

Α. Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΑΜΒΛΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ**



ΠΑΤΡΑ

ΜΑΡΤΙΟΣ 2005

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	4160
----------------------	------

ΑΜΒΛΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ

ΜΕΤΕΧΟΥΣΕΣ ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:

**ΠΕΡΔΙΚΑΡΗ ΕΛΕΝΗ
ΤΖΙΟΒΑ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ**

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΣ:

Κα. ΝΟΜΙΚΟΥ ΑΝΤΩΝΙΑ

**Πτυχιακή για τη λήψη πτυχίου στο τμήμα Κοινωνικής Εργασίας της
σχολής επαγγελμάτων Υγείας Πρόνοιας του Ανώτατου Τεχνολογικού
Εκπαιδευτικού Ιδρύματος.**

ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΜΒΛΩΣΗ

«Δε θα δώσω σε κανένα φάρμακο θανάσιμο, ούτε τέτοια συμβουλή, ούτε σε γυναίκα θα δώσω εκτρωτικό φάρμακο».

Όρκος Ιπποκράτη

«Αν το κοιλιακό τοίχωμα της εγκύου γυναίκας ήταν διάφανο, τι είδους νόμους θα είχαμε για την έκτρωση;

Dr. R. Nathanson

«Ούτε το σώμα προηγείται χρονικά από την ψυχή, ούτε η ψυχή προηγείται χρονικά από το σώμα. Και των δύο η χρονική αρχή συνίσταται τη στιγμή της σύλληψης».

Άγιος Γρηγόριος Νύσσης

«Στην έκτρωση, σκοτώνεται η ανθρώπινη ζωή, η ανθρώπινη ύπαρξη, έστω κι αν βρίσκεται στα πρώιμα στάδιά της».

E. Haunt

«Η εγκύος γυναίκα, που σκοτώνει συνειδητά το έμβρύο της, κρίνεται για επιτέλεση φόνου».

Μέγας Βασίλειος

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΣΕΛ.

Αναγνώριση.....	viii
Περίληψη Μελέτης.....	ix

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

Εισαγωγή.....	1
Το πρόβλημα των αμβλώσεων.....	3
Σκοπός και στόχοι μελέτης.....	5
Ορισμοί όρων.....	6

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΑΛΛΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΚΩΝ ΣΥΓΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

1. ΜΙΑ ΝΕΑ ΖΩΗ ΑΡΧΙΖΕΙ

1.1 Φάσεις εξέλιξης του εμβρύου.....	8
1.2 Η ψυχολογία της εγκύου.....	10
1.3 Η ψυχολογία του πατέρα.....	11

2. Η ΑΜΒΛΩΣΗ

2.1 Ιστορική αναδρομή άμβλωσης.....	12
2.2 Διαφορά έκτρωσης-άμβλωσης.....	15
2.3 Είδη αμβλώσεων.....	15
2.4 Μέθοδοι αμβλώσεων.....	18
2.5 Αίτια αμβλώσεων.....	19
2.6 Πόσες αμβλώσεις γίνονται σήμερα στην Ελλάδα και τον κόσμο.....	20
2.7 Πού καταλήγουν τα εκτρωμένα έμβρυα.....	21

3. ΟΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΩΝ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ

3.1 Άμεσες και έμμεσες επιπλοκές των αμβλώσεων.....	24
3.2 Ψυχολογικές συνέπειες για τη γυναίκα.....	26

3.3 Συνέπειες για την οικογένεια.....	30
---------------------------------------	----

4. ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΜΒΛΩΣΗ

4.1 Η θέση της εκκλησίας σχετικά με την άμβλωση.....	32
4.2 Η άποψη των φεμινιστικών οργανώσεων.....	33
4.3 Η ιατρική άποψη.....	34

5. Η ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΜΒΛΩΣΗ

5.1 Νομική άποψη των αμβλώσεων στην Ελλάδα.....	36
5.2 Πλεονεκτήματα-μειονεκτήματα της νομιμοποίησης.....	38
5.3 Σε ποιες περιπτώσεις είναι νόμιμη η διακοπή της εγκυμοσύνης.....	39
5.4 Τα δικαιώματα του εμβρύου.....	40
5.4.1 Τα δικαιώματα του εμβρύου στο Αστικό Δίκαιο.....	40
5.4.2 Τα δικαιώματα του εμβρύου στο Ποινικό Δίκαιο.....	41
5.5 Ξένες νομοθεσίες για την άμβλωση.....	42

6. Ο ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ

6.1 Ιστορική αναδρομή του οικογενειακού προγραμματισμού.....	45
6.2 Το ιστορικό του οικογενειακού προγραμματισμού στην Ελλάδα.....	46
6.3 Νομικό πλαίσιο του οικογενειακού προγραμματισμού στην Ελλάδα.....	47
6.4 Στόχοι οικογενειακού προγραμματισμού.....	48

7. ΤΑ ΟΦΕΛΗ ΤΟΥ Ο.Π. ΚΑΙ Η ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

7.1 Οικογενειακός προγραμματισμός και υγεία της μητέρας.....	51
7.2 Οικογενειακός προγραμματισμός και υγεία του παιδιού.....	52
7.3 Οικογενειακός προγραμματισμός και δημογραφική κατάσταση.....	53
7.4 Το δημογραφικό πρόβλημα στην Ελλάδα.....	54

8. Η ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ

8.1 Ορισμός και ιστορική αναδρομή αντισύλληψης.....	58
8.2 Γενικά χαρακτηριστικά αντισυλληπτικών μεθόδων.....	61
8.3 αντισυλληπτικές μέθοδοι.....	61

8.4 Επιλογή αντισυλληπτικής μεθόδου.....	84
8.5 Αφροδίσια νοσήματα	86
9. ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΗΣΗ	
9.1 Εισαγωγή	101
9.2 Σκοπός σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης και ηλικία έναρξης.....	102
9.3 Από πού γίνεται η πληροφόρηση των ελλήνων παιδιών – Συνέπειες.....	103
9.4 Εξέλιξη σεξουαλικού ενστίκτου	103
9.5 Φορείς σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης.....	106
9.6 Πληροφόρηση των παιδιών κατά ηλικίες.....	110
9.7 Η διαφοροποίηση στο κορίτσι.....	111
9.8 Προγράμματα άλλων χωρών	113
10. ΣΤΕΙΡΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΤΕΧΝΗΤΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ	
10.1 Εισαγωγή	115
10.2 Διάγνωση στειρότητας	115
10.2.1 Διάγνωση στειρότητας στη γυναίκα.....	116
10.2.2 Διάγνωση στειρότητας στον άντρα.....	122
10.3 Αίτια της αντρικής στειρώσεως	125
10.4 Θεραπεία της αντρικής στειρώσεως.....	127
10.5 Αίτια της γυναικείας στειρώσεως	128
10.6 Θεραπεία της γυναικείας στειρώσεως.....	129
10.7 Πρόληψη στειρότητας.....	130
10.8 Τεχνητή γονιμοποίηση	131
10.8.1 Μέθοδοι τεχνητής γονιμοποίησης.....	132
11. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΜΒΛΩΣΗ ΚΑΙ ΤΟΝ Ο.Π.	
11.1 Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού.....	136
11.2 Η συμβουλευτική ψυχολογία.....	138

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	141
--------------------------	-----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙV

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ	142
--	-----

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	147
---------------------------	-----

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	
------------------------	--

A. ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ	152
---------------------------	-----

B. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ – ΠΙΝΑΚΕΣ	157
---	-----

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

Με την ολοκλήρωση της παρούσας μελέτης θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε πρόσωπα, για την πολύτιμη βοήθειά τους. Συγκεκριμένα, ευχαριστούμε:

- Την καθηγήτρια εφαρμογών, του τμήματος κοινωνικής εργασίας του Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας και επόπτιά μας, κ. Νομικού Αντωνία για την ενθάρρυνση, υποστήριξη και καθοδήγηση καθ' όλη τη διάρκεια της μελέτης και συγγραφής της πτυχιακής εργασίας.
- Το οικογενειακό μας περιβάλλον για την υποστήριξη και συμπαράσταση.
- Την Τζιόβα Πολυξένη, Χημικό, για την πολύτιμη βοήθειά της ως προς τη συγκέντρωση υλικού και την ενθάρρυνσή της.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία, σκοπό έχει τη μελέτη των φαινομένων της άμβλωσης και του οικογενειακού προγραμματισμού καθώς επίσης και της αντισύλληψης, της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης, της στειρότητας και της τεχνητής γονιμοποίησης.

Η μελέτη είναι βιβλιογραφική και αποτελείται από τέσσερα κεφάλαια.

Το πρώτο κεφάλαιο, περιλαμβάνει την εισαγωγή, το σκοπό και τους στόχους μελέτης. Επίσης, περιλαμβάνει τους ορισμούς των σημαντικότερων όρων και μια σύντομη αναφορά στο πρόβλημα των αμβλώσεων. Όλα τα παραπάνω διευκολύνουν την κατανόηση του θέματος.

Το δεύτερο κεφάλαιο είναι και το μεγαλύτερο σε έκταση. Σ' αυτό, γίνεται ανασκόπηση συγγραμμάτων και μελετών σχετικά με το φαινόμενο των αμβλώσεων, κυρίως στην Ελλάδα, και τον οικογενειακό προγραμματισμό. Αναλυτικότερα, το κεφάλαιο αυτό περιλαμβάνει τα εξής υποκεφάλαια:

Στο πρώτο υποκεφάλαιο περιγράφονται οι φάσεις εξέλιξης του εμβρύου κάθε μήνα ώσπου να γεννηθεί, καθώς επίσης και η ψυχολογία της εγκύου και του πατέρα.

Στο δεύτερο υποκεφάλαιο αναλύεται το φαινόμενο της άμβλωσης. Γίνεται ιστορική αναδρομή αυτής, μελετούνται τα είδη, οι μέθοδοι και οι αιτίες της άμβλωσης καθώς και οι διαστάσεις που έχει πάρει το πρόβλημα αυτό σήμερα στην Ελλάδα και στο εξωτερικό.

Στο τρίτο υποκεφάλαιο, αναφέρονται και αναλύονται οι συνέπειες των αμβλώσεων στο σώμα της γυναίκας, στην ψυχή της καθώς και στην οικογένεια.

Στο τέταρτο υποκεφάλαιο, αναφέρονται οι απόψεις της εκκλησίας για την άμβλωση, οι απόψεις του φεμινισμού καθώς και οι ιατρικές απόψεις.

Στο πέμπτο υποκεφάλαιο αναλύεται η νομοθεσία για τις αμβλώσεις κυρίως για την Ελλάδα. Γίνεται όμως αναφορά και στις νομοθεσίες ξένων κρατών.

Στο έκτο υποκεφάλαιο μελετάται η ιστορική αναδρομή του οικογενειακού προγραμματισμού, οι στόχοι του καθώς και το νομικό πλαίσιο του στη χώρα μας.

Στο έβδομο υποκεφάλαιο αναφέρεται η προσφορά του οικογενειακού προγραμματισμού στη μητέρα και στο παιδί και μελετάται το δημογραφικό πρόβλημα στην Ελλάδα.

Στο όγδοο υποκεφάλαιο γίνεται ιστορική αναδρομή της αντισύλληψης, αναφέρονται οι μέθοδοι αντισύλληψης και τα αφροδίσια νοσήματα.

Το ένατο υποκεφάλαιο αναφέρεται στη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση. Αναλύονται, ο σκοπός, και οι φορείς σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης.

Στο δέκατο υποκεφάλαιο γίνεται λόγος για τη στειρότητα ανδρών και γυναικών. Αναφέρονται τα αίτια, η διάγνωση και η θεραπεία αυτής.

Στο ενδέκατο υποκεφάλαιο παρουσιάζεται η βοήθεια που δίνεται από τον κοινωνικό λειτουργό και τον ψυχολόγο στη γυναίκα που σκοπεύει ή έχει υποστεί άμβλωση, καθώς και το ρόλο τους στα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι:

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εκούσια διακοπή της εγκυμοσύνης, ή αλλιώς άμβλωση, αποτελεί ένα σύνθετο ιατροκοινωνικό ζήτημα με διαστάσεις που άπτονται μεταξύ άλλων, της κυρίαρχης ηθικής που επικρατεί σε μια κοινωνία, της σχετικής νομοθεσίας που ισχύει σε μια χώρα, καθώς και της δεοντολογίας που πρέπει να χαρακτηρίζει την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος. Το πρόβλημα της άμβλωσης, συνυφασμένο με το δημογραφικό πρόβλημα, απασχόλησε και απασχολεί ακόμα και σήμερα εγκληματολόγους, κοινωνιολόγους και νομικούς.

Η άμβλωση, δεν αποτελεί στην ουσία αντισυλληπτική μέθοδο, αφού δεν αποτρέπει από τη γονιμοποίηση, αλλά διακόπτει μια ήδη εγκατεστημένη και αναπτυσσόμενη εγκυμοσύνη. Καταδικάζεται από το χριστιανικό δόγμα, όπου επικρατεί μια αυστηρή ηθική αντίληψη, που ενισχύθηκε με την άποψη ότι το έμβρυο είναι μια ανθρώπινη ζωή, η σεξουαλική πράξη θεωρείται ως αμάρτημα και φυσικά η άμβλωση σαν αναγκαίο κακό.

Η γυναίκα που καταφεύγει στην άμβλωση, αντιμετωπίζει πολλούς κινδύνους, όσο αφορά στη σωματική της υγεία. Ο θάνατος της ίδιας, είναι ο πιο τραγικός από αυτούς. Εκατομμύρια γυναίκες στον κόσμο παρουσιάζουν επιπλοκές κατά την άμβλωση ή πεθαίνουν από αιμορραγία εξ' αιτίας των αδέξιων χειρισμών του γιατρού.

Η στειρότητα, αποτελεί άλλη μια τραγική συνέπεια για τη γυναίκα που έχει υποστεί άμβλωση. Πολλά ζευγάρια σήμερα καταλήγουν στην μέθοδο της τεχνητής γονιμοποίησης εξ' αιτίας της στειρότητας της γυναίκας μετά από τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης.

Τα τραύματα του σώματος, μπορεί να θεραπευτούν. Τι γίνεται όμως με τα ψυχικά τραύματα; Η άμβλωση, αφήνει ανεξίτηλα σημάδια στην ψυχή της γυναίκας. Είναι πλέον αποδεδειγμένο ότι οι γυναίκες που έχουν υποστεί άμβλωση, ταλαιπωρούνται από τύψεις, ενοχές και κατάθλιψη. Συχνά, αντιμετωπίζουν προβλήματα με τους συζύγους τους ή τα υπόλοιπα παιδιά τους, ενώ συμβαίνει συχνά να καταφεύγουν στη χρήση ουσιών ή την απόπειρα αυτοκτονίας.

Σήμερα, στις περισσότερες χώρες, η άμβλωση έχει νομιμοποιηθεί. Το ίδιο ισχύει και για τη χώρα μας. Μέχρι πριν λίγα χρόνια, που η άμβλωση διενεργούνταν κρυφά κάτω από απαράδεκτες συνθήκες με την εφαρμογή επικίνδυνων και ερασιτεχνικών μεθόδων, με

τραγικές συνέπειες για τη γυναίκα. Η νομομοποίηση όμως, συνέβαλλε στη βελτίωση των τεχνικών της άμβλωσης, στην τελειοποίηση της νάρκωσης και στη χρήση των αντιβιοτικών. Η βελτίωση όμως αυτή, καθώς και η νομομοποίηση από την άλλη, οδηγούν με μεγαλύτερη ευκολία τις γυναίκες στην άμβλωση.

Ο τομέας της γεννητικότητας αποτελεί για τον γυναικείο πληθυσμό ένα από τα κύρια πεδία που προσδιορίζουν το επίπεδο της υγείας του. Γύρω από αυτόν περιστρέφονται πολλά ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα. Η επιθυμία, ο αριθμός και η έκβαση των κήσεων αποτελούν σημαντικές παραμέτρους για τη γυναίκα και τον άντρα σε ζευγάρι. Σ' αυτό το σημείο καλείται ο οικογενειακός προγραμματισμός, να παίζει το ρόλο του, ενημερώνοντας το ζευγάρι για θέματα σχετικά με τις κήσεις, τις μεθόδους αντισύλληψης, τη σεξουαλική αγωγή των παιδιών τους αλλά και την αντιμετώπιση προβλημάτων αναπαραγωγής. Όλα αυτά, αν γίνονται σωστά και εγκαίρως, θα βοηθήσουν στην αποφυγή ανεπιθύμητων κήσεων.

Με τη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση, οι νέοι από νωρίς θα ενημερωθούν για θέματα γύρω από το σεξ και την αντισύλληψη με αποτέλεσμα να αποφεύγεται η μετάδοση των αφροδισίων νοσημάτων και οι ανεπιθύμητες κήσεις που καταλήγουν στην άμβλωση.

Ο οικογενειακός προγραμματισμός, θεσμός κοινωνικός, καταπολεμά τις προκαταλήψεις, καλλιεργεί την γνώση και προωθεί την ενημέρωση προς την κατεύθυνση της πρόληψης, της υγείας, της ευτυχίας του ατόμου της οικογένειας και της κοινωνίας.

Το βέβαιο πάντως είναι, ότι οι τροποποιήσεις που παρατηρούνται τα τελευταία χρόνια σε επίπεδο κοινωνίας, συμπεριφοράς και ηθών, έχουν συνεισφέρει στην υπέρβαση ορισμένων προκαταλήψεων και στη σύναψη ερωτικών σχέσεων με μεγαλύτερη ευκολία σε σχέση με το παρελθόν. Η πραγματικότητα αυτή συναρτώμενη με την απουσία ή την ελλιπή εφαρμογή προγραμμάτων σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης του πληθυσμού και ιδιαίτερα σε νέους, εγκυμονεί κινδύνους πρόκλησης ανεπιθύμητων κήσεων με πιθανή συνέπεια την άμβλωση.

Ο κοινωνικός λειτουργός σε συνεργασία με την υπόλοιπη επιστημονική ομάδα, (γιατρό, μαία, ψυχολόγο) που εργάζονται στα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού μπορούν να βοηθήσουν στην πρόληψη των αμβλώσεων με τη σωστή και έγκαιρη ενημέρωση του πληθυσμού.

ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΩΝ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ

Η Ελλάδα, κατέχει την πρώτη θέση στις εκτρώσεις, συγκριτικά τόσο με τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες, όσο και με τις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής. Κάθε χρόνο, γίνονται στην Ελλάδα γύρω στις 250.000 εκτρώσεις, από τις οποίες οι 40.000 αφορούν ανήλικα κορίτσια! Παγκοσμίως κάθε χρόνο διενεργούνται 30.000.000 εκτρώσεις, 85.000 κάθε μέρα και 59 εκτρώσεις το λεπτό! (πηγή από το διαδίκτυο).

Μελέτες έχουν δείξει ότι από τις γυναίκες που έχουν κάνει έκτρωση, το 44% παρουσιάζουν νευρικές διαταραχές, 36% διαταραχές ύπνου, 30-50% προβλήματα στη σεξουαλική ζωή. Το 25% επισκέπτονται ψυχίατρο, 60% αναφέρει ιδεασμό αυτοκτονίας ενώ το 28% από αυτές επιχειρεί να αυτοκτονήσει. Επίσης, έχουν παρατηρηθεί: αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, μείωση των μητρικών δεσμών με τα παιδιά που γεννιούνται μελλοντικά, αυξημένες πιθανότητες κακοποίησής τους, καθώς και περισσότερες πιθανότητες να οδηγηθεί το ζευγάρι στο χωρισμό ή το διαζύγιο.

Μια πενταετής έρευνα στις Η.Π.Α. έδειξε ότι 25% των γυναικών που είχαν υποβληθεί σε έκτρωση, χρειάστηκαν στη συνέχεια ψυχιατρική φροντίδα, σε αντίθεση με μόλις 3% των γυναικών που δεν είχαν κάνει έκτρωση. Ένα μεγάλο ποσοστό των γυναικών αυτών αισθάνονται αγωνία και φόβο για πιθανές επιπτώσεις στην υγεία τους καθώς και ενοχές γι' αυτή τους την απόφαση. (πηγή από το διαδίκτυο).

Η άμβλωση, δημιουργεί ακόμη, πολλές επιπλοκές στη γυναίκα, με αποτέλεσμα να αποτελεί το βασικό λόγο ύπαρξης του τόσο υψηλού ποσοστού υπογονιμότητας στην Ελλάδα. Σύμφωνα με ειδικούς επιστήμονες, στις εκτρώσεις οφείλεται το 40% της μείωσης της γονιμότητας της γυναίκας. Υπολογίζεται ότι στην Ελλάδα 150.000 ζευγάρια δεν μπορούν να τεκνοποιήσουν γιατί έχουν στο ιστορικό τους τουλάχιστον μια έκτρωση.

Ο καθηγητής μαιευτικής-γυναικολογίας του Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου, Ιωάννης Μπόντης έχει τονίσει ότι στο χρονικό διάστημα 1980-1999, η Ελλάδα παρουσιάζει μια μείωση της γονιμότητας της κατά 41%, διπλάσια δηλαδή μείωση σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Από μια πρόσφατη μελέτη, προέκυψε ότι 29 από τις 94 μητέρες που πέρασαν από συνέντευξη, είχαν υποβληθεί σε μια προκληθείσα άμβλωση. Από όλες αυτές, μόνο το 36%

χρησιμοποιούσαν οποιαδήποτε αντισυλληπτική μέθοδο. Από το 36% το 27% χρησιμοποιούσε το προφυλακτικό, το 7% τη μέθοδο ρυθμού και το 2% και τις δύο προηγούμενες μεθόδους.

Έχει αποδειχτεί, ότι στην Ελλάδα, οι γυναίκες, προτιμούν να κάνουν αμβλώσεις, παρά να χρησιμοποιούν τις παροχές του οικογενειακού προγραμματισμού. Η εμπιστοσύνη και προτίμηση στην άμβλωση έχει αποδοθεί σε πολλές αιτίες, όπως: στην υψηλή αξία που τοποθετείται στη γονιμότητα – ακόμα κι αν μια εγκυμοσύνη δεν πραγματοποιείται- στα χαμηλά επίπεδα γνώσης της αντισύλληψης και αναπαραγωγής, στην έλλειψη επαρκούς παροχής συμβουλών του οικογενειακού προγραμματισμού και τέλος στην ανεπαρκή πληροφόρηση σε θέματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης. (πηγή από το διαδίκτυο)

Όλα τα παραπάνω, αποτελούν τραγική διαπίστωση ότι το φαινόμενο των αμβλώσεων έχει πάρει στις μέρες μας επικίνδυνες διαστάσεις, και αποτέλεσε το κίνητρο για τη μελέτη και συγγραφή του συγκεκριμένου θέματος.

ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Σκοπός αυτής της εργασίας είναι να μελετηθεί το φαινόμενο της άμβλωσης κυρίως στην Ελλάδα καθώς και ο θεσμός του οικογενειακού προγραμματισμού.

ΣΤΟΧΟΙ:

- Να αναλυθεί η έννοια της άμβλωσης: ιστορική αναδρομή, είδη, μέθοδοι, καθώς και οι αιτίες της άμβλωσης.
- Να αναλυθούν οι σωματικές και ψυχολογικές επιπτώσεις της άμβλωσης στην γυναίκα και στην οικογένεια.
- Να παρουσιαστούν οι φάσεις ανάπτυξης ενός εμβρύου καθώς και διάφορες προσεγγίσεις (εκκλησιαστικής φεμινιστική, ιατρική) της άμβλωσης.
- Να μελετηθεί η νομοθεσία που ισχύει στην Ελλάδα για την άμβλωση και να γίνει πληροφόρηση για τις ξένες νομοθεσίες.
- Να αναλυθεί η έννοια του οικογενειακού προγραμματισμού (ιστορική αναδρομή, στόχοι, νομοθεσία).
- Να παρουσιαστεί η θετική επίδραση του οικογενειακού προγραμματισμού στην υγεία της μητέρας και του παιδιού καθώς και να τονιστεί το δημογραφικό πρόβλημα της Ελλάδας.
- Να γίνει ενημέρωση για τις μεθόδους αντισύλληψης καθώς και τα θετικά και αρνητικά στοιχεία της κάθε μεθόδου.
- Να γίνει πληροφόρηση για τα νοσήματα που μεταδίδονται με τη σεξουαλική επαφή καθώς και για τη θεραπεία τους.
- Η πληροφόρηση για την πρόληψη, τα αίτια, τη θεραπεία της αντρικής και γυναικείας στειρώσεως καθώς και για τη μέθοδο της τεχνητής γονιμοποίησης.
- Να γίνει ενημέρωση για τη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση, το σκοπό της, τους φορείς και τα προγράμματα που εφαρμόζονται για το σκοπό αυτό.

ΟΡΙΣΜΟΙ ΟΡΩΝ

α. Ορισμοί άμβλωσης

«Η άμβλωση, ορίζεται ως η διακοπή της κύησης κατά το πρώτο τρίμηνο της προκλήτά, ως την 24^η εβδομάδα που το βάρος του εμβρύου φθάνει περίπου τα 500gr» (Χιωτέλη-Ντικίμπο Ε., 1988:86)

«Άμβλωση είναι η ηθελημένη ή μη διακοπή της κύησης πριν από το διάστημα των είκοσι εβδομάδων, όπου το έμβρυο μπορεί να επιβιώσει». (Λάνσον Λούσιεν, 1982:304)

«Με τον όρο άμβλωση, νοείται η δόλια πρόκληση του θανάτου σ' ένα ζωντανό έμβρυο. Η θανάτωση του εμβρύου μπορεί να επιτευχθεί με την έκτρωση ή με άλλον τρόπο». (Κουτσελίνης Α., 1984:160)

«Η βίαιη διακοπή της κύησης πριν γίνει βιώσιμο το έμβρυο, ονομάζεται άμβλωση». (Καρπάθιος Σ., 1984:223)

«Με τον όρο άμβλωση, ονομάζουμε την τεχνητή μη αυτόματη διακοπή της εγκυμοσύνης». (Μεγάλη Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια, σελ. 50)

«Άμβλωση είναι η βίαιη αποβολή του εμβρύου, πριν από τον τερματισμό της κύησης με σκοπό τη θανάτωσή του ή τη θανάτωσή του μέσα στη μήτρα». (Σοβιετική Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια, 1981:148)

«Άμβλωση, είναι η τεχνητή διακοπή μιας εγκυμοσύνης με απώλεια του κυοφορούμενου, προτού αυτό γίνει βιώσιμο-τέλος της 28^{ης} εβδομάδας κύσεως». (πηγή από το διαδίκτυο)

1.2 Η ψυχολογία της εγκύου

Η εγκυμοσύνη, αποτελεί για τη γυναίκα ένα κορυφαίο γεγονός στη ζωή της, από το οποίο πηγάζουν ποικίλα συναισθήματα. Μπορεί να αποτελέσει αφετηρία για περισσότερη προσωπική, ψυχοκοινωνική και ψυχοσεξουαλική ανάπτυξη. Συγχρόνως όμως, εμπεριέχει φόβους, αμφιταλαντεύσεις και αγωνίες. (πηγή από το διαδίκτυο)

Η μέλλουσα μητέρα, διαμορφώνει μια στάση απέναντι στην εγκυμοσύνη. Η στάση αυτή, διαφοροποιείται από γυναίκα σε γυναίκα. Έτσι, μπορεί να περιλαμβάνει την πλήρη αποδοχή και τον ενθουσιασμό για το παιδί που έρχεται στον κόσμο ή να περιλαμβάνει τον αρνητισμό και την απόρριψη του παιδιού. Η στάση της κάθε γυναίκας, εξαρτάται από κοινωνικούς ή ψυχολογικούς παράγοντες. Έτσι λοιπόν, τη στάση μπορεί να διαμορφώσουν οι διάφορες δοξασίες που μεταβιβάζονται από γενιά σε γενιά για την εγκυμοσύνη ή κάποια περιστατικά από το άμεσο περιβάλλον της εγκύου.

Η στάση της μητέρας ως προς την εγκυμοσύνη, έχει άμεση επίδραση στην ίδια και στην πορεία της εγκυμοσύνης, καθώς και στο παιδί αργότερα. Όταν μια μητέρα είναι αρνητική ως προς την εγκυμοσύνη, αυτό έχει συνέπεια περισσότερα προβλήματα κατά την εγκυμοσύνη, όπως: εμετούς, πονοκεφάλους, και δυσκολίες κατά τον τοκετό. Ακόμη, το έμβρυο βιώνει τα αρνητικά συναισθήματα της μητέρας του προς αυτό, με αποτέλεσμα αργότερα να έχει προβλήματα στην εξέλιξη του αλλά και στη σχέση του με την ίδια τη μητέρα του: απόρριψη του μητρικού ρόλου ή συναισθήματα ανεπάρκειας για το μητρικό ρόλο. (Παρασκευόπουλος Ι., 1985)

Καθώς η εγκυμοσύνη προχωρεί, τα συναισθήματα της μέλλουσας μητέρας διαφοροποιούνται. Κατά το πρώτο τρίμηνο, η εγκυμοσύνη αποτελεί ένα τελείως προσωπικό θέμα για τη μητέρα, αφού μόνο εκείνη μπορεί να το αντιληφθεί. Σ' αυτή τη φάση, η μητέρα νιώθει θαυμασμό ή και φόβο για τις αλλαγές που συμβαίνουν στο σώμα της.

Κατά το δεύτερο τρίμηνο, αρχίζει η αγωνία και ο φόβος για τον τοκετό αλλά και η ανυπομονησία για το χαρούμενο γεγονός. Η μητέρα, έχει επενδύσει συναισθηματικά στο παιδί και έχει κάνει όνειρα. Ανησυχεί και διερωτάται αν θα μπορέσει να ανταποκριθεί στο μητρικό της ρόλο σωστά. Αγωνιά για την υγεία του παιδιού και γίνεται υπερπροστατευτική προς αυτό.

Είναι φανερό, πως ακόμα και με τις πιο ευνοϊκές συνθήκες, η εγκυμοσύνη αποτελεί μια δοκιμασία για τη γυναίκα. Γι' αυτό και πρέπει το περιβάλλον σ' αυτή τη φάση να είναι υποστηρικτικό και βοηθητικό προς τη γυναίκα. (Παρασκευόπουλος Ι., 1985)

1.3 Η Ψυχολογία του πατέρα

Για έναν άντρα, το γεγονός ότι πρόκειται να γίνει πατέρας, σημαίνει ότι πρέπει να εξοικειωθεί με μια καινούρια κατάσταση και με καινούρια συναισθήματα. Για τους περισσότερους, όμως, άντρες, η εγκυμοσύνη, αποτελεί πηγή υπερηφάνειας.

Αρχικά, η εγκυμοσύνη και η πατρότητα, μπορούν να προκαλέσουν φόβο και ανησυχία ως προς το γεγονός ότι ο ερχομός του παιδιού αλλάζει τη ζωή του ζευγαριού. Η αλλαγή, περιλαμβάνει και το γεγονός ότι από δω και πέρα, με τα δύο εισοδήματα πρέπει να καλύπτονται οι ανάγκες τριών ατόμων. Το γεγονός αυτό, όπως και η έλλειψη αισθήματος υπευθυνότητας από τον άντρα, μπορεί να τον οδηγήσει κάποιες φορές σε αλλόκοτες συμπεριφορές, όπως εκνευρισμός. Παράλληλα, θα πρέπει να βοηθά και να στηρίζει ψυχολογικά τη γυναίκα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, του τοκετού αλλά και μετά τη γέννηση του παιδιού. (Παρασκευόπουλος Ι., 1985)

Όσο προχωράει η εγκυμοσύνη της γυναίκας, ο πατέρας, μπορεί να αισθάνεται αποκλεισμένος από τη γυναίκα και το έμβρυο που το βλέπει ως αντίπαλο. Βλέπει τον ερχομό του παιδιού ως απειλή για τη δική του ταυτότητα και ευδαιμονία. Φοβάται ότι οι άλλοι θα πάψουν να ασχολούνται πια με αυτόν και θα στραφεί όλο το ενδιαφέρον τους στη γυναίκα και το παιδί.

Προς το τέλος της εγκυμοσύνης, ο πατέρας νιώθει τον ερχομό του παιδιού ως θείο δώρο που θα τον βοηθήσει να ολοκληρωθεί ως προσωπικότητα. Αλέξανδρο στο γεγονός του τοκετού, νιώθει δέος γι' αυτό το «παράξενο» γεγονός γι' αυτό και προσπαθεί να ενημερωθεί από πριν γύρω απ' αυτό διαβάζοντας βιβλία, είτε συζητώντας με ειδικούς.

Ο μελλοντικός πατέρας, είναι δυνατόν να παρουσιάσει συμπτώματα εγκυμοσύνης, κάτι που φαίνεται παράξενο. Το φαινόμενο της ανδρικής λοχειάς μπορεί να παρουσιαστεί με απώλεια όρεξης, ναυτία, πόνο στην κοιλιακή χώρα και αύξηση του σωματικού βάρους.

Ο πατέρας, μετά τη γέννηση του παιδιού παίζει, ασχολείται και φροντίζει κι εκείνος μαζί με τη μητέρα, το βρέφος, νιώθοντας αγάπη, στοργή και υπερηφάνεια. Το γεγονός αυτό, βοηθάει πολύ στην ψυχική ανάπτυξη του εμβρύου, ενώ αντιλαμβάνεται τον πατρικό του ρόλο. (Παρασκευόπουλος Ι., 1985, πηγή από το διαδίκτυο)

2. Η ΑΜΒΛΩΣΗ

2.1 Ιστορική αναδρομή άμβλωσης

Αρχαιοελληνικό Δίκαιο

Οι αρχαίοι Έλληνες έφταναν σ' ένα υψηλό επίπεδο πολιτισμού κατά την κλασική περίοδο και μετά. Την ίδια εποχή, η πίστη προς τους θεούς εγκαταλείφθηκε μαζί με άλλες κληρονομημένες ιδέες και έγινε προσπάθεια κατανόησης των πραγμάτων.

Μέχρι την εποχή του Λυσία, δεν υπήρχε νόμος στην Αθήνα που να προέβλεπε την τιμωρία της άμβλωσης. Ο Λυσίας, γύρω στο 430π.Χ. έθεσε το πρόβλημα της έννοιας του εμβρύου αν δηλαδή ήταν ήδη ένα ανθρώπινο ον. Σύμφωνα με τον Λυσία, αν η ζωή θεωρηθεί από τον δικαστή ως ζωή συνειδητή όπου μια ψυχή αρχίζει, η άμβλωση είναι έγκλημα. (COEN VAN TRICHT, 1985)

Στα γραπτά του Ιπποκράτη βρίσκουμε έναν επίσημο όρκο με τον οποίο καθόρισε τις υποχρεώσεις της Ιατρικής τάξης. Χαρακτήριζε την άμβλωση ως θεραπεία που θα επιθυμούσε να αποφύγει. Ο Ιπποκράτης δεσμεύει με όρκο τους θεράποντες της ιατρικής με τα παρακάτω λόγια: «και να μου το ζητήσουν, φάρμακο θανατηφόρο σε κανένα δε θα δώσω κι ούτε θα βγει από μένα μια τέτοια συμβουλή· ούτε θα δώσω σε γυναίκα φάρμακο να καταστρέψει τον βλαστό της». (KRUG, 1997)

Σχετικά με την άμβλωση, ο Αριστοτέλης στα «πολιτικά» του αναφέρει: «είναι σωστό ή όχι, χρήσιμο και καλό ή και το αντίθετο, αν σκοτώνεται το έμβρυο ως καθαρά φυτική ζωή ή η συνείδηση ενός ανθρώπινου όντος είναι ήδη παρούσα;» Ο Αριστοτέλης, αποδέχονταν την άμβλωση προκειμένου να προληφθεί ο υπερπληθυσμός.

Ο Πλάτων στην Ιδανική πολιτεία του αναφέρει ότι οι γυναίκες μπορούσαν μόνο να γεννούν ανάμεσα στην ηλικία των είκοσι και των σαρανταπέντε ετών. Και οι άνδρες μόνο ανάμεσα στην ηλικία των είκοσι και των σαράντα ετών επιτρέπονταν να κάνουν παιδιά. Ένα έμβρυο του οποίου ένας από τους γεννήτορες δεν ήταν αρκετά νέος έπρεπε να αποβληθεί, σύμφωνα με τον Πλάτωνα (COEN VAN TRICHT, 1985)

Ο Εβραϊκός Νόμος

Στις εβραϊκές πηγές σπάνια συναντάει κανείς αναφορά στο πρόβλημα της άμβλωσης, επειδή ήταν κάτι που δε συνέβαινε συχνά. Ο εβραϊκός λαός υπέφερε από εθνικές

καταστροφές και διώξεις. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα τα πολλά παιδιά να θεωρούνται ευλογία και τιμή, ενώ η ατεκνία καταισχύνη.

Η άμβλωση θεωρούνταν από τον Μωϋσή ως μια συνέπεια εγκληματικής αμέλειας. Πιο συγκεκριμένα το κείμενο αναφέρει: «Αν άνδρες χτυπήσουν ή βλάψουν μια έγκυο γυναίκα έτσι ώστε να χάσει το παιδί της, χωρίς φυσικά να πληγωθεί, αυτός που τη χτύπησε υπόκειται σε οποιοδήποτε πρόστιμο ζητήσει ο σύζυγός της γυναίκας, με την έγκριση των δικαστών. Αλλά αν η ίδια η γυναίκα πληγωθεί, η τιμωρία θα είναι ζωή αντί ζωής, οφθαλμός αντί οφθαλμού, οδούς αντί οδόντος, χείρ αντί χειρός, πους αντί ποδός κ.λ.π.» (Εξοδος, στιχ. 21, 22, 23 και 24). Το κείμενο, λοιπόν δε θεωρεί την άμβλωση σαν την καταστροφή ενός ανθρώπινου σώματος, αλλά σαν παραβίαση του γυναικείου σώματος που θα μπορούσε να προκαλέσει ζημιά στη δύναμη, στην απώλεια της δύναμης εργασίας. (COEN VAN TRICHT, 1985)

Η επίδραση της θρησκείας στο δίκαιο

Ο Μ. Βασίλειος (330-379) είναι αυστηρός στο θέμα των αμβλώσεων. Σε δύο κανόνες του καταδικάζει την άμβλωση και την προμήθεια και αγορά αμβλωτικών μέσων, εξομοιώνοντας τις πράξεις αυτές με ανθρωποκτονία. Αντίθετα, ο Πατριάρχης Κωνσταντινούπολης Ιωάννης ο Νηστευτής (580-619) παρουσιάζεται εξαιρετικά επιεικής στο θέμα των αμβλώσεων.

Ωστόσο, το 680π.Χ. η ΣΤ' Οικουμενική Σύνοδος του Τρούλου στην Κωνσταντινούπολη, υιοθετώντας τις αυστηρές απόψεις του Μ. Βασιλείου, καθορίζει πια οριστικά τη στάση της ορθόδοξης εκκλησίας στο επίμαχο θέμα.

Σύμφωνα λοιπόν με τον Μ. Βασίλειο, η ζωή δεν αρχίζει από τη γέννηση, αλλά ήδη από τη σύλληψη. Η άμβλωση γι' αυτόν είναι αξιόποινη και δεν διαφοροποιείται καθόλου από την ανθρωποκτονία σε οποιοδήποτε στάδιο της εγκυμοσύνης κι αν γίνεται. (Συμεωνίδη – Καστανίδη, 1984)

Ρωμαϊκό Δίκαιο

Παρ' όλο που στη Ρωμαϊκή αυτοκρατορία ο αριθμός των αμβλώσεων ήταν μεγάλος και θεωρούνταν από τους άρχοντες όπως π.χ. ο Αύγουστος ως μεγάλο κίνδυνο γιατί μείωναν τον πληθυσμό, οι Ρωμαίοι δεν αποφάσισαν ωστόσο να καταργήσουν την άμβλωση. Το ενδιαφέρον του Ρωμαϊκού δικαίου στράφηκε περισσότερο στην άμβλωση που έκανε μια

παντρεμένη γυναίκα παρά τη θέληση του συζύγου της. Σύμφωνα με τον Ιουστινιανό η άμβλωση μπορούσε ν' αποτελέσει αιτία διαζυγίου.

Με λίγα λόγια οι βασικές αρχές του ρωμαϊκού νόμου ήταν οι ακόλουθες: Η άμβλωση που γινόταν από την ίδια την έγκυο γυναίκα ήταν μόνο τιμωρητέα ως παραβίαση των δικαιωμάτων του άντρα. Κατά συνέπεια μόνο σε σχέση με παντρεμένες ή διαζευγμένες γυναίκες και πιθανώς χήρες ίσχυε αυτό. Τιμωρητέα επίσης θεωρούνταν η άμβλωση που προκαλούνταν από ένα άλλο πρόσωπο. Τέλος χωρίς όρους τιμωρούνταν η δημόσια προαγωγή σε άμβλωση. Αν μάλιστα προέκυπτε απ' αυτό θάνατος, επιβάλλονταν η θανατική ποινή. (COEN VAN TRICHT, 1985)

Από τον 16^ο αιώνα ως σήμερα

Οι Γάλλοι φιλόσοφοι του Διαφωτισμού (Μοντεσκιέ, Ρουσσώ και Βολταίρος) κατάγγειλαν με επιτυχία τις καταχρήσεις του ποινικού Δικαίου, το ανυπεράσπιστο του λαού κατά της δικαστικής αυθαιρεσίας και τη βασανιστική κηδεμονία της εκκλησίας και του κράτους.

Ο Beccaria για την παιδοκτονία και την άμβλωση εξέφρασε την ακόλουθη γνώμη το 1764: «Καθένας που βρίσκεται σε μια κατάσταση έκτακτης ανάγκης και είναι αναγκασμένος να διαλέξει ανάμεσα στην ατιμία και το θάνατο μιας ύπαρξης, αυτός είναι ανίκανος να σκεφτεί το τρομερό του πράγματος και θα διαλέξει συχνά το τελευταίο για να αποφύγει τον άμεσο κίνδυνο». Μάλιστα ο Beccaria σα μέσον κατά της παιδοκτονίας και της άμβλωσης συνιστά τα παρακάτω μέτρα αντί της σοβαρής τιμωρίας: «Από την κυβέρνηση να ιδρυθούν σπίτια για τα παιδιά εκείνα που οι γονείς τους δεν μπορούν να τα ζήσουν και να τα αναθρέψουν».

Η βιβλιογραφία σχετικά με την άμβλωση το 19^ο αι. είναι περιορισμένη. Ο van der Broecke υποστηρίζει την άποψη ότι το έμβρυο δεν έχει δικαιώματα. Επομένως, η άμβλωση πρέπει μόνο να τιμωρείται σα μία παραβίαση των δικαιωμάτων της μητέρας ή του νόμιμου πατέρα.

Το έργο του Anselm von Feuerbach το 1801 περιελάμβανε εντελώς νέες ιδέες. Σε σχέση με την άμβλωση είπε ότι είναι άδικο να αποδίδουμε τα ίδια δικαιώματα στο έμβρυο όπως στο ανθρώπινο ον και να θεωρούμε την άμβλωση ως φόνο. Ωστόσο ζητούσε την τιμωρία της άμβλωσης. Νέες γνώμες διατυπώθηκαν για ηπιότερες ποινές για τις αμβλώσεις. Πρώτα η άρση της διάκρισης μεταξύ ζωντανού και μη ζωντανού εμβρύου, κατόπιν η

απάλυνση των τιμωριών και τέλος η διαφορετική μεταχείριση της άμβλωσης ανάλογα με το αν αυτή ενεργοποιήθηκε από την ίδια την έγκυο ή από άλλο πρόσωπο και σε τελευταία περίπτωση αν αυτή έγινε με ή χωρίς την άδεια της εγκύου. Αυτές, είναι οι βελτιώσεις που η σύγχρονη νομοθεσία και η σύγχρονη επιστήμη επέφεραν σε σχέση με τη θεωρία του εγκλήματος ή της ηθικής προσβολής της άμβλωσης. (COEN VAN TRICHT, 1985)

2.2 Διαφορά έκτρωσης-άμβλωσης

Ταυτόσημος προς τον όρο άμβλωση είναι και ο όρος έκτρωση. Η έκτρωση διακρίνεται σε αυτόματη και προκλητή. Η προκλητή, διακρίνεται σε θεραπευτική και εγκληματική (άμβλωση). Ως έκτρωση ορίζεται η πρόωρη και αυτόματη εκβολή του εμβρύου από τη μήτρα, σε οποιοδήποτε χρόνο πριν από το κανονικό τέρμα της κύησης.

Ιατρικά, ο όρος έκτρωση, χρησιμοποιείται για να δηλώσει τη διακοπή της κύησης κατά τους τρεις πρώτους μήνες της ενδομητρίου ζωής. Όταν η διακοπή της κύησης γίνεται κατά το μέσον της, χαρακτηρίζεται ως αποβολή, ενώ όταν λαμβάνει χώρα μετά τον έβδομο μήνα, καλείται πρόωρος τοκετός.

Η αυτόματη έκτρωση, μπορεί να οφείλεται σε παθολογικές αιτίες που προέρχονται από τον πατέρα, τη μητέρα, ή το έμβρυο, π.χ. ελαττωμένη κινητικότητα των σπερματοζωαρίων, ανωμαλίες της θέσεως της μήτρας, ασυμβατότητα ομάδων αίματος, παθήσεις του εμβρύου κ.α. Η προκλητή έκτρωση διενεργείται με σκοπό είτε θεραπευτικό, είτε εγκληματικό (άμβλωση).

Η προκλητή εγκληματική έκτρωση (άμβλωση) έχει σκοπό τη διακοπή της κύησης, δια θανατώσεως του εμβρύου με διάφορα μέσα (συντηρητικά ή χειρουργικά). (Μπιναρδής Ν., 1985)

2.3 Είδη αμβλώσεων

Οι αμβλώσεις, μπορούν να καταταγούν χοντρικά σε τρεις κατηγορίες:

- Στις αυτόματες αμβλώσεις (αποβολές)
- Στις εγκληματικές αμβλώσεις (τεχνητή άμβλωση)
- Στις θεραπευτικές αμβλώσεις που συχνά αναφέρονται ως επιλεκτικές αμβλώσεις (Λούσιεν Λάνσον, 1982).

«Αποβολή ονομάζουμε την αυθόρμητη ή εσκεμμένη διακοπή της εγκυμοσύνης και την αποβολή του προϊόντος της σύλληψης έως τον έκτο μήνα της κύησης». (Μεγάλη Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια, σελ. 48)

Μια εγκυμοσύνη μπορεί να διακοπεί αυτόματα για διάφορες αιτίες που συνδέονται με ασθένειες της εγκύου ή του εμβρύου.

Αιτίες της μητέρας: Ανάμεσα στις ασθένειες της γυναίκας που μπορούν να προκαλέσουν μια αποβολή είναι: ο διαβήτης, η νεφρίτιδα, η σύφιλη, η αρτηριακή υπέρταση, ενδοκρινικές ανωμαλίες, ψυχικά τραύματα (συμβάλλουν στην αποβολή αν υπάρχουν μαζί κι άλλες αιτίες). Υπάρχουν και μερικές τοπικές αιτίες της μητέρας σχετικές με ασθένειες και κακή θέση των γεννητικών οργάνων. (Μεγάλη Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια)

Αιτίες του εμβρύου: Το μεγαλύτερο μέρος των αποβολών εξαρτάται από αιτίες του εμβρύου. Το 60% περίπου όλων των αποβολών προκαλείται λόγω μεγάλων χρωματοσωματικών ανωμαλιών. Επομένως η αποβολή είναι κάτι σαν «έλεγχος ποιότητας» που στη διάρκεια κατασκευής ενός προϊόντος σε μια βιομηχανία πιστοποιεί τα λάθη του προϊόντος και τα' αποβάλλει απ' την παραγωγή. (Μεγάλη Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια)

Σύμφωνα με τον Λουσιέν Λάνσον (1982), οι πρώτες δώδεκα εβδομάδες μετά τη σύλληψη είναι οι πιο επικίνδυνες για μια αποβολή. Έτσι και περάσει το κρίσιμο όριο των τριών μηνών, η έγκυος έχει όλες τις πιθανότητες για μια ομαλή εγκυμοσύνη. (Λουσιέν Λάνσον, 1982)

Η αποβολή τον πρώτο μήνα εγκυμοσύνης δε δίνει σημεία. Έτσι λοιπόν η γυναίκα, λόγω των μικρών διαστάσεων του εμβρύου, δε γνωρίζει ότι έχει αποβάλλει γιατί δε γνώριζε ότι ήταν έγκυος. Τις επόμενες περιόδους η αποβολή έχει προειδοποιητικά σημάδια και χρειάζεται επέμβαση για το σταμάτημα της αιμορραγίας και για να καθαριστεί η μητρική κοιλότητα. Στην περίπτωση που οι συστολές της μήτρας δεν κατορθώνουν να αποβάλλουν όλο το περιεχόμενο, μιλάμε για ατελή αποβολή. Υπάρχουν επίσης περιπτώσεις που το έμβρυο πεθαίνει αλλά δεν αποβάλλεται είναι η λεγόμενη εσωτερική αποβολή. Μερικές, τέλος, γυναίκες πάσχουν από συνεχείς αποβολές: αυτός ο όρος αναφέρει την ύπαρξη τριών τουλάχιστο συνεχών αποβολών. (Μεγάλη Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια)

Η εγκληματική άμβλωση: Κάθε εγκυμοσύνη δεν είναι πάντα καλοδεχούμενη, και πολλές γυναίκες βρίσκονται σε κάποια στιγμή της ζωής τους μπροστά σε μια δύσκολη εκλογή: ή να συνεχίσουν μια όχι επιθυμητή εγκυμοσύνη και να αποκτήσουν ένα παιδί που δε

θελήσανε ή να τη διακόψουν γιατί κάποιοι λόγοι (συναισθηματικοί, υλικοί, κοινωνικοί, κ.ά.) κάνουν την αποδοχή του αδύνατη. (P. Bello, C. Dolto, A. Schiffmann, 1983)

Η γυναίκα, πριν αποφασίσει την διακοπή της κύησης πρέπει να σταθμίσει σοβαρά όλους τους παράγοντες και να πάρει υπ' όψιν της τη βλάβη που προξενεί στον οργανισμό της ή άμβλωση. Αν επιβάλλεται η άμβλωση τότε πρέπει να επισκεφτεί το γιατρό της για εξέταση. Εφόσον δεν υπάρχουν αντενδείξεις για χειρουργική επέμβαση, η γυναίκα, πρέπει να εισαχθεί σε νοσοκομείο για να κάνει την επέμβαση. Αν η κύηση έχει υπερβεί τις δώδεκα εβδομάδες, η έκτρωση επιτρέπεται μόνο ύστερα από αυστηρές ιατρικές ενδείξεις. (Σοβιετική Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια, 1981)

Η Θεραπευτική άμβλωση: Είναι αυτή που εφαρμόζεται όταν το επιβάλλει η κατάσταση της υγείας της εγκύου. Αν η κατάσταση της εγκύου δείχνει ότι με τη συνέχιση της εγκυμοσύνης μπορεί να επιδεινωθεί ή να οδηγήσει ακόμη και στο θάνατο, τότε κρίνεται αναγκαία η διακοπή της κύησης (Μεγάλη Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια).

Τρόποι και μέσα προκλήσεως αμβλώσεων:

1. Μυϊκή καταπόνηση: Σε μια υγιή γυναίκα, το γονιμοποιημένο ωάριο είναι σταθερά προσκολλημένο στο βλεννογόνο της μήτρας. Επομένως, τόσο η έντονη σωματική δραστηριότητα, όσο και η εφαρμογή βίαιης μηχανικής επιδράσεως δε φέρνουν αποτέλεσμα. Αντίθετα μπορεί να βλάψουν την έγκυο. (Νικ. Ι. Μπεναρδής, 1985)

2. Εκτρωσιογόνα φάρμακα: Τα φάρμακα αυτά χρησιμοποιούνται για τη διακοπή της εγκυμοσύνης, και είναι: α) Εμμηναγωγά: θειικά μαγνήσια, καστορέλαιο, αλόη φυτικά δηλητήρια και ορμονικά σκευάσματα, β) Εκτρωτικά, όπως τα βαρέα μέταλλα, κ.α.

Προφανής κίνδυνος από τη χρήση των φαρμάκων αυτών είναι η δηλητηρίαση με αποτέλεσμα την αποβολή του εμβρύου. Επίσης, μπορεί να προκληθεί περιφερική νευρίτιδα, σωληναριακή νέκρωση νεφρών, βλάβες εγκεφαλικών νεύρων, με αποτέλεσμα την πρόκληση κώφωσης ή τύφλωσης του θύματος, αν επιζήσει.

3. Χειρισμοί με εργαλεία επί της μήτρας: Η διαστολή του τραχήλου της μήτρας και η διάτρηση του αμνιακού σάκου, επιτυγχάνονται με τα εξής: μεταλλικά κηρία, ξέστρα, λαβίδες, βελόνες πλεξίματος, ψαλίδια, σύρματα, κ.ά.

Οι κίνδυνοι που απειλούν την έγκυο η οποία χρησιμοποιεί τέτοιες μεθόδους είναι: η καρδιακή ανακοπή, η αιμορραγία, η σηψαιμία, η σωληναριακή νέκρωση του νεφρού καθώς και χρόνιες φλεγμονές (Νικ. Ι. Μπεναρδής, 1985).

2.4 Μέθοδοι αμβλώσεων

Για την εκτρωτική διαδικασία, υπάρχουν πολλές μέθοδοι. Σκοπός κάθε μεθόδου είναι να εξοντωθεί το έμβρυο και να «φύγει» από τη μήτρα, οπότε η γυναίκα να «πάψει» να είναι έγκυος.

Σε πρώιμο στάδιο της εγκυμοσύνης (το πολύ ως 12 εβδομάδες) εφαρμόζονται οι εξής μέθοδοι:

- Διαστολή του τραχήλου της μήτρας και απόξεση: Για τη διενέργεια της επέμβασης είναι απαραίτητη η εφαρμογή γενικής αναισθησίας. Ο γιατρός με τη βοήθεια μεταλλικών διαστολέων, διαστέλλει προσεκτικά το τραχηλικό στόμιο της μήτρας και εισάγει ειδικό ξέστρο. Με το ξέστρο αυτό προσπαθεί να αφαιρέσει το κύημα κομματιάζοντάς το. Η μέθοδος αυτή τείνει να εξαφανιστεί λόγω των κακώσεων που μπορεί να προκληθούν στη μήτρα ή σε άλλα όργανα.
- Διαστολή του τραχήλου της μήτρας και αναρρόφηση: πρόκειται για την πιο συνηθισμένη μέθοδο διακοπής της εγκυμοσύνης σήμερα. Εφαρμόζεται με γενική αναισθησία και προϋποθέτει διαστολή του τραχηλικού στομίου. Στη συνέχεια, μπαίνει ένας λεπτός μεταλλικός ή πλαστικός σωλήνας από τον τράχηλο στην κοιλότητα της μήτρας. Ο σωλήνας αυτός συνδέεται με ειδική συσκευή αναρρόφησης. Το αγέννητο παιδί απορροφάται τμηματικά, δηλαδή σχίζεται σε κομμάτια τα οποία συγκεντρώνονται ανακατεμένα σε δοχείο. Η όλη διαδικασία δε διαρκεί πάνω από 5 λεπτά.

Η μέθοδος αυτή πρωτοεμφανίστηκε πριν από μερικά χρόνια και αποσκοπεί στον περιορισμό των τραυματικών κακώσεων του ενδομητρίου από την εκτέλεση της απόξεσης με τα ξέστρα. Με το τέλος της επέμβασης επιβάλλεται ο έλεγχος για να διαπιστωθεί αν έχει γίνει αναρρόφηση όλων των παραγώγων της κύησης. (πηγή από το διαδίκτυο, Κρεατσάς Γ. 1989, Καρπάθιος Σ. 1984)

Σε προχωρημένο στάδιο της εγκυμοσύνης (πάνω από 12 εβδομάδες) χρησιμοποιούνται οι εξής μέθοδοι:

- Ενδοαμνιακή έγχυση διαλύματος χλωριούχου νατρίου. Κατά την «έκτρωση με άλας» εγχέεται μέσω βελόνας, διάλυμα άλατος στο αμνιακό υγρό, το οποίο περιβάλλει το έμβρυο με αποτέλεσμα να καίγεται. Μετά από 1-2 ώρες οι καρδιακοί παλμοί του εμβρύου δεν ανιχνεύονται πια, ενώ μέσα σε 24 ώρες το παιδί αποβάλλεται νεκρό.

Παρά το υψηλό ποσοστό επιτυχίας της μεθόδου, η εφαρμογή της έχει περιοριστεί δραστικά, λόγω της μητρικής θνησιμότητας που έχει σημειωθεί. Η τεχνική αυτή εφαρμόζεται και με ένεση προσταγλανδινών αντί για χλωριούχο νάτριο.

– Υστερεκτομή: Σύμφωνα με αυτή τη μέθοδο, γίνεται καισαρική τομή, μόνο που το μωρό εξάγεται πρόωρα και απλά αφήνεται να πεθάνει.

Ο πιο ενδεδειγμένος χώρος για να πραγματοποιηθεί μια άμβλωση είναι το νοσοκομείο. Είναι γεγονός, ότι ένα γυναικολογικό ιατρείο δεν είναι δυνατόν να διαθέτει όλα εκείνα που εξασφαλίζουν την ασφαλή διεξαγωγή μιας τέτοιας επέμβασης και καλό θα ήταν να αποφεύγεται. (Πηγή από το διαδίκτυο, Καρπάθιος Σ. 1984).

2.5 Αίτια αμβλώσεων

Η γυναίκα, είτε είναι έγγαμη, είτε άγαμη δεν καταφέρνει συχνά να διαχωρίσει τη σεξουαλικότητα από την αναπαραγωγή με αποτέλεσμα να υιοθετεί τη «λύση» της έκτρωσης προκειμένου να διακόψει μια «ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη».

Μια πρώτη και σπουδαία αιτία που οδηγεί συχνά μια γυναίκα στην άμβλωση είναι η ηλικία της. Μια νεαρή και συνήθως ανύπαντρη γυναίκα που δε θέλει ή δεν μπορεί να αναλάβει μόνη της την ευθύνη για το παιδί μιας εφήμερης σχέσης ή ωθείται στη πράξη αυτή από το φόβο της κοινωνικής κατακραυγής ή της αποδοκιμασίας από την ίδια την οικογένειά της (κοινωνικά αίτια). Κάτω από αυτές λοιπόν τις συνθήκες, προσπαθεί η γυναίκα αυτή μέσω της θυσίας του εμβρύου να αντιμετωπίσει τις συνέπειες ενός καθαρά κοινωνικού και ηθικού προβλήματος, αυτού των ελεύθερων σεξουαλικών σχέσεων.

Μια άλλη αιτία αμβλώσεων είναι η περίπτωση, στην οποία νόμιμα ζευγάρια που για οικονομικούς κυρίως λόγους δεν επιθυμούν τη γέννηση ενός ακόμη παιδιού που θα διαταράξει τον οικογενειακό προγραμματισμό τους. Έτσι λοιπόν αποφασίζουν να «σκοτώσουν» το έμβρυο προκειμένου να λυθεί ένα κοινωνικοοικονομικό πρόβλημα. Ακόμη η δυσαρμονία στις σχέσεις με το σύντροφο μπορεί να «σπρώξει» τη γυναίκα στην άμβλωση προκειμένου να απαλλαγεί από ένα επιπλέον «βάρος».

Τέλος, υπάρχουν περιπτώσεις, όπου η γυναίκα καταφεύγει στην άμβλωση επειδή απειλείται η σωματική ή ψυχική της υγεία εξ' αιτίας της εγκυμοσύνης ή όπου το έμβρυο παρουσιάζει σοβαρά προβλήματα υγείας. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β. (Πηγή από το διαδίκτυο, Κρεατσάς 1989).

2.6 Πόσες αμβλώσεις γίνονται σήμερα στην Ελλάδα και τον κόσμο

Ο ακριβής αριθμός των εκτρώσεων είναι δύσκολο να καθοριστεί, αφού στις περισσότερες χώρες γίνεται παράνομα.

