναίκες με ανεπίπλεκτο ΣΕΛ και αρνητικά αντιφωσφολιπιδικά αντισώματα είναι υποψήφιας για τις συνδυασμένες ορμονικές μεθόδους αντισύλληψης. (Hoffmanetal., 2016)

3.1.στ) Ορμονική Αντισύλληψη & Καρκίνος

Καρκίνος του Ενδομητρίου

Στο συγκεκριμένο τύπο νεοπλασματος τα δεδομένα είναι αρκετά



ξεκάθαρα και προσανατολίζουν πλήρως υπέρ της ευεργετικής δράσης της χρήσης της ορμονικής αντισύλληψης. Τα σκευάσματα που περιέχουν μόνο προγεσταγόνα πιστεύεται ότι προστατεύουν από την εμφάνιση

του καρκίνου του ενδομητρίου. Ταυτόχρονα για τα κλασσικά συνδυασμένα σκευάσματα όμως υπάρχουν δεδομένα που στηρίζουν την άποψη ότι όχι μόνο δεν προκαλείται καρκίνωμα του ενδομητρίου, αλλά αντίθετα υφίσταται μια εμφανής προστατευτική δράση, η οποία είναι και εξαρτώμενη από τη διάρκεια της χρήσης των αντισυλληπτικών. Όσο πιο πολύ χρησιμοποιηθούν, τόσο μεγαλύτερης διάρκειας προστασία παρέχουν. Η προστατευτική επίδραση αρχίζει να ισχύει ήδη από τον πρώτο χρόνο λήψης των ορμονών και κορυφώνεται στη λήψη επί δεκαετίας όταν και παρέχει προστασία για περισσότερο από 10 συναπτά έτη.

Η συνδυασμένη ορμονική αντισύλληψη από το στόμα (combined oral contraception-COC) οφείλει την αποτελεσματικότητά της στην καταστολή της ωοθυλακιορρηξίας. Τόσο τα οιστρογόνα όσο και τα προγεσταγόνα αναστέλλουν την έκκριση της LH με αποτέλεσμα να αναστέλλεται η αιχμή της LH η οποία είναι χαρακτηριστική της ωοθυλακιορρηξίας (Swerdloff and Odell, 1969). Τα οιστρογόνα καταστέλλουν επίσης την FSH και επομένως εμποδίζουν την ανάπτυξη θυλακίων. Η συνεχής χρήση των COCs, καθώς υποβάλλει το ενδομήτριο στη συνεχή έκθεση σε οιστρογόνα και προγεσταγόνα, αναστέλλει το φυσιολογικό πολλαπλασιασμό και συνεπάγεται ατροφία, φαινόμενο που αποτελεί τη βιολογική επεξήγηση για τη συσχέτιση της ορμονικής

αντισύλληψης με την προφυλακτική επίδραση απέναντι στον καρκίνο του ενδομητρίου. Συγκεκριμένα, το ενδομήτριο χαρακτηρίζεται από λεπτούς, αραιά κατανομημένους αδένες καθώς και αλλαγές στο στηρικτικό ιστό.

Το σπείραμα με λεβονογεστρέλη που απελευθερώνει τοπικά το προγεσταγόνο επάγει πληθώρα αλλαγών στη μορφολογία και τη λειτουργία του ενδομητρίου. Οι μορφολογικές αλλαγές περιλαμβάνουν απόπτωση των στρωματικών κυττάρων, διήθηση λευκών αιμοσφαιρίων, ατροφία των αδένων και του επιθηλίου του ενδομητρίου αλλά και αλλαγές στη μορφολογία των αγγείων. Παρατηρείται αναστολή της δημιουργίας των σπειροειδών αρτηριών, μείωση στον αριθμό και το μέγεθος τους αλλά και στο βαθμό της περιέλιξης ενώ ταυτόχρονα διαπιστώνεται η παρουσία μεγάλων διεσταλμένων αρτηριολίων και φλεβιδίων (Hickey et al, 2000, Hickey and Fraser, 2003). Ακόμη και η βραχεία εφαρμογή του σπειράματος οδηγεί σε αύξηση του αριθμού, του μεγέθους και της πυκνότητας των αγγείων, σε μείωση των περικυττάρων και σε λέπτυνση των αγγειακών τοιχωμάτων (Stephanie et al, 2007), γεγονότα που υποστηρίζεται ότι συμβάλλουν στην αγγειακή ευθραυστότητα και στις αιμορραγίες (Jondet et al , 2005) που αποτελούν συχνή παρενέργεια του συγκεκριμένου σπειράματος και μια από τις κύριες αιτίες διακοπής της χρήσης αυτού. Έχουν επίσης περιγραφεί αλλαγές στα στοιχεία που διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη δομική ακεραιότητα της βασικής μεμβράνης των επιθηλιακών κυττάρων, όπως στο κολλαγόνο IV και στη λαμινίνη (Hickey et al , 1999).

Η πρώτη μελέτη που δημοσιεύτηκε σχετικά με την επίδραση της λεβονογεστρέλης στο ενδομήτριο συμπέρανε ότι το σπιράλ λεβονογεστρέλης μειώνει τον ενδομήτριο πολλαπλασιασμό και αυξάνει την απόπτωση των ενδομητρίων αδένων και του στρώματος. Η μελέτη αυτή βασίστηκε στην ποσοτική μέτρηση των PCNA, Fas και Bcl-2 πρωτεϊνών και φάνηκε η αυξημένη έκφραση των παραγόντων αυτών 3 μήνες μετά την τοποθέτηση του σπιράλ λεβονογεστρέλης στις γυναίκες που συμμετείχαν στη μελέτη (Maruo et al., 2001).

Λίγα χρόνια μετά δημοσιεύεται η μελέτη των Stephanie et al., 2007 η οποία στόχευε στη μελέτη της επίδρασης του σπειράματος στην ωρίμανση των αγγείων του ενδομητρίου και η οποία μελέτησε τόσο την μικρή διάρκεια (0 – 3 μήνες) όσο και τη μεγάλη (12 – 60 μήνες) χρήσης του σπειράματος λεβονογεστρέλης σε σχέση με το ενδομήτριο γυναικών που δε φέρουν ενδομήτριο σπείραμα με λεβονογεστρέλη. Η ωρίμανση των αγγείων ποσοτικοποιήθηκε σε απουσία ωρίμανσης – μερική ωρίμανση και πλήρη ωρίμανση με βάση την έκφραση του αντιγόνου αSMA στα παρασκευάσματα βιοψιών. Η ομάδα της ολιγόχρονης χρήσης εμφάνισε εξαιρετικά σημαντική αύξηση των ανώριμων και μερικώς ώριμων αγγείων και μικρότερη αλλά σημαντική αύξηση παρατηρήθηκε στην ομάδα της πολύχρονης χρήσης. Ταυτόχρονα βρέθηκε σημαντικών μείωση των ώριμων αγγείων και στις 2 υποομάδες μελέτης σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Οι ερευνητές συμπέραναν επιπρόσθετα ότι η αυξανόμενη διάρκεια παραμονής του σπειράματος με λεβονογεστρέλη οδηγεί σε μία τάση για επαναφορά των αγγείων στη φυσιολογική τους δομή.

Τέλος, οι λειτουργικές αλλαγές που επάγει το σπείραμα λεβονογεστρέλης συμπεριλαμβάνουν και την αρνητική ρύθμιση (down-regulation) των υποδοχέων των στεροειδών ορμονών σε όλα τα κυτταρικά στοιχεία του ενδομητρίου (επιθήλιο & στρώμα) (Galant et al., 2004, Vereide et al., 2006). Επηρεάζονται τόσο οι τοπικοί μεσολαβητές που ρυθμίζουν τη λειτουργία του ενδομητρίου, με αποτέλεσμα να μειώνεται ο αριθμός των προγεστερονικών και των οιστρογονικών υποδοχέων (PRA, PRB, ERα, ERβ), όσο και η ακεραιότητα των αγγειακών τοιχωμάτων (Guttinger and Critchley, 2007). Ελαττώνοντας τον αριθμό των υποδοχέων, ιδιαίτερα των PRA, αναστέλλεται ο πολλαπλασιασμός, η υπερπλασία και η ατυπία των κυττάρων του ενδομητρίου (Fleisch et al. , 2009).

Αναφορικά με τα COCs είναι κοινώς παραδεκτό πλέον ότι σχετίζονται με μείωση του κινδύνου εμφάνισης καρκίνου του ενδομητρίου. Έχει φανεί ότι η προστατευτική επίδραση ξεκινά στο πρώτο έτος λήψης των COCs, αυξάνεται με την αυξανόμενη διάρκεια λήψης τους και παραμένει ακόμη

και δέκα με είκοσι έτη μετά τη τελευταία λήψη τους. Η επικαιροποίηση του ισχυρισμού αυτού ήρθε από την International Agency for Research on Cancer (IARC) και η περισσότερες μελέτες που δημοσιεύτηκαν και οδήγησαν στα προαναφερθέντα συμπεράσματα υποστηρίζουν ότι η προγεστερόνη που περιέχουν τα COCs ευθύνεται για την μείωση του πολλαπλασιασμού και της ανάπτυξης του ενδομητρίου.

Ιδιαίτερη μνεία αξίζει στην μελέτη των Tao et al., 2006 στη Σαγκάη της Κίνας όταν και συνεκρίθησαν μεταξύ τους 1204 νεοδιαγνωσμένες με καρκίνο του ενδομητρίου γυναίκες με 1212 γυναίκες ως ομάδα ελέγχου και μελετήθηκε ανάμεσα σε αυτές τις 2 ομάδες η χρήση της ορμονικής αντισύλληψης. Αφού αξιολογήθηκε η ηλικία εμμηναρχής, εμμηνόπαυσης και η διάρκεια της εμμηνόροιας δημιουργήθηκε στατιστικό μοντέλο διορθωμένο για τους παραπάνω παράγοντες ώστε να αξιολογήσει τη συσχέτιση της λήψης συνδυασμένων αντισυλληπτικών δισκίων με εμφάνιση καρκίνου του ενδομητρίου. Το μοντέλο έδειξε ότι στο συμπέρασμα ότι ο σχετικός κίνδυνος (RR) για τις γυναίκες που είχαν λάβει τη μελετώμενη ορμονική αντισύλληψη ανερχόταν στο 0.75 με όρια αξιοπιστίας 95% 0.60-0.93 και μάλιστα για αυτές που είχαν λάβει τα δισκία για πάνω από 72 μήνες μειωνόταν στο 0.50 (95%IC 0.30-0.85). Ταυτόχρονα η μελέτη κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η ευεργετική δράση των δισκίων συνεχίζεται και μετά τη διακοπή τους και εκτείνανε το διάστημα από 20 χρόνια το μέγιστο που αναφερόταν έως τότε σε 25 και παραπάνω με RR=0.61 (95%IC 0.48-0.81). Τέλος, η μελέτη αυτή εξήγαγε συμπεράσματα για τη σχέση της ορμονικής αντισύλληψης μόνο με προγεστερόνη στην εμφάνιση καρκίνου του ενδομητρίου και κατέληξε ότι για γυναίκες που χρησιμοποιούσαν σπείραμα με προγεσταγόνο ο σχετικός κίνδυνος ήταν και σε αυτές μειωμένος της τάξης του 0.53 (95% IC 0.43 – 0.65) και για αυτές που χρησιμοποιούσαν από τους στόματος αντισύλληψη με προγεσταγόνο 0.64 (95% IC 0.35-0.65).

Οι Hannaford et al., 2007 χρησιμοποίησαν ένα εξαιρετικά μεγάλο δείγμα γυναικών που δεν χρησιμοποιούσαν ορμονική αντισύλληψη (N1=339000)

και το συνέκριναν με γυναίκες που είχαν χρησιμοποιήσει αντισυλληπτικά δισκία (N2=744000) και κατέληξαν ότι η χρήση των δισκίων μειώνει την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου εν γένει κατά 12% και γυναικολογικού κατά 29%. Η μεγαλύτερη μείωση του σχετικού κινδύνου για τον καρκίνο του ενδομητρίου παρατηρείται μετά από 49 μήνες λήψης σε σχέση με 48 μήνες λήψης και η προστατευτική επίδραση δεν αυξάνεται μετά από 97 μήνες λήψης. Η προστατευτική δράση παραμένει για πάνω από 15 χρόνια. Οι Painter et al, 2006 μελετώντας σε κοορτή 17302 γυναίκες κατέληξαν και αυτοί στην προστατευτική δράση των αντισυλληπτικών δισκίων στον καρκίνο του ενδομητρίου και στη σταθερή μείωση της πιθανότητας εμφάνισης με την αύξηση της διάρκειας λήψης αυτών και υποστήριξαν την παραμονή 20ετούς ωφέλους μετά τη διακοπή λήψης.

Μετανάλυση του 2008 απέδειξε τέλος την αρνητική συσχέτιση της χρήσης IUDs με εμφάνιση καρκίνου του ενδομητρίου με σχετικό κίνδυνο 0.54 (95% IC 0.47-0.62).

Καρκίνος των Ωοθηκών

Από τα πρώτα χρόνια της ευρείας χρήσης της ορμονικής αντισύλληψης έγινε γνωστή η ευεργετική τους επίδραση στο επιθήλιο των ωοθηκών. Από τότε έχουν διεξαχθεί μια σειρά από μελέτες στις οποίες αναζητείται η ακριβής συσχέτιση μεταξύ της λήψης αντισυλληπτικών και ανάπτυξης καρκίνου των ωοθηκών, καθώς επίσης και τα ουσιαστικά κοινωνικά οφέλη που προκύπτουν. Μέχρι σήμερα όλες οι έρευνες που έχουν γίνει έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι η ορμονική αντισύλληψη αποτελεί σημαντικό μηχανισμό άμυνας έναντι της εμφάνισης ωοθηκικού καρκίνου.



Ως πιθανοί μηχανισμοί γι' αυτό θεωρούνται:

- η μείωση της μεσοκυκλικής αύξησης των επιπέδων των γοναδοτροπινών,
- διακοπή της ωοθυλακιορρηξίας (αποφυγή -των μικρορήξεων και τραυματισμών του επιθηλίου των ωοθηκών),
- διέγερση της απόπτωσης των επιθηλιακών κυττάρων της ωοθήκης από το στεροειδές του αντισυλληπτικού.

Κατά καιρούς γίνονται προσπάθειες να προσδιοριστούν κατά πόσο οι διάφορες μέθοδοι αντισύλληψης προστατεύουν έναντι του καρκίνου των ωοθηκών. Το 2007 δημοσιεύτηκαν τα αποτελέσματα μεγάλης κοορτής με 107.900 γυναίκες οι οποίες παρακολουθούνταν για πολλά συναπτά έτη. Κατά τη διάρκεια των 28 χρόνων παρακολούθησης (1976-2004) διαγνώσθηκαν 612 περιπτώσεις με διηθητικό επιθηλιακό καρκίνο ωοθηκών. Η διάρκεια χρήσης των αντισυλληπτικών δισκίων φάνηκε να σχετίζεται με τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου των ωοθηκών αλλά δεν παρατηρήθηκε ξεκάθαρη συσχέτιση. Ωστόσο για γυναίκες που έλαβαν αντισυλληπτικά δισκία για πάνω από 5 χρόνια και είχαν σταματήσει τη χρήση λιγότερο από 20 χρόνια, ο σχετικός κίνδυνος ήταν μόλις 0,58. Σε γυναίκες που είχαν διακόψει τη λήψη για διάστημα μεγαλύτερο των 20 ετών ο σχετικός κίνδυνος υπολογίστηκε 0,92.

Οι μέχρι σήμερα αναλύσεις σε γυναίκες που λαμβάνουν από του στόματος αντισυλληπτικά έχουν οδηγήσει σε εξαιρετικά καλά νέα στο πεδίο του καρκίνου των ωοθηκών. Συγκεκριμένα έχει αποδειχτεί σε αρκετές μελέτες ότι γυναίκες που χρησιμοποιούν από του στόματος ορμονική αντισύλληψη μειώνουν τις πιθανότητές τους για εμφάνιση καρκίνου των ωοθηκών. Η ανάλυση που ισχυροποίησε αυτό το συμπέρασμα ήταν η μελέτη της Valerie Beral που δημοσιεύτηκε το 2008 στο "The Lancet" και κατέδειξε ότι η χρήση δισκίων συνδέεται με μειωμένη επίπτωση καρκίνου των ωοθηκών, αλλά τα απώτερα οφέλη εξαρτώνται από τη διάρκεια της προστασίας μετά τη διακοπή τους. Η μελέτη αυτή συμπεριλαμβάνει τη συλλογή πληροφοριών από 45 επιδημιολογικές μελέτες για τον καρκίνο

της ωοθήκης που έγιναν σε 21 Χώρες. Με αυτο τον τρόπο συγκεντρώθηκαν στοιχεία για 23.257 γυναίκες με καρκίνο ωοθηκών (ασθενείς) και 87.303 γυναίκες χωρίς καρκίνο (μάρτυρες). Το 31% των γυναικών με καρκίνο (7.308) και το 37% εκείνων χωρίς καρκίνο (32.717), είχαν ιστορικό λήψης αντισυλληπτικών δισκίων. Η μέση ηλικία κατά τη διάγνωση του καρκίνου ήταν τα 56 έτη και η μέση χρονολογία διάγνωσης της νόσου το 1993. Το χρονικό διάστημα κατά το οποίο οι ασθενείς είχαν χρησιμοποιήσει αντισυλληπτικά ήταν κατά μέσο όρο 4,4 έτη, συγκριτικά με 5 έτη στην ομάδα των μαρτύρων.

Από τη μετα-ανάλυση των στοιχείων που συλλέχθηκαν, προέκυψαν τα εξής συμπεράσματα:

- Όσο μεγαλύτερη ήταν η διάρκεια χρήσης των αντισυλληπτικών δισκίων, τόσο μεγαλύτερη η μείωση του σχετικού κινδύνου για καρκίνο των ωοθηκών
- Η προστασία διαρκεί έως και 30 χρόνια μετά τη διακοπή της λήψης αν και μειώνεται με την πάροδο του χρόνου
- Για κάθε 5 χρόνια λήψης αντισυλληπτικών ισχύουν τα εξής για τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου των ωοθηκών:
 - Μείωση κατά 29% τα 10 πρώτα χρόνια μετά τη διακοπή
 - Μείωση κατά 19% για 10-19 χρόνια
 - Μείωση κατά 15% για 20 -29 χρόνια μετά τη διακοπή
- Η προστασία είναι ανεξάρτητη από την περιεκτικότητα του δισκίου σε οιστρογόνα
- Κάθε 5000 ανθρωποέτη χρήσης από του στόματος αντισύλληψης προλαμβάνουν 2 περιπτώσεις καρκίνου των ωοθηκών και 1 θάνατο πριν την ηλικία των 75 ετών.
- Το πνευματικό επίπεδο, το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού, η χρήση ορμονικής θεραπείας υποκατάστασης, ο δείκτης μάζας σώματος, το υψος, η κατανάλωση οινοπνεύματος ή το

κάπνισμα δεν επηρεάζουν την προστατευτική δράση των από του στόματος αντισυλληπτικών δισκίων.

Τέλος, αναφορικά με τους διαφορετικούς ιστολογικούς τύπους του καρκίνου των ωοθηκών ο μόνος ιστολογικός τύπος που ίσως να επηρεάζεται σε ελάχιστο βαθμό φαίνεται να είναι το βλεννώδες καρκίνωμα της ωοθήκης αν και δεν έχουν προσδιοριστεί οι μηχανισμοί ανοχής.