Σε έρευνα μεγάλης διάστασης που είχε γίνει στην Ελλάδα τη δεκαετία του '60, κατέληξαν στο συμπέρασμα πως η βασική μέθοδος ελέγχου των γεννήσεων ήταν η προκλητή έκτρωση. Σε 6.500 παντρεμένες γυναίκες βρέθηκε ότι περίπου το ένα τρίτο απ' αυτές είχαν κάνει τουλάχιστον μια προκλητή έκτρωση. Όσο περισσότερες εγκυμοσύνες είχαν προηγηθεί τόσο περισσότερο αυξάνονταν η πιθανότητα προκλητής έκτρωσης. Η αναλογία που προκύπτει είναι μια έκτρωση για κάθε 2,9 γεννήσεις. (Παναγιωτόπουλος Ι., 1991, Παπαευαγγέλου Γ., Τσίμπος Κ. 1993).

Από έρευνες έχει βρεθεί ότι οι εκτρώσεις είναι συχνότερες: στις πόλεις απ' ότι στα χωριά, και στις γυναίκες κατώτερης κοινωνικής τάξης, ενώ αυξάνονται με την ηλικία, τα χρόνια έγγαμης ζωής και τον αριθμό των παιδιών που έχουν ήδη κάνει (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β). Το πρόβλημα γίνεται πιο σοβαρό αν σκεφτούμε ότι πολλές γυναίκες δε γνωρίζουν την ύπαρξη μεθόδων αντισύλληψης και ότι υποβάλλονται σε έκτρωση έστω κι αν γνωρίζουν ότι είναι επικίνδυνη για την υγεία τους και παρά τις θρησκευτικές και κοινωνικές πεποιθήσεις. (Παπαευαγγέλου Γ., Τσίμπος Κ. 1993).

Η εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού, δημοσίευσε στοιχεία από πρόσφατη έρευνα, σύμφωνα με τα οποία, κάθε χρόνο στην Ελλάδα (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β) πραγματοποιούνται 100.000-120.000 εκτρώσεις. Αυτός ο αριθμός ισοδυναμεί με τις ετήσιες γεννήσεις και δίνει στη χώρα μας μια θλιβερή πρωτιά στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Το γεγονός αυτό υποδηλώνει τη δυνατότητα της ύπαρξης καταστροφικών επιδράσεων στη Δημόγραφική ισορροπία του πληθυσμού. Επίσης, με πρόσφατη έρευνα, του Πανεπιστημίου Αθηνών, βρέθηκε ότι ένα στα τρία κορίτσια ηλικίας 14-19 χρόνων έχει κάνει έκτρωση. Σύμφωνα με τον μαιευτήρα-γυναικολόγο Νίκο Ιωσηφίδη: «Στην Ελλάδα έχουμε περίπου 100.000 γεννήσεις το χρόνο και υπερδιπλάσιο αριθμό αμβλώσεων. Κάθε χρόνο με αφορμή την Παγκόσμια Ημέρα Αντισύλληψης αναφερόμαστε είτε στην περιορισμένη χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων, είτε στη λανθασμένη αντίληψη ότι η άμβλωση είναι μέθοδος οικογενειακού προγραμματισμού». Αυτό το γεγονός επισημαίνει την επιτακτική ανάγκη πληροφόρησης του ελληνικού πληθυσμού και παροχής των μέσων για την εφαρμογή αποτελεσματικών μεθόδων οικογενειακού προγραμματισμού. (Πηγή από το διαδίκτυο, Παπαευαγγέλου, Τσίμπος 1993, Καρπάθιος 1984).

Το πρόβλημα των εκτρώσεων, παρά την εντατική πληροφόρηση για τις μεθόδους αντισύλληψης, εξακολουθεί να υπάρχει και στις ξένες χώρες (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β) που έχουν νομιμοποιήσει τις εκτρώσεις. Από τις 1.000.000 κυήσεις στην εφηβεία, στις Η.Π.Α., οι 400.000 καταλήγουν σε έκτρωση. Οι ειδικοί πιστεύουν ότι το πρόβλημα των εκτρώσεων θα μειωθεί αν κάθε γυναίκα ενημερώνεται για τις μεθόδους αντισύλληψης και γίνεται προσπάθεια ανεύρεσης της πιο κατάλληλης μεθόδου για κάθε μία. (Χιωτέλη-Ντικίμπο Ε. 1988, Παπαευαγγέλου Γ., Τσίμπος Κ. 1993).

Στο Βέλγιο κάθε χρόνο επί των 200.000 τοκετών πραγματοποιούνται 400.000 εκτρώσεις και στη Δυτική Γερμανία επί ενός εκατομμυρίου γεννήσεων, ο αριθμός των εκτρώσεων έχει υπολογισθεί σε 1-3 εκατομμύρια. Στη Χιλή, 1 στις 3 γυναίκες κάνει μία έκτρωση τουλάχιστον, ενώ στο Μεξικό 3 στις 10. Η διαφορά μεταξύ αναπτυγμένων και σε υπανάπτυξη χωρών, είναι στον τρόπο με τον οποίο γίνονται οι εκτρώσεις, κι όχι στον αριθμό. Στις υπό ανάπτυξη χώρες οι περισσότερες εκτρώσεις γίνονται από «πρακτικές» γυναίκες με αποτέλεσμα να απειλείται η ζωή των γυναικών. (Παπαευαγγέλου Γ., Τσίμπος Κ., 1993)

2.7 Πού καταλήγουν τα εκτρωμένα έμβρυα

Έχει καταγγελθεί επίσημα, πως πολλές γυναίκες στη Γερμανία και τη Γαλλία πληρώνονται να υποστούν καισαρική τομή, ώστε τα αγέννητα έμβρυά τους, να γίνονται αντικείμενα εκμεταλλεύσεως προς παρασκευή καλλυντικών. Πολλές από αυτές τις γυναίκες τις παραπείθουν οι «γιατροί» πως το αγέννητο παιδί τους πάσχει από σύνδρομο Dawn.

Πολλοί ασθενείς, που πάσχουν από Parkinson, Alzheimer, σακχαρώδη διαβήτη, βλάβες εγκεφάλου και εγκεφαλική παράλυση, σύμφωνα με κάποιους ισχυρισμούς, θα μπορούσαν να βοηθηθούν από μεταμοσχεύσεις εμβρυακού ιστού! Συνεπώς, μερικοί ερευνητές νοσοκομείων έχουν πρόσβαση σε μια άφθονη πηγή εμβρυακού υλικού που παράγεται από εκατομμύρια εκτρώσεων. Τα κύτταρα του εμβρύου μπορούν να χρησιμοποιηθούν για μεταμόσχευση γιατί είναι «ανοσολογικώς αφελή», δηλαδή δεν έχουν αναπτύξει ακόμη όλα τα αντιγόνα που επιτρέπουν στο ανοσοποιητικό σύστημα ενός αποδέκτη μοσχεύματος να τα απορρίψει. Επίσης, τα νευρικά κύτταρα του εμβρύου αναζωογονούνται και αναπτύσσονται σε αντίθεση με τα νευρικά κύτταρα των ενηλίκων.

Η πρώτη μεταμόσχευση οργάνων εμβρύου πραγματοποιήθηκε τον Δεκέμβριο του 1985 στο Denver. Οι ερευνητές μεταμόσχευσαν εμβρυακούς ιστούς του παγκρέατος στο

σώμα ενός πενήνταχρονου διαβητικού. Τα κύτταρα αυτά σύντομα άρχισαν να παράγουν την απαιτούμενη ινσουλίνη για τον ασθενή. Αυτός ο τύπος μεταφοράς έχει πραγματοποιηθεί περίπου 15 φορές από το τέλος του 1987.

Στο τέλος του 1988 οι ερευνητές προχώρησαν περισσότερο. Κύτταρα, από τον εγκέφαλο ενός εκτρωμένου βρέφους 7 εβδομάδων μεταφέρθηκαν για πρώτη φορά σε ενήλικα ασθενή. Τα κύτταρα, μεταμοσχεύτηκαν σε έναν πενήνταπεντάχρονο που έπασχε από την ασθένεια του Parkinson, στο Colorado. Ο επικεφαλής «γιατρός» είπε ότι ο ασθενής είχε ζητήσει τη μεταμόσχευση και η μητέρα του δότη είχε δώσει την συγκατάθεσή της να κανιβαλιστεί το αγέννητο παιδί της. Τέτοιες μεταμοσχεύσεις έχουν επίσης επιτελεστεί στη Σουηδία, το Μεξικό και την Κούβα. (Πηγή από το διαδίκτυο).

Η πρακτική της πώλησης ιστών από εκτρωμένα έμβρυα είναι ήδη διαδεδομένη, αν και οι γυναίκες που θανατώνουν τα παιδιά τους, σπάνια γνωρίζουν αυτό το γεγονός. Αυτοί που κάνουν τις εκτρώσεις μεταβάλλουν λίγο τη διαδικασία της έκτρωσης ώστε να μπορούν να επιτύχουν περισσότερο αβλαβή έμβρυα ή μέρη που μπορούν να πουληθούν καλά στη σημερινή αγορά εμβρυακών οργάνων. Οι υπεύθυνοι των εκτρώσεων γνωρίζουν ότι τα βρέφη που εκτρώνονται ζωντανά φέρουν περισσότερο κέρδος από εκείνα που εκτρώνονται νεκρά. Συνεπώς, προκειμένου να εισπράξουν λίγα παραπάνω μετρητά, έχουν επινοήσει διαδικασίες που εξασφαλίζουν ότι τα εκτρωμένα βρέφη θα διατηρηθούν ζωντανά ή θα θανατωθούν με τρόπο ώστε τα όργανά τους να μην καταστραφούν κατά την επέμβαση.

Όλες αυτές οι χειρουργικές επεμβάσεις χρησιμοποιούν εκτρωμένα βρέφη ως δωρητές οργάνων. Ωστόσο, υπάρχουν πολλοί που δε βλέπουν ηθικό εμπόδιο και στη χρήση ζωντανών αγέννητων βρεφών, χωρίς αναισθησία! Τα ζωντανά έμβρυα μπορούν περισσότερο να «οδηγήσουν σε επιτυχείς μεταμοσχεύσεις». Μάλιστα, στις πολιτείες: California, New Jersey και Ohio, έγιναν απόπειρες να περάσουν νομοθεσία που επιτρέπει τη λήψη όλων των οργάνων από ζώντα προβληματικά νεογνά!

Είναι απολύτως αναπόφευκτο τα εκτρωμένα πρώιμα βρέφη να καταλήξουν να γίνουν δωρητές μοσχευμάτων, γιατί πολύ λίγα βρέφη από αποβολές και εξωμήτριες κηύσεις είναι κατάλληλα για το σκοπό αυτό.

Στις μελλοντικές δεκαετίες, η παραδοσιακή επιχειρησιακή σχέση που αναπτύχθηκε μεταξύ φορέων άμβλωσης και εγκύων γυναικών ενδέχεται να αντιστραφεί. Εάν τα όργανα του αγέννητου παιδιού κρύβουν αρκετά πολύτιμα για μεταμοσχεύσεις, κάποιες «γυναίκες» μπορεί να μένουν έγκυες, να αναπτύσσουν τα αγέννητα παιδιά τους μέχρι τη «βέλτιστη»

ηλικία και στη συνέχεια να τα πωλούν σε κλινικές εκτρώσεων. Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι αυτή η πρακτική θα θεωρηθεί από τα μέσα ενημέρωσης ως «εύπλαχη απόκριση» προς αυτούς που πάσχουν από ασθένειες που μπορούν να βελτιωθούν με χρήση εμβρυακού ιστού.

Οι ειδικοί, επιμένουν ότι η μεταμόσχευση εμβρυϊκών ιστών-οργάνων είναι εντελώς άσχετη με το ηθικό θέμα της έκτρωσης. Αυτός ο παράλογος ισχυρισμός αντιτίθεται με την κοινή λογική, διότι οι εμβρυακοί ιστοί προέρχονται κατ' ευθείαν από εκτρώσεις. Ισχυρίζονται ακόμη ότι «το έμβryo έχει διαφορετική φύση και αξία απ' ό,τι οι ιστοί και τα όργανα των άλλων ανθρώπων διότι έχει τη δυνατότητα να αναπτυχθεί σε μέλος της ανθρώπινης οικογένειας».

Καμία τάξη πραγματικών θυμάτων, όμως, δεν είναι δυνατό να τύχει κακομεταχείρισης χωρίς τιμωρία, να θανατωθεί ή να εξοντωθεί εκτός αν τα μέλη της έχουν προηγουμένως διαβληθεί ή καταστεί στα μάτια του κοινού ως κάτι κατώτερο του ανθρώπινου όντος. (Πηγή από το διαδίκτυο).

3. ΟΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΩΝ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ

3.1 Άμεσες και έμμεσες επιπλοκές των αμβλώσεων

Η διακοπή της κύησης περιλαμβάνει ένα φάσμα επεμβάσεων, στις οποίες παρατηρούνται υψηλά ποσοστά επιπλοκών, κάτι που δεν θα έπρεπε να συμβαίνει, επειδή πρόκειται για επεμβάσεις σχετικά απλές. Η απλότητα αυτή έχει ως αποτέλεσμα να μη γίνεται σωστή εκπαίδευση των νέων γυναικολόγων αλλά και οι ίδιοι να μην δείχνουν την πρέπουσα προσοχή. Οι παράγοντες που επηρεάζουν την επίπτωση των επιπλοκών είναι κυρίως: η ηλικία κύησης, (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β) η ηλικία της γυναίκας, η χρησιμοποιούμενη τεχνική, η μέθοδος αναισθησίας και πολύ σημαντικός παράγοντας είναι η εμπειρία του γιατρού. (Παπαδημητρίου, Γαλάνης, 1995).

Οι κυριότερες άμεσες επιπλοκές είναι:

1. Κατακράτηση προϊόντων της κύησης.

Η κατακράτηση των προϊόντων της κύησης μπορεί να προκαλέσει συνέχιση της κύησης, αιμορραγία και λοίμωξη. Η συχνότητα της επιπλοκής αυτής μεγαλώνει κατά το 2^ο τρίμηνο της κύησης.

2. Ο τραυματισμός του τραχήλου:

Ο τραυματισμός του τραχήλου περιλαμβάνει ρήξεις στο τραχηλικό στόμιο, διάτρηση και σχίσμο από τις λαβίδες. Συμβαίνει πιο συχνά σε άτοκες γυναίκες.

3. Λοίμωξη

Η συχνότητα λοίμωξης διπλασιάζεται στις διακοπές του 2^{ου} τριμήνου σε σχέση με του πρώτου τριμήνου. Συνήθως η λοίμωξη συμβαίνει μαζί με κατακράτηση προϊόντων της κύησης.

4. Σύνδρομο μετά έκτρωση

Πρόκειται για μια κατάσταση που οφείλεται σε ατονία, υποτονία και συσσώρευση θρόμβων μέσα στη μήτρα. Το σύνδρομο εκδηλώνεται μέσα σε δύο ώρες από την απόξεση.

5. Άλλες επιπλοκές

α) Επιπλοκές από την αναισθησία: Η περιοχική αναισθησία μπορεί να προκαλέσει επιπλοκές από υπερευαισθησία στα φάρμακα ή υπέρβαση της δόσης.

β) Καρδιοαναπνευστική ανακοπή: παρατηρείται εξαιρετικά σπάνια σε διακοπές του 1^{ου} τριμήνου. (Παπαδημητρίου, Γαλάνης, 1995).

Οι κυριότερες έμμεσες επιπλοκές είναι:

1. Ανεπάρκεια έσω τραχηλικού στομίου

Η ανάπτυξη ανεπάρκειας έσω τραχηλικού στομίου μπορεί να οδηγήσει σε πρόωρους τοκετούς αργότερα.

2. Νεογνά χαμηλού σωματικού βάρους για την ηλικία κύησης.

Το φαινόμενο αυτό παρατηρείται μόνο μετά από εκτρώσεις με οξέα ξέστρα κάτω από γενική αναισθησία.

3. Χρόνια ενδοπυελική φλεγμονή και υπογονιμότητα.

Γεγονός είναι ότι οι επανειλημμένες εκτρώσεις επηρεάζουν τη γονιμότητα της γυναίκας.

4. Εξωμήτρια κύηση

Η ενδοπυελική φλεγμονή, μετά από μια έκτρωση οδηγεί συχνά σε εξωμήτρια κύηση.

5. Ψυχιατρικές επιπτώσεις

Η εμφάνιση ψυχιατρικής διαταραχής μετά την έκτρωση, εκτός από παροδική αντιδραστική κατάθλιψη, είναι σπάνια και συνήθως εμφανίζεται σε γυναίκες με προϋπάρχοντα ψυχιατρικά προβλήματα. Παρ' όλα αυτά κάθε γυναίκα που προσέρχεται για έκτρωση χρειάζεται ψυχολογική υποστήριξη. (Παπαδημητρίου, Γαλάνης, 1995)

Οι προηγηθείσες εκτρώσεις αυξάνουν τον κίνδυνο πρόωρου τοκετού και αυτόματης έκτρωσης κατά το πρώτο τρίμηνο της επόμενης εγκυμοσύνης. Η περιγεννητική θνησιμότητα – όπως και η νεογνική – είναι πολύ υψηλότερη, όταν υπάρχει ιστορικό εκτρώσεων. Είναι επομένως φανερό ότι οι κίνδυνοι από τις εκτρώσεις στις γυναίκες, άμεσοι ή απώτεροι, αλλά και οι κίνδυνοι πάνω σε μελλοντικές εγκυμοσύνες είναι πολλαπλοί. (Παπαευαγγέλου, Τσίμπος, 1993).

Σε κάθε έκτρωση υπάρχει μικρός άμεσος κίνδυνος θανάτου από αιμορραγία, εμβολή ή λοίμωξη. Η θνητότητα στις νόμιμες προκλητές εκτρώσεις εξαρτάται κυρίως από τη διάρκεια της κύησης. Όσο μικρότερη είναι η διάρκεια της κύησης, τόσο μικρότερη είναι η θνητότητα. Η θνητότητα αυξάνεται σημαντικά, όταν η κύηση είναι μεγαλύτερη από 12 εβδομάδες. Επίσης, σημαντικός παράγοντας είναι η εμπειρία του γιατρού που εκτελεί την έκτρωση. Η θνητότητα, πιστεύεται ότι είναι τουλάχιστον 10 φορές μεγαλύτερη εκεί, όπου οι εκτρώσεις εκτελούνται παράνομα και κυρίως από άτομα που δεν είναι γιατροί. Έχει υπολογισθεί ότι η θνητότητα στις νόμιμες εκτρώσεις ανέρχεται σε 1-2/100.000 (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β) (Παπαευαγγέλου, Τσίμπος, 1993). Ο ιατροδικαστής Ι. Γεωργιάδης υποστηρίζει πως:

«ενδέχεται η αμβλωτική επέμβαση να προκαλέσει λιποθυμία της γυναίκας, σκοτοδίνη, ιδίγγους, εμετούς, γενική κακουχία και αιφνίδιο θάνατο. (Φραγκιαδάκης, 1997).

Τα τελευταία χρόνια έχει ελαττωθεί σημαντικά η συχνότητα των επιπλοκών· η ελάττωση αυτή αποδίδεται στους παρακάτω παράγοντες:

- Στην αλλαγή του νομικού καθεστώτος των εκτρώσεων, που οδηγεί την γυναίκα ενωρίτερα στο να ζητήσει βοήθεια, οι επιπλοκές αντιμετωπίζονται πιο άμεσα.
- Στην ανάπτυξη της τεχνολογίας μέσω της οποίας ελαττώνονται οι εγχειρητικές επιπλοκές.
- Στον αποστιγματισμό, κοινωνικά της έκτρωσης με επακόλουθο την αποφυγή των αυτοσχέδιων εκτρώσεων. (Παπαδημητρίου, Γαλάνης, 1995).

Παρ' όλα αυτά, η άμβλωση, εγκυμονεί σοβαρούς κινδύνους, γιατί σταματά απότομα όλες τις διεργασίες φυσιολογικής αναπροσαρμογής του οργανισμού, που σχετίζονται με την ανάπτυξη της κύησης, προκαλώντας σε ορισμένες περιπτώσεις, διαταραχή των λειτουργιών του νευρικού και του ενδοκρινικού συστήματος και του μεταβολισμού. Αυτή η διαταραχή του μεταβολισμού, μπορεί να οδηγήσει στην παχυσαρκία.

Τέλος, η γυναίκα που έχει κάνει άμβλωση, μπορεί να γίνει ευαίσθητη και ευερέθιστη, να έχει ανήσυχο ύπνο και να κουράζεται εύκολα. (Σοβιετική Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια, 1981).

3.2 Ψυχολογικές συνέπειες για τη γυναίκα

Η έκτρωση, εκτός από τις ιατρικές και βιολογικές συνέπειες, αναμφισβήτητα αφήνει τα σημάδια της στον ψυχισμό της γυναίκας. Σε μια έφηβο, προκαλεί μπλοκάρισμα του αναπτυξιακού μηχανισμού ωρίμανσης, αφού δεν έχει ακόμη αναπτύξει ένα σταθερό εγώ και σαφή όρια του υπερεγώ καθώς και της σεξουαλικότητας. Κατά τον Gilligan, η λύση αυτού μπορεί να οδηγήσει σε μια νέα αρχή, όπου έχοντας καθαρίσει η νεαρή τα πράγματα μέσα της, δρα πλέον ωριμότερα και αρχίζει να ορίζει τη ζωή της. Δυστυχώς όμως αυτό ανήκει στις εξαιρέσεις. Πολλές ενήλικες γυναίκες που καταφεύγουν σε εκτρώσεις, αντιδρούν συναισθηματικά και χρησιμοποιούν όχι και τόσο ανεπτυγμένους αμυντικούς μηχανισμούς. (Χιωτέλη-Ντικίμπο, 1988).

Γενικά, θα μπορούσαμε να πούμε, ότι ο τρόπος με τον οποίο κάθε γυναίκα διαχειρίζεται τις συγκρούσεις της έκτρωσης, εξαρτάται από την ψυχοσυναισθηματική της λειτουργία, την οποία καθορίζουν οι εξής παράγοντες: το πλέγμα των ταυτίσεων με τις γονικές μορφές, τη θέση που κατέχει ο άντρας στη ζωή της γυναίκας, οι επενδύσεις που

Η έκτρωση μπορεί να προκαλέσει διατροφικές διαταραχές στη γυναίκα, όπως η κραιπάλη, η βουλιμία και η νευρική ανορεξία.

Πολλαπλές εκτρώσεις:

Οι γυναίκες που έχουν κάνει μια έκτρωση, έχουν τέσσερις φορές περισσότερες πιθανότητες να διακόψουν μια τρέχουσα κύηση από εκείνες που δεν έχουν ιστορικό έκτρωσης. Αυτό συμβαίνει διότι οι γυναίκες που έχουν κάνει έκτρωση έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση και αυξημένη σεξουαλική δραστηριότητα μετά την έκτρωση. Αναφέρεται επίσης η χρήση των πολλαπλών εκτρώσεων ως μέθοδος αυτοτιμωρίας. (Πηγή από το διαδίκτυο).

Σε μια πρόσφατη μελέτη που αφορούσε γυναίκες που είχαν υποβληθεί σε έκτρωση, οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι το 44% παραπονέθηκε για νευρικές διαταραχές, το 36% υπέφερε από διαταραχές του ύπνου, το 31% ένιωθε μετάνοια για την πράξη και το 11% έπαιρνε ψυχοφάρμακα. Οι γυναίκες που έκαναν έκτρωση είναι πολύ πιθανότερο να χρειαστούν αργότερα εισαγωγή σε ψυχιατρική κλινική. Σε ιδιαίτερα υψηλό κίνδυνο υπόκεινται οι νέες γυναίκες και οι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε περισσότερες από μια εκτρώσεις.

Η Martucci (1998) υποστηρίζει ότι γυναίκες που δεν έχουν κοινωνική υποστήριξη και δυνατότητα λήψης καλών αποφάσεων σχετικά με την καθημερινή τους ζωή, «γεύονται» τις πιο αρνητικές επιπτώσεις μετά από άμβλωση. Η ίδια υποστηρίζει ότι παράγοντες που μπορούν να διαφοροποιήσουν τις συνέπειες είναι η μόρφωση της γυναίκας, ο αριθμός των παιδιών που ήδη υπάρχουν στην οικογένεια καθώς και το κοινωνικό δίκτυο υποστήριξης. Επίσης βρέθηκε ότι οι γυναίκες που δεν είχαν ηθική υποστήριξη από το σύντροφό τους και είχαν αντικρουόμενα συναισθήματα σχετικά με την απόφαση της άμβλωσης, αντιμετώπισαν μεγαλύτερο κίνδυνο αρνητικών επιπτώσεων.

Επειδή πολλές γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε έκτρωση καταπνίγουν την ψυχική τους διαταραχή προκειμένου να την ξεπεράσουν, μπορεί να υπάρξει μια μεγάλη περίοδος άρνησης πριν η γυναίκα ζητήσει ψυχιατρική βοήθεια. Τα καταπνιγμένα συναισθήματα μπορεί να προκαλέσουν ψυχοσωματικές ασθένειες και ψυχιατρικά προβλήματα ή προβλήματα συμπεριφοράς σε άλλους τομείς της ζωής. (Πηγή από το διαδίκτυο).

Ο καθηγητής της ψυχολογικής ιατρικής Philip G. Ney γράφει χαρακτηριστικά: «Υπάρχουν πολλές μαρτυρίες που αποδεικνύουν ότι οι ψυχιατρικές ασθένειες είναι ενδείξεις κατά της άμβλωσης. Όσο περισσότερο βαριά είναι η περίπτωση της άρρωστης με ψυχιατρικά

προβλήματα, τόσο πιο χειρότερη είναι η μετά την άμβλωση ψυχολογική της κατάσταση...» (Βασιλειάδης, 1987, σελ. 44).

Τέλος θα πρέπει να αναφέρουμε ότι μεγάλη διαφορά στο πως μια νεαρή ή και πιο μεγάλη γυναίκα αντιμετωπίζει ένα γεγονός όπως μια άμβλωση, σχετίζονται με τα εσωτερικευμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς της και την ψυχική της ανθεκτικότητα που θα βοηθήσουν να αντιμετωπίσει καλύτερα ένα στρεσογόνο περιστατικό. Αν η γυναίκα διαθέτει αποθέματα ψυχικής ανθεκτικότητας, αυτό το γεγονός μπορεί να διαφοροποιήσει σημαντικά τα αποτελέσματα μιας έκτρωσης και την έκβασή της για την υπόλοιπη ζωή μιας γυναίκας. (Πηγή από το διαδίκτυο).

3.3 Συνέπειες για τη οικογένεια

Πολλές γυναίκες σήμερα, υποβάλλονται σε έκτρωση ακόμη και όταν βρίσκονται μέσα στο γάμο. Η έκτρωση, είναι συνήθως απόφαση και των δύο συζύγων, είτε επειδή έχουν ήδη αποκτήσει παιδιά και δεν επιθυμούν άλλο είτε για διάφορους άλλους λόγους. Δυστυχώς όμως, η έκτρωση, ακόμα και μέσα στο γάμο, έχει οδυνηρές συνέπειες τόσο για την ίδια τη γυναίκα, όσο και για την υπόλοιπη οικογένεια (σύζυγος-παιδιά).

Γυναίκες που έχουν κάνει έκτρωση, καταπνίγουν πολλές φορές την ψυχική τους διαταραχή προκειμένου να την ξεπεράσουν. Όμως, τα καταπνιγμένα συναισθήματα μπορεί να προκαλέσουν ψυχοσωματικές ασθένειες, ψυχιατρικά προβλήματα ή προβλήματα συμπεριφοράς.

Η έκτρωση, συνδέεται σημαντικά με αυξημένη κατάθλιψη, βίαιη συμπεριφορά, χρήση οινόπνευματος και ναρκωτικών. Μελέτες έχουν δείξει ότι εξ' αιτίας του μετεκτρωτικού τραύματος, οι γυναίκες παρουσιάζουν επιθετική συμπεριφορά προς τα παιδιά τους και μείωση των μητρικών δεσμών με τα παιδιά που γεννιούνται μελλοντικά. Μάλιστα, δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις, κατά τις οποίες, γυναίκες που είχαν υποβληθεί σε έκτρωση, κακοποιούσαν τα παιδιά τους σχεδόν συστηματικά.

Για τα περισσότερα ζευγάρια, μια έκτρωση προκαλεί απρόβλεπτα προβλήματα στη σχέση τους. Τα ζευγάρια, μετά από μια έκτρωση έχουν πιο πολλές πιθανότητες να οδηγηθούν στο χωρισμό ή ακόμη και στο διαζύγιο. Πολλές γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε έκτρωση αποκτούν δυσκολία στην ανάπτυξη μακροχρόνιων δεσμών με έναν άνδρα. Αυτό οφείλεται σε αντιδράσεις που σχετίζονται με την έκτρωση, όπως είναι η μικρότερη αυτοεκτίμηση, η

αυξημένη έλλειψη εμπιστοσύνης προς τους άνδρες, προβλήματα στη σεξουαλική ζωή, κατάθλιψη, αγωνία, θυμός και επιθετικότητα. Οι γυναίκες, μάλιστα, που έχουν πραγματοποιήσει περισσότερες από μια εκτρώσεις (και αποτελούν το 45% του συνόλου των εκτρώσεων) έχουν περισσότερες πιθανότητες να μείνουν μόνες, χωρίς σύζυγο, με τα παιδιά.

Όλα τα παραπάνω, οδηγούν στο συμπέρασμα ότι η έκτρωση δε βλάπτει μόνο τη γυναίκα σωματικά και ψυχικά, αλλά και την οικογένεια. Έτσι, η οικογένεια, οδηγείται συχνά στη διάλυση με δυσμενείς επιπτώσεις, κυρίως, για τα παιδιά. (Πηγή από το διαδίκτυο).

4. ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΜΒΛΩΣΗ

4.1 Η θέση της εκκλησίας σχετικά με την άμβλωση

Παρά την αποποινικοποίηση των εκτρώσεων από το επίσημο ελληνικό κράτος, η στάση της χριστιανικής θρησκείας παραμένει αντίθετή τους. Για την ορθόδοξη εκκλησία, η έκτρωση, συνιστά προμελετημένο έγκλημα κατά της ζωής του εμβρύου. Ως πράξη, θεωρείται ανήθικη και καταδικαστέα. (Χιωτέλη-Ντικίμπο Ε. 1988).

Ο Θεός έχει φανερώσει τη σημασία της τεκνοποίησης και των παιδιών με πολλούς τρόπους στην Αγία Γραφή. Ρητά ορίζει στη Γένεση: «αυξάνεστε και πληθύνεσθε». Στην Καινή Διαθήκη καλεί τα παιδιά να 'ρθουν κοντά του γιατί γι' αυτά είναι ανοιχτή η Βασιλεία τω Ουρανών. Αντίθετα, η έκτρωση, καθώς αντιστρατεύεται στο Λόγο, τη Βούληση και τη πρόνοια του Θεού, είναι έργο καταραμένο και αμαρτία. (Χιωτέλη-Ντικίμπο Ε. 1988).

Σύμφωνα με τον Μητροπολίτη Νικοπόλεως Μελέτιο (1989), η έκτρωση είναι φόνος πιο ένοχος, πιο αμαρτωλός και πιο θεομίσητος από κάθε άλλο φόνο γιατί στερεί από ένα ανθρώπινο ον τη ζωή πριν τη γευτεί και κυρίως πριν αξιωθεί του βαπτίσματος. (Μητροπολίτης Νικοπόλεως, Μελέτιος, 1989).

Με την άμβλωση, έχουμε παραβίαση ανθρώπινων δικαιωμάτων και μάλιστα, δικαιωμάτων ανυπεράσπιστου όντος από την ίδια τη μητέρα του και τον πατέρα του. Αποτελεί, ανανδρη πράξη και παραβιάζει τα δικαιώματα του παιδιού. Η άμβλωση ακόμη, διδάσκει και υποθάλλει την ασυνειδησία στους νέους και τα νέα ζευγάρια, αμβλύνει την ηθική τους ευαισθησία και τους ωθεί στο έγκλημα και το φόνο. Η ανθρώπινη ζωή είναι δώρο του Θεού. Οι γονείς είναι συνδημιουργοί του Θεού και δεν έχουν το δικαίωμα να αφαιρούν τη ζωή του κυοφορούμενου παιδιού τους, σύμφωνα με την Ορθόδοξη Εκκλησία. (Καρούσος Κ., 1987).

Το ερώτημα που προβληματίζει έντονα τα τελευταία χρόνια στους Ιατρικούς και Θεολογικούς κύκλους, περιστρέφεται γύρω από το εάν και πότε το έμβρυο μπορεί να θεωρηθεί ανθρώπινη ύπαρξη. Σύμφωνα με τον αρχιεπίσκοπο Fisher, ο οποίος προέρχεται από τους Στωικούς φιλοσόφους, το ανθρώπινο έμβρυο γίνεται προσωπικότητα με την πρώτη αναπνοή του αμέσως μετά τη γέννηση. Κάποιοι άλλοι υποστηρίζουν ότι το έμβρυο είναι μόνο μια «μάζα ιστών». Οι απόψεις αυτές αποτελούν ύβρη και βλασφημία απέναντι στο Θεό. Το ανθρώπινο έμβρυο είναι όχι μόνον «δυνάμεν» αλλά και «ενεργεία» ψυχοσωματική ύπαρξη

δομικά και οργανικά πλήρης και αυξανόμενη από την πρώτη στιγμή της συλλήψεώς του. (Πηγή από το διαδίκτυο).

Η Μαγδαληνή Κώστα-Τσολάκη, Θεολόγος Νευρολόγος-Ψυχίατρος, Λέκτορας του Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης (1987), υπογραμμίζει χαρακτηριστικά: «Η γυναίκα, που αρνείται την μητρότητα αρνιέται αυτή τη χαρά, ξεφεύγει από την αποστολή της, προδίδει το έργο της. Παραιτείται από την εντολή του Θεού να γίνει συνδημιουργός του. Όταν αρνιέται την μητρότητα ενώ περιμένει ένα παιδί, διαπράττει διπλό έγκλημα. Το πρώτο είναι ότι σκοτώνει με το χειρότερο τρόπο ό,τι πιο πολύ αγαπάει στον κόσμο, το παιδί της, και δεύτερο εξαφανίζει ό,τι πιο μεγάλο και πραγματικά ωραίο έχει να παρουσιάσει η ανθρώπινη ψυχή. Την αληθινή μάννα». (Βασιλειάδης Ν., 1987, σελ. 45-46).

4.2 Η άποψη των φεμινιστικών οργανώσεων

Το φεμινιστικό κίνημα υποστηρίζει ότι για μια γυναίκα αποτελεί θεμελιώδες δικαίωμα η επιλογή του να αποκτήσει ή όχι παιδιά. Η καλύτερη εγγύηση αυτού του δικαιώματος αποτελεί η αντισύλληψη. Ωστόσο, οι διάφορες αντισυλληπτικές μέθοδοι δεν προστατεύουν πάντα από τον κίνδυνο μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης. Δυσκολίες στη χρήση αντισυλληπτικών μέσων αντιμετωπίζουν γυναίκες συνήθως νεαρής ηλικίας και κατωτέρων κοινωνικών στρωμάτων, λόγω ελλείψεως πληροφόρησης. Γι' αυτό το λόγο οι γυναίκες έχουν το δικαίωμα στην έκτρωση ως δικαίωμα να ελέγχουν το σώμα τους και τις δυνατότητές του.

Κατά το φεμινισμό, σε περίπτωση ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, η έκτρωση, αποτελεί την πιο υπεύθυνη λύση, αφού αρνείται να φέρει στον κόσμο ένα παιδί που δεν επιθυμεί και δεν θα το μεγαλώσει όπως πρέπει. Γι' αυτό το λόγο και μόνο η έγκυος είναι σε θέση να αποφασίσει αν τελικά θέλει να φέρει στον κόσμο αυτό το παιδί ή αν θα το απορρίψει κάνοντας άμβλωση και ρισκάροντας ακόμη και την ίδια της τη ζωή. (Ομάδα γυναικών Βοστώνης 1981, Πηγή από το διαδίκτυο).

Η νομιμοποίηση της άμβλωσης, αντιπροσωπεύει την επίσημη αναγνώριση από το κράτος του δικαιώματος της γυναίκας να επιλέγει ή όχι την μητρότητα. Επίσης, αποτελεί μια εγγύηση πως οι υλικές και ψυχολογικές συνθήκες των αμβλώσεων θα βελτιωθούν μειώνοντας έτσι τους κινδύνους για τη γυναίκα. Όμως, οι φεμινίστριες σε ολόκληρο τον κόσμο, γνωρίζουν ότι όσο θετικές και αν είναι οι νομοθετικές ρυθμίσεις που παραχωρούνται δεν

είναι τελεσιδικες. Μπορούν ανά πάσα στιγμή να ανακληθούν, γι' αυτό και ο αγώνας δε σταματά εδώ. Ο αγώνας συνεχίζεται. (Ομάδα γυναικών Βοστώνης 1981, Ναζίρη Δ. 1994).

Σύμφωνα με το φεμινισμό το έμβρυο δεν έχει δικαιώματα ή συμφέροντα και κατά συνέπεια δεν έχει ηθική υπόσταση. Η άποψη ότι η έκτρωση αποτελεί ανθρωποκτονία και ότι πρόκειται για βιασμό του δικαιώματος στη ζωή είναι αβάσιμη. Σε μια δίκη στη Γαλλία, ο καθηγητής Monod είχε τονίσει χαρακτηριστικά: «...Η άποψη ότι ένα έμβρυο λίγων εβδομάδων μπορεί να είναι ανθρώπινο ον βασίζεται σε μια σύγχυση προμελετημένη, όπως θα τολμούσα να πω. Η έκτρωση δεν αποτελεί ανθρωποκτονία. Τόσο από βιολογική όσο και από ανθρωπολογική σκοπιά είναι σφάλμα να το πιστεύουμε: η ανθρώπινη προσωπικότητα υπάρχει μόνο από τη στιγμή που δημιουργείται το κεντρικό νευρικό σύστημα, η συνείδηση... Η απουσία της συνείδησης στο έμβρυο δηλώνει ότι δεν είναι ζωντανό ον». Εφόσον λοιπόν το νευρικό σύστημα του εμβρύου δεν είναι ακόμη πλήρως ανεπτυγμένο, το έμβρυο δε νιώθει πόνο κατά τη διάρκεια της άμβλωσης οπότε το έμβρυο αρχίζει να γίνεται ανθρώπινο ον μόνο όταν πάψει να είναι έμβρυο, όταν μπορεί δηλαδή να ζει με αυτόνομο τρόπο.

Συνοψίζοντας, ο φεμινισμός δε θεωρεί την άμβλωση ιδανική λύση για μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη ούτε καν υποκατάστατο της αντισύλληψης. Υποστηρίζει όμως την άμβλωση γιατί πιστεύει ότι η γυναίκα πρέπει να επιλέγει ελεύθερα αν θα κάνει έκτρωση ή όχι και έχει δικαίωμα να γνωρίζει λεπτομερειακά τη διαδικασία της. (Ομάδα γυναικών Βοστώνης, 1981, Πηγή από το διαδίκτυο).

4.3 Η ιατρική άποψη

Το θέμα της παρέμβασης του γιατρού στην αρχή και το τέλος της ζωής του ανθρώπου αποτελεί ένα από τα μεγαλύτερα βιοηθικά θέματα της σύγχρονης ιατρικής σε παγκόσμια κλίμακα. Η άμβλωση και η τεχνική γονιμοποίηση αφορούν την παρέμβαση του γιατρού στην αρχή της ζωής και η ευθανασία στο τέλος της ζωής του ανθρώπου. Στο άρθρο 9 του Κανονισμού Ιατρικής Δεοντολογίας του 1955 ορίζεται ότι: «Ο γιατρός οφείλει απεριόριστη μέριμνα για τη διατήρηση και διάδοση της ανθρώπινης ζωής. Υποχρεούται να αποφεύγει επιμελώς κάθε επέμβαση που μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την παρεμπόδιση της αναπαραγωγής ή τη διακύβευση της ζωής, εξαιρουμένων μόνο των περιπτώσεων αποδεδειγμένης και αναπόφευκτης θεραπευτικής ανάγκης». (Αναπλιώτη- Βαζαίου Ε., 1988).

Το σύνολο σχεδόν των ιατρών, μαιευτήρες-γυναικολόγοι και άλλων ειδικοτήτων, είναι εναντίον της βίαιης αποβολής του εμβρύου χωρίς σοβαρούς λόγους. Ο Ιπποκράτης, ο πατέρας της ιατρικής επιστήμης ήταν ο πρώτος που θεώρησε την άμβλωση έγκλημα και την απαγόρευσε στους μαθητές του. Ο όρκος αναφέρει: «Δεν θα χορηγήσω θανατηφόρο φάρμακο σε κανέναν και αν παρακληθώ, ούτε θα υποδείξω τέτοια συμβουλή, επίσης δε θα δώσω σε γυναίκα φάρμακα εκτρωτικά». Ο ιατρικός κόσμος μένει πιστός σ' αυτόν τον όρκο και με τεκμηριωμένα επιστημονικά πειράματα αποδεικνύει την εγκληματικότητα της άμβλωσης και κατηγορηματικά την αποδοκιμάζει. Στην ιατρική Δεοντολογία όλα τα κείμενα περιέχουν διατάξεις που αφορούν την άμβλωση. Στον παγκόσμιο χάρτη της ιατρικής του 1948, διακηρύσσεται ότι «το μεγαλύτερο έγκλημα είναι η συνεργασία για την καταστροφή της ζωής, με έγκλημα, αυτοκτονία ή έκτρωση».

Αποτελεί γεγονός, ότι έστω και νόμιμες οι εκτρώσεις πενταπλασιάζουν τους κινδύνους για εξωμήτρια εγκυμοσύνη (στις σάλπιγγες) και οι γυναίκες που θα τις υποστούν έχουν διπλάσιες πιθανότητες για δευτεροπαθείς στείρωσεις ή ακόμα υπάρχουν σπάνιες πιθανότητες για αποσπάσεις των εντέρων και για να προκαλέσουν ψυχοταραχή στη γυναίκα που εμποδίζουν τη φυσική γονιμότητα. Οι ψυχολογικές βλάβες που δημιουργούνται από τις αμβλώσεις, είναι αθεράπευτες.

Ο Ολλανδός Βιοχημικός J. Schörring κατόρθωσε να αποδείξει ότι 48 ώρες μετά τη γονιμοποίηση, ήταν δυνατόν να επισημάνει μια εμφάνιση ορισμένων νέων προσφάτων βιολογικών σημείων, που φανερώνουν ότι μια νέα ζωή, αυτόνομη, προστίθεται στο μητρικό οργανισμό. Ενενηνταδύο καθηγητές της ιατρικής σχολής του Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης δήλωσαν ότι: «Ως υπεύθυνοι ακαδημαϊκοί διδάσκαλοι και ιατροί διακηρύττουμε: Ο άνθρωπος υφίσταται σαν άνθρωπος από τη στιγμή της συλλήψεως». Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος σε ιατρικό συνέδριο διακήρυξε πως «η έναρξη της ζωής του ανθρώπου συμπίπτει με τη στιγμή της γονιμοποίησης».

Σήμερα, η ζωντανή εικόνα του εμβρύου διαμέσου των υπερήχων, μας έπεισαν πέρα από κάθε αμφιβολία ότι το αγέννητο παιδί είναι ένα ανθρώπινο ον, ένα άλλο μέλος της ανθρώπινης κοινωνίας, αναπόσπαστο από τον καθένα μας. (Αναπλιώτη-Βαζαίου Ε., 1988, Αξιωτάκης Α. 1987, Αγγελόπουλος Α. 1980, Φραγκιαδάκης Γ. 1997).

5. Η ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΜΒΛΩΣΗ

5.1 Νομική άποψη των αμβλώσεων στην Ελλάδα

Η νομοθεσία παλιότερα:

Στον ποινικό νόμο του 1834 (άρθρ. 303-305) η ετεράμβλωση – με ή χωρίς τη συναίνεση της εγκύου – όσο και η αυτάμβλωση τιμωρούνται. Όταν η πράξη γίνεται χωρίς τη συναίνεση της εγκύου, απειλείται θανατική ποινή, ενώ όταν επέρχεται ο θάνατος της εγκύου, η ποινή γίνεται δεσμά από 15-20 χρόνια.

Στο σχέδιο του νέου Ποινικού Κώδικα το 1924, η αντιμετώπιση αλλάζει και ποινή, όταν η πράξη γίνεται χωρίς τη συναίνεση της εγκύου, γίνεται βαρύτερη από εκείνη όταν η άμβλωση γίνεται με τη συναίνεση της εγκύου. Για πρώτη φορά, θεσπίζεται ως λόγος άρσης του αδίκου, η ιατρική ένδειξη.

Το 1934, οι ποινικές κυρώσεις τόσο για την έγκυο όσο και για τον τρίτο που ενεργεί με τη συναίνεσή της μειώνονται. Η άμβλωση πια αντιμετωπίζεται ως πλημμέλημα.

Το 1939, η ιατρική ένδειξη συμπληρώνεται με τη λεγόμενη «ηθική ένδειξη» σύμφωνα με την οποία η άμβλωση επιτρέπεται όταν η εγκυμοσύνη οφείλεται σε βιασμό, κατάχρηση ανίκανου προς αντίσταση, αποπλάνηση ανηλίκου ή αιμομιξία.

Το 1947 για πρώτη φορά τιμωρείται η αυτάμβλωση με ποινή φυλάκισης το πολύ 3 ετών, ενώ η ετεράμβλωση που γίνεται με τη συναίνεση της εγκύου αντιμετωπίζει ποινή φυλάκισης τουλάχιστον 6 μηνών.

Το 1978 με το νόμο 821 «περί αφαίρεσης και μεταμόσχευσης βιολογικών ουσιών ανθρώπινης προέλευσης», προβλέπεται ότι η άμβλωση επιτρέπεται ως τη 12^η εβδομάδα της κύησης όταν υπάρχει κίνδυνος για την ψυχική υγεία της μητέρας. Θεσπίζεται επίσης για πρώτη φορά η «ευγονική ένδειξη» κατά την οποία δικαιολογείται η θανάτωση του εμβρύου μέχρι και την 20^η εβδομάδα της εγκυμοσύνης όταν διαπιστώνονται βαριές ανωμαλίες του εμβρύου με συνέπεια τη γέννηση παθολογικού παιδιού. (Συμεωνίδη – Καστανίδη Ε., 1995).

Η νομοθεσία σήμερα:

Το 1986 ψηφίστηκε ο νόμος 1609 (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α) που τροποποίησε το άρθρο 304 του ποινικού κώδικα. Με το νόμο αυτό ανατρέπεται ουσιαστικά όλη η ποινική αντιμετώπιση των αμβλώσεων. Ο όρος «άμβλωση» καταργείται, ως ιδεολογικά φορτισμένος, και αντικαθίσταται από τον όρο «τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης».

Σύμφωνα με το νόμο 1609/86 κάθε γυναίκα που είναι έγκυος έχει δικαίωμα να κάνει έκτρωση, αρκεί να το θέλει, ως την 12^η εβδομάδα κύησης και αν είναι πάνω από 16 ετών. Εάν είναι μικρότερη, απαιτείται συγκατάθεση ενός τουλάχιστον από τους γονείς της ή τον κηδεμόνα της. Κατά το άρθρο 304 παρ. 4, η άμβλωση μπορεί να γίνει ως και τη 19^η εβδομάδα αν η σύλληψη είναι αποτέλεσμα βιασμού, αιμομιξίας, κατάχρησης, αποπλάνησης κόρης κάτω από 15 ετών, ή ανίκανης (π.χ. νοητικά καθυστερημένης). Ακόμη, επιτρέπεται η άμβλωση, όταν διαγνωστεί ότι το έμβρυο είναι πάσχον, έως και την 24^η εβδομάδα. Εάν δεν συγκατατίθεται η γυναίκα, ο γιατρός που κάνει την άμβλωση, δικάζεται για διπλό έγκλημα, κατ' αυτής και του εμβρύου. Επίσης, ο γιατρός δικάζεται αν δεν τηρούνται οι προδιαγραφές λειτουργίας ασφάλειας του χειρουργείου, αν κάνει λάθος τεχνικές με αποτέλεσμα το θάνατο της εγκύου ή την εμφάνιση επιπλοκών, και αν παραβεί τους νόμους π.χ. αν κάνει άμβλωση μετά την 12^η εβδομάδα. Τέλος, ο νόμος τιμωρεί όποιον διαφημίζει δημόσια τρόπους, φάρμακα ή τεχνικές διακοπής της εγκυμοσύνης, ενώ επιτρέπει την υγειονομική διαφώτιση σχετικά με την άμβλωση από γιατρούς ή από κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού. (Χιωτέλη-Ντικίμπο Ε. 1988, Συμεωνίδη-Καστανίδη Ε. 1995, Παπαευαγγέλου Γ., Τσίμπος Κ. 1993).

Σύμφωνα με τον Τ. Φιλιππίδη (1981) δεν υπάρχει κανένα πειστικό επιχείρημα με βάση το οποίο μπορεί να διακριθεί η ύπαρξη του εμβρύου κατά το «ατιμώρητο πρώτο τρίμηνο» από την ύπαρξή του κατά την υπόλοιπη διάρκεια της κύησης. Στο τέλος των 3 μηνών, υποστηρίζει ο Φιλιππίδης, το έμβρυο έχει πλέον μορφή ανθρώπου και δεν διαπιστώνεται καμιά ποιοτική μεταβολή του που να δικαιολογεί τη διαφοροποίηση της ποινικής του προστασίας. Ήδη, με το τέλος της διαδικασίας της εμφύτευσης έχει γίνει η εξατομίκευση του μελλοντικού ανθρώπου και αρχίζει η διαμόρφωση των πρώτων οργάνων. Την 8^η κιόλας εβδομάδα το έμβρυο έχει σχήμα ανθρώπου και τα περισσότερα όργανά του λειτουργούν κανονικά.

Κριτήριο για τον προσδιορισμό των 12 εβδομάδων δεν αποτελεί όμως η καθαυτή εξέλιξη του εμβρύου αλλά η συνεκτίμηση άλλων παραγόντων, όπως: i) το χρονικό διάστημα από τη σύλληψη ως την άμβλωση, να μην είναι ιδιαίτερα μικρό ώστε να αναιρεί το δικαίωμα αυτοπροσδιορισμού της γυναίκας και να μην εκτείνεται σε σημείο που η επέμβαση να δημιουργεί κινδύνους για την υγεία της γυναίκας και για τη δυνατότητά της να τεκνοποιήσει στο μέλλον. (Συμεωνίδη-Καστανίδη Ε. 1995).

5.2 Πλεονεκτήματα-μειονεκτήματα της νομιμοποίησης

Σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία που προκύπτουν από χώρες με ελεύθερες τις εκτρώσεις οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι η «νομιμοποίηση» έχει τα εξής επακόλουθα:

1. Μείωση του αριθμού των επιπλοκών από τις εκτρώσεις.
2. Μείωση της νεογνικής θνησιμότητας, κάτι που σχετίζεται με τη μείωση του αριθμού των εξώγαμων παιδιών. Συγκεκριμένα στη Ν. Υόρκη και την Καλιφόρνια μετά τη νομιμοποίηση των εκτρώσεων ακολούθησε μείωση της νεογνικής θνησιμότητας κατά 16% και 12% αντίστοιχα.
3. Ελάττωση του αριθμού των παιδιών που «εγκαταλείπονται» μετά τη γέννησή τους.
4. Μείωση της θνησιμότητας από παράνομη άμβλωση.
5. Περιορισμός της δραστηριότητας παραϊατρικών κυκλωμάτων.

Ο νόμος για την επιθυμητή διακοπή της εγκυμοσύνης διευκόλυνε αρκετά τις γυναίκες στη δύσκολη απόφαση της επιθυμητής άμβλωσης, αφού από τη μια τους έδωσε το δικαίωμα να αποφασίζουν οι ίδιες για την πραγματοποίηση της έκτρωσης και από την άλλη τους παρέχει τη δυνατότητα να πραγματοποιήσουν την απόφασή τους, σε χώρους τέλεια εξοπλισμένους, υπό ικανοποιητικές συνθήκες υγιεινής και από έμπειρο και ειδικευμένο επιστημονικό προσωπικό μέσα σε κρατικά νοσοκομεία ή κλινικές (Κρεατσάς Γ. 1989, Μεγάλη Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια, Καρπάθιος Σ. 1984, Βουλγαρίδης Γ. 2002).

Το σημαντικότερο πρόβλημα που σχετίζεται με την αύξηση του αριθμού των εκτρώσεων σε χώρες όπου αυτές είναι νόμιμες, είναι το δημογραφικό, η ελάττωση δηλαδή του αριθμού των γεννήσεων.

Στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής το 1973 όταν υπήρχαν περιοριστικοί νόμοι για τις εκτρώσεις έγιναν περίπου 500.000 εκτρώσεις. Το 1975, δύο χρόνια μετά την νομιμοποίηση ο αριθμός έφτασε το ένα εκατομμύριο.

Στην Τυνησία από τότε που η έκτρωση νομιμοποιήθηκε και εφαρμόστηκαν προγράμματα αντισύλληψης και οικογενειακού προγραμματισμού, ο αριθμός των εκτρώσεων μειώθηκε.

Το 1966, η Ρουμανία επαναφέρει περιοριστικούς νόμους για τις εκτρώσεις, με αποτέλεσμα ο αριθμός των νόμιμων εκτρώσεων να πέσει στο μισό αυτών που γίνονταν προηγούμενα. Λίγους μήνες αργότερα ο αριθμός των γεννήσεων διπλασιάστηκε.

Τα παραπάνω στοιχεία, φανερώνουν ότι κοινωνικοί και οικονομικοί παράγοντες, όπως και η αποδοχή ή όχι ευρύτερων προγραμμάτων αντισύλληψης καθορίζουν τον αριθμό των αμβλώσεων σε μια χώρα (Κρεατσάς Γ. 1989).

5.3 Σε ποιες περιπτώσεις είναι νόμιμη η διακοπή της εγκυμοσύνης

Στην Ελλάδα, όπως και σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες, στα μέσα του 19^{ου} αιώνα, η θανάτωση της αγέννητης ζωής θεωρήθηκε ως ξεχωριστός τύπος εγκληματικής συμπεριφοράς. Μέσα στο δεύτερο μισό του 19^{ου} αιώνα, η απαγόρευση της έκτρωσης ίσχυε χωρίς καμιά εξαίρεση από το χρόνο της σύλληψης, ενώ η τιμωρία αφορούσε τόσο την εγκυμονούσα όσο και το γιατρό που έκανε την άμβλωση ή κάποιον άλλον τρίτο που βοηθούσε. Στην καμπή όμως του 20^{ου} αιώνα παρατηρήθηκαν προσπάθειες φιλελευθεροποίησης. Ο νόμος προέβλεπε κάποιες ειδικές περιπτώσεις στις οποίες επιτρέπονταν οι εκτρώσεις: (Πηγή από το διαδίκτυο).

- Ιατρικοί λόγοι: όταν η άμβλωση ενδείκνυται για να σωθεί η ζωή της μητέρας ή όταν κινδυνεύει η σωματική και ψυχική της υγεία.
- Ευγονικοί λόγοι: Όταν η άμβλωση ενδείκνυται για να μη γεννηθεί παθολογικό παιδί, λόγω κληρονομικών ασθενειών, είτε λόγω άλλων ζημιών του εμβρύου από μηχανικά μέσα ή τοξικούς παράγοντες.
- Ηθικοί λόγοι: Η άμβλωση επιτρέπεται όταν η εγκυμοσύνη είναι αποτέλεσμα βιασμού, αιμομιξίας, εξαναγκασμός προσώπου είτε ανίκανου προς αντίσταση είτε που δεν έχει λογική. Σύμφωνα με τον καθηγητή Γ. Α. Μαγκάκη: «Ο ηθικός λόγος συνίσταται όχι στην ηθική τάξη – γιατί τι φταίει ο κυοφορούμενος άνθρωπος για τον τρόπο που συνελήφθη – αλλά στο ότι δεν μπορεί η έννομη τάξη να αξιώσει από τη γυναίκα, που έγινε θύμα εγκλήματος κατά των ηθών την ψυχική εκείνη δύναμη που θα χρειαζόταν για να φέρει στον κόσμο και ν' αναθρέψει παιδί που είναι καρπός του παθήματός της».
- Κοινωνικό-οικονομικοί λόγοι: Όταν η άμβλωση ζητείται εξαιτίας της κοινωνικό-οικονομικής κατάστασης της εγκύου, η οποία κρίνεται ότι θα είναι δυσμενέστερη με τη γέννηση του παιδιού. Η ένδειξη αυτή συνήθως καταλήγει στη σχεδόν ελεύθερη επιλογή της γυναίκας για να φέρει στον κόσμο ένα παιδί.

Σε όλες τις περιπτώσεις απαραίτητες προϋποθέσεις θεωρούνταν η συναίνεση της εγκύου και η διαδικασία της άμβλωσης να πραγματοποιείται από γιατρό. Σε κάθε άλλη περίπτωση η έκτρωση θεωρούνταν αξιόποινη πράξη. Επιπλέον μέσω του νόμου

απαγορευόταν η διαφήμιση των μέσων της έκτρωσης είτε νόμιμης είτε παράνομης. Όμως από το 1986 η έκτρωση δε διώκεται πλέον ποινικά. Γίνεται ελεύθερα, αρκεί να συναινεί η εγκυμονούσα. (Πηγή από το διαδίκτυο, Αναπλιώτη-Βαζαίου Ε. 1988, Φραγκιαδάκης Γ. 1997).

5.4 Τα δικαιώματα του εμβρύου

Όπως και για την αρχή της ανθρώπινης ζωής, έτσι και για το χρόνο από τον οποίο αρχίζει το έμβρυο να υπάρχει, δεν επικρατεί συμφωνία.

Παλαιότερα, ήταν δεκτό ότι το έμβρυο αρχίζει να υπάρχει από τη στιγμή της σύλληψης. Με την πάροδο, ωστόσο, του χρόνου, οι αντιλήψεις σχετικά με το χρονικό σημείο από το οποίο αρχίζει να υπάρχει το έμβρυο, άλλαξαν. Υποστηρίχτηκε, και η θέση αυτή επικρατεί και σήμερα, ότι η «εν γενέσει» ζωή δεν αρχίζει με τη σύλληψη, αλλά με την εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου στη γυναικεία μήτρα.

Σε ό,τι αφορά το έμβρυο, η δυνατότητα εξέλιξης του σε άνθρωπο, αποτελεί αναγκαία προϋπόθεση για την αναγνώρισή του ως έννομου αγαθού. Εφ' όσον το έμβρυο, αποτελεί ιδιότητα του γυναικείου σώματος που ενσωματώνει το συμφέρον της μητέρας για απόκτηση παιδιού, μπορεί να προστατεύεται στο ποινικό δίκαιο μόνο όταν έχει προοπτική εξέλιξης σε ολοκληρωμένο άνθρωπο. Η έννομη τάξη αναγνωρίζει ότι η ύπαρξη του εμβρύου είναι έννομο αγαθό που χρήζει νομοθετικής προστασίας, χωρίς όμως αυτό να αρκεί για να καταστεί φορέας δικαιώματος. (Κατρούγκαλος Γ. 1993, Συμεωνίδη-Καστανίδη Ε. 1995).

5.4.1 Τα δικαιώματα του εμβρύου στο αστικό δίκαιο

Σύμφωνα με το άρθρο 305 του Αστικού Κώδικα, το πρόσωπο αρχίζει να υπάρχει μόλις γεννηθεί ζωντανό και παύει να υπάρχει με το θάνατό του. Με άλλα λόγια, αν δεν αποχωριστεί το παιδί από το μητρικό σώμα με τον τοκετό, θεωρείται ανύπαρκτο από το νόμο. Σύμφωνα με το νόμο στην περίπτωση αυτή δεν υπάρχει πρόσωπο.