Καρκίνος του Μαστού

Το πεδίο της πιθανής επαγωγής καρκινογένεσης στο μαστό από τη λήψη από του στόματος ορμονικής αντισύλληψης αποτελεί ίσως το πιο πολυσυζητημένο και πιο γκρίζο πεδίο



στην ευρύτερη ενότητα της επίδρασης της ορμονικής αντισύλληψης στον καρκίνο.

Οι μηχανισμοί της καρκινογένεσης του μαστού που είναι εν δυνάμει επακόλουθων της λήψης αντισυλληπτικών δισκίων μάλλον περιλαμβάνουν τον μεταβολισμό των οιστρογόνων σε γονιδιοτοξικούς-μεταλλαξιογόνους μεταβολίτες ή τη διέγερση της ανάπτυξης των ιστών. Φαίνεται ότι αυτές οι διαδικασίες μαζί προκαλούν έναρξη και συνέχιση της καρκινογένεσης. Έχει παρατηρηθεί ότι οι γυναίκες που λαμβάνουν ορμονική αντισύλληψη από το στόμα έχουν αυξημένη υπερπλαστική δραστηριότητα στην έναρξη του εμμηνορυσιακού κύκλου. Αυτό το στοιχείο συσχετίστηκε με πιθανή συμβολή στην αύξηση της πιθανότητας εμφάνισης καρκίνου του μαστού.

Οι πιθανοί παθογενετικοί μηχανισμοί με τους οποίους τα προγεσταγόνα συμβάλλουν στην ογκογένεση του μαστικού αδένου δεν έχουν πλήρως τεκμηριωθεί αλλά κατά καιρούς έχουν αποσχολήσει την επιστημονική κοινότητα. Οι Liang et al. υποστήριξαν πως η προγεστερόνη και τα συνθετικά προγεστεροειδή διεγείρουν την ογκογένεση μέσω της

ενεργοποίησης του μηχανισμού της αγγειογένεσης. Πιο συγκεκριμένα βρέθηκε αυξημένη έκφραση του αυξητικού παράγοντα του αγγειακού ενδοθηλίου (VEGF), ενώ μετά από την χορήγηση αντισώματος που εμποδίζει την ένωση του VEGF με τον υποδοχέα VEGFR2 φάνηκε να αποτρέπεται η προγεστερονικά-εξαρτώμενη ογκογένεση. Παρόμοια αποτελέσματα έδωσε και η μελέτη των Janonovic-Pool et al. στην οποία η χρήση της μιφεπριστόνης (προγεστερονικός ανταγωνιστής) κατέστειλε πλήρως την ανάπτυξη μαστικών όγκων σε BRCA1/p53 ελλιπή ποντίκια (ζωικό μοντέλο για την BRCA1 εξαρτώμενη καρκινογένεση).

Περαιτέρω μελέτες δείχνουν πως η προγεστερόνη ίσως να έχει μεταλλαξογόνο δράση στα μαστικά επιθηλιακά κύτταρα, ενώ ο Weibe περιγράφει πως οι μεταβολίτες της προγεστερόνης, που ως τότε θεωρούνταν ανενεργές ουσίες, πιθανόν να παίζουν συντονιστικό ρόλο στον πολλαπλασιασμό, στην μίτωση, στην απόπτωση και στην κυτταρική συγκόλληση τόσο των φυσιολογικών όσο και των καρκινικών μαζικών κυττάρων. Αυτοί οι μεταβολίτες (5 α -pregnanes, 4-pregnanes) ουσιαστικά δρουν μέσω σύνδεσης με συγκεκριμένους κυτταροπλασματικούς υποδοχείς, οι 5 α -pregnanes προάγουν την μίτωση (αύξηση του πολλαπλασιασμού) και την μετάσταση των κυττάρων (κυτταρική αποκόλληση και αναστολή της απόπτωσης) ενώ οι 4-pregnanes δρουν αντιρροπιστικά. Αξίζει να σημειωθεί πως η ανακάλυψη αυτή συμφωνεί με τις διαφορές στον ποσοτικό λόγο 5 α -pregnanes/4-pregnanes, όπου στον φυσιολογικό μαζικό ιστό γέρνει υπέρ των 4-pregnanes ενώ στον καρκινικό υπέρ των 5 α -pregnanes. Τέλος, ο Moore έδειξε ότι η προγεστερόνη σε φυσιολογικές συγκεντρώσεις αναστέλλει την απόπτωση των καρκινικών μαζικών κυττάρων με δοσοεξαρτώμενο τρόπο. Αντίθετα, η οιστραδιόλη δεν εμποδίζει την απόπτωση και ο συνδυασμός των δύο ορμονών δεν φάνηκε να επηρεάζει την ανασταλτική ικανότητα της προγεστερόνης στην απόπτωση.

Στις μελέτες σε γυναίκες που στοχεύουν στην εξαγωγή συμπερασμάτων για την πιθανή εμπλοκή των αντισυλληπτικών δισκίων στην

καρκινογένεση στο μαστό τα αποτελέσματα είναι αρκετά αντικρουόμενα. Ο κίνδυνος περιγράφεται από μη υπαρκτός έως και αυξημένος κατά 20% έως και 30%.

Η μελέτη των Δανών Mørch et al. το 2017, με δείγμα περί τις 1.8 εκατομμύρια γυναίκες μελέτησε εκτενώς την επίδραση των συνδυασμένων δισκίων συλλέγοντας δεδομένα τόσο για τις διαγνώσεις του καρκίνου του μαστού όσο και για πιθανούς συγχυτικούς παράγοντες από το εθνικό αρχείο καταγραφής και κατέληξε στο συμπέρασμα πώς ο κίνδυνος καρκίνου του μαστού ήταν υψηλότερος μεταξύ των γυναικών που χρησιμοποιούσαν επί του παρόντος ή πρόσφατα σύγχρονα ορμονικά αντισυλληπτικά από ό,τι μεταξύ των γυναικών που δεν είχαν χρησιμοποιήσει ποτέ ορμονικά αντισυλληπτικά, και αυτός ο κίνδυνος αυξανόταν με μεγαλύτερη διάρκεια χρήσης. Ωστόσο, η απόλυτη αύξηση του κινδύνου ήταν μικρή. Τα αποτελέσματά της μελέτης αυτής υποδηλώνουν ότι μετά τη διακοπή της χρήσης της ορμονικής αντισύλληψης από τη γυναίκα η αύξηση της πιθανότητας εμφάνισης καρκίνου του μαστού υποστρέφει και η παραμονή αυτής για έως 5 χρόνια παραμένει μόνο σε γυναίκες που έλαβαν αντισύλληψη από το στόμα για εξαιρετικά μεγάλο διάστημα ενώ ο συνολικός κίνδυνος που είναι ελάχιστα υψηλότερος σε σχέση με γυναίκες που δεν έχουν λάβει ποτέ αντισυλληπτικά δισκία κατά τη χρήση αυτών εξαλείφεται μέσα στην πενταετία. Αξίζει να αναφερθεί ότι δεν υπάρχουν μελέτες που να επιμένουν στην παραμονή του αυξημένου κινδύνου εμφάνισης καρκίνου του μαστού αρκετά χρόνια μετά τη διακοπή της από του στόματος αντισύλληψης. Ο σχετικός κίνδυνος για καρκίνο του μαστού στη συγκεκριμένη μελέτη από τη λήψη δισκίων μόνο με προγεσταγόνο ή από την εφαρμογή σπειράματος με λεβονογεστρέλη δεν διέφερε σημαντικά

και υπολογίστηκε διορθωμένος όπως φαίνεται στον παρακάτω πίνακα σε 1.93 για το χάπι και 1.21 για το σπείραμα.

Table 4. Relative Risk of Breast Cancer among Women Using Various Types of Hormonal Contraception Who Were Followed until December 31, 2012.*

Variable	No. of Person-Yr	No. of Breast-Cancer Events	Age-Adjusted Incidence Rate <i>no. of events/100,000 person-yr</i>	Adjusted Relative Risk (95% CI)†	Age-Adjusted Risk Difference (95% CI) <i>no. of events/100,000 person-yr</i>
Never used hormonal contraception	7,815,180	5955	55	1.00 (Reference)	Reference
Used hormonal contraception >6 mo previously	4,348,722	2883	58	1.08 (1.03 to 1.13)	3 (1 to 6)
Current or recent use of combined hormonal contraception					
Oral combined ethinyl estradiol, 50 µg					
Norethisterone	52,895	23	46	1.01 (0.67 to 1.52)	-9 (-30 to 12)
Levonorgestrel	73,125	54	64	1.21 (0.93 to 1.59)	9 (-9 to 27)
Oral combined ethinyl estradiol, 20 to 40 µg					
Norethisterone	153,603	39	67	1.09 (0.80 to 1.50)	12 (-12 to 35)
Levonorgestrel	638,936	380	72	1.33 (1.20 to 1.48)	17 (9 to 25)
Norgestimate	635,732	180	72	1.22 (1.20 to 1.48)	18 (5 to 30)
Desogestrel	1,453,690	368	64	1.12 (1.01 to 1.25)	9 (1 to 17)
Gestodene	2,633,355	705	69	1.20 (1.11 to 1.30)	14 (8 to 20)
Drospirenone	503,700	102	60	1.05 (0.86 to 1.28)	6 (-8 to 20)
Cyproterone	272,804	77	90	1.44 (1.15 to 1.81)	36 (11 to 60)
Estradiol valerate and dienogest	6,380	7	101	1.62 (0.77 to 3.41)	46 (-30 to 122)
Nonoral combined hormonal contraception					
Patch	10,842	2	60	0.85 (0.21 to 3.41)	5 (-1 to 11)
Vaginal ring	91,313	20	53	0.97 (0.62 to 1.50)	-2 (-32 to 28)
Current or recent use of progestin-only products					
Oral contraceptive					
Norethisterone	128,848	78	58	1.00 (0.80 to 1.25)	3 (-10 to 16)
Levonorgestrel	10,547	16	102	1.93 (1.18 to 3.16)	47 (-4 to 99)
Desogestrel	77,847	42	69	1.18 (0.87 to 1.60)	14 (-8 to 36)
Nonoral contraceptive					
Implant	42,217	9	46	0.93 (0.48 to 1.79)	-9 (-42 to 25)
Levonorgestrel-releasing intrauterine system	503,441	571	70	1.21 (1.11 to 1.33)	16 (9 to 22)
Depot medroxyprogesterone acetate	19,308	5	51	0.95 (0.40 to 2.29)	-4 (-49 to 42)

* Recent use was defined as discontinuation of hormonal contraception within the previous 6 months.

† Relative risks were adjusted for age, calendar year, level of education, the polycystic ovary syndrome, endometriosis, parity, and family history of premenopausal breast or ovarian cancer.

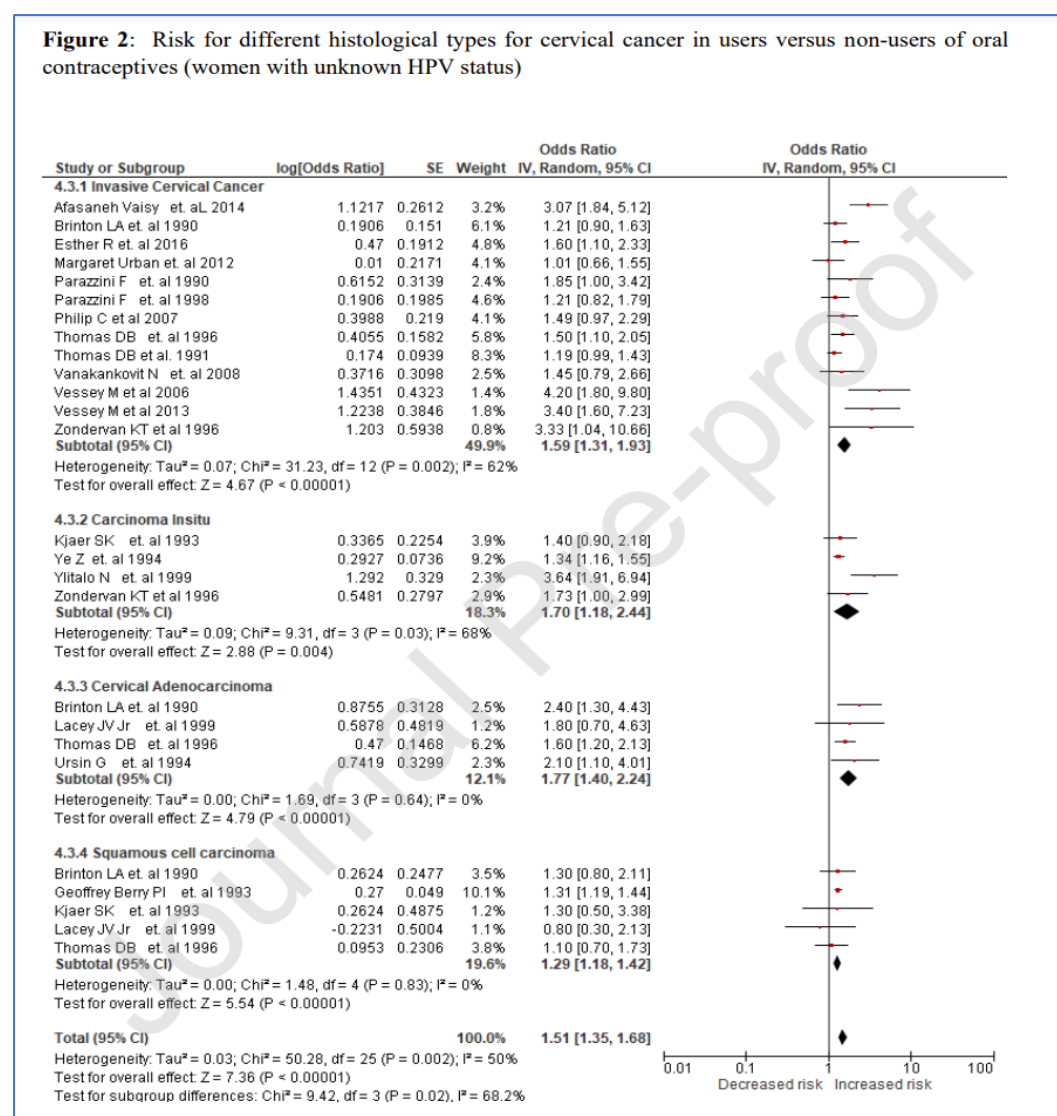
Αναφορικά με τη συσχέτιση της χρήσης των ενδομήτριων σπειραμάτων με λεβονογεστρέλη και της εμφάνισης καρκίνου του μαστού οι μελέτες

δείχνουν να συμφωνούν ότι η συγκεκριμένη πρακτική αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου μαστού χωρίς όμως αυτό να αποτελεί αποτρεπτικό παράγοντα για τη χρήση τους από το γενικό πληθυσμό. Πρόσφατη μετανάλυση υπολογίζει το λόγο του κινδύνου για καρκίνο του μαστού σε γυναίκες που έφεραν σπείραμα προς το κίνδυνο γυναικών που δεν έφεραν σε 1.16 (95% IC= 1.06–1.28) και όταν εξετάζονται μόνο οι γυναίκες άνω των 50 ετών ο λόγος αυξάνει στο 1.52 (95% IC= 1.34–1.72)

Τέλος, οι γυναίκες εκείνες που θα πρέπει να εξετάζονται μεμονομένα για τη χορήγηση ορμονικής αντισύλληψης είναι εκείνες που έχουν οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού και ο μεγαλύτερος κίνδυνος για αυτές τις γυναίκες είναι όταν ξεκινήσουν το χάπι στην ηλικία των 18-20 (Ursin et al., 1997; Haile et al., 2006)

Καρκίνος του Τραχήλου

Αρκετές μελέτες έχουν αναδείξει θετική συσχέτιση μεταξύ της χρήσης αντισυλληπτικών δισκίων και καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Πρόσφατη μετανάλυση κατέληξε στο ότι η χρήση από του στόματος αντισύλληψης αυξάνει τον κίνδυνο για την ανάπτυξη καρκίνου του τραχήλου της μήτρας ειδικά για αδενοκαρκίνωμα και είναι δόσοεξαρτώμενη όσο μεγαλύτερη η διάρκεια χρήσης των δισκίων. Στη



συγκεκριμένη μετανάλυση βέβαια το status των γυναικών ως προς τον HPV, παράγοντα η έκθεση στον οποίο αποδεδειγμένα είναι δυνητικά καρκινογόνα, είναι άγνωστο ή θετικό και δεν συμπεριλήφθηκαν μελέτες με πληθυσμό γνωστού αρνητικού αποτελέσματος HPV dna test. Η

μετανάλυση αυτή περιλαμβάνει 19 μελέτες και μελέτησε ξεχωριστά την επίπτωση της χρήσης ορμονικής αντισύλληψης ανά ιστολογικό τύπο (Asthana et al., 2020).

Παρόλο που η μετα-ανάλυση αυτή υποδεικνύει σχέση αιτίου-αιτιατού ενδεχομένως να υπάρχουν και άλλοι παράγοντες που να μπορούν να εξηγήσουν τη σχέση αυτή. Οι περισσότερες μελέτες δεν έχουν επαρκώς καταγεγραμμένη τη στιγμή της μόλυνσης από τον HPV ούτε τη χρονική σχέση μόλυνσης και χρήσης ορμονικής αντισύλληψης. Οι περισσότεροι καταλήγουν ότι η συσχέτιση που προκύπτει αφορά κυρίως τη συμπεριφορική πρακτική της μη χρήσης μεθόδων που προστατεύουν από τις ΣΜΛ από γυναίκες που λαμβάνουν αντισυλληπτικά δισκία. Συμπερασματικά, τα αποτελέσματα της έρευνας απλά ενισχύουν την ήδη υπάρχουσα γνώση για το ρόλο των αντισυλληπτικών στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Απαιτούνται περισσότερες έρευνες για τις επιπτώσεις των αντισυλληπτικών σε γυναίκες με υψηλού κινδύνου HPV λοίμωξη για να οδηγηθούμε σε πιο ασφαλή συμπεράσματα για το εάν προηγηθείσα μόλυνση από ογκογόνο στέλεχος του ιού θα ενισχύσει το δυναμικό καρκινογένεσής της από τη λήψη ορμονικής αντισύλληψης.

3.2) Τρίτης γραμμής ή Αποτελεσματική Αντισύλληψη

Πιτσουλάκη Ευαγγελία, Ρούφας Νικόλαος

Οι τριτογενείς μέθοδοι αντισύλληψης θεωρούνται μέτρια αποτελεσματικές και περιλαμβάνουν μεθόδους φραγμού και φυσικές μεθόδους.

Οι μέθοδοι φραγμού είναι από τις αρχαιότερες αναστρέψιμες μεθόδους πρόληψης ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και δρουν παρεμποδίζοντας την άνοδο των σπερματοζωαρίων στη σάλπιγγα. Περιλαμβάνουν το προφυλακτικό (ανδρικό και γυναικείο) και το κολπικό διάφραγμα (Hoffmanetal., 2016).

3.2.a) Ανδρικό προφυλακτικό

Τι είναι και πώς λειτουργεί;

Τα ανδρικά προφυλακτικά είναι θήκες ή καλύμματα που εφαρμόζουν πάνω από το πέος και κρατούν το σπέρμα εκτός του κόλπου. Κατασκευάζονται σε διάφορα μεγέθη από ελαστικό (latex) ή πολυουρεθάνη για χρήση από τα αλλεργικά στο latex άτομα



και σπάνια από έντερο προβάτου, ενώ παράλληλα εμπεριέχουν και κάποια σπερματοκόννο ουσία προκειμένου να μεγιστοποιήσουν την αποτελεσματικότητά τους.