Έτσι, για να αποκτήσει το έμβρυο προσωπικότητα, πρέπει να βγει ολόκληρο από το σώμα της μητέρας του. Ο νόμος, αναγνωρίζει δικαιώματα στο έμβρυο «υπό αίρεσιν» δηλαδή με την προϋπόθεση ότι θα γεννηθεί ζωντανό.

Τα δικαιώματα αυτά είναι:

- Κληρονομικό: Σύμφωνα με το νόμο, κληρονόμος μπορεί να γίνει μόνο όποιος βρίσκεται στη ζωή ή έχει συλληφθεί, όταν έχει πεθάνει εκείνος τον οποίο δικαιούται να κληρονομήσει. Με άλλα λόγια το μωρό που θα γεννηθεί ζωντανό έχει κληρονομικό δικαίωμα.
- Προστασία της περιουσίας και διατροφή: Αναγνωρίζεται στο έμβρυο το δικαίωμα προστασίας της περιουσίας του (την οποία φυσικά θα αποκτήσει αν γεννηθεί ζωντανό), όπως και αυτό της διατροφής σε περίπτωση που θανατωθεί αυτός που έχει απέναντί του υποχρέωση διατροφής.
- Αποζημίωση: Γίνεται δεκτό ότι έχει το δικαίωμα να αποζημιωθεί από εκείνον που του προκάλεσε βλάβες κατά την κύηση.
- Συνταξιοδότηση: Τα ασφαλιστικά ταμεία, αναγνωρίζουν το δικαίωμα συνταξιοδότησης και στο έμβρυο που θα γεννηθεί ζωντανό. (Συμεωνίδη-Καστανίδη Ε., 1995 Πηγή από το διαδίκτυο).

5.4.2 Τα δικαιώματα του εμβρύου στο ποινικό Δίκαιο

Ο νομοθέτης, με το νόμο 1609/86, έδωσε περισσότερη προσοχή στο έμβρυο, το οποίο αντιμετωπίζεται ως άνθρωπος. Όποιος προκαλέσει ζημιά στο έμβρυο, τιμωρείται ανάλογα με το βαθμό της ευθύνης του.

- ❖ - Η προστασία της σωματικής και διανοητικής ακεραιότητας του εμβρύου. Σύμφωνα με το άρθρο 304 Α του ποινικού κώδικα, όποιος επενεργεί παράνομα στην έγκυο με αποτέλεσμα να προκληθεί βαριά βλάβη στο έμβρυο ή να εμφανίσει το νεογνό βαριά πάθηση του σώματος ή της διανοίας, τιμωρείται. Με άλλα λόγια, αν ο δράστης έθεσε σε κίνδυνο τη ζωή του εμβρύου ή προξένησε βαριά και μακροχρόνια ασθένεια ή σοβαρό ακρωτηριασμό, τιμωρείται με ποινή φυλάκισης δύο ετών. Αν ο υπαίτιος, επιδίωξε τη βλάβη, την οποία προκάλεσε, η ποινή του μπορεί να είναι κάθειρξη μέχρι και δέκα ετών. (Πηγή από το διαδίκτυο).
- ❖ Προστασία της ζωής του εμβρύου: Η επικρατούσα αντίληψη για την προστασία του εμβρύου φαίνεται και από τη διάταξη του άρθρου 304 του Π. Κ. για την τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης, η οποία περιλαμβάνει τις ακόλουθες περιπτώσεις:
 - Όποιος διακόπτει την εγκυμοσύνη χωρίς τη συναίνεση της εγκύου, τιμωρείται με κάθειρξη πέντε ως είκοσι ετών. Πρόκειται για κακούργημα.

- Ο νόμος δεν ανέχεται την απώλεια του εμβρύου χωρίς δικαιολογία. Έτσι, όποιος διακόπτει ανεπίτρεπτα την εγκυμοσύνη της εγκύου ή προμηθεύει σε αυτή μέσα για τη διακοπή της, τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον έξι μηνών ως πέντε ετών. Αν αυτός, όμως ενεργεί κατά συνήθεια τις πράξεις αυτές, τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον δύο ετών, που μπορεί να φτάσει και πάλι τα πέντε χρόνια. Αν όμως, από την πράξη αυτή, προκληθεί βαριά πάθηση του σώματος ή της διάνοιας της εγκύου, επιβάλλεται κάθειρξη μέχρι δέκα ετών.
- Η έγκυος, η οποία διακόπτει ανεπίτρεπτα την εγκυμοσύνη της ή επιτρέπει σε άλλον να τη διακόψει, τιμωρείται με φυλάκιση μέχρι ενός έτους.
- Ωστόσο, ο νόμος κρίνει ότι δεν αποτελεί αδίκημα η τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης, η οποία ενεργείται με τη συναίνεση της εγκύου από γιατρό μαιευτήρα γυναικολόγο με τη συμμετοχή αναισθησιολόγου, σε οργανωμένη νοσηλευτική μονάδα, αν συντρέχουν κάποιες προϋποθέσεις.
- Το αντικείμενο της ποινικής προστασίας είναι το έμβρυο.
- Ο νομοθέτης δε δέχεται την άποψη ότι η μητέρα έχει απόλυτο δικαίωμα στο σώμα της και λίγο πολύ δικαίωμα στη ζωή και το θάνατο του εμβρύου. (Πηγή από το διαδίκτυο).

5.5 Ξένες νομοθεσίες για την άμβλωση

Η τεχνητή άμβλωση αποτελεί και σοβαρό κοινωνικό πρόβλημα γιατί δεν αφορά μόνο τη γυναίκα αλλά και το ίδιο το κράτος. Το πρόβλημα αυτό λύνεται με διαφορετικό τρόπο στις διάφορες χώρες του κόσμου. Σε ορισμένες καπιταλιστικές χώρες, για να επιτραπεί η άμβλωση, αρκούν μόνο οι ιατρικές ενδείξεις, χωρίς να λαμβάνονται υπόψη οι κοινωνικοί λόγοι. Τα απαγορευτικά μέτρα για την τεχνητή άμβλωση και οι βαριές κοινωνικές συνθήκες στις χώρες αυτές, όπως το χαμηλό βιοτικό επίπεδο ή η ανεργία έχουν ως αποτέλεσμα την αύξηση του αριθμού των αμβλώσεων (Σοβιετική Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια, 1981).

Η Σοβιετική Ένωση, ήταν η πρώτη χώρα που νομιμοποίησε τις εκτρώσεις το 1920. Το 1935 οι νόμοι ξανάγιναν περιοριστικοί, για να επανέλθουν το 1960 στο προηγούμενο καθεστώς. Στη συνέχεια, όλες σχεδόν οι χώρες της Ανατολικής Ευρώπης εκτός από την Αλβανία, νομιμοποίησαν τις εκτρώσεις στη δεκαετία του 1960. Μερικές από αυτές τις χώρες προσέθεσαν περιοριστικούς όρους σαν αντίδραση στη μείωση του αριθμού γεννήσεων. (Κρεατσάς, 1989).

Στην Αγγλία, οι εκτρώσεις ήταν απαγορευμένες ως το 1929. Τη χρόνια εκείνη, σύμφωνα με την «Διακήρυξη για τη διατήρηση της ζωής του νηπίου», η έκτρωση δε θα ήταν κολάσιμη, εφόσον θα γινόταν με σκοπό να διασωθεί η ζωή της εγκυμονούσας. Από 'κει και πέρα για να συνεχιστεί η κύηση θα έπρεπε να μην κινδυνεύει η ζωή της μητέρας και να μην απειλείται η σωματική ή η ψυχική της υγεία. Επιπλέον, το παιδί θα έπρεπε να μην παρουσιάζει σωματικά ή διανοητικά προβλήματα τέτοια που να το καθιστούν ανάπηρο. Τα αποτελέσματα της μεταρρύθμισης στις αμβλώσεις φάνηκαν αμέσως. Πριν ακόμη η νέα ρύθμιση ψηφιστεί, ο αριθμός των αμβλώσεων στην Αγγλία και Ουαλία ανήλθε στις 6.100 το 1966. Το 1968 έφτασε τις 24.000 και το 1973 τις 167.000. Από το 1967 ως το 1983 πραγματοποιήθηκαν πάνω από δύο εκατομμύρια εκτρώσεις. (Πηγή από τα διαδικτυο).

Στις Η.Π.Α. η αλλαγή νομοθεσίας αναφορικά με τις αμβλώσεις έγινε το 1973. Η άμβλωση επιτράπηκε πλήρως στους τρεις πρώτους μήνες της εγκυμοσύνης, ενώ σχετικά με το δεύτερο και τρίτο μήνα της εγκυμοσύνης επιτράπηκε μόνο σε περίπτωση που τίθεται σε κίνδυνο η υγεία της μητέρας. Το 1976 η αμερικάνικη νομοθεσία απαγόρευσε στους γονείς να ασκήσουν βέτο για την έκτρωση των ανήλικων κοριτσιών τους. Η αλλαγή αυτή είχε άμεσο αντίκτυπο, αφού, ο αριθμός των αμβλώσεων το 1985 ξεπέρασε τις 4.000, ενώ στην Ουάσιγκτον οι εκτρώσεις ήταν τριπλάσιες στον αριθμό από τις γεννήσεις. (Πηγή από το διαδικτυο).

Η διόγκωση του φαινομένου των εκτρώσεων αποτελεί απειλή όχι μόνο για τις προηγμένες αλλά και για τις τριτοκοσμικές χώρες. Στην Ινδία, οι εκτρώσεις, επιτελούνται μεροληπτικά εις βάρος των θηλυκών εμβρύων, μόλις ο γιατρός διαγνώσει το φύλο του παιδιού. Υπολογίζεται ότι στη σημερινή Ινδία ετησίως γίνονται 250.000 εκτρώσεις θηλυκών εμβρύων, ενώ θανατώνονται 1.500.000 νεογέννητα κορίτσια. Ήδη, στη χώρα αυτή ζουν 75 εκατομμύρια λιγότερες γυναίκες από τις φυσιολογικές στατιστικές προβλέψεις. Παρόμοιο φαινόμενο παρατηρείται και στην Κίνα που ασκεί τα τελευταία χρόνια την πολιτική του ενός παιδιού για κάθε οικογένεια. Εκεί, οι γυναίκες είναι ήδη κατά 70 εκατομμύρια λιγότερες από ότι θα περίμενε κανείς στατιστικά. (Πηγή από το διαδικτυο).

Στην Πορτογαλία, η νομοθεσία για τις αμβλώσεις είναι από τις αυστηρότερες στην Ευρώπη. Κάθε χρόνο, σύμφωνα με εκτιμήσεις των αρμοδίων αρχών, ο αριθμός των παράνομων αμβλώσεων κυμαίνεται από 20.000 ως 40.000. Οι αμβλώσεις απαγορεύονται στην Πορτογαλία εκτός από τις περιπτώσεις που υπάρχει κίνδυνος για τη ζωή της μητέρας, τη σωματική ή ψυχική της υγεία ή σε περιπτώσεις που το έμβρυο παρουσιάζει κάποια γενετική

ανωμαλία ή αν η εγκυμοσύνη είναι αποτέλεσμα βιασμού. Αν δε συμβαίνει κάτι από τα παραπάνω η γυναίκα που έκανε άμβλωση κινδυνεύει να τιμωρηθεί με ποινή φυλάκισης τριών ετών και το άτομο που πραγματοποίησε την επέμβαση με ποινή κάθειρξης οκτώ ετών. (Πηγή από το διαδίκτυο).

6. Ο ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ

6.1 Ιστορική αναδρομή του οικογενειακού προγραμματισμού

Ο οικογενειακός προγραμματισμός έκανε την εμφάνισή του στην Αγγλία την εποχή της βιομηχανικής επανάστασης. Τότε, για πρώτη φορά, αντιμετωπίστηκε το πρόβλημα του μεγέθους της οικογένειας και χρειάστηκε να παρθούν μέτρα για την αναχαίτιση της πολυγονίας. Προς αυτήν την κατεύθυνση κινήθηκαν και οι ειδικοί αναζητώντας διάφορες αντισυλληπτικές μεθόδους. (Δετοράκης, 1988).

Πρώτος, ο Άγγλος ιερέας Thomas L. Malthus (1766-1834), που ξεσηκώθηκε το 1798 μπροστά στον κίνδυνο της μεγάλης αύξησης του πληθυσμού. Αυτός, προέβλεπε ότι η ανθρωπότητα βαδίζει προς την αυτοκαταστροφή, υποστηρίζοντας ότι οι άνθρωποι αυξάνονται κατά γεωμετρική πρόοδο, ενώ τα αγαθά με αριθμητική. Προέβλεψε, ότι η δυσαρμονία αυτή θα δημιουργήσει προβλήματα πείνας, ασθένειας καθώς και πολέμους. (Δετοράκης, 1988).

Τρεις γυναίκες, η Margaret Sanger στις Η.Π.Α. και οι Mary Stopes και Edith How-Martyn στην Αγγλία, δίνουν νέα διάσταση στην έννοια του οικογενειακού προγραμματισμού. Το 1912, η Sanger ξεκίνησε έναν αγώνα με στόχο την απελευθέρωση των γυναικών από ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες. Αρχικά η Sanger είδε την κίνηση του ελέγχου των γεννήσεων συνδεδεμένη μόνο με την υγεία και την ευτυχία των οικογενειών. Αργότερα, άρχισε να συνειδητοποιεί ότι ο έλεγχος των γεννήσεων είχε και οικονομικό-κοινωνικές διαστάσεις. Το 1918 η Sanger κέρδισε την πρώτη μεγάλη νίκη όταν θεσμοθετήθηκε πως οι γιατροί μπορούν να δίνουν συμβουλές για την αντισύλληψη σε άγαμες γυναίκες προκειμένου να προλάβουν κάποια νόσο. Το 1921 η Stopes ανοίγει στο Λονδίνο τον πρώτο συμβουλευτικό σταθμό ελέγχου γεννήσεων. (Α. Τριχοπούλου, Δ. Τριχόπουλος, 1986).

Το 1930 γίνεται στη Ζυρίχη διεθνές συνέδριο για τον έλεγχο των γεννήσεων. Οι κύριες προτάσεις του συνεδρίου ήταν: Ο έλεγχος των γεννήσεων πρέπει να θεωρείται αντικείμενο της δημόσιας υγείας και προληπτικής ιατρικής· η διάδοση των αντισυλληπτικών μεθόδων είναι ο καλύτερος τρόπος περιορισμού των εκτρώσεων· η εκπαίδευση σε θέματα αντισυλληψεως πρέπει να εισαχθεί στα εκπαιδευτικά προγράμματα των ιατρικών σχολών· η στείρωση πρέπει να είναι εφικτή για λόγους θεραπευτικούς και ευγονικούς και τέλος, δεν πρέπει να χορηγούνται από τους γιατρούς αντισυλληπτικά των οποίων η χημική σύνθεση δεν είναι γνωστή. Το συνέδριο της Ζυρίχης έβαλε τη σφραγίδα του στην εξέλιξη του

οικογενειακού προγραμματισμού, ενώ μετά τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο, η έννοια του ελέγχου των γεννήσεων εξαπλώθηκε στην Ευρώπη, στην Ασία και τη Βόρειο Αμερική. (Α. Τριχοπούλου, Δ. Τριχόπουλος, 1986).

Αργότερα, στο συνέδριο του Cheltenham συγκροτήθηκε μια Διεθνής Επιτροπή για τον οικογενειακό προγραμματισμό. Έπειτα, στο τρίτο παγκόσμιο συνέδριο που έγινε στη Βομβάη το 1952, η Διεθνής Επιτροπή έγινε Διεθνής Ομοσπονδία Οικογενειακού Προγραμματισμού με πρώτη πρόεδρο την Sanger και σκοπό: «... να προωθηθεί με την εκπαίδευση και την επιστημονική έρευνα η παγκόσμια αποδοχή της υπεύθυνης γονιμότητας, έτσι ώστε η οικογένεια και η κοινωνία να είναι ευτυχέστερες». (Α. Τριχοπούλου, Δ. Τριχόπουλος, 1986).

Το 1968, στην Τεχεράνη, το Παγκόσμιο Συνέδριο των Δικαιωμάτων του Ατόμου, διατύπωσε την αρχή ότι θεμελιώδες δικαίωμα των γονιών είναι να επιλέγουν ελεύθερα και υπεύθυνα τον αριθμό και τη χρονική κλιμάκωση γεννήσεως των παιδιών τους. Τέλος, το 1969 η Γενική Συνέλευση, συνιστά στα κράτη-μέλη του Ο.Η.Ε. να εξασφαλίζουν στους ενδιαφερομένους όχι μόνο την απαραίτητη πληροφόρηση και εκπαίδευση αλλά και τα κατάλληλα μέσα για τον έλεγχο των γεννήσεων ώστε να πραγματοποιείται το επιθυμητό μέγεθος οικογένειας. Με τη σύσταση αυτή επιμερίζονται οι ευθύνες ασκήσεως του δικαιώματος της ελεύθερης και υπεύθυνης τεκνογονίας μεταξύ κράτους και ατόμου. (Α. Τριχοπούλου, Δ. Τριχόπουλος, 1986).

6.2 Το ιστορικό του οικογενειακού προγραμματισμού στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα, η ιδέα του οικογενειακού προγραμματισμού, έκανε την εμφάνισή του στο τέλος της δεκαετίας του '60. Αργότερα, το 1973, ακαδημαϊκοί κύκλοι, εκτιμώντας το μεγάλο αριθμό των εκτρώσεων στην Ελλάδα, ιδρύουν την Ελληνική Εταιρία Οικογενειακού Προγραμματισμού. Το 1975, με αφορμή το Διεθνές Έτος Γυναίκας του Ο.Η.Ε. Γυναικεία Σωματεία της χώρας πρότειναν τη νομιμοποίηση των αμβλώσεων. (Β. Μαργαριτίδου, Λ. Μεσθεναίου, 1991).

Το 1976, ιδρύθηκε η Εταιρία Οικογενειακού Προγραμματισμού, με σκοπό την άμεση παροχή συμβουλευτικού έργου και την ευαισθητοποίηση της πολιτικής ηγεσίας και της κοινωνίας πάνω στις αρχές και τη σημασία του Ο.Π. (Β. Μαργαριτίδου, Λ. Μεσθεναίου, 1991).

Μετά το Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο, παρατηρήθηκε στην Ελλάδα, μεγάλη μετακίνηση του πληθυσμού των αγροτικών περιοχών στα αστικά κέντρα. Οι πληθυσμοί των αγροτικών περιοχών διατήρησαν την αδυναμία ελέγχου της γονιμότητας με αποτέλεσμα την ύπαρξη πολυμελών οικογενειών. (Β. Μαργαριτίδου, Λ. Μεσθεναίου, 1991).

Ο πολύ μεγάλος αριθμός εκτρώσεων στις αρχές της δεκαετίας του '60, αποτελούσε ένδειξη, ότι τα πιο πολλά ελληνικά ζευγάρια όχι μόνο αυτοσχεδίαζαν για την αποφυγή γεννήσεων ανεπιθύμητων παιδιών, αλλά χρησιμοποιούσαν την έκτρωση ως μέθοδο αντισύλληψης. (Β. Μαργαριτίδου, Λ. Μεσθεναίου, 1991).

6.3 Νομικό πλαίσιο του οικογενειακού προγραμματισμού στην Ελλάδα

Ο οικογενειακός προγραμματισμός στην Ελλάδα για πρώτη φορά θεσμοθετήθηκε το 1980 με το νόμο 1036/80. Ο νόμος αυτός καθιερώνει τον οικογενειακό προγραμματισμό ως «κρατική μέριμνα». Σύμφωνα με το νόμο αυτό: «Το κράτος μεριμνά για τη διάδοση και την πρακτική εφαρμογή των σύγχρονων γνώσεων σε θέμα γενετικής και οικογενειακού προγραμματισμού. Συνίσταται στο Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών επταμελής Γνωμοδοτική επιτροπή για θέματα γενετικής και οικογενειακού προγραμματισμού».

Το 1981, η Ελληνική Εταιρεία Ευγονικής και Γενετικής του Ανθρώπου, εξέδωσε τα πρακτικά Διεπιστημονικού Συμποσίου που έγινε το 1979 με τίτλο: «Σεξουαλική Διαπαιδαγώγηση». Ήταν το πρώτο Συμπόσιο στον ελληνικό χώρο, αλλά και το πρώτο πόνημα στον ευαίσθητο αυτό τομέα. (Β. Μαργαριτίδου, Λ. Μεσθεναίου, 1991).

Το 1983 με το νόμο 1397/83 «περί Ε.Σ.Υ.» τροποποιήθηκε ο προηγούμενος νόμος. Σύμφωνα με το νέο νόμο η υλοποίηση του οικογενειακού προγραμματισμού μπορούσε να γίνει όχι μόνο από κρατικά όργανα αλλά και από ιδιωτικούς φορείς. Στο άρθρο 15 του νόμου περιλαμβάνει τον Ο.Π. στους σκοπούς των Κέντρων Υγείας. Ο νόμος ανέφερε: «Η εκπαίδευση στα επαγγέλματα υγείας, η ενημέρωση του ευρύτερου κοινού και η πρακτική εφαρμογή γίνεται από υπεύθυνα κρατικά όργανα που ορίζονται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας μετά από γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ.». Βέβαια ως σήμερα δε στάθηκε δυνατή η παροχή υπηρεσιών οικογενειακού προγραμματισμού από τα κέντρα υγείας του Ε.Σ.Υ.

Το 1986 ψηφίζεται ο νόμος 1609/86, ο οποίος συμπληρώθηκε με τον 2799/87 «περί της δωρεάν τεχνητής διακοπής της εγκυμοσύνης μέχρι τη 12^η εβδομάδα της κύησης και προστασίας της υγείας της γυναίκας». Όλοι οι σχετικοί οργανισμοί δεν είναι αντίθετοι με τη

νομιμοποίηση των εκτρώσεων, διότι γνωρίζουν ότι οι παράνομες εκτρώσεις, συνήθως γίνονται κάτω από συνθήκες επικίνδυνες για τη ζωή της γυναίκας και την κατάργηση της μετέπειτα γονιμότητάς της.

Αν λάβουμε υπόψη τη νομοθεσία των εκτρώσεων η οποία αναφέρει υποχρεωτική πληροφόρηση πριν την διενέργεια της έκτρωσης και κάλυψη των δαπανών διενέργειας, συμπεραίνουμε ότι η φιλοσοφία και ο σκοπός της νομοθεσίας της νομιμοποίησης των εκτρώσεων από το 1986 ως σήμερα, από κοινωνικό-ασφαλιστική και φεμινιστική πλευρά δεν ωφέλησε και δε συνέβαλε σε μείωσή της. Από την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία προκύπτει ότι ετησίως δηλώνονται μόνο 200 νόμιμες εκτρώσεις, ενώ όλες οι έρευνες και η κοινή γνώμη συμφωνούν σε έναν αριθμό όχι κάτω από 150.000 εκτρώσεις το χρόνο. (Μαργαριτίδου Β., Μεσθεναίου Α. 1991, Δανέζης Ι. 2000).

6.4 Στόχοι οικογενειακού προγραμματισμού

Σήμερα, ο θεσμός του οικογενειακού προγραμματισμού έχει αναγνωριστεί από τον Ο.Η.Ε. και αποτελεί αντικείμενο συντονισμένων προσπαθειών του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, και θεσμοθετήθηκε από τα περισσότερα κράτη του κόσμου. (Δ. Τριχοπούλου, Α. Τριχοπούλου, 1986).

Βασικός στόχος του οικογενειακού προγραμματισμού είναι να προσφέρει σε κάθε ζευγάρι τα μέσα ώστε να ρυθμίζει την ανάπτυξη και το μέγεθος της οικογένειάς του μετά από σωστή και υπεύθυνη επιστημονική ενημέρωσή του. Σκοπός του αποτελεί η δημιουργία οικογενειών από ευτυχισμένους γονείς και από επιθυμητά και υγιή παιδιά. Σημαντική προϋπόθεση για την πραγματοποίηση του σκοπού αυτού αποτελεί η διάδοση και ορθολογική χρήση των μέσων ελέγχου της αναπαραγωγικότητας αλλά και η γνώση μέτρων για την αντιμετώπιση της στειρώσης, ανατροφής των παιδιών, σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης και πρόληψης αφροδίσιων νοσημάτων.

Στόχος του οικογενειακού προγραμματισμού αποτελεί επίσης η μείωση της συχνότητας των εκτρώσεων. Στην Ελλάδα, η αποφυγή των εκτρώσεων είναι ο κυριότερος λόγος για την ανάγκη διάδοσης των μεθόδων του οικογενειακού προγραμματισμού. Ο αριθμός των εκτρώσεων φανερώνει και το μέγεθος της αποτυχίας του οικογενειακού προγραμματισμού. (Παπαευαγγέλου Γ., Τσίμπος Κ. 1993).

Δυστυχώς, ο οικογενειακός προγραμματισμός έχει ταυτιστεί με τον έλεγχο των γεννήσεων που εφαρμόζεται σε κάποιες χώρες που αντιμετωπίζουν πρόβλημα υπερπληθυσμού. Ο οικογενειακός προγραμματισμός και ο έλεγχος των γεννήσεων αποτελούν κλάδους της πολιτικής της αναπαραγωγικότητας και διακρίνονται μεταξύ τους στα εξής:

1. Έχουν διαφορετικούς στόχους. Ο οικογενειακός προγραμματισμός επιδιώκει να καταστήσει την αναπαραγωγικότητα εκούσια, υπεύθυνη και συνειδητή. Προσφέρει στα ζευγάρια όλες τις πληροφορίες και τις υπεύθυνες συμβουλές. Η πολιτική ελέγχου των γεννήσεων, αντίθετα, δεν λαμβάνει υπόψη τις επιθυμίες κάθε ατόμου, αλλά αποβλέπει στο σύνολο. Αποσκοπεί στην αύξηση ή μείωση των γεννήσεων για να επιταχύνει ή να επιβραδύνει το ρυθμό αύξησης του πληθυσμού.

2. Διαφέρουν ως προς τα κριτήρια της χρήσης τεχνικών μέσων της ρύθμισης της αναπαραγωγικότητας. Όταν η πολιτική ελέγχου των γεννήσεων έχει ως σκοπό να μειώσει τις γεννήσεις, ο οικογενειακός προγραμματισμός προσπαθεί να θεραπεύσει τη στειρότητα για να μπορούν όλα τα ζευγάρια να αποκτήσουν παιδιά.

3. Έχουν διαφορετική ιδεολογική τοποθέτηση. Η πολιτική ελέγχου γεννήσεων υποκινείται από την ανάγκη αντιμετώπισης προβλημάτων υπερπληθυσμού ή υποπληθυσμού, αδιαφορώντας για τις επιθυμίες ή δικαιώματα του πολίτη. Αντίθετα, ο οικογενειακός προγραμματισμός δεν ασχολείται με τα παραπάνω προβλήματα. Αποτελεί κοινωνική πρόοδο και θεωρείται θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα που προστατεύεται σε εθνική και παγκόσμια κλίμακα.

Οι δύο κλάδοι της πολιτικής της αναπαραγωγικότητας συνήθως συνυπάρχουν και εφαρμόζονται από τις μονάδες οικογενειακού προγραμματισμού με κοινό στόχο τη γεφύρωση των ατομικών και εθνικών αντιλήψεων σχετικά με το επιθυμητό μέγεθος της οικογένειας. Το μέγεθος εξαρτάται από τα πρότυπα κάθε κοινωνίας και από την αποτελεσματικότητα των μέσων ελέγχου της αναπαραγωγικότητας. Έτσι, στην ελληνική κοινωνία έχει επικρατήσει, κάθε οικογένεια να έχει 2-3 παιδιά. Αυτό, είναι συνάρτηση: του εισοδήματος, του κοινωνικού επιπέδου, του τρόπου διαμονής, της μόρφωσης, της θρησκευτικότητας, της απασχόλησης γυναικών, της οικονομικής ανάπτυξης, της αστικοποίησης και του κοινωνικού εκσυγχρονισμού.

Τέλος, σε παγκόσμια κλίμακα, ο οικογενειακός προγραμματισμός αποσκοπεί:

- Στην επίλυση δημογραφικών προβλημάτων
- Στη μείωση των εκτρώσεων

- Στην προαγωγή υγείας της μητέρας
- Στην προαγωγή υγείας των παιδιών
- Στην αντιμετώπιση της στειρότητας
- Στην πρόληψη αφροδίσιων νοσημάτων (Παπαευαγγέλου Γ., Τσίμπος Κ. 1993).

7 ΟΦΕΛΗ ΤΟΥ Ο.Π. ΚΑΙ Η ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

7.1 Οικογενειακός προγραμματισμός και υγεία της μητέρας

Σύμφωνα με τους Παπαευαγγέλου και Τσίμπο ο οικογενειακός προγραμματισμός βοηθάει τις γυναίκες να διατηρήσουν την ψυχική, σωματική και κοινωνική τους ευεξία. Με τον οικογενειακό προγραμματισμό η γυναίκα απαλλάσσεται από το άγχος και την αγωνία μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης. Οι μέθοδοι αντισύλληψης εφαρμόζονται και είναι περισσότερο γνωστές και παραδεκτές από γυναίκες υψηλού μορφωτικού επιπέδου. Οι συγκεκριμένες γυναίκες παρουσιάζουν τη μικρότερη αναπαραγωγικότητα, η οποία οφείλεται στην καθυστέρηση της σύναψης γάμου και στην επιθυμία σύστασης μικρού μεγέθους οικογένειας ώστε να μπορέσουν να ανταποκριθούν στις επαγγελματικές τους υποχρεώσεις. Το μικρό μέγεθος της οικογένειας είναι δυνατό να επιτευχθεί γιατί οι γυναίκες έχουν τη δυνατότητα ενημέρωσης πάνω σε θέματα αντισύλληψης αλλά και τη δυνατότητα να επηρεάσουν τον σύζυγό τους όσον αφορά το επιθυμητό μέγεθος της οικογένειας. Ο οικογενειακός προγραμματισμός βοηθάει αυτές τις γυναίκες στην διατήρηση της ψυχικής τους υγείας αφού τις απαλλάσσει από την αγωνία μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης. Επιδίωξη όμως του οικογενειακού προγραμματισμού είναι η ενημέρωση όλων των γυναικών και κυρίως των γυναικών χαμηλού μορφωτικού και οικονομικού επιπέδου στις οποίες η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη δημιουργεί ζωτικά προβλήματα. Ταυτόχρονα σημαντική βοήθεια προσφέρεται και στις ανύπαντρες γυναίκες στις οποίες μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη μπορεί να επιφέρει σοβαρά ψυχικά προβλήματα και ισχυρότατο κλονισμό. (Παπαευαγγέλου Γ., Τσίπος Κ. 1993).

Ο οικογενειακός προγραμματισμός εκτός από την ψυχική υγεία προάγει και την σωματική υγεία. Όταν η γυναίκα έχει μια μόνιμη ή παροδική σοβαρή πάθηση βοηθάει ν' αποφεύγεται η εγκυμοσύνη προτείνοντας την εφαρμογή κατάλληλης αντισυλληπτικής μεθόδου. Προσωρινή αντισύλληψη συνίσταται σε γυναίκες που πάσχουν από ανοικτή φυματίωση, ενεργό καρδιοπάθεια, χρόνιες φλεγμονές του ουροποιητικού συστήματος και ψυχωτικές καταστάσεις. Μόνιμη αντισύλληψη συνίσταται σε γυναίκες που πάσχουν από χρόνια υπέρταση, διαβήτη με αγγειακές και νεφρικές επιπλοκές, από αντιρροπούμενη καρδιοπάθεια, κ.ά. Ακόμη είναι δυνατόν ν' αποφευχθεί η γέννηση και επομένως η μετάδοση κληρονομικών παθήσεων από γονείς που πάσχουν ή είναι φορείς τέτοιων νόσων.

Χαρακτηριστικά παραδείγματα αποτελούν οι χρωμοσωματικές ανωμαλίες, η αιμορροφιλία, η αμαυρωτική ιδιοτεία, κ.ά. (Παπαευαγγέλου Γ., Τσίμπος Κ. 1993).

Επίσης, ο οικογενειακός προγραμματισμός βοηθάει και στην διατήρηση της καλής σωματικής κατάστασης των γυναικών ενημερώνοντάς τες για το κατάλληλο μεσοδιάστημα μεταξύ των κυήσεων. Πιστεύεται ότι είναι επιβεβλημένη η παρεμβολή μεσοδιαστήματος 2-3 ετών μεταξύ δύο κυήσεων ώστε να δοθεί η ευκαιρία πληρέστερης ανάνηψης της υγείας της μητέρας. Ακόμη βοηθάει τις πολύτοκες γυναίκες, στις οποίες η εφαρμογή αποτελεσματικής μεθόδου αντισύλληψης θεωρείται επιβεβλημένη διότι οι συνεχείς κυήσεις επιφέρουν στην γυναίκα αναιμία, υποθρεψία, ψυχολογικά προβλήματα, κ.ά. (Παπαευαγγέλου Γ.- Τσίμπος Κ. 1993, Παπαδημητρίου-Γαλάνης 1995).

Τέλος, ο οικογενειακός προγραμματισμός συντελεί στην μείωση της μητρικής θνησιμότητας και νοσηρότητας με την δυνατότητα αποφυγής της εγκυμοσύνης, την οποία προσφέρει στις πολύ μικρές και στις πολύ μεγάλες γυναίκες, στις οποίες η μητρική θνησιμότητα και νοσηρότητα παρουσιάζεται αυξημένη. (Παπαευαγγέλου Γ., Τσίμπος Κ. 1993).

7.2 Οικογενειακός προγραμματισμός και υγεία του παιδιού

Ο οικογενειακός προγραμματισμός προσφέρει τη δυνατότητα σε κάθε ζευγάρι να προγραμματίζει το μέγεθος της οικογένειάς του ενώ βοηθάει και στην καλή ψυχική και σωματική υγεία των παιδιών τους. Για την ανάπτυξη του παιδιού η ευθύνη ανήκει στους γονείς και αυτοί πρέπει ν' αποφασίζουν πότε οι συνθήκες μέσα στην οικογένεια ευνοούν την σωστή παροχή φροντίδων στο παιδί η οποία είναι απαραίτητη για την καλή ψυχοσωματική και πνευματική του εξέλιξη. Τα παιδιά των οποίων την γέννηση δεν επιθυμούν οι γονείς και δεν μεγαλώνουν με στοργή και φροντίδα γίνονται παιδιά με αισθήματα ανασφάλειας και προσαρμόζονται πολύ δύσκολα στην κοινωνία.

Όταν οι λόγοι για τους οποίους ένα παιδί είναι ανεπιθύμητο συνδυάζονται και με οικονομικά προβλήματα η κατάσταση είναι χειρότερη. Γονείς που έχουν ήδη πολλά παιδιά να μεγαλώσουν με περιορισμένα οικονομικά μέσα, δεν τους δίνουν την προσοχή και την φροντίδα που χρειάζονται. Εξαιτίας αυτού πολύ συχνά τα παιδιά υποσιτίζονται και είναι εκτεθειμένα σε λοιμώξεις. Ταυτόχρονα γίνονται και επιθετικά προσπαθώντας ν' αποσπάσουν την προσοχή που δεν μπόρεσαν να βρουν στο σπίτι. (Παπαευαγγέλου Γ., Τσίμπος Κ. 1993).

Με τον οικογενειακό προγραμματισμό δίνεται η δυνατότητα να γεννιούνται λιγότερα παιδιά τόσα, ώστε όλα να είναι επιθυμητά, για να μπορούν να μεγαλώσουν με μεγαλύτερη φροντίδα και λιγότερη φτώχεια. Το επιθυμητό μέγεθος επιφέρει άνοδο του κοινωνικό-οικονομικού επιπέδου της οικογένειας που θα έχει αντίκτυπο και στην καλύτερη σωματική υγεία των μελών της. Ακόμη το μεσοδιάστημα μεταξύ των κήσεων παίζει σημαντικό ρόλο στην πορεία της προσεχούς εγκυμοσύνης και στην επιβίωση του νεογνού. Περιγεννητικός κίνδυνος παρατηρείται όταν οι κήσεις συγκεντρώνονται σε μικρό διάστημα. (Παπαδημητρίου-Γαλάνης 1995, Παπαευαγγέλου Γ.- Τσίμπος Κ. 1993).

7.3 Οικογενειακός προγραμματισμός και δημογραφική κατάσταση

Η ανάγκη για οικογενειακό προγραμματισμό και έλεγχο των γεννήσεων αποτελεί πλέον παγκόσμια κοινό τόπο, μιας και το ανθρώπινο γένος αντιμετωπίζει μια δεύτερη πληθυσμιακή έκρηξη. Η πρώτη χρονολογείται πριν από 10.000 χρόνια περίπου και συνδέθηκε με την αλλαγή του τρόπου ζωής του ανθρώπου από αυτόν του κυνηγού-συλλέκτη έτοιμης τροφής σε αυτόν του γεωργού-κτηνοτρόφου. Η δυνατότητα τότε να διατρέφεται ο άνθρωπος με λιγότερο κόπο και κάποιες αλλαγές στις συνήθειες του θηλασμού αύξησαν την γεννητικότητα αλλά η περιγεννητική θνησιμότητα παρέμεινε υψηλή λόγω της αύξησης της πυκνότητας των πληθυσμών. Έως την Βιομηχανική Επανάσταση οι πιο πολλοί πληθυσμοί αυξάνονταν αργά με ρυθμό 0,5% ανά έτος περίπου. Η εποχή της Βιομηχανικής Επανάστασης συνοδεύτηκε από ανάπτυξη στην επιστημονική γνώση, την γεωργία, την βιομηχανία, την ιατρική, και την κοινωνική οργάνωση με αποτέλεσμα ο πληθυσμός της γης να πενταπλασιαστεί. Μετά από τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο η ανακάλυψη των αντιβιοτικών, η ευρεία χρήση της ανοσοποίησης έδωσε την δυνατότητα να ξεσπάσει η δεύτερη στην ιστορία της ανθρωπότητας πληθυσμιακή έκρηξη η οποία επεκτάθηκε και στις αναπτυσσόμενες χώρες. (Παπαδημητρίου-Γαλάνης 1995).

Όπως φαίνεται η αντιμετώπιση του δημογραφικού προβλήματος βασίζεται στην εφαρμογή προγραμμάτων οικογενειακού προγραμματισμού. Ο οικογενειακός προγραμματισμός καλείται να βοηθήσει στην μείωση της τρομερής αύξησης του πληθυσμού με την ενημέρωση, εφαρμογή, αλλά και ανακάλυψη αντισυλληπτικών μεθόδων, οι οποίες δεν απαιτούν ενεργό συμμετοχή και ατομικό ενδιαφέρον για την εφαρμογή τους. Έτσι θα

βοηθήσει στην μείωση της γεννητικότητας και του ρυθμού αύξησης. (Παπαευαγγέλου Γ., Τσίμπος Κ. 1993).

Κατά τους Παπαευαγγέλου – Τσίμπος, σε ορισμένες αναπτυσσόμενες χώρες που εφάρμοσαν οικογενειακό προγραμματισμό παρατηρήθηκε ότι κατάφεραν να ελέγξουν την άμετρη γεννητικότητα αλλά να μειώσουν την αναπαραγωγικότητα σε βαθμό που άρχισαν να δημιουργούνται σοβαρά πληθυσμιακά προβλήματα. Τα δημογραφικά προβλήματα που έχουν δημιουργηθεί θέτουν σε κίνδυνο την μελλοντική ανάπτυξη και την συνέχιση της οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης των χωρών αυτών. Η σημαντική μείωση της γεννητικότητας δημιούργησε κυρίως προβλήματα ορθολογικής ηλικιακής δομής του πληθυσμού. Η υπέρμετρη αύξηση του γεροντικού πληθυσμού αυξάνει τις ανάγκες σε καταναλωτικά αγαθά και κοινωνικές παροχές. Η συρρίκνωση του ενεργού πληθυσμού αναγκαστικά περιορίζει την δυνατότητα ουσιαστικών επενδύσεων για την αντιμετώπιση των αυξανόμενων αναγκών. Έτσι, τίθεται σε κίνδυνο η πορεία για βελτίωση της ποιότητας της ζωής και γι' αυτό επιβάλλεται η ενθάρρυνση και η ενίσχυση της αναπαραγωγικότητας. Ταυτόχρονα όμως υπάρχουν και σημαντικές δυσχέρειες που συνδέονται άμεσα με τα αίτια μείωσης της αναπαραγωγικότητας, δηλαδή με την κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη, με την ανύψωση του μορφωτικού επιπέδου, την αστικοποίηση και τη συνεχώς αυξανόμενη επαγγελματική απασχόληση της γυναίκας. (Παπαευαγγέλου Γ., Τσίμπος Κ. 1993).

7.4 Το Δημογραφικό πρόβλημα της Ελλάδας

Σήμερα η δημογραφική κατάσταση της Ελλάδας συνίσταται στην μεγάλη μείωση των γεννήσεων και στην δημογραφική γήρανση του πληθυσμού.

Μείωση της γεννητικότητας

Το δικαίωμα των ατόμων και των γονέων να καθορίζουν ελεύθερα και υπεύθυνα τον αριθμό των παιδιών που επιθυμούν να φέρουν στον κόσμο και τον χρόνο απόκτησής τους αναγνωρίστηκε από την Διακήρυξη της Τεχεράνης του Ο.Η.Ε. το 1968, έχει περιληφθεί σε πολλές διεθνείς συμβάσεις του Ο.Η.Ε. και του Συμβουλίου της Ευρώπης και έχει διατυπωθεί στα σχέδια δράσης για τον πληθυσμό στις Παγκόσμιες Διασκέψεις Πληθυσμού που έγιναν το 1974 και το 1984. Η αντισύλληψη, η άμβλωση και η στείρωση είναι τα μέσα με τα οποία τα άτομα ασκούν τα δικαιώματά τους με αποτέλεσμα να μην γεννιούνται όσα παιδιά δεν είναι επιθυμητά. Στην χώρα μας το 2003 συνεχίστηκε η αρνητική εξέλιξη στην φυσική αύξηση του

πληθυσμού αλλά χάρη στους μετανάστες αυξήθηκε από 11.006.400 σε 11.041.100 κατοίκους (+34.700). (Πουλοπούλου 1994, Μοσχονάς 2004).

Σύμφωνα με τα νέα δημογραφικά στοιχεία της Ευρωπαϊκής Στατιστικής Υπηρεσίας (Eurostat) που έχουν δοθεί στην δημοσιότητα και αφορούν το 2003, ο δείκτης γεννητικότητας της χώρας μας ήταν 1,27 παιδιά ανά γυναίκα. Η χώρα μας έχει τον χαμηλότερο δείκτη στην Ευρώπη των 15 και τον πέμπτο χαμηλότερο στην Ευρώπη των 25 με την Σλοβενία (1,22), την Τσεχία (1,18), την Σλοβακία (1,17) και την Κύπρο (1,16) να καταλαμβάνουν τις τελευταίες θέσεις. Στην Ευρώπη των 25, ο μέσος δείκτης γεννητικότητας το 2003 ήταν 1,48 παιδιά ανά γυναίκα έναντι 1,88 παιδιά το 1980. (Μοσχονάς 2004).

Ο αριθμός γεννήσεων στη χώρα μας το 2003 ήταν 9,4 ανά 1000 κατοίκους έναντι 15,4 το 1980. Όσον αφορά τον αριθμό θανάτων ήταν 9,5 ανά 1000 κατοίκους ενώ το 1980 ήταν 9,1. Το 2003 η φυσική αύξηση του πληθυσμού στην Ελλάδα ήταν -0,0% ενώ το 1980 ήταν 6,3%. Τα υψηλότερα ποσοστά στην Ε.Ε. έχουν η Ιρλανδία (+8,2%), η Ολλανδία (+3,7%), η Κύπρος (+3,6%) και η Γαλλία (+3,5%). Και τα χαμηλότερα η Εσθονία (-3,7%), η Ουγγαρία (-4,1%) και η Λετονία (-4,9%). Η ροή των μεταναστών (αφίξεις/ αναχωρήσεις) ήταν +3,2% ανά 1.000 κατοίκους στην Ελλάδα το 2003 έναντι 5,2 το 1980. (Μοσχονάς 2004).

Κατά τον Μοσχονά, τα υψηλότερα ποσοστά έχουν η Κύπρος (+17,9%), η Ισπανία (+14,2%) και η Ιταλία (+8,9%). Το προσδόκιμο ζωής στην χώρα μας ανήλθε το 2003 στα 75,4 χρόνια για τους άνδρες (1980: 72,2) και στα 80,7 χρόνια για τις γυναίκες (1980: 76,8). Στην Ευρώπη των 25 είναι 74,8 χρόνια για τους άντρες και 81,1 χρόνια για τις γυναίκες. Στην Ευρώπη των 25, το μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής έχουν για τους άντρες οι Σουηδοί (77,9), οι Ισπανοί (77,2), οι Ιταλοί (76,9) και οι Κύπριοι (76,1) ενώ για τις γυναίκες οι Ισπανίδες (83,7), οι Ιταλίδες με τις Γαλλίδες (82,9) και οι Βελγίδες (81,7). (Μοσχονάς 1994).

Σύμφωνα με τον Μοσχονά, μείωση διαπιστώνεται στην χώρα μας από πλευράς γάμων. Το 2003 η αναλογία ήταν 56,6 γάμοι ανά 1.000 κατοίκους ενώ το 1980 ήταν 62,4. Ταυτόχρονα αύξηση παρατηρείται στα διαζύγια, με 11,1 ανά 1.000 κατοίκους έναντι 6,7 το 1980. (Μοσχονάς 2004).

Σ' έναν πληθυσμό που προσφεύγει με αποτελεσματικότητα στην χρήση μέσων ρύθμισης των γεννήσεων, η γονιμότητα εξαρτάται από την βούληση της μητέρας και των γονέων για το μέγεθος της οικογένειάς τους. Είναι λάθος να συγχέονται τα μέσα μείωσης των γεννήσεων που είναι τα αντισυλληπτικά, οι αμβλώσεις και οι στείρωση με τα αίτια μείωσης των γεννήσεων που είναι κοινωνικά, οικονομικά, δημογραφικά, πολιτισμικά και ψυχολογικά.

Η γεννητικότητα επηρεάζεται από πολλούς πολύπλοκους και αλληλένδετους παράγοντες οι οποίοι είναι:

1) Εκπαίδευση και νομική θέση της γυναίκας

Η εκπαίδευση και η απασχόληση των γυναικών σίγουρα επηρεάζει την γεννητικότητα. Σήμερα μια μορφωμένη γυναίκα προσανατολίζεται και σε άλλους τομείς της ανθρώπινης δραστηριότητας, διεκδικεί ίσα δικαιώματα, ίσες ευκαιρίες με το ισχυρό φύλο και ζητάει νομική κατοχύρωση στις διεκδικήσεις της. (Πουλοπούλου 1994, Δετοράκης 1988).

2) Οικονομία και κοινωνικές τάξεις.

Η οικονομία και η κοινωνική τάξη, στην οποία ανήκουν τα ζευγάρια επηρεάζουν άμεσα την γεννητικότητα. Όμως οι φτωχές οικογένειες έχουν περισσότερα παιδιά απ' ότι οι πλούσιες. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι οι φτωχές οικογένειες δεν έχουν τον απαραίτητο χρόνο και την δυνατότητα να ενημερωθούν πάνω σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού. Αντίθετα οι ανεξάρτητες οικονομικά τάξεις έχουν ξεπεράσει το πρόβλημα της γεννητικότητας είτε με την λιγογονία είτε με την υιοθεσία. (Δετοράκης 1988).

3) Πολιτιστικό πρότυπο

Παλιότερα στην Ελλάδα, ο προορισμός του κοριτσιού ήταν να παντρευτεί σε μικρή ηλικία για να δημιουργήσει οικογένεια. Μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο όμως το ποσοστό των γυναικών που τελείωσαν τα ανώτατα εκπαιδευτικά ιδρύματα αυξήθηκε σημαντικά. Τότε άρχισε η γυναίκα να εξομοιώνεται με τον άντρα με αποτέλεσμα να γίνεται οικονομικά ανεξάρτητη και πολλές φορές να μην θέλει οικογένεια. (Δετοράκης 1988).

4) Διαθεσιμότητα των αντισυλληπτικών

Η παροχή πληροφοριών για τα αντισυλληπτικά και τις υπηρεσίες διαφώτισης είναι ένας παράγοντας που επηρεάζει άμεσα την γεννητικότητα. Αυτό γίνεται φανερό σε χώρες και λαούς όπου δεν γίνεται καμιά πληροφόρηση γύρω από τα αντισυλληπτικά. (Δετοράκης 1988).

5) Κυβερνητική πολιτική

Η πολιτική της κάθε κυβέρνησης ενισχύει την αναπαραγωγικότητα με κάθε τρόπο. Αυτό προκύπτει από τα μέτρα που παίρνει κάθε φορά για την προστασία του θεσμού του γάμου, της μητρότητας, της εργαζόμενης μητέρας καθώς και από τις φορολογικές απαλλαγές. (Δετοράκης 1988).

6) Δημογραφική γήρανση

Την δεύτερη πιο γηρασμένη χώρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης μετά την Ιταλία αποτελεί η Ελλάδα με το 17,3% του πληθυσμού της να είναι άνω των 65 ετών σύμφωνα με τα

τελευταία στοιχεία του 2000 από το Συμβούλιο της Ευρώπης ενώ η κατάσταση αναμένεται να χειροτερέψει σύμφωνα με προβλέψεις του Ο.Η.Ε. Βασική αιτία αυτού του φαινομένου είναι η μείωση της γεννητικότητας και της θνησιμότητας των μεγάλων ηλικιών. (Τσώλη 2003, Πουλοπούλου 1994).

Η δημογραφική γήρανση σε συνδυασμό με τις κοινωνικές αλλαγές που προκάλεσαν η εκβιομηχάνιση και τα τελευταία χρόνια η αποβιομηχάνιση, η μεγάλη αύξηση της αναλογίας του αστικού πληθυσμού και η μετανάστευση θα προκαλέσουν στο μέλλον ακόμα πιο σημαντικές οικονομικές, κοινωνικές, δημογραφικές, πολιτικές και εθνικές επιπτώσεις. Ταυτόχρονα, η τελευταία έρευνα του Ο.Η.Ε. για το δημογραφικό και την γήρανση του Παγκόσμιου πληθυσμού δείχνει ότι ο ελληνικός πληθυσμός θα παρουσιάζει συνεχή μείωση μέσα στα επόμενα χρόνια και θα αντιστοιχεί σε 8.983.000 άτομα το 2050 (Πουλοπούλου 1994, Τσώλη 2003).

8. Η ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ

8.1 Ορισμός και ιστορική αναδρομή της αντισύλληψης

Αντισύλληψη είναι το σύνολο των μέσων που χρησιμοποιούν τόσο οι γυναίκες όσο και οι άντρες που θέλουν να έχουν σεξουαλική δραστηριότητα χωρίς όμως να κάνουν παιδιά. Ιδεώδες αντισυλληπτικό μέσο δεν υπάρχει και η εκλογή του εξαρτάται από την ασφάλεια, την αποτελεσματικότητα και την ανεκτικότητα του. Η καλύτερη εκλογή για κάθε ζευγάρι εξαρτάται από την ηλικία τους, τις υπάρχουσες συνθήκες ενώ ανάλογα με τον χρόνο μπορεί να ποικίλλουν. (Bello-Dolto-Schiffmann 1983, Μάλλιαρης 1995).

Η ιδέα της προστασίας από ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη ξεκινάει από τους πανάρχαιους χρόνους. Στους παπύρους των αρχαίων Αιγυπτίων αναφέρονται μέθοδοι και συνταγές για κολπικά ένθετα που παρασκευάζονταν με μίγμα μελιού και συστατικά κροκοδείλων και ελεφάντων. Ακόμη στοιχεία για αντισύλληψη αναφέρονται και από κλασσικούς συγγραφείς όπως ο Πλίνιος ο Πρεσβύτερος (23-79 μ.Χ.), ο Διασκουρίδης (58-64 μ.Χ.), ο Σορανός (100 μ.Χ.), κ.ά. Στην διάρκεια της άνθισης της Αραβικής Ιατρικής γύρω στον 10^ο μ.Χ. αιώνα αναφέρεται μια σειρά αντισυλληπτικών μεθόδων, ιδιαίτερα από τους Al-Razi (923-924μ.Χ.), Ali Ibn Abbas (994μ.Χ.), Αβικέννα (1037μ.Χ.). Οι μέθοδοι που αναφέρονται διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες:

α) Τις λογικές μη αποτελεσματικές, όπως για παράδειγμα το σκούπισμα του κόλπου μετά την συνουσία.

β) Τις λογικές και πιθανότατα αποτελεσματικές, όπως η χρήση πεσών από μέλι, πιπέρι, άργιλο ή γαλακτικό οξύ και διάφοροι φραγμοί.

γ) Τις μη λογικές και μη αποτελεσματικές, όπως η σύσταση να κρατά η γυναίκα την αναπνοή της κατά την εκσπερμάτωση του συντρόφου, ή να πηδά 7 φορές προς τα πίσω μετά την συνουσία. (Αραβαντινού 1982, Παπαδημητρίου-Γαλάνης 1995).

Οι Εβραίοι χρησιμοποιούσαν ενδοκολπικούς σπόγγους. Η διακοπτόμενη συνουσία αναφέρεται από τον Μωάμεθ, ο οποίος προσέθετε ότι για την εφαρμογή της θα πρέπει να ζητείται και η συγκατάθεση της γυναίκας. Στην πραγματικότητα όμως η διακοπτόμενη συνουσία ήταν και η πρακτική του Αυνάν, η οποία είχε συνδεθεί με τον αυνανισμό. Από την άλλη πλευρά στην Έξοδο αναφέρεται και η έκτρωση σαν αμάρτημα, όχι όμως ισοδύναμο με φόνο. Για τις εκτρώσεις ο Rhazes χρησιμοποιούσε την ρίζα της μολόχας, τα αποτελέσματα της οποίας δεν αναφέρονται. Τέλος, τα γραπτά του Ιπποκράτη αναφέρουν ακόμα συνταγή με

αποτελεσματικότητα ενός χρόνου, από άγνωστη όμως σήμερα ουσία. (Αραβαντινού 1982, Παπαδημητρίου-Γαλάνης 1995).

Οι σημαντικότεροι σταθμοί στην ιστορία της αντισύλληψης, σύμφωνα με τους Παπαδημητρίου-Γαλάνη(1995), είναι:

π.Χ.

1850: Γίνεται η πιο παλαιά αναφορά σε Αιγυπτιακούς παπύρους των μεθόδων φραγμού, που έμελλαν να συνεχίσουν να χρησιμοποιούνται για 3.500 χρόνια, μαζί με την διακοπόμενη συνουσία, την μέθοδο του ρυθμού και την διακοπή της κύησης.

300: Από Εβραίους και Ινδούς χρησιμοποιούνται οι κολπικοί σπόγγοι.

μ.Χ.

1564: Ο Fallopio στην Ιταλία συνιστά καλύμματα του πέους για την πρόληψη των Αφροδισίων νοσημάτων. Τα πρώτα αυτά προφυλακτικά ήταν κατασκευασμένα από λινό.

1677: Ο Leewenhock στην Ολλανδία παρατηρεί για πρώτη φορά σπερματοζώαρια.

1700: Χρησιμοποιούνται στην Αγγλία καλύπτρες του πέους για αντισύλληψη.

1820: Ο Wilde στην Γερμανία επινοεί τις τραχηλικές καλύπτρες.

1823: Οι πρώτες μέθοδοι φραγμού εφαρμόζονται για γυναίκες στην Γερμανία.

1838: Ο Wilde τοποθετεί τις πρώτες τραχηλικές καλύπτρες.

1844: Ο Βουλκανισμός στις Η.Π.Α. δίνει την δυνατότητα παραγωγής ελαστικών προφυλακτικών.

1863: Ο Simpson αναφέρει την πρώτη διακοπή κύησης με την χρήση αναρρόφησης.

1879: Στεριοποίηση στην γυναίκα.

1880: Ο Hasse αναπτύσσει την χρήση του διαφράγματος στην Γερμανία.

1882: Οι Defoy και Jacobs ανοίγουν στην Ολλανδία την πρώτη κλινική οικογενειακού προγραμματισμού.

1885: Ο Rendell διαθέτει στην αγορά τα πρώτα σπερματοκτόνα υπόθετα από βούτυρο κακάο και θειική κινίνη στην Μ. Βρετανία.

1897: Ο Beard υπέθεσε ότι η αναστολή της ωορρηξίας στην διάρκεια της κύησης ήταν αποτέλεσμα της δράσης του ωχρού σωματίου, αμέσως μετά ο Haberlandt απέδειξε ότι εκχυλίσματα από ωοθήκες με ωχρά σωματίδια καθιστούσαν τα κουνέλια στείρα.

1906: Στην Γερμανία κάνει την εμφάνισή του το Patentex, το πρώτο εμπορικά διατιθέμενο σπερματοκτόνο gel.

- 1909: Ο Richter ανακοινώνει τα πρώτα αποτελέσματα από την χρήση IUD, στην Γερμανία, το οποίο ήταν κατασκευασμένο από μετάξι σε σχήμα δακτυλίου.
- 1909-1929: Ο Popenoe εκτελεί 6.255 απολινώσεις σπερματικού πόρου.
- 1915: Ο Rutegers διαθέτει 16 μεγέθη διαφραγμάτων και εισάγει την ταυτόχρονη χρήση σπερματοκτόνου.
- 1920: Στην Σοβιετική Ένωση ένα χρόνο μετά την επανάσταση νομιμοποιείται η έκτρωση και ιδρύεται η πρώτη κρατική κλινική οικογενειακού προγραμματισμού.
- 1920: Αρχίζουν οι μελέτες του Baker, πάνω στην χρήση διαφόρων χημικών ουσιών ως σπερματοκτόνων, αναδεικνύοντας το Phenylmercuric acetate benzoate.
- 1920: Η Holand-Ranto Co, στις Η.Π.Α. αρχίζει την βιομηχανική παραγωγή διαφραγμάτων και σπερματοκτόνων gel.
- 1921: Ο Haberlandt δημοσιεύει άρθρο «περί ορμονικής αντισύλληψης».
- 1923: Ο Proust έχει τοποθετήσει 23.000 IUD. Την ίδια εποχή ο Gräfenberg χρησιμοποιεί IUD από μετάξι και σύρμα αργύρου.
- 1930: Αρχίζει η κατασκευή προφυλακτικών από Latex.
- 1931: Ο Haberlandt κυκλοφορεί το πρώτο αρχέγονο από του στόματος αντισυλληπτικό, το Infecudin.
- 1940: Ο Marker μετατρέπει την διοσγενίνη σε προγεστερόνη, παράγοντας κιλά στεροειδών.
- 1949: Νομιμοποιείται η έκτρωση στην Ιαπωνία.
- 1952: Ο Djerassi παρασκευάζει την Norethindrone.
- 1959: Η Searle διαθέτει στο εμπόριο το χάπι μετά από έρευνες του Gregorz Pincus και του Min Chueh Chang.
- 1953: Ο Colton συνθέτει την Norethindrone.
- 1950: Ανακαλύπτεται η σπερματοκτόνος δράση των επιφανειοδραστικών παραγόντων, τίθεται υπό έλεγχο το Nonoxynol-9.
- 1959: Ανακοινώνονται οι εργασίες του Ishigama και του Orpenhaimeg πάνω στην μακροχρόνια χρήση των IUD.
- 1960: Το Eponid παίρνει την έγκριση της FDA.
- 1960: Αρχίζει η χρήση της λαπαροσκόπησης για την στειροποίηση της γυναίκας.
- 1964: Διατίθεται στην αγορά το IUD Lippes Loop.
- 1973: Σε πολλές χώρες γίνεται η νομιμοποίηση της έκτρωσης.
- 1988: Η FDA δίνει την έγκριση για την κυκλοφορία της τραχηλικής καλύπτρας τύπου Plentif.

1989: Διατίθεται το γυναικείο προφυλακτικό WPC-333.

1990: Κυκλοφορεί το πρώτο χάπι με 20mg Ethinylestradiol. (Παπαδημητρίου-Γαλάνης 1995).

8.2 Γενικά χαρακτηριστικά αντισυλληπτικών μεθόδων

Για την υιοθέτηση μιας αντισυλληπτικής μεθόδου απαραίτητες προϋποθέσεις είναι οι εξής:

- 1) Να παρεμποδίζει την σύλληψη αλλά να επιτρέπει την φυσιολογική γενετήσια επαφή.
- 2) Να μην έχει βραχύχρονη ή μακροπρόθεσμη δυσμενή επίδραση στην σωματική ή ψυχική υγεία του ζεύγους.
- 3) Η δράση του στην ικανότητα σύλληψης να είναι αναστρέψιμη, δηλαδή να μπορεί μια γυναίκα να μείνει έγκυος όταν το θελήσει.
- 4) Να έχει χαμηλό κόστος.
- 5) Να είναι απλή και εύχρηστη από το ευρύ κοινό. Μια μέθοδος μπορεί επιστημονικά να είναι πολύ ασφαλής και να αποτύχει αν η εφαρμογή δεν γίνει σωστά.

(Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979, Δετοράκης 1988, Bello-Dolto-Schiffmann 1983)

8.3 Αντισυλληπτικές μέθοδοι

I) ΦΥΣΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

A) Διακεκομμένη συνουσία

Η συγκεκριμένη μέθοδος αντισύλληψης χρησιμοποιείται από αρχαιότατων χρόνων και βασίζεται στην διακοπή της συνουσίας πριν από την εκσπερμάτωση η οποία γίνεται έξω από τον κόλπο. Είναι παλιά και πρόχειρη μέθοδος και το μόνο που χρειάζεται είναι αυτοέλεγχος από την μεριά του συντρόφου. (Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979, Κίνηση για την απελευθέρωση των γυναικών 1997, Παπαλουκάς 1985).

Αποτελεσματικότητα.

Η αποτελεσματικότητα της μεθόδου είναι περιορισμένη είτε γιατί ο αυτοέλεγχος δεν είναι επιτυχής είτε γιατί στις εκκρίσεις του πέους πριν από την εκσπερμάτωση υπάρχουν

σπερματοζωάρια τα οποία εναποθέτονται στον κόλπο κατά την διάρκεια της συνουσίας. Πιστεύεται ότι το ποσοστό αποτυχίας ανέρχεται σε 20-30 κήσεις ανά 100 γυναίκες έτη. (Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979, Παπαλουκάς 1985).

Πλεονεκτήματα

- Δε γίνεται χρήση φαρμάκων ή μηχανικών μέσων.
- Δεν χρειάζεται ιατρική συμβουλή ή παρακολούθηση.
- Δεν έχει οικονομική επιβάρυνση.
- Εφαρμόζεται σε οποιοσδήποτε συνθήκες χωρίς προετοιμασία.

(Webb, Brever 1991, Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979)

Μειονεκτήματα

- Μπορεί να προκαλέσει ψυχολογικά προβλήματα όπου στην γυναίκα εκδηλώνονται με ψυχρότητα και στον άντρα με ανικανότητα.
- Δεν αντιλαμβάνονται όλοι οι άντρες την αρχή της εκσπερμάτωσης.
- Δεν έχει απόλυτη ασφάλεια.

(Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979, Κίνηση για την απελευθέρωση των γυναικών 1997).

B) Μέθοδος του ρυθμού

Το 1920 ο Ogino στην Ιαπωνία καθόρισε τις πιθανές γόνιμες ημέρες του γυναικείου γεννητικού κύκλου βασισμένος στην φυσιολογία. Οι ημέρες αυτές, διαφέρουν από γυναίκα σε γυναίκα και έχουν σχέση με την χρονική διάρκεια του κύκλου και με την ποσότητα και διάρκεια της έμμηνου ρύσεως. Όσο περισσότερο σταθεροί είναι οι παράγοντες αυτοί, τόσο ακριβέστερα μπορεί να καθοριστεί η πιθανή ημέρα της ωορρηξίας. Η ημέρα της ωορρηξίας μπορεί να καθοριστεί με την ημερολογιακή μέθοδο, με την θερμομετρική μέθοδος ή με την μέθοδο ελέγχου της τραχηλικής Βλέννας. (Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979).

1) Ημερολογιακή μέθοδος

Για να καθοριστούν οι ημέρες που μπορεί να είναι γόνιμες στον κύκλο μιας γυναίκας και επομένως οι ημέρες κατά τις οποίες μπορεί να συλλάβει αν πραγματοποιηθεί σεξουαλική επαφή, είναι απαραίτητο να ληφθούν υπ' όψιν οι παράγοντες:

- α) Η ωορρηξία συμβαίνει 12-16 ημέρες πριν από την έμμηνο ρύση.
- β) Το ωάριο ζει και επομένως μπορεί να γονιμοποιηθεί 12 έως το πολύ 24 ώρες.

γ) Τα σπερματοζώαρια μπορούν να μείνουν ζωντανά μέσα στην σάλπιγγα για 48-72 ώρες. Έτσι, μπορεί να περιμένουν να γίνει η απελευθέρωση του ωαρίου και να το γονιμοποιήσουν. Γι' αυτό τον λόγο μπορεί να πει κανείς ότι μια γυναίκα είναι γόνιμη 2-3 ημέρες πριν από την ωορρηξία, κατά την ημέρα της ωορρηξίας και μια μέρα το πολύ μετά την ωορρηξία.

Ο καθορισμός αυτών των ημερών γονιμότητας συνιστούν την ημερολογιακή μέθοδο. Τις ημέρες αυτές θα πρέπει ν' αποφεύγεται η σεξουαλική επαφή. (Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979) Για να καθοριστούν οι ημέρες είναι απαραίτητη η γνώση της χρονικής διάρκειας των κύκλων για 8-12 μήνες ώστε να σημειωθεί η χρονική διάρκεια του μεγαλύτερου και του μικρότερου κύκλου σ' αυτόν τον χρόνο. Έπειτα, εφόσον έχουν ληφθεί οι 3 παράγοντες οι γόνιμες μέρες καθορίζονται ως εξής: Από τον μεγαλύτερο κύκλο αφαιρούμε 10 ημέρες και από τον μικρότερο 18. Το χρονικό διάστημα που προκύπτει είναι η γόνιμη περίοδος. (Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979).

Αποτελεσματικότητα

Η αποτελεσματικότητα της μεθόδου είναι καλύτερη σε γυναίκες με κανονικό κύκλο. Αντίθετα σε γυναίκες με διαταραχές του ρυθμού ή μετά από έκτρωση ή τοκετό ο τρόπος αυτός αντενδείκνυται, γιατί το ποσοστό λάθους στον υπολογισμό είναι υψηλό. Το ποσοστό της αποτυχίας κυμαίνεται από 19-47 κηΐσεις ανά 100 γυναίκες-έτη. (Παπαλουκάς 1985, Αραβαντινού 1982).

Πλεονεκτήματα

- Δεν γίνεται χρήση φαρμάκων
- Δεν έχει οικονομική επιβάρυνση. (Αραβαντινός 1982).

Μειονέκτημα

- Η ωορρηξία υπολογίζεται με πιθανότητα.

(Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979).

2) Θερμομετρική μέθοδος

Η μέθοδος αυτή βασίζεται στην μεταβολή της θερμοκρασίας του σώματος της γυναίκας κατά την διάρκεια του κύκλου. Έτσι κατά την πρώτη φάση του κύκλου μέχρι την ωορρηξία, η γυναίκα βρίσκεται υπό την επίδραση των οιστρογόνων. Η θερμοκρασία της, το χρονικό αυτό διάστημα, κυμαίνεται σε περίπου σταθερά επίπεδα από 36,6°C έως 36,7°C. Κατά την ημέρα της ωορρηξίας μπορεί να παρατηρηθεί μικρή πτώση της θερμοκρασίας αλλά

αυτό δεν είναι σταθερό εύρημα. Μετά την ωορρηξία αρχίζει η δεύτερη φάση του κύκλου κατά την οποία η γυναίκα βρίσκεται υπό την επίδραση της προγεστερόνης που παράγεται από το ωχρό σωματίο. Η προγεστερόνη προκαλεί αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος η οποία φθάνει 37°C. Η αύξηση αυτή είναι σταδιακή και ολοκληρώνεται συνήθως σε 2-3 μέρες. Έτσι το θερμομετρικό διάγραμμα, σε φυσιολογικό κύκλο, παρουσιάζει:

α) ένα χαμηλό επίπεδο θερμοκρασίας που αρχίζει με την έμμηνο ρύση και διαρκεί μέχρι την ωορρηξία.

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

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

δ) μια φάση μεταβάσεως από την υψηλή θερμοκρασία σε χαμηλό επίπεδο που αντιστοιχεί στην εκφύλιση του ωχρού σωματίου. Στην φάση αυτή αρχίζει η έμμηνο ρύση και ο κύκλος επαναλαμβάνεται. (Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979).

Στην μέθοδο αυτή η ωορρηξία υπολογίζεται με βεβαιότητα. Έτσι εφόσον η σεξουαλική επαφή αποφεύγεται μέχρι η θερμοκρασία αυξηθεί κατά 0,5°C και είναι αυξημένη για 3 συνεχόμενες μέρες τότε είναι σίγουρο ότι η ωορρηξία έχει ήδη πραγματοποιηθεί και ότι το ωάριο δεν είναι ζωντανό. Η θερμοκρασία πρέπει να λαμβάνεται πάντα με το ίδιο θερμόμετρο από τον ορθό επί 4' - 5' και να διαβάζεται με προσοχή. Η λήψη πρέπει να γίνεται καθημερινά την ίδια ώρα, πριν η γυναίκα σηκωθεί ενώ δεν πρέπει να φάει και να καπνίσει. Εάν έχει κοιμηθεί λιγότερο από 5-6 ώρες μπορεί να επηρεαστεί η θερμοκρασία. Το ίδιο μπορεί να συμβεί από συγκινησιακές καταστάσεις ή κλιματικές μεταβολές. (Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979, Αραβαντινός 1982).

Αποτελεσματικότητα

Η αποτελεσματικότητα εξαρτάται από την προσοχή και την ικανότητα της γυναίκας να εκτιμήσει τις μεταβολές στην θερμοκρασία της και από την ομαλή περιοδικότητα του κύκλου. Το ποσοστό της αποτυχίας είναι μέχρι 15 κυήσεις ανά 100 γυναίκες-έτη. (Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979)

Πλεονεκτήματα

- Η μέθοδος αυτή ικανοποιεί άτομα με ισχυρή ηθικοθρησκευτική πεποίθηση γιατί είναι μέθοδος αποδεκτή από την εκκλησία.
- Δεν έχει οικονομική επιβάρυνση.

(Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979,

Μειονεκτήματα

- Χρειάζεται μεγάλη προσοχή.
- Δεν μπορεί να εφαρμοστεί σε ανώμαλο κύκλο, μετά από τοκετό, κατά την διάρκεια της γαλουχίας ή κατά την εμμηνόπαυση.
- Ελαττώνει σημαντικά την περίοδο της σεξουαλικής δραστηριότητας του ζευγαριού. (Παπαλουκάς 1985, Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979)

3) Μέθοδος ελέγχου της τραχηλικής βλέννας

Η μέθοδος αυτή βασίζεται στην θεωρία ότι το ποσοστό των οιστρογόνων που εκκρίνονται αυξάνονται πριν από την απελευθέρωση του ωαρίου. Η ποσότητά τους αυξάνεται στο πρώτο μέρος του κύκλου και αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την παραγωγή ωαρίου και τον επηρεασμό του τραχήλου που παράγει περισσότερες και διαφορετικού τύπου βλέννες. Οι περισσότερες γυναίκες που χρησιμοποιούν αυτή τη μέθοδο εξετάζουν τις βλέννες που εκκρίνει ο τράχηλος στο άνοιγμα του κόλπου ο οποίος αρχίζει ν' ανοίγει την ίδια περίοδο που αυξάνεται και η παραγωγή βλεννών. Αυτό επιτρέπει στα σπερματοζώαρια να εισχωρήσουν ευκολότερα την περίοδο που επίκειται η απελευθέρωση του ωαρίου.

Μειονεκτήματα

- Πολλές γυναίκες δεν παρουσιάζουν αλλαγές στις βλέννες. Οι αλλαγές στις βλέννες οφείλονται στις μολύνσεις του κόλπου, στην λήψη φαρμάκων ή στον σεξουαλικό ερεθισμό. (Αντωνοπούλου 1997, Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979)

Σήμερα έχει γίνει γνωστή και μια τέταρτη μέθοδος ανίχνευσης των γόνιμων ημερών σύμφωνα με την οποία ελέγχεται η παρουσία μιας ορμόνης στα ούρα της γυναίκας, η ξαφνική αύξηση της οποίας συνεπάγεται με την απελευθέρωση του ωαρίου από τις ωοθήκες. (Αντωνοπούλου 1997, Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979).

II) ΟΡΜΟΝΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

A) Κλασικά αντισυλληπτικά δισκία

Τα κλασικά αντισυλληπτικά δισκία περιέχουν οιστρογόνο και προγεσταγόνο και χορηγούνται για 3 συνεχόμενες εβδομάδες. Διακόπτονται την τέταρτη και εμφανίζεται

αιμορραγία. Ανάλογα με την σύνθεσή τους χωρίζονται σε δισκία διαδοχικού και μικτού τύπου. (Παπαλουκάς 1985)

α) Τα δισκία διαδοχικού τύπου έχουν διαδοχική σύνθεση. Τις πρώτες 2 εβδομάδες του κύκλου περιέχουν μόνο οιστρογόνο ενώ την τρίτη εβδομάδα συνδυασμό οιστρογόνου και προγεσταγόνου. (Παπαλουκάς 1985).

β) Τα δισκία μικτού τύπου έχουν σταθερή σύνθεση οιστρογόνου και προγεσταγόνου και λαμβάνονται καθημερινά για 3 εβδομάδες. (Παπαλουκάς 1985).

Τρόπος δράσης

Τα οιστρογόνα στο δισκίο εμποδίζουν τον αδένα της υπόφυσης να ετοιμάσει το κατάλληλο κλίμα για την ανάπτυξη του ωαρίου.

Η προγεστερόνη στο δισκίο διατηρεί το βλεννώδες βύσμα του τραχήλου πηχτό και στεγνό ώστε το σπερματοζώαριο να δυσκολευτεί να εισχωρήσει. Ταυτόχρονα παρεμποδίζει την ανάπτυξη του ενδομήτριου σε περίπτωση που γίνει ωρίμανση του ωαρίου και τα σπερματοζώαρια περάσουν τον τράχηλο και γονιμοποιηθεί το ωάριο δεν βρίσκει κατάλληλο περιβάλλον για να εμφυτευτεί. Τέλος, αυξάνει την θερμοκρασία και επιδρά στον μεταβολισμό των πρωτεϊνών και των υδατανθράκων. (Macheith 1981, Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979).

Το αντισυλληπτικό δισκίο παρέχεται με συνταγή γιατρού ο οποίος πρέπει να πάρει ένα λεπτομερειακό ιατρικό ιστορικό. Πρέπει να εξετάσει προσεκτικά το στήθος, την πύελο, τις τιμές του σακχάρους, μέτρηση της πίεσης, ανάλυση ούρων, αίματος, τεστ ΠΑΠ. (Δετοράκης 1988, Macheith 1981).

Τρόπος λήψης

Συνήθως η έναρξη του αντισυλληπτικού δισκίου αρχίζει την πέμπτη ημέρα από την αρχή της έμμηνου ρύσεως και συνεχίζεται με ένα δισκίο κάθε μέρα για 21 ημέρες. Η περίοδος έρχεται 2-3 μέρες μετά την λήψη του τελευταίου δισκίου. Όταν περάσουν 7 ημέρες χωρίς δισκίο την όγδοη ημέρα η γυναίκα αρχίζει να ξαναπαίρνει. Με αυτόν τον τρόπο η περίοδος εμφανίζεται κάθε 28 μέρες. Στην συσκευασία, δίπλα από κάθε δισκίο υπάρχει το αρχικό γράμμα της ημέρας έτσι ώστε η γυναίκα να μην ξεχνάει αν πήρε ή όχι το δισκίο. Τα δισκία είναι καλύτερα να λαμβάνονται την ίδια ώρα κάθε μέρα και σε περίπτωση που ξεχαστεί η λήψη ενός δισκίου θα πρέπει η γυναίκα να το πάρει την ώρα που το θυμήθηκε ενώ αν δεν το θυμηθεί καθόλου θα συνεχίσει κανονικά την επόμενη μέρα χωρίς να πάρει δύο δισκία μαζί. Σε περίπτωση που κάνει εμετό δύο ώρες μετά την λήψη του δισκίου θα πρέπει να

ξαναπάρει. Αν η γυναίκα σταματήσει τελείως να παίρνει τα δισκία η έμμηνος ρύση θα καθυστερήσει για 2-3 εβδομάδες. (Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979).

Παρενέργειες των αντισυλληπτικών δισκίων

- Γαστρεντερικές διαταραχές όπως ναυτία ή τάση για εμετό που οφείλεται στα οιστρογόνα. Συνήθως παρουσιάζονται κατά την έναρξη της χρήσης των αντισυλληπτικών δισκίων και σταδιακά υποχωρούν. Αν όμως δεν υποχωρήσουν η γυναίκα θα πρέπει να δοκιμάσει δισκία με μικρότερη δόση οιστρογόνων.

- Ολιγομηνόρροια

Η πιο κοινή και συχνή παρενέργεια είναι η μείωση της διάρκειας και της ποσότητας της έμμηνου ρύσεως.

- Διαταραχές του μεταβολισμού.

Οι τεχνητές ορμόνες του δισκίου προκαλούν αλλαγές στον βασικό μεταβολισμό όπως:

- Μείωση της ανοχής της γλυκόζης
- Επιδρούν στον μεταβολισμό της κορτιζόνης με αποτέλεσμα την κατακράτηση υγρών και την αύξηση της ορέξεως που συνεπάγεται αύξηση βάρους. Όσο μικρότερη είναι η δόση των οιστρογόνων τόσο μικρότερη είναι η αύξηση βάρους.
- Επιδρούν στον μεταβολισμό ορισμένων βιταμινών. Αυξάνουν το επίπεδο της βιταμίνης Α που επανέρχεται σε φυσιολογικά επίπεδα 2-3 μήνες μετά την διακοπή των δισκίων.
- Αύξηση και ευαισθησία των μαστών.

Είναι φαινόμενο παροδικό και δεν παρουσιάζεται πάντοτε.

- Νευρολογικές διαταραχές

Τλιγγος, πονοκέφαλοι και ημικρανίες. Παρουσιάζονται σε όλες τις φάσεις του κύκλου και πιο συχνά την περίοδο που η γυναίκα δεν παίρνει τα δισκία.

- Ψυχικές διαταραχές

Εκδηλώνονται είτε ως διαταραχές του ύπνου, είτε ως κατάθλιψη, είτε ως απώλεια του ενδιαφέροντος για σεξ. Η κατάθλιψη εδραιώνεται σταδιακά και γι' αυτό τον λόγο αναγνωρίζεται δύσκολα. Οι διαταραχές αυτές οφείλονται στην επίδραση που έχουν τα αντισυλληπτικά δισκία στον μεταβολισμό της τρυπτοφάνης. (Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979, Παπαλουκάς 1985, Macheith 1981, Αραβαντινού 1982).

- Μονιλίαση

Έχει παρατηρηθεί σε αυξημένη συχνότητα κατά την λήψη των αντισυλληπτικών. Για να γίνει η θεραπεία θα πρέπει να διακοπεί η χρήση των δισκίων και να συνεχιστούν όταν τελειώσει η θεραπεία της μονιλιάσεως.

- Αλλαγές στο δέρμα όπως χλόασμα, σμηγματόρροια ή ακμή. Υποχωρούν μετά την διακοπή των δισκίων αλλά απαιτείται αρκετός χρόνος.
- Μείωση του γάλακτος.
- Τα αντισυλληπτικά δισκία προκαλούν μείωση του γάλακτος χωρίς όμως να επηρεάζουν την ποιότητά του και χωρίς να υπάρχει κίνδυνος να μεταφερθούν οι ορμόνες από το γάλα στο παιδί.
- Αμηνόρροια

Εμφανίζεται με προοδευτική ελάττωση της ποσότητας της περιόδου και τελικά επέρχεται πλήρης διακοπή της εμμήνου ρύσεως. Σ' αυτή την περίπτωση είναι ανάγκη ν' αλλάξει το είδος των αντισυλληπτικών δισκίων.

- Αύξηση του μεγέθους προϋπάρχοντος ινομώματος της μήτρας που αποδίδεται στα οιστρογόνα.
- Ανωμαλίες της κυτταρολογίας του τραχήλου της μήτρας με την μορφή της αδενωματώδους υπερπλασίας. Όμως δεν θεωρούνται κακοήθεις ή προδιαθεσικές για κακοήθεια.
- Ουρολοιμώξεις του τύπου της κυστίτιδας ή πυελίτιδας.
- Υπέρταση εξ' αιτίας της αύξησης του αγγειοτενσιογόνου. Το δισκίο προκαλεί αύξηση της πίεσης του αίματος όπου αυξάνεται η πιθανότητα για σοβαρά προβλήματα. Γι' αυτό το λόγο η αρτηριακή πίεση θα πρέπει να ελέγχεται συχνά.
- Θρομβοεμβολικά επεισόδια.

Τα αντισυλληπτικά δισκία αυξάνουν την πιθανότητα φλεβικής θρομβώσεως, πνευμονικής εμβολής, ή θρομβώσεως των εγκεφαλικών αρτηριών. Σημαντικοί προδιαθεσικοί παράγοντες είναι το κάπνισμα, η ηλικία, η υπέρταση και η διάρκεια λήψης των αντισυλληπτικών. Ακόμη πρέπει ν' αποφεύγεται η λήψη των δισκίων σε επικείμενη χειρουργική επέμβαση γιατί υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να συμβεί μετεγχειρητικά θρομβοφλεβίτιδα, όταν υπάρχει ατομικό ή κληρονομικό ιστορικό θρομβοφλεβίτιδας, εάν υπάρχει σοβαρή καρδιακή πάθηση σε ορισμένες αιματολογικές παθήσεις όπως λευχαιμία, σε σημαντικές αλλοιώσεις των αγγείων και σε σημαντικά αυξημένη τιμή λιπιδίων στο αίμα.

- Διαταραχές της ηπατικής λειτουργίας οι οποίες όμως δεν είναι συχνές. Τις περισσότερες φορές αφορούν την έκκριση της χολής και εκδηλώνονται ή σαν χολοστατικός ίκτερος ή σαν χολολιθίαση.
- Τερατογένεση οφειλόμενη στην λήψη αντισυλληπτικών κατά τα πρώτα στάδια της εγκυμοσύνης δεν έχει τεκμηριωθεί. Υπάρχουν όμως ενδείξεις ότι μπορούν να προκαλέσουν αρρενοποίηση των έξω γεννητικών οργάνων των θηλέων εμβρύων. (Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979, Παπαλουκάς 1985, Κίνηση για την απελευθέρωση των γυναικών 1997).

Αντενδείξεις:

Οι αντενδείξεις διακρίνονται σε απόλυτες και σχετικές.

Απόλυτες:

- Θρομβοεμβολικά επεισόδια
- Εγκεφαλικά αγγειακά επεισόδια
- Στεφανιαία νόσος
- Διαταραγμένη ηπατική λειτουργία
- Ηπάτωμα
- Κακοήθεις νεοπλασίες του μαστού ή του αναπαραγωγικού συστήματος
- Κύηση

Σχετικές:

- Υπέρταση
- Σακχαρώδης διαβήτης
- Χολοκυστοπάθεια
- Χολολιθίαση
- Χολοστατικός ίκτερος σε προηγούμενα εγκυμοσύνη
- Μονοπυρήνωση στην οξεία φάση
- Δρεπανοκυτταρική αναιμία
- Σοβαρή ημικρανία
- Ηλικία άνω των 35-40 ετών
- Κάπνισμα
- Παχυσαρκία
- Το κατάγμα ή οι βαριές κακώσεις των κάτω άκρων

- Λοχεία
- Διαταραχές της εμμηνορρυσίας
- Ανώμαλη αιμορραγία από τον κόλπο
- Η συγγενής υπερλιπιδαιμία
- Οι καρδιακές και νεφρικές νόσοι
- Γαλουχία
- Ψυχική κατάθλιψη
- Ημικρανία
- Επιληψία
- Σακχαρώδης διαβήτης

(Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979).

Πριν από την χρησιμοποίηση των αντισυλληπτικών πρέπει να γίνεται κλινικός και εργαστηριακός έλεγχος της γυναίκας.

Ο κλινικός έλεγχος περιλαμβάνει: λήψη ιατρικού και γυναικολογικού ιστορικού, εξέταση των μαστών και γυναικολογική εξέταση, έλεγχος της τραχηλικής πίεσεως και μέτρηση του βάρους.

Ο εργαστηριακός έλεγχος πρέπει να περιλαμβάνει: κυτταρολογική εξέταση κατά Παπανικολάου, προσδιορισμό της χοληστερόλης του αίματος, έλεγχο της λειτουργίας του ήπατος και προσδιορισμό του σακχάρου του αίματος. (Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979).

Αποτελεσματικότητα

Τα αντισυλληπτικά δισκία είναι πλέον η ασφαλής μέθοδος αντισύλληψης μετά από την αποχή ή την στειροποίηση. Η αποτυχία των δισκίων υπολογίζεται σε 0,10 κηύσεις ανά 100 γυναίκες-έτη. Η αποτελεσματικότητα όμως σχετίζεται με την ασφάλεια που παρέχει το δισκίο και με την υπευθυνότητα και ικανότητα της γυναίκας που το χρησιμοποιεί:

Τα αίτια της αποτυχίας είναι:

- 1) Η γυναίκα μπορεί να ξεχάσει την λήψη του δισκίου.
- 2) Η γαστρεντερίτιδα είναι δυνατό να ελαττώσει την απορρόφηση και μπορεί να οφείλεται στην ακατάστατη διατροφή.
- 3) Ορισμένες ομάδες φαρμάκων τα οποία μπορούν ν' αυξήσουν την μεταβολική δραστηριότητα των ηπατικών ενζύμων.

(Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979).

Πλεονεκτήματα

- Μεγάλο ποσοστό επιτυχίας
- Ρύθμιση του κύκλου (περίοδος κάθε 28 μέρες)
- Λιγότερη αιμορραγία και πόνοι κατά την περίοδο
- Τα οιστρογόνα του χαπιού εξαφανίζονται την ακτή.

(Κίνηση για την απελευθέρωση των γυναικών 1977)

Μειονεκτήματα

- Δεν προσφέρει προστασία από τις σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες.

(Αντωνοπούλου 1997)

B) Καθημερινά αντισυλληπτικά δισκία που περιέχουν μόνο προγεστερόνη

Αυτά τα δισκία δεν περιέχουν οιστρογόνα, περιέχουν μόνο μικρή δόση ενός συνθετικού προγεσταγόνου (19-νορπαραγωγός) και λαμβάνονται από την πρώτη μέρα της περιόδου χωρίς διακοπή, την ίδια ώρα κάθε μέρα για όσο χρόνο είναι επιθυμητό να εμποδιστεί η σύλληψη.

Ο τρόπος δράσης δεν έχει διευκρινισθεί απόλυτα. Υπάρχουν ενδείξεις ότι προκαλούν ανωμαλίες στο ενδομήτριο και ότι παρεμποδίζουν την εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου. Ακόμη πιστεύεται ότι προκαλούν αλλοίωση της τραχηλικής βλέννας ώστε να παρεμποδίζεται η είσοδος των σπερματοζωαρίων στην μήτρα. (Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979, Macheith 1981).

Παρενέργειες

- Προκαλούν πολύ συχνά αμηνόρροια και αυξάνουν την συχνότητα εμφάνισης εξωμήτριας κύησης.
- Δεν έχουν επίδραση στον μεταβολισμό των υδατανθράκων ή λιπών.
- Δεν έχουν επίδραση στην λειτουργία του ήπατος ή στην πήξη του αίματος.

(Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979).

- Όταν αντενδείκνυται η χορήγηση των οιστρογόνων
- Σε γυναίκες ηλικίας άνω των 35 ετών
- Κατά τον θηλασμό
- Σε διαβητικές γυναίκες

(Callander-Miller 1991)

Αποτελεσματικότητα

Η αποτελεσματικότητα της μεθόδου είναι υψηλή. 1 έως 4 κυήσεις ανά 100 γυναίκες-έτη. Βασικός παράγοντας στην αποτελεσματικότητα είναι η δόση που χορηγείται. (Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979, Παπαλουκάς 1985).

Πλεονεκτήματα

- Προκαλεί διαταραχές της έμμηνης ρύσεως και ενδιάμεσες αιμορραγίες.
- Αυξημένη συχνότητα εξωμήτριου εγκυμοσύνης (Παπαλουκάς 1985)

Γ) Ενέσιμα προγεσταγόνα παρατεταμένης δράσεως

Το σκεύασμα που χρησιμοποιείται περισσότερο είναι η οξείκη μεδροξυπρογεστερόνη βραδείας απορροφήσεως. Χορηγείται ενδομυϊκά ανά 3 ή 6 μήνες σε δόση 150mg ή 300mg αντίστοιχα. Ακόμη χρησιμοποιείται και η ενανθική νοραιθινδρόνη σε δόση 200mg ανά 3 μήνες. Με τα σκευάσματα αυτά παρεμποδίζεται η έκκριση γοναδοτροφικών, καταργείται η εκκριτική αιχμή του LH και με αυτό τον τρόπο αναστέλλεται η ωοθυλακορρηξία. Η έμμηνη ρύση και η φυσιολογική γονιμότητα αποκαθίστανται 8-12 μήνες μετά την διακοπή λήψεως του σκευάσματος. (Παπαλουκάς 1985, Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979).

Παρενέργειες

- Αύξηση σωματικού βάρους
- Ανωμαλία γεννητικού κύκλου
- Αμηνόρροια

Αποτελεσματικότητα

Η αποτελεσματικότητα της μεθόδου είναι υψηλή. 0,0 μέχρι 0,5 ανά 100 γυναίκες-έτη.

Πλεονεκτήματα

- Ασφαλής μέθοδος
- Αποφεύγεται η λήψη αντισυλληπτικών δισκίων

(Παπαλουκάς 1985)

Δ) Πρωινό χάπι

Αποτελείται από συνθετικά οιστρογόνα και προκαλεί συστολή της μήτρας προστατεύοντας έτσι τις γυναίκες που το χρησιμοποιούν. Απαιτείται μεγάλη προσοχή γιατί όταν χρησιμοποιηθεί για μεγάλο χρονικό διάστημα μπορεί να προκαλέσει καρκίνο. (Δετοράκης 1989).

E) Μηνιαίο αντισυλληπτικό

Το χάπι αυτό περιέχει το συνθετικό οιστρογόνο κουινεστρόλη, το οποίο εναποθηκεύεται στον υποδόριο λιπώδη ιστό και απελευθερώνεται βραδέως στην κυκλοφορία του αίματος και το προγεσταγόνο κουινγεστανόλη που δεν αποθηκεύεται. (Παπαλουκάς 1985).

III) ΜΕΘΟΔΟΙ ΤΩΝ ΦΡΑΓΜΩΝ

A) Ανδρικά προφυλακτικά

Τα ανδρικά προφυλακτικά πρωτοεμφανίστηκαν στην Αγγλία τον 18^ο αιώνα και ήταν κατασκευασμένα από ύφασμα ή έντερα ζώου. Τον 19^ο αιώνα άρχισαν να τα κατασκευάζουν από λάστιχο ενώ τα τελευταία χρόνια από πλαστική ύλη latex.

Ο μηχανισμός κατά τον οποίο εφαρμόζεται το ανδρικό προφυλακτικό στηρίζεται στην πλήρη επικάλυψη του πέους από πλαστικό κάλυμμα που συλλέγει το σπέρμα σε ειδικό μικρό εκκόλπωμα και εμποδίζει έτσι την προώθησή του μέσα στον κόλπο. Το προφυλακτικό πρέπει να φορεθεί στο πέος που βρίσκεται σε στύση κατά την διάρκεια των προκαταρκτικών, δηλαδή πριν από την εμφάνιση των υγρών που προηγούνται της εκσπερμάτωσης (Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979, Αραβαντινού 1982, Αντωνοπούλου 1997).

Αποτελεσματικότητα

Η αποτελεσματικότητα της μεθόδου φθάνει τις 3 κτήσεις ανά 100 γυναίκες-έτη. (Αραβαντινού 1982).

Πλεονεκτήματα

- Είναι αβλαβές για το ζευγάρι
- Δεν χρειάζεται ιατρική συμβουλή ή συνταγή
- Παρέχει προστασία για νοσήματα που μεταδίδονται σεξουαλικά
- Υπάρχουν ενδείξεις ότι η συστηματική χρησιμοποίηση προφυλακτικών μπορεί να μειώσει την πιθανότητα αναπτύξεως καρκίνου του τραχήλου της μήτρας γιατί παρεμποδίζει την μετάδοση ιών ή την δράση άλλων παραγόντων που βρίσκονται στο σμήγμα.
- Είναι εύκολο στην χρήση, φθινό και προμηθεύεται εύκολα.

(Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979).

Μειονεκτήματα

- Εμποδίζει την πλήρη ικανοποίηση λόγω της μεσολάβησης του πλαστικού

- Απαιτεί διακοπή της σεξουαλικής επαφής για να τοποθετηθεί
- Μπορεί να σπάσει ή να κοπεί.
- Μερικά άτομα μπορεί να είναι αλλεργικά στην χρήση του.

(Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979, Αραβαντινού 1982, Δετοράκης 1988).

B) Αντισυλληπτικό διάφραγμα

Από την αρχαιότητα είχαν χρησιμοποιηθεί μηχανικά μέσα για να παρεμποδίζεται η είσοδος του σπέρματος στην μήτρα. Αυτά ήταν διάφορα ελαστικά, ρητίνες, φύλλα ή καρποί αλλά και διάφορα είδη σπόγγων ή υφασμάτων τα οποία πολλές φορές εμπότιζαν με λάδι, βούτυρο ή ζύδι. Το πρώτο σύγχρονο διάφραγμα σχεδιάστηκε και εφαρμόστηκε κατά το τέλος του 19^{ου} αιώνα από τον γιατρό Mensigna και ονομάστηκε ολλανδική καλύπτρα. (Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979).

Είδη διαφραγμάτων

1) Κολπικό διάφραγμα

Το κολπικό διάφραγμα έχει σχήμα ελαστικός θόλος. Έχει σχεδιαστεί έτσι ώστε να συγκρατεί το σπέρμα, κλείνοντας την είσοδο του τραχήλου της μήτρας. Είναι φτιαγμένο σε αρκετά μεγέθη. Η διάμετρος των μεγεθών είναι 5-10 εκ. και στο περιφερειακό τους άκρο είναι προσαρμοσμένος ένας μεταλλικός δακτύλιος. Το κολπικό διάφραγμα τοποθετείται διαγώνια στον κόλπο και εφαρμόζεται ανάμεσα στον οπίσθιο θόλο και στην ηβική σύμφυση, έτσι ώστε να σκεπάζει όλο τον τράχηλο.

Μαζί με το διάφραγμα πρέπει να χρησιμοποιείται και σπερματοκτόνο ζελέ ή κρέμα. Το ζελέ ή η κρέμα τοποθετείται στις άκρες και από τις δύο πλευρές του διαφράγματος. Το διάφραγμα τοποθετείται λίγο πριν την συνουσία και θα πρέπει να ελέγχεται περιοδικά ιδιαίτερα όταν η γυναίκα γεννήσει ή μετά από χειρουργική γυναικολογική επέμβαση ή όταν το βάρος του σώματος της μεταβληθεί. (Δετοράκης 1988, Παπαλουκάς 1985, Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979).

2) Καλύπτρα του Dumas

Η καλύπτρα του Dumas φτιάχνεται από ελαστικό ή πλαστικό. Μοιάζει με το μισό κομμάτι μιας κυκλικής σφαίρας ενώ είναι λεπτό στο κέντρο και χοντρό στην περιφέρεια. Στην περιφέρεια δεν έχει μέταλλο και κατασκευάζεται σε διάφορα μεγέθη από 50-74mm.

Προσαρμόζεται με αρνητική πίεση σε μια περιορισμένη περιοχή του θόλου του κόλπου και καλύπτει τον τράχηλο της μήτρας. Σήμερα δεν χρησιμοποιείται ευρέως. (Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979).

3) Τραχηλική καλύπτρα

Η τραχηλική καλύπτρα έχει σχήμα δακτυλήθρας με ένα σκληρό δακτύλιο περιφερικά. Εφαρμόζεται και καλύπτει τον τράχηλο της μήτρας και παρεμποδίζει την είσοδο των σπερματοζωαρίων. Συνήθως φτιάχνεται από ελαστικό, από σκληρό πλαστικό ή μέταλλο σε 4 μεγέθη και έχουν διάρκεια ζωής 2-3 χρόνια. (Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979, Αντωνοπούλου 1997).

4) Vimule

Αυτό το είδος καλύπτρας μοιάζει σαν ένας συνδυασμός της καλύπτρας του Dumas και της τραχηλικής καλύπτρας. Έχει μέγεθος εξωτερικής διαμέτρου 45-61mm και είναι φτιαγμένη από ελαστικό ή πλαστικό σε 3 μεγέθη. (Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979).

Αντενδείξεις

- Αλλεργία στο υλικό του διαφράγματος ή στο σπερματοκτόνο
- Αδυναμία της γυναίκας να εκμάθει σωστά την τεχνική της εφαρμογής του στον κόλπο.
- Ανατομικές ανωμαλίες, όπως πρόπτωση της μήτρας, κυστεοκήλη, ορφοκήλη, έντονη οπίσθια κλίση και κάμψη της μήτρας, πίεση της ουροδόχου κύστεως.

(Παπαλουκάς 1985).

Επιπλοκές

- Αλλεργική αντίδραση και τοπικός ερεθισμός από τα χημικά σπερματοκτόνα ή από το υλικό του διαφράγματος.
- Λοίμωξη του κατώτερου ουροποιητικού, που αποδίδεται σε μηχανικό ερεθισμό της ουρήθρας και επιμόλυνση.

(Παπαλουκάς 1985)

Αποτελεσματικότητα

Όταν το αντισυλληπτικό διάφραγμα χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με σπερματοκτόνα τότε παρέχει ικανοποιητική προστασία. Η αποτυχία του κυμαίνεται σε 2-3

κυήσεις ανά 100 γυναίκες-έτη και οφείλεται κυρίως σε μη σωστή τοποθέτηση. (Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979).

Πλεονεκτήματα

- Είναι αβλαβές στον οργανισμό
- Είναι υγιεινό και δεν προκαλεί καμιά λοίμωξη στον κόλπο.
- Όταν είναι τοποθετημένο σωστά δεν γίνεται αισθητό κατά την συνουσία και έτσι δεν μειώνει την σεξουαλική ικανοποίηση.
- Μπορεί να τοποθετηθεί σε χρόνο άσχετο με την συνουσία ώστε δεν χάνεται ο αυθορμητισμός κατά την σεξουαλική επαφή.
- Είναι εύκολο να τοποθετηθεί σωστά μετά από συμβουλές και οδηγίες του γιατρού.

(Παπαλουκάς 1985, Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979).

Μειονεκτήματα

- Όταν δεν τοποθετηθεί σωστά προκαλεί πόνο και δυσφορία που οφείλεται στην χρησιμοποίηση λανθασμένου μεγέθους ή σε υπερβολικό τέντωμα του ελατηρίου ή σε δυσκοιλιότητα.
- Το διάφραγμα ή τα σπερματοκτόνα μπορεί να προκαλέσουν αλλεργία στην γυναίκα ή τον σύντροφό της.
- Δεν χρησιμοποιείται από γυναίκες που παρουσιάζουν πρόπτωση της μήτρας.

(Δετοράκης 1988)

Γ) Σπερματοκτόνες ουσίες

Οι σπερματοκτόνες ουσίες είναι χημικά αντισυλληπτικά που κυκλοφορούν με την μορφή κρέμας, κολπικών υπόθετων, αφρού ή ζελέ. Τα σπερματοκτόνα λειτουργούν μέσω ενός ενεργού χημικού στοιχείου που εμπεριέχουν και το οποίο σκοτώνει τα σπερματοζωάρια πριν φτάσουν στην μήτρα ενώ παράλληλα το υλικό (αφρός, κρέμα) καλύπτει τον τράχηλο λειτουργώντας σαν τεχνητή ασπίδα. (Macheith 1981, Αντωνοπούλου 1997).

Παρενέργειες

Τα σπερματοκτόνα μπορεί να προκαλέσουν τοπικό ερεθισμό και αλλεργική αντίδραση τόσο στο πέος του άντρα όσο και στον κόλπο της γυναίκας. Οι παρενέργειες υποχωρούν όταν διακοπεί η χρήση του σπερματοκτόνου. (Παπαλουκάς 1985).

Αποτελεσματικότητα

Η αποτελεσματικότητα των σπερματοκτόνων παρουσιάζει μεγάλη διαφορά ανάμεσα στην εργαστηριακή τους δράση και της δράσης τους στον κόλπο. Στο εργαστήριο η δράση τους είναι θεαματική όμως δεν συμβαίνει το ίδιο και στον κόλπο. Αυτό οφείλεται ότι στο εργαστήριο υπάρχουν ιδεώδης συνθήκες ποσότητας της ουσίας σε σχέση με τον αριθμό των σπερματοζωαρίων, ενώ στην πράξη αυτό δεν είναι δυνατό να επιτευχθεί. Έτσι τα αποτελέσματα κυμαίνονται από 2 μέχρι 36 κηύσεις ανά 100 γυναίκες-έτη. (Παπαλουκάς 1985).

Πλεονεκτήματα

- Εύκολη χρήση
- Προσφέρουν προστασία από αφροδίσια νοσήματα και άλλες κολπικές φλεγμονές.

(Παπαλουκάς 1985).

Μειονέκτημα

Πρέπει να τοποθετηθούν λίγο πριν από την επαφή και να παραμείνουν για αρκετό χρόνο μετά από αυτή. (Παπαλουκάς 1985).

Δ) Αντισυλληπτικός σπόγγος

Πρόκειται για ένα μικρό, στρογγυλό σφουγγάρι από πολυουρεθάνη με ένα βαθούλωμα στην πλευρά που εφαρμόζει στο βάθος του κόλπου καλύπτοντας τον τράχηλο. Από την άλλη πλευρά υπάρχει μια θηλιά, που χρησιμεύει για την απομάκρυνσή του. Ο αντισυλληπτικός σπόγγος περιέχει σπερματοκτόνο, που ενεργοποιείται με βρέξιμο πριν την επαφή. Πρέπει να μείνει στην θέση του 8 ώρες μετά την συνουσία.

Αποτελεσματικότητα

Το ποσοστό αποτυχίας είναι περίπου 40%.

Πλεονεκτήματα

- Εύκολη τοποθέτηση
- Δεν ενοχλεί κατά την σεξουαλική επαφή

Μειονέκτημα

- Μπορεί αν προκαλέσει κολπικό ερεθισμό λόγω του σπερματοκτόνου

(Παπαλουκάς 1985, Αντωνοπούλου 1997).

IV) Ενδομήτρια σπειράματα

Τα ενδομήτρια σπειράματα είναι μικρά, ευλύγιστα αντικείμενα, από πλαστικό και χαλκό, ή πλαστικό ή από ανοξείδωτο χάλυβα που τοποθετούνται στην μήτρα, μέσω του τραχήλου και παρεμποδίζουν την εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου στην μητρική κοιλότητα.

Τα είδη των σπειραμάτων που χρησιμοποιούνται είναι:

α) Το Copper Seven και το Copper T το οποίο χρησιμοποιείται από γυναίκες που δεν είχαν ποτέ ολοκληρωμένη εγκυμοσύνη. Και το Copper Seven και το Copper T απολήγουν σ' ένα μαύρο σχοινάκι.

β) Το Lippes Loop χρησιμοποιείται από γυναίκες που έχουν γεννήσει μια ή περισσότερες φορές και απολήγει σε δύο σχοινάκια διαφορετικού χρώματος.

γ) Το Safe-T-Coil χρησιμοποιείται από γυναίκες που έχουν ήδη γεννήσει και απολήγει σε δύο πράσινα σχοινάκια.

δ) Ενδομήτρια σπειράματα με προγεστερόνη. Η προγεστερόνη ελευθερώνεται σιγά-σιγά μέσα στη μητρική κοιλότητα για μεγάλο χρονικό διάστημα (1-3 χρόνια). Με την προγεστερόνη η βλέννα του τραχηλικού πόρου γίνεται πιο πηχτή και στεγνή για να εμποδίσει την είσοδο του σπέρματος.

ε) Το Dalkon Shield το οποίο χρησιμοποιείται σπάνια λόγω του σχήματός του και απολήγει σ' ένα χοντρό μαύρο σχοινί. (Macheith 1981).

Τα ενδομήτρια σπειράματα μπορούν ν' απεικονιστούν ακτινολογικά και να διαπιστωθεί η ακριβή τους θέση. Τα σχοινιά που κρέμονται στον κόλπο κάνουν δυνατή την ανίχνευση του σπειράματος και από την ίδια την γυναίκα.

Τρόπος δράσης

Όσον αφορά την λειτουργία του ενδομητρίου σπειράματος υπάρχουν διάφορες εξηγήσεις:

- 1) Εμποδίζει το ενδομήτριο ν' αναπτυχθεί κανονικά με αποτέλεσμα το γονιμοποιημένο ωάριο να μην βρει κατάλληλη θέση να εγκατασταθεί.
- 2) Επιταχύνει τις περισταλτικές κινήσεις με τις οποίες οι σάλπιγγες προωθούν το ωάριο στην μήτρα έτσι αυτό φτάνει πιο νωρίς στην μήτρα όταν το ενδομήτριο δεν είναι ακόμα έτοιμο να το δεχτεί.
- 3) Τα τοιχώματα της μήτρας αντιδρούν παράγοντας λευκά κύτταρα τα οποία καταστρέφουν το ωάριο ή το σπέρμα.

4) Προκαλεί ακινητοποίηση των σπερματοζωαρίων

(Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979, Κίνηση για την απελευθέρωση των γυναικών).

Τοποθέτηση του ενδομήτριου σπειράματος.

Πριν τοποθετηθεί το ενδομήτριο σπείραμα είναι απαραίτητο να γίνει γυναικολογική εξέταση για να αποδειχθεί ότι η μήτρα, οι σάλπιγγες, ο τράχηλος και οι ωθήκες είναι υγιείς. Η τοποθέτηση πρέπει να γίνει από γιατρό κατά την διάρκεια της περιόδου γιατί τότε το στόμιο της μήτρας είναι μεγαλύτερο. Μετά την τοποθέτηση χρειάζεται ξεκούραση γιατί η διαδικασία είναι επώδυνη.

Αφαίρεση του ενδομήτριου σπειράματος.

Για να αφαιρεθεί το σπείραμα, εκτός από το Dalkon Shield που γίνεται με τοπική αναισθησία, πρέπει να τραβηχτούν τα σχοινάκια που κρέμονται στον κόλπο. Η αλλαγή των σπειραμάτων πρέπει να γίνεται κάθε 1-3 χρόνια ενώ μερικά αποβάλλονται μόνα τους σε διάστημα ενός χρόνου. (Macheith 1981, Κίνηση για την απελευθέρωση των γυναικών 1977).

Αντενδείξεις

- Μια από τις σπουδαιότερες αντενδείξεις για την τοποθέτηση του ενδομητρίου σπειράματος είναι η εγκυμοσύνη. Γι' αυτό είναι καλύτερα να τοποθετείται κατά την διάρκεια της περιόδου ή τις πρώτες ημέρες μετά το τέλος της.
- Η παρουσία λοιμώξεως στην μήτρα, στις σάλπιγγες ή στον κόλπο.
- Η τοποθέτηση δε συνίσταται σε άτοκες λόγω του κινδύνου φλεγμονής και μειώσεως της γονιμότητας.
- Το σπείραμα δεν πρέπει να εφαρμόζεται όταν υπάρχουν μητρορραγίες ή δυσμηνόρροια.
- Τις πρώτες 6 εβδομάδες μετά από άμβλωση ή γέννα.
- Όταν η μήτρα έχει κατεύθυνση προς τα πίσω.

(Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979 Κίνηση για την απελευθέρωση των γυναικών 1977).

Παρενέργειες

- Η παρουσία ενός ξένου σώματος στην μήτρα προκαλεί μεγαλύτερη ροή αίματος στην περίοδο και μεγαλύτερη διάρκεια.

- Πόνοι στην πλάτη και κράμπες είναι σύμπτωμα μετά την τοποθέτηση του σπειράματος. Αυτό συμβαίνει γιατί η μήτρα προσπαθεί ν' αποβάλλει το ξένο σώμα.
- Αιμορραγίες, υγρά που μυρίζουν και τοπική ενόχληση είναι ενδείξεις προχωρημένης μόλυνσης. Τότε το σπείραμα πρέπει να αφαιρεθεί γιατί η μόλυνση μπορεί να προχωρήσει στις σάλπιγγες.
- Σε σπάνιες περιπτώσεις, μπορεί να τρυπήσει την μήτρα ή να ενσωματωθεί στα τοιχώματά της.

(Macheith 1981, Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979).

Αποτελεσματικότητα

Η πιθανότητα κύησης τον πρώτο χρόνο χρησιμοποίησης σπειραμάτων είναι περίπου 1,5%-1,6% μετά όμως τον πρώτο μειώνεται σημαντικά. Η αποτελεσματικότητα των σπειραμάτων, αν χρησιμοποιηθούν σωστά, είναι 95%-99% (Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979, Αραβαντινού 1982).

Μειονέκτημα

- Για την τοποθέτησή του απαιτείται μικρή επέμβαση (Macheith 1981).

V) ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

Στείρωση

Στείρωση είναι η χειρουργική επέμβαση με την οποία αποτρέπεται η γονιμότητα. Κατά την επέμβαση δεν αφαιρείται κανένα σεξουαλικό όργανο αλλά ούτε υπάρχει επίδραση στην σεξουαλική δραστηριότητα. Η επιλογή της στείρωσης θα πρέπει να βασίζεται στην ελεύθερη βούληση του ατόμου ενώ θα πρέπει να προηγείται εκτεταμένη ενημέρωση πάνω στους κινδύνους, στα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της συγκεκριμένης μεθόδου. (Δετοράκης 1988, Παπαλουκάς 1985).

A) Χειρουργική στείρωση της γυναίκας

Η χειρουργική στείρωση της γυναίκας συνίσταται στην απολίνωση των σαλπίγγων. Κλασική μέθοδος είναι η λαπαροτομία όπου γίνεται τομή στην κοιλιά κοντά στον αφαλό ενώ θα πρέπει να κοπούν αρκετά ανατομικά στρώματα για να φτάσει κανείς στο περιτόναιο.

Άλλος τρόπος απολίνωσης των σαλπίγγων είναι η οπίσθια κολποτομή όπου γίνεται μια τομή στον οπίσθιο θόλο του κόλπου.

Περισσότερο προσιτή είναι η ενδοσκοπική μέθοδος. Σύμφωνα με την μέθοδο αυτή εισάγεται το λαπαροσκόπιο από μια πολύ μικρή τομή στον αφαλό και αφού εντοπιστούν οι σάλπιγγες εισάγεται μια ηλεκτρονική λαβίδα με την οποία καυτηριάζονται για να μην ενωθούν αργότερα.

Πριν αποφασίσει μια γυναίκα να υποστεί στείρωση θα πρέπει να έχει κατανοήσει ότι είναι μια μόνιμη επέμβαση και δύσκολα αναστρέψιμη. Με την ανάπτυξη της μικροχειρουργικής επιτυγχάνεται επαναστόμωση των σαλπίγγων και κύηση στα 85% των γυναικών που υπέστησαν στείρωση. Παρ' όλα αυτά όμως η γυναίκα δεν θα πρέπει να πάρει βιαστική απόφαση ή κάτω από πίεση. (Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979).

Γυναίκες που μπορούν να υποστούν στείρωση

α) Γυναίκες όπου μια εγκυμοσύνη μπορεί ν' αποτελέσει σοβαρό κίνδυνο για την ζωή τους.

β) γυναίκες που μπορεί να μεταδώσουν κληρονομικά νοσήματα.

γ) Γυναίκες που δεν θέλουν παιδιά και δεν είναι ικανοποιημένες από καμιά άλλη μέθοδο αντισύλληψης. (Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979).

Αποτελεσματικότητα

Η αποτελεσματικότητα της στείρωσης είναι υψηλότερη απ' όλες τις άλλες μεθόδους. Το ποσοστό αποτυχίας είναι λιγότερο από 1% και αυτό οφείλεται σε εφαρμογή της μεθόδου ενώ υπήρχε ήδη εγκυμοσύνη ή μετεγχειρητική αποκατάσταση επικοινωνίας στον αυλό της σάλπιγγας. (Παπαλουκάς 1985).

Πλεονέκτημα

- Υψηλή αποτελεσματικότητα
- Δεν προστατεύει από σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες.

(Αντωνοπούλου 1997).

B) Χειρουργική στείρωση του άντρα

Η χειρουργική στείρωση στον άντρα πετυχαίνεται με την απολίνωση του σπερματικού πόρου (βασεκτομή). Με την βασεκτομή κλείνονται οι σπερματικοί πόροι, οι σωλήνες, δηλαδή που μεταφέρουν το σπέρμα από τους όρχεις πρώτα στον προστάτη και μετά στο πέος. Είναι μια απλή επέμβαση που γίνεται με τοπική αναισθησία. Ο γιατρός κάνει μια μικρή τομή στην επιδερμίδα του όσχεου, ανακαλύπτει τον σπερματικό πόρο, κόβει ένα

κομμάτι και δένει τις δύο άκρες. Κάνει το ίδιο και στην άλλη πλευρά και κλείνει τις τομές με ράμματα. Η βασεκτομή δεν προκαλεί ανικανότητα ή απώλεια των σεξουαλικών αισθήσεων. Μετά την βασεκτομή οι όρχεις συνεχίζουν να παράγουν σπερματοζωάρια. Η καθολική απουσία σπερματοζωαρίων γίνεται μετά από 20-30 εκσπερμάτισεις αφού βέβαια έχει προηγηθεί βασεκτομή. Αφού περάσουν 3-4 μήνες πρέπει να γίνει έλεγχος του σπέρματος. Αν μετά τον έλεγχο δεν βρεθούν σπερματοζωάρια ο άντρας θεωρείται στείρος. (Κίνηση για την απελευθέρωση των γυναικών 1977, Δετοράκης 1988, Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979).

Άντρες που μπορούν να υποστούν στείρωση.

α) Άντρες που μπορεί να μεταδώσουν κληρονομικό νόσημα

β) Όταν υπάρχει σοβαρός λόγος να αποφύγει μια γυναίκα την εγκυμοσύνη και δεν μπορεί να υποβληθεί σε στείρωση.

γ) Όταν το ζευγάρι έχει ήδη παιδιά, δεν θέλει άλλα και βρίσκουν τις άλλες μεθόδους αντισύλληψης μη ικανοποιητικές. (Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979).

Αποτελεσματικότητα

Η αποτελεσματικότητα της μεθόδου αυτής είναι πολύ υψηλή και το ποσοστό αποτυχίας είναι 160 περιπτώσεις για κάθε 100.000 άντρες σε όλη την διάρκεια της ζωής τους. Οι ελάχιστες αποτυχίες οφείλονται σε αυτόματη αποκατάσταση επικοινωνίας στον αυλό των σπερματικών πόρων. (Αντωνοπούλου 1997).

Μειονεκτήματα

- Η αποκατάσταση της γονιμότητας επιτυγχάνεται σε λίγες μόνο περιπτώσεις δηλαδή με μικροχειρουργικές τεχνικές αποκαθίσταται η διαβατότητα των πόρων και εμφανίζονται σπερματοζωάρια στην εκσπερμάτιση σε ποσοστό 50%-85%. Η επίτευξη της εγκυμοσύνης δεν ξεπερνά το 30%. Αυτό οφείλεται στα αντισπερματικά αντισώματα που δημιουργούνται επειδή σπερματοζωάρια ή αντιγονικά και έρχεται σε επαφή με ανοσογόνα κύτταρα.
- Δεν προστατεύουν από σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες.

Πλεονέκτημα

- Υψηλά ποσοστά αποτελεσματικότητας
- (Αντωνοπούλου 1997, Παπαλουκάς 1985).

VI) ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΣΥΝΟΥΣΙΑ

A) Κολπική πλύση

Κάποιες γυναίκες πιστεύουν ότι μπορούν ν' αποφύγουν την εγκυμοσύνη αν πλυθούν αμέσως μετά την συνουσία. Οι πλύσεις γίνονται με ξύδι, ζεστό νερό, κομμάτια σαπουνιού διαλυμένα στο νερό, χυμό λεμονιού ή διάφορα φαρμακευτικά παρασκευάσματα. Σε μια μεγάλη πλαστική φούσκα τοποθετείται το υγρό της πλύσης και από κει αδειάζει στον κόλπο.

Αποτελεσματικότητα

Το ποσοστό αποτυχίας της μεθόδου είναι περίπου 40% και οφείλεται στο γεγονός ότι το σπέρμα είναι ασφαλές μέσα στην μήτρα 30 δευτερόλεπτα μετά την εκσπερμάτωση.

Μειονέκτημα

- Η κολπική πλύση μπορεί να ευνοήσει μολύνσεις γιατί καταστρέφει την φυσιολογική άμυνα του οργανισμού, αλλάζοντας το φυσιολογικό περιβάλλον του κόλπου.

(Κίνηση για την απελευθέρωση των γυναικών 1977, Αντωνοπούλου 1997, Δετοράκης 1988)

B) Αντισυλληπτικό δισκίο μετά την συνουσία

Είναι μέθοδος αντισύλληψης η οποία εφαρμόζεται μετά την συνουσία όταν υπάρχει πιθανότητα ότι αυτή θα καταλήξει σε γονιμοποίηση του ωαρίου. Αυτή συνίσταται σε μεγάλες δόσεις οιστρογόνων ή διπλή δόση αντισυλληπτικού δισκίου. (Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979).

1) μεγάλες δόσεις οιστρογόνων

Χορηγείται καθημερινά σε διαιρεμένες δόσεις για πέντε ημέρες. Η δόση που πρέπει να δίνεται είναι 5mg αιθυνυλοιστραδιόλη ή 50mg διαιθυλστοιλβεστρόλη. Η χορήγηση πρέπει να γίνεται όσο το δυνατόν νωρίτερα μετά από την συνουσία και μέσα σε 36 ώρες το πολύ. Εάν περάσουν 76 ώρες ή αν χορηγηθεί μικρότερη δόση οιστρογόνων τα αποτελέσματα είναι αμφίβολο.

Παρενέργειες

- ναυτία που δεν ξεπερνά τις 24 ώρες
- καθυστέρηση στην περίοδο για μερικές ημέρες
- σε περίπτωση αποτυχίας της μεθόδου θα πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπ' όψιν ότι υπάρχει κίνδυνος εμφάνισης συγγενών ανωμαλιών στο παιδί.

(Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979, Miller-Callander 1991).

2) Διπλή δόση αντισυλληπτικού δισκίου

Λήψη δύο δισκίων των 50mg αιθυνυλοιστραδιόλης και 500mg λεβονοργεστρελης μέσα σε 72 ώρες από τη συνουσία. Η δόση πρέπει να ξαναεπαναληφθεί σε 12 ώρες.

Αποτελεσματικότητα

Κανείς δεν μπορεί να πει με βεβαιότητα πόσες από τις γυναίκες που είχαν συνουσία η οποία ήταν δυνατόν να καταλήξει σε εγκυμοσύνη θα έμεναν έγκυες αν δεν χρησιμοποιούσαν αυτή τη μέθοδο. Πιστεύεται ότι εάν εφαρμοστεί σύντομα μετά την συνουσία είναι δυνατόν να προστατεύσει αποτελεσματικά από μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. Οποσδήποτε όμως είναι μέθοδος που έχει σοβαρές παρενέργειες και θα πρέπει να χρησιμοποιείται μόνο σε περίπτωση μεγάλης ανάγκης. (Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979, Miller-Callander 1991).