Εάν ταυτόχρονα με το προφυλακτικό γίνεται η χρήση κάποιου λιπαντικού, τότε αυτό θα πρέπει να έχει ως βάση το νερό και όχι λιποδιαλυτές ουσίες, γιατί οι τελευταίες μπορούν να προκαλέσουν ρήξη του προφυλακτικού.

Αποτελεσματικότητα

Επί ορθής χρήσης το ποσοστό επιτυχίας τους αγγίζει το 97%, ενώ πέφτει στο 79-80% σε αντίθετη περίπτωση.

Πλεονεκτήματα

Στα πλεονεκτήματά τους περιλαμβάνεται η σημαντική προστασία που προσφέρουν έναντι στα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, καθώς και το χαμηλό κόστος και η ευρεία διαθεσιμότητά τους. Επιπλέον είναι μέθοδος ασφαλής και πλήρως αναστρέψιμη.

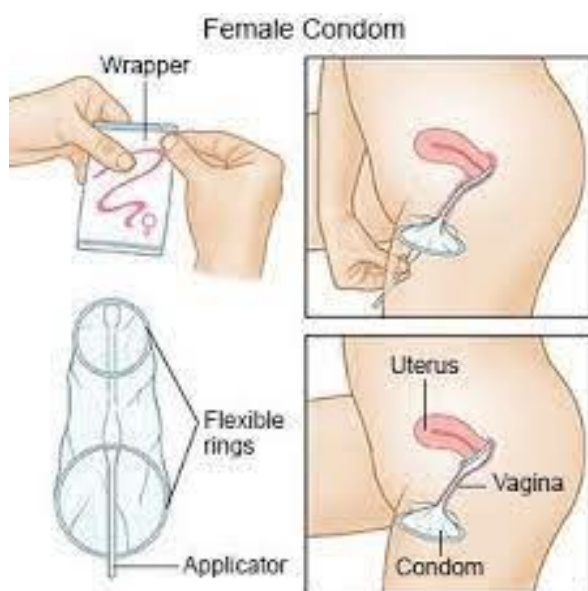
Μειονεκτήματα

Πολύ σπάνια μπορεί να προκαλέσουν αλλεργίες (Vessey, 1982).

3.2.β) Γυναικείο προφυλακτικό

Τι είναι και πώς λειτουργεί;

Το γυναικείο προφυλακτικό είναι μια θήκη από πολυουρεθάνη που εφαρμόζει στον κόλπο και κρατά το σπέρμα έξω από αυτόν. Έχει δύο δακτυλίους, έναν σε κάθε άκρο. Ο εσωτερικός είναι κλειστός, καλύπτει τον τράχηλο και στηρίζεται στα κοιλιακά τοιχώματα συγκρατώντας το προφυλακτικό στη θέση του και ο εξωτερικός, μεγαλύτερης διαμέτρου δακτύλιος, ανοιχτός καλύπτει μέρος των μικρών και μεγάλων χειλέων του αιδοίου.



Αποτελεσματικότητα

Η αντισυλληπτική αποτελεσματικότητά του είναι μικρότερη από το ανδρικό προφυλακτικό (21% κηύσεις τον πρώτο χρόνο συνεχούς χρήσης).

Πλεονεκτήματα

Παρουσιάζει ιδιαίτερα υψηλή προφύλαξη από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και φαίνεται να είναι αδιαπέραστο από τον HIV, τον κυτταρομεγαλοϊό, και τον ιό της ηπατίτιδας Β. Είναι μέθοδος ασφαλής

και πλήρως αναστρέψιμη. Επίσης η μέθοδος αυτή ελέγχεται πλήρως από τη γυναίκα και δεν συνοδεύεται από συγκεκριμένες αντενδείξεις.

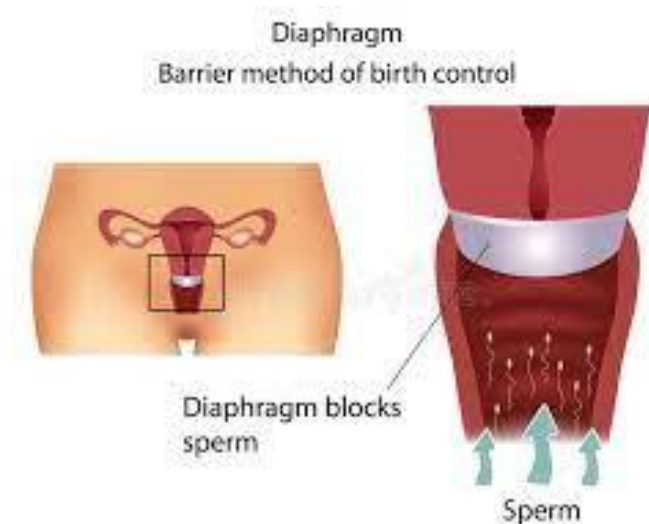
Μειονεκτήματα

Στα μειονεκτήματα του περιλαμβάνονται το κόστος και η ανάγκη για σωστή, προσεκτική τοποθέτηση. Δεν πρέπει να χρησιμοποιείται συνδυαστικά με το ανδρικό προφυλακτικό, γιατί μαζί μπορεί να γλιστρήσουν και να μετατοπιστούν ή να σκιστούν (Hoffman et al., 2016).

3.2.γ) Κολπικό Διάφραγμα

Τι είναι και πώς λειτουργεί;

Το κολπικό διάφραγμα αποτελείται από έναν κυκλικό, εύκαμπτο και



ελαστικό θόλο, ο οποίος καλύπτει τον τράχηλο της μήτρας και υποστηρίζεται από ένα περιφερικό μεταλλικό ελατήριο. Λειτουργεί εμποδίζοντας το σπέρμα να εισέλθει στον τράχηλο της μήτρας. Συνήθως συνδυάζεται με τη χρήση

σπερματοκτόνων, τα οποία σκοτώνουν ή απενεργοποιούν το σπέρμα, για μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα. Διατίθεται σε διαφορετικά μεγέθη και το ακριβές μέγεθος για τη γυναίκα καθορίζεται από το γυναικολόγο. Τοποθετείται έως και 6 ώρες πριν από τη σεξουαλική επαφή και είναι δυνατό να διατηρηθεί έως και 6 ώρες μετά, αλλά δεν πρέπει να παραμένει για περισσότερο από 24 ώρες γιατί είναι δυνατόν να προκληθεί σύνδρομο του τοξικού shock.

Αποτελεσματικότητα

Έχει αποτελεσματικότητα γύρω στο 85% σε τυπική χρήση κατά τον πρώτο χρόνο εφαρμογής.

Πλεονεκτήματα

Είναι μέθοδος ασφαλής και πλήρως αναστρέψιμη

Μειονεκτήματα

Βασικό του μειονέκτημα είναι ότι δεν προφυλάσσει από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και τον HIV. Επίσης απαιτεί τουλάχιστον μια επίσκεψη στο γυναικολόγο, μπορεί να υπάρχει δυσκολία στην τοποθέτηση από τη γυναίκα, ενώ έχει παρατηρηθεί ότι αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης ουρολοιμώξεων (Hoffmanetal., 2016).

3.2.δ) Φυσικές Μέθοδοι – Συμπεριφορικές Μέθοδοι Αντισύλληψης

Στις φυσικές μεθόδους αντισύλληψης ανήκουν η διακοπτόμενη ή διακεκομμένη συνουσία, η μέθοδος ρυθμού ή ασφαλούς περιόδου και η μέθοδος θηλασμού.

A. Διακεκομμένη συνουσία: Η διακοπτόμενη συνουσία αφορά την απόσυρση του πέους από τον κόλπο πριν την εκσπερμάτιση, έτσι ώστε να αποφευχθεί η είσοδος σπέρματος στον κόλπο. Η μέθοδος αυτή εξαρτάται από τον άνδρα, απαιτεί πείρα και επαρκή αυτοέλεγχο, κάτι όχι και τόσο εύκολο για άτομα εφηβικής ηλικίας. Η διακεκομμένη συνουσία είναι η μέθοδος που χρησιμοποιείται πιο συχνά, όμως έχει υψηλότερα ποσοστά αποτυχίας (15-30%) και επιπλέον μειώνει τη σεξουαλική απόλαυση και στους δύο συντρόφους.

B. Μέθοδος ρυθμού ή ασφαλούς περιόδου: χρησιμοποιείται όταν τα ζευγάρια αποφεύγουν τη σεξουαλική επαφή κατά τη διάρκεια των γόνιμων ημερών (ωορρηξία). Για να καθοριστεί η χρονική στιγμή της ωορρηξίας χρησιμοποιούνται η μέθοδος ημερολογίου, η μέθοδος της θερμοκρασίας και η μέθοδος της τραχηλικής βλέννης.

i. Στη μέθοδο ημερολογίου υπολογίζονται οι γόνιμες μέρες (ωορρηξία και γύρω από αυτή) αν η γυναίκα έχει σταθερό κύκλο. Σε γυναίκα με ασταθή κύκλο είναι δύσκολο να υπολογιστούν οι γόνιμες μέρες, οπότε γενικά η μέθοδος του ημερολογίου δεν είναι αρκετά αποτελεσματική και παρουσιάζει υψηλό ποσοστό αποτυχίας το οποίο κυμαίνεται σε 15-30%.

- ii. Η μέθοδος θερμοκρασίας βασίζεται στη μεταβολή της θερμοκρασίας του σώματος της γυναίκας κατά τη διάρκεια του κύκλου. Μετά την ωορρηξία η προγεστερόνη που παράγεται προκαλεί αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος η οποία φθάνει έως τους 37,2 βαθμούς Κελσίου. Η μέθοδος αυτή προκαλεί άγχος και μόνιμη εξάρτηση από το θερμόμετρο, ενώ έχει και προβλήματα εφαρμογής π.χ. σε γυναίκες με πυρετό, οδηγώντας έτσι σε ποσοστά αποτυχίας που φθάνουν το 2-3%.