8.4 Επιλογή αντισυλληπτικής μεθόδου

Για την επιλογή της κατάλληλης αντισυλληπτικής μεθόδου το ζευγάρι, σε συνεργασία με τον γιατρό, θα πρέπει να λάβει υπ' όψιν του τους παρακάτω παράγοντες.

1) Κατά τους Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη ένας παράγοντας είναι τα κίνητρα του ζεύγους. Η ανάγκη για αντισύλληψη μπορεί να είναι:

α) Απόλυτη, όταν δηλαδή η μητέρα πάσχει από κάποια σοβαρή πάθηση και υπάρχει μεγάλη πιθανότητα ν' απειληθεί η ζωή της ή η ζωή του παιδιού.

β) Μεγάλη ανάγκη, όταν δηλαδή το ζευγάρι έχει ήδη παιδιά και δεν επιθυμεί άλλα ή αν υπάρχει σοβαρή οικονομική κρίση.

γ) Σχετική ανάγκη, όταν δηλαδή το ζευγάρι δεν επιθυμεί να κάνει παιδιά στο άμεσο μέλλον.

(Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979).

2) Σύμφωνα με τους Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη ένας άλλος παράγοντας είναι οι ιατρικές ενδείξεις και οι πληροφορίες. Δηλαδή, η υιοθέτηση κάποιας αντισυλληπτικής μεθόδου θα εξαρτηθεί από το ιατρικό ιστορικό του ζευγαριού, από το γυναικολογικό ιστορικό αλλά και από την παρούσα ιατρική κατάσταση. (Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979).

3) Κατά τους Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη ο τρίτος παράγοντας είναι η οικογενειακή και οικονομική κατάσταση. Η ανάγκη για αντισύλληψη εξαρτάται από την

οικογενειακή κατάσταση της γυναίκας. Η ανύπαντρη γυναίκα δηλαδή έχει μεγαλύτερη ανάγκη αντισύλληψης από μια παντρεμένη γυναίκα η οποία απλώς θέλει ν' αναστείλει προσωρινά την γέννηση παιδιού. Η οικονομική κατάσταση του ζευγαριού θα επιτρέψει ή όχι την χρησιμοποίηση κάποιου ακριβού αντισυλληπτικού μέσου. (Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979).

4) Κατά τους Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη ο τέταρτος παράγοντας είναι οι ηθικές και θρησκευτικές πεποιθήσεις του ζευγαριού. Δεν θα πρέπει να επιβληθεί στο ζευγάρι κάποια μέθοδος η οποία θα είναι αντίθετη στις ηθικές και θρησκευτικές αρχές του ζευγαριού. Δηλαδή ένα ζευγάρι καθολικών θα πρέπει να υιοθετήσει την μέθοδο του ρυθμού. (Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979).

5) Συνήθειες και τρόπος ζωής. Η επιλογή της αντισυλληπτικής μεθόδου θα εξαρτηθεί από το πόσο συχνή είναι η σεξουαλική επαφή για να επιβληθεί η συνεχή, μόνιμη αντισύλληψη ή πόσο εύκολη είναι η χρησιμοποίηση του αντισυλληπτικού. (Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979).

6) Χαρακτηριστικά της αντισυλληπτικής μεθόδου. Εδώ σπουδαίο ρόλο παίζει η αποτελεσματικότητα, δηλαδή ο βαθμός ασφάλειας που προσφέρει η μέθοδος, τα μειονεκτήματα και οι παρενέργειες οι οποίες πρέπει να τείνουν στο μηδέν. Γι' αυτό το λόγο πρέπει να εξετάζονται λεπτομερειακά οι αντενδείξεις κάθε μεθόδου για κάθε γυναίκα που πρόκειται να τις χρησιμοποιήσει. (Αραβαντινού 1982, Bello, Dolto, Schiffmann 1985)

Η αποτελεσματικότητα, μιας αντισυλληπτικής μεθόδου υπολογίζεται με βάση τον κανόνα του Pearl:

Αριθμός ανεπιθύμητων κηύσεων X 1200

Συνολικός αριθμός κύκλων με ελεύθερες επαφές

Ο παραπάνω τύπος στηρίζεται στον αριθμό των κύκλων κατά τους οποίους χρησιμοποιήθηκε μια αντισυλληπτική μέθοδος και κατά τους οποίους υπήρχαν ελεύθερες σεξουαλικές επαφές. Τα αποτελέσματα εκφράζονται σε «έτη-γυναίκες» και ένα «έτος-γυναίκα» αντιστοιχεί σε 12 κύκλους. Όμως οι 12 κύκλοι δεν αντιστοιχούν υποχρεωτικά σε 12 ημερολογιακούς μήνες δεδομένου ότι μια γυναίκα μπορεί να έχει περισσότερους ή λιγότερους από 12 κύκλους το χρόνο. Μέσα στους υπολογισμούς της αποτελεσματικότητας παρεμβαίνει και μια παράμετρος που αφορά την γονιμότητα του ζευγαριού η οποία συνήθως δεν υπολογίζεται. Συνήθως, ένα ζευγάρι που δεν αντιμετωπίζει συγκεκριμένο πρόβλημα

γονιμότητας, έχει πιθανότητες να επιτύχει εγκυμοσύνη περίπου 80% μέσα στον πρώτο χρόνο. (Αραβαντινού 1982, Παπαδημητρίου-Γαλάνης 1985).

Κατά την Αραβαντινού μια μέθοδος θεωρείται πολύ αποτελεσματική αν το ποσοστό ανεπιθύμητων κηύσεων είναι μικρότερο από 2% έτη-γυναίκες, μέτρια αποτελεσματική αν το ποσοστό είναι μέχρι 10% και λίγο αποτελεσματική αν το ποσοστό είναι πάνω από 10%. (Αραβαντινού 1982).

Η αποτελεσματικότητα διακρίνεται σε:

α) θεωρητική, δηλαδή την αποτελεσματικότητα που εξασφαλίζει η μέθοδος όταν εφαρμόζεται με ιδανικές συνθήκες υπό άμεση παρακολούθηση ειδικών, χωρίς λάθη και σύμφωνα με τις οδηγίες. Οι αποτυχίες που παρατηρούνται αναφέρονται ως αποτυχίες της μεθόδου. (Αποστολόπουλος 2001, Παπαδημητρίου-Γαλάνης 1995).

β) κλινική που αναφέρεται στην αποτελεσματικότητα της μεθόδου όταν εφαρμόζεται με πού καλές συνθήκες από άτομα με υψηλή παιδεία και γνώση των χαρακτηριστικών της μεθόδου. (Αποστολόπουλος 2001).

γ) δημογραφική, που αναφέρεται στην αποτελεσματικότητα της μεθόδου όταν εφαρμόζεται από μεγάλη ομάδα πληθυσμού στην οποία υπάρχουν και άτομα που ενδέχεται να μην έχουν κατανοήσει τον τρόπο εφαρμογής της μεθόδου με αποτέλεσμα να γίνεται ενημέρωση του ζευγαριού για τις μεθόδους που υπάρχουν και να επιλέγεται εκείνη που ταιριάζει περισσότερο στο ζευγάρι (Αποστολόπουλος 2001, Παπαλουκάς 1985).

8.5 Αφροδίσια νοσήματα

Ο όρος αφροδίσια νοσήματα περιλαμβάνει μια ομάδα ετερογενών νοσημάτων που μεταδίδονται με την σεξουαλική επαφή. Τα νοσήματα αυτά προκαλούνται από ιούς ή μικρόβια που έχουν την ιδιορρυθμία να αναπτύσσονται ευκολότερα στο γεννητικό σύστημα. Η λέξη αφροδίσιος σημαίνει σχετικός με την θεά Αφροδίτη, την θεά του έρωτα. Όμως σε κάποιον που αγαπός δεν μεταδίδεις τέτοιες αρρώστιες και γι' αυτό, σήμερα, ο όρος αφροδίσια νοσήματα έχει μετονομαστεί σε νοσήματα που μεταδίδονται με την σεξουαλική οδό.

Τα τελευταία χρόνια έχει παρατηρηθεί έξαρση των μεταδοτικών σεξουαλικών νοσημάτων. Αυτό οφείλεται:

α) στην έλλειψη φόβου και γνώσεων

β) στην ελάττωση της ηλικίας της σεξουαλικής ωριμότητας και της πρώτης επαφής

γ) στην αύξηση χρήσης των αντισυλληπτικών δισκίων η οποία αφαίρεσε την προστατευτική δράση των μηχανικών μεθόδων αντισύλληψης.

δ) η αύξηση της μετακίνησης του πληθυσμού απ' την μια χώρα στην άλλη που είχε σαν αποτέλεσμα την έκθεση ορισμένων ομάδων σε μεγαλύτερο κίνδυνο μόλυνσης.

Μερικά από αυτά τα νοσήματα μένουν αθεράπευτα μέχρι να κάνουν μετάσταση σε άλλα μέρη του σώματος προκαλώντας πόνους, στείριότητα και πολλές φορές θάνατο. (Κρεατσάς 1989, Reuben 1986, Δετοράκης 1988, Τριχοπούλου-Τριχόπουλος 1986).

Τα νοσήματα που μεταδίδονται με την σεξουαλική οδό είναι:

1. ΣΥΦΙΛΗ

Αίτιο της νόσου είναι ένα βακτηρίδιο που ονομάζεται ωχρά σπειροχαίτη. Κυρίως μεταδίδεται κατά την συνουσία με άτομο που πάσχει από την νόσο. Μπορεί όμως να μεταδοθεί και με άμεση επαφή όπως με την λεκάνη μιας τουαλέτας. Η μόλυνση παρουσιάζεται μετά από μερικές εβδομάδες και εντοπίζεται στα γεννητικά όργανα και σπανιότερα σε άλλα μέρη του σώματος. Η σύφιλη είναι μια σοβαρή αρρώστια με μακροχρόνια αποτελέσματα όπως παράλυση, παραφροσύνη, καρδιακές ασθένειες αλλά και θάνατο. Μπορεί να μεταδοθεί και από την μητέρα στο αγέννητο παιδί, όσο πιο πρόσφατη είναι η μόλυνση τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα να μολυνθεί το μωρό. Η ωχρά σπειροχαίτη περνάει από το αίμα της γυναίκας στο αίμα του μωρού. Στους πρώτους 4 μήνες της εγκυμοσύνης το μωρό δεν επηρεάζεται, έτσι είναι προτιμότερο η θεραπεία σε μια έγκυο γυναίκα να γίνει το διάστημα αυτό. Αν η γυναίκα δεν κάνει θεραπεία μέχρι τα τελευταία στάδια της εγκυμοσύνης τότε το μωρό θα γεννηθεί παραμορφωμένο με πολλαπλές αλλοιώσεις στο δέρμα, το πρόσωπο ή τα οστά. (Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979, Reuben 1986, Δετοράκης 1988, Macheith 1981, Κρεατσάς 1989).

Η νόσος, εκδηλώνεται σε 4 στάδια, εκτός αν μεσολαβήσει θεραπευτική αγωγή. Τα στάδια είναι:

α) Πρώτο στάδιο

Αυτό το στάδιο μπορεί να εκδηλωθεί μετά από 1 εβδομάδα μέχρι και 3 μήνες μετά την σεξουαλική επαφή με πρόσωπο που είχε ήδη μολυνθεί. Αρχικά εμφανίζεται το συφιλιδικό έλκος στο σημείο απ' όπου μπήκε μέσα το βακτηρίδιο. Το σημείο αυτό στις γυναίκες βρίσκεται κανονικά στον τράχηλο, στα τοιχώματα ή στα χείλια του κόλπου. Στους άντρες, το

ημέρες μέχρι και αρκετούς μήνες. (Κρεατσάς 1989, Macheith 1981, Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979).

Τα συμπτώματα με τα οποία εμφανίζεται η βλεννόρροια στους άντρες είναι:

- πτώδες έκκριμα από την ουρήθρα
- πόνος κατά την ούρηση
- πόνος στο υπογάστριο και στους όρχεις
- πόνος κατά την σεξουαλική επαφή

Τα συμπτώματα στις γυναίκες είναι:

- πυώδες έκκριμα από τον κόλπο
- ανώμαλη και επώδυνη περίοδος
- πόνος και αίμα κατά την συνουσία
- νιώθουν την ανάγκη να πηγαίνουν συχνότερα στην τουαλέτα και πονάνε κατά την ούρηση.
- Οι βουβωνικοί λεμφαδένες είναι διογκωμένοι, μαλακοί και επώδυνοι.

(Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979, Δετοράκης 1988, Κρεατσάς 1989).

Πολλές φορές είναι δυνατό να μην εμφανισθούν καθόλου συμπτώματα, ιδίως στις γυναίκες, ή να είναι ελάχιστα ώστε να μην προκαλούν ανησυχία και τότε ο κίνδυνος διασποράς της νόσου είναι μεγαλύτερος γιατί δεν προσέρχονται για θεραπεία.

(Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979, Δετοράκης 1988).

Κατά τον Γκουρνέλη η βλεννόρροια αποτελεί σήμερα μάστιγα γιατί:

- α) υπάρχει βραχύς χρόνος επώασης (3-4 μέρες) και έτσι διασπείρεται γρήγορα.
- β) δεν υπάρχει ανοσία
- γ) δεν υπάρχει ζώο, που να είναι δυνατή η μετάδοση της βλεννόρροιας και επομένως ο πειραματισμός.

(Γκουρνέλης 1992)

Επιπλοκές

Οι επιπλοκές που μπορεί να παρουσιαστούν στους άντρες είναι διάγνωση των όρχεων, στένωση της ουρήθρας, εξάνθημα με πυρετό και στείρωση. Στις γυναίκες η μόλυνση μπορεί να μεταδοθεί από τον τράχηλο μέσω της μήτρας στις σάλπιγγες. Οι σάλπιγγες μολύνονται και ερεθίζονται και προκαλούν δυνατό πόνο, πυρετό και πολλές φορές ναυτία. Η φλεγμονή στις σάλπιγγες συχνά αφήνει μια ουλή η οποία μπορεί να προκαλέσει κλείσιμο ή στένωμα των σαλπγγων. Αν οι πλευρές των σαλπγγων κλείσουν το σπέρμα δεν φτάνει στα ωάρια για να

τα γονιμοποιήσει και έτσι η γυναίκα μένει στείρα. Αν οι σάλπιγγες στενέψουν το ωάριο μπορεί να γονιμοποιηθεί αλλά δεν μπορεί να περάσει από τις σάλπιγγες στην μήτρα. Αυτό σημαίνει ότι η εγκυμοσύνη μπορεί να εξελιχθεί έξω από την μήτρα και αυτό είναι επικίνδυνο. Αν μια γυναίκα που πάσχει από βλεννόρροια γεννήσει τότε υπάρχει περίπτωση να μολυνθούν τα μάτια του νεογέννητου και να προκληθεί μέχρι και τύφλωση.

(Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979, Macheith 1981).

Διάγνωση

Η διάγνωση γίνεται με την ανεύρεση του γονοκόκκου μέσα τα πολυμορφοπύρρηνα σε άμεσα παρασκευάσματα από το έκκριμα μετά από χρώση. Ακόμη γίνεται με καλλιέργεια του εκκρίματος σε ειδικά θρεπτικά υλικά. Καλό είναι να γίνεται και έλεγχος της ευαισθησίας του γονοκόκκου στα αντιβιοτικά γιατί έχουν παρατηρηθεί στελέχη που παράγουν πενικιλινάση και είναι εξαιρετικά ανθεκτικά στην πενικιλίνη. (Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979).

Θεραπεία

Η βλεννόρροια θεραπεύεται με πενικιλίνη η οποία δρα πολύ γρήγορα και αποτελεσματικά όταν δίνεται με ένεση. Για ανθρώπους αλλεργικούς στην πενικιλίνη θα πρέπει να χορηγούνται αντιβιοτικά ερυθρομυκίνης και καναμυκίνης. Το άτομο αν παίρνει χάπια πενικιλίνης θα πρέπει να είναι υπό ιατρική παρακολούθηση γιατί πολλές φορές το βακτηρίδιο εξοικειώνεται τόσο πολύ με το φάρμακο ώστε από μια στιγμή και πέρα δεν επηρεάζεται καθόλου. Τέλος, απαραίτητο είναι να κάνουν θεραπεία και οι δύο ερωτικοί σύντροφοι. (Macheith 1981, Δετοράκης 1988, Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979).

3) Μαλακό έλκος

Το μαλακό έλκος προκαλείται από βακτηρίδιο που εισδύουν στο δέρμα των γεννητικών οργάνων ή στους βλεννογόνους και σχηματίζουν μικρές φούσκες γεμάτες πύον. Οι φούσκες αυτές σπάνε γρήγορα και μεταβάλλονται σε έλκη τα οποία απλώνονται σε ολόκληρη την γεννητική περιοχή. Το έλκος εισχωρεί βαθιά μέσα στο δέρμα ή μπορεί ν' απλωθεί γρήγορα στην επιφάνεια του δέρματος και να καλύψει το στομάχι, τους βουβώνες και τους μηρούς. Ο χρόνος επώασης είναι 3-7 ημέρες. (Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979, Reuben 1986).

Διάγνωση

Η διάγνωση του μαλακού έλκος γίνεται με την ανεύρεση των βακτηριδίων σε άμεσα παρασκευάσματα από την βλάβη μετά χρώση. (Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979).

Θεραπεία

Η θεραπεία γίνεται με την χορήγηση σουλφωναμιδών και τετρακυκλίνης ενώ όσο καιρό διαρκεί θα πρέπει ν' αποφεύγεται η σεξουαλική επαφή. (Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979).

4) ΑΦΡΟΔΙΣΙΟ ΛΕΜΦΟΚΟΚΚΙΩΜΑ

Το αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα οφείλεται σε χλαμύδια και έχει χρόνο επώασης 3-21 ημέρες. Η νόσος εκδηλώνεται με την εμφάνιση φυσαλίδων που μοιάζουν με έρπητα και εξαφανίζονται χωρίς θεραπεία. Στη συνέχεια προσβάλλονται οι λεμφικοί αδένες των βουβώνων οι οποίοι είναι διογκωμένοι και επώδυνοι. Αμέσως μετά σχηματίζονται έλκη και συρίγγια. Σε αυτό το στάδιο τα συμπτώματα είναι πυρετός, ναυτία, ρίγη, εμετός, πόνοι στους μύς και τις αρθρώσεις. Μετά από μερικές εβδομάδες οι βλάβες ουλοποιούνται με αποτέλεσμα να εμφανισθούν λειτουργικές παραμορφώσεις των οργάνων που έχουν προσβληθεί. Σχηματίζονται συρίγγια κυστεοκολπικά, ορθοκολπικά ή ορθοκυστικά. Επίσης, μπορεί να εμφανισθεί ελεφαντίαση τους όσχεου ή του αιδοίου. (Reuben 1986, Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979).

Διάγνωση

Η διάγνωση μπορεί να γίνει με την κλινική εικόνα και με την δερμοαντίδραση Frei που γίνεται θετική 1-2 εβδομάδες μετά την αρχική μόλυνση. Ακόμη μπορεί να γίνει και με ουρολογική διάγνωση. (Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979).

Θεραπεία

Η θεραπεία γίνεται με την χορήγηση σουλφωναμιδών, στρεπτομυκίνης, ή χλωραμφαινικόλης και είναι περισσότερο αποτελεσματική όταν γίνεται στα αρχικά στάδια της νόσου. (Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979).

5) ΒΟΥΒΩΝΙΚΟ ΚΟΚΚΙΩΜΑ

Σύμφωνα με τον Reuben, το βουβωνικό κοκκίωμα προκαλείται από βακτηρίδια. Αρχικά στην επιφάνεια των γεννητικών οργάνων παρουσιάζονται μικρά εξογκώματα τα

οποία μεταβάλλονται σε υγρές μάζες ιστών και απλώνονται σε ολόκληρο το πέος, τα χείλη, την κλειτορίδα και τον πρωκτό. Πολύ γρήγορα αναπτύσσεται μια άσχημη μυρωδιά και πολλές φορές τυχαίνει το πέος ή η κλειτορίδα, ή το όσχεο να διογκώνονται και να παίρνουν παράξενα σχήματα.

Το βουβωνικό κοκκίωμα είναι επικίνδυνη νόσος γιατί τα πρώτα συμπτώματα είναι ανώδυνα και έτσι κάποιο άτομο που είναι μολυσμένο ενθαρρύνεται να αναβάλει την θεραπεία. Ο χρόνος επώασης είναι 3 μήνες και η θεραπεία γίνεται με αντιβιοτικά (Reuben 1986).

6) ΕΡΠΗΣ ΤΩΝ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ

Ο έρπης των γεννητικών οργάνων οφείλεται στον Herpes Virus Hominis. Ο ιός μεταδίδεται με την σεξουαλική επαφή και εμφανίζεται στον τράχηλο, στον κόλπο, στα εσωτερικά ή εξωτερικά χείλη ή στην βάλανο του πέους. Ο χρόνος επώασης είναι 2-5 μέρες.

Αρχικά εμφανίζονται μικρές φυσαλίδες που σπάνε μέσα σε 24 ώρες σχηματίζοντας αργότερα μικρά έλκη που συνοδεύονται με φαγούρα και πόνο. Τα έλκη εξαφανίζονται μετά από 10-20 μέρες. Τα συμπτώματα που εμφανίζονται είναι πόνος κατά την συνουσία και την ούρηση και καταβολή δυνάμεων.

(Δετοράκης 1988, Macheith 1981, Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979, Κρεατσάς 1989).

Ο γεννητικός έρπητας κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να προκαλέσει αποβολή ή πρόωρο τοκετό. Αν το παιδί γεννηθεί υπάρχει πιθανότητα να αναπτύξει λοίμωξη από τον ιό ή νευρολογικές βλάβες ή δερματικές αλλοιώσεις. Αν σε μια έγκυο ή τον σύντροφό της υπάρχει ιστορικό μόλυνσης από έρπητα θα πρέπει αν λαμβάνεται υγρό από τον τράχηλο με σκοπό την αναζήτηση του ιού του έρπητα ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις θα πρέπει να γίνεται καισαρική τομή. (Κρεατσάς 1989).

Διάγνωση

Η διάγνωση γίνεται σε άμεσα παρασκευάσματα από τις βλάβες στα οποία αναζητούνται τα χαρακτηριστικά ενδοκυτταρικά μορφώματα που προκαλούνται από τον ιό του έρπητα. (Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979).

Θεραπεία

Θεραπεία για τον έρπη των γεννητικών οργάνων δεν υπάρχει. Χορηγούνται μόνο τοπικά ή γενικά αναλγητικά ή και κορτικοειδή. (Δετοράκης 1988, Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979).

7) ΤΡΙΧΟΜΟΝΑΔΩΣΗ

Οι κολπικές τριχομονάδες οφείλονται στο πρωτόζωο που ονομάζεται *Trichomonas Vaginalis*. Έχει χρόνο επώασης 4-28 ημέρες και μεταδίδεται με την σεξουαλική επαφή αλλά και από το καπάκι της τουαλέτας, από μολυσμένα σεντόνια, εσώρουχα ή ιατρικά εργαλεία. Τα συμπτώματα στις γυναίκες εκδηλώνονται με φαγούρα, συχνουρία, και έκκριση από τον κόλπο δύσοσμου υγρού. Πολλές φορές δεν εμφανίζονται σαφή συμπτώματα η εμφανίζεται πόνος περιστασιακά κατά την ούρηση. Στους άντρες εκδηλώνεται με μορφή ουρηθρίτιδας αλλά τις περισσότερες φορές δεν εμφανίζουν συμπτώματα. Γι' αυτό τον λόγο πρέπει να γίνεται θεραπεία και στους δύο συντρόφους. (Δετοράκης 1988, Webb-Brever 1991, Macheith 1981, Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979, Γκουρνέλης 1992).

Διάγνωση

Η διάγνωση γίνεται με την ανεύρεση του παρασίτου σε άμεσα παρασκευάσματα ή μετά από καλλιέργεια του εκκρίματος σε ειδικά θρεπτικά υλικά. (Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979).

Θεραπεία

Η θεραπεία γίνεται με κολπικές πλύσεις, υπόθετα και χάπια. Πρέπει αν γίνεται συγχρόνως θεραπεία και στους δύο συντρόφους έστω και αν δεν παρουσιάζουν συμπτώματα και οι δύο. Πολλές φορές χρειάζεται επανάληψη της θεραπείας γιατί οι τριχομονάδες φωλιάζουν μέσα στις κρύπτες του κόλπου και δύσκολα εξοντώνονται. (Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979, Κρεατσάς 1989).

8) ΜΟΝΙΛΙΑΣΗ ΤΩΝ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ

Η μονιλίαση είναι η πιο κοινή κολπική μόλυνση και οφείλεται στον μύκητα *Candida Albicans*. Έχει χρόνο επώασης 3-90 μέρες και μεταδίδεται με την σεξουαλική επαφή. Μπορεί να εμφανιστεί σε γυναίκες που παίρνουν αντιβιοτικά ή αντισυλληπτικά ή περνούν το στάδιο της εγκυμοσύνης και πάσχουν από διαβήτη. Η μονιλίαση, στις γυναίκες, συνήθως προκαλεί φαγούρα ή πόνο στο αιδοίο, στον κόλπο ή και στην ουρήθρα με αποτέλεσμα να παρουσιάζεται δυσκολία στην ούρηση. Σε περίπτωση έντονης φλεγμονής παρατηρείται

έκκριση παχύρρευστου λευκωπού υγρού. Η μονιλίαση στον άντρα μπορεί να προκαλέσει πόνο κατά την ούρηση ή βαλανοποσθίτιδα. (Δετοράκης 1988, Macheith 1981, Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979, Κρεατσάς 1989).

Διάγνωση

Η διάγνωση της μονιλίαςης γίνεται με την ανεύρεση υφών ή σπορίων του μύκητα σε άμεσα παρασκευάσματα από το έκκριμα ή μετά από καλλιέργεια του εκκρίματος σε ειδικά θρεπτικά υλικά. (Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979).

Θεραπεία

Η θεραπεία γίνεται με αλοιφές ή κολπικά υπόθετα που εισάγονται βαθειά στον κόλπο κα'θε βράδυ για 14 ημέρες. Θα πρέπει να γίνεται θεραπεία και των δύο συντρόφων και να μην έρχονται σε σεξουαλική επαφή κατά την διάρκεια της θεραπείας. (Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979, Κρεατσάς 1989).

9) ΒΑΚΤΗΡΙΑΚΗ VAGINOSIS

Σύμφωνα με την Αντωνοπούλου, η βακτηριακή vaginosis είναι μια λοίμωξη του κόλπου. Το πρόβλημα εμφανίζεται όταν οι φυσιολογικοί προστατευτικοί βακτηριακοί οργανισμοί του κόλπου μειώνονται σε αριθμό, ενώ τα μολυσμένα βακτηρίδια υπεραναπτύσσονται με αποτέλεσμα την υπερανάπτυξη ενός γκριζόασπρου εκκρίματος το οποίο συνοδεύεται από άσχημη οσμή και φαγούρα. Λοιμώξεις όμως εμφανίζονται και στην ουρήθρα των αντρών, οι οποίοι έχουν έρθει σε σεξουαλική επαφή με μολυσμένη γυναίκα. (Αντωνοπούλου 1997).

Θεραπεία

Κατά κύριο λόγο η θεραπεία γίνεται με αντιβιοτικά (Αντωνοπούλου 1997).

10) ΦΘΕΙΡΙΑΣΗ ΤΟΥ ΕΦΗΒΑΙΟΥ

Οι φθείρες (ψείρες), είναι παράσιτα τα οποία εισβάλλουν στην ηβική χώρα. Μεταδίδεται με την σεξουαλική επαφή αλλά και με σεντόνια, πετσέτες και ρούχα που έχει χρησιμοποιήσει κάποιο μολυσμένο άτομο. Το σχήμα τους είναι στρογγυλό και το χρώμα τους καφέ. Αναπτύσσονται στις ρίζες των τριχών του εφηβαίου και προκαλούν φαγούρα και ερεθισμό στο δέρμα. (Δετοράκης 1988, Κρεατσάς 1989, Αντωνοπούλου 1997).

Διάγνωση

Η διάγνωση γίνεται με την ανεύρεση φθειρών ή των αυγών τους στο δέρμα του εφηβαίου. (Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979).

Θεραπεία

Η θεραπεία πετυχαίνεται με τοπική καθαριότητα ή με την χρήση αλοιφής ή με την χρήση σκόνης εξαχλωρο-βενζολίου (DDT) ή ακόμα με θερμό ξύδι. (Δετοράκης 1988, Κρεατσάς 1989, Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1997).

11) ΨΩΡΑ

Η ψώρα οφείλεται στο *Sarcoptes (Acarus) Scabice* και έχει χρόνο επώασης 3-5 μέρες. Κυρίως μεταδίδεται με την σωματική επαφή. Το θηλυκό ακάρι τοποθετεί τα αυγά του στα δάχτυλα, στον καρπό του χεριού, στην μέση και στα γεννητικά όργανα τα οποία μολύνονται και δημιουργείται μια αφόρητη φαγούρα. (Δετοράκης 1988, Macheith 1981, Γκουρνέλης 1992).

Θεραπεία

Η θεραπεία γίνεται με επάλειψη της μολυσμένης περιοχής με βενζοϊκό βενζόλιο ή εξαχλωριούχο γάμμα βενζένιο. Ακόμη πρέπει ν' αλλάζονται τα σεντόνια, οι κουβέρτες, οι πετσέτες και τα ρούχα. (Δετοράκης 1988, Macheith 1981).

12) ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΑ

Τα κονδυλώματα είναι δερματική βλάβη που οφείλονται σε κάποιον ιό ο οποίος ονομάζεται «ιός ανθρώπινου δηλώματος». Ο συγκεκριμένος ιός αποτελεί μακροπρόθεσμο αίτιο καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και άλλων καρκίνων του πρωκτού και της γεννητικής περιοχής.

Αρχικά εμφανίζεται ένα μεμονωμένο έπωρμα σαν κρεατοελιά, γύρω από το οποίο σύντομα αναπτύσσονται και άλλα παρόμοια. Έχουν ροζ ή λευκό χρώμα και είναι πιο μαλακά από τις συνηθισμένες κρεατοελιές του δέρματος. Ο χρόνος επώασης είναι 6-8 εβδομάδες. Στους άντρες παρουσιάζονται στην βάλανο, στο σώμα του πέους, στην ακροποσθία, στον χαλινό, στο στόμιο της ουρήθρας, στο όσχεο ή στον πρωκτό. Στις γυναίκες τα πιο συνηθισμένα σημεία εμφάνισης είναι στην είσοδο του κόλπου, στο περινέο, στο αιδοίο, στον τράχηλο ή τον πρωκτό. (Δετοράκης 1988, Κρεατσάς 1989, Αντωνοπούλου 1997).

Διάγνωση

Κατά τον Κρεατσά η διάγνωση της πάθησης στηρίζεται στην κλινική εμφάνιση των βλαβών. Οι γυναίκες με κονδυλώματα θα πρέπει να υποβάλλονται σε μικροβιολογικό έλεγχο για να αποκλεισθούν άλλες λοιμώξεις. (Κρεατσάς 1989).

Θεραπεία

Η θεραπεία των κονδυλωμάτων γίνεται με τους εξής τρόπους:

α) με επαλείψεις διαλύματος ή αλοιφής ποδοφυλίνης δύο φορές την εβδομάδα.

β) αν τα κονδυλώματα βρίσκονται έξω από τα κολπικά χείλια μπορούν να αφαιρεθούν με τοπικό πάγωμα του δέρματος (με χλωροαιθυλένιο σπρέι και ένα ειδικό εργαλείο)

γ) αν τα κονδυλώματα βρίσκονται μέσα στον κόλπο ή στον τράχηλο θα πρέπει να αφαιρεθούν με ηλεκτροκαυτηρίαση. (Κρεατσάς 1989, Macheith 1981).

13) ΜΗ ΕΙΔΙΚΗ ΟΥΡΗΘΡΙΤΙΔΑ

Η μη ειδική ουρηθρίτιδα είναι ένα συνηθισμένο νόσημα και ως αιτιολογικοί παράγοντες θεωρούνται τα μυκοπλάσματα και τα χλαμύδια. Μολονότι δεν θεωρείται αφροδίσιο νόσημα μεταδίδεται με την σεξουαλική επαφή. Έχει χρόνο επώασης 8-14 μέρες και τα συμπτώματα που παρουσιάζει είναι συχνουρία και πόνος κατά την ούρηση. Μπορεί να δημιουργήσει επιπλοκές όπως αρθρίτιδα και επιπεφυκίτιδα αν δε γίνει θεραπεία. (Δετοράκης 1988, Τριχοπούλου-Τριχόπουλος 1986).

Θεραπεία

Για την θεραπεία της μη ειδικής ουρηθρίτιδας χορηγείται τετρακυκλίνη. (Δετοράκης 1988).

14) ΜΟΛΥΣΜΑΤΙΚΗ ΤΕΡΜΙΝΘΟΣ

Κατά την Macheith, η μολυσματική τέρμινθος οφείλεται σ' έναν ιό και προκαλεί εξογκώματα που μοιάζουν με μικρές μυρμηγκιές. Το μέγεθός τους είναι σαν το κεφάλι μιας καρφίτσας μ' ένα βαθύλωμα στην μέση. Έχει χρόνο επώασης μέχρι και 6 μήνες και παρουσιάζεται στα γεννητικά όργανα, το πρόσωπο και τους ώμους. (Macheith 1981).

Θεραπεία

Κατά την Macheith η θεραπεία γίνεται με φαινόλη (Macheith 1981).

15) ΜΕΤΑΔΟΤΙΚΑ ΜΑΛΑΚΙΑ

Σύμφωνα με την Αντωνοπούλου, τα μεταδοτικά μαλάκια προκαλούνται από έναν φλυκταϊνώδη ιό που δημιουργεί αλλοιώσεις στα εξωτερικά γεννητικά όργανα ή σε άλλα μέρη του σώματος όπως τους γλουτούς, τους μηρούς, ή την κοιλιά. Έχουν χρόνο επώασης 3-6 εβδομάδες και το χρώμα τους είναι ροζ ή πορτοκαλί. Αν οι αλλοιώσεις που έχουν δημιουργηθεί υποστούν κάποιο τραυματισμό η επιφάνειά τους γίνεται μαύρη και δημιουργούνται μικροπροβλήματα τα οποία εξαφανίζονται μετά από 6 μήνες. (Αντωνόπουλος 1997).

Θεραπεία

Κατά την Αντωνοπούλου, για να αφαιρεθούν οι δερματικές αλλοιώσεις χορηγείται παγωμένο διοξείδιο του άνθρακα ή υγρό άζωτο. (Αντωνοπούλου 1997).

16) ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β

Η ηπατίτιδα Β οφείλεται σε ιό και έχει χρόνο επώασης 1-6 μήνες. Μεταδίδεται με την παρεντερική χορήγηση αίματος ή πλάσματος ή με αντικείμενα και εργαλεία μη αποστειρωμένα καθώς και με την σεξουαλική επαφή. Όταν κάποιος έχει ηπατίτιδα προσβάλλεται από μια οξεία λοιμώδη νόσο με πυρετό. Στη συνέχεια υπάρχουν πόνοι στις αρθρώσεις, κόπωση και ανορεξία, ενώ το αποκαλυπτικό σύμπτωμα είναι ο ίκτερος. Όταν εμφανισθεί ο ίκτερος θα πρέπει να γίνουν εξετάσεις για να διαπιστωθεί η έκταση των ηπατικών βλαβών και να ανιχνευθεί ο ιός. Η ανίχνευση των φορέων της ηπατίτιδας Β γίνεται με την ανεύρεση Αυστραλιανού αντιγόνου στο αίμα. (Γκουρνέλης 1992, Hecht 1985).

Θεραπεία

Η θεραπεία γίνεται με το εμβόλιο αντι-Β. (Hecht 1985).

17) AIDS

Ο όρος AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome: Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας) είναι ένα σύνολο καταστάσεων που συναντώνται όλες μαζί. Η αιτία αυτών των καταστάσεων είναι ο ιός ARV ή LAV ή HTLV-III. Όταν ο οργανισμός προσβληθεί απ' αυτόν τον ιό το ανοσολογικό σύστημα παραλύει λόγω βλάβης των λεμφοκυττάρων με αποτέλεσμα ο οργανισμός να μην μπορεί να καταπολεμήσει τις διάφορες λοιμώξεις ή να εμποδίσει την ανάπτυξη νεοπλασμάτων. (Αλμπουτάκη 1985, Κρεατσάς 1989).

Ο ιός μπορεί να μεταδοθεί με τους εξής τρόπους:

α) Παρεντερικά, με μετάγγιση αίματος ή με την χρήση βελόνων ή άλλων εργαλείων που δεν αποστειρώνονται.

β) Με την σεξουαλική επαφή η οποία μπορεί να δημιουργήσει μικροτραυματισμούς, αμυχές και λύσεις της συνέχειας του δέρματος και των βλεννογόνων.

γ) Με άμεση επαφή. Η είσοδος μικρής ποσότητας αίματος ή άλλων υγρών και εκκρισμάτων από τις αμυχές του δέρματος ή τον βλεννογόνων.

δ) από την μητέρα στο παιδί κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης ή μετά. (Αλιμπουτάκη 1985, Κρεατσάς 1989)

Ο ιός μπορεί να μολύνει τον οργανισμό χωρίς να προκαλέσει κάποια λοίμωξη. Ακόμη μπορεί να πολλαπλασιασθεί με αποτέλεσμα μετά από λίγους μήνες να εμφανιστούν τα συμπτώματα. Πολύ συχνά εκδηλώνεται με πυρετό και διόγκωση των λεμφαδένων. Σε μερικές περιπτώσεις είναι δυνατό τα συμπτώματα να υποχωρήσουν τελείως αλλά να παραμείνουν ο ιός και τα αντισώματα με αποτέλεσμα το άτομο να γίνει ασυμπτωματικός φορέας. Τα συμπτώματα του συνδρόμου AIDS εξαρτώνται από το είδος της λοίμωξης που προσβάλλει τον οργανισμό. Τα πιο συχνά συμπτώματα είναι: πυρετός, αδυναμία, προοδευτική απώλεια βάρους, ιδρώτας, διάρροια, βήχας ή δύσπνοια, αλλοιώσεις στο δέρμα, το στόμιο, τη μύτη και τα βλέφαρα, διόγκωση των λεμφαδένων στο λαιμό και τις μασχάλες, απώλεια μνήμης, σάρκωμα καπόζι, το οποίο χαρακτηρίζεται από την εξέλιξη μικρών όγκων στο δέρμα, καρκίνωμα στην γλώσσα ή τον ορθό, λέμφωμα στον εγκέφαλο και λευχαιμία. (Αλιμπουτάκη 1985, Κρεατσάς 1989).

Διάγνωση

Η διάγνωση μπορεί να γίνει με την ανίχνευση αντισωμάτων προς τον ιό του AIDS. Είναι όμως δύσκολη και μπορεί να δώσει θετικά αποτελέσματα και σε περιπτώσεις που δεν υπάρχει λοίμωξη από AIDS.

Επειδή οι ασθενείς με AIDS έχουν μειωμένη κυτταρική άμυνα είναι δυνατόν να διαπιστωθεί με διάφορες ανοσολογικές μεθόδους το επίπεδο της ανοσολογικής τους κατάστασης. (Αλιμπουτάκη 1985, Κρεατσάς 1989).

Θεραπεία

Κατά την Αλιμπουτάκη, η θεραπεία των ασθενών του συνδρόμου είναι δύσκολη και πολλές φορές ανεπιτυχής. Αυτό οφείλεται στο μεγάλο φάσμα των ευκαιριακών λοιμώξεων του οργανισμού στον άρρωστο από AIDS καθώς και της ανοσοανεπάρκειάς του.

Το ΗΡΑ-23 είναι ένα φάρμακο που αναστέλλει την εξάπλωση του ρετροϊού με αποτέλεσμα να ανακόπτει και την εξάπλωση του AIDS. Μια από τις παρενέργειές του είναι η θρομβοκυτοπενία. Όταν διακοπεί η χορήγηση του φαρμάκου ο οργανισμός επανέρχεται στην προηγούμενη κατάσταση. Αν ξαναχρησιμοποιηθεί μετά από λίγο χρονικό διάστημα αναπτύσσει πάλι τις ικανότητές του.

Ακόμη χρησιμοποιείται η ιντερφερόνη για την επαναδραστηριοποίηση του ανοσολογικού συστήματος. Η ιντερφερόνη έχει την δυνατότητα να παρεμβαίνει στον πολλαπλασιασμό και στην ανάπτυξη των ογκογόνων κυττάρων. Επίσης, επιδρά αποτελεσματικά στους ιούς και μπορεί να δράσει πάνω στην φάση που διαφοροποιούνται τα Τ λεμφοκύτταρα (Αλιμπουτάκη 1985).

9. ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΗΣΗ

9.1 Εισαγωγή

Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση είναι μια συμβουλευτική, καθοδηγητική διαδικασία που θεμελιώνεται σε ισχυρή και γνήσια διαπροσωπική σχέση που πρέπει ν' αναπτύσσεται μεταξύ συμβούλου και συμβουλευόμενου. Σύμφωνα με την ετυμολογική ανάλυση του όρου πρόκειται για εκπαίδευση, παροχή γνώσης και αγωγής γύρω από το σεξ και όσων σχετίζονται με αυτό, δηλαδή φύλο, ανατομία, φυσιολογία, αναπαραγωγή, έρωτας, σχέση και συναισθήματα, συνουσία, κίνδυνοι, αντισύλληψη, ηθικοί και κοινωνικοί περιορισμοί. Ακόμη, πρέπει να εφαρμόζεται σε όλη τη διάρκεια της ζωής του ανθρώπου, απ' τη νηπιακή του ηλικία μέχρι την στιγμή που γίνεται γονιός. (Κρουσταλάκης 1995, Χιωτέλη 1998, Δετοράκης 1988).

Το θέμα της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης προβληματίζει γονείς και δασκάλους οι οποίοι συχνά έχουν αντικρουόμενες απόψεις τόσο στον διεθνή χώρο όσο και στην χώρα μας. Οι απόψεις που ακούγονται είναι από τις πιο ακραίες προοδευτικές μέχρι τις πιο συντηρητικές. Μερικοί ισχυρίζονται ότι χωρίς την σεξουαλική αγωγή οι προηγούμενες γενιές υπήρξαν και είναι υγιείς. Και αυτό ακόμη αν είναι αλήθεια, δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι σήμερα οι κοινωνικές, οι περιβαλλοντικές, οι πολιτισμικές, οι ιατρικές και άλλες συνθήκες μέσα στις οποίες τοποθετούνται και διαδραματίζονται οι γενετήσιες σχέσεις, έχουν σημαντικά αλλάξει. Τα τελευταία χρόνια η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση έχει ήδη αρχίσει να προβάλλεται από τα Μ.Μ.Ε. Αυτό μπορεί να συσχετισθεί με την αύξηση των προβλημάτων που συνδέονται με την σεξουαλική συμπεριφορά των νεότερων ιδίως ατόμων αλλά και με την αλλαγή της στάσεως της κοινωνίας απέναντι σε αυτά τα προβλήματα. Σήμερα είναι γεγονός ότι οι ενήλικες δέχονται περισσότερο άλλοτε τις προγαμιαίες σχέσεις, ενώ συγχρόνως δίνουν στους εφήβους ευκαιρίες και δυνατότητες στενής επαφής μεταξύ τους με σύγχρονη χαλάρωση της επιβλέψεώς τους. (Τριχόπουλος 1986, Παπαευαγγέλου Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979).

Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση είναι απαραίτητη για να εμποδιστούν οι βλαβερές συνέπειες που ριζώνουν στην ψυχή του παιδιού από την άγνοια με το πρόσχημα της ντροπής και της αθωότητας. Η αληθινή αγνότητα δεν ικανοποιείται με τα ψέματα των γονιών, ούτε με τις υπεκφυγές και τις συγκαλύψεις. Μπορεί να φανεί για μια στιγμή πως τα παραδέχεται αλλά κατά βάθος γεννιούνται νέες απορίες και δικές του αυθαίρετες υποθέσεις οι οποίες μπορεί να προκαλέσουν ψυχικό τραυματισμό. Ταυτόχρονα τα παιδιά βοηθούνται ν' αντιμετωπίσουν

διάφορα ψυχολογικά και σωματικά προβλήματα. Ακόμη μπορεί να βοηθήσει τις νέες κοπέλες ν' αποφύγουν μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, δεδομένου ότι η σεξουαλική επανάσταση, ένα από τα κύρια χαρακτηριστικά της εποχής μας, επιβάλλει η σεξουαλική αγωγή να μην αναφέρεται μόνο στην αναπαραγωγή αλλά και στην αντισύλληψη. Μιλώντας στο μικρό παιδί με τον κατάλληλο τρόπο για την τεκνογονία και την διαφορά των φύλων, ικανοποιούμε την περιέργειά του για κάτι που δεν ξέρει και το μαθαίνει απονήρευτα. (Δρακουλίδης 1985, Δετοράκης 1988).

9.2 Σκοπός σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης και ηλικία έναρξης

Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση έχει ως κύριο σκοπό την ανάπτυξη και ωρίμανση του νέου ανθρώπου, την γνώση της ανατομίας και φυσιολογίας της αναπαραγωγής και των σεξουαλικών σχέσεων αλλά και των συναισθημάτων για την αγάπη, την φιλία, την χαρά, την σεξουαλική ορμή, το πάθος ή την λύπη που μπορεί να προκαλέσουν. Θα πρέπει να μάθουν για τις σχέσεις και τα προβλήματα που δημιουργεί ο γάμος αλλά και για τους περιορισμούς που θέτει η κοινωνία οι οποίοι για να γίνουν παραδεκτοί από το νέο άνθρωπο, χρειάζεται αυτοπειθαρχία, συζήτηση και συνεχής ενημέρωση. Τελικός σκοπός της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης πρέπει να είναι η ομαλή ψυχοσεξουαλική ανάπτυξη του ατόμου για την δημιουργία ευτυχισμένης οικογένειας. (Παπαευαγγέλου Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979, Τριχόπουλος 1986, Κρουσταλάκης 1995).

Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση δεν είναι μια ομάδα συμβουλών που κάποτε πρέπει να δώσουν οι γονείς στα παιδιά. Αυτό που πρέπει να δίνουν είναι μια συνεχής παροχή πληροφοριών και αντιδράσεων. Η πληροφόρηση πρέπει ν' αρχίζει απ' τα πρώτα χρόνια ζωής του παιδιού γιατί τότε απευθύνει τις πρώτες σεξουαλικές ερωτήσεις του, ιδιαίτερα προς τη μητέρα. Οι απαντήσεις, από την μεριά των γονιών, πρέπει να δίνονται με ειλικρίνεια και σωστή ορολογία σύμφωνα πάντα με την ανάπτυξη του παιδιού. Η αρχική ενημέρωση πρέπει να είναι περιορισμένη μόνο στο περιεχόμενο της ερώτησης και χωρίς να χρωματίζεται. (Παπαευαγγέλου Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979, Τριχόπουλος 1986, Δρακουλίδης 1985).

9.3 Από πού γίνεται η πληροφόρηση των ελλήνων παιδιών – Συνέπειες

Τα περισσότερα ενημερώνονται για σεξουαλικά θέματα από:

α) βιβλία και έντυπα που είναι γραμμένα από ανεύθυνα άτομα

β) κινηματογραφικά έργα, video, tv

γ) από συνομήλικους τους ή παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας τα οποία συχνά μεταφέρουν λανθασμένες ιδέες.

δ) από την σεξουαλική ζωή των ζώων η οποία δεν είναι αρκετή για να δώσει απαντήσεις στα ερωτήματα των παιδιών.

(Δετοράκης 1988, Παπαευαγγέλου Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979, Κρουσταλάκης 1995).

Όταν λοιπόν οι νέοι, έχουν ερεθίσματα από την τηλεόραση, τα περιοδικά και την ίδια την σύγχρονη τη ζωή, κάνουν έρωτα και πειραματίζονται πάνω σε αυτά που κακώς έμαθαν, μοιραία θα έρθει η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη με όλα τα ψυχολογικά, κοινωνικά και σωματικά προβλήματα που συνεπάγεται. Ακόμη οι από άγνοια λαθεμένες ή από πρόθεση διαστρεβλωμένες απαντήσεις, που δίνουν οι γονείς και το περιβάλλον του παιδιού σε σχετικά ερωτήματα σεξουαλικής περιέργειας ή απορίας και αργότερα οι παράλογες απαγορεύσεις και οι τρομοκρατικές φοβέρες γίνονται αφορμή για βλαβερές συνέπειες πάνω στην σεξουαλικότητα και προσωπικότητα του παιδιού και συχνά ανοίγουν τον δρόμο για ψυχοευρώσεις ή ανώμαλες αντιδράσεις. Οι γονείς και τα σχολεία πρέπει να αποκτήσουν πρωτεύουσα θέση στην πληροφόρηση των παιδιών για το σεξ. Ιδιαίτερα οι γονείς θα πρέπει να είναι σε θέση να διαπραγματεύονται με καλή διάθεση και άνεση τα προβλήματα των παιδιών τους που αφορούν στην σεξουαλική δραστηριότητα. (Δετοράκης 1988, Δρακουλίδης 1985, Αντωνοπούλου 1997).

9.4 Εξέλιξη σεξουαλικού ενστίκτου

Το σεξουαλικό ένστικτο, σύμφωνα με τον Δρακουλίδη, είναι το ίδιο σημαντικό με το αυτοσυντηρητικό ένστικτο, αποτελεί ένα από τα σκέλη του τρίποδα της ανθρώπινης υπόστασης και επιδρά άμεσα στα δύο άλλα σκέλη: την προσωπικότητα και την κοινωνικότητα γιατί συνδέεται άμεσα με την λειτουργία των ορμονικών αδένων και του νευροφυτικού συστήματος που διέπουν ρυθμιστικά την οργανική και την ψυχική λειτουργία, με ενισχυτική επίδραση στην αντίληψη, την κρίση και τη δραστηριότητα και με δημιουργία

υποτονίας τους όταν παρεμβληθούν εμπόδια διαστροφικά της ομαλής σταδιακής εξέλιξης της σεξουαλικότητας. (Δρακουλίδης 1985).

Η σταδιακή εξέλιξη, κατά τον Δρακουλίδη, διαίρεται σε πέντε περιόδους:

0-3 χρόνων (ανεκδήλωτη): Η πρώτη σεξουαλική ικανοποίηση είναι η στοματική. Πραγματοποιείται με τον θηλασμό των πρώτων μηνών και έχει διπλό σκοπό. Την παροχή θρεπτικής και συναισθηματικής τροφής. Το βρέφος μετά από τον κορεσμό της πείνας του ηδονίζεται με το να έχει την θηλή του μαστού στο στόμα του και διαμαρτύρεται αν η μητέρα του το αποσπάσει. Η έλλειψη μητρικού θηλασμού μπορεί ν' αναπληρωθεί από άποψη τροφής θρεπτικής, όχι όμως συναισθηματικής. Ο θηλασμός, μέχρι να φανεί το πρώτο δόντι, είναι και προϋπόθεση για την ανάπτυξη της συναισθηματικότητας και την αποφυγή του συναισθήματος εγκατάλειψης με τις αντιδραστικές μελλοντικές συνέπειές του. Γι' αυτό ακόμη και όταν δεν υπάρχει γάλα, το μωρό πρέπει να βάζει τον μαστό στο στόμα. (Δρακουλίδης 1985).

3-6 χρόνων: Σε αυτή την ηλικία εκδηλώνεται η σεξουαλική περιέργεια. Είναι μια ευκαιρία για να λύσει η μητέρα με κατάλληλο τρόπο τις απορίες του παιδιού πριν ενημερωθεί από άλλους στο σχολείο με ανώμαλο τρόπο. Το παιδί πρέπει να ενημερωθεί με ειλικρίνεια και με απλό τρόπο. Οι γονείς για να ικανοποιήσουν την περιέργεια του παιδιού πρέπει να είναι ενημερωμένοι και να του μιλήσουν κατάλληλα. Ακόμη και αν το παιδί δεν κάνει ερωτήσεις περιέργειας, η μητέρα πρέπει να βρει ευκαιρία για μια πρώτη ενημέρωσή του, πριν το παιδί πάει στο νηπιαγωγείο και απευθύνει τις ερωτήσεις του σε πρόσωπα μη κατάλληλα. Επίσης η μητέρα όσο το παιδί προχωρεί από τη νηπιακή ηλικία στην παιδική, πρέπει να ελαττώσει την υπερβολή στα χάδια και τα φιλιά, να μη το βάζει στο κρεβάτι μαζί της, ούτε και να το βοηθάει σε κάτι που μπορεί να το κάνει μόνο του. Ταυτόχρονα όταν κάνει μπάνιο το παιδί, να μην αγγίζει τα γεννητικά του όργανα, ούτε να του μιλά γι' αυτά και προπαντός να μη το φοβερίζει με τρομακτικές φράσεις ή εκφοβιστικά παραδείγματα. (Δρακουλίδης 1985).

6-12 χρόνων (σεξουαλική έρευνα): Στο παιδί της ηλικίας αυτής αναπτύσσεται η επιθυμία της μάθησης και της δράσης. Σε συνάρτηση με τις παρορμήσεις αυτές εκδηλώνεται και η σεξουαλική έρευνα. Οι σιωπές, οι απαγορεύσεις, οι αναπόδεικτες απαντήσεις που συνήθως παίρνει στα σεξουαλικά του ερωτήματα από τους γονείς ή οι τερατολογικές απαντήσεις που ακούει από συμμαθητές του, του θεμελιώνουν την εντύπωση πως κάτι το σπουδαίο υπάρχει κρυμμένο και απαγορευμένο. Κι αυτό μεγαλώνει την περιέργειά του, κατακτά όλο το χώρο του ενδιαφέροντός του και με κάθε τρόπο προσπαθεί να ξεκαθαρίσει το

μυστήριο, αλλά και να βρει μέσα ξεπεράσιματος των απαγορεύσεων και του φόβου τιμωρίας με πρώτο αμυντικό μέσο την ψευτιά και τις επινοήσεις που απ' αυτήν απορρέουν και ενδυναμώνονται από τις γονεϊκές καταπιέσεις ή αστυνομεύσεις. Στην ηλικία αυτή το παιδί πηγαίνει στο δημοτικό, η λογική σκέψη λειτουργεί και από την οιδιποδική προσκόλληση στην μητέρα πηγαίνει προς την περιοχή της ταυτοποίησης με τον πατέρα μπαίνοντας ψυχολογικά στην περισταλτική περίοδο που διέπεται από το πρωτοβάθμιο Υπερεγώ. Οι παράγοντες αυτοί που προκαλούν την κρίση για ό,τι βλέπει και ό,τι ακούει μεταβάλλουν την σεξουαλική περιέργεια σε σεξουαλική έρευνα και κατά την μικροπαιδική ηλικία των 6-9 χρόνων, επινοεί το παιχνίδι του γιατρού, που θα του δώσει την ευκαιρία για ενημέρωσή του στην ατομική διαφορά ανάμεσα στο αγόρι και στο κορίτσι. Όλα αυτά δημιουργούν μια ομαλή εμπειρία φυσιολογική και χρήσιμη που μεταβάλλεται σε επικίνδυνη όταν αντιμετωπίσει τις ψευτιές και απαγορεύσεις των γονέων. Αν η μητέρα κατά την περίοδο αυτή φροντίσει με υπερβολική τρυφερότητα να παρατείνει την οιδιποδική προσκόλληση του παιδιού της πέρα απ' την ηλικία των 6-7 χρόνων, η υποσυνείδητη σεξουαλική παρόρμηση στρέφεται προς την μητέρα ενώ αυξάνεται η αντιζηλία προς τον πατέρα αλλά και η αδιαφορία του για κάθε άλλη επικοινωνία μ' αγόρια και κορίτσια, με κρίσιμη καμπή κατά την εφηβεία, και απώτερη συνέπεια την σεξουαλική αναστολή και ανωριμότητα της προσωπικότητας (δειλία, εσωστρέφεια). Οι συνέπειες αυτές επιδεινώνονται όταν παράλληλα με την οιδιποδική προσκόλληση στην μητέρα υπάρχει η αυστηρότητα του πατέρα που θα δημιουργήσει την Υπερεγωτική καθήλωση και θα εμποδίσει την ομαλή πορεία προς την ενηλικίωση. Η πιο συνηθισμένη σεξουαλική ανωμαλία που θα εκδηλωθεί σ' αυτούς που μένουν προσκολλημένοι στην μητέρα τους, είναι η σεξουαλική αναστολή. Έχουν φυσιολογική σεξουαλική λειτουργία αλλά την στιγμή της σεξουαλικής πράξης η στύση αναστέλλεται και εμποδίζει την ολοκλήρωση. Σε περιπτώσεις που η οιδιποδική προσκόλληση στην μητέρα αφορά άτομο που δε γνώρισε πατέρα και η μητέρα ζει με το μονάκριβο γιο της, η υποσυνείδητη ταυτοποίηση δεν ταυτοποιεί τις γυναίκες με τη μητέρα, αλλά ταυτοποιεί τον γιο με την μητέρα και συχνά δημιουργεί τάση ομοφυλοφιλίας.

Τέλος, σε περίπτωση που η μητέρα είναι συναισθηματικά ψυχρή, αυταρχική και τυραννική και ο πατέρας άβουλος και υποτακτικός, η οιδιποδική περίοδος μένει κενή και ο ανοιδιποδικός εξελίσσεται σε ασεξουαλικό χωρίς επιθυμία, ούτε ετερόφυλη ούτε ομόφυλη. Ο επιθετικός πυρήνας που φυσιολογικά μετατρέπεται σε σεξουαλική παρόρμηση, μένει στις

περιπτώσεις αυτές αμετάτρεπτος, η συναισθηματικότητα δεν αναπτύσσεται και το άτομο εκδηλώνεται ψυχρό ή εμφανίζει τάσεις σαδικές ή εγκληματικές. (Δρακουλίδης 1985).

12-15 χρονών (σεξουαλική αποκάλυψη): αυτή την περίοδο εμφανίζονται τα δευτερεύοντα σεξουαλικά γνωρίσματα όπως η αύξηση του αναστήματος και του τόνου της φωνής, η τρίχωση των γεννητικών οργάνων και στα δύο φύλα, η πρώτη εμμηνορροή και η αύξηση των μαστών στο κορίτσι, και η εμφάνιση στύσης και σπέρματος στο αγόρι. Οι αλλαγές αποτελούν την αποκάλυψη μιας νέας ζωής όπου το νεαρό άτομο παρακολουθεί με έκπληξη τις αλλαγές που του συμβαίνουν. Γεννιέται το αίσθημα της αυθυπαρξίας, η οικογένεια δεν έχει τη μέχρι τότε στενότητα στην αντίληψή του και οι σχέσεις με το αντίθετο φύλο είναι επιφυλακτικές. Τα αγόρια αισθάνονται ταραχή και η φαντασία τους κυριεύεται από το γυναικείο φύλο και οι σεξουαλικοί ερεθισμοί προκαλούν στύσεις και χειρισμούς αυνανιστικής εκσπερμάτισης. Ο αυνανισμός πρέπει ν' αντιμετωπίζεται σαν ένα φυσιολογικό γεγονός στην εφηβεία. Αντίθετα υπάρχουν και πολλοί έφηβοι που δεν έχουν κανενός είδους σεξουαλικής δραστηριότητας. Οι έφηβοι αυτοί αισθάνονται φυσιολογικά και θα πρέπει ν' αντιμετωπίζονται σαν απόλυτα φυσιολογικά. Από την άλλη τα κορίτσια ονειροπολούν ήρωες, και γοητεύονται από τα τολμήματά τους. Τότε είναι που αρχίζουν τα ραντεβού και δημιουργούνται ισχυρά συναισθήματα τα οποία είναι καινούρια και επαναστατικά (Δρακουλίδης 1985, Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979, Δετοράκης 1988)

9.5 Φορείς σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης

α) Το σχολείο

Σε ορισμένες ξένες χώρες η σεξουαλική αγωγή αποτελεί επίσημα μια καθοδηγητικού-συμβουλευτικού τύπου παιδευτική λειτουργία που τελείται στο πλαίσιο της σχολικής κοινότητας. Στις περιπτώσεις αυτές την ευθύνη της διαπαιδαγώγησης έχουν κυρίως παιδαγωγοί, ιατροί, Κ.Λ., και άλλα πρόσωπα τα οποία είναι σχετικά με το μορφωτικό αυτό αντικείμενο. Σε μερικές χώρες η σεξουαλική αγωγή είναι υποχρεωτική δια νόμου όπως στην Δανία, στην Σουηδία και στην Γερμανία. Σε άλλες χώρες είναι απλώς αποδεκτή όπως στην Ελβετία, την Γαλλία και την Ιταλία. Στην Αγγλία είναι επίσημα αποδεκτή χωρίς όμως την κάλυψη ειδικών νόμων. Στην Δανία, Γερμανία, Σουηδία, Αγγλία η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση αρχίζει στο νηπιαγωγείο και συνεχίζεται στα σχολεία στοιχειώδους και μέσης εκπαίδευσης. Στην πατρίδα μας η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση βρίσκεται σε επίπεδο

μελέτης και σχεδιασμού και βασίζεται κυρίως στην προσωπική πρωτοβουλία εκπαιδευτικών που συνεργάζονται και καλούν γιατρούς έτσι ώστε να ενημερώνονται οι μαθητές. (Κρουσταλάκης 1995, Χιωτέλη 1998).

Σε αυτό το επίπεδο που βρίσκεται η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση, στην χώρα μας έχει ανάγκη από ιδιαίτερη περίσκεψη γιατί η σχολική σεξουαλική διαπαιδαγώγηση περικλείει σοβαρούς κινδύνους. Το σημερινό εκπαιδευτικό σύστημα προετοιμάζει τους μαθητές κυρίως για την εκλογή επαγγέλματος και αδιαφορεί για τις ανθρώπινες σχέσεις, την συναισθηματική ωρίμανση και την ολοκλήρωση της προσωπικότητας των μαθητών. Έτσι, υπάρχει κίνδυνος η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση να περιθωριοποιηθεί και να καταντήσει ένα ανιαρό δευτερεύον μάθημα. Ταυτόχρονα υπάρχει κίνδυνος να επιλεγούν αναρμόδια και συναισθηματικά ανώριμα πρόσωπα που μπορεί να προβάλλουν ως ιδανικές λύσεις προσωπικά τους βιώματα και καταστάσεις. Ακόμη είναι δυνατό η σεξουαλική αγωγή να καταλήξει σε μια απρόσωπη και ομαδική ενημέρωση, που ποτέ δεν θα μπορέσει να λειτουργήσει σε επίπεδο διαπροσωπικής σχέσης, δηλαδή να γίνει μια σωστή και αποτελεσματική εξατομικευμένη διαδικασία συμβουλής και καθοδήγησης κάθε παιδιού χωριστά, ως μοναδικής και ανεπανάληπτης προσωπικότητας. (Κρουσταλάκης 1995).

Οι δάσκαλοι θα πρέπει να έχουν κατάλληλες γνώσεις και εκπαίδευση ώστε να περάσουν στα παιδιά σωστά μηνύματα. Στο νηπιαγωγείο και στις πρώτες τάξεις του δημοτικού τα πράγματα είναι σχετικώς εύκολα. Ο δάσκαλος πρέπει να δημιουργήσει ένα πνεύμα ειλικρίνειας και να κατανοήσει την αξία που έχει ο διάλογος με τους μαθητές. Οι απαντήσεις του πρέπει να είναι συγκεκριμένες και να μην επεκτείνεται σε άσκοπες λεπτομέρειες. Στο γυμνάσιο και στο λύκειο μπορεί να συζητήσει τα κοινωνικά προβλήματα που δημιουργούν οι σεξουαλικές σχέσεις, όπως η κύηση, η έκτρωση, τα νόθα παιδιά αλλά και οι ψυχολογικές επιπτώσεις των σεξουαλικών σχέσεων. Ακόμα οι μαθητές μπορούν να ενημερωθούν για βασικές αρχές και μεθόδους οικογενειακού προγραμματισμού καθώς και για την πρόληψη αφροδίστων νοσημάτων. Από την άλλη μεριά οι μαθητές θα πρέπει να συμμετέχουν σε διάλογο και να επιχειρείται εξατομικευμένη προσέγγιση μέσα από μικρές ομάδες, με επίκεντρο τα προβλήματα τους. (Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979, Τριχόπουλος 1986).

Κάθε σχετική ενημέρωση θα βοηθήσει στην αντιμετώπιση των προβλημάτων αυτών. Μόνο έτσι θα μειωθεί η συχνότητα των εκτρώσεων και των αφροδίστων νοσημάτων που σήμερα είναι ιδιαίτερα υψηλή κατά την εφηβική και την προ του γάμου ηλικία. Το σχολείο

θα πρέπει λοιπόν να αναλάβει την πρωτοβουλία για μια σεξουαλική διαπαιδαγώγηση που θα προχωρά σταδιακά και ουσιαστικά και δεν διακόπτεται ποτέ. (Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979, Φρούντ – Ράιχ-Γιουνγκ 1991).

β) Διάφορες οργανώσεις

Κατά τον Κρουσταλάκη, οι οργανώσεις που έχουν σκοπούς εκπολιτιστικούς, σύλλογοι, μορφωτικά συμβούλια υγιεινής διαφώτισης, εταιρείες οικογενειακού προγραμματισμού, σχολές γονέων, ελεύθερα ανοιχτά πανεπιστήμια είναι δυνατό να διαδραματίσουν ένα σημαντικό ρόλο στον τομέα της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης. (Κρουσταλάκης 1995).

γ) Τα μέσα μαζικής ενημέρωσης

Σύμφωνα με τον Κρουσταλάκη, το ραδιόφωνο, η τηλεόραση, οι εφημερίδες, ο περιοδικός τύπος, ορισμένου τύπου εκλαϊκευτικά έντυπα κ.τ.λ. μπορούν επίσης ν' αποτελέσουν θετικούς παράγοντες σεξουαλικής αγωγής. (Κρουσταλάκης 1995).

δ) Σύμφωνα με τον Κρουσταλάκη οι ελεύθερες συζητήσεις, τα επιστημονικά συμπόσια, οι διαλέξεις, τα σεμινάρια αποτελούν διδακτικές μορφές επικοινωνίας κατάλληλες και για την σεξουαλική διαπαιδαγώγηση. (Κρουσταλάκης 1995).

ε) Η οικογένεια

Η σεξουαλική εκπαίδευση ξεκινάει και γίνεται κατά το μεγαλύτερο ποσοστό καθημερινά μέσα στο σπίτι. Η επαφή του μωρού με το στήθος της μητέρας, ο τρόπος που ο πατέρας κρατάει το μωρό και τα' άλλα παιδιά, η συζήτηση που γίνεται μέσα στο σπίτι καθώς και ο τόνος της φωνής των μελών της οικογένειας, βοηθούν τα παιδιά να καταλάβουν την αξία των διάφορων μελών της οικογένειας αλλά και την φύση της αγάπης και της αμοιβαίας εκτίμησης ανάμεσα στα διάφορα πρόσωπα. Οι γονείς διδάσκουν το σεξ απ' την στιγμή που γεννιούνται τα παιδιά, είτε συνειδητά είτε όχι. Ο τρόπος που πρέπει ν' αρχίζει η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση είναι απλός και ήρεμα κατανοητός μέσα στην αλήθεια και ανάλογα με τον ψυχισμό του παιδιού και με την πρωτοβουλία της δικής του περιέργειας. (Δετοράκης 1988, Δρακουλίδης 1985).

Οι αντιδράσεις των γονιών σε ορισμένες ερωτήσεις που τους γίνονται από τα παιδιά είναι το ίδιο σημαντικές με τις απαντήσεις που δίνονται, γιατί το παιδί πολλές φορές θυμάται περισσότερο έντονα τις φυσικές αντιδράσεις των γονιών παρά τις απαντήσεις τους. Η αποφυγή ή η άρνηση σεξουαλικής πληροφόρησης από την μεριά των γονιών, η αμηχανία και η δυσάρεστη έκπληξη που πολλές φορές ακολουθούν τις ερωτήσεις των παιδιών έχουν

αρνητικά αποτελέσματα στην σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των νέων που νομίζουν ότι το σεξ είναι κάτι κακό και βρώμικο. Αν κάτι τέτοιο συμβεί 1-2 φορές, το παιδί θα πάψει πλέον ν' απευθύνεται στους γονείς του για συμβουλές που αφορούν το σεξ ή άλλα προβλήματα. Βλέποντας όμως τους γονείς να ενοχλούνται επηρεάζονται και τα ίδια, γεγονός που μπορεί να έχει άσχημη επίδραση στη μελλοντική διαμόρφωση του χαρακτήρα. Ο επηρεασμός μπορεί να αφορά την εκλογή συντρόφου, την δημιουργία πετυχημένου γάμου ή όχι καθώς και την ανατροφή των παιδιών τους. Ταυτόχρονα είναι πιθανό οι γονείς να αισθάνονται φόβο, ο οποίος είναι αποτέλεσμα του συναισθήματος ευθύνης που έχουν και του ερωτήματος μήπως δεν μπορέσουν ν' ανταποκριθούν και να καθοδηγήσουν το παιδί τους σωστά. Αλλά φοβούνται μήπως μειωθεί το κύρος τους ή τα παιδιά τους αποχαλινωθούν. Οι γονείς πρέπει να μάθουν στα παιδιά τους ότι υπάρχουν και πρέπει να υπάρχουν φραγμοί γύρω από το σεξ και να τα βοηθήσουν να βάλουν αυτά τα ίδια τους φραγμούς στην δική τους ζωή. (Δετοράκης 1988, Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979).

Η απόκρυψη σεξουαλικών πληροφοριών κεντρίζει το ενδιαφέρον των παιδιών για να ψάξουν για την αλήθεια. Πολλές φορές προσπαθούν ν' ανιχνεύσουν πράγματα, που αν τους τα είχαν γνωστοποιήσει χωρίς μεγάλη φασαρία, θα κινούσαν πολύ λίγο ή καθόλου το ενδιαφέρον τους. Το παιδί έρχεται σε επαφή με άλλα παιδιά και από τα χέρια του περνούν βιβλία που το βάζουν σε σκέψεις. Ειδικά η μυστικοπάθεια των γονέων γύρω από τα θέματα αυτά αυξάνει την επιθυμία του παιδιού να μάθει περισσότερα για πράγματα που του έχουν γίνει ήδη αντιληπτά. Οι γονείς αναπτύσσουν αυτή την μυστικοπάθεια απέναντι στα παιδιά από σεμνοτυφία και δικές τους τύψεις στην αντιμετώπιση της σεξουαλικότητας. Ταυτόχρονα υπάρχουν και γονείς οι οποίοι με την συζήτηση θέλουν ν' αποτρέψουν τα παιδιά να έρθουν σε σεξουαλική επαφή. Μιλούν ηθικά δίνοντας έμφαση στα αρνητικά και στις συνέπειες της σεξουαλικής πράξης της οποίας συνήθως περιγράφουν το βιολογικό μέρος. Τα παιδιά όμως πέρα από το βιολογικό μέρος ενδιαφέρονται και για τα συναισθήματα στο σεξ. Θέλουν να μάθουν για την σχέση. Τι σημαίνει και τι προσφέρει (Χιωτέλη 1998, Φρούντ – Ράιχ – Γιουνγκ 1991).

9.6 Πληροφόρηση των παιδιών κατά ηλικίες

Γέννηση – 4 ετών:

Η σεξουαλική ενημέρωση πρέπει ν' αρχίζει με τρόπο απλό, μέσα στην αλήθεια και ανάλογα με τον ψυχισμό του παιδιού και με την πρωτοβουλία της δικής του περιέργειας. Οι γονείς πρέπει να μάθουν να χρησιμοποιούν την σωστή ορολογία για το πέος, τα στήθη, το αιδοίο, τις ερωτογενείς ζώνες. Ακόμη σ' αυτή την ηλικία που βρίσκεται το παιδί πρέπει να του εξηγήσουν την ύπαρξη των δύο φύλων αλλά και τη διαφορά αγοριού-κοριτσιού. Επίσης, το παιδί πρέπει να μάθει ότι τα παιδιά δεν τα φέρνει ο πελαργός αλλά γεννιούνται από την αγάπη δύο ανθρώπων, μεγαλώνουν για λίγο στην κοιλιά της μαμάς και μετά βγαίνουν από αυτή. Ταυτόχρονα, οι γονείς, πρέπει να είναι ενημερωμένοι στο πως πρέπει να επωφεληθούν την περιέργεια του παιδιού και να του μιλήσουν κατάλληλα αλλά και να μάθουν πως το παιδί δε ζητά εξηγήσεις από παρόρμηση ανήθικη, αλλά από περιέργεια και απορία για κάτι που δεν ξέρει και θέλει να μάθει. Και στην ηλικία αυτή θα το μάθει απονήρευτα. Αν όμως του πουν ψευτιές μπορεί, όταν αργότερα τις ανακαλύψει, να ξεσπάσει σε εκδικητική ανυπακοή και τίποτε να μην πιστεύει απ' όσα του λένε οι γονείς. (Αντωνοπούλου 1997, Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979, Δρακουλίδης 1985).

4-8 ετών:

Αυτή την περίοδο οι γονείς πρέπει να διαδραματίζουν σωστά τον ανδρικό και γυναικείο ρόλο τους ως προς την συμπεριφορά, την ομιλία, την έκφραση, την όλη στάση τους, τις μεταξύ τους σχέσεις προβάλλοντας με αυτόν τον τρόπο στα παιδιά τους μια σωστή και ολοκληρωμένη εικόνα ανδρισμού ή θηλυκότητας χωρίς κάποιο χαρακτηριστικό διαφορούμενο. Ταυτόχρονα πρέπει να συζητάνε για τα συναισθήματα, την τρυφερότητα, την σεξουαλική έλξη ως σωματικό και φυσικό μήνυμα, να εξηγήσουν στα παιδιά τι σημαίνει ο όρος ανηθικότητα καθώς και την κοινωνική του εφαρμογή και χρήση, τονίζουν και επιμένουν να είναι τα παιδιά επιφυλακτικά απέναντι σε ξένα πρόσωπα που τα πλησιάζουν με σκοπό συχνά να καταχραστούν την ευπιστία τους. Όσο το παιδί μεγαλώνει οι ερωτήσεις είναι πιο συγκεκριμένες, πιο δύσκολες και δείχνουν την τάση που έχουν τα παιδιά για ενεργό συμμετοχή. Πολλές φορές ο καλύτερος τρόπος είναι να ρωτήσουμε το παιδί τι νομίζει αυτό, ώστε να ανοίξει πιο εύκολα ο δρόμος για ειλικρινή συζήτηση (Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979, Αντωνοπούλου 1997, Κρουσταλάκης 1995).

9-13 ετών:

Σύμφωνα με την Αντωνοπούλου, στην διάρκεια της προεφηβείας, οι γονείς εξηγούν όλα τα σχετικά με την εμμηνορρυσία, τις εφηβικές αλλαγές στο σώμα και την προσωπικότητα, την αντισύλληψη, την έκτρωση καθώς και τα αφροδίσια νοσήματα. (Αντωνοπούλου 1997).

13-16 ετών:

Κατά την Αντωνοπούλου, οι γονείς αυτή την περίοδο πρέπει να μπορούν να κάνουν μια άνετη συζήτηση όπως μ' έναν άνθρωπο της ηλικίας τους, για το τι σημαίνει μια διαπροσωπική σχέση που βασίζεται και που κατευθύνεται για τα απαλά και τα σκληρά χάρδια όπως και για τον κίνδυνο του AIDS. (Αντωνοπούλου 1997).

9.7 Η Διαφοροποίηση στο κορίτσι

Σύμφωνα με τον Δρακουλίδη, στην αντιθετική συμπεριφορά αγοριού-κοριτσιού από την παιδική ηλικία βασικός συντελεστής είναι η ύπαρξη μητρικού ενστίκτου στο κορίτσι και η επίδρασή του τόσο στην σεξουαλική εκδήλωση όσο και στη χαρακτηρισολογική (υποκρισία, επιφυλακτικότητα, κτλ). Ο άντρας δεν έχει αντίστοιχα «πατρικό ένστικτο», αλλά μόνο «πατρικό αίσθημα», αφού πρώτα αγαπήσει το παιδί.

Γι' αυτό και η σταδιακή σεξουαλική ενημέρωση στο κορίτσι από την μητέρα του έχει έναν ιδιότυπο χαρακτήρα. Πριν εμφανισθούν τα πρώτα έμμηνα, θα πρέπει να γίνει ενημερωτικός διάλογος, για να μην προκληθεί αναστάτωση στο κορίτσι. Η εμφάνιση των εμμήνων στο κορίτσι και η τριχοφυΐα στο εφηβαίο μαζί με την αύξηση του στήθους, θα του κόψει τις παιδικές συνήθειες και τα παιδικά παιχνίδια. Το νέο κορίτσι θα δεχθεί τον εφηβικό καταγισμό στο κορμί της με ψυχική αναταραχή, θα νιώσει σκανδαλιστική τη συναισθηματικότητα που είχε στον πατέρα της και θα φροντίσει να την μεταφέρει σε κάποιον άλλον που θα τον διαλέξει προσεκτικά και θα φροντίζει η ίδια να γίνει ελκυστική χωρίς όμως να του δοθεί. Η πρώτη ικανοποίηση της είναι φανταστική ενώ η επόμενη θα είναι να νιώσει ότι ο νέος έδειξε ενδιαφέρον. Η άλλη θα είναι πλατωνική συμμετοχή και σε κάποια στιγμή ανυποψίαστη θα έρθει η ολοκληρωτική. Την συγκεκριμένη διαδρομή με τους 4 σταθμούς δεν την ακολουθούν όλες οι νέες. Άλλες σταματούν στον τρίτο ή στον τέταρτο σταθμό γιατί δεν τολμούν να βγουν από τον συναισθηματικό ερωτισμό στο χώρο του πατέρα. Τότε εμφανίζονται διάφορες αντισταθμίσεις όπως ερωτική εκδήλωση προς έναν καθηγητή του

σχολείου που ταυτοποιείται συναισθηματικά με τον πατέρα και εμπνέει εμπιστοσύνη, αλλά και δεν είναι ο πατέρας και έτσι δεν υπάρχει εμπόδιο του ταμπού.

Μια άλλη αντιστάθμιση είναι να κάνουν φανταστικά την διαδρομή και των τεσσάρων σταθμών αντικαθιστώντας την ολοκλήρωση με αυτοηδονισμό και μερικές φορές γράφοντας ένα καθημερινό ημερολόγιο για την εξέλιξη ενός ειδυλλίου με φανταστικές σκηνές.

Οι ποικιλίες αυτές οδηγούνται βασικά από την διαμόρφωση του ψυχισμού τους κατά την παιδοεφηβική ηλικία. Ταυτόχρονα οδηγούνται και από τις γονεϊκές καταπιέσεις και απαγορεύσεις. Αν αυτές οι καταπιέσεις φθάσουν να είναι αποπνιχτικές τότε το κορίτσι ανάλογα με την αδύναμη ή την δυναμική ιδιοσυστασία του, θα δημιουργήσει μια εσωστρέφεια, με ικανοποίηση φανταστική, αυνανιστική, ομοφυλόφιλη, ή νιώθοντας ασφυξία, θα ζητήσει την λύτρωση στην ψυχή που τη ρίχνει ασυλλόγιστα στη διαφθορά.

Το κορίτσι είναι συναισθηματικά προσκολλημένο στον πατέρα κατά τον οιδιποδικό τρόπο που το αγόρι είναι προσκολλημένο στην μητέρα του. Η προσκόλληση του κοριτσιού διαρκεί τον διπλάσιο χρόνο από το φυσιολογικό του αγοριού. Το οιδιποδικό αγόρι θεωρεί την μητέρα του, μητέρα και γυναίκα του, το οιδιποδικό κορίτσι θεωρεί τον πατέρα του, πατέρα και άντρα της και παιδάκι της. Πατέρα της γιατί αυτή τη σχέση διδάχθηκε από μωρό. Άντρα της, επειδή στην ηλικία που το παιδί τα θέλει όλα δικά του, θέλει και αυτή να οικειοποιηθεί τον άντρα της μητέρας της. Η παρακίνηση αυτή εμπνέεται από την σεξουαλική παρόρμηση ενώ το μητρικό ένστικτο που αρχίζει να εκδηλώνεται παράλληλα, παρακινεί στο να νιώθει και παιδάκι της τον πατέρα της. Οι εκδηλώσεις αυτές εξαφανίζονται με την εμφάνιση των εμμήνων.

Επίσης, όταν μια μικρή μοναχοκόρη, οιδιποδικά προσκολλημένη στον πατέρα της, αποκτήσει ένα μικρότερο αδελφάκι, ζηλεύει γιατί ο πατέρας της το έδωσε στην μητέρα της και όχι σε αυτή. Όταν το παιδάκι είναι αγόρι το κορίτσι το θεωρεί δικό του και συγκρούεται με την μητέρα της. Αντίθετα, αν είναι κορίτσι προκαλεί ανταγωνιστικότητα.

Αν το κορίτσι συνεχίσει την προσκόλληση στον πατέρα, πέρα από το κανονικό, ταυτοποιεί και τον άντρα της με τον πατέρα και παρουσιάζει σεξουαλική αναστολή και τον θεωρεί παιδάκι της και πατέρα της. Στοιχεία από αυτά τα κατάλοιπα της οιδιποδικής περιόδου παρουσιάζει και η φυσιολογική γυναίκα. Η σεξουαλική αυτή αναστολή, ανάλογα με την έντασή της, άλλοτε εμποδίζει τις συζυγικές σχέσεις, άλλοτε τις συμπληρώνει φυσιολογικά μέχρι που ν' αποκτήσει παιδί, οπότε ο άντρας της παίρνοντας την ιδιότητα του πατέρα δημιουργεί επιδείνωση της ταυτοποίησης με τον πατέρα της γυναίκας του και μπορεί

να προκαλέσει διακοπή των σεξουαλικών σχέσεων. Σε περιπτώσεις που ο πατέρας είναι άπιστος σύζυγος, συμβαίνει το αντίθετο. Το κορίτσι μισεί τον πατέρα του και όλους τους άντρες που τους ταυτοποιεί μαζί του και χάνει την εμπιστοσύνη της. Το αντίθετο συμβαίνει στην περίπτωση που την ψυχολογική θέση του πατέρα την παίρνει η ανδροειδής μητέρα ενώ ο πατέρας είναι υποτακτικός της.

Όταν όμως η συμπεριφορά των γονιών στο κορίτσι εξελιχθεί σύμφωνα με τους φυσικούς κανόνες και η σεξουαλική τους ενημέρωση γίνει σταδιακά και μέσα στην αλήθεια, εξασφαλίζεται η ομαλή εξέλιξη του ψυχισμού, της θηλυκότητας και της μητρότητας χωρίς παράλογες απογοητεύσεις ή φαντασιώσεις και με παράλληλη ελευθερία για την ανεμπόδιστη ανάπτυξη αντίληψης και κρίσης, με αμοιβαιότητα κατανόησης στις γονεϊκές σχέσεις και μ' εξισορρόπηση του νοητικού ελέγχου με τις ενστικτικές επιθυμίες.

Η σεξουαλική ολοκλήρωση στην γυναίκα καθρεφτίζεται στην έκφραση του προσώπου της, ιδιαίτερα στο βλέμμα, καθώς και στην κινητικότητα και την ομιλητικότητα, διαποτισμένες με μια καινούργια ενεργητικότητα που ξεχωρίζει τη γυναίκα από την παρθένα. (Δρακουλίδης 1985).

9.8 Προγράμματα άλλων χωρών

α) Σεξουαλική διαπαιδαγώγηση στην Φιλανδία

Σύμφωνα με τους Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη, οι σχέσεις μεταξύ των ανθρώπων και το σεξ διδάσκεται στα σχολεία από το νηπιαγωγείο μέχρι τις τελευταίες τάξεις του γυμνασίου. Τα προγράμματα είναι μέρος της κυβερνητικής πολιτικής. Απαρτίζονται από ειδικές επιτροπές οι οποίες στέλνουν στα σχολεία τις οδηγίες για εφαρμογή. Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση διδάσκεται σε σχέση με άλλα μαθήματα όπως βιολογία και φυσική. Το εμπόδιο που υπάρχει, σε σχέση με την διδασκαλία της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης, είναι η αρνητική στάση μερικών γονιών και καθηγητών λόγω έλλειψης βιβλιογραφίας και επιμόρφωσης πάνω στην σεξουαλική διαπαιδαγώγηση. Στις αστικές περιοχές της Φιλανδίας οι νέοι γνωρίζουν τα προβλήματα και είναι δραστηριοποιημένοι, ώστε πιστεύεται ότι σαν αυριανοί γονείς θα γίνουν φορείς αυτού του συστήματος εκπαίδευσης στα παιδιά τους. (Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979).

β) Σεξουαλική διαπαιδαγώγηση στην Σουηδία

Κατά την Χιωτέλη, στην Σουηδία το πρώτο πρόγραμμα σεξουαλικής πολιτικής δημιουργήθηκε το 1924 και είχε 3 βασικές αρχές:

- 1) πληροφόρηση και παροχή υπηρεσιών
- 2) νομιμοποίηση των εκτρώσεων
- 3) εισαγωγή του προγράμματος στο σχολείο

Η σεξουαλική αγωγή έγινε επίσημα αποδεκτή το 1942. (Χιωτέλη 1998).

γ) Σεξουαλική διαπαιδαγώγηση στην Ολλανδία

Κατά την Χιωτέλη, στην Ολλανδία δίδεται ώθηση στην ευρύτερη διάδοση του οικογενειακού προγραμματισμού, στους εφήβους παρέχεται δωρεάν αντισύλληψη, υπάρχει πλήρες πρόγραμμα πληροφόρησης για τις σχέσεις, τις ασθένειες του σεξ, κ.ά., ενώ έχουν δημιουργηθεί ειδικά επιμορφωτικά τμήματα γονέων, δασκάλων, νοσοκόμων και κοινωνικών λειτουργών στηριζόμενα σε χρήση φυλλαδίων, slides, video και διάλογο. (Χιωτέλη 1998).

δ) Σεξουαλική διαπαιδαγώγηση στην Κύπρο

Κατά την Χιωτέλη, η Κύπρος έχει αρχίσει εκστρατεία ενημέρωσης προς γονείς και σχολεία. Όμως δεν έχει θεσμοθετηθεί νομοθετικά η σεξουαλική αγωγή στα σχολεία. (Χιωτέλη 1998).

ε) Σεξουαλική διαπαιδαγώγηση στην Γαλλία

Κατά τους Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη, την ευθύνη της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης έχουν βασικά οι γονείς, οι οποίοι βρίσκονται σε άμεση επαφή με ειδικούς επιστήμονες, κληρικούς και παιδαγωγούς του σχολείου. Στο σχολείο γίνονται ειδικές συγκεντρώσεις όπου ενημερώνονται οι γονείς και συζητούνται θέματα γενικού ή ειδικού ενδιαφέροντος πάνω στην σεξουαλική διαπαιδαγώγηση. (Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979).

10. ΣΤΕΙΡΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΤΕΧΝΗΤΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ

10.1 Εισαγωγή

Στείρωση είναι η αδυναμία τεκνοποίησης μετά από προσπάθεια δύο τουλάχιστον ετών χωρίς μέτρο αντισύλληψης. Η χρονική περίοδος όμως είναι αυθαίρετη γιατί εξαρτάται από την συχνότητα των σεξουαλικών επαφών, θεωρείται όμως σαν οδηγό σημείο για να αρχίσει η εντατική διερεύνηση της αιτιολογίας της στειρότητας. (Ζούρλας 1986, Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979).

Όταν η γυναίκα δεν έμεινε έγκυος ποτέ κατά το παρελθόν, λέγεται πρωτοπαθής στειρώση, ενώ δευτεροπαθής στειρώση λέγεται όταν η γυναίκα αναφέρει στο παρελθόν τουλάχιστον μια γέννηση παιδιού ή αποβολή ή έκτρωση. Όταν η αδυναμία τεκνοποίησης είναι μόνιμη, ύστερα από συγγενή ανωμαλία ή πάθηση ή εγχείρηση και δεν επιδέχεται αποκατάσταση τότε λέγεται αγονία. (Ζούρλας 1986, Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979, Παπανικολάου 1986).

Η στειρότητα μπορεί να οφείλεται είτε στον άντρα είτε στην γυναίκα. Πέρα όμως από τις αιτίες που την προκαλούν μπορεί να δημιουργήσει συναισθηματική ανασφάλεια στο πρόσωπο που την αντιμετωπίζει. Σε πολλά μέρη, η ανικανότητα απόκτησης παιδιών είναι μεγάλο κοινωνικό στίγμα και θεωρείται προσωπική αποτυχία. (Macheith 1981, Δετοράκης 1988).

10.2 Διάγνωση στειρότητας

Σωστή διάγνωση είναι δυνατή μόνο όταν εξετασθούν τόσο ο άντρας όσο και η γυναίκα. Πιστεύεται ότι σε 20-25% των στειρών ζευγαριών η στειρότητα δεν οφείλεται αποκλειστικά στον άντρα ή στην γυναίκα αλλά σε κάποιο λιγότερο ή περισσότερο σπουδαίο αίτιο που βρίσκεται και στους δύο ταυτόχρονα. Το στείρο ζευγάρι δεν ενδιαφέρει μόνο σαν παθολογική κατάσταση, που καλείται ο γυναικολόγος να την θεραπεύσει. Εμπλέκονται σε αυτό πολλοί παράγοντες όπως ηθικοί, οικογενειακοί, κοινωνικοί, κληρονομικοί. Και ο γυναικολόγος που θα το αναλάβει, πρέπει, εκτός από την ειδική επιστημονική κατάρτιση, να διαθέτει ευρήματα αντίληψης, λεπτότητα χειρισμών, εμβάθυνση στην ψυχολογία. Όλοι οι νέοι γυναικολόγοι αρέσκονται στην αντιμετώπιση προβλημάτων στειρώσεως. Η εξέταση στο ζευγάρι, που δεν κάνει παιδιά είναι απαραίτητη από τα πρώτα χρόνια του γάμου, για να ξέρει,

πως θα προσαρμόσει τη ζωή του. Η αναμονή παιδιού μήνα με τον μήνα χωρίς επίσκεψη σε ειδικό γυναικολόγο δεν επιτρέπεται. (Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979, Παπανικολάου 1986).

Η εξέταση του στείρου ζευγαριού απαιτεί ειδική μεταχείριση και πρέπει να γίνεται σε τέτοιο περιβάλλον και με τέτοιο τρόπο ώστε να δημιουργεί ατμόσφαιρα αμοιβαίας εμπιστοσύνης και να τονίζεται το ενδιαφέρον του γιατρού να βοηθήσει το ζευγάρι που συνήθως βρίσκεται σε κακή ψυχολογική κατάσταση. Μεγάλη σημασία έχει η όσο το δυνατό γρηγορότερη διάγνωση της αιτίας της στειρώσης. Αλλεπάλληλες εξετάσεις, ατέλειωτοι εργαστηριακοί έλεγχοι, μακροχρόνια παρακολούθηση και καταπόνηση του ζευγαριού οδηγούν σε άγχη και αυτά σε καθαρή «ιατρογενή» στειρώση. Δεν είναι λίγες οι φορές, που οι υπερθεραπείες και μόνο κάνουν την σύλληψη δυσκολότερη. Στην αρχή ο γιατρός θα πρέπει να λάβει λεπτομερές ιστορικό και από τους δύο. Κάθε λεπτομέρεια σχετικά με την κατάσταση υγείας και τις αρρώστιες που πέρασε καθένας από το ζευγάρι έχουν μεγάλη σημασία. Στη συνέχεια θα ληφθεί ιστορικό της σεξουαλικής ζωής καθ' ενός ξεχωριστά αλλά και των δύο μαζί σα ζευγάρι. Συνιστάται η ξεχωριστή εξέταση του άντρα και της γυναίκας γιατί αυτό θα βοηθήσει στην εμπιστευτική παροχή ουσιαστικών λεπτομερειών που μπορεί να αποκρύβουν κατά την κοινή εξέταση. Η κοινή εξέταση όμως παρουσία και των δύο, πολλές φορές μπορεί να αποκαλύψει επίσης σημαντικά στοιχεία. Η εκλογή θα αφηθεί στον γιατρό που ανάλογα με την πρόοδο της προσωπικής του επαφής με το ζευγάρι θα αποφασίσει για τη μέθοδο που θα ακολουθήσει. (Παπανικολάου 1986, Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979).

Τέλος, είναι απαραίτητο, ο γιατρός, να μην δείχνει την απαισιοδοξία του, όποια και αν είναι τα ευρήματά του με τρόπο που πληγώνει. Πάντα να δίνει ελπίδες, γιατί δεν αρέσει στο ζευγάρι να αποδίδονται ευθύνες αθεράπευτης στειρώσης σ' έναν από τους δύο και γιατί κάποτε μπορεί να διαψευστούν. Ταυτόχρονα είναι απαραίτητο, από την πρώτη εξέταση να εξηγηθεί στο ζευγάρι η σειρά των ελέγχων προς εξακρίβωση της αιτίας της στειρώσης για να είναι προετοιμασμένο. (Παπανικολάου 1986).

10.2.1 Διάγνωση στειρότητας στην γυναίκα

Η διάγνωση στην γυναίκα που πάσχει από στειρώση, είναι κλινική και εργαστηριακή.

Κλινική: Αυτή περιλαμβάνει την λήψη του ιστορικού, την επισκόπηση και την ψηλάφηση.

α) Λήψη ιστορικού. Στο ιστορικό βασικό ρόλο παίζουν:

1. Η ηλικία της γυναίκας, η οποία παίζει τον σπουδαιότερο ρόλο στην σύλληψη. Μέχρι τα 25 χρόνια η γονιμότητα της γυναίκας φτάνει το 90%. Από 26-30 το 80%. Από 31-35 το 70%. Από τα 36-40 το 40%. Από τα 41-45 το 20% ενώ από τα 45 και μετά η σύλληψη είναι πολύ σπάνια. Όπως φαίνεται η γονιμότητα είναι καλύτερη γύρω στα 20. (Ζούρλας 1986, Παπανικολάου 1986).

2. Κατά τον Παπανικολάου σημαντικό ρόλο παίζουν τα χρόνια του έγγαμου βίου της με τον σύζυγό της ή με άλλον σύντροφό της, γιατί αν δεν πέρασε τουλάχιστον ενός χρόνος φυσιολογικής εμμηνορρυσίας και τακτικών φυσιολογικών συνουσιών, δεν μπορούμε να την χαρακτηρίσουμε στείρα. (Παπανικολάου 1986).

3. Σύμφωνα με τον Παπανικολάου η σεξουαλική ζωή της γυναίκας, δηλαδή ο τρόπος συνουσίας, η συχνότητά της, ο αυνανισμός, η ψυχρότητα και οι ομοφυλοφιλικές της διαθέσεις είναι σημαντικός παράγοντας στην διάγνωση. (Παπανικολάου 1986).

4. Το επάγγελμά της, γιατί στην πράξη διαπιστώνεται, πως αυτές που εργάζονται πνευματικά, οι πολυάσχολες, όσες ταξιδεύουν συχνά, όσες εργάζονται σε ακτινολογικά εργαστήρια και σε εργοστάσια που χρησιμοποιούν τοξικά προϊόντα πάσχουν συχνότερα από στειρώση. (Παπανικολάου 1986).

5. Το ατομικό της αναμνηστικό, γιατί διάφορες παθήσεις όπως η φυματίωση και ειδικότερα φυματιώδης περιτονίτιδα, οι δυσλειτουργίες των ενδοκρινών αδένων της, οι λοιμώδεις παθήσεις, οι εγχειρήσεις, που προηγήθηκαν και ιδιαίτερα στην περιοχή του γεννητικού της συστήματος έχουν επίδραση πάνω στην γονιμότητα της γυναίκας. Ταυτόχρονα, η χρησιμοποίηση αντισυλληπτικών δισκίων πρέπει να διερευνηθεί, γιατί, όταν αυτή έλαβε χώρα για μεγάλο χρονικό διάστημα, θ' απαιτηθεί κάποτε αρκετός καιρός για την επάνοδο της γονιμότητας που διαταράχτηκε. (Παπανικολάου 1986, Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979).

6. Το μαιευτικό της αναμνηστικό, γιατί είναι ενδεχόμενο προηγούμενες κυήσεις ή μαιευτικές επεμβάσεις, να προκαλέσουν τέτοιες επιπλοκές που δεν επιτρέπουν νέα σύλληψη. (επανειλημμένες αποβολές, απόξεση της μήτρας). (Παπανικολάου 1986, Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979).

7. Η εμμηνορροσία της ως προς τον χρόνο επέλευσής της, την διάρκεια της και την ποσότητα της. (Παπανικολάου 1986).

β) Επισκόπηση

Σύμφωνα με τον Παπανικολάου, με την επισκόπηση εκτιμάται το ύψος και το βάρος της γυναίκας, η διάπλαση του σώματός της, η ύπαρξη ή έλλειψη υπερτρίχωσης, οι δευτερεύοντες φυλετικοί χαρακτήρες και η εμφάνιση του γεννητικού της συστήματος, που αφορά στην διάπλαση των εξωτερικών γεννητικών οργάνων, στην ύπαρξη όγκων ή φλεγμονών ή άλλων παθολογικών καταστάσεων του αιδοίου, του κόλπου και του τραχήλου. Τέλος, η επισκόπηση της κοιλιάς θα βοηθήσει στην ανεύρεση ουλής λαπαροτομίας ή σκωληκοειδεκτομίας που επιβάλλει προσεκτικότερο έλεγχο των σαλπίνγων για τυχόν έμφραξή τους. (Παπανικολάου 1986).

γ) Ψηλάφηση:

Κατά τον Παπανικολάου, με την αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση θα διαπιστωθεί η φυσιολογικότητα της μήτρας και των εξαρτημάτων ή η ύπαρξη διαπλαστικής ή τοπογραφικής ανωμαλίας των γεννητικών οργάνων ή η ύπαρξη φλεγμονής ή νεοπλασίας. Η ψηλάφηση των μαστών και η σύνθλιψη των θηλών είναι απαραίτητη για τη διαπίστωση γαλακτόρροιας. (Παπανικολάου 1986).

Εργαστηριακή: Για την εργαστηριακή διάγνωση η γυναίκα πρέπει να κάνει τις παρακάτω εξετάσεις:

α) Έλεγχος διαβατότητας των σαλπίνγων

Με τον έλεγχο διαβατότητας των σαλπίνγων θα διαπιστωθούν ανωμαλίες των σαλπίνγων και κυρίως θα ελεγχθεί η διαβατότητά τους που δεν επιτρέπει την γονιμοποίηση του ωαρίου και την μεταφορά και εμφύτευσή του στην μήτρα. Πολλές φορές με αυτή λύνονται διάφορες συμφύσεις και επέρχεται σύλληψη πριν αρχίσει καν η θεραπεία. Χρειάζεται όμως να γίνει μετά προσεκτική θεώρηση των ιατρικών ενδείξεων, γιατί μπορεί να προκαλέσει ανιούσα λοίμωξη από μεταφορά μικροβίων από τα έξω γεννητικά όργανα στην μήτρα ή και στο περιτόνιο. Ο έλεγχος συνίσταται να γίνεται τις πρώτες δέκα μέρες του κύκλου και καλύτερα την 2-6 ημέρα. Είναι σκόπιμο να μην γίνεται μετά την ωορρηξία, γιατί υπάρχει περίπτωση να έχει γίνει σύλληψη και η ακτινοβολία να βλάψει το έμβρυο. Οι μέθοδοι που υπάρχουν για να διαγνώσουμε την διαβατότητα των σαλπίνγων είναι:

1. Υστεροσαλπιγγογραφία, η οποία δείχνει το εσωτερικό της μήτρας και των σαλπίγγων και μας δίνει πληροφορίες για την κοιλότητα της μήτρας, την διαβατότητα των σαλπίγγων, ενδοπυελική νόσο ή σχηματισμό συμφύσεων. Ακόμη πρέπει να γίνεται αφού σταματήσει η περίοδος και η προ της ωορρηξίας την 8^η – 10^η μέρα του κύκλου. Πλην της διαγνωστικής έχει και θεραπευτική αξία γιατί:

- i. η διέλευση της σκιαγραφικής ουσίας από τις σάλπιγγες δρα μηχανικά και προκαλεί αποκόλληση των συμφύσεων.
- ii. Μπορεί να λυθούν διάφορες περιτοναϊκές συμφύσεις γύρω από την σάλπιγγα και
- iii. Το ιώδιο το οποίο υπάρχει στις σκιαγραφικές ουσίες έχει μικροβιοστατική επίδραση στην τραχηλική βλέννη και στον αυλό των σαλπίγγων.

(Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979, Ζούρλας 1986, Macheith 1981).

2. Εμφύσηση των σαλπίγγων η οποία γίνεται με κατάλληλη συσκευή δίοδος διοξειδίου του άνθρακος στην περιτοναϊκή κοιλότητα δια του τραχήλου της μήτρας. Με την χρησιμοποίηση υδραργυρικού μανομέτρου και με ακρόαση της κοιλιάς ελέγχεται η διαβατότητα με τον χαρακτηριστικό ήχο και την συμπτωματολογία που γίνεται από την δίοδο του αερίου. Καταγράφεται δε και ειδική καμπύλη. Η εξέταση είναι εύκολη στην εκτέλεση, αποφεύγεται η ακτινοβολία των ωοθηκών και εκτός από την διαγνωστική έχει και θεραπευτική αξία γιατί η διέλευση του διοξειδίου του άνθρακα μέσω των σαλπίγγων λύνει μικρές συμφύσεις. (Ζούρλας 1986, Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979).

3. Λαπαροσκόπηση, όπου με ειδικό όργανο βλέπεται η διαβατότητα της σάλπιγγας εγχέοντας ειδική σκιαγραφική ουσία από τον τράχηλο που περνά στα κωδωνικά στόμια της σάλπιγγας. Για να πραγματοποιηθεί αυτή η εξέταση η γυναίκα υποβάλλεται σε γενική νάρκωση και είναι απαραίτητο να μείνει 2-3 μέρες στο νοσοκομείο. Το λαπαροσκόπιο είναι ένα λεπτό εργαλείο που μοιάζει με τηλεσκόπιο. Περνάει μέσα από μια μικρή τομή που γίνεται στο κοιλιακό τοίχωμα, ακριβώς κάτω απ' τον ομφαλό. Σε αυτή την φάση υπάρχει η δυνατότητα να παρατηρηθεί το εσωτερικό της πύελου και με μια ειδική μηχανή να φωτογραφηθεί. Για να ελεγχθεί κατά πόσο οι σάλπιγγες βρίσκονται σε φυσιολογική κατάσταση χρησιμοποιείται κυανό χρώμα του μεθυλενίου που περνάει μέσα από τον γεννητικό αγωγό. Σε περίπτωση που οι σάλπιγγες είναι ελεύθερες το υγρό βγαίνει από τις απολήξεις των σαλπίγγων. Αν έχουν αποφραχθεί, μπορεί να συστηθεί χειρουργική επέμβαση.

Η επιτυχία της εγχείρησης εξαρτάται από την γενική κατάσταση των σαλπίνγων ενώ το ποσοστό επιτυχίας αγγίζει το 40%. (Macheith 1981, Ζούρλας 1986).

β) Ωορρηξία: Η ύπαρξη ωορρηκτικών κύκλων βεβαιώνεται από το ιστορικό, την μέτρηση της βασικής θερμοκρασίας του σώματος και την ενδομήτρια βιοψία. Επιβεβαιωτική μαρτυρία υπάρχει και από τα επίπεδα των ορμονών του αίματος και από την εκτίμηση της βλέννας. Ιστορικό εμφάνισης περιόδου κάθε 30 ± 4 μέρες συνδυάζεται με ωορρηκτικούς κύκλους πάνω από 95% των ασθενών. Η ολιγομηνόρροια, η δυσμηνόρροια, η προεμμήνορρυσιακή τάση και έντονες μεταβολές στο στήθος υποδηλώνουν συχνά ανωορρηξία. Η μέτρηση της βασικής θερμοκρασίας αποτελεί την απλούστερη και φθηνότερη μέθοδο για να εκτιμήσουμε εάν έχει γίνει ωορρηξία. Χρησιμοποιείται από τον γυναικολόγο επίσης για να καθορίσει τον χρόνο που θα κάνει τις διάφορες συμπληρωματικές εξετάσεις. Στην ασθενή δίνονται οδηγίες πως θα διαβάζεται το θερμόμετρο. Η πρώτη μέρα της περιόδου θεωρείται η ημέρα 1 από την οποία αρχίζει να μετριέται η θερμοκρασία. Η θερμοκρασία από το στόμα πρέπει να λαμβάνεται στο κρεβάτι την ίδια ώρα κάθε πρωί πριν την έγερση και κάθε δραστηριότητα όπως λήψη πρωινού ή κάπνισμα.

Επαφή, ασθένεια, σταγονοειδής αιμορραγία, υπερέκκριση κολλικών υγρών ή δυσμηνόρροια πρέπει να καταγράφονται στο χαρτί. (Ζούρλας 1986).

Στην παραγωγική φάση του κύκλου η θερμοκρασία είναι κυρίως γύρω στους $36,3^{\circ}\text{C}$ – $36,6^{\circ}\text{C}$. Κατά την ωορρηξία μερικά διαγράμματα δείχνουν ελαφρά πτώση πριν από την συνεχή άνοδο. Η διάρκεια της εκκριτικής φάσης αρχίζει στο σημείο που η θερμοκρασία είναι στο χαμηλότερο επίπεδο πριν αρχίσει η συνεχής άνοδος μέχρι την εμφάνιση της περιόδου. Η εκκριτική φάση διαρκεί 14 ± 2 μέρες. Η ωορρηξία συμβαίνει 24 ώρες πριν αρχίσει η συνεχής άνοδος αλλά αυτό είναι αδύνατο να καθοριστεί επακριβώς. (Ζούρλας 1986).

γ) Δοκιμασία Sim-Huhner

Η τραχηλική βλέννα βοηθάει στην επιβίωση, στην μεταφορά και στην θρέψη του σπέρματος επί 3 ημέρες πριν την ωορρηξία. Με την επίδραση των οιστρογόνων, η βλέννα είναι άφθονη, λεπτή, καθαρή, χωρίς κύτταρα, με εκτασιμότητα πάνω από 10 cm, ενώ με την επίδραση της προγεστερόνης είναι λίγη, θολή, κολλώδης, πολυκυτταρική και δεν ευνοεί την διόδο και επιβίωση του σπέρματος. Η εξέταση της σχέσης του σπέρματος με την τραχηλική βλέννα λέγεται Sim-Huhner δοκιμασία η οποία γίνεται περί την 10^η – 14^η μέρα του κύκλου

και αφού το ζευγάρι έχει έρθει σε σεξουαλική επαφή πριν 12-22 ώρες από την διεξαγωγή της δοκιμασίας. (Ζούρλας 1986, Macheith 1981).

Αφού καθαριστεί ο τράχηλος με μια γάζα εισάγεται μια σύριγγα ινσουλίνης στον ενδοτράχηλο και αναρροφά την βλέννα. Στην συνέχεια εξετάζεται στο μικροσκόπιο με μικρή μεγέθυνση και ψάχνεται για κατεστραμμένα κύτταρα, τριχομονάδες, μονίλια, και σπέρμα. Επίσης καταγράφεται η ποιότητα και η ποσότητα. Με μεγάλη μεγέθυνση καταγράφεται ο αριθμός των σπερματοζωαρίων κατά οπτικό πεδίο. Εάν η τραχηλική βλέννη είναι κακής ποιότητας, μπορεί να σημαίνει ότι την ημέρα που έγινε η δοκιμασία δεν ήταν η σωστή ημέρα την ωοθηλακυορρηξίας, ή αν ήταν η σωστή μέρα σημαίνει ότι η βλέννη αυτή αποτελεί φραγμό για την διείσδυση των σπερματοζωαρίων στην κοιλότητα της μήτρας. Επίσης κακή ποιότητα τραχηλικής βλέννης σημαίνει πιθανή τραχηλίτιδα ή κολπίτιδα οι οποίες εφ' όσον είναι υπεύθυνες και θεραπευθούν λύνουν και το πρόβλημα της στειρώσης. (Ζούρλας 1986, Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979).

Εάν υπάρχει φλεγμονή στην βλέννα δυσκολεύεται η διαπερατότητα από το σπέρμα και η προοδευτική κινητικότητα. Μυκόπλασμα έχει βρεθεί σε ασθενείς με στειρώση. Για θεραπεία χορηγείται τετρακυκλίνη επί 10 μέρες. Για οποιαδήποτε άλλη φλεγμονή της βλέννας χορηγείται αντιβιοτικό. Η ανεπαρκής τραχηλική βλέννα προ της ωορρηξίας μπορεί να θεραπευθεί με την χορήγηση μικρής δόσης οιστρογόνων.

Βλέννα που είναι άφθονη και αμόλυνη αλλά εμποδίζει την κινητικότητα και διεισδυτικότητα του σπέρματος πρέπει να διερευνηθεί περισσότερο. Μερικά από τα αίτια που προκαλούν αφιλόξενη βλέννα είναι αναστολές ενζύμων ή ελλείμματα ενζύμων και αντισώματα σπέρματος. Η θεραπεία αυτού του προβλήματος δεν είναι ικανοποιητική ενώ σε αρκετές περιπτώσεις καλά αποτελέσματα έδωσε η χρήση του προφυλακτικού για 6 μήνες όπως επίσης και η θεραπεία με στεροειδή. (Ζούρλας 1986, Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979).

Τέλος, η ανεύρεση νεκρών σπερματοζωαρίων και καλής ποιότητας τραχηλική βλέννα σε επανειλημμένες εξετάσεις απαιτούν επανεξέταση του ανδρικού σπέρματος, τον έλεγχο του pH της τραχηλικής βλέννης, γιατί σε όξινο pH τα σπερματοζωάρια φονεύονται. Εάν το pH είναι κάτω του 7 γίνονται κολπικές πλύσεις με αλκαλικά διαλύματα. Επίσης σε περιπτώσεις όπου παρατηρούνται νεκρά σπερματοζωάρια στην τραχηλική βλέννα, η εξέταση του σπέρματος είναι φυσιολογική και το pH της βλέννης πάνω από 7 απαιτείται έλεγχος για την

ύπαρξη αντισωμάτων κατά του σπέρματος. (Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979).

δ) Βιοψία του ενδομητρίου

Με την εξέταση αυτή, εξετάζεται το ενδομήτριο κατά την διάρκεια του δεύτερου μισού του κύκλου της περιόδου. Με αυτή την εξέταση ελέγχουμε:

- 1) ότι υπό την επίδραση των οιστρογόνων, το ενδομήτριο έχει παχυνθεί κατά την διάρκεια των πρώτων 2 εβδομάδων του κύκλου, ώστε να προετοιμασθεί για το γονιμοποιημένο ωάριο.
- 2) Ότι προγεστερόνη παράγεται από το ωχρό σωματίο σε φυσιολογική ποσότητα.

Οι τρόποι για την βιοψία του ενδομητρίου είναι:

- 1) Η γυναίκα υποβάλλεται σε νάρκωση γενική και γίνεται απόξεση του ενδομητρίου χρησιμοποιώντας ξέστρο. (Το ξέστρο είναι ένα λεπτό εργαλείο με στρογγυλεμένο άκρο που περνώντας από τον τράχηλο φθάνει στην μήτρα).
- 2) Στον δεύτερο τρόπο δεν χρειάζεται νάρκωση και με την βοήθεια ενός μίνι ξέστρου, ένα μικρό κομμάτι του ενδομητρίου αποσπάται για εξέταση. (Macheith 1981).

10.2.2 Διάγνωση στειρότητας στον άντρα

Η διαγνωστική διερεύνηση του άνδρα με πρόβλημα γονιμότητας αρχικά θα πρέπει να περιλαμβάνει λεπτομερές ιστορικό και προσεκτική κλινική εξέταση. Το αμέσως επόμενο βήμα είναι ο έλεγχος του σπέρματος, που είναι εξέταση βασικής σημασίας, γιατί δείχνει την δυνητική γονιμότητα ενός άντρα. (Macheith 1981, Παπαλουκάς 1985).

Σύμφωνα με τον Παπαλουκά, το σπέρμα αποτελείται από τα σπερματοζωάρια και το σπερματικό υγρό. Τα σπερματοζωάρια παράγονται στους όρχεις, αποτελούν το 3-5% του όγκου του σπέρματος, ενώ το σπερματικό υγρό, το οποίο είναι εξωκυττάριο και προέρχεται από την ανάμειξη των εκκρίσεων των επικουρικών γεννητικών αδένων (προστάτης, σπερματοδόχες κύστεις) αποτελεί το 95-97%. Από αυτό οι σπερματοδόχες κύστεις συνεισφέρουν το 45-80%, ο προστάτης 13-33% και ελάχιστο οι βουλβουρηθραίοι αδένες και οι αδένες της ουρήθρας. (Παπαλουκάς 1985).

1) Εργαστηριακή εξέταση του σπέρματος

Η εξέταση θα πρέπει να γίνεται αφού περάσουν 4-6 ημέρες από την τελευταία εκσπερμάτιση. Η συλλογή του σπέρματος πρέπει να γίνεται σε γυάλινο καθαρό δοχείο στο εργαστήριο. Η εργαστηριακή εξέταση περιλαμβάνει: 1) τον έλεγχο της ρευστοποίησης, 2) του όγκου, 3) της γλοιότητας, 4) του pH, 5) της οσμής, 6) του χρώματος.

(Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979, Παπαλουκάς 1985).

1) Έλεγχος ρευστοποιήσεως

Το σπέρμα κατά την εκσπερμάτιση έχει υγρή μορφή, παίρνει όμως αμέσως την μορφή πηκτής και ρευστοποιείται σε 20-60 λεπτά. Αν μετά από 60 λεπτά η ρευστοποίηση δεν είναι πλήρης υποδηλώνει δυσλειτουργία του προστάτη, σε ό,τι αφορά την έκκριση των ενζύμων. Επίσης, το σπέρμα δεν πήζει όταν υπάρχει συγγενής αμφοτερόπλευρος ανωμαλία των σπερματοδόχων κύστεων. (Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979, Παπαλουκάς 1985).

2) Έλεγχος του όγκου

Ο όγκος του φυσιολογικού σπέρματος κυμαίνεται από 2-6 κ. εκ. Διαπίστωση μεγάλου όγκου σπέρματος αποτελεί κακό προγνωστικό σημείο σε άντρες με ολιγοσπερμία γιατί γίνεται μεγάλη αραιώση των σπερματοζωαρίων. Όταν το δείγμα του σπέρματος έχει όγκο μικρότερο από 2κ. εκ. η πρώτη πιθανότητα που πρέπει να ελεγχθεί είναι η απώλεια μέρους του δείγματος κατά την συλλογή. Άλλες αιτίες που προκαλούν ελάττωση του όγκου του σπέρματος είναι η φλεγμονή των επικουρικών γεννητικών αδένων, δηλαδή του προστάτη και των σπερματοδόχων κύστεων, η αγενεσία των σπερματοδόχων κυστών, η απόφραξη των εκσπερματιστικών πόρων και ο υπογοναδισμός. (Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979, Παπαλουκάς 1985).

3) Έλεγχος της γλοιότητας

Κατά τον Παπαευαγγέλου, φυσιολογική θεωρείται η γλοιότητα όταν μετά την ρευστοποίηση είναι δυνατή η απόχυση του σπέρματος από το δοχείο συλλογής κατά σταγόνες. Αυξημένη γλοιότητα μπορεί να προκαλέσει μείωση της κινητικότητας των σπερματοζωαρίων. (Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979).

4) Έλεγχος του pH

Το pH φυσιολογικά κυμαίνεται από 6,9-7,6 και ιδίως 7,1-7,4. Πτώση του pH κάτω από 6,9 μπορεί να υποδηλώνει απόφραξη των εκφορητικών οδών του σπέρματος, ανάμειξη με ούρα ή πολύ μεγάλο αριθμό σπερματοζωαρίων. Υψηλό pH πάνω από 8 μπορεί να

σημαίνει οξεία φλεγμονή των επικουρικών γεννητικών αδένων. (Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979, Παπαλουκάς 1985).

5) Έλεγχος της οσμής

Η οσμή του σπέρματος δεν αποτελεί σημαντικό χαρακτηριστικό, δεδομένου ότι κανείς δεν έχει περιγράψει με σαφήνεια ποια οσμή είναι παθολογική και ποια είναι η κλινική σημασία της παθολογικής οσμής. (Παπαλουκάς 1985).

6) Έλεγχος του χρώματος

Σύμφωνα με τον Παπαλουκά, το χρώμα του σπέρματος ποικίλλει ανάλογα με τα κυτταρικά στοιχεία που περιέχει. (Παπαλουκάς 1985).

II) Μικροσκοπική εξέταση του σπέρματος

Η μικροσκοπική εξέταση περιλαμβάνει τον έλεγχο της κινητικότητας, τον έλεγχο του αριθμού και την εκτίμηση της μορφολογίας των σπερματοζωαρίων.

1) Έλεγχος της κινητικότητας

Κατά τους Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη, η κινητικότητα ελέγχεται μετά την αυτορευστοποίηση και τα σπερματοζωάρια χαρακτηρίζονται σαν ζωηρά κινούμενα, νωθρά κινούμενα και ακίνητα. Η κινητικότητα ελέγχεται την 1^η – 3^η – 6^η – 12^η και 24^η ώρα. Κατώτερο όριο ζωηρά κινούμενων σπερματοζωαρίων την 1^η ώρα θεωρείται το 40%. Μετά την εκτίμηση του αριθμού και της κινητικότητας των σπερματοζωαρίων χαρακτηρίζουμε σαν ολιγοσπερμία το σπέρμα που έχει ελαττωμένο αριθμό σπερματοζωαρίων τα οποία εμφανίζουν συνήθως και μειωμένη κινητικότητα, σαν ασθενοσπερμία το σπέρμα με φυσιολογικό αριθμό σπερματοζωαρίων αλλά με μειωμένη κινητικότητα, σαν αζωσπερμία την απουσία σπερματοζωαρίων εκ του εκσπερματίσματος και σαν νεκροσπερμία την ύπαρξη αποκλειστικά νεκρών σπερματοζωαρίων. (Παπαλουκάς 1985, Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979).

2) Έλεγχος του αριθμού

Κατά τους Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη, για να θεωρηθεί γόνιμο ένα σπέρμα πρέπει να περιέχει τουλάχιστον 20 εκατ. Σπερματοζωάρια /ml. (Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979).

3) Έλεγχος της μορφολογίας

Σύμφωνα με τον Παπαλουκά για την σωστή εκτίμηση της μορφολογίας είναι απαραίτητο να μελετάται ολόκληρο το σπερματοζωάριο, δηλαδή η κεφαλή, ο αυχένας και η

ουρά του σε κεχρωσμένο παρασκεύασμα. Κάθε χρωστική που χρησιμοποιείται πρέπει να χρωματίζει και τα τρία αυτά τμήματα για να είναι αποδεκτή. (Παπαλουκάς 1985).

III) Χημική εξέταση

Κατά τους Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη, η χημική εξέταση περιλαμβάνει τον προσδιορισμό της φρουκτόζης του σπέρματος. Η φρουκτόζη παράγεται κυρίως στις σπερματοδόχους κύστες και συμβάλλει στον μεταβολισμό των σπερματοζωαρίων. Ο προσδιορισμός της πρέπει να γίνεται μέσα σε 1 ώρα από την εκσπερμάτιση. Οι φυσιολογικές τιμές κυμαίνονται από 100-520mg/ml. Μείωση της τιμής της φρουκτόζης μπορεί να βρεθεί σε μικρό μέγεθος ή σε φλεγμονή των σπερματικών αγγείων, σε ελαττωμένη δράση ανδρογόνων ορμονών, σε άτομα μεγάλης ηλικίας, σε ατελή εκσπερμάτιση ή σε μεγάλη συχνότητα εκσπερμάτισεων. Έλλειψη της φρουκτόζης παρατηρείται σε απλασία των σπερματικών πόρων και των σπερματοδόχων κύστεων. Υψηλές τιμές φρουκτόζης παρατηρούνται σε αυξημένη κυκλοφορία ανδρογόνων και σε σακχαρώδη διαβήτη. (Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979).