- iii. Στη μέθοδο της τραχηλικής βλέννης η γυναίκα αυτοεξετάζεται προκειμένου να αντιληφθεί τις ενδεικτικές της ωορρηξίας μεταβολές της τραχηλικής βλέννας.

C. Η μέθοδος θηλασμού εφαρμόζεται κατά την περίοδο της γαλουχίας, όπου θεωρητικά δεν λαμβάνει χώρα η διαδικασία της ωορρηξίας, καθιστώντας την γυναίκα μη γόνιμη.

Συμπερασματικά, οι φυσικές μέθοδοι αντισύλληψης είναι αναξιόπιστες, διότι τις περισσότερες φορές οδηγούν σε ανεπιθύμητες κυήσεις (Grimes, 2004).

3.3) Τέταρτης γραμμής ή Ελάχιστα Αποτελεσματική Αντισύλληψη

Ρούφας Νικόλαος, Πιτσουλάκη Ευαγγελία

Σπερματοκτόνα

Τα σπερματοκτόνα είναι ουσίες, οι οποίες τοποθετούνται κολπικά και παρέχουν αντισυλληπτική προστασία. Υπάρχουν σε μορφή κρεμών, αφρού-ζελ, υπόθετων και φιλμ. Στην Ελλάδα πιο συχνά συναντάμε το τζελ και τον αφρό και η χρήση τους συνοδεύεται από ποσοστά αποτυχίας που κυμαίνονται από 6 έως 26%, ανάλογα με το κατά πόσο χρησιμοποιούνται



σωστά

Τρόπος δράσης: Δρουν παραλύοντας τα σπερματοζωάρια και μπλοκάροντας την είσοδο του τραχήλου προς τη μήτρα.

Πλεονεκτήματα

- Δεν χρειάζονται ιατρική συνταγή
- Καταλαμβάνουν μικρό όγκο-μπορούν να μεταφέρονται εύκολα
- Χρησιμοποιούνται μόνο κατά τη σεξουαλική επαφή
- Μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε συνδυασμό με άλλες μεθόδους αντισύλληψης
- Δεν προκαλούν ορμονικές αλλαγές
- Μπορεί να χρησιμοποιηθούν στο θηλασμό

Μειονεκτήματα

- Συνήθως απαιτούν και χρήση συμπληρωματικής μεθόδου αντισύλληψης
- Δεν έχουν καλή αποτελεσματικότητα όταν χρησιμοποιούνται ως μοναδική μέθοδος
- Το συνολικό ετήσιο ποσοστό αποτυχίας φθάνει το 20-30%

- Μπορεί να προκαλέσουν ερεθισμό στον κόλπο και το πέος όπου ερεθισμός μειώνει σημαντικά την προστασία για Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα και γενικά δεν συνιστάται η χρήση τους για το σκοπό αυτό
- Πρέπει να μπαίνουν στον κόλπο 15-60 λεπτά πριν την επαφή
- Δεν πρέπει η γυναίκα να πλύνει τον κόλπο για 6 ώρες μετά την επαφή
- Πρέπει να γίνεται χρήση τους μετά από κάθε επαφή ακόμα και την ίδια ημέρα (Schreiber, 2006)

Συμπεράσματα – Επίλογος



Ο οικογενειακός προγραμματισμός και η αντισύλληψη έχουν απασχολήσει την ανθρωπότητα ήδη από τα αρχαία χρόνια. Η πνευματική ανέλιξη των σύγχρονων κοινωνιών και το φεμινιστικό κίνημα κατόρθωσαν να καταστήσουν το δικαίωμα στην αντισύλληψη και την αυτοδιαχείριση του σώματος αναφαίρετο δικαίωμα κάθε γυναίκας και

κάθε ζευγαριού. Η σύγχρονη τεχνολογία και η τεχνογνωσία επέτρεψαν την ανάπτυξη πλειάδας αντισυλληπτικών μεθόδων ενώ αξίζει να μνημονευτεί η απόφαση του Γαλλικού Κοινοβουλίου του 2021 για παροχή δωρεάν αντισύλληψης, μέτρο που λύει την τροχοπέδη του κόστους για πλειάδα νέων γυναικών. Στη χώρα μας η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση είναι σίγουρα απαραίτητο να εισαχθεί στο ελληνικό σχολείο ώστε ήδη από την εφηβεία το σύνολο του πληθυσμού να είναι ενήμερο για την αντισύλληψη, τις αποτελεσματικές μεθόδους στην πρόληψη μίας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης αλλά και του γεγονότος ότι η πλειοψηφία των αντισυλληπτικών μεθόδων δεν προστατεύουν συνάμα από τις σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις. Οι μαιευτήρες γυναικολόγοι μαζί με τους παιδίατρους- ειδικούς εφηβικής ιατρικής αλλά και τα νεότερα μέλη της Ιατρική Κοινότητας, οι φοιτητές Ιατρικής οφείλουν να συμμετάσχουν στην προσπάθεια αυτή ενημερώνοντας υπεύθυνα και με πληρότητα το κοινωνικό σύνολο για την αξία της αντισύλληψης αλλά και για τους κινδύνους που ενδέχεται κάποιες μέθοδοι να επιφυλάσσουν.

Βιβλιογραφία

Ελληνική Βιβλιογραφία

Μανταλενάκης ΣΙ. (2001) Ελληνική Μαιευτική & Γυναικολογία. 13:129-138.

Μανταλενάκης ΣΙ. (1997) Ελληνική Μαιευτική & Γυναικολογία9:193-196.

Μανταλενάκης ΣΙ. (1995) Ελληνική Μαιευτική & Γυναικολογία7:27-30.

Μανταλενάκης ΣΙ. (1994) Ελληνική Μαιευτική & Γυναικολογία6:353-356.

Μανταλενάκης ΣΙ. (1992) Ελληνική Μαιευτική & Γυναικολογία5:165-168.

Λασκαράτος Ι., (2012) Ιστορία της ΙατρικήςBroken Hill Publishers

Λούρος Ν. (1973) Στοιχεία Ιστορίας της Μαιευτικής και Γυναικολογίας. Παρισιάνος, Αθήνα, 63.

Λουτράδης, Δ., Δεληγεώργου, Ε., Παπαντωνίου, Ν., Παππά, Κ. (2017). Μαιευτική και Γυναικολογία. BrokenHillPublisherLTD.

Σαρρή Μ. (2018) Σύγχρονες μέθοδοι αντισύλληψης σε ειδικές ομάδες γυναικών Μεταπτυχιακή εργασία, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης. Σχολή Επιστημών Υγείας. Τμήμα Ιατρικής

Φαναράς, Β. 2004. Τεκνογονία και αντισύλληψη στον ορθόδοξο γάμο, ηθικά σχόλια και σύγχρονη έρευνα.

Αγγλική Βιβλιογραφία

Ahinkorah, B. O., Budu, E., Aboagye, R. G., Agbaglo, E., Arthur-Holmes, F., Adu, C., Archer, A. G., Aderoju, Y., & Seidu, A. A. (2021). Factors associated with modern contraceptive use among women with no fertility intention in sub-Saharan Africa: evidence from cross-sectional surveys of 29 countries. *Contraception and reproductive medicine*, 6(1), 22. <https://doi.org/10.1186/s40834-021-00165-6>

Ali, M., Akin, A., Bahamondes, L., Brache, V., Habib, N., Landoulsi, S., Hubacher, D., & WHO study group on subdermal contraceptive implants for women (2016). Extended use up to 5 years of the etonogestrel-releasing subdermal contraceptive implant: comparison to levonorgestrel-releasing subdermal implant. *Human reproduction* (Oxford, England), 31(11), 2491–2498. <https://doi.org/10.1093/humrep/dew222>

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2013) Benefits and risks of sterilization. Practice Bulletin No. 133, February 2013a

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2014) Noncontraceptive uses of hormonal contraceptives. Practice Bulletin No. 110, January 2010, Reformed 2014e

American Academy of Pediatrics, American College of Obstetricians and Gynecologists. (2012) Intrapartum and postpartum care of the mother. In Riley LE, Stark AR (eds): *Guidelines on Perinatal Care*, 7th ed. Washington, AAP/ ACOG, 2012, p 204

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2006) Use of hormonal contraception in women with coexisting medical conditions. Practice Bulletin No. 73, June 2006, Reformed 2013d

Arjona Berral, J. E., Rodríguez Jiménez, B., Velasco Sánchez, E., Povedano Cañizares, B., Monserrat Jordan, J., Lorente Gonzalez, J., & Castelo-Branco, C. (2014). Essure® and chronic pelvic pain: a population-based cohort. *Journal of obstetrics and gynaecology : the journal of the Institute of Obstetrics and Gynaecology*, 34(8), 712–713. <https://doi.org/10.3109/01443615.2014.920795>

Association of Reproductive Health Professionals. Choosing a Birth Control Method. <http://www.arhp.org/Publications-and-Resources/Quick-Reference-Guide-for-Clinicians/choosing/Progestin-Only-OCs>

Asthana, S., Busa, V., & Labani, S. (2020). Oral contraceptives use and risk of cervical cancer-A systematic review & meta-analysis. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, 247, 163–175. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.02.014>

Audet, M. C., Moreau, M., Koltun, W. D., Waldbaum, A. S., Shangold, G., Fisher, A. C., Creasy, G. W., & ORTHO EVRA/EVRA 004 Study Group (2001). Evaluation of contraceptive efficacy and cycle control of a transdermal contraceptive patch vs an oral contraceptive: a randomized controlled trial. *JAMA*, 285(18), 2347–2354. <https://doi.org/10.1001/jama.285.18.2347>

Ayoola, A. B., Zandee, G. L., Johnson, E., & Pennings, K. (2014). Contraceptive use among low-income women living in medically underserved neighborhoods. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing : JOGNN*, 43(4), 455–464. <https://doi.org/10.1111/1552-6909.12462>

Bahamondes, L., Fernandes, A., Monteiro, I., & Bahamondes, M. V. (2020). Long-acting reversible contraceptive (LARCs) methods. Best practice & research. *Clinical obstetrics & gynaecology*, 66, 28–40. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2019.12.002>

Barmpouti A. (2020). Issues of biopolitics of reproduction in post-war Greece. *Studies in history and philosophy of biological and biomedical sciences*, 83, 101276. <https://doi.org/10.1016/j.shpsc.2020.101276>

Bujalkova M. (2007). Birth control in antiquity. *Bratislavské lekárske listy*, 108(3), 163–166.

Bayer HealthCare Pharmaceuticals. (2012) Yasmin, drospirenone and ethinyl estradiol tablets: prescribing information. Wayne, Bayer HealthCare Pharmaceuticals

Britannica, T. Editors of Encyclopaedia (2021, September 10). Margaret Sanger. Encyclopedia Britannica. <https://www.britannica.com/biography/Margaret-Sanger>

Brohet, R. M., Goldgar, D. E., Easton, D. F., Antoniou, A. C., Andrieu, N., Chang-Claude, J., Peock, S., Eeles, R. A., Cook, M., Chu, C., Noguès, C., Lasset, C., Berthet, P., Meijers-Heijboer, H., Gerdes, A. M., Olsson, H., Caldes, T., van Leeuwen, F. E., & Rookus, M. A. (2007). Oral contraceptives and breast cancer risk in the international BRCA1/2 carrier cohort study: a report from EMBRACE, GENEPSO, GEO-HEBON, and the IBCCS Collaborating Group. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 25(25), 3831–3836. <https://doi.org/10.1200/JCO.2007.11.1179>

Brown, S., & Guthrie, K. (2010). Why don't teenagers use contraception? A qualitative interview study. *The European journal of contraception & reproductive health care : the official journal of the European Society of Contraception*, 15(3), 197–204. <https://doi.org/10.3109/13625181003763456>

Brunner, L. R., & Hogue, C. J. (2005). The role of body weight in oral contraceptive failure: results from the 1995 national survey of family growth. *Annals of epidemiology*, 15(7), 492–499. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2004.10.009>

Callahan, T.L. (2013). *Blueprints obstetrics & gynecology*. Baltimore, MD :Lippincott Williams & Wilkins,

Carignan, C. S., & Pati, S. (1997). Tubal Occlusion Failures: Implications of the CREST Study on Reducing the Risk. *Medscape women's health*, 2(11), 1.

Casanova, R., Chuang, A., Goepfert, A. R., Hueppchen, N. A., Weiss, P. M., & American College of Obstetricians and Gynecologists. (2019). *Beckmann and Ling's obstetrics and gynecology*.

Castaño, P. M., & Adekunle, L. (2010). Transcervical sterilization. *Seminars in reproductive medicine*, 28(2), 103–109. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1248134>

Centers for Disease Control and Prevention. Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) - Appendix L - Summary of Classifications for Hormonal Contraceptive Methods and Intrauterine Devices. <https://www.cdc.gov/Mmwr/preview/mmwrhtml/rr59e0528a13.htm>

Centers for Disease Control. 2016. US Medical Eligibility Criteria (US MEC) for Contraceptive Use, <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/contraception/mmwr/mec/summary.html>

Cerel-Suhl SL, Yeager BF. Update on oral contraceptive pills. (1999) *Am Fam Physician*. 60(7): p.2073-2084. Pmid: 10569509.

Chan, L. M., & Westhoff, C. L. (2010). Tubal sterilization trends in the United States. *Fertility and sterility*, 94(1), 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2010.03.029>

Cheng, L., Gülmezoglu, A. M., Piaggio, G., Ezcurra, E., & Van Look, P. F. (2008). Interventions for emergency contraception. *The Cochrane database of systematic reviews*, (2), CD001324. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001324.pub3>

Cooper, J. M., Carignan, C. S., Cher, D., Kerin, J. F., & Selective Tubal Occlusion Procedure 2000 Investigators Group (2003). Microinsert nonincisional hysteroscopic sterilization. *Obstetrics and gynecology*, 102(1), 59–67. [https://doi.org/10.1016/s0029-7844\(03\)00373-9](https://doi.org/10.1016/s0029-7844(03)00373-9)

Colquitt, C. W., & Martin, T. S. (2017). Contraceptive Methods. *Journal of pharmacy practice*, 30(1), 130–135. <https://doi.org/10.1177/0897190015585751>

Danis, R.B., Della Badia, C.R., Richard, S.D. (2016) Postpartum Permanent Sterilization: Could Bilateral Salpingectomy Replace Bilateral Tubal Ligation? *J Minim Invasive Gynecol.* 23(6):928-32.

Darney PD. (2000) Implantable contraception. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 5 Suppl 2:2-11.

Darroch J. E. (2013). Trends in contraceptive use. *Contraception*, 87(3), 259–263. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2012.08.029>

de Souza, R. S., & Berger, G. S. (2021). Fallopian tube anatomy predicts pregnancy and pregnancy outcomes after tubal reversal surgery. *Statistical methods in medical research*, 30(8), 2004–2014. <https://doi.org/10.1177/09622802211023543>

Edelman, A. B., Carlson, N. E., Cherala, G., Munar, M. Y., Stouffer, R. L., Cameron, J. L., Stanczyk, F. Z., & Jensen, J. T. (2009). Impact of obesity on oral contraceptive pharmacokinetics and hypothalamic-pituitary-ovarian activity. *Contraception*, 80(2), 119–127. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2009.04.011>

Etonogestrel. In: *Drugs and Lactation Database (LactMed)*. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US); November 16, 2020.

Fakinos M., (2010), "Sexuality education in Greek schools: Student experience and recommendations", *Electronic Journal of Human Sexuality*, 13, available from: <http://www.ejhs.org>

Fathalla M. F. (2020). Safe abortion: The public health rationale. *Best practice & research. Clinical obstetrics & gynaecology*, 63, 2–12. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2019.03.010>

Finlay, E.J., Canning, D., June, Y.T.P. (2012) *Reproductive Health Laws Around the World*, PGDA Working Paper No. 96. <http://www.hsph.harvard.edu/pgda/working.htm>

Gálvez Asún J. (1994). Esterilización tubaria postparto con técnica de Parkland [Postpartum tubal sterilization with the Parkland technique]. *Revista chilena de obstetricia y ginecologia*, 59(1), 27–31.

Georges, E. (2021). [Review of the book *Abortion and Contraception in Modern Greece, 1830–1967: Medicine, Sexuality and Popular Culture*, by Violetta Hionidou]. *Journal of Modern Greek Studies* 39(2), 469-473. doi:10.1353/mgs.2021.0033.

George, K., Kamath, M. S., & Tharyan, P. (2013). Minimally invasive versus open surgery for reversal of tubal sterilization. *The Cochrane database of systematic reviews*, (2), CD009174. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009174.pub2>

Golditch I. M. (1971). Laparoscopy: advances and advantages. *Fertility and sterility*, 22(5), 306–310.

Grimes, D. A., Gallo, M. F., Grigorieva, V., Nanda, K., & Schulz, K. F. (2004). Fertility awareness-based methods for contraception. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2004(4), CD004860. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004860.pub2>

Grosdemouge, I., Engrand, J. B., Dhainault, C., Marchand, F., Martigny, H., Thevenot, J., Villefranque, V., Lopes, P., & Panel, P. (2009). La pratique française de la pose des implants de stérilisation tubaire Essure [Essure implants for tubal sterilisation in France]. *Gynecologie, obstetrique & fertilité*, 37(5), 389–395. <https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2009.03.024>

Guerrand R. H. (1979). Les Procèdes contraceptifs en France au 19 siècle [Contraceptive devices in France in the 19th century]. *Contraception, fertilité, sexualité*, 7(5), 381–385.

Guiahi, M., Goldman, K. N., McElhinney, M. M., & Olson, C. G. (2010). Improving hysterosalpingogram confirmatory test follow-up after Essure hysteroscopic sterilization. *Contraception*, 81(6), 520–524. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2010.01.019>

Hacker and Moore's essentials of obstetrics and gynecology. 2010. Philadelphia, PA: Saunders/Elsevier.

Hionidou V. (2020) Abortion and Contraception in Modern Greece 1830-1967

Horvath, S., Schreiber, C. A., & Sonalkar, S. (2018). Contraception. In K. R. Feingold (Eds.) et. al., Endotext. MDText.com, Inc.

In: Hoffman BL, Schorge JO, Bradshaw KD, Halvorson LM, Schaffer JI, Corton MM. eds. Williams Gynecology, 3e. McGraw Hill; 2016.

Jick, S. S., Kaye, J. A., Russmann, S., & Jick, H. (2006). Risk of nonfatal venous thromboembolism in women using a contraceptive transdermal patch and oral contraceptives containing norgestimate and 35 microg of ethinyl estradiol. *Contraception*, 73(3), 223–228. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2006.01.001>

Jones, J., Mosher, W., & Daniels, K. (2012). Current contraceptive use in the United States, 2006-2010, and changes in patterns of use since 1995. *National health statistics reports*, (60), 1–25.

Kang, A., Khokale, R., Awolumate, O. J., Fayyaz, H., & Cancarevic, I. (2020). Is Estrogen a Curse or a Blessing in Disguise? Role of Estrogen in Gastroesophageal Reflux Disease. *Cureus*, 12(10), e11180. <https://doi.org/10.7759/cureus.11180>

Kirana, P.S., Nakopoulou, E., Akrita, I., Papaharitou, S. (2007), Attitudes of parents and health promoters in Greece concerning sex education of adolescents, *Sex Education*, 7(3):265-76.