10.3 Αίτια της αντρικής στειρώσης

Οι κυριότερες αιτίες στειρότητας στον άνδρα διακρίνονται στις εξής κατηγορίες:

1) Ανωμαλίες του σπέρματος

Οι ανωμαλίες του σπέρματος οφείλονται σε πολλά αίτια. Οι ενδοκρινολογικές αιτίες αναφέρονται στον άξονα υποθάλαμος, υπόφυση- όρχεις, αλλά και στον θυροειδή και στα επινεφρίδια. Η συχνότερη από τις ενδοκρινολογικές παθήσεις είναι η συγγενής και η επίκτητη έλλειψη των γοναδοτροφινών, των ορμονών δηλαδή που εκκρίνονται από τον πρόσθιο λοβό της υποφύσεως και διεγείρουν την ανάπτυξη και την λειτουργία των όρχεων. (Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979, Παπαλουκάς 1985).

Επίσης μερικές καταστάσεις όπως προβλήματα διατροφής, οξεία ή χρόνια ασθένεια, γενική μεταβολική νόσος, ειδικές δηλητηριάσεις, ορισμένα ανθυγιεινά επαγγέλματα, υπερβολική άσκηση, χειρουργικές επεμβάσεις, έκθεση σε υψηλή θερμοκρασία ή ακτινοβολία, μεγάλη αλλαγή υψομέτρου, φλεγμονές γεννητικής οδού, το έντονο stress, το κάπνισμα ή η κατάχρηση οινόπνευματος μπορούν να επηρεάσουν την ποιότητα και ποσότητα του σπέρματος. (Ζούρλας 1986, Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979).

Άλλη συνηθισμένη αιτία ανώμαλου σπέρματος είναι η προσβολή των όρχεων από μεταδοτικές αρρώστιες με αποτέλεσμα να αποκλειστεί ή να περιοριστεί το πέρασμα του σπέρματος μέσα από τον σπερματικό πόρο. Τέτοιες αρρώστιες είναι η παρωτίτιδα, η λέπρωση και η σύφιλη. Οι όρχεις μπορεί επίσης να έχουν προσβληθεί και από άλλους ιούς και μικρόβια. Τα σπέρμα μπορεί να μην είναι γόνιμο λόγω μικροβιοσπερμίας που προέρχεται από φλεγμονή του προστάτη ή των σπερματοδόχων κύστεων. (Δετοράκης 1988, Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979).

Άλλοι συνηθισμένοι παράγοντες είναι η κισσοκήλη και η υδροκήλη. Η κισσοκήλη σχηματίζεται από την διάταση του φλεβικού πλέγματος του σπερματικού τόνου, το αίμα του οποίου συγκεντρώνεται τελικά στην έσω σπερματική φλέβα και εντοπίζεται συνήθως στον αριστερό όρχι, στους δύο όρχεις υπάρχει σπάνια, και ακόμα σπανιότερα στον δεξιό. Η κισσοκήλη μπορεί να προκαλέσει διαταραχές στον αριθμό, την κινητικότητα και στο ποσοστό εμφάνισης ανώμαλων μορφών σπερματοζωαρίων. (Παπαλουκάς 1985, Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979, Ζούρλας 1986).

Τέλος, η κρυσορχία, κατάσταση κατά την οποία οι όρχεις δεν κατέρχονται στο όσχεο αλλά παραμένουν μέσα στους βουβωνικούς πόρους ή στην κοιλιά. Η υψηλότερη θερμοκρασία της κοιλιάς από εκείνη του όσχεου μπορεί να καταστρέψει το σπερματικό επιθήλιο, εφόσον οι όρχεις δεν κατέλθουν στο όσχεο μέχρι την έναρξη της ήβης. (Παπαλουκάς 1985).

2) Ανωμαλίες των εκφορητικών πόρων

Κατά τους Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη, η απόφραξη της επιδιδυμίδος είναι συχνή μετά από βλεννόρροια και φυματίωση. Είναι πιθανό όμως να είναι το αποτέλεσμα τοπικών τραυματισμών. Τέλος, αναφέρονται και περιπτώσεις συγγενούς ελλείψεως σπερματοδόχων κύστεων και σπερματικών πόρων. Έτσι, ενώ υπάρχει δυνατότητα παραγωγής φυσιολογικού σπέρματος αυτό δεν είναι δυνατό να διοχετευθεί. (Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979).

3) Αδυναμία τοποθέτησης του σπέρματος

Το σπέρμα δεν είναι δυνατό να τοποθετηθεί στον κόλπο όταν η εκσπερμάτιση είναι πρόωρη ή παλίνδρομη. Ακόμη συχνό αίτιο στειρότητας είναι σοβαρές μορφές υποσπαδιών ή επισπαδιών και εκσεσημασμένες μορφές φιμώσεως. Πολλές φορές η αδυναμία στύσεως και εκσπερμάτισης είναι αποτέλεσμα οργανικής ή ακόμη συνηθέστερα ψυχοσωματικής

ανικανότητας και συναισθηματικής υπερφορτώσεως. (Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979).

4) Χρωμοσωματικές ανωμαλίες

Σπανιότερα η στειρότητα στον άντρα οφείλεται σε χρωμοσωματικές ανωμαλίες. Υπάρχει το σύνδρομο Klinefelter όπου αναφέρεται σε συγγενής βλάβες αναπτύξεως των όρχεων. Σε πολλές περιπτώσεις εκτός από την στειρότητα, υπάρχει και υπογοναδισμός, επειδή τα επίπεδα τεστοστερόνης είναι συνήθως χαμηλά. (Παπαλουκάς 1985, Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979, Ζούρλας 1986).

10.4 Θεραπεία της αντρικής στειρώσεως

Η επιτυχία της θεραπείας της στειρότητας εξαρτάται κατά μεγάλο ποσοστό από την έγκαιρη προσέλευση στον γιατρό και από την προσοχή και την φροντίδα με την οποία αυτός θα την αντιμετωπίσει. Το πρόβλημα είναι αρκετά δύσκολο και απόλυτα προσωπικό. Ο ρόλος του γιατρού είναι συμβουλευτικός και πρέπει να περιβάλλεται από απόλυτη μυστικότητα. Πρέπει να διαθέτει σημαντικό χρόνο για να αποσπάσει λεπτομέρειες από το ιστορικό και τις διαπροσωπικές σχέσεις του ζευγαριού και για να εκθέσει λεπτομέρειες γύρω από την φυσιολογία της αναπαραγωγής και τις γενετήσιες σχέσεις. Η θεραπεία βασίζεται πάντοτε στην διάγνωση. Χαμηλές δόσεις τεστοστερόνης αυξάνουν την κινητικότητα του σπέρματος και ειδικότερα όταν ο αριθμός των σπερματοζωαρίων είναι σχεδόν φυσιολογικός και το ποσοστό των ανωμάτων μορφών είναι χαμηλό. (Ζούρλας 1986, Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979).

Ανικανότητα και ψυχοσεξουαλικές δυσκολίες χρειάζονται πάντα την συνεργασία ειδικού σεξολόγου θεραπευτού. Όσον αφορά την κρισοκήλη η θεραπευτική αντιμετώπιση συνίσταται στην χειρουργική απολίνωση της έσω σπερματικής φλέβας που έχει ως αποτέλεσμα την βελτίωση του σπέρματος σε διάστημα τριών μηνών μέχρι και δύο χρόνων από την εγχείρηση. (Ζούρλας 1986, Παπαλουκάς 1985).

Για την θεραπευτική αντιμετώπιση της κρυφορχίας χορηγείται χοριονική γοναδοτροφίνη. Αν αυτή η μέθοδος αποτύχει χορηγείται ορχεοπηξία. Τα αποτελέσματα σε ό,τι αφορά την γονιμότητα, εξαρτώνται από την ηλικία του ατόμου που υποβάλλεται στην εγχείρηση. Όσον αφορά την απόφραξη των εκφορητικών πόρων η θεραπευτική αντιμετώπιση είναι χειρουργική ενώ για την αντιμετώπιση των ενδοκρινικών παθήσεων η θεραπεία γίνεται

με ανθρώπινες γοναδοτροφίνες. Για τις χρωμοσωματικές ανωμαλίες δεν μπορεί να προσφερθεί βοήθεια. (Παπαλουκάς 1985).

Γενικά η βελτίωση του σπέρματος απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή στην γενική υγιεινή με περιορισμό του καπνίσματος και του οινοπνεύματος, προσοχή στην διαίτα, αρκετή ανάπαυση, χαλάρωση από συναισθηματικές εντάσεις και θεραπεία κάθε χρόνιας ή μεταβολικής νόσου. (Παπαλουκάς 1985).

10.5 Αίτια γυναικείας στειρώσης

Τα αίτια που προκαλούν στειρώση στην γυναίκα είναι:

1) Ανικανότητα ωορρηξίας που μπορεί να οφείλεται σε ορμονική ανεπάρκεια, αναιμία, ανεπάρκεια βιταμινών, κακή διατροφή, ψυχικό stress ή και σε εμφάνιση όγκου που μπορεί να φράζει την είσοδο της μήτρας.

2) Ψυχολογικά αίτια όπως συναισθηματικές αστάθειες, οι φοβίες, τα άγχη, τα συμπλέγματα ενοχής, η καταπόνηση της γυναίκας από αλληπάλληλους και άσκοπους ελέγχους και υπερθεραπείες.

3) Γενικές παθήσεις όπως βαριά λοιμώδη νοσήματα, νευρολογικά νοσήματα, σακχαρώδης διαβήτης, ανοιχτή φυματίωση, έλκη του πεπτικού συστήματος, καρδιοπάθειες επιδρούν στην λειτουργία των ωοθηκών και προκαλούν διαταραχές της εμμηνορρυσίας και έλλειψη ωοθυλακιορρηξίας. (Δετοράκης 1988, Παπανικολάου 1986).

4) Μόλυνση του ουροποιητικού συστήματος (κόλπος, τράχηλος της μήτρας, μήτρα, σάλπιγγες ή ωοθήκες) μπορεί να προκαλέσει στειρότητα, αναστέλλοντας ή παρεμποδίζοντας την γονιμοποίηση του σπέρματος ή του ωαρίου ενώ μερικά είδη πλύσεων ή κολπικών αποσμητικών μπορεί να καταστρέψουν το σπέρμα ή να παρεμποδίσουν την κίνησή του.

5) Διαταραχές οργασμού όπου μπορεί να είναι πρωτοπαθείς, όταν ποτέ η γυναίκα και με κανέναν τρόπο δεν ήρθε σε οργασμό και δευτεροπαθείς, όταν ενώ είχε οργασμό τον έχασε. Τα αίτια των διαταραχών του οργασμού, που μπορούν να προκαλέσουν στειρώση από ανεπιθύμητη συνουσία διακρίνονται σε ψυχολογικά και οργανικά. Τις περισσότερες φορές είναι ψυχολογικά. Τις άλλες φορές οφείλονται σε ενδοκρινικές διαταραχές, νευρολογικά νοσήματα, διαβήτη κ.ά. (Δετοράκης 1988, Παπαλουκάς 1986).

6) Μόλυνση που έχει συμβεί μετά από γέννα, αποβολή ή βλεννόρροια. Αυτό γίνεται γιατί η μόλυνση προχωράει από τα γεννητικά όργανα στην μήτρα ή στις σάλπιγγες με αποτέλεσμα το σπέρμα να μην μπορεί να φτάσει στο ωάριο.

7) Βλαβερές συνήθειες όπως κατάχρηση οινόπνευματος, καπνίσματος και εθισμός στα ναρκωτικά.

8) Ακτινοβολία. Οι ακτίνες X και ραδίου μπορεί να προκαλέσουν στειρώση από βλαβερή επίδρασή τους στα ωοθυλάκια.

9) Ενδοκρινολογικές και μεταβολικές ανωμαλίες. Ο θυροειδής ενοχοποιείται, συχνά σαν αίτιο στειρότητας καθώς και ο σακχαρώδης διαβήτης και οι επινιφριδικές ανωμαλίες. (Δετοράκης 1988, Παπανικολάου 1986, Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979).

10.6 Θεραπεία της γυναικείας στειρώσης

Όταν υπάρχουν ανωμαλίες των σαλπίγγων, οι εμφήσεις μπορεί να βοηθήσουν σημαντικά. Επί αποτυχίας επιχειρείται χειρουργική σαλπγγόλυση που η επιτυχία της ανέρχεται σε 37-66%.

Η θεραπεία των ανωμαλιών της μήτρας του τραχήλου και του κόλπου είναι πιο εύκολες. Η εγχειρητική διόρθωση συγγενών ανωμαλιών της μήτρας δεν είναι δύσκολη. Η στειρότητα αντιμετωπίζεται με επιτυχία 67-100% μετά από χειρουργική διόρθωση δίκερης μήτρας, 40-50% μετά από χειρουργική λύση ενδομήτριων συμφύσεων και 50% μετά από εξαίρεση ινομυωμάτων της μήτρας.

Οι γενικές παθήσεις θεραπεύονται ανάλογα με τα αίτια που τις προκάλεσαν ενώ οι ψυχολογικές επιδράσεις που επηρεάζουν την γονιμότητα της γυναίκας αντιμετωπίζονται με την χορήγηση ηρεμιστικών φαρμάκων και με την παραπομπή σε ψυχίατρο. (Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979, Παπανικολάου 1986).

Η χορήγηση κατάλληλης ορμονικής θεραπείας βελτιώνει την ποιότητα της τραχηλικής βλέννης και τις ανωμαλίες άλλων εκκρίσεων, ενώ όσον αφορά τις διαταραχές του οργασμού ο γιατρός βοηθάει στην αποκατάσταση των σχέσεων των δύο συζύγων όταν αυτές διαταράχθηκαν και με τον αισθησιακό εστιασμό, δηλαδή την ανεύρεση του σημείου, που φέρνει την γυναίκα σε οργασμό. Με την ανεύρεση του, στην αρχή ο σύζυγος προκαλεί ευχαρίστηση στην σύζυγο, χωρίς αυτή να φτάνει σε οργασμό, ο οποίος θα έρθει αργότερα, με τις κατάλληλες οδηγίες. Στην θεραπεία των διαταραχών του οργασμού ανήκει και ο

αυνανισμός με τον ερεθισμό ευαίσθητων σεξουαλικά περιοχών, με την ανάγνωση ερωτικών βιβλίων ή με την παρατήρηση φωτογραφιών που εξάπτουν την φαντασία της. (Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979, Παπανικολάου 1986).

10.7 Πρόληψη στειρότητας

Κατά τους Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη, η πρόληψη της στειρότητας γίνεται με τους παρακάτω τρόπους.

A) Υγειονομική εκπαίδευση και διαφώτιση

Η τήρηση των κανόνων ατομικής υγιεινής βελτιώνει την ανάπτυξη του ατόμου ενώ ταυτόχρονα αποφεύγονται πολλά λοιμώδη νοσήματα. Τα αφροδίσια νοσήματα μειώνονται με την κατάλληλη υγειονομική διαφώτιση με κάθε μέσο και σε πολλές πληθυσμιακές ομάδες κατ' επανάληψη. Το ίδιο ισχύει και για την κατάχρηση οινόπνευματων και ναρκωτικών. Τέλος, η σεξουαλική εκπαίδευση από την μαθητική ηλικία μπορεί να οδηγήσει στην αυτογνωσία και στην αποφυγή πολλών παθολογικών και κυρίως ψυχολογικών καταστάσεων.

B) Πρόληψη και θεραπεία λοιμωδών νόσων

Εκτός από τα αφροδίσια νοσήματα η πρόληψη και η έγκαιρη θεραπεία της φυματίωσης μειώνει την συχνότητα αποφράξεων των σαλπίγγων και των εκφορητικών πόρων του ανδρός. Ακόμη το εμβόλιο της παρωτίτιδος, της ερυθράς και άλλων λοιμωδών νοσημάτων εντάσσεται στα μέτρα αντιμετώπισης της στειρότητας.

Γ) Βελτίωση διατροφής και αιματολογικών ανωμαλιών

Η υγιεινή διατροφή και η έγκαιρη χορήγηση των απαραίτητων στοιχείων που πιθανόν λείπουν από το τοπικό περιβάλλον θα μειώσει την στειρότητα από σακχαρώδη διαβήτη, βρογχοκήλη, αναιμία. Ακόμη ο έλεγχος του παράγοντα Rhesus και η χορήγηση anti-D σφαιρίνης θα μειώσει την στειρότητα από τέτοια αιτιολογία.

Δ) Φυσιολογική σεξουαλική ζωή μέχρι τον γάμο.

Η εφαρμογή κατάλληλης αντισύλληψης μέχρι τον γάμο αποτρέπει την προσφυγή σε εκτρώσεις ή άλλες γυναικολογικές επεμβάσεις που θα δυσκολέψουν αργότερα την σύλληψη.

Ε) Έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία.

Η έγκαιρη χειρουργική διόρθωση κρυπορχίας θα εξασφαλίσει την γονιμότητα του άντρα όπως και η έγκαιρη επέμβαση σε ενδομητρίωση στην γυναίκα. Όταν η αδυναμία σύλληψης διαπιστωθεί μετά τον γάμο τότε η έγκαιρη προσφυγή στον γιατρό μπορεί να φέρει

επιτυχία. Το ζευγάρι πρέπει να επισκέπτεται γιατρό όταν δεν επέλθει σύλληψη αφού περάσει ένας χρόνος έγγαμου βίου.

Στ) Τέλος η βελτίωση της μαιευτικής παρακολούθησης και μαιεύσεως θα συμβάλλει ουσιαστικά στην μείωση της δευτεροπαθούς στειρώσης. (Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979).

10.8 Τεχνητή γονιμοποίηση

Η ιατρική στην προσπάθειά της να βοηθήσει τα άτεκνα ζευγάρια με προβλήματα στειρότητας δημιούργησε τεχνικές που σε σημαντικό βαθμό παρακάμπτουν τα υφιστάμενα προβλήματα και οδηγούν στην περιπόθητη απόκτηση παιδιών. Μεταξύ των διαφόρων τεχνικών της Αναπαραγωγικής Τεχνολογίας η σπουδαιότερη και ευρύτερα εφαρμοσμένη είναι η εξωσωματική γονιμοποίηση όπου η συνάντηση των δύο γεννητικών κυττάρων γίνεται στον δοκιμαστικό σωλήνα γι' αυτό και τα παιδιά ονομάζονται παιδιά του σωλήνα. Όταν είναι να γίνει τεχνητή γονιμοποίηση δεν θα πρέπει να υπάρχει φλεγμονή στο γεννητικό σύστημα της γυναίκας. Πρέπει πρώτα να γίνει η θεραπεία και μετά η τεχνητή γονιμοποίηση. (Παναγόπουλος 2001, Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979).

Πριν γίνει η τεχνητή γονιμοποίηση θα πρέπει ο γιατρός να είναι σίγουρος ότι και οι δύο σύζυγοι αποφασίζουν με την θέλησή τους χωρίς πίεση από οποιοδήποτε άλλο άτομο ή κατάσταση και ότι προτιμούν την τεχνητή γονιμοποίηση από την υιοθεσία, ότι είναι ώριμοι και σωστά τοποθετημένοι σ' αυτή τους την απόφαση. Είναι απαραίτητο να δοθούν όλες οι απαντήσεις πάνω σε ηθικά ή νομικά προβλήματα με ειλικρίνεια. Οποσδήποτε θα πρέπει ν' αποφεύγεται η τεχνητή γονιμοποίηση σε γυναίκες πάνω από 35 ετών ή σε γυναίκες με φυσική ή ψυχική ανικανότητα. (Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979).

Πιο συχνή και παραδεκτή είναι η τεχνητή γονιμοποίηση με σπέρμα συζύγου αλλά εφαρμόζεται και τεχνητή γονιμοποίηση με σπέρμα υγιούς δότη. Οι υποψήφιος για τεχνητή γονιμοποίηση πρέπει να γραφτούνε στις τράπεζες σπέρματος, να περάσουν από βιολογικές εξετάσεις, να εξετασθούνε από γιατρό και να συνομιλήσουν μ' έναν ψυχαναλυτή θεραπευτή. Επιπλέον δικαίωμα εγγραφής έχουν μόνο τα παντρεμένα ζευγάρια. (Bello, Dolto, Schiffmann 1983, Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979).

Ο δότης σπέρματος θα πρέπει να πληροφορηθεί για τον ρόλο του και να συγκατατεθεί και αυτός και η σύζυγός του αν είναι παντρεμένος. Θα πρέπει να είναι άτομο με φυσιολογική

και φιλική συμπεριφορά και με διάθεση για συνεργασία. Ακόμη θα πρέπει να είναι άνω των 25 ετών ενώ συνήθως προτιμούνται εκείνοι που είναι παντρεμένοι και έχουν δικά τους παιδιά, γιατί έτσι είναι δυνατόν να διαπιστωθεί η ύπαρξη γενετικών κληρονομικών νοσημάτων, έχουν μικρότερη πιθανότητα λοιμώξεως με σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και μικρότερη πιθανότητα δημιουργίας προβλημάτων σε σχέση με αυτούς που δεν έχουν παιδιά. Μετά την εκλογή ο δότης θα πρέπει να υποβληθεί σε πλήρη ιατρικό και ψυχολογικό έλεγχο ενώ θα πρέπει να γίνονται εξετάσεις και καλλιέργειες σε όλα τα δείγματα του σπέρματος. Τέλος, καλό θα είναι ο δότης να μοιάζει γενετικά και μορφολογικά με τον στείρο σύζυγο. (Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη 1979).

10.8.1 Μέθοδοι τεχνητής γονιμοποίησης

Οι μέθοδοι τεχνητής γονιμοποίησης, οι οποίες σύμφωνα με την Αντωνοπούλου (1997), χωρίζονται σε ενδοσωματικές και εξωσωματικές, είναι:

1) Η μέθοδος τεχνητής σπερματέγχυσης (INF) η οποία συνίσταται στην εισαγωγή σπέρματος στο γεννητικό σύστημα της γυναίκας με διάφορους τρόπους εκτός από την σεξουαλική επαφή. Το σπέρμα εισάγεται με την βοήθεια ενός σωλήνα είτε απευθείας, είτε τοποθετημένο σε μικρά κυπέλια που αφήνονται στον τράχηλο για μερικές ώρες, είτε απευθείας στην τραχηλική βλέννα. (Αντωνοπούλου 1997, Bello, Dolto, Schiffmann 1983)

2) Η μέθοδος IVF “in vitro” γονιμοποίηση όπου συνίσταται στην γονιμοποίηση ενός ωαρίου και ενός σπερματοζωαρίου έξω από το γυναικείο σώμα, με ωάρια της μητέρας ή σπέρμα του πατέρα (Αντωνοπούλου 1997).

3) Η μέθοδος GIFT (ενδοσαλπινγική μεταφορά γαμετών) όπου τοποθετούνται τα ωάρια της γυναίκας μαζί με τα σπερματοζωάρια του συζύγου αφού πρώτα υποστούν επεξεργασία, απευθείας στις σάλπιγγες της γυναίκας με την βοήθεια λαπαροσκοπίου. Απαραίτητη προϋπόθεση αυτής της μεθόδου είναι η καλή διαβατότητα των σαλπίγγων. Για να αποφευχθεί η γενική αναισθησία που γίνεται κατά την λαπαροσκόπηση προτάθηκε η μη χειρουργική GIFT όπου η μεταφορά των γαμετών γίνεται διακολλικά διατραχηλικά με την βοήθεια ειδικών καθετήρων και την καθοδήγηση μέσω υπερήχων ή υστεροσκόπηση ή και τυφλά με την αίσθηση της αφής. (Αντωνοπούλου 1997, Κανακός-Μαντζαβινός 1997, Βουλγαρίδης 2002).

5) Η μέθοδος ZIFT (ενδοσαλπγγική μεταφορά ζυγωτών) αποτελεί συνδυασμό των μεθόδων IVF και GIFT. Η συγκεκριμένη μέθοδος ενδείκνυται σε περιπτώσεις ολιγοσπερμίας, όπου το ωάριο της γυναίκας γονιμοποιείται με το σπέρμα του συζύγου “in vitro” και στη συνέχεια το προ-έμβρυο εισάγεται με λαπαροσκοπικό έλεγχο, ύστερα από 24 ώρες, στην σάλπιγγα.

Διαφέρει από την μέθοδο του GIFT για το γεγονός ότι στην μέθοδο αυτή δεν μεταφέρονται οι γαμέτες αλλά τα ζυγωτά. Ακόμα με αυτή την μέθοδο μπορεί να υπάρχει δότρια ωαρίου, εάν η γυναίκα που γονιμοποιείται έχει πρόβλημα στην παραγωγή ωαρίων. (Αντωνοπούλου 1997, Βουλγαρίδης 2002).

5) Δανεισμός μήτρας. Όσες γυναίκες δεν έχουν μήτρα λόγω αφαίρεσής της, ή πάσχουν από συγγενή απλασία της μήτρας ή από σύνδρομο Asherman ή τέλος γιατί η κύηση συνεπάγεται με σοβαρά προβλήματα υγείας για τις υποψήφιες μητέρες κάποια άλλη γυναίκα αναλαμβάνει να φέρει σε πέρας την κύηση, φιλοξενώντας το έμβρυο του ζευγαριού στην μήτρα της και μετά τον τοκετό παραδίδει το παιδί στους βιολογικούς γονείς. Μητέρα του παιδιού, βάσει νόμου, θεωρείται (στις περισσότερες χώρες) η κυοφορούσα και αυτό δημιουργεί ηθικά και νομικά προβλήματα για την όλη διαδικασία. (Βουλγαρίδης 2002, Παναγόπουλος 2001).

6) Κατάψυξη ωαρίων – εμβρύων στην εξωσωματική γονιμοποίηση. Τα ποσοστά επιτυχίας μετά από μια προσπάθεια εξωσωματικής γονιμοποίησης είναι μόλις 20%. Αυτό σημαίνει ότι στα 100 ζευγάρια θα υπάρχουν 80 στα οποία η επέμβαση θα αποτύχει. Αυτά τα ζευγάρια θα πρέπει να υποβληθούν και πάλι σε μια σειρά εξετάσεων και να αρχίσουν μια νέα προετοιμασία για μια επόμενη προσπάθεια εξωσωματικής γονιμοποίησης. Η δυνατότητα όμως της κατάψυξης κάποιων εκ των πλεοναζόντων εμβρύων απαλλάσσει τους δύο συντρόφους από την επανάληψη της όλης διαδικασίας της προετοιμασίας. Έτσι στην περίπτωση που η πρώτη προσπάθεια μιας IVF αποτύχει, αν υπάρχουν έμβρυα τα οποία είχαν καταψυχθεί, η γυναίκα υποβάλλεται απευθείας σε μια επόμενη εμβρυομεταφορά εξοικονομώντας την όποια ταλαιπωρία θα έπρεπε να υποστεί. Η επίτευξη κύησης ύστερα από κατάψυξη-απόψυξη εμβρύων δοκιμάστηκε αρχικά σε θηλαστικά ενώ το 1984 στην Αυστραλία γεννήθηκε το πρώτο παιδί από κατεψυγμένο έμβρυο. (Βουλγαρίδης 2002, Παναγόπουλος 2001).

Όσον αφορά την κατάψυξη ωαρίων, μέχρι σήμερα δεν παρουσιάζει ικανοποιητικά αποτελέσματα, αφού το ποσοστό επιβίωσης κατά την κατάψυξη-απόψυξη είναι πολύ χαμηλό ενώ από αυτά που θα επιζήσουν μπορεί να παρουσιάσουν κάποια προβλήματα.

Όσον αφορά τις εμβρυϊκές ανωμαλίες σε κυήσεις μετά από κατάψυξη-απόψυξη εμφανίζονται το ίδιο συχνά με αυτές σε φυσιολογικές κυήσεις. Σχετική μελέτη από Σουηδούς ερευνητές έδειξε ότι τουλάχιστον τους 18 πρώτους μήνες της ζωής τους που διήρκεσε η έρευνα, η ανάπτυξη και υγεία των νεογέννητων ήταν φυσιολογική. (Βουλγαρίδης 2002, Δανέζης 1999).

7) Η μεταμόσχευση εμβρύου μέσα στην μήτρα η οποία, σύμφωνα με την Αντωνοπούλου (1997), θεωρείται η πιο αμφιλεγόμενη μέθοδος, αφού χρησιμοποιεί το σπέρμα του άντρα προκειμένου να γίνει έγχυση σε μια γυναίκα η οποία δεν είναι σύζυγός του και 5 μέρες αργότερα το έμβryo αφαιρείται από την μήτρα της προσωρινής υποκατάστατης μητέρας και μεταφυτεύεται στην μήτρα της συζύγου. (Αντωνοπούλου 1997).

8) Μερικά ιατρικά κέντρα εφαρμόζουν έναν νέο τύπο έκτρωσης, την επιλεκτική έκτρωση, που στοχεύει στην διατήρηση του εμβρύου στην ζωή. Αυτή η παράδοξη κατάσταση παρουσιάζεται όταν διαπιστωθεί ότι μια έγκυος γυναίκα φέρει περισσότερα από ένα έμβρυα και δεν μπορεί για κάποιους λόγους να προχωρήσει με ασφάλεια την εγκυμοσύνη της. Ακόμα, είναι δυνατόν, επιλεκτικά, να διατηρηθεί το προ-έμβρυο στην κατάψυξη και να εμφυτευτεί σε μεταγενέστερο χρόνο, για να ολοκληρωθεί η κυοφορία. Τεράστια ηθικά ζητήματα προκύπτουν με την μέθοδο της επιλεκτικής έκτρωσης, αφού η εκκλησία και πολλοί κοινωνικοί φορείς θεωρούν ότι πρόκειται για δολοφονία και αφαίρεση ζωής, ενώ παράλληλα δημιουργείται και ένα δίλημμα, το κατά πόσο πρέπει να θανατωθεί το θηλυκό ή το αρσενικό έμβρυο και γιατί. (Αντωνοπούλου 1997).

9) Πρόκληση ωοθυλακιορρηξίας. Για την εξωσωματική γονιμοποίηση αποφασίστηκε να λαμβάνονται περισσότερα ωάρια τα οποία εν συνεχεία θα γονιμοποιούνταν για να δώσουν περισσότερα από ένα έμβρυα ικανά να χρησιμοποιηθούν αυξάνοντας έτσι τα ποσοστά επιτυχίας των ακόλουθων κυήσεων. Για να γίνει αυτό συνίσταται η χορήγηση γοναδοτροπινών με ή χωρίς κιτρική κλομεφαίνη και η χορήγηση Clomid με ενδομυϊκές ενέσεις γοναδοτροπινών. Ακόμη χρησιμοποιείται και η φυσική υποθαλαμική ορμόνη LHRH GnRH. (Βουλγαρίδης 2002, Μαντζαβίνος-Κανακός 1998).

10) Δανεισμός ωαρίων. Σύμφωνα με τον Βουλγαρίδη (2002) η αδυναμία ορισμένων γυναικών να δώσουν ωάρια για να γίνει η γονιμοποίησή τους ή τα ωάριά τους είναι φτωχής

ποιότητας, έστρεψε το ενδιαφέρον των επιστημόνων προς τις γυναίκες που θα μπορούσαν να γίνουν εθελόντριες δότριες των ωαρίων τους. Οι δότριες των ωαρίων μπορεί να είναι επιλογής του ζευγαριού ή ανώνυμες, θα πρέπει να έχουν τεκνοποιήσεις και να είναι κάτω των 35 ετών. Ακόμη πρέπει να υποβληθούν σε μια σειρά εξετάσεων που συνίστανται στην λεπτομερή λήψη του ιστορικού, σε μια φυσική εξέταση και τον έλεγχο για AIDS, ηπατίτιδα Β και C και σύφιλη. Αφού εκπληρωθούν αυτές οι προϋποθέσεις δότρια και δέκτρια των ωαρίων πρέπει να ακολουθήσουν μια θεραπεία προετοιμασίας απαραίτητη για τον συγχρονισμό δότριας-δέκτριας. Ο συγχρονισμός αυτός πρέπει να γίνει γιατί υπάρχει μια δότρια η οποία θα δώσει τα ωάρια της και γι' αυτό τον λόγο πρέπει ν' ακολουθήσει μια ορμονική αγωγή διέγερσης των ωοθηκών. Οι δέκτριες από την άλλη, μπορεί να έχουν ή όχι ωοθηκική λειτουργία. Στην περίπτωση που οι ωοθήκες δεν λειτουργούν τα όργανα τα οποία έχουν υποστεί αλλοιώσεις λόγω της έλλειψης των ωοθηκικών ορμονών πρέπει να αποκατασταθούν και η δέκτρια να προετοιμαστεί για την εγκυμοσύνη που θ' ακολουθήσει. Εάν η δέκτρια έχει ενεργές ωοθήκες η διαδικασία της προετοιμασίας είναι λιγότερο απαιτητική γιατί σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να χρησιμοποιηθεί ο φυσικός κύκλος της δέκτριας. Εφ' όσον επιτευχθεί η κύηση είναι απαραίτητο να συνεχισθεί η ορμονική υποκατάσταση για την υποστήριξή της μέχρι την 12^η εβδομάδα. (Βουλγαρίδης 2002).

11) Γονιμοποίηση ωαρίων με μικροχειρισμούς. Σύμφωνα με τους Μαντζαβινό-Κανακάς (1998), οι τεχνικές που χρησιμοποιούνται για την επιτυχία γονιμοποίησης σε περιπτώσεις σοβαρού βαθμού ολιγοασθενοσπερμίας συνίστανται στην ζώνη του ωαρίου όπως το ZD, τρύπημα της ζώνης PZD μερική εκτομή της ζώνης, SUZI η τοποθέτηση του σπερματοζωαρίου κάτω από την ζώνη και ICSI η τοποθέτηση του σπερματοζωαρίου στο κυτταρόπλασμα του ωαρίου. Μια άλλη τεχνική είναι το hatching η οποία γίνεται μηχανικά ή με την βοήθεια ενζύμων και είναι η δημιουργία πολλαπλών οπών στην ζώνη του προεμβρύου. (Μαντζαβίνος-Κανακός 1998).

11. ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΙ ΤΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΜΒΛΩΣΗ ΚΑΙ ΤΟΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟ

11.1 Ρόλος Κ.Λ.

Η γυναίκα που προσέρχεται με ανεπιθύμητη κύηση αποτελεί ειδική περίπτωση που τις πιο πολλές φορές δεν αντιμετωπίζεται με την απαραίτητη προσοχή. Η συγκεκριμένη γυναίκα περνά μια ψυχοσωματική κρίση και η αντιμετώπισή της πρέπει να είναι χωρίς προκαταλήψεις με πλήρη ενημέρωση και χωρίς ο Κ.Λ. να παρεμβαίνει ενεργά στην λήψη της απόφασης. Η γυναίκα πρέπει να γίνει αποδεκτή από τον Κ.Λ. ανεξάρτητα από τον τρόπο ζωής και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς της. (Παπαδημητρίου-Γαλάνης 1995, Καλλινικάκη 1998).

Σκοπός της πρώτης επαφής είναι:

- 1) Να αποφασίσει η γυναίκα την καλύτερη λύση του προβλήματος της.
- 2) Να ξεκαθαρίσει ποιες είναι οι πραγματικές της επιθυμίες.
- 3) Να βοηθηθεί να αναλάβει μόνη της την ευθύνη, για όποια απόφαση πάρει.
- 4) Να αντιληφθεί τις συνθήκες, υπό τις οποίες βρέθηκε σε αυτή την κατάσταση και να αποφύγει έτσι το ίδιο πρόβλημα αργότερα.

Για την επιτυχία αυτών των στόχων πρέπει ο Κ.Λ. να αναπτύξει σωστή σχέση με την γυναίκα η οποία στην κατάσταση που βρίσκεται μπορεί να μην έχει άνεση να μιλήσει ελεύθερα, να είναι επιθετική και απαιτητική ή να βρίσκεται σε σύγχυση. Ο Κ.Λ. θα πρέπει να έχει μη κριτική στάση απέναντι στην γυναίκα και να την βοηθήσει να εκφράσει τα συναισθήματά της έτσι ώστε να αμβλυνθεί η ένταση και το άγχος. (Παπαδημητρίου-Γαλάνης 1995, Καλλινικάκη 1998).

Ο Κ.Λ. πρέπει να λάβει ένα πλήρες κοινωνικό ιστορικό και να δοθούν απαντήσεις στα ακόλουθα ερωτήματα:

- Ποια είναι η παρούσα κατάσταση της γυναίκας όπως οικονομική κατάσταση, που ζει, σχέσεις, θρησκευτική και ηθική εκτίμηση της έκτρωσης.
- Γιατί η εγκυμοσύνη είναι ανεπιθύμητη και αν η παρούσα κατάσταση της γυναίκας είναι σύμπτωμα μιας ανεπαρκούς προσωπικότητας.
- Ποιοι είναι οι λόγοι που η γυναίκα θέλει να διακόψει την εγκυμοσύνη, αν γνωρίζει τις εναλλακτικές λύσεις, ποιες θα είναι οι επιπτώσεις της έκτρωσης στο μέλλον της.

- Αν ο πατέρας του παιδιού γνωρίζει για την εγκυμοσύνη, αν της συμπαραστέκεται ή την πιέζει να κάνει την έκτρωση.
- Εάν η γυναίκα αντιμετωπίζει κάποιο πρόβλημα με τις αντισυλληπτικές μεθόδους.

Απαντώντας σ' αυτά, τα ερωτήματα θα γίνει δυνατόν να καθοριστεί εκείνη η ομάδα γυναικών, που βρίσκεται σε αυξημένο κίνδυνο και χρειάζεται ιδιαίτερη υποστήριξη που είναι:

- 1) Οι έφηβες. Υπάρχει αυξημένος κίνδυνος να μείνουν και πάλι έγκυες, γι' αυτό πρέπει να τους προσφερθούν αντισυλληπτικές μέθοδοι. Ταυτόχρονα θα πρέπει να ελέγχεται και η πιθανότητα σεξουαλικής κακοποίησης και η παρουσία σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων.
- 2) Οι γυναίκες που προσέρχονται σε προχωρημένη ηλικία κύησης. Η αναποφασιστικότητα είναι ένα ανησυχητικό σημείο επειδή πολλές γυναίκες από αυτές μετανιώνουν εύκολα και χρειάζονται ιδιαίτερη υποστήριξη.
- 3) Οι γυναίκες με ψυχολογική ή ψυχιατρική διαταραχή ή διαταραχή της προσωπικότητας.
- 4) Γυναίκες με επανειλημμένες εκτρώσεις, που χρειάζονται ιδιαίτερες συμβουλές.
- 5) Γυναίκες που υφίστανται την έκτρωση για ιατρικές ενδείξεις συχνά διακατέχονται από ενοχές και χρειάζονται ειδική υποστήριξη.
- 6) Θύματα βιασμού ή σεξουαλικής κακοποίησης αποτελούν δύσκολες περιπτώσεις τόσο στην προσέγγιση όσο και στην αντιμετώπιση.

(Παπαδημητρίου-Γαλάνης 1995)

Αφού γίνει η λεπτομερή εκτίμηση της γυναίκας, η οποία είναι υποψήφια για έκτρωση, είναι απαραίτητο ν' ακολουθήσει λεπτομερές ενημέρωσή της, η οποία χρειάζεται να περιλαμβάνει:

- 1) Τις εναλλακτικές λύσεις στην διακοπή της κύησης.
- 2) Πλήρη ενημέρωση για την διαδικασία της έκτρωσης, σε συνεργασία με τον γιατρό, όπως και τους πιθανούς κινδύνους.

Παράλληλα ο Κ.Λ. είναι απαραίτητος και στα προγράμματα οικογενειακού προγραμματισμού όπου εργάζεται με βάση τις βασικές αρχές του επαγγέλματος του όπως σεβασμός της αξιοπρέπειας και της προσωπικότητας κάθε άτομου, παροχή ευκαιριών στα άτομα έτσι ώστε να αναπτύξουν τις ικανότητές τους, συναίνεση των ατόμων για παρέμβαση στα προβλήματά τους.

Ο Κ.Λ. στα προγράμματα οικογενειακού προγραμματισμού δουλεύει και ατομικά και με ομάδα αλλά και σε επίπεδο κοινότητας. (Καλλινικάκη 1998).

Ατομικά ενημερώνει όσους ζητούν πληροφορίες για τις μεθόδους αντισύλληψης, για την αντιμετώπιση της στειρότητας ενώ συνεργάζεται και με την μέλλουσα μητέρα. Έτσι ώστε αυτή να προσαρμοστεί στις απαιτήσεις του νέου της ρόλου. Ταυτόχρονα μπορεί να συνεργάζεται και με τον μελλοντικό πατέρα για να τον βοηθήσει ν' αντιμετωπίσει πιθανά προβλήματα και ανησυχίες. (Smith 1991).

Ομαδικά μπορεί να εργάζεται με την οικογένεια. Να ενημερώνει τους γονείς για θέματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης ανάλογα με την ηλικία του παιδιού. Επίσης, μπορεί να δουλεύει και με ομάδες εφήβων και να συζητάει μαζί τους για κοινωνικά θέματα και προβλήματα όπως οι σεξουαλικές σχέσεις, η έκτρωση, πρόληψη αφροδισίων νοσημάτων κ.ά. (Smith Tony 1991).

Όσον αφορά την κοινότητα ο Κ.Λ. μπορεί να την δια φωτίσει σε θέματα αντισύλληψης αλλά και για ζητήματα που έχουν σχέση με τις σεξουαλικές σχέσεις. Ακόμη μπορεί να οργανώνει σεμινάρια όπου ειδικοί επιστήμονες θα μπορούν να μιλήσουν για την πρόληψη της άμβλωσης, των αφροδισίων νοσημάτων αλλά και της στειρώσης. (Smith Tony 1991).

11.2 Συμβουλευτική Ψυχολογία

«Συμβουλευτική ψυχολογία» είναι ο κλάδος της ψυχολογίας που ασχολείται με την προώθηση ή αποκατάσταση της ψυχικής υγείας του ανθρώπου ή ομάδες ανθρώπων, η οποία έχει διαταραχτεί από ποικίλες περιβαλλοντικές επιδράσεις ή από εσωτερικές συγκρούσεις. Βασικός στόχος της είναι να βοηθήσει το άτομο ν' αποκτήσει αυτογνωσία.

Σύμφωνα με την Αμερικάνικη Ψυχολογική εταιρία, «συμβουλευτική ψυχολογία» είναι η ειδικότητα σύμφωνα με την οποία ο σύμβουλος ψυχολόγος βοηθά τον συμβουλευόμενο να βελτιώσει την προσωπική του κατάσταση, να ανακουφιστεί από τη στεναχώρια, να επιλύσει τις κρίσιμες καταστάσεις που αντιμετωπίζει, να αναπτύξει την ικανότητα επίλυσης των προβλημάτων του και να μπορεί να παίρνει μόνος του αποφάσεις.

Η συμβουλευτική, χωρίζεται σε ατομική, όπου διεξάγεται μεταξύ του συμβουλευτικού ψυχολόγου και του συμβουλευόμενου και αποβλέπει στην προώθηση της ψυχικής υγείας του συμβουλευόμενου, και ομαδική συμβουλευτική που είναι μια διαπροσωπική διαδικασία που περιλαμβάνει τον συμβουλευτικό ψυχολόγο και δύο ή

περισσότερους ανθρώπους που έχουν κάτι κοινό μεταξύ τους (στάσεις, αξίες, προβληματισμοί, κ.ά.)

Η συμβουλευτική ψυχολογία, ως προς το είδος της βοήθειας που προσφέρει και ανάλογα σε ποιους ανθρώπους απευθύνεται, διακρίνεται στα εξής είδη:

- Εξελικτική
- Διευκολυντική
- Συμβουλευτική για την αντιμετώπιση κρίσιμων καταστάσεων
- Προληπτική συμβουλευτική
- Επαγγελματική συμβουλευτική
- Εκπαιδευτική συμβουλευτική
- Εργασιακή συμβουλευτική
- Συμβουλευτική αποκατάστασης
- Συμβουλευτική τρίτης ηλικίας
- Οικογενειακή-συζυγική συμβουλευτική
- Ποιμαντική συμβουλευτική
- Διαπολιτιστική συμβουλευτική

(Μαλικιώση-Λοϊζου Μ., 1999)

Σχετικά με την άμβλωση, η συμβουλευτική για την αντιμετώπιση κρίσιμων καταστάσεων θα βοηθήσει. Η γυναίκα που έχει υποστεί άμβλωση βρίσκεται σε κατάσταση ψυχολογικής κρίσης διότι βιώνει έντονα αρνητικά συναισθήματα που την καθιστούν ανήμπορη να τα αντιμετωπίσει μόνη της και να συνεχίσει όπως πριν.

Σύμφωνα με τον Bloom (1963), κρίση είναι ένα επεισόδιο που αρχίζει μετά από ένα συγκεκριμένο γεγονός και ακολουθείται είτε από μια μη διακριτική αντίδραση είτε από κάποιο είδος αντίδρασης που απαιτεί περίπου ένα μήνα ή και περισσότερο για να ξεπεραστεί. Στόχος της συμβουλευτικής σε καταστάσεις κρίσιμες είναι να βοηθήσει το άτομο να ξεπεράσει την κρίσιμη κατάσταση. Οι κρίσιμες καταστάσεις που αντιμετωπίζουν συνήθως, οι άνθρωποι είναι: απόπειρες αυτοκτονίας, απώλεια αγαπημένου προσώπου, βιασμός, οικογενειακές κρίσεις, διαπροσωπικές κρίσεις, χρήση ουσιών, απόλυση από την εργασία, φυλάκιση, περιπτώσεις προσβολών πανικού ή έντονης επιθετικότητας.

Η προληπτική συμβουλευτική είναι ο κλάδος που έχει αναπτυχθεί τελευταία και μπορεί να βοηθήσει πολύ τους γονείς όσο αφορά στη σεξουαλική αγωγή των παιδιών τους.

Έχει ως σκοπό την πληροφόρηση, ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των ανθρώπων στα διάφορα προβλήματα επαγγελματικής, διαπροσωπικής και σεξουαλικής φύσης. Η προληπτική συμβουλευτική περιλαμβάνει: i) προγράμματα σεξουαλικής εκπαίδευσης στα σχολεία, έτσι ώστε να εξαλείψει μελλοντικές ανησυχίες και άγχη γύρω από θέματα σεξουαλικότητας και σεξουαλικών σχέσεων. ii) εκπαίδευση παιδαγωγών και γονέων σε επιτυχέστερους τρόπους διαπαιδαγώγησης.

(Μαλικιώση-Λοΐζου Μ., 1998 πηγή από το διαδίκτυο).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η πτυχιακή μας εργασία αφορά βιβλιογραφική ανασκόπηση, με θέμα: «Αμβλώσεις και οικογενειακός προγραμματισμός». Η συγγραφή της, στηρίχτηκε στη συγκέντρωση και μελέτη πληροφοριών που προέκυψαν από:

- Επίσκεψη στις Δημοτικές Βιβλιοθήκες Πατρών και Ιωαννίνων, και στην εθνική βιβλιοθήκη Αθηνών.
- Αναζήτηση σχετικών βιβλίων και συγγραμμάτων στις βιβλιοθήκες: του Ανώτατου Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Πατρών και Αθηνών, του Ιατρικού τμήματος του Πανεπιστημίου Πατρών και Ιωαννίνων, του Παιδαγωγικού και φιλοσοφικού τμήματος του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, του παιδαγωγικού, ψυχολογικού, θεολογικού τμήματος του Πανεπιστημίου Αθηνών καθώς και της Νομικής και Παντείου σχολής Αθηνών.
- Συγκέντρωση πληροφοριών από τις κοινωνικές υπηρεσίες του περιφερειακού Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός», του Γενικού Νοσοκομείου «Σισμανόγλειο» και του Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα» καθώς και από τις βιβλιοθήκες των παραπάνω νοσοκομείων.
- Αναζήτηση υλικού από την επίσκεψή μας στον Σύλλογο Προστασίας αγέννητου παιδιού στην Αθήνα.
- Συλλογή υλικού από το διαδίκτυο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ

Σκοπός της εργασίας μας, όπως έχει διατυπωθεί είναι να μελετήσουμε το φαινόμενο της άμβλωσης στην ελληνική κοινωνία καθώς και το θεσμό του οικογενειακού προγραμματισμού. Συγκεκριμένα, μελετήσαμε το θέμα της άμβλωσης, του οικογενειακού προγραμματισμού αλλά και των θεμάτων που συμπεριλαμβάνονται στον οικογενειακό προγραμματισμό όπως η αντισύλληψη, η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση, η στειρότητα στον άντρα και τη γυναίκα, καθώς και τις μεθόδους τεχνητής γονιμοποίησης. Τα συμπεράσματα της μελέτης μας, αναλύονται πιο κάτω.

Η άμβλωση, αποτελεί ένα αμφιλεγόμενο ζήτημα και απασχολεί τους ειδικούς και την κοινή γνώμη μέχρι σήμερα.

Σύμφωνα με την επιστήμη της εμβρυολογίας, από τον πρώτο κιόλας μήνα αρχίζει να χτυπά η καρδιά του εμβρύου. Από τον δεύτερο μήνα το έμβρυο παίρνει ανθρώπινη μορφή, ενώ βαθμιαία σχηματίζονται και αναπτύσσονται όλα τα όργανά του. Δε χωράει αμφιβολία λοιπόν, ότι το έμβρυο είναι από τον πρώτο μήνα, ανθρώπινο ον κι ότι στη συνέχεια της εγκυμοσύνης αναπτύσσεται και μεγαλώνει.

Η εκκλησία μας, έχοντας υπ' όψιν της τα παραπάνω, καθώς και την Αγία Γραφή, καταδικάζει την άμβλωση, χαρακτηρίζοντάς την «δολοφονία» ενός αθώου. Ο φεμινισμός, από την άλλη μεριά, θεωρεί την άμβλωση ως δικαίωμα κάθε γυναίκας, αφού το έμβρυο, αποτελεί μέρος του σώματός της, το οποίο μπορεί να διαθέσει όπως εκείνη επιθυμεί. Η ιατρική επιστήμη από την άλλη, δεν επικροτεί την άμβλωση, λόγω των άσχημων συνεπειών για τη γυναίκα.

Με τη νομιμοποίηση των αμβλώσεων στη χώρα μας, η ελληνίδα καταφεύγει πιο εύκολα στη «λύση» της άμβλωσης απ' ότι παλαιότερα. Αυτό το γεγονός, οδήγησε στο να αυξηθεί ο αριθμός των αμβλώσεων, ενώ σε συνδυασμό με την μείωση των γεννήσεων, συνέβαλε στη δημιουργία του δημογραφικού προβλήματος της χώρας μας. Οι επιστήμονες, τονίζουν ότι το πρόβλημα αυτό θα συνεχιστεί και στο μέλλον.

Οι συνέπειες βέβαια της άμβλωσης, δε σταματούν στο δημογραφικό πρόβλημα. Οι σωματικές επιπτώσεις στο σώμα της γυναίκας είναι πολλές και σοβαρές. Την πιο σοβαρή επίπτωση αποτελεί ο θάνατος της ίδιας της γυναίκας, παρ' όλη τη βελτίωση των μεθόδων άμβλωσης και τη χορήγηση αντιβιοτικών.

Στατιστικές μελέτες έχουν δείξει πως, οι γυναίκες που έχουν υποστεί μία ή περισσότερες αμβλώσεις ζητούν άμεσα ή έμμεσα ψυχιατρική βοήθεια. Έχουν καταγραφεί έντονα αρνητικά συναισθήματα που οδηγούν συχνά σε κατάθλιψη και άλλοτε σε «μετατραυματική αγχώδη διαταραχή». Οι γυναίκες αυτές επηρεάζονται από την άμβλωση και συμπεριφέρονται επηρεασμένες από αυτό το τραγικό για τη ζωή τους γεγονός. Η άμβλωση λοιπόν, αφήνει σημάδια στην ψυχή της γυναίκας που δε σβήνουν και επηρεάζει αρνητικά την υπόλοιπη ζωή της καθώς και τις διαπροσωπικές της σχέσεις.

Άλλη σοβαρή επίπτωση της άμβλωσης είναι η στειρότητα. Η άμβλωση συχνά προκαλεί στη γυναίκα μολύνσεις ή άλλες βλάβες στο γεννητικό της σύστημα με αποτέλεσμα να μην μπορεί να τεκνοποιήσει. Αλλά και το ψυχολογικό στρες μετά από μια άμβλωση, αποτελεί αιτία στειρότητας. Ακόμη, αιτία στειρότητας, αποτελούν τα αφροδίσια νοσήματα. Η αποφυγή χρήσης ανδρικού προφυλακτικού αλλά και η συχνή αλλαγή ερωτικών συντρόφων σήμερα, οδηγούν στη μετάδοση αφροδισίων νοσημάτων.

Η στειρότητα βέβαια μπορεί να οφείλεται και στον άνδρα. Σε όποιον από τους δύο κι αν οφείλεται η στειρότητα, πάντως, το ζευγάρι νιώθει απογοήτευση αφού βλέπει πως ίσως να μην αποκτήσει παιδιά. Γι' αυτό λοιπόν, όταν το ζευγάρι ζητεί τη βοήθεια του ειδικού γιατρού, προκειμένου να προχωρήσει σε τεχνητή γονιμοποίηση και ο άνδρας και η γυναίκα χρειάζονται συναισθηματική στήριξη, κάτι που εκτός από τον γιατρό, μπορεί να τους προσφέρει ο κοινωνικός λειτουργός ή ο ψυχολόγος.

Το γεγονός ότι ο οικογενειακός προγραμματισμός στη χώρα μας βρίσκεται σε «βρεφική ηλικία» αποτελεί τραγική διαπίστωση για όλους μας. Αυτό συνέβη επειδή υπήρχε η παρεξήγηση ότι η εφαρμογή του θεσμού θα μεγάλωνε την ήδη μειωμένη αναπαραγωγικότητα. Όμως, τα πράγματα δεν είναι έτσι. Από την εμπειρία και άλλων κρατών γνωρίζουμε ότι η εφαρμογή του οικογενειακού προγραμματισμού δε θα επιταχύνει την μείωση της αναπαραγωγικότητας. Αντίθετα, θα επηρεάσει θετικά την γεννητικότητα, με τη σωστή και έγκαιρη ενημέρωση του πληθυσμού σχετικά με τα θέματα, της αντισύλληψης, της σεξουαλικής αγωγής, την ρύθμιση των μεσοδιαστημάτων μεταξύ των κυήσεων, την πρόληψη των αφροδισίων νοσημάτων, την αποφυγή ανεπιθύμητων κυήσεων και την αντιμετώπιση των προβλημάτων αναπαραγωγής.

Είναι αποδεδειγμένο πως η έγκαιρη και σωστή σεξουαλική διαπαιδαγώγηση συμβάλλει στην αποφυγή των ανεπιθύμητων κυήσεων. Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση κρίνεται απαραίτητο να ξεκινάει από μικρή ηλικία έτσι ώστε το παιδί να είναι ενημερωμένο

για τις σεξουαλικές σχέσεις καθώς και την αντισύλληψη. Επίσης, το παιδί να έχει γνώσεις για το γεννητικό του σύστημα, να γίνει προετοιμασία για το γάμο και να τοποθετηθούν γερές βάσεις για μια υπεύθυνη πατρότητα ή μητρότητα και μια σωστή και ευτυχισμένη οικογένεια. Όλα αυτά βέβαια, χρειάζεται να γίνουν σε όλη την διάρκεια της ζωής του ανθρώπου, από τη νηπιακή ηλικία ως τη στιγμή που γίνεται γονιός.

Το μεγαλύτερο και σημαντικότερο βέβαια ρόλο για τη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των παιδιών κατέχουν οι γονείς. Οι τελευταίοι όμως, νιώθουν αμηχανία και συχνά ενόχληση όταν τα παιδιά τους εκφράζουν απορίες γύρω από το ζήτημα του σεξ. Αυτό συμβαίνει πολλές φορές επειδή οι ίδιοι δεν γνωρίζουν τον κατάλληλο τρόπο να πληροφορήσουν τα παιδιά τους γι' αυτά τα θέματα, με αποτέλεσμα κάποιες φορές να αποφεύγουν να δώσουν απάντηση ή να κάνουν παρατήρηση στα παιδιά ή ακόμα και να τους απαντούν ψέματα. Όλα αυτά όμως, οδηγούν τα παιδιά στο να προσπαθούν από μόνα τους να εξερευνήσουν το σεξ για να αποκαλύψουν κάποια πράγματα με δυσάρεστα πολλές φορές επακόλουθα.

Άλλος φορέας σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης είναι το σχολείο. Στο σχολείο στη χώρα μας διδάσκονται πολύ λίγα στοιχεία σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης από τα μαθήματα της βιολογίας και της υγιεινής. Πιο πολλά μαθαίνει ένας μαθητής από τους φίλους του. Έτσι, η πληροφόρηση των νέων ανθρώπων είναι ανεπαρκής, ανακριβής και επικίνδυνη. Όταν λοιπόν οι νέοι έχοντας τα ερεθίσματα από την τηλεόραση, τα περιοδικά και τη σύγχρονη ζωή κάνουν έρωτα με βάση αυτά μοιραία θα αντιμετωπίσουν καταστάσεις όπως ψυχολογικά, κοινωνικά, σωματικά προβλήματα.

Δυστυχώς στη χώρα μας, τίποτε το οργανωμένο προς τη σεξουαλική διαφώτιση ως σήμερα δεν έχει γίνει. Αποτελεί όμως ανάγκη, η πολιτεία να προχωρήσει στην εφαρμογή κάποιων σχεδίων προς αυτήν την κατεύθυνση, βοηθώντας και τους γονείς να επιτελέσουν το έργο τους και εξαλείφοντας τις προκαταλήψεις γύρω από αυτό το θέμα.

ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ

Μετά τη μελέτη της σχετικής βιβλιογραφίας, οι προτάσεις που κάνουμε είναι οι εξής:

- Τα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού και η εταιρεία οικογενειακού προγραμματισμού να είναι προσιτά σε όλους τους ανθρώπους. Να λειτουργούν σε 24ωρη βάση και να βρίσκονται σε προσιτά για όλους τους ενδιαφερόμενους, μέρη.
- Η ενσωμάτωση του συστήματος οικογενειακού προγραμματισμού στα γενικά συστήματα υγείας και στους προϋπολογισμούς και άλλων υπουργείων.
- Η εμπλοκή της τοπικής αυτοδιοίκησης στα προγράμματα οικογενειακού προγραμματισμού.
- Μεγαλύτερη κοινοποίηση των μηνυμάτων για την αντισύλληψη και τον οικογενειακό προγραμματισμό γενικότερα, από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης.
- Η προσθήκη γνώσεων γύρω από τον οικογενειακό προγραμματισμό στα σχολεία.
- Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση να ξεκινά στο δημοτικό και να γίνεται από τους γονείς σε συνεργασία με τους δασκάλους, κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους και παιδίατρος. Ταυτόχρονα χρειάζεται η επιμόρφωση αυτών των ειδικών.
- Η πρόσληψη κοινωνικών λειτουργών στα σχολεία: η συνεργασία με τους γονείς μπορεί να επιλύσει προβλήματα όσον αφορά στο θέμα της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης αλλά και γενικότερα στη σχέση γονέων-παιδιών.
- Να δημιουργηθούν Σύλλογοι προστασίας Αγέννητου Παιδιού σε όλες τις πόλεις της Ελλάδας προσφέροντας μαζί με το Κέντρο Φροντίδας Μητέρας στην Αθήνα, συμβουλές καθώς και κοινωνική, ψυχολογική, νομική, πρακτική κάλυψη σε κάθε γυναίκα που βρίσκεται σε δυσκολία εξ' αιτίας της εγκυμοσύνης της.
- Η ενημέρωση σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού πρέπει να γίνεται από ειδικούς και να είναι ανάλογη για κάθε ηλικία ξεχωριστά, ενώ θα πρέπει να είναι σύμφωνη με τον συναισθηματικό κόσμο και τις ανάγκες του κάθε ατόμου.
- Η δημιουργία και λειτουργία σχολών γονέων και έκδοση σχετικού εντύπου υλικού θα βοηθούσε και θα προωθούσε τους γονείς ώστε να εμπλέκονται περισσότερο και με κατανόηση στην σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των παιδιών.