Khowaja, S. S., Pasha, A., Begum, S., & Mustafa, M. U. (2013). Ray of hope: opportunities for reducing unsafe abortions!. *JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association*, 63(1), 100–102.

Lawrie, T. A., Kulier, R., & Nardin, J. M. (2015). Techniques for the interruption of tubal patency for female sterilisation. *The Cochrane*

database of systematic reviews, (9), CD003034.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD003034.pub3>

Lee, S. H., & Jones, J. S. (1991). Postpartum tubal sterilization. A comparative study of the Hulka clip and modified Pomeroy technique. *The Journal of reproductive medicine*, 36(10), 703–706.

Lippes, J. (2002) Quinacrine sterilization: the imperative need or clinical trials. *Fertil Steril* 77:1106

MacKay, A.P., Kieke, B.A., Koonin, L.M., Battie, K.(2001) Tubal sterilization in the United States, 1994–1996. *Fam Plann Perspect* 33:161.

Marino S, Canela CD, Nama N. Tubal Sterilization. [Updated 2021 Sep 8]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470377/>

Mishell DR Jr (2000) Oral contraceptives and cardiovascular events: summary and application o data. *Int J Fertil* 45:121

Mohllajee, A. P., Curtis, K. M., Martins, S. L., & Peterson, H. B. (2006). Does use of hormonal contraceptives among women with thrombogenic mutations increase their risk of venous thromboembolism? A systematic review. *Contraception*, 73(2), 166–178.
<https://doi.org/10.1016/j.contraception.2005.08.011>

Mørch, L. S., Skovlund, C. W., Hannaford, P. C., Iversen, L., Fielding, S., & Lidegaard, Ø. (2017). Contemporary Hormonal Contraception and the Risk of Breast Cancer. *The New England journal of medicine*, 377(23), 2228–2239. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1700732>

Mosher, W. D., & Jones, J. (2010). Use of contraception in the United States: 1982-2008. *Vital and health statistics. Series 23, Data from the National Survey of Family Growth*, (29), 1–44.

Mulders, T. M., & Dieben, T. O. (2001). Use of the novel combined contraceptive vaginal ring NuvaRing for ovulation inhibition. *Fertility and sterility*, 75(5), 865–870. [https://doi.org/10.1016/s0015-0282\(01\)01689-2](https://doi.org/10.1016/s0015-0282(01)01689-2)

Pavard B. (2019). The Right to Know? The Politics of Information about Contraception in France (1950s-80s). *Medical history*, 63(2), 173–188. <https://doi.org/10.1017/mdh.2019.4>

Petri, M., Kim, M. Y., Kalunian, K. C., Grossman, J., Hahn, B. H., Sammaritano, L. R., Lockshin, M., Merrill, J. T., Belmont, H. M., Askanase, A. D., McCune, W. J., Heath-Holmes, M., Dooley, M. A., Von Feldt, J., Friedman, A., Tan, M., Davis, J., Cronin, M., Diamond, B., Mackay, M., ... OC-SELENA Trial (2005). Combined oral contraceptives in women with systemic lupus erythematosus. *The New England journal of medicine*, 353(24), 2550–2558. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa051135>

PINCUS, G., & CHANG, M. C. (1953). The effects of progesterone and related compounds on ovulation and early development in the rabbit. *Acta physiologica latino americana*, 3(2-3), 177–183.

Pollack AE, Konnin LM, Haws JM, et al. Postpartum tubal sterilization in the United States, 1988–1994 [abstract]. 1997: Presented at the 1997 APHA Annual Meeting. Indianapolis, IN, November 9-13, 1997.

Potts, M. (2020, May 1). birth control. *Encyclopedia Britannica*. <https://www.britannica.com/science/birth-control>

Randomised controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. (1998). *Lancet* (London, England), 352(9126), 428–433.

Ritter, T., Dore, A., & McGeehan, K. (2015). Contraceptive knowledge and attitudes among 14-24-year-olds in New South Wales, Australia. *Australian and New Zealand journal of public health*, 39(3), 267–269. <https://doi.org/10.1111/1753-6405.12367>

Roumen, F. J., Apter, D., Mulders, T. M., & Dieben, T. O. (2001). Efficacy, tolerability and acceptability of a novel contraceptive vaginal ring releasing etonogestrel and ethinyl oestradiol. *Human reproduction* (Oxford, England), 16(3), 469–475.

<https://doi.org/10.1093/humrep/16.3.469>

Roux A. (2021). Sociologie de la contraception en France [Sociology of contraception in France]. *Medecine sciences : M/S*, 37(6-7), 647–653.

<https://doi.org/10.1051/medsci/2021093>

Salakos, N., Bakalianou, K., Gregoriou, O., Iavazzo, C., Paltoglou, G., & Creatsas, G. (2008). Abortion rates and the role of family planning: a presentation of the Greek reality. *Clinical and experimental obstetrics & gynecology*, 35(4), 279–283.

Salakos, N., Koumousidis, A., Bakalianou, K., Paltoglou, G., Kalampokas, T., & Iavazzo, C. (2010). Unwanted pregnancy and induced abortion among young women 16-22 years old in Greece: a retrospective study of the risk factors. *Clinical and experimental obstetrics & gynecology*, 37(4), 303–309.

Schenker, J. G., & Elchalal, U. (1994). Behavioural and social issues in contraception. *Current opinion in obstetrics & gynecology*, 6(6), 543–546.

Schreiber, C. A., Meyn, L. A., Creinin, M. D., Barnhart, K. T., & Hillier, S. L. (2006). Effects of long-term use of nonoxynol-9 on vaginal flora. *Obstetrics and gynecology*, 107(1), 136–143.

<https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000189094.21099.4a>

Shah, I., & Ahman, E. (2009). Unsafe abortion: global and regional incidence, trends, consequences, and challenges. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada : JOGC = Journal d'obstetrique et gynecologie du Canada : JOGC*, 31(12), 1149–1158.

Skouby S. O. (2004). Contraceptive use and behavior in the 21st century: a comprehensive study across five European countries. *The European journal of contraception & reproductive health care : the official journal of the European Society of Contraception*, 9(2), 57–68. <https://doi.org/10.1080/13625180410001715681>

Sober, S., & Schreiber, C. A. (2014). Postpartum contraception. *Clinical obstetrics and gynecology*, 57(4), 763–776. <https://doi.org/10.1097/GRF.0000000000000055>

Sokal, D. C., Hieu, d., Loan, N. D., Hubacher, D., Nanda, K., Weiner, D. H., & Vach, T. H. (2008). Contraceptive effectiveness of two insertions of quinacrine: results from 10-year follow-up in Vietnam. *Contraception*, 78(1), 61–65. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2008.02.010>

Stuart, G. S., & Ramesh, S. S. (2018). Interval Female Sterilization. *Obstetrics and gynecology*, 131(1), 117–124. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002376>

Tountas, Y., Creatsas, G., Dimitrakaki, C., Antoniou, A., & Boulamatsis, D. (2004). Information sources and level of knowledge of contraception issues among Greek women and men in the reproductive age: a country-wide survey. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 9(1), 1–10. doi:10.1080/13625180410001696250

Turgambayeva, A., Khamidullina, Z., Baubekova, A., Dudnik, Y., Zhanaliyeva, M., Kasaeva, L., Seidakhmetova, Z., & Kamzaeva, N. (2018). Abortion and Contraception as Medical and Social Problems of Modern. *Iranian journal of public health*, 47(6), 925–927.

Trenor, C. C., 3rd, Chung, R. J., Michelson, A. D., Neufeld, E. J., Gordon, C. M., Laufer, M. R., & Emans, S. J. (2011). Hormonal contraception and thrombotic risk: a multidisciplinary approach. *Pediatrics*, 127(2), 347–357. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-2221>

Tsitsika, A., Andrie, E., Deligeoroglou, E., Tzavara, C., Sakou, I., Greydanus, D., Papaevangelou, V., Tsofia, M., Creatsas, G., & Bakoula, C. (2014). Experiencing sexuality in youth living in Greece: contraceptive practices, risk taking, and psychosocial status. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, 27(4), 232–239. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2013.11.009>

United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2021). *World Contraceptive Use 2021*

Vasectomy.In:Amboss.<https://next.amboss.com/us/article/Ck0qJT?q=vasectomy#Z422824f170dd756aa21e96a89936d081>

Vessey, M., Lawless, M., & Yeates, D. (1982). Efficacy of different contraceptive methods. *Lancet* (London, England), 1(8276), 841–842. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(82\)91885-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(82)91885-2)

Wang C. (2012). Trends in contraceptive use and determinants of choice in China: 1980-2010. *Contraception*, 85(6), 570–579. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2011.10.014>

World Health Organization Department of Reproductive Health and Research (WHO/RHR) and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (CCP), Knowledge for Health Project.. *Family Planning - A global handbook for providers*. WHO; 2018

World Health Organization. (2018) *Report on global sexually transmitted infection surveillance*. ISBN 978-92-4-156569-1

Wheeless CR. Laparoscopy. *Clin Obstet Gynecol*. 1976 Jun;19(2):277-98

ΙΣΤΌΤΟΠΟΙ:

- <https://www.unfpa.org/comprehensive-sexuality-education#>
- https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/ITGSE_en.pdf
- <https://www.ippfen.org/sites/ippfen/files/2018-05/Comprehensive>

- https://www.epipsi.gr/images/Documents/hmera-kata-aids/HBSC2018_04_Sex.pdf
- https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/ITGSE_en.pdf
- <https://www.ippfen.org/sites/ippfen/files/2018-05/Comprehensive>
- <https://www.familyplanning.org.cy/srhr/sexuality-education/>
- <https://eody.gov.gr/wp-content/uploads/2019/05/epiidimiologika-dedomena-1-1.pdf>