- Η δημιουργία συμβουλευτικού σταθμού μέσα σε κάθε φορέα οικογενειακού προγραμματισμού.
- Δημιουργία ομάδας καθηγητών και ειδικευμένων επιστημόνων που θα ασχοληθεί με το θέμα της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης. Η ομάδα αυτή θα πρέπει να προετοιμαστεί κατάλληλα γιατί τα προβλήματα που θα αντιμετωπίσει είναι απλά στην διατύπωση, αλλά σύνθετα στην θεώρηση και απαιτούν γνώσεις, αλλά και δυνατότητα κατανόησης και συμπαράστασης.
- Την ευαισθητοποίηση και δράση των Κοινωνικών Υπηρεσιών ορισμένων βασικών φορέων (Δήμοι, Νομαρχίες) με σκοπό την επέκταση των προγραμμάτων και έξω από τα κέντρα Ο.Π.
- Η εισαγωγή του μαθήματος «Σεξουαλική αγωγή» στα σχολεία ουσιαστικά και όχι τυπικά.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1) Αγγελόπουλος Άγγελος Γ., «*Η αλήθεια δια τας εκτρώσεις*», εκδόσεις Λύχνος, Αθήνα, 1980.
- 2) Αλιμπουτάκη Τζίνα, «*AIDS, ελληνική πραγματικότητα*», εκδόσεις Νέα Σύνορα, Αθήνα 1985.
- 3) Αναπλιώτη-Βαζαίου Ειρήνη, «*Καθημερινά ιατρικά προβλήματα*», Αθήνα, 1988.
- 4) Αντωνοπούλου Χριστίνα, «*Ανθρώπινη σεξουαλικότητα*», Γ' έκδοση, Αθήνα, 1977.
- 5) Αξιωτάκης Ανδρέας, «*Αμβλώσεις*», Αθήνα, 1987.
- 6) Αραβαντινός Διονύσιος, «*Φυσιολογία της γυναίκας*», Επιστημονικές εκδόσεις Γρ. Παρισιάνου, Αθήνα, 1982.
- 7) Βασιλειάδης Νικόλαος Π., «*Πότε εμψυχούνται το ανθρώπινο έμβryo; Η ώρα μηδέν της ανθρώπινης ζωής*», 3^η έκδοση, εκδόσεις Σωτήρ.
- 8) Bello P., Dr. Dolto C., Dr. Schiffman A., «*Αντισύλληψη, εγκυμοσύνη, άμβλωση*», εικονογραφημένος πρακτικός οδηγός σε ερωτήσεις και απαντήσεις, εκδόσεις Μνήμη, Αθήνα, 1983.
- 9) Βουλγαρίδης Γεώργιος, «*Η αναπαραγωγή: Γνωρίστε τα μυστικά της και πώς να την ελέγχετε*», Επιστημονικές εκδόσεις Γρ. Παρισιάνου, Αθήνα, 2002.
- 10) Γκουρνέλης Θωμάς «*Υγιεινή*», Εκδόσεις Φαιστός, Θεσσαλονίκη, 1992.
- 11) Coen van Tricht, «*Άμβλωση, το δικαίωμα της γυναίκας*», εκδόσεις Καρανάση, Αθήνα, 1985.
- 12) Δετοράκης Γιάννης, «*Οικογενειακός προγραμματισμός, αντισύλληψη, σεξουαλική διαπαιδαγώγηση*», εκδόσεις Πατάκη, Αθήνα, 1988.
- 13) Δρακουλίδης Νικόλαος, «*Τα σωστά και τα λάθη για γονείς και παιδιά*», εκδόσεις Δίπτυχο, Αθήνα, 1983.
- 14) Ζούρλας Παναγιώτης, «*Μαθήματα μαιευτικής-γυναικολογίας*», Εκδόσεις Λύχνος, 1986.
- 15) Hecht Yves: «*101 συμβουλές για να καταπολεμήσετε τις πεπτικές διαταραχές*», εκδόσεις Φυτράκης, Hachette, 1985.
- 16) Καλίνικος Καρούσος, «*Η οικογένεια στο στόχαστρο*», εκδόσεις Χρυσοπηγή, Αθήνα, 1987.
- 17) Καλλινικάκη Θεανώ, «*Κοινωνική Εργασία*», Β' έκδοση, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1998.

- 18) Καρπάθιος Σ.Ε., «*Βασική Μαιευτική Περιγεννητική Ιατρική και Γυναικολογία*», πρώτη έκδοση, Αθήνα, 1984.
- 19) Κατρούγκαλος Γεώργιος Σ. «*Το δικαίωμα στη ζωή και στο θάνατο*», εκδόσεις Σακκούλια, Αθήνα, 1993.
- 20) Κίνηση για την απελευθέρωση των γυναικών, «*Αντισυλληπτικά μέσα*», εκδόσεις: Κίνηση για την απελευθέρωση των γυναικών, Αθήνα, 1977.
- 21) Κουτσελίνης Αντώνιος Σ., Μιχαλοδημητράκης Μανώλης, «*Ιατρική Ευθύνη. Γενικά και ειδικά θέματα ιατρικής αμέλειας και ιατρικής ευθύνης*», εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα, 1984.
- 22) Κρεατσάς Γεώργιος, «*Σεξουαλική Διαπαιδαγώγηση. Οι σχέσεις των δύο φύλων. Τι πρέπει να ξέρουν οι νέοι*», Β΄ έκδοση, Εκδόσεις Δωρικός, Αθήνα, 1989.
- 23) Κρουσταλάκης Γεώργιος, «*Διαπαιδαγώγηση, πορεία ζωής*», Εκδόσεις Οφσετ, Αθήνα, 1995.
- 24) Krug Antje: «*Αρχαία ιατρική-επιστημονική και θρησκευτική ιατρική στην αρχαιότητα*», μετάφραση: Μανακίδου Ελένη, Σαρτζής Θεόδωρος, εκδόσεις Παπαδήμα, Αθήνα, 1997.
- 25) Λάνσον Λουσιέν, «*Από γυναίκα σε γυναίκα Η γνωριμία με το γυναικείο σώμα*», εκδόσεις Γλάρος, Αθήνα, 1982.
- 26) Macheith Nancy, «*Πρακτικός γυναικολογικός Οδηγός*», εκδόσεις Γαλαίος, Αθήνα, 1981.
- 27) Μαλικιώση-Λοΐζου Μ. «*Συμβουλευτική ψυχολογία*», Ε΄ έκδοση, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1998.
- 28) Μάλλιαρης Αντώνιος «*Λεξικό Ιατρικών Όρων*», εκδόσεις Παιδεία, Αθήνα, 1995.
- 29) Μαργαριτίδου Βάσω, Μεσθενάιου Λιζ, «*Αξιολόγηση των υπηρεσιών οικογενειακού προγραμματισμού*», εκδόσεις Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού, Αθήνα, 1991.
- 30) Μελέτιος, Μητροπολίτης Νικοπόλεως, «*Εκτρώσεις*», τρίτη έκδοση, Πρέβεζα, 1989.
- 31) Miller Alistair, Callander Robin, «*Μαιευτική, εικονογραφημένη*», Νέα έκδοση, 1991.
- 32) Μπεναρδής Νικόλαος Ι. «*Εγχειρίδιο ιατροδικαστικής*», επιστημονικές εκδόσεις Γρ. Παρισιάνος, Αθήνα, 1985.
- 33) Ομάδα γυναικών Βοστώνης, «*Εμείς και το σώμα μας*», μετάφραση: Μαγγανάρη Μυρτώ, εκδόσεις Υποδομή, Αθήνα, 1981.
- 34) Παναγιωτόπουλος Τάκης, «*Υγεία στην προσχολική ηλικία-Εικόνα νοσηρότητας και ανάγκες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας*», Εμπειρική έρευνα, Αθήνα, 1991.

- 35) Παπαδημητρίου Απ., Γαλάνης Θ., «Αντισύλληψη πρακτική και προοπτικές», ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, 1995.
- 36) Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη-Καραγιάννη, «Αρχές και μέθοδοι οικογενειακού προγραμματισμού», ιατρικές εκδόσεις Λεοντιάδης, Αθήνα, 1979.
- 37) Παπαευαγγέλου Γ., Τσίμπος Κ. «Ιατρική δημογραφία και οικογενειακός προγραμματισμός», εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1993.
- 38) Παπαλουκάς Αριστοφάνης Χρ. «Εγχειρίδιο γυναικολογίας και μαιευτικής», τόμος Α', Θεσσαλονίκη, 1985.
- 39) Παπανικολάου Νίκος, «Γυναικολογία», Β' έκδοση, Θεσσαλονίκη, 1980.
- 40) Παρασκευόπουλος Ι. Ν. «Εξελικτική ψυχολογία. Η ψυχική ζωή από την σύλληψη ως την ενηλικίωση», τόμος 1, Αθήνα 1988.
- 41) Reuben David, «Όλα όσα θέλατε να μάθετε για το sex και δεν τολμούσατε να ρωτήσετε», εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα, 1986.
- 42) Σημειώσεις: Πληθυσμιακή Υγιεινή – Αγωγή υγείας, Α' εξάμηνο, Σχολή ΣΕΥΠ, τμήμα κοινωνικής εργασίας.
- 43) Smith Tony, «Ειδικά προβλήματα ζευγαριών -- Στείρωση και αντισύλληψη Ιατρικός Οδηγός, μετάφραση: Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, 3^η έκδοση, 3^{ος} τόμος, εκδόσεις Π. Γιανέλη, Αθήνα 1991.
- 44) Συμεωνίδη-Καστανίδη Ελισάβετ, «Η άμβλωση ως πρόβλημα ποινικού δικαίου», Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα-Κομοτηνή, 1984.
- 45) Τριχοπούλου Αντωνία, Τριχόπουλος Δημήτριος «Προληπτική Ιατρική. Αγωγή Υγείας, κοινωνική ιατρική, δημόσια υγιεινή», εκδόσεις Γρ. Παρισιάνος, Αθήνα, 1986.
- 46) Φραγκιαδάκης Γεώργιος Π. «Αμβλώσεις», εκδόσεις Όμβρος, Αθήνα, 1997.
- 47) Φρόντ Σίγκμουντ Ράιχ Βίλχελμ, Γιανγκ Καρλ Γουσταρ, «Η σεξουαλική διαφώτιση του μικρού παιδιού», μετάφραση: Σακαλή Λένα, εκδόσεις Επίκουρος, Αθήνα, 1991.
- 48) Χιωτέλη-Ντικίμπο Ειρήνη, «Πρώιμη μητέρα, έφηβη κύηση και μητρότητα», εκδόσεις Έλλην, Αθήνα, 1988.
- 49) Webb Tim, Sarah Brewer, «Εγκόλπιον του καλού μπλοφαδόρου για το sex», εκδόσεις Δίαυλος, 1991.

ΕΓΚΥΚΛΟΠΑΙΔΕΙΕΣ:

1. Εγκυκλοπαίδεια Πάπυρος Λαρούς Μπριτάνικα, τόμος τεσσαρακοστός έκτος, Πάπυρος, 1991.
2. Μεγάλη Ιατρική εγκυκλοπαίδεια, τόμος Δ', εκδοτικός οργανισμός «Χρυσός τύπος», Α.Ε.
3. Σοβιετική Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια, τόμος δεύτερος, Κατόπουλος Κ., Αθήνα, 1981.

ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ:

1. Δανέζης Ιωάννης, «Από την ιστορία του Οικογενειακού προγραμματισμού στην Ελλάδα. Τα πρώτα Βήματα – Προσωπικές καταθέσεις», Εφηβική Γυναικολογία, Αναπαραγωγή, Εμμηνόπαυση, τόμος 13, τεύχος 2^ο Απρίλιος-Ιούνιος 2001, σελ. 101-109.
2. Δανέζης Ιωάννης, «Οι νέοι για τους νέους», Θέματα μαιευτικής-γυναικολογίας, τεύχος 2^ο, Απρίλιος-Ιούνιος 2001, σελ. 188.
3. Εμμε-Παυλοπούλου Ήρα: «Δημογραφική κατάσταση και οικογένεια», Εκλογή, τεύχος 103, Οκτώβρης-Δεκέμβρης 1994, σελ. 213-214, 216.
4. Κανακάς Ν., Μαντζαβινός Θ.: «Εξωσωματική γονιμοποίηση», Ιατρική του σήμερα, τεύχος 24, Ιανουάριος-Απρίλιος 1997, σελ. 27-28.
5. Μαντζαβινός Θ., Κανακάς Ν.: «Εξωσωματική γονιμοποίηση και νεότερες εξελίξεις στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή», εφηβική γυναικολογία, αναπαραγωγή, εμμηνόπαυση. Τόμος 10^{ος}, τεύχος 2^ο, Απρίλιος-Ιούνιος 1998, σελ. 107.
6. Ναζίρη Δέσποινα, «Εκτροφή: Αναπόφευκτη εμπειρία στη ζωή της Ελληνίδας:», Δίλη-φεμινιστικό περιοδικό, τεύχος 7^ο, Σεπτέμβριος 1994, σελ. 68-84.
7. Παναγόπουλος Εμμανουήλ, «Εξωσωματική γονιμοποίηση κα προγεννητικός έλεγχος ναι ή όχι:» Πολύτεκνη οικογένεια, Τεύχος 90^ο, Ιούνιος 2001, σελ. 3,5,6.

ΕΦΗΜΕΡΙΔΕΣ

1. Μοσχονάς Κ. «Όλο και λιγότερα παιδιά γεννούν οι Έλληνες», *εξπρές*, 1 Σεπτεμβρίου 2004.
2. Τσώλης Θεόδωρος, «Η Ελλάδα γερνάει και συρρικνώνεται», *Το Βήμα*, 25 Φεβρουαρίου 2003.

ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

1. Πληροφορίες από internet, από τη διεύθυνση:
<http://www.panteion.gr>
2. Πληροφορίες από internet, από τη διεύθυνση:
<http://www.womanshealth.gr>.
3. Πληροφορίες από internet, από τη διεύθυνση:
<http://www.unborn.gr>
4. Πληροφορίες από internet, από τη διεύθυνση:
<http://www.health.in.gr>
5. Πληροφορίες από internet, από τη διεύθυνση:
<http://www.gec.gr>
6. Πληροφορίες από internet, από τη διεύθυνση:
<http://www.patris.gr>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α΄: ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ



ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΕΝ ΑΘΗΝΑΙΣ
ΤΗ, 21 ΜΑΡΤΙΟΥ 1980

ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟΝ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΦΥΛΛΟΥ
66

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΝΟΜΟΙ

36. Για τον οικογενειακό προγραμματισμό και για άλλες διατάξεις. 1

ΔΙΑΤΑΓΜΑΤΑ

Περί καθορισμού τιμολογίων νοσηρίων των Νοσηλευτικών Ίδρυμάτων και των ιδιωτικών κλινικών εν γένει. 2

ΝΟΜΟΙ

ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 1036

Για τον οικογενειακό προγραμματισμό και για άλλες διατάξεις.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

πρωτόδικα: έμορφήως μετά της Βουλής, έπικρατώνται:

Άρθρο 1.

Το Κράτος μεριμνά για την διάδοση και την πρακτική υιοθέτηση των συγχρόνων γνώσεων σε θέματα Γενετικής και Γενετικού Προγραμματισμού.

Η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, ή ενημέρωση ευρύτερου κοινού και ή πρακτική εφαρμογή γίνεται από κλινικά κέντρα ή ιδιωτικούς φορείς κοινωνικού χαρακτήρα που ελέγχονται από το Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών.

Οι αντίστοιχοι υπηρέσιοι και ή εργαστηριακός έλεγχος γίνονται σε κέντρα και εργαστηρια που έχουν ειδικά εξοπλισθεί για τον σκοπό αυτό.

Άρθρο 2.

Το αποτέλεσμα της έατρικής εξέτασης γνωστοποιείται στον εξέταζόμενο ή στον νομίμως εκπροσωπούμενο τον άνδρα.

Σε περίπτωση παραβίασης του απόρρητου εφαρμοζόμενων κωδίκων που προδίδονται από την Ιατρική Παιδεία και από τον κώδικα δεοντολογίας του Ιατρικού έλλματος.

Όπου υπάρχουν κλινικές ή εργατηριακές ένοδοξοι για κλινικά γενετικά ή άλλων καταστάσεων με δυσμενείς έσοδοι στους έατρούς ή στους γονείς ή ενδιαφερόμε-

νοι μπορούν να παραπέμπονται στα ειδικά κέντρα τα προδιδόμενα από το προηγούμενο άρθρο 1 παρ. 3, για καθοδήγηση και πρόληψη.

Άρθρο 3.

Συνιστάται στο Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών (Γενική Διεύθυνση Υγείας) έπιταμλής Γνωμοδοτική Έπιτροπή για θέματα Γενετικής και Οικογενειακού Προγραμματισμού. Η Έπιτροπή αποτελείται από πέντε έπιστήμονες διαπιστευμένων κλάδων που έχουν αναγνωρισμένες ειδικές γνώσεις και έμπειρία σε θέματα Γενετικής και Οικογενειακού Προγραμματισμού και από δύο εκπροσώπους κρμεδίων ιδιωτικών φορέων κοινωνικού χαρακτήρα.

Άρθρο 4.

Με έποράσεις του Υπουργού Κοινωνικών Υπηρεσιών μπορεί να υπαχθεί και ή έλεγχος των συγγενών αίματος των δικαιωμάτων στην έκμοδοτητα των Κέντρων, Στιθμών και Υπηρεσιών Αίμοδοσης.

Άρθρο 5.

1. Με Προεδρικά Διατάγματα που ένοδίδονται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας Κυβερνήσεως, Οικονομικών και Κοινωνικών Υπηρεσιών και έπειτα από γνώμη της Έπιτροπής που προδίδεται από το άρθρο 3 του παρόντος νόμου αναγνωρίζονται τα υπάρχοντα ειδικά κέντρα και συνιστώνται νέα ειδικά κέντρα για την εξέταση των ενδιαφερομένων και για την παροχή σ' αυτούς συμβουλών σε θέματα γενετικής και οικογενειακού προγραμματισμού.

2. Με έμοια Προεδρικά Διατάγματα προδίδεται ή σύσταση θέσεων και καθορίζονται ή διαδικασία και τα προσόντα για την πρόσληψη, ή σύθεση εργασίας και ή εν γένει κατάσταση του προσωπικού καθώς και ή τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας των ειδικών κέντρων που αναφέρονται παραπάνω.

3. Με έπόφαση του Υπουργού Κοινωνικών Υπηρεσιών διαδίδονται τα μέλη της Γνωμοδοτικής Έπιτροπής του άρθρου 3. Επίσης καθορίζεται ή οργάνωση και λειτουργία της Έπιτροπής.

4. Με έποράσεις του Υπουργού Κοινωνικών Υπηρεσιών και έπειτα από έμορνη γνώμη της Έπιταμλους Γνωμοδοτικής Έπιτροπής του άρθρου 3 ρυθμίζονται τα θέματα τα σχετικά με την μετακίνηση και την έπιστημονική ενημέρωση όσων άσχολούνται με θέματα γενετικής και οικογενειακού προγραμματισμού.

Άρθρο 6.

Ο Α.Ν. 300/1968 «περί προχματικού πιστοποιητικού έατρικής εξέτασης», και το Β.Δ. 349/1968 που ένοδίδει

για την εκτέλεση του αναγκαστικού νόμου «περί της ισχύος του παραγματικού πιστοποιητικού ιατρικής εξετάσεως» και κάθε άλλη διάταξη που είναι αντίθετη προς τον παρόντα νόμο καταργούνται.

Άρθρο 7.

Όσοι ασφαλισμένοι ή συνταξιούχοι του Δημοσίου και των ασφαλιστικών εν γένει φορέων που παρέχουν υγειονομική περίθαλψη έχουν υποστεί αξονική, ηλεκτρονική τομογραφία (τομογραφία κεφαλής οστικού και έγκεφαλικού κρανίου και ολόσωμη τομογραφία), από 1.1.77 έως και τις 20.7.78, ημερομηνίας ισχύος του Π. Δ/τος 526/1978, δικαιούνται της δαπάνης αξονικής τομογραφίας σύμφωνα με το ως άνω Π. Δ/γμα.

Άρθρο 8.

Η ισχύς του παρόντος νόμου αρχίζει από την δημοσίευσή του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Ο παρών νόμος ψηφισθείς υπό της Βουλής και παρ' Ημών πήμερον κυρωθείς, δημοσιευθήτω διά της Εφημερίδας της Κυβερνήσεως και εκτελεσθήτω ως νόμος του Κράτους.

Εν Αθήναις τῇ 15 Μαρτίου 1980

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ Δ. ΤΣΑΤΣΟΣ

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΑΘ. ΚΑΝΕΛΛΟΠΟΥΛΟΣ ΣΠΥΡΙΔΩΝ ΔΟΞΙΑΔΗΣ

Έθεωρήθη και έτέθη ή μεγάλη του Κράτους σφραγίς.

Εν Αθήναις τῇ 18 Μαρτίου 1980

Ο ΕΠΙ ΤΗΣ ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗΣ ΥΠΟΥΡΓΟΣ

ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΑΜΑΤΗΣ

ΔΙΑΤΑΓΜΑΤΑ

(2)
ΠΡΟΕΔΡΙΚΟΝ ΔΙΑΤΑΓΜΑ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 234

Περί καθορισμού τιμολογίων νοσηλίων των Νοσηλευτικών Ίδρυμάτων και των Ιδιωτικών κλινικών εν γένει.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Έχοντας υπόψη :

1. Τις διατάξεις της παρ. 13 του άρθρου 12 του Ν. 3796/1957 «περί διαβαθμίσεως και εντάξεως προσωπικού κατέχοντος προσωρινάς θέσεις».

2. Την 150/21-2-1980 γνωμοδότηση του Συμβουλίου της Έπικρατείας με πρόταση του Υπουργού Κοινωνικών Υπηρεσιών, αποφασίζουμε :

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α΄.

Νοσήλια Νοσηλευτικών Ίδρυμάτων.

Άρθρο 1.

1. Το τιμολόγιο του ημερησίου ένοποιημένου (κλειστού) νοσηλίου όλων γενικά των Νοσηλευτικών Ίδρυμάτων της Χώρας καθορίζεται ως έξης :

A. Γενικά Νοσοκομεία Αθηνών - Πειραιώς και Θεσσαλονίκης.

Θέση	Γ	1.430 δραχ.
Θέση	Ββ	2.150 »
Θέση	Βα	2.700 »
Θέση	Α	3.500 »

B. Νοσοκομεία : Έλληνικό Αντικρκινικό Ίνστιτούτο, Διαγνωστικό και Θεραπευτικό Ίνστιτούτο και Θεραπευτικό Αντικρκινικό Ίνστιτούτο.

Θέση	Γ	1.800 δραχ.
Θέση	Ββ	2.150 »
Θέση	Βα	2.700 »
Θέση	Α	3.500 »

Γ. Γενικά Νοσοκομεία που λειτουργούν σε έδρες νομών.

Θέση	Γ	1.010 δραχ.
Θέση	Ββ	1.290 »
Θέση	Βα	1.680 »
Θέση	Α	2.000 »

Δ. Γενικά Νοσοκομεία που λειτουργούν σε έπαρχιακές πόλεις.

Θέση	Γ	870 δραχ.
Θέση	Ββ	1.140 »
Θέση	Βα	1.550 »
Θέση	Α	1.700 »

Ε. Νοσοκομεία Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών και Θεσσαλονίκης.

Θέση	Γ	1.110 δραχ.
Θέση	Ββ	1.310 »
Θέση	Βα	1.500 »
Θέση	Α	1.800 »

ΣΤ. Νοσοκομεία Νοσημάτων Θώρακος που λειτουργούν σε άλλες πόλεις :

Θέση	Γ	770 δραχ.
Θέση	Ββ	970 »
Θέση	Βα	1.170 »
Θέση	Α	1.280 »

Z. Νευροψυχιατρικά Νοσοκομεία γενικώς

Θέση	Γ	640 δραχ.
Θέση	Ββ	800 »
Θέση	Βα	960 »
Θέση	Α	1.200 »

Η. Νοσοκομεία Αρροδισίων και Δερματικών Νόσων.

Θέση	Γ	1.000 δραχ.
Θέση	Ββ	1.290 »
Θέση	Βα	1.680 »
Θέση	Α	1.800 »

Θ. Τμήμα άσθενών ημέρας Αιγινηταίου Νοσοκομείου ανεξάρτητα από τη θέση νοσηλείας 550 δραχ.

2. Το τιμολόγιο του ένοποιημένου (κλειστού) νοσηλίου που καθορίζεται με τις διατάξεις του παρόντος άρθρου, εφαρμόζεται μειωμένο κατά 15 % προκειμένου για νοσηλεία :

α) Τών υπαλλήλων και συνταξιούχων του δημοσίου ως και των μελών της οικογένειας αυτών που δικαιούνται περιθάλψεως από το δημοσίον.

β) Τών τακτικών υπαλλήλων των Ν.Π.Δ.Δ. οι οποίοι δεν είναι υποχρεωτικά ασφαλισμένοι σε άλλο ασφαλιστικό φορέα ως και των μελών της οικογένειας αυτών.

3. Η νοσηλεία μη ασφαλισμένων άσθενών σε θέσεις Βα, Α και πολυτελείας δεν υπόκειται σε τιμολόγιο.

Άρθρο 2.

1. Στην έννοια του ανωτέρω ένοποιημένου (κλειστού) νοσηλίου περιλαμβάνεται :

α) Κάθε ιατρική και νοσηλευτική προς τον άρρωστο συνδρομή που παρέχεται μέσα στο Νοσηλευτικό Ίδρυμα.

β) Κάθε δαπάνη που πραγματοποιείται για τον άρρωστο κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του.

2. Δεν περιλαμβάνονται στην κατά την προηγούμενη παράγραφο έννοια του ημερησίου ένοποιημένου (κλειστού) νοσηλίου :

α) Τα κυτταροστατικά φάρμακα
β) Τα άρρηκτα μοσχούματα ύστερσυνθέσεως, έλική προσθέσεως και αντικαταστάσεως ιστών, ως και τα ειδικά θερμπευτικά μέσα (ως τέτοια νοούνται οι ζηματοδοτές καρδιάς, οι θελβίδες καρδιάς, τα έλική έγχειρήσεως καρδιάς και έγκεφαλών κλπ.).

Ν. 1609 τής 28-6/3-7-86 (Α86). Τεχνητή διακοπή τής εγκυμοσύνης και προστασίας τής υγείας τής γυναίκας και άλλες διατάξεις.

Άρθρο 1

1. Η μέριμνα για την προστασία τής υγείας τής γυναίκας και την εξασφάλιση περιθαλής σε οργανωμένες νοσηλευτικές μονάδες κατά την τεχνητή διακοπή τής εγκυμοσύνης είναι υποχρέωση τής πολιτείας.

2. Με υπουργική απόφαση του Υπουργού Υγείας, Προνοίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και των άλλων συναρμόδιων υπουργών ρυθμίζονται τα θέματα, που αφορούν:

α) την ενημέρωση για την απόκτηση επιθυμητών παιδιών και την αποφυγή ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης με επιστημονικώς κατάλληλα μέσα καθώς και για τις συνέπειες τής διακοπής τής εγκυμοσύνης.

β) την περιθαλψη τής γυναίκας σε οργανωμένες νοσηλευτικές μονάδες, τις προδιαγραφές λειτουργίας των μονάδων αυτών, το χρόνο αποχής τής γυναίκας από την εργασία και ό,τι άλλο απαιτείται για την αποκατάσταση και προστασία τής υγείας τής και

γ) τον τρόπο τής προγεννητικής διάγνωσης στην περίπτωση β τής παραγράφου 4 του άρθρου 304 του Ποινικού Κώδικα.

3. Οι δαπάνες που απαιτούνται για την εφαρμογή των προηγούμενων παραγράφων καλύπτονται σύμφωνα με τη νομοθεσία για τις κοινωνικές ασφαλίσεις και με όσα ειδικότερα ορισθούν υπό την υπουργική απόφαση τής προηγούμενης παραγράφου.

Άρθρο 2

Οι παράγραφοι 4 και 5 του άρθρου 304 του Ποινικού Κώδικα αντικαθίστανται ως εξής:

«4. Δεν είναι αδικη πράξη η τεχνητή διακοπή τής εγκυμοσύνης που ενεργείται με τη συναίνεση τής εγκύου υπό γιατρό ιατρούτηρ-γυναικόλογο με τη συμμετοχή αναισθησιολόγου σε οργανωμένη νοσηλευτική μονάδα, οι συντρέχει μια από τις ακόλουθες περιπτώσεις:

α) Δεν έχουν συμπληρωθεί δώδεκα εβδομάδες εγκυμοσύνης.

β) Έχουν διαπιστωθεί, με τα σύγχρονα μέσα προγεννητικής διάγνωσης, ενδείξεις σοβαρής ανωμαλίας του εμβρύου που επαγονται τη γέννηση παθολογικού νεογνού και η εγκυμοσύνη δεν έχει διαρκεί περισσότερο από είκοσι τέσσερις εβδομάδες.

γ) Υπάρχει αναπότρεπτος κίνδυνος για τη ζωή τής εγκύου ή κίνδυνος σοβαρής και διαρκούς βλάβης τής σωματικής ή ψυχικής υγείας τής. Στην περίπτωση αυτή απαιτείται σχετική βεβαίωση και του κατά περίπτωση αρμόδιου γιατρού.

δ) Η εγκυμοσύνη είναι αποτέλεσμα βιασμού, αποπλάνησης ανήλικης, αιμομιξίας ή καταχρήσης γυναικας ανικανής να αντισταθεί και ιφόσον δεν έχουν συμπληρωθεί δεκαεννέα εβδομάδες εγκυμοσύνης.

5. Αν η εγκύος είναι ανήλικη, απαιτείται και η συναίνεση ενός από τους γονείς ή αετου που έχει την επιμέλεια του προσώπου τής ανήλικης».

Άρθρο 3

Ο τίτλος και οι παράγραφοι 1, 2 και 3 του άρθρου 304 του Π.Κ. τροποποιούνται ως εξής:

«Τεχνητή διακοπή τής εγκυμοσύνης

1. Όποιος χωρίς τη συναίνεση τής εγκύου διακόπτει την εγκυμοσύνη τής τιμωρείται με καθείρξη

2α. Όποιος με τη συναίνεση τής εγκύου διακόπτει ανεπίτρεπτα την εγκυμοσύνη τής ή προμηθεύει σ' αυτήν μέσα για τη διακοπή τής τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον έξι μηνών και αν ενεργεί κατά συνήθεια τες πράξεις αυτές τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστο δύο ετών.

β. Αν από την πράξη τής προηγούμενης διάταξης προκληθεί βαρεία πάθηση του σώματος ή τής διάνοιας τής εγκύου, επιβάλλεται φυλάκιση τουλάχιστο δύο ετών και αν προκλήθηκε ο θάνατος τής επιβάλλεται καθείρξη μέχρι δέκα έτη.

3. Έγκυος που διακόπτε ανεπίτρεπτα την εγκυμοσύνη τής ή επιτρέπει σε άλλον να την διακόψει τιμωρείται με φυλάκιση μέχρι ένα ετος».

Άρθρο 4

Στον Ποινικό Κώδικα προστίθεται το ακόλουθο άρθρο με αριθμό 304 Α.

« Άρθρο 304 Α

Σωματική βλάβη εμβρύου ή νεογνού

Όποιος επενεργεί παράνομα στην εγκυο με αποτέλεσμα να προκληθεί βαριά βλάβη στο έμβρυο ή να εμφανίσει το νεογνό βαρια τάθηση του σώματος ή τής διάνοιας τιμωρείται κατά τες διατάξεις του άρθρου 310».

Άρθρο 5

Το άρθρο 305 του Ποινικού Κώδικα αντικαθίσταται ως εξής:

« Άρθρο 305

Διαφήμιση μέσων τεχνητής διακοπής τής εγκυμοσύνης

1. Όποιος δημοσία ή με την κυκλοφορία εγγράφων, εικόνων ή παραστάσεων αναγγέλλει ή διαφημίζει, έστω και συγκαλι μμένα, φαρμακα ή άλλα αντικείμενα ή τρόπους ως κατάλληλους να προκαλέσουν τεχνητή διακοπή τής εγκυμοσύνης ή προσφέρει με τον ίδιο τρόπο υπηρεσίες δικες του ή άλλου για την εκτέλεση ή την υποβοήθηση διακοπής τής εγκυμοσύνης τιμωρείται με φυλάκιση μέχρι δύο ετη

2. Δεν είναι αδικη πράξη η ενημέρωση ή η υγειονομική διαφήμιση σχετικά με την τεχνητή διακοπή τής εγκυμοσύνης που γίνεται από τα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού, καθώς και η ενημέρωση γιατρών ή προσώπων που νόμιμα διακινούν μέσα τεχνητής διακοπής τής εγκυμοσύνης και οι σχετικές δημοσιεύσεις σε ειδικά ιατρικά ή φαρμακευτικά περιοδικα».

Άρθρο 6

1. Η δεύτερη παράγραφος του άρθρου 114 του Κ.Π.Δ., όπως διαμορφώθηκε με το άρθρο 1 του ν. 1290/1982, αντικαθίσταται ως εξής:

«β) Τα δασικά έκτος από τον εμπρησμό, τα αγροτικά και τα αγορονομικά αδικήματα σε βαθμό πλημμελήματος καθώς και τα εγκλήματα αυτού άρθρου 79 του Ν. 5960/1933 «περι επιταγής», β) των άρθρων 1 και 2 του Ν. 86/1967 «περι επιβολής κυρώσεων κατά των καθυστερούντων την καταβολήν και την απόδοσιν εισφορών εις Οργανισμούς Κοινωνικής Ασφάλισης», γ) του άρθρου 17 παρ. 8 του Ν. 1337/1983 για την επέκταση των πολεοδομικών σχεδίων, οικιστική ανάπτυξη και σχετικές ρυθμίσεις» και δ) του άρθρου 3 του Ν. 1436/1984 για τη «σύσταση εμπορικού παρεμβατικού οργανισμού και μερικες άλλες διατάξεις».

2. Όσες υποθέσεις παραβάσεων του άρθρου 17 παρ. 8 του ν. 1337/1983 και του άρθρου 3 του ν. 1436/1984 έχουν προπδιοριστεί για εκδίκαση στο τριμελές πλημμελειοδικείο μέχρι τες 31 Οκτωβρίου 1986 θα εκδικαστούν από αετο.

3. Η προθεσμία τής παρ. 6 του άρθρ. 10 του ν.δ. 3082/1954 «Περί τροποποίησης και συμπλήρωσης διατάξεων νιων περί συμβολαιογράφων», παραταθείσα με το αρθρ. 2 του ν. 3284/1955 μέχρι τελος Απριλίου 1956 και με το αρθρ. 1 του ν. 3493/1956 και τα κατ' εξουσιοδότηση τούτου εκδοθέντα διατάγματα μέχρι τής Μαΐου 1986, παρατείνεται από τότε που ελήξε μέχρι 31.3.1987.

Η προθεσμία αετη μπορεί να παρατείνεται με προεδρικά διατάγματα που θα εκδίδονται μετά από πρόταση του Υπουργού Δικαιοσύνης

Άρθρο 7

Οι διπλωματούχοι ανώτερον σχολών αδελφών νοσοκόμων, αδελφών νοσοκόμων και επισκεπτών και μαιών, αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, οι διπλωματούχοι νοσηλευτικών και μαιευτικών τμημάτων ΚΑΤΕΕ και ΤΕΙ, που υπηρετούν σε νοσηλευτικά ιδρύματα και μονάδες αυτών, εντάσσονται στο 17ο-2ο μισθολογικό κλίμακιο του νόμου αυτού.

Όσοι διπλωματούχοι έχουν ενταχθεί επανεντάσσονται χωρίς ανδρομική απόληψη υποδοχών.

Άρθρο 8

1. Αν μέσα σε σαράντα πέντε μέρες από την παραπομπή σ' αυτά των οικείων φακέλων τα κατά το άρθρο 6 του ν. 1278/1982 (ΦΕΚ Α 105 Μ 8/1985) Συμβούλια Κρίσης και Επιλογής Ιατρικού και Οδοντιατρικού Προσωπικού των Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων (Σ.Κ.Ε.Ι.Ο.Π.Ν.Ι.) δεν ολοκληρώσουν τη διαδικασία κρίσης των υποψηφίων για άριστο σε θέσεις του κλάδου γιατρών Ε.Σ.Υ., μπορεί ο Υπουργός Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων να παρρησιασθεί κρίσει στο Υπηρεσιακό Συμβούλιο του άρθρου 29 του ν. 1579/1985 (ΦΕΚ Α 217 23 12 85) Σ' αυτή τη συγκεκριμένη περίπτωση το υπηρεσιακό συμβούλιο του άρθρου 29 αποτελείται μόνο από γιατρούς. Η διαδικασία παραπομπής και κρίσης, καθώς και ορισμού των εισηγητών καθορίζεται με απόφαση του ίδιου υπουργού.

2. Η παράγραφος 4 του άρθρου 7 του ν. 1278/1982 (ΦΕΚ 105 Γ Α) τροποποιείται ως εξής:

«4. Τα Συμβούλια Επιλογής είναι σε απαρτία όταν είναι παρόντα τα 3/5 των μελών τους».

Άρθρο 9

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων οι διατάξεις των παραγράφων 1 έως και 9 του άρθρου 29 του ν. 1579/1985 (ΦΕΚ Α 217 23 12 85) μπορεί να επικαλούνται κατά νόμο, ειδικότητα και βαθμό και για τους γιατρούς του Δημοσίου και των Ν.Π.Δ.Δ. και για γιατρούς που δεν υπηρετούσαν στο Δημόσιο ή Ν.Π.Δ.Δ.

Άρθρο 10

1. Γιατροί που ειδικούνται σε νοσοκομεία, πλην των νοσοκομείων Αθηνών, Πειραιά και Θεσσαλονίκης, μπορεί με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ύστερα από αίτησή τους, να παραμένουν στα νοσοκομεία αυτά μέχρι του τρίτου διορισμού τους ως υπεράριθμοι με τις ίδιες αποδοχές και μετά την ολοκλήρωση του χρόνου άσκησης τους σ' αυτά, εφόσον αναμένουν σειρά διορισμού σε άλλο νοσοκομείο για συνέχιση της άσκησης τους. Στη διάρκεια της υπηρεσίας τους αυτής μπορεί με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, να μετατίθενται σε οποιαδήποτε νοσοκομεία της υγειονομικής περιφέρειας που υπηρετούν.

Είδικα γι' αυτούς που ειδικούνται στην αντισθηνολογία δεν εφάρμοζονται οι εξαιρέσεις για τα νοσοκομεία Αθηνών, Πειραιά και Θεσσαλονίκης.

Η διαταγή αυτή ισχύει και για τους ειδικευόμενους γιατρούς, των οποίων η σύμβαση εργασίας έληξε μετά την 1.1.1986.

2. Από τη διαταγή της παραγ. 1 του άρθρου 26 του ν. 1579/1985 (ΦΕΚ Α 217 23 12 85) διαγράφεται η φράση «... που προκηρύχθηκαν με την απόφαση Α3β 7500 ΙΣ 6 84».

Άρθρο 11

Η ισχύς του νόμου αυτού αρχίζει από τη δημοσίευσή του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Πρ. Δ. 208 τής 13-6/3-7-86 (Α86). Προσάρτηση του συννομοκμοῦ Μύλων, τής Κοινότητας Κρυόβρυσης τής Έπαρχίας Θυάμιδος του Νομού Θεσπρωτίας στήν Κοινότητα Άγιας Μαρίνης του ίδιου Νομού.

Άρθρο μόνο

Ο συννομοκμοῦ Μύλων τής Κοινότητας Κρυόβρυσης τής Έπαρχίας Θυάμιδος του Νομού Θεσπρωτίας προσαρτάται στη συνεχόμενη με αυτό Κοινότητα Άγιας Μαρίνης τής ίδιας Έπαρχίας και του ίδιου Νομού.

Πρ. Δ. 209 τής 13-6/3-7-86 (Α86). Προσάρτηση του συννομοκμοῦ Κάτω Σκοφιδωτής τής Κοινότητας Τρικάστρου του Νομού Πρεβέζης στήν Κοινότητα Σκεποστού του ίδιου Νομού.

Άρθρο μόνο

Ο συννομοκμοῦ Κάτω Σκοφιδωτή τής Κοινότητας Τρικάστρου τής Έπαρχίας Νικοπόλεως και Παργας του Νομού Πρεβέζης, προσαρτάται στη συνεχόμενη με αυτή Κοινότητα Σκεποστού τής ίδιας Έπαρχίας και του ίδιου Νομού.

Πρ. Δ. 210 τής 13-6/3-7-86 (Α86). Προσάρτηση του συννομοκμοῦ Ψαθύλο τής Κοινότητας Μεσοριάς του Νομού Κερκύρας στήν Κοινότητα Βελονάδων του ίδιου Νομού.

Άρθρο μόνο

Ο συννομοκμοῦ Ψαθύλο τής Κοινότητας Μεσοριάς τής Έπαρχίας και του Νομού Κερκύρας, προσαρτάται στη συνεχόμενη με αυτή Κοινότητα Βελονάδων τής ίδιας Έπαρχίας και Νομού.

Πρ. Δ. 211 τής 17-6/3-7-86 (Α86). Τροποποίηση διατάξεων του Π.Δ. 611/1977 «Υποαλληλικός Κώδιξ».

Έχοντας υπόψη:

1. Τις αιτιάσεις:

α) Της παραγράφου 4 του άρθρου 56 του Ν. 1831/1951 «περί Κώδικος και συστάσεως των δημοσίων διοικητικών υπαλλήλων» (ΦΕΚ 177 Α) όπως αντικαταστάθηκε με την παρ. 2 του άρθρου 1 του Ν.Δ. 227/1974 (ΦΕΚ 369 Α) και κωδικοποιήθηκε με την παρ. 4 του άρθρου 83 του Π.Δ. 611/1977 «Υποαλληλικός Κώδιξ» (ΦΕΚ 198 Α).

β) Της παραγράφου 4 του άρθρου 3 του Ν.Δ. 216/1974 «περί συστάσεως Υπουργείου Προεδρίας Κυβερνήσεως» (ΦΕΚ 361 Α).

γ) Της παραγράφου 3 του άρθρου 1 της αριθ. 8257/9 8/1985 κοινής αποφασής του Πρωθυπουργού και του Υπουργού Προεδρίας της Κυβερνήσεως Μυτιληδόη Παπαϊωάννου» (ΦΕΚ 492 Β 8 85).

2. Την αριθ. 276/1986 γνωμοδότηση του Συμβουλίου της Επικρατείας, με πρόταση του Υφυπουργού Προεδρίας της Κυβερνήσεως και του Υπουργού Γεωργίας, αποφασίζουμε:

Άρθρο μόνο

Η περιπτώση της παραγράφου Γ του άρθρου 83 του Π.Δ. 611/1977 όπως αντικαταστάθηκε με το άρθρο μόνο του Π.Δ. 368/1979 «περι αντικαταστάσεως των αναφερόμενων εις τα καλύματα εξ αποστολή των υπαλλήλων του Υπουργείου Γεωργίας διατάξεων του Π.Δ. 611/1977» (ΦΕΚ 158 Α) καταργείται.

Διαρθώσεις σφαλμάτων τής 3-7-86 (Α86).

Α. Κατά την κωδικοποίηση του Συντάγματος της Ελλάδος (στην καθιερωμένη) που δημοσιεύθηκε στο επ' αριθ. 28 14 3/1986 ΦΕΚ (Τ.Α.), από παραδρομή δεν συμπεριλήφθηκαν οι ισχύοντες διαρθώσεις σφαλμάτων που είχαν δη-

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β΄:
ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ – ΠΙΝΑΚΕΣ**

ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΑ ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΕΚΤΡΩΣΕΩΝ
(σε κάθε 1000 γυναίκες ηλικίας 15-44)

ΧΩΡΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
<i>Ολλανδία</i>	<i>5,6</i>
<i>Δ. Γερμανία</i>	<i>7,3</i>
<i>Καναδάς</i>	<i>10,2</i>
<i>Βρετανία</i>	<i>12,8</i>
<i>Γαλλία</i>	<i>14,9</i>
<i>Αυστραλία</i>	<i>15,2</i>
<i>Πολωνία</i>	<i>16,5</i>
<i>Ιταλία</i>	<i>19</i>
<i>Ισραήλ</i>	<i>21,9</i>
<i>Η.Π.Α.</i>	<i>27,4</i>
<i>Ρουμανία</i>	<i>90,9</i>
<i>Σοβ. Ένωση</i>	<i>181</i>
<i>Ελλάδα</i>	<i>140</i>

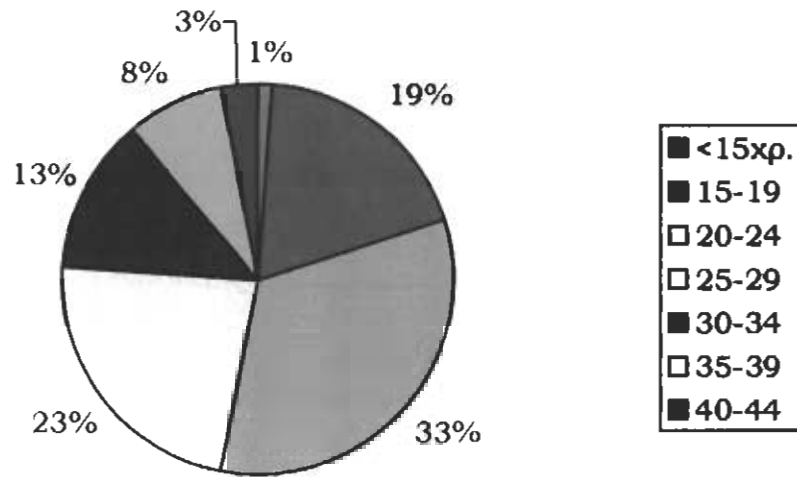
Πηγή: Ινστιτούτο Alan Guttmacher 1988.

**ΧΡΟΝΟΛΟΓΙΚΕΣ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΕΚΤΡΩΣΕΩΝ
ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

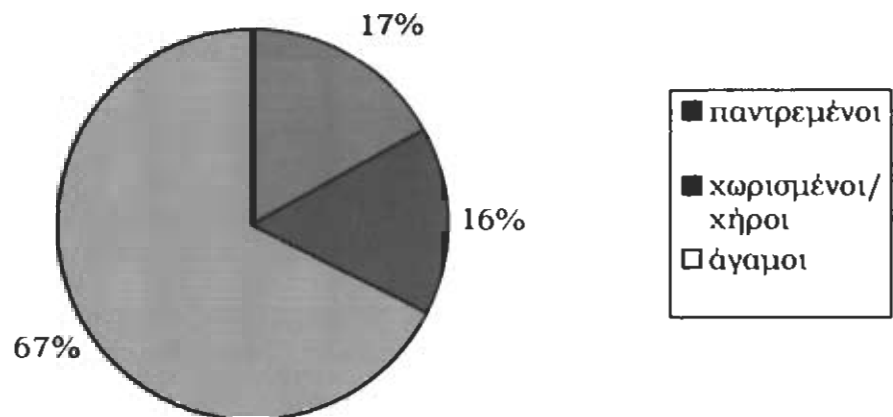
ΕΤΟΣ	ΓΕΝΝΗΣΕΙΣ	ΝΟΜΙΜΕΣ ΑΜΒΛΩΣΕΙΣ	ΑΠΟΒΟΛΕΣ	%	% αμβλώσεων
1970	144,928				
1971	141,126	26		0,2	0,02
1972	140,891	34		0,2	0,02
1973	137,526	119		0,9	0,09
1974	144,069	59			0,04
1975	142,273	61	1,701	0,4	0,04
1976	146,566	44	1,807	0,4	0,03
1977	143,739	45	1,566	0,3	0,03
1978	146,588	45	1,503	0,3	0,03
1979	147,965	137	1,454	0,9	0,09
1980	148,134	117	1,368	0,8	0,08
1981	140,953	109	1,323	0,8	0,08
1982	137,275		1,187		
1983	132,608	220	1,174	1,7	0,2
1984	125,724	193	1,130	1,5	0,2
1985	116,481	180	950	1,5	0,2
1986	112,810	356	926	3,2	0,3
1987	106,392	1,584	853	15	1,5
1988	107,505	3,205	736	30	2,9
1989	101,657	7,388	735	73	6,8
1990	102,229	10,145	735	99	9,0
1991	102,620	11,109	706	108	9,8
1992	104,081	11,977	629	115	10,3
1993	101,799	12,289	679	121	10,8
1994	103,763	12,608	599	122	10,8
1995	101,495		645		
1996	100,495	12,542	599	125	11,1
1997	102,038		628		
1998	100,895		597		
1999	100,643		624		
2000	101,000				
2001	101,015				
2002					

ΠΟΙΟΙ ΚΑΤΑΦΕΥΓΟΥΝ ΣΤΗΝ ΑΜΒΛΩΣΗ

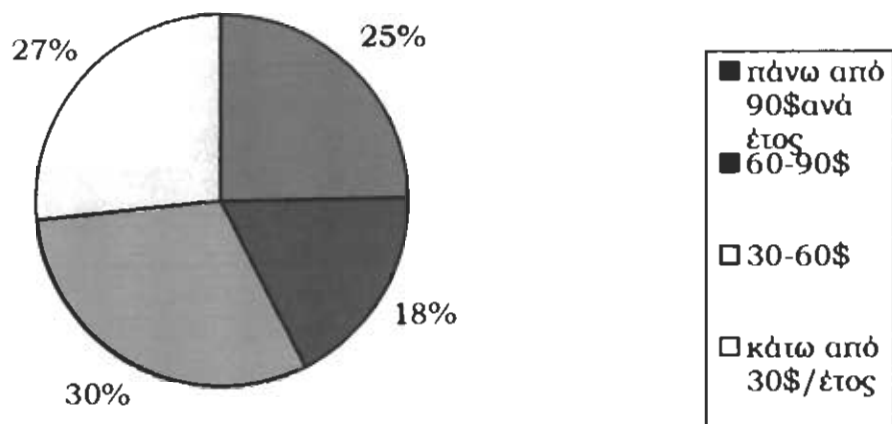
ΗΛΙΚΙΑ



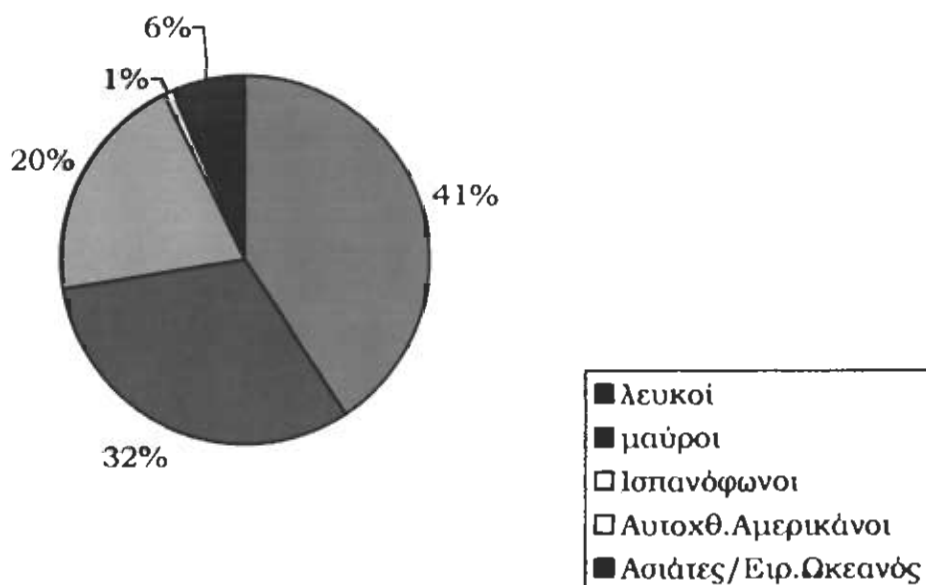
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ



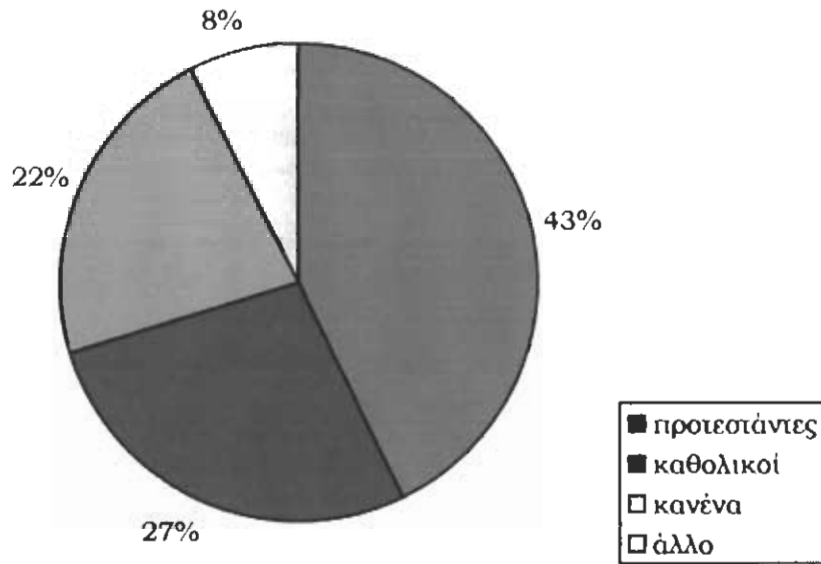
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ



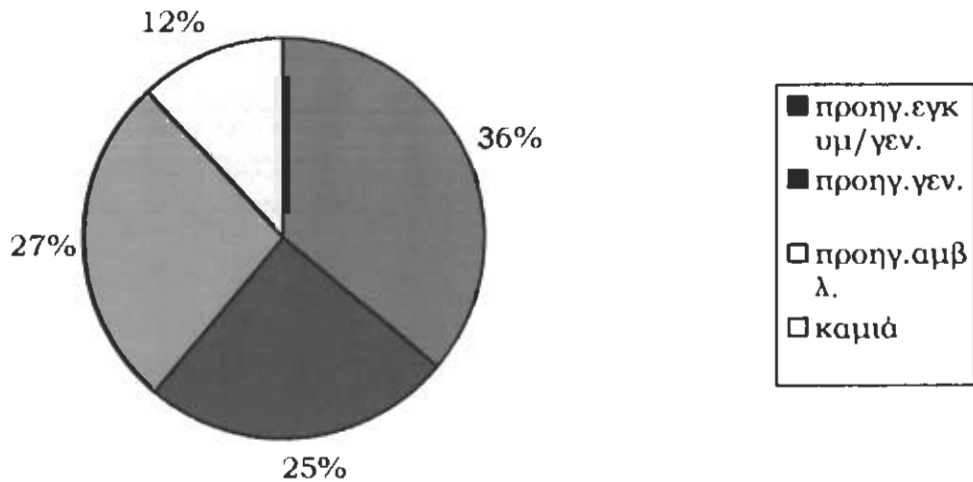
ΦΥΛΗ/ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ



ΘΡΗΣΚΕΥΜΑ



ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΕΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΕΣ



ΓΙΑΤΙ ΟΙ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΚΑΤΑΦΕΥΓΟΥΝ ΣΤΗΝ ΑΜΒΛΩΣΗ

Κοινωνικά αίτια:

1. δεν αισθάνονται έτοιμες για ευθύνες	21%
2. νιώθουν ότι δεν αντέχουν ένα παιδί	21%
3. σκέφτονται κατά πόσο ένα παιδί θα αλλάξει τη ζωή τους	16%
4. αντιμετωπίζουν προβλήματα με τη σχέση τους	12%
5. νιώθουν ότι δεν είναι αρκετά ώριμες	11%
6. έχουν ήδη παιδιά και δεν επιθυμούν να αποκτήσουν άλλα	8%
7. άλλοι λόγοι	4-5%
ΣΥΝΟΛΟ:	93%

Ιατρικά αίτια

1. Όταν κινδυνεύει η υγεία της μητέρας	3%
2. Όταν το έμβρυο παρουσιάζει σοβαρά προβλήματα υγείας	3%
3. Όταν η εγκυμοσύνη είναι αποτέλεσμα βιασμού	1%
ΣΥΝΟΛΟ:	7%

(πηγή από το διαδίκτυο)

ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ

Οι πιο πρόσφατες επιδημιολογικές μελέτες αναφέρουν ότι η θνησιμότητα από διακοπή κύησης είναι 0,8/100.000 γυναίκες ανά έτος, ενώ το ποσοστό σύμφωνα με άλλους είναι μικρότερο, της τάξεως του 0,5/100.000. Χαρακτηριστικό είναι ότι η θνησιμότητα αυξάνεται κατά 30% με κάθε εβδομάδα κύησης, εντονότερα από όσο αυξάνονται οι επιπλοκές. Θα πρέπει όμως να αναφερθεί ότι τα ποσοστά αυτά δεν είναι τρομακτικά, αν τα συγκρίνει κανείς με τη θνησιμότητα από την κύηση και τον τοκετό.

Συχνότητα επιπλοκών από διακοπή κύησης, ανάλογα με την ηλικία κύησης

Ηλικία κύησης (εβδ.)	Σύνολο επιπλοκών	Μειζονες επιπλοκές
-6	7,2 - 10,3	0,4 - 0,6
7-8	4,7 - 6,6	0,3 - 0,4
9-10	5,6 - 7,7	0,4 - 0,6
11-12	8,2 - 9,9	0,8 - 1,0
13-14	17,0 - 18,1	1,4 - 1,6
15-16	33,1 - 36,2	1,9 - 2,1
17-20	39,9 - 47,4	2,2 - 2,5
21 +	36,1 - 47,5	2,3 - 2,9
ΣΥΝΟΛΟ	12,3 - 14,9	0,8 - 1,0

Θνησιμότητα από διακοπή κύησης, ανάλογα με την ηλικία αυτής
(αριθμός θανάτων ανά 100.000 γυναίκες ανά έτος)

Ηλικία κύησης	Θνησιμότητα
-8	0,4
9-10	1,2
11-12	1,9
13-15	5,9
16-20	12,8
21+	16,4

Θάνατοι ανά 100.000 γυναίκες ανά έτος από έκτρωση και τοκετό

εβδομάδες	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44
τοκετός	5,3	5,8	7,2	12,7	20,8	21,5
έκτρωση	1,0	1,9				

(Απ. Παπαδημητρίου - Θ. Γαλάνης, 1995)

Μέθοδος αντισύλληψης	Ποσοστό αποτυχίας	Προστασία από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα
Διακεκομμένη μέθοδος	26-30%	όχι
Ημερολογιακή μέθοδος	19-47%	όχι
Θερμομετρική μέθοδος	15%	όχι
Κλασικά αντισυλληπτικά δισκία	0,10%	όχι
Αντισυλληπτικά δισκία που περιέχουν προγεστερόνη	1-4%	όχι
Ενέσιμα προγεσταγόνα παρατεταμένης δράσης	0,5%	όχι
Προφυλακτικό	3%	ναι
Διάφραγμα	2-3%	μερική
Σπερματοκτόνες ουσίες	2-36%	μερική
Αντισυλληπτικός σπόγγος	40%	μερική
Ενδομήτρια σπειράματα	1,5-6%	όχι
Χειρουργική στειροποίηση στη γυναίκα	1%	όχι
Χειρουργική στειροποίηση στον άνδρα	0,8%	όχι
Κολπική πλύση	43%	όχι